

„Evaluierung des Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17. Juli 2017“

Schlussbericht | 31.01.2024

vorgelegt von:

Prof. Dr. iur. Tanja Henking, LL.M. (Medizinrecht)

Technische Hochschule Würzburg-Schweinfurt, Institut für Angewandte Sozialwissenschaften (IFAS), Münzstraße 12, 97070 Würzburg

&

Prof. Dr. med. Georg Juckel und Dr. med. Jakov Gather, M.A.

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin, LWL-Universitätsklinikum, Ruhr-Universität Bochum, Alexandrinenstr. 1-3, 44791 Bochum

&

Prof. Dr. med. Tilman Steinert

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I der Universität Ulm, ZFP Südwürttemberg, Weingartshofer Str. 2, 88214 Ravensburg

Unter Mitwirkung von:

Simone Efke, M.Sc., M.A., Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin, LWL-Universitätsklinikum, Ruhr-Universität Bochum

Dr. Malte Klemmt, Technische Hochschule Würzburg-Schweinfurt/Institut für Angewandte Sozialwissenschaften

Lukas Stürner, M.A., Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I der Universität Ulm, ZfP Südwürttemberg

Dr. Bianca Ueberberg, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin, LWL-Universitätsklinikum, Ruhr-Universität Bochum

Anna Werning, Dipl.-Mol. Biomed. und Genesungsbegleiterin, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin, LWL-Universitätsklinikum, Ruhr-Universität Bochum

Franziska Zehl, M.A., Technische Hochschule Würzburg-Schweinfurt/Institut für Angewandte Sozialwissenschaften

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	
Abbildungsverzeichnis	
Anlagenverzeichnis	
A) Einführung	
B) Untersuchungsgegenstand	
I. Fragestellungen	15
II. Forschungsbausteine und Methodik	15
III. Forschungsethik, Datenschutz und Qualitätssicherung	16
IV. Forschungsbeirat	17
C) Auswertung vorhandener Daten	
D) Empirische Erhebung von quantitativen Daten	
I. Bundesweite Online-Umfrage unter psychiatrischen Kliniken	21
II. Methodisches Vorgehen	21
III. Ergebnisse	22
IV. Diskussion der Ergebnisse	32
E) Empirische Erhebung mittels Aktenanalyse	
I. Methodisches Vorgehen	35
II. Sampling und Rekrutierung	35
III. Erhebung	36
IV. Stichprobe	38
V. Ergebnisse	39
VI. Kurzbeschreibungen ausgewählter Fälle	53
VII. Limitationen und Stärken	57
F) Erhebungen mittels Interviews	
I. Interviews mit von Zwangsbehandlung betroffenen Personen	58
1. Methodisches Vorgehen	58

2. Ergebnisse.....	62
3. Diskussion	93
4. Limitationen	94
II. Interviews mit Kliniker:innen (Ärzt:innen und Pflegefachpersonen)	95
1. Methodisches Vorgehen	95
2. Rekrutierung und Stichprobenbeschreibung	96
3. Erhebung	98
4. Ergebnisse.....	98
5. Diskussion	117
6. Limitationen	118
III. Interviews mit Richter:innen	119
1. Methodisches Vorgehen	119
2. Stichprobenbeschreibung	119
3. Vorbemerkungen.....	122
4. Ergebnisse.....	123
5. Diskussion	153
6. Limitationen und Stärken	155
G) Erhebung mittels Fokusgruppen.....	
I. Fokusgruppe „Psychiatrie (einschließlich sektorenübergreifender Versorgung)“	156
1. Methodisches Vorgehen	156
2. Stichprobenbeschreibung	157
3. Ergebnisse.....	160
4. Diskussion	182
5. Limitationen und Stärken	182
II. Fokusgruppe „Altenpflegeheime“	183
1. Methodisches Vorgehen und Stichprobenbeschreibung.....	183
2. Ergebnisse.....	186

3. Diskussion	200
4. Limitation und Stärken	201
H) Sonstige Erkenntnisquellen	
I) Zusammenfassende Bewertung und Schlussfolgerungen	
I. Datenlage	204
II. Zielsetzung der problemzentrierten zusammenfassenden Betrachtung	205
1. Einheitlichkeit der Anwendung des § 1832 BGB	206
2. Tatbestandsmerkmal: Erheblicher gesundheitlicher Schaden	207
3. Patientenwille, mutmaßlicher (§ 1832 Abs. 1 Nr. 3 BGB)	209
4. Überzeugungsversuch(e) (§ 1832 Abs. 1 Nr. 4 BGB)	213
5. Tatbestandsmerkmal: stationärer Aufenthalt im Krankenhaus (Nr. 7)	219
6. Heimliche Gabe von Medikamenten	228
7. Verfahren einschließlich Dauer der Verfahren	232
8. Genehmigungsbeschlüsse	235
9. Einstweilige Anordnungen	237
10. Sachverständige	238
11. Fristen	240
12. Zusammenwirken von Klinik und Gericht sowie Rolle der rechtlichen Betreuer:innen .	243
13. Zwang in der Intensivmedizin und bei somatischen Behandlungsfällen	244
III. Beantwortung der Forschungsfragen	248
IV. Empfehlungen	249
Literaturverzeichnis	
Anlage 1: Interviews mit Betroffenen: Interviewleitfaden	
Anlage 2: Interviews mit Kliniker:innen: Interviewleitfaden	
Anlage 3: Interviews mit Richter:innen: Interviewleitfaden	
Anlage 4: Fokusgruppe „Psychiatrie“: Leitfaden	
Anlage 5: Fokusgruppe „stationäre Altenpflege“: Leitfaden	

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Auszug aus der B-Statistik für das Jahr 2020 (B-Statistik 2020, S.13, Zeilen 128 bis 132)....	19
Tabelle 2: Auszug aus der B-Statistik für das Jahr 2021 (B-Statistik 2021, S., Zeilen 128 bis 133).....	20
Tabelle 3: Grundgesamtheit der psychiatrischen Einrichtungen aus den Krankenhausplänen der Länder; Teilnahme und Rücklauf.....	22
Tabelle 4: Die Qualität der Erfassung von Zwangsmaßnahmen nach Bundesländern	26
Tabelle 5: Auswahl Kliniken.....	38
Tabelle 6: Häufigkeitstabelle private und räumliche Wohnsituation (N=64).....	40
Tabelle 7: Charakteristika der Stichprobe	61
Tabelle 8: Pro und Contra Zwangsbehandlung außerhalb eines Krankenhauses (Betroffenen-Interviews).....	82
Tabelle 9: Charakteristika der Stichprobe (gesamt sowie getrennt nach Berufsgruppen)	97
Tabelle 10: Schätzung der Berufsgruppen zur Häufigkeit von Patientenverfügungen und Behandlungsvereinbarungen (Fragen 2.2 und 2.6).....	102
Tabelle 11: Schätzung der Berufsgruppen zur Häufigkeit der Kollision des in der Patientenverfügung niedergelegten Willens mit dem natürlichen Willen (Frage 2.3)	103
Tabelle 12: Schätzung der Berufsgruppen zur Legitimation von Zwangsmaßnahmen durch Behandlungsvereinbarungen (Frage 2.7)	105
Tabelle 13: Schätzung der Berufsgruppen zur Häufigkeit der Verwendung von Methoden zur unterstützten Entscheidungsfindung (Frage 2.9).....	107
Tabelle 14: Nennung von Methoden der unterstützten Entscheidungsfindung (Frage 2.9)	107
Tabelle 15: Schätzung der Berufsgruppen zur Häufigkeit des Gelingens von Überzeugungsversuchen (Frage 2.10)	108
Tabelle 16: Faktoren, die zum Gelingen von Überzeugungsversuchen beitragen (Frage 2.11)	108
Tabelle 17: Schätzung der Berufsgruppen zur Notwendigkeit eines stationären Krankenhausaufenthaltes (Frage 2.12)	109
Tabelle 18: Schätzung zur Möglichkeit der Durchführung von Zwangsmaßnahmen im ambulanten Setting (Frage 2.13)	110

Tabelle 19: Wie häufig unterbleibt aus Ihrer Sicht eine notwendige Behandlung, weil eine Zuführung oder ein Aufenthalt in einem Krankenhaus unzumutbar oder unverhältnismäßig war? (Frage 2.14)	112
Tabelle 20: Alter und Berufserfahrung der Richter:innen	120
Tabelle 21: Informationsquellen der befragten Richter:innen	137
Tabelle 22: Mögliche Orte einer ärztlichen Zwangsmaßnahme	144
Tabelle 23: Stichprobe aggregiert (n=9 Teilnehmende)	157
Tabelle 24: Stichprobebeschreibungen (n=9 Teilnehmende)	159
Tabelle 25: Überzeugungsversuch	172
Tabelle 26: Stichprobe aggregiert (n=7 Teilnehmende)	184

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Kliniktypus (N = 165)	24
Abbildung 2: Wie viele Aufnahmen (nur vollstationär, nur Erwachsenenpsychiatrie, nicht Forensik) hat Ihre Klinik jährlich? (N = 165)	24
Abbildung 3: Wenn Sie in den vergangenen 5 Jahren ärztliche Zwangsmaßnahmen durchgeführt haben, welche waren das? (Mehrfachantworten möglich) (N = 165)	25
Abbildung 4: Werden die Fälle mit Zwangsbehandlung in Ihrer Klinik in einer Weise systematisch erfasst, die eine retrospektive Identifizierung der Fälle ermöglicht? (N = 165)	26
Abbildung 5: Durchschnittliche Anzahl (Fälle) von medikamentösen Zwangsmaßnahmen pro Klinik (In wie vielen Fällen kam es in den letzten 5 Jahren zu einer medikamentösen Zwangsmaßnahme nach BGB?) (N = 63)	27
Abbildung 6: Anteil der Kliniken mit konkreten Angaben zur Anzahl medikamentöser Zwangsmaßnahmen (N = 63)	28
Abbildung 7: [Schätzung] Wie viele Zwangsbehandlungen nach BGB hatten Sie durchschnittlich jährlich in den Jahren 2017- 2022? (N = 82).....	29
Abbildung 8: [Schätzung] Haben Sie in diesem Zeitraum eine Tendenz wahrgenommen (N = 82)	29
Abbildung 9: Wurden Patient:innen Ihrer Klinik (einschließlich PIA) in den vergangenen Jahren in einem somatischen Krankenhaus zur zwangsweisen Behandlung einer somatischen Erkrankung untergebracht? (N = 165).....	30
Abbildung 10: Gibt es eine systematische Erfassung, mit der Sie solche Fälle retrospektiv identifizieren könnten? (N = 37)	30
Abbildung 11: Waren Ärzt:innen Ihrer Klinik als Gutachter:innen für eine derartige Zwangsbehandlung in einem somatischen Krankenhaus beteiligt? (N = 165)	31
Abbildung 12: Ist es möglich, derartige Fälle retrospektiv zu identifizieren? (N = 25)	31
Abbildung 13: Altersgruppe der Betroffenen.....	40
Abbildung 14: Hauptdiagnose der Betroffenen	41
Abbildung 15: Anzahl Tage von Antrag bis Genehmigung	44
Abbildung 16: Anzahl Tage von Antrag bis Genehmigung in Kategorien.....	44
Abbildung 17: Antwortverteilung zu Erfahrungen der Berufsgruppen (ärztlicher Dienst: n = 17, Pflege: n = 10) mit Gesetzesänderung	98

Abbildung 18: Antwortverteilung der Berufsgruppen (ärztlicher Dienst: n = 18, Pflege: n = 10) zur Konkretheit der Voraussetzung „Notwendigkeit“	100
Abbildung 19: Berufserfahrung der befragten Richter:innen (N=54)	121
Abbildung 20: Verteilung der befragten Richter:innen auf die Alterskategorien (N=54)	121
Abbildung 21: Geschlechterverteilung der befragten Richter:innen (N=54)	121
Abbildung 22: Schwierigkeiten der befragten Richter:innen mit der Vorschrift des § 1832 BGB	126
Abbildung 23: Ablehnende Entscheidungen	130
Abbildung 24: Fehlende Willensermittlung bei befragten Richter:innen	133
Abbildung 25: Ermittlung Patientenwille I	134
Abbildung 26: Ermittlung Patientenwille II	135
Abbildung 27: „Ambulantisierung“	140
Abbildung 28: Vorteile bei der aktuellen der Regelung	141
Abbildung 29: Überlegungen zur Änderung des Gesetzes	143
Abbildung 30: Sachverständigenauswahl.....	145
Abbildung 31: Fristen	148
Abbildung 32: Häufigkeit Beschwerde	149
Abbildung 33: Rollenverständnis.....	150
Abbildung 34: Zusammenspiel der Akteuer:innen.....	151

Anlagenverzeichnis

Anlage 1: Interviews mit Betroffenen: Interviewleitfaden	258
Anlage 2: Interviews mit Kliniker:innen: Interviewleitfaden.....	262
Anlage 3: Interviews mit Richter:innen: Interviewleitfaden.....	260
Anlage 4: Fokusgruppe „Psychiatrie“: Leitfaden.....	264
Anlage 5: Fokusgruppe „stationäre Altenpflege“: Leitfaden.....	270

A) Einführung

Mit dem vorliegenden Abschlussbericht sollen die Ergebnisse des Forschungsprojekts vorgestellt werden, das am 1. Juli 2022 im Auftrag des Bundesministeriums der Justiz (BMJ) startete. Projektende ist der 31. Januar 2024. Der zur Verfügung stehende Forschungszeitraum von 1 ½ Jahren war im Hinblick auf die Komplexität des Forschungsgegenstands und der Vielzahl von hierbei zu klärenden Fragen knapp bemessen. Gleichwohl konnten alle angestrebten Erhebungsschritte durchgeführt werden. Es ergeben sich bei diesem komplexen Thema viele weitere Fragestellungen, für die sich eine weitere Vertiefung lohnen würde. Konzentriert haben sich die Forschungsarbeiten auf das Anliegen der Auftraggeberin, das Gesetz zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17. Juli 2017 zu evaluieren. Dem Gesetzgeber soll damit eine empirische Grundlage für eine Überprüfung der hiervon betroffenen Normen auf ihre Auswirkungen auf die Praxis und für die Beurteilung eines möglichen gesetzgeberischen Handlungsbedarfs geliefert werden. Die Änderungen, die die Vorschrift des damaligen § 1906 Abs. 3 hin zu § 1906a BGB erfahren hat (einschließlich der Stärkung der Patientenverfügung durch die Regelung des § 1901a Abs. 4 BGB a.F.), bestehen in der Konkretisierung des Überzeugungsversuchs, des ausdrücklichen Hinweises auf § 1901a BGB a.F. (jetzt § 1827 BGB) sowie, und dies war die wesentliche Änderung, in der Entkoppelung des Anwendungsbereichs der ärztlichen Zwangsmaßnahmen von der freiheitsentziehenden Unterbringung bei Beschränkung des Anwendungsbereichs auf den stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus unter Sicherstellung der notwendigen Nachsorge. Diese Änderung war aufgrund einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2016 notwendig geworden, nachdem dieses die Vorschrift für teilweise verfassungswidrig erklärt hatte. Der Gesetzgeber hat sich bewusst gegen eine weitergehende Öffnung entschieden. Damit steht zum einen die Frage im Raum, ob mit der Vorschrift das Gebot von Zwang als letztem Mittel eingehalten werden kann, und zum anderen, ob der Anwendungsbereich immer noch zu eng gezogen ist mit der Folge einer Schutzlücke bzw. einer unverhältnismäßigen Belastung von Betroffenen.

Im Kern geht es um zwei Fragen, die auf den ersten Blick im Spannungsverhältnis zueinanderstehen mögen: Bestehen Schutzlücken und wird Zwang nur als letztes Mittel

eingesetzt? Um diese Fragen einschließlich sich hieraus ergebender Detailfragen beantworten zu können, ist ein Mix-Methods-Ansatz bestehend aus verschiedenen Erhebungsschritten, sowohl quantitativ wie qualitativ, gewählt worden.

Ein Forschungsbeirat, einberufen durch das BMJ, hat das Projekt begleitet und nicht nur das Gesamtvorhaben, insbesondere im Rahmen der Beiratssitzungen, durch fachkundigen Rat unterstützt, sondern auch einzelne Erhebungsschritte kommentiert und sich bei der Rekrutierung von Interviewpartner:innen oder Teilnehmenden für die Fokusgruppen bei einzelnen Erhebungsschritten aktiv eingebracht.

Einen wichtigen Aspekt gilt es zu erwähnen, der die betreuungsrechtliche Regelung der ärztlichen Zwangsmaßnahme in besonderer Weise orchestriert. Denn das Thema „ärztliche Zwangsbehandlung“ lässt sich nicht auf die Vorschrift des § 1832 BGB und die entsprechenden Verfahrensvorschriften begrenzen, sondern es wird von vielen Kontextfaktoren außerhalb des materiellen Betreuungsrechts und des zugehörigen Verfahrensrechts beeinflusst (wie das Einholen eines Sachverständigengutachtens). Das Versorgungssystem soll explizit als ein wichtiger Faktor benannt werden, da sich dessen Zustand offenbar nicht nur auf die Versorgung der Betroffenen selbst auswirkt, sondern auch auf die Umsetzung und Einhaltung insbesondere verfahrensrechtlicher Vorgaben. Der weite Begriff Versorgungssystem soll dabei illustrieren, dass sowohl die sektorübergreifende Versorgung, die Angebote im ambulanten wie im stationären Bereich, zu adressieren sind als auch der Fachkräftemangel, der sich zunehmend in allen Bereichen zeigt. Weder das Versorgungssystem noch die aktuelle Versorgungssituation sind Gegenstand der Untersuchung; gleichwohl sind diese Faktoren bei jeder Überlegung zur Änderung oder auch nur der Überprüfung der Vorschrift mitzudenken.

B) Untersuchungsgegenstand

Mit der Einführung des § 1906a BGB¹, respektive zunächst mit der Einführung des § 1906 Abs. 3 BGB, erhielt die medikamentöse Zwangsbehandlung erstmals im Jahr 2013 eine

¹ Mit der zum 1.1.2023 in Kraft getretenen Reform des Betreuungsrechts befindet sich die Regelung des § 1906a BGB nun in § 1832 BGB. Im Bericht wird weiterhin von § 1906a BGB a.F. gesprochen, da sämtliche Auswertungen § 1906a BGB a.F. zum Gegenstand haben. Soweit eine Diskussion der Ergebnisse mit Blick auf die Umsetzung heute und in der Zukunft erfolgt, ist von § 1832 BGB die Rede (der inhaltlich identisch ist).

eigenständige rechtliche Grundlage im Betreuungsrecht. Im Gesetz findet sie sich unter der amtlichen Überschrift der ärztlichen Zwangsmaßnahmen wieder, da die Vorschrift nicht lediglich die medikamentöse Zwangsbehandlung, sondern auch u.a. Diagnostik oder chirurgische Eingriffe erfasst.

Der zuvor praktizierten Lösung, die Zwangsbehandlung über die Regelung des § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB mit zu erfassen, erteilte der Bundesgerichtshof im Jahr 2012 (BGH, Beschl. v. 20.6.2012, Az. XII ZB 99/12) eine Absage und stützte sich dabei auf die im Jahr 2011 ergangenen Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts zur Zwangsbehandlung, gleichwohl diese Entscheidungen Konstellationen im Maßregelvollzug zum Gegenstand hatten (BVerfG, Beschl. v. 23.3.2011, Az. 2 BvR 882/09; Beschl. v. 12.10.2011, Az. 2 BvR 633/11). Durch die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts hatte der Gesetzgeber eine sehr klare Orientierung erhalten, wie eine Regelung auszugestalten ist. Diese Vorgaben hatte der Gesetzgeber mit der im Jahr 2013 in Kraft getretenen Regelung des § 1906 Abs. 3 BGB weitgehend umgesetzt. Weitere höchstrichterliche Entscheidungen haben die Anforderungen an die Regelung präzisiert (BGHZ 201, 324 sowie BGH FamRZ 2017, 2056; BGH FamRZ 2018, 1947 jeweils zum Überzeugungsversuch; BGH NJW 2015, 1019 zur Dokumentation bei Genehmigung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme).

Im Jahr 2016 kam es zu einer weiteren Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG, Beschl. v. 26.7.2016, Az. 1 BvL 8/15). Das Bundesverfassungsgericht erklärte die Regelung des § 1906 Abs. 3 BGB mit seiner Koppelung an die Unterbringung nach § 1906 Abs. 1 BGB für teilweise verfassungswidrig. In dieser zuletzt genannten Entscheidung betonte das Bundesverfassungsgericht den Schutzauftrag des Staates, der beinhalte, auch denjenigen Personen eine Behandlung gegen ihren Willen zukommen zu lassen, die sich ansonsten krankheitsbedingt hilflos dieser Situation ausgesetzt sehen würden und denen ein erheblicher gesundheitlicher Schaden drohe. Im Übrigen betonte das Gericht aber auch in dieser Entscheidung die Tiefe des Grundrechtseingriffs, der mit der medikamentösen Behandlung gegen den (natürlichen) Willen einer Person einhergeht, und die Notwendigkeit, Zwang nur als letztes Mittel anzuwenden. Hieraus lässt sich zugleich entnehmen, dass die im damaligen § 1906 Abs. 3 BGB a.F. vorgesehenen Tatbestandsvoraussetzungen dem Anspruch von Zwang als letztem Mittel dienen. Die Betonung der Notwendigkeit von hohen Anforderungen an eine gesetzliche Grundlage, mit der es gestattet wird, in die körperliche

Integrität einer Person gegen ihren natürlichen Willen einzugreifen, ist der Entscheidung deutlich zu entnehmen.

Die Frage der ambulanten Zwangsbehandlung hatte das Gericht in seiner Entscheidung aus dem Jahr 2016 offengelassen. Ob eine ambulante Zwangsbehandlung ermöglicht werden sollte, wird im rechtswissenschaftlichen Schrifttum kontrovers diskutiert (vgl. u.a. Spickhoff 2023, Rn. 16; Marschner 2023; Schmidt-Recla 2016; Henking, 2016). Die Befürworter einer ambulanten Zwangsbehandlung verweisen auf den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz und kritisieren, dass mit der Unterbringung oder Verbringung in eine/r Klinik ein weiterer Grundrechtseingriff verbunden sei, der nach ihrer Auffassung nicht erforderlich sei (Spickhoff FamRZ 2017, 1633 ff.; Brilla in: BeckOGK 2023, § 1832, Rn.14 f.).

Zuletzt hat das Bundesverfassungsgericht eine Verfassungsbeschwerde zur ambulanten Zwangsbehandlung nicht zur Entscheidung angenommen (BVerfG, Beschl. v. 2.11.2021, Az. 1 BvR 1575/18 mit Anm. Henking GesR 2022, 147; Fölsch NJW 2021, 3593; Schmidt-Recla MedR 2022, 492). Das Bundesverfassungsgericht hat die Frage, ob durch die gesetzliche Vorgabe des stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus eine Schutzlücke entstehe, ausdrücklich offengelassen und dabei auch auf die noch ausstehenden Ergebnisse einer Evaluation der Vorschrift durch das BMJ verwiesen. In der genannten Entscheidung hatte es überdies die Frage aufgeworfen, ob eine heimliche Medikamentengabe überhaupt mit Zwang gleichzusetzen sei bzw. diese Eingriffsschwelle erreiche. Als weitere Frage wurde die Auslegung des Begriffs „stationär“ im Sinne des § 1906a BGB a.F. (jetzt § 1832 BGB) aufgeworfen. Hervorgehoben hat das Bundesverfassungsgericht, dass die Regelung Auslegungsspielräume enthalte, die von den Fachgerichten bisher nicht ausreichend verhandelt wurden. Dem Bundesverfassungsgericht ist nun erneut die Fragestellung vorgelegt worden, ob die Regelung des § 1901a Abs. 1 Nr. 7 BGB a.F. mit der sich aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG ergebenden Schutzpflicht des Staates unvereinbar sei (BGH, Beschluss vom 8.11.2023, Az. XII ZB 459/22, BVerfG 1 BvL 1/24). Nach den Sachverhaltsfeststellungen ist die Betroffene seit 2008 in einem Wohnverbund geschlossen untergebracht und wird regelmäßig ärztlich in einem nahegelegenen Krankenhaus zwangsbehandelt.

Der Gesetzgeber hatte seine Entscheidung für eine Entkoppelung der Zwangsbehandlung von der geschlossenen Unterbringung, aber gegen eine ambulante Zwangsbehandlung 2017 umfassend begründet (BT-Drs. 18/11240, S. 15). Zur Argumentation gehören die

Sicherstellung von Zwangsbehandlung als letztes Mittel, eine gesicherte Prüfung aller Voraussetzungen einer Zwangsbehandlung, die Gefahr von unzureichenden Prüfungen bzw. von weniger intensiv erfolgenden Prüfungen bei wiederholt ambulant durchgeführter Zwangsmedikation, das Hineintragen von Zwang und von möglichen damit verbundenen Traumatisierungen in das vertraute (Wohn-)Umfeld, das Nutzen multiprofessioneller Teams einschließlich Ethikberatungen, was in dieser Form im ambulanten Bereich nicht zur Verfügung stehe, sowie ein befürchteter Vertrauensverlust in die ambulante Versorgung. Letztlich hebt der Gesetzgeber damit die Professionalität und die Organisationsstrukturen einer Klinik hervor, die einen größeren Beitrag dazu leisten können, dass Zwang nur in Ausnahmen zur Anwendung gelangt als dies im ambulanten Bereich möglich wäre. Zu ergänzen sind mögliche Überlegungen zur ambulanten Zwangsbehandlung ohnehin um die Fragen, in welcher Form, in welchen Konstellationen, in welchen Umgebungen diese grundsätzlich denkbar sein könnten und welche Personen diese Maßnahmen auf welche Weise ausführen würden und ob auch die notwendige Nachsorge, einschließlich der Nachbesprechung des erfahrenen Zwangs, gesichert wäre. Dabei muss die jeweilige Personalausstattung im ambulanten Bereich, einschließlich anderer außerklinischer Einrichtungen, sowie im niedergelassenen Bereich berücksichtigt werden. In der jüngsten Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts stand jedoch im Kern nicht die Frage nach einer ambulanten Zwangsbehandlung im Sinne einer den Betroffenen aufsuchenden Maßnahme im Raum, sondern die Erweiterung des zulässigen örtlichen Settings, in dem Zwangsbehandlungen möglich sind, konkret bezogen auf Pflegeheime. Letzteres wirft einerseits die Frage nach mildereren Mitteln auf, wenn die Verbringung der betroffenen Person in ein Krankenhaus für diese mit zusätzlichen erheblichen Belastungen einhergeht. Andererseits geht damit nicht nur die Sorge nach einer Ausweitung von Zwangsbehandlungen und damit einem Unterlaufen des *ultima ratio*-Gedankens einher, sondern es stellen sich auch Fragen der Versorgungsqualität und des Rechtsschutzes der Person, die sich gegen diese Maßnahmen womöglich schwer wehren kann, weil diese im „verborgenen“ Setting des Pflegeheimes stattfinden. Auch Fragen der Gleichbehandlung werden zu bedenken sein, wenn der Ort der Zwangsbehandlung für eine bestimmte Betroffenenengruppe erweitert bzw. verändert wird. Unstreitig dürfte sein, dass die verfassungsrechtlichen Vorgaben bei der Zwangsbehandlung, auch wenn sie ambulant

ausgeführt würde, ebenso eingehalten werden müssen und das in dieser Rechtsprechung vorgegebene Schutzniveau nicht herabgesenkt werden darf.

Die jüngste Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts weist auf höchstrichterlich noch nicht abschließend geklärte Fragen hin, wie beispielsweise die verdeckte Gabe von Medikamenten. In der rechtswissenschaftlichen Literatur wird hier ebenfalls von ungeklärten Fragen gesprochen (vgl. Müller-Engels in: BeckOK, § 1832, Rn. 6).

Im Hinblick auf das Spannungsverhältnis zwischen dem Schutz hochrangiger Rechtsgüter der betroffenen Person auf der einen Seite und dem Abwehrrecht gegenüber Eingriffen in die Rechte derselben Person auf der anderen Seite stellt sich die Frage, ob die aktuelle Regelung ausreichend Balance zwischen den betroffenen widerstreitenden Grundrechtspositionen hält. Dabei sind die verfassungsrechtlichen Vorgaben zur Sicherstellung von Zwang als letztem Mittel klar gesteckt. Es bleibt sich in Erinnerung zu rufen, dass Grundrechte in erster Linie Abwehrrechte gegen staatliche Eingriffe darstellen und von der Annahme bzw. Entwicklung von staatlichen Schutzpflichten eher zurückhaltend Gebrauch zu machen ist (vgl. Schmidt-Recla MedR 2022, 462 ff.). Die Untersuchung konzentriert sich daher auf die Frage, ob die vorhandenen Regelungen in der Praxis ausreichen, um sicherzustellen, dass Zwang nur als letztes Mittel zum Einsatz kommt. Dabei muss allerdings einschränkend bedacht werden, dass eine Vielzahl von Faktoren, wie z.B. fehlende oder im konkreten Fall nicht zur Verfügung stehende Hilfen, dazu beitragen können, dass es zu einer Eskalation der Situation und zu einer gravierenden Bedrohung des Gesundheitszustands der Person kommt. Patientenverfügungen (und Behandlungsvereinbarungen) geben den Betroffenen die Möglichkeit, Einfluss auf ihre Behandlung auszuüben. Ob und in welchem Umfang von dieser Gestaltungsmöglichkeit Gebrauch gemacht wird, ist ebenfalls Gegenstand der Untersuchung. Aus den wenigen veröffentlichten Untersuchungen zur Verbreitung von psychiatrischen Patientenverfügungen und Behandlungsvereinbarungen ist von einem eher geringen Verbreitungsgrad auszugehen (Gieselmann et al., 2018; Radenbach et al., 2014; Borbé et al., 2012)². Höchstrichterliche Entscheidungen zu psychiatrischen Patientenverfügungen gibt es kaum; im somatischen Kontext bzw. im Bereich von Entscheidungen am Lebensende sind in den Jahren 2016, 2017 und 2018 gleich mehrere Entscheidungen des Bundesgerichtshofs

² Für die „klassischen“ Patientenverfügungen im somatischen Bereich wird nach jüngsten Umfragen von einer Prävalenz von 37,3 % ausgegangen (Klemmt/Zehl/Neuderth/Henking 2023).

ergangen, die für Klärung in der Praxis gesorgt haben. Diese Überlegungen sind ebenso auf den Kontext von Patientenverfügungen mit dem Fokus auf psychischen Erkrankungen übertragbar. Allerdings stellen sich angesichts der Eigen- (und möglichen Fremd-) Gefährdung noch besondere Fragen, wenn nämlich eine dauerhafte Unterbringung (ohne Behandlung und damit ohne Genesungsoption) im Raum steht. Staatliche Schutzpflichten bestehen dann nicht und können damit auch eine Zwangsbehandlung nicht rechtfertigen, wenn die betroffene Person eine Zwangsbehandlung zuvor wirksam mit einer Patientenverfügung ausgeschlossen hat (BVerfG Beschl. v. 8.6.2021, Az. 2 BvR 1866/17 und 2 BvR 1314/18). Mangels Reichweitenbeschränkung sind die Regelungen zur Patientenverfügung uneingeschränkt auch für psychische Erkrankungen zu beachten (Brosey BtPrax 2010, 161 ff.; Henking/Bruns GesR 2014, 585 ff.; Diener 2013).

I. Fragestellungen

Vor dem zuvor beschriebenen Hintergrund lauten die Forschungsfragen:

Bietet die Neuregelung einerseits den notwendigen Schutz der Betroffenen vor einer ungerechtfertigten Anwendung von Zwang und verhindert sie andererseits bestehende Behandlungsnotwendigkeiten nicht übermäßig?

- *Werden Patienten, die für eine zwangsweise durchgeführte Behandlung in ein Krankenhaus verbracht werden, durch diese Bestimmung (konkret: § 1906a Abs. 1 S. 1 Nr. 7 BGB) in ihrer Gesundheit gefährdet und damit unverhältnismäßig belastet?*
- *Wird die Neuregelung für alle Beteiligten als praktikabel angesehen oder bestehen Probleme/Defizite bzw. werden diese bei der Anwendung der gesetzlichen Bestimmungen gesehen?*
- *Werden die Regelungen einheitlich ausgelegt und angewendet?*

II. Forschungsbausteine und Methodik

Um die genannten Fragen beantworten zu können, bedient sich das Projekt verschiedener Datenquellen und unterschiedlicher Erhebungsmethoden (Mix-Methods-Ansatz).

Die empirischen Untersuchungen wurden mit einem sequenziellen Erhebungsdesign in einer Kombination von quantitativen und qualitativen Erhebungsschritten durchgeführt. Durch die Anwendung eines solchen Mixed-Methods-Ansatzes konnten fehlende Daten bzw. Erkenntnisgewinne aus einem methodischen Zugriff durch Daten aus anderen

Untersuchungsschritten kompensiert werden (Kuckartz, 2014). Im Sinne der Triangulation nach Flick (2011) wurden in den Studienteilen jeweils unterschiedliche Perspektiven auf die Thematik dieser Arbeit (u.a. Betroffene, Kliniker:innen, Richter:innen, Berufsbetreuer:innen, Pflegefachpersonen, niedergelassene Ärzt:innen) einbezogen. Diese Perspektiven wurden durch den Einsatz verschiedener komplementärer methodischer Zugänge und durch die damit verbundenen unterschiedlichen generierten Datentypen konkretisiert. Durch dieses Vorgehen konnten Erkenntnisse auf unterschiedlichen Ebenen, jeweils angepasst an die Fragestellungen dieser Arbeit, gewonnen werden. Die Integration der Daten erfolgte im Rahmen der Interpretation der Befunde im Gesamtkontext des Vorhabens.

Das Forschungsvorhaben gliedert sich in drei übergeordnete Erhebungsschritte:

- Auswertung vorhandener Daten
- Empirische Erhebung von quantitativen Daten:
 - eigene Erhebung in Form einer Online-Umfrage unter allen psychiatrischen Kliniken einschließlich der Abteilungspsychiatrien;
- Quantitative und qualitative Dokumentenanalyse von Gerichtsakten und Behandlungsakten aus Kliniken (als Tandem) einschließlich einer Fallrekonstruktion nach zuvor festgelegten Kriterien
- Erhebungen von quantitativen und qualitativen Daten mittels Befragungen (Interviews und Fokusgruppen): Leitfaden-gestützte Telefoninterviews zur Erhebung quantitativer und qualitativer Daten als auch Leitfaden-gestützte Face-to-face-Interviews mit Betroffenen, Kliniker:innen und Richter:innen sowie Fokusgruppen

III. Forschungsethik, Datenschutz und Qualitätssicherung

Für sämtliche Erhebungsschritte wurden Anträge bei einer Ethikkommission gestellt. Nachdem zunächst geplant war, lediglich einen das gesamte Projekt umfassenden Antrag zu stellen, hat das Forschungsteam hiervon im weiteren Verlauf aus verschiedenen Gründen Abstand genommen und letztlich vier Anträge gestellt. Es liegen die entsprechenden zustimmenden Voten der Ethikkommissionen Bochum sowie eine Unbedenklichkeitsbescheinigung der Universität Ulm vor.

Datenschutzrechtliche Vorgaben wurden stets eingehalten. Ein Datenschutzkonzept wurde im Vorfeld erarbeitet.

Sämtliche Erhebungsschritte und (vorläufige) Ergebnisse wurden regelmäßig im Team zur Qualitätssicherung diskutiert.

IV. Forschungsbeirat

Der Forschungsbeirat, bestehend aus 26 Beiratsmitgliedern einschließlich vier Ländervertreter:innen plus zwei weiteren Vertretern aus den Ländern mit Zuhörerstatus, ist während der Durchführung des Forschungsvorhabens vier Mal zusammengekommen. Der erste Termin diente vor allem der Vorstellung des Forschungsvorhabens inklusive der ausgewählten methodischen Ansätze. Die sich anschließende Diskussion hat zur Schärfung der Forschungsfragen beigetragen. Beim zweiten Beiratstreffen wurde die Online-Umfrage samt Ergebnissen vorgestellt und diskutiert. Der Forschungsbeirat unterstützte das Vorhaben in unterschiedlicher Form und diente vor allem der Projektleitung als hilfreiche Quelle für Rückfragen und zur Unterstützung bei der Rekrutierung von Interviewpartner:innen und Teilnehmenden der Fokusgruppen. Beim dritten Treffen wurden vor allem die Ergebnisse aus den Interviews mit Kliniker:innen und Richter:innen vorgestellt und diskutiert. Das vierte Treffen diente der Vorstellung der Ergebnisse aus den Betroffeneninterviews, den Fokusgruppen, der Aktenanalyse sowie der Diskussion von einzelnen Fragestellungen.

C) Auswertung vorhandener Daten

Die B-Statistik liegt für die Jahre 2020 und 2021 vor (Bundesamt für Statistik, Verfahren der Betreuungsgerichte 2020 und 2021). Die Daten sind jedoch nicht vollständig. Nicht alle Bundesländer haben Angaben zur Anzahl von Verfahren nach § 1906a BGB a.F. liefern können; im Jahr 2021 sogar noch ein Bundesland weniger als für das Jahr 2020. Die B-Statistik weist aus diesem Grund sowohl für das Jahr 2020 wie auch für 2021 keine Gesamtzahl, die alle Bundesländer umfasst, aus. Eine Einschränkung der Aussagekraft für die Fragestellungen in diesem Forschungsvorhaben muss vorab bei der Interpretation der Zahlen bedacht werden: Die B-Statistik dient in erster Linie zur Berechnung des Personalbedarfs in der Justiz und nicht dem Monitoring der Anzahl von Zwangsbehandlungen. Sie sagen auch nichts darüber aus, ob und, wenn ja, wie die Zwangsbehandlung tatsächlich vollzogen wurde.

Dies vorausgeschickt, sollen dennoch die Zahlen aus den Jahren 2020 und 2021 betrachtet werden, da dies die einzige vorhandene Quelle zur Anzahl von Zwangsbehandlungen respektive gerichtlicher Verfahren nach § 1906a BGB a.F. im Bundesgebiet ist.

Addiert man die Anzahl der Verfahren nach § 1906a BGB a.F., also die Anzahl der eingegangenen Anträge auf Genehmigung einer Einwilligung in die Durchführung einer Zwangsbehandlung, ergeben sich in der Summe 6.600 Verfahren für das Jahr 2020. Da hier Antragsrücknahme, Überlappungen der Jahre und andere nicht identifizierbare Faktoren eine Rolle spielen können, ist die Anzahl der Genehmigungen aussagekräftiger. Diese lag im Jahr 2020 bei insgesamt 4.032, die Anzahl der Ablehnungen bei 235 (stets unter Berücksichtigung, dass für die Bundesländer Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Schleswig-Holstein keine validen Daten vorliegen.) Für das Jahr 2021 lag die Anzahl der Genehmigungen bei insgesamt 3.783, die Anzahl der Ablehnungen bei 198.

Erneut konnten die Bundesländer Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Schleswig-Holstein keine validen Daten melden, für das Jahr 2021 kommt noch das Bundesland Berlin hinzu, das keine Daten geliefert hat.

Da die Zahl nicht vollständig ist und einige Bundesländer keine validen Daten liefern konnten, kann kein Vergleich mit vorherigen Jahren gezogen werden. Die letzten verlässlichen Zahlen stammen aus den Jahren 2014 und 2015, während 2016 die Zahlen bereits nicht mehr vollständig erfasst wurden: Für die Jahre 2014 und 2015 verzeichnete man 5.745 bzw. 5.682 Genehmigungen der Durchführung einer Zwangsbehandlung bei 400 bzw. 407 Ablehnungen (Bundesamt für Justiz, 2018). Die Zahlen für das Jahr 2016 sind nur eingeschränkt aussagekräftig. Gleiches gilt für die folgenden Jahre. Die Umstellung auf die sog. B-Statistik lässt seither bundesweit vollständig erfasste bzw. gemeldete Zahlen vermissen.

Die Zahl der Verbringungen fällt gering aus, woraus sich entnehmen lässt, dass die Verbringung in der Praxis eine eher untergeordnete Rolle spielt.

Weitere Daten stehen nicht zur Verfügung.

Tabelle 1: Auszug aus der B-Statistik für das Jahr 2020 (B-Statistik 2020, S.13, Zeilen 128 bis 132)

	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE		MV	NI	NW	RP	SL	SN	ST	SH	TH
Anträge auf betreuungsgerichtliche Genehmigungen	1029	763	542	142	68	145	484			714	2309	188	43		88		85
Darunter Anträge auf Verlängerung	207	60	64	13	8	23	63			89	385	17	3		16		11
Genehmigungen von Anträgen auf betreuungsgerichtliche Genehmigungen	765	606	540	117	46	139	351			562	593	152	27		71		63
Darunter Genehmigungen von Anträgen auf Verlängerung	173	58	64	12	6	9	49			74	56	18	3		15		11
Ablehnungen von Anträgen auf betreuungsgerichtliche Genehmigungen	59	32	2	6	8	0	16			15	77	11	4		1		4
Darunter Ablehnungen von Anträgen auf Verlängerung	0	0	0	1	0	0	2			1	1	0	1		0		0
Anordnung nach §§ 1908i Absatz 1 Satz 1, 1846 BGB	72	105	2	19	0	19	10			4	69	16	0		0		4
Darunter Verlängerungen der Anordnung	6	5	1	0	0	2	1			1	3	1	0		0		1

Tabelle 2: Auszug aus der B-Statistik für das Jahr 2021 (B-Statistik 2021, S., Zeilen 128 bis 133)

	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NW	RP	SL	SN	ST	SH	TH
Anträge auf betreuungsgerichtliche Genehmigungen	1033	780		126	84	205	505		836	2.199	214	45		65		99
Darunter Anträge auf Verlängerung	194	66		6	19	36	44		127	384	18	1		10		8
Genehmigungen von Anträgen auf betreuungsgerichtliche Genehmigungen	795	645		103	54	202	388		647	631	176	29		49		64
Darunter Genehmigungen von Anträgen auf Verlängerung	175	64		6	25	13	38		109	43	18	1		11		6
Ablehnungen von Anträgen auf betreuungsgerichtliche Genehmigungen	39	39		6	6	1	18		31	37	8	3		5		5
Darunter Ablehnungen von Anträgen auf Verlängerung	2	0		0	1	0	1		2	0	0	0		1		0
Anordnung nach §§ 1908i Absatz 1 Satz 1, 1846 BGB	59	79		36	0	11	9		7	49	13	0		0		4
Darunter Verlängerungen der Anordnung	3	6		4	0	0	0		1	1	0	0		0		0

D) Empirische Erhebung von quantitativen Daten

Da verlässliche Daten fehlen (womit auch ein Monitoring aktuell unmöglich ist), soll dem Problem der Datenlücke durch eine eigene Erhebung begegnet werden.

I. Bundesweite Online-Umfrage unter psychiatrischen Kliniken

Befragt wurden in einer deutschlandweiten Erhebung die ärztlichen Leitungen psychiatrischer Krankenhäuser einschließlich Abteilungspsychiatrien und Universitätskliniken. Standorte und Kontaktadressen wurden mittels Sichtung der Krankenhauspläne der jeweiligen Bundesländer und einer umfangreichen Internetrecherche ermittelt. Wenn es sich um eine Fach- oder Universitätsklinik handelte, wurde die Ärztliche Direktorin/der Ärztliche Direktor angeschrieben. Wenn es sich um eine psychiatrische Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus handelte, wurde die Chefärztin/der Chefarzt der Abteilung ermittelt und kontaktiert. In der Grundgesamtheit beläuft sich nach unseren Kriterien die Zahl der psychiatrischen Einrichtungen auf 397. Die Umfrage diente dazu, Informationen über die Dokumentation von Zwangsmaßnahmen nach Betreuungsrecht auf Seiten der Kliniken zu sammeln. Erfragt wurde, ob solche Zwangsmaßnahmen erfasst werden und, wenn ja, in welcher Form und mit welchem Differenzierungsgrad. Falls die Klinik ärztliche Zwangsmaßnahmen nach BGB erfasst, wurden weitergehende Fragen zur Art, Häufigkeit und zu spezifischen Klinikmerkmalen gestellt. Ein weiteres Ziel der Befragung war es, die Bereitschaft der Kliniken zu erfragen, ob sie unserem Forschungsteam Zugang zu Gerichts- und Behandlungsakten für eine tiefergehende Analyse ermöglichen würden. Diesbezüglich sollte für die Teilnehmenden die Umfrage mit der Frage und Bitte um Benennung einer Ansprechperson enden. Außerdem diente die Umfrage der Vorbereitung einer ausführlicheren telefonischen Befragung.

II. Methodisches Vorgehen

Nach Ermittlung aller psychiatrischen Kliniken und den jeweiligen Adressen sowie Ansprechpersonen wurde der im Team ausgearbeitete und diskutierte Fragebogen mittels der Software *Unipark* operationalisiert. Die Umfrage wurde bewusst kurz und niederschwellig gehalten, mit dem Wissen, dass den ärztlichen Leitungskräften begrenzte

Kapazitäten zur Teilnahme an sie zahlreich erreichenden Befragungen zur Verfügung stehen, und mit der Absicht, dennoch einen hohen Rücklauf zu erzielen.

Im Anschluss wurden die ärztlichen Leitungen der Kliniken von Herrn Prof. Dr. Steinert (häufig persönlich bekannt) per Brief angeschrieben, über das Vorhaben und den Hintergrund informiert und dabei gebeten, an der für die kommende Woche per E-Mail eintreffenden Umfrage teilzunehmen. Die E-Mail mit nochmaliger Erklärung des Hintergrunds und des Ziels wurde daraufhin in der Folgewoche von Herrn Prof. Dr. Steinert selbst an alle ermittelten Adressaten zugesandt. Zwei Wochen später wurde nochmalig eine Erinnerungsmail versandt.

III. Ergebnisse

Es konnte eine Rücklaufquote von 43 % erreicht werden. Die durchschnittliche Bearbeitungszeit der Teilnehmenden betrug ca. 8 Minuten. Wie *Tabelle 1* zu entnehmen ist, sind die einzelnen Bundesländer bezogen auf den Klinikbestand unterschiedlich aufgestellt. Die Bereitschaft zur Teilnahme variierte ebenfalls über die Bundesländer. So haben einige Bundesländer wie Baden-Württemberg (65 %), Saarland (57 %), Bayern (56 %) und Schleswig-Holstein (55 %) die höchste Rücklaufquote im Ländervergleich. Am wenigsten Rücklauf verzeichnete sich für Berlin (25 %), Nordrhein-Westfalen (27 %) und Thüringen (33 %).

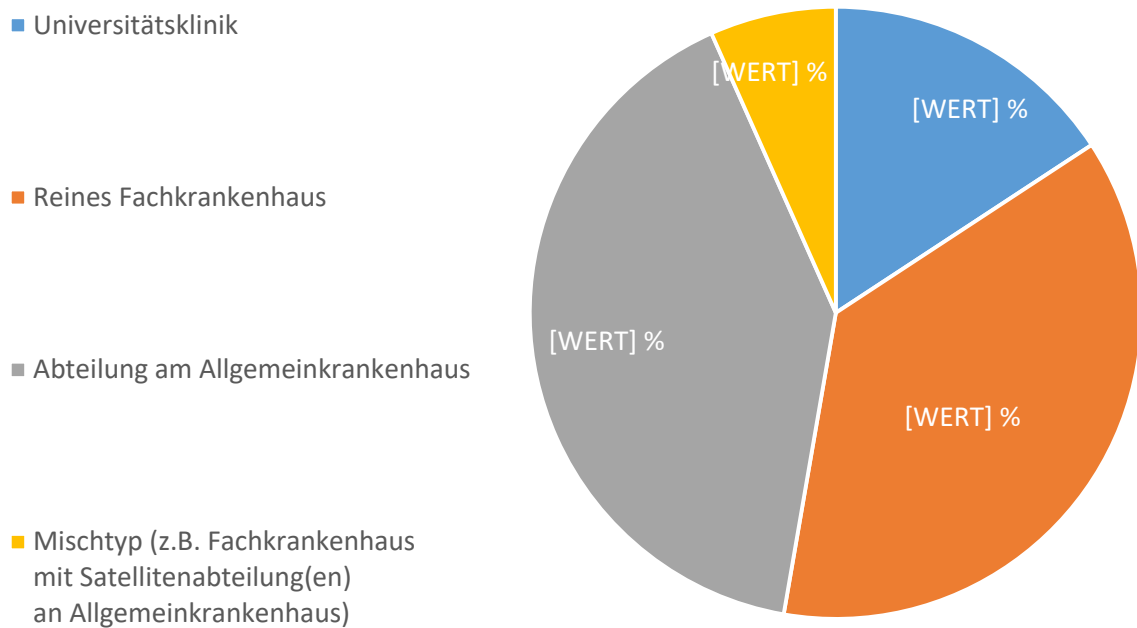
Tabelle 3: Grundgesamtheit der psychiatrischen Einrichtungen aus den Krankenhausplänen der Länder; Teilnahme und Rücklauf

	Angeschrieben	Teilnahme		Rücklauf
		absolut	relativ	
Baden-Württemberg	37	24	14,5 %	65 %
Bayern	45	25	15,2 %	56 %
Berlin	20	5	3,0 %	25 %
Brandenburg	18	9	5,5 %	50 %
Bremen	4	2	1,2 %	50 %
Hamburg	8	4	2,4 %	50 %
Hessen	35	10	6,1 %	29 %
Mecklenburg-Vorpommern	10	5	3,0 %	50 %
Niedersachsen	28	14	8,5 %	50 %

Nordrhein-Westfalen	86	23	13,9 %	27 %
Rheinland-Pfalz	26	10	6,1 %	38 %
Saarland	7	4	2,4 %	57 %
Sachsen	24	10	6,1 %	42 %
Sachsen-Anhalt	17	5	3,0 %	29 %
Schleswig-Holstein	20	11	6,7 %	55 %
Thüringen	12	4	2,4 %	33 %
Gesamt	397	165	100,0 %	43 %

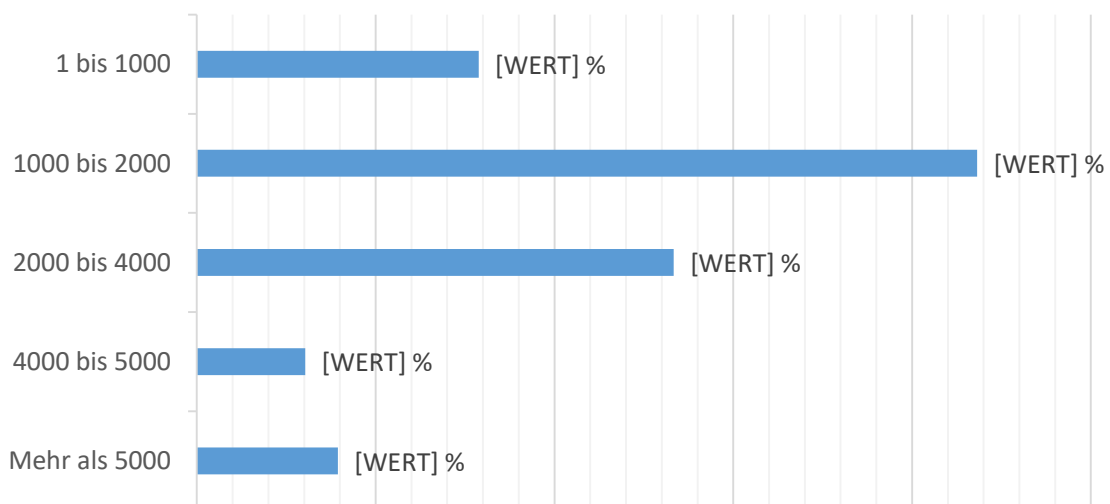
Im Folgenden werden klinikspezifische Merkmale wie Typus und jährliche Aufnahmezahlen dargestellt. Diese Informationen können zusätzlich als Korrektiv bei der Häufigkeitsverteilung von ärztlichen Zwangsmaßnahmen dienen. Abgefragt wurde der Kliniktypus, für den vier Merkmale operationalisiert wurden. Zur Auswahl standen „Universitätsklinik“, „reines Fachkrankenhaus“, „Abteilung am Allgemeinkrankenhaus“ und „Mischtyp“ (z.B. Fachkrankenhaus mit Satellitenabteilung(en) an Allgemeinkrankenhaus). Die Verteilung innerhalb unserer Stichprobe ist *Abbildung 1* zu entnehmen. Inwieweit die Stichprobe der Verteilung in der Grundgesamtheit ähnelt, ist nicht exakt zu beantworten, da diese Informationen mit sehr hohem Rechercheaufwand und nur für das jeweilige Bundesland ermittelbar wären. Der Großteil unserer Stichprobe besteht jedoch aus Fachkrankenhäusern (40,6 %) und Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern (37,0 %).

Abbildung 1: Kliniktypus (N = 165)



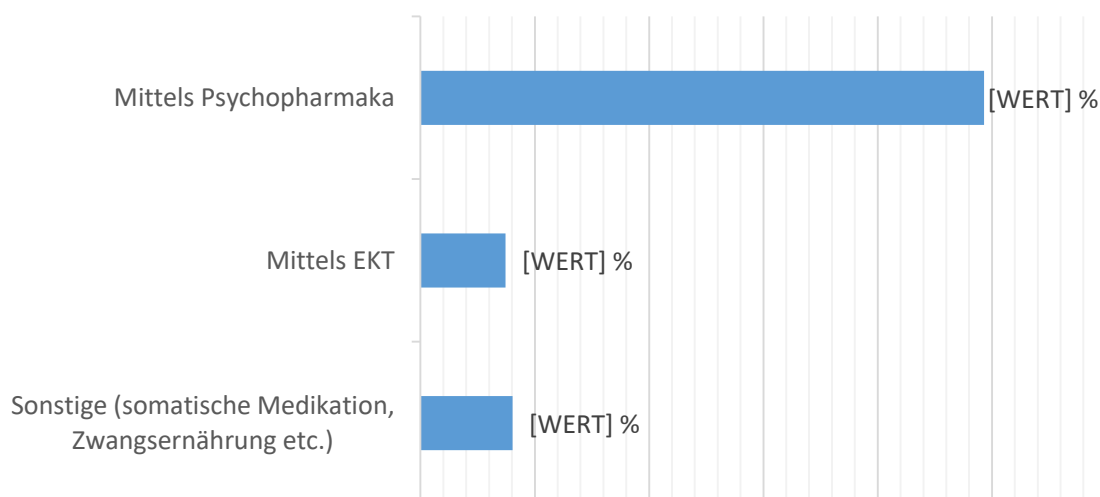
Außerdem wurden die ärztlichen Leitungskräfte gefragt, wie viele vollstationäre Aufnahmen ihre Klinik in der Erwachsenenpsychiatrie ohne forensische Patient:innen jährlich verzeichnet. Eine grobe Übersicht über die Klinikgröße zeigt *Abbildung 2*. Der größte Anteil der befragten Kliniken mit 43,6 % nimmt jährlich zwischen 1000 und 2000 Patient:innen auf.

Abbildung 2: Wie viele Aufnahmen (nur vollstationär, nur Erwachsenenpsychiatrie, nicht Forensik) hat Ihre Klinik jährlich? (N = 165)



Es gaben 90 % der Befragten an, in den letzten fünf Jahren ärztliche Zwangsmaßnahmen in ihrer Klinik durchgeführt zu haben. Warum 10 % der befragten Einrichtungen auf ärztliche Zwangsmaßnahmen nach dem Betreuungsrecht verzichten konnten und wie dies ggf. mit ihrem Versorgungsauftrag zu erklären ist, lässt sich aus den erhaltenen Angaben nicht ermitteln. Diesem soll in einem zusätzlichen, das ursprüngliche Forschungsdesign ergänzenden Erhebungsschritt nachgegangen werden. In *Abbildung 3* wird dargestellt, welche Arten von ärztlichen Zwangsmaßnahmen zur Anwendung kamen. Nahezu alle Befragten (98,6 %), die ärztliche Zwangsmaßnahmen nach § 1906a BGB a.F. vollzogen, gaben an, diese mittels Psychopharmaka durchzuführen. In 14,9 % der Kliniken gab es ebenfalls mindestens eine Zwangsmaßnahme mittels Elektrokrampftherapie. Die Umfrage gab den Teilnehmenden in Form eines Freitextfelds die Möglichkeit, weitere Formen ärztlicher Zwangsmaßnahmen anzumerken, die gleichermaßen in ihrer Klinik Anwendung fanden. Die häufigsten Nennungen sind die zwangsweise Vergabe somatischer Medikation und die Zwangsernährung. In Einzelfällen wurden Isolation und Fixierung als weitere Formen von Zwang angegeben, worin allerdings eine Fehlinterpretation des Begriffs „ärztliche Zwangsmaßnahme“ liegt. Die Ergebnisse sind um die genannten Unsicherheiten, insofern diese für das Projektteam ersichtlich war, bereinigt.

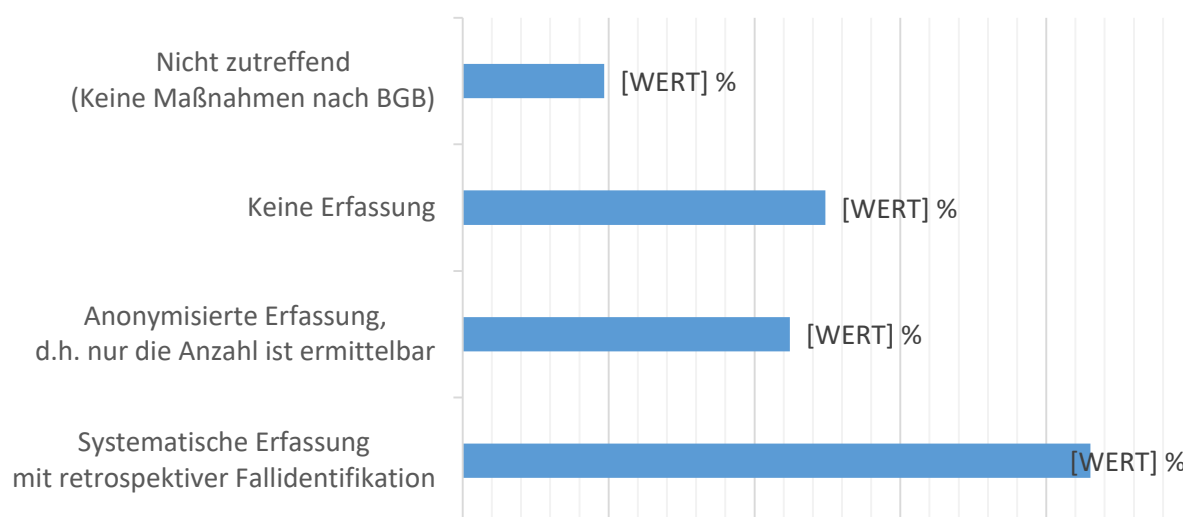
Abbildung 3: Wenn Sie in den vergangenen 5 Jahren ärztliche Zwangsmaßnahmen durchgeführt haben, welche waren das? (Mehrfachantworten möglich) (N = 165)



Die Frage zur Dokumentation von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und der Qualität der Erfassung solcher Fälle stand im Vordergrund der Online-Umfrage. Sichtbar wird in *Abbildung 4*, dass eine in den Kliniken installierte Erfassung sehr ungleich verteilt ist und dass

gleichermaßen die Qualität der Erfassung variiert: Jede:r vierte Befragte gab an, dass ärztliche Zwangsmaßnahmen in den vergangenen fünf Jahren zwar stattfanden, aber nicht systematisch erfasst wurden. D.h., es findet die Dokumentation in der Krankenakte statt, eine retrospektive Fallidentifikation, z.B. für statistische Zwecke, ist allerdings nicht möglich. Eine zusätzliche anonymisierte Erfassung, in der nur die Anzahl ermittelbarer Bestandteil ist, gaben 22,4 % der Befragten an. Immerhin 43 % der befragten Kliniken erfassen ihre Fälle systematisch, was eine retrospektive Fallidentifikation ermöglicht.

Abbildung 4: Werden die Fälle mit Zwangsbehandlung in Ihrer Klinik in einer Weise systematisch erfasst, die eine retrospektive Identifizierung der Fälle ermöglicht? (N = 165)



In der Qualität der Erfassung von Zwangsmaßnahmen zeigen sich erhebliche regionale Unterschiede (siehe Tabelle 2): Beispielsweise gaben die Leitungskräfte der psychiatrischen Kliniken in Baden-Württemberg und Thüringen in ca. 79 % bzw. 75 % der Fälle an, solche Maßnahmen systematisch (mit retrospektiver Fallidentifikation) zu erfassen – gegenüber Hamburg und Saarland mit 0 % Prozent der Fälle. Allerdings sind die zugrundeliegenden Fallzahlen klein.

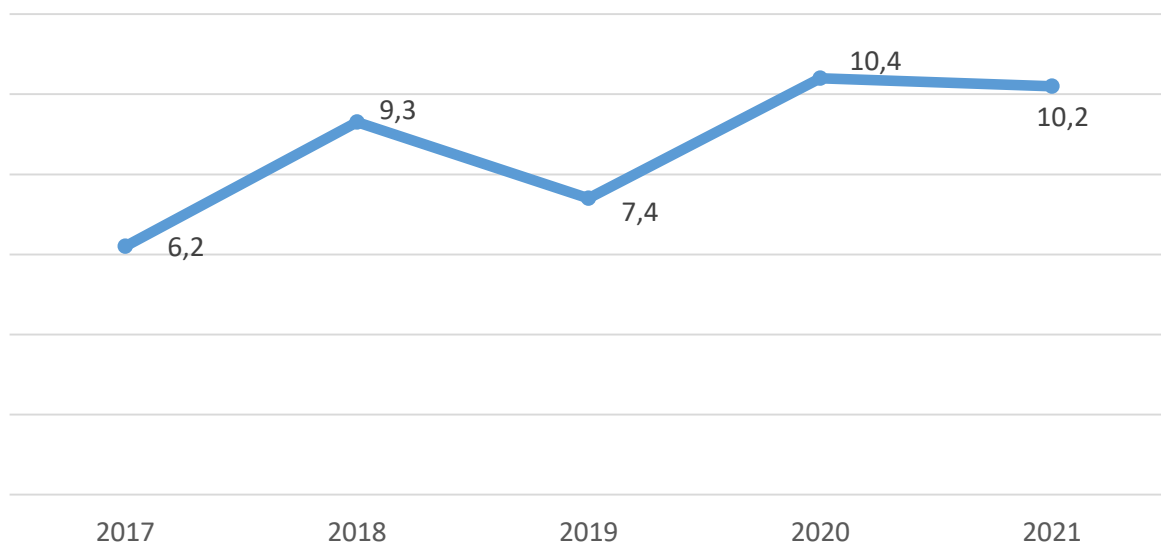
Tabelle 4: Die Qualität der Erfassung von Zwangsmaßnahmen nach Bundesländern

	Unbekannt (bzw. ohne Zwangsmaßnahmen nach BGB)	Keine systematische Erfassung	Anonymisierte Erfassung, d.h. nur die Anzahl ist ermittelbar	Systematische Erfassung mit retrospektiver Fallidentifikation	Gesamt
Baden-	4 (16,7 %)	0 (0,0 %)	1 (4,2 %)	19 (79,2 %)	24

Württemberg					
Bayern	1 (4,0 %)	9 (36,0 %)	5 (20,0 %)	10 (40,0 %)	25
Berlin	0 (0,0 %)	1 (20,0 %)	3 (60,0%)	1 (20,0 %)	5
Brandenburg	0 (0,0 %)	1 (11,1 %)	3 (22,2 %)	6 (66,7 %)	9
Bremen	1 (50,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (50,0 %)	2
Hamburg	0 (0,0 %)	1 (25,9 %)	3 (75,0 %)	0 (0,0 %)	4
Hessen	1 (10,0 %)	2 (20,0 %)	3 (30,0 %)	4 (40,0%)	10
Mecklenburg-Vorpommern	1 (20,0 %)	2 (40,0 %)	1 (20,0 %)	1 (20,0 %)	5
Niedersachsen	2 (14,3 %)	4 (28,6 %)	4 (28,6 %)	4 (28,6 %)	14
Nordrhein-Westfalen	2 (8,7 %)	6 (26,1 %)	7 (30,4 %)	8 (34,8 %)	23
Rheinland-Pfalz	0 (0,0 %)	4 (40,0 %)	2 (20,0%)	4 (40,0 %)	10
Saarland	1 (25,0 %)	2 (50,0 %)	1 (25,0 %)	0 (0,0 %)	4
Sachsen	0 (0,0 %)	5 (50,0 %)	2 (20,0%)	3 (30,0 %)	10
Sachsen-Anhalt	2 (40,0 %)	1 (20,0 %)	0 (0,0 %)	2 (40,0 %)	5
Schleswig-Holstein	1 (9,1 %)	3 (27,3%)	2 (18,2%)	5 (45,5 %)	11
Thüringen	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (25,0%)	3 (75,0 %)	4

Des Weiteren wurden die ärztlichen Leitungskräfte darum gebeten, Angaben zu der Häufigkeit ärztlicher Zwangsmaßnahmen zu machen. Für diejenigen Befragten, die nicht in der Lage dazu waren, konkrete Angaben zu machen, gab es die Option, eine Schätzung vorzunehmen. Die Entwicklung der Häufigkeit von medikamentösen Zwangsmaßnahmen zeigt die *Abbildung 5*: Stellt man die durchschnittliche Anzahl der Fälle von medikamentösen Zwangsmaßnahmen pro Klinik von 2017 (6,2) der Anzahl von 2021 (10,2) gegenüber, lässt sich ein Anstieg verzeichnen.

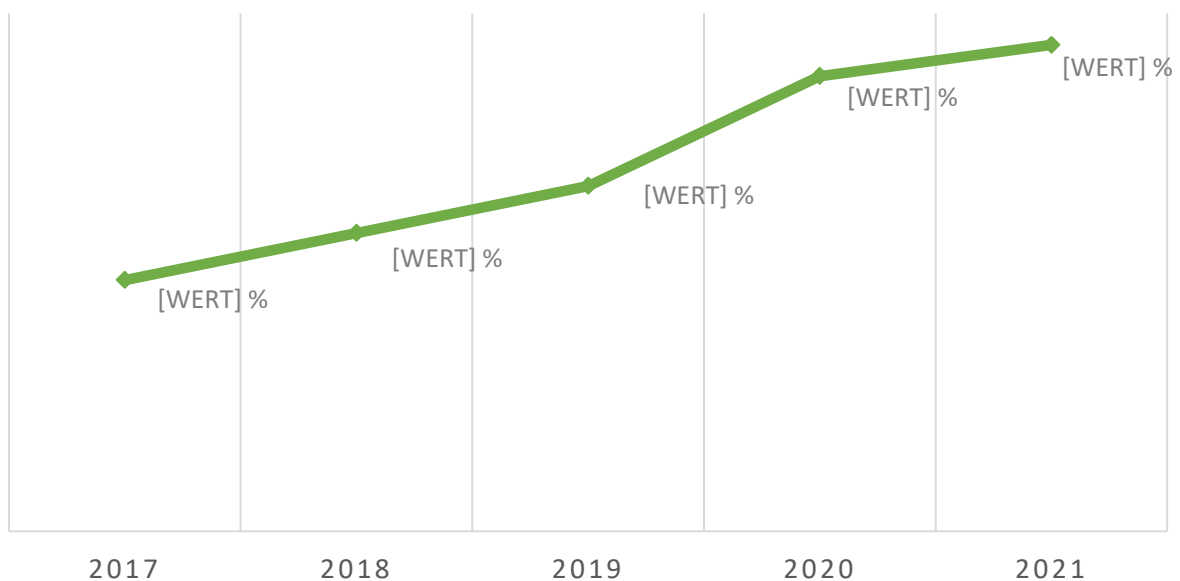
Abbildung 5: Durchschnittliche Anzahl (Fälle) von medikamentösen Zwangsmaßnahmen pro Klinik (In



wie vielen Fällen kam es in den letzten 5 Jahren zu einer medikamentösen Zwangsmaßnahme nach BGB?) (N = 63)

Wie sich aus dem Liniendiagramm in *Abbildung 6* ableiten lässt, kann im Verlauf der Jahre eine zunehmende Zahl der Befragten Angaben machen. Dies ist ein Indiz dafür, dass die Erfassung von Fällen ärztlicher Zwangsmaßnahmen in den letzten Jahren zunehmend implementiert wurde. Allerdings machten lediglich 38,8 % der Befragten eine konkrete Angabe zu den Häufigkeiten von Zwangsmaßnahmen.

Abbildung 6: Anteil der Kliniken mit konkreten Angaben zur Anzahl medikamentöser Zwangsmaßnahmen (N = 63)



Etwa die Hälfte der Befragten musste auf eine Schätzung zurückgreifen: Wie sich die Verteilung der Häufigkeiten über die psychiatrischen Einrichtungen verteilt, ist *Abbildung 7* zu entnehmen.

An diese Schätzung knüpft die Frage zur Wahrnehmung eines Entwicklungsverlaufs an (siehe *Abbildung 8*). Ein Großteil der Befragten (62,5 %) gab an, keine klare bzw. eine gleichbleibende Tendenz der Häufigkeit von ärztlichen Zwangsmaßnahmen wahrzunehmen. Mehr als ein Drittel der Teilnehmenden konstatierte eine zunehmende Entwicklung. Demgegenüber steht ein deutlich geringerer Anteil von ca. 9%, die den Entwicklungstrend abnehmend einschätzten. Diese Einschätzungen decken sich mit der Entwicklung aus *Abbildung 5*.

Abbildung 7: [Schätzung] Wie viele Zwangsbehandlungen nach BGB hatten Sie durchschnittlich jährlich in den Jahren 2017- 2022? (N = 82)

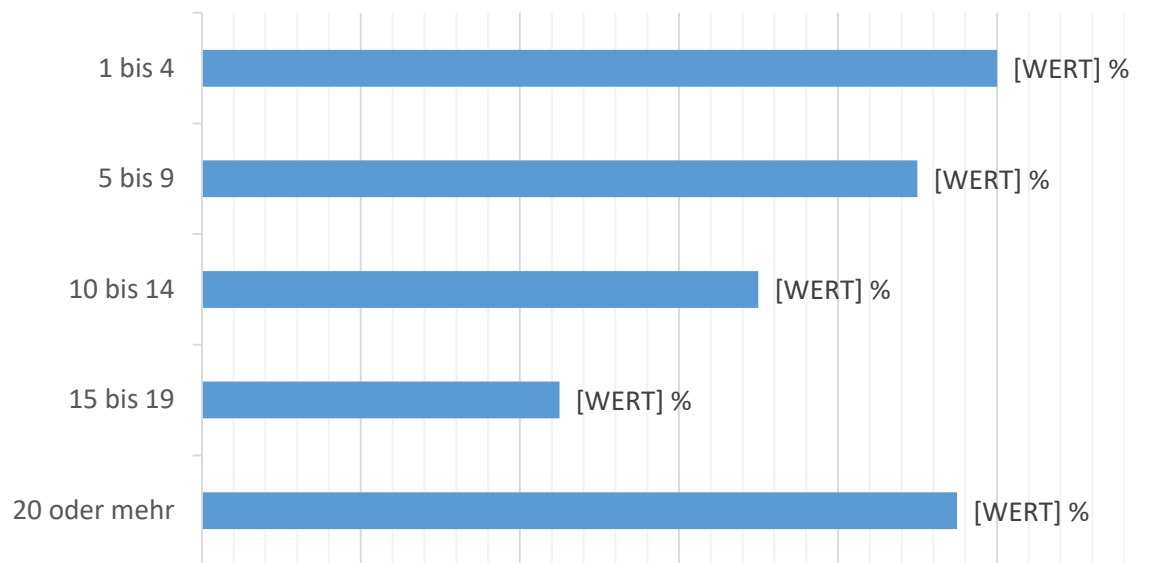
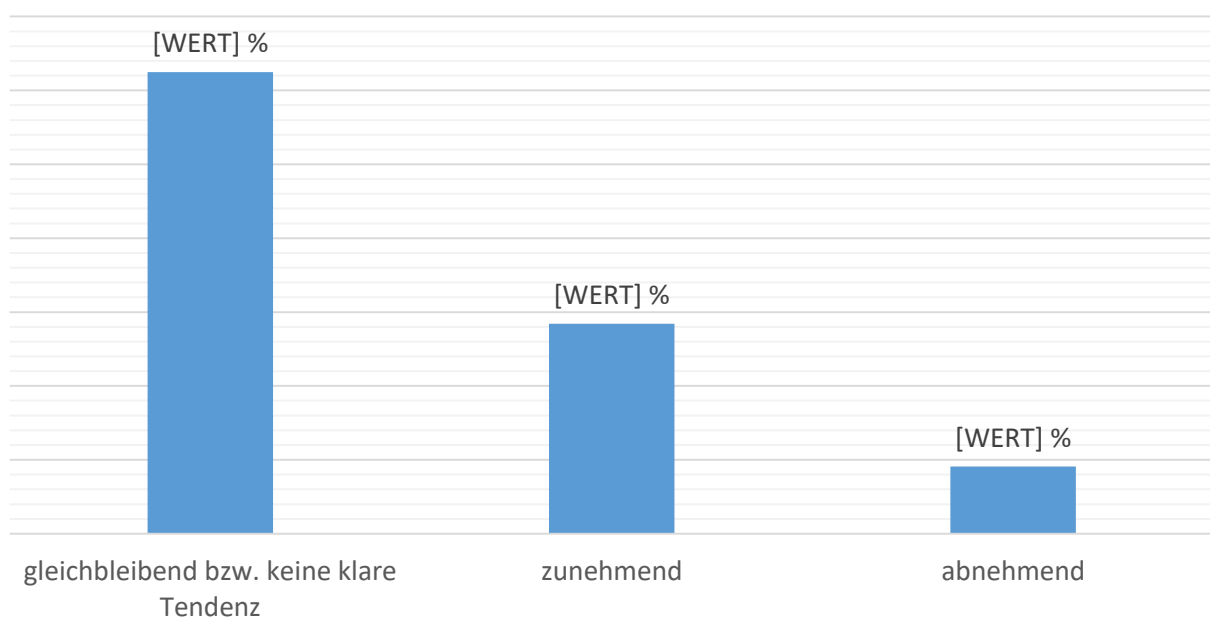


Abbildung 8: [Schätzung] Haben Sie in diesem Zeitraum eine Tendenz wahrgenommen (N = 82)



Weiterhin wurden die ärztlichen Leitungen der psychiatrischen Einrichtungen gezielt nach der Unterbringung in einem somatischen Krankenhaus zu zwangsweisen somatischen Behandlungen befragt. Mehr als zwei Drittel der Teilnehmenden (77,6 %) äußerte, keinen Fall in den vergangenen fünf Jahren verzeichnet zu haben. Die Größenordnung von Patient:innen, die in einem somatischen Krankenhaus zur somatischen Zwangsbehandlung

untergebracht werden mussten, ist im Vergleich zu Fällen medikamentöser Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken deutlich geringer: Mehr als zwei Fälle in fünf Jahren registrierten lediglich 6,1 % der befragten Institutionen (vgl. Abb. 9). Allerdings muss hier davon ausgegangen werden, dass die Daten unvollständig sind. Fälle, die sich primär in somatischen Krankenhäusern ohne Beteiligung der Psychiatrie ereignen, sind in der Psychiatrie nicht bekannt und mit der angewandten Methode daher nicht zu erfassen.

In denjenigen Kliniken, die mindestens einen Fall in der Vergangenheit schilderten, ist lediglich in 16 % der befragten Kliniken eine systematische Erfassung implementiert, die eine retrospektive Identifizierung der Fälle zulassen würde (vgl. Abb. 10).

Abbildung 9: Wurden Patient:innen Ihrer Klinik (einschließlich PIA) in den vergangenen Jahren in einem somatischen Krankenhaus zur zwangsweisen Behandlung einer somatischen Erkrankung untergebracht? (N = 165)

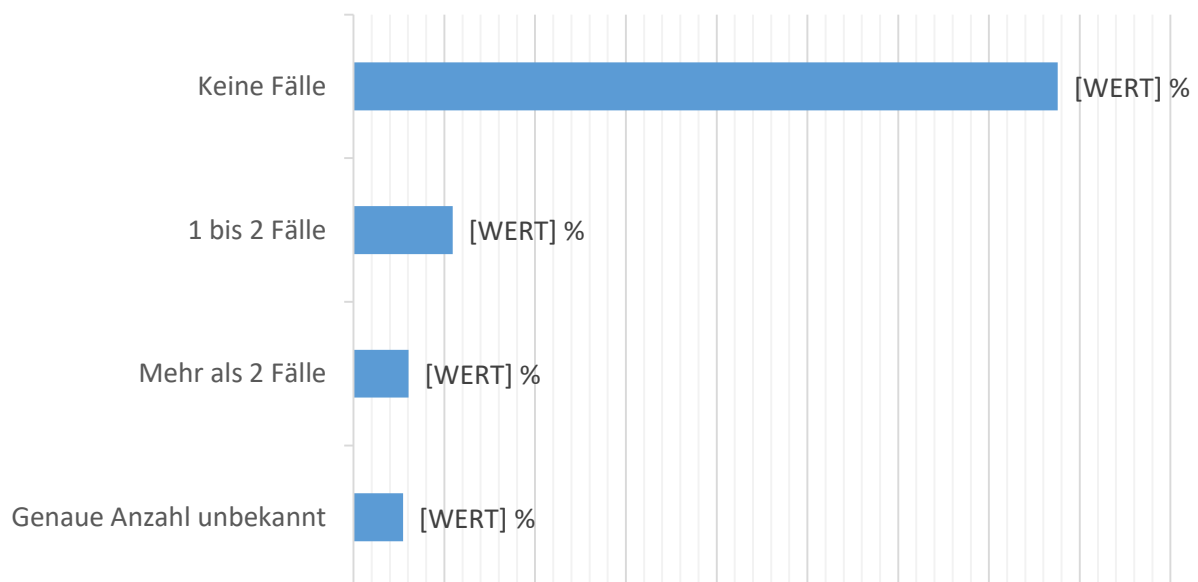
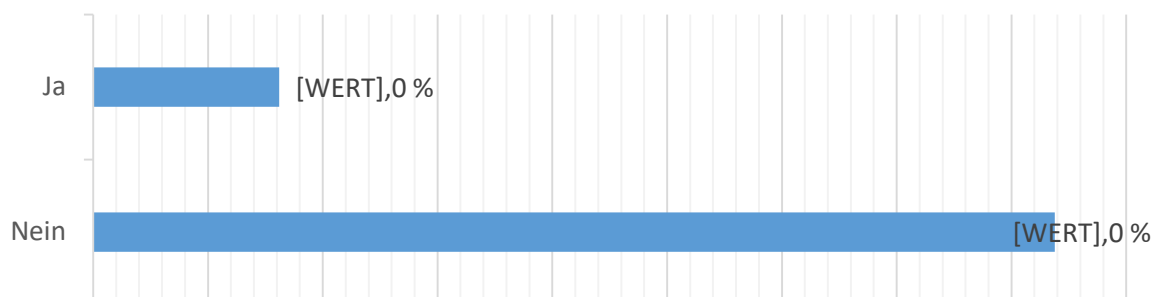


Abbildung 10: Gibt es eine systematische Erfassung, mit der Sie solche Fälle retrospektiv identifizieren könnten? (N = 37)



Weiter interessierte, ob Ärzt:innen der Kliniken als Gutachter:innen für eine Zwangsbehandlung in einem somatischen Krankenhaus beteiligt waren. 15,0 % der Befragten gaben an, dass Ärzt:innen aus ihrer Klinik als Gutachter bei solchen Zwangsbehandlungen beteiligt waren (Abbildung 11). 22,0 % der Befragten waren diesbezüglich genauere Informationen nicht bekannt. Eine Dokumentation derartiger in der Regel in privater Nebentätigkeit erstellter Gutachten in den Kliniken erfolgt nicht regelhaft. Immerhin 24,0 % der Befragten berichteten jedoch die Möglichkeit retrospektiver Fallidentifikationen (Abbildung 12).

Abbildung 11: Waren Ärzt:innen Ihrer Klinik als Gutachter:innen für eine derartige Zwangsbehandlung in einem somatischen Krankenhaus beteiligt? (N = 165)

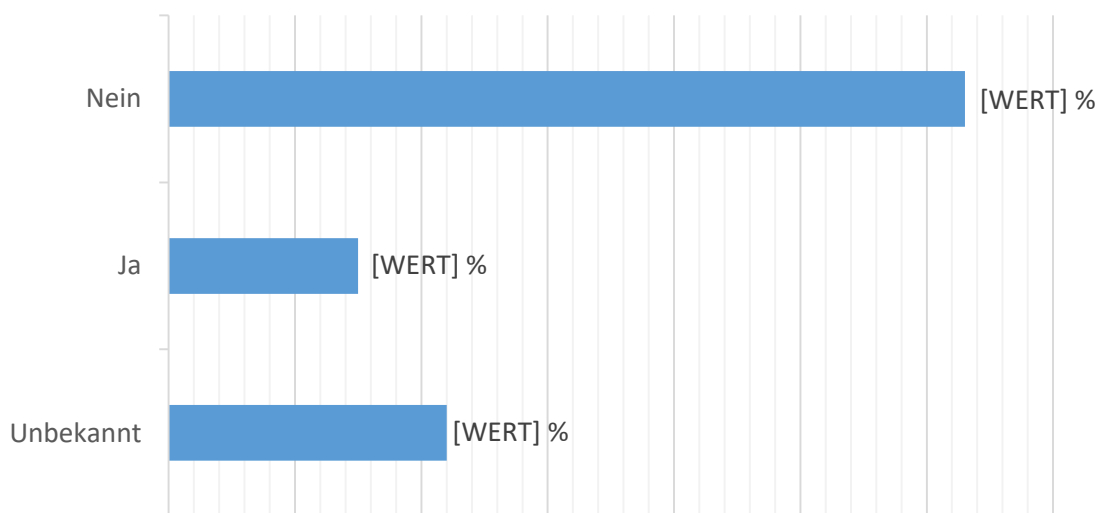
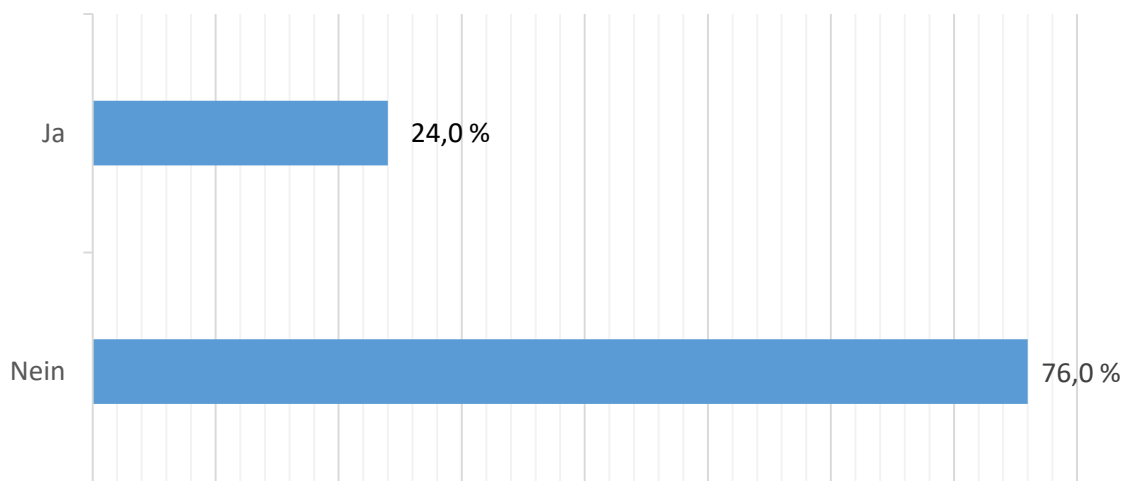


Abbildung 12: Ist es möglich, derartige Fälle retrospektiv zu identifizieren? (N = 25)



IV. Diskussion der Ergebnisse

Die Rücklaufquote ist, verglichen mit bisherigen bundesweiten Online-Befragungen (vgl. Steinert & Schmid 2012; Efke et al. 2022) hoch. Da sich jedoch nicht alle angeschriebenen Kliniken an der Umfrage beteiligt haben und es sich damit letztlich um eine Zufallsstichprobe handelt, können aus den Daten keine Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit gezogen werden. Es muss davon ausgegangen werden, dass Selektionseffekte einerseits durch das Interesse an dem Thema und andererseits auch durch persönliche Kenntnis der Forschenden (sich widerspiegelnd in unterschiedlich hohen Antwortraten aus den Bundesländern) eine Rolle gespielt haben. Jedoch sind alle Kliniktypen und Bundesländer angemessen vertreten.

Ein interessantes und so nicht erwartetes Ergebnis ist, dass 10 % der Befragten angaben, keine ärztlichen Zwangsmaßnahmen nach dem Betreuungsrecht durchgeführt zu haben. Dies kann unterschiedliche Gründe haben, über die nur spekuliert werden kann. Es ist denkbar, dass die Kliniken, die sich beteiligt haben, keine oder nur sehr wenige betreuungsrechtlich untergebrachte Patient:innen behandeln. Es ist auch denkbar, dass ärztliche Zwangsmaßnahmen dort immer über das PsychKG bzw. PsychKHG durchgeführt werden und insofern unter der Fragestellung nicht erfasst wurden. Es könnte sich auch um eine besonders vorbildliche Praxis zur Zwangsvermeidung handeln. Ebenso ist allerdings denkbar, dass es sich um eine Unterversorgung wegen vermeintlich hoher juristischer Hürden und unerwünschter Konflikte handelt. Um diese Fragestellung zu beleuchten, wurde im Einverständnis mit der Auftraggeberin eine vertiefte Nachbefragung veranlasst. Auf Grund der Anonymität der Umfrage konnten nicht diejenigen 10 % der Kliniken ermittelt werden, die angegeben hatten, dass sie keine ärztlichen Zwangsmaßnahmen nach dem Betreuungsrecht durchgeführt hatten. Deshalb wurden sämtliche Adressaten nochmals durch Herrn Prof. Dr. Steinert angeschrieben mit der Bitte, ggf. die eigene Praxis in einem Interview vertieft zu erläutern, falls man tatsächlich eine klinische Praxis habe, die einen Verzicht auf ärztliche Zwangsmaßnahmen ermögliche. Zu diesem Zweck wurde auch ein Interviewleitfaden entwickelt. Es gab jedoch keine einzige Rückmeldung dieses Inhalts. Es gingen zwar noch einmal zahlreiche Antworten von ärztlichen Direktor:innen ein, die aber mehrheitlich bekräftigten, dass sie ärztliche Zwangsmaßnahmen nach BGB durchführten oder zwar derartige Zwangsmaßnahmen durchführten, aber nach PsychK(H)G. Letztlich war

also über diese Rückfrage/Nacherfassung keine Klinik zu ermitteln, in der ärztliche Zwangsmaßnahmen bei der Wahrnehmung einer Pflichtversorgung als grundsätzlich verzichtbar angesehen wurden.

Dass bei denjenigen Kliniken, die angaben, ärztliche Zwangsmaßnahmen durchgeführt zu haben, die Gabe von Medikamenten dominiert, entspricht den Erwartungen. Elektrokonvulsionstherapie und sonstige somatische Maßnahmen sind vergleichsweise selten und kamen nur in etwa jeder sechsten Klinik im vergangenen Zeitraum von 5 Jahren vor. Angesichts der Kontroverse um die Anwendung der Elektrokonvulsionstherapie als ärztliche Zwangsmaßnahme sind diese Ergebnisse dennoch bemerkenswert.

Nahezu die Hälfte der befragten Klinikleitungen antwortete, dass Zwangsmedikationen systematisch erfasst werden und somit retrospektiv identifizierbar sind. Die Angaben zur Häufigkeit in den letzten 5 Jahren zeigen, dass ärztliche Zwangsmaßnahmen nach BGB insgesamt selten sind und nur einen sehr kleinen Teil der Aufnahmen betreffen, was in guter Übereinstimmung mit den Daten aus dem Zwangsregister von Baden-Württemberg steht (Flammer & Steinert 2019; Flammer et al. 2020). In der Größenordnung wurden ca. 10 Maßnahmen jährlich angegeben bei durchschnittlichen Aufnahmezahlen um 4000 (ein exakter Durchschnittswert ist nicht ermittelbar). Den erhobenen Zahlen zufolge ist seit 2017 ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen. Dieses Ergebnis ist allerdings nach erhaltenen Rückmeldungen mit großer Vorsicht zu bewerten. Es ist nicht gesichert, dass es sich dabei um einen realen Anstieg handelt. Ebenso könnte es sich nach Ansicht vieler Expert:innen um das Ergebnis einer Verbesserung der systematischen Dokumentation handeln.

Aufenthalte in somatischen Krankenhäusern mit zwangsweisen somatischen Behandlungen sind den Ergebnissen zufolge selten. Weniger als einem Viertel der Befragten war überhaupt ein Fall aus den letzten 5 Jahren erinnerlich oder aus der Dokumentation zu entnehmen. Allerdings ist diesbezüglich von einer besonders hohen Unsicherheit auszugehen. Es dürften lediglich Fälle erfasst worden sein, in denen primär psychiatrisch behandelte Patient:innen zur Behandlung einer somatischen Erkrankung im somatischen Krankenhaus untergebracht und dort behandelt wurden. Andere Fälle, in denen ggf. direkt eine Zuführung in ein somatisches Krankenhaus erfolgte und in denen sodann behandelt wurde, sind den Leitungen der psychiatrischen Krankenhäuser naturgemäß nicht bekannt. Eine systematische Dokumentation, die eine retrospektive Fallidentifikation dieser Art ermöglichen würde, gibt

es in psychiatrischen Kliniken nur ausnahmsweise und in somatischen Kliniken vermutlich gar nicht. Hilfsweise wurde aufgrund der großen Datenunsicherheit auch danach gefragt, ob Ärzt:innen der betreffenden Klinik als Gutachter:innen für eine Zwangsbehandlung in einem somatischen Krankenhaus beteiligt waren. Es ist nicht davon auszugehen, dass den Klinikleitungen dies in allen Fällen bekannt ist. Immerhin 15 % der Befragten beantworteten diese Frage aber bejahend und ein Viertel gab an, diese Fälle auch retrospektiv identifizieren zu können.

Zusammenfassend zeichnen sich also leichte Fortschritte in der Dokumentation und einer systematischen Datenerfassung der Kliniken bzgl. Zwangsmaßnahmen allgemein und auch ärztlicher Zwangsmaßnahmen ab. In einigen Bundesländern folgen diese Entwicklungen gesetzlichen Vorgaben (z.B. Baden-Württemberg, sowie mit Blick auf landesrechtlichen Regelungen einzelne Bundesländer), in anderen erfolgt dies vermutlich von den Trägern gesteuert im Interesse der Qualitätssicherung. Dennoch bestätigt sich die Erwartung, dass man von einer systematischen Erfassung derartiger Ereignisse in Deutschland weit entfernt ist und dass auch die hier erfolgte Datenerhebung in erster Linie eine Schätzung von Größenordnungen liefern kann. Dies betrifft die psychiatrischen Kliniken in weit größerem Ausmaß als somatische Kliniken. Dort war eine Datenerhebung nicht vorgesehen und wäre auch mit großen Schwierigkeiten verbunden gewesen. Nach verbreiteter Einschätzung von Expert:innen gibt es dort praktisch nirgends eine Datenerfassung jenseits der gesetzlich vorgeschriebenen Routinedaten.

Bei allen hier erhobenen versorgungsepidemiologischen Daten ist zu bedenken, dass Daten über den Ist-Zustand keine Rückschlüsse auf den tatsächlichen Bedarf und die Fragen zu einer Unter-, Über- oder Fehlversorgung zulassen. Dies gilt generell bei den meisten Erhebungen zur Versorgungssituation und auch hier zur Frage der ärztlichen Zwangsmaßnahmen. Die Daten lassen keine Rückschlüsse zu, ob die Praxis der Kliniken und Gerichte mit solchen Maßnahmen in quantitativer Hinsicht eine angemessene und verhältnismäßige Reaktion auf gegebene Problemlagen auf Seiten der Patient:innen ist. So ist nicht bekannt, ob es Alternativen gegeben hätte, mit denen Zwang hätte vermieden werden können. Es kann auch nicht gesagt werden, in wie vielen Fällen Patient:innen in schweren gesundheitlichen Problemen verblieben sind und deren Gesundheitszustand

gleichzeitig und sicher mit einer ärztlichen Behandlung unter initialem Einsatz von Zwang wesentlich hätte gebessert werden können.

E) Empirische Erhebung mittels Aktenanalyse

Mittels einer Aktenanalyse sollte betrachtet werden, welche Personen von Zwangsbehandlung betroffen sind, welche Verläufe sowohl mit Blick auf den Erkrankungsverlauf als auch mit Blick auf das Verfahren (Abläufe, Dauer) zu sehen sind. Da versucht wurde, auch Daten von Betroffenen zu erheben, bei denen besondere Merkmale wie die Kombination aus psychischer und somatischer Erkrankung vorliegt, Personen, die in der stationären Altenpflege leben, etc., wurden die Tandems stets mit einer Abteilungspsychiatrie gebildet, weil man hier erwarten konnte, dass neben der rein psychiatrischen Behandlung auch andere Disziplinen involviert sind.

Erwartungsgemäß gestaltete sich dieser Erhebungsschritt als sehr aufwendig, sowohl in der Durchführung selbst als auch insbesondere in der Organisation im Vorfeld.

I. Methodisches Vorgehen

Durchgeführt wurde eine multizentrische Analyse von Gerichts- und Behandlungsakten.

II. Sampling und Rekrutierung

Die Auswahl der Kliniken (Abteilungspsychiatrien) und Amtsgerichte (Betreuungsgerichte) erfolgte verteilt über die gesamte Bundesrepublik. Bei der Auswahl der Kliniken wurden soziodemografischen Daten wie Altersstruktur in der Region, Arbeitslosenquote, Stadt, Land, Stadtstaat berücksichtigt, um eine möglichst heterogene Stichprobe zu erreichen.

Die ausgewählten Kliniken und Amtsgerichte wurden in der Regel zunächst telefonisch kontaktiert. Nach Klärung der richtigen Ansprechperson (dies variierte insbesondere bei den Gerichten) wurde das Akteneinsichtsgesuch schriftlich unter Bezugnahme auf Unterstützungsschreiben des Bundesministeriums der Justiz und des Bundesministeriums für Gesundheit und des beigefügten Datenschutzkonzeptes sowie des Ethikvotums gestellt. Bei den Kliniken wurde entsprechend vorgegangen. Falls die Landeskrankenhausgesetze oder entsprechende Regelungen noch besondere Anforderungen an den Datenschutz bei Forschungsvorhaben stellten, wurde entsprechend ergänzend begründet.

Zunächst war angestrebt worden 20 Standorte einzuschließen, weil zu Beginn des Forschungsvorhabens mit einer durchschnittlichen Zahl von 20 Fällen pro Klinik kalkuliert wurde. Diese Annahme erwies sich jedoch schnell als unrichtig. Die Fallzahlen variierten stark und eine gleichmäßige Verteilung pro Standort ergab sich nicht. Da die Stichprobe von Beginn an nicht auf eine Repräsentativität angelegt war, ist die Rekrutierung weiterer Standorte beendet worden, nachdem nach Sichtung einer gewissen Anzahl von Akten keine neuen Informationen mehr hinzukamen. Da zunächst in den großen einwohnerstarken Bundesländern zwei Standorte untersucht werden sollten, sich dies aber nicht in allen Bundesländern aus den oben genannten Gründen verwirklichen ließ und damit die Verteilung nach oben genannten Kriterien nicht mehr einzuhalten gewesen wäre, wurde pro Bundesland nur ein Tandem in die Stichprobe eingeschlossen.

III. Erhebung

Durchgeführt wurde eine Aktenanalyse mittels zwei sich ergänzender Erhebungsbögen. Die jeweilige Analyseeinheit bestand aus einer Gerichtsakte und einer Behandlungsakte, die für die Auswertung nach dem ersten Erhebungsschritt zusammengeführt und in eine Datenmaske zusammengetragen wurden. Erfasst wurden u.a. Geschlecht, Alter, Hauptdiagnosen, Aufenthaltsdauer in der Klinik, Zeitpunkt Antrag Zwangsbehandlung, Datum Genehmigungsbeschluss, Dauer des Beschlusses, Art und Durchführung der Zwangsbehandlung (oral, intravenös, intramuskulär, über Magensonde sowie Festhalten, Fixierung). In Freitextfeldern wurden zudem ergänzende Informationen zum Fall erfasst.

Die Aktenzahl variierte von Standort zu Standort stark. Wenn ein Gericht für mehrere Kliniken zuständig war, war die Aktenanzahl der Fälle in den Fachpsychiatrien höher als in den Abteilungspsychiatrien.

Es ist nicht immer gelungen, das (zunächst) ausgewählte Tandem in die Stichprobe einzuschließen. Dies hatte unterschiedliche Gründe: Kapazitätsgründe wurden nur vereinzelt vorgebracht, vereinzelt wurde auf die Anfragen gar nicht reagiert. Ein Ablehnungsgrund und zugleich größeres Problem stellte das (nicht mögliche) Filtern entsprechender Akten dar. In den Gerichten werden abhängig vom jeweiligen Bundesland unterschiedliche Programme genutzt. Nicht alle Programme ermöglichen ein Filtern der Verfahren, in denen § 1906a BGB a.F. eine Rolle spielte. Zudem waren nicht alle Gerichte in der Lage selbst zu filtern. Dies

gelang dann teilweise durch Hilfe über die IT-Beauftragten im jeweiligen Bundesland. Zudem gab es Standorte, die im Jahr der Stichprobe keine Zwangsbehandlungen nach BGB vorzuweisen hatten. Nach Überprüfung der Plausibilität dieser Angabe (Abgleich Gericht/Klinik, Abgleich mit Vor- und Folgejahr) sind diese Standorte zunächst mit einer 0-Meldung für die Stichprobe erfasst worden. Für diese Bundesländer wurde sodann noch einmal neu entschieden, ob eine neue, ergänzende Auswahl getroffen wird. Kriterien waren hierfür die Größe des Bundeslandes, die Verteilung der Bundesländer (Nord/Süd/West/Ost), die Einwohnendenzahl und – soweit vorhanden – die Anzahl der genehmigten Einwilligungen in die Durchführung einer Zwangsbehandlung laut B-Statistik in dem Bundesland. Bei zwei Bundesländern ist daher keine neue Auswahl getroffen worden (geringe Einwohnendenzahl, geringe Zahl bei der B-Statistik). In fünf Bundesländern erfolgte keine Erhebung.

Ähnliche Probleme zeigten sich in den Kliniken, die zwar oftmals die Unterbringungsfälle erfassen, nicht aber die ärztlichen Zwangsmaßnahmen (Zwangsbehandlungen) gesondert ausweisen. Daher gestaltete sich das Zusammenstellen der Stichprobe als äußerst aufwendig. Das Forschungsteam hat sich dennoch dafür entschieden, strikt am Tandem-Modell festzuhalten, um einen Fall möglichst im Verlauf komplett erfassen zu können und auch, um nicht nur Tandems zu erfassen, die sich direkt zur Teilnahme am Projekt bereit erklärt haben. Im Übrigen hatten teilweise selbst Kliniken, die im Rahmen der Zusatzfragen der Online-Befragung ihre weitere Mitwirkungsbereitschaft erklärten und angaben, entsprechende Akten identifizieren zu können, einige Schwierigkeiten bei der Identifikation der Fälle. Soweit erkennbar, lag dies u.a. an einer zu groben Erfassung (nur Zwang oder nur Unterbringung) oder in einer Klinik auch am Nichterfassen von Zwangsbehandlungen, wenn nach Vorlage des Beschlusses die Medikation vom Betroffenen angenommen und oral eingenommen wurde. Durch das Vorgehen mit den Tandems konnte eine Untererfassung der Fälle weitgehend vermieden werden.

Die Erhebungen erfolgten durch Akteneinsicht vor Ort, also beim Amtsgericht und der Klinik, durch das Forschungsteam im Zeitraum von Dezember 2022 bis November 2023. In wenigen Fällen wurden Gerichtsakten, die am Tag der Einsichtnahme nicht verfügbar waren, zugesendet. In drei Kliniken erfolgte die Erhebung durch Ärzt:innen vor Ort. In diesen Fällen wurde sich zudem mit der Klinik über die Erhebungen ausgetauscht.

Bei den Gerichtsakten handelte es sich durchgehend um Papierakten, bei den Klinikakten gab es sowohl elektronisch geführte Akten wie auch Papierakten. Bei den elektronisch geführten Patientenakten wurde dem Forschungsteam ein Zugang zu den jeweiligen Akten eingerichtet bzw. Zugang gewährt. Die beiden Erhebungsbögen wurden nach Abschluss der jeweiligen Erhebungen als ein „Fall“ zusammengeführt und dann in eine Datenmaske, die mittels Excel erstellt wurde, eingestellt.

An den Standorten wurden alle Fälle gesichtet, in denen eine Zwangsbehandlung im Jahr 2021 Verfahrensgegenstand war. Angestrebt wurde somit eine Vollerhebung pro Tandem.

Die Auswertung der Daten erfolgte mittels SPSS und Stata.

IV. Stichprobe

Erfasst wurden insgesamt 76 Fälle an 11 Standorten (1 Standort = Amtsgericht + Abteilungspsychiatrie) in 11 Bundesländern.

Die Auswahl erfolgte ausgehend von den Kliniken. Hiervon leitete sich das Amtsgericht als das jeweils zuständige Gericht ab. Innerhalb dieses Tandems wurde eine Vollerhebung angestrebt.

Tabelle 5: Auswahl Kliniken

Bundesland/ Standort	Fallzahlen	Einwohnerdichte je km ²	Altersdurchschnitt in Jahren	Arbeitslosen- quote	Durchschnittseinkommen pro Haushalt	Bettenanzahl des Klinikstandorts	Vollstationäre Fälle (psychiatrisch)	Trägerschaft	Kliniktyp
A	19	4868	41,6	4,6	34036	220	1570	öffentlich	Abteilungspsychiatrie
B	19	1491	40,7	4,8	24627	250	1079	öffentlich	Abteilungspsychiatrie
C	3	4214	42,7	9,3	22658	466	2395	öffentlich	Abteilungspsychiatrie
D	1	2506	42,1	7,6	26158	344	1132	freigemeinnützig	Abteilungspsychiatrie
E	10	143	44,7	5,3	25580	276	1283	öffentlich	Abteilungspsychiatrie
F	1	710	46,4	10,8	19950	476	1483	öffentlich	Abteilungspsychiatrie

G	2	2251	42,2	9,1	20777	204	1516	freigemeinnützig	Abteilungspsychiatrie
H	7	1422	46,2	6,7	23990	476	1290	freigemeinnützig	Abteilungspsychiatrie
I	3	1793	44,5	9,1	19846	105	1266	öffentlich	Abteilungspsychiatrie
J	9	1715	43,2	6,1	22009	1410	989	öffentlich	Abteilungspsychiatrie
K	2	1018	45,4	7,6	22490	170	1420	öffentlich	Abteilungspsychiatrie

In der Stichprobe sind ausschließlich die Fälle der ausgewählten Tandems eingeschlossen. Ausgewertet werden konnten insgesamt 76 Fälle. Neben den 0-Meldungen an drei Standorten, reichte die Anzahl von Fällen pro Standort von 1, 2, 3, 7, 9, 11 und 19 Akten. Wenn ein Gericht für mehrere Kliniken zuständig war, gab es bei dem Gericht mehr Fälle als in die Stichprobe eingeschlossen wurden. Bis auf an einem Standort musste diese Auswahl während der Erhebung vorgenommen werden, sodass bei den Gerichten oftmals mehr Akten eingesehen wurden als schließlich in die Stichprobe eingeschlossen wurden. Insbesondere bei Gerichtsbezirken mit mehreren Kliniken kam es durchaus vor, dass ein:e Betroffene:r in mehreren Kliniken war, aber nicht im Jahr der Stichprobe in dem ausgewählten Tandem. Unabhängig vom Einschluss in die Stichprobe konnte hierdurch ein ergänzender Eindruck von dem Vorgehen des Gerichts bzw. der dortigen Richter:innen gewonnen werden, der es gerade bei einer geringen Anzahl von Fallakten ermöglichte, einen besseren Einblick in die Fallstruktur vor Ort und Vorgehensweise zu erhalten. Teils wurden für die Einsichtnahme auch mehr Akten eingesehen, weil auch PsychK(H)G-Verfahren vorgelegt wurden (alle Zwangsbehandlungsfälle), die dann aber nicht in die Stichprobe eingeschlossen wurden.

V. Ergebnisse

Innerhalb der Stichprobe (n = 76) sind mehr Frauen als Männer von einer ärztlichen Zwangsmaßnahme betroffen (Frauen: 49, Männer: 27). Von 64 Personen ist die private Wohnsituation bekannt: 60,9% leben allein, 20,3% leben mit einem:einer Partner:in und 17,2% mit Familienangehörigen zusammen. 1,6% der Personen leben mit anderen nahestehenden Personen zusammen. Zur Wohnsituation ist bekannt, dass insgesamt 26,4%

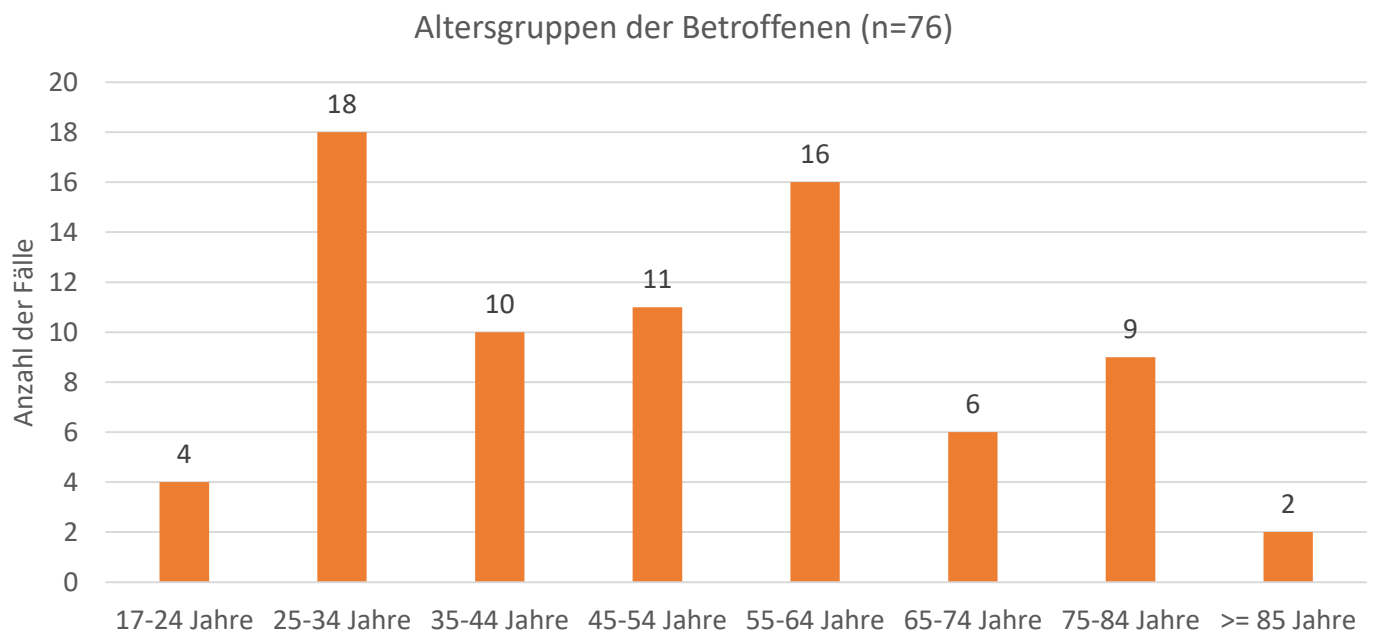
der Personen in einer Einrichtung leben, 4,2% sind wohnungslos und 66,6% leben mit oder ohne Unterstützung in der eigenen Wohnung.

Tabelle 6: Häufigkeitstabelle private und räumliche Wohnsituation (N=64)

Private Wohnsituation	Räumliche Wohnsituation					
	Sonstiges	in eigener Wohnung mit Unterstützung	in eigener Wohnung, ohne Hilfen	in einer Einrichtung	wohnungslos	Total
alleinlebend	0	4,7% (3)	32,8% (21)	20,3% (13)	3,1% (2)	60,9% (39)
mit Familienangehörige	0	1,6% (1)	14,1% (9)	1,6% (1)	0	17,2% (11)
mit Partner:in	1,6% (1)	3,1% (2)	15,6% (10)	0	0	20,3% (13)
mit weiteren nahestehenden Personen	0	0	0	1,6% (1)	0	1
Total	1,6% (1)	9,4% (6)	62,5% (40)	23,4% (15)	3,1% (2)	100% (64)

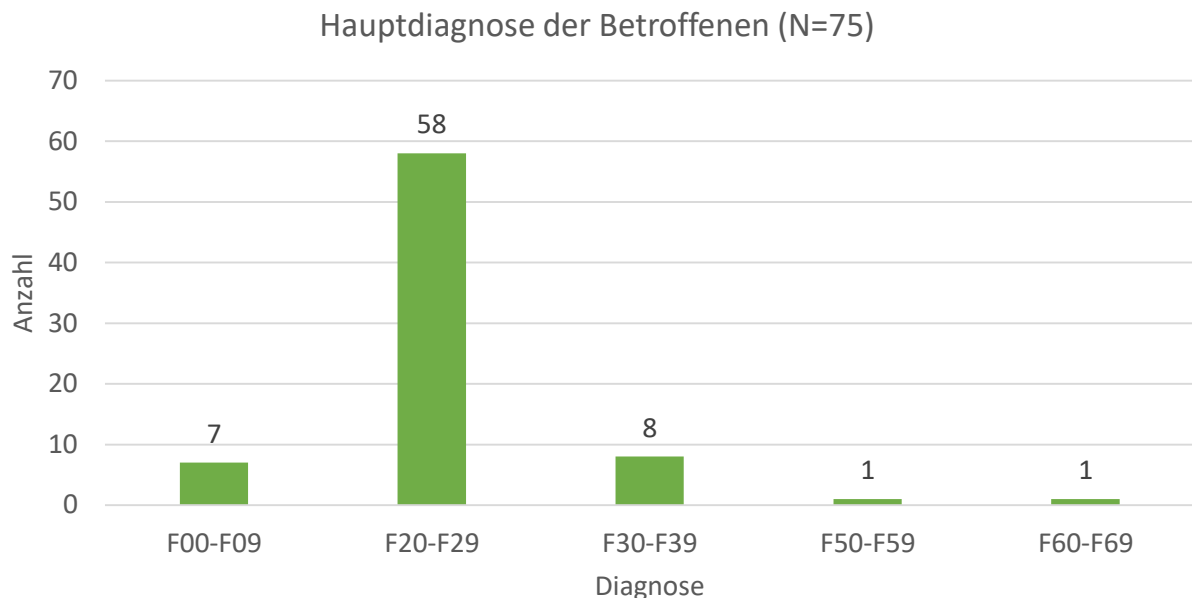
Elf Betroffene waren zum Zeitpunkt des Erhebungsjahres 75 Jahre oder älter sowie vier höchstens 24 Jahre alt. Die größte Gruppe an Betroffenen war der Altersgruppe zwischen 25 und 34 Jahren zuzuordnen (N=18), gefolgt von der zweitgrößten Altersgruppe von 55 bis 64 Jahren (N=16). In 69 Fällen gab es eine:n rechtliche:n Betreuer:in, in 4 Fällen eine Vorsorgevollmacht, in drei Fällen lag dazu keine Angabe vor.

Abbildung 13: Altersgruppe der Betroffenen



Von den 75 erhobenen Fallverläufen waren alle Betroffenen stationär in der Klinik, in einem Fall wurde der Antrag gestellt, als sich die Person in ihrem Zuhause befand (Antragsrücknahme nach gutachterlich überprüfter Einwilligungsfähigkeit). Bei der weitüberwiegenden Gruppe von Betroffenen wurde eine Diagnose nach F.20-F29.0 gestellt.

Abbildung 14: Hauptdiagnose der Betroffenen



In der weit überwiegenden Mehrheit der Fälle erfolgte eine Behandlung der Anlasserkrankung, also der psychischen Erkrankung. In wenigen Fällen stand die Behandlung einer somatischen Erkrankung im Vordergrund bzw. stellte die ausschließliche Behandlung dar. In zwei Fällen spielte eine Schwangerschaft eine Rolle, in einem Fall erfolgten wegen der psychischen Erkrankung eine Zwangsbehandlung sowie die Schnittenbindung als ärztliche Zwangsmaßnahme.

Patientenverfügungen wurden in den Akten nur in drei Fällen gesehen, die überdies inhaltlich dem somatischen Anwendungsbereich zuzuordnen waren.

Schwierigkeiten bereitete eine verlässliche Erfassung des Überzeugungsversuchs. Dass ein Überzeugungsversuch stattgefunden hat, fand sich in den Genehmigungsbeschlüssen stets als Feststellung. Teilweise haben die Gerichte Auszüge aus der Behandlungsdokumentation angefordert und zur Gerichtsakte genommen, um zu überprüfen, wie viele Kontakte zum:r Betroffenen stattgefunden hatten. Die Kontakte konnten teilweise der Pflegedokumentation, teilweise der Dokumentation zum Behandlungsverlauf oder auch den

ärztlichen Zeugnissen entnommen werden. Hier fanden sich Notizen, wie z.B. im Rahmen der Visite oder der allgemeinen Medikamentenausgabe angeboten. Der Differenzierungsgrad unterschied sich (Zeitangaben, Inhalte, welche Personen). Es gab zudem Kliniken, die für die Überzeugungsversuche mit Angabe zu Zeit, Person und Inhalt auch ein eigenes Formular führten, bis hin zu einer Klinik mit Gesprächsprotokollen zu jedem Überzeugungsversuch. Ebenso unterschied sich die Überprüfung des Überzeugungsversuchs durch das Gericht. Neben der bereits genannten Verlaufsdokumentation, die zur Gerichtsakte genommen wurde, genügten dem Gericht Angaben aus dem ärztlichen Attest/Zeugnis oder ein Nachfragen vor Ort in der Klinik. Die Dauer der Überzeugungsversuche variierte, soweit überhaupt aus den Akten entnehmbar, stark und hing auch davon ab, ob noch eine Verlängerung der Zwangsbehandlung überlegt wurde. Teils konnte über die Akte hinaus in Erfahrung gebracht werden, dass die Gerichte einen Zeitraum von 10 bis 14 Tagen verlangen würden. Einer Akte war auch zu entnehmen, dass das Gericht den Antrag noch für verfrüht hielt und ein Abwarten von ein paar Tagen anregte. In dieser Zeit konnte der:die Betroffene tatsächlich zur Einnahme bewegt werden, sodass sich der Antrag „erledigte“.

Die Akten wurden zudem nach Maßnahmen der Entscheidungsunterstützung untersucht. Das Aktenmaterial hat keine systematische Erfassung zugelassen, sodass lediglich beschrieben werden kann, dass Maßnahmen der Entscheidungsunterstützung in manchen Akten gesehen wurden. Hierzu gehörten der Einbezug Angehöriger, Dolmetscher sowie Aufklärungsinformationen.

Ebenso ließ das Aktenmaterial nur begrenzt die Untersuchung zu, wie mildere Mittel geprüft wurden. Ausführungen fanden sich in der Regel in den ärztlichen Attesten/Zeugnissen. Wenn ein Sachverständigengutachten eingeholt wurde, dann wurde die Frage nach milderem Mittel stets auch als Beweisfrage an den:die Sachverständige:n gerichtet.

In keinem Verfahren wurde ein Antrag zur Verbringung zum Zwecke der ärztlichen Zwangsmaßnahmen gesehen oder ein Verfahren nach § 1846 BGB a.F.

Erfasst wurde die Verfahrensdauer. In die Auswertung sind die Fälle eingeflossen, bei denen Antragsdatum und das Datum des Beschlusses erfasst werden konnten. In wenigen Fällen konnte das Antragsdatum nicht erfasst werden, in anderen Fällen ist kein Beschluss

ergangen. In die Auswertung für die Verfahrensdauer sind somit 57 Fälle eingeflossen. Danach zeigt sich eine Range von einem Tag bis 60 Tagen. In beiden Fällen, die in der Grafik mit 50 und 59 Tagen angegeben sind, wurde inhaltlich noch einmal abgeglichen: In einem Fall gab es Rückfragen an den Sachverständigen und somit eine Ergänzung des Gutachtens, in dem anderen Fall handelte es sich um einen komplexen Fall eines Betroffenen mit vorherigem Aufenthalt in der Forensik.

Abbildung 15: Anzahl Tage von Antrag bis Genehmigung

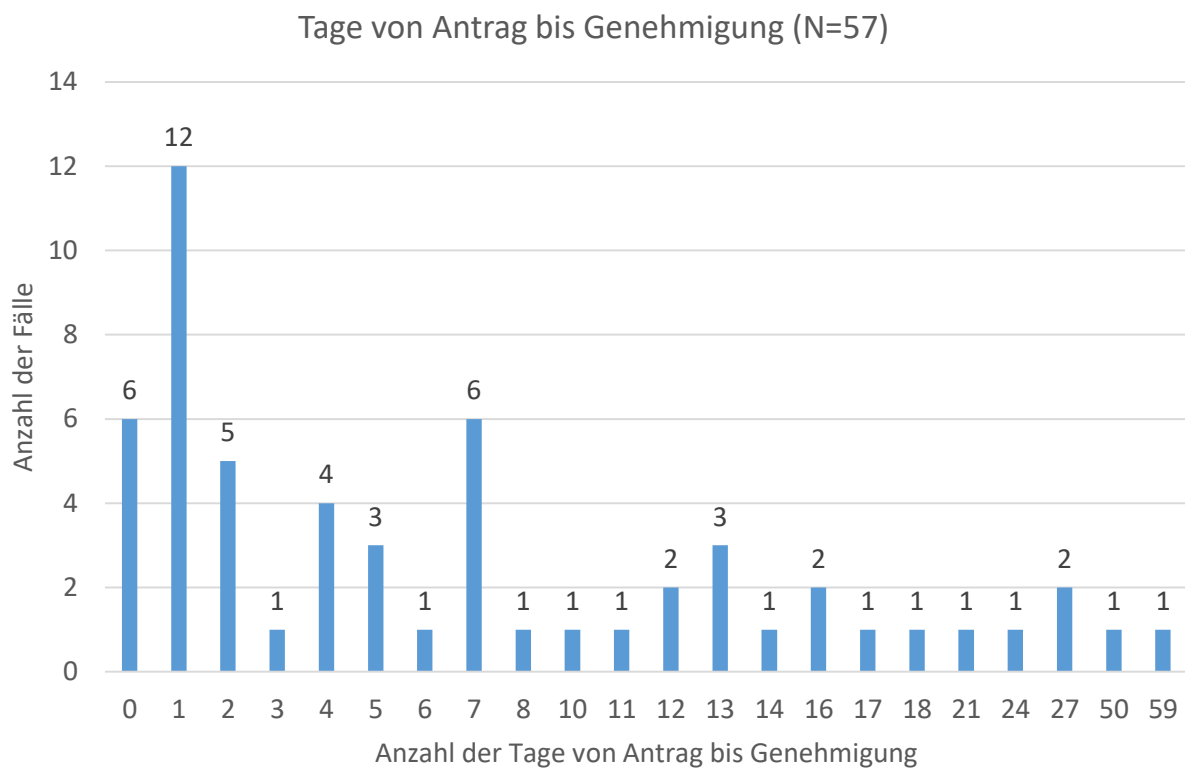
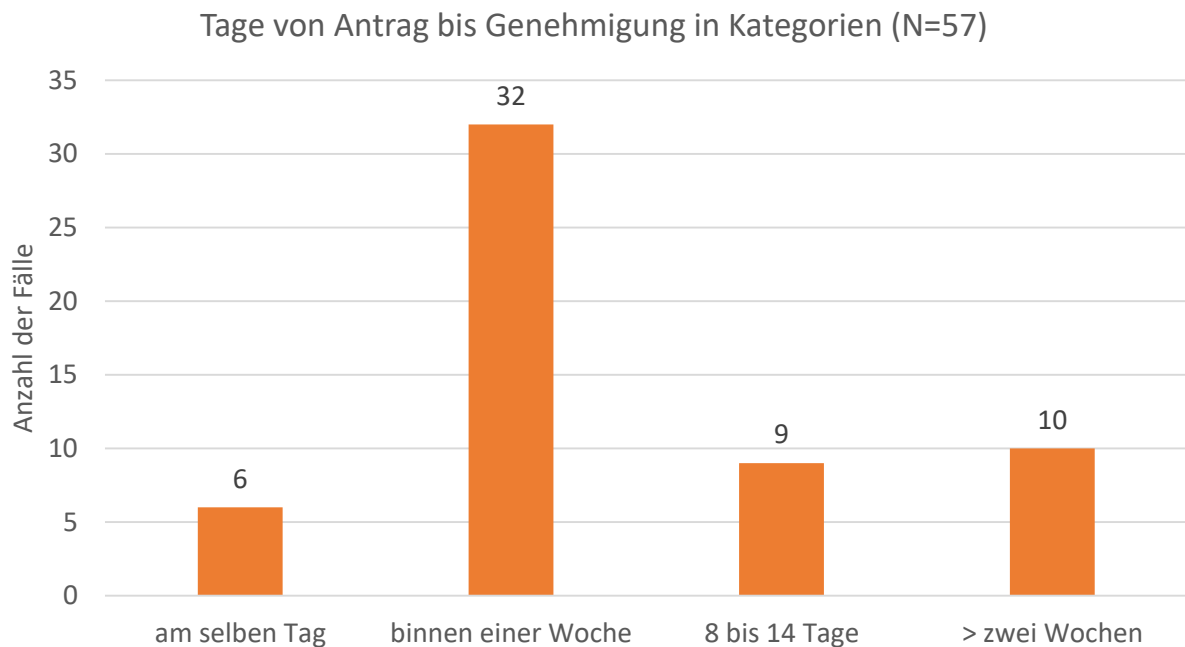


Abbildung 16: Anzahl Tage von Antrag bis Genehmigung in Kategorien



Anmerkung zur Interpretation: Binnen einer Woche = 1 bis 7 Tage zwischen Antrags- und Genehmigungsdatum (z.B. Antragsdatum 15.07.2021 und Genehmigungsdatum 22.07.2021 = 7 Tage/binnen einer Woche)

Die Range liegt somit bei 0 bis 59 Tage (d.h. Genehmigung am Tag des Antrags). In die Auswertung sind die einstweiligen Anordnungen eingeflossen. Im Schnitt liegen zwischen Antrags- und Genehmigungszeitpunkt 8,5 Tage. Betrachtet man den Median, zeigt sich, dass in 50% der 57 Fälle zwischen Antrags- und Genehmigungsdatum 5 Tage oder weniger liegen. In 50% der erhobenen Fälle liegen mehr als 5 Tage zwischen Antrag und Genehmigung. Bei ergänzender Betrachtung des 75%-Quartils zeigt sich, dass in nur 25% der Fälle zwischen Antrag und Genehmigung 13 Tage oder mehr liegen. In 75% der Fälle liegen zwischen Antrag und Genehmigung 12 Tage oder weniger.

Erfasst wurde der Zeitraum zwischen Antragsstellung und Genehmigungsbeschluss. Den Beginn des stationären Aufenthalts als Startpunkt zu nehmen, hätte sich in einigen Fällen als verzerrend erwiesen. Denn es gab insbesondere bei den Personen mit längeren Klinikaufenthalten Fallkonstellationen, bei denen die Frage von ärztlichen Zwangsmaßnahmen erst zu einem späteren Zeitpunkt auftauchte und auch bis dahin eine Behandlung freiwillig erfolgte und die vorgeschlagenen medikamentösen Therapien Akzeptanz fanden. In einem Fall kam es beispielsweise durch die Entlassung eines Mitpatienten zu einer Krise des verbliebenen Betroffenen. In einem anderen Fall resümierte die Betroffene, dass es ihr trotz der Behandlung nicht spürbar besserginge, und stellte somit die Behandlung in Frage.

In 34 Fällen erfolgte die Genehmigung der ärztlichen Zwangsmaßnahme im Wege der einstweiligen Anordnung. In einem Fall blieb das Gericht unter der möglichen Höchstdauer und genehmigte die Maßnahme nur mit einer Dauer von einer Woche. In fünf Fällen erfolgte eine Verlängerung der einstweiligen Anordnung.

Bezogen auf die gesamten Genehmigungsbeschlüsse gab es in 38 Fällen keine Verlängerung, in 28 Fällen wurde sie beantragt und genehmigt, in zwei Fällen wurde sie zwar beantragt, aber nicht genehmigt. In zwei Fällen können keine Angaben hierzu gemacht werden.

Erfasst wurde zudem, wie bzw. auf welchem Weg die Betroffenen in die Klinik gelangt sind. In 17 Fällen kamen die Betroffenen (zunächst) freiwillig, stellten sich selbst oder in Begleitung Angehöriger in der Klinik vor oder wurden freiwillig mit dem Rettungsdienst oder in Begleitung der Polizei in die Klinik gebracht. Die Begleitung durch Polizei (hier auch Begleitung in Handschellen erfasst) und/oder dem Rettungsdienst konnte in 33 Akten erfasst werden. Eine initiale Aufnahme über landesrechtliche Vorschriften oder auch bei Bestehen

eines Unterbringungsbeschlusses nach BGB wurde in 11 Fällen gesehen. In 7 Fällen handelte es sich um eine Übernahme von einer anderen Klinik oder anderen Station (z.B. Übernahme von der Inneren oder von der Intensivstation). In den übrigen Fällen fehlt die Angabe hierzu.

Vorherige ärztliche Zwangsmaßnahme

Ob die Person bereits in der Vergangenheit eine ärztliche Zwangsmaßnahme erfahren hatte, ließ sich nicht immer erfassen (N=27 Akten mit fehlenden Angaben hierzu). Insbesondere dann nicht, wenn es laut Anamnese schon Voraufenthalte in anderen Kliniken gab. In 44 Akten konnten Informationen zu vorherigen ärztlichen Zwangsmaßnahmen erfasst werden: 12 Personen hatten bereits in der Vergangenheit eine ärztliche Zwangsmaßnahme erfahren, 32 Personen nicht.

Sachverständigenauswahl bei Verfahren mit mehr als 12 Wochen Dauer

In drei Fällen können Angaben zur Sachverständigenauswahl bei einer Genehmigungsdauer von mehr als 12 Wochen getätigt werden. In den anderen Fällen gibt es hierzu keine Angabe bzw. es war nicht relevant. Davon hatte in einem Fall der:die Sachverständige den:die Betroffene:n bereits begutachtet, in einem anderen Fall erfolgte die Begutachtung durch eine:n Sachverständige:n aus der Klinik, in der der:die Betroffene untergebracht war und in einem anderen Fall erfolgte die Begutachtung durch einen bisher nicht beteiligten externen Sachverständigen.

Ausgestaltung der Beschlüsse

Die Beschlüsse, mit denen die Einwilligung des:der Betreuers:in in die ärztliche Zwangsmaßnahme genehmigt wurden, wurden von den Gerichten im Detail bzw. im Stil unterschiedlich gestaltet. Dies betraf zum einen die Erwähnung der oralen Verabreichung als primäre Darreichungsform und zum anderen die weiteren genehmigten Einwilligungen in Zwangsmaßnahmen, die im Zusammenhang mit der Umsetzung der genehmigten Einwilligung in die ärztliche Zwangsmaßnahme auftreten können. Auch wurde teilweise

bereits eine alternative Medikation mit aufgenommen, wenn sich die Erstmedikation als nicht zielführend erweisen sollte.

Beispiel 1:

Die Einwilligung der Betreuerin in folgende ärztliche Zwangsmaßnahmen wird bis längsten XX.XX.XXXX genehmigt:

- Gabe von Olanzapin Zypadhera, 200 mg, 14-tägig als intramuskuläre Depotinjektion
- Gabe von Biperiden bis 16 mg/Tag per os oder bis 20mg/Tag parenteral
- regelmäßige Blutkontrolle, EKG und Kontrolle der Vitalparameter zur Überprüfung der Medikation und Prophylaxe von Nebenwirkungen (bis zu viermal täglich)
- bei der Notwendigkeit längerer Fixierungen Gabe von 40mg Enoxaparin subkutan

Sollte der Betroffene die Maßnahmen nicht freiwillig dulden, darf er festgehalten oder an bis zu 5 Punkten fixiert werden.

Die genannten Maßnahmen sind unter der Verordnung eines Arztes/einer Ärztin durchzuführen und zu dokumentieren.

Die sofortige Wirksamkeit der Entscheidung wird angeordnet.

Beispiel 2:

Die Einwilligung der Betreuerin in nachfolgende ärztliche Zwangsmaßnahmen wird bis längsten XX.XX.XXXX genehmigt:

Zur antipsychotischen/narkoleptischen Behandlung:

Olanzapin: 1. Injektion 10mg, 2. Injektion 10mg, innerhalb von 24h (Höchstens insgesamt 20mg/d), max. 3 aufeinander folgende Tage.

Spätestens ab dem 3. Tag Olanzapin Depot 300 mg alle 2 Wochen.

Zur anxiolytischen Behandlung

Diazepam i.v. als KI (Kurzinfusion) oder i.m., max. 60 mg/24h.

3-6 x einzelne Gaben à 10 mg tgl. in 24 Stunden mit je einem Unterbruch von mind. 30 min. verteilt (nicht zusammen mit Olanzapin i.m.)

Zur antiaggressiven/stimmungsstabilisierenden Behandlung:

Valporat bis 20 mg/kg Körpergewicht in 24h als Kurzinfusion i.v., bis max. 1.600 mg/d

Wegen des Risikos von EPMS:

Biperidon 2,5 – 5 mg als langsame i.v. oder i.m. applizierbare Injektion, ggf. alle 30 min. bis max. 16-20 mg/täglich

Für den Fall einer längeren Fixierungsnotwendigkeit (>24 Std.):

Enoxaparin bis 120 mg s.c.

Ärztliche Untersuchungen

- Überwachung der medikamentösen Therapie mittels regelmäßiger Kontrollen von Vitalparametern (Blutdruck, Puls, 3x tgl. sowie im Notfall)
- EKG (ca. 1x/Woche sowie im Notfall)

- Blutentnahme zur Bestimmung von Blutbild, Leberwerten, Entzündungs- und Nierenfunktionsparametern und ggf. des Olanzapins- und Valproinsäurespiegels (ca. 2x/Woche sowie im Notfall)

Wenn der Betroffene von der Notwendigkeit und Durchführung der ärztlichen Maßnahmen und Untersuchungen nicht überzeugt werden kann, wird die Einwilligung der Betreuerin in die Anwendung von Zwangsmaßnahmen (Festhalten, Fixierung der Extremitäten bis zu 5-Punkten) bis längstens zum XX.XX.XXXX genehmigt.

Die ärztlichen Zwangsmaßnahmen und die dabei angewendete Gewalt sind unter der Verantwortung und Aufsicht eines Arztes vorzunehmen und einschließlich der Dauer der Maßnahmen zu dokumentieren.

Die sofortige Wirksamkeit der Entscheidung wird angeordnet.

Beispiel 3:

[...] wird längstens bis zum XX.XX.XXXX (Tagesende) die ärztliche Behandlung gegen den Willen der [Personenname] in der Einrichtung [Einrichtungsname mit Anschrift] oder in einem anderen Krankenhaus genehmigt.

Die Genehmigung erfolgt zur Behandlung mit

1.)

Orale Gabe von Risperidon bis zur max. Tagesdosis von 6 mg

Orale Gabe von Diazepam bis zur max. Tagesdosis von 40 mg

Bei Verweigerung der oralen Medikation mit:

- Benperidol i.v. bis max. Tagesdosis von 8 mg/tgl. in 3 bis 4 Einzeldosen
- Diazepam i.v. bis max. Tagesdosis von 40 mg/tgl in 3 bis 4 Einzeldosen

2.)

Die Genehmigung umfasst eine Thromboseprophylaxe mit Enoxaparin s.c. in einer Dosierung von 0.4 ml als Spritze im Fall der mechanischen Fixierung, sowie die regelmäßigen Labor- und EKG Kontrollen.

3.)

Zur Durchführung der Behandlung in Form der intravenösen Therapie wird zudem die Fixierung der Betroffenen bis zu 5-Punkt genehmigt.

Die Zwangsbehandlung ist ausschließlich vom Arzt durchzuführen und zu dokumentieren.

[...]

Diese Entscheidung wird sofort wirksam.

Beispiel 4: (Unterbringung und ärztliche Zwangsmaßnahmen)

[...] beschlossen:

Die Unterbringung der Betroffenen auf einer geschlossenen psychiatrischen Station eines Krankenhauses wird bis zum Ablauf des XX.XX.XXXX genehmigt.

Die Einwilligung der Betreuerin in die Behandlung der Betroffenen durch die zwangsweise Gabe von Medikamenten wird bis zum Ablauf des XX.XX.XXXX genehmigt.

Im Einzelnen ist die Medikation der Betroffenen wie folgt zulässig:

- | | |
|---------------|-------------------|
| 1. Benperidol | bis zu 8 mg / Tag |
| 2. Biperiden | bis zu 5 mg / Tag |

3. a) Lorazepam bis zu 4 mg / Tag
oder
b) Diazepam bis zu 30 mg / Tag

Zu diesem Zweck darf die Betroffene bei jeder einzelnen Gabe, d.h. bis zu zweimal täglich, jeweils für maximal 20 Minuten festgehalten oder fixiert werden.

Die Fixierung ist nur auf ärztliche Anordnung und unter fachpflegerischer Aufsicht zulässig. Sie ist in den Stationsunterlagen zu dokumentieren.

Die zwangsweise verabreichte Medikation ist ebenfalls in den Stationsunterlagen zu dokumentieren.

Die Einwilligung in die Zwangsbehandlung ist durch die Betreuerin sofort zu widerrufen, wenn sie nicht mehr dringend erforderlich ist. Die Beendigung der Maßnahme ist dem Gericht unverzüglich anzuzeigen (§ 1906 Abs.3 BGB).

Herr XX wird zum Pfleger für das Verfahren bestellt. Er führt die Verfahrenspflegschaft berufsmäßig.

Der Beschluss ist sofort wirksam.

Die Genehmigung wird unwirksam, wenn die Betroffene ärztlicherseits mit Einverständnis der Betreuerin entlassen wird. Die Entlassung ist dem Gericht mitzuteilen.

Beispiel 5:

Die Einwilligung des Betreuers in folgende ärztliche Zwangsmaßnahmen wird wie folgt betreuungsrechtlich genehmigt:

Medikament:

Xeplion

Darreichungsform:

Depotspritze intramuskulär

Dosis:

100 mg je Einzeldosis und zwar

Am 18.5.2021 und ein weiteres Mal am 14.06.2021.

Die genannte Maßnahme ist unter Verantwortung eines Arztes/einer Ärztin durchzuführen und schriftlich zu dokumentieren.

Zuvor ist mehrfach, mindestens jeden Tag seitens des behandelnden Arztes auf der Station XY des Klinikums XY und auch täglich seitens der Pflege in Gesprächen außerhalb der Visite vergeblich versucht worden, die Betroffene von der Einnahme der Neuroleptika und der Thromboseprophylaxe zu überzeugen. Eine orale Einnahme hat die Betroffene stets abgelehnt.

Die Genehmigung der Zwangsmedikation schließt die Gabe von bis zu 10 mg Diazepam ein, um die Medikamenteneingabe in Form der Depotspritze zu erleichtern. Zu diesem Zweck ist allein zur Durchführung dieser Sedierung und der sich unmittelbar anschließenden Gabe der Zwangsmedikation die kurzfristige Fixierung der Betroffenen von der Genehmigung umfasst in Form einer 5-Punkt-Fixierung, längstens für 30 min.

Darüber hinaus ist eine regelmäßige Überwachung der Laborwerte mittels EKG-Kontrolle (wöchentlich) und die regelmäßige Blutentnahme, und zwar jeweils unmittelbar vor den einzelnen genehmigten Medikamentengaben sowie jeweils eine Woche nach der jeweiligen Medikamentengabe genehmigt.

Der Umfang der Beschlüsse unterschied sich; die Seitenzahlen sind nicht gesondert erfasst worden, da der Umfang sich vom zu prüfenden Fall ableiten dürfte. Der Beschlussteil

„Gründe“ beschränkt sich teilweise auf eine oder zwei Seiten. Wenn die Gründe derart kurz ausfielen, war der der Entscheidung zugrundeliegende Sachverhalt kaum zu erfassen oder die Begründung orientierte sich an der Feststellung der Tatbestandsvoraussetzungen des § 1906a BGB a.F. Es waren allerdings auch umfassendere Begründungen zu lesen, wenngleich dies seltener vorkam. In manchen Fällen lag die Vermutung nahe, dass (ausschließlich) Textbausteine zur Erstellung des Beschlusses verwendet wurden.

Daher war es mittels Aktenanalyse kaum möglich zu überprüfen, ob mildere Maßnahmen in Erwägung gezogen wurden oder wie der Wille und der Überzeugungsversuch (im Detail) geprüft wurden. In Hauptsacheverfahren bot das Sachverständigengutachten in der Regel ausreichende Informationen oder in – eher wenigen – Akten gab es umfangreiche Schreiben der Betreuer:innen mit Gesprächsvermerken. Oftmals bildete der Anhörungsvermerk eine informationsreiche Quelle.

Umsetzung der Beschlüsse

Wie der Beschluss, mit dem die Einwilligung des:edr Betreuers:in in die ärztliche Zwangsmaßnahme genehmigt wurde, konkret umgesetzt wurde, konnte nicht allen Akten entnommen werden. Wenn unter Eindruck des Beschlusses Medikamente oral eingenommen wurden, wurde dies scheinbar nicht immer gesondert dokumentiert. Erfasst werden konnte, dass es in 35 Fällen zu weiteren Maßnahmen kam, die sich in ihrer Art und Intensität unterschieden. Erfasst werden konnte hier, dass es in 13 Fällen zu einem Festhalten, in 13 Fällen zu einer Fixierung und in 5 Fällen zu erhöhter Personalpräsenz kam. Dabei sind Mehrfachnennung erfasst (Festhalten und Fixierung). In einem Fall wurde erfasst, dass es nach Ablehnung der oralen Einnahme zur Injektion kam, in einem anderen Fall wurde die i.v.-Injektion ohne weitere Maßnahmen beschrieben, in einem weiteren Fall erfolgte die Medikation über eine PEG-Sonde. Nicht erfasst werden konnte, wie häufig welche Maßnahmen bei einer betroffenen Person zum Einsatz kamen. Oftmals fand sich der Hinweis, dass die erstmalige Verabreichung unter dem Einsatz zusätzlicher Maßnahmen erfolgte. Die Eintragungen eigneten sich aber nicht zur Erfassung genauerer Angaben; auch dann nicht, wenn sich Hinweise fanden wie „2. Gabe relativ komplikationslos“.

Ergänzende Beobachtungen

Neben den über die Erhebungsbögen ermittelten Daten hinaus konnten einige Auffälligkeiten und Besonderheiten festgestellt werden, die ebenfalls berichtet werden sollen.

Eine Auffälligkeit war die Häufigkeit von einstweiligen Anordnungen. Eine Begründung im Beschluss, die über die Wiedergabe des reinen Gesetzestextes hinausging, war dabei häufig nicht zu lesen. Während sich in manchen Fällen die Dringlichkeit aus dem Fall erschloss, entstand der Eindruck, dass die Verwendung von einstweiligen Anordnungen eher der „Handschrift“ oder dem Arbeitsstil des Richters/der Richterin entsprach, denn einer abgrenzbaren Begründung, warum eine einstweilige Anordnung für angebracht erachtet wurde anstelle eines regulären Hauptsacheverfahrens. Dies ergab sich insbesondere, wenn an einem Standort nur einstweilige Anordnungen vorzufinden waren, an anderen nicht. Diese Gerichtsakten enthielten oftmals weniger Informationen, insbesondere auch aus dem Grund, weil kein Gutachten mit den entsprechenden umfangreichen Feststellungen in der Akte enthalten war. Die (häufige) Anwendung im einstweiligen Verfahren wäre oftmals kritisch zu hinterfragen gewesen.

In informellen Gesprächen war hierzu vor allem zu hören, dass über die Dringlichkeit oft ein Disput entstehe. So würden manche Kliniken Druck machen und von einer drohenden Chronifizierung sprechen, wenn nicht umgehend gehandelt würde, oder es bestehe generell eine unterschiedliche Haltung dazu, wie schnell eine Entscheidung (zur Zwangsbehandlung) hierbei getroffen werden müsste. Es wurde aber auch vorgebracht, dass die Qualität der Gutachten nicht besser sei als die der Atteste der Klinik.

Da letztlich bei allen Gerichtsakten, die eingesehen werden konnten, die Verfahren in ihren Abläufen recht schnell verliefen, fielen Verzögerungen bzw. Ursachen dafür schnell auf. Dies war z.B. der Fall, wenn Sachverständige ausschließlich per Post angefragt wurden, ob sie bereit sind, einen Gutachtenauftrag zu übernehmen (und es dann zudem noch zu einer Ablehnung kam). In der Regel war den Akten zu entnehmen oder es war der Rückschluss möglich, dass in diesen Fallkonstellationen zunächst telefonisch Kontakt aufgenommen wurde. Während die meisten Richter:innen sich Wiedervorlagen in die Akte eintragen und

selbst proaktiv nachfragen, ob ein Verlängerungsantrag gestellt werden soll, gab es auch die Haltung, dass dies nicht die Aufgabe der Gerichte sei. Eine andere (vermeintliche) Verzögerung trat dann ein, wenn der:die Betreuer:in ihre Einwilligung in die ärztliche Zwangsmaßnahme (noch nicht) erteilt hatte und beim Gericht ein „Antrag“ der Klinik vorlag oder der Antrag des:der Betreuer:in unvollständig war.

So war ein unterschiedlicher Umgang mit dem zu erkennen, was vom:von der Betreuer:in erwartet wird. Der Betreuer muss keinen „Antrag“ verfassen, sondern eine Erklärung abgeben (vgl. Henking/Mittag 2015). So genügt manchen Richter:innen ein Aktenvermerk nach Telefonat, eine Bemerkung zur „Zustimmung/Einverständnis“ des:der Betreuer:in auf einem „Antrag“ oder Attest (eine Kombination aus beiden) oder manche Gerichte verlangen einen eigenen Antrag des:der Betreuerin, der (zusammen mit einem ärztlichen Attest) bei Gericht einzureichen ist, und bestehen ggf. auch auf Ergänzungen. Anderen genügt es, wenn ein „Antrag“ der Klinik bei Gericht eingeht, woraufhin sodann beim:bei der Betreuer:in nachgefragt wird, wie er:sie sich dazu verhalten möchte. Manchen Kliniken scheint zudem der Unterschied zwischen landesrechtlichen und betreuungsrechtlichen Verfahren und damit der Rolle des:der Betreuer:in in diesen Verfahren nicht bekannt zu sein. In einigen Fällen entstand allerdings auch der Eindruck, dass die Betreuer:innen mit den Verfahren tendenziell überfordert sind. Die Gerichte nehmen in diesen Fällen, und vor allem in Fällen mit Vorsorgebevollmächtigten oder Angehörigen als Betreuer eine beratende und steuernde Rolle ein.

Die Kliniken haben unterschiedliche Standards zum Überzeugungsversuch einschließlich dessen Dokumentation. Letztlich konnte im Rahmen der Erhebung nur die Dokumentation betrachtet werden, aber auch hier waren inhaltlich Unterschiede in der Ausgestaltung der Überzeugungsversuche erkennbar (Angebote bei Visiten, Motivationsgespräche, Gespräche/Gesprächsversuche mit unterschiedlichen Personen). Während in manchen Akten die Überzeugungsversuche aus dem Verlauf herausgesucht werden mussten, hatten andere eine eigene Dokumentationsrubrik bis hin zu Gesprächsprotokollen mit Uhrzeit, Beteiligten, Inhalten, Reaktionen.

Während manche Gerichte sich Auszüge zu Behandlungsdokumentation zur Akte geben ließen, war der Überprüfungsweg bei anderen nicht klar erkennbar. Manche nahmen auch die Beipackzettel der Medikamente zur Akte.

Sehr sparsam fielen in den Akten die Informationen zur Ermittlung des (mutmaßlichen) Willen der betroffenen Person aus. Teils fanden sich in den Beschlüssen hierzu Formulierungen wieder, die den Wortlaut des Gesetzes wiedergaben oder auch so formuliert waren, dass kein entgegenstehender Wille festgestellt werden konnte. Interessant war insofern, wie sich die Behandlungsentscheidung verändern kann, wenn versucht wird, Anhaltspunkte für den mutmaßlichen Willen zu ermitteln. Ein Beispiel aus den Akten bildet eine ethische Fallbesprechung, die zur Rücknahme eines Verlängerungsantrags führte. In der ethischen Fallbesprechung hatte man Neffen und Nichten der Betroffenen hinzugezogen und nach der bisherigen Lebensgestaltung der Betroffenen befragt, was zu einer veränderten Einschätzung führte.

VI. Kurzbeschreibungen ausgewählter Fälle

Es gehörte zu den Zielen des Forschungsvorhabens besondere Fallkonstellationen zu identifizieren (stat. Altenpflege, geistige Behinderung, gerontopsychiatrische Problemlage, psychisch/somatisch, somatisch als Anlass). Identifiziert wurden Fälle von Personen, die in der stationären Altenpflege leben oder bei denen eine gerontopsychiatrische Problemlage erkannt werden konnte. Sieben Fälle konnten hier zu geordnet werden. Dabei handelt sich überwiegend um Verläufe, bei denen sowohl die psychische Erkrankung behandelt wurde als auch u.a. eine Aufnahme auf der Intensivstation erfolgte, um intravenös eine Antibiose zu geben oder intravenös eine Flüssigkeitsgabe vorzunehmen. Dies waren folglich Fallkonstellationen der Behandlung der Anlasserkrankung (teils nur symptomatisch) und einer interkurrenten Erkrankung, die Anlass der Klinikeinweisung wurde. In einem Fall befand sich die Person in der stationären Altenpflege aufgrund einer degenerativen muskulären Erkrankung (siehe hierzu später). In einem Fall eines geistig und körperlich behinderten, rollstuhlpflichtigen, mutistischen an Schizophrenie erkrankten noch sehr jungen Mannes gestaltete sich der Verlauf äußerst schwierig, weil er die Medikation in der Klinik duldet, sie zuhause aber verweigerte (trotz der sehr um ihn bemühten Familie), seine Nahrungsablehnung führte zu einem BMI von 18, sodass hier eine Zwangsernährung diskutiert wurde.

Weit überwiegend handelt es sich bei den mittels Akteneinsicht gesehenen Fällen um solche, die man als den „Alltag“ eines psychiatrischen Krankenhauses beschreiben könnte. Gleichwohl sollen einige ausgewählte Fälle eher holzschnittartig skizziert werden, um einen Eindruck von den Fällen zu vermitteln.

Außergewöhnlich waren zwei Fälle, bei denen eine Schwangerschaft die Behandlung begleitete und besonders komplex werden ließ. In einem Fall wurde die Schwangerschaft bis hin zur Entbindung, die zwangsweise als Sectio caesare (Kaiserschnitt) erfolgte, negiert. In dem anderen Fall handelte es sich um eine noch recht junge Betroffene mit langer Krankheitsgeschichte; sie war bereits vor dem Eintritt ins Erwachsenenalter mehrfach stationär in der Kinder-Jugendpsychiatrie aufgenommen gewesen und war nun erneut in der Klinik. Bei der Aufnahme fiel ihr Bauchumfang auf. Eine Schwangerschaft stritt sie aber ab. Aufgrund ihres Verhaltens wurde eine Schnittentbindung, die dann unter Zwang stattfand, bei Abwesenheit milderer Mittel für erforderlich angesehen. In einem anderen Fall mit Schwangerschaft sorgte sich die Betroffene nun zusätzlich vor Nebenwirkungen einer Medikation, die sich ungünstig auf das Ungeborene auswirken könnte. Sie stand der Schwangerschaft ambivalent gegenüber, weil sie – ebenfalls ein langer Krankheitsverlauf mit diversen Krisen – sich sorgte, die Versorgung eines Kindes aufgrund eigener Verfasstheit nicht leisten zu können. Die Klinik hielt im Verlauf der Unterbringung eine Zwangsbehandlung für angezeigt, was die Betreuerin lange Zeit ablehnte. Die Betreuerin, die die Betroffene bereits seit längerer Zeit kannte und auch durch mehrere stationäre Aufenthalte begleitet hatte, hielt es schließlich doch für unumgänglich und stellte einen entsprechenden Antrag. Sodann überschlugen sich die Ereignisse, die Betroffene geriet in eine Krise, hielt sich ein Messer an den Bauch mit der Folge einer Schnittentbindung auch in diesem Fall.

Neben der Diagnose Schizophrenie gesellte sich in nicht wenigen Fällen ein Substanzmissbrauch hinzu; häufiger gesehen bei eher jüngeren Betroffenen; in einem Fall mit langer Behandlungszeit in der Klinik mit nur unzureichenden Behandlungserfolg, sodass sich als Perspektive nur noch die geschlossene Langzeitunterbringung abzuzeichnen schien. In einem Fall überlagerte eine stark ausgeprägte Alkoholsucht die Schizophrenie, die in der Klinik behandelt werden sollte und machte letztlich sämtliche vorsichtigen Behandlungserfolge aus der Vergangenheit stets wieder zunichte. Hinzu kam, dass die

Einrichtung, in der der Betroffene schließlich untergebracht werden sollte, bereits am Aufnahmetag die Rückverlegung in die Klinik verlangte. Wenige Fälle von drohender Wohnungslosigkeit oder bereits bestehender Obdachlosigkeit wurden ebenfalls gesehen. In einem Fall fühlte sich ein Betroffener mit real erlebter Fluchterfahrung, der in einer Gemeinschaftsunterkunft lebte, bedroht, sah für sich keinen Ausweg mehr und konnte an der Umsetzung seines Suizidversuchs nur von der Polizei gehindert werden. In wenigen Fällen zeigten sich erhebliche sprachliche Barrieren, hier wurde in der Regel ein Dolmetscher zu bestimmten Zeiten hinzugezogen. Die Verweigerung von Nahrung- und Flüssigkeit war ein häufig zu lesendes Problem, in unterschiedlicher Intensität der Verweigerung und somit mit unterschiedlichen Auswirkungen auf die Gesundheit der Betroffenen. In diese Gruppe fielen auch die Fallgeschichten von – hier ausschließlich – Frauen mit Anorexie nervosa, die sich zum Zeitpunkt der Zwangsbehandlung bereits in einem lebensbedrohlichen Zustand befunden haben. Neben einem Vergiftungswahn (in einem Fall auch mit dem Wahn, keinen Magen zu haben) kam es zur Nahrungs- und Flüssigkeitsablehnung aber auch bei Patienten mit einer Depression mit teils katatonen Zuständen. In einem Fall einer über 60-jährigen Betroffenen war ebenso wie in einem Fall einer über 80-jährigen Betroffenen die Frage zu stellen, ob der Nahrungs- und Flüssigkeitsverzicht nicht auf einer freiverantwortlichen Entscheidung beruhen konnte.

Gesehen wurden neben schweren, langwierigen Fallverläufen aber auch Behandlungen, die zu einer raschen Besserung der Situation für die Betroffenen führten wie in einem Fall einer Anfang 20-jährigen Person, die sich zunächst selbst in die Notfallaufnahme wegen starker Schmerzen in diversen Körperregionen mit sich anschließender umfangreicher Diagnostik begab. Es folgte schließlich die Aufnahme in der psychiatrischen Abteilung mit sich rasch entwickelnder weiterer Verschlechterung mit katatonen Zuständen. Sie lag im Bett und reagierte nicht mehr. Nach erfolgter einmaliger Gabe einer Injektion gegen den Willen, war sie am nächsten Tag von sich heraus bereit, ihr Zimmer zu verlassen. Andere Verläufe erforderten hingegen monatelange, teils über Jahre erfolgende Klinikaufenthalte. Hier verhielt es sich im Übrigen oft so, dass sich die Betroffenen anfänglich auf eine Behandlung einließen, es dann aber im Verlauf zur Ablehnung kam.

Bei den eher älteren Betroffenen stellte der Kontakt zur Psychiatrie oft der Erstkontakt mit einem psychiatrischen Krankenhaus dar. Dies konnten Delirzustände sein in Folge der

dementiellen Erkrankung oder, häufiger gesehen, aufgrund eines akuten Infektes oder einer Dehydrierung (s.o.). Die Betroffenen, die aus Pflegeheimen kamen, kamen mit dem Rettungswagen aufgrund einer somatischen Problematik, die abgeklärt oder versorgt werden musste. Die psychiatrische Versorgung schloss sich an. In einem außergewöhnlich erscheinenden Fall einer Medikamenten- und Pflegeablehnung drängte sich der Verdacht einer Unter- oder Fehlversorgung der Person auf, die sowohl vom Rettungsdienst in deutlichen Worten als auch später von einem Internisten beschrieben wurde. Die Person war in ihrem eigenen Kot liegend samt mit Kot verstopfter Zugänge ihrer PEG-Sonde vorgefunden worden. Die Person war erst Anfang 60, gleichwohl bettlägerig und bekam ihre Medikation, einschließlich einer neuroleptischen Versorgung, die sie bereits seit den 1980er Jahren nahm und nie abgelehnt hatte. In diesem Zustand habe sie bereits 14 Tage gelegen nach überstandener Aspirationspneumonie und Urosepsis. Laut Pflege habe sie die Behandlung und die Pflege verweigert. Scheinbar hatte man vergessen, die Medikation über die Sonde fortzuführen, was zu dieser Verschlechterung und späteren Verlegung in eine andere Einrichtung führte.

In keinem der gesehenen Fälle war der Eindruck entstanden, dass eine Behandlung auch außerhalb der Klinik möglich gewesen wäre. Insbesondere auch bei den älteren Betroffenen war keine schnelle Entlassung erfolgt. Gesehen wurden hingegen Betroffene, wenn auch nur in wenigen Fällen, die sich wiederholt wegen eigenständigen Absetzens der Medikamente in der Klinik befanden oder bei denen sich dies für die Zukunft abzeichnen könnte.

Ob die zwangsweise Ernährung bei einer Anorexie oder bei Nahrungsablehnung bei Vergiftungswahn eine Behandlung der psychischen Erkrankung oder Behandlung der Folgen ist, kann diskutiert werden. Die zwangsweise Gabe von Flüssigkeit/Nahrung wurde vermehrt gesehen.

In zwei Fällen, in denen auch kein Genehmigungsbeschluss erging, stand eine Diagnostik im Raum. In einem Fall gelangte man zur Einschätzung der Einwilligungsfähigkeit mit Blick auf die in Rede stehende onkologische Erkrankung, in einem anderen Fall teilten die Ärzt:innen die Einschätzung der:des Betreuer:in nicht und sahen eine weitere Diagnostik zur Abklärung möglicher somatischer Ursachen als nicht indiziert.

VII. Limitationen und Stärken

Während durch das Vorgehen in Form der Tandems eine Untererfassung weitgehend vermieden werden konnte, stellt die Aktenanalyse keine vollständige Erfassung aller Akten am jeweiligen Standort sicher, weil Fehler in den Filtervorgaben bei der Aktensuche nicht auszuschließen sind. Zudem bleibt bei Akten- bzw. Dokumentenanalysen zu berücksichtigen, dass die Möglichkeiten einer Wirklichkeitsrekonstruktion auf die Inhalte der Akte begrenzt sind (Dokumentarische Wirklichkeit). Gesehen wurden Akten und damit Fälle, bei denen ein Antrag gestellt wurde (und ggf. auch abgelehnt wurde). Fälle, in denen ein Antrag gar nicht erst gestellt wurde, können über dieses methodische Vorgehen nicht erfasst werden.

Eine Stärke stellt die Verteilung der Standorte über die gesamte Bundesrepublik dar. In Bezug auf ostdeutsche Bundesländer sind jene vertreten, die im Vergleich die höchste Einwohnendenzahl aufweisen. Da laut B-Statistik in manchen Bundesländern nur wenige Zwangsbehandlungsverfahren im Jahr 2021 gemeldet wurden, sind auch die 0-Meldungen für diese Bundesländer von einer zu berücksichtigenden Aussagekraft.

F) Erhebungen mittels Interviews

Im Projekt wurden Interviews mit von ärztlichen Zwangsmaßnahmen betroffenen Personen, mit Kliniker:innen (Ärzt:innen und Pflegefachpersonen) sowie Richter:innen an Amtsgerichten geführt.

Im Folgenden wird über die Ergebnisse dieser Erhebungen berichtet:

In die Interviews konnten bereits erste Ergebnisse aus der Aktenanalyse einfließen. Interviews wurden mit von Zwangsbehandlung betroffenen Personen geführt (n=8). Weitere Interviews erfolgten mit Kliniker:innen (ca. halbstündige Interviews) (n=28) und mit Richter:innen (ca. einstündige Interviews) (n=54). Die Interviewdauer zwischen Kliniker:innen und Richter:innen weicht aufgrund des höheren Anteils an qualitativen Fragen bei den Interviews mit den Richter:innen sowie ergänzenden Fragen zum Verfahren und der Rechtsanwendung ab und fällt aufgrund des umfassenderen Fragebogens länger aus. In die Interviews konnten bereits erste Erkenntnisse aus der Aktenauswertung (und in diesem

Zusammenhang erfolgten Gesprächen mit Richter:innen und Ärzt:innen) einfließen und zur Vertiefung genutzt werden.

I. Interviews mit von Zwangsbehandlung betroffenen Personen

Zunächst sollen die Ergebnisse der von Zwangsbehandlung betroffenen Personen vorgestellt werden.

1. Methodisches Vorgehen

In diesem Erhebungsschritt wurden Personen mit einer psychischen Erkrankung, bei denen mindestens eine ärztliche Zwangsmaßnahme nach § 1906a BGB a. F. durchgeführt worden ist (im Folgenden: Betroffene), mittels semistrukturierter qualitativer Interviews befragt. In die Studie eingeschlossen wurden nur einwilligungsfähige Personen. Die Interviews erfolgten unter Verwendung eines Interviewleitfadens, für dessen Entwicklung aus den durch das BMJ vorgegebenen Forschungsfragen zunächst diejenigen ausgewählt worden waren, die Betroffene adressieren und sich für semistrukturierte Interviews eignen. Zusätzlich zum Interviewleitfaden wurde ein soziodemographischer Begleitfragebogen entwickelt, mit dem für die Forschungsfrage relevante soziodemographische Angaben zu den Interviewteilnehmer:innen erhoben wurden. Der Interviewleitfaden befindet sich in der Anlage.

Für die Rekrutierung der Interviewteilnehmer:innen wurde ein Flyer erstellt, der die wesentlichen Informationen zur Studie enthielt. Der Flyer wurde ab März 2023 durch das BMJ per E-Mail an verschiedene Organisationen versendet, in denen Personen, die eine ärztliche Zwangsmaßnahme nach § 1906a BGB a. F. erlebt haben könnten, mutmaßlich organisiert sind. Im Einzelnen waren dies: Die Kellerkinder e.V., Der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V., Das Dialogische Forum der DGPPN, Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben e.V., Mensch zuerst e.V., Betreuungsgerichtstag e.V., Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V., Aktion psychisch Kranke e.V., Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., Lebenshilfe e.V., LebensART, Bundesverband der Berufsbetreuer/innen e.V., Bundesverband der freien Berufsbetreuer e.V., Bundearbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege, Bundeskonferenz der Betreuungsvereine. Darüber hinaus wurden alle Mitglieder des Projektbeirats gebeten, den Flyer in ihren Institutionen und Netzwerken zu verteilen.

Insgesamt meldeten sich 18 Personen per E-Mail beim Forschungsteam und bekundeten ihr Interesse an einer Studienteilnahme. Letztlich konnten acht Interviews geführt werden. Gründe für die Nicht-Teilnahme waren, dass die Personen nach initialer Kontaktaufnahme nicht mehr auf E-Mails des Forschungsteams reagierten oder sich im Vorgespräch herausstellte, dass die interessierten Personen nicht die Einschlusskriterien erfüllten, z.B. weil sie eine Zwangsbehandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder „nur“ eine Unterbringung oder freiheitsentziehende Maßnahmen nach §1906 BGB a.F., nicht jedoch eine ärztliche Zwangsmaßnahme nach § 1906a BGB a.F. erlebt hatten. Vor Interviewbeginn wurden alle Studienteilnehmer:innen schriftlich und mündlich über die Studie aufgeklärt und erteilten ihr schriftliches Einverständnis. Die soziodemographischen Charakteristika der acht Befragten sind in Tab. 1 zusammengefasst. Bei einer teilnehmenden Person blieb auch im Verlauf des Interviews unklar, ob sie tatsächlich eine ärztliche Zwangsmaßnahme nach §1906a BGB a. F. erlebt hatte, oder ob es sich bei der erhaltenen Zwangsmedikation im Rahmen einer mechanischen Fixierung um eine Maßnahme auf einer anderen Rechtsgrundlage gehandelt hatte. Das Interview wurde aufgrund der erfolgten Zwangsbehandlung mit einem Medikament dennoch gleichwertig in die Auswertung aufgenommen.

Die Interviews wurden zwischen dem 10. Mai 2023 und dem 15. September 2023 durchgeführt und von Mitgliedern des Forschungsteams (S.E., J.G.) geführt. Je nach Präferenz der Interviewteilnehmer:innen erfolgte das Interview entweder telefonisch oder per Videotelefonie. Die Interviews dauerten zwischen 26 und 58 Minuten und wurden mittels Audiorekorder aufgezeichnet. Im Anschluss an die Aufzeichnung erfolgte die Verschriftlichung (Transkription) und Anonymisierung der Interviewtranskripte. Die Daten wurden nach dem Prinzip der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (Kuckartz 2016) unter Verwendung der Software MAXQDA Plus 2022 (VERBI Software GmbH, Berlin) ausgewertet. Dabei wurde primär deduktiv vorgegangen, indem thematische Kategorien ausgehend vom Interviewleitfaden gebildet und entsprechende Auszüge aus den Interviews diesen Kategorien und Subkategorien zugeordnet wurden. Aufgrund der Offenheit der Interviewfragen ergaben sich in den Aussagen der Interviewteilnehmer:innen neue Aspekte, die in einem induktiven Vorgehen in inhaltlich

ergänzende Kategorien eingeordnet wurden. Dieser sogenannte Prozess des Codierens wurde mehrfach wiederholt und die Analyseergebnisse durch Überarbeitung kondensiert.

Tabelle 7: Charakteristika der Stichprobe

Gesamt (N = 8)	
Altersgruppen	
25-34 Jahre	3 (37,5 %)
35-44 Jahre	2 (25,0 %)
55-64 Jahre	1 (12,5 %)
65-74 Jahre	1 (12,5 %)
k.A.	1 (12,5 %)
Geschlecht	
Männlich	3 (37,5 %)
Weiblich	5 (62,5 %)
Partnerschaftsstand	
feste Beziehung, zusammenlebend	1 (12,5 %)
geschieden	2 (25,0 %)
ledig	5 (62,5 %)
Kinder, ja	2 (25,0 %)
Nicht im selben Haushalt lebend	1 (50%)
k.A.	1 (50%)
Anzahl (Durchschnitt)	1
Wohnsituation	
Alleinlebend	5 (62,5)
Mit (Ehe-)Partner/Familie zusammenlebend	3 (37,5)
Psychiatrische Hauptdiagnose	
F20/25	5 (62,5%)
F31	1 (12,5%)
F50	1 (12,5%)
k.A.	1 (12,5 %)
Jahre seit Erstdiagnose (MW±SD)	16,5±13,84
Anzahl stationärer psychiatrischer Behandlungen (MW±SD)	12,6±16,16
Ambulante psychiatrische Behandlung, ja	6 (75,0%)
Jahre in ambulanter Behandlung (MW±SD)	10,83±6,37
Rechtliche Vertretung, ja	7 (87,5%)
Rechtliche:r Betreuer:in	7 (100%)
Jahre der Betreuung (MW±SD)	14,17±11,85

2. Ergebnisse

Die Präsentation der Ergebnisse orientiert sich in ihrer Struktur am Interviewleitfaden. Die Aussagen der Teilnehmer:innen wurden entsprechend der Abschnitte des Interviewleitfadens eingeordnet. Kursive Passagen bezeichnen die in der qualitativen Inhaltsanalyse herausgearbeiteten thematischen (Sub-)Kategorien innerhalb der jeweiligen Abschnitte. Bei der Analyse ergaben sich darüber hinaus im Rahmen des induktiven Vorgehens einige (Sub-) Kategorien, die inhaltlich nicht im Interviewleitfaden vorgegeben waren. Diese wurden in der Darstellung der Ergebnisse ergänzt. In Anführungszeichen gesetzte Textelemente geben die Wortwahl der Interviewteilnehmer:innen wieder.

a) Situation der Zwangsbehandlung

Bei der Frage nach der *Situation vor und während der Zwangsbehandlung* wurden zunächst deren verschiedene *Arten* offensichtlich: Die Betroffenen berichteten von Zwangsmedikation und Zwangsernährung als tatsächlich durchgeführte ärztliche Zwangsmaßnahmen. Darüber hinaus wurden Unterbringung, mechanische Fixierung und Isolierung erwähnt, was deutlich macht, dass Betroffene unter „Zwangsbehandlung“ mitunter nicht nur ärztliche Zwangsmaßnahmen im juristischen Sinne verstehen, sondern auch freiheitsentziehende oder freiheitsbeschränkende Maßnahmen. Thematisiert wurde darüber hinaus das eigene *Erleben als Patient:in* in der Situation der Zwangsbehandlung. Es wurden psychotisches Erleben und das Erleben der Zwangsmaßnahme als „Bestrafung“ beschrieben.

„Es war meine Art von Bestrafung oder so. Also, wenn ich mich dann/Ich habe dann reagiert halt, war dann halt auch irgendwie/habe die Behandlung abgelehnt. Und dadurch, dass es halt mehrmals aufgetreten ist und ich wurde dann halt immer bestraft.“ (BMJ-BI208)

Nicht nur die tatsächliche Anwendung, sondern auch die Angst vor der Anwendung von Zwang veranlasste die Betroffenen zur Medikamenteneinnahme.

„Aber ich habe mir gedacht, ich muss es nehmen. Ich würde auf keinen Fall/Also es war ein Konflikt. Wenn ich es nicht nehme, wird Zwang angewendet. Und das ist auch das letzte, was ich möchte. Mir war klar, dass ich da in so einer Teufelsspirale gefangen war. Ich habe keinen Ausweg. Und dann habe ich mir gedacht: Okay, ich nehme das und dann, wenn so eine Situation nicht mehr da ist, dann kann ich die wieder absetzen. Und ja, es war natürlich nicht schön für mich.“ (BMJ-BI204)

Des Weiteren wurde am konkreten Fall einer Therapie mit Benzodiazepinen trotz bestehender Suchterkrankung Unverständnis über die Zwangsbehandlung geäußert.

Neben mehreren Beispielen für eigenes aggressives oder emotionales Verhalten führten Betroffene darüber hinaus aus, dass sie zunächst in der Klinik Hilfe gesucht hätten und es erst im späteren Verlauf zur Zwangsmaßnahme gekommen sei.

„... es gab zum Beispiel [Jahr X, anonymisiert] die Situation, wo ich gemerkt habe, mir geht es nicht gut. Und ich bin selber ins Krankenhaus gegangen, habe halt so und so das erklärt, mir geht es nicht gut und ich möchte gern mal dann nachts hierbleiben und bin nächsten Morgen mit einem Gerichtsbeschluss aufgewacht. Also ich habe mir selber eigenständig Hilfe gesucht, mich ans Krankenhaus gewendet, zack, nächsten Morgen aufgewacht ohne jegliche Klamotten, nicht mal eine Zahnbürste da.“ (BMJ-BI208)

Die Nachfrage nach Einzelheiten des *richterlichen Beschlusses* im Kontext der ärztlichen Zwangsmaßnahme konnte von den Betroffenen überwiegend nicht beantwortet werden. Jedoch wurde über die *Rolle des rechtlichen Betreuers* beim Zustandekommen des Beschlusses gesprochen.

„Und dann hat meine rechtliche Betreuerin quasi aus der Entfernung mit den Ärzten entschieden, dass ich dann diese Zwangsbehandlung mit der Infusion bekommen sollte.“ (BMJ-BI649)

„Dann bin ich dann halt/ist meine Betreuerin dann gekommen. Ich war total dagegen, aber ich habe mich mit ihr unterhalten. Sie hat sich knapp eine Stunde mit mir unterhalten und hat mir versucht klarzumachen, warum ich Medikamente nehmen sollte und wieso ich da hingehen sollte in die [Träger für psychiatrische Versorgung X, anonymisiert] Klinik. Und ich habe ihr eine Stunde versucht, dass ich das nicht möchte und/Ja, und danach hat sie halt dann die Ambulanz gerufen, und ich wurde dann mitgenommen. Also ich bin freiwillig mitgegangen. So, das. Und als ich dann in der Klinik war, habe ich mich dann auch geweht, Medikamente zu nehmen, wollte ich auch nicht. Und auch dann kam noch mal ein Gutachter. Und auch der hat dann wieder entschieden, dass ich dann sonst Medikamente/unter Zwang verabreicht werden müssten. Und dann kam auch irgendwann da auch ein Richter und ein Zwangsverteidiger oder so und zwei, drei Menschen. Und anstatt, dass der mich verteidigen sollte, haben die mir klargemacht, dass das nicht so läuft. Und, ja, ich habe mich total in meinen Rechten nicht unterstützt gefühlt. Und dann habe ich auch, als der Beschluss kam,

habe ich freiwillig natürlich die Medikamente genommen. Und, ja, aber wie das Ganze abgelaufen ist, also ich fand das nicht gut.“ (BMJ-BI204)

Teilweise wurde dabei auch auf die *Mitwirkung der Polizei* im Vorfeld einer ärztlichen Zwangsmaßnahme eingegangen:

„Es wurde einfach/Ich wurde halt einfach/ Das ging vonseiten meines Betreuers aus, vermute ich. Weiß ich bis heute nicht hundertprozentig. Und da stand einfach die Polizei vor meiner Tür, als ich manisch und psychotisch war. Ich konnte das nicht richtig einordnen und habe mich halt irgendwo/ Ja, ich weiß nicht, war halt auch nicht das erste Mal, dass das so war. Und habe mich halt verbarrikadiert und wurde dann irgendwie in Handschellen auf Station gebracht, ohne dass ich halt irgendwie was angestellt hätte oder so.“ (BMJ-BI208)

b) Voraussetzungen für Zwangsbehandlungen

aa) Überzeugungsversuche

Auf der einen Seite gab es Betroffene, die vor der Durchführung der Zwangsmaßnahme *Überzeugungsversuche* erlebt haben. Letztere wurden durch Pflegepersonal, Ärzt:innen oder Psycholog:innen durchgeführt. Die Art und Weise der Durchführung bestand aus wiederholtem Erklären und Anbieten von Medikation bis hin zur Ausübung von Druck:

„Also es wurde auf jeden Fall mehrmals versucht und auch erklärt, dass eben, wenn ich jetzt dieses Verhalten nicht verändere, dass sie dann eben eine Zwangsmaßnahme ergreifen müssen, ja, zum Schutz meiner Gesundheit oder meines Lebens quasi. Und ja, also ich habe jetzt nicht hundertprozentige Erinnerung daran, warum ich mich eigentlich dagegen entschieden habe. Also ich war halt damals in einem sehr starken psychischen Ausnahmezustand. Und ja, ich war halt der Überzeugung, dass ich/Oder sie konnten mich halt nicht davon überzeugen, dass ich freiwillig irgendwie Flüssigkeit zu mir nehme oder Nahrung.“ (BMJ-BI649)

„Ja, also die Ärzte haben mir halt dann auch mal in der Visite versucht, das naheulegen, also dass ich meine Medikamente wieder nicht genommen habe. Aber das hat dann auch nicht wirklich viel gebracht, weil die Visite, die war ja dann auch immer nur ein, zwei Mal in der Woche. Dann waren ja wieder Tage dazwischen und dann hat man da wieder seinen Film gehabt. Und dann waren da vielleicht wieder Pflegepersonal dazwischen.“ (BMJ-BI586)

„Ich habe immer das Gefühl gehabt, das wird so halt erwähnt, dass das halt/weil es halt wichtig ist. Aber halt es/Es wird halt auch einfach noch mal darauf hingewiesen, dass man halt die Medikamente nehmen soll. Und das wird halt wiederholt. Ja. Ich denke schon, das passt soweit.“ (BMJ-BI543)

Die Qualität der Überzeugungsversuche wurde als abhängig vom Personal, Setting und zeitlichem Aufwand beschrieben.

„Also ich habe das verschieden wahrgenommen. Ich glaube, das war auch oft abhängig von wer gerade im Dienst war, wer der diensthabende Arzt war so.“ (BMJ-BI983)

Im Hinblick auf *Grenzen von Überzeugungsversuchen* wurde dabei auch angegeben, dass in einer akuten psychischen Krise Überzeugungsversuche ohnehin wenig Aussicht auf Erfolg hätten oder dass es auch Situationen gäbe, in denen Überzeugungsversuche nicht vielversprechend seien:

I: „Ja. Aber haben Sie denn den Eindruck, dass bei Ihnen damals versucht worden ist, Sie zu überzeugen von der Medikamenteneinnahme?“

B: „Ach, Quatsch. Außerdem, wenn ich rebellisch bin, dann bin ich auf meinem Trip und dann habe ich recht also in der Psychose. Das ist dann auch das andere Problem.“ (BMJ-BI141)

I: „Wurde dann in der Phase versucht, Sie dazu zu bringen irgendwie, oder wurde versucht, Sie zu überzeugen, vielleicht auch in der akuten Situation freiwillig die Medikation zunehmen? Also gab es da?“

B: „Ja, ja, schon, aber ich hatte einen Vergiftungswahn.“

I: „Ah, okay.“

B: „Ja, Entschuldigung, den Ausdruck.“

I: „Ja.“

B: „Ja, ich habe einen Vergiftungswahn und da war es dann auch mit den Tabletten schwierig, weil ich vor Vergiftung so /, keine Ahnung, also ich weiß es auch nicht. Es kommt immer dann, immer wenn ich psychotisch bin, dann kommt der Vergiftungswahn.“ (BMJ-BI312)

Bezüglich *ungünstiger Rahmenbedingungen von Überzeugungsversuchen* wurde auch berichtet, dass Überzeugungsversuche nicht mit genügend zeitlichem Aufwand geschehen seien bzw. es nicht genügend Versuche gegeben habe. Die Ärzt:innen hätten sich zu wenig Zeit für Gespräche genommen, die Initiative habe von den Patient:innen ausgehen müssen.

„Und naja, die haben mir das halt erklärt und dann gefühlt im nächsten Moment wurde dann halt entschieden: Gut, ich weigere mich dazu und deswegen wird das jetzt angeordnet.“ (BMJ-BI649)

Auf der anderen Seite gab es Betroffene, die schilderten, dass sie im Vorfeld einer ärztlichen Zwangsmaßnahme *keine Überzeugungsversuche erlebt* haben.

Auf die Nachfrage, inwiefern *Druck im Rahmen von Überzeugungsversuchen* auf sie aufgebaut worden sei, erwähnten die Interviewteilnehmer:innen das Erleben von psychologischem Druck wie Überredung oder Drohung, z. B. Androhung von Fixierung.

I: *„Würde ich das jetzt richtig verstehen, dass das auch so Ihre Erwartungshaltung dann war, dass, wenn Sie es nicht nehmen, wird quasi sowieso fixiert? Oder?“*

B: *„Genau.“ (BMJ-BI543)*

I: *„Und hatten Sie das Gefühl, dass Druck auf Sie aufgebaut worden ist?“*

B: *„Ja, auf jeden Fall.“*

I: *„Können Sie das näher beschreiben?“*

B: *„Ja, also es wurde halt einfach so gesagt: Ja, wir haben jetzt das Blut abgenommen. Und dieser Wert, der ist irgendwie kritisch. Und entweder Sie machen das jetzt so, wie wir es sagen, oder dann müssen wir Sie halt dazu zwingen. So, das war eher so der Ton.“ (BMJ-BI649)*

Die Betroffenen äußerten auch, dass die Ausübung von Druck für beide Seiten negativ sei.

„Ich versuche mich manchmal auch in die Lage anderer zu versetzen, wenn man Druck ausübt, das ist auch für andere unangenehm, kann ich mir vorstellen. Nicht nur für den, der den Druck hat, sondern für auch für die anderen ist es unangenehm.“ (BMJ-BI312: 141)

Bei der Beantwortung der Frage, ob durch Überzeugungsversuche *Zwangsbehandlungen verhindert werden* können, bezogen sich die Betroffenen zum einen auf die Art und Weise, wie dies geschehen könnte. Diesbezüglich wurden Kontinuität, Einfühlsamkeit und Motivierung von Patient:innen genannt.

„Also es hätte auf jeden Fall eine Chance gehabt, dass ich mich noch freiwillig entschieden hätte, wenn die Ärzte da oder die Mitarbeitenden da ein bisschen einfühlsamer mit mir umgegangen wären.“ (BMJ-BI649)

„Ja, genau. Verhindern hätte man es ja vielleicht können, wenn man mich mehr motiviert hätte. Aber letztendlich, wo es dann nichts gebracht hat, mich zu motivieren oder wo es keiner gemacht hat, oder weiß ja nicht, wie genau das jetzt dazu geführt hat, auf jeden Fall letztendlich, wo nichts mehr Anderes geholfen hat, war ich absolut dafür, dass sie mir dann die Medikamentation gegeben haben. Weil sonst, glaube ich, hätte das jetzt noch ewig gedauert.“ (BMJ-BI586)

Zum anderen wurden mehr Entscheidungsmacht für Patient:innen sowie Aufklärung über Medikamentenwirkungen gefordert.

„Ich glaube, dass ich, also wenn es so eine Kombination gegeben hätte, so stelle ich mir das irgendwie vor, zum einen dieses Wissen irgendwo irgendwann internalisiert zu haben, dass bestimmte Medikamente bestimmte Dinge bewirken oder auch nicht bewirken. Und zeitgleich dann in der Akutsituation zu sagen: Hey, ne, wir haben das besprochen, das und das ist jetzt Phase. Du musst dich jetzt mal entscheiden. Entweder wirst du jetzt irgendwie kooperativ oder wir kommen mit dir in den Kontakt überhaupt. Oder das und das ist die Folge so. Also, dass ich so ein bisschen mehr das Gefühl gehabt hätte, glaube ich, dass ICH entscheide, was passiert und nicht die. So. Und das hat mir so sehr gefehlt.“ (BMJ-BI983)

bb) Unterstützte Entscheidungsfindung

Auf die Frage, inwiefern Hilfen angeboten wurden, um eine eigene Entscheidung treffen zu können, betrachteten die Interviewten die *Möglichkeiten der unterstützten Entscheidungsfindung* differenziert. Als hilfreich wurde der Einbezug weiterer Personen, z.B. Angehöriger (mit denen gemeinsame Gespräche mit Ärzt:innen wünschenswert wären), rechtlicher Betreuer:innen, Psycholog:innen oder Genesungsbegleiter:innen genannt.

„Und meine Mum hätte ich auch mehr gedacht, dass sie da auch mehr involviert ist oder halt auch zusammen vielleicht mit meiner Mum noch mal mit den Ärzten gesprochen/dass sie da zusammen gesprochen hätte, das wäre vielleicht auch gut gewesen. Ich habe nur noch meine Mum einzeln gehört. Oder die Ärzte vielleicht zusammen in so einem Gespräch wäre bestimmt auch gut gewesen.“ (BMJ-BI586)

„Es wäre wahrscheinlich eine größere Chance gewesen, wenn man zum Beispiel eine Vertrauensperson eingeschaltet hätte (unv.). Also, weil wenn eine Betreuerin mit mir persönlich darüber gesprochen hätte oder vielleicht die Psychologin auch einfach, zu der ich das größte Vertrauensverhältnis hatte auf der Station, noch mal mit darüber ins Gespräch

gegangen wäre, ja genau, also hätte ich mir auf jeden Fall GEWÜNSCHT. Ich weiß jetzt nicht, ob es mich umgestimmt hätte, aber es wäre auf jeden Fall eine Möglichkeit gewesen.“ (BMJ-BI649)

„Ich würde Chancen sehen, wenn, genau, mehr Kommunikation von der anderen Seite käme, also von außen. Dass da, ja, wie soll ich sagen? Ja, vielleicht sogar Personen mit Erfahrungshintergrund, die das Ähnliche bis Gleiche erlebt haben, zur Unterstützung kämen. Gut, das ist jetzt eine utopische Traumvorstellung.“ (BMJ-BI204)

cc) Aufzeigen der Vor- und Nachteile der Behandlung

Die Interviewten gaben an, dass die *Vor- und Nachteile einer Behandlung aufgezeigt* worden seien, wenngleich hierbei Verbesserungspotential gesehen wurde:

I: „...wurde Ihnen denn damals in der Situation irgendwie das erklärt oder erläutert, worum es sich handelt, um welches Medikament?“

B: „Ja, die sagen mir da schon immer irgendwie: Ja, wenn das jetzt nicht funktioniert, dann müssen wir das halt anordnen. Klar, und dann kommt das halt dann irgendwie schriftlich oder was weiß ich, und dann haben die auch was. Und dann/ Also, dass sie das schon/ Ich denke schon, dass sie das erwähnt haben.“ (BMJ-BI543)

Als *Verbesserungsvorschlag* wurde angemerkt, dass die Gründe für eine Behandlung dargelegt werden sollten. Dies könne auch dabei helfen, psychotische Gedanken zu verringern.

„Aber, dass sie mir dann noch mal verdeutlicht hat, dass ich krank bin und dass ich die Medikamente vielleicht nehmen soll oder dass man halt dann mehr auf die Situation eingegangen wäre, das hätte ich mir halt in dem Moment gewünscht, anstatt einfach irgendwie so plumpe Sprüche dann noch dazu, die das eigentlich ein bisschen verschlimmert haben. Genau, das hätte mir halt da besser geholfen. Vielleicht hätte ich dann eher eine Einsicht gehabt.“ (BMJ-BI586)

„Sondern halt einfach auch diese Gedankenkreise, die man dann entwickelt in solchen Phasen, ne, man hat ja eine Menge Fantasie. Und halt einfach diesen Gedankenkreisen sozusagen das Futter zu nehmen und halt einfach zu sagen: So und so, und deswegen machen wir das. Und dann braucht man sich ja eigentlich keine Sorgen machen und sich da selber irgendwas fantasieren.“ (BMJ-BI208)

dd) Kommunikation

Im Hinblick auf Kommunikation wurden verschiedene positive und negative Aspekte genannt. Genannte *positive Aspekte* werden in folgenden Subkategorien abgebildet:

Offenheit und Ehrlichkeit

„Irgendwann ist der Psychologe bei mir durchgedrungen, das weiß ich noch. Weil er gesagt hat, das hat mir wirklich geholfen, weil er dann gesagt hat: `Ja, Sie sagen/` Weil, ich habe dann immer gesagt: `Mir geht es gut, es ist super, ich will hier raus.` Und klar, weil ich halt so schnell wie möglich raus wollte. Das war den Ärzten schon klar, dass es mir nicht gut geht. Der hat dann zu mir gesagt: `Wissen Sie, [Person A, anonymisiert], ich sage Ihnen jetzt mal ehrlich, dass Sie denen hier nur was vormachen. Sie sagen das einfach nur, dass es Ihnen gut geht, dass es/So kommt es mir vor`, hat er gemeint, "dass Sie halt so schnell wie möglich rauskommen. Aber damit ist Ihnen auch nicht geholfen. Sie müssen Ihre Medikamente nehmen und schauen, dass Sie sich stabilisieren." Und es hat mir halt wirklich viel geholfen. Am nächsten Tag habe ich noch mal darüber nachgedacht. Und es war einfach, dass er halt so offen und ehrlich war und es mir dann auch so wirklich direkt gesagt hat, das hat mir dann halt schon geholfen. (BMJ-BI586)

Warmherzigkeit

„Also so ein warmherziger Arzt, warmherzige Schwester entschärft schon viel diese Feindbilder, die gerade bei Psychotikern schnell immer aktiv werden. Also das wäre schon ideal. Und deshalb, bei meiner ersten Psychose, da hatte ich das Gefühl, da auf der [Station X, anonymisiert], mir ist da so (unv.), die waren alle sehr warmherzig und zugewandt. Und wie gesagt, das tut einem gut.“ (BMJ-BI141)

Vertrauen zum Personal

„Aber ja, klar, und das kommt halt immer darauf an, welches Personal dann mit einem spricht. Und wenn man halt ein bisschen mehr Vertrauen hat, dann geht das schon eher, als wenn das halt jemand ist, den man halt doch nicht so leiden kann.“ (BMJ-BI543)

Anknüpfungspunkte in „normalen“ Gesprächen

„Also ich habe einmal in einer Klinik auf einer Akutstation einen Arzt im Praktikum getroffen. Der hat sich ganz mit mir und normal unterhalten. Wir hatten Anknüpfung so. Und so seine

Schwester hat in [Ort X, anonymisiert] studiert, ich auch. Und mit dem habe ich mich eine halbe Stunde gut unterhalten. Aber der hat dann auch gesagt nach drei, vier Monaten in der Psychiatrie, er geht nicht in die Psychiatrie. Und da waren dann, sind auch keine Störungen aufgetreten, also was mir Angst macht.“ (BMJ-BI141)

Die berichteten *negativen Aspekte* gliederten sich in folgende Subkategorien:

Unzureichende Kommunikation zwischen Personal und Patient:innen

Hier wurde beispielsweise thematisiert, dass das Pflegepersonal nicht auf den Betroffenen zugegangen sei und es allgemein zu wenig Kommunikation gäbe.

„Ja, einfach mehr vom Pflegepersonal. Zum Beispiel, ich sage halt öfters Pflegepersonal, weil die halt mehr anwesend sind als zwei Mal die Woche jetzt ein Arzt und man halt freiwillig noch mal mit dem Arzt sprechen können. Aber das habe ich in dem Zustand ja gar nicht gecheckt. Deswegen, das Pflegepersonal, dass die sich einfach mal öfters mit einem hingesetzt hätten und ein Gespräch einfach. Dass die einfach die Situation vielleicht besser erkannt hätten und dann gesagt hätten: Ja, jetzt setzen wir uns noch mal zusammen, weil ich glaube, du hast das nicht wirklich verstanden. Oder: Wir wollen dir nur irgendwie helfen. Irgendwie so. Dass man da einfach öfters was gemacht hätte, weil das ist irgendwie NIE gemacht worden, also dass jemand auf mich zugekommen ist.“ (BMJ-BI586)

Teilweise wurde angemerkt, dass der Grund für die Anwendung von Zwang nicht erläutert worden sei:

„Und ja, das war halt irgendwie/Ich war manisch oder schizomanisch, halt psychotisch und manisch und drogensüchtig zu der Zeit, sehr amphetaminabhängig, und weiß bis heute nicht, warum dieser Beschluss sozusagen/also worum es genau/Ob ich jetzt eine Fremdgefahr oder eine Eigengefährdung war, das wurde mir nicht kommuniziert.“ (BMJ-BI208)

Eine mögliche Konsequenz unzureichender Kommunikation sei, dass Betroffene das Vertrauen in die Behandlung verlören und die Symptome der Erkrankung zunähmen.

„Aber ich war immer außen vor, also der Patient halt. Und das war sehr unangenehm für mich in der Situation, hat die Krankheit eigentlich eher verstärkt. Und ja, und eigentlich so eine Einstellung entwickelt, kein Vertrauen mehr in die Psychiatrieklinik.“ (BMJ-BI208)

Die Kommunikation zwischen Personal und Patient:innen habe nicht auf Augenhöhe stattgefunden, wodurch sich Betroffene nicht ernst genommen gefühlt hätten.

„Man hätte halt mir auch öfters sagen können, dass ich die Medikamente nehmen soll oder halt das Personal auch mehr auf mich eingehen können, weil ich wurde dann nicht so für ernst genommen, hatte ich so das Gefühl. Und dann wollte ich die Medikamente halt auch nicht nehmen. Weil, ich war dann eh in meiner Psychose drin, und ich habe das alles nicht so realisiert.“ (BMJ-BI586)

Zudem seien religiöse Gegebenheiten und Bedürfnisse nicht berücksichtigt worden.

„Ich konnte oder wollte bestimmten Personen nicht direkt in die Augen schauen oder konnte es nicht. Und das war auch die Ärztin. Denn sie war Ärztin. Und sie war auch/ist eine Frau. Und es ist so in meiner Religion, dass da eine bestimmte Abgrenzung ist. Und ich mochte es nicht, einer fremden Frau die ganze Zeit in die Augen zu schauen so. Aber von der anderen Seite wurde das als ein anormales Verhalten abgestempelt.“ (BMJ-BI204)

Unzureichende Kommunikation innerhalb des Teams

Betroffene berichteten, dass die Zwangsbehandlung ohne klar erkennbare Regelungen und Absprachen innerhalb des Teams abgelaufen sei. Auch seien bei der ärztlichen Zwangsmaßnahme zu viele Mitarbeitende im Raum gewesen.

„Also auch, dass einfach die Durchführung gar nicht klar kommuniziert wurde innerhalb des Teams, sondern es jeder so gemacht hat, wie er oder sie meinte.“ (BMJ-BI649)

„... vielleicht auch, dass nicht unendlich viele Menschen da im Zimmer sind. Es waren ja auch nicht alle, die irgendwie eine Tätigkeit jetzt hatten, sondern (lachend) es waren noch einfach viele da, die dann nicht direkt wieder gegangen sind, nachdem man sie nicht mehr gebraucht hat so. Wo ich mir denke: Das ist eh schon eine übergriffige Situation, aber wenn dann noch fünf Leute dastehen und gucken, wie es weitergeht, das war Also die Umgebung hätte irgendwie noch mal anders gestaltet werden müssen so für mich.“ (BMJ-BI983)

Unzureichende Kommunikation zwischen rechtlichen Betreuer:innen und Betreuten

Rechtliche Betreuer:innen würden teilweise nicht direkt mit den Betreuten/Betroffenen, sondern nur mit dem Personal kommunizieren. Einige Interviewteilnehmer:innen berichteten außerdem von Zweifeln an der Kompetenz der rechtlichen Betreuer:innen, z. B.

inwiefern sich diese mit der Krankheit des Betroffenen auskennen würden oder Interesse an der Person des:r Betreuten hätten.

„... aber es war halt auch ein bisschen eine schwierige Situation, weil ich gerade verlegt worden war und noch nicht so ein wirkliches Vertrauensverhältnis zu den Mitarbeitenden dort hatte und meine Betreuerin halt nicht mit mir persönlich gesprochen hat, sondern eben weit weg war und das dann per Telefon mit den Ärzten abgestimmt hat.“ (BMJ-BI649)

„... zum einen hatte sie einfach ein etwas falsches Bild von mir, was sie denkt, was für mich das Richtige ist, welche Entscheidungen sie bezüglich meiner Gesundheit treffen sollte, die für mich persönlich eher kontraproduktiv waren. Und das lag, glaube ich, zum einen daran, dass sie einfach grundsätzlich von dem Krankheitsbild/also die sich nicht so gut mit diesem Krankheitsbild auskannte.“ (BMJ-BI649)

„Und ich auch durchaus immer wieder versucht habe, da Kontakt zu ihr auch aufzunehmen. Und wo ich mir denke, ich habe an einem Ort gewohnt, ich konnte da nicht mal raus. Also ich wäre jederzeit erreichbar gewesen. Ich habe die einmal im Jahr gesehen. Und dann hat die mich gefragt, ob ich überhaupt einen Schulabschluss habe. Und ich dachte mir so: Wow, und diejenige entscheidet darüber, ob ich hier wohne oder nicht? Also es war so absurd.“ (BMJ-BI983)

Unzureichende Kommunikation zwischen Richter:innen und Patient:innen

Aus Sicht der Betroffenen nähmen sich Richter:innen nicht genügend Zeit für ein Gespräch, z. B. wenn Patient:innen sediert seien, oder kommunizierten nur über eine Sprechanlage.

„Und ich irgendwie eingeschränkt bin in meiner Kommunikationsfähigkeit, vielleicht noch sediert von den Medikamenten vom Vortag. Und ich soll dann irgendwie ein gleichwertiges Argument irgendwie bieten, das war für mich aussichtslos irgendwie.“ (BMJ-BI983)

„Ich habe auch oftmals keinen Richter gesehen, war dann im Time-out eingesperrt. Und dann hat der Richter durch so eine Sprechanlage mit mir gesprochen. Also persönlich gesehen hatte ich ihn dann nicht. Und, genau, da kommt es halt zu dieser Spirale. Ne? Dass man halt dann manisch und wütend/Und das ist eine ganz gefährliche Kombination.“ (BMJ-BI208)

Auch die Entscheidungsfindung von Richter:innen wurde von Interviewteilnehmer:innen hinterfragt.

„Und ich auch mich immer gefragt habe: Wie kann der Richter denn dazu ein Statement abgeben, der A bei der Situation nicht dabei war? B möglicherweise begrenztes Wissen über psychiatrische Erkrankungen hat? C mich persönlich gar nicht kennt? Und D erst mal einen sehr differenzierten Bericht vermutlich von den Ärzten bekommen hat?“ (BMJ-BI983)

Darüber hinaus wurde berichtet, dass Betroffenen die genaue Aufgabe/Funktion von Richter:innen nicht klar sei.

„Und ich oft auch gar nicht in der Klientenrolle verstanden habe, dass der Richter ja eigentlich eine neutrale Funktion hat, ich aber immer das Gefühl hatte, der steht auf der Seite der Ärzte. Und das war für mich gar nicht transparent. Ne? Also, dass ich/Das habe ich erst viel später begriffen, dass die eigentlich nicht so diesen Zusammenschluss haben.“ (BMJ-BI983)

Machtungleichgewicht

Im Zusammenhang mit der Kommunikation mit den unterschiedlichen Akteuren verwiesen die Interviewteilnehmer:innen auf ein Machtungleichgewicht, das zu Lasten der Betroffenen ablaufe und mitunter als „Machtspielchen“ bezeichnet wurde. Als Beispiele wurden Kommunikationsstile genannt, die die Betroffenen nicht ausreden lassen, abwürgen oder ein „Gegeneinander“ darstellen.

„Also das ist so auf jeden Fall ein Machtspielchen, ne, irgendwie man hat immer das Gefühl, man ist unterlegen halt, darf nicht ausreden, darf halt sich nicht erklären. Und wenn man halt die Neigung hat, ein bisschen länger irgendwie mal oder zu weit auszuholen oder, ja, wird man abgewürgt und dann wird man wieder wütend. Dann sagt man was Falsches.“ (BMJ-BI208)

„Es hat sich immer so angefühlt, als wäre ich irgendwie die Kranke, die keine Ahnung hat und das System irgendwie schon weiß, was es zu tun hat und es gar nicht so dieses miteinander Lernen gab, sondern eher so dieses Gegeneinander.“ (BMJ-BI983)

Die Einschätzung des Personals bzw. der Ärzt:innen beeinflusse und dominiere die Gutachter:innen und Richter:innen.

„Und wenn dann, ja, ein bestimmtes Behandlungsteam oder auf jeden Fall ein paar Ärzte, die da irgendwie in der höheren Position sind, diese Entscheidung treffen und dieser Überzeugung sind, an der man irgendwie nichts rütteln kann, dann finde ich es schwierig, dass die/ja, dass

die Richter eben dann sich einzig und allein auf das Urteil stützen und nicht wirklich sich noch mal anhören, ob ich vielleicht eine andere Perspektive darauf habe.“ (BMJ-BI649)

Zudem schützten sich die Entscheidungsträger:innen (Ärzt:innen, Richter:innen, Polizist:innen etc.) laut Aussage der Betroffenen gegenseitig. Es bestehe ein „System“, indem sie sich gegenseitig „decken“.

„Mein Empfinden ist, dass die Leute sich gegenseitig decken, die Betreuer einige, die Anwälte, der Richter, die Polizisten, die Ärzte, dass die sich da irgendwie gegenseitig/oder es sich sehr einfach machen. Sagen wir mal so. Ne? Der Patient hat keine Rechte mehr in dem Moment.“ (BMJ-BI208)

„Meine Vermutung ist, dass es ein System ist. Und ein System, was sich halt gegenseitig schützt.“ (BMJ-BI208)

Darüber hinaus wurde mangelndes Einfühlungsvermögen des Personals beklagt.

„Und, was ich mich auch gefragt habe, dass ich manchmal auch so das Gefühl hatte, dass das Personal gar nicht weiß, was es bedeutet, in einer Fixierung und dann auch noch ein Medikament zu kriegen, wenn man da schon zehn Stunden liegt, irgendwie einem alles wehtut, und dann noch mal zu sagen: Okay, Visite ist um neun, aber wir fangen in Zimmer [X, anonymisiert] an, dann liegt die da eben noch zwei Stunden. Hat nicht dazu geführt, dass ich mich irgendwie entspannt habe, weil ich das Gefühl hatte: Okay, die lassen mich hier, die verwahren mich hier. Ich bin ja schön ruhig, wenn ich hier liege. Und ich das Gefühl hatte, sobald ich da wieder raus war, ging die Eskalation von vorne los. Weil ich das Gefühl hatte, es interessiert die ÜBERHAUPT nicht, was irgendwie mit mir los ist. Und ich mich dann gefragt habe: Inwieweit können die Fachkräfte sich überhaupt da reinversetzen? Also wäre das nicht manchmal hilfreicher, wenn vielleicht allemal einmal 20 Milligramm Diazepam nehmen oder Haldol oder was auch immer und wissen, wie sich das anfühlt, wenn man den Kiefer nicht mehr bewegen kann, die Sabber einem aus dem Mund läuft und man sich einnässt? Also das hängt ja auch einfach ein bisschen was dran. Ne? Und das ist so eine, finde ich, eine entblößende Situation, eine schambesetzte Situation.“ (BMJ-BI983)

Die Befragten nannten auch *Verbesserungsvorschläge*, um Kommunikationsschwierigkeiten zu überwinden. Genannt wurden dabei verschiedene Aspekte:

[Mehr Gespräche](#)

„Ich hätte mir gewünscht, dass, selbst wenn ich in der misslichen Lage war, dass das Personal vom Krankenhaus mich in dieser Situation sieht. Dass mehr Gespräche mit mir geführt werden und geguckt wird: Was sind denn wirklich die Ängste oder wieso ich mich anscheinend so verhalte?“ (BMJ-BI204)

Kommunikation auf Augenhöhe

„Und was ich mir sonst gewünscht hätte, wäre halt ja auf jeden Fall mehr Kommunikation auf Augenhöhe. Und darauf basiert ja alles andere“ (BMJ-BI208)

Klare Kommunikation

„Und ich glaube auch so klare Worte, ne, wenn jetzt nicht so, dann so. Also, dass es wenig Spielraum gibt aber eine KLARE Kommunikation so.“ (BMJ-BI983)

Ruhige Ansprache

„Und was ich auch als, ja, nicht förderlich empfunden habe, war so dieses DIREKTIVE so, sondern ich hätte eher gebraucht eine ruhige Ansprache“ (BMJ-BI983)

Höherer Personalschlüssel

„Und ich glaube aber schon, dass es Situationen hätte geben KÖNNEN, in dem das vermieden hätte werden können, indem Menschen/ also indem es einfach einen höheren Personalschlüssel gegeben hätte, in dem/Ich hatte oft das Gefühl, dass ich fixiert werde, weil auf der Station Not am Mann ist und eigentlich keiner Kapazitäten hat, sich mit mir auseinanderzusetzen. Dass das schon sehr die Schwelle gesenkt hat, eine Fixierung irgendwie in die Wege zu leiten.“ (BMJ-BI983)

Betroffene den Umgang mit der Psychose allein finden lassen

„Es stimmt wohl, dass ich mich mit den Stimmen damals unterhalten habe. Aber die gehen ja nie weg. Auch jetzt höre ich die Stimmen. Es ist nur der Umgang. Und hätte man mir/Hätte man mich alleine gelassen, das hätte sich gelöst.“ (BMJ-BI204)

Einige Betroffene sahen hingegen keine Chancen für Verbesserungen in der Kommunikation. Als Gründe führten sie „abgestumpftes“ Personal an, welches in seiner Rollenzuschreibung verharren würde.

„... wie gesagt, wenn da noch nicht mal ein Toilettengang notwendig ist, wenn da keine Zeit oder kein Interesse dafür da ist, dass die Leute defixiert sind, wenn man da acht Stunden liegt oder so. Und das Mitgefühl bei Personal, bei ständig wechselnden Patienten ist das auch/ muss jemand schon sehr warmherzig sein, um da nicht abzustumpfen. Das ist ja auch immer das Problem.“ (BMJ-BI141)

„Also mit dem Krankenhauspersonal nicht, weil die hatten/ Wenn man einmal in der Rolle ist und die jemandem ihre Diagnosen oder Sichtweisen aufzwingen, da sehe ich keine großen Chancen, dass da sich was verändert hätte.“ (BMJ-BI204)

ee) Verhinderung der ärztlichen Zwangsmaßnahme durch Überzeugungsversuche

Die Ergebnisse zu diesem Abschnitt des Interviewleitfadens wurden bereits berichtet (siehe oben unter 2. b) aa)).

ff) Vorliegen einer Patientenverfügung oder Behandlungsvereinbarung

Eine *Patientenverfügung* oder *Behandlungsvereinbarung* lag bei manchen Interviewteilnehmer:innen vor, bei anderen nicht. Bei denjenigen Betroffenen mit Patientenverfügung oder Behandlungsvereinbarung ergab das Analysematerial die Information, dass das Dokument zum Teil bereits vor der ärztlichen Zwangsmaßnahme, zum Teil aber auch erst nach der ärztlichen Zwangsmaßnahme verfasst wurde. Teilweise wurden in formloser Art Behandlungswünsche niedergeschrieben. Bei den Interviewteilnehmer:innen bestand Unsicherheit über die rechtliche Verbindlichkeit von Vorausverfügungen.

„Und jetzt habe ich eine Betreuung, und das ist/ich habe da jetzt mal mehrere Seiten formuliert und habe das mit „Wünsche“ überschrieben und habe das an die Betreuerin gegeben und auch ans Gericht geschickt. Dass das schon mal deutlich ist. Und ich habe von der Betreuerin noch keine klare Auskunft, ob ich überhaupt irgendwo eine Verfügung ausfüllen darf. Da weiß ich rechtlich jetzt nicht Bescheid.“ (BMJ-BI141)

In den Patientenverfügungen bzw. Behandlungsvereinbarungen äußerten die Betroffenen zum Teil Präferenzen bezüglich ihrer Behandlung (z. B. Ablehnung von „Elektroschocks“; Bevorzugung einer Spritze).

I: „Haben Sie sich da auch zu potenziellen Zwangsbehandlungen geäußert?“

B: „(...) Nein, habe ich nicht. Wie gesagt, weil da habe ich keine Chance gesehen. Also ich habe irgendwann aber jetzt habe ich mal festgelegt, ich möchte keine Elektroschocks. Aber ich bin ja sowieso weniger gefährdet. Und ich kenne auch inzwischen mehrere Leute, denen haben Elektroschocks geholfen.“ (BMJ-BI141) [Anmerkung: Mit „Elektroschocks“ ist die Elektrokonvulsionstherapie gemeint.]

I: „Und zu der Zwangsmedikation, haben Sie das irgendwie also spezifiziert? Also praktisch irgendwie/“

B: „Ja, genau. Dass ich halt dann eine Spritze kriege, wenn ich dann, genau, zwangsmedikamentiert werde.“ (BMJ-BI586)

Von Interviewteilnehmer:innen, die keine Patientenverfügung oder Behandlungsvereinbarung hatten, wurden oft keine weiteren Angaben zu Gründen gemacht. Allerdings wurde geäußert, dass es zu dem Thema keine Informationen bzw. Aufklärung gegeben habe.

I: „Das heißt, bei Ihnen gab es aber zumindest in der Situation jetzt keine Patientenverfügung oder Behandlungsvereinbarung? Sowas hatten Sie nicht zu dem Zeitpunkt?“

B: „Nein. Und das war auch tatsächlich GAR nichts, worüber ich mir jemals Gedanken gemacht habe. Ne? Also es war mir gar nicht klar, dass das eine Option hätte sein können.“ (BMJ-BI983)

Einige Interviewteilnehmer:innen äußerten, dass eine Vorausverfügung hilfreich gewesen wäre. Unter den Interviewteilnehmer:innen gab es aber auch negative Vorerfahrungen mit bzw. Vorbehalte gegenüber Vorausverfügungen (z. B. fehlendes Vertrauen und mangelnde Unterstützung bei einem früheren Abfassungsversuch; Umgang damit, wenn die dargelegten Präferenzen nicht umgesetzt werden).

„Mal anzusprechen: Hey, irgendwie das und das war gut und das und das war schlecht. Also das war generell so, dass ich das Gefühl hatte, es wird gar nicht evaluiert so. Also jede Situation hätte, glaube ich, mega viel Lerneffekt haben können an sich, wo ich mir denke, es gab mit Sicherheit 50 solcher Situationen. Und jede einzelne hatte eigentlich voll viel Potenzial, da rauszuziehen: Was ist hilfreich und was nicht? Und ich mich dann so frage in der Situation: Ich hatte gar nicht den Blick dafür, dass ich das hätte evaluieren können und für

mich hätte sinnvoll nutzen können. Ich hätte mir aber gewünscht, dass die Fachkräfte das wissen, dass das sinnvoll wäre.“ (BMJ-BI983)

„Ich habe hier niemanden gefunden, der mich zum Beispiel unterstützt hätte, auf Medikamente zu verzichten. Und so selbstständig, dass ich das selber hätte bewältigen können, bin ich nicht. Und ich hatte auch dann keinen Vertrauten, dem/Ich habe es [Anmerkung: Abfassung einer Patientenverfügung] zwar versucht mit einer Frau, die an die katholische Kirche in der Stadt angebunden ist. Aber dann sind dann Sachen passiert. Und ich habe auch schon im psychotischen Zustand das Vertrauen verloren und habe dann alles gekündigt, weil ich auch beim Notar war. Also die hätte weitreichende Vollmachten gehabt. Und da habe ich mich dann gefährdet gefühlt. Ob das berechtigt war oder nicht, weiß ich nicht.“ (BMJ-BI141)

„Ich aber, glaube ich, auch Riesenangst habe, dass, wenn ich so eine Verfügung mache, ich das Gefühl habe, ich habe ein Recht darauf, dass das so passiert. Und wie gehe ich damit um, wenn das nicht so passiert? Also das löst bei mir ganz massiven Stress aus.“ (BMJ-BI983)

c) Durchführung der Zwangsbehandlung

Die Aussagen zu Beginn dieses Interviewabschnitts wurden in der Analyse zu einer neuen Kategorie *Allgemeine Bewertung von Zwangsmaßnahmen* zusammengefasst. Grundsätzlich gab es Interviewteilnehmer:innen, die Zwangsmaßnahmen als *in bestimmten Situationen angemessen* bewerteten. Hier wurde zum einen der Schutz Dritter aufgeführt und zum anderen die Voraussetzung für eine Zwangsmaßnahme genannt, dass diese auf einer sorgfältigen therapeutischen Entscheidung im jeweiligen Einzelfall beruhen solle.

„Also wie gesagt, also Zwangsmedikation muss halt manchmal sein. Man ist dann halt da nicht einsichtig vielleicht, das kann ich verstehen.“ (BMJ-BI543)

I: *„... dass Sie sagen würden, in bestimmten Situationen sind Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen erforderlich?“*

B: *„Ja. Also zum Schutz auch der anderen.“ (BMJ-BI141)*

„Also die Ärzte haben da, glaube ich, schon so ein Feingespür, für wen sie das anwenden, diese Zwangsmedikation, weil das beobachtet man auch an den Augen, glaube ich, und an dem Verhalten, dass jemand nicht Herr seiner selber ist.“ (BMJ-BI312)

Andere Betroffene standen Zwangsmaßnahmen *ablehnend bzw. negativ* gegenüber. Dabei bezogen sie sich zumeist auf freiheitsentziehende Maßnahmen wie Fixierungen und weniger auf ärztliche Zwangsmaßnahmen bzw. Zwangsbehandlungen. Punkte, die hier aufgeführt wurden, waren:

Verlust des Vertrauens in die Behandlung

„Aber ich war immer außen vor, also der Patient halt. Und das war sehr unangenehm für mich in der Situation, hat die Krankheit eigentlich eher verstärkt. Und ja, und eigentlich so eine Einstellung entwickelt, kein Vertrauen mehr in die Psychiatrieklinik.“ (BMJ-BI208)

Verlust der eigenen Rechte

„Mein Empfinden ist, dass die Leute sich gegenseitig decken, die Betreuer einige, die Anwälte, der Richter, die Polizisten, die Ärzte, dass die sich da irgendwie gegenseitig/oder es sich sehr einfach machen. Sagen wir mal so. Ne? Der Patient hat keine Rechte mehr in dem Moment.“ (BMJ-BI208)

Traumatische Erfahrung

„Aber ich habe mich so oft da so alleingelassen gefühlt. Und wo ich denke, das ist so eine übergriffige Situation. Warum kann man nicht versuchen, einem Menschen das irgendwie erträglich zu machen? Weil ich auch oft das Gefühl hatte, das ist so eine Form von Retraumatisierung. Ne? Also so dieses: Man liegt mit gegrätschten Beinen da, und dann sitzt da so ein Muskelprotz neben dir und macht die Sitzwache. Wo ich mir denke, ja, willkommen im falschen Film.“ (BMJ-BI983)

Einschränkung der Freiheit

„Sie machen ihre Pflicht und/Aber (...) ja, weiß ich nicht, ich meine, in der Situation haben die nicht/Man will halt irgendwie seine Freiheit haben und seinen irgendwie/nicht irgendwie dann halt mit Medikamenten dann irgendwie runtergedrosselt werden jeden Tag und denkt da halt anders darüber.“ (BMJ-BI543)

Schuldgefühle

„... oder ich auch oft das Gefühl hatte, hm, also so Schuldgefühle entwickelt habe, dass ich jetzt was falsch gemacht habe und die alle sauer sind und deswegen gestresst sind. Weil,

eigentlich haben die ganz viele andere Sachen zu tun, und jetzt flippe ich wieder aus und jetzt muss da auch noch einer am Bett sitzen und eine Sitzwache machen.“ (BMJ-BI983)

Erörtert wurde mit den Interviewteilnehmer:innen auch, inwiefern Zwangsbehandlungen nur im Krankenhaus durchgeführt werden sollten oder eine Ausweitung auf andere (ambulante) Settings wünschenswert sei. Bezüglich der Durchführung von Zwangsbehandlungen ausschließlich im Krankenhaus wurden die Argumente in Vor- und Nachteile gruppiert.

Die Vorteile von Zwangsbehandlungen nur im Krankenhaus waren Erhalt von Kontrolle (genügend Personal vorhanden; Maßnahme kann von der betroffenen Person nicht umgangen werden; ethisch korrekte Durchführung gewährleistet) und das erhaltene Sicherheitsgefühl am Wohnort („Safe Space“).

„Ja, also im Krankenhaus, ne, auf der geschützten Station, da gibt es halt diese Möglichkeit des Weglaufens oder wie auch immer nicht. Das hat alles schon seine Richtigkeit, denke ich, und seine gute Absicht. Also da ich nichts Anderes erlebt oder gesehen habe, finde ich das System in der Hinsicht eigentlich schon recht okay. Ja.“ (BMJ-BI204)

B: *„... weil diese Entscheidung für mich, also diese Zwangsmaßnahmen, für mich so eine für mich großes Verbrechen gegen meinen Willen war, hätte ich natürlich versucht, mit jeder Möglichkeit das erst mal zu vermeiden, weil ich hatte halt religiöse Ängste. Und das war für mich allerobere Priorität, nichts dahingehend einzunehmen. Draußen hätte das wahrscheinlich/hätte ich halt Möglichkeiten gesucht, das zu umgehen.“*

I: *„Hm. Zum Beispiel? Wie hätten Sie das umgangen?“*

B: *„Ja, irgendwie, ne, wenn gesagt wird, um die und die Uhrzeit müssen Sie das einnehmen oder hinkommen, dann wäre ich nicht gekommen oder nicht gegangen. Aber so in der Art.“ (BMJ-BI204)*

„Also einerseits sehe ich wahrscheinlich/also sehe ich vielleicht den Vorteil, dass ich denke, im ambulanten Rahmen vielleicht weniger Kontrolle erfolgt, ob diese Zwangsmaßnahme richtig und auch, ja, also ethisch richtig durchgeführt werden sozusagen.“ (BMJ-BI649)

„... als Vorteil hat es, dass ich mich in den anderen Settings sicherer gefühlt habe, weil es nicht so den großen Handlungsspielraum dann für die Fachkräfte oder sowas gegeben hat. Und für mich natürlich auch diese Zwangsmaßnahmen schon zum Teil zumindest negativ besetzt

waren und ich dann eigentlich froh war, wenn es einen Ort auch einfach gab, wo ich weiß, das findet hier nicht statt. So. Das ist so mein Safe Space.“ (BMJ-BI983)

Nachteile von Zwangsbehandlungen nur im Krankenhaus wurden ebenfalls gesehen. Negativ besetzte Elemente des Settings wurden betont („Bestrafung“, s.o.; negative Stationsatmosphäre; Stress/psychische Anstrengung; Freiheitsentzug).

„Aber dieser Punkt, dieser wie gesagt, dieses Geschlossene, ist halt echt noch mal so ein Riesepunkt, weil man halt einfach sehr, sehr eingeschränkt ist. Und wenn man sagt, okay, ich merke, ich bin manisch oder was, ich habe halt jetzt eine manische Phase und dann will ich mir auch Hilfe holen, und dann will ich aber nicht in eine geschlossene Station oder/und da halt dann nicht mehr/Also klar, wenn ich jetzt irgendwie arbeite oder so, dann bin ich halt krankgeschrieben. Aber halt, dass erst mal in die Geschlossene rein soll, ist halt so ein Riesending, wo man halt doch/wo halt nicht erstrebenswert ist. Okay, dann ist man dann halt/Also ich hatte/In [Jahr X, anonymisiert] war ich ein halbes Jahr im Krankenhaus. Also ist halt irgendwie auch so Lebenszeit, die da verlorengelassen, die (neun?) Monate halt irgendwie im Liegen zu verbringen, essen, schlafen, irgendwie die Kommunikation mit komischen Leuten oder halt mit, ja, mit den Pflegern und Krankenschwestern halt und dann/Ne? Ist schwierig.“ (BMJ-BI543)

„Und auf der anderen Seite denke ich, also, wenn jetzt ein Patient beispielsweise aufgrund einer Zwangsmaßnahme stationär eingewiesen werden muss, obwohl vielleicht/ja, oder sie halt in dem Umfeld bleiben können oder (sie?) zu Hause ist, ja, dann sehe ich da auch Nachteile. Weil, also für mich persönlich kann ich nur sagen, dass oft die/Also ich sage mal so, die Zwangsmaßnahme an sich ist ja irgendwie schon eine Einschränkung in der Freiheit. Und wenn man dann noch zusätzlich deswegen stationär gehen muss, ja, dann werden halt noch weitere Bereiche eingeschränkt. Und für mich hat das in vielen Fällen/Ja mehr ich quasi in meiner Freiheit eingeschränkt wurde, desto schlimmer hatte ich das Gefühl, sind meine Krankheitssymptome geworden.“ (BMJ-BI649)

Darüber hinaus wurden positive Aspekte aufgeführt, die innerhalb eines Krankenhauses fehlen, außerhalb eines Krankenhauses aber häufiger gegeben seien (z.B. Vertrauen, Freundlichkeit, Familie).

„Also, dass es entweder jemand ist, zu dem ich schon eine Beziehung habe. Aber ich hatte auch das Gefühl, dass gar nicht versucht wird, eine Beziehung AUFZUBAUEN in so einer

Situation. Und dass ich manchmal auch das Gefühl hatte, so dieses: Bevor wir wieder in eine Krise geraten oder in eine Überforderung, sprechen wir einfach gar nicht mit der und tun so/also versuchen, den Ball möglichst ruhig zu halten. Und ich hatte das Gefühl, dadurch wird es auch noch viel, viel schlimmer.“ (BMJ-BI983)

„Und zum Teil also bin ich auch fixiert worden, ohne einen Grund zu wissen. Oder ich bin da eingewiesen worden in die Psychiatrie, und da war das Bett schon mit Gurten/da waren die Gurte schon im Bett, und man liegt da wirklich schlecht darauf. Und ich habe dann aber keinen Grund gegeben für eine Fixierung. Aber das ist dann schon eine Einstellung. Die kannten mich nicht. Aber die waren dann/Die haben wohl damit gerechnet, dass sie mich fixieren wollen. Aber wie gesagt, das sind eigentlich fremde Leute. Also es wäre schön, wenn sie freundlicher wären. Aber die Freundlichkeit hätte ich bei meinem Schutzraum/Ich hätte einen Schutzraum Familie gebraucht, und den habe ich wohl vermisst.“ (BMJ-BI141)

Zu der Frage, ob aus Sicht der Interviewteilnehmer:innen eine *Zwangsbehandlung außerhalb eines Krankenhauses* vorstellbar wäre, wurden verschiedene Pro- und Contra-Argumente genannt, die hier getrennt nach Setting aufgeführt werden:

Tabelle 8: Pro und Contra Zwangsbehandlung außerhalb eines Krankenhauses (Betroffenen-Interviews)

Setting	Contra-Argumente	Pro-Argumente
Zu Hause	Zu großer Aufwand	Familie/Wohlbefinden
	Nachbetreuung nicht leistbar	Weniger psychisch anstrengend
	Mangel an Compliance	
Ambulanz	Keine Ressourcen, z.B. für Begleitung	--
Öffentlichkeit	Ablehnung (aber ohne Angabe einer näheren Begründung)	--
Therapeutische Wohngruppe	Ablehnung (aber ohne Angabe einer näheren Begründung)	Personal kennt Patienten besser
Pflegeheime	--	Zustimmung (aber ohne Angabe einer näheren Begründung)

Ambulant allgemein	--	Geringerer Zeitverlust
		Freiheit bleibt erhalten

Zu einzelnen Aspekten werden im Folgenden Zitate aus den Interviews aufgeführt:

Contra zu Hause:

„... wie gesagt/wenn man jetzt ohne irgendwie ambulante Betreuung oder einfach zu/ also alleine zu Hause wohnt und jetzt beispielsweise eine Zwangsmaßnahme durchgeführt wird und man keine Nachbetreuung dort hat, dann sehe ich da auf jeden Fall Schwierigkeiten. Weil, es kann ja sein, dass diese Zwangsbehandlung irgendwie psychische Nachwirkungen hat, mit denen man dann alleine zurechtkommen muss. Und die Person hat dann wahrscheinlich, wie andere im Gesundheitswesen, einfach wenig Zeit, kommt hin, führt diese Zwangsmaßnahme durch und geht dann wieder. Also das würde ich schon für problematisch halten. Ich glaube, es wäre schon wichtig, dass es in einem Setting stattfindet, in dem auch eine Nachbetreuung möglich ist.“ (BMJ-BI649)

I: „Gibt es denn auch irgendwie Schwierigkeiten oder Nachteile, die Sie sehen, wenn das jetzt irgendwie zum Beispiel auch außerhalb der Klinik irgendwie sein könnte, dass man irgendwie gegen seinen Willen behandelt wird?“

B: „Ja, die Compliance halt natürlich. Ne? Das ist halt irgendwie, dass man dem halt nicht folgt. Oder wenn halt/Ich meine, Krankenhaus ist dann halt so, klar: Da komm, dann wissen wir, wo du bist. Ich weiß, in Kliniken ist es dann sehr schwierig, von außerhalb dann halt eine Zwangsbehandlung anzuordnen. Dann ist man halt beim Arzt oder bei der Ärztin. Und dann wird man halt/bekommt man Zwangsmedikation, und dann kann man wieder gehen. Und dann kommt man dann nicht mehr wieder so nachher. (lacht leicht) Und sonst, wenn man Zwangsmedikation (unv.), das ist dann sehr schwierig, glaube ich.“ (BMJ-BI543)

Contra Ambulanz:

„Wie soll das begleitet werden? Also nur, weil ich jetzt ein Medikament kriege, auch wenn ich es gespritzt kriege, heißt es ja nicht, dass ich instant ruhig bin und alles gut ist. Also da frage

ich mich, wie das umgesetzt werden kann überhaupt, weil ich das eher immer als/Es bindet unglaublich viel Personal und unglaublich viele Ressourcen, das irgendwie zu begleiten, gerade weil die Menschen nicht einwilligen so“ (BMJ-BI983)

Pro zu Hause:

„Also hätte ich mich wohler gefühlt, weil da sind ja meine Familie und alles um mich herum, und die hätte dann da auch schauen können. Und ich wäre halt dann zu Hause. Da hätte ich mich halt wohler gefühlt, als wenn ich mit der Polizei hier hereingeschleppt werde. Also/Ja.“ (BMJ-BI586)

„Ja, dass man halt ein bisschen schon noch Kontrolle über sein Leben hat und nicht halt irgendwie direkt dann so einen Ablauf im Krankenhaus/Weil einen auch/Da ist man dann nicht klar, (unv.) wirklich guckt und so. Weniger Reize et cetera. Aber gleichfalls ist es halt auch einfach psychisch halt anstrengend halt in so einem/wie im Gefängnis, bloß halt, dass man gerade rumlaufen kann und/in der Regel halt.“ (BMJ-BI543)

Pro Therapeutische Wohngruppe:

„Auf der anderen Seite habe ich mich aber auch oft gefragt, warum zum Beispiel in der Wohngruppe, wo so viele Fachkräfte rumlaufen, die mich gut kennen, die vielleicht viel besser mit mir im Kontakt sind und wissen, was vielleicht jetzt hilfreich wäre, warum die/warum das da zum Beispiel dann nicht stattfinden kann. Also es muss ja nicht gleich dann in dem eigenen Zimmer sein, aber ich habe schon manchmal erlebt, gerade auch, wenn der AVD kam und es ging dann um diese Medikamentenfrage, da ging es ja nur auf freiwilliger Basis, also mehr oder weniger. Ne? Wenn die es mir halt reingeschoben haben, haben sie es mir reingeschoben. Aber wo ich das eigentlich eher als weniger schlimm empfunden habe.“ (BMJ-BI983)

„Ich habe irgendwie die Fantasie, also zum einen, dass es angenehmer wäre, weil es zumindest ein bisschen das Gefühl von Sicherheit da hat. Also, dass da Menschen arbeiten, die

ich kenne, die das irgendwie begleiten. Die das irgendwie mitkriegen, wenn irgendwas richtig schlecht läuft.“ (BMJ-BI983)

Pro ambulant allgemein:

„Da wäre es halt dann besser schon, wenn man es auch ambulant geben könnte, weil vielleicht verliert man dafür auch nicht so viel Zeit. Weil, man muss ihn ja auch wiederaufnehmen, eine neue Aufnahme machen und alles. Weiß jetzt nicht, ich kenne mich da nicht so aus. Aber ich würde das ambulant schon auch eher bevorzugen, weiß ich nicht, bevor ich mich jetzt hier ewig wieder stationär aufhalte.“ (BMJ-BI586)

d) Nachbereitung

Zunächst wurden die Interviewteilnehmer:innen gefragt, ob sie die *Zwangsbehandlung in Rückschau als notwendig* betrachten würden. Die Antworten fielen heterogen aus:

1) *Ja, die Zwangsbehandlung wurde als notwendig betrachtet.* Als Gründe wurden genannt, dass die Unterbringungsdauer verkürzt wurde, der Betroffene die Medikation brauchte oder akute Selbstgefährdung bestand.

„Ja, also wie soll ich das sagen? Also in der Situation, klar wünscht man sich da irgendwie mehr Freiheit. Aber ob das dann halt/Dann hätte das alles vielleicht länger gedauert. Und man wäre vielleicht länger in dem ganzen Prozess drin gewesen als vielleicht mit den Medikamenten. Ne?“ (BMJ-BI543)

„Die Tabletten haben in der Tat da einen Cut gemacht, und dann war ich wie umgepolt.“ (BMJ-BI312)

„Also, ob es jetzt im medizinischen Sinne notwendig gewesen wäre, also wie groß jetzt die Gefahr für mich in der Situation war, das kann ich jetzt halt nicht einschätzen, weil ich einfach da nicht mehr die Erinnerung habe, was da genau/ja, was da genau die medizinische Grundlage war. Aber ich habe auf jeden Fall Verständnis dafür, dass so entschieden wurde. Und ich denke, in gewisser Weise aufgrund meiner Vorgeschichte, also aufgrund der Ereignisse, die davor passiert sind und dass ich halt wirklich in vielen Situationen in einer akuten Lebensgefahr WAR, also selbst zugefügt sozusagen, denke ich schon, dass ich auf jeden Fall die ärztliche Notwendigkeit einsehe, dass diese Zwangsbehandlung durchgeführt wurde.“ (BMJ-BI649)

2) *Ja, aber die Art und Weise der Zwangsbehandlung war unangebracht. Hier wurden Vorschläge für eine alternative Gestaltung der Maßnahmen gemacht (z.B. andere Farben der Fixiergurte, anderes Material der Bettgitter, alternative Raumgestaltung, Deeskalationsmaßnahmen).*

„Also, wenn ich mir alleine schon die Gurte angucke, die Farbe der Gurte, das Bett an sich, es ist ein Metallgestell, also ich denke dann immer so an die Giftspritze, die man kriegt, wenn man hingerichtet wird so auf diesem Tisch, wo man liegt. Und mit Sicherheit wird es auch irgendwelche Vorteile haben, dass man da so ausgebreitet liegt mit Beine breit, wo ich aber denke: Jetzt so ausgeliefert in der Fixierung zu liegen, ist irgendwie auch nicht so geil. Und dass auch diese akute Situation mit diesen solche Gürtel und Schlüsseln und alles klimpert irgendwie mir auch eher das Gefühl gegeben hat von massiver Bedrohung und ich MUSS jetzt dagegen kämpfen. Und dass das, glaube ich, nicht dazu/kein deeskalierendes Setting war und keine deeskalierenden Rahmenbedingungen war so. Und, ne, mit dazu würde ich auch noch die räumliche Gestaltung von so einem/also wo man dann liegt. Also allein, dass alles weiß ist und alles so klinisch irgendwie, führt irgendwie nicht dazu, dass ich das Gefühl habe, hier wird versucht, eine Zwangsmaßnahme zu vermeiden.“ (BMJ-BI983)

B: „Und ich habe mal mit einer Ärztin aus der Klinik darüber gesprochen. Die studiert angewandte Ethik im Master, und die hat auch eine Arbeit dazu geschrieben. Und die hat mich/ die hat dann gesagt, dass irgendwie in England gibt es so ein Konzept, wo die die Menschen festhalten und nicht fixieren.“

I: „Hm. Genau. Ja.“

B: „Und wo ich noch mal gedacht habe: Ja, irgendwie, ich habe selber so wenig Fantasie davon, was es an Alternativen gibt. Und ich glaube, dass in den Köpfen von Fachpersonen auch wenig Alternativen sind dazu so. Und dass ich mir durchaus vorstellen könnte, dass auch Fixierungen irgendwie anders gestaltet werden können.“ (BMJ-BI983)

3) *Ambivalente, aber eher ablehnende Einstellung gegenüber Zwangsbehandlungen.*

I: „Wenn Sie Ihre ärztliche Zwangsbehandlung in der Rückschau betrachten, inwiefern halten Sie diese für notwendig?“

B: „Bei mir weiß ich nicht. Also ich weiß einmal, ich bin in die Klinik vom Psychiater geschickt worden, also richtig überfallartig. Und ich wollte einfach nur mich in eine Ecke setzen und ausruhen. Und ich habe eingesehen, dann ein gutes Gefühl für mich, ich denke, es hätte auch gereicht. Und das war auch nur in der Zeit des absoluten Zwangsbehandlungsverbots. Und da

bin ich dann irgendwann/Da hat mir so eine [...] Ärztin mit ihrer ganzen Art unheimlich Angst eingejagt. Sie ist mir auch unter die Dusche nachgekommen. Und da habe ich Angst gehabt. Und die habe ich dann abgewehrt. Also ich habe sie nicht verletzt, nicht heftig, aber doch, dass sie sich bedroht fühlte. Und da sind dann so zehn kräftige Pflegekräfte über mich hergefallen. Ich habe eine Spritze gekriegt. Und ich habe später auch die Akten nicht bekommen.“ (BMJ-BI141)

4) *Nein, die Zwangsbehandlung wurde nicht als gerechtfertigt betrachtet.* Es habe laut Interviewteilnehmer:in keine Selbst- oder Fremdgefährdung bestanden.

„Genau. Ich habe zwar auch versucht, ein bisschen zu erzählen von der Bestellung der/der gerichtlichen Bestellung der Betreuung bis hin zur Unterbringung bis hin zur Entscheidung zur Zwangsmedikamentisierung. Finde ich alles falsch. Weil, ja, das ist das, was ich ein bisschen auch versucht habe, zu erzählen. Ich versuche, es noch mal zu sagen. Also die Begründung war ja, dass ich mich selber und oder andere in bestimmten Punkten also gefährde und auch für mich in bestimmten Punkten nicht sorgen könne. Und ich sehe das nicht/Das war nicht so. Denn das, was im Krankenhaus dann vorgeworfen mir wurde, war lediglich, dass ich psychotisch sei. Und diese ganzen Punkte dahingehend, die waren sowas von nicht vereinbar oder in einem Schnittpunkt mit der Selbst- oder Fremdgefährdung.“ (BMJ-BI204)

Auf die Nachfrage nach möglichen Ansätzen zur *Stärkung der Selbstbestimmung im Kontext von Zwangsbehandlungen* nannten die Interviewteilnehmer:innen Gespräche, den Einbezug von Seelsorgenden der eigenen Religion, freie Arzt-, Krankenhaus- bzw. Therapeutenwahl sowie die Abfassung einer Patientenverfügung. Bezüglich letzterer wurden jedoch auch hier wieder Zweifel aufgeführt, ob die Wünsche darin beachtet werden.

I: *„Hätten Sie sich vorstellen können oder es für hilfreich empfunden, wenn zum Beispiel ein Seelsorger Ihres Glaubens, wenn der einbezogen worden wäre?“*

B: *„Ja, definitiv. Der hätte nämlich, denke ich, auch das verstanden, dass ich einer Frau nicht in die Augen schauen kann oder nervös in ihrer Anwesenheit werde oder meine religiösen Ängste verstanden hätte. Mit dem hätte/Darüber habe ich noch nie nachgedacht. Also ist ein super Punkt. Mit ihm hätte ich darüber reden können, dass ich denke, dass das Einnehmen von Medikamenten eine Sünde ist. Definitiv.“ (BMJ-BI204)*

„Und ich sehr davon profitiert habe, wenn ich irgendwo war, wo ich das Gefühl hatte, die Menschen kennen mich NICHT. Und dann auch überhaupt erst mal zu WISSEN, dass ich mir die Ärzte auch selber aussuchen darf. Also jetzt vielleicht nicht in einer akuten Situation, aber zumindest, was eine langfristige Behandlung angeht. Ne? Es war immer natürlich für alle super unkompliziert, auf dem Gelände in die Ambulanz zu gehen. Ja, aber wenn dann Leute saßen, wo ich gedacht habe irgendwie, die machen sich gescheit Gedanken. Und ich dann echt das Gefühl hatte so von Selbstbestimmung, als ich gesagt habe: Okay, ich gehe da jetzt nicht mehr hin, sondern ich suche mir jemand Neuen, ob es euch passt oder nicht.“ (BMJ-BI983)

„Also ich habe im Kurs jetzt über diese Patientenverfügung und Absprache, bevor es zu so einer Situation kommt, gelesen. Ich weiß nicht, wenn man in einer akuten Situation sein sollte oder wieder in so einer misslichen Lage sein sollte, inwieweit diese Verfügung beachtet wird oder/Ich weiß es nicht. Ich habe es nicht recherchiert, weil ich ging jetzt einfach mal davon aus, dass das nicht noch mal passiert. Wenn es sowas geben sollte, wenn das klappt, wenn ich da hinschreibe, ich möchte auf keinen Fall Medikamente einnehmen, das ist für mich höchste Priorität, ich möchte dies, das, das, das nicht haben, aber ich weiß nicht, inwieweit das dann übergangen wird oder wie das ist? Aber prinzipiell finde ich diese Verfügung eigentlich gut, dass vielleicht vorher, bevor so eine auch vor der Erstmanifestation eine Erkrankung, dass das jeder gemacht haben sollte vielleicht.“ (BMJ-BI204)

Über eine Nachbesprechung der Zwangsbehandlung berichteten einige der Interviewteilnehmer:innen. Es handelte sich um ein Arztgespräch, dessen Nutzen teils positiv und teils kritisch bewertet wurde.

„Also ich finde jetzt, in meinem Fall ist das vielleicht ganz gut gelaufen, dass ich jetzt auch immer die Gespräche hatte im Nachhinein.“ (BMJ-BI312)

„Ja. Was soll man da im Endeffekt noch machen? Ja, das war halt schon in Ordnung. Klar, die haben halt/konnte ich das bewerten oder sagen, (wie ich mich gefühlt?) habe oder so. Geändert daran, dass es passiert ist, hat es ja dann auch nichts. Ne?“ (BMJ-BI543)

In diesem Zusammenhang wurde auch ein Gespräch mit dem:r rechtlichen Betreuer:in erwähnt:

„Ich habe einfach ein Problem damit, das Problem habe ich auch mit meiner Betreuerin angesprochen retrospektiv. Und sie hat es auch/Sie hat mich auch bestärkt und gesagt: "Von

außen hatten wir halt diese Sicht. Und wir können nicht in Ihren Kopf schauen." Und das kann ich ein Stück weit verstehen" (BMJ-BI204)

Eine Nachbesprechung wurde auch als Raum dafür gesehen, um eine Patientenverfügung zu aktualisieren oder Feedback an die Druck ausübende Person zu geben (s. Zitat auf der folgenden Seite).

I: *„Also eine Nachbesprechung hat stattgefunden?“*

B: *„Ja, genau, hat stattgefunden, ja.“*

I: *„Okay.“*

B: *„Und ich habe wieder eine aktuelle Patientenverfügung, die ich dann (hernehmen?) kann.“*
(BMJ-BI312)

Andere Interviewteilnehmer:innen berichteten, dass *keine Nachbesprechung* stattgefunden habe, entweder wegen der hohen Ärztefluktuation oder weil kein Bedarf bestanden habe.

I: *„... inwieweit bei Ihnen jetzt die ärztliche Zwangsmaßnahme im Nachhinein besprochen worden ist?“*

B: *„Hm. Eigentlich gar nicht. Also es wurde entschieden. Die Person, die da/Also die Person, die das dann angeordnet hat in dem Sinn beziehungsweise es war mit meiner Betreuerin, war dann ja nicht mehr da. Es war ja irgendwie eine aus dem Riesenkrankenhaus eine diensthabende Person. Und ja, also es wurde eigentlich gar nicht nachbesprochen.“* (BMJ-BI649)

„Aber das war jetzt nicht die Absicht, ich möchte jetzt das Ganze noch mal nachbesprechen. Mit den Ärztinnen sowieso nicht. Ich wüsste nicht, wie sie heißen oder wo sie sind.“ (BMJ-BI204)

Die Interviewteilnehmer:innen, die keine Nachbesprechung erhalten hatten, wurden gefragt, ob sie eine *Nachbesprechung gewünscht* hätten. Dies wurde bejaht und näher ausgeführt, indem Wünsche zur Art und Weise (Regelmäßigkeit, Wiederholung) und zum Inhalt benannt wurden (das bereits o. g. Feedback an die Druck ausübenden Personen zu geben; das eigene Erleben während der Zwangsbehandlung zu besprechen; Gründe für Behandlungsentscheidungen zu erfahren).

„Ich denke, hm, also es soll ein/vielleicht die Psychotherapeutin der Station, vielleicht auf jeden Fall eine Person, die involviert war, diese Zwangsmaßnahme durchzuführen, vielleicht

auch die Person, die die Zwangsmaßnahme angeordnet hatte. Um noch mal nachzubesprechen, ja, wie es mir dabei ergangen ist. Vielleicht noch mal zu besprechen, warum überhaupt diese Zwangsmaßnahme erforderlich war. Und damit irgendwie ich den Raum gehabt hätte, noch mal Fragen zu stellen oder, ja, rückzumelden, wie ich die Durchführung erlebt habe und so weiter.“ (BMJ-BI649)

„Ja. Also jetzt nicht, um denen einen reinzuwürgen, wir sind alle Menschen, Fehler können passieren. Aber denen aus meiner jetzigen Erfahrung im Umgang mit meiner, ja, ich sage mal Betroffenheit jetzt, nicht Erkrankung, ich sage Betroffenheit, dass ich mit dieser Erfahrung ihnen offen kommunizieren hätte können, was genau passiert ist und auch mit solchen Fragen konfrontiert, wieso sie diese und diese Gefährdung sie gesehen haben, wieso sie sich so entschieden haben. Wieso sie so eine Behandlung vorgesehen haben. Also Konfrontation wäre schon eigentlich nicht schlecht gewesen.“ (BMJ-BI204)

Weiteres in diesem Abschnitt Genanntes bezog sich darauf, dass allgemein das Entlassungsmanagement verbessert werden sollte. In diesem Zusammenhang wurde auch der Mangel an niedergelassenen Therapeut:innen verschiedener Fachrichtungen erwähnt.

„Andererseits halt auch, sage ich mal, hm, danach, die Zeit nach dem Krankenhaus, nach dem Akutaufenthalt besser regelt und da halt in Richtung Gespräche geht oder Einrichtungen sucht halt. Weil das/Man wird einfach dann mit Medikamenten behandelt, irgendwann wieder entlassen, und die Probleme sind nicht gelöst. Ne? Und das/ wird man im Endeffekt ein Drehtürpatient, wenn man sich nicht selber hilft. Und ja, das hätte ich mir gewünscht.“ (BMJ-BI208)

„Und es gab leider/ Es gibt ja auch so Fachkräftemangel in der Branche und gerade in der Gegend. Es waren noch gar keine Psychologen vor Ort, die da hätten helfen können oder so. Also das war dann sehr besetzt. Es war nicht mal ein Sporttherapeut. Die Ergotherapeuten waren zu wenige. Und vieles ist ausgefallen.“ (BMJ-BI208)

e) Abschluss

Abschließend wurden die Interviewteilnehmer:innen gefragt, ob sie Veränderungsbedarf in der Regelung von ärztlichen Zwangsmaßnahmen sehen. In folgenden Bereichen wurde Veränderungsbedarf bei der Regelung von Zwangsbehandlungen gesehen:

Personalqualität/-qualifikation. Hierbei thematisierten die Interviewteilnehmer:innen Forderungen nach einer systematischeren Qualifikation/Auswahl von Personal, Qualitätssicherung bei rechtlichen Betreuern sowie einer Erhöhung der Transparenz bei der Betreuer- und Richterqualifikation.

„Also auf jeden Fall Kommunikation und auf Augenhöhe und vielleicht auch mal länger als nur zwei Minuten. Ne? Aber das waren ja halt auch Krankenschwestern oder Krankenpfleger, die das übernehmen mussten, kein sozusagen, genau, qualifiziertes Personal dafür oder irgendwie.“ (BMJ-BI208)

„Also ich habe das Betreuungsrecht zum Beispiel an sich als sehr problematisch erlebt. Ne? Wo ich mich dann zum Beispiel frage/Ich weiß nicht genau, wie die Grundlagen sind, wie man zum Betreuer wird, aber ich habe das mal irgendwo gelesen. Es war nicht sonderlich viel, was man sich damit auseinandersetzen muss. Wo ich mich frage: Wie ist eigentlich die Qualitätssicherung bei den gesetzlichen Betreuungen, ne?“ (BMJ-BI983)

„Dass es da viel zu viele Freiheiten gibt. Und auch, wenn ich mir dann überlege, die schicken dann vielleicht einmal im Jahr irgendwie die Kontoauszüge zum Gericht und sagen dann: Ja, ich habe mich gut gekümmert. Finde ich katastrophal, ehrlich gesagt. Und dass ich, ja, keine Ahnung, auch das so gar nicht transparent finde. Ich habe auch immer gedacht, Berufsbetreuer, das muss ja jemand sein, der vom Fach ist. Ja, aber ob es jetzt Anwälte sind oder Krankenpfleger oder Landwirte, juckt ja keinen, ist ja völlig egal.“ (BMJ-BI983)

„Und mir ist auch gar nicht klar: Was ist eigentlich deren Aufgabe so? Und genau das Gleiche auch bei den Richtern. Ne? Dass ich gar nicht/mir gar nicht vorstellen konnte, dass die in irgendwelchen Bereichen Ahnung haben von dem, was sie da tun. Und das ist/Also das ist meine Fantasie dazu. Wie die Praxis ja tatsächlich aussieht, das/Also, was zu der Ausbildung dazugehört, was sind das überhaupt für Richter, die jetzt/Gibt es da spezielle Richter, die das entscheiden? Oder kann das jeder Richter machen? Oder sind das die, wer gerade im Dienst ist? Oder keine Ahnung, das war für mich so mega intransparent.“ (BMJ-BI983)

Umgang mit Patient:innen. Hier wurde vorgeschlagen, einen Leitfaden für den Umgang mit Patient:innen zu entwickeln. Die Kommunikation solle verbessert werden, das Personal sich mehr Zeit für die Patient:innen nehmen.

„Ich habe ja nicht so viel Einblick darin, wie zum Beispiel Ärzte, Ärztinnen darauf vorbereitet werden oder wie das besprochen wird, solche Zwangsmaßnahmen durchzuführen. Aber eben so, wie ich das erlebt habe, denke ich mir, wäre es wahrscheinlich sinnvoll, vielleicht ist das ja auch schon so, dass es irgendwie einen Leitfaden oder einen allgemeinen/ja, einen Leitfaden gibt, wie man einfach in solchen Situationen mit den Patienten umgeht. Und wenn es das gibt, dann wurde es ja offensichtlich bei mir nicht eingehalten.“ (BMJ-BI649)

„Wie es im Detail dann aussehen würde, da bin ich überfragt, aber auf jeden Fall die Kommunikation, die Begründung des Gerichtsbeschlusses und Zeit. Also, dass wirklich ein Mensch einem in die Augen guckt auf Augenhöhe. Ne? Dass er einem das begründet, warum und wieso und wie der Ablauf ist, wirklich irgendwie sich zeigen und wirklich halt einfach dann/ Auch, wenn der Patient schweigt zehn Minuten, einfach dann zehn Minuten dasitzen. Dass da wirklich so ein Zeitrahmen irgendwie festgelegt ist. Dass das nicht so zack, zack alles abgefertigt wird. Manche Leute brauchen halt ein bisschen mehr Zeit, je nach Diagnose. Das wäre eigentlich schon eine Grundlage und das würde vermutlich schon reichen, um viele andere Details im Nachhinein noch zu vermeiden.“ (BMJ-BI208)

Zeit bis zur ärztlichen Zwangsmaßnahme. Einige Interviewteilnehmer:innen sprachen sich für eine Verkürzung der Zeit bis zum Beginn der ärztlichen Zwangsmaßnahme bzw. Zwangsbehandlung und damit eine schnellere Durchführung aus. Andere Interviewteilnehmer:innen vertraten die Meinung, die Zeit bis zum Beginn einer ärztlichen Zwangsmaßnahme bzw. Zwangsbehandlung müsse verlängert werden, da dies zeitintensivere Überzeugungsversuche ermögliche.

„Ja, ich weiß ja nicht, wie da so die Reihenfolge ist mit dem Beschluss und mit der Zwangsmedikamentation, weil das muss ja alles erst mal geprüft und beantragt werden. Dann gehen ja wieder Wochen ins Land. Ich weiß nicht, wie man das von der Bürokratie her oder wie/ Nur, dass man einfach die Zwangsmedikamentation EHER machen könnte, weil es geht wirklich so viel Zeit verloren. Das ist halt so schade, bis da dann was vorwärts geht. Weil, wenn man die Tabletten wirklich nicht nehmen will, das zieht sich ja alles.“ (BMJ-BI586)

„... für mich wäre halt die Zeit/Also der Zeitfaktor spielt halt für mich eine große Rolle, weil es ist halt so viel Zeit ins Land gegangen. Also man kommt nicht vorwärts, und man ist da so gefangen in seiner Krankheit. Und ich weiß ja nicht, was die Ärzte großartig ausrichten können, weil die müssen sich ja, glaube ich, auch an die gesetzlichen Richtlinien halten mit

hier Gutachten und Ding und Zeug, bis da/Aber vielleicht könnte man da irgendwie was beschleunigen.“ (BMJ-BI586)

„Dass einfach der Versuch, den Patienten davon zu überzeugen, eine Maßnahme freiwillig durchführen zu lassen beziehungsweise, ja, genau, in meinem Fall dann einfach wieder Nahrung zu sich zu nehmen oder Flüssigkeit zu sich zu nehmen, ja, dass das einfach sehr im Vordergrund steht, dass man halt die Zeit investiert und einfach wirklich als letztes Mittel, wenn einfach keine von diesen Gesprächen oder die Maßnahmen halt, wenn keine von denen erfolgreich sind, dass man irgendwie erst dann zu diesen Zwangsmaßnahmen greift.“ (BMJ-BI649)

„Also, dass es einfach eine sehr hohe Hürde geben sollte, bevor man überhaupt solche Zwangsmaßnahmen anordnet und wirklich auch nur in den Fällen, wo es konkret einfach in dem Moment eine akute Gefahr für das Leben gibt beziehungsweise für die Gesundheit, also eine weitreichende Folge oder so für die Gesundheit.“ (BMJ-BI649)

Kriterienliste für Fremd- oder Selbstgefährdung. Diese sollte zur Erhöhung der Transparenz entwickelt werden, auch unter Einbeziehung von Betroffenen(gruppen).

„Aber ja, dass es mehr Transparenz gibt in Form von/und mehr Details und zum Beispiel eine Art Kriterienliste, wo entschieden wird, woran entschieden wird, ob denn dieser Mensch selbstgefährdend ist oder fremdgefährdend ist. [...] Oder vielleicht muss das/Also wer bin ich schon? Das müsste vielleicht mit einer ganz großen Gruppe von Stimmenthörerinnen und Psychosebetroffenen und ganz vielen Menschen gemeinsam entwickelt werden.“ (BMJ-BI204)

3. Diskussion

In den Interviews mit den Betroffenen zeigte sich ein heterogenes Meinungsbild zu den verschiedenen im Leitfaden adressierten Themenbereichen. Deutlich wurde der hohe Stellenwert, den Betroffene der Kommunikation mit den unterschiedlichen am Verfahren einer ärztlichen Zwangsmaßnahme beteiligten Akteuren (Ärzt:innen, rechtliche Betreuer:innen und Richter:innen) beimessen. Hierbei wurde von den Interviewteilnehmer:innen an vielen Stellen Verbesserungsbedarf in der Kommunikation und der Transparenz über Entscheidungen zu ärztlichen Zwangsmaßnahmen gesehen und auf bestehende „Machtungleichgewichte“ im Verhältnis von Betroffenen und Professionellen

hingewiesen, die minimiert werden sollten. Bezogen auf die Frage nach dem Setting für eine ärztliche Zwangsmaßnahme (d.h. nur in einem Krankenhaus vs. auch außerhalb eines Krankenhauses) wurden verschiedene Argumente gegen eine Durchführung von ärztlichen Zwangsmaßnahmen außerhalb eines Krankenhauses genannt, die u.a. auf die außerhalb eines Krankenhauses unzureichend vorhandenen Möglichkeiten einer medizinischen Überwachung bzw. Vor- und Nachbereitung einer solchen Maßnahme verwiesen. Kritisch im Hinblick auf die Durchführung ausschließlich innerhalb eines Krankenhauses wurde angemerkt, dass durch die Tatsache des stationären Krankenhausaufenthaltes und die mitunter langen Verfahrensdauern eine hohe psychische Belastung entstehe, die im gewohnten häuslichen und familiären Umfeld nicht bestehen würden.

Verbesserungsbedarf wurde weniger auf gesetzgeberischer Seite als auf der Ebene der Praxis gesehen.

4. Limitationen

Als Limitationen ist folgendes zu berücksichtigen:

Durch die acht Fälle konnte die Grundgesamtheit der Betroffenen nicht in ihrem gesamten Merkmalspektrum abgebildet werden. Hierfür wäre eine höhere Anzahl (kontrastierender) Fälle nötig gewesen. Bei der Auswahl der Interviewteilnehmer:innen kann trotz der Aussendung an viele verschiedene Verbände und Organisationen (siehe methodisches Vorgehen) ein Selektionsbias nicht ausgeschlossen werden. Denkbar wäre, dass Personen mit einer besonders kritischen und ablehnenden Haltung gegenüber ärztlichen Zwangsmaßnahmen nicht bereit waren, sich für die Teilnahme an dieser Studie zu melden. Auch der Umstand, dass die Studie im Auftrag des Bundesministeriums der Justiz (BMJ) und von einem Forscherteam mit Anbindung an eine psychiatrische Klinik durchgeführt wurde, könnte die Zurückhaltung an dieser Stelle verstärkt haben. Die Bedeutung dieser möglichen Limitation kann aber dahingehend abgeschwächt werden, dass auch durch die Personen, die letztlich an einem Interview teilgenommen haben, verschiedene kritische Ansichten zur Praxis der ärztlichen Zwangsmaßnahmen formuliert worden sind.

Darüber hinaus muss im Hinblick auf die Stichprobenzusammensetzung konstatiert werden, dass Menschen aus bestimmten Diagnosegruppen (z.B. Menschen mit Demenz, Menschen mit Intelligenzminderung) und Lebensumständen (z.B. Wohn- oder Pflegeheimsetting) nicht

vertreten waren, sodass bestimmte Personengruppen, für die die Fragestellung von hoher Relevanz ist, nicht befragt werden konnten.

II. Interviews mit Kliniker:innen (Ärzt:innen und Pflegefachpersonen)

1. Methodisches Vorgehen

In diesem Erhebungsschritt wurden Personen, die in Kliniken an der Vorbereitung und Durchführung von ärztlichen Zwangsmaßnahmen beteiligt sind, mittels fragebogen-gestützter Telefoninterviews durch Mitglieder des Forschungsteams bzw. deren Mitarbeitenden (B.U.) befragt. Bei den Befragten handelte es sich dabei um Pfleger:innen und Ärzt:innen, die in psychiatrischen Kliniken tätig sind und Erfahrungen mit ärztlichen Zwangsmaßnahmen gemäß §1906a BGB a.F. besitzen.

Aus den durch das BMJ vorgegebenen Forschungsfragen wurden diejenigen ausgewählt, die sich auf Häufigkeiten und Schätzungen beziehen und mittels eines vollstandardisierten Fragebogens telefonisch abgefragt werden können. Die Forschungsfragen wurden dabei über verschiedene Items im Fragebogen abgebildet. Bei entsprechend geeigneten Items gab es die Möglichkeit, darüber hinaus gehende Antworten in Freitextfeldern zu dokumentieren. Die Antworten wurden protokolliert. Dabei wurde versucht, die von den Interviewteilnehmer:innen gewählten Formulierungen wiederzugeben, es handelt sich jedoch bei den Mitschriften durch durchgehend um wörtliche Zitate (soweit sie nicht gesondert als solche gekennzeichnet sind). Die protokollierten Passagen sind im Text kursiv gestellt. Zusätzlich wurde ein soziodemographischer Begleitfragebogen entwickelt, mit dem für die Forschungsfrage relevante soziodemographische Angaben zu den Interviewteilnehmer:innen erhoben wurden. Der Interviewfragebogen und der soziodemographische Begleitfragebogen finden sich in Anlage.

Die Auswertung erfolgte deskriptiv statistisch. Die Freitextantworten wurden gruppiert und teilweise zusammenfasst.

2. Rekrutierung und Stichprobenbeschreibung

Die Rekrutierung erfolgte mithilfe eines Rekrutierungsflyers, der an die Ärztlichen Direktor:innen und Pflegedirektor:innen aller psychiatrischen Kliniken mit Pflichtversorgungsauftrag in Deutschland versandt wurde. Hierfür wurde die im Rahmen der Online-Umfrage (s.o.) entwickelte Liste aller psychiatrischen Kliniken in Deutschland genutzt. Die Ärztlichen Direktor:innen und Pflegedirektor:innen wurden gebeten, den Rekrutierungsflyer an alle Mitarbeitenden des Ärztlichen Dienstes bzw. des Pflegedienstes weiterzuleiten. Daraufhin meldeten sich 29 Ärzt:innen und 24 Pfleger:innen per E-Mail bei dem Forschungsteam und bekundeten ihr grundsätzliches Interesse. Letztlich konnte mit $N = 28$ Personen ein Telefoninterview realisiert werden. Es handelte sich dabei um $n = 18$ Ärzt:innen und $n = 10$ Pfleger:innen. Tabelle 9 enthält die Auswertung der erhobenen soziodemographischen Charakteristika. Alle Interviewteilnehmenden hatten seit 2017 beruflich mit ärztlichen Zwangsmaßnahmen gem. §1906a BGB a.F. zu tun.

Tabelle 9: Charakteristika der Stichprobe (gesamt sowie getrennt nach Berufsgruppen)

	Gesamt (N = 28)	Ärztlicher Dienst (n = 18)	Pflege (n = 10)
		n (%)	n (%)
Häufigste Altersgruppen			
18-25 Jahre	1 (3,6)	0	1 (10,0)
25-34 Jahre	4 (14,3)	2 (11,1)	2 (20,0)
35-44 Jahre	8 (28,6)	6 (33,3)	2 (20,0)
45-54 Jahre	12 (42,9)	8 (44,4)	4 (40,0)
55-64 Jahre	3 (10,7)	2 (11,1)	1 (10,0)
Geschlecht			
weiblich	14 (50,0)	9 (50,0)	5 (50,0)
männlich	14 (50,0)	9 (50,0)	5 (50,0)
Höchster beruflicher Ausbildungsabschluss			
Facharzt für Psychiatrie		15 (83,3)	
Fachkrankenschwester für Psychiatrie			3 (30,0)
Gesundheits-/Krankenpfleger			6 (60,0)
Aktuelle Funktion			
Klinikdirektor:in		2 (11,1)	
Chefärzt:in		4 (22,2)	
Oberärzt:in		9 (50,0)	
Stationsärzt:in		3 (16,7)	
Letzte Konfrontation mit ärztlichen Zwangsmaßnahmen gem. §1906a BGB (häufigste Antwort)			
am selben/vergangenen Tag	9 (32,1)	8 (44,4)	1 (10,0)
in der vergangenen Woche	5 (17,9)	4 (22,2)	1 (10,0)
im selben Monat	5 (17,9)	1 (5,6)	4 (40,0)
im selben Quartal	8 (28,6)	5 (27,8)	3 (30,0)
keine Angabe	1 (3,6)	0	1 (10,0)
		MW (SD)	MW (SD)
Berufserfahrung in Jahren			
insgesamt		18,9 (8,87)	21,4 (11,92)
in aktueller Funktion		7,1 (6,94)	9,2 (8,93)

Anmerkungen: n = Anzahl, % = Anteil an Teilstichprobe, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung

3. Erhebung

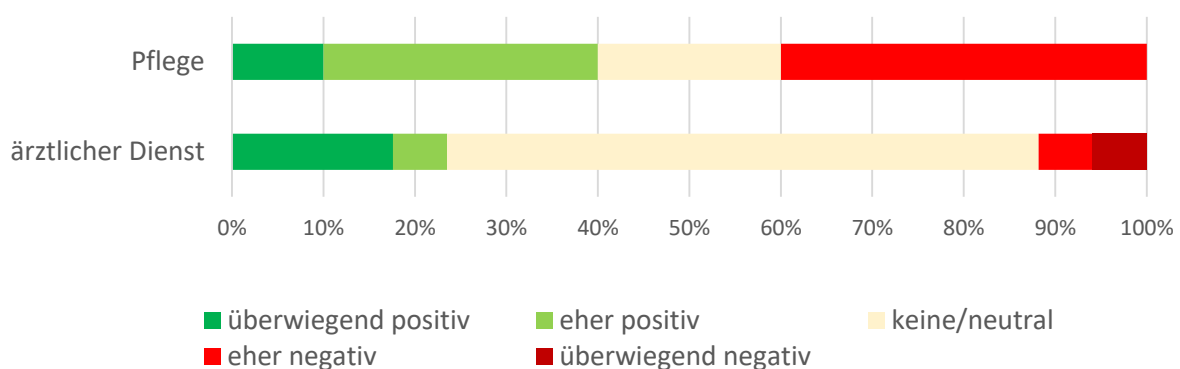
Die Telefoninterviews wurden zwischen dem 17. März 2023 und dem 04. August 2023 geführt und dauerten jeweils ca. 30 Minuten. Zu Beginn des Interviews wurden die Interviewteilnehmer:innen zunächst noch einmal kurz über die Änderung der Regelung der ärztlichen Zwangsmaßnahmen gem. § 1906a BGB a.F. informiert, indem die 2017 vorgenommenen Änderungen im Gesetz benannt wurden (Entkoppelung der Vorschrift von der geschlossenen Unterbringung hin zum Erfordernis des stationären Aufenthalts in einer Klinik, die die Nachsorge sicherstellen kann; d.h. Zwangsbehandlung kann z.B. auch bei freiwillig in der Klinik befindlichen Personen erfolgen oder bei Personen, die körperlich nicht in der Lage sind, die Klinik zu verlassen). Nach dieser Einführung wurden die Fragen in Anlehnung an den Leitfaden erhoben.

4. Ergebnisse

Erfahrungen in der Praxis mit dem 2017 eingeführten Gesetz zur Regelung der ärztlichen Zwangsmaßnahmen (§ 1906a BGB) (Frage 1.1)

Zu Erfahrungen mit der Gesetzesänderungen machten $n = 27$ Interviewteilnehmer:innen Angaben. Hiervon gab die Mehrheit an, keine oder neutrale Erfahrungen mit der Gesetzesänderung gemacht zu haben ($n = 13$, 48,1%). Jeweils $n = 4$ (14,3%) gaben an, eher positive oder überwiegend positive Erfahrungen gemacht zu haben. Von eher negativen Erfahrungen berichteten $n = 5$ (17,9%) Interviewteilnehmer:innen, von überwiegend negativen Erfahrungen $n = 1$ (3,6%). Die jeweilige Verteilung getrennt nach Berufsgruppen ist in Abbildung 17 zu sehen.

Abbildung 17: Antwortverteilung zu Erfahrungen der Berufsgruppen (ärztlicher Dienst: $n = 17$, Pflege: $n = 10$) mit Gesetzesänderung



Neben der Einschätzung war auch eine Begründung erwünscht. Im Folgenden sind die Kernaussagen der Interviewteilnehmer:innen entsprechend den Kategorien zusammengefasst.

Negativ:

- *Entkopplung von Unterbringung von Zwangsbehandlung macht keinen Sinn, unlogisch*
- *Lange Verfahrenszeiten, wochenlange stationäre Unterbringung ohne Behandlungsmöglichkeiten (bei hohem Leidensdruck der Patienten mit steigender Aggressionsschwelle)*
- *Flexibilität bezüglich der pharmakologischen Behandlung verlorengegangen*
- *Komplizierteres Vorgehen, wobei mehr Rücksprache mit Betreuer zu beachten ist*

Neutral:

- *Keine Unterschiede in der Praxis; Maßnahmen weiterhin nur bei untergebrachten Patienten/im geschlossenen Setting*
- *Richter bestehen auf geschlossene Unterbringung*
- *Bei Notwendigkeit der Maßnahme erfolgt diese unter PsychKG, da Verfahrensweise etablierter und schneller*

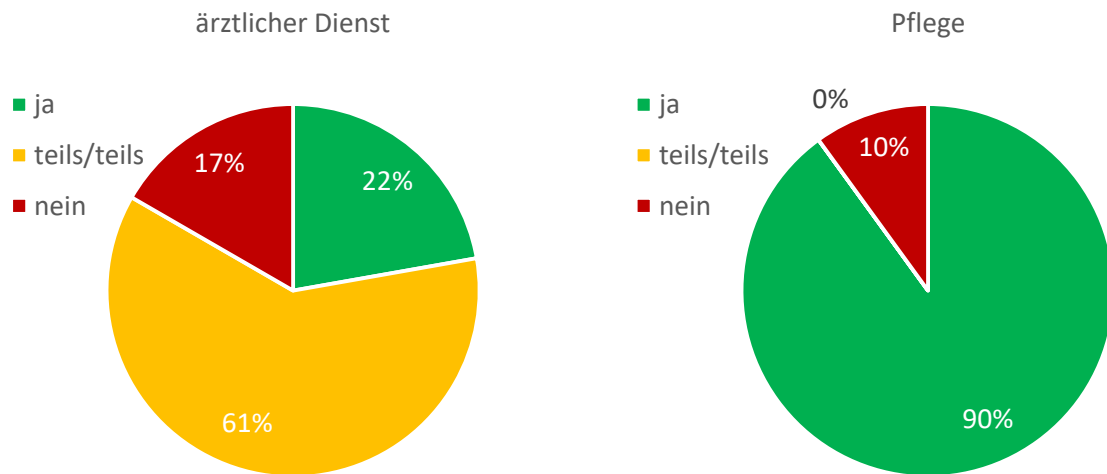
Positiv:

- *Sehr genaues Abwägen mit Einbindung der klinischen Ethikberatung bei jeder Frage nach Zwangsmedikation*
- *Pro für die Patientenrechte*
- *Ermöglicht Belastungserprobung untergebrachter Patienten; Patienten, die freiwillig im Krankenhaus bleiben, aber Zwangsmedikation benötigen, profitieren vom offenen Setting*

Hinreichende Konkretheit der Voraussetzung der „Notwendigkeit“ der Behandlung (Frage 2.1)

Alle Interviewteilnehmer:innen machten Angaben zur hinreichenden Konkretheit der Voraussetzung der „Notwendigkeit“. Dabei beantworteten $n = 13$ (46,4%) diese Frage mit „Ja“, $n = 4$ (14,3%) mit „Nein“ und $n = 11$ (39,3%) mit „teils/teils“. Die Verteilung nach Berufsgruppen findet sich in nachfolgender Abbildung:

Abbildung 18: Antwortverteilung der Berufsgruppen (ärztlicher Dienst: n = 18, Pflege: n = 10) zur Konkretheit der Voraussetzung „Notwendigkeit“



Im Folgenden sind die Begründungen aus den Freitextfeldern entsprechend den Antwortkategorien aufgeführt.

Ja:

- *Sehr patientenfokussiert und gibt gleichzeitig ausreichend Möglichkeit zu handeln*
- *Eine genauere/konkretere Beschreibung Formulierung nicht möglich; nur so möglich, dem Patienten zu helfen*
- *Wenn Durchführung beantragt wird, ist dies das Ergebnis eines langen Abwägungsprozesses (mit Einbezug eines Ethikkomitees)*
- *Keine Schwierigkeiten in der Praxis, da klare Vorgabe*

Teils/Teils:

- *1.) Es geht in erster Linie um Einwilligungsfähigkeit und das Abwägen von Alternativen; 2.) Es werden somatische Behandlungen über das Betreuungsgericht nicht im psychiatrischen Kontext legitimiert, also kann die psychiatrische Behandlung genehmigt werden, die somatische aber nicht, daher nicht so nützlich wie es sein könnte*
- *am Anfang stand erheblicher gesundheitlicher Schaden im Vordergrund, aber inzwischen Entwicklung, dass es völlig allgemein gehalten wird, was einerseits den Gesetzgeber nicht ernst nimmt, aber dazu führt, dass Patienten so behandelt werden, dass sie wieder entlassen werden können*

- *es fehlt Gefährdung durch soziale Desintegration (z. B. drohender Wohnungsverlust führt indirekt zu Gefährdung)*
- *jeder weiß, was gemeint ist, aber individuelle Sachlagen vielschichtig und damit wird abgebildet, dass es davon abhängt, welche Richter:in es entscheidet, wo der Fokus liegt ⇒ wo liegt der Schaden und wie akut ist er ⇒ ausführende Konkretisierungen wünschenswert (aber eher nicht möglich)*
- *keine Probleme bei der Zustandseinschätzung, außer bei Manie; hier unterschiedliche Einschätzung bei Ärzten und Richtern, welche oft (aufgrund fehlender Kenntnisse) die Situation der Manie zu harmlos einschätzen*
- *konkret genug, um schwerkranke Menschen in Behandlung zu bekommen, aber so unkonkret, dass bis zur Durchführung ein Gutachten erstellt werden muss, welches die Verfahren extrem verzögert*

Nein:

- *erheblicher Interpretationsspielraum (nicht definiert, wie groß oder stark ein Schaden sein muss)*
- *psychische und vor allem soziale Komponente (wie Wohnungsverlust) fehlen*

Zusammenfassend ergab sich, dass ein zu großer Interpretationsspielraum der Situation, die zu einem erheblichen gesundheitlichen Schaden führen kann, kritisiert wird. Hierbei stünden aus Sicht der Befragten eher die individuellen Einschätzungen durch die Richter:innen (mit teils weniger Kenntnis über die Erkrankung und Folgen) oder der Betreuer:innen, welche weniger den Wünschen/Bedürfnissen des:der Betreuten als der eigenen Definition des erheblichen gesundheitlichen Schadens folgten, im Fokus. So fänden soziale Aspekte wie der Wohnungsverlust weniger Beachtung. Gleichwohl wurde kritisch reflektiert, dass eine Konkretisierung aufgrund der Vielschichtigkeit der jeweiligen Situationen und des Begriffs der „Notwendigkeit“ nicht oder nur sehr schwer möglich sei.

Häufigkeit einer psychiatrischen Patientenverfügung (Frage 2.2) und Behandlungsvereinbarung (Frage 2.6)

Zur Häufigkeit von psychiatrischen Patientenverfügungen und Behandlungsvereinbarungen machten $n = 26$ Interviewteilnehmer:innen Angaben. Das Vorhandensein einer psychiatrischen Patientenverfügung wurde sowohl vom ärztlichen Dienst als auch von den

Pflegenden als selten angegeben (Tabelle 10). Hierbei ist besonders darauf hinzuweisen, dass es den Befragten sehr schwergefallen ist, Schätzungen zum Prozentanteil der Fälle mit psychiatrischer Patientenverfügung abzugeben, da die Häufigkeit so gering sei. Bei höheren Angaben ist zu beachten, dass nach Aussage der Befragten Patientenverfügungen in der Gerontopsychiatrie häufiger auftreten würden, dies aber nicht das allgemeine Bild widerspiegele. Die Mehrzahl der Befragten gab ein seltenes Vorliegen einer Behandlungsvereinbarung an. So war auch hierzu eine Schätzung des Anteils der Fälle nur sehr schwer möglich, was bei der Beurteilung der Validität der Angaben zu berücksichtigen ist. Die Range zur Schätzung der Häufigkeit von Patientenverfügungen in Prozent lag über beide Berufsgruppen ($n = 14$) hinweg zwischen 1-80 %, wobei der Durchschnitt bei $m = 8,3$ ($SD = 20,8$) lag. Die Schätzung zur Häufigkeit von Behandlungsvereinbarungen ($n = 22$) lag zwischen 0-35 %, mit einem Durchschnitt von $m = 9,3$ ($SD = 10,2$). Die Einteilung in Kategorien getrennt nach Berufsgruppen findet sich in folgender Tabelle (Tabelle 10).

Tabelle 10: Schätzung der Berufsgruppen zur Häufigkeit von Patientenverfügungen und Behandlungsvereinbarungen (Fragen 2.2 und 2.6)

	Ärztlicher Dienst ($n = 17$)	Pflege ($n = 9$)
Patientenverfügung	n (%)	n (%)
immer	0	0
häufig	0	1 (11,1)
manchmal	0	0
selten	12 (70,6)	5 (55,6)
nie	5 (29,4)	3 (33,3)
Behandlungsvereinbarung		
immer	0	0
häufig	0	0
manchmal	0	3 (33,3)
selten	14 (82,4)	5 (55,6)
nie	3 (17,6)	1 (11,1)

Anmerkungen: n = Anzahl, % = Anteil an Teilstichprobe

Kollision zwischen dem niedergelegten Willen in der Patientenverfügung und dem natürlichen Willen sowie die Häufigkeit des Auftretens derartiger Konstellationen (Frage 2.3 und 2.4)

$n = 17$ Interviewteilnehmer:innen machten Angaben zur Häufigkeit der Kollision zwischen niedergelegtem Willen und natürlichem Willen. Dabei beantwortete die Mehrheit von diesen ($n = 6$, 35,3%) die Frage mit „häufig“ („immer“: $n = 3$, 17,6%; „manchmal“: $n = 3$, 17,6%; „selten“: $n = 2$, 11,8%; „nie“: $n = 3$, 17,6%). In Tabelle 11 sind die jeweiligen Einschätzungen getrennt nach Berufsgruppen abgebildet (Tabelle 11). Auch hier ist bei der Bewertung der Schätzung „Anteil der Fälle“ zu beachten, dass die Anzahl sehr gering/das Vorhandensein einer Patientenverfügung sehr selten angegeben wurde und somit bei der hier abgefragten Einschätzung große Schwierigkeiten bestanden. Die Interviewteilnehmer:innen schätzten über beide Berufsgruppen hinweg ($n = 12$) die Häufigkeit zwischen 5-100% ein ($m = 54,6$; $SD = 31,8$).

Tabelle 11: Schätzung der Berufsgruppen zur Häufigkeit der Kollision des in der Patientenverfügung niedergelegten Willens mit dem natürlichen Willen (Frage 2.3)

	Ärztlicher Dienst ($n = 13$)	Pflege ($n = 4$)
	n (%)	n (%)
immer	2 (15,4)	1 (25,0)
häufig	5 (38,5)	1 (25,0)
manchmal	2 (15,4)	1 (25,0)
selten	2 (15,4)	0
nie	2 (15,4)	1 (25,0)

Anmerkungen: n = Anzahl, % = Anteil an Teilstichprobe

Zur Frage, in welchen Konstellationen diese Kollision vorliegt, machten $n = 13$ Interviewteilnehmer:innen Angaben. Hierbei gab die Mehrheit ($n = 10$, 76,9%) an, dass die Konstellation „Patientenverfügung zustimmend, natürlicher Wille ablehnend“ am häufigsten vorkomme.

Bedarf ergänzender Regelungen dieser Fälle (Frage 2.5)

Mehrheitlich war von den Befragten keine Aussage zum Bedarf ergänzender Regelungen möglich. Angaben hierzu machten $n = 13$ Interviewteilnehmer:innen. Von diesen beantworteten $n = 5$ (38,5%) die Frage mit „nein“, während $n = 8$ (61,5%) den Bedarf

ergänzender Regelungen bejahen. Die berichteten Bedarfe werden im Folgenden aufgeführt:

- *Entlastung für alle Beteiligten, wenn explizit Verfügungen zu Lasten Dritter ausgeschlossen wären, denn das sorgt in der Praxis für Unsicherheit*
- *für die Rechtssicherheit wäre es gut, wenn ein „Zusatzbeschluss“ gefordert werden würde; Beispielsituation: Richter erstellt Beschluss zu Zwangsmedikation unter Einbeziehung der Patientenverfügung, in der einer solchen Behandlung zugestimmt wurde*
- *generell der Meinung, dass Regelung nicht gut sei; wenn es um BGB-Zwangsmaßnahmen gehe, handele es sich in der Allgemeinpsychiatrie sehr oft um den Psychose-Bereich; hier gebe es eine sehr gute Datenbasis, die zeige, dass je länger die Psychose unbehandelt bleibe, desto negativer sei der Verlauf/Outcome; d. h. um zu helfen, müsse frühzeitig interveniert werden; dies ginge aber nicht wegen der gesetzlichen Regelungen, die die wissenschaftlichen Erkenntnisse außer Acht ließen und sich nur auf den natürlichen Willen beziehen; hier bedeutet der natürliche Wille das Ende von Psychiatrie für diese Patienten*
- *klarere Regelung zur Überprüfung der Einwilligungsfähigkeit zum Zeitpunkt der Abfassung (bezieht sich auf 2.3)*
- *psychiatrische Patientenverfügungen zielten nicht immer darauf ab, den Zustand fehlender Einwilligungsfähigkeit zu berücksichtigen; hier hätten Patienten zu wenig/teils falsche Beratung*
- *sinnvoll wäre bindender Charakter der Patientenverfügung; dies würde einen Anhaltspunkt bieten, wie entschieden werden soll; aktuell komme es zu keiner Beschleunigung des Verfahrens durch Patientenverfügungen*
- *es gibt Fallbesprechungen, aber interne Schulungen zur Sensibilisierung für die in 2.4 beschriebene Situation wünschenswert*

Legitimation der Durchführung von Zwangsmaßnahmen durch Behandlungsvereinbarung (Frage 2.7)

Zur Frage der Legitimation der Durchführung von Zwangsmaßnahmen durch Behandlungsvereinbarungen machen $n = 19$ Interviewteilnehmer:innen Angaben. Von diesen gab die Mehrheit ($n = 7$, 36,8%) an, dass dies „nie“ der Fall sei („immer“: $n = 2$, 10,5%; „häufig“: $n = 2$, 10,5%; „manchmal“: $n = 4$, 21,1%; „selten“: $n = 4$, 21,1%). Die Angaben zur Häufigkeit der Legitimation der Durchführung von Zwangsmaßnahmen getrennt nach

Berufsgruppen sind in Tabelle 12 aufgeführt. Hier ist bei der Bewertung der Ergebnisse die geringe Anzahl vorliegender Behandlungsvereinbarungen (Frage 2.6) zu beachten. Eine Schätzung zur Legitimation der Durchführung von Zwangsmaßnahmen durch Behandlungsvereinbarungen konnten $n = 10$ Interviewteilnehmer:innen vornehmen, diese lag zwischen 2,5-100 % ($m = 51,9$, $SD = 34,4$).

Tabelle 12: Schätzung der Berufsgruppen zur Legitimation von Zwangsmaßnahmen durch Behandlungsvereinbarungen (Frage 2.7)

	Ärztlicher Dienst ($n = 12$)	Pflege ($n = 7$)
	n (%)	n (%)
immer	2 (16,7)	0
häufig	1 (8,3)	1 (14,3)
manchmal	1 (8,3)	3 (42,9)
selten	4 (33,3)	0
nie	4 (33,3)	3 (42,9)

Anmerkungen: n = Anzahl, % = Anteil an Teilstichprobe

Vorgaben zur Gestaltung und Dokumentation von Überzeugungsversuchen (Frage 2.8)

Jeweils die Hälfte der Befragten gab an, dass Vorgaben in der Gestaltung und Dokumentation von Überzeugungsversuchen bestehen (ärztlicher Dienst: $n = 10$, 55,6%, Pflege: $n = 5$, 50,0%). Angaben zu Vorgaben bzgl. der Gestaltung und Dokumentation sind im Folgenden aufgeführt:

Nein

- *die Dokumentation erfolgt im Abschnitt „Behandlungsverlauf“ in der elektronischen Patientenakte*
- *Pflege ist nur unterstützend involviert, Dokumentation erfolgt von ärztlicher/therapeutischer Seite*
- *Mündlich individuelle Vorgaben von Richtern (unterscheiden sich zw. den Richtern)*

Ja

- *aber nicht scharf definiert von beiden Seiten; mehrere Überzeugungsversuche sollen erfolgen, dies wird in der Dokumentation geprüft*

- *abhängig vom Gericht: beide min. vier ärztlich dokumentierte Überzeugungsversuche; anderes Gericht möchte jeden pflegerischen Versuch ebenfalls dokumentiert haben; dazu hat Pflege Bogen zur Eintragung des Datums in Liste; Ärzte tragen in Behandlungsverlauf ein (inhaltlich)*
- *Dokumentation der Indikation, Aufklärung über die Maßnahmen; Nachbesprechung der Zwangsmaßnahmen, Dokumentation der Nachbesprechung; Dokumentation der wiederholten Angebote; Dokumentation im Behandlungsverlauf*
- *Dokumentationsbogen, in dem die Versuche dokumentiert werden müssen*
- *Vom Gericht vorgegeben: über 14 Tage Überzeugungsversuche vornehmen (Verzicht nur bei Lebensbedrohlichkeit und beim 3. oder 4. Mal); klinikeigenes Formularwesen; Ethikkomitee intern*
- *hinreichende Dokumentation der Durchführung durch verschiedene Berufsgruppen in hoher Regelmäßigkeit (täglich und durch verschiedene Berufsgruppen)*
- *in Klinik Handlungsanweisung: hochfrequent, engmaschig, über ausreichenden Zeitraum durchzuführen, Dokumentation auch darin geregelt; für Gerichte Templateformular mit Angaben beteiligter Personen (Personal, Angehörige, Betreuer)*
- *seitens des Gerichts: drei Versuche an aufeinanderfolgenden Tagen (ca. drei Tage); Klinik wünscht zwei Versuche; Dokumentation im Behandlungsverlauf und in separatem Dokument*
- *Durchführung durch multiprofessionelles Team; Dokumentation im Behandlungserlauf der elektronischen Patientenakte*

Zusammenfassend zeigten die Angaben der Befragten, dass einerseits keine Vorgaben bestehen oder – bei bestehenden Vorgaben – diese sehr vielfältig und nicht sehr konkret sind. Hierbei ist zu beachten, dass auch bei Befragten, die das Vorhandensein von Vorgaben zur Gestaltung und Dokumentation von Überzeugungsversuchen verneinten, diese in der Patientenakte vermerkt werden. In einer Klinik war die Pflege nicht an den Überzeugungsversuchen beteiligt.

Methoden der unterstützten Entscheidungsfindung (Frage 2.9)

Alle Interviewteilnehmer:innen machten Angaben zur Häufigkeit von Methoden der unterstützten Entscheidungsfindung. Dabei gab die Mehrheit der Befragten an, dass diese „immer“ ($n = 12$, 42,9%) oder „häufig“ ($n = 9$, 31,1%) zum Einsatz kämen („manchmal“: $n = 2$, 7,1%; „selten“: $n = 2$, 7,1%, „nie“: $n = 3$, 10,7%). Tabelle 13 zeigt die Verteilung der

Häufigkeiten der Verwendung von Methoden zur unterstützten Entscheidungsfindung getrennt nach Berufsgruppen. In Tabelle 14 sind die genannten Methoden der unterstützten Entscheidungsfindung aufgelistet.

Tabelle 13: Schätzung der Berufsgruppen zur Häufigkeit der Verwendung von Methoden zur unterstützten Entscheidungsfindung (Frage 2.9)

	Ärztlicher Dienst (n = 18)	Pflege (n = 10)
	n (%)	n (%)
immer	6 (33,3)	6 (60,0)
häufig	6 (33,3)	3 (30,0)
manchmal	2 (11,1)	0
selten	2 (11,1)	0
nie	2 (11,1)	1 (10,0)

Anmerkungen: n = Anzahl, % = Anteil an Teilstichprobe

Tabelle 14: Nennung von Methoden der unterstützten Entscheidungsfindung (Frage 2.9)

	Gesamt (N = 28)	Ärztlicher Dienst (n = 18)	Pflege (n = 10)
Methoden der Entscheidungsfindung	n (%)	n (%)	n (%)
Einbezug von Angehörigen	22 (78,6%)	16 (88,9)	6 (60,0)
Einbezug von anderen sozialen Bezugspersonen (Betreuer, Sozialarbeiter, o.ä.)	2 (7,1%)	1 (5,5)	1 (10,0)
Einfache Aufklärungsbögen	4 (14,3%)	2 (11,1)	2 (20,0)
Aufklärung in einfacher Sprache	5 (17,9%)	3 (16,7)	2 (20,0)
Einbezug von Genesungsbegleitern	10 (35,7%)	6 (33,3)	4 (40,0)
Psychoedukation/Tools aus der Psychotherapie	3 (10,7%)	1 (5,5)	2 (20,0)
Visualisierung	1 (3,6%)	1 (5,5)	0
Therapieversammlungen*	1 (3,6%)	0	1 (10,0)

Anmerkungen: n = Anzahl, % = Anteil an Teilstichprobe, Mehrfachnennung möglich;

*Betreuer, Angehörige, ambulante Dienste für jeden Patienten treffen sich regelmäßig mit dem Ziel: „Was sind Wünsche/Präferenzen des Patienten, wie können wir den Patienten in der Entscheidung unterstützen?“

Häufigkeit des Gelingens eines Überzeugungsversuchs zur Vermeidung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme und dies beeinflussende Kriterien (Fragen 2.10 und 2.11)

$n = 26$ der Interviewteilnehmer:innen machten Angaben zur Häufigkeit des Gelingens von Überzeugungsversuchen. Dabei gab die Mehrheit von diesen ($n = 11$, 42,3%) an, dass dies „häufig“ der Fall sei („immer“: $n = 2$, 7,7%; „manchmal“: $n = 8$, 30,8%, „selten“: $n = 5$, 19,2%; „nie“: $n = 0$). Die Einschätzung getrennt nach Berufsgruppen ist in Tabelle 15 dargestellt. Eine prozentuale Schätzung konnten $n = 25$ der Interviewteilnehmer:innen vornehmen, diese lag zwischen 1-100% ($m = 48,1$, $SD = 29,6$).

Tabelle 15: Schätzung der Berufsgruppen zur Häufigkeit des Gelingens von Überzeugungsversuchen (Frage 2.10)

	Ärztlicher Dienst ($n = 17$)	Pflege ($n = 9$)
	n (%)	n (%)
immer	2 (11,7)	0
häufig	6 (35,3)	5 (55,5)
manchmal	6 (35,3)	2 (22,2)
selten	3 (17,6)	2 (22,2)
nie	0	0

Anmerkungen: n = Anzahl, % = Anteil an Teilstichprobe

Das Gelingen hängt dabei von verschiedenen Faktoren (in der Formulierung der Frage als „Kriterien“ bezeichnet) ab. Die von den Befragten genannten Faktoren sind der folgenden Liste (Tabelle 16) zu entnehmen. Von großer Bedeutung sind neben dem Krankheitsbild auch die beteiligten Personen und die aufgebaute bzw. aufzubauende therapeutische Beziehung, wobei insbesondere der dafür vorhandene bzw. nötige Zeitfaktor betont wurde.

Tabelle 16: Faktoren, die zum Gelingen von Überzeugungsversuchen beitragen (Frage 2.11)

	Gesamt ($N = 28$)	Ärztlicher Dienst ($n = 18$)	Pflege ($n = 10$)
Faktoren	n (%)	n (%)	n (%)
Krankheitsbild	18 (64,3%)	13 (72,2)	5 (50,0)
Beteiligte Personen	19 (67,9%)	11 (61,1)	8 (80,0)
Häufigkeit der Ansprache	16 (57,1%)	11 (61,1)	5 (50,0)

Therapeutische Beziehung (Zeitfaktor)	20 (71,4%)	13 (72,2)	7 (70,0)
Krankheitseinsicht des Patienten	2 (7,1%)	2 (11,1)	0
Dauer des Verfahrens*	1 (3,6%)	1 (5,5)	0
Atmosphäre auf der Station	2 (7,1%)	2 (11,1)	0
Positive Erfahrungen des Patienten	4 (14,3%)	1 (5,5)	3 (30,0)
Positive Erfahrungen von Mitpatienten	2 (7,1%)	1 (5,5)	1 (10,0)

Anmerkungen: n = Anzahl, % = Anteil an Teilstichprobe, Mehrfachnennung möglich;

*je länger desto höher die Chance

Notwendigkeit eines stationären Krankenhausaufenthalts (Frage 2.12)

Alle Interviewteilnehmer:innen machten Angaben zur Notwendigkeit eines stationären Krankenhausaufenthaltes. Dabei gaben die Befragten mehrheitlich ($n = 19$, 67,9%) an, dass dies „immer“ der Fall sei („häufig“: $n = 7$, 25,0%; „manchmal“: $n = 2$, 7,1%; „selten“: $n = 0$, „nie“: $n = 0$). Die Einschätzung getrennt nach Berufsgruppen findet sich in Tabelle 17. Eine prozentuale Schätzung gaben $n = 27$ Interviewteilnehmer:innen ab, diese lag zwischen 14-100% ($m = 89,0$, $SD = 21,8$).

Tabelle 17: Schätzung der Berufsgruppen zur Notwendigkeit eines stationären Krankenhausaufenthaltes (Frage 2.12)

	Ärztlicher Dienst ($n = 18$)	Pflege ($n = 9$)
	n (%)	n (%)
immer	12 (66,7)	7 (70,0)
häufig	6 (33,3)	1 (10,0)
manchmal	0	2 (20,0)
selten	0	0
nie	0	0

Anmerkungen: n = Anzahl, % = Anteil an Teilstichprobe

Begründet wurde diese Einschätzung wie folgt:

Notwendigkeit

- *aufgrund der Schwere und Chronifizierung der Erkrankung; mehrere Prüfinstanzen*
- *Prüfung der Notwendigkeit über verschiedene Instanzen (Stationsärzte, Facharzt, externer Gutachter; aufsuchendes Hometreatment-Team)*
- *es fehlen Mechanismen, um aktiv zu werden, bevor Krankenhausaufenthalt notwendig wird*

Keine Notwendigkeit

- *bei Fällen mit Zwangsmedikation in Form von Depotmedikation; bei Gesetzesänderung wäre diese auch ambulant möglich*
- *bei Schnittstellenproblemen: Patienten könnten entlassen werden, aber der Wohnheimplatz oder anderer geeigneter Wohnraum fehlen*

Zwangsmaßnahmen im ambulanten Setting (Frage 2.13)

Zur Frage der Möglichkeit von Zwangsmaßnahmen in einem ambulanten Setting machten $n = 25$ Interviewteilnehmer:innen Angaben. Von diesen gab die Mehrzahl an, dass dies „manchmal“ ($n = 8, 32,0\%$) oder „selten“ ($n = 10, 40,0\%$) der Fall sei („immer“: $n = 0$; „häufig“: $n = 4, 16,0\%$, „nie“: $n = 3, 12,0\%$). Die Einschätzung getrennt nach Berufsgruppen findet sich in Tabelle 18. Eine prozentuale Schätzung machten $n = 21$ der Interviewteilnehmer:innen, wobei diese zwischen 0-70% lag ($m = 26,8, SD = 19,5$).

Tabelle 18: Schätzung zur Möglichkeit der Durchführung von Zwangsmaßnahmen im ambulanten Setting (Frage 2.13)

	Ärztlicher Dienst ($n = 16$)	Pflege ($n = 9$)
	n (%)	n (%)
immer	0	0
häufig	3 (18,8)	1 (11,1)
manchmal	4 (25,0)	4 (44,4)
selten	8 (50,0)	2 (22,2)
nie	1 (6,25)	2 (22,2)

Anmerkungen: n = Anzahl, % = Anteil an Teilstichprobe

Diese Einschätzung wurde wie folgt begründet:

- *bei Zwangsmedikation in Form von Depotmedikation (Länge des Verfahrens gehe mit Verzögerung der medikamentösen Behandlung und somit Verschlechterung der Symptomatik einher)*
- *aktuell nicht realistisch, da nur möglich mit entsprechender Ausstattung der Wohnheime und enger ärztlicher Begleitung*
- *Einschätzung nicht möglich, da Patienten, die Zwangsmedikation erhalten, im ambulanten Setting nicht führbar seien*
- *so schwerwiegender Eingriff, dass beantwortet werden muss, in welchen Fällen er verantwortbar sei; wenn möglich, dann in Wohnheimen; es müsste auch geprüft werden, ob sich Lebensqualität dadurch wirklich verbessern würde*
- *gegen ambulante Zwangsmedikation:*
 - *bei langjährig kranken Patienten Unterbringung zur Medikation verhinderbar durch Durchgriffsmöglichkeit wie im Strafrecht*
 - *befremdlich, da Eingriff in einem geschützten Umfeld*
 - *diese Möglichkeit wäre gegen jede Beziehungsarbeit/-gestaltung*

Insgesamt fiel den Befragten die Beantwortung dieser Frage eher schwer, da sie sich im klinischen Alltag nur rein theoretisch stelle. So konnten nur schwer Einschätzungen und noch schwerer Begründungen dieser Einschätzungen vorgenommen werden. Die Befragten standen zwar nicht unter Zeitdruck, dennoch erschien das telefonische Interview nicht als das richtige Setting, um eine derartig komplexe Frage zu beantworten, da ein Abwägen aller Pro- und Contra-Argumente und eine generelle Einschätzung zu der Thematik nach Angabe der Befragten spontan nur sehr schwer möglich waren.

Ausbleiben notwendiger Behandlungen (Frage 2.14)

Zur Frage des Ausbleibens notwendiger Behandlungen machten ebenfalls $n = 25$ Interviewteilnehmer:innen Angaben. Die Mehrzahl ($n = 15$, 60,0%) gab an, dass ein Ausbleiben einer notwendigen Behandlung aus dem Grund, dass eine Zuführung oder ein Aufenthalt in einem Krankenhaus als unzumutbar oder unverhältnismäßig eingeschätzt werden, „nie“ der Fall sei („immer“: $n = 0$, „häufig“: $n = 0$, „manchmal“: $n = 3$, 12,0%, „selten“: $n = 7$, 28,0%). Die Einschätzung getrennt nach Berufsgruppen ist in Tabelle 19

dargestellt. Eine prozentuale Schätzung der Fälle gaben zu dieser Frage nur $n = 7$ Interviewteilnehmer:innen ab, wobei diese zwischen 0-5% lag ($m = 2,6$, $SD = 1,8$).

Tabelle 19: Wie häufig unterbleibt aus Ihrer Sicht eine notwendige Behandlung, weil eine Zuführung oder ein Aufenthalt in einem Krankenhaus unzumutbar oder unverhältnismäßig war? (Frage 2.14)

	Ärztlicher Dienst ($n = 15$)	Pflege ($n = 9$)
	n (%)	n (%)
immer	0	0
häufig	0	0
manchmal	2 (13,3)	1 (11,1)
selten	3 (20,0)	4 (44,4)
nie	10 (66,7)	5 (55,5)

Anmerkungen: n = Anzahl, % = Anteil an Teilstichprobe

Folgende Begründungen wurden angegeben:

Stationäre Behandlungen unterbleiben nicht:

- *bei guter Anbindung an Institutionen (Ambulanz, Krankenhaus, Wohnheim)*
- *eher im Gegenteil: Patienten aus Einrichtungen kommen in der Regel direkt ins Krankenhaus, sobald sich eine Verschlechterung abzeichne*
- *es gebe ein aufsuchendes Team im Krisen-/Hometreatment, welches die Notwendigkeit prüfe*
- *es gebe verschiedene Instanzen, die Gefährdung erkennen und handeln können, wie z.B. Betreuer, Sozialpsychiatrische Dienste*

Stationäre Behandlungen unterbleiben:

- *Angehörigen reagieren nicht oder erst zu spät; eskalierende Situation durch Patient im häuslichen Umfeld soll vermieden werden*
- *Verfahren bei BGB sehr lang (bei Handlungsnotwendigkeit eher PsychKG angewendet)*
- *Fälle, die durch das Raster des Gesundheitssystems fallen (Obdachlose oder Patienten, die sich der Behandlung entziehen)*

Auch diese Frage war für die Befragten aufgrund der Distanz zum eigenen klinischen Alltag nicht einfach zu beantworten, weshalb hier vermehrt keine Angabe gemacht wurde.

Handlungsbedarfe zur Stärkung der Selbstbestimmung von Betreuten (Frage 4.1)

$n = 26$ der Interviewteilnehmer:innen äußerten sich zum Handlungsbedarf zur Stärkung der Selbstbestimmung von Betreuten. Insgesamt wurde von der Mehrheit ($n = 15$, 57,7%) kein solcher Handlungsbedarf gesehen, während $n = 11$ (42,3%) diesen bejahten. Im Folgenden sind die jeweiligen Begründungen der Befragten aufgeführt:

Keine Handlungsbedarfe:

- *In den letzten 10-15 Jahren sei das Thema Selbstbestimmungsrecht immer weiter intensiviert worden; viele Gerichtsentscheidungen hätten die Behandlungsspielräume in der Klinik maximal eingeschränkt; dies verschärfe die Sicherheitslage auf Stationen und mache die Arbeit dort gefährlicher; Problematik: Grundgesetz/BGB zielt auf Selbstbestimmungsrecht ab; aber auf anderer Seite die Menschenrechte und Wahrung der Menschenwürde nach Konvention; bei psychotischen Patienten in einigen Krankheitssituationen Menschenwürde nicht gewahrt und mache so Behandlung notwendig*
- *Anpassungen der Gesetze zwar positiv, aber nur sinnvoll, wenn sich auch die Ausstattung ändere; Betreuer sollen nun mit Betreuten zusammen Antrag stellen, also von 20 Min. auf mehrere Stunden Arbeit, dies nur schwer für Betreuer umsetzbar; Betreuer, die es leisten müssen, erhielten nicht mehr Geld für diesen Mehraufwand, was zur Folge hat: Anzahl der Berufsbetreuer sinke; 2/3 der Patienten über Wochen unbehandelt wegen der langen Verfahrenszeiten, dadurch erhebliche Belastung des Personals und der Mitpatienten durch Verletzungen/Aggressivität; für Anpassungen müsste Ausstattung der Amtsgerichte verbessert werden, damit sich die Zeiten der Verfahren verkürzen; „Durch die Stärkung und Anpassung sind die Verletzungen auf den Stationen exponentiell gestiegen“*
- *es wurde viel zur Stärkung getan; man muss auch schauen, dass Patienten eine adäquate Behandlung bekommen*
- *gesetzlicher Rahmen: ok; Kliniken sollten mehr Angebote machen, z. B. Behandlungsvereinbarungen*
- *gut geregelt; aber Verfahren sollte deutlich schneller gehen, da sonst Ausweichen auf PsychKG*

Handlungsbedarfe:

- *bessere Aufklärung der Betreuten über die Betreuung und Möglichkeiten; stärkere Einbeziehung des Betreuers bei der Prüfung der Einwilligungsfähigkeit*
- *in Form von Behandlungsvereinbarungen (schriftlich), aber dazu Personalanpassungen erforderlich*
- *scheint aktuell möglich zu sein, schon nach 3 Tagen einen Antrag auf Zwangsmedikation zu stellen, der genehmigt werde; ABER: Patienten haben Recht auf Vertrauensaufbau, der mit Zeit und Zuwendung verbunden ist; momentan bietet Gesetz Raum, sehr schnell ohne ausreichende Überzeugungsversuche (Zeit) Anträge zu stellen; Wunsch nach besserer oder stärkerer Nachweispflicht von Überzeugungsversuchen bzw. des Versuchs eines Beziehungsaufbaus*
- *neues Betreuungsrecht gehe in richtige Richtung, aber „WHO-Menschenrechtsgerechter Einsatz“ der Psychiatrie noch nicht ausreichend umgesetzt*
- *einerseits nein, aber andererseits Fälle, in denen Zwangsbehandlung dringend notwendig u. auch nach freiem Willen des Pat.; aber aufgrund der Gesetzeslage 2-3 Wochen aushalten bis Verfahren durch, weil natürlicher Wille krankheitsbedingt nicht entsprechend; Stärkung des freien Willens*

Auffallend war bei dieser Frage, dass mehrfach auf eine zu verbessernde Aufklärung der Betreuten bzgl. ihrer rechtlichen Betreuung, Rechte und Möglichkeiten hingewiesen wurde, und gleichzeitig auch eine bessere Schulung des Gesundheitspersonals gefordert wurde.

Regelung der Behandlungsvereinbarung im Betreuungsrecht (Frage 4.2)

Zur Frage eines weitergehenden Regelungsbedarfs der Behandlungsvereinbarung im Betreuungsrecht machten $n = 27$ Interviewteilnehmer:innen Angaben. Von diesen wurde der Bedarf mehrheitlich bejaht ($n = 17, 63,0\%$).

Folgende Bedarfe wurden dazu formuliert:

- *bisher Behandlungsvereinbarung nicht verbindlich oder Standard, aber trage zur Stärkung des Vertrauensverhältnisses bei und sollte mehr in die Standards der Kliniken übernommen werden; daher gesetzliche Vorgabe diesbezüglich wünschenswert*
- *Hauptproblem: Wie erfolgt Prüfung der Bedeutung, z. B. Patient setzt Medikation ab, kann dies bedeuten: er hat nicht an seine Behandlungsvereinbarung gedacht oder möchte diese*

nicht mehr, vergleichbar mit Rückzug der Einwilligung; Überprüfung einer Behandlungsvereinbarung im zeitlichen Verlauf notwendig

- *sollte in Ausnahmefällen eine Zwangsmedikation außerhalb der geschlossenen Klinik (z. B. im Wohnheim) ermöglichen wird zu selten angewendet, wenig Erfahrung; es braucht eine Ausformulierung dessen, was man machen kann und auch unterlassen muss; und auch der Aufklärung über Folgen, wenn man es unterlässt; z. B. jeder weiß, was ein Antibiotikum ist, dies wäre auch hier wünschenswert zum Zwang in der Psychiatrie*
- *im multiprofessionellen Rahmen, damit diese zugänglich sind; ermöglicht Austausch und führt zu effizienter Behandlung*

Ausdrückliche Erwähnung der Behandlungsvereinbarung als Form der Patientenverfügung im Gesetz (Frage 4.3)

Zu dieser Frage machten $n = 26$ der Interviewteilnehmer:innen Angaben, wobei die Erwähnung der Behandlungsvereinbarung als Form der Patientenverfügung im Gesetz mehrheitlich befürwortet wurde ($n = 22, 84,6\%$).

Folgende Hinweise wurden von den Befragten gegeben:

- *zeitliche Überprüfung muss zuvor geklärt sein und ein Formular verpflichtend beigelegt sein*
- *sinnvoll bei Patienten mit erhaltenen kognitiven Fähigkeiten*
- *sinnvoll, dass im Gesetz Gleichwertigkeit genannt wird*
- *sinnvoll zur Stärkung des freien Willens*
- *man kann sich auf etwas berufen, das in Zusammenarbeit mit dem Patienten erarbeitet wurde*
- *Qualitätskontrolle der Behandlungsvereinbarung notwendig*

Veränderungsbedarf der rechtlichen Regelung ärztlicher Zwangsmaßnahmen (Frage 5.1)

Von allen Interviewteilnehmer:innen bekundete mit $n = 18$ (64,3%) die Mehrheit, einen Veränderungsbedarf der rechtlichen Regelung ärztlicher Zwangsmaßnahmen zu sehen.

Folgende Veränderungsbedarfe wurden als wünschenswert genannt:

- *Beschleunigung der Verfahren, z. B. durch Fristen für Gerichte und Gutachter ähnlich wie im PsychKG*

- *bei Zwangsmaßnahmen aktuell in Stellungnahmen sehr genaue Angaben nötig, die die Behandlung kompliziert machten, da ein Wechsel mit neuem Gutachter/Stellungnahme verbunden sei, daher wäre mehr Flexibilität besser; dies auch bei Behandlungsplanung bzgl. Medikation*
- *Ermöglichung der Depotgabe mit betreuungsrechtlicher Genehmigung sowie die Ermöglichung im ambulanten Rahmen, z.B. in Wohnheimen*
- *Möglichkeit der Zwangsmedikation mit Depot für längeren Zeitraum (aktuell Limit von 6 Wochen), aber teils medizinisch sinnvoll, dies länger (beispielsweise 6 Monate) zu ermöglichen (z. B. bei folgender Situation: Patient im Heim, Depot läuft ab, dafür dann wieder zur Klinik mit erneutem Organisationsaufwand (erneute Gutachter, Anhörung; das sei schwierig, da dadurch teils die Depotgabe ausbleibe).*
- *Patientenrechte stärken im Sinne, dass Patienten reelle Überzeugungsarbeit erhalten und selber in symptomfreien/-armen Situationen Mitbestimmung über Behandlung über Behandlungsvereinbarungen einbringen (bei guten Beziehungen zum Patienten könne dann auch bei psychotischen Symptomen/Dekompensation die Behandlungsvereinbarung zum Tragen kommen)*
- *Durchgriffsmöglichkeit siehe Strafrecht; wissenschaftliche Erkenntnisse einfließen lassen; größere Rechtssicherheit für Mitarbeiter bei Behandlung gegen den Willen*

Weitere Aspekte, die von den Befragten thematisiert wurden (Frage 5.2)

- *sehr zufrieden mit klinischer Ethikberatung vor Beantragung einer Zwangsmedikation; aber Klärung der Situation erforderlich: Verweigerung der Behandlung bedeutet Zurückziehen der Einwilligung in die Behandlungsvereinbarung?*
- *ungünstig: gemäß Rechtsprechung können Patienten unter BGB nicht zur Erprobung auf eine offene Station verlegt werden; dies habe Folgen für die Behandlung, so dass ein Heranführen an das soziale Leben („Alltag üben“) nicht möglich sei; dieses sei aber beim PsychKG möglich*
- *schwierig, dass Patienten mit Hinweis auf Recht und Autonomie in nicht einwilligungsfähigem Zustand unbehandelt blieben; Aufbau von Strukturen zu frühzeitigem Beziehungsaufbau/Intervention wünschenswert; flexible Modellprojekte wie StäB bei Obdachlosen erlauben, so wäre viel möglich, ohne an § 1906a BGB (a.F.) etwas zu ändern*
- *in der Praxis bestehe die Problematik, dass jedes Amtsgericht und teils jeder Richter anders handele (z.B. ist manchmal Isolierung mit inbegriffen, manchmal nicht); daher besteht Unsicherheit im Dienstbetrieb*

- *"Psychiatrische Klinik unter Generalverdacht" (Urteil des Verfassungsgerichts zur Frage von Fixierungen) mache dies deutlich: Arzt mit Ernsthaftigkeit, Engagement, Empathie und Zeit zur Überzeugung - kritisch hinterfragen, da nicht gerne Gewalt angewendet werde*
- *eingeführte Gesetzesänderungen sollten auf Umsetzbarkeit und Folgen geprüft werden; in aktueller Situation müssen die Verfahrenszeiten gekürzt werden, da sie eine enorme Belastung für alle Beteiligten darstellen*
- *es fehlen Pflegeheimplätze, insbesondere im geschlossenen Bereich, so könnten lange stationäre Krankenhausaufenthalte verkürzt werden*

5. Diskussion

Im Hinblick auf die Praxis von Überzeugungsversuchen gaben 10 der 18 befragten Ärzt:innen an, dass es Vorgaben des Betreuungsgerichts bzw. der Klinik zur Gestaltung und Dokumentation des Überzeugungsversuchs gibt. Allerdings scheinen diese sehr heterogen und in vielen Fällen nicht sehr konkret zu sein. Im Hinblick auf Methoden der unterstützten Entscheidungsfindung wurde von den befragten Kliniker:innen angegeben, dass diese zwar in vielen Fällen genutzt werden, sich oft aber auf den Einbezug von Angehörigen beschränken. Spezifischere Methoden der Entscheidungsassistenz wurden deutlich seltener genannt, wenngleich an dieser Stelle auch erwähnt werden muss, dass Methoden der Entscheidungsassistenz bislang wenig entwickelt und in der Praxis implementiert sind.

Im Hinblick auf die Frage, ob ärztliche Zwangsmaßnahmen auch außerhalb eines Krankenhauses durchgeführt werden könnte, antworteten 3 von 16 Ärzt:innen mit häufig und 4 mit manchmal, 8 mit selten und nur 1 von 16 der befragten Ärzt:innen nie. Die Verteilung der befragten Pflegenden lag bei 2 mit nie, 2 mit selten und 4 mit manchmal und eine:gab häufig an. Insbesondere im Hinblick auf die Durchführung einer Zwangsmedikation mit einem Depot-Antipsychotikum wurden Settings außerhalb eines Krankenhauses in Erwägung gezogen. Einschränkend wurde allerdings auf die aktuellen Strukturen verwiesen (Aussatattung, ärztliche Begleitung, Führbarkeit von Patient:innen im ambulanten Raum). Auf die Frage, ob eine stationärer Klinikaufenthalt notwendig sei, antworteten die 12 von 18 Ärzt:innen hingegen mit „immer“ und 6 von 18 mit „häufig“. Bei den befragten Pflegenden antworteten 7 von 9 mit „immer“, eine:r mit „häufig“ und mit „manchmal zwei.

Die Frage nach dem Bedarf für eine weitergehende Regelung der Behandlungsvereinbarung im Betreuungsrecht bejahten 17 der 27 Befragten. Auf die ergänzende Frage, ob die Behandlungsvereinbarung ausdrücklich als Form der Patientenverfügung im Gesetz erwähnt werden sollte machten 26 der 28 Befragten eine Angabe, von diesen befürworteten es 22. Im Hinblick auf eine verstärkte Nutzung von Behandlungsvereinbarungen in der klinischen Praxis wurden u.a. eine bessere personelle Ausstattung sowie das Angebot von Schulungen für Professionelle und Betroffene genannt.

Im Hinblick auf die Regelung von ärztlichen Zwangsmaßnahmen sahen 18 der befragten 28 Personen einen Veränderungsbedarf. Dies betraf mehrere Bereiche, insbesondere eine Beschleunigung der Verfahren, die Ermöglichung einer Depotgabe mit betreuungsrechtlicher Genehmigung (ggf. auch in einem ambulanten Rahmen) sowie Depotgabe für längeren Zeitraum und mehr Flexibilität in der Auswahl der Präparate und der Dosierung.

6. Limitationen

Im Hinblick auf die Stichprobenzusammensetzung ist ein Selektionsbias zu diskutieren. Denkbar wäre, dass sich vor allem diejenigen Kliniker:innen gemeldet haben, die unzufrieden sind mit der (lokalen) Praxis der ärztlichen Zwangsmaßnahmen und der Zusammenarbeit mit den verschiedenen am Prozess beteiligten Akteure (insb. rechtliche:n Betreuer:innen und Gerichten) oder am Thema sehr interessiert sind. Darüber hinaus muss bei Befragungen mit vollstandardisierten Fragebögen limitierend berücksichtigt werden, dass Antworten außerhalb der vorgegebenen Themen und Fragekomplexe nur begrenzt möglich sind. Dieser Limitation wurde jedoch dadurch begegnet, dass bei verschiedenen Fragen weitergehende Antworten in Freitextfeldern notiert wurden und die teilnehmenden Kliniker:innen am Ende noch die Möglichkeit hatten, ihnen wichtige und bis dato im Interviewverlauf nicht berücksichtigte Aspekte zu äußern, die ebenfalls in einem Freitextfeld festgehalten wurden.

III. Interviews mit Richter:innen

1. Methodisches Vorgehen

Geführt wurden 54 fragenbogenbasierte Telefoninterviews mit Richterinnen und Richtern an Amtsgerichten, die im Betreuungsrecht tätig sind. Alle Interviews wurden durch dieselbe Person aus dem Forschungsteam (T.H.) geführt. Die Antworten wurden protokolliert.

Die Rekrutierung erfolgte mit Unterstützung des BMJ durch Versendung eines Informationsflyers an die Landesjustizverwaltungen, die die Weiterverleitung der Bitte um Teilnahme in ihrem jeweiligen Geschäftsbereich vorgenommen haben.

Hierzu wurde ein durch das Forschungsteam erstellter Flyer mit Informationen zum Forschungsvorhaben genutzt. Die Richterinnen und Richter wurden eingeladen, sich unter der im Flyer angegebenen Kontaktadresse für ein Telefoninterview zu melden. Alle interessierten Richter:innen, die im Betreuungsrecht an Amtsgerichten tätig sind, konnten teilnehmen. Die Terminvereinbarungen erfolgten chronologisch nach Eingang der Mail, in der die Bereitschaft zur Teilnahme bekundet wurde, und Zusendung der Studieninformation samt Einwilligungserklärung. Eine schriftliche Einwilligungserklärung lag jeweils vor. Die angestrebte Zahl von 50 Interviews konnte auf diesem Wege erreicht und sogar leicht übertroffen werden.

Die Interviews wurden im Zeitraum vom 25. April bis zum 12. Juli 2023 geführt. Sie dauerten in der Regel eine Stunde; wenige Interviews waren kürzer als eine Stunde oder dauerten bis zu 1,5 Stunden.

Neben quantitativen Fragen enthielten die Interviewfragebögen vor allem qualitative Items und wurden deshalb inhaltsanalytisch, nach Übertragung der Mitschriften in eine Auswertungsmaske (erstellt mittels Excel), ausgewertet.

2. Stichprobenbeschreibung

Von den 54 realisierten Interviews wurden 25 mit Richtern und 29 mit Richterinnen mit einer durchschnittlichen Berufserfahrung von 23,9 Jahren geführt. Die Amtsgerichte, an denen die Befragten tätig sind, liegen in den Bundesländern Nordrhein-Westfalen (11), Baden-Württemberg und Bayern (jeweils 8), Berlin (4), Schleswig-Holstein (3), Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Saarland, Thüringen (jeweils 2), Hamburg,

Niedersachsen und Rheinland-Pfalz (jeweils 1) an. Damit waren Richter:innen aus insgesamt 13 Bundesländern in der Stichprobe vertreten.

Tabelle 20: Alter und Berufserfahrung der Richter:innen

		Fallzahl	in Prozent
Alter			
35-44 Jahre		n=10	19%
45-54 Jahre		n=15	28%
55-64 Jahre		n=28	52%
65-74 Jahre		n=1	<1%
Geschlecht			
männlich		n=25	46%
weiblich		n=29	54%
Berufserfahrung allgemein (in Jahren)			
min	5 Jahre		
max	39,5 Jahre		
Mittelwert	23,9 Jahre		
<10 Jahre		n=4	7%
10-19 Jahre		n=12	22%
20-29 Jahre		n=21	39%
>=30 Jahre		n=17	31%
Berufserfahrung im Betreuungsrecht (in Jahren)			
min	3 Jahre		
max	30 Jahre		
Mittelwert	13,1 Jahre		
<10 Jahre		n=25	46%
10-19 Jahre		n=17	31%
20-29 Jahre		n=10	19%
>=30 Jahre		n=2	4%

Abbildung 19: Berufserfahrung der befragten Richter:innen (N=54)

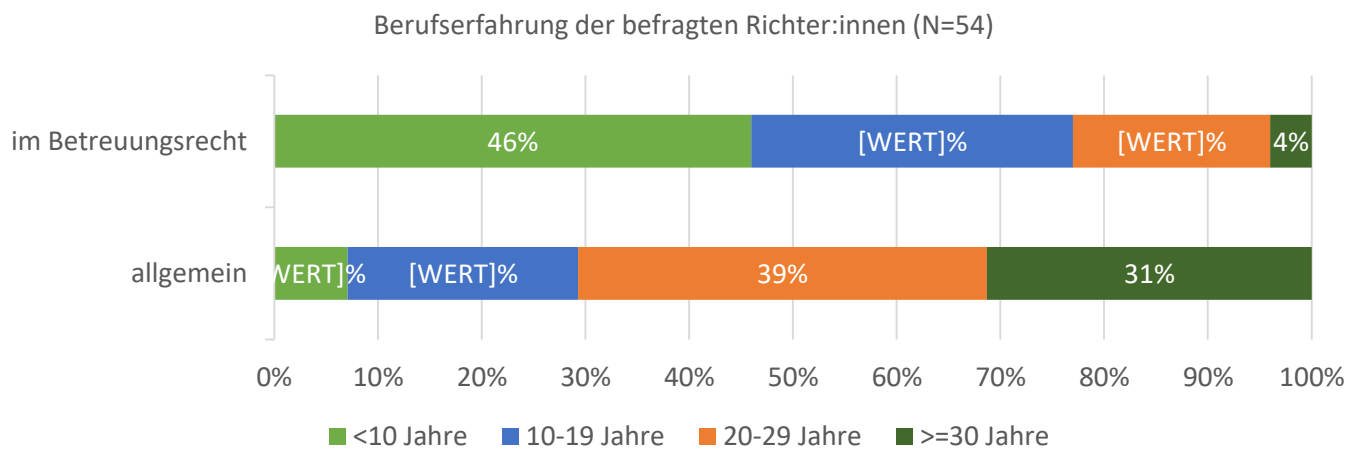


Abbildung 20: Verteilung der befragten Richter:innen auf die Alterskategorien (N=54)

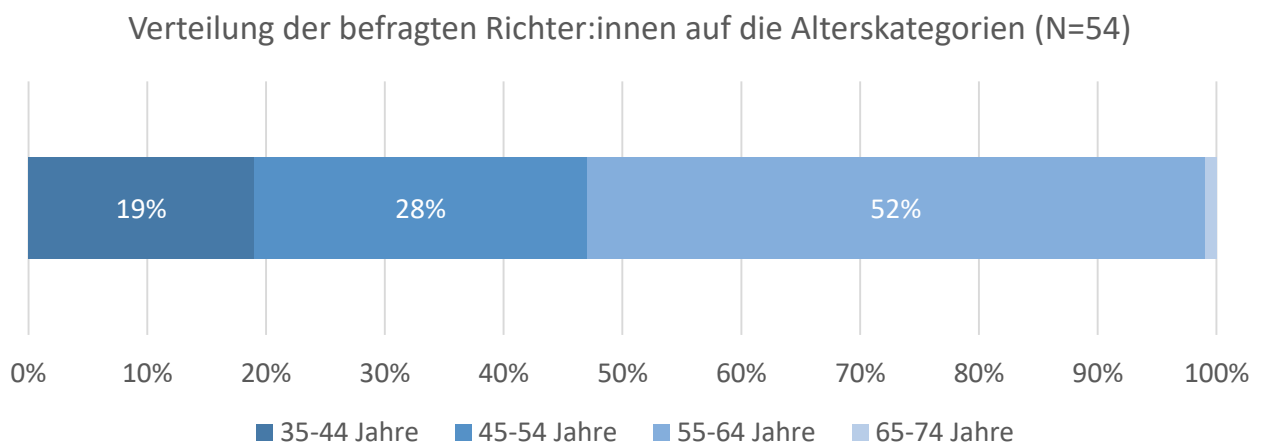
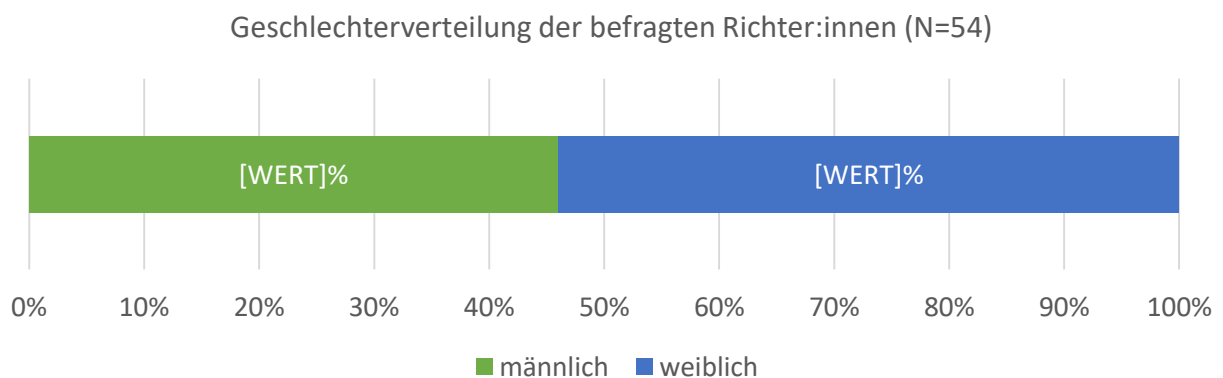


Abbildung 21: Geschlechterverteilung der befragten Richter:innen (N=54)



3. Vorbemerkungen

Zur Erleichterung der Einordnung der Ergebnisse sollten einige Punkte vorab angesprochen werden, die sowohl die Methodik als auch die Ergebnisse selbst betreffen.

Es handelt sich bei den Interviews um Expert:innenbefragungen, wobei trotz langer Berufstätigkeit im Betreuungsrecht nicht automatisch auch eine große Erfahrung im Bereich der Zwangsbehandlungen bestehen muss. Hier spielten Faktoren wie Zuständigkeiten für Kliniken oder Kliniken mit wenig Zwangsbehandlungen oder andere geschlossenen Einrichtungen eine Rolle.

Es handelt sich zudem um eine Gruppe von Befragten, die es gewohnt ist, auf der Seite derjenigen zu stehen, die selbst die Fragen stellen. Dies zeigte sich zuweilen in den Interviews, wenn die Fragen aus dem Fragenbogen „hinterfragt“, „ausgelegt“ oder mit Beispielen aus der höchstrichterlichen Rechtsprechung „hinterlegt“ wurden. Bei den Fragen wurde von Seiten der Interviewerin stets betont, dass die eigene Erfahrung der befragten Person von Interesse ist. Dennoch kam es teilweise zu Abstrahierungen („wenn der Fall sich aber anders ...“ oder Berichte von Fällen anderer (von Kolleg:innen erfahren, bei Fortbildung gehört, ...)).

Gegenstand dieser Untersuchung sind nicht die landesrechtlichen Vorschriften (PsychKG/PsychKHG). Gleichwohl wurde von einigen Befragten auf das Verhältnis der beiden Rechtsgebiete hingewiesen, einschließlich unterschiedlicher Handhabung durch die Gerichte (innerhalb der Bundesländer) sowie teilweise Reformbedarf bei den landesrechtlichen Vorschriften angemeldet (teils im Gegensatz zum Betreuungsrecht).

Ebenso nicht bzw. nicht Kern dieser Untersuchung ist die Versorgungssituation vor Ort. Es wurde dennoch teilweise als wichtiges Anliegen formuliert, hier Missstände und ungünstige Entwicklungen herauszustellen und zu betonen. Dies reichte von überbelegten Kliniken, fehlenden Ärzt:innen vor Ort bis hin zur fehlenden Verfügbarkeit von Sachverständigen, sodass sich dieses auch (zumindest mittelbar) auf die Einhaltung der Vorschriften des BGB und des FamFG auswirken würde oder zukünftig auswirken könnte.

Erst im Laufe des Projekts stellte sich eine unterschiedliche Handhabung der Anwendung der Vorschrift zur einstweiligen Anordnung heraus (siehe Kapitel E. IV.). Deshalb enthielt der

ursprüngliche Fragebogen hierzu keine explizite Frage, die aber an geeigneter Stelle und im inhaltlich passenden Teil des Interviews ergänzt wurde.

Eine weitere wichtige Vorbemerkung: Zuweilen wurden Fragen anders verstanden als intendiert. Sofern die interviewten Richter:innen nachfragten, wurde versucht bestehende Verständnisprobleme aufzulösen, ohne das Antwortverhalten durch inhaltliche Beispiele zu verzerren. Bei den betroffenen Fragen wird dies in der Auswertung kenntlich gemacht und für die Diskussion berücksichtigt.

Zuletzt soll angemerkt werden, dass in seltenen Interviewfällen eine „Handfixierung“ auf der Intensivstation (im Delir) als Zwangsbehandlung verstanden wurde. Zu vermuten ist, dass die betroffenen Richter:innen bei der Gabe ihrer Antworten die Vorschriften des § 1832 BGB und § 1831 BGB (sowie § 1829 BGB) inhaltlich verwechselten, was im Laufe des Interview aber nicht korrigiert werden konnte.

Im Übrigen wurden mit den Interviews engagierte Richter:innen mit hohem Sachinteresse erreicht; nur sehr vereinzelt wurden die eigene Rolle und Bedeutung einer richterlichen Kontrolle bei Zwangsbehandlungen in Frage gestellt.

4. Ergebnisse

Die Ergebnisse werden weitgehend in der Reihenfolge der gestellten Fragen dargestellt, wobei zur besseren Übersichtlichkeit und Nachvollziehbarkeit der Antworten eine thematische Zusammenführung vorgenommen wird.

Dabei fokussiert sich die Auswertung auf als besonders kritisch oder von hohem Interesse auszumachende Punkte wie:

- Patientenverfügung, Behandlungsvereinbarung, Ermittlung (mutmaßlicher) Wille
- Überprüfung/Anforderung an Überzeugungsversuch
- Erweiterung des Ortes der Anwendung einer Zwangsbehandlung
- Fristen
- Sachverständige
- Rollenverständnis
- Gesetzgeberischer Handlungsbedarf

sowie

- Umgang/Anwendung einstweilige Anordnung

a) Änderung der Vorschrift im Jahr 2017

Zunächst wurden die Richter:innen gefragt, ob die Änderung der im Jahr 2013 eingeführten Regelung (§ 1906 Abs. 3 BGB a.F.) zu § 1906a BGB a.F. (seit 1.1.2023 § 1832 BGB) bei ihren Fällen eine Rolle spiele. Durch diese Änderung ist die geschlossene Unterbringung keine Voraussetzung der Genehmigung einer Zwangsbehandlung mehr. Es ist ausreichend, wenn diese während eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus, in dem die Nachsorge sichergestellt ist, erfolgt (§ 1832 Abs. 1 Nr. 7 BGB).

Die Änderungen spielten nach den Angaben der Befragten keine Rolle (n=22) oder nur eine marginale Rolle (n=14). Die fehlende Relevanz der Änderung wurde mit der Unterbringung der Betroffenen begründet. So fänden fast alle Zwangsbehandlungen auf geschlossenen Stationen der Akutpsychiatrie oder Gerontopsychiatrie statt. Bei diesen Betroffenen stelle sich, laut der Interviewten, die Frage nach einer Zwangsbehandlung ohne Unterbringung nicht. Die geringe Bedeutung der Änderung in der Anwendungspraxis wurde mit einem Vorkommen von „1x in 10 Jahren“, „bis zu 5 bis 6x pro Jahr“ oder „ganz selten“ oder „einmal gehabt“ präzisiert. Als Fallkonstellationen wurden hier Fälle wie anorektische Patient:innen oder hochbetagte, gehunfähige Personen, die die Klinik nicht verlassen, Diabetiker:innen mit psychischer Erkrankung oder Fälle in der Somatik genannt. Darunter seien aber auch Fälle, in denen die Voraussetzungen nach vollständiger Prüfung nicht gegeben gewesen seien, z.B., weil es nicht an der Krankheitseinsicht fehle oder man eine andere Lösung gefunden habe. Als Fallbeispiele wurden hier auch Fälle auf der Intensivstation (in der Regel als „Handfixierung“ bei Ziehen von Zugängen bezeichnet) oder auch Fälle von Betroffenen in Wohnheimen mit Langzeitmedikation genannt.

17 Richter:innen gaben an, dass die Änderung der Vorschrift eine Rolle spiele bzw. gehen in der Antwort über die eigentliche Frage hinaus und kritisieren die Begrenzung auf die Klinik. Als Beispiele wurden genannt: Zahnbehandlung einer Person mit geistiger Behinderung (hier wurde zugleich die Einschränkung mitgeteilt, dass die Behandlung allerdings in Vollnarkose ausgeführt werden müsse), bei Menschen mit Autismusspektrumsstörungen, wenn das Wohnheim auf dem Klinikgelände sei und der:die Betroffene dennoch bzw. nur das Gebäude

wechseln müsse (hier sei die Änderung der Vorschrift eine Verschlechterung oder unzureichend), bei Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, die die Medikation absetzen (auch hier bezogen auf Menschen in geschlossenen Einrichtungen), Pflegeheimbewohnende, Demenz, Beinamputation bei einem Pflegeheimbewohner, wenn Betroffener klinikintern auf offene Station wechselt.

Hierzu ist anzumerken, dass nicht alle von ihren eigenen Fällen berichteten, sondern abstrahierten. Kritisch wurde die Notwendigkeit des Klinikaufenthalts bei Betroffenen gesehen, die ohnehin geschlossen auf einem Klinikgelände untergebracht sind oder die eine Zahnbehandlung benötigen, die verweigert würde.

Fälle wie eine Beinamputation oder die Notwendigkeit einer Behandlung eines Dekubitus bei einer bettlägerigen Person wurden als Beispiele der Zwangsbehandlung in einem Krankenhaus ohne Unterbringungsbeschluss genannt.

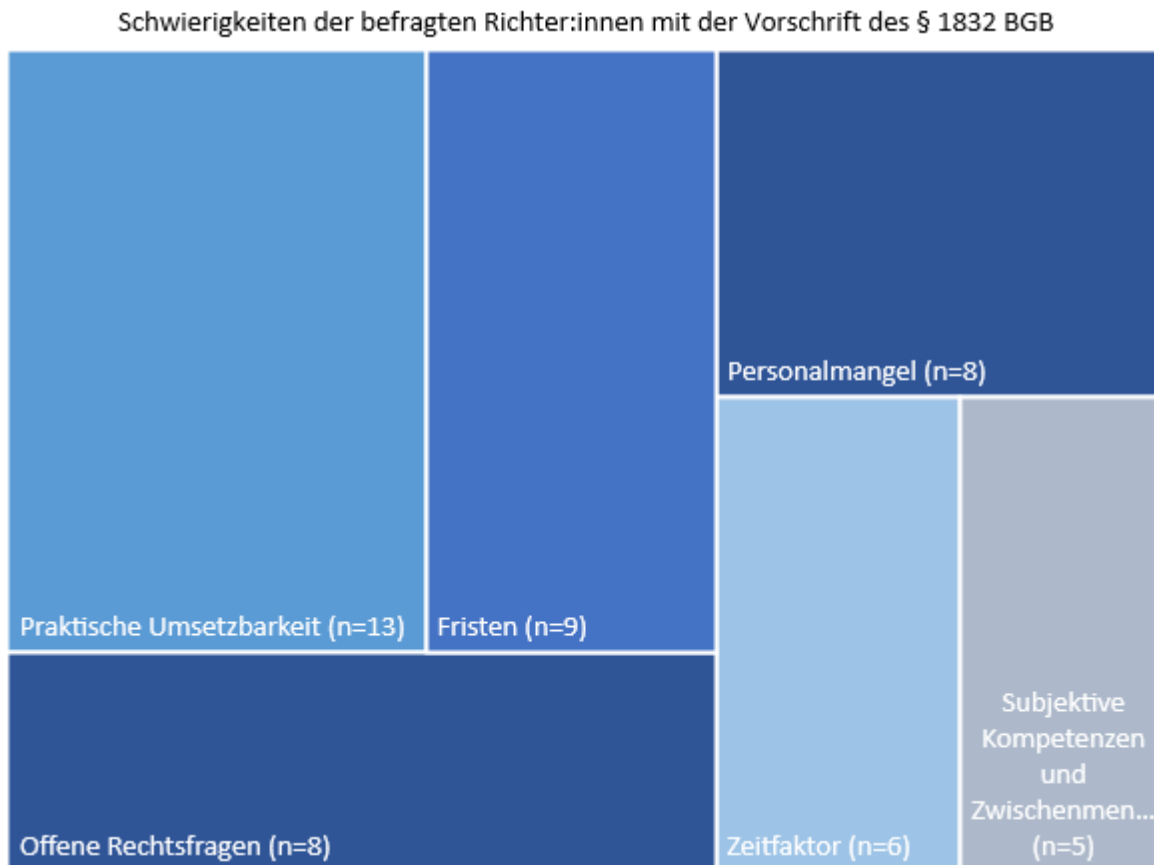
In Bezug auf die Zwangsbehandlung im somatischen Bereich wurde auf die rein praktischen Schwierigkeiten der Umsetzung hingewiesen, weil somatische Häuser dies unethisch empfinden und nicht behandeln wollen würden. Diese Schwierigkeit wurde auch bei einer späteren Frage von den wenigen Richter:innen berichtet, die bereits Erfahrung mit dieser Kombination aus psychischer und somatischer Erkrankung erlangt hatten.

b) Besondere Schwierigkeiten?

Die Richter:innen wurden befragt, ob es besondere Schwierigkeiten oder Herausforderungen mit der Vorschrift des § 1832 BGB gebe, die sie gerne vorab benennen möchten (bevor die Detailfragen begannen). Auf diese Frage hin hoben acht Richter:innen ausdrücklich ihre Zustimmung zur Ausgestaltung der geltenden Regelung einschließlich der Formstrenge mit Blick auf den Betroffenenenschutz hervor und betonten, dass sie die Vorschrift hilfreich für Menschen mit besonderen Bedürfnissen erlebten. Die Regelung sei zudem deutlich besser als der Zustand vor 2013 (ohne explizite Regelung) und teils wurde auch betont, dass die Regelung 2017 es noch einmal verbessert habe. Insgesamt sahen 16 Richter:innen keine Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Vorschrift. Manche von ihnen erläuterten allerdings, dass es nicht auf der Ebene des Gesetzes Schwierigkeiten gebe, sondern z.B. mangelnde Betreuerkenntnisse, Spannungen zwischen Klinik und Gericht oder Schwierigkeiten bei der psychiatrischen Versorgung vor Ort.

Es wurde aber auch Kritik auf verschiedenen Ebenen geübt. Letztlich beschrieben 34 Richter:innen in irgendeiner Form Schwierigkeiten der Umsetzung der Vorgaben:

Abbildung 22: Schwierigkeiten der befragten Richter:innen mit der Vorschrift des § 1832 BGB



aa) Personalangel

Personalangel war ein Punkt, der auch an anderen Stellen des Interviews am Rande bzw. als Kontextfaktor immer wieder Erwähnung fand. Explizit zu Beginn des Interviews äußerten dies acht Befragte. Die Klage über den Personalangel (und/oder deren Qualität) bezog sich sowohl auf Ärzt:innen als auch auf Sachverständige. In Bezug auf den Ärzt:innenmangel wurden hier Sprachbarrieren, Personalwechsel (fehlende Ansprechpartner:in, fehlendes Wissen) sowie überlaufene Kliniken mit entsprechendem Druck wieder schnell zu entlassen, geäußert. Diese Schwierigkeiten setzen sich beim Finden von (guten) externen Sachverständigen fort.

bb) Zeitfaktor

Sechs Richter:innen problematisierten den Faktor Zeit, auch auf verschiedenen Ebenen. So sahen manche den Überzeugungsversuch als schwierig an. Hier wäre mehr Zeit erforderlich

und wichtig, auch sei die Einschätzung der Dauer der Überzeugungsversuche schwierig. Von zwei Richter:innen wird ausdrücklich die Verfahrensdauer, die zu lang sei, als schlecht oder gar kontraproduktiv für die Betroffenen kritisiert; eine befragte Person thematisierte, dass die Verfahren zeitraubend und aufwendig seien, aber dies in der Sache liege. Ein:e Richter:in kritisierte auf einstweilige Anordnungen ausweichen zu müssen, weil die Erstellung der Gutachten sich über Monate erstrecke.

cc) Offene Rechtsfragen

Acht Richter:innen sahen bestimmte Rechtsfragen (Ziehen von Zugängen auf Intensivstationen, verdeckte Gabe von Medikamenten im Altenheim) als ungeklärt an oder waren sich im Umgang damit unsicher bzw. kritisieren, dass die Regelung vor allem auf (ausschließlich) psychische Erkrankungen zugeschnitten sei und nicht auf den Fall, wenn eine weitere, somatische Erkrankung hinzu komme und hierauf reagiert werden müsse.

dd) Subjektive Kompetenzen und Zwischenmenschliches

Kritisiert wurde einerseits die fehlende Kenntnis von Ärzt:innen in Bezug auf Voraussetzungen und Verfahrensabläufen. Das Problem sei teils auch beim mangelnden Wissen der Betreuer:innen zu sehen, die zu schnell bei einer Zwangsbehandlung seien und dies von den Ärzt:innen wieder aufgefangen werden müsse. Geäußert wurde auch die Unzufriedenheit auf einstweilige Anordnungen ausweichen zu müssen, wenn die Gutachtenerstellung unvertretbar lange dauere. Andererseits wurde teils ein paternalistisches Verständnis von Ärzt:innen beklagt oder kritisiert, dass diese sich zuweilen genervt bei Nachfragen zu Überzeugungsversuchen zeigten.

ee) Fristen

Neun Richter:innen gaben die im FamFG vorgesehenen Fristen als Schwierigkeit an. Diese seien zu kurz bemessen. Die Kritik bezog sich teilweise auf die Fristen bei einstweiligen Anordnungen (2-Wochen-Frist, die zu kurz sei) und teils nur auf die 6-Wochen-Frist in der Hauptsache, bei welcher die Depotmedikation als Beispiel genannt wurde.

ff) Praktische Umsetzbarkeit

Kritik wurde auch zu den Anforderungen an die Detailtiefe des Beschlusses geäußert (Nennung der Medikamente) sowie an der Regelung der Nr.°3 (Bezugnahme auf § 1827 BGB), da der mutmaßliche Wille kaum herauszufinden sei, wenn man die:den Betroffene:n

nicht kenne oder dies nur schwer bzw. mit viel Aufwand möglich sei. Kritik an der Voraussetzung eines stationären Klinikaufenthalts wurde zudem drei Mal genannt. Hier wurde auch auf die besondere Situation hingewiesen, wenn die Einrichtung sich auf dem Klinikgelände befinde, aber dennoch ein Ortswechsel von Gebäude zu Gebäude vorgenommen werden müsse.

Drei Befragte übten Kritik dergestalt, dass das Gesetz zwar positiv, aber in der Praxis nicht umzusetzen sei oder die Rolle als Richter:in in Frage gestellt wurde, weil man sich ja auf die Ärzt:innen verlasse (respektive verlassen müsste).

c) Gibt es Unterschiede in der Anwendungspraxis?

Gefragt wurde nach der Wahrnehmung von Unterschieden in der Anwendung und Auslegung der Vorschrift. 24 Richter:innen nahmen keine Unterschiede in der Anwendung und Auslegung der Vorschrift wahr. Acht Richter:innen differenzieren ihre Antwort „nein“ nicht genauer auf einen Bereich (Kolleg:innen, Kliniken, etc.). 9 Richter:innen gaben explizit an, keine Unterschiede zu Kolleg:innen festzustellen. Eine befragte Person präzisierte, dass sie sowohl zwischen Gerichten als auch Kliniken keine Unterschiede wahrnehme. Ein:e Richter:in merkte an, dass es „in unserem Bereich“ keine Unterschiede gäbe, aber bei Verlegung in Heimbereich. Sechs Richter:innen verneinten, dass es Unterschiede gebe, mit der Begründung keine Vergleichsmöglichkeit, keinen Austausch oder nur wenige Zwangsbehandlungsfälle zu haben.

15 Befragte nehmen Unterschiede zu bzw. zwischen Richterkolleg:innen wahr; im Hinblick auf das Engagement/Sorgfalt, dem eigenen Selbstverständnis oder auch in der praktischen Umsetzung und äußern dabei zum Teil auch deutliche Kritik an den Kolleg:innen.

Drei Richter:innen nahmen Unterschiede zwischen verschiedenen Gerichten wahr, z.B. in Bezug auf die Anwendung des PsychKHGs oder einstweilige Verfahren.

Sieben Richter:innen nahmen Unterschiede zwischen Kliniken und eine befragte Person zwischen Psychiatrien wahr. Die Unterschiede beziehen sich auf das Engagement zur Abwendung einer Zwangsbehandlung bzw. auf deren Umsetzung und auf Unterschiede in der Anwendung der Vorschrift. („Es gibt Unterschiede bei den Psychiatrien, manche Psychiatrien beauftragen früher und häufiger, warum weiß ich auch nicht.“); „Bei Kliniken,

nicht bei den Richtern. Schwelle unterschiedlich, also Chronifizierung bis Lebensgefahr als Auslegung“; „Bin für 2 Kliniken zuständig. Die einen machen mehr, um die Zwangsbehandlung abzuwenden, das ist schon wahrzunehmen, so mein Eindruck.“). Drei Richter:innen gaben an, Unterschiede wahrzunehmen; es bleibt aber unklar, zwischen welchen Parteien sie Unterschiede wahrnehmen.

d) § 1832 BGB: „notwendig“

§ 1832 BGB sieht vor, dass eine Zwangsbehandlung nur dann zulässig ist, wenn sie „notwendig“ ist. Die Richter:innen wurden befragt zum Merkmal „notwendig“ und ob die Vorschrift aus ihrer Sicht hinreichend konkret formuliert ist.

Hierzu ist anzumerken, dass es kaum bis keine Kritik an der Vorschrift des § 1832 BGB gab. Es wurde vielmehr betont, dass eine (noch) größere Detailtiefe schädlich sein könne. Schädlich deshalb, weil man mit mehr Details Fälle ungewollt ausgrenzen könne. An den materiellen Vorgaben des § 1832 BGB gab es kaum Kritik. Aus der Perspektive der Richter:innen könne man mit der Vorschrift (gut) arbeiten.

Von zwei Personen wurde der Wunsch nach mehr Vorgaben im Gesetz zum Überzeugungsversuch (§ 1832 Abs. 1 Nr. 4 BGB) geäußert. Es kam auch zur Kritik an der Regelung in § 1832 Abs. 1 Nr. 3 BGB, da dies einen Blick in die „Glaskugel“ verlange. Vereinzelt gab es auch am Begriff „erheblicher gesundheitlicher Schaden“. Dies wurde im Feld einmal geäußert mit der Begründung, dass unklar sei, was „erheblich“ sei. Gegenteilig wurde im Feld aber auch darauf hingewiesen, dass dies ein bekannter Begriff sei (z.B. aus § 1831 BGB).

Sechs Richter:innen sahen die Vorschrift hingegen als nicht hinreichend konkret an. Unter anderem bemängelten sie, dass die Anforderungen an Überzeugungsversuche nicht genügend konkretisiert seien.

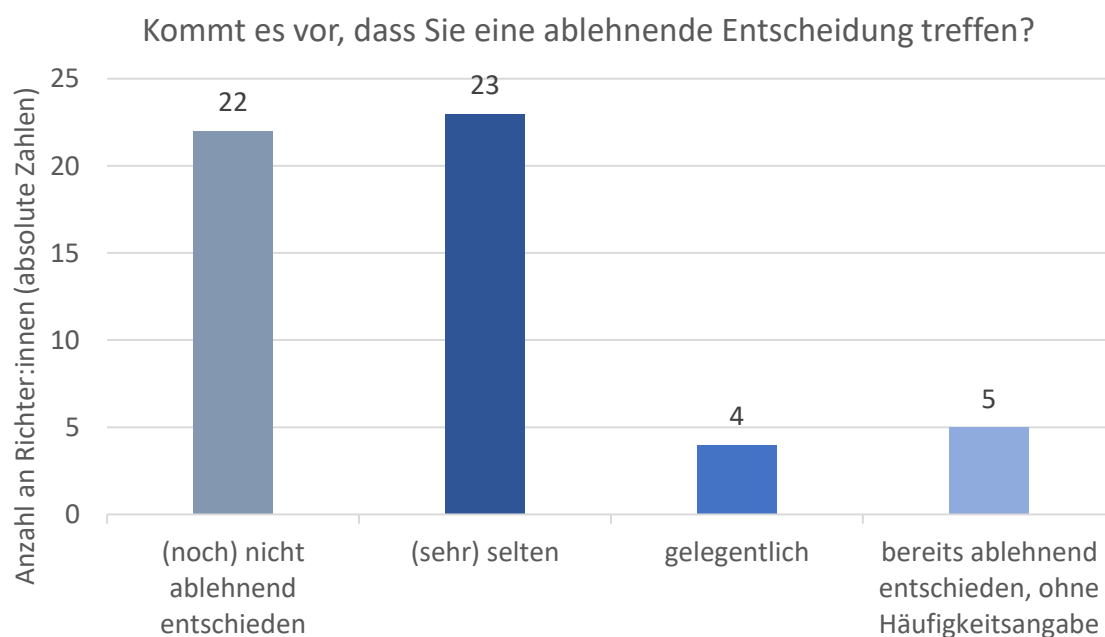
e) Ablehnende Entscheidung

Die Richter:innen sind danach befragt worden, ob sie (häufiger) eine ablehnende Entscheidung treffen. Da von Beginn des ersten Interviews an deutlich wurde, dass

ablehnende Entscheidungen (durch Beschluss) eher selten vorkommen, ist die Frage in den Interviews präzisiert worden. 22 Richter:innen haben noch keine ablehnende Entscheidung getroffen. Meistens, weil die Anträge zurückgenommen werden. Als Gründe für die Antragsrücknahme (unter allen Befragten) wurden genannt: Voraussetzungen nicht erfüllt (z.B. Bereitschaft (Compliance) der betroffenen Person ist doch da), fehlende Formalia und unzureichende Darlegung der Überzeugungsversuche, allgemein fehlende Darlegungen im Antrag, unpassender Antrag auf Zwangsbehandlung und Unterbringung, da Betroffener der Behandlung zustimmte, Anträge zu früh gestellt (Betroffener sprach auf andere Medikamente an und nahm diese) und Überzeugungsversuche unzureichend, Überzeugungsversuche fehlen, dann Antragsrücknahme.

23 Richter:innen gaben an, (sehr) selten eine ablehnende Entscheidung zu treffen. Die Gründe für den ablehnenden Beschluss entsprachen denen der Antragsrücknahme (freiwillige Einnahme, Betroffene:r einwilligungsfähig, kein erheblicher Schaden, „Chronifizierung“ im Raum ohne Begründung, mildere Mittel nicht versucht, unzureichende Überzeugungsversuche). Vier Richter:innen gaben an, gelegentlich ablehnend entschieden zu haben; fünf Befragte hatten bereits ablehnend entschieden, machten aber keine nähere Angabe zur Häufigkeit ihrer ablehnenden Entscheidungen.

Abbildung 23: Ablehnende Entscheidungen



Diejenigen, die schon einmal/mehrmals abgelehnt hatten, lieferten als Gründe vor allem:

- die freiwillige Zustimmung der:des Patient:in zur Behandlung,
- die Entscheidungsfähigkeit des:der Betroffenen,
- fehlende/zu wenige Überzeugungsversuche,
- Voraussetzungen für Zwangsbehandlung nicht erfüllt: Krankheitsbild/Schaden nicht erheblich genug, Maßnahme nicht ärztlich indiziert, Antrag nicht passend für Situation des:der Patient:in, nicht konform mit BGH-Rechtsprechung, Gutachten spricht gegen Zwangsbehandlung, Diskrepanz bezüglich der Bereitschaft des:der Betroffenen,
- schwierige Fälle/keine Erfolgsaussichten der Zwangsbehandlung

f) Patientenverfügungen und Umgang mit den Vorgaben des § 1832 Abs 1 Nr. 3 BGB

aa) Vorkommen

Zunächst wurden die Richter:innen dazu befragt, inwieweit Patientenverfügungen und Behandlungsvereinbarungen in ihrer Praxis eine Rolle spielen. Ob eine Patientenverfügung vorliegt, wird von den Richter:innen erfragt oder es wird davon ausgegangen, dass diese Information schon durch die Klinik oder den:die Betreuer:in mitgeteilt werden würde. Festzustellen war, dass Patientenverfügungen sowie Behandlungsvereinbarungen in der Praxis – jedenfalls aktuell – nahezu keine Rolle spielen. Aufgrund dessen entfielen größtenteils weitere vertiefende Fragen.

32 Richter:innen gaben an, noch nie bzw. fast nie eine (psychiatrische) Patientenverfügung in den Akten gesehen zu haben. 12 Befragte hatten dies zumindest in sehr seltenen Fällen/Einzelfällen. Was unter „Einzelfällen“ zu verstehen ist, wurde unterschiedlich beschrieben mit „1x in 30 Jahren“, „ganz selten“, oder so selten, dass man sich gar nicht mehr daran erinnern könne.

Nur drei Richter:innen gaben an, in mehr als nur in Einzelfällen Patientenverfügungen in den Akten/Fällen vorliegen zu haben (Angabe „selten“). Bei drei weiteren blieb die Aussage unklar.

Befragt zu Behandlungsvereinbarungen hatten 34 der befragten Richter:innen noch keine in ihren Fällen vorliegen; als Einzelfall gaben dies fünf Richter:innen an. Als mehr als einen Einzelfall gaben dies zwei Richter:innen an, wobei hier dann auch die Angabe erfolgte, dass die Klinik vor Ort dies forcieren und eine lokale Besonderheit sei. Bei 14 Richter:innen blieb die Antwort im Ungenauen. Denn zur Behandlungsvereinbarung ist ergänzend festzuhalten, dass nicht allen Befragten der Begriff vertraut war und diese mit dem Behandlungsvertrag verwechselt oder angenommen wurde, bei Bestehen einer Behandlungsvereinbarung würde das Gericht nicht mit dem Fall befasst (*„Ja, die kriegen wir ja gar nicht. [...] Da sind wir als Gericht dann ja eigentlich raus.“*).

bb) Ermittlung des Patientenwillens

Befragt nach der Ermittlung des Patientenwillens und somit den Vorgaben des § 1832 Abs. 1 Nr. 3 BGB, der auf § 1827 BGB verweist, zeigte sich ein für die Auswertung schwieriges Bild. Denn die Frage (*Die Zwangsbehandlungsregelung nimmt Bezug auf die Regelung zur Patientenverfügung (§ 1901a BGB a.F./jetzt § 1827 BGB) und damit auf den zu beachtenden Willen. Wie gehen Sie damit um? Wie überprüfen Sie, ob und wie der nach Nummer 3 zu beachtende Wille ermittelt wird?*) wurde teils nicht richtig verstanden. Das zeigen die Antworten wie ein ausschließliches Abstellen auf eine schriftlich verfasste Patientenverfügung, einem Hinweis darauf, dass der ablehnende Wille zum Ausdruck komme oder dass mit dem (mutmaßlichen) Willen nur zu arbeiten sei, wenn über den Willen überhaupt nichts bekannt sei.

Nur wenige Befragte antworteten im Sinne des Prüfungskatalogs des § 1827 Abs. 1 und Abs. 2 BGB (Patientenverfügung, Behandlungswunsch, mutmaßlicher Wille). Wenn in diesem Sinne geantwortet und eine Willensermittlung beschrieben wurde, dann wurden auch unterschiedliche Erkenntnisquellen angegeben. Als Ressourcen wurden neben dem Gespräch mit der betroffenen Person, die man eventuell auch bereits von vorherigen Krisen kenne und sich erinnere oder Akten aus dem Archiv geben lasse, Angehörige und vertraute Personen genannt. Auch Gespräche mit Hausärzt:innen, die die betroffene Person bereits lange kennen, Informationen zur Entwicklung des Gesundheitszustands nach der letzten Krise und ggf. auch eine eigene Besprechung des Erlebens der Zwangsbehandlung, wenn es

zu einer neuen Begegnung im Betreuungsverfahren komme sowie Leidensdruck wurden als Informationsquellen genannt.

Wenn nichts über den Patientenwillen bekannt sei, dann werde angenommen, dass der:die Betroffene nicht länger krank sein möchte oder man hoffe, dass das, was beim letzten Mal gewirkt habe, wieder wirken möge.

Zusammenfassend muss angemerkt werden, dass die Ermittlung des Willens oftmals nicht in der von Gesetzgeber und der Systematik des Betreuungsrechts vorgesehenen, gründlichen Weise vorgenommen wird. Dies wurde teils auch direkt kritisch von den Befragten eingeräumt „muss in Zukunft mehr machen“ oder auch nur festgestellt, dass die Ermittlung des Willens „nicht das Hauptaugenmerk der Prüfung“ sei. Als Gründe hierfür wurden Zeitdruck oder die Schwierigkeiten bei der Willensermittlung genannt. So fand keine Ermittlung statt (n=9), weil die Ermittlung des Willens nicht möglich sei, generell einfach nicht erfolgt oder nicht nötig sei. Dass die Willensermittlung nicht nötig sei, wird z.B. mit der Annahme begründet „der Wille, der ist ablehnend. Den mutmaßlichen brauche ich nicht prüfen, wenn es einen tatsächlichen gibt“ oder die Willensermittlung „spielt eigentlich keine Rolle. In der Situation, in der man auf die Idee kommt, zwangszubehandeln, ist es so offensichtlich.“

Abbildung 24: Fehlende Willensermittlung bei befragten Richter:innen



Andere Befragte gaben wiederum an, den Willen durch Gespräche mit dem:der Betreuer:in/Verfahrenspfleger:in (n=12), mit Ärzt:innen/der Klinik (n=10), mit Angehörigen (n=8) sowie durch Gespräche mit den Betroffenen selbst (n=6) zu ermitteln.

Manche Richter:innen (n=5) gaben auch an, ermitteln zu lassen. So soll der:die Betreuer:in entsprechende Informationen abklopfen und ermitteln, oder es wird sich auf die Klinik, oder darauf verlassen, dass eine Patientenverfügung automatisch vorgelegt werde.

Auf die Frage, wie vorgegangen wird, wenn sich ein auf die konkrete Behandlung bezogener Wille nicht feststellen lässt, antworteten einige (erstmals) mit der Willensermittlung, die schon in der Frage zuvor erwartet wurde.

Wenn sich der Wille nicht feststellen lässt, trafen 9 Richter:innen eine wie sie es beschrieben, „objektive Entscheidung/Abwägung“ (n=9). 15 Richter:innen gaben an, in diesem Fall anzunehmen oder zu unterstellen, dass der:die Betroffene behandelt werden wolle (n=15).

Abbildung 25: Ermittlung Patientenwille I

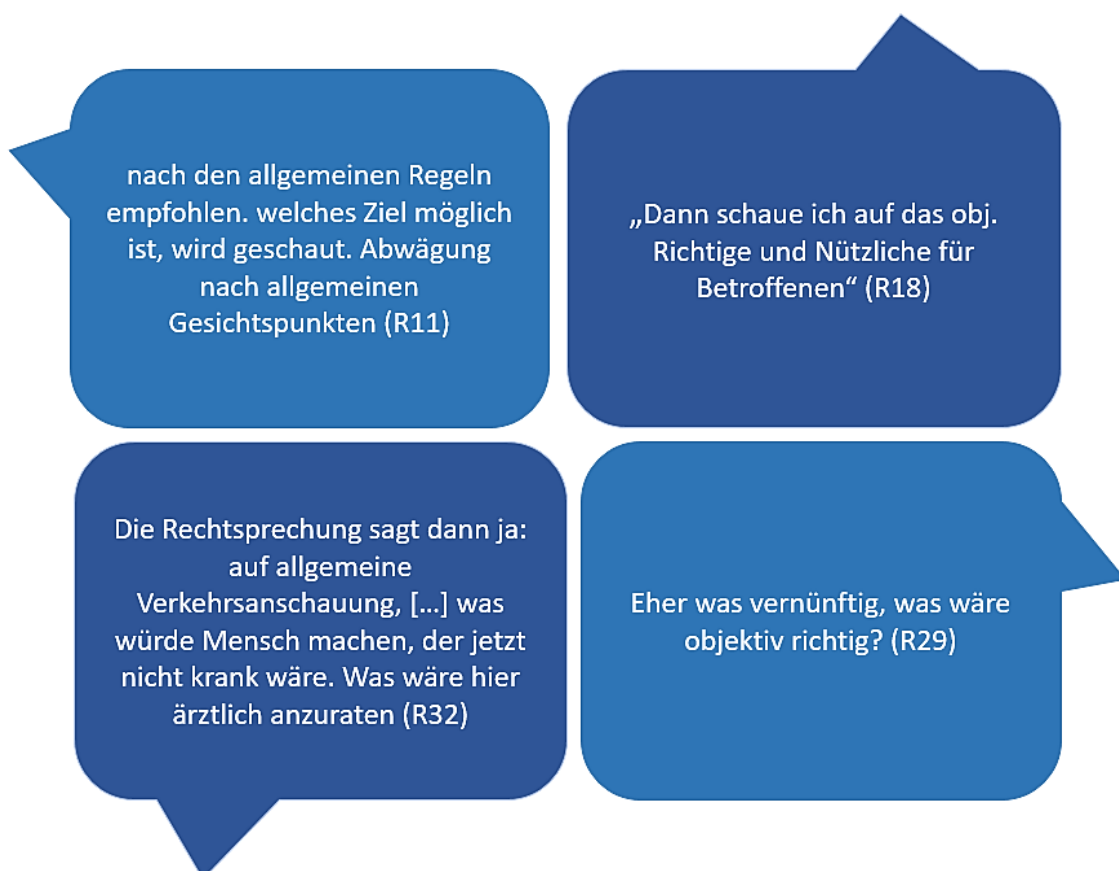
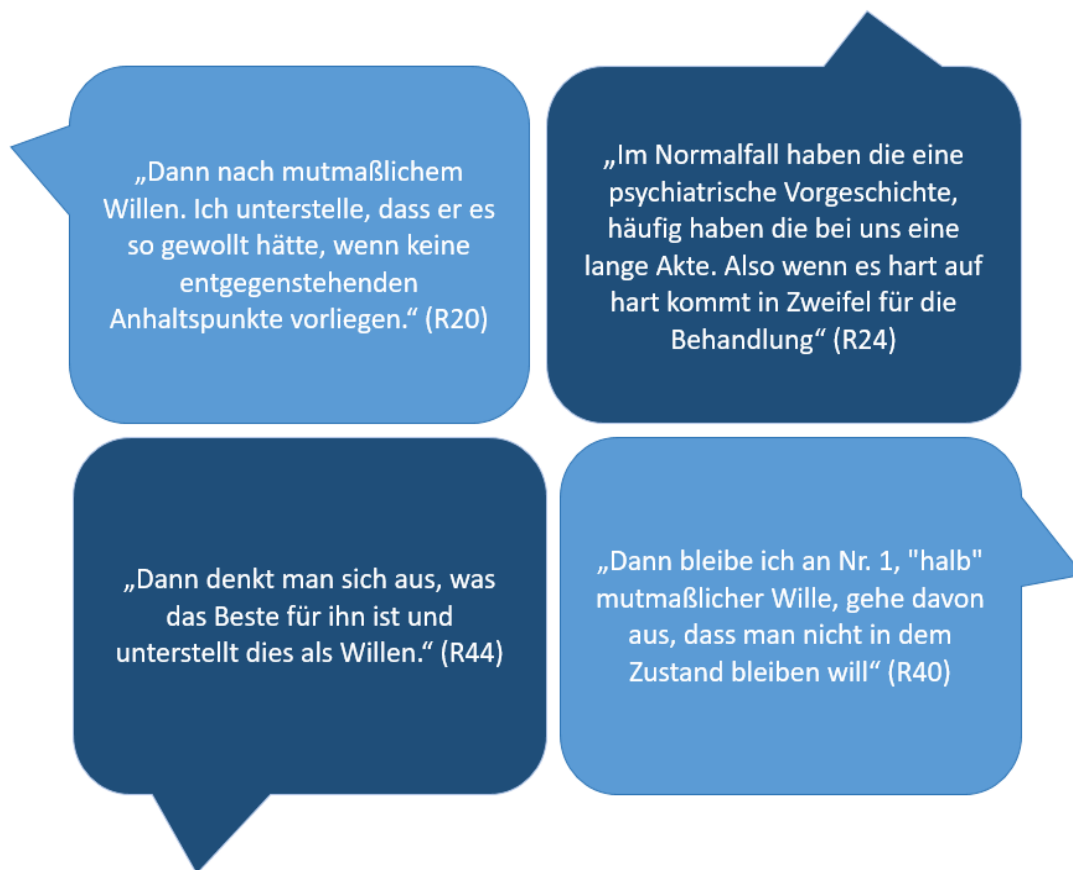


Abbildung 26: Ermittlung Patientenwille II



g) Überzeugungsversuch: Überprüfung und Anforderung an Inhalt

Die Richter:innen wurden gefragt, wie sie überprüfen, ob ein Überzeugungsversuch erfolgt ist und was sie dabei im Detail wissen wollen. Es zeigte sich eine große Bandbreite in den Antworten. Die Antworten lassen sich wie folgt kategorisieren:

- **Dokumentation:** Manche Richter:innen nehmen Einsicht in die Patientenakte bei der Anhörung, lassen sich Auszüge zusenden und nehmen sie zur Akte oder halten die Angaben zum Überzeugungsversuch im ärztlichen Attest der Klinik für ausreichend
- **Gespräch:** Manche Richter:innen fragen nach und dies in unterschiedlicher Form und bei unterschiedlichen Personen: so wird ein Nachfragen bei Ärzt:innen oder Pflegefachkräften berichtet, bis hin zu konkreten Fragen, wie diese Gespräche abliefen; manche geben auch an, beim Betroffenen selbst nachzufragen, ob es

Gespräche gab und wann und wie, manche erkundigen sich bei Verfahrenspfleger:innen

- **Gutachten:** Manche Richter:innen erfragen diesen über den Beweisbeschluss mittels Gutachten, da der Sachverständige in die Patientenakte blicke
- **Anhörung:** die Anhörung erfolgt laut den befragten Richter:innen teils mit Ärzt:in, die noch einmal erläutern und erklären können, teils erfolgte auch ein (letzter) Überzeugungsversuch in der Anhörung

Genau wie die Überprüfung, ob ein Überzeugungsversuch erfolgt ist, variieren auch die Anforderungen, die die Richter:innen an den Überzeugungsversuch stellen. So genügt manchen die Wiedergabe des Gesetzeswortlauts (z.B. im Gutachten oder im ärztlichen Attest), oder wenn die Medikation während der regelmäßigen Medikamentenausgabe oder Visite angeboten wurde, andere verlangen ein Gespräch und erfragen, wann, wie oft, durch wen, wie lange (bis hin zu Gesprächsdauervorgaben) und manche zudem welche Inhalte das Gespräch hatte und wie die Reaktion des:der Betroffenen ausfiel.

Manche Richter:innen (n=8) berichten auch von eigenen Übersuchungsversuchen (n=8), die auch teilweise gelingen würden, und gaben Einblicke in Einzelfälle bis hin zu „Best-practice-Beispielen: Aushändigenlassen des Beipackzettels, Nebenwirkungen ausführlich und verständlich von Ärzt:in in Anhörung (sich selbst) in Anwesenheit des:der Betroffenen erklären lassen, ggf. auch alternative Medikation besprechen, erfragen, warum abgelehnt wird (etwas Süßes anbieten, wenn Ablehnung wegen bitteren Geschmacks), Gutachten als Überprüfung von außen erklären, anwesend bleiben bei der ersten Injektion, wenn Betroffene:r dies wünscht.

Erklären, warum ein Überzeugen manchmal gelingt und (oftmals) nicht, konnten die Befragten allerdings nicht und sprachen eher von Zufall und Glückssache. Teilweise wurde allerdings auch betont, dass sie nur selbst überzeugen, wenn sie selbst auch von der Notwendigkeit überzeugt sind und dass Empathie eine wichtige Komponente sei. Erkennbar wurde in den Interviews auch ein unterschiedlicher Umgang mit einer in der Anhörung erklärten Zustimmung zur Behandlung. Manche Richter:innen hinterfragten die Belastbarkeit einer solchen Zustimmung, andere ließen es sich „versprechen“, andere nahmen vom

Beschluss Abstand und waren auch bereit, die Anhörung am Folgetag zu wiederholen, wenn es doch weiterhin zur Behandlungsablehnung komme.

Zu den oben genannten Kategorien konnten weitere Angaben zu den genutzten Informationsquellen von den Richter:innen erfragt werden:

Tabelle 21: Informationsquellen der befragten Richter:innen

Dokumenteneinsicht	Gespräch
28 Richter:innen überprüfen über Dokumenteneinsicht, ob Überzeugungsversuch erfolgt ist	20 Richter:innen erfragen in persönlichen Gesprächen, ob ein Überzeugungsversuch erfolgt ist
Neun der 28 Richter:innen verlassen sich ausschließlich auf Dokumenteneinsicht, ohne auf anderen/weiteren Wegen zu prüfen, ob ein Überzeugungsversuch erfolgt ist.	Sie befragen Verfahrenspfleger (n=1), Betreuer (n=3), Klinik/Ärzt:innen (n=10), die Pflege (n=1), den Betroffenen selbst (n=5), Psycholog:innen (n=1) oder verschiedene Quellen (n=1).
Genutzte Dokumente: Ärztliches Attest/schriftliche Bestätigung von Klinik (n=9), ergibt sich aus Antrag Klinik (n=1), Dokumentation/Patientenkartei anfordern/einsehen (n=15), Krankenakte/GA (n=2), eigenes Formular entwickelt (n=1)	Zwei der Richter:innen verlassen sich <u>ausschließlich</u> auf das Wort der Ärzt:innen. Sie schauen in kein Dokument und vertrauen auf das, was Ärzt:innen sagen („Ich habe bisher noch nicht darauf gedrungen, zu gucken, ob das auch dokumentiert wird.“). Eine:r verlässt sich auf Sachverständigen und „klopft Überzeugungsversuche nicht genau ab“

h) Stationärer Klinikaufenthalt (Nr. 7)

Bevor die Ergebnisse zur Befragung nach § 1832 Abs. 1 Nr. 7 BGB – Erfordernis eines stationären Klinikaufenthalts – dargestellt werden, gilt es zur besseren Einordnung der Ergebnisse einige Punkte zu berücksichtigen:

Es handelte sich in den Interviews um den wohl komplexesten Themenbereich, bei dem manche Teilnehmende nicht den Fragen des Interviews folgten und sich teils mit großer

Vehemenz einer Position argumentativ zuordneten. Den Teilnehmenden waren größtenteils die Diskussionsstränge zur Frage der Öffnung oder Nicht-Öffnung der Vorschrift für Zwangsbehandlungen außerhalb der Klinik bekannt, sodass sie, obwohl sie nicht nach einer Position, sondern nach ihren Erfahrungen aus der Praxis befragt wurden, ins Argumentieren gerieten. Andere hatten bisher keine Überlegungen zur Änderung der Vorschrift angestellt (oder hielten dies auch bei ihren Fällen für irrelevant), begannen dann während des Interviews „laut zu denken“ und machten dies in der Regel auch entsprechend kenntlich.

Gefragt wurde u.a.

- Wie schätzen Sie die Notwendigkeit eines stationären Klinikaufenthalts ein?
- Erinnern Sie Fälle, in denen eine Zwangsbehandlung genauso gut oder sogar mit geringeren Beeinträchtigungen außerhalb der Klinik hätte stattfinden können?
- Wo (und wie) hätte stattdessen eine Zwangsbehandlung stattfinden sollen?
- Wo nicht?
- Hatten Sie Fälle, in denen eine notwendige Behandlung unterblieb, weil eine Verbringung oder ein Aufenthalt in Klinik nicht zumutbar/nicht verhältnismäßig gewesen wäre?

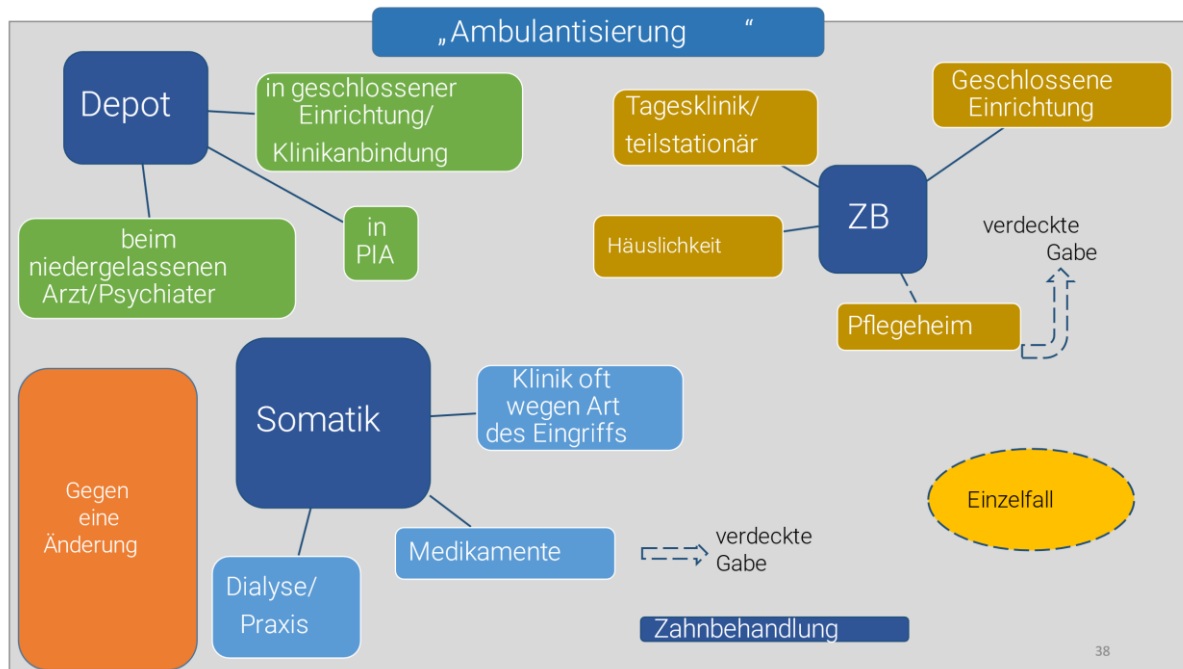
Die weiteren Fragen leiteten sich dann von den Antworten ab. Die Frage nach dem Unterbleiben von Behandlungen wurde bewusst allen Richter:innen gestellt und wurde sämtlich verneint. Wenn das Verneinen mit einer Begründung versehen wurde, dann mit dem Hinweis auf den schlechten Zustand der Betroffenen, der ohnehin eine Versorgung im Krankenhaus erfordere oder wenn der Gesundheitszustand so schlecht sei, dass eine Zwangsbehandlung erfolgen soll, dann sei die Verbringung ins Krankenhaus nicht das Problem bzw. es fänden sich Lösungen. Einschränkungen gab es daher sehr wenige: So wurde die verweigerte Zahnbehandlung genannt, die aufgrund der Regelung auch nicht in der mobilen Zahnarztpraxis durchgeführt werden konnte oder das Verschieben einer Behandlung wegen Covid-19-Ausbruchs auf Station (in der Zeit lief der Beschluss aus). Wenn von Fällen aus dem somatischen Bereich berichtet wurde, dann war in der Regel eine Behandlung außerhalb des Krankenhauses (z.B. Amputation) nicht die Frage, sondern nach dem Finden eines Krankenhauses, das zur Behandlung gegen den Willen bereit sei. Soweit

ein Fall einer Zwangs-Dialyse berichtet wurde, fand sich im Tatsächlichen eine Behandlungsalternative.

In den 54 Interviews wurden somit keine Fälle berichtet, in denen eine notwendige Behandlung tatsächlich unterblieb, obwohl alle anderen Voraussetzungen des § 1832 Abs. 1 BGB erfüllt waren. Dennoch bildeten sich grob unterteilt zwei Gruppen von Richter:innen, die Kritik an der aktuellen Regelung anbrachten oder jedenfalls Bedenken äußerten: Diejenigen, die die Sinnhaftigkeit des Ortwechsels in Frage stellten. Im Fokus standen dabei in der Regel Menschen, die sich in einer geschlossenen Unterbringungsform befanden und dies womöglich noch räumlich auf einem Klinikgelände, aber rechtlich zu unterscheidenden Orten, sodass der Ortswechsel zur Durchführung als Zwangsbehandlung als reiner Formalismus und damit unnötig wirke. Behandelt wurden die Menschen dieser Zielgruppe vor allem mit Depotmedikation und dies zudem für längere Zeit bis hin zu dauerhaften Zwangsbehandlungen. Die anderen Bedenken richteten sich nicht gegen die Regelung in Bezug auf die Behandlungen der psychischen (Grund-)Erkrankung, sondern auf Betroffene mit somatischer Erkrankung, die beispielsweise auf eine regelmäßige Medikamentengabe aufgrund eines Herzleidens angewiesen sind. Für den Bereich der älteren Menschen in der stationären Altenhilfe wurde hier auch das Thema verdeckte Medikation angesprochen – ebenfalls mit keinem einheitlichen Meinungsbild (als gute Lösung angesehen, aus Grauzone holen, oder kein zulässiges, legitimes Vorgehen). Nur äußerst selten (n=2) wurde sich für eine deutliche Öffnung der Vorschrift bis hin zur Zulässigkeit der Zwangsbehandlung in der Häuslichkeit ausgesprochen.

Die Vielfalt der Stimmen in Sachen „Ambulantisierung“ soll folgende Grafik symbolisieren:

Abbildung 27: „Ambulantisierung“



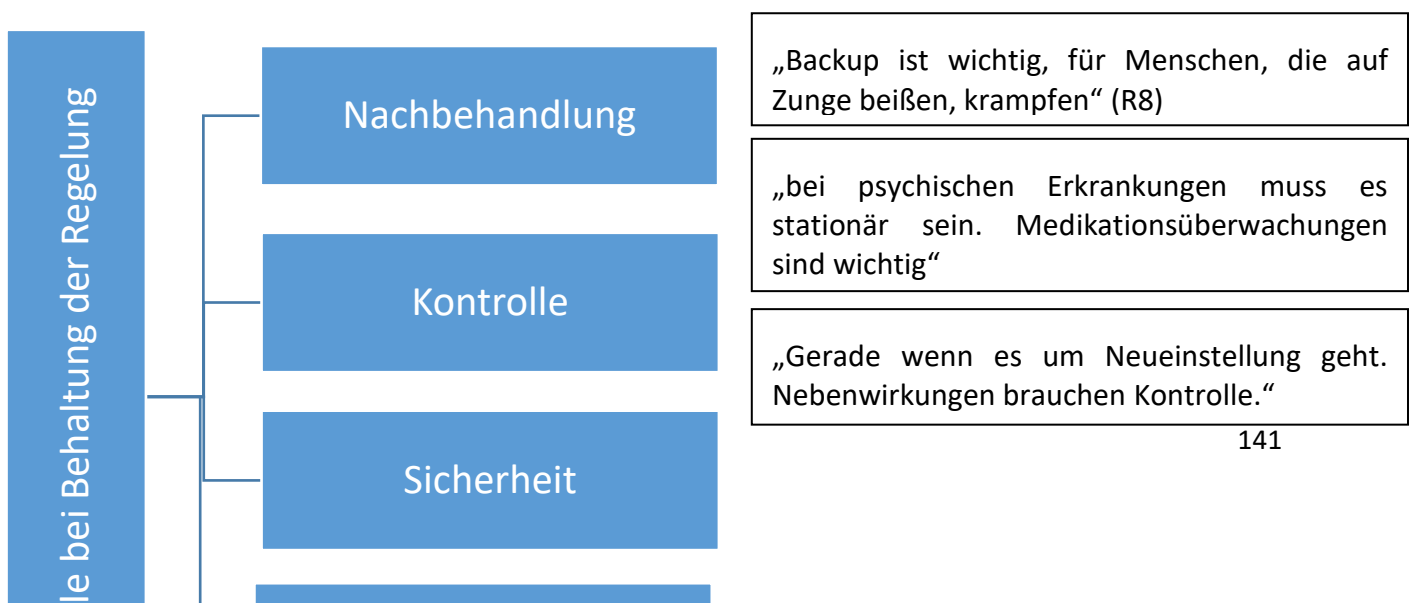
Man wird an dieser Stelle die Interviews vor allem als Meinungsbild einordnen müssen, da wenig bis kaum über eigene Fälle berichtet wurde – mit Ausnahme der Fälle der Langzeitmedikation in geschlossenen Wohnformen, für die sich teils die Möglichkeit der Zwangsbehandlung in diesen Wohnformen gewünscht wurde. Eine Ambulantisierung im Sinne einer Versorgung bei niedergelassenen Psychiater:innen oder in einer Institutsambulanz wurde nur zurückhaltend angedacht, weil hier zum einen hinterfragt wurde, ob dies tatsächlich Fälle einer „echten“ Zwangsbehandlung seien, weil dann ein gewisses Maß an Compliance bestehe und zudem wurde eine Gefahr für den Aufbau oder den Erhalt von Vertrauen zwischen Betroffenen und Behandelnden geäußert. Diejenigen, die nicht deutlich für eine Öffnung der Vorschrift (z.B. mit Blick auf andere geschlossene Unterbringungsformen) votierten, sprachen sich teils für eine „vorsichtige“ Öffnung im „Einzelfall“ aus, damit der:die Richter:in für außergewöhnliche oder besondere Fälle einen „Ermessensspielraum“ habe. Sorgen, die sich mit einer Erweiterung der räumlichen Möglichkeiten ergeben würden, wurden ebenfalls geäußert. Hierzu gehören das Aufgeben respektive das Herabsetzen des Verfahrensschutzes und die Qualitätssicherungen, die eine Klinik biete und andere Orte in dieser Form nicht bieten könnten, das Eindringen in die Privatheit oder das Zuhause, wozu auch das Pflegeheim gezählt wurde, unzureichend vorhandenes oder nicht ausreichend qualifiziertes Personal außerhalb der Klinik, fehlendes

Problembewusstsein gegenüber dem Thema Zwang oder fehlende Rechtskenntnisse (hier wurde die Parallele zu freiheitsentziehenden Maßnahmen nach § 1831 Abs. 4 BGB gezogen), das drohende Aufgeben von Zwang als letztem Mittel. Es wurde zudem darauf hingewiesen, dass sämtliche Überlegungen bis zur Durchsetzung der Maßnahme unter Anwendung körperlichen Zwangs oder Gewalt gedacht werden müssten und was dies vielleicht für Bewohnende in einem Pflegeheim bedeute, sowie mit Blick auf eine ambulante Verabreichung von Depotgaben, ob diese Betroffenen zum einen tatsächlich die Voraussetzungen von § 1832 BGB erfüllen würden, wenn sie in der Lage seien, auf Basis eines Beschlusses sich in Behandlung zu begeben. Zum anderen wurde auch hier in Frage gestellt, dass das Durchsetzen eines entsprechenden Zwangsbehandlungsbeschlusses einschließlich der damit möglichen Gewaltanwendung bedacht sein müsse und diese Fälle ausschließlich bei schwer erkrankten Menschen zu rechtfertigen seien, die auch die Fürsorge und Kontrolle durch eine Klinik benötigten. Ergänzt wird diese Überlegung u.a. mit der Wirkung und möglicher unerwünschter Nebenwirkungen der Medikamente.

Letztlich zeigte sich ein uneinheitliches Meinungsbild zu unterschiedlichen Zielgruppen und unterschiedlichen Vorstellungen von Öffnungsmöglichkeiten, wenn diese nicht gänzlich abgelehnt wurden. Dabei verteilten sich – grob kategorisiert – die Meinungen wie folgt: Eindeutig gegen die aktuelle Regelung haben sich fünf Richter:innen positioniert, die die aktuelle Regelung sogar für kontraproduktiv erachten und als eine unnötige zusätzliche Belastung ansehen.

23 Richter:innen sprachen sich (recht) eindeutig für eine Beibehaltung der aktuellen Regelung aus. Nachfolgende Grafik gibt einen Einblick in die genannten Vorteile der Regelung.

Abbildung 28: Vorteile bei der aktuellen der Regelung

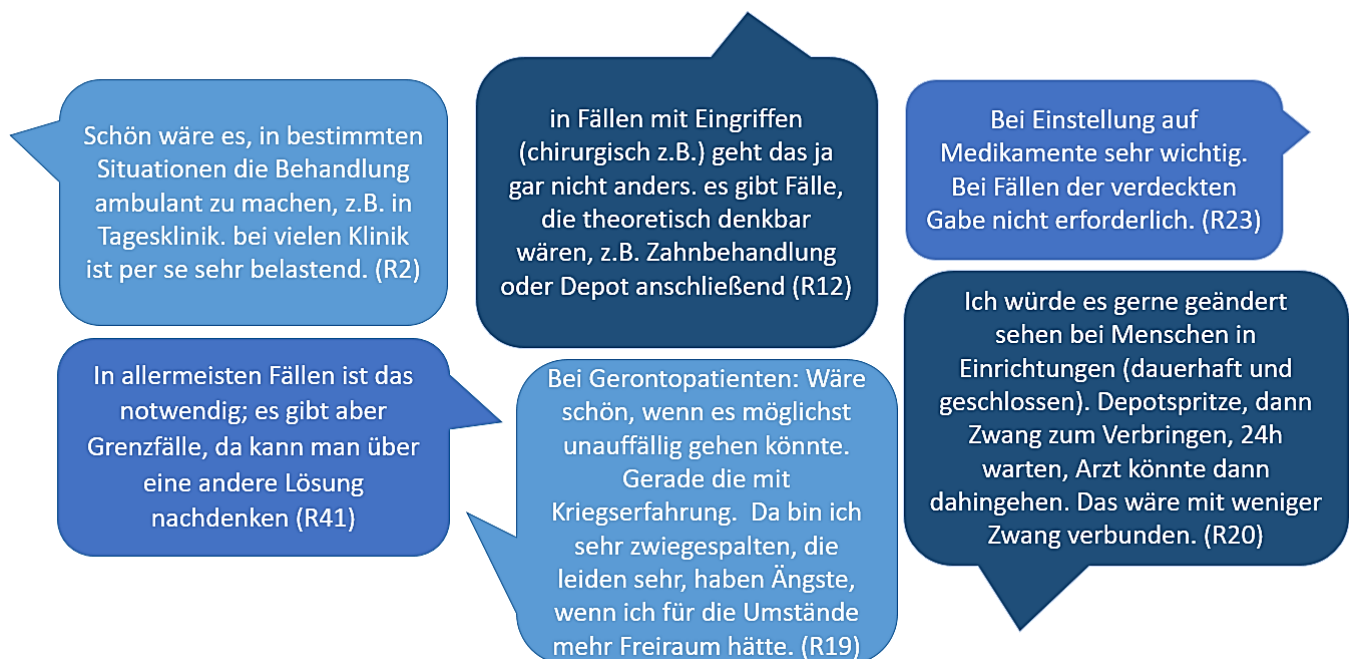


„[Eine Öffnung] sollte aus Gründen der Überprüfbarkeit und Gefahr des Missbrauchs nicht zulässig sein.“

„Die Vorschrift ist gut so wie sie ist. Wir brauchen das professionelle Umfeld Klinik“

18 Richter:innen suchten nach einer differenzierteren Lösung einschließlich Überlegungen zur heimlichen Gabe.

Abbildung 29: Überlegungen zur Änderung des Gesetzes



4 Richter:innen legten sich nicht fest, weil sie sich dazu noch keine Meinung gebildet hatten, es für ihre Fälle nicht in Betracht zogen oder ihre Überlegungen in Richtung eines wünschenswerten Verhindern des Absetzens von Medikamenten zielten.

Die Richter:innen sind danach gefragt worden, ob sie sich an Fälle erinnern, bei denen sie sagen würden, dass die ärztliche Zwangsmaßnahme genauso gut oder sogar mit geringeren Beeinträchtigungen für den Betroffenen auch außerhalb eines stationären Aufenthaltes in einem Krankenhaus hätte durchgeführt werden können. Acht Richter:innen konnten hierzu keine Angaben machen, weil sie dies entweder ablehnten oder die Überlegungen ihnen zu theoretisch war. 19 Richter:innen erinnerten sich an keine Fälle, wovon sieben noch einmal ausdrücklich ihre Ablehnung einer Zwangsbehandlung außerhalb der Klinik zum Ausdruck bringen wollten. 27 Richter:innen hingegen konnten sich auf diese Überlegung einlassen und bejahten dies zu mindest für mögliche Einzelfälle. Folgende Beispiele wurden hier genannt: Heimfälle, bereits medikamentös eingestellte Patient:innen, hoch betagte Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, Dialysepatient:innen oder Menschen mit Demenz und Unruheschub, Ältere und gerontopsychiatrische Patient:innen und Patient:innen mit Bedarf nach Depotinjektionen.

Danach befragt, wo sich die Richter:innen eine Zwangsbehandlung außerhalb von der Klinik hätten vorstellen können, wurden folgende Möglichkeiten genannt:

Tabelle 22: Mögliche Orte einer ärztlichen Zwangsmaßnahme

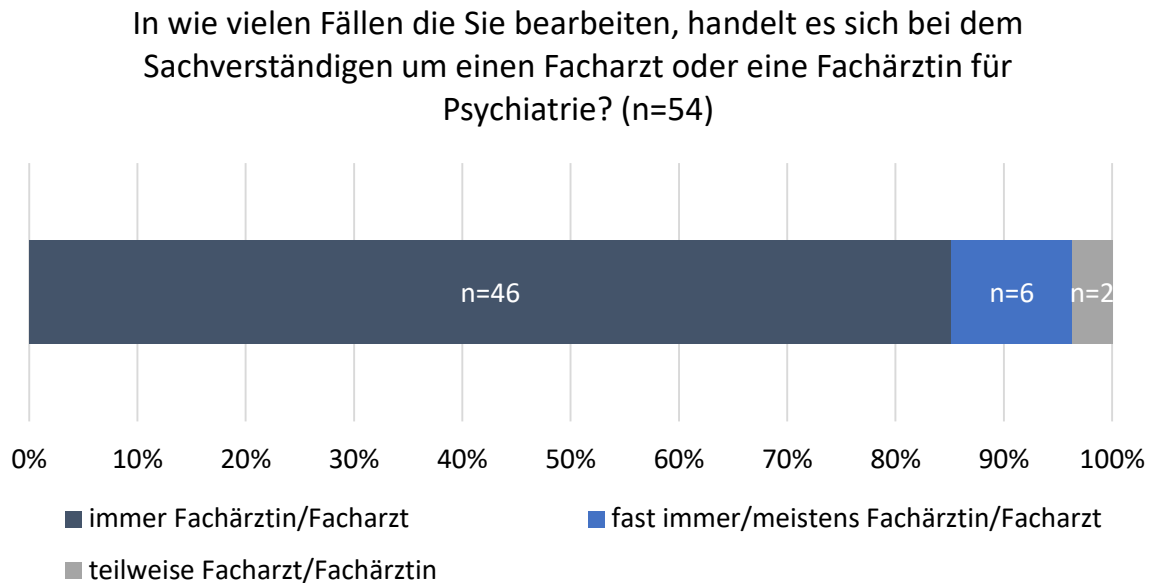
Fälle	Alternativer Ort für Zwangsbehandlung
bereits medikamentös eingestellte Betroffene	• Tagesklinik • Bei:m behandelnder:n Psychiater:in oder in der Klinikambulanz • Bei_m (niedergelassener:n) Ärzt:in
bei Heimfällen (stationäre Altenpflege, geschlossene Heime)	• Ärzt:in geht ins Heim • in geschlossenen Heimen
bei Zahnbehandlungen	• in stationärer Einrichtung • Zahnarztpraxis • Teilstationär • Wie? Vorher etwas zur Beruhigung geben auf dem Weg zur:m Zahnärzt:in
Bei älteren Betroffenen, insbesondere Demenz	• Bei:m Behandler:in, in der Dialysepraxis • Ärzt:innen, die ins Heim kommen • Pflegeheim • Wie? Durch Fachärzt:in begleitet
Bei Depotmedikation	• in Heim/Einrichtung • im Pflegeheim • Wohnstätte und geschlossenes Pflegeheim, Tagesklinik • teilstationär, anderes Setting als eigener Schutzraum wäre wichtig • Bei_m niedergelassener:n Ärzt:in, FachÄrzt:in • Wie? Kontrolle durch qualifizierte Kräfte

i) Gutachten und Sachverständige

aa) Facharztqualifikation

Die zur Gutachtenerstellung eingesetzten Sachverständigen sind weit überwiegend Fachärzt:innen (Psychiatrie). Abweichungen gibt es nur in geringer Zahl:

Abbildung 30: Sachverständigenauswahl



Als Gründe für ein Abweichen wurde genannt, dass eine erfahrene Ärztin aus dem Gesundheitsamt als Sachverständige zur Verfügung stehe und es schwierig sei, überhaupt Sachverständige zu bekommen. Die Verfügbarkeit wurde von fünf Richter:innen als Grund genannt („Weil wir einfach zu wenig haben, die auch bereit sind heutzutage“; „Mit zunehmendem Mangel ausweichen auf andere Ärzte“; „Zeit, Urlaubszeit“). Ein:e Richter:in gab die vorhandene Kompetenz als Grund an („Ich habe das nicht immer zwingend so genommen. Wichtig ist für mich, dass der gut ist, ob er sich einsetzt. Dass er sich mit Menschen befasst.“). Ein:e Richter:in benannte Zeitdruck als Abweichungsgrund („Wenn ich keinen bekomme oder es sehr schnell gehen muss“.)

Auf die ergänzende Frage, wie in diesen Fällen die Fachkunde überprüft werde, hieß es, die:der Sachverständige sei bekannt oder wenn jemand neues auf die interne Liste der Sachverständigen komme, dann werde ein Qualifikationsnachweis erfragt. Nachweis in Form eines Zeugnisses wurde einmal als verlangter Nachweis genannt; drei Richter:innen gaben an, dass der:die Ärzt:in bereits seit längerem klinisch tätig und bekannt sei. Zwei Richter:innen geben an, dies nicht zu überprüfen. Zwei Richter:innen machen keine Angaben, wobei eine:r von ihnen sich Vorgaben bzw. bessere Anhaltspunkte zur Überprüfung wünscht.

Für die selten berichteten Fälle der Zwangsbehandlung im somatischen Bereich, wurde ergänzend auf die Notwendigkeit von zwei Gutachten in diesen Fällen hingewiesen.

bb) Auswahl Sachverständige

Befragt nach der Auswahl der Sachverständigen gab ein:e Befragte:r an, immer den:die an der Zwangsbehandlung beteiligten Ärzt:in als Gutachter:in einzusetzen (mit der Begründung, dass diese:r die:den Betroffene:n am besten kenne).

Drei Richter:innen gaben an, stets eine:n klinikangehörige:n Ärzt:in mit der Erstellung des Gutachtens zu beauftragen.

Von der überwiegenden Mehrheit der befragten Richter:innen (n=41) wurden hauptsächlich externe (in 90% bis 100%, wobei 100% häufig angegeben wird) als Sachverständige eingesetzt.

Zu berücksichtigen ist, dass manche Richter:innen angegeben haben, nicht mit einstweiligen Anordnungen zu arbeiten oder nur in seltenen Fällen (und in diesen arbeiten sie dann gleichwohl mit externen Sachverständigen, auch wenn das Gesetz ein ärztliches Zeugnis genügen lässt). Diejenigen, die einstweilige Anordnungen oft bis immer nutzen, arbeiten in diesen Fällen mit ärztlichen Zeugnissen/Attesten aus der Klinik, in der sich der:die Betroffene befindet bzw. in der Regel durch den behandelnden Arzt/Ärztin erstellt.

Die Befragung zielte ursprünglich auf das Vorgehen im Hauptverfahren ab, wurde aber in den Interviews angepasst, wenn sich zeigte, dass der:die befragte Richter:in vor allem oder ausschließlich mit einstweiligen Anordnungen arbeitete.

Als Gründe für ein Abweichen von der Auswahl externer Sachverständigen wurde einmal angegeben, dass der:die zwangsbehandelnde Ärzt:in, den:die Betroffene:n am besten kenne oder weitaus häufiger, dass in der Region eine schlechte ärztliche Versorgung bestehe und damit kein:e Sachverständige:r (in angemessener Qualität und Zeit) zu finden sei. Wenn nur teilweise von der Soll-Vorschrift abgewichen wurde, dann wegen schlechterer Verfügbarkeit von Sachverständigen in der Urlaubszeit.

cc) Sachverständigenauswahl bei Verfahren mit Dauer von mehr als 12 Wochen

Befragt nach Verfahren, in denen über eine Zwangsbehandlung mit einer Gesamtdauer von mehr als 12 Wochen entschieden wurde, antworteten 23 Richter:innen ein solches Verfahren noch nicht gehabt zu haben. 26 Richter:innen waren bereits mit solchen Verfahren befasst, wenngleich in unterschiedlicher Häufigkeit (die meisten von diesen 26 äußerten, dies nur sehr selten gehabt zu haben, wenn auch wenige von ihnen damit

regelmäßig konfrontiert waren). Auf die Frage, ob es bereits vorkam, dass sie den:die Sachverständige:r erneut mit der Begutachtung beauftragt hatten, gab es unter Hinweis auf die Seltenheit der Fälle, den Hinweis auf ein Rotieren im vorhandenen Gutachterpool („Haben Pool von 5-6 Gutachtern, dreht dann die Runde“; „irgendwann muss man vorne wieder anfangen). Andere gaben an, in diesen Fällen den Wechsel einzuhalten („Versuche durchgehend zu wechseln“). Als Gründe für den erneuten Einsatz eines:r Sachverständigen wurde ein Mangel an Gutachter:innen benannt (n=3), oder auch ein Übersehen der Vorgaben in einem Einzelfall (n=1), Zugang zum Betroffenen (n=2) oder Zeitdruck (n=1). 19 Befragte machten zu der Auswahl und zu den Gründen keine weiteren Angaben.

dd) Probleme beim Finden geeigneter Sachverständige

Die Sachverständigenverfügbarkeit und -auswahl wurde von einigen Befragten als (zunehmend großes) Problem berichtet. Einige wiesen auf eine zu vermutende Verschärfung hin (Altersstrukturen, die meisten Sachverständigen seien bereits älter, Rahmenbedingungen).

Für 26 Richter:innen zeigen sich keine Schwierigkeiten Sachverständige zu bekommen; sie können auf ausreichend viele Sachverständige zurückgreifen. Teils wird ergänzt, dass man hierfür auch einiges tue. Dies reiche von Listen, die gemeinsam gepflegt werden, vereinbarte Abwesenheitsanzeigen bei Urlaub oder Krankheit, damit es zu keinen Verzögerungen komme, bis zu Gesprächsrunden. Es wird allerdings die Sorge geäußert, dass sich die Situation verschlechtern könnte und die Region eine Rolle spiele.

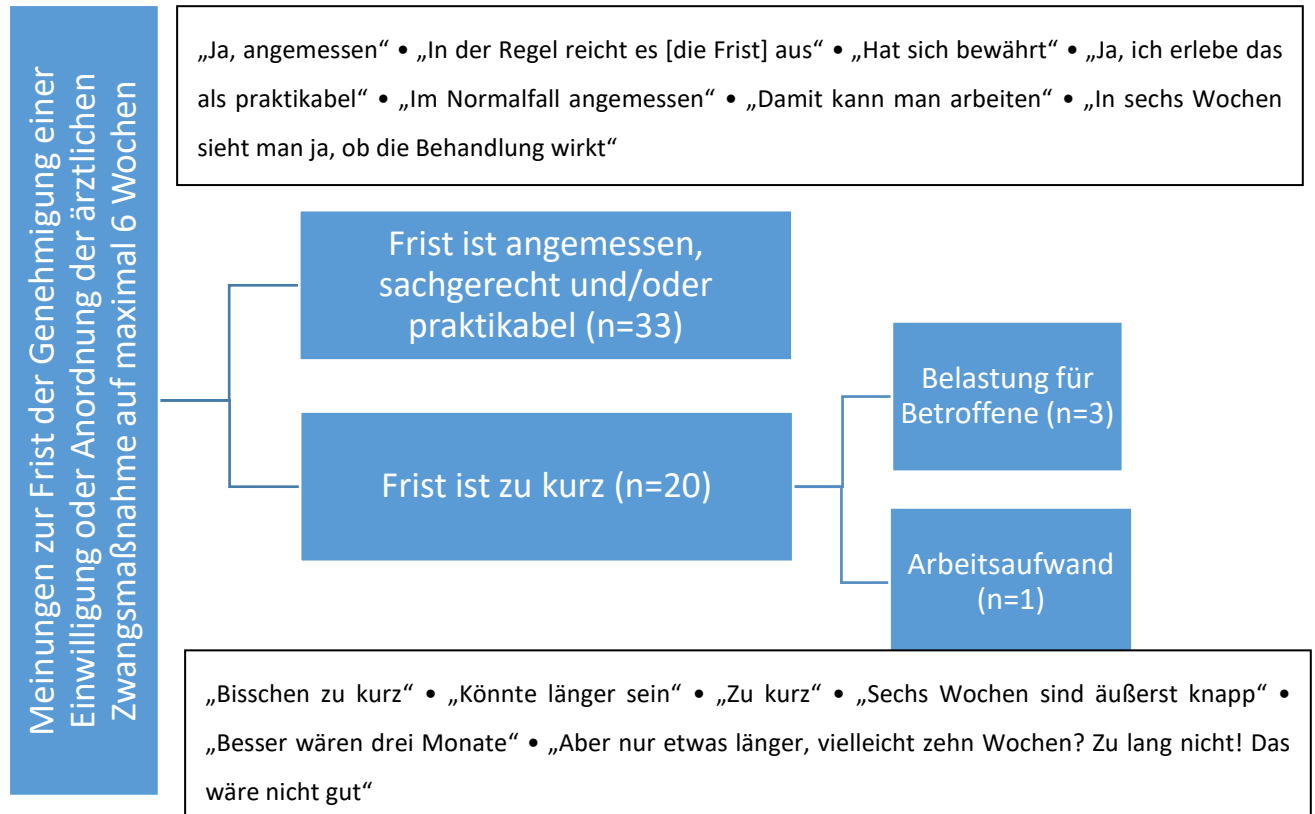
27 Richter:innen zeigen hingegen Schwierigkeiten an. Dies reichte von „etwas schwierig“ bis hin zu „massive Schwierigkeiten“. 23 von ihnen beklagten vor allem den Mangel an Sachverständigen, sechs die Dauer der Erstellung des Gutachtens sowie vier die Qualität der Gutachten.

j) Fristen

Die Richter:innen wurden auch zu den Fristen befragt. Zu berücksichtigen ist, dass die Befragung ursprünglich auf die Fristen im Hauptverfahren ausgerichtet war, dann aber in den Interviews eine differenzierte Befragung vorgenommen wurde, wenn die befragten Richter:innen (viel oder nahezu ausschließlich) mit einstweiligen Anordnungen arbeiteten (siehe bereits Sachverständigenauswahl).

Ist die Begrenzung der Genehmigung einer Einwilligung (oder Anordnung) der ärztlichen Zwangsmaßnahme auf maximal 6 Wochen (§ 329 Abs.1 S.2 FamFG) sachgerecht und praktikabel angesehen oder sollte die Frist kürzer oder länger bemessen werden?

Abbildung 31: Fristen



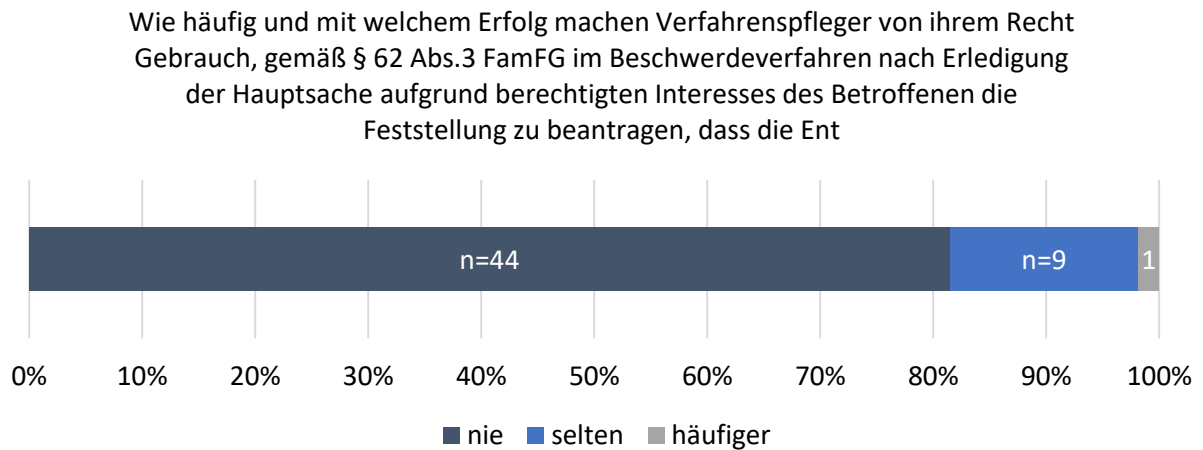
20 Richter:innen sprachen sich für längere Fristen aus und schlugen 8 Wochen, 10 Wochen oder 3 Monate als Frist vor. Als Begründung stellten sie dabei auf die Wirkungsweise der Medikation und die Behandlung ab („Weil Medikamentenspiegel erst aufgebaut werden muss, dann stellt sich ja erst langsam die Einsicht ein“; „Es gibt Fälle wo länger sinnvoll ist“; „In manchen Fällen wäre ich froh, wenn es etwas länger wäre, z.B. bei Depotgabe“; „Bei der Dauermedikation zu kurz“; „Bei Depot“; „Medikamente brauchen Zeit um zu wirken“; „Wenn ich auf Wirkung abstelle, dann passt es nicht“.)

Drei Richter:innen sahen durch die derzeitige Fristenregelung eine zusätzliche Belastung für die Betroffenen. („Depotspritze halten i. d. Regel 3 Wochen, jedes Mal Belastung für Patienten, wieder ein Verfahren zu haben“; „Bei Dauermedikation 3 Monate, das schadet Patienten mehr als es nutzt.“)

Ein:e Richter:in wies auf den hohen Arbeitsaufwand hin, der das Einholen eines neuen Gutachtens alle sechs Woche bereite.

k) Beschwerde

Abbildung 32: Häufigkeit Beschwerde



Zu welchem Anteil betrifft dies Beschwerden gegen ärztliche Zwangsmaßnahmen und zu welchem Anteil Beschwerden gegen sonstige Entscheidungen in Betreuungs- und Unterbringungssachen?

Noch nie gegen Zwangsbehandlungen: n = 52

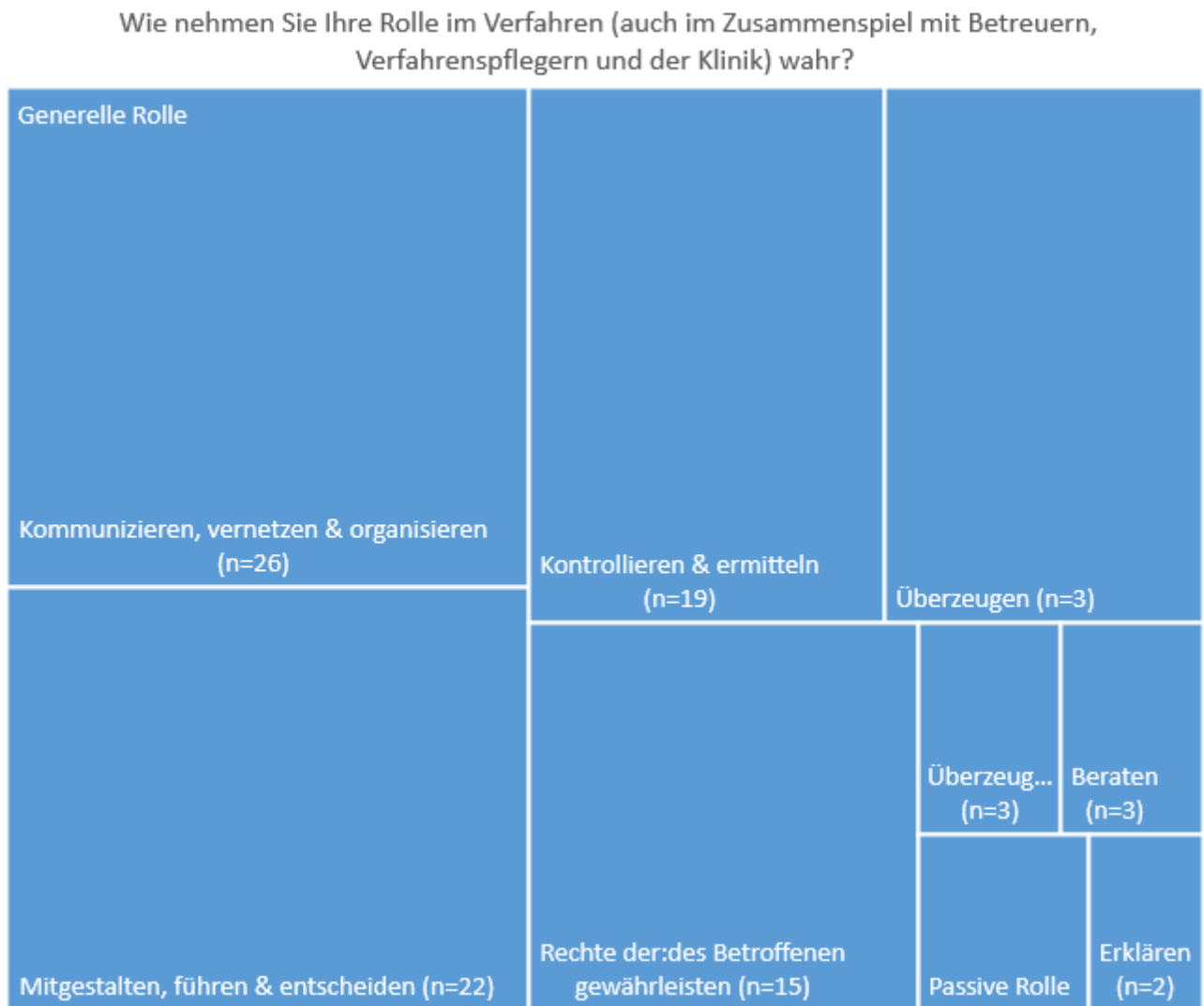
Teilweise Zwangsbehandlungen: n = 1

Immer Zwangshandlungen: n = 1

l) Rollenverständnis

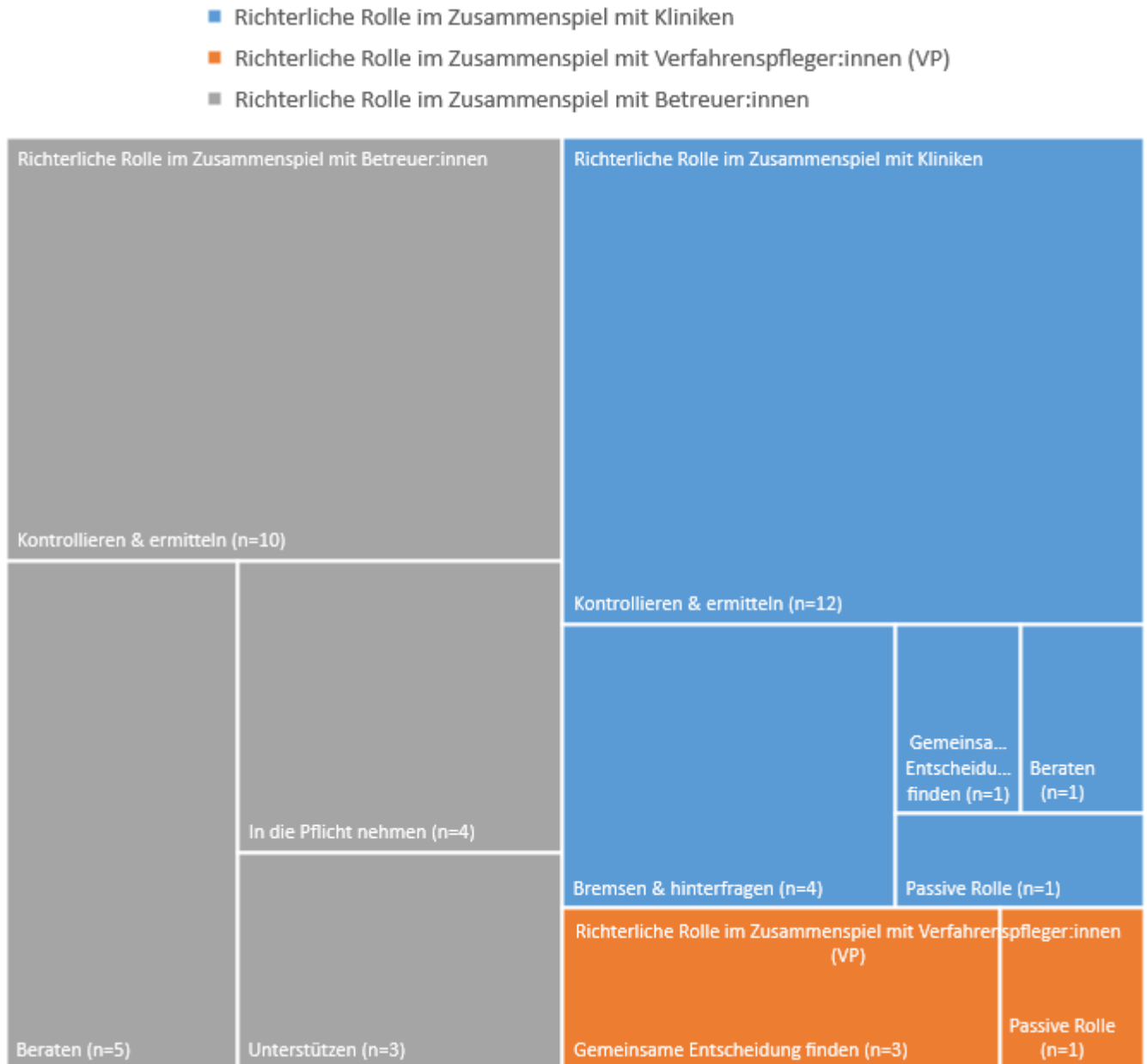
Die Richter:innen sind überdies zum Verständnis ihrer eigenen Rolle in den Zwangsbehandlungsverfahren befragt worden.

Abbildung 33: Rollenverständnis



Darüber hinaus charakterisierten einige Richter:innen ihre Rolle im Zusammenspiel mit Kliniken, Verfahrenspfleger:innen und Betreuer:innen:

Abbildung 34: Zusammenspiel der Akteuer:innen



m) Gesetzgeberischer Änderungsbedarf – Wunsch an den Gesetzgeber?

Abschließend befragt nach Änderungen im Gesetz (materiell wie formell) sahen 13 Richter:innen keinen Änderungsbedarf bzw. möchten den Status quo beibehalten.

Auf der Ebene des materiellen Rechts wurde von 15 Richter:innen eine Ausweitung der Regelung über die stationäre Klinik als Anwendungsort hinaus gewünscht. Den Wunsch nach Konkretisierungen im Normtext des § 1832 BGB äußerten sechs Befragte, zum einen in Bezug auf den Überzeugungsversuch in Nr. 4 („Überzeugungsversuch genauer bestimmen“), zum anderen in Bezug auf Nr. 3 („Nr. 3 umdrehen, sonst konstruiert man nur“); eine Regelung oder eine Klarstellung der verdeckten Medikation wünschten sich fünf der befragten Richter:innen. Mit Blick auf Änderungen im FamFG wünschten sich 24 Richter:innen längere Fristen und drei bemängelten die Dauer der Verfahren in der Praxis. Mit Blick auf den Mangel an Gutachter:innen wurden Gerichtsgutachter:innen oder Gutachter:innen, die für den Gerichtsbezirk ausgewählt und schnell erreichbar sind, vorgeschlagen.

Es wurde auch hier auf die tatsächlichen und nicht auf die gesetzlichen Voraussetzungen und Gegebenheiten wie auf die psychiatrische Versorgungssituation hingewiesen.

n) Gesetzgeberischer Handlungsbedarf zur Stärkung der Selbstbestimmung Betroffener?

Befragt, ob es gesetzgeberischen Handlungsbedarf bzw. ob es Änderungswünsche am materiellen oder formellen Recht gebe, verneinten dies 29 der befragten Richter:innen. Vier Befragte sahen sich von der Frage spontan als überfordert an.

Als Stärkungsmöglichkeiten wurden genannt: Patientenverfügung (n=8) sowie Behandlungsvereinbarung (n=3) in der Praxis stärken, Ausbau von Beratung und Unterstützung (n=5) („Unabhängige Patientenberatung stärker einsetzen“; „Beratungsstellen (PV)“; „Bei großen Häusern wäre es schon schön, wenn die auf den Stationen einen unabhängigen Ansprechpartner hätten“; „Sozialdienst in Krankenhäuser als Stärkung“), bessere Verfahrenspflegschaft (n=3), Konkretisierung des Überzeugungsversuchs (n=1).

Die Notwendigkeit einer generellen Stärkung hoben fünf Richter:innen hervor („Das Bedürfnis ist riesengroß. Betreute Personen ist kaum gehörte Gruppe mit kleiner Lobby“; „Im konkreten Ja. Aber nicht vom Gesetzgeber her.“)

Die meisten Befragten sahen keinen gesetzgeberischen Handlungsbedarf im Betreuungsrecht. Betont wurde teilweise aber, dass die Interessen der Betroffenen nur ausreichend geschützt würden, wenn jede:r den Job richtig mache (n=3). Damit wird eine gründliche Prüfung der Voraussetzungen angemahnt und Kritik an der Herabsenkung des

Verfahrensschutzes geübt, wenn (vorschnell) auf eine einstweilige Anordnung ausgewichen werde.

Es wurde aber auch darauf hingewiesen, dass es Verbesserungsbedarf gebe, sich dieser aber dem Gesetzgeber (im Betreuungsrecht) entziehe. Genannt wurden hier u.a. Verbesserung des Zugangs zu sozialtherapeutischen Hilfen im Vorfeld, Nutzung von Patientenverfügung (, bessere Verfahrenspflegschaft und Bewusstsein für Selbstbestimmung stärken (R9).

Handlungsbedarf wurde zudem mit Hinweis auf den Zustand der betroffenen Patient:innen verneint oder mit dem Hinweis darauf, dass diese Betroffenen keinen freien Willen hätten oder eine Zwangsbehandlung helfe. Eingewandt wird auch, dass man den Betroffenen keinen Gefallen tue; auch von einer Stärkung der Patientenrechte an falscher Stelle war die Rede.

Handlungsbedarf wurde von wenigen Befragten geäußert. Dies zum einen mit dem Wunsch nach mehr gesetzlichen Anforderungen an den Überzeugungsversuch und zum anderen mit dem Wunsch nach einem stärkeren, kritischen Hinterfragen, wann auch bei dauerbehandelten Patient:innen, eine Behandlung enden dürfe oder müsse.

5. Diskussion

Für die Diskussion sollen wenige Punkte herausgegriffen werden. Die Befragten hielten das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen durch die Vorschrift für ausreichend gewahrt, jedenfalls solange jede:r die eigenen Aufgaben korrekt wahrnehme. Einige Befragte wiesen auch ausdrücklich auf die Fähigkeiten zur Kommunikation, der Empathie und der Bereitschaft zum Austausch hin, um zu guten Lösungen für die Betroffenen zu gelangen. Zugleich zeigten sich sie teils besorgt mit Blick auf die sich mutmaßlich weiter verschlechternde Versorgungssituation.

Der Ärzt:innenmangel zeigte sich mancherorts auch bereits auf der Ebene der Sachverständigen mit der Sorge der befragten Richter:innen, Verfahrensstandards nicht oder zukünftig nicht mehr einhalten zu können. Hier wurde der Wunsch nach Lösungen laut, die die Verantwortung nicht allein bei den einzelnen Richter:innen belassen.

Schwächen haben sich bei der Feststellung des Patientenwillens gezeigt. Diese Schwächen zeigten sich in unterschiedlicher Weise: zum einen in der Kenntnis der Konstruktion, zum anderen in einer Kritik am Gesetzgeber, dass diese Konstruktion nicht funktioniere. So

folgerichtig die Konstruktion des § 1832 BGB mit Verweis auf § 1827 BGB, so schwierig erweist sie sich offenbar in der konkreten Anwendung. Hinter dieser Konstruktion steht eine Grundannahme: Die Anwendung von Zwang lässt sich nur rechtfertigen, wenn damit eine erhebliche Gefahr abgewendet wird und die Abwendung dieser Gefahr unter Zwang auch die Zustimmung der:des Betroffenen finden würde, könnte er:sie nun selbst – wirksam – darüber entscheiden. Dass ein natürlicher Wille gegen die Maßnahme geäußert wird, spricht nicht gegen diese Konstruktion, sondern ist bei der Frage der zulässigen Überwindung dieses natürlichen Willens mitzudenken. Ein weiteres Problem könnte darin bestehen, dass scheinbar regelhaft angenommen wird, die Person wünsche sich Gesundheit. Die Überlegungen müssten aber weitergeführt werden und die Frage einschließen, ob auch Gesundheit um den Preis der Erfahrung von Zwang gewünscht werde. Da einige Interviewte im Feld auch umfassende Ideen zum Prüfen des Willens berichteten, scheint es hier Austauschbedarf zu geben.

Das Meinungsbild zu „Ambulantisierung“ der Zwangsbehandlung gestaltete sich bunt mit vielfältigen im Detail unterschiedlichen Positionen. Dies reichte von der Ablehnung einer Änderung bis hin zu einer Änderung in Teilbereichen unter Ausschluss anderer Bereiche bis zu der in wenigen Fällen geäußerten Befürwortung einer vollständigen „Ambulantisierung“. Da aus dem Feld niemand mit einer ambulanten Regelung Erfahrung hatte bzw. Erfahrung haben kann, muss dieser Austausch als Meinungsbild eingeordnet werden, dass eine Vielfalt von Stimmen wiedergibt. Zugleich wurden von Schwierigkeiten bei der Zwangsbehandlung von somatischer Erkrankung bei bestehender Einwilligungsunfähigkeit aufgrund einer psychischen Erkrankung berichtet. Hierbei handelte es sich um seltene Erfahrungsberichte, die sich entweder in der Praxis mit Alternativen lösen ließen oder bei denen sich die praktische Umsetzung als schwierig erwiesen (Bereitschaft Klinik zur Durchführung des Eingriffs). Vereinzelt wurde der Wunsch nach einer Klärung von Behandlungsfällen auf der Intensivstation (mit Wunsch einer Regelung, weniger im Sinne einer Ausklammerung des Anwendungsbereichs) oder der Klärung der durch das Bundesverfassungsgericht aufgeworfenen Frage der verdeckten Medikation geäußert, wobei hier keine Meinungstendenz im Feld sichtbar wurde (hierfür auch zu selten erwähnt).

6. Limitationen und Stärken

Als Limitationen sind zu berücksichtigen, dass sich eher die Richter:innen zu den Interviews bereit erklärt haben, die entweder als hoch engagiert und interessiert an der Thematik mit hoher Reflektionsbereitschaft einzuschätzen sind respektive die ein Anliegen verfolgen wie beispielsweise eine Gesetzesänderung. Obwohl stets aus der eigenen Erfahrung heraus berichtet wurde, brachten manche Interviewte auch gehörte Fallbeispiele oder theoretische Beispiele ein. Zudem muss zwischen der Wiedergabe von real erlebten Schwierigkeiten, theoretischen Schwierigkeiten sowie Meinungen unterschieden werden. Als Stärke sind die Anzahl der geführten Interviews, die Verteilung der Teilnehmenden über die gesamte Bundesrepublik (bei Überrepräsentativität einzelner Bundesländer) sowie Verteilung mit Blick auf Alter und Berufserfahrung hervorzuheben.

G) Erhebung mittels Fokusgruppen

Durchgeführt wurden zwei Fokusgruppen, die nach den inhaltlichen Schwerpunkten psychiatrische Klinik einschließlich Versorgungskontext und Altenpflegeheime ausgerichtet wurden. Insbesondere die zweitgenannte Fokusgruppe wurde genutzt, um mehr über ein Setting zu erfahren, über das spätestens seit dem Nicht-Annahmebeschluss des Bundesverfassungsgerichts und der damit aufgeworfenen Frage auch nach heimlicher Gabe von Medikamenten viel spekuliert wurde, sodass die Fragen vor allem dazu dienten, mehr über das Feld und die Praxis in Erfahrung zu bringen. Die erste Fokusgruppe diente u.a. dazu, den Blick über das Setting Klinik hinaus zu weiten.

Für eine zunächst geplante dritte Fokusgruppe im Bereich der Eingliederungshilfe konnten keine Fokusgruppenteilnehmenden gewonnen werden. Hier sind deshalb andere Wege zum Erkenntnisgewinn genutzt worden, die später gesondert vorgestellt werden.

Im Rahmen des Forschungsvorhabens wurden zwei Fokusgruppen durchgeführt. Bei der Fokusgruppe handelt es sich um eine Methode der qualitativen Sozialforschung, mit der Zielsetzung der Erfassung eines Meinungs- und Erfahrungsspektrums einer relevanten Zielgruppe und in Bezug zu einer vorab definierten Fragestellung (Tausch & Menold 2015). Anhand eines zuvor entwickelten Leitfadens erfolgte eine moderierte und fokussierte

Gruppendiskussion. Die Fokusgruppen „Psychiatrie“ und „stationäre Altenpflege“ sind als separate Fokusgruppen zu sehen. Ein direkter Vergleich ist nicht nur aufgrund der unterschiedlichen Settings und betroffenen Personengruppen nicht möglich, sondern aufgrund der unterschiedlichen Befassung mit dem Thema Zwangsbehandlung. Eine Zwangsbehandlung darf nach derzeitiger Rechtslage nicht in der stationären Altenpflege selbst durchgeführt werden; zugleich ist unklar, ob ein Bedarf hierfür besteht und falls ja, wie dringend dieser ist.

I. Fokusgruppe „Psychiatrie (einschließlich sektorenübergreifender Versorgung)“

1. Methodisches Vorgehen

Die Fokusgruppe, die unter dem Titel „Psychiatrie“ geführt wurde, wurde heterogen mit neun Teilnehmenden besetzt. Rechtliche Betreuer:innen, die in den anderen Erhebungsschritten bisher noch nicht berücksichtigt wurden, sollten hier eine stärkere Aufmerksamkeit erfahren und machten knapp die Hälfte der Teilnehmenden aus. Schließlich nehmen sie eine tragende Rolle ein, wenn es um die Veranlassung einer Zwangsbehandlung geht, da sie es sind, die die Einwilligung zur Zwangsbehandlung geben und ihre Einwilligung durch das Betreuungsgericht genehmigt wird. Mit der Fokusgruppe „Psychiatrie“ sollten Personen, die sowohl an der Entscheidung über eine Zwangsbehandlung beteiligt sind als auch Personen, die an der Vor- und Nachsorge beteiligt sind, miteinander ins Gespräch gebracht und das Setting damit über die stationäre Versorgung in der Klinik hinaus erweitert werden. Im Zuge des Samplings sind daher Akteure, die die Betroffenen (auch) außerhalb der Klinik betreuen, rekrutiert worden. Geachtet wurde auf eine geographische Verteilung und auf eine Spannweite der Urbanität bzw. Ruralität der Befragten sowie auf eine möglichst kontrastreiche Berufserfahrung der Befragten. Die Rekrutierung der Teilnehmenden erfolgte über Fachgesellschaften und Verbände sowie mit Unterstützung des Forschungsbeirats.

Die Fokusgruppe fand online (via Zoom) statt und dauerte 157 Minuten. Die Moderation wurde von Mitgliedern des Forschungsteams (M.K./J.G.) übernommen. Es kam ein selbst-operationalisierter Leitfaden zum Einsatz. Die Fokusgruppe wurde auditiv aufgezeichnet, anonymisiert und wörtlich transkribiert. Die Transkripte wurden anschließend mit Hilfe der Zusammenfassung zentraler Diskussionsaspekte nach Ruddat (Ruddat 2012) ausgewertet.

Soziodemographische Merkmale der Teilnehmenden wurden separat erfasst (siehe Tabelle 21).

2. Stichprobenbeschreibung

Die Stichprobenmerkmale lassen sich der nachfolgenden Tabelle entnehmen. Die Teilnehmenden kamen aus unterschiedlichen Teilen Deutschlands. Mittels eines Begleitfragebogens wurde vorab abgefragt, wann die Teilnehmenden zuletzt mit ärztlichen Zwangsmaßnahmen befasst waren und in welcher Form sie mit dem Thema befasst sind. Es handelt sich daher um Selbstangaben.

Tabelle 23: Stichprobe aggregiert (n=9 Teilnehmende)

Alter (in Jahren)	
35-44	n=3
45-54	n=1
55-64	n=2
65-74	n=2
Keine Angabe	n=1
Geschlecht	
Weiblich	n=4
Männlich	n=5
Beruflicher Ausbildungsabschluss (Mehrfachantworten möglich)	
Fachärzt:in für Psychiatrie & Psychotherapie	n=3
Berufsbetreuer:in	n=2
Pflegefachperson	n=2
Wirtschaftswissenschaftler:in	n=1
Familientherapeut:in	n=1
Psycholog:in	n=1
Verwaltungsangestellte:r	n=1

Keine Angabe	n=1
Aktuelle berufliche Tätigkeit (Mehrfachantworten möglich)	
Ärzt:in (Praxis)	n=1
Ärzt:in (Klinik)	n=1
Sozialpsychiatrischer Dienst	n=1
Berufsbetreuer:in	n=4
Gemeindepsychiater:in	n=1
Verfahrenspfleger:in	n=1
Geschäftsführung Betreuungsverein	n=1
Pflege	n=1
Genesungsbegleiter:in	n=1
Berufserfahrung (in Jahren)	
Generell	M=29 ; SD=14 ; Range=11-48
Aktuelle berufliche Tätigkeit	M=14; SD=11 ; Range=3-34
Zuletzt mit ärztlichen Zwangsmaßnahmen konfrontiert	
2023	n=7
Keine Angabe	n=2

Tabelle 24: Stichprobebeschreibungen (n=9 Teilnehmende)

ID	Aktuelle berufliche Tätigkeit	Häufigkeit Kontakt ärztliche Zwangsmaßnahmen	Art Kontakt ärztliche Zwangsmaßnahmen
T1 (w)	- Rechtsanwältin, Vormündin, Verfahrenspflegerin - Tätigkeit an Amtsgerichten	Nahezu täglich	- Mehrmals wöchentlich in Klinik - Überzeugungsversuche
T2 (w)	- Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (im KV-Bereich -> Gemeinschaftspraxis mit Neurologen/ÜBAG) - Konsiliarpsychiaterin (im Krankenhaus)	2 Mal/Woche Konsiliartätigkeit (jeweils ca. 17 Patient:innen) 10 Betreuungsanträge/Woche - Selten: Betreuungsgutachten	- Konsiliartätigkeit (Betreuung anregen/beantragen) - Betreuungsgutachten
T3 (m)	- Selbstständiger Berufsbetreuer - Geschäftsführer Betreuungsverein	5 Mal insgesamt im Berufsleben - Aktueller Fall	- Betreuertätigkeit - Beantragung (Unterbringung & ZB) - Überzeugungsversuche
T4 (w)	Rechtliche Betreuerin	Relativ häufig: Unterbringung	- Betreuertätigkeit - Beantragung (Unterbringung) - Überzeugungsversuche
T5 (w)	- Fachärztin für Psychiatrie - Leitende Oberärztin in Klinik - Psychiatrische Institutsambulanz	- Täglich: Unterbringung - Selten: ZB	- Klinische Tätigkeit/Behandlung - Durchführung Zwangsmaßnahmen - Überzeugungsversuche
T6 (m)	- Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie - Vorsitzender Verband	-	Vertretung für Alternativen/Ergänzungen
T7 (m)	- Gesetzlicher Betreuer - Sozialpsychiatrischer Dienst	Immer wieder	Beantragung
T8 (w)	Genesungsbegleiterin in Akutklinik	Relativ häufig	Begleitung Betroffene
T9 (m)	- Fachkrankenpfleger für Psychiatrie und Diplompflegewirt - Abteilungspsychiatrie - Deeskalationstrainer	Relativ wenige	- Klinische Tätigkeit/Pflege - Überzeugungsversuche

3. Ergebnisse

Zunächst wurde die Gruppe danach befragt, welche Erfahrungen die einzelnen Mitglieder mit der BGB-Vorschrift zu ärztlichen Zwangsmaßnahmen gemacht haben. Dabei sind sowohl Punkte aufgegriffen worden, die positive Aspekte der Regelung beleuchten, als auch negative oder Verbesserungsbedarf. Herausgestellt wurde zum einen der Patientenwille:

T1: „Im BGB bin ich der Meinung, ist die Neuregelung gut und sinnvoll. Sie beachtet den Patientenwillen, setzt ihn eigentlich quasi schon als Eingangsfrage obenauf, das finde ich wichtig und richtig.“

sowie der Einbezug der verschiedenen Akteure im Feld

T1: „Ich finde es auch wichtig, dass alle Personen einbezogen werden im BGB-Verfahren. Das heißt, Betreuer, Betroffene, Ärzte, Kliniken.“

Doch mit Blick auf den Patientenwillen und dessen Ermittlung wurde auch Kritik laut:

T2: „Im Großen und Ganzen finde ich ja, das hat für die schwerkranken Patienten nichts gebracht. (...): Stichwort einfach freie Willensbildung. Freie Willensbildung, also das ist das Stichwort. Das ist bei schwerstkranken Patienten, dementen Patienten, schwerst psychiatrischen Patienten mit jedem/also wo Medikamente auch nicht greifen, ist das ein ganz schwieriger Begriff. Also, wo die Krankheitslast besonders hoch ist.“

Regelungsbedarf wurde in Bezug auf den Patientenwillen auch mit Blick auf die Patientenverfügung geäußert, ohne dies aber näher zu spezifizieren:

T1: „Es gibt eine Regelungslücke in Bezug auf psychiatrische Patientenverfügungen. Da sage ich hier ganz, ganz deutlich. Da machen Sie sich keine Vorstellungen, was wir hier erleben. Da sehe ich erheblichen Nachholbedarf vonseiten des Gesetzgebers“.

Als negativ wurde von einigen Teilnehmenden die Verfahrensdauer erlebt, die als zu lang beschrieben wurde. Benannt wurden vielfältige Aspekte; hierzu gehören schwere Verläufe, Chronifizierung und Behandlungsnotwendigkeit auf Patientenebene, Personalnotstand auf der Ebene von Gerichten oder Fragen der Dauer von Beschlüssen, sodass innerhalb dieser Beschlussdauer Medikamente noch nicht ausreichend wirken könnten:

T9: „Was dann in der Regel einen gewissen Vorlauf hat. Ja? Was bei der Manie halt dann auch eher schade ist auf der anderen Seite, weil dann die Leute schon so eigentlich mehr

Medikamente brauchen, damit es wieder/ Je früher man reinkommt, desto weniger braucht man.“

T5: „Das Problem, was sicherlich nicht nur wir haben, ist, wenn dann die Überzeugungsversuche geleistet wurden dann zwei Wochen lang, dann warten wir schon oft noch vier Wochen, bis dann ein Beschluss vorliegt. Das heißt, es ist eher die Regel als die Ausnahme, dass nicht behandelbereite Patienten dann sechs Wochen warten, bis sie das erste Mal ein Medikament nehmen. Was natürlich sehr problematisch ist.“

T5: „Also wir schicken dann, also unsere Praxis/dann einen Behandlungsplan zu erstellen und dann auch ans Gericht zu schicken und den dann auch begutachten zu lassen. Also erste Wahl Medikation so nach Aufbereitung, der klinischen Response nach zwei Wochen Ruhigstellung? auch und dann meistens so zwei, drei Medikamente mit Dosierung und Medikationsform. Und über diesen Behandlungsplan muss dann der Gutachter oder die Gutachterin dann auch entscheiden. Also so ist bei uns die Praxis. Allerdings, also die Beschlüsse, die ich in der Regel hier sehe, sind/ Sechs Wochen dauern die meistens. Dann muss eh noch mal neu geguckt werden. Also da kommt man ja meistens nicht viel weiter als zwei Medikamente.“

T1: „Es dauert lang (...) Ich habe die Problematik, dass die Dauer des Verfahrens oft so lang ist und der Patient zunehmend schwerer erkrankt oder die Chronifizierung voranschreitet und dann Medikation verabreicht wird, die WIR hier, also wir Alten, die noch Psychiatrie von vor 30 Jahren kennen, als ganz schlimm erachten. (...) Und die lange Verfahrensdauer führt in meinen Augen auch dazu, dass eben/also, dass nicht mehr die neuen Neuroleptika gegeben werden können, weil sie einfach nicht mehr greifen, sondern wirklich uralte, ganz harte Hämmer verabreicht werden müssen, die bei den Patienten dramatische Nebenwirkungen auslösen und dann natürlich NOCH weniger Akzeptanz zur Behandlung bringen als bisher schon“

T1: „Und zu den Prozessen am Betreuungsgericht, da möchte ich auch was sagen. Da bin ich wirklich live involviert. In [anonymisierte Stadt] ist es so, dass wir nicht mal mehr eine Drittelbesetzung haben von den eigentlich dem Betreuungsgericht zustehenden Stellen. Wir haben eine Personalnot hoch zehn. Wir wissen nicht mehr, wo wir anfangen und wo wir aufhören sollen, und zwar auf allen Ebenen. Die einzigen, die tatsächlich noch voll besetzt sind, sind die Richterdienststellen. Aber bei den Rechtspflegern ist es noch die Hälfte, bei den Geschäftsstellen ist es gerade ein Drittel. Und die Verfahrenspfleger sind heute so/ ist katastrophal.“

Die ausgewählten Zitate zeugen von einer Komplexität der Problematik Verfahrensdauer, die von unterschiedlichen Faktoren geprägt ist. Damit verwandt ist der Inhalt des Beschlusses, in dem die Medikation mit ihrer (Höchst-)Dosierung und Darreichungsform genannt werden muss. Dies wurde teilweise als hinderlich erlebt:

T9: „Was ein weiterer Punkt dabei ist, eine Schwierigkeit ist, man kriegt ja dann eine Medikation in einer bestimmten Darreichungsform, in einer gewissen Dosis genehmigt. Wenn die nicht wirksam ist, zu wenig, zu viel oder aber ein anderes Medikament, muss eine ganze Prozedur neu angefangen werden. Das heißt, es kann da mehrere Schleifen dauern, bis eine passende Medikation gefunden wurde. Was natürlich dann das Ganze dann in die Länge zieht, die Behandlung.“

Die Frage nach der Notwendigkeit der Zwangsbehandlung, also des Einsatzes einer ärztlichen Zwangsmaßnahme als letztes Mittel, wurde vielfach aus der subjektiven Perspektive, also wann die Teilnehmenden von der Notwendigkeit einer Zwangsbehandlung ausgehen, beantwortet. Zugleich wurde auch der Aspekt einer Notfallmedikation angesprochen:

T5: „Sehr, sehr selten bei uns. Also wenn, dann sind es eben mal ganz dramatische akute Dinge, wo dann aber nicht die Zeit bleibt, auf einen BGB-Beschluss zuzuwarten, sondern wo dann eher der rechtfertigende Notstand greift, eine wirklich vital bedrohliche, was weiß ich, jemand, der nicht isst und trinkt oder einfach zusammensackt, und dann muss man eben Notfallmaßnahmen ergreifen, zur Operation gegen den Willen oder zur somatischen Behandlung gegen den Willen extrem selten.“

T5: „Die Frage war ja auch, in welchen Fällen bei uns Zwangsmedikation als Ultima Ratio gesehen wird. Also die klassischen Fälle, die mir einfallen, sind tatsächlich Menschen, die/ also Menschen in einer psychotischen Krise, die sehr weit weg sind von ihrer aktuellen Lebensrealität. Die sich sehr stark in sich zurückziehen, sehr, ja, sich absondern von ihrer Umgebung, es nicht schaffen, für ihren Alltag zu sorgen. Bis hin zu eben fehlende Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme.“

T7: „Das heißt also, auch da versuche ich immer ganz lange, das zu begleiten. Aber eben die Unterbringung und auch dann die Zwangsmaßnahme ist tatsächlich Ultima Ratio in meinem Sinne dann, weil es geht nicht mehr dann, wenn ich das mache.“

In Abgrenzung dazu wurden Konstellationen benannt, in denen eine Zwangsbehandlung aus der Teilnehmendenperspektive nicht notwendig sei.

T6: „Ich wollte nur sagen, nach meiner Erfahrung haben wir es bei Menschen mit schweren Psychosen, auch mit Ambivalenz zu tun. Also ich denke gerade an einen Patienten, der, wann immer er in der Klinik war, sich mit dem Medikamentenkonsum einfach überworfen hat. Da brauchte man da keine Zwangsmedikation. Und man hatte auch bestimmt nicht das Gefühl, dass er das so wollte, wie es dann kam.“

T8: „Ich glaube, ein guter Leitzatz ist, zumindest versuchen wir, den zu befolgen, dass jeder Mensch das Recht auf Krankheit hat. Dass er aber nur so weit geht, wie das mit den Rechten und vor allem der Unversehrtheit von anderen und auch der eigenen Unversehrtheit einhergeht oder zumindest, bis es damit kollidiert.“

In diesem Zusammenhang wurde ebenso herausgestellt, dass eine Unterbringung zum Zwecke der Behandlung nicht mit einer Zwangsbehandlung einhergehen muss, sondern oftmals die Unterbringung ausreichend ist, um eine Veränderung für den:die Betroffenen zu erreichen:

T3: „Dass ich das grundsätzlich immer im Gegensatz zu anderen, sage ich mal, immer ohne gleichzeitig auch eine Zwangsbehandlung zu beantragen beim Gericht dann mache, weil die Erfahrung gezeigt hat, dass sich das Problem dann durch die Unterbringung oftmals schon relativ schnell, ja, nicht entsteht mit der Zwangsbehandlung, dass also schon die Unterbringung als solches ein Teil der Behandlung quasi ist.“

T2: „Dann ist es eigentlich klar, dass dieser Mensch einfach im Rahmen von/ Zwangsmedikation muss es gar nicht sein, sondern bei mir ist mehr das Aufenthaltsbestimmungsrecht betroffen, also dass der einfach eine Umgebung braucht, wo er diese Fürsorge erfährt“)

Im Zusammenhang mit der Notwendigkeit einer Zwangsbehandlung fanden auch verschiedene Aspekte zur Vermeidung einer Zwangsbehandlung und einer Deeskalation der Situation Erwähnung, aber auch, der Krise vorgelagert, eine Verbesserung der Prävention:

T5: „Wenn Patienten gerade nicht in der Klinik sind aber sich vielleicht eine Krise anbahnt und es dann darum geht, die Aufnahme in der Klinik zu verhindern“

T7: „Klar, wenn es zu einer Unterbringung kommt und wenn es auch dann in der Folge eventuell zu Zwangsmaßnahmen kommen sollte, hat man vorher natürlich, klar versucht, alles Mögliche zu tun, um das zu vermeiden“

T2: „Also ich glaube, dass durch Prävention sehr viele Zwangsmaßnahmen verhindert werden können. Das ist auch meine Erfahrung aus der Praxis. Ich habe ja viele betreute Patienten.

Und wir reden fast, ja, jahrelang nur darüber: Was kann helfen, damit ich mich an die Medikamente besser gewöhne? Damit ich nicht mehr so aversiv bin bei Medikamenteneinnahme? Also da bin ich dann als hilfreich und nicht (paranoide Verarbeitung?), was ich da zu mir nehme“

T2: „Das ist der Krankheitslast auch ein Stück weit geschuldet. Und das wird es wahrscheinlich immer geben. Ich denke aber, dass die Zahl derer, die davon betroffen sind durch Zunahme von präventiven Maßnahmen und klaren Behandlungssettings durchaus verringert werden kann.“

T6: „Damit will ich niemandem persönlich was, insbesondere nicht niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, die ja auch gar nicht den Zeitaufwand finanziert kriegen, den man bräuchte, um alternativ gut zu arbeiten“

T2: „Weil man viel früher dann auch eingreifen kann. Das ist meine Erfahrung. Und es gibt viele Möglichkeiten, das zu verändern. Aber ich denke, wir werden Zwangsmaßnahmen nie ganz verhindern können. Also das ist ganz klar. Aber ich glaube schon, dass Behandlung eine Menge bringt und dass wir zusammen/dass die Menschen in ein Versorgungssystem kommen, auch aus der somatischen Medizin, eine psychiatrisch fachärztliche Versorgung. Und da würde man schon eine ganze Menge Prävention erreichen“

T3: „Also für mich sind eigentlich alle Fälle, wo ärztliche Zwangsmaßnahmen angewendet werden müssen oder die gerade darüber entscheiden müssen, sind eigentlich unnormale Fälle. Also die sind dann in meinen Augen ziemlich aus dem Ruder gelaufen, weil eigentlich alle Aktivitäten darauf ausgerichtet sind, so etwas nicht machen zu müssen oder solche Situationen nicht entstehen zu lassen.“

Besonders hervorgehoben wurden dabei die Bedeutung einer (guten) ambulanten Versorgung und Hilfen sowie der Zugang zu dieser Versorgung für die Betroffenen:

T7: „Ich gucke, ob ich andere Ressourcen einsetzen kann. Ob ich irgendwie notfallmäßig eine ambulante Betreuung dazu kriege. Ob ich das Home-Treatment der Klinik miteinschalten kann et cetera. Um diese Sachen schon im Vorwege zu kanalisieren und abzumildern und vielleicht gar nicht erst dazu kommen zu lassen.“

T7: „Und ich glaube, das ist immer etwas, was auch ganz wichtig ist, dass man zum einen versucht, solche Sachen möglichst im Vorwege schon zu kanalisieren und abzumildern (...) Aber generell finde ich, für den Betroffenen ist es ja dann doch immer wichtig, klar, er muss irgendwann praktisch wieder eingefangen werden, sage ich mal, damit es nicht zu sehr ausufert. Nicht, dass wir da irgendwann einen Klinikaufenthalt haben von neun Monaten so.

Aber man muss trotzdem eben auch die Gelegenheit geben, sich in der häuslichen Umgebung draußen noch fangen zu können.“

T7: „Und das andere ist noch mal Prävention. Ja, ich glaube, es wäre ganz toll, und da stimme ich tatsächlich irgendwie auch zu, dass es auf freiwilliger Basis irgendwie in unserer Gesellschaft schwierig ist, solche Sachen zu installieren. Also ich habe mir schon häufig gewünscht, dass wir einen Runden Tisch haben, wo tatsächlich dann alle Vertreter daran sitzen und man Sachen besprechen kann und sagen kann: Okay, wir haben hier den und den Patienten, den und den Klienten, der immer wieder auch in die Klinik rein muss, immer wieder auch unter Zwangsmaßnahmen. Warum können wir da nicht ein ambulantes Setting stricken um ihn herum, damit diese Sachen ausgeschlossen werden können?“

T9: „so die ambulanten Dienste, wie haben bei uns mittlerweile seit zwei Jahren StÄB laufen, also die stationsäquivalente Behandlung, eine ambulante Akutbehandlung. Und wir hatten eine junge Frau, die selber in der Psychiatrie als Krankenschwester gearbeitet hat und die nimmt auch Medikamente oder nicht. Und die hat ihre dann/Die nimmt die Medikamente und wird dafür ambulant betreut. Anstatt stationär die Medikamente zu nehmen, wird sie ambulant täglich besucht und nimmt stattdessen die Medikamente dann zu Hause. Was da funktioniert hat. Also ich würde sagen, die Leute lassen sich in/Der ambulante Rahmen lässt oft viel mehr Bereitschaft zu, sich auf das einzulassen, als in dem stationären Bereich zu sein“

Als wichtige Unterstützungsmaßnahme in sich zuspitzenden oder sich verschlechternden Situation wurde die Intensivierung der persönlichen Kontakte als ein wichtiges Element beschrieben:

T7: „Das heißt, wenn ein Klient/weil ein Klient von mir irgendwie anfängt, seine Medikation nicht zu nehmen, dann fange ich an und sage: Okay, ich intensiviere meine Kontakte zu ihm.“

T9: „Durch engen, sicheren Kontakt kann dann wieder sozusagen die Nahrungsaufnahme und Flüssigkeitsaufnahme, Medikamentenaufnahme zustande.“

T9: „Also ich kenne da auch diese Korrelation und so im Vorfeld, das Lebensfeld, die Vertrautheit schaffen, da kann man was mit anfangen“

Darüber hinaus wurde der Wunsch nach einer verpflichtenden Kommunikation der handelnden professionellen Akteuren geäußert:

T2: „Wenn das evaluiert wird unter dem Gesichtspunkt Zwangsmaßnahmen vor und nach der komplexen Behandlung, stelle ich mir schon vor, dass es durch eine verbindliche Kommunikation und Koordination der Behandlung deutlich weniger Zwangssituationen geben

wird. Weil ich glaube, Zwangsmaßnahmen entstehen immer, wenn ganz viel Druck im Kessel ist bei ALLEN Beteiligten, nicht nur bei dem psychisch Kranken.“

Unter dem zuvor genannten Aspekt der Notwendigkeit und Kontaktintensivierung ließen sich auch Informationen zur Willensermittlung einschließlich einer Vorausplanung für Krisen finden:

T3: „Also die Frage ist ja für mich, die ich zu beantworten habe als Betreuer: Stelle ich nun einen Antrag auf Zwangsbehandlung Ja oder Nein. Und also eine Behandlung gegen den Willen? Und da bin ich froh, wenn ich diese Fragen grundsätzlich vorher schon mit demjenigen geklärt habe.“ (T3)

Befragt zur Ermittlung des Patientenwillens gehen die Erfahrungen mit Patientenverfügungen weit auseinander:

T2: „Bei vielen Patienten liegt eine Vorsorgevollmacht vor oder eine Patientenverfügung. Von daher gibt es ganz andere Möglichkeiten, da zu handeln“

T1: „Nicht-Normalfall“

T8: „Die psychiatrische Patientenverfügung habe ich tatsächlich in der Praxis noch nicht erlebt.“

Soweit von Erfahrungen mit Patientenverfügungen berichtet wird, kommt eine bestimmte Form einer Patientenverfügung gehäuft vor, die vor allem mit Blick auf die langen Klinikzeiten als problematisch erlebt wird:

„Der Nicht-Normalfall sind Patienten, die eingeliefert werden und eine psychiatrische Patientenverfügung haben und diverse Maßnahmen ausgeschlossen haben, am besten noch von unten mit einer Bestätigung eines Facharztes, dass sie zum Zeitpunkt der Erstellung der psychiatrischen, Entschuldigung, jetzt ist es mir einfach entfallen, dieser psychiatrischen Patientenverfügung halt geschäftsfähig waren. Dann haben wir ganz, ganz, ganz große Probleme. Also das sind unsere absoluten Horrorfälle. Die führen tatsächlich zu Klinikaufenthalten von durchschnittlich 9 bis 15 Monaten. Weil wir dann ansetzen müssen: Ist diese psychiatrische Patientenverfügung zu beachten? Welche Medikation ist ausgeschlossen? In der Regel werden alle Zwangsmaßnahmen ausgeschlossen. Und dann kommen diverse Gutachten zum Einsatz, um wirklich zu überprüfen, ob der Betroffene BEIM Erstellen der psychiatrischen Patientenverfügung noch geschäftsfähig war. Das sind wirkliche Horrorfälle.“

Bezogen auf Behandlungsvereinbarungen zeigte sich ein ähnlich heterogenes Bild:

T9: „Jetzt zum Thema Behandlungsvereinbarung ist ja die Frage gewesen, bei uns im Alltag wird die noch relativ wenig eingesetzt.“

T8: „Behandlungsvereinbarungen sind seit dem wir (unv.) eingeführt worden und das auch Leben, also so seit circa zweieinhalb, drei Jahren eigentlich an der Tagesordnung tatsächlich, gerade bei Patienten und Patientinnen, die relativ häufig wiederkommen.“

Wenn es zu Behandlungsvereinbarungen kommt, äußerten sich die Teilnehmenden recht geschlossen positiv, beklagten aber teils den damit verbundenen Aufwand:

T5: „Ja, wir versuchen während des stationären Aufenthaltes, also eher gegen Ende des Aufenthaltes oder auch in der psychiatrischen Institutsambulanz dann in irgendeiner Phase zwischen den psychischen Krisen schon eben auch, wie schon erwähnt, zu besprechen: Beim erneuten Auftreten einer Krise, was sollen wir tun? Welche Medikamente sind gut, welche sind schlecht? Welche anderen nicht medikamentösen Maßnahmen sind gewünscht? Welche Bezugspersonen sollen miteinbezogen werden und so weiter? Und halten das so in Behandlungsvereinbarungen fest.“

T9: „aber der Aufwand ist groß. Das ist auch die Rückmeldung. Dieser Zeitaufwand, den man da braucht. Und dann ist man nicht mit einer Sitzung/hat man das durch. Da muss man wahrscheinlich/Um das richtig zu machen, muss man schon sich mehrmals treffen. Und das ist was, muss man also bereit sein, das zu tun oder Verbindlichkeit haben und da auch die Ressourcen dafür. Das zieht ja Ressourcen, wenn ich jetzt sozusagen mich zwei, drei Stunden hinsetze. Die Effekte sind enorm. Also, wenn man sozusagen nachher mitbekommt den Perspektivenaustausch, wenn man Rückmeldungen von den Kollegen bekommt von den Prozessen, dann hat das durchaus positiven Wert. Aber das ist sozusagen da ein großer Aufwand, sage ich mal.“

T8: „Und da zeigt sich auch, dass das ein großes Maß an Compliance mit sich bringt, weil es einfach eine Behandlung auf Augenhöhe ist und auf gegenseitigem „Was kann ich und was will ich auch voneinander?“. Und da ist die Bereitschaft sehr häufig höher dann auch vonseiten der Patienten und Patientinnen mitzuarbeiten und ein gemeinsames Ziel zu verfolgen, weil das Ziel ja auch gemeinsam formuliert wurde. Die Behandlungsvereinbarung hat gerade im Bereich der Selbstschädigung und Selbstverletzung beim Personal oft Grenzen erreicht (...) Und Behandlungsvereinbarungen werden auch immer wieder neu definiert. Also, wenn sich der Weg verändert, also wenn man sich ab so einem neuen Zeitpunkt trifft, dann

dürfen die auch neu diskutiert werden. Und das geht dann schrittweise auch einfach nach vorne in der Behandlung gemeinsam.“

Unabhängig von den eher formellen Formen einer Vorausplanung wie Patientenverfügung und Behandlungsvereinbarung (aber auch Krisenplanung) gaben die Beteiligten neben dem Betroffenen das soziale Umfeld als Ressource zur Willensermittlung an. Soweit der Betroffene als Ressource genutzt wird, wurden frühzeitig weitere, mögliche Entwicklungen adressiert:

T7: „Also ich mache es so, wenn ich einen neuen Klienten bekomme, der, sage ich mal, potenziell an einer Erkrankung leidet, wo eventuell es dazu kommen könnte, dass der irgendwann vielleicht Medikamente absetzt oder Zwangsmaßnahmen tatsächlich fällig werden würden, dann thematisiere ich das tatsächlich im Vorwege und frage nach, wie wir in verschiedenen Situationen umgehen würden wollen.“

T2: „Also bei Patienten, die sprechen können und einigermaßen im Denkprozess noch relativ eine wenig Psychopathologie haben, kann man das schon noch rauskriegen im Gespräch, im Dialog.“

T5: „Ja, wir versuchen während des stationären Aufenthaltes, also eher gegen Ende des Aufenthaltes oder auch in der psychiatrischen Institutsambulanz dann in irgendeiner Phase zwischen den psychischen Krisen schon eben auch, wie schon erwähnt, zu besprechen: Beim erneuten Auftreten einer Krise, was sollen wir tun? Welche Medikamente sind gut, welche sind schlecht? Welche anderen nicht medikamentösen Maßnahmen sind gewünscht? Welche Bezugspersonen sollen miteinbezogen werden und so weiter?“

T3: „Ja, also die Ermittlung von Wunsch und Wille ist ja einer der Standardprogramme, was bei uns abläuft. Wir versuchen, über die Wünsche bezogen auf die gesamte Lebenslage zu erfassen. Und die Gesundheit oder die Krankheiten oder die Behandlung einer Gesundheitssituation ist ja ein Teil davon. Ja? Wir müssen erst/Aus unserer Sicht und aus meiner Sicht müssen wir das auch zwangsläufig machen, schon alleine, um eine konfliktfreie Einschätzung machen zu können, inwieweit denn überhaupt eine erhebliche Gefahr vorhanden ist. Und fragt sich mal/Also es ist relativ eindeutig, die erhebliche Gefahr, wenn es um Leben oder Tod geht. Aber selbst da müsste man miteinbeziehen, welche Wünsche beziehen sich auf Leben und Tod bei dieser Person überhaupt vorhanden sind. Von daher spielt das für uns eine wichtige Rolle, das Gesamtbild immer zu erfassen und nicht nur auf die Frage der aktuellen Behandlung irgendwie abzugreifen oder/Da können wir dann im Zweifel in schwierigen Situationen dann eben auf diese Information zurückgreifen, die wir in der

Hoffnung einer Zeit in einer persönlichen Auseinandersetzung mit dieser Person, also mit deren Auffassung dann eben gewonnen haben.“

T3: „Also die Frage ist ja für mich, die ich zu beantworten habe als Betreuer: Stelle ich nun einen Antrag auf Zwangsbehandlung Ja oder Nein. Und also eine Behandlung gegen den Willen? Und da bin ich froh, wenn ich diese Fragen grundsätzlich vorher schon mit demjenigen geklärt habe.“

Als weitere wichtige Ressourcen zur Willensermittlung wurde das soziale Umfeld einbezogen:

T2: „Ich setze allerdings auch ganz viel Gespräche ein im sozialen Umfeld, Freunde, Angehörige. Und bei geistig behinderten Patienten natürlich auch dann Betreuer, also irgendeinen, der sozial nah an diesen Menschen ist“

T3: „Wenn wir dann in eine Situation kommen, wo wir diese Person eben nicht kennen, also wo dieses Standardprogramm eben nicht ablaufen konnte, was auch passiert, dann sind wir quasi genauso ratlos wie alle anderen auch und können letzten Endes nur Bezug nehmen auf Freunde, Bekannte, Verwandte; Personen, die irgendwie mit dieser Person schon zu tun hatten.“

Soweit nichts über den Willen des:der Patient:in herauszufinden ist, wurde nach „besten Wissen“ gehandelt:

T3: „Und für den Fall, dass auch DAS nicht möglich ist, dann bleibt einfach nur das, was früher in ganz alten Betreuungszeiten quasi das Standardprogramm ist, dann eben eine gesetzliche Entscheidung zu machen, die man nach bestem Willen, Wissen und Gewissen dann eben für sich rechtfertigen muss. Das ist eine ganz unangenehme Situation. Und Gott sei Dank habe ich das in meinem ganzen Leben nur einmal so gehabt.“

Es wurden zudem Barrieren für die Willensermittlung benannt. Sie lassen sich den Kategorien Konstitution des Betroffenen selbst (insbesondere, wenn zur Krankheit und zum (vergangenen) Behandlungsgeschehen eine gewisse Ambivalenz zu spüren ist), Kommunikation (Möglichkeiten und Fähigkeiten) und (Zeit-)Aufwand zuordnen.

T5: „Also, wo wir gar nicht in dieses Gespräch kommen über: Da hat etwas stattgefunden, was vielleicht irgendwie durch eine Behandlung jetzt besser geworden ist oder so. Und dann finde ich es halt schwierig, wenn man diesen Konsens gar nicht hat. Es sind ja solche Patienten, die kommen sogar zu mir in die PIA und ich sehe die regelmäßig. Aber es gibt

trotzdem dann keinen Konsens, sobald ich darüber spreche, von wegen: Ja, Sie waren ja in der Klinik und da wurden Sie ja auch behandelt und so, und vielleicht passiert das ja noch mal. Wie sollen wir das machen so? Dass dann immer noch dieses Narrativ da ist: Nein, naja, ich wurde ja abgeholt von der Polizei, und bis heute weiß ich eigentlich nicht, warum und so, und jetzt bin ich auch froh, dass ich nicht mehr in der Klinik bin. Da ist es dann schwierig, sowas zu besprechen.“

T6: „nach meiner Erfahrung haben wir es bei Menschen mit schweren Psychosen, auch mit Ambivalenz zu tun. Also ich denke gerade an einen Patienten, der, wann immer er in der Klinik war, sich mit dem Medikamentenkonsum einfach überworfen hat. Da brauchte man da keine Zwangsmedikation. Und man hatte auch bestimmt nicht das Gefühl, dass er das so wollte, wie es dann kam. Hat auch mir gegenüber wirklich, wie ich ihn besucht habe in der Klinik, auch immer geklagt über diese Medikamente und jene. Wenn er dann draußen war und wieder einigermaßen stabilisiert war, hätte er im Nachhinein manches wohl genehmigt haben.“

Herausgestellt wurde zudem die Notwendigkeit eines Behandlungsplans über die Medikation hinaus, aber auch die dafür notwendigen Ressourcen:

T2: „Dieser Dialog muss viel intensiver sein. Und es muss auch klarere Methoden geben im Gesprächssetting mit dem Patienten. Was machen wir hier denn? Was bieten wir ihm an? Wir bieten ja ihm doch nicht ein Psychopharmaka an, das ist doch eingebettet in einen Gesamtbehandlungsplan. Das Leben besteht ja nicht nur daraus, die Symptome zu reduzieren. Und dieser Behandlungsplan und diese Behandlungssituation, das Setting, das muss viel klarer strukturiert sein und auch verpflichtend.“

T9: „aber der Aufwand ist groß. Das ist auch die Rückmeldung. Dieser Zeitaufwand, den man da braucht. Und dann ist man nicht mit einer Sitzung/hat man das durch. Da muss man wahrscheinlich/ Um das richtig zu machen, muss man schon sich mehrmals treffen. Und das ist was, muss man also bereit sein, das zu tun oder Verbindlichkeit haben und da auch die Ressourcen dafür. Das zieht ja Ressourcen, wenn ich jetzt sozusagen mich zwei, drei Stunden hinsetze. Die Effekte sind enorm. Also, wenn man sozusagen nachher mitbekommt den Perspektivenaustausch, wenn man Rückmeldungen von den Kollegen bekommt von den Prozessen, dann hat das durchaus positiven Wert. Aber das ist sozusagen da ein großer Aufwand, sage ich mal.“

Ein in der Fokusgruppe explizit angesprochener Bereich bildete der Überzeugungsversuch. Vor allem wurde erfragt, wie dies in der Praxis konkret erfolgt. Dabei lassen sich die Antworten nach folgendem Schema darstellen:

Tabelle 25: Überzeugungsversuch

Wer	Team/ Sonstige	- T1: „Wir unternehmen von allen Seiten dokumentierte Überzeugungsversuche“ - T2: „Ich mache es nur noch im Beisein des gesetzlichen Betreuers oder einer Vertrauensperson.“
	Betreuer:in	- T4: „In der Akutsituation finden faktisch keine Gespräche statt. Also da ist es tatsächlich genau so, dass ich höchstens drei Minuten auf ein Gespräch konzentriert werden kann und die Antwort dann nicht zur Frage passt. Also idealerweise führen wir als Betreuer vorher solche Gespräche und führen wir sie in guten Zeiten, nicht in den schwierigen Zeiten und/ wie eben auch Herr [anonymisiert -> T7] schon gesagt hat.“ - T3 -> selbst
	Ärzt:in	- T5 -> selbst - T2 -> selbst - T7: „Behandler“
	Pfleger:in	T9 -> selbst
Wie	Unterstützen	T3: „Aber wenn grundsätzlich klar ist: Wie will ich denn im Zweifel irgendwie behandelt werden? Das entbindet mich natürlich nicht von der Pflicht, irgendwie zu gucken: Wie ist das in der akuten Situation? In der akuten Situation ist das in der Regel sehr viel schwieriger, miteinander zu kommunizieren. Mitunter kommt man auch gar nicht zu einem gründlichen Austausch. Aber ich würde immer oder ich versuche immer quasi, die Entscheidungsalternativen aufzuzeigen, auch wenn sie von dem abweichen, was derjenige vorher mal gesagt hat, um sicherzugehen, was denn nun tatsächlich als Wunsch dann auch nachhaltig da ist. Und ich versuche halt, immer auch deutlich zu machen, welche Gefahren mit welcher Entscheidung verbunden sind. Also es geht ja um Unterstützung, ja, Entscheidung: Will ich behandelt werden oder will ich nicht behandelt werden? Und dann in der Folge geht es darum, ob ich das quasi gegen den Willen dieser Person entscheide dann oder nicht entscheide. Ja, und das versuche ich halt, immer hinzukriegen.“
	Aufklären	T4: „Wenn ich jetzt an meine geistig Behinderten denke, dann finde ich es eigentlich immer sehr gruselig, wie wenig dort an Aufklärung probiert wird. Also ich habe es bisher weder beobachten können, dass irgendwie probiert mit einer Bildaufklärung, also mit Bildern oder Piktogrammen aufzuklären, was passieren soll, noch mit einfacher Sprache oder, oder, oder. Es ist bisher alles nicht passiert, weil die geistig Behinderten aus meiner Sicht dort hinten rüber fallen. Wenn sie also eben diese psychische Erkrankung haben UND eine geistige Behinderung, da wird ganz oft einfach nur, was weiß ich, eine Spritze gezeigt oder mit Tabletten, das wird abgelehnt nonverbal oder verbal von den Menschen mit geistiger Behinderung. Und das war es dann an Willensbildung.“
	Verhandeln	- T9: „Immer, wie gesagt, gibt mir so Vorlauf über mehrere Tage dann, erst mal einen Zugang zur Behandlung zu finden und mit den Leuten verhandeln. Was in der Regel auch funktioniert.“ - T3: „Und dann geht es um solche einfachen zum Beispiel Entscheidungen, Fragestellungen: Lasse ich mir jetzt Blut abnehmen oder

		nicht? Also eigentlich dann relativ einfache Fragestellung. Und weil tatsächlich ist es so, wenn der Arzt das machen will oder die Ärztin das machen will, dann weigert sie sich gegen. Ne? Also dann sagt sie eindeutig: Ich will das nicht. Aber ob das sozusagen/Also, was der Hintergrund dieser Weigerung ist, dazu muss man eben sehr intensiv mit ihr sprechen. Und wenn man das tut und wenn man dann in der Lage ist, auch den Benefit, den sie sozusagen davon hat, um es so deutlich zu machen, dann kommt es eben dazu, dass sie da einwilligt, also dass sie dann das, ohne dass sie den Arm oder sonst was wieder wegzieht, das eben machen lässt. Und man hat dann sozusagen diese/das ist diese Art erst der Überzeugungsversuche. So würde ich das mal nennen. Das kann aber genauso gut auch wieder andersrum ausgehen, dass sie dann/Da kann man machen, was man will, es geht halt nicht. Und das ist so in dem Fall dann so. Und dann gibt es aber auch wiederum andere Fälle, wo sich also solche eine Erscheinung auf diese Art nicht herbeiführen lässt, weder in die eine noch in die andere Richtung. Da bleibt das dann eben nur übrig, dass der Betreuer dann nach bestem Wissen und Gewissen wiederum unter Würdigung aller Umstände und unter Beseitigung der berechtigten oder unberechtigten Interessen Dritter versucht, eine Entscheidung zu treffen, die auf das Leben dieser Person bezogen sind. So, als hätte sie, wenn die kognitiven Einschränkungen NICHT da wären, möglicherweise selbst für sich entschieden hätte. So allgemein würde ich das dann sagen. Für mich ist das dann ein Lichtstrahl.“
	Überprüfen	T7: „Dass sozusagen da eben auch die Behandler dann Rücksprache halten und sagen: Mensch, wir versuchen jetzt schon seit einer Woche, wir können ihn nicht überzeugen, wie stehen Sie zu einer Zwangsmedikation? Und dann kommt von mir eben sozusagen die Gegenfrage: Was haben Sie denn noch an Möglichkeiten auf dem Wege der Überzeugung? Was haben Sie schon alles getan? Und lasse mir das sozusagen auch erklären, was da so gewesen ist, bevor ich dann sage: Okay, dann stelle ich den Antrag, wenn Sie mir sagen, wie Sie es gerne/ welche Medikamente Sie gerne nehmen würden wollen über welchen Zeitraum, mit welchem Erfolg.“
Wann	Häufigkeit	- T9: „Immer, wie gesagt, gibt mir so Vorlauf über mehrere Tage dann, erst mal einen Zugang zur Behandlung zu finden und mit den Leuten verhandeln. Was in der Regel auch funktioniert.“ - T2: „Also diese Gespräche sind ja durchaus nicht immer von so einer Erregung gekennzeichnet, sondern oft von so einem anhaltenden Widerstand und von einer anhaltenden Leugnung der Erkrankung bei den schwer erkrankten Patienten. Und dann kann man diese Gespräche nicht oft genug führen.“ - T4: „Also, wenn ich an meine dementen (Patienten?) denke, dann haben wir es manchmal auch einfach schon so gemacht, dass wir gesagt haben, okay, heute ist vielleicht einfach kein guter Tag und haben es an einem anderen Tag wieder probiert.“
	Dauer	- T1: „über einen Zeitraum von Minimum 10 Tagen, in der Regel 14 Tage“ - T5: „wenn dann die Überzeugungsversuche geleistet wurden dann zwei Wochen lang“ - T1: „Also die Versuche sollten natürlich eine vernünftige Gesprächsführung sein und auch von einer gewissen Dauer sein. In der Realität ist es in den allerallerallerseltensten Fällen umsetzbar.“
	Zeitpunkte	T4: „Also, wenn ich an meine dementen (Patienten?) denke, dann haben wir es manchmal auch einfach schon so gemacht, dass wir gesagt haben, okay, heute ist vielleicht einfach kein guter Tag und haben es an einem anderen Tag wieder probiert.“

Mit Blick auf die Dokumentation der Überzeugungsversuche zeigte sich, dass eine genaue Dokumentation der Überzeugungsversuche auch mit Blick auf die Inhalte hilfreich ist. Dabei wurde auch bereits auf die Bedeutung des Überzeugungsversuchs für das gerichtliche Verfahren Bezug genommen.

T1: „Und die Überzeugungsversuche werden hier bei uns ganz streng wirklich dokumentiert und auch vorgelegt. Es wird der Name der Fachkraft notiert. Es wird der Name des Arztes notiert. Es wird notiert, wann der Betreuer vor Ort war. Es wird notiert, wann der Verfahrenspfleger vor Ort war und die Überzeugungsversuche gemacht hat. Und erst dann quasi macht das Gericht einen Gutachtensauftrag.“

T4: „Und das halte ich für ganz wichtig, dass man nicht nur dokumentiert, wie diese Gespräche gelaufen sind und was dabei rauskam, sondern auch versucht, diese Gespräche so ein bisschen einzuordnen, zu spiegeln und zu sagen: Wie schätzt man eben/ Oder wie gesichert oder wie glaubhaft schätzt man das Ergebnis der Gespräche ein?“

Mit Blick auf die Schwierigkeit respektive Herausforderungen zeigten sich Unterschiede, die sowohl Bezug nehmen auf die Art und Ausprägung der Erkrankung der Betroffenen, die womöglich aber auch auf eine unterschiedliche Herangehensweise der Gesprächsführenden hindeuten können:

T1: „Also die Versuche sollten natürlich eine vernünftige Gesprächsführung sein und auch von einer gewissen Dauer sein. In der Realität ist es in den allerallerallerseltensten Fällen umsetzbar.“

T2: „Also diese Gespräche sind ja durchaus nicht immer von so einer Erregung gekennzeichnet, sondern oft von so einem anhaltenden Widerstand und von einer anhaltenden Leugnung der Erkrankung bei den schwer erkrankten Patienten. Und dann kann man diese Gespräche nicht oft genug führen.“

Es wurde aber in diesem Zusammenhang auch Kritik an der Regelung des § 1832 Abs. 1 Nr. 4 BGB hörbar:

T2: „Ich glaube, ich weiß nicht, was der Gesetzgeber sich dabei gedacht hat ehrlich gesagt. Also ich vermute mal, dass man dann in so einer Situation, wie Frau [anonymisiert -> T1] sie schildert, was ja dann in dieser Erregung, in diesen psychiatrischen Erregungssituationen die Regel ist, dass die vielleicht nicht gemeint sind und vielleicht sind andere Situationen gemeint.

Das sage ich mal so. In so einer Situation kann man nur das machen, was Frau [anonymisiert - >T1] versucht hat und dann dokumentieren, dass es nicht möglich war. So. Punkt“

Bei dieser Kritik wurde vor allem an Personen in Akutsituationen bzw. starken Erregungszuständen gedacht. Aber auch hier gab es differenzierte Überlegungen:

T3: „In der akuten Situation ist das in der Regel sehr viel schwieriger, miteinander zu kommunizieren. (...) Das klappt unterschiedlich gut. Das hängt eben davon ab, wie akut der Gesundheitszustand ist oder wie negativ der sich auf die Möglichkeit auswirkt, dass ich mit ihm kommunizieren kann. Also dann kann sein, dass ich (das?) mit demjenigen machen kann. Dann bin ich halt auf das angewiesen, was vorher halt besprochen haben. Und darauf greife ich dann auch zurück.“

Als förderlicher Faktor wurde u.a. der Einbezug von Vertrauenspersonen

T6: „Meine Vermutung wäre, und dann sage ich das hier, mancher Überzeugungsversuch würde viel besser klappen, wenn systematisch geregelt wäre, dass Vertrauenspersonen von draußen in die Kliniküberzeugungsversuche einbezogen werden“

sowie die Kommunikation generell gesehen.

T3: „Eigentlich kann man nur grundsätzlich sagen, dass Kommunikation ist wichtig. Also so gerade wie möglich mit demjenigen kommunizieren, egal auf welche Art und Weise. Auch immer natürlich auf die Art und Weise, wo derjenige auch Zugang zu findet. Und auf der Grundlage dann zu gucken: Was will derjenige denn?“

Insbesondere bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, die per se als besonders herausfordernd gelten mögen, wurden fehlende Aufklärung und fehlende unterstützende Entscheidungshilfen bemängelt:

T4: „Wenn ich jetzt an meine geistig Behinderten denke, dann finde ich es eigentlich immer sehr gruselig, wie wenig dort an Aufklärung probiert wird. Also ich habe es bisher weder beobachten können, dass irgendwie probiert mit einer Bildaufklärung, also mit Bildern oder Piktogrammen aufzuklären, was passieren soll, noch mit einfacher Sprache oder, oder, oder. Es ist bisher alles nicht passiert, weil die geistig Behinderten aus meiner Sicht dort hinten rüber fallen. Wenn sie also eben diese psychische Erkrankung haben UND eine geistige Behinderung, da wird ganz oft einfach nur, was weiß ich, eine Spritze gezeigt oder mit

Tabletten, das wird abgelehnt nonverbal oder verbal von den Menschen mit geistiger Behinderung. Und das war es dann an Willensbildung.“

Eingeräumt wurde allerdings auch, dass in bestimmten Fällen starker Beeinträchtigung die Willensermittlung schwierig sei und letztlich eher der Wille der Angehörigen abgebildet werde:

T1: „Also wir haben/Ich habe jetzt mehr an Patienten gedacht, die einfach kognitiv von Grund auf so eingeschränkt sind, also schwerst mehrfach behinderte Patienten, die zwangsmediziert werden sollen. Da kann ich auch der Praxis sagen, dass Überzeugungsversuche gar nicht stattfinden können, weil ja nur eine basale Kommunikation möglich ist. Also wie zeigt oder äußert der Patient überhaupt, dass er Hunger und Durst hat? Ja? Will er was essen? Er wird versorgt. Und da beziehen wir ausschließlich die rechtlichen Betreuer, das sind in der Regel die Angehörigen, ein und sonst niemanden. Und ganz ehrlich, man muss es so sagen, wie es ist: Der Wille der Angehörigen, der entscheidet dann.“

Explizit auf die Möglichkeit bzw. die gewünschte Möglichkeit zu heimlicher/verdeckter Gabe von Medikamenten befragt, zeigte die Fokusgruppe ein recht einheitliches ablehnendes Bild mit sich ergänzender Argumentation. Auch wurde berichtet, dass die heimliche Gabe eher etwas aus der Vergangenheit sei und dem heutigen Umgang mit Betroffenen nicht mehr entspreche.

T1: „Also die verdeckte Vergabe von Medikation lehnen wir komplett ab, egal in welchen Situationen. Das betrachten wir hier als tatsächlich strafrechtlich relevantes Tun. Das befürworten wir in GAR keiner Form, und das findet tatsächlich auch nicht statt.“

T3: „Die verdeckte Vergabe von Medikamenten ist mir im stationären Rahmen in den letzten Jahren gar nicht mehr untergekommen. Also im stationären Rahmen meine ich damit nicht nur die Kliniker und auch Pfleger oder sonst was, also wo Medikamentenvergabe bei kognitiv beeinträchtigten Menschen dann/denen das untergejubelt wird. Das kommt in dem Zusammenhang eigentlich so gut wie gar nicht mehr vor.“

T7: „Das kann man nicht machen. Man kann nicht jemandem gegen seinen Willen irgendein Medikament, auch wenn es dann vielleicht zu seinen Gunsten sein sollte, ihm unterjubeln in Anführungsstrichen. Das finde ich ethisch nicht vertretbar, rechtlich nicht vertretbar. Und ich finde nicht, dass es da eine Regelung zu geben sollte, dass das legitimiert wird. Sondern, die Regelung sollte so bestehen bleiben, dass das verboten und strafbar ist.“

T8: „Also ich würde oder meine Meinung dazu ist, dass ich es nicht für richtig halte, dass die verdeckte Medikamentengabe eine Berechtigung bekommen sollte, sondern dass es einfach unzulässig ist und auch weiterhin sein sollte.“

T1: „Also ich bin auch dagegen, die verdeckte Medikamentengabe zu genehmigen. Das ist und bleibt eine Körperverletzung. Das ist strafrechtlich relevant. Und diese Route hier muss für alle klar sein.“

Es wurde hier – wie auch bei einer Zulassung der ambulanten Zwangsbehandlung – die Sorge geäußert, dass bei einer Zulassung der ultima ratio-Gedanke nicht mehr einzuhalten sei.

T6: „also verdeckte Medikation auch noch zulassen wollen, glaube ich, das geht so nicht. Wenn man die Tür mal aufmacht, ist sie auf.“

Für eine Eröffnung dieser Möglichkeit – bei klarer rechtlicher und zeitlich beschränkter Grundlage – sprach sich ein:e Teilnehmende:r aus, wobei zunächst die Fremdgefährdung als Anwendungsfall erwähnt wurde.

T2: „Da ich um diese klinischen Situationen weiß, wo man gerne was hätte, also man was tun würde, bis eben eine gesetzliche Grundlage geschaffen ist in dem Rahmen, den es jetzt gibt, bin ich für eine klare gesetzliche Regelung für einen gewissen Zeitraum, dass sowas möglich ist, und zwar in Situationen, wo eine Fremdgefährdung oder auch eine Eigengefährdung des Patienten da ist“

Explizit noch einmal zu dem Themenkreis Ambulantisierung befragt, bei dem Vor- und Nachteile einer Zulassung erörtert wurden, wurden zwei Settings bzw. Bereiche benannt: Forensische Patienten (T2) und Pflegeheim (T4). Dabei stand die Depotmedikation im Fokus, auch im von T4 genannten, in die Diskussion eingestellten Fallbeispiel:

T4: „Ich denke da mal an einen Fall, in dem wir nach so einer ambulanten Lösung suchen. Eine ältere Frau, die den unbedingten Wunsch hatte, in einem ganz normalen Pflegeheim wohnen zu können und eben auch aus diesem nicht wieder rausgerissen werden möchte, es aber immer wieder zu sehr wahnhaften Episoden kommt, in denen die Medikamente abgesetzt werden und wir eben nach Lösungen suchen, um ihr den nächsten Krankenhausaufenthalt zu ersparen, weil eigentlich nicht erst in einem stationären Setting herausgefunden werden muss, welches Medikament in welcher Dosierung WIRKT. So, und dass eigentlich alles bekannt ist. Es ist total klar, welches Medikament wirkt. Es ist klar, in welcher Dosierung es

gegeben werden muss. Es ist alles klar. Und trotzdem ist es auch so unmöglich, mit dem niedergelassenen Facharzt das hinzubekommen, auch nur darüber zu reden oder auch nur darüber nachzudenken, in so eine Depotgabe, und sei es eben gegen den Willen, um diesen Ursprungswunsch zu erfüllen irgendwie, in die Diskussion zu kommen. Und die Betroffene hat eigentlich einfach eine ganz klare Vorstellung, wo sie leben möchte, wie sie leben möchte und dass es nicht zu solchen Vorfällen kommen soll. Dass wir jeden Krankenhausaufenthalt verhindern sollen und so weiter und sofort. Und trotzdem ist es nicht meine Erfahrung, dass wir diese ambulanten Diskussionen gut hinbekommen, also mit den Fachärzten und da uns/ also das schon gar nicht als Lösung vorgeschlagen wird. (...) Also das wird ganz schnell/ Das wird ganz schnell abgeriegelt, ganz schnell auf den Standardfall stationärer Krankenhausaufenthalt geschoben, der eigentlich überhaupt nicht notwendig ist.“ (T4)

Für die Depotmedikation wurde die Unterbringung in einer Klinik teils nicht als zwingend angesehen,

T7: „Unter welchen Bedingungen kann man das sozusagen auch draußen ambulant machen? Da musste dieser Patient ja nicht untergebracht werden für drei, vier Tage, nur damit er seine Zwangsmedikation, in Anführungsstrichen sein Depot kriegt. Das war spannend deswegen, weil er nicht gesagt hat: Eigentlich hilft es mir, aber irgendwie mag ich diesen Piks nicht so. Ja? Das war seine Begründung. Und deswegen glaube ich, dass man da auch ein Setting schaffen könnte, wo man dieses klinische Setting nicht braucht aber trotzdem sagen kann: Okay, diese Depotmedikation ist eine wichtige Medikation, die auch unter Umständen als Zwangsmedikation laufen könnte, müsste, aber eben nicht unter einem klinischen Setting sein muss. Aber da gibt es eben nichts“

während dies für die Akutsituation ausgeschlossen wurde:

T7: „Also generell würde ich sagen, in der Akutsituation sollte eine Zwangsmedikation immer mit einem Klinikaufenthalt gekoppelt sein.“

Aber auch die genannte Situation der Depotmedikation mit bereits für den Betroffenen bekannter Medikation stieß in der Gruppe auf Widerspruch:

T6: „Die Idee mit dem Thema muss lange, lange, lange und damit eben über zwangsläufig/ Ich kenne so Situationen auch, wie der Herr [anonymisiert ->T7] sie beschrieben hat, die gibt es dann in der Tat, und zwar vor allem mit Menschen mit Psychosen und Depotmedikamenten. Genau über diese Personengruppe reden wir. Und die Idee, der müsste

jetzt lange immer wieder zwangsbehandelt werden, hat auch was damit zu tun, dass man Veränderungen in seinem Leben, die auch irgendwann dann mal zu Einverständnis führt zu einer Medikation, sich schon lange vorstellt. Das ist aber wissenschaftlich nicht wichtig, wie wir wissen, spätestens nach der Enthospitalisierung. Diese Art von Chronizitätsformen, die müssen wir jetzt nicht auch noch juristisch festhalten, das geht zu weit.“

Mit diesen Bedenken war u.a. die Sorge einer ständigen Wiederholung der Zwangsbehandlung verbunden, deren Anwendung nicht mehr ernsthaft hinterfragt würde. Die Sorge vor einer unzureichenden Kontrolle der Anwendung fand sich auch an anderer Stelle wieder:

T1: „Und weswegen ich wirklich für eine stationäre Behandlung bin, ist einfach die Form der Medikation. Die Medikation wird hier sehr hoch angesetzt. Und wir haben eine sehr hohe Eingangsmedikation mit sehr vielen Nebenwirkungen. Und das bedarf einer ganz engmaschigen ärztlichen Kontrolle, um wirklich Schaden vom Patienten abzuwenden. Und den habe ich in einem ambulanten Setting (nicht?), es sei denn, man könnte sicherstellen, dass der Patient auch da 24 Stunden rund um die Uhr fachärztlich betreut“.

Bedenken wurden auch im Hinblick auf den Anwendungsbereich der Zwangsbehandlung geäußert. Hinterfragt wurde hier, ob die Voraussetzungen des § 1832 BGB überhaupt in den diskutierten Fällen erfüllt wären oder ob man mit den Überlegungen zur ambulanten Zwangsbehandlung nicht die Hürden (faktisch) herabsenke:

T6: „Also ich finde, ambulante Zwangsbehandlung ist ein Widerspruch in sich. Denn zunächst mal muss man ja daran erinnern, dass eine Zwangsbehandlung nur dann überhaupt zulässig ist, wenn eine unmittelbare schwerwiegende Gefahr für diese Personen besteht. Wenn der aber draußen leben kann, was bitte meint man da eigentlich?“

Die Fokusgruppe sollte sich auch zur Zusammenarbeit mit den handelnden Akteuren äußern. Berichtet wurde von Runden Tischen, Fallbesprechungen mit verschiedenen Akteuren, einer Kultur des Austausches. Wenn solche Kooperationsformen vorhanden waren, wurde dies durchweg als positiv berichtet und konnte als best practice bezeichnet werden. Mit diesen best practice-Beispielen wurde zugleich der Wunsch nach solchen Formaten geäußert und deren Bedeutung für ein gutes Zusammenspiel zugunsten des:der Betroffenen.

T2: „Und wenn wir da besser kooperieren würden, natürlich auch immer mit den gesetzlichen Betreuern, dann hätten wir ein viel besseres Gesamtbild von dem, was der Betroffene braucht, und zwar in seinem Lebensumfeld.“

T8: „Und dann wird im Zweifelsfall eine Entscheidung für den Menschen getroffen, wie sie ethisch, moralisch und rechtlich am besten vertretbar ist, und das auch nicht im Alleingang, sondern im multiprofessionellen Team. Aber da sind alle Beteiligten mitbefragt von Betreuung über Pflegepersonal, SozialarbeiterInnen, Ärzten, Oberärzten, Klinikleitung, die da wirklich auch ihre Meinung und ihren Eindruck so kundtun“

Mit diesem Wunsch nach Zusammenwirken wurden aber auch noch zu überwindende Lücken in der Versorgung, insbesondere an der Schnittstelle ambulant/stationär sichtbar.

T6: „Wenn die ambulanten Zuständigen dort systematischer einbezogen würden, vielleicht sogar verpflichtend, das wäre an sich ja mein Wunsch, dann hätten wir ja nicht nur ein genaueres Bild, was mit den Leuten los ist, aber wir hätten vielleicht auch Vertrauenspersonen vor Ort, Beziehungen, die wir nutzen könnten.“

T2: „Aber ich denke, dass die Präventionsmaßnahmen und diese Schnittstelle zwischen ambulant und stationär, da ist noch viel, viel, viel Musik drin. Und wenn wir da besser kooperieren würden, natürlich auch immer mit den gesetzlichen Betreuern, dann hätten wir ein viel besseres Gesamtbild von dem, was der Betroffene braucht, und zwar in seinem Lebensumfeld.“

T9: „das hat sich immer gelohnt, dass da immer gut sozusagen zusammenzubringen. Und da ist auch ein regelmäßiger Austausch gerade mit den gesetzlichen Betreuern/ war ich da auf engem Austausch in der Begleitung“

Die Bedeutung von Netzwerkgesprächen in verschiedenen Formen wurde von mehreren Teilnehmenden der Fokusgruppe hervorgebracht.

T4: „Sie fragten ja, wie die Zusammenarbeit wirklich sein könnte. Ich sehe das genau so wie mein Vorgänger, dass es also nicht nur irgendwie aus Telefonaten besteht, sondern dass ich es in guten Settings auch immer erlebt habe, dass sofort vorgeschlagen wird, dass es einen gemeinsamen Tisch gibt im Klinikum. Dass ich entweder zur Visite eingeladen werde oder zu irgendeiner Art von gemeinsamem Gesprächstermin.“

T4: „Also das habe ich auch bisher am positivsten erlebt, dass diese gemeinsamen Gespräche am Tisch im Krankenhaus im Rahmen dieser Zwangsbehandlung am besten sind, wenn tatsächlich auch/also wenn wir dabei sind, weil vielleicht werden viele Verfahren von uns“

T7: „Und zwar habe ich tatsächlich erlebt in der Klinik, dass da eine sehr gute Zusammenarbeit immer ist. Zum einen deswegen, weil wenn ich jetzt jemanden habe, der untergebracht ist, bin ich natürlich im ständigen Austausch mit den Behandlern, um einfach zu wissen, wie ist der Fortschritt, was passiert. Aber eben auch über den Austausch: Bedarf es eben einer Medikation? Nimmt er seine Medikation? Nimmt er seine Medikation nicht? Was schlagen Sie vor? Sodass ich eigentlich nie überrascht worden bin. Dass das Gericht bei mir irgendwie angerufen hat und hat gesagt: Wollen Sie mal einen Antrag stellen? Also das habe ich tatsächlich so nie erlebt, weil ich das immer irgendwie auch begleite und da im Austausch bin.“

T7: „Dass sozusagen da eben auch die Behandler dann Rücksprache halten und sagen: Mensch, wir versuchen jetzt schon seit einer Woche, wir können ihn nicht überzeugen, wie stehen Sie zu einer Zwangsmedikation? Und dann kommt von mir eben sozusagen die Gegenfrage: Was haben Sie denn noch an Möglichkeiten auf dem Wege der Überzeugung? Was haben Sie schon alles getan? Und lasse mir das sozusagen auch erklären, was da so gewesen ist, bevor ich dann sage: Okay, dann stelle ich den Antrag, wenn Sie mir sagen, wie Sie es gerne/welche Medikamente Sie gerne nehmen würden wollen über welchen Zeitraum, mit welchem Erfolg.“

T7: „Also ich habe mir schon häufig gewünscht, dass wir einen Runden Tisch haben, wo tatsächlich dann alle Vertreter daran sitzen und man Sachen besprechen kann und sagen kann: Okay, wir haben hier den und den Patienten, den und den Klienten, der immer wieder auch in die Klinik rein muss, immer wieder auch unter Zwangsmaßnahmen.“

Es wurde allerdings auch kritisch geäußert, dass manche Akteure ihren eigenen Rolle im Gesamtgeschehen nicht verantwortungsbewusst genug nachgingen. So wurde insbesondere kritisiert, wenn rechtliche Betreuer:innen die Notwendigkeit einer Zwangsbehandlung nicht gründlich genug prüfen und vorschnell um Genehmigung ihrer Einwilligung in die Zwangsbehandlung bitten würden:

T5: „Oder auch, wenn es einzelne Betreuer gibt, die dann sehr, ja, wie soll man sagen/ Also die dann aus unserer Sicht auch nicht so ganz streng, wie es das BGB eigentlich vorschreibt, dann die Indikation stellen für eine Behandlung, wo ich mich dann manchmal frage, warum das richterlich überhaupt genehmigt werden konnte. So unter dem Motto: Ach, die Patientin bleibt ja nicht abstinent, die schafft es ja jetzt gar nicht mehr zu einer Wohnungsbesichtigung. Wo ich mir denke, das ist alles sehr dramatisch, aber weiß ich jetzt nicht, warum sie deswegen jetzt sechs Wochen gegen ihren Willen in der Klinik behandelt werden muss. Also

solche Fälle haben wir auch immer wieder, wo wir dann mit den Patienten da sind und es gibt einen Beschluss, aber wir, ja, haben da einen Auftrag, mit dem wir uns dann gar nicht so identifizieren können.“

4. Diskussion

Auf der Ebene des gerichtlichen Verfahrens wird vor allem die als teils lang empfundene Verfahrensdauer kritisiert sowie die Vorgaben im Beschluss zur Medikation. Zu letzteren könnte allerdings eine Fehlvorstellung zur Dosierung bestehen, da der Beschluss die Höchstmenge ausweist und keine exakte Vorgabe gibt. Ebenso ist zu hinterfragen, ob bestehende Beschlüsse umgesetzt werden müssen, da zunächst eine Indikationsstellung in der konkreten Situation vorliegen muss. Von diesen Detailfragen abgesehen, verlagert sich die Diskussion um Zwangsbehandlungen vor allem auf zwei Ebenen: die Versorgungssituation der Betroffenen außerhalb der Klinik – von der Prävention bis zur Reaktion auf Krisen – und auf das Ermitteln des Willens der Person, wobei vor allem die betroffene Person selbst und erst im zweiten Schritt die An- und Zugehörigen als Ressource gesehen werden.

Unterschiedliche Positionen finden sich bei den (theoretischen) Überlegungen zur Zwangsbehandlung außerhalb der Klinik, die nur von wenigen und nur für den Bereich Depotmedikation in Betracht gezogen wird. Recht einheitlich gestaltet sich die Ablehnung gegenüber einer möglichen Zulassung heimlicher bzw. verdeckter Medikation, die zudem eher der Vergangenheit zugeordnet wird. Zu berücksichtigen ist, dass die Fokusgruppe sich vor allem mit Menschen mit psychischen Problemen befasst hat, die außerhalb der psychischen Krise zu eigenen Willensbildungen fähig sind. Der Bereich von Menschen mit geistiger Behinderung verbunden mit dauerhafter Einwilligungsunfähigkeit ist allerdings auch angesprochen worden. Die Teilnehmenden befürworten überwiegend Behandlungsvereinbarungen, problematisieren jedoch auch den damit verbundenen Aufwand. Angesichts der geringen Verbreitung von Patientenverfügung und Behandlungsvereinbarung ist es eine bemerkenswerte Feststellung, dass in der Fokusgruppe ein größeres Erfahrungswissen vorhanden ist.

5. Limitationen und Stärken

Eine Limitation dieser Fokusgruppe bezieht sich, neben der üblichen Verzerrungsgefahr bei Fokusgruppen aufgrund von sozialer Erwünschtheit, auf einen möglichen Samplebias. Die

Teilnehmenden der Fokusgruppe dürfen aufgrund ihrer langen und breiten Berufserfahrung als besonders sensibel gegenüber den Fragestellungen gelten, dies limitiert auf der einen Seite die Aussagekraft der Ergebnisse, ist auf der anderen Seite aber auch eine Stärke, da Personen mit großen Erfahrungswissen aus diesem speziellen Feld zu Wort kamen und damit auch Hinweise für eine Verbesserung in diesem Versorgungsbereich liefern können.

Eine Stärke dieser Fokusgruppe besteht außerdem in der Heterogenität sowohl der Berufsgruppen, die nah an den Betroffenen sind, als auch der Berufserfahrung und der regionalen Verteilung. Hierdurch konnte eine hohe Bandbreite an Kontexten und Perspektiven in die Datenerhebung eingeschlossen werden.

II. Fokusgruppe „Altenpflegeheime“

Zwangsbehandlungen dürfen in Pflegeheimen nicht durchgeführt werden. Sollte eine Behandlung oder Untersuchung gegen den Willen des:der Betroffenen im Sinne des § 1832 BGB notwendig sein, muss der:die Betroffene dafür in eine Klinik gebracht werden. Neben der Diskussion um den Umgang mit Behandlungsablehnungen in der Praxis steht die Frage einer möglicherweise in der Praxis vorkommenden heimlichen Medikamentengabe respektive dem Wunsch danach im Raum. Da über beides wenig bekannt ist und die Fragen bislang eventuell vielfach diskutiert wurden, ohne die Praxis einzubeziehen, wurde eine Fokusgruppe mit Berufsgruppenangehörigen durchgeführt, die in ihrer beruflichen Praxis mit den genannten Themenkomplexen in Berührung kommen (können).

1. Methodisches Vorgehen und Stichprobenbeschreibung

Eingeschlossen wurden relevante Berufsgruppen wie Einrichtungsleitungen, Pflegefachpersonen, rechtliche Betreuer:innen und (Haus-) Ärzt:innen, die im Pflegeheim tätig sind. Die Pflegefachpersonen befanden sich überwiegend in Leitungspositionen und waren somit für die Umsetzung von kritischen Maßnahmen oder grundsätzlichen Leitlinien der Einrichtung zuständig. Im Zuge des Samplings wurde auf eine geographische Verteilung und auf eine Spannweite der Urbanität bzw. Ruralität der Befragten sowie auf eine möglichst kontrastreiche Berufserfahrung der Befragten geachtet. Die Rekrutierung der Teilnehmenden erfolgte zunächst über Fachgesellschaften und Verbände. Aufgrund einer geringen Teilnahmebereitschaft wurden auch informellere Kanäle wie Mitglieder in

Arbeitsgruppen, Teilnehmende und Referierende auf Tagungen angefragt und gebeten, wiederum die Anfrage zur Teilnahme innerhalb ihrer Kontaktgruppen zu verbreiten, um hier eine weite Streuung der Anfrage zur Teilnahme zu erhalten. Aus Kreisen der Pflegefachpersonen wurden als Gründe für eine Nichtteilnahme neben Zeitmangel auch ein Unwohlsein und eine Unsicherheit bei der Teilnahme an einem Forschungsprojekt geäußert, sowie aber auch Bedenken dergestalt, dass das Thema ethisch brisant sei und man sich Sorge, an welchen Ergebnissen man mitwirke.

Die Fokusgruppe fand online (via Zoom) statt und dauerte 95 Min. Die Moderation wurde von Mitgliedern des Forschungsteams (T.H./M.K.) übernommen. Es kam ein selbst-operationalisierter Leitfaden zum Einsatz. Die Fokusgruppe wurde auditiv aufgezeichnet, anonymisiert und wörtlich transkribiert. Die Transkripte wurden anschließend mit Hilfe der Zusammenfassung zentraler Diskussionsaspekte nach Ruddat (Ruddat 2012) ausgewertet. Soziodemographische Merkmale der Teilnehmenden wurden eines zuvor versendeten Fragebogens gemäß folgender Übersicht separat erfasst. Die folgende Übersicht enthält daher Selbstangaben:

Tabelle 26: Stichprobe aggregiert (n=7 Teilnehmende)

Alter (in Jahren)	
18-25	n=0
25-34	n=0
35-44	n=1
45-54	n=3
55-64	n=2
65-74	n=0
75-84	n=0
Keine Angabe	n=1
Geschlecht	
Weiblich n=4	Männlich n=3

Beruflicher Ausbildungsabschluss (Mehrfachantworten möglich)	
Allgemeinmediziner:in/Hausarzt:in	n=1
Berufsbetreuer:in	n=1
Pflegefachperson	n=3
Sozialgerontolog:in	n=1
Sozialarbeiter:in	n=2
Pflegemanager:in	n=1
Verfahrenspfleger:in	n=1
Pflegewissenschaftler:in	n=1
Aktuelle berufliche Tätigkeit (Mehrfachantworten möglich)	
Hausarzt:in	n=1
Berufsbetreuer:in	n=2
(Stellv.) Heimleitung	n=2
Sozialgerontolog:in	n=1
Hochschullehrer:in	n=1
Berufserfahrung (in Jahren)	
Generell	M=28 ; SD=7 ; Range=19-39
Aktuelle berufliche Tätigkeit	M=7; SD=5 ; Range=2-18
Zuletzt mit ärztlichen Zwangsmaßnahmen konfrontiert	
2022	n=1
2023	n=3
Nie	n=2
Keine Angabe	n=1

2. Ergebnisse

Thematisch sind vor allem zwei Bereiche von der Fokusgruppe diskutiert worden: Umgang mit Behandlungsablehnung und der Umgang mit bzw. die Fragestellung bezüglich heimlicher/verdeckter Gabe von Medikamenten. Die Teilnehmenden haben sich auch zu Zahnbehandlungen und Verlegungen in die Klinik geäußert. Im Fokus der Diskussion standen für die Teilnehmenden oftmals Personen mit fortgeschrittener demenzieller Erkrankung.

a) Begriffsklärung

Es zeigt sich, dass eine Begriffsklärung der ärztlichen Zwangsmaßnahme (Zwangsbehandlung) erforderlich war, weil sich in der Diskussion unterschiedliche Verständnisse zeigten. Es fiel auf, dass bereits eher niedrigschwellig von „Zwangsbehandlung“ gesprochen wurde und das Ausspucken einer Tablette als Ausdruck eines entgehenden Willens verstanden wurde.

B2: Mein Verständnis zum Thema Zwangsbehandlung ist ja eine ablehnende Willensäußerung. Und sprich, natürlicher Wille. Und da verstehe ich auch das Ausspucken einer Tablette. Ne? Dass da der Ausdruck drin liegt, etwas nicht zu wollen.

Es fand sich in der Fokusgruppe auch der Hinweis auf Personen mit einem Schweregrad ihrer Erkrankung bzw. eines solchen kognitiven Abbaus, dass eine bewusste Willensäußerung nicht mehr möglich sei, wobei das Ausspucken von Tabletten als das Ausspucken von etwas Fremdartigem gedeutet wurde. Gleichwohl wurde hier eine Zuordnung zum Begriff „Zwangsbehandlung“ vorgenommen.

B4: „Spucken es aus, weil es was Fremdartiges im Mund ist. Das auf alle Fälle. Also so wirklich gegen den Willen, dass jemand bewusst seinen Willen äußert, haben wir nicht. Also wir haben keine Menschen hier mehr, die wirklich ihren Willen offen äußern können und sagen wollen: Ich möchte diese Tablette nicht. Also das haben wir ganz selten. Das ist aber auch ein ganz anderer Fall/ Der ist ganz anders gelagert. Wenn jemand noch da ist, der wirklich noch sagen kann, er möchte diese Tablette nicht nehmen, weil so und so, ist dieser Fall ganz anders gelagert. Aber die meisten sind eben nicht mehr zu der Willensäußerung fähig, und dann spucken aber die Medikamente aus oder werfen den Becher um und so weiter. Und da ist es meiner Meinung nach schon auch/Ja, ist es eine Zwangsbehandlung? Ist es keine? Eigentlich schon. Dann ist es schon eine Zwangsbehandlung, dass die Leute hier beschützend

untergebracht werden, weil der Richter das beschlossen hat. Also von daher, ich fühle mich schon jeden Tag mit Zwangsbehandlungen hier konfrontiert, ganz klar.“

b) Ablehnung: Gründe

Ergänzt wurden diese Überlegungen durch das Suchen nach dem Grund der Ablehnung der Medikation/Behandlung, sodass die Gründe der Ablehnung in Verbindung gebracht wurden mit einer Reaktion auf eine für den:die Betroffene:n ungeeignete (oder nicht mehr geeignete) Darreichungsform.

B1: „Ja. Was mir noch so durch den Kopf geht, wir sprechen so über das Ausspucken und sind so zumindest am Anfang der Diskussion davon ausgegangen, dass der Patient die Medikamente nicht nehmen mag oder der Bewohner. Aber ist das wirklich so? Oder mag er einfach nur diese runden oder länglichen bitteren Dinge nicht im Mund haben und die er vielleicht schlecht schlucken kann? Und deshalb sehe ich eigentlich das Mörsern als eine andere Verabreichungsform, die es dem Bewohner vielleicht einfach erleichtert, das zu sich zu nehmen. Und nicht unbedingt als hinterrücks das einflößen. Also ich denke, man kann es auch von der Seite betrachten, dass man einfach eine Zubereitungsform findet, die es den Menschen erleichtert, dieses Medikament zu sich zu nehmen. Weil ich glaube, in den wenigsten Fällen steckt wirklich eine bewusste Ablehnung dahinter: Ich möchte diesen Wirkstoff nicht in meinen Körper lassen.“

Die Notwendigkeit von Überlegungen zu Ablehnungsgründen und ob es sich dabei überhaupt um eine gezielte Willensäußerung gegen die Medikation handelte, wurde als Fragestellung, die der Thematik einer Zwangsbehandlung vorgelagert ist, herausgearbeitet.

B1: „Also es gibt ja verschiedenste Gründe, warum Medikamente auch abgelehnt werden. Zum einen ist es die weit fortgeschrittene Demenz, aber manchmal hat es einfach auch körperliche Ursachen. Das kann eine Dehydrierung sein. Ja? Dass der Patient einfach total geschwächt ist. Und dann, ja, dann hat es einfach diese organische Ursache. Oder bei Zustand nach Krankenhausentlassung, vielleicht nach einer Operation einer Oberschenkelhalsfraktur, wo einfach so kurzzeitiges hirnorganisches Psychosyndrom noch vorliegt. Also sprich, das sind dann nicht unbedingt/Da ist die Ursache der Ablehnung nicht unbedingt so eine/kann man nicht unbedingt festlegen auf: Der Patient möchte einfach keine Medikamente mehr nehmen. Sondern, das ist aufgrund des momentanen Gesundheitszustandes, ist es die Verfassung, die ihm nicht erlaubt, das zu erkennen, welche Notwendigkeit das Medikament hat. Und unabhängig vielleicht von einer weit fortgeschrittenen dementiellen Entwicklung.“

c) Ablehnung: Umgang

Der Umgang mit Behandlungsablehnungen respektive die Reaktion hierauf wurde beschrieben mit Akzeptieren der Ablehnung, geduldig sein, Zureden, aus angespannten Situationen hinausgehen (und später neu versuchen), Abwarten und Ergründen von Ablehnungen. Eine heimliche Gabe wurde überwiegend abgelehnt und es wurde auch erklärt, dass diese heutzutage eigentlich kein Thema mehr sei, auch wenn es Ärzt:innen geben würde, die dies vorschlagen.

B5: „Ja, also ich habe auch speziell eine Bewohnerin, die lehnt die Tabletten immer wieder ab. Da sind zwar jetzt keine Psychopharmaka mit dabei, Blutdrucksenker und gegen Blutfette und so ein paar andere Magentabletten. Sie lehnt die immer wieder ab. Ich habe das jetzt so mit dem Doktor besprochen, wenn sie wirklich nicht einnehmen möchte, dann werden die auch verworfen und wir dokumentieren dann das jedes Mal. Aber sie wird nicht dazu irgendwie in Joghurt eingerührt oder gemörsert. Dann werden die Tabletten auch verworfen. Wir akzeptieren das dann bei dieser speziellen Bewohnerin. Weil sonst, sie wird aggressiv und spuckt die auch aus. Und im nächsten Moment ist sie dann wirklich wieder ruhig und nimmt die wieder so von sich aus alleine ein. Und es gibt Tage, da kann man nichts machen, auch gutes Zureden, das bringt absolut gar nichts bei ihr.“

B4: „Also bei uns in der Einrichtung ist eigentlich die Devise, aus der Situation erst mal rauszugehen. Wenn Bewohner gegen egal was, ob es jetzt Waschen, Medikamente oder was weiß ich was ist, man merkt, er ist abwehrend momentan, erst mal aus der Situation raus. Man kann es eine Stunde später oder zwei Stunden später alles noch mal versuchen. Gerade Waschen geht auch am Nachmittag. Und dann muss man halt die Medikamente den Tag über ein bisschen verschieben um ein, zwei Stunden. Das ist etwas, womit wir meistens die Situation auch aufgelöst bekommen, weil die Erregungszustände oft auch mal nicht so lange anhalten oder so. Also das ist eigentlich das probateste Mittel, sage ich mal, bei uns, aus der Situation rausgehen, den Bewohner erst mal in Ruhe lassen. Wenn es eben möglich ist.“

Der Faktor Kommunikation wurde von der Fokusgruppe herausgehoben. Hier wurden das Einlassen auf die Situation, das Herstellen von Vertrauen und das Aushandeln von Lösungen benannt.

B2: „Eine Situation war die, dass die Betroffene die angebotenen Medikamente wegwarf, den Becher umschmiss et cetera, also sprich, deutlich zeigte, sie wollte diese Medikamente nicht einnehmen. Die Einrichtung hat dann im gemeinsamen Gespräch sich darauf eingelassen, mit

der Betroffenen darüber zu reden: Wie kann die Pflegekraft jedes Mal vor einer Medikamentengabe verbal mit der Betroffenen darauf eingehen, um Vertrauen herzustellen? Weil, das konnte die Betroffene noch signalisieren, dass sie Angst hat, dass sie vergiftet wird. Und dafür mussten sich aber die Pflegekräfte tatsächlich dann auch Zeit nehmen. Und dafür mussten dann auch wiederum Honorarkräfte informiert werden. Also dieser logistische Aufwand, der dahintersteckt, war enorm. Was jetzt im Endeffekt dabei rausgekommen ist, weiß ich nicht.“

B2: „In einer anderen Fallkonstellation war es so, dass die Betroffene tatsächlich auch nicht mehr einordnen konnte, was sie da nimmt. Es waren auch die regulären Herzmedikamente, Kreislaufmedikamente, also keine Psychopharmaka in diesem Sinne. Und sie konnte es zwar nicht einordnen, wusste aber: Okay, die Anzahl Medikamente ist in Ordnung, die lässt sie zu und die nimmt sie auch ein. Und da konnte ein guter Konsens gefunden werden. Nichtsdestotrotz wusste sie eigentlich nicht mehr, was sie da einnimmt. Also da war es schlussendlich keine Zwangsbehandlung. Sie war zwar Verweigerin, wenn was fremd war. Aber wenn es für sie einzuordnen war, konnte sie das akzeptieren.“

B2: „Also in Bezug auf das Diskutieren mit Angehörigen, da ist natürlich eine, ja, da ist eine persönliche Nähe dann auch noch mal bei den Menschen vorhanden, die auch mal in einem ganz anderen Entscheidungsrahmen wirken. Ich gehe in der Tat so vor, dass ich, ja, die Seite, ein A4-Blatt mit dem 1832 BGB mitnehme und mit den Leuten diese Punkte durchspreche und dann auch sage: Wenn wir dagegenhandeln, dann handeln wir gegen das Recht. Ne? Das ist erst mal so dieser Punkt. Und mache dann erst mal Vorschläge: Wie kann man anders auf den Menschen eingehen? Und das geht oftmals im Alltag verloren, gerade vor dem Hintergrund der Besetzungsprobleme, der Schichten et cetera pp.“

Dass eine Akzeptanz der Ablehnung – unabhängig von der eigentlichen Frage der Notwendigkeit der Medikation – mit Interessen und Vorstellungen Dritter kollidieren kann und einer eigenen Haltung der Einrichtung bedarf, stellte ein:e Teilnehmende:r heraus:

B3: „Ja, ich wollte eigentlich nur auf die Frage auch antworten. Und zwar, wie gehen Sie damit um, wenn jemand ausspuckt? Ja, müssen wir natürlich erst mal akzeptieren, ist ganz klar. Allerdings, es ist ja doch ein bisschen Druck auch von verschiedenen Seiten. Auch als gerontopsychiatrische Einrichtung oder als normales Pflegeheim gibt es natürlich Menschen, die mit am Tisch sitzen. Und dann heißt es auch: Das muss sie doch aber nehmen und sie muss jetzt die Tablette. Und achten Sie doch mal darauf. Dann steht die Angehörige im Nacken und sagt: Die muss aber. Nein, grundsätzlich kann jemand, der seinen Willen zeigt, auch mit

Ausspucken zeigen, sagen: Ich möchte nicht. Und dann braucht er auch nicht. Die Frage ist natürlich: Was passiert danach? Was passiert, wenn sie die Tabletten für mehrere Wochen nicht nimmt? Was passiert mit ihr oder mit der betroffenen Person? Das ist so die große Konstellation. Und es gibt ganz viele Konsile, Arztkonsile bei uns, die immer sagen: Dann müsst ihr es untermörsern. Und das tun wir, Tatsache, in unserer Einrichtung nicht.“

Es zeigte sich damit auch, dass die Behandlungsablehnung viele Ressourcen in einer Einrichtung bindet und einen hohen Bedarf an Gesprächen mit unterschiedlichen Beteiligten auslösen kann und der Faktor Zeit eine wichtige Rolle spielt. Es gab aber auch Hinweise darauf, dass zwischen Ärzt:innen und Pflegenden unterschiedliche Verständnisse der Aufgaben und des Umgangs mit den Betroffenen bestehen können, die Handlungsdruck auszulösen vermögen.

Ob nach der Art der Medikamente zu unterscheiden ist, wurde von den Teilnehmenden unterschiedlich gesehen. Während manche bei lebenswichtiger Medikation eine andere Gewichtung vornahmen, wurde von anderen auch auf die besondere Situation von Personen mit starken Ängsten als Symptom ihrer Erkrankung hingewiesen.

B2: „Und ich glaube, da ist auch ein wesentlicher Unterschied, so wie ich es jetzt gerade auch heraushöre, zwischen Psychopharmaka und den regulären notwendigen oder den erforderlichen Medikamenten, die gerade solche Sachen wie Herz, Blutdruck, Kreislauf, also sprich (betreuende?) Schiene, abwenden sollten. Denn ich denke auch immer in diesem Status Psychopharmaka, das ist noch mal eine ganz andere Hausnummer, denke ich mir, die dann doch in der Psychiatrie oft angetroffen wird, als dass ich darüber rede, ob da jetzt jemand ein Blutdruckmedikament nimmt oder so etwas.“

B4: „Ja, ich wollte nur kurz sagen, diese Unterscheidung Psychopharmaka und lebenswichtige Medikamente sehe ich nicht so. Natürlich werden in jedem Altenheim auch Psychopharmaka gegeben. Wir sind hier wirklich sehr niedrig. Das wird uns auch immer wieder gesagt. Wir arbeiten mit einem Neurologen zusammen, der alle drei Wochen zu einer Visite ins Haus kommt. Aber diese Anspannung, die Demente teilweise haben, dieses Unermüdliche, was für uns vielleicht komisch wirkt, aber die dürfen hier laufen. Die sollen laufen, laufen, laufen. Weil, manche sind innerlich angespannt. Das ist das eine. Und ganz große Angstzustände, wo eben gerade auch oft Tavor verabreicht wird. Das hat jetzt nichts damit zu tun, Leben zu retten. Da ist es vielleicht schon noch mal eine andere Sache von einer Zwangsbehandlung. Aber diese Medikamente sind auch wichtig für das Wohlbefinden dieser Menschen und sollten

nicht immer verteuft werden. Das ist so, was mir einfach auch wichtig ist. Weil, die sind nicht nur da, um die Leute schlafen zu legen. Was wir alle nicht wollen.“

B1: „Da möchte ich mich direkt anschließen. Ich sehe das ganz genauso. Und man muss ja auch/Man muss auch wissen, wenn Menschen über viele Stunden in einer hohen Erregung sind, in einer hohen inneren Anspannung sind, massive Ängste haben, dann hat das auch körperliche Auswirkungen, zum Beispiel auf den Blutdruck. Ne? Und zum Beispiel auch auf die Gefahr eines, wenn man es ganz extrem nimmt, eines Herzinfarktes. Ne? Oder eines Schlaganfalles, wenn der Blutdruck über lange Zeit erhöht ist. Und von dem her sehe ich das eigentlich, ja, ganz genauso, dass es oft auch medizinisch indiziert ist, Psychopharmaka zu geben.“

d) Heimliche Gabe von Medikamenten

Während in der Gruppe weitgehend Einigkeit darüber bestand, Medikamente nicht heimlich zu geben oder dies auch grundsätzlich als Option ausschlossen, räumte ein:e Teilnehmende:r ein, manchmal ohne diese Option nicht auszukommen, sie:er sprach allerdings bereits beim Überreden/Zureden von einer Zwangsbehandlung.

B4: „Aber eine Bewohnerin auf der einen Station, die verweigert es wirklich, ihre Herzmedikamente, ihre Blutdruckmedikamente zu nehmen, klagt aber später über Kopfschmerzen und Schwindel, ist hochgradig sturzgefährdet dann in dem Moment. Da ist dann die Frage: Wie machen wir das? Und da ist schon eine/ Wenn sie nicht gleich nimmt, dann gut zureden, ist schon so eine Art Zwangsbehandlung immer dabei, dass man halt mit Tricks auch mal unter dem Joghurt oder sowas versucht, die Medikamente zu geben, um diese Dame zu schützen in dieser Form.“

Die heimliche Gabe von Medikamenten wurde in der Fokusgruppe noch einmal gesondert diskutiert. Eine:r der Teilnehmenden erklärte dies als letztes Mittel zu nutzen, während die anderen dies konsequent ablehnten. Hierbei wurde teilweise noch darauf hingewiesen, dass sich das Vorgehen in der Praxis verändert habe und die heimliche Gabe nicht mehr praktiziert werde.

B4: „Ja, es kommt vor. [...] dass man halt mit Tricks auch mal unter dem Joghurt oder sowas versucht, die Medikamente zu geben, um diese Dame zu schützen in dieser Form. [...] Also natürlich versuchen wir das auch, in der Regel selten zu machen. Das ist sozusagen unsere letzte Alternative mit dem Untermischen. Aber es kommt vor.“

B3: „Ja, ich sagte ja, in unserer Einrichtung NICHT, aber ich mache 22 Jahre lang Pflege und als Schwester auch Pflege, das heißt, natürlich auch schon durchgeführt. Also, wenn in der Anordnung stand, egal wie und auch gemörsert, muss der Bewohner sein, ich sage jetzt mal, Herzmedikament bekommen, dann wurde das auch in den Joghurt untergemischt und ohne viel, ich sage jetzt mal, Erklärungen der Joghurt gelöffelt. Man vergisst allerdings dann manchmal auch/ja, man vergisst sich selber dabei. Man löffelt das so hin und denkt einfach nicht selber darüber nach, sondern das wird dann so gemacht. Das ist so eine Einrichtungsstruktur. Ich denke mal, da sollten wir alle noch mal daran denken, darüber nachdenken: Was machen wir hier eigentlich gerade?“

Die Fokusgruppe äußerte sich weit überwiegend ablehnend gegenüber einer heimlichen Gabe:

B5: „Aber sie wird nicht dazu irgendwie in Joghurt eingerührt oder gemörsert.“

B3: „Und das tun wir, Tatsache, in unserer Einrichtung nicht.“

B2: „Und das ist ein wichtiger Punkt, wo ich jetzt sage, da sehe ich keinen Handlungsspielraum, auch versteckte Zwangsmedikation zulassen zu können.“

B3: „Gab es in der Vergangenheit sehr viel öfter, dass es in Joghurt, in Marmelade oder sonst in etwas untergemischt wurde. Gibt es aber in den letzten, sage ich mal, fünf bis acht Jahren kaum noch Berührungspunkte. Ich höre es auch kaum noch, ich sehe es kaum noch. Und bei uns in der Einrichtung halt gar nicht. Das ist eine ganz strikte Unternehmenskultur, gibt es nicht. Basta. Punkt.“

B5: „Bei uns gibt es das auch nicht. Es wird nichts Zwangsmedikamente verabreicht, auch nicht untergejubelt.“

B2: „Und ist es nicht GUT, die Verantwortung auf mehreren Schultern zu verteilen? Indem wir sagen: Okay, das Betreuungsrecht ist in dem Moment zwar sperrig in solch einer Situation, aber ich stehe halt eben nicht mit der Joghurtschüssel und dem Löffel alleine da und rühre halt unter, sondern es gibt ein Instrument, das dann es ermöglicht, reguläre Alltagsmedikamente, sage ich mal, jetzt wieder in einer Form zu verabreichen, von der ich weiß, dass der Mensch sie braucht, dringend braucht, aber es ist rechtlich abgesichert. Ne? Also da ist auch eine deutliche Haltung von meiner Seite, wenn auf mich jemand aus dem Pflegebereich zukommt. Ich finde es nicht adäquat, es auf den Schultern einer Pflegekraft abzuladen. Und ich persönlich stelle meine Schultern für so etwas auch dann nicht selbst zur Verfügung. Und dann sage ich tatsächlich, okay, also da sagt das Betreuungsrecht ganz konkret: NICHT ohne Beschluss. Und es hilft ja auch letzten Endes, um der Person den Druck

zu nehmen, sprich den Funktionsdruck, jetzt ad hoc eine Entscheidung treffen zu müssen. Sie darf es nicht (mehr?), das Recht sagt schon. Und da, das kann auch durchaus mal situativ auf Kosten einer betreuten Person sein. Nur, das finde ich dann auch nachvollziehbar und vertretbar.“

Die Fokusgruppe wies zudem darauf hin, dass oftmals versäumt werde, zu hinterfragen, warum die ablehnende Reaktion erfolge und welche Alternativen sich anböten. Vor allem alternative Darreichungsformen würden nach Ansicht der Fokusgruppe zu wenig in die Überlegungen eingebracht.

B4: „Ich bin auch der Meinung, gerade bei meinen Bewohnern in dem späten Stadium der Demenz ist es, weil was Unangenehmes im Mund ist. Das merken wir auch, dass es nicht Ablehnung gegen Medikamente ist. Wenn es möglich ist, auf Saft umzustellen Medikamente oder auf flüssige, auf Tropfenform, dann werden die genommen. Also heißt es eigentlich, wenn man da kreativ ist, und dann, wenn dieser Bewohner aber andere Medikamente einfach nehmen konnte, (unv.) nicht nimmt oder weil sie bitter sind, ich denke, dann muss das auch legitim sein, gerade wenn es sehr wichtige Medikamente für den Bewohner sind. Und es hat auch nichts damit zu tun, den Bewohner hintergehen zu wollen oder austricksen zu wollen, sondern da ist schon auch immer der Hilfedanke eigentlich die treibende Kraft.“

B5: „Es ist tatsächlich so, dass wir dann auch mal mit dem Arzt dann schauen. Zum Beispiel Risperidon hatte ich jetzt bei einer Bewohnerin, die hat wirklich die Tablette immer wieder ausgespuckt, immer wieder ausgespuckt, bis wir nicht dahintergekommen sind, mit dem Saft haben wir es ausprobiert. Und die Lösung trinkt sie jetzt so (unv.). Dieses komische Gefühl im Mund hat sie wahrscheinlich gestört und hat dazu geführt, dass sie es halt fast zum Erbrechen gebracht hat. Also wir gucken dann schon: Kann man es anders umstellen? Kann man es in Pulverform/Oder wird dann individuell bei jedem Bewohner mit dem Arzt besprochen.“

B1: „Ja. Genau. Also ich denke, man muss halt immer überlegen: Warum spuckt ein Mensch die Tabletten aus? Und spuckt er nur einzelne aus, zum Beispiel diese große Schmerztablette oder das Antibiotikum, was schon auf der Zunge ganz bitter schmeckt? Oder spuckt er grundsätzlich oder mag er grundsätzlich überhaupt keine Medikamente einnehmen? Dann muss man wirklich immer noch gucken: Wie ist es denn mit dem Essen? Lehnt er auch das gesamte Essen ab und das Trinken? Dann ist irgendwie schon für mich/wäre es für mich eine relativ eindeutige auch Willensäußerung: Ich will das alles nicht mehr, was in mich hineinkommt. Ich finde, dann ist das eine andere Situation, als wenn nur einzelne, vielleicht schlecht schluckbare oder schlecht schmeckende, unangenehm schmeckende Medikamente

ausgespuckt werden. Wo man einfach überlegen kann, auf eine andere Darreichungsform überzugehen. Wir haben jetzt ja gesagt oder mehrfach das Beispiel gehabt, dass Bewohner dann den Saft problemlos genommen haben. Und ich sehe eigentlich keinen Unterschied darin, wenn man von einer Tablette auf einen Saft übergeht, als wenn man diese Tablette mörsert und/Ne? Also das ist eine andere Darreichungsform. Ja? Und genau, also das/Ja, also ich denke, da sollte man immer versuchen, halt eine andere Darreichungsform zu finden, wenn jetzt nicht eine gesamte orale Verweigerung/Die ich sicher hinterfragen muss.“

e) Therapiebegrenzung

Es wurde allerdings von der Gruppe ebenfalls die Frage aufgeworfen, ob stets alle Medikamente tatsächlich auch sein müssten und eine Übermedikation kritisch hinterfragt werden müsste, aber ebenso, ob Phasen im Krankenverlauf eingetreten seien, die zu einer Therapiebegrenzung führen sollten.

B1: „Und natürlich sollten wir auch als Hausärzte viel, viel häufiger gucken: Ist wirklich diese ganze Latte an Medikamenten notwendig? Ja? Das ist leider oft auch im Pflegeheim so, dass da 13 Medikamente auf der Liste stehen. Und wir müssen einfach gucken: Brauchen die wirklich ihren Cholesterinsenker mit 93 Jahren noch? Und brauchen die wirklich/Kann man Blutdruckmedikamente/Man kann inzwischen heutzutage Blutdruckmedikamente mit zwei oder drei Wirkstoffen zusammenfassen. Was ist an Diabetesmedikamenten/was ist nötig? Ja? Kann man manches, gerade in der Demenzmedikation, in der antidementiven Medikation kann man da vielleicht größtenteils auch mit Pflasterversorgung übergehen. Das ist ja auch/Man kann ja auch sagen, da wird einfach ein Pflaster geklebt, der Patient kriegt das gar nicht mit. Ist das eine Zwangsmedikation?“

B3: „Ja, ich wollte auch noch mal sagen, wir sitzen jetzt, also wir sprechen jetzt ganz viel von der dementiellen Einschränkung und von vielleicht auch nicht Wahrnehmen und Einsichtsfähigkeit im Grunde von. Wie ist das aber mit Menschen, die ganz bewusst in der Pflegeeinrichtung, neunzig Jahre alt und keinerlei, ich sage jetzt mal kognitive Einschränkungen oder eben eine altersentsprechende Einschränkung, die sagen Nein, dann sagen die auch Nein. Und ob da ein Zwang sein muss, weil sie sich selber gefährden; ich meine, wer sagt denn, dass sie kein Recht darauf haben, ihren Weg gehen zu dürfen? Und wenn wir Bewohner haben, die ganz klar sagen, "ich möchte diese Medikation nicht, weil ich kriege davon Bauchschmerzen", und es gibt keine anderen Alternativen als diese Medikation und sie nehmen sie nicht, dann nehmen sie sie nicht. Und klar müssen wir/Wir müssen unserer Aufklärungspflicht nachkommen. Wir müssen auch sagen: Achtung, das könnte

passieren. Der Arzt wird ins Boot geholt, natürlich die Angehörigen, natürlich wird erklärt. Aber wenn der Mensch dann sagt, "ich möchte sie trotzdem nicht nehmen und es ist mir bewusst, das kann alles passieren, aber ich NEHME sie nicht", dann nimmt er sie nicht. Und das ist auch völlig in Ordnung so. Die sind ja immer noch selbstbestimmte Menschen, und es soll auch so bleiben."

f) Schutz von Bewohnenden

Als Gründe für die heimliche Gabe wurde vor allem der Schutz und die Verantwortung gegenüber dem:der Bewohnenden angegeben.

B4: „dass man halt mit Tricks auch mal unter dem Joghurt oder sowas versucht, die Medikamente zu geben, um diese Dame zu schützen in dieser Form.“

B4: „Es gibt natürlich auch Bewohner, wo die Ärzte sagen: Nein, komm, wenn er die jetzt mal zwei, drei Tage nicht nimmt, die Medikamente, ist das voll in Ordnung. Dann ist das auch wieder eine andere Geschichte. Aber wenn ein Arzt zu uns sagt: Pass auf, der stirbt oder der kriegt einen Infarkt oder einen Schlaganfall in den nächsten Tagen, wenn er das Medikament nicht nimmt. Dann ist das auch für die Pfleger eigentlich/wäre es ein Wahnsinn, wenn ich sagen würde: Nein, lasst das mal und geht nach Hause. Und wir hoffen halt einfach mal, dass nichts passiert.“

Kritisch eingebracht wurden allerdings auch mögliche Routinen, die zur heimlichen Gabe von Medikamenten führen.

B3: „Ja, ich sagte ja, in unserer Einrichtung NICHT, aber ich mache 22 Jahre lang Pflege und als Schwester auch Pflege, das heißt, natürlich auch schon durchgeführt. Also, wenn in der Anordnung stand, egal wie und auch gemörsert, muss der Bewohner sein, ich sage jetzt mal, Herzmedikament bekommen, dann wurde das auch in den Joghurt untergemischt und ohne viel, ich sage jetzt mal, Erklärungen der Joghurt gelöffelt. Man vergisst allerdings dann manchmal auch/ja, man vergisst sich selber dabei. Man löffelt das so hin und denkt einfach nicht selber darüber nach, sondern das wird dann so gemacht. Das ist so eine Einrichtungsstruktur. Ich denke mal, da sollten wir alle noch mal daran denken, darüber nachdenken: Was machen wir hier eigentlich gerade?“

B2: „Und zwar habe ich auch noch mal den Gedanken dazu entwickelt so dieses, was gerade (B3) meinte. Ne? Man macht es dann einfach so, rührt das unter und denkt dann gar nicht mehr darüber nach. Da entsteht bei mir das Bild eines Funktionalismus. Also es wird nur noch

funktionieren. Und da kommt bei mir so die Frage der ethischen Selbstfürsorge halt eben auch auf. Was machen wir da?“

Befragt nach konkreten Fällen einer Zwangsbehandlung konnten die Teilnehmenden dies nur als Ausnahme berichten. Sie berichteten zugleich aber auch von der Überforderung einer Einrichtung in einer konkreten Situation und zunehmend fehlenden Ressourcen, vor allem in personeller Hinsicht.

B1: „Und ich habe das wahrhaftig im letzten, würde ich sagen, anderthalb Jahren kann ich mich an drei Situationen erinnern, wo die Patienten zwangseingewiesen wurden. Und das war zwei Mal im/Bei zwei Bewohnern war es wegen einer wirklich ganz, ganz schweren Depression, die so ausgeprägt war, dass die Patienten quasi nur noch/wo sie wirklich im Bett lagen und wo sie wirklich nicht mehr gegessen haben. Und es waren Bewohner, die vorher eigentlich, ja, relativ gut beieinander waren noch. Bei dem einen war eine beginnende Demenz in Gange, bei dem anderen Bewohner letztlich eine fortgeschrittene schon. Aber das war in beiden Fällen/Die waren mehrere Wochen dann im Krankenhaus gewesen und kamen eigentlich gut eingestellt zurück. Und der dritte Fall, an den ich mich in der letzten Zeit erinnere, war ähnlich, wie es (B4) eben erzählt hat, ein Bewohner mit einer/ein relativ junger Bewohner Ende sechzig mit einer frontotemporalen Demenz, der sehr, sehr aggressiv war und wirklich Pflegekräfte gebissen und geschlagen hat. Und auch da wurde dann eine Zwangseinweisung dann veranlasst. Und da ist die Einstellung zwar nur so mäßig gelungen, aber ich denke, das ist einfach krankheitsbedingt.“

B6: „Und das Heftigste, was wir im letzten Jahr hatten, nicht in diesem, wir hatten auch einmal eine Fixierung in Mullbinden. Ich musste sehr an mich halten, habe den Richter angerufen und habe da seine Privatnummer. Und habe gesagt: "Pass auf, das ist/schlimm gelaufen, also ich würde ihm jetzt hier richtig den Marsch blasen, dass das so nicht geht." Und dann habe ich gesagt: "(anonym), wir machen das morgen." Und dann sind wir am Morgen explizit noch mal zur Leitung hinübergefahren. Und dann stellte sich heraus, dass das halt Kräfte sind, die dort die Segufix-Gurte nicht mehr gefunden haben. Ja? Das ist da leider die Realität, die wir finden. Also ich habe mittlerweile, wenn ich gerade am Wochenende Verfahrenspflegschaften mache, es mit Kräften zu tun, die können mir noch nicht mal mehr was zum Patienten sagen.“

Die Überforderung und fehlende Ressourcen spielten für eine:n Teilnehmende:n auch eine Rolle bei der Vertretung der Interessen von Betroffenen.

B2: „Und was ich gut finde in der Runde hier, ist (B4), der ja von einem geschützten Bereich gesprochen hat. Und ich als rechtliche Betreuerin schaue natürlich auch darauf: Wie ist die Einrichtung aufgestellt? Wenn ich jetzt wahrnehme, dass dort die Betreuung gar nicht so adäquat oder zeitlich intensiv erfolgen kann wie es, ich sage jetzt einfach mal, in einem psychiatrischen Setting möglich wäre, dann wäre ich dankbar, wenn es halt eben irgendeine Konstellation für so einen geschützten Bereich mit entsprechender personeller Ausstattung. Ja? Möglicherweise dann auch mit zusätzlich noch mal, ich sage mal, Ressourcen, die zur Verfügung gestellt werden, sowas zu ermöglichen. Weil da ist ja dann auch noch mal eine ganz andere fachliche Betreuung, also quasi, ja, als Zwischenstufe in diese (unv.). Ne? Das wäre ja, um dem Menschen natürlich diese belastende Situation auch zu nehmen, ins Krankenhaus verbracht zu werden, (der diese?) Situation hier nicht einordnen kann. Da sind andere Menschen, die er nicht einordnen kann. Da wäre so ein geschützter Bereich möglicherweise ein gutes Zwischending da sozusagen.“

g) Zulassung der Zwangsbehandlungen in Pflegeheimen?

Einer Zulassung einer Zwangsbehandlung im Pflegeheim selbst stand die Fokusgruppe überwiegend skeptisch bis ablehnend gegenüber. Dies äußerte sich sowohl mit Blick auf die fachliche und personelle Ressource, die Versorgungssicherheit als auch mit Blick auf die Beziehungsarbeit zwischen Pflegeperson und Bewohnenden bis hin zur Frage, was dies für den Wohnort Pflegeheim bedeute.

B1: „Ja, also generell kriege ich sofort ein bisschen Magenschmerzen, wenn ich mir das so vorstelle. Was ich mir überhaupt nicht vorstellen kann, dass die Freigabe oder die Entscheidung der Spritze oder des Festhaltens und Medikamenteneinflößens ausschließlich im pflegerischen Bereich liegt. Dazu ist einfach die/Ja, also gerade in dieser momentanen Situation, wo die Pflegekräfte so häufig wechseln, wo so viele Zeitvertragspflegekräfte auch tätig sind, wo einfach/also wo die Bewohner auch, ja, diese festen Bindungen zu den Pflegekräften gar nicht mehr haben wie früher, als es quasi, ne, viele gab, die einfach da seit Jahren tätig waren. Zweites, was Sie erwähnt hatten, dass ich selber eventuell die Spritze sehe, kann ich mir in einem äußersten Notfall nur vorstellen, wenn wirklich jetzt der Bewohner sowas von renitent ist, dass wir nicht abwarten können, bis eine Einweisung erfolgen kann. Prinzipiell finde ich eigentlich, dass das Aufgabe in einer stationären Facheinrichtung sein sollte und bleiben sollte.“

B3: „Ja, die Frage, die jetzt so ein bisschen im Raum steht: Könnte man sich das vorstellen, in einer Pflegeeinrichtung als Schwester, als Pfleger, der ja eigentlich ein ethisches Problem

bekommt, jemanden vielleicht, ich sage mal, festzuhalten, um ihm etwas GUTES zu tun? Ich frage mich jetzt andersherum: Was macht es mit meinen Pflegern? Was macht es mit meinen Krankenschwestern, die jemanden festhalten müssen? Wo vielleicht eine sehr gute Bindung in der Situation kaputtgehen kann, und dann soll man wieder zum Alltag übergehen. Also ich glaube, wo fängt Gewalt an, wo hört sie auf? Also ganz schwierige Kiste, glaube ich. Aber ich denke auch, dass, wenn man mich jetzt fragen würde, "würden Sie das tun?": Nein, würde ich nicht."

B2: „würde sie das ihren Mitarbeitern zumuten wollen, eine Zwangsbehandlung in einer pflegerischen Einrichtung?“

B2: „Das ist ja auch ein Wohnbereich, ein Zuhause. In einem ZUHAUSE eine Zwangsmaßnahme vorzunehmen, die da immer unter der Überschrift da ist, jemand, der wird laut behandelt, also eine Zwangsmaßnahme fände ich in dem Kontext Zwangsverbringung in eine Klinik oder Fixierung. Das ist keine leise Maßnahme.“

Eine:r der Teilnehmenden kam zu einer anderen Einschätzung, sprach zugleich aber auch das Problem der personellen Ausstattung in den Pflegeheimen wie auch die Bereitschaft von niedergelassenen Ärzt:innen in die Pflegeheime zu kommen an.

B4: „In gewisser Weise machen wir das ja schon durch dieses enge Setting mit dem Neurologen. Also der kommt wirklich alle drei Wochen, schaut alle Bewohner an. Es ist ja quasi/Das war früher nicht möglich. Wenn wir uns auf die niedergelassenen Neurologen verlassen hatten, mit denen wir keine Kooperationsverträge hatten, da sind wir hinterhergelaufen. Die haben dann per Telefon was verschrieben und haben aber den Bewohner überhaupt nicht gesehen. Und dann, um die wieder zu erreichen und wirklich mal eine Rücksprache zu halten, sind dann teilweise zwei, drei Monate vergangen. So kann man auch eine sinnvolle Einstellung überhaupt gar nicht machen meiner Meinung nach. Und wir haben diese Einweisungen sehr selten. Und ich würde mich auch/würde mir auch noch die personelle Ausstattung wünschen und sehr wünschen, um auch gerade die wenigen oder immer mehr kommenden frontotemporalen demenzerkrankten Menschen in einer sehr persönlichen Betreuung da auch rauszubekommen aus diesen Erregungszuständen. Die stehen uns halt leider nicht zur Verfügung. Und ja, das ist sicherlich ein großes Problem. Und man könnte da vieles besser machen, aber dazu fehlen nicht nur die Kräfte, sondern da möchte auch der Geldgeber die Gelder auch nicht aufbringen“

h) Zahnbehandlungen

Die Fokusgruppe wurde zu Zahnschmerzen und Zahnbehandlung befragt. Die Teilnehmenden berichteten, dass die Zahnversorgung bei Menschen im Pflegeheim und insbesondere bei Menschen mit Demenz ein großes Thema darstelle und die Behandlung von den Betroffenen oftmals (zuerst) abgelehnt werde. Dies erfordere viel Zeit und Geduld von der:dem Zahnärzt:in. Wenn es allerdings nicht gelinge, die betroffene Person zum Öffnen des Mundes zu bewegen und die Behandlung aber erforderlich sei, dann sei eine Behandlung unter Vollnarkose nicht zu vermeiden, die in der Zahnklinik ausgeführt werden müsse. Zur Zahnklinik sah die Fokusgruppe aufgrund der Vollnarkose keine Alternative.

B3: „Genau, Zahnschmerzen ist gerade wirklich ein Thema. Und wir haben einen, ich sage jetzt mal, hauseigenen Zahnarzt, der ist nicht mal 150 Meter von unserer Einrichtung entfernt. Er kommt ins Haus, er kommt in die Wohnung, das Zimmer des Bewohners. Er nimmt sich da sehr viel Zeit. Da haben wir wirklich Glück. Es ist auch wirklich ein ganz toller Zahnarzt. Wenn der Mund zugeht, dann macht er sein kleines Prozedere von Geschichtenerzählen. Und er könne ja gar nicht sehen, was da los ist. Und er macht das wirklich ganz niedlich. Ist allerdings ein Zeitaufwand. Also, wenn er drei, vier Patienten hätte, würde er unter sechs Stunden nicht rauskommen, ganz klar. Aber bisher hat er immer Erfolg gehabt, sage ich mal, mit seinem Intervenieren von Spielereien, lustig sein, ein bisschen auch mal: "Jetzt muss ich da aber mal reinschauen, was da ist, da wächst ja was Komisches." Dann kommt automatisch der Mund auf, und dann kann er zumindest mal gucken. Wenn es allerdings etwa/ also ich sage mal die Behandlung etwas intensiver ist, da sagt er dann auch schon immer: "Da müssen wir wirklich ein bisschen mehr auffahren." Das heißt, dann muss man vielleicht doch mal darüber nachdenken, ob sie vorher was zum Beruhigen bekommt, die Patientin, der Bewohner, oder aber, ob man mit der Bezirkspflegekraft und der Angehörigen rechts und links jeweils Handhaltend da das durchzieht. Je nachdem; also es gab auch da noch keine zwangsnotwendige Maßnahme, um jetzt jemand, ich sage mal, in die Narkose zu setzen, um die Zähne zu reparieren.“

B4: „Also das kann ich nicht ganz so bestätigen. Also wir haben zahnärztliche (unv.), aber wir haben schon Bewohner, wo überhaupt nichts mehr ging, wo aber auch große Schmerzen, Entzündungen eben auch im Kiefer dann vorlagen. Wo dann wirklich auch der Zahnarzt gesagt hat, er weist diese Bewohnerin in die Zahnklinik ein, dass unter Vollnarkose die Behandlung geschieht.“

B4: „Der Zahnarzt der macht alles. Der kommt/Der hat eine Zahnarztpraxis in (anonymisierte Stadt). Der kommt dann alle halbe Jahr, dann macht er hier/geht er herum und versucht, alle die Zahnreinigung möglichst gut zu machen und eine Prophylaxe. Da kommt er mit seinem ganzen/also mit seinem ganzen Team weiß ich nicht, aber mit zwei Arzthelferinnen hierher. Wir schicken immer noch eine Schwester mit. Und (unv.) bevorzugt unsere gerontopsychiatrische Fachkraft, die eine, die eine Bewohnerin. Und dann sind die aber auch einen Tag lang hier komplett oder manchmal sogar zwei Tage beschäftigt und machen das. Nur stößt er ja eben hier in diesem ambulanten/ für ihn ja wieder ambulanten Bereich, ist ja unser Heim, natürlich bei manchen Behandlungen auch an seine Grenzen. Und dann ist eben Einweisung in die Zahnklinik und leider oft, oder was heißt oft, dann manchmal auch eine Vollnarkose das Ergebnis.“

i) Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich festhalten:

Die heimliche Gabe von Medikamenten spielt nur in Einzelfällen eine Rolle. Der Großteil der Fokusgruppe steht der heimlichen Gabe von Medikamenten ablehnend gegenüber und sucht entweder nach anderen Lösungen oder kommt zum Schluss, die Maßnahme zu unterlassen und den Willen zu akzeptieren.

Es bedarf einer intensiveren fachlichen Diskussion über Alternativen, wie auf eine Ablehnung von Medikamenten reagiert werden kann und wie die Ablehnung einzuordnen ist; insbesondere, ob die Ablehnung als zielgerichtete Ablehnung einer konkreten Maßnahme gewertet werden kann.

Ressourcen wie Zeit, Geduld und Personal werden in ihrer Bedeutung herausgestellt. Einer Zulassung der Zwangsbehandlung steht die Fokusgruppe ablehnend gegenüber; ein:e Teilnehmende:r äußert sich mit Blick auf eine heimliche Gabe oder andere „Tricks“ als letzte Option eher zustimmend.

3. Diskussion

Die Fokusgruppe hat vor allem ihre Überlegungen mit Blick auf Betroffene mit dementiellen Erkrankungen angestellt. Dies teilweise auch mit Blick auf so weit fortgeschrittene Verläufe, bei denen die Betroffenen zu (zielgerichteten) Willensäußerungen nicht mehr fähig sind, Vorgänge nicht mehr verstehen oder eine Kommunikation nicht mehr möglich ist und bei

denen die Betroffenen einen hohen Pflegegrad aufweisen. Die Diskussion hat gezeigt, dass eine Klärung des Begriffs Zwangsbehandlung für die Praxis notwendig ist. Teils wurde der Begriff Zwangsbehandlung womöglich bereits unterhalb der Schwelle definiert, die § 1832 BGB abbildet. Bemerkenswert erscheint, dass die heimliche Gabe von Medikamenten in den letzten Jahren eher aus dem Praxisalltag zurückgedrängt wurde und Fragen mit Blick auf die bedarfsgerechte Versorgung der Betroffenen aufgeworfen wurden. Zugleich ist hervorgehoben worden, die Gründe für eine Ablehnung zu eruieren; Gründe könnten auch in der falschen Darreichungsform bestehen, eine aktuelle Überforderung oder ein Zeichen für eine sich als palliativ entwickelnde Behandlungssituation darstellen.

4. Limitation und Stärken

Eine Limitation dieser Fokusgruppe bezieht sich, neben der üblichen Verzerrungsgefahr bei Fokusgruppen aufgrund von sozialer Erwünschtheit, auf einen möglichen Samplebias. Es ist zu vermuten (auch vor dem Hintergrund der Rekrutierungsschwierigkeiten), dass vorwiegend Berufsgruppenangehörige an der Fokusgruppe teilgenommen haben, die der Thematik sensibel gegenüberstehen. Andererseits kamen die Teilnehmenden aus unterschiedlichen Regionen und Einrichtungen und kannten einander zuvor nicht.

Stärken dieser Fokusgruppe bestehen in der Heterogenität sowohl der Berufsgruppen, die nah an den Bewohnenden sind, als auch in der Berufserfahrung und der regionalen Verteilung. Hierdurch konnte eine hohe Bandbreite an Kontexten und Perspektiven in die Datenerhebung eingeschlossen werden.

H) Sonstige Erkenntnisquellen

Während des Forschungsvorhabens wurden einzelne Mitglieder des Forschungsbeirats als weitere Informationsquelle, vor allem als Partner:in für die Diskussion einzelner Ergebnisse genutzt. Neben Einzelgesprächen fand eine ganztägige Online-Expertengruppe statt. Als weitere Quellen wurde sich an den Bund Deutscher Anästhesisten (BDA) gewandt.

Zudem erfolgte ein Austausch mit den Ärzt:innen und Richter:innen der an der Aktenanalyse beteiligten Standorte in unterschiedlicher Intensität.

Mit der Auftraggeberin erfolgte ein regelmäßiger Austausch über die einzelnen Projektschritte.

I) Zusammenfassende Bewertung und Schlussfolgerungen

Betrachtet man die Vorschrift zur ärztlichen Zwangsmaßnahme wäre es zu kurz gegriffen, nur die 2017 eingeführten Änderungen (insbesondere die Änderung der Nr. 3, 4 und 7) zu beleuchten. Die dort ins Gesetz aufgenommene Änderung hat in den meisten Fällen keine praktische Relevanz. In den empirischen Erhebungen stellten die Befragten daher nicht auf die Änderung aus dem Jahr 2017 ab, ihr Antwortverhalten bezog sich stattdessen stets auf die Vorschrift des § 1832 BGB in Gänze einschließlich des damit zusammenhängenden Verfahrensrechts. Daher ist auf die Einführung der Vorschrift im Jahr 2013 Bezug zu nehmen und § 1832 BGB in Gänze zu betrachten. Diese Gesetzesänderung aus dem Jahr 2013 ist von allen Akteuren, vor allem von den Kliniker:innen, wahrgenommen worden und prägt die Ergebnisse der Untersuchung in weiten Teilen. Fälle einer Zwangsbehandlung ohne freiheitsentziehende Unterbringung bilden die Ausnahme und wurden sowohl in den analysierten Akten nur äußerst selten gesehen als auch in den Interviews nur selten berichtet. Der Klinikaufenthalt beginnt zudem nicht stets mit einer Unterbringung, vielmehr wurden auch Fälle gesehen, in denen die Aufnahme (zunächst) freiwillig oder als Notfall mit dem Rettungsdienst auf freiwilliger Basis erfolgte oder in anderen Fällen unfreiwillig, jedoch initial über das Landesrecht. Der übliche, weitere Weg hin zu einer ärztlichen Zwangsmaßnahme erfolgt dann schließlich, wenn die Person freiheitsentziehend untergebracht ist, oder es ergeht zeitgleich ein Unterbringungs- und ärztlicher Zwangsmaßnahmenbeschluss. Es ist zu berücksichtigen, dass es weitaus mehr Fälle einer Unterbringung gibt als Fälle, in denen zusätzlich zur Unterbringung eine Zwangsbehandlung erforderlich wurde. So wurde oft berichtet, dass die Unterbringung selbst zu einer Verbesserung des Zustands der betroffenen Person geführt habe; sei es durch eine Veränderung des Ortes, die Ansprache, Therapieangebote, das Beobachten anderer Patient:innen oder Klinikroutinen, sodass eine Behandlungsbereitschaft erzielt werden konnte. Was im Detail die Ursache war, die zu einer Veränderung oder zu einer Bereitschaft führte, konnte in der Analyse nicht konkret ermittelt werden. Ob und inwieweit dies auch mit einer Klinikatmosphäre in einem Zusammenhang steht, wurde und konnte in dieser Studie nicht untersucht werden. Nicht selten fand dies jedoch Erwähnung in Gesprächen mit Kliniker:innen oder Richter:innen (Entlassungsdruck bei überbelegten Kliniken auf der einen Seite und großes Bemühen aller Beteiligten auf der anderen Seite) oder auch im Positiven,

wenn Bezugspflegepersonen beim (erneuten) Klinikaufenthalt etabliert werden konnten oder im Team alle Stellen besetzt waren.

Die Versorgungssituation vor Ort spielte vor allem in den Interviews mit den Richter:innen eine Rolle (wurde aber auch von den Kliniker:innen sowie in der Fokusgruppe „Psychiatrie“ benannt). Dies betraf die Versorgung in der Klinik und reichte von überbelegten Kliniken mit veralteter Architektur und fehlendem Personal bis hin zu fehlenden Sprachkenntnissen. Dieser Mangel wurde vor allem in einigen Interviews mit Richter:innen deutlich. Diese wiesen darauf hin, dass sich der Ärzt:innenmangel auch bei der Verfügbarkeit – „guter“ – Gutachter:innen zeige. In der Aktenanalyse zeigte sich, dass manche Gerichte oder Richter:innen auf einstweilige Verfahren „ausweichen“ und dann mit ärztlichen Attesten aus der Klinik selbst arbeiteten. Dies mag sich auch als eine Reaktion auf den Mangel an verfügbaren Sachverständigen, die in der Lage sind, zeitnah ein qualitativ hochwertiges Gutachten zu erstellen, darstellen. Der Punkt einstweilige Anordnungen wird später noch einmal aufgegriffen.

Dass Zwang lediglich als letztes Mittel eingesetzt werden darf, ist ein verfassungsrechtliches Gebot. Die Möglichkeiten zur Überprüfung aus juristischer Perspektive, ob Zwang tatsächlich das letzte aller zur Verfügung stehenden Mittel ist und ob es nicht insbesondere im Vorfeld andere Wege zur Gewährleistung des im konkreten Fall medizinisch gebotenen Gesundheitsschutzes gegeben hätte, sind begrenzt.

I. Datenlage

Seit vielen Jahren wird inzwischen bemängelt, dass die Datenlage zu Zwangsbehandlungen unzureichend ist. Um Entwicklungen einem Monitoring unterziehen und auch auf in der Anwendungspraxis auftretende Veränderungen reagieren zu können, bedarf es einer bundeseinheitlichen Erfassung von ärztlichen Zwangsmaßnahmen. Dabei erscheint eine Erhebung von wenigen, dafür aber aussagekräftigen Daten wichtiger als eine große Datenmenge mit vielen Details mit entsprechender Fehleranfälligkeit. Es wäre wichtig zu wissen, wie viele Zwangsbehandlungen in Deutschland durchgeführt werden, wie viele Menschen sie betreffen und nach welcher Rechtsgrundlage sie erfolgen (BGB, PsychKG bzw. PsychKHG und rechtfertigender Notstand nach § 34 StGB). Ebenso sollte bekannt sein, um welche Maßnahmen es sich handelt (Medikamente oral oder parenteral verabreicht,

Elektrokonvulsionstherapie, medizinische Eingriffe) und über welchen Zeitraum Zwangsbehandlungen durchgeführt werden. Um ein Gesamtbild zu erhalten, sollte diese Erfassung um weitere Zwangsmaßnahmen wie die freiheitsentziehende Unterbringung nach den verschiedenen Rechtsgrundlagen und sonstige freiheitsentziehende Maßnahmen, wie insbesondere Fixierung, Festhalten und Isolierung, erweitert werden. Dies wirft eine größere Zahl von technischen, definitorischen und datenschutzrechtlichen Fragestellungen auf, die aber im Rahmen des baden-württembergischen Melderegisters, das für alle psychiatrischen Kliniken und alle genannten Rechtsbereiche umfassend verbindlich ist, bereits exemplarisch gelöst wurden.

Wie schwierig es ist, überhaupt Daten in diesem Bereich zu erheben, musste auch im Rahmen dieses Forschungsvorhabens festgestellt werden. Neben der unterschiedlichen Bereitschaft Einzelner, ein aufwendiges Vorhaben zu unterstützen, wurde das Forschungsteam mit unterschiedlichen Vorstellungen zur Umsetzung und Einhaltung des Datenschutzes und zur Akteneinsicht zu Forschungszwecken konfrontiert. Eine präzisere Fassung der FamFG-Vorschrift zur Akteneinsicht zu Forschungszwecken würde sich vor diesem Hintergrund für zukünftige Vorhaben als hilfreich erweisen. Hinzu kommen technische und organisatorische Schwierigkeiten sowohl bei Kliniken als auch bei Gerichten, für die Lösungsansätze entwickelt werden sollten. Dies betrifft vor allem die rein praktische Ebene, auf der die Möglichkeit, die Fälle identifizieren zu können, nicht überall vorhanden war. Teils gab es besonders engagierte Richter:innen, die selbst Listen führten oder für die Anfrage ihre Verfahren durchgingen. Nicht alle Gerichte haben die Möglichkeit, über ihre Systeme Akten zu identifizieren, oder es fehlt an Personal, um die Akteneinsicht zu ermöglichen. Wie bereits bei der Online-Umfrage sichtbar wurde, erfassen nicht alle Kliniken Zwangsmaßnahmen und diejenigen, die Zwangsmaßnahmen erfassen, unterscheiden diese nicht nach der Art der Maßnahme. Diese Punkte müssen ebenfalls verbessert werden, wenn man Forschung ermöglichen und damit Erkenntnisgewinn generieren will.

II. Zielsetzung der problemzentrierten zusammenfassenden Betrachtung

Ein weiterer zu erwähnender Aspekt auf Seiten der Richter:innen ist das unterschiedliche „Erfahrungswissen“ im Umgang mit der Vorschrift und schließlich den dahinter stehenden Fällen. Man wird zu berücksichtigen haben, dass es einen Unterschied ausmachen kann, wenn ein:e Richter:in jedes Jahr mit mehreren Fällen befasst ist und diese sogar aus

unterschiedlichen Kliniken zu bearbeiten hat. So kam aus den Reihen der Richter:innen auch der Vorschlag, die Zuständigkeiten für diese Verfahren zu zentralisieren. Ebenso verhält es sich auf Seiten von Betreuer:innen, wenn diese unterschiedlich oft mit der Fragestellung einer Zwangsbehandlung konfrontiert sind. Nichts Anderes lässt sich auf Seiten der Kliniken feststellen, die erfahrungsgemäß mit rechtlichen Vorgaben noch weniger vertraut sind, insbesondere dann, wenn in den Kliniken wechselndes Personal anzutreffen ist.

Vor diesem Hintergrund und im Interesse einer Evaluation, die sich auf mögliche Schwachstellen und daraus anzuleitenden Handlungsbedarf fokussiert, ist die folgende Darstellung als eine problemzentrierte Darstellung zu begreifen. Damit soll keinesfalls in Abrede gestellt werden, dass viele Richter:innen, Ärzt:innen, Pflegende, Betreuer:innen und viele weitere Akteure ihren Beruf engagiert und vorbildlich ausüben und während der Erhebungen auch zahlreiche gute Beispiele gesehen wurden, die sich als Best-Practice-Beispiele anführen lassen.

Eine Evaluation dient dazu, die positiven, aber vor allem die negativen Aspekte zu beleuchten. Die Ergebnisse der empirischen Erhebungen sollen dem Gesetzgeber eine informierte Entscheidungsgrundlage zu möglichem Veränderungsbedarf geben. Die Evaluation unterscheidet zwischen gesetzgeberischem Handlungsbedarf und Forderungen an die Umsetzungspraxis im Hinblick auf Umstände, die von den gesetzlichen Grundlagen unabhängig bestehen.

1. Einheitlichkeit der Anwendung des § 1832 BGB

Soweit das Gutachten Stellung zur Einheitlichkeit der Anwendung des Normtextes in der Praxis nehmen kann, erfolgt dies im Folgenden unter Bezugnahme auf die gesetzlichen Voraussetzungen des § 1832 BGB, wobei vor allem Nr. 3 und Nr. 4 eine intensivere Betrachtung erfahren. Aus den Interviews und Fokusgruppen kam kaum Kritik zur materiellen Vorschrift der ärztlichen Zwangsmaßnahmen. Die Kritik aus den Reihen der Praktiker:innen bezieht sich verstärkt auf das Verfahren und damit auf die verfahrensrechtlichen Voraussetzungen wie Fristen oder Sachverständigengutachten, auf die später noch eingegangen wird.

2. Tatbestandsmerkmal: Erheblicher gesundheitlicher Schaden

In den Interviews wurde selten Klärungsbedarf hinsichtlich der Definition des erheblichen gesundheitlichen Schadens geäußert. Vereinzelt gab es den Hinweis, dass Gerichte den Begriff eng im Sinne einer Lebensgefahr auslegen würden und sich hieraus Konkretisierungsbedarf für den Gesetzgeber ergebe. Diese Lesart der Vorschrift wurde im Rahmen der Aktenanalyse nicht gesehen. Manche Richter:innen wiesen darauf hin, dass Erfahrung mit dem Merkmal aus anderen Vorschriften bestehe, sodass man mit diesem Begriff gut arbeiten könne. Ein derart enges Verständnis, wie von wenigen unter Hinweis auf einzelne Gerichte skizziert, die die Vorschrift auf eine Lebensgefährdung begrenzen, lässt sich schwer vertreten und steht nicht im Einklang mit der herrschenden Auffassung in Literatur und Rechtsprechung, denn bei der Auslegung des Merkmals ist das Verhältnismäßigkeitsprinzip (bei Beachtung der Tiefe des Grundrechtseingriffs) zu berücksichtigen.

Zudem waren in den analysierten Fallakten Krankheitsverläufe von Menschen mit schwerer Erkrankung respektive schweren Krankheitsverläufen zu sehen. Die Frage nach dem erheblichen gesundheitlichen Schaden konnte bei den in den Akten gesehenen Fällen daher in der Regel schnell beantwortet werden, weil dieses Tatbestandsmerkmal recht offensichtlich vorlag. Der weit überwiegende Anteil der Betroffenen war in der Klinik mit einer Diagnose aus dem Schizophrenie-Spektrum (ICD-10: F20.-) und zeigte psychiatrische Komorbiditäten.

Die weitaus schwierigere Frage besteht in der Suche nach den mildereren Mitteln bzw. nach der Abwesenheit anderer (geeigneter) Mittel. Sie wurde von den Gerichten oftmals im Beweisbeschluss als Frage an den Gutachter gestellt. Dabei konzentrierte sich die Antwort vornehmlich auf die Medikation als Therapie; andere womöglich begleitende Aspekte wurden selten erwähnt. In sehr wenigen Fällen stellte sich allerdings auf Basis der Aktenlage die Frage, ob ein Handeln (unter Zwang) tatsächlich (bereits) angezeigt war, wie im Beispiel einer älteren Person mit Nahrungsverzicht und psychischer Erkrankung in der Vorgeschichte, die recht schnell einer Zwangsbehandlung zugeführt wurde; während bei einer anderen Person die Mangelernährung bei Vergiftungsideen bereits sichtbare negative Folgen zeigte und die Person auch körperlich zeichnete, sodass ein weiteres Abwarten und Zureden keinen Erfolg mehr versprach (bei zunehmendem Risiko bleibender körperlicher Schäden). Aber

auch Fallkonstellationen einer Psychose können kritisch betrachtet werden, wenn Betroffene in dieser Psychose ein für sich stimmiges Bild aufgebaut haben und es zu keiner weiteren Gefährdung kommt, gleichwohl die Psychose zu einer deutlichen Einschränkung des Lebens führt (z.B. Einschränkung des Bewegungsraums in der eigenen Wohnung). Diese kritischen Überlegungen sollen nicht missverstanden werden im Sinne einer Fehleinschätzung durch die beteiligten Akteure. Sie dienen vielmehr der Beschreibung der Komplexität der Fragestellungen, vor denen die beteiligten Akteure stehen, und einem möglichen Bedarf der Praxis nach klinischen oder ethischen Fallbesprechungen.

Das Forschungsdesign war weder auf die Überprüfung möglicher milderer Mittel noch auf die Überprüfung der fehlenden Krankheitseinsicht zugeschnitten. Dazu hätte es anderer, im Rahmen dieses Projekts nicht zu leistender, Methoden bedurft. Stattdessen sind Beispiele erhoben worden, in denen die betroffene Person mit anderen Maßnahmen als mit der Anwendung von Zwang (auch im Sinne von körperlicher Gewalt) zur Einnahme von Medikamenten gebracht werden konnte. Dies wird unter dem Aspekt des Überzeugungsversuchs berichtet und bezieht sich folglich bereits auf den Aufenthalt in der Klinik. Auf die von der Fokusgruppe „Psychiatrie“ hervorgehobene Bedeutung von Interventionen und präventiven Angeboten im Vorfeld eines Klinikaufenthalts sowie die Notwendigkeit einer nahtlosen und verlässlichen Nachsorge kann dabei nur ausdrücklich hingewiesen werden.

Die fehlende Krankheits- und Behandlungseinsicht wurde vielfach über Gutachten überprüft. Bestätigt wurde sie zudem über das ärztliche Zeugnis der Klinik, in welcher die Behandlung erfolgen sollte. In sehr wenigen Fällen (Aktenanalyse) stellte die Frage der eigenverantwortlichen Selbstgefährdung einen kritisch zu diskutierenden Punkt dar: Dies waren Fälle des Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit mit Sterbewunsch bei Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose (in einem Fall in der Vorgeschichte), wobei zu prüfen war, ob der Entschluss freiverantwortlich erfolgte oder in - ebenfalls wenigen Fällen von jungen Personen mit Anorexia nervosa, bei denen ebenfalls die Frage der fehlenden Eigenverantwortlichkeit diskutiert wurde. Eine interessante Frage nach den Anforderungen an die Krankheitseinsicht warf der Fall einer Betroffenen auf, bei der durch eine einmalige ärztliche Zwangsmaßnahme eine Besserung ihres Gesundheitszustandes erreicht werden konnte. Sie bestritt aber bis zu ihrer Entlassung die diagnostizierte Erkrankung, gleichzeitig

gab sie an, schwer krank gewesen zu sein. Dies wirft die Frage auf, wie viel Krankheitseinsicht erforderlich ist, um die nun im Einklang mit dem natürlichen Willen stehende Zustimmung zur Behandlung als rechtlich wirksame Einwilligung der Betroffenen selbst qualifizieren zu können.

Die fehlende Krankheits- und Behandlungseinsicht ist letztlich auch der Ansatzpunkt für Maßnahmen der Entscheidungsunterstützung, die im Feld allerdings nur selten berichtet bzw. in den Akten gesichtet wurden. Weitere Ausführungen zu diesem Punkt finden sich im Abschnitt zum Überzeugungsversuch.

3. Patientenwille, mutmaßlicher (§ 1832 Abs. 1 Nr. 3 BGB)

Die Umsetzung der Vorgaben nach § 1832 Abs. 1 Nr. 3 BGB muss nach den Ergebnissen der Untersuchung als defizitär bezeichnet werden. So ist teilweise die Systematik selbst den Richter:innen nicht bekannt oder es wird kaum versucht, dem Prüfungsauftrag, den § 1827 BGB vorgibt, nachzukommen. Die Ursachen dafür mögen vielfältig sein.

Der Gesetzgeber hat 2017 die Regelung in § 1906a BGB a.F. aufgenommen. Auch vor dieser Ergänzung war eine Patientenverfügung bei der Prüfung der Zulässigkeit einer ärztlichen Zwangsmaßnahme zu berücksichtigen, insoweit kommt der Regelung klarstellende Wirkung zu. Mit einer Patientenverfügung bringt die verfügende Person ihren zu beachtenden Willen für den Fall einer eintretenden Einwilligungsunfähigkeit zum Ausdruck.

Patientenverfügungen spielen im Feld nur eine marginale Rolle. Weder in den Fallakten noch in den Interviews konnte dieser zuvor aus anderen Untersuchungen (s. Giesermann et al., 2018; Radenbach et al., 2014; Borbé et al., 2012) bekannte Befund widerlegt werden. Ob Patientenverfügungen in diesem Feld für sinnvoll erachtet werden, wurde durchaus kontrovers gesehen. Während manche Richter:innen und Fokusgruppenenteilnehmende betonten, wie hilfreich dies sein könne, hegten unter den Richter:innen manche auch eine gewisse Skepsis, weil es zu einer Verkomplizierung führe oder zu einer Unterbringung ohne Behandlung. Auch Kliniker:innen wiesen auf Herausforderungen hin, die durch Patientenverfügungen entstehen, in denen Personen sämtliche psychiatrische Behandlungsmaßnahmen ablehnen. Die Teilnehmenden der Fokusgruppe „Psychiatrie“ betonten hingegen, dass es die Entscheidung erleichtere, wenn der antizipierte Wille der Person bekannt sei. Ein:e Teilnehmer:in der Fokusgruppe wies jedoch auch auf hierdurch

mögliche nachteilhafte Verzögerungen hin, weil nach ihrer:seiner Erfahrung der Prüfungsaufwand in Bezug auf die Voraussetzung einer Patientenverfügung hoch sei (es wurde insbesondere auf die Unsicherheit bei der Prüfung der Einwilligungsfähigkeit beim Abfassen der Patientenverfügung hingewiesen).

Letztlich wird man aber festhalten müssen: Auch Menschen mit psychischen Erkrankungen steht das Recht uneingeschränkt zu, ihren Willen verbindlich vorauszuverfügen. Mit ihrem antizipierten Willen können sie erklären, welche Behandlungsmaßnahmen sie wünschen oder ablehnen. Liegt keine Patientenverfügung vor oder stimmt die darin enthaltene Erklärung nicht mit der aktuellen Behandlungs- und Lebenssituation überein, sind Behandlungswünsche der betroffenen Person zu beachten und im nächsten Schritt ist auf den mutmaßlichen Willen abzustellen, der anhand konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln ist. § 1827 BGB gibt ein ausgefeiltes, sinnvoll abgestuftes Vorgehen vor. § 1827 BGB ist damit bei jeder medizinischen Maßnahme zu berücksichtigen, wenn die betroffene Person in der aktuellen Situation nicht mehr selbst, da im einwilligungsunfähigen Zustand, entscheiden kann. Daher muss § 1827 BGB auch für Entscheidungen berücksichtigt werden, die gegen den natürlichen Willen der Person erfolgen. Denn die Konstruktion des mutmaßlichen Willens verlangt von den Handelnden die Überlegung, was die betroffene Person gewollt hätte, wenn die fehlende Krankheits- und Behandlungseinsicht bzw. krankheitsbedingte Einwilligungsunfähigkeit eine selbstbestimmte Entscheidung nicht vereiteln würde. Dabei sind auch die Auswirkungen und Folgen einer zwangsweisen Durchsetzung der Maßnahme mit zu berücksichtigen (siehe auch Bauer/Braun, in: Bauer/Lütgens/Schwedler, 2023, 3. Beachtlichkeit des Willens, Rn. 169), sodass nicht vorschnell darauf zurückgegriffen werden kann, dass die betroffene Person sicherlich hätte gesund werden wollen. Zudem muss bedacht werden, aus welcher Perspektive hier „gesund“ formuliert wird (und wie realistisch dieses Ziel ist). Andernfalls ließe sich der natürliche Wille recht schnell bzw. zu schnell überwinden.

Der Gesetzgeber hat sich 2017 bewusst für eine positive Formulierung entschieden, wonach nicht nur zu prüfen ist, ob mittels einer Patientenverfügung eine Zwangsbehandlung ausgeschlossen wurde (BT-Drucksache 18/12842, S. 8). Vielmehr ist festzustellen, ob die (Zwangs-)Behandlung dem Willen der betroffenen Person entsprechen würde. Diese positive Feststellung stößt dann an ihre Grenzen, wenn über den:die Patient:in nichts bekannt ist

(hierzu gehörte z.B. ein wohnungsloser Betroffener, der unter einer Psychose litt und der vor kurzem ohne Bezugspersonen nach Deutschland geflüchtet war). Der BGH (Beschluss vom 29.7.2020, Az. XII ZB 173/18 = BtPrax 2021, 36-39 mit Anm. Henking) hat für diese Fallkonstellation erklärt, dass die Formulierung in Nr. 3 einer Zwangsbehandlung nicht entgegenstehe, wenn der Wille nicht festgestellt werden könne.

Aus den Ergebnissen der Aktenanalyse und aus den Interviews lässt sich aber vor allem eines feststellen: Es wird in vielen Fällen unzureichend der Versuch unternommen, den (mutmaßlichen) Willen der Person zu ermitteln. Die Gerichte, auch die Instanzgerichte, haben dies in der Vergangenheit mitgetragen, sodass sich hierdurch die Frage nach einem gesetzgeberischen Handeln stellen kann. Allerdings ist die Beachtung der Vorgaben des § 1827 BGB bereits jetzt zwingendes Recht. Womöglich fehlt es der Praxis bisher an Ideen zur Umsetzung, gleichwohl diese vorhanden sind. Neben dem Einsatz von ethischen Fallbesprechungen auf der Ebene der Klinik bietet es sich an, weitere Bezugsquellen einzubinden und An- und Zugehörige zu befragen, ggf. auch die niedergelassenen Ärzt:innen, oder auch zu berücksichtigen, welchen Lebensstil die Person bisher pflegte und was der Person bislang wichtig im Leben war. Da diese und weitere Faktoren durchaus von einigen Richter:innen berücksichtigt werden, scheint es zuvorderst einen Bedarf an Fortbildungen und Praxisempfehlungen zu geben, dem fokussiert auf diese Anwendungsproblematik nachgekommen werden muss. Manche Richter:innen berichteten hierzu durchaus umfassend, wie sie sich dem (mutmaßlichen) Willen nähern und versuchen, sämtliche Ressourcen zum Erkenntnisgewinn zu nutzen. Die Ermittlung des Willens ist eine anspruchsvolle Aufgabe (ähnl. Bauer/Braun, in: Bauer/Lütgens/Schwedler, 2023, 3. Beachtlichkeit des Willens, Rn. 182), wobei herauszustellen ist, dass diese Aufgabe zuvorderst dem:der rechtlichen Betreuer:in zukommt.

Noch weniger verbreitet zeigte sich im Übrigen die Behandlungsvereinbarung, deren Begriff und damit auch deren Inhalt nicht überall bekannt war. Soweit die Behandlungsvereinbarung Elemente einer Patientenverfügung enthält, sind ihre Inhalte unter den Voraussetzungen des § 1827 BGB verbindliche Erklärungen. So kann ein Schriftstück also mit Behandlungsvereinbarung überschrieben sein, gleichwohl aber eine andere, weitergehende rechtliche Wirkung haben. Dies ist aus rechtlicher Sicht allerdings nichts Neues, sodass sich allein hieraus kein Handlungsbedarf ergibt. Damit ist die

Vereinbarung aber im Falle ihres Bestehens von den Gerichten auf solche Bestandteile hin zu prüfen, was nicht stets bekannt zu sein schien. Eine Behandlungsvereinbarung ist eine von zwei Seiten ausgehandelte Vereinbarung mit gegenseitigen Zusagen oder Absichtserklärungen. Eine gesonderte gesetzliche Regelung zur Behandlungsvereinbarung, wie sie bereits im Gesetzgebungsverfahren 2017 gefordert worden ist, würde der Behandlungsvereinbarung über die zwischen zwei Parteien ohnehin bereits bestehende rechtliche Bindung hinaus einen gewissen Nachdruck verleihen. Das Bedürfnis hierfür muss jedoch kritisch hinterfragt werden. Das Aushandeln von Behandlungsvereinbarungen wird zwar immer wieder als wertvoll bezeichnet, in der Praxis ist das Instrument dennoch nicht weit verbreitet. Der hohe Aufwand ist dabei eine Komponente, aber wohl auch die darin gegebenen Zusagen. Diese nun noch mit einer zusätzlichen rechtlichen Verbindlichkeit zu belegen, könnte die Bereitschaft, Behandlungsvereinbarungen auszuhandeln, eher noch weiter senken. Der Aufwand ist zwar für sich genommen kein Argument, das gegen eine gesetzliche Regelung spricht. Gleichwohl muss bedacht werden, was der Gesetzgeber im Betreuungsrecht mit einer Regelung erreichen kann. So wertvoll das Instrument zu einer verbesserten Wahrung und Wahrnehmung der Selbstbestimmung der Betroffenen eingeschätzt wird und im Idealfall Zwang erübrigt, so ist die Erstellung einer Behandlungsvereinbarung von der Bereitschaft der jeweils beteiligten Akteure abhängig. Das Betreuungsrecht, das primär das Rechtsverhältnis zwischen Betreuer:in und betreuter Person regelt, dürfte auch bei Bejahung eines Regelungsbedarfs nicht der geeignete Standort sein, Ärzt:innen unmittelbar rechtlich zu verpflichten, in geeigneten Fällen Behandlungsvereinbarungen mit ihren Patient:innen zu schließen bzw. zumindest verstärkt auf das Aushandeln und den Abschluss von Behandlungsvereinbarungen hinzuwirken.

Es wurde allerdings mit Blick auf Patientenverfügungen auch das Bedürfnis nach mehr rechtlicher Klarheit geäußert. Dieses Regelungsbedürfnis vonseiten der Praxis blieb allerdings weitgehend diffus. Mit einer Patientenverfügung treten für die Behandlungsentscheidung zusätzliche Fragen auf, die einzelnen Voraussetzungen sind dezidiert zu prüfen. Dies ist allerdings erst einmal keine Besonderheit im psychiatrischen Bereich. Die Fragen der Bestimmtheit haben die Gerichte bei Entscheidungen insbesondere am Lebensende beschäftigt (BGHZ 214, 62), und auch im somatischen Bereich ist es oftmals weniger die direkte Bindungswirkung, die Entscheidungsmaßstab ist, sondern der

mutmaßliche Wille, für dessen Ermittlung die Patientenverfügung einen wichtigen Baustein bildet. Im Bereich der Psychiatrie ist es dann allerdings oftmals weniger die Frage nach einer Therapiebegrenzung durch den in einer Patientenverfügung niedergelegten Willen, die zum Tode führen kann, sondern die mittels Patientenverfügung vorausverfügte Therapiebegrenzung, die zu einer dauerhaften freiheitsentziehenden Unterbringung und einer Chronifizierung einer Erkrankung führen kann und damit die Aussicht auf ein möglichst selbstbestimmtes Leben und gesellschaftliche Teilhabe verhindert. Letztlich hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfG Beschl. v. 8.6.2021, Az. 2 BvR 1866/17 u. B BvR 1314/18) auch diese Fragestellung bereits geklärt: So können staatliche Schutzpflichten gegenüber einer untergebrachten Person eine Zwangsbehandlung nicht rechtfertigen, wenn die Zwangsbehandlung im Zustand der Einsichtsfähigkeit durch eine Patientenverfügung wirksam ausgeschlossen wurde.

Kein Konsens besteht in den Rechtswissenschaften zu der Frage des Widerrufs einer Patientenverfügung im einwilligungsunfähigen Zustand, wobei die herrschende Position für den Widerruf eine Erklärung im einwilligungsfähigen Zustand fordert (vgl. zur Diskussion Henking/Bruns 2014 m.w.N). Welche Wirkung dem natürlichen Willen zukommt, hat der Gesetzgeber hingegen mit § 1832 BGB geklärt.

4. Überzeugungsversuch(e) (§ 1832 Abs. 1 Nr. 4 BGB)

Einen mit Blick auf den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz zentralen Baustein der Zulässigkeitsvoraussetzungen für ärztliche Zwangsmaßnahmen bildet der Überzeugungsversuch (BGHZ 201, 324; Masuch/Gmati NZS 2013, 521, 528). In welchem Umfang das Überzeugen gelingt, kann nicht empirisch belegt werden. Dabei wird bereits zu berücksichtigen sein, dass die Zahl der freiheitsentziehenden Unterbringungen zum Zweck der Behandlung höher ausfällt als die Zahl der ärztlichen Zwangsmaßnahmen. Selbst ein Gelingen im Einzelfall muss auf den Einzelfall und die Rechte des:der Betroffenen bezogen betrachtet und damit als Beleg für die Bedeutung des Überzeugungsversuchs gesehen werden. Gelingt der Überzeugungsversuch, entfällt die ärztliche Zwangsmaßnahme, da es sich in diesem Fall nicht mehr um eine Behandlung gegen den natürlichen Willen handelt.

Das BVerfG (BVerfGE 128, 282 ff.) hatte den (gescheiterten) Überzeugungsversuch bereits in der ersten Entscheidung zur Zwangsbehandlung im Jahr 2011 als Voraussetzung einer Zwangsbehandlung benannt. Dieses Erfordernis hat der Gesetzgeber in die Regelung des damaligen § 1906 Abs. 3 BGB a.F. aufgenommen. Der BGH (BGHZ 201, 324) hat in einer Entscheidung aus dem Jahr 2014 den Überzeugungsversuch als materielle Zulässigkeitsvoraussetzung eingeordnet und die Anforderungen konkretisiert. Der Versuch müsse ernsthaft, mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Ausübung unzulässigen Drucks durch eine überzeugungsfähige und überzeugungsbereite Person erfolgen. Dies ist vom Gericht im Einzelfall zu überprüfen und im Beschluss auch nachprüfbar darzulegen (BGHZ 201, 324). Der Gesetzgeber hat 2017 den Gesetzestext um diese Formulierung des ernsthaften, mit ausreichend Zeit und ohne unzulässigen Druck ausgeführten Überzeugungsversuchs erweitert (siehe nun § 1832 Abs. 1 Nr. 4 BGB). Gleichwohl stellt sich nach wie vor u.a. die Frage, was „ausreichend Zeit“ für die bzw. in der Praxis bedeutet. So wurde auch vereinzelt in den Interviews der Wunsch nach einer Konkretisierung durch den Gesetzgeber geäußert. Da „ausreichend Zeit“ stark von der Situation im Einzelfall abhängen wird, würden sich detaillierte normative Vorgaben als schwierig erweisen. Es erfordert allerdings auch eine gewisse Kompetenz des:der Richter:in im Einzelfall, sich ein Bild davon zu machen, ob im Einzelfall die Zeit ausreichend war oder ob der Überzeugungsversuch ernsthaft und ohne unzulässigen Druck angegangen wurde. Die Überprüfung des Überzeugungsversuchs fällt in der Praxis recht unterschiedlich aus. So ergab sich in der Aktenanalyse und in den Interviews ein unterschiedliches Bild zum Vorgehen in der Praxis. Hier scheint sich kein einheitlicher Standard entwickelt zu haben. Dass ein sich Verlassen auf eine stattgefundene Durchführung keine Überprüfung darstellt, bedarf keiner weiteren Erläuterung. Teils war aus den Gerichtsakten ebenso nicht zu erkennen, wie ein Überzeugungsversuch konkret überprüft wurde, insbesondere wenn auch im Genehmigungsbeschluss nur der Gesetzeswortlaut bestätigend wiedergegeben wurde. Teils ergaben sich die Überzeugungsversuche aus den ärztlichen Zeugnissen oder auch aus der Patientenakte der Klinik, die dann entweder von Richter:innen vor der Anhörung eingesehen oder die teilweise auch vom Gericht vorab angefordert und zur Akte genommen wurden. Die Praxis zur Überprüfung der Überzeugungsversuche ist folglich sehr unterschiedlich und reicht von oberflächlicher bis akribischer Überprüfung; dies auch mit Blick auf den Inhalt. So berichteten manche Richter:innen davon, sich den Überzeugungsversuch noch einmal im

Detail erläutern zu lassen oder einen Zeitraum von einer halben Stunde für einen Überzeugungsversuch zu verlangen.

Wer den Überzeugungsversuch zu leisten hat, ergibt sich aus § 1832 Abs. 1 Nr. 4 BGB nicht. Die fehlende Vorgabe wurde in den Interviews zuweilen bemängelt. Zur Vermeidung von Zwang erscheint es allerdings irrelevant, wem es gelingt, den Betroffenen zu erreichen. Der BGH spricht von einer überzeugungsfähigen und überzeugungsbereiten Person (BGHZ 201, 324). Es zeigt sich auch in der Praxis, dass unterschiedliche Personen geeignet sein können (Pfleger:innen, Ärzt:innen, Betreuer:innen, Richter:innen, Verfahrenspfleger:innen etc.). Zu bedenken ist allerdings, dass mindestens ein Gespräch ärztlicherseits zu führen ist, da eine ärztliche Aufklärung erfolgen muss (BGHZ 201, 324, Grotkopp BtPrax 2013, 83, 87; Lipp FamRZ 2013, 913, 921). Aus den Interviews mit den Betroffenen lässt sich der Wunsch nach besserer Aufklärung entnehmen, die eine Information zu den Vor- und Nachteilen einer Behandlung umfasst und bei der sich mehr Zeit für die betroffene Person genommen wird. Aus den Aufgaben und Pflichten von Betreuer:innen lässt sich ebenfalls ableiten, dass diese mit der betroffenen Person über die anstehenden Maßnahmen sprechen müssen (so auch BGHZ 201, 324 mit Hinweis auf BT-Drs. 17/12086, S.11).

Aus den Akten war nicht stets erkennbar, wer ein Gespräch mit welchem Inhalt geführt hat. So fanden sich in manchen Akten Notizen innerhalb des Verlaufsberichts mit der Angabe, dass den Betroffenen bei der Visite oder der allgemeinen Medikamentenausgabe Medikamente angeboten wurden. Manche Kliniken führten ein eigenes Formular zu Überzeugungsversuchen mit Angaben zu Zeit, Person und Inhalt. Dies reichte von einem eher einfach gehaltenen tabellarischen Übersichtsplan bis hin zu einem pro Überzeugungsversuch angefertigten Kurzprotokoll mit dem jeweiligen Gesprächsinhalt und der Reaktion der betroffenen Person. In anderen Fällen musste dies den Behandlungsverläufen entnommen werden, was nicht immer möglich war.

Manche Richter:innen berichteten auch, stets (wenn möglich) die Betroffenen zu fragen, ob jemand mit ihnen gesprochen habe, was teilweise verneint werde. Hierzu wurde auch berichtet, dass nach den Gründen der Ablehnung gefragt werde. Wenn dies mit Nebenwirkungen begründet werde, versuchten einige sodann zu reagieren und zu vermitteln. Richter:innen berichteten teils mit Beispielen aus der Anhörung: Überreichen des Beipackzettels, Diskutieren von unerwünschten Nebenwirkungen und in wenigen Fällen

betroffener schwangerer Frauen oder Frauen mit Kinderwunsch auch die Sorge vor Auswirkungen auf das Ungeborene. Letztlich wurde die Sorge der Betroffenen vor unerwünschten Nebenwirkungen unterschiedlich wahrgenommen und adressiert.

Ergänzt mit den Berichten der von Zwangsbehandlung Betroffenen zeigt sich ebenfalls ein unterschiedliches Erfahrungsbild. So berichteten diese teilweise, dass kein Überzeugungsversuch stattgefunden habe. Da sich aus der Aktenanalyse teils auch Einträge von nur wenigen Minuten für den Überzeugungsversuch ergaben, sind diese Gespräche womöglich als solche auch gar nicht wahrgenommen worden bzw. dies mag als Indiz für unzureichenden Zeitaufwand gewertet werden. Die Betroffenen wünschten sich in den Interviews vor allem mehr Zeit. Die Qualität der Überzeugungsversuche wurde als abhängig vom Personal und vom Setting angegeben. Die Betroffenen berichteten neben den bereits genannten Formen des Überzeugungsversuchs ergänzend von der Ausübung von Druck. Als Druck beschrieben die Betroffenen psychologischen Druck wie Überredung oder Drohung, z.^oB. mit der Ankündigung von Fixierung. Hier wird man diskutieren müssen, wie sich Druck auswirkt samt der Frage, ob Druck zu Gegendruck führt und damit kontraproduktiv wirken könnte. Unzulässig wird Druck aus einer rechtlichen Perspektive aber nicht bereits durch das Ankündigen von Maßnahmen, die aus rechtlicher Sicht zulässig sind. Dennoch ist hier der wertvolle Hinweis für die Praxis zu entnehmen, dass der Zeitaufwand größer ausfallen könnte. Hinzu kommen aus den Interviews mit Betroffenen Aspekte wie Kontinuität/kontinuierliche Durchführung, Einfühlsamkeit und Motivation der:des Betroffenen. Letztlich handelt es sich dabei um Aspekte, die kaum/nicht justiziabel sind, aber den Gerichten bei der Überprüfung der Überzeugungsversuche Hinweise liefern und den Kliniker:innen Anhaltspunkte für eine Verbesserung der Überzeugungsversuche geben können.

Ergänzt man dieses Bild durch die Anhörungsprotokolle und die Interviews mit Richter:innen lässt sich ein unterschiedliches Level an Kommunikationsfähigkeiten und letztlich auch Kreativität der beteiligten Akteure, aber auch der Richter:innen selbst, erahnen. Dabei stellten vor allem das Anhörungsprotokoll aus den Akten sowie die Interviews eine wichtige Erkenntnisquelle dar. Teils ergaben auch die schriftlichen Stellungnahmen der Verfahrenspfleger:innen noch ergänzende Informationen. Denn auch hier setzten manche Richter:innen noch einmal zu einem erneuten Gespräch und teilweise auch selbst zum

Überzeugungsversuch an und konnten, wenngleich eher wenige, Beispiele berichten, bei denen dies gelang (z.B. durch das Angebot von Süßigkeiten, weil Medikament bitter schmecke; Lesen lassen von Beipackzetteln; Beantworten von Fragen zur Wirkweise und Nebenwirkungen in Beisein eine:r Ärzt:in und Richter:in; Erklären des Sachverständigengutachtens als Einschätzung einer Person von außen; Zeit nehmen; etc.). Es gab aber auch den Einwand seitens der Richter:innen, dass ein Gespräch mit den Betroffenen nicht möglich sei. Da sich auch die in den Akten sichtbaren Fälle voneinander unterschieden, das Auffassungsvermögen, die Gesprächsmöglichkeiten und die Gesprächsbereitschaft, die Reaktion auf eine:n anwesenden Richter:in äußerst unterschiedlich waren, schließen sich hier pauschale Bewertungen aus. Gleichwohl erhält man eine Idee von Kommunikationsfähigkeiten in unterschiedlichen Problemkonstellationen. Der unterschiedliche gesundheitliche Zustand hat aber nicht bei allen Kliniken dazu geführt, ihr Prozedere bei den Überzeugungsversuchen individuell anzupassen, und häufig wirkte die Dokumentation der Überzeugungsversuche stereotyp oder textbausteinartig.

Im Ergebnis lässt sich festhalten, dass von den Kliniken in unterschiedlicher Weise versucht wird, die Betroffenen von der Notwendigkeit der Behandlung zu überzeugen. Hierzu ist noch einmal anzumerken, dass viele der Betroffenen, auch wenn sie zunächst gegen ihren Willen in die Klinik kamen, sich im Krankenhaus auf eine Behandlung einließen. Betrachtet man den Begriff „Überzeugen“, beinhaltet dieser mehr als ein bloßes tägliches Anbieten von Medikamenten. Der Überzeugungsversuch setzt voraus, mit dem Betroffenen in ein Gespräch über die Notwendigkeit, Chancen und Risiken der (in der Regel medikamentösen) Behandlung einzutreten. Die konkrete Ausgestaltung dieses Gesprächsversuchs wird stark vom Gesundheitszustand der betroffenen Person abhängen (so bereits BGHZ 201, 324) und kann eben auch mehrere Versuche und Anläufe erfordern. Diese individuellen Faktoren sind jedoch kaum in einer Konkretisierung des Gesetzestextes abbildbar, die der Vielgestaltigkeit der Fälle gerecht würde. Es ist allerdings für die Praxis eine Aufgabe, den Überzeugungsversuch inhaltlich und bedarfsgerecht zu gestalten und auch an die individuellen Fälle angepasste Prüfungsmaßstäbe zu entwickeln. Die Vorgaben des Gesetzes und die hierzu ergangene Rechtsprechung bieten eine ausreichende Richtschnur, sodass hier kein gesetzgeberischer Handlungsbedarf gesehen wird. Deutlicher Verbesserungsbedarf wird

aber in der praktischen Umsetzung gesehen, wofür praktische Handlungsempfehlungen entwickelt werden sollten.

Ergänzend ist hierzu anzumerken, dass der Überzeugungsversuch in seiner Rolle und Konstruktion nicht mit der Entscheidungsunterstützung verwechselt werden sollte. In den Erhebungen wurde auch nach der Entscheidungsassistenz gefragt. Nimmt man die Idee der Entscheidungsassistenz ernst, dann kann das angestrebte Ergebnis noch nicht feststehen, sondern die betroffene Person soll darin unterstützt werden, eine möglichst selbstbestimmte Entscheidung zu treffen. Beim Überzeugungsversuch ist aber bereits eine Situation erreicht, bei dem der oder die Überzeugende davon ausgeht, dass eine Behandlung des zu Überzeugenden erfolgen muss, notfalls auch unter der Anwendung von Zwang. Die Entscheidungsunterstützung hat ihre Bedeutung vor allem einen Schritt zuvor, wenn es um die fehlende Krankheits- und Behandlungseinsicht geht. Was als Entscheidungsunterstützung verstanden wird, wie eng oder wie weit man den Begriff auffasst, beeinflusst das Antwortverhalten auf die betreffende Frage. Gleichwohl konnten einige Befragte mit dem Begriff gar nichts anfangen. In den Akten war eine Entscheidungsunterstützung vor allem dann auszumachen, wenn Bezugspersonen (z.B. Angehörige) bewusst in die Gespräche zur Behandlungsplanung einbezogen wurden oder Bezugspflegerkräfte zugeordnet waren. Im Großen und Ganzen konnten Maßnahmen der Entscheidungsunterstützung nur selten identifiziert werden. Womöglich sind diese aber auch nicht dokumentiert, weil man sie sich als solche nicht bewusst macht. Da auch in den Interviews der Begriff vielen nicht bekannt war (und dies auch schon nach der Diskussion des Erhebungsbogens mit dem Forschungsbeirat zu erwarten war), dürfte eher anzunehmen sein, dass es hier noch Verbesserungsbedarf in der Praxis gibt. Zu bedenken bleibt auch hier, dass die Erkrankungen und die Personen verschieden sind und dass noch nicht ausreichend bedarfsgerechte Maßnahmen der Entscheidungsunterstützung mit Wirksamkeitsnachweis entwickelt worden sind, sodass hier weiterer Forschungsbedarf besteht.

Zum Überzeugungsversuch und damit verbundenen Überlegungen eines gesetzgeberischen Handlungsbedarfs muss abschließend ebenfalls das Folgende bedacht werden, was zu einer gesetzgeberischen Zurückhaltung führen sollte: Die Krankheitsbilder, die Krankheitsgeschichten, die Verläufe und die von ihnen betroffenen Personen sind unterschiedlich und in ihren Ausprägungen vielfältig. Wenn der Überzeugungsversuch

personenorientiert und bedarfsgerecht erfolgen soll, muss individuell geprüft werden, was angemessen ist. Dass die Faktoren Zeit und Zwischenmenschlichkeit von den Betroffenen für wichtig erachtet werden, sollte dabei ausreichend Beachtung finden.

Für die Praxis könnte sich ein Standard entwickeln, nach dem die Gerichte von den Kliniken verlangen, die tatsächlich durchgeführten Überzeugungsversuche detaillierter darzulegen.

5. Tatbestandsmerkmal: stationärer Aufenthalt im Krankenhaus (Nr. 7)

Ein kontroverses Meinungsbild ergab sich aus den Interviews mit Blick auf eine weitergehende Öffnung des Anwendungsbereichs. In der Fokusgruppe „Psychiatrie“ wurde eine Öffnung kritisch gesehen. Die Teilnehmenden der Fokusgruppe „stationäre Altenpflege“ sprachen sich gegen eine Ausweitung bzw. die Möglichkeit einer Zwangsbehandlung im Pflegeheim im Betreuungsrecht aus. (Die Problematik „heimliche Gabe“ wird gesondert diskutiert.)

Aus der Akteneinsicht ergaben sich weder Fälle, bei denen eine Zwangsbehandlung unter medizinischen Gesichtspunkten auch außerhalb der Klinik möglich gewesen wäre, noch Fallkonstellationen einer Verbringung zur Durchführung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme oder Entlassung aus der Klinik bereits nach einer Nacht. Gesehen wurden schwere Erkrankungsverläufe, die entweder wegen Suizidalität des geschützten Rahmens einer Klinik bedurften oder bei denen sich wegen der erst notwendigen Diagnostik und erstmaligen Verabreichung von Medikamenten der Verlauf insgesamt komplex gestaltete. Die Personen, die aus Pflegeheimen in die Klinik kamen, wiesen komplexe Problemlagen auf, die eine stationäre Versorgung und Überwachung erfordern: Antibiose i.v., Flüssigkeitszufuhr i.v. (bei Elektrolytentgleisung), Abklärung kardiologischer Probleme, Dekubitusversorgung oder aber Delirzustände bei älteren Personen (nicht nur aus einem Pflegeheim; Delir unterschiedlicher Ursache, oftmals in Zusammenhang mit einem Infekt). Die Betroffenen waren in der Regel mittels Rettungsdienstwagen ins Krankenhaus verlegt worden.

In den Akten konnten keine Fälle identifiziert werden, in denen eine notwendige Behandlung unterblieb oder genauso gut außerhalb eines Klinikums hätte durchgeführt werden können. Ebenso wurden in den Interviews keine entsprechenden Fälle, in denen eine notwendige Behandlung im Sinne des § 1832 BGB unterblieb, berichtet. Berichtet wurde aus den

Interviews, dass stets Lösungen gefunden werden konnten, die Betroffenen so schwer erkrankt waren, die Verbringung keine relevante Belastung darstellte oder die Probleme sich im Tatsächlichen, also der praktischen Umsetzung, abspielten. Von manchen Richter:innen wurden allerdings Fälle berichtet, in denen aus ihrer Sicht eine Zwangsbehandlung ebenso gut beispielsweise in der Einrichtung, in der die Person (geschlossen) untergebracht war, hätte erfolgen können. Hier fand teilweise die Zahnbehandlung Erwähnung, während dies explizit für eben diese Behandlung von den Teilnehmenden der Fokusgruppe „Pflegeheim“ ausgeschlossen wurde. Weitere Recherchen, insbesondere eine Nachfrage beim Bund Deutscher Anästhesisten, haben ergeben, dass dieses Szenario aufgrund der notwendigen Vollnarkose und der notwendigen Nachsorge (einschließlich möglicher Komplikationen während des Eingriffs, Schluckstörungen insbesondere bei Menschen mit Demenz nach der Narkose, Risiko eines Delirs) im Rahmen einer Risiko-Nutzen-Bewertung kein besonders überzeugendes Beispiel für eine Änderung der Vorschrift darstellt, wenngleich der Vorteil der vertrauten Umgebung bei Demenz hervorzuheben ist. Mit Blick auf die Nachsorge muss zudem geprüft werden, ob die betroffene Person in der Lage ist, bei der Nachsorge hinreichend mitzuwirken.

Die Frage nach einer Schutzlücke lässt sich somit wie folgt beantworten: Eine Schutzlücke gibt es aus einer rechtlichen Betrachtung heraus nicht, weil jede betroffene Person nach der gesetzlichen Regelung eine Zwangsbehandlung erfahren kann und von dieser Möglichkeit nicht ausgeschlossen ist. Aus der im Rahmen dieser Studie durchgeführten empirischen Erhebung haben sich keine Anhaltspunkte dafür ergeben, die dieser rechtlichen Einschätzung entgegenstehen können und auf eine Schutzlücke hindeuten würden. Bei der Frage, ob die gesetzgeberische Lösung über eine Verbringung einer Person in eine Klinik verhältnismäßig ist, müssen daher die Argumente in die Abwägung gebracht werden, die den Gesetzgeber zu dieser Ausgestaltung der Norm bewogen haben. Danach ist die Verbringung einer Person in eine Klinik nicht unverhältnismäßig, weil in der gesetzgeberischen Abwägung zugleich der besondere Schutz, den eine Klinik gegenüber dem ambulanten Setting bietet, ebenso wie das Bestreben um eine restriktive Anwendung von ärztlichen Zwangsmaßnahmen, Berücksichtigung findet. Der Gesetzgeber hat sich mit guten Gründen gegen eine ambulante Zwangsbehandlung entschieden, um Zwang auf das Mindestmaß zu begrenzen (vgl. BT-Drs. 18/11240, S.19).

Die Diskussion um eine mögliche Erweiterung des Anwendungsbereichs einer Zwangsbehandlung im Sinne einer Ambulantisierung kann sich also nicht auf eine mögliche Schutzlücke in § 1832 BGB berufen. Letztlich sind die aus den Interviews und den Fokusgruppen gewonnenen Ergebnisse eine Fortführung und teils erfahrungsbasierte Ergänzung der bereits geführten Diskussion um eine ambulante Zwangsbehandlung. Durch die Interviews ist allerdings deutlich geworden, dass die Diskussion mit Blick auf die unterschiedlichen Settings einer ambulanten Zwangsbehandlung geführt werden muss und unter diesem Begriff unterschiedliche Szenarien gefasst werden, ohne dies in der Argumentation stets explizit zu machen. Dies bedeutet zudem, dass für jede Fallkonstellation die Prüfung der materiellen Voraussetzungen bis hin zur Umsetzung der ärztlichen Zwangsmaßnahmen bedacht werden muss - folglich, ob die Voraussetzungen des § 1832 BGB vorliegen und wie die Umsetzung der ärztlichen Zwangsmaßnahme konkret erfolgen könnte. Während die Diskussion teils auf Behandlungen von Personen, die nicht in einer Einrichtung leben, zielt, betrafen bzw. betreffen die Sachverhalte der jüngsten Entscheidungen Personen, die in einem Pflegeheim der Altenhilfe oder in einem Wohnheim leben, das der Eingliederungshilfe zuzuordnen ist. Fokussiert auf den aktuell zur Vorlage beim Bundesverfassungsgericht gebrachten Sachverhalt (BGH, Beschluss vom 8.11.2022, Az. XII 459/22) zeigt sich, dass die Person eine ärztliche Zwangsmaßnahme regelmäßig erfahren hat, sodass von einer Schutzlücke wie sie in der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2016 herausgearbeitet wurde, nicht gesprochen werden kann. Im konkreten Fall dürfte neben der Frage, ob eine ärztliche Zwangsmaßnahme, die über mehrere Jahre regelmäßig durchgeführt wurde, überhaupt den anderen Voraussetzungen des § 1832 BGB entspricht, die Frage stellen ein: Stellt sich die Verbringung wegen der damit einhergehenden Belastungen als unverhältnismäßig dar oder bietet die notwendige Verbringung in die Klinik den vom Gesetzgeber gewünschten zusätzlichen Schutz.

Bevor die Argumente – losgelöst vom aktuell zur Entscheidung anstehenden Fall – ausgeführt und bewertet werden, soll zunächst die Voraussetzung der Anforderung des stationären Krankenhausaufenthalts, in dem die Nachsorge sichergestellt ist, untersucht werden. Der Gesetzgeber hat den Ort der Zwangsbehandlung in der Klinik gesehen (BT-Drs. 18/11240, S.°18 f.; vgl. auch Götz 2017, 413; Marschner in Jürgens, 2023, § 1832, Rn. 8). Diese gesetzgeberische Entscheidung lässt sich ausgehend vom ultima-ratio-Gedanken mit

einem erhöhten Verfahrensschutz und Qualitätsstandard begründen, weil der Rahmen einer Klinik hierfür eine gewisse Verlässlichkeit bietet.

Was ein Krankenhaus ist, ist nicht weiter definiert worden, sodass es nicht auf die Art oder den Träger eines Krankenhauses ankommt (Dodegge in: Dodegge/Roth, § 1832 BGB, hh., Rn.73). Maßgeblich ist der organisatorische und strukturelle Rahmen einschließlich der Sicherstellung einer ärztlichen Versorgung zu jeder Zeit (im Gegensatz zu anderen Einrichtungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen).

Unsicherheiten bestehen darüber, ob der Gesetzgeber im Betreuungsrecht an das sozialversicherungsrechtliche Verständnis von stationär anknüpfen wollte. Es spricht einiges dafür, dass der Gesetzgeber die vollstationäre Versorgung bei der Zwangsbehandlung vor Augen hatte. Schließlich war ihm die Abgrenzung zur ambulanten Versorgung wichtig und die damit verbundene Sicherstellung einer ausreichenden und verlässlichen Nachsorge (so auch Dodegge in: Dodegge/Roth, § 1832 BGB, hh., Rn.74). Es erscheint gleichwohl nicht vollkommen ausgeschlossen, den Begriff als einen im Betreuungsrecht geltenden eigenständigen Begriff zu verstehen. Diese Überlegung hat das Bundesverfassungsgericht ebenso angestoßen und zugleich darauf hingewiesen, dass eine fachgerichtliche Klärung dieser Frage noch fehle (BVerfG, Beschluss vom 2.11.2021, Az. 1 BvR 1575/18).

Wichtig war dem Gesetzgeber, dass der:die Betroffene nach einer Zwangsbehandlung medizinisch fachgerecht versorgt wird (BT-Drs. 18/11240, S.20). Dieser Gedanke ist nicht nur auf mögliche Nebenwirkungen einer Medikation zu beschränken, sondern dahinter steht auch die Idee, dass die betroffene Person nach einer Zwangserfahrung nicht sich allein überlassen bleibt (vgl. Dodegge in: Dodegge/Roth, § 1832 BGB, hh. Rn. 75; Marschner in: Jürgens, § 1832 BGB, Rn. 8 mit Hinweis auf BT-Drs. 18/11240, S.20). Unter Berücksichtigung dieser Zielsetzungen könnte man vertreten, auch den teilstationären Klinikaufenthalt unter die Norm zu subsumieren, solange die Nachsorge sichergestellt wird (ähnlich Dodegge in: Dodegge/Roth, § 1832 BGB, hh. Rn. 75; a.A. Müller-Engels, § 1832 BGB, Rn. 19; Spickhoff in: Spickhoff, § 1906a BGB, Rn. 18). Zum einen bleibt der Klinikrahmen mit der entsprechenden Struktur bestehen, die eine gewisse Gewähr dafür bietet, dass die Zwangsbehandlung in einem geordneten Rahmen mit entsprechend qualifizierten Personen erfolgt. Zum anderen ist es auch diese Struktur, die eine Nachsorge sicherstellen kann. Dazu muss die betroffene Person in die Organisationsstruktur eingegliedert sein, die es auch ermöglicht, sie im

Bedarfsfall über Nacht (und ggf. darüber hinaus) in der Klinik zu versorgen. Insbesondere Risiken wie auftretende Schluckstörungen oder ein Delir müssen von hierfür qualifizierten Personen erkannt werden und jederzeit muss eine ärztliche Hilfeleistung erfolgen können. In der Regel wird dies nur möglich sein, wenn die Person eine ausreichend lange Zeit medizinisch überwacht und persönlich begleitet wird, sodass sich auch eine Reaktion auf den erfahrenen Zwang zeigen kann, will man nicht nur auf die medizinische Wirkung abstellen. Auch bei einem Delir ist zu berücksichtigen, dass dieses sich nicht stets unmittelbar zeigt und auch für den geschulten Blick nicht stets als solches erkennbar ist. Nun lassen sich allerdings Fallkonstellationen erdenken, bei denen diese Nachsorge nicht zwingend mit einer Übernachtung in der Klinik einhergehen müsste. Wenngleich diese Beispiele vermutlich eher selten in der Praxis auftreten werden, könnte ein Beispiel eine diagnostische Maßnahme wie eine Röntgen-, CT-, oder MRT-Aufnahme unter einer Sedierung (nicht Vollnarkose) bilden. Es wird in diesen Fällen allerdings eine gesonderte Prüfung und schließlich Begründung erforderlich sein, warum vom Regelfall der vollstationären Aufnahme abgewichen werden kann. Begründet werden muss sodann, warum ausgehend vom Regelfall des vollstationären Aufenthalts auch nur mit dem teilstationären Aufenthalt die Versorgung und Nachversorgung sichergestellt werden kann. Denn neben dem Ort Krankenhaus, mit dem Verfahrensschutz durch bessere Überprüfbarkeit und dem hohen Maß an Qualität der Behandlung und medizinischen Versorgung sichergestellt wird, kam es dem Gesetzgeber eben auf die Nachsorge an. Wenn diese Nachsorge sichergestellt werden kann, keine unerwünschten Nebenwirkungen der Medikation oder der Untersuchung mehr erwartet werden und die betroffene Person stabil entlassen werden kann, dann erscheint dieser Weg für die in den Interviews von den Richter:innen angesprochenen diagnostischen und kleineren somatischen Eingriffen denkbar. Es muss der Gedanke einer Zwangsbehandlung als ultima ratio auch in dieser Ausgestaltung des Aufenthalts beachtet werden (Dodegge in: Dodegge/Roth, § 1832 BGB, hh., Rn.75). Nimmt man das Beispiel einer Zahnbehandlung gegen den Willen unter Vollnarkose bei einem Betroffenen mit fortgeschrittener dementieller Erkrankung, muss begründet werden können, warum im konkreten Fall keine Überwachung der betroffenen Person nach der Narkose mehr erforderlich sein soll, Schluckstörungen, Delir etc. nicht mehr zu erwarten sind bzw. dieses als Teil der Nachsorge im Beschluss ausformuliert werden. Sichergestellt werden muss, dass der gesetzgeberische Gedanke, Zwang als ultima ratio und damit eine restriktive Anwendung der Vorschrift

sicherzustellen, gewahrt bleibt. Der teilstationäre Aufenthalt kann sich damit nur auf die eher seltene Fallkonstellation wie die zwangsweise Diagnostik oder Eingriffen mit geringeren Risiken und dies nur innerhalb dieser Gruppe in seltenen Ausnahmefällen als Lösung anbieten. Sichergestellt werden muss die Abgrenzung zum ambulanten Aufenthalt bzw. zur ambulanten Behandlung. „Teilstationär“ ist dabei als Ausnahmefall zum Regelfall „vollstationär“ zu betrachten.

Um hier für die Praxis eine größere Handlungssicherheit zu erlangen, sollte der Gesetzgeber klarstellen, ob er unter Nr. 7 nur den vollstationären Aufenthalt versteht oder sich nach seinem Verständnis unter den oben genannten Prämissen auch ein teilstationärer Aufenthalt subsumieren ließe. Ohne diese Klarstellung sind Versuche einer anderen erweiterten Auslegung nur schwer bzw. kaum vertretbar (vgl. Spickhoff in: Spickhoff, § 1832, Rn. 15).

Unter der Annahme, dass auch der teilstationäre Aufenthalt in Ausnahmefällen eine vertretbare Lösung bei Beachtung der restriktiven Anwendung der Vorschrift darstellen könnte, wäre für bestimmte Fallkonstellationen (z. B. Diagnostik, kleinere Eingriffe, Dialyse), für die in den Interviews teilweise für eine Öffnung der Vorschrift votiert wurde, eine Lösung gefunden, die bereits vom geltenden Recht erfasst wäre. Betont werden muss allerdings, dass das restriktive Verständnis des Anwendungsbereichs der Vorschrift nicht ausgehöhlt oder unterlaufen werden darf und der vollstationäre Aufenthalt den Regelfall abbildet.

Eine weitergehende Öffnung der Vorschrift ließe sich bei einem restriktiven Verständnis nur schwer respektive nicht begründen. Einige Befragte (Interviews wie Fokusgruppe) lehnten eine Änderung der Vorschrift ab; unter den Fürsprecher:innen einer Änderung wurden unterschiedliche Fallkonstellationen benannt, die im Folgenden betrachtet werden sollen:

Dies sind zum einen Betroffene, die „Dauerbeschlüsse“ einer Zwangsbehandlung haben, bei denen der Beschluss also immer wieder verlängert wird. Abseits der materiell-rechtlichen Frage, ob eine Zwangsmedikation in eine Endlosschleife führen darf, stellt sich bei dieser Personengruppe, die in der Regel mit einer antipsychotischen Depotmedikation behandelt wird, die Frage, ob dies stets mit einer Verbringung in ein Krankenhaus verbunden sein muss. Die Verlagerung der Zwangsbehandlung in die Einrichtung, in der die Personen leben, bedeutet für diese letztlich auch, den Zwang in ihren privaten Raum, ihren Wohnraum zu bringen. Es ist in den Interviews auch nicht durchgehend damit argumentiert worden, dass

die Verbringung eine besondere Belastung für die Betroffenen darstelle, sondern dass der damit verbundene Aufwand unsinnig und überflüssig sei, weil die Behandlung eben genauso gut in der Einrichtung bei den Betroffenen durchgeführt werden könne. Bei diesen beschriebenen Fällen bestand die Besonderheit einer räumlichen Nähe zur Klinik, die Wohngruppen befanden sich zum Teil auf dem Klinikgelände mit der Versorgung durch die Ärzt:innen der Klinik. Erweitert man die Regelung mit Blick auf diese besondere Wohnsituation, dann würde die Regelung jedoch auch die Wohnformen miteinbeziehen, die diese räumliche Nähe zu einer Klinik nicht aufweisen. Man müsste in diesem Fall die Regelung auf sämtliche Einrichtungen der Eingliederungshilfe erweitern.

Die Versorgung von Menschen mit antipsychotischer Depotmedikation hatten auch diejenigen Befürworter:innen einer Erweiterung der Regelung vor Augen, die diese ambulant, z.B. beim niedergelassenen Arzt bzw. Ärztin oder in der Psychiatrischen Institutsambulanz, organisiert wissen wollen. Hierbei ist aber zu beachten, dass auch in dieser Konstellation alle anderen Vorgaben des § 1832 BGB vorliegen müssen. Mit einer ambulanten Zwangsbehandlung dürfen die im Übrigen durch die Rechtsprechung des BVerfG vorgegebenen engen Voraussetzungen nicht ausgehöhlt werden. Es ist äußerst fraglich, ob die hohen Anforderungen, die an die Zulässigkeit einer Zwangsbehandlung anzulegen sind, bei Personen vorliegen, die in der Lage sind, außerhalb einer geschlossenen Einrichtung zu wohnen oder sich bei ihrem Arzt:ihrer Ärztin zu einem bestimmten Termin zum Erhalt einer Zwangsmedikation einfinden können.

Darüber hinaus wurde die Vorstellung artikuliert, eine Erweiterung der Regelung für die Behandlung der psychischen Erkrankung auszuschließen, aber für die Behandlung einer somatischen Erkrankung zu öffnen. Dies insbesondere dann, wenn es sich um eine regelmäßig durchzuführende Behandlung handle. Auch wenn diese Fälle die Ausnahme bilden dürften und in der Aktenanalyse nicht gesehen wurden, sind hier Fallkonstellationen denkbar, in denen diese Frage aufkommen mag. Bei den allermeisten Anwendungsfällen wird ein Klinikaufenthalt unumgänglich sein, ebenso bei Eingriffen jeder Art, die in Vollnarkose durchgeführt werden, oder bei diagnostischen Maßnahmen mit leichter Sedierung. Wenn eine Übernachtung oder ein längerer Aufenthalt, also eine weitere Nachsorge, nicht notwendig sind, ließen sich diese Ausnahmekonstellationen über den Einschluss des Begriffs „teilstationär“ in das Tatbestandsmerkmal „stationär“ erfassen. Bei

den Beispielen wie einer Dialyse oder anderen Maßnahmen dieser Art muss auch die Frage nach einer Therapiezieländerung hin zu einer palliativen Versorgung aufgeworfen werden: eine dauerhaft unter Zwang durchgeführte Dialyse kann ebenso wenig wie eine dauerhaft durchgeführte Zwangsernährung eine Lösung sein.

In anderen Fällen, in denen für eine ambulante Zwangsbehandlung in Wohnformen der Eingliederungshilfe, Pflegeheimen oder gar Zuhause, also in der Wohnung der Betroffenen, argumentiert wird, ist das am häufigsten vorgebrachte Argument der zusätzlichen Belastung rechtlich als Frage der Verhältnismäßigkeit (Erforderlichkeit) einzuordnen, wenn die zusätzliche Unterbringung bzw. Verbringung entfallen könnte. In den Aktenanalysen wurden solche Fälle nicht gesehen, sodass die Diskussion an dieser Stelle nicht um eigene empirische Ergebnisse bereichert werden kann. Insbesondere bei den Konstellationen mit älteren Personen, die in den Fallanalysen gesichtet wurden, bestanden komplexe Problemlagen, die eine Behandlung in der Klinik erforderten und nicht im ambulanten Bereich beherrschbar gewesen wären. Will der Gesetzgeber diesen Einzelfällen gerecht werden, steht er – wie bereits oben angedeutet – vor der Schwierigkeit, dass sich der Einzelfall zum Regelfall verschieben könnte. Denn eine gesetzgeberische Lösung, die Ermessensspielräume für Ausnahmefälle einräumt, ist kaum mit der notwendigen Bestimmtheit zu kreieren. Offen bleibt in den Diskussionen um die „zusätzliche“ Belastung oftmals, worin diese Zusatzbelastung konkret besteht, die zudem in Abwägung mit den Risiken einer ambulant durchgeführten Behandlung gebracht werden muss. Die ambulante Zwangsbehandlung für eine Personengruppe zu öffnen, für andere aber nicht, bedarf jedenfalls mit Blick auf Pflegeheime versus Wohnformen der Eingliederungshilfe einer eigenständigen, besonderen Begründung, warum die eine Gruppe anders als die andere Gruppe zu behandeln sein sollte. Zudem müsste geprüft werden, wie der Schutz und die Versorgung der Betroffenen sichergestellt werden. Der bereits bestehende Fachkräftemangel in den genannten Einrichtungen wird sich perspektivisch eher noch verschärfen. Zudem muss bedacht werden, dass auch das Pflegeheim für die Betroffenen ein Zuhause ist. Dies wurde insbesondere auch von Teilnehmenden der Fokusgruppe „Pflegeheim“ hervorgehoben. Zwang dringt dann in die Privatsphäre ein und kann auch nicht mehr nur dem Ort Klinik zugeordnet werden. In der Fokusgruppe Pflegeheim wurde der Wohnort als „das Zuhause“ hervorgehoben; in den Betroffenen-Interviews wurde hierfür der Begriff „Safe Space“ verwendet.

Ferner muss gerade bei älteren Personen bedacht werden, dass diese häufig weitere Vorerkrankungen haben und sich eine medizinische Behandlung komplexer darstellen kann. Wenngleich auch die Verbringung in ein Krankenhaus mit dem Ortswechsel ein Risiko für die Gesundheit der Betroffenen darstellen kann (dies auch, weil die Krankenhäuser nicht ausreichend auf diese Personengruppe eingestellt sind), muss all dies gegenüber der Qualitätssicherung, die ein Krankenhaus samt der damit besseren Überprüfbarkeit der Vorgänge bietet, im Einzelfall abgewogen werden. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass die Zwangsbehandlung nicht nur einen tiefen Grundrechtseingriff, sondern auch für sich genommen eine Belastung darstellt, die bei bestimmten Personengruppen eine besondere Fachlichkeit und Überwachung erfordert. Ob dies in den Einrichtungen wie denen der Altenpflege sichergestellt werden kann, wurde von vielen im Feld bezweifelt, selbst dann, wenn sie sich grundsätzlich eine Zwangsbehandlung außerhalb einer Klinik vorstellen können. So muss aus gesetzgeberischer Sicht abgewogen werden, ob die in wenigen Einzelfällen geringer ausfallende Belastung durch Verzicht auf eine Unterbringung im bzw. eine Verbringung ins Krankenhaus zu einer generellen Öffnung hin zur ambulanten Zwangsbehandlung führen sollte; denn nur auf Einzelfälle beschränken lassen wird sich eine gesetzliche Regelung nicht.

Zusammenfassend lassen sich die aus der empirischen Untersuchung gewonnen Argumente wie folgt aufgliedern:

Die eine Seite sieht in der aktuellen Regelung die Sicherstellung der Nachbehandlung und Nachsorge, Kontrolle, Sicherheit einer mit der ausreichend Zeit durchgeführten Prüfung der Voraussetzungen einer ärztlichen Zwangsmaßnahme und das professionelle medizinischen Umfeld. Die möglichen Belastungen, die ein Klinikaufenthalt mit sich bringen könnte, seien mit Blick mit diesem Aufenthalt verbundenen besonderen Schutz hinzunehmen. Zudem bleibe auch eine Einrichtung der Altenhilfe (oder der Eingliederungshilfe) ein privater Raum, ein Zuhause; überdies würden die Beziehungsarbeit und das Vertrauen, das im ambulanten Bereich besonders wichtig sei, gefährdet oder gar zerstört. Die andere Seite beleuchtet den zusätzlichen, teils vermeidbaren Aufwand eines Ortswechsels von einer Einrichtung in die Klinik, sieht weniger Belastungen für die Betroffenen, wenn die Zwangsbehandlung auch am Wohnort/Aufenthaltsort der Person durchgeführt werden könne, und sieht in der ambulanten Zwangsbehandlung, vor allem im Hinblick auf antipsychotische

Depotmedikationen, die Chance für eine kontinuierliche Behandlung (und damit die Vermeidung des Absetzens der Medikation).

Überdies wurde häufig betont, dass in vielen Fällen eine Unterbringung bzw. ein Aufenthalt in der Klinik eine Zwangsbehandlung überflüssig mache, weil die zunächst ablehnend eingestellten Betroffenen doch für eine Behandlung gewonnen werden könnten. So führe bei weitem nicht jede Unterbringung, die schließlich ebenfalls unfreiwillig erfolge, auch zu einer Zwangsbehandlung.

Unter Berücksichtigung dieser Argumente muss jedoch bedacht werden, dass eine gesetzliche Regelung zwar Ausnahmekonstellationen nicht außer Acht lassen darf, zugleich aber in den Blick nehmen sollte, dass das Hauptanwendungsfeld der ärztlichen Zwangsmaßnahmen sich im Bereich der Behandlung psychischer Erkrankungen bewegt. Es konnte bei einer Regelung des Ausnahmefalls eine Verschiebung des Fokus drohen, die dem bisherigen gesetzgeberischen Anliegen Zwangsbehandlungen auf das absolute Mindestmaß zu beschränken, widerspricht und zu einer Aufweichung des restriktiven Ansatzes führen könnte.

Ein anderer Aspekt sollte noch ergänzt werden: Bereits jetzt fehlt es an einem Monitoring von Zwangsbehandlungen, obwohl eine Klinik die organisatorischen Möglichkeiten hätte, dies zu erfassen. Mit einer Öffnung der Vorschrift in den ambulanten Bereich würde die Datenlücke noch größer, da dann Settings hinzukommen würden, die diese Möglichkeiten vermutlich nicht haben. Als einzige Quelle verbliebe sodann – wie bisher – die B-Statistik, deren eingeschränkte Aussagekraft für ein Erfassen der Anzahl von Zwangsbehandlungen bereits dargestellt wurde.

6. Heimliche Gabe von Medikamenten

Ein besonderes Problemfeld stellt die heimliche bzw. verdeckte Gabe von Medikamenten dar. Gemeint ist damit, dass einer betroffenen Person die Medikamente heimlich, z.B. unter den Joghurt gemischt oder aufgelöst in einem Saft, gegeben werden, um ihren Widerstand gegen die Medikation zu umgehen oder zu überwinden.

Obwohl in beiden Fokusgruppen eine ablehnende Haltung gegenüber der Möglichkeit einer heimlichen Medikamentengabe und vor allem Skepsis gegenüber einer diese Möglichkeit

eröffnenden gesetzlichen Regelung bestand, soll dennoch die Überlegung angestellt werden, ob im geltenden Recht Raum für eine heimliche Gabe sein kann.

Ausgangspunkt jeder Behandlung ist nach dem Stellen der medizinischen Indikation das Einholen einer informierten Einwilligung der betroffenen Person. Ist diese dazu nicht mehr in der Lage, ist der:die hierzu berechnete Stellvertreter:in aufzuklären und eine Einwilligung von ihm:ihr einzuholen. Dieses Prozedere ergibt sich bereits aus dem Behandlungsvertragsrecht (§§ 630a ff. BGB, hier § 630d BGB). „Heimlich“ kann die Gabe damit nur gegenüber der betroffenen Person selbst sein, ihr:e Vertreter:in ist aber in die Behandlung mit einzubeziehen, sodass die „heimliche“ Medikamentengabe nicht von den Ärzt:innen oder Pflegepersonen eigenmächtig - ohne Beteiligung des:der Stellvertreters:Stellvertreterin - entschieden werden kann. Ob es ein relevantes Dunkelfeld gibt, kann nach den bisherigen Erkenntnissen und den gewählten Erhebungsmethoden nicht gesagt werden. Die gewählten Methoden haben jedenfalls keine Hinweise darauf gegeben, dass die heimliche Gabe (heutzutage) eine verbreitete Praxis darstellt. In den Interviews mit Richter:innen wurde vereinzelt der Wunsch nach einer Klärung der Rechtslage geäußert.

Ob die heimliche Gabe allerdings als Zwangsbehandlung einzuordnen ist, ist umstritten (siehe Beckmann ZfL 2019, 190; sogar als Verstoß gegen die Menschenwürde bezeichnend: Marschner 2023, § 1832 BGB, Rn. 7). Daran schließt sich die Frage an, ob sie als ärztliche Zwangsmaßnahme genehmigungsfähig ist. Nach der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG, Beschluss vom 2.11.2021, Az. 1 BvR 1575/18), bei der es die Verfassungsbeschwerde nicht zur Entscheidung angenommen hat, besteht die Unklarheit fort. Die Ausführungen des Bundesverfassungsgerichts deuten nämlich auf Zweifel des Gerichts hin, ob die heimliche Gabe eine ärztliche Zwangsmaßnahme im Sinne des § 1832 BGB sei. Legt man allerdings die vom Bundesverfassungsgericht selbst aufgestellte Definition zugrunde, wonach eine Zwangsbehandlung jede Behandlung ist, die gegen den (natürlichen) Willen einer Person ausgeführt wird, dann gilt Folgendes: Erfolgt die heimliche Gabe, um den erwarteten bzw. im Vorfeld beim Versuch einer nicht verdeckten Gabe geäußerten entgegenstehenden Willen einer Person zu überwinden, dann ist es letztlich eine Behandlung, die gegen den Willen ausgeführt wird (Henking GesR 2022, 146). Wenn man hier zu einer anderen Lösung gelangen möchte, bedarf es einiger Bemühungen, die vielleicht in einer teleologischen Reduktion der Vorschrift bestehen könnten. Das Wort „Zwang“ in

ärztlichen Zwangsmaßnahmen beinhaltet die Möglichkeit der Überwindung des entgegenstehenden Willens durch Anwendung auch von körperlicher Gewalt. Diese Zwangs- und Gewaltkomponente ist denklogischer Bestandteil der Maßnahme Zwangsbehandlung. Wenn von vornherein auf die Anwendung dieser Art von Zwang verzichtet werden soll, könnte sich die heimliche Gabe als etwas Anderes als Zwang in diesem Sinne darstellen. Gleichwohl stellt sich doch auch hier die Frage, wieso die Gabe heimlich erfolgen soll. Dies kann ihren Grund doch nur darin finden, dass ein erwarteter oder vorhandener Widerstand umgangen oder überwunden werden soll, und dann handelt es sich nach bisherigem Verständnis um eine Zwangsbehandlung, denn körperliche Gegenwehr wurde auch bisher nicht als erforderlich angesehen. Schließlich stellt sich die Frage, ob hier nicht nur mit Blick auf eine bestimmte Personengruppe – nämlich ältere Menschen mit einer dementiellen Erkrankung in Pflegeheimen - um eine Engstellung der Definition gerungen wird. Dies hätte aber auch Auswirkungen auf andere Personengruppen, bei denen man bisher nicht über diesen Lösungsweg nachgedacht hat. Tricks und Täuschungen, die in die Selbstbestimmung der Betroffenen in gesundheitlichen Angelegenheiten eingreifen, rechtlich zu legitimieren, kann nicht zulässig bzw. sollte vom Gesetzgeber nicht gewollt sein.

Geht man einen gedanklichen Schritt weiter und mit der Definition „jede Behandlung gegen den (natürlichen) Willen“ davon aus, dass auch die heimliche Gabe unter § 1832 BGB fällt, stellt sich die Frage der Genehmigungsfähigkeit. Vor allem der Überzeugungsversuch als Voraussetzung des § 1832 BGB könnte einer heimlichen Gabe entgegenstehen. Es sei denn, man nimmt hier an, die Person könne den Überzeugungsversuch gar nicht mehr in seinem Inhalt erfassen oder würde ihn umgehend wieder vergessen. Ins Schwanken geraten die Überlegungen sodann bei der weiteren Umsetzung. Würde ein Gericht die orale Gabe „heimlich aufgelöst im Joghurt“ genehmigen, könnte sie diesen Beschluss der betroffenen Person nicht bekannt geben, weil damit die Heimlichkeit verloren ginge (dies gilt im Übrigen bereits im Vorfeld für das Gutachten). Es sei denn, es sollen ausschließlich solche Fälle adressiert werden, bei denen die betroffene Person dies nicht mehr verstehen kann oder direkt wieder vergisst, die Person sich also in einem bereits derart weit fortgeschrittenen Krankheitszustand (z.B. einer Demenz) befindet, dass sie Erklärungen oder Vorgänge nicht mehr versteht, und sich dieser Zustand nicht mehr ändern bzw. bessern wird.

Gleichwohl muss die Überlegung des milderen Mittels innerhalb der Anwendung von Zwang bedacht werden, und zwar auf der Durchsetzungsebene: Wenn ein Genehmigungsbeschluss sogar die weitere Anwendung von Gewalt (z.B. Festhalten oder Fixierung) gestatten würde, steht die Überlegung im Raum, ob in Ausnahmen die heimliche Gabe womöglich das mildere Mittel – innerhalb der Anwendung des Zwangs – darstellt. Zu überlegen wäre dies exemplarisch bei einer schwer herzkranken Person, bei der eine weitere Aufregung und Anspannung ihre Gesundheit bedrohen würde. Diese Genehmigung der Heimlichkeit würde sich dann auf der Ebene der Umsetzung des Beschlusses, also der Art der Durchführung der Zwangsbehandlung, stellen. Unter den im Absatz zuvor benannten Voraussetzungen des Krankheitsbildes muss in diesem auch die Frage nach der Gleichbehandlung adressiert werden: Warum ist es für eine Betroffenenengruppe das mildere Mittel, den Beschluss mit körperlicher Gewalt (z.B. Fixierung) durchzusetzen und im anderen Fall durch Heimlichkeit? Dies bedürfte im Einzelfall einer detaillierten Begründung: Warum darf man also eine Gruppe von Betroffenen täuschen und eine andere nicht?

Zugleich sollte stets bedacht werden, dass nicht nur (psychischer) Zwang ein Fremdkörper bzw. ein Störfaktor in einer Vertrauensbeziehung ist, sondern auch die Täuschung. Der Vertrauensverlust, der eintreten kann, wenn die Person diese Täuschung entdeckt, kann ungleich größer sein, weil es zur Ablehnung jedweder Einnahme einschließlich Nahrung und Flüssigkeit kommen kann. Dies sollte auch und vielleicht sogar in besonderer Weise bei Personen bedacht werden, deren kognitive Fähigkeiten nicht mehr ausreichen, um sich auszudrücken, und die vielleicht nur einen ungewohnten Geschmack wahrnehmen und die Einnahme des Medikaments „nur“ aus diesem Grunde ablehnen.

Überdies stellt sich die Frage, und dies deutete sich aus beiden Fokusgruppen und in der Diskussion mit dem Forschungsbeirat an, ob bei dieser für die heimliche Gabe im Fokus stehenden Personengruppe (in der Regel schwerst kognitiv beeinträchtigte Personen im fortgeschrittenen Erkrankungszustand) nicht zunächst andere Lösungsansätze von der Praxis gesucht und in den betroffenen Einrichtungen konsequent umgesetzt werden müssen, nach denen die Praxis nach den Ergebnissen der Fokusgruppe auch aktiv sucht. Auch das Hinterfragen von Gründen für eine Behandlungsablehnung erscheint bedeutsam und reicht vom Überprüfen der Darreichungsform bis hin zu einer Weitung des Blicks auf palliative

Behandlungssituationen. All dies spricht für eine Zurückhaltung des Gesetzgebers bezüglich dieser Frage im Betreuungsrecht.

7. Verfahren einschließlich Dauer der Verfahren

Mit Blick auf das Verfahren und damit auf die für eine ärztliche Zwangsmaßnahme nach dem FamFG anwendbaren formellen Voraussetzungen sollen Aspekte herausgegriffen werden, die insbesondere bei der Aktenanalyse auffielen oder in den Interviews von den Kliniker:innen oder Richter:innen als Problem genannt wurden.

Das betreuungsrechtliche Verfahren setzt die Einwilligung des:der Betreuer:in (bzw. Vorsorgebevollmächtigten) in die ärztliche Zwangsmaßnahme voraus. Das Betreuungsgericht genehmigt die Einwilligung. Im Gegensatz zu den Verfahren nach PsychK(H)G ist es eben nicht die Klinik, die den Antrag stellt, und das Gericht ordnet die Maßnahme auch nicht an. Die Unterscheidung der Verfahren und die damit einhergehenden unterschiedlichen Rollen der hieran Beteiligten sind in einigen Kliniken offenbar nicht (ausreichend) bekannt. So finden sich in den Akten Zwangsbehandlungsanträge durch die Kliniken. Wenn das Gericht der Rolle der Betreuer:innen nicht ausreichend Beachtung schenkt oder auch deren Handeln einfordert, dann verstärken sich letztlich diese Fehlvorstellungen in der Praxis. Hierdurch wirkt die Rolle der Betreuer:innen gering bzw. diese wirken nahezu wie aus dem Verfahren gedrängt. Manche Richter:innen haben durchaus auch berichtet, dass Betreuer:innen lediglich als verlängerter Arm der Klinik wahrgenommen würden oder die Betreuer:innen vorschnell mit der Antragstellung seien. Dies wurde zum Teil ebenso durch die Ergebnisse der Fokusgruppe „Psychiatrie“ bestätigt. Zudem kam von Seiten der Betroffenen Kritik, die in dieselbe Richtung zielte. Dieser Eindruck verfestigt sich, wenn die Klinik einen „Antrag“ mit Schilderung des Sachverhalts stellt und lediglich ergänzt, dass der Betreuer auch mit der Zwangsbehandlung einverstanden sei oder der Betreuer einen Antrag auf dem Briefpapier der Klinik stellt. Der Betreuer muss zwar nicht im formellen Sinne einen „Antrag“ stellen, aber eine Erklärung abgeben. Diese sollte sich an den Voraussetzungen des § 1832 BGB orientieren (vgl. Henking & Mittag 2015; Joecker/Loer/Seidel 2023, S. 216 ff.). So genügt es schließlich, wenn ein Aktenvermerk erfolgt. Einige Gerichte gehen hier allerdings anders vor und verlangen von Betreuer:innen einen Antrag mit Darstellung des Sachverhalts und Begründung. Damit mag die Komplexität des Verfahrens von den beteiligten Akteuer:innen wie Betreuer:innen und Kliniker:innen unterschiedlich wahrgenommen werden.

Die Rolle der Betreuer:innen war und ist nicht unmittelbarer Gegenstand dieser Untersuchung. Dass hier in der Praxis ein Defizit zu bestehen scheint, kristallisierte sich jedoch bei Durchsicht der Akten heraus. Die Rolle der Betreuer:innen in diesen Verfahren wird teils unzureichend sichtbar und wird von diesen selbst unzureichend wahrgenommen. Es gab in den Akten allerdings auch andere Positivbeispiele, die nicht unerwähnt bleiben sollen.

Es bedarf auf der gesetzgeberischen Ebene sicherlich keiner Stärkung der Rolle der Betreuer:innen in diesen Verfahren, da sie nach der gesetzlichen Ausgestaltung bereits eine zentrale Rolle einnehmen. Dies könnte allenfalls durch Vorgaben an einen zu stellenden Antrag, verankert im FamFG, flankiert werden. Zu bedenken ist aber, dass diese Anforderung dann gleichermaßen für bevollmächtigte Personen, in der Regel Angehörige, gelten müsste und diese damit überfordert sein könnten. In diesen Fällen nimmt das Betreuungsgericht ohnehin bereits eine wesentliche unterstützende Rolle ein. Außerdem wird zu bedenken sein, dass Betreuer:innen eher selten mit ärztlichen Zwangsmaßnahmen befasst sind. Dies könnte allerdings auch ebenso gut ein Argument dafür sein, von ihnen zu verlangen, mittels Stellung eines Antrags, der sich an den Vorgaben des § 1832 BGB orientiert, den Entscheidungsprozess, der zum Antrag auf Genehmigung der Einwilligung in die ärztliche Zwangsmaßnahme geführt hat, zu skizzieren.

Zu überdenken könnte überdies sein, die Rolle der Verfahrenspfleger:innen zu stärken und bei der Auswahl vorrangig auf Kompetenzen wie Kommunikation, Entscheidungsunterstützung und fachkundige Suche nach milderer Mitteln zu setzen. Das FamFG sieht die Bestellung eines:einer Verfahrenspflegers:Verfahrenspflegerin gemäß § 317 Abs. 1 S. 3 FamFG zwingend vor. § 317 Abs. 4 S. 2 FamFG sieht die ehrenamtliche Führung der Verfahrenspflegschaft als vorrangig vor, was in den Verfahren der Zwangsbehandlung aufgrund der hierbei benötigten Kompetenzen als unpassende Regelung anzusehen ist. In den Verfahren, die im Rahmen der Aktenanalyse gesehen wurden, handelte es sich in keinem Fall um eine ehrenamtliche Führung der Verfahrenspflegschaft.

Der:die Verfahrenspfleger:in soll die betroffene Person über Gegenstand, Ablauf und möglichen Ausgang des Verfahrens informieren (§ 317 Abs. 3 FamFG). In den Betroffeneninterviews war hingegen festzustellen, dass die Betroffenen kaum Kenntnisse über das bei der von ihnen erlebten Zwangsbehandlung angewandte Verfahren und die sie

betreffenden Vorgänge hatten. Womöglich sind die Betroffenen zu dem Zeitpunkt emotional so belastet oder so in ihren kognitiven Fähigkeiten eingeschränkt, dass diese Informationen kaum aufgefasst oder behalten werden. Um hier für weitere Transparenz zu sorgen, wäre eine Informationsplattform, z.B. eine Internetseite, ein Lösungsvorschlag, der im Übrigen auch für die Kliniken und die rechtlichen Betreuer:innen einschließlich der Vorsorgebevollmächtigten ein Wegweiser durch das Verfahren sein könnte.

Zu den Verfahren gilt es zu anmerken, dass die Verfahrensvorschriften auf die Behandlung psychischer Erkrankungen zugeschnitten sind, ohne dass dies ausdrücklich so benannt ist. Dieser Zuschnitt wurde in den Interviews mit den Richter:innen zuweilen als Kritik an den Vorschriften benannt. Diese Kritik ist nicht völlig von der Hand zu weisen und könnte sogar in die Überlegung führen, Vorschriften zur ärztlichen Zwangsmaßnahme in eine eigene Verfahrensvorschrift zu überführen (aktuell geregelt als Unterbringungssache). Der Gesetzgeber wird bei der Regelung des § 1832 BGB und den flankierenden Verfahrensvorschriften vorrangig an ärztliche Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie gedacht haben. Schließlich ist dies nicht nur der Ursprung sämtlicher Diskussionen, sondern es spiegelt sich auch in der weit überwiegenden Anzahl der Fälle wider, die in der Aktenanalyse gesehen und von denen in den Interviews berichtet wurde.

Kommt es zu einer Zwangsbehandlung einer anderen Erkrankung, wie z.B. bei einer Amputation des Unterschenkels aus somatisch-medizinischen Gründen, sind zwei Gutachten erforderlich, die das Verfahren verkomplizieren. Berichtet wurde aus der Praxis jedoch weniger über diese Schwierigkeiten, die zwar auch benannt wurden, die aber offenbar hinter dem Problem der rein praktischen Umsetzbarkeit zurücktraten (geeignete Klinik finden, Bereitschaft der Ärzt:innen, gegen den Willen des:der Patienten:Patientin eine OP durchzuführen, geeignete Sachverständige aus dem somatischen Bereich finden etc.). Kaum thematisiert wurde von den Richter:innen ein Umstand, der naheliegender Weise für die Genehmigung mitgedacht werden muss: Ist die betroffene Person in der Lage, sich nach dem Eingriff so zu verhalten, dass ein Behandlungserfolg erreicht werden kann bzw. der primäre Behandlungserfolg nicht vereitelt wird? Zu prüfen ist also stets auch, welche Maßnahmen nach dem Eingriff ergriffen und beachtet werden müssen und ob die betroffene Person aufgrund der psychischen Grunderkrankung in der Lage ist, sich entsprechend zu verhalten.

Die Verfahrensabläufe sind anspruchsvoll und verlangen ein Mitwirken und eine Kenntnis aller beteiligten Akteure von den Abläufen und den materiellen Voraussetzungen. Das Gericht nimmt hier oftmals eine koordinierende, erklärende und damit leitende Rolle ein. Von den Kliniker:innen wurde die Länge der Verfahren bemängelt. Diese Kritik war zum Teil auch in der Fokusgruppe „Psychiatrie“ zu hören und schien auch als Kritik von Betroffenen durch, während andere sich mehr Zeit gewünscht hätten. Zu diesen geschilderten Eindrücken passen die aus der Aktenanalyse gewonnen Erkenntnisse nicht. Die Ergebnisse sind allerdings beeinflusst von einigen einstweiligen Anordnungen, die in der Stichprobe vorkamen. Gleichwohl zeigte sich keine besonders lange Verfahrensdauer. Schnelligkeit und Gründlichkeit sind zwei Ansprüche an das Verfahren, die es in Einklang miteinander zu bringen gilt.

8. Genehmigungsbeschlüsse

Die Beschlüsse zeugen von unterschiedlicher Tiefe in ihren Begründungen. Kritisch zu bewerten sind die Beschlüsse, die sichtbar auf Textbausteinen beruhen, bei denen die Feststellungen zum Sachverhalt kaum zu erkennen sind und bei denen die Begründung sich weitgehend auf die feststellende Wiedergabe des Gesetzeswortlauts beschränkt. Diese Kritik muss allerdings insoweit relativiert werden, als auch in den eher informellen Gesprächen mit Richter:innen eine hohe Bereitschaft zum Dialog, zum Austausch mit den Kliniken und ein Interesse an den Betroffenen zu spüren war und sich dies nicht stets in Aktenvermerken oder im Umfang des Beschlusses widerspiegelte. Gleichwohl gab es negativ auffallende Beschlüsse.

Teilweise wurde kritisiert, dass der Beschluss genaue Vorgaben zu der Medikation und zur (Höchst-)Dosierung enthalten müsse. Hierbei scheint auf Seiten der Kliniker:innen teils auch ein Missverständnis zu bestehen. (Ein Gericht hatte im Übrigen stets im Beschluss den Hinweis erteilt, dass diese Genehmigung keine Verpflichtung zur Durchführung der ärztlichen Zwangsmaßnahme darstelle.) Es handelt sich um eine Höchstdosis, nicht um die Dosis, die gegeben werden muss. Dennoch ist es in der Tat so, dass es eines neuen, veränderten Antrags, eines neuen Beweisbeschlusses und damit eines neuen Sachverständigengutachtens bedarf, wenn sich das bisherige Medikament als ungeeignet erweist und die Behandlung mit einem anderen Medikament erfolgen soll. Hier kann wertvolle Zeit in der Behandlung verloren gehen. Gelöst werden kann dieses Problem, indem

im Verfahren direkt eine oder mehrere Alternativmedikation(en) geprüft und genehmigt werden, für den Fall, dass sich das erste Medikament als ungeeignet erweisen sollte.

Vereinzelt wurde auch von Seiten der Richter:innen die Kritik geäußert, dass sie als Richter:innen schließlich keine Kenntnisse über die Medikation haben. Dieses kann als Kritik an der gesetzlichen Regelung kaum überzeugen, da hierzu der Sachverständigenbeweis zur Verfügung steht und es vor allem darum geht, dass in Bezug auf einen bestimmten Wirkstoff eine Risiko-Nutzen-Abwägung geprüft werden muss und die betroffene Person schließlich über dieses Medikament aufzuklären ist und nicht über eine Behandlung generell. Schwierigkeiten kann es zudem bereiten, wenn ein Gutachter eine andere Behandlung für sinnvoller erachtet als das Behandlungsteam vor Ort. Letztlich kann das Behandlungsteam nicht zu einer Behandlung „gezwungen“ werden, die es selbst nicht für indiziert hält. Dies ist in den Akten selten bei der medikamentösen Behandlung gesehen worden, vereinzelt kam diese Diskussion mit Blick auf eine Behandlung mittels Elektrokonvulsionstherapie auf.

In allen eingesehenen Beschlüssen wurde die sofortige Vollziehbarkeit nach § 324 Abs. 2 FamFG angeordnet. Der:die Betreuer:in konnte also unmittelbar davon Gebrauch machen. Dies mag vor dem Hintergrund der vom Bundesverfassungsgericht vorgesehenen Möglichkeit, rechtzeitigen und effektiven Rechtsschutz zu erlangen, kritisch gesehen werden, denn der Betroffene führt mit einer Beschwerde keine aufschiebende Wirkung herbei (Braun in: Bauer/Lütgens/Schwedler, 2023, § 331, Rn. 78).

Die Entscheidung, § 324 Abs. 2 FamFG anzuwenden, wird in der Praxis von dem Gedanken getragen, eine Behandlung, die nach aufwendiger Prüfung für dringend erforderlich und letztlich alternativlos eingeordnet wurde, nicht länger aufzuschieben.

Aus den Aktenanalysen war erkennbar, dass in einigen Fällen die Betroffenen keinem weiteren Zwang ausgesetzt waren, sondern die Medikamente unter dem Eindruck des Beschlusses einnahmen. Aus rechtlicher Sicht bleibt diese Maßnahme eine Zwangsbehandlung. Aus klinischer Sicht scheint die orale Einnahme dann gar nicht mehr als ärztliche Zwangsmaßnahme erfasst zu werden; diese Fälle wurden durch die methodische Tandembildung sichtbar, sodass der Verlauf nach Vorliegen des Beschlusses und damit die Umsetzung des Beschlusses erfasst werden konnte. Dieses Ergebnis entspricht auch Berichten über den Verlauf, die von Praktiker:innen u.a. in den Interviews zu hören waren.

Gleichwohl ist diese Einnahme der Medikamente keine „freiwillige“ Einnahme. In den Interviews beschrieben die Betroffenen dies als eine Situation, in der sie Druck oder sich selbst als „ohnmächtig“ wahrgenommen hätten bzw. Angst vor der Anwendung von (weiterem) Zwang gehabt hätten.

9. Einstweilige Anordnungen

Die häufige Anwendung von einstweiligen Anordnungen stellte einen zu Beginn des Forschungsvorhabens nicht erwarteten Befund dar und war daher in den Interviewleitfäden nicht ausreichend abgebildet. Gleiches gilt auch für den Erhebungsbogen für die Gerichtsakten, der stark auf das Hauptsacheverfahren ausgerichtet war. Aus den Akten und Gesprächen mit Richter:innen entstand nicht der Eindruck, dass es einen Kriterienkatalog gebe, der zur Überlegung einer einstweiligen Anordnung geführt hätte. Es entstand eher der Eindruck, dass die einstweilige Anordnung Teil der Arbeitsweise des oder der jeweiligen Richters oder Richterin ist. Da bei den Gerichten oftmals mehr Akten eingesehen wurden als in die Stichprobe eingeflossen sind (da keine zweite Tandembildung erfolgte aufgrund der Zuständigkeit einer anderen Klinik), verstärkte sich dieser Eindruck. Außerdem äußerten sich die Richter:innen in den Interviews entsprechend („*arbeite eigentlich nur mit eA*“ versus „*eA mache ich eigentlich nie*“). Soweit die Möglichkeit bestand, mit den Richter:innen vor Ort zu sprechen, konnte dies thematisiert werden. Manche erklärten, dies so übernommen, aber inzwischen geändert zu haben – einschließlich der damit verbundenen Irritationen bei den Kliniken. Manche erklärten, die Fülle an Verfahren nicht anders bewältigen zu können, die Kliniken Druck entfalteten, schnell zu entscheiden, oder dass die Gutachten inhaltlich ohnehin in ihren Ausführungen nicht über das Attest hinausgingen.

All dies sind keine Gründe, die sich unter die Voraussetzungen einer einstweiligen Anordnung subsumieren lassen. Bei der einstweiligen Anordnung müssen nicht nur die Voraussetzungen des § 1832 BGB vorliegen (BVerfG, Kammerbeschluss vom 14.7.2015, Az. 2 BvR 1549/14), sondern es muss auch eine besondere Eilbedürftigkeit vorliegen, die es gestattet, in die Rechte der Person trotz des geringeren Verfahrensschutzes einzugreifen. Ein Abwarten (des Hauptsacheverfahrens) müsste also mit so erheblichen Gefahren für den Betroffenen verbunden sein und diese Gefahren müssten sich konkret belegen lassen; sie dürften nicht bloß auf Vermutungen fußen. In der rechtswissenschaftlichen Literatur wird angenommen, dass sich in den Fällen einer Zwangsbehandlung, die einer besonders

gründlichen Prüfung bedürfen, nur selten ein Eilbedarf feststellen ließe, der den Erlass einer einstweiligen Anordnung rechtfertigen würde (Braun in: Bauer/Lütgens/Schwedler, 2023, Rn.34; Dodegge NJW 2013, 1265 ff.; Moll-Vogel FamRB 2013, 157 ff.).

Bei der Aktenanalyse sowie in den Interviews sind erhebliche Zweifel aufgetreten, ob diese strengen Maßstäbe in der Anwendungspraxis überall eingehalten werden. Dies wurde auch von manchen Richter:innen in den Interviews angesprochen, insbesondere dann, wenn es zwischen den Gerichten oder den Kolleg:innen am selben Gericht eine unterschiedliche Auffassung dazu gab. Diejenigen, die nicht bzw. kaum mit einstweiligen Anordnungen arbeiteten, hatten für die Anwendung eine Art Kriterienkatalog (z.B. hoher Leidensdruck der betroffenen Person wie starke Ängste, Lebensbedrohung, Zwangsbehandlung duldet keinen Ausschub mehr).

Trotz dieser Kritik am Vorgehen in der Praxis hat die Möglichkeit, eine einstweilige Anordnung erlassen zu können, ihre Berechtigung auch im Verfahren der ärztlichen Zwangsmaßnahmen. In der Aktenanalyse Fälle wurden Fälle gesehen, die ein schnelles Handeln dringend erforderten. Gleichzeitig muss neben der Frage, ob tatsächlich ein entsprechendes Eilbedürfnis besteht, konzeptionell bedacht werden, dass der Weg über die einstweilige Anordnung zu einem Abweichen von der Regelung des § 321 Abs. 1 S. 5 FamFG führt. Bei der ärztlichen Zwangsmaßnahme soll der Sachverständige nicht der zwangsbehandelnde Arzt sein. Bei den ärztlichen Zeugnissen, die bei einstweiligen Anordnungen ausreichend sind, bildete dies aber den Regelfall (vgl. hierzu auch Braun in: Bauer/Lütgens/Schwedler 2023, § 331, Rn. 47).

Es wird nicht davon ausgegangen, dass auf die Möglichkeit der einstweiligen Anordnungen verzichtet werden kann oder sollte. Allerdings sollte angesichts des extensiven Gebrauchs über eine Präzisierung der Anforderungen an eine einstweilige Anordnung einschließlich der Beschreibung der inhaltlichen Anforderungen an ein ärztliches Zeugnis (vgl. hierzu Braun in: Bauer/Lütgens/Schwedler 2023, § 331, Rn. 51 f.) nachgedacht werden.

10. Sachverständige

Die Thematik Sachverständige ist komplex und muss im Zusammenhang mit den Fristen gesehen werden. In der Aktenanalyse wurden deutlich weniger Gutachten gesehen als zu Beginn der Untersuchung erwartet, denn die Gerichte bzw. die Richter:innen arbeiteten

häufig mit einstweiligen Anordnungen und sodann mit ärztlichen Zeugnissen der Klinik respektive des:r zwangsbehandelnden Ärzt:in. Es war überdies nicht Gegenstand der Untersuchung, die Qualität der Gutachten zu beurteilen. In den Verfahren, in denen Gutachten gesehen wurden, erfolgte ihre Erstellung in recht kurzer Zeit umfassend nach Erlass des Beweisbeschlusses. Die Gutachten haben überwiegend die Notwendigkeit einer Zwangsbehandlung bestätigt. Nur in wenigen Fällen gab es abweichende Einschätzungen (hierzu gehörten Konstellationen wie während der Begutachtung bereits freiwillige Einnahme, Medikation für ausreichend erachtet, andere Behandlung vorgeschlagen).

In den Akten befanden sich zudem Gutachten, die nicht von externen Sachverständigen stammten, sondern von klinikangehörigen Sachverständigen erstellt wurden. Aus den Interviews mit den Richter:innen ergab sich allerdings ein anderes Bild. Wenn es sich um ein Hauptsacheverfahren handelte, dann waren es nach Angaben aus den Interviews in der Regel externe Sachverständige, was im Einklang mit der Soll-Vorschrift des § 321 Abs. 1 S. 3 FamFG steht („nicht der zwangsbehandelnde Arzt“).

Das vermehrte Nutzen von einstweiligen Anordnungen wurde in den Interviews in Zusammenhang mit der Verfügbarkeit von Sachverständigen gebracht. So kann das vermehrte Vorkommen von einstweiligen Anordnungen als ein Ausweichen vor der als schwierig erlebten Suche nach geeigneten Sachverständigen gedeutet werden, die die notwendige Expertise mitbringen und ein Sachverständigengutachten zeitnah erstellen. Wenn zudem die Erfahrung gesammelt wird, dass die Gutachten überwiegend der Einschätzung der Klinik folgen, mag sich hier subjektiv der Eindruck eines fehlenden Mehrwerts einstellen. Diese These als Grund für das Arbeiten mit einstweiligen Anordnungen muss aber jedenfalls als einziger Grund insoweit wieder verworfen werden, da sich diese „Strategie“ auch an Standorten zeigte, bei denen aufgrund von Nachbarkliniken und städtischem Raum kein Mangel an Sachverständigen zu vermuten war.

Es muss jedoch auch zur Kenntnis genommen werden, dass von Teilen der Richter:innen in den Interviews beklagt wurde, dass ein Mangel an geeigneten Sachverständigen bestehe oder die Gutachten nicht in einer angemessenen Zeit erstellt werden können und dies teils mehrere Wochen bis hin zu Monaten dauere. Die Frage ist jedoch, wie auf diesen Mangel reagiert werden kann oder soll. Der Gesetzgeber hat mit der „Soll“-Vorschrift bereits dem Umstand Rechnung getragen, dass es in manchen Regionen schwieriger sein könnte,

ausreichend Sachverständige zu gewinnen. Der Mangel an Sachverständigen kann auch dazu beitragen, von der Soll-Vorschrift des § 329 Abs. 3 FamFG abzuweichen, wonach bei einer ärztlichen Zwangsmaßnahme mit einer Dauer von mehr als 12 Wochen ein Sachverständigenwechsel vorgesehen ist.

Einen möglichen Lösungsweg schlagen manche ein, indem sie fordern, über die Landesjustizverwaltungen Sachverständige zu „poolen“. Zu überdenken ist, ob den Gerichten bzw. Gerichtsbezirken Gutachterpools zugeordnet werden, die beispielsweise bei den öffentlichen Gesundheitsämtern eingerichtet werden und die dann für diese Verfahren zur Verfügung stehen (müssen). Hier nach anderen Lösungen als den bisher zur Verfügung stehenden zu suchen, erkennt die zunehmende Schwierigkeit an und vermeidet, dass die Verantwortung ausschließlich bei den einzelnen Richter:innen liegt.

Die Klage über fehlende Sachverständige konzentrierte sich in den Interviews zwar aktuell auf bestimmte Regionen und einige berichteten, mit dem Finden von Sachverständigen keine Schwierigkeiten zu haben, aber es ist dennoch ein Problem, das sorgfältig beobachtet werden sollte. Der Sachverständigenmangel kann zu einem schleichenden Herabsenken des Verfahrensschutzes führen, wenn beispielsweise auf einstweilige Anordnungen mit ärztlichen Zeugnissen ausgewichen wird oder dies zu einer Unter- bzw. Mangelversorgung der Betroffenen führt, wenn die Erstellung eines Gutachtens (zu) lange braucht oder das Gutachten von schlechter Qualität ist.

Mit Blick auf den Schutz der Betroffenen kann die Lösung nicht in der Herabsenkung der Verfahrensstandards bestehen. Sie muss sich auf das vorhandene Sachverständigenangebot konzentrieren, wenn man vermeiden will, dass die Realität (des Mangels) nicht mehr den Ansprüchen des FamFG genügen kann und der bei der Tiefe des Grundrechtseingriffs angezeigte Verfahrensschutz unterlaufen wird.

11. Fristen

§ 329 Abs. 1 S. 2 FamFG legt die Höchstdauer der (erstmaligen) Genehmigung der Zwangsbehandlung fest. Sie beträgt sechs Wochen. Wird die Genehmigung im Wege der einstweiligen Anordnung erteilt, beträgt die Frist zwei Wochen, § 333 Abs. 2 S. 1 FamFG. Bei mehrfacher Verlängerung liegt die Höchstgesamtdauer bei sechs Wochen, § 333 Abs. 2 S. 2 FamFG. Diese Fristen sind kürzer ausgestaltet als die Fristen bei der Unterbringung. Aus der

Gesetzesbegründung ergibt sich die Annahme, dass von einer wenige Wochen andauernden Behandlungsbedürftigkeit ausgegangen wird (BT-Drs. 17/11513, S.8).

Den Interviews mit den Richter:innen konnte sowohl ein Einverständnis mit dieser Fristenregelung (einschließlich einer ausdrücklichen Zustimmung zu dieser Bemessung) entnommen werden als auch Kritik, verbunden mit der Forderung nach einer Verlängerung dieser Fristen.

Da die teils großzügige, kaum noch von den engen Vorgaben der Voraussetzung einer einstweiligen Anordnung gedeckte, Anwendung der Vorschrift kritisch gesehen wird, wäre eine Verlängerung der Zwei-Wochen-Frist mit Blick auf den Verfahrensschutz der betroffenen Person ebenfalls überaus kritisch zu bewerten. In der Aktenanalyse konnten schließlich auch Fälle gesehen werden, bei denen eine Verlängerung gar nicht beantragt wurde. Wenn es nicht mehr um die Abwendung einer Akutsituation geht, dann dürfte es sich eher anbieten, ein Hauptsacheverfahren einzuleiten, als über eine Verlängerung der Zwei-Wochen-Frist nachzudenken. Dies gilt stets unter der Annahme, dass die einstweilige Anordnung ohnehin die Ausnahme darstellen muss.

Die Frist von sechs Wochen scheint vor allem bei Depotmedikationen und Dauermedikationen von manchen Befragten als kritisch (im Sinne von zu kurz) angesehen zu werden. Teilweise wird auch angemerkt, dass es eine gewisse Zeit brauche, bis die Behandlung anschlage, und im Falle einer Verlängerung müsse man bereits nach vier Wochen wieder beginnen, die Verlängerungsgenehmigung vorzubereiten bzw. zu prüfen.

Dabei kommen zwei voneinander zu unterscheidende Gesichtspunkte zusammen, unabhängig von der stets zu berücksichtigenden Annahme, dass Verfahrensschutz Betroffenenschutz ist: zum einen die Frage nach der Zeit bis zum Wirkungseintritt der Depotmedikation und zum anderen die Frage nach dem Umgang mit langfristigen oder gar dauerhaften Behandlungsverläufen, in denen es ohne ärztliche Zwangsmaßnahme immer wieder zum Absetzen der Medikation mit konsekutiver Zustandsverschlechterung kommt. Bei „Dauerzwangsmedikationen“ drängt sich zunächst die Frage auf, ob die materiellen Voraussetzungen einer ärztlichen Zwangsmaßnahme (noch) gegeben sind. Denn in Frage zu stellen ist der erwartete Nutzen der Maßnahme und damit die Verhältnismäßigkeit, wenn diese über einen langen Verlauf nicht zu einer Besserung des gesundheitlichen Zustands

beitragen konnte, der zu einem gewissen Maß an Krankheits- und Behandlungseinsicht führt. Kritisch zu sehen sind auch die Fallkonstellationen mit einer Besserung des Gesundheitszustands, die aber nicht zu Krankheits- oder Behandlungseinsicht führt. Dies berührt auch die Frage, ob die mit einer Behandlung unter Zwang einhergehenden Belastungen weiterhin zu rechtfertigen sind. Dieser Punkt lässt sich auch nicht mit dem Hinweis ausräumen, dass viele Betroffene unter dem Eindruck des Beschlusses die Behandlung dulden. Überdies ist dabei nicht ausschließlich an Depotmedikationen zu denken, sondern dies könnte auch Personen betreffen, die beispielsweise dialysepflichtig sind. Dieses Beispiel deutet bereits an, dass es schwierig werden könnte, die Regelung zu ändern, wenn man dabei vor allem eine Zielgruppe vor Augen hat, die anderen aber nicht ausreichend einbezieht. Ohnehin wird zu bedenken sein, dass eine Zwangsbehandlung über 12 Wochen hinaus nur selten vorkommt. In der Aktenanalyse fanden sich diesbezüglich nur sehr wenige Fälle, man kann von Einzelfällen sprechen. Es handelte sich um Betroffene, die sich in einem Zustand befanden, der einen Klinikaufenthalt unerlässlich machte und bei denen die Behandlung auf eine Besserung des Gesundheitszustands zielte. In den von den Richter:innen adressierten Fällen waren dies in der Regel Personen, die in geschlossenen Wohnformen leben und zwangsweise mit Medikamenten behandelt werden. Es stellt sich in der Tat die Frage, ob bei einer Zwangsmedikation, die bereits über Jahre erfolgt, sich innerhalb von sechs Wochen zwischen den beiden Genehmigungsbeschlüssen und Prüfungszeitpunkten neue Gesichtspunkte ergeben werden. Die Idee, dass ein neuer Sachverständiger mehr Schutz für den Betroffenen bedeutet, könnte sich dadurch relativieren, dass gar nicht so viele (qualifizierte) Sachverständige zur Verfügung stehen, die ein qualitativ hochwertiges Gutachten erstellen können, und eine gewisse Neigung bestehen könnte, das Vorgefundene fortzuschreiben. Mit Blick auf den zu vermutenden sich eher verstärkenden Mangel an Sachverständigen wird man hier ernsthaft zu überdenken haben, ob mit der Regelung der angedachte Verfahrensschutz erreicht werden kann oder ob ein großzügiger angesetzter Zeitraum von beispielsweise drei Monaten nach einer Behandlungsdauer von über zwei Jahren mit den regulären Fristen und einer zusätzlichen Prüfung des erwarteten langfristigen Behandlungsbedarfs nicht sogar zielführender sein könnte. Damit bleiben die längeren Fristen auf absolute Ausnahmefälle chronifizierter Verläufe und/oder eines langfristigen Behandlungsbedarfs beschränkt. Ausdrücklich hervorzuheben ist, dass dies nicht von der vordringlich zu prüfenden Frage entbindet, das

Vorliegen der Voraussetzungen des § 1832 BGB streng zu hinterfragen oder auch zu überlegen, ob immer wieder der Versuch unternommen werden muss, ob die betroffene Person auch ohne den Druck des Beschlusses zu einer Medikamenteneinnahme bereit ist, sowie auch kritisch geprüft werden muss, ob der Schutz der Person soweit gehen darf bzw. soll, dass diese letztlich womöglich sogar über sehr viele Jahre oder gar bis an ihr Lebensende unter Zwang behandelt wird. Da Verfahrensschutz in erster Linie Betroffenenenschutz darstellt, sollte sich eine Überprüfung der Fristenregelungen auf die oben skizzierten Ausnahmekonstellationen beschränken.

12. Zusammenwirken von Klinik und Gericht sowie Rolle der rechtlichen Betreuer:innen

An den zur Aktenanalyse aufgesuchten oder angefragten Standorten konnte ein Austausch zwischen Klinik und Gericht, auch fallunabhängig, zur Absprache von Abläufen festgestellt werden. So gab es an einem Standort ein gemeinsam entwickeltes Formular, dem die Anforderungen an eine ärztliche Zwangsmaßnahme entnommen werden konnten und das für einen gewissen einheitlichen Standard sorgte. Auch von Runden Tischen oder einem regelmäßigen Austausch war die Rede. Andere, vor allem die Kliniken, beklagten aber auch eine hohe Fluktuation unter den Betreuungsrichter:innen, sodass kein nachhaltiger Austausch aufgebaut werden könne. Diesen Einwand gab es zudem vice versa.

Aus den Akten, aber auch aus den (informellen) Gesprächen war zu entnehmen, dass der Austausch oftmals auf der Ebene von Klinik und Gericht erfolgt und die Betreuer:innen offenbar in den Hintergrund rücken. Es gilt aber herauszustellen, dass die Betreuer:innen die Verantwortung für die Einwilligung in die ärztlichen Zwangsmaßnahmen tragen.

Von Seiten der Betroffenen wurde fehlende Kommunikation auf verschiedenen Ebenen, insbesondere auch mit Blick auf die Betreuer:innen geäußert, die sich mehr Zeit zum Kommunizieren mit Klinikpersonal bzw. mit den Ärzt:innen als mit den Betroffenen nehmen würden.

Die Arbeitsweise der Richter:innen kann einen maßgeblichen Einfluss auf die Verfahrensdauer nehmen. Zugleich spielte die Arbeitsweise der Sachverständigen eine große Rolle für die Verfahrensdauer. Dies betrifft nicht nur die Bereitschaft zur Übernahme, sondern auch die Vollständigkeit der Gutachten (notwendige Rückfragen verzögern Verfahren).

Einen Einfluss auf das Verfahren und deren Dauer hat es allerdings nach den Ergebnissen aus den Interviews auch, wie die Verständigung zwischen Gericht und Klinik über die inhaltlichen Anforderungen an die Genehmigungsfähigkeit einer ärztlichen Zwangsmaßnahme gelingt, wie gut die Klinik über Verfahrensabläufe und inhaltliche Anforderungen an ärztliche Zeugnisse informiert ist und eine Bereitschaft zum Austausch zeigt.

So wurde auch aus den Interviews mit den Kliniker:innen deutlich, dass die Gerichte unterschiedliche Anforderungen an den Überzeugungsversuch stellen, sowohl mit Blick auf die Häufigkeit als auch im Hinblick auf die Nachweise. Richter:innen beklagten zum Teil aber auch, dass Ärzt:innen sich manchmal schwer mit der Kontrolle ihrer Arbeit täten.

Das Verfahren wurde oftmals als sperrig bezeichnet. Dies wurde von manchen Richter:innen eher als vom Gesetzgeber gewollt eingeordnet, da der Verfahrensschutz im Vordergrund stehe. Die Einschätzung der Kliniker:innen konzentrierte sich dabei stärker auf die als Verzögerung der Behandlung wahrgenommene Dauer des Verfahrens. Hier wurden auch bereits mögliche Ausweichstrategien, wie z.B. der Weg über das PsychK(H)G, thematisiert. Ob und in welchem Rahmen Landesrecht statt Bundesrecht zur Anwendung gelangt, war nicht Gegenstand der Untersuchung. Ebenso nicht, ob und in welchem Umfang auf die Anwendung des § 34 StGB für eine Behandlung als Notfall zurückgegriffen oder ausgewichen wird. Dies wurde vereinzelt von Kliniker:innen auch bei der Anfrage zur Akteneinsicht berichtet. Zugleich erklärten manche Richter:innen aber auch, ärztliche Zwangsmaßnahmen bewusst nicht nach dem Landesrecht zu bearbeiten. In den analysierten Akten waren jedoch keine (über)langen Verfahrensdauern zu identifizieren. Auch bei den Betroffenen, die vor einem Antrag auf Zwangsbehandlung bereits längere Zeit in der Klinik waren, war der Weg zu einer späteren Zwangsbehandlung nicht stets vorgezeichnet, weil Medikamente z.B. zunächst freiwillig genommen wurden. Gleichwohl wird man aber bei dieser Frage die unterschiedlichen Wahrnehmungen und Aufgaben – Behandlung versus richterliche Kontrolle – zu berücksichtigen haben.

13. Zwang in der Intensivmedizin und bei somatischen Behandlungsfällen

§ 1832 BGB findet nicht nur Anwendung bei der Behandlung von psychischen Erkrankungen, sondern auch auf interkurrente Erkrankungen. Kritisiert wurde teilweise, dass die Vorschrift nicht auf interkurrente bzw. auf ärztliche Zwangsmaßnahmen im Bereich der Somatik passe.

a) Delir und Ziehen von Zugängen auf der Intensivstation

Soweit manche (wenige) Gerichte bzw. Richter:innen Maßnahmen bei Betroffenen, die sich im (postoperativen) Delir befinden und die lebenswichtige Zugänge wie ihren Beatmungsschlauch oder ihren Gefäßzugang ziehen (wollen), unter die Vorschrift des § 1832 BGB subsumieren wollen, stehen sie vor dem Problem, dass die Vorschrift nicht zu diesen Abläufen zu passen scheint bzw. passt. Dies waren auch nicht die Fälle, die der Gesetzgeber beim Verfassen der Vorschrift vor Augen hatte.

Da der Handlungsbedarf in diesen Fällen dringend ist, wird sodann nur eine einstweilige Anordnung zum Tragen kommen, und manche Maßnahmen wie eine Fixierung der Hände sind womöglich bereits bei Eintreffen des:der Richter:in erfolgt. In der Regel wird es um Maßnahmen gehen, um den Erfolg einer Behandlung, in die die Betroffenen zuvor eingewilligt haben, zu sichern und schließlich um lebensbedrohliche Ereignisse zu verhindern, die die Betroffenen aufgrund ihres z.B. nach einer Narkose beeinträchtigten Zustands nicht erkennen können. § 1832 BGB ist auf diese Fallkonstellationen weder zugeschnitten noch werden die Fallkonstellationen in der Regel als Behandlung gegen den Willen zu erfassen sein. § 1832 BGB ist zudem darauf ausgelegt, ausreichend Zeit für das Gewinnen einer Zustimmung zur Behandlung aufzuwenden. Diese Zeit ist in den genannten Fällen in der Regel weder vorhanden noch sind die Betroffenen in diesen Situationen kognitiv in der Lage, auf einen Überzeugungsversuch zu reagieren. Ein Beschluss nach § 1832 BGB müsste also berücksichtigen, dass der Überzeugungsversuch in diesen Fällen gar nicht durchführbar ist.

Dies ist auch der Ansatzpunkt, über den zu diskutieren ist. Bei der ärztlichen Zwangsmaßnahme richtet sich der Wille des Betroffenen gegen diese Maßnahme. In vielen der eben beschriebenen Fälle wird die betroffene Person sich dagegen nicht zielgerichtet ablehnend gegenüber der Behandlung zeigen, sondern die Betroffenen sind in einem Zustand, in dem sie beispielsweise den Beatmungsschlauch als etwas Störendes oder Unangenehmes empfinden (vgl. zum Willen MüKo-Schneider 2020, § 1832, Rn. 14).

Damit wird in Frage gestellt, dass die Prämisse, die hier teilweise angenommen wird, stimmt, nämlich, dass das Verhindern des Ziehens von Zugängen auf der Intensivstation, z.B. nach einer Narkose, eine Zwangsbehandlung darstellt, weil sich der natürliche Wille mit dem Ziehen der Zugänge gegen die Behandlung als solche richtet. Zuvorderst muss also geklärt

werden, in welchem Wachheitsgrad bzw. Bewusstseinszustand sich die betroffene Person befindet, um hier überhaupt von einem gesteuerten Willen bzw. einer Willensäußerung sprechen zu können. Die Frage muss folglich lauten, ob die Handlung sich überhaupt gegen die Behandlung richtet oder nicht vielleicht gegen die medizinischen Geräte, die im und am Körper der betroffenen Person angebracht sind. Solange diese Vorgänge sich als vorübergehender Verwirrtheitszustand oder (nicht zielgerichtete) Ablehnung der Behandlung selbst darstellen, erscheint es näherliegend, sich der Lösung solcher Fälle über die Rechtsfigur der mutmaßlichen Einwilligung anzunähern (so AG Lübeck, Besch. v. 29.10.2019, Az. 9 XIV 17146L). Im Gegensatz zu den (sonstigen) Berichten von Zwangsbehandlungen betroffener Personen ist von diesen Patient:innen im Übrigen nicht bekannt, dass sie im Nachhinein mit der in der Regel lebensrettenden Maßnahme nicht einverstanden sind, was als Indiz dafür gewertet werden kann, dass die mutmaßliche Einwilligung hier ein passender Rechtfertigungsgrund sein könnte und § 1832 BGB weder nach Sinn und Zweck der Vorschrift für die Fälle passend erscheint noch in diesen Fällen der hohe Schutzstandard des § 1832 BGB samt des flankierenden FamFG erforderlich ist. In diesen Fällen mit § 1832 BGB und einstweiligen Anordnungen zu arbeiten, erscheint vor dem Hintergrund der Abläufe auf einer Intensivstation nicht angemessen. Die Bewertung ändert sich schließlich dann, wenn diese Zustände über einen längeren Zeitraum anhalten, ein anderer/höherer Grad an Wachheit und Auffassungsvermögen erreicht und zu prüfen ist, ob sich der Wille gegen die ärztliche Zwangsmaßnahme richtet und zu entscheiden ist, ob die Maßnahme unter § 1832 BGB oder § 1831 Abs. 4 BGB fallen kann.

Dass auch auf Intensivstationen (zunehmend) ein Bewusstsein für Zwang und deren Vermeidung besteht, zeigen u.a. die im Jahr 2022 unter dem Titel „Umgang mit Zwang in der Intensivmedizin“ veröffentlichten Empfehlungen der DIVI³.

b) (Zwangs-)Behandlung somatischer Erkrankungen

Als Kritik an der Regelung des § 1832 BGB bzw. des Verfahrensrechts war aus den Interviews mit Richter:innen zu hören, dass das Verfahren nicht auf Zwangsbehandlungen bei somatischen Erkrankungen zugeschnitten sei und u.a. durch das Einholen von zwei

³ Jöbkes et al. Empfehlung der Sektion Ethik der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) unter Mitarbeit der Sektion Ethik der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN), Med Klin IntensivmedNotfmed 2022 · 117:255–263
<https://doi.org/10.1007/s00063-022-00900-0>

Gutachten (z.B. Psychiatrie und Gefäßchirurgie) zusätzlich erschwert werde. Dieser Einwand ist nicht völlig von der Hand zu weisen (s.o.). Betrachtet man die Diagnosegruppen und die Art der Behandlung, dann stellt sich die Frage der ärztlichen Zwangsmaßnahme nur selten in nicht-psychiatrischen Fallkonstellationen. Bei den Fallakten waren dies entweder Flüssigkeitsgaben, Wundversorgung oder zwei Mal die Abklärung eines geschwollenen Lymphknotens bzw. die Behandlung von Lymphdrüsenkrebs. Im letzteren Fall lag jedoch schließlich Einwilligungsfähigkeit vor, im anderen Fall mangelte es an der Notwendigkeit einer Untersuchung aus medizinischer Sicht. Nun wird allerdings das Einholen von zwei Gutachten unerlässlich sein, wenn es – wie in einem Interview berichtet – um gravierende Eingriffe wie die Amputation eines Beines geht. Zu klärende Fragen sind dann u.a. die Fragen der krankheitsbedingten fehlenden Behandlungseinsicht, also der fehlenden eigenverantwortlichen Gefährdung, wie Fragen der Notwendigkeit der Amputation aus gefäßchirurgischer Sicht mit Abklärung möglicher Alternativen wie eines Bypasses oder ähnlichem. Zudem wird sich stets bei der somatischen Zwangsbehandlung die Frage der Mitwirkungsbereitschaft der betroffenen Person auch nach dem Eingriff stellen, um den Behandlungserfolg zu sichern oder weitere Risiken einzuschätzen. Diese Komplexität wird sich in der Überprüfung der Zulässigkeit des zwangsweisen Eingriffs nicht vermeiden lassen. Dass es in der Praxis wenig Erfahrung von Praktiker:innen mit der Erstellung von somatisch-medizinischen Gutachten für diese Art der Fragestellungen gibt, kann nicht dazu führen, sie nicht einzuholen.

Geht es nicht um einmalige, sondern längerfristige Eingriffe, muss bei einer somatischen „Dauerzwangsmaßnahme“ auch die Frage nach einer Therapiezieländerung hin zu einer palliativen Versorgung gestellt werden. Ein Thema, das im Übrigen auch bei Ablehnungen von Medikamenten von Pflegeheimbewohnenden ebenso wie bei Menschen, die ihre Dialysebehandlung oder andere Maßnahmen ablehnen, thematisiert werden muss. Hilfreich könnten sich hierbei ethische Fallberatungen erweisen. Während eine Ablehnung auf der einen Seite nicht vorschnell als Zeichen eines entgegenstehenden Lebenswillens gedeutet werden darf, darf auf der anderen Seite nicht unberücksichtigt bleiben, dass auch Menschen mit einer psychischen Erkrankung und somatischer Komorbidität ein Vetorecht zur Fortsetzung der Behandlung einer Erkrankung zuzugestehen ist. Überdies muss bedacht werden, dass die Regelung des § 1832 BGB nicht für eine regelmäßig oder jedenfalls in

überschaubaren zeitlichen Abständen wiederkehrende respektive dauerhafte Zwangsbehandlung gedacht ist und eine ärztliche Zwangsmaßnahme nicht zur routinemäßigen Form der Behandlung werden sollte.

III. Beantwortung der Forschungsfragen

Die Forschungsfragen sollen nun auf Basis der empirischen Erhebungen in kurzer Form mit Konzentration auf die auffälligsten Punkte beantwortet werden:

Bietet die Neuregelung einerseits den notwendigen Schutz der Betroffenen vor einer ungerechtfertigten Anwendung von Zwang und verhindert sie andererseits bestehende Behandlungsnotwendigkeiten nicht übermäßig?

Ja. Die Vorschrift beachtet ausreichend den Ultima-Ratio-Gedanken und bietet mit den einzelnen Tatbestandsmerkmalen einen Prüfungskatalog für alle beteiligten Akteure. Die Neuregelung hat zu keiner erkennbaren Ausweitung der ärztlichen Zwangsmaßnahmen geführt. Fälle einer ärztlichen Zwangsmaßnahme ohne freiheitentziehende Unterbringung bilden die Ausnahme.

- *Werden Patienten, die für eine zwangsweise durchgeführte Behandlung in ein Krankenhaus verbracht werden, durch diese Bestimmung (konkret: § 1906a Abs. 1 S. 1 Nr.7 BGB) in ihrer Gesundheit gefährdet und damit unverhältnismäßig belastet?*

Nein. In der Aktenanalyse konnten keine Fälle gesehen werden, bei denen der bloße Umstand, dass die Behandlung im Krankenhaus durchgeführt wurde, zu einer Gesundheitsgefährdung geführt hatte. Solche Fallkonstellationen wurden auch nicht in den Interviews berichtet.

- *Wird die Neuregelung für alle Beteiligten als praktikabel angesehen oder bestehen Probleme/Defizite bzw. werden bei der Anwendung der gesetzlichen Bestimmungen gesehen?*

Die Vorschrift und der Umgang mit den flankierenden Verfahrensvorschriften werden als komplex und schwierig erlebt. Probleme werden im Verfahrensrecht bei der Auswahl des Sachverständigen und den Fristen, konkret der Dauer der Beschlüsse von max. sechs respektive zwei Wochen gesehen. Der (großzügige) Rückgriff auf einstweilige Anordnungen ist problematisch. Insgesamt wird das Verfahren teilweise als „sperrig“ und langwierig erlebt, wobei in der Aktenanalyse nahezu ausschließlich

zügige Abläufe der einzelnen Verfahrensschritte gesehen wurden. Teilweise wurde bemängelt, dass die Vorschrift nicht gut bei Zwangsbehandlungen im somatischen Bereich passe.

- *Werden die Regelungen einheitlich ausgelegt und angewendet?*

Unterschiede lassen sich in der Überprüfung der Überzeugungsversuche und den inhaltlichen Anforderungen an diese festmachen. Dies spiegelt sich auf der Ebene der Kliniken wider, die einen unterschiedlichen Umgang mit der Dokumentation des Überzeugungsversuchs und letztlich auch mit dem Bemühen um die Überzeugung der betroffenen Person pflegen. Der (mutmaßliche) Wille der betroffenen Person wird in unterschiedlicher Gründlichkeit überprüft. Der Umgang mit einstweiligen Anordnungen ist unterschiedlich in der Häufigkeit ihres Gebrauchs. Keine unterschiedliche Auslegung wurde in den analysierten Fällen mit Blick auf die Einschätzung des erheblichen gesundheitlichen Schadens gesehen. Gleichwohl wurde in den Interviews manchmal berichtet, dass dieses Tatbestandsmerkmal unterschiedlich restriktiv (bis hin zu Lebensgefahr) ausgelegt werde.

IV. Empfehlungen

Die Empfehlungen erfolgen vor dem Hintergrund der gewonnenen empirischen Erkenntnisse:

- Als erste Empfehlung muss auf eine Verbesserung der Datenlage, die ein Monitoring erlaubt, gedrängt werden und die Möglichkeiten zur Forschung auf diesem Gebiet zu stärken.
- Empfohlen wird außerdem, eine Informationsplattform zum Verfahrensablauf sowie zu den beteiligten Akteuren und deren spezifischen Rollen bereit zu stellen.
- Da weder aus der Untersuchung heraus ein Hinweis auf eine Schutzlücke noch ein Hinweis auf ein Aufweichen des Ultima-Ratio-Gedankens gefunden werden konnte, ergibt sich aus den empirischen Befunden dieser Untersuchung kein Änderungsbedarf mit Blick auf die Regelung in Nr.°7.

Eine Klarstellung hingegen, ob der Gesetzgeber auch den teilstationären Klinikaufenthalt (ausdrücklich teilstationär, nicht ambulant) von der Vorschrift erfasst sieht, ist

wünschenswert und würde für Rechtssicherheit sorgen. Nach dem bisherigen Verständnis der Vorschrift versteht sich stationär als vollstationär, wobei dies unter Beachtung einiger Voraussetzungen nicht zwingend erscheint, um den restriktiven Ansatz weiterhin zu verfolgen. Am restriktiven Ansatz des Gesetzgebers sollte festgehalten werden. Die Überlegungen würden sich faktisch voraussichtlich auf wenige Fälle im Bereich der ohnehin wenigen Fälle im somatischen Bereich beschränken. „Teilstationär“ als Ausnahme vom Regelfall „vollstationär“ für zulässig zu erachten, würde Probleme, die für ärztliche Zwangsmaßnahmen aus dem somatischen Bereich (z.B. Diagnostik) angezeigt wurden, lösen können. Voraussetzung muss sein, dass die Betroffenen in eine Klinikstruktur eingegliedert sind, eine Nachsorge sichergestellt und ausnahmsweise ein Verbleib über Nacht nicht erforderlich ist, bei Bedarf aber ermöglicht werden kann. Da sich diese Fälle als Einzelfälle darstellen, erscheint eine Klarstellung, dass „stationär“ ausschließlich „vollstationär“ bedeutet, aufgrund möglicher Abgrenzungsschwierigkeiten ebenso gut vertretbar.

An der Voraussetzung „Klinik“ sollte aus Qualitätsgründen und zur Sicherung der Einhaltung aller übrigen Voraussetzungen des § 1832 BGB festgehalten werden. Der Gesetzgeber hatte in der Vergangenheit hierauf Bezug genommen, um nicht nur die Versorgung einschließlich der Vor- und Nachsorge auf einem entsprechenden Niveau sicherzustellen, sondern auch, um im Sinne seines restriktiven Ansatzes Zwang als letztes Mittel sicherzustellen. Selbst Befürworter:innen einer möglichen Öffnung der Vorschrift zweifeln die Umsetzbarkeit mit Blick auf die vorhandenen Strukturen in anderen Settings an. Nur der professionelle Rahmen einer Klinik gewährleistet eine ausreichende Sicherstellung, dass die einzelnen Zulässigkeitsvoraussetzungen geprüft und überprüft werden können. Außerhalb der Klinik ist diese Versorgungsqualität nur schwer zu gewährleisten. Auch die Nachsorge ist nur in diesem Setting möglich. Denn hierzu gehört nicht nur die eigentliche Nachsorge selbst, sondern auch die Entscheidung, was z.B. aufgrund bestimmter Risikofaktoren bei der betroffenen Person und aufgrund des konkreten Behandlungsverlaufs an konkreter Nachsorge notwendig ist. Der professionelle Rahmen in der Klinik bietet zudem die Gewähr, dass die betroffene Person bei Komplikationen zur weiteren Überwachung in der Klinik bleiben kann (z.B. Schluckbeschwerden nach der Narkose, Anzeichen für ein Delir, Komplikationen unter

dem Eingriff). Die durch den Vorlagebeschluss des BGH vom 8. November 2023 (Az. XII ZB 459/22) neu hinzukommende Überlegung, die stationsäquivalente Behandlung (StÄB) einzubeziehen, erscheint nicht passend (unabhängig von den übrigen Fragen, die sich aus dem konkreten Sachverhalt ergeben). Die StÄB, die im häuslichen Umfeld erfolgt, ist auf Zustimmung und damit Freiwilligkeit aufgebaut. Es wäre somit wohl ein Paradigmenwechsel, StÄB zur Ermöglichung von Zwang einzusetzen. Zusätzlich sind die bereits benannten Überlegungen zum privaten Raum zu berücksichtigen.

Wenn sich der Gesetzgeber zu einer Klarstellung im Sinne einer Erfassung von „teilstationär“ im Begriff „stationär“ entschließt, darf der Ultima-Ratio-Gedanke nicht gefährdet werden. Hinzuweisen ist auf zwei wichtige Punkte, die hier nicht zu Missverständnissen führen dürfen: Sämtliche Voraussetzungen des § 1832 BGB müssen weiterhin vorliegen mit der Folge, dass nicht der Raum für eine regelhafte Depotmedikation außerhalb des vollstationären Rahmens eröffnet wird. Das verfassungsrechtlich enge Verständnis von Zwang als letztem Mittel darf nicht verändert werden. Hierfür sind Strukturen erforderlich, die der außerklinische Rahmen nicht bietet. „Teilstationär“ ist nicht zu verwechseln mit „ambulant“ und verlangt eine Eingliederung in die Klinikstruktur einschließlich der konkreten Option des Verbleibs über Nacht ohne Verlegungsnotwendigkeit. Damit wird sichergestellt, dass die betroffene Person nicht nur als „Termin“ wahrgenommen wird, sondern in die Klinikstruktur eingegliedert sein muss und ihre Nachsorge, z.B. nach einer radiologischen Untersuchung unter Sedierung, erfolgen muss. Da der vollstationäre Aufenthalt hierfür als Standard zu betrachten ist, müsste für diesen Ausnahmefall explizit begründet werden, warum eine teilstationäre Versorgung ausreicht und eine Übernachtung in der Klinik nicht notwendig ist bzw. zugleich aufgrund der Organisationsstrukturen sichergestellt ist, dass die Nachsorge auch den Verbleib über Nacht im Bedarfsfall ermöglicht. Zu berücksichtigen ist auch, ob die betroffene Person überhaupt in der Lage dazu ist, sich nach der Zwangsbehandlung der erforderlichen Therapiesicherung entsprechend zu verhalten.

Eine ausdrückliche Regelung zur heimlichen Gabe von Medikamenten wird nicht für erforderlich gehalten, da auch heimliche bzw. verdeckte Gabe von Medikamenten eine Behandlung gegen den (natürlichen) Willen der Person ist und damit eine Zwangsbehandlung im Sinne des § 1832 BGB darstellt, wenn sie angewendet wird, um

den erwarteten bzw. im Vorfeld beim Versuch einer nicht verdeckten Gabe geäußerten entgegenstehenden Willen der betroffenen Person zu überwinden (s.o. Kapitel I. II. 6).

Die Untersuchung hat Defizite in der praktischen Umsetzung der Vorschrift des § 1832 BGB sichtbar gemacht. So findet die Überprüfung des (mutmaßlichen) Willens der betroffenen Person oftmals nur wenig Beachtung. Die Annahme einer gewünschten Besserung des Gesundheitszustands ist bei der Eruiierung des mutmaßlichen Willens oftmals leitend. Die gesetzlichen Regelungen geben den Prüfauftrag vor. Die Praxis wird allerdings mit dem Problem konfrontiert, wie sie den aktuellen ablehnenden Willen mit einem zuvor geäußerten Behandlungswunsch oder einem mutmaßlichen Willen in Einklang bringen soll. Patientenverfügungen spielen in der Praxis eine nur marginale Rolle, sodass die beteiligten Akteure aufgefordert sein sollten, mehr Beratung und Unterstützung bei der Erstellung anzubieten. Das Gesetz sieht dies mit Blick auf die rechtlichen Betreuer:innen schließlich bereits als ihre Aufgabe vor. Da die Erstellung einer Patientenverfügung stets freiwillig erfolgen muss, darf diese nicht zur Pflicht werden, sodass die Ebene des Anbietens ausreicht, aber ausgebaut werden sollte. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die Ermittlung des (mutmaßlichen) Willens zum Auftrag der rechtlichen Betreuer:innen gehört, sodass diese angehalten sind, der Willensermittlung mehr Raum zu geben.

Die Überprüfung des Überzeugungsversuchs wird von den Betreuungsgerichten in unterschiedlicher Tiefe sowohl mit Blick auf das Überprüfen selbst als auch mit Blick auf die Anforderungen an den Überzeugungsversuch durchgeführt und offenbar auch unterschiedlich von den Kliniken praktiziert. Der Gesetzgeber hat 2017 die Anforderungen an den Überzeugungsversuch bereits präzisiert. Um der Vielgestaltigkeit der Fälle weiterhin gerecht zu werden, sollte es bei der aktuellen Fassung des Gesetzeswortlauts bleiben.

In verfahrensrechtlicher Hinsicht sollten folgende Punkte überdacht werden:

- Konkretisierung der Voraussetzung einer einstweiligen Anordnung bei ärztlichen Zwangsmaßnahmen
- Verlängerung der Dauer der Genehmigungsbeschlüsse bei ärztlichen Zwangsbehandlungen, die bereits über zwei Jahre andauern und bei denen eine besonders komplexe Erkrankungs- und Behandlungssituation besteht

- Verbesserungen auf Ebene der Verfügbarkeit von Sachverständigen durch Poollösungen bei Gerichtsbezirken oder Ansiedlung bei den öffentlichen Gesundheitsämtern (ausdrücklich kein Herabsenken der Verfahrensstandards in diesem sensiblen Bereich)

Wiederholt und nachdrücklich wurden von allen an der Untersuchung beteiligten Akteure und vor allem von den Betroffenen selbst die Versorgungssituation in Kliniken und im ambulanten Sektor sowie die notwendigen Verbesserungen auf allen Ebenen (Haltung, Kommunikation, Zeit, ausreichend geschultes Personal, Geduld, Verhandlungsbereitschaft über Alternativen, Empathie) angesprochen. Dieses sind alles keine Bereiche, die über das BGB oder das FamFG gelöst oder von einem Gericht kontrolliert werden können. Ihre Wichtigkeit zur Verbesserung der Situation von Betroffenen kann allerdings nicht hoch genug eingeschätzt werden.

Das Verfahren ist anspruchsvoll und verlangt von allen Beteiligten nicht nur Kenntnisse über das anzuwendende Recht, sondern auch die Bereitschaft zum Austausch miteinander, damit der in § 1832 BGB angelegte restriktive Gedanke gewahrt bleibt, Verfahrensschutz gelingen kann und die Stimme der betroffenen Person ausreichend Gehör findet. Abschließend soll zudem noch einmal hervorgehoben werden, dass zuvorderst der:die rechtliche Betreuer:in für die Prüfung der Voraussetzungen des § 1832 BGB zuständig ist.

Die Aufgaben liegen somit vor allem in der praktischen Umsetzung. Einer Veränderung der Regelung des § 1832 BGB bedarf es dafür nicht.

Literaturverzeichnis

Borbé, R., Jaeger, S., Borbé, S., Steinert, T., Anwendung psychiatrischer Behandlungsvereinbarungen in Deutschland. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. Nervenarzt 2012 (83), 638.

Braun, C., Kommentierung zu § 331, in: Bauer, A./Lütgens, K./Schwedler, A., HK-BUR Online, Heidelberger Kommentar zum Betreuungs- und Unterbringungsrecht, C.F. Müller, 2023.

Brilla, A., Kommentierung zu § 1832 BGB, in: Gsell/Krüger/Lorenz/Reymann, beck-online.Großkommentar, 2023.

Brosey, D., Psychiatrische Patientenverfügung nach dem 3. Betreuungsrechtsänderungsgesetz, BtPrax 2010, 161.

Deutscher Bundestag, Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten, BT-Drucksache 18/11240.

Deutscher Bundestag, Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme, BT-Drucksache 17/11531.

Diener, J., Patientenverfügungen psychisch kranker Personen und fürsorglicher Zwang. Duncker & Humblot, Berlin, 2013 (zugleich Diss.)

Dodegge, G., Kommentierung zu § 1832 BGB, hh. Stationärer Aufenthalt in einem Krankenhaus, in: Dodegge, G./Roth, A., Systematischer Praxiskommentar Betreuungsrecht. Reguvis, 6. Auf., 2023.

Dodegge, G., Ärztliche Zwangsmaßnahmen und Betreuungsrecht. In: NJW 2013, 1265.

Efkemann, S.A., Haußleiter, I.S., Steinert, T., Hoffman, K., Juckel, G., Dokumentation, Anwendung und Ansätze zur Reduktion von unfreiwilligen Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen – Ergebnisse einer bundesweiten Befragung akutpsychiatrischer Krankenhäuser in Deutschland. Psychiatr Prax 2022; 49(07): 345-351.

Flammer, E., Steinert, T., Das Fallregister für Zwangsmaßnahmen nach dem baden-württembergischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz: Konzeption und erste Auswertungen. Psychiatr Prax 2019 (46), 82-89.

Flammer, E., Frank, U., Steinert, T., Freedom and Restrictive Coercive Measures in Forensic Psychiatry. Front Psychiatry 2020 (11), Artikel 146.

Fölsch, P., Anmerkung zu BVerfG, Beschluss vom 2.11.2021, 1 BvR 1575/18, in: NJW 2021, 3593.

Gieselmann, A., Simon, A., Vollmann, J., et al., Psychiatrists' views on different types of advance statements in mental health care in Germany. International Journal Social Psychiatry 2018 (64), 737.

Grotkopp: Medizinische Zwangsbehandlung untergebrachter Pressionen- in Grenzen - wieder möglich; BtPrax 2013, 83.

Henking, T., Zwangsbehandlung in Pflegeheimen? Anmerkung zu BVerfG, Beschl. v. 2.11.2021–1BvR 1575/19, GesR 2022, 146.

Henking, T., Anmerkung zu BGH, Beschl. v. 29. Juli 2020, Az. XII ZB 173/18, in: BtPrax 2021, 36.

Henking, T., Patientenrechte im Kontext von Zwang. Recht & Psychiatrie 2016, 155.

Henking, T., Bruns, H., Die Patientenverfügung in der Psychiatrie. In: GesR 2014, 585.

Henking, T., Mittag, M., Rechtliche Grundlagen, in: Henking, T./Vollmann, J., Zwangsbehandlung psychisch kranker Menschen. Ein Leitfaden für die Praxis. Springer, 2015.

Joecker, T., Loer, A., Seidel, M., Handbuch Gesundheitssorge in der betreuungsrechtlichen Praxis, Revugis BundesanzeigerVerlag, 2023.

Lipp, V., Erwachsenenschutz und Verfassung - Betreuung, Unterbringung und Zwangsbehandlung, in: FamRZ 2013, 913.

Malterud K, Siersma VD, Guassora AD., Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. Qual Health Res. 2016 (13), 1753-1760.

Marschner, R., Kommentierung zu § 1832 BGB, in: Jürgens, A. (Hrsg.), Betreuungsrecht. Kommentar, C.H. Beck, 7. Auflage, 2023.

Masuch/Gmati, Zwangsbehandlung nach dem Gesetz zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme und UN-Behindertenrechtskonvention, in: NZS 2013, 521.

- Mayring, P., Qualitative Inhaltsanalyse. 12. Aufl., 2015, Weinheim & Basel: Beltz.
- Misoch, S., Qualitative Interviews. 2. Aufl., 2019, Oldenbourg: De Gruyter.
- Moll-Vogel, E., Gesetzliche Neuregelung der Zwangsbehandlung, in: FamRB 2013, 157
- Müller-Engels, G., Kommentierung zu § 1832 BGB, in: BeckOK BGB, 67. Edition, 2023.
- Pohontsch, N. J., Müller, V., Brandner, S., Karlheim, C., Jünger, S., Klindtworth, K., Stamer, M., Höfling-Engels, N., Kleineke, V., Brandt, B., Xyländer, M., Patzelt, C. & Meyer, T., Gruppendiskussionen in der Versorgungsforschung – Teil 1: Einführung und Überlegungen zur Methodenwahl und Planung. Gesundheitswesen 2018 (10), 864–870.
- Prior, L., Using documents in social research. 2003, Sage.
- Radenbach, K., Falkai, P., Weber-Reich, T., Simon A., Joint crisis plans and psychiatric advance directives in German psychiatric practice. Journal Medical Ethics 2014 (40), 343.
- Ruddat, M., Auswertung von fokusgruppen mittels Zusammenfassung zentraler Diskussionsaspekte. In: Schulz, M., Mack, B. & Renn, O. (Hrsg.): Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. Wiesbaden: Springer, 2012, 195-206.
- Schmidt-Recla, A., Mit der „Rechtssatzverfassungsbeschwerde“ die ambulante, heimliche Zwangsbehandlung erzwingen? In: MedR 2022, 487.
- Schmidt-Recla, A., Mit dem BVerfG für mehr gewaltsame Psychopharmaka- und Chemotherapien? Anmerkung zu BVerfG R&P 2016. Recht & Psychiatrie 2016, 258.
- Schreier, M., Varianten qualitativer Inhaltsanalysen. Forum Qualitative Sozialforschung 2014 (1), Art. 18.
- Spickhoff, A., Kommentierung zu § 1832 BGB, in: Spickhoff, A. (Hrsg.), Medizinrecht, C.H. Beck, 4. Auflage, 2022.
- Spickhoff, A., Nach der Reform ist vor der Reform: Zur Neuregelung der Zwangsbehandlung im Zivilrecht. FamRZ 2017, 1633.
- Steinert, T., Schmid, P., Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken in Deutschland. Nervenarzt 2013 (1).
- Tausch, A. & Menold, N. (2015): Methodische Aspekte der Durchführung von Fokusgruppen in der Gesundheitsforschung. Gesis-Paper, 12.

Anlage 1: Interviews mit Betroffenen: Interviewleitfaden

Einleitung

Begrüßung

Thema des Interviews: Das Interview ist Teil eines Forschungsprojekts zu ärztlichen Zwangsmaßnahmen. 2017 trat ein Gesetz in Kraft, das die Voraussetzungen für ärztliche Zwangsmaßnahmen neu regelt. Im heutigen Interview soll es darum gehen, wie Sie als Betroffene die Umsetzung der Neuregelung wahrnehmen und welche Erfahrungen Sie damit gemacht haben. Es gibt keine richtigen oder falschen Angaben, es geht allein um Ihre Wahrnehmung.

Das Interview dauert ca. 60-90 Minuten.

Vertraulichkeit, Pseudonymisierung und Abbruch: Alles, was wir heute besprechen, wird streng vertraulich behandelt. Die Auswertung des Interviews findet in pseudonymisierter Form statt. Das bedeutet, dass wir nur Angaben auswerten, die keine Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen. Sie haben die Möglichkeit, jederzeit und ohne Angabe von Gründen das Gespräch abubrechen. Dies hat keine negativen Folgen für Sie.

Tonaufnahme: Wie bereits in der Studieninformation erläutert, möchten wir das heutige Gespräch aufzeichnen.

Offene Fragen: Haben Sie noch Fragen bevor wir mit dem Interview beginnen und die Tonaufnahme starten?

-Start Tonaufnahme-

1. Abschnitt: Situation der Zwangsbehandlung

Als Erstes möchte ich mit Ihnen darüber sprechen, wie es zu der Zwangsbehandlung kam.

Leitfragen	Nachfragen (falls nicht bereits genannt)
1. Können Sie bitte kurz beschreiben, wie es zur Zwangsbehandlung kam?	<i>u.a. Nachfragen zum richterlichen Beschluss (vorläufige Genehmigung, genehmigte Dauer, Verlängerungsanträge, etc), Nachfragen zur Situation vor und während der Zwangsbehandlung (Dauer, polizeiliche Unterstützung, etc)</i>

2. Abschnitt: Voraussetzungen für Zwangsbehandlung

Ärztliche Zwangsmaßnahmen dürfen nur unter bestimmten Voraussetzungen durchgeführt werden. U.a. sieht die gesetzliche Neuregelung vor, dass Versuche unternommen werden, die Betroffenen von der Notwendigkeit der Maßnahme zu überzeugen.

2.1 Inwieweit wurde versucht, Sie dazu zu bringen, der ärztlichen Behandlung zuzustimmen?	<i>Falls Versuche unternommen wurden:</i> • <i>Durch wen?</i> • <i>Geschah dies Ihrer Meinung nach mit dem nötigen zeitlichen Aufwand?</i> • <i>Wurde dabei Druck auf Sie aufgebaut?</i>
2.2 Inwieweit wurde Ihnen Hilfe angeboten, um eine eigene Entscheidung treffen zu können? (unterstützte Entscheidungsfindung)	<i>Falls Hilfe angeboten wurde: Wie sah diese Hilfe aus?</i> <i>Falls keine Hilfe angeboten wurde: Hätten Sie sich eine Hilfestellung gewünscht?</i>
2.3 Inwieweit hatten Sie den Eindruck, dass Ihnen die Vor- und Nachteile der Behandlung ausreichend aufgezeigt wurden?	
2.4 Gab es Schwierigkeiten in der Kommunikation?	<i>Wenn ja: Inwieweit wurde versucht, diese zu überwinden?</i>
2.5 Hätte Ihrer Meinung nach die Zwangsmaßnahme durch Überzeugungsversuche verhindert werden können?	<i>Wenn ja: Wie hätte ein erfolgreicher Überzeugungsversuch aussehen müssen?</i> <i>Wenn nein: Wieso nicht?</i>

Patientenverfügungen und Behandlungsvereinbarungen geben Ihnen als Patient*in die Möglichkeit, auf den Behandlungsverlauf Einfluss zu nehmen.

2.6 Lag in Ihrem Fall eine Patientenverfügung oder eine Behandlungsvereinbarung vor?	<i>Wenn ja: Haben Sie sich darin zu möglichen Zwangsmaßnahmen geäußert? Inwiefern?</i>
--	--

3. Abschnitt: Durchführung der Zwangsbehandlung

Die gesetzliche Regelung sieht vor, dass Zwangshandlungen nur im Krankenhaus durchgeführt werden dürfen.

3.1 Wie bewerten Sie, dass Zwangsbehandlungen nur im Krankenhaus durchgeführt werden dürfen?	<i>Welche Vorteile sehen Sie dabei?</i> <i>Welche Nachteile entstehen dadurch?</i>
3.2 Hätte die ärztliche Zwangsmaßnahme in Ihrem Fall genauso gut oder sogar mit geringeren Beeinträchtigungen für Sie auch außerhalb eines Krankenhauses durchgeführt werden können?	<i>Wenn ja:</i> <i>Wo und wie hätte eine solche Zwangsmaßnahme stattfinden sollen?</i> <i>Gibt es bestimmte ambulante Settings, in denen ärztliche Zwangsmaßnahmen keinesfalls stattfinden sollten?</i> <i>Wenn nein: Wieso nicht?</i>

4. Abschnitt: Nachbereitung

4.1 Wenn Sie die ärztliche Zwangsbehandlung in der Rückschau betrachten, inwieweit halten Sie diese für notwendig?	
4.2 Hätte Ihrer Meinung nach in der beschriebenen Situation Ihre Selbstbestimmung gestärkt werden können?	<i>Wenn ja: Wie?</i>
4.3 Inwieweit wurde die ärztliche Zwangsmaßnahme im Nachhinein mit Ihnen besprochen?	<i>Falls es eine Nachbesprechung gab:</i> <i>Durch wen?</i> <i>War die Nachbesprechung für Sie</i>

	<i>zufriedenstellend?</i> <i>Falls es keine Besprechung gab: Hätten Sie sich eine Nachbesprechung gewünscht?</i>
--	---

5. Abschnitt: Abschluss

5.1 Sehen Sie Veränderungsbedarf in der Regelung von ärztlichen Zwangsmaßnahmen?	<i>Wenn ja: Inwiefern?</i>
5.2 Gibt es etwas, dass Sie noch hinzufügen möchten?	

-Ende Tonaufnahme-

Dank für Teilnahme und Hinweis auf Kontaktmöglichkeiten

Anlage 2: Interviews mit Kliniker:innen: Interviewleitfaden

Einleitung

Begrüßung

Thema des Interviews: Das Interview ist Teil eines Forschungsprojekts zu ärztlichen Zwangsmaßnahmen. 2017 trat ein Gesetz in Kraft, das die Voraussetzungen für ärztliche Zwangsmaßnahmen neu regelt.⁴ In dem heutigen Interview soll es darum gehen, wie Sie als Mitarbeiter*in in einer psychiatrischen Klinik bzw. als Richter*in an einem Amtsgericht die Umsetzung der Neuregelung wahrnehmen und welche Erfahrungen Sie damit gemacht haben. Es gibt keine richtigen oder falschen Angaben, es geht allein um Ihre Wahrnehmung.

Das Interview dauert ca. 30-60 Minuten.

Vertraulichkeit, Pseudonymisierung und Abbruch: Alles, was wir heute besprechen wird streng vertraulich behandelt. Die Auswertung findet in pseudonymisierter Form statt. Das bedeutet, dass wir nur Angaben auswerten, die keine Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen. Sie haben die Möglichkeit, jederzeit und ohne Angabe von Gründen die Teilnahme an dem Interview abubrechen. Dies hat keine negativen Folgen für Sie.

Fragebogen: Wie bereits in der Studieninformation erläutert, werden Ihre Antworten durch mich in einem entsprechenden Fragebogen erfasst. Vor allem bei Angaben zu Häufigkeiten kann es daher sein, dass ich Sie bitte, sich auf einer entsprechend vorgegebenen Skala festzulegen. Hierbei geht es nicht um konkrete Zahlen, sondern um eine Einschätzung aufgrund Ihrer Erfahrungen.

Offene Fragen: Haben Sie noch Fragen, bevor wir mit dem Interview beginnen?

⁴ Die Regelung zur Zwangsbehandlung wurde bereits 2013 ins Gesetz eingefügt. Die zusätzliche Änderung 2017 bestand darin: keine geschlossene Unterbringung mehr notwendig, sondern nur ein stationärer Klinikaufenthalt.

1. Abschnitt: allgemeiner Einstieg

Als Erstes möchte ich mit Ihnen über Ihre allgemeinen Erfahrungen mit ärztlichen Zwangsmaßnahmen seit der Neuregelung⁵ sprechen.

Leitfragen	Erfassung der Antworten
1.1 Welche Erfahrungen haben Sie in der Praxis mit dem 2017 eingeführten Gesetz zur Regelung der ärztlichen Zwangsmaßnahmen (§ 1906a BGB) gemacht? ⁶	☐ <i>überwiegend positive Veränderung/Erfahrung</i> ☐ <i>eher positive Veränderung/Erfahrung</i> ☐ <i>keine Veränderung/neutrale Erfahrung</i> ☐ <i>eher negative Veränderung/Erfahrung</i> ☐ <i>überwiegend negative Veränderung/Erfahrung</i> <i>Begründung:</i>

2. Abschnitt: Voraussetzungen für Zwangsbehandlungen

Ärztliche Zwangsmaßnahmen dürfen nur unter bestimmten Voraussetzungen durchgeführt werden, welche auch im Rahmen der gesetzlichen Neuregelung adressiert werden.

2.1 Ist die Voraussetzung der „Notwendigkeit“ der Behandlung aus Ihrer Sicht hinreichend konkret?	☐ <i>ja</i> ☐ <i>teils/teils</i> ☐ <i>nein</i> <i>Begründung:</i>
2.2 Wie häufig kommt es vor, dass eine psychiatrische Patientenverfügung vorliegt?	☐ <i>immer</i> ☐ <i>häufig</i> ☐ <i>manchmal</i> ☐ <i>selten</i> ☐ <i>nie</i> <i>in _____ % der Fälle (Schätzung)</i>

⁵ Bezieht sich streng genommen auf die Änderung von 2017.

⁶ Anmerkung: seit 01.01.2023 überführt in § 1832 BGB

2.3 Wie oft kommt es vor, dass der in einer Patientenverfügung niedergelegte Wille in Kollision zum natürlichen Willen steht?	☐ <i>immer</i> ☐ <i>häufig</i> ☐ <i>manchmal</i> ☐ <i>selten</i> ☐ <i>nie</i> in _____ % der Fälle (Schätzung)
2.4 In welchen Konstellationen kommt dies (am häufigsten) vor? (bezogen auf 2.3)	☐ <i>PV zustimmend, natürlicher Wille ablehnend</i> ☐ <i>PV ablehnend, natürlicher Wille zustimmend</i> ☐ <i>Sonstige:</i> _____
2.5 Bedarf es ergänzender Regelungen für solche Fälle?	☐ <i>nein</i> ☐ <i>ja, und zwar:</i> _____ _____ _____
2.6 In wie vielen Fällen liegt eine Behandlungsvereinbarung vor?	in _____ % der Fälle (Schätzung)
2.7 Wie oft kommt es vor, dass die Behandlungsvereinbarung die Durchführung der Zwangsmaßnahme legitimiert?	☐ <i>immer</i> ☐ <i>häufig</i> ☐ <i>manchmal</i> ☐ <i>selten</i> ☐ <i>nie</i> in _____ % der Fälle (Schätzung)
2.8 Gibt es Vorgaben des Betreuungsgerichts/der Klinik zur Gestaltung und Dokumentation des Überzeugungsversuchs?	☐ <i>nein</i> ☐ <i>ja, und zwar:</i> _____ _____ _____

2.9 Werden Methoden der unterstützten Entscheidungsfindung⁷ angewendet?	☐ <i>immer</i> ☐ <i>häufig</i> ☐ <i>manchmal</i> ☐ <i>selten</i> ☐ <i>nie</i> und zwar:
2.10 Wie häufig kann durch den Überzeugungsversuch die zwangsweise Durchführung einer ärztlichen Maßnahme vermieden werden?	☐ <i>immer</i> ☐ <i>häufig</i> ☐ <i>manchmal</i> ☐ <i>selten</i> ☐ <i>nie</i> in _____ % der Fälle (Schätzung)
2.11 Von welchen Kriterien ist dies abhängig?	☐ <i>Krankheitsbild</i> ☐ <i>beteiligte Personen</i> ☐ <i>Häufigkeit der Ansprache</i> ☐ <i>Sonstiges</i>
2.12 Wie häufig bzw. in wie vielen Fällen besteht tatsächlich die Notwendigkeit eines stationären Krankenhausaufenthaltes?	☐ <i>immer</i> ☐ <i>häufig</i> ☐ <i>manchmal</i> ☐ <i>selten</i> ☐ <i>nie</i> in _____ % der Fälle (Schätzung) Begründung:

⁷ Synonyme: Entscheidungsassistenz oder supported-decision making, Bsp. Vereinfachte Aufklärungsformulare, Prioritätenkarten, Einbezug von Genesungsbegleitern, Angehörigen, etc.

2.13 Wie viele Fälle ärztlicher Zwangsmaßnahmen könnten aus Ihrer Sicht auch in einem ambulanten Setting ⁸ durchgeführt werden?	☐ <i>immer</i> ☐ <i>häufig</i> ☐ <i>manchmal</i> ☐ <i>selten</i> ☐ <i>nie</i> in _____ % der Fälle (Schätzung) Begründung:
2.14 Wie häufig unterbleibt aus Ihrer Sicht eine notwendige Behandlung, weil eine Zuführung oder ein Aufenthalt in einem Krankenhaus unzumutbar oder unverhältnismäßig war?	☐ <i>immer</i> ☐ <i>häufig</i> ☐ <i>manchmal</i> ☐ <i>selten</i> ☐ <i>nie</i> in _____ % der Fälle (Schätzung) Begründung:

3. Abschnitt: nur für Betreuungsgerichte!

entfällt

4. Abschnitt: weitere Fragen

4.1 Sehen Sie weitergehenden Handlungsbedarf zur Stärkung der Selbstbestimmung von Betreuten?	☐ <i>nein</i> ☐ <i>ja, und zwar:</i>
---	---

⁸ Anmerkung: ambulant = nicht im Krankenhaus, d.h. auch Durchführung im Wohnheim oder Altenheim wäre eine ambulante Zwangsbehandlung

4.2 Sehen Sie Bedarf für eine weitergehende Regelung der Behandlungsvereinbarung im Betreuungsrecht?	☐ <i>nein</i> ☐ <i>ja, und zwar:</i>
4.3 Erscheint die ausdrückliche Erwähnung der „Behandlungsvereinbarung“ als Form der Patientenverfügung notwendig bzw. sinnvoll?	☐ <i>nein</i> ☐ <i>ja, und zwar weil:</i>

5. Abschnitt: Abschluss

5.1 Sehen Sie Veränderungsbedarf in der Regelung von ärztlichen Zwangsmaßnahmen?	☐ <i>nein</i> ☐ <i>ja, und zwar:</i>
5.2 Gibt es noch etwas, das Sie hinzufügen möchten?	☐ <i>nein</i> ☐ <i>ja, und zwar:</i>

Dank für Teilnahme und Hinweis auf Kontaktmöglichkeiten

Anlage 3: Interviews mit Richter:innen: Interviewleitfaden

Allgemein:

- Welche Erfahrungen haben Sie mit dem 2017 eingeführten § 1906a BGB a.F. (jetzt § 1832 BGB) gemacht worden: Spielt die Öffnung von der geschlossenen Unterbringung auf den stationären Aufenthalt nach Ihren Erfahrungen/Ihren Fällen eine Rolle?
- Bevor ich zu einzelnen Zulässigkeitsvoraussetzungen komme, gibt es besonders zu nennende Schwierigkeiten in der Umsetzung der Vorschrift insgesamt oder gar einzelner Zulässigkeitsvoraussetzungen?
- Nehmen Sie in Ihrer Praxis Unterschiede in der Anwendung und Auslegung der Vorschrift wahr (wenn ja, welche)? In Bezug auf eigene Fälle oder auch im Vergleich zu Kolleginnen und Kollegen oder falls Sie für verschiedene Kliniken zuständig sind, auch dort?
- JA/NEIN/Welche?

Einzelne Zulässigkeitsvoraussetzungen des § 1906a BGB a.F./§ 1832:

Notwendigkeit der Behandlung (Nummer 1)

- § 1906a BGB spricht von „notwendig“ im Sinne eines letzten Mittels an. Sehen Sie die Vorschrift als hinreichend konkret an?

Ablehnung

- Kommt es (häufiger) vor, dass Sie eine ablehnende Entscheidung treffen? Falls ja, was sind die Gründe?
- Nein/Ja/Gründe/Abläufe?

Die Zwangsbehandlungsregelung nimmt Bezug auf die Regelung zur Patientenverfügung (§ 1901a BGB a.F./jetzt § 1827 BGB) und damit auf den zu beachtenden Willen

- Wie gehen Sie damit um? Wie überprüfen Sie, ob und wie der nach Nummer 3 zu beachtende Wille ermittelt wird?
- Wie gehen Sie vor, wenn sich ein auf die konkrete Behandlung bezogener Wille nicht feststellen lässt?
- Was schätzen Sie: In wie viel Prozent der von Ihnen zu prüfenden Fälle, in denen die Durchführung einer Zwangsbehandlung beabsichtigt ist, liegt eine Patientenverfügung vor?
- Wie oft kommt es vor, dass der in einer Patientenverfügung niedergelegte Wille in Kollision zu dem natürlichen Willen steht? In welchen Konstellationen? Bedarf es ergänzender Regelungen für diese Fälle?

- In wie vielen Fällen liegt eine Behandlungsvereinbarung vor?
- Wie oft kommt es vor, dass die Behandlungsvereinbarung die Durchführung der Zwangsmaßnahme legitimiert?

Einführung des § 1901a Abs.4 BGB a.F.

- Hat sich die neu eingeführte Regelung in § 1901a Abs.4 BGB aus Ihrer Sicht bewährt?
- Nehmen Sie wahr, dass Betreuer verstärkt auf eine Vorausplanung hinwirken?

Überzeugungsversuch

- Wie überprüfen Sie, ob ein Überzeugungsversuch erfolgt ist?
- Wie ist ihr Eindruck aus Ihren Fällen: Gelingt dieses und gibt es Fälle oder Bedingungen in denen dies eher gelingt?
- Welche Bedingungen (oder Fälle?) begünstigen aus Ihrer Erfahrung einen Überzeugungsversuch?
- Erhalten Sie Kenntnis darüber, ob die Beteiligten (z.B. Betreuer, Ärzte, Pflegekräfte) Methoden der unterstützten Entscheidungsfindung anwenden?
- Lassen sich aus Ihrer Erfahrung heraus Unterschiede in der Wirksamkeit des Überzeugungsversuchs feststellen? Wovon sind diese abhängig (z.B. Krankheitsbild, beteiligte Personen, Häufigkeit der Ansprache)?

Durchführung der Maßnahme im Rahmen eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus

- Wie schätzen Sie mit Blick auf Ihre Fälle die Notwendigkeit eines stationären Krankenhausaufenthalts ein?
- Welche Vorteile und welche Nachteile hat dies aus Ihrer Sicht für den Betroffenen?
- Erinnern Sie Fällen, bei denen Sie sagen würden, dass die ärztliche Zwangsmaßnahme genauso gut oder sogar mit geringeren Beeinträchtigungen für den Betroffenen auch außerhalb eines stationären Aufenthaltes in einem Krankenhaus durchgeführt werden können?
- Wenn ja, wo und wie hätte eine solche Zwangsmaßnahme stattfinden sollen?
- Wenn ja, gibt es bestimmte ambulante Settings, in denen ärztliche Zwangsmaßnahmen aus Ihrer Sicht keinesfalls stattfinden sollten?
- Lassen sich die Fälle genau eingrenzen, in denen eine ärztliche Zwangsbehandlung außerhalb eines stationären Krankenhausaufenthalts der Vorzug zu geben wäre, weil dies als zur medizinisch indizierten Behandlung des Betroffenen genauso geeignet und diesen weniger belastend erscheint?
- Welche Erkrankungen und welche Behandlungen stehen hinter diesen Fällen?
- Wie hätte in diesen Fällen eine etwa erforderliche Nachbehandlung sichergestellt werden können?
- Lagen Ihnen Fälle vor, bei denen notwendige Behandlungen unterblieben, weil eine Zuführung oder ein Aufenthalt in einem Krankenhaus unzumutbar oder unverhältnismäßig war?

Fragen, die sich speziell auf das Verfahren und auf die Verfahrenspraxis beziehen

- Wie viel Prozent der Fälle, die Sie bearbeiten, handelt es sich bei dem Sachverständigen um einen Facharzt oder eine Fachärztin für Psychiatrie?
- Wenn NICHT, wovon ist dies Ihren Fällen abhängig?
- Wie prüfen Sie in den anderen Fällen geprüft, ob bei dem Sachverständigen die erforderlichen Kenntnisse auf dem Gebiet der Psychiatrie vorliegen?
- Und wie häufig wird für die Erstellung des Sachverständigengutachtens der (zwangs-) behandelnde Arzt/Ärztin (wenn ja aus welchen Gründen), eine klinikangehörige oder eine externe Person als Sachverständiger ausgewählt?
- Wenn Sie an Ihre Verfahren denken, in denen über eine Zwangsbehandlung mit einer Gesamt-dauer von mehr als 12 Wochen entschieden wird, wie häufig wird als Sachverständiger ausnahmsweise eine Person ausgewählt, welche den Betroffenen bereits behandelt oder begutachtet hat?
- Was waren in Ihren Fällen die Gründe, dass eine Person ausgewählt wurde, die den Betroffenen bereits behandelt oder begutachtet hatte?
- Wie häufig wird eine Person, die in der Einrichtung tätig ist, in der der Betroffene untergebracht ist, als Sachverständiger ausgewählt?
- Aus welchen Gründen wird eine Person aus der Einrichtung der betroffenen Person ausgewählt?
- Erleben Sie in Ihrer Praxis Schwierigkeiten, im Hinblick auf die Qualifikation und die Vorgaben bezüglich des Ausschlusses bestimmter Personen von der Bestellung als Sachverständige eine Auswahl entsprechend den „Soll“-Bestimmungen des § 321 Abs.1 S.2 und 4 sowie bei längeren Zwangsbehandlungen des § 329 Abs.3 FamFG vorzunehmen, und wenn ja, welche?
- Ist die Begrenzung der Genehmigung einer Einwilligung oder Anordnung der ärztlichen Zwangsmaßnahme auf maximal 6 Wochen (§ 329 Abs.1 S.2 FamFG) sachgerecht und praktikabel angesehen oder sollte die Frist kürzer oder länger bemessen werden?
- In wie vielen Ihrer Fälle, in denen eine Verbringung des Betroffenen in ein Krankenhaus zur Durchführung ärztlicher Zwangsmaßnahmen erfolgt, wird bereits die Anwendung von Gewalt und das Öffnen, Betreten und Durchsuchen der Wohnung der betroffenen Person beantragt?
- Wie häufig wird eine Genehmigung erteilt?
- Wie häufig und mit welchem Erfolg macht die zuständige Behörde von der Möglichkeit Gebrauch, bei Gefahr im Verzug zur Durchführung ärztlicher Zwangsmaßnahmen in einem

Krankenhaus ohne vorherige Anhörung der betroffenen Person die Wohnung dieser Person zu öffnen, zu betreten und zu durchsuchen (§ 326 Abs.3 S.3 FamFG)?

- Welche Erfahrungen haben Sie bisher mit den Regelungen in § 326 FamFG in Fällen der Verbringung in ein Krankenhaus zur Durchführung ärztlicher Zwangsbehandlungen gemacht?
- Wie häufig und mit welchem Erfolg machen Verfahrenspfleger von ihrem Recht Gebrauch, gemäß § 62 Abs.3 FamFG im Beschwerdeverfahren nach Erledigung der Hauptsache aufgrund berechtigten Interesses des Betroffenen die Feststellung zu beantragen, dass die Entscheidung des Gerichts der ersten Instanz die betroffene Person in ihren Rechten verletzt hat?
- Zu welchem Anteil betrifft dies Beschwerden gegen ärztliche Zwangsmaßnahmen und zu welchem Anteil Beschwerden gegen sonstige Entscheidungen in Betreuungs- und Unterbringungssachen?
- Welche Erfahrungen sind in der Anwendungspraxis mit dieser Vorschrift gemacht worden?

Übergeordnete Fragen

- Wie nehmen Sie Ihre Rolle im Verfahren wahr? Auch im Zusammenspiel mit Betreuern, Verfahrenspflegern und der Klinik?
- Was sollte aus Ihrer Sicht so bleiben an der Regelung – sowohl materiell und formell – und was sollte sich ändern? Warum/wie?
- Sehen Sie und ggf. wo sehen Sie Handlungsbedarf zur Stärkung der Selbstbestimmung von Betreuten in diesem Anwendungsfeld? Wenn ja, welchen?
- Was möchten Sie noch gerne ergänzen?

Anlage 4: Fokusgruppe „Psychiatrie“: Leitfaden

Begrüßung:

Begrüßung und Dank für Teilnahme

Eigene Vorstellung:

Malte, Jakov

Thema der Fokusgruppe:

Die Fokusgruppe ist Teil eines Forschungsprojekts zu ärztlichen Zwangsmaßnahmen. Ihnen allen wird bekannt sein, dass 2013 erstmalig die Zwangsbehandlung im BGB geregelt wurde. 2017 wurde die Regelung noch einmal geändert. Hinzugefügt wurde der Verweis auf die Regelung zur Patientenverfügung und die Vorschrift wurde von der geschlossenen Unterbringung „entkoppelt“. Verlangt wird nun ein stationärer Klinikaufenthalt, bei dem die Versorgung und Nachsorge sichergestellt ist. Unser Forschungsauftrag zielt darauf ab, zu untersuchen, ob der ultima ratio Gedanke (also Zwang als letztes Mittel) ausreichend berücksichtigt wird, ob mögliche Schutzlücken bestehen und wie die Vorschrift in der Praxis angewendet und erlebt/gelebt wird. In der heutigen Fokusgruppe soll es also darum gehen, wie Sie als beteiligte Praktiker:innen die Umsetzung der Regelung wahrnehmen und welche Erfahrungen Sie damit gemacht haben und wie Sie den Austausch der einzelnen beteiligten Akteure/Disziplinen erleben.

Es gibt keine richtigen oder falschen Angaben, es geht allein um Ihre Wahrnehmungen und Sichtweisen.

Thema der Fokusgruppe ist ausschließlich die Regelung zur Zwangsbehandlung im Betreuungsrecht, nicht sonstige Zwangsmaßnahmen, und auch nicht das Landesrecht (PsychKHG/PsychKG).

Voraussichtliche Dauer:

Die Fokusgruppe dauert max. 3 Stunden, aber auch nicht länger. Pause ca. in der Mitte.

Vertraulichkeit, Pseudonymisierung und Abbruch:

Alles, was wir heute besprechen wird streng vertraulich behandelt. Die Auswertung der Fokusgruppe findet in pseudonymisierter Form statt. Das bedeutet, dass wir nur Angaben auswerten, die keine Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen. Sie haben die Möglichkeit, jederzeit und ohne Angabe von Gründen die Teilnahme an der Fokusgruppe abbrechen. Dies hat keine negativen Folgen für Sie.

Tonaufnahme:

Wie bereits in der Studieninformation erläutert, möchten wir die heutige Fokusgruppe aufzeichnen. Damit wir nicht alles mitschreiben müssen und die Gespräche im Anschluss einfacher auswerten können.

Ablauf/Zoom-Regeln:

- Virtuelle Hand heben für Wortbeitrag, sonst schwierig bzgl. Sprecherüberschneidungen
- Aufrufen durch Moderator:in unter Verwendung des Namens
- Mikrofon bitte nur an, wenn Sprechbeitrag

Offene Fragen:

Haben Sie noch Fragen bevor wir mit der Fokusgruppe beginnen und die Tonaufnahme starten?

Abfrage Einwilligung:

„Sind Sie weiterhin damit einverstanden, dass diese Fokusgruppe auditiv aufgezeichnet wird?“

0. Vorstellung

Wir möchten Sie bitten sich kurz vorzustellen -> Namen, Institution, Funktion/Rolle und vielleicht in wenigen Sätzen berichten, inwieweit das Thema ärztliche Zwangsbehandlung in Ihrer Praxis eine Rolle spielt

1. Abschnitt: Allgemeiner Einstieg

Vielen Dank. Ich möchte an Ihre Ausführungen in der Vorstellungsrunde anknüpfen und als Erstes mit Ihnen weiter über Ihre allgemeinen Erfahrungen mit ärztlichen Zwangsmaßnahmen seit der Neuregelung sprechen

Leitfragen	Nachfragen (falls nicht bereits genannt)
1.1 In welchen Fallkonstellationen/Kontexten spielt das Thema „ärztliche Zwangsbehandlung“ in Ihrer Praxis eine Rolle.	<i>Wie oft?</i> <i>Was sind „normale Fälle“ und was sind „besondere Fälle“?</i>
1.2 Welche Erfahrungen haben Sie in der Praxis mit der zur Regelung der ärztlichen Zwangsmaßnahmen (§ 1906a BGB a.F., jetzt § 1832 BGB) gemacht?	<i>Wie sind Ihre Erfahrungen?</i> <i>Wo sehen Sie besondere Schwierigkeiten im Tatsächlichen und wo im Umgang mit der Vorschrift oder wo bezieht es sich eher auf das Verfahren?</i>

2. Abschnitt: Voraussetzungen für Zwangsbehandlung

Ärztliche Zwangsmaßnahmen dürfen nur unter bestimmten Voraussetzungen durchgeführt werden (wie nur als letztes Mittel zur Abwendung eines erheblichen gesundheitlichen Schadens, keine milderen Mittel, Nutzen-Risiko-Abwägung, ernsthafter Überzeugungsversuch, ...)

2.1 Wann sehen Sie eine Zwangsbehandlung als „notwendig“ im Sinne eines letzten Mittels an?	Können Sie beispielhafte Situationen/Fallkonstellationen aus Ihrer Praxis berichten? Wie stellen Sie sicher, dass es keine Alternativen mehr gibt? Was könnten aus Ihrer Sicht Alternativen sein? Wie kann (besser) überprüft werden, ob Zwang tatsächlich das letzte Mittel ist und mildere Mittel nicht mehr zur Verfügung stehen?
2.2. Nehmen Sie Unterschiede in der Anwendung und Auslegung der Vorschrift wahr?	<i>In der Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Gerichten und/oder Kliniken oder Betreuer:innen?</i>
2.3. Wie erfolgt aus Ihrer Sicht das Zusammenwirken aller Beteiligten (Betreuer, Gericht, Klinik)?	<i>In der Gruppe befinden sich einige Betreuer:innen: Wie sehen Sie Ihre Rolle bis zur Klinikeinweisung und während des Klinikaufenthalts? (Wie) halten Sie Kontakt zum Betroffenen? Wie erfolgt der Austausch mit der Klinik? Von wem geht in der Regel der Vorschlag zur Zwangsbehandlung aus? Wie läuft es dann konkret ab?</i> <i>Reaktion der Klinik und anderer? Wie nehmen Sie die Abläufe wahr?</i>

Willensermittlung:

Mit Blick auf die Stärkung des Selbstbestimmungsrechts hat der Gesetzgeber in die Vorschrift ausdrücklich auf die Regelung zur Patientenverfügung verweisen (§ 1906a Abs.1 Nr.3 BGB a.F.). Danach ist eine Patientenverfügung zu beachten, oder wenn nicht vorhanden oder nicht passend, dann ist letztlich der mutmaßliche Wille der Person zu ermitteln.

2.4. Wie erfolgt dies (die Ermittlung des Willens oder eben des mutmaßlichen	<i>Können Sie ein Beispiel nennen?</i>
--	--

Willens) in der Praxis?	<i>Welche Quellen nutzen Sie zur Willensermittlung? Besprechen Sie die gemachten Erfahrungen nach?</i> <i>Bereiten Sie eine neue Krise vor?</i> <i>Inwieweit spielen hier Patientenverfügungen/Behandlungsvereinbarungen eine Rolle?</i> <i>Wie geht es nach der Behandlung weiter? (mittelfristig)? Wie geht es den Betroffenen danach?</i> <i>2017 wurde im Gesetz aufgenommen, dass Betreuer in geeigneten Fällen auf die Möglichkeit einer Patientenverfügung hinweisen soll und auch bei der Erstellung unterstützen soll.</i> <i>Die Frage geht zunächst an die Betreuer:innen: Wird hiervon aus Ihrer Sicht in der Praxis davon (ausreichend) Gebrauch gemacht? Ja, nein, warum (nicht)?</i>
2.5. Sehen Sie Bedarf für eine weitergehende Regelung der Behandlungsvereinbarung im Betreuungsrecht?	<i>Wenn ja, warum und wie sollte diese aussehen?</i>

Überzeugungsversuch

Das Gesetz schreibt die Durchführung eines Überzeugungsversuchs vor. Dieser soll mit ausreichend Zeit und ohne Ausübung von unzulässigem Druck erfolgen:

2.6. Wie gestaltet sich das in der Praxis?	<i>Durch wen, wie häufig, wie lange, in welcher Form? Wer ist wann in welcher Form beteiligt?</i> <i>Wie gut sind die Betreuer:innen über die Medikamente einschließlich unerwünschter Nebenwirkungen informiert? Wie gehen Sie damit um, wenn Bedenken des Betroffenen geäußert werden?</i> <i>Was sind Fallkonstellationen, in denen das leichter oder schwerer gelingt?</i> <i>Nun werden nicht alle Betroffenen, die gegen ihren Willen zum Zwecke der Behandlung untergebracht werden, auch zwangsbehandelt:</i>
--	---

	<i>Was begünstigt diese Entwicklung?</i> <i>Wie gelingt dieses in der Praxis und was sind mögliche Fälle und Rahmenbedingungen in denen dieses besser/schlechter gelingt?</i>
2.7. Werden Methoden der unterstützten Entscheidungsfindung angewendet?	<i>Wenn ja, in welchen Fällen und in welcher Form?</i> <i>Können Sie ein Beispiel nennen?</i> <i>Wie werden mögliche Barrieren in der Kommunikation überwunden?</i>
Überzeugung + Wille	
2.8. Haben Sie Erfahrung mit Fällen, in denen aufgrund der Schwere der kognitiven Einschränkungen eine Kommunikation mit der betroffenen Person nicht oder nur eingeschränkt möglich war?	<i>Wenn ja, wie gehen Sie in diesen Fällen sowohl mit Blick auf den Überzeugungsvoruch vor als auch mit Blick auf die Erforschung des (mutmaßlichen) Willens</i>
Umgang mit Verweigerung	
2.9. Wie zeigt sich insbesondere bei Personen mit schweren kognitiven Beeinträchtigungen der entgegenstehende Wille?	<i>Nehmen Sie dieses als Willensäußerung wahr oder als Reaktion auf bestimmte Vorgehensweisen? (z.B. Ausspucken von Tabletten)</i> <i>Erleben Sie die Abwehr als Abwehr gerichtet gegen eine bestimmte Medikation oder eine bestimmte Behandlung?</i> <i>Welche Personen(gruppen) haben Sie dabei vor Augen?</i>
2.10. Wie gehen Sie mit Verweigerungen um?	<i>Welche Lösungsansätze sehen Sie?</i> <i>Sehen Sie die Voraussetzungen in diesen Fällen notfalls unter Anwendung von Zwang, auch körperlichen, als zu hoch an?</i> <i>Kommt für Sie in diesen Fällen eine heimliche Gabe der Medikamente in Betracht?</i> <i>Was verstehen Sie konkret unter heimlich oder verdeckt?</i> <i>Wird in diesen Fällen der Betreuer/Bevollmächtigte mit eingebunden?</i>

3. Abschnitt: stationärer Aufenthalt in einer Klinik

Aktuell ist eine Zwangsbehandlung nur im Rahmen eines stationären Aufenthalts in einer Klinik möglich. Nicht erforderlich ist, dass die Person auch geschlossen untergebracht ist. Wenn von einer ambulanten Zwangsbehandlung die Rede ist, sind damit Orte außerhalb einer Klinikversorgung gemeint; erfasst sind neben Pflegeheimen und Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen auch andere Orte.

3.1. Für wie wichtig halten Sie es, dass die Zwangsbehandlung im Rahmen einer stationären Versorgung in einer Klinik stattfindet?	<i>Welche Vor- und Nachteile hat dies für den Betroffenen?</i>
---	--

4. Abschnitt: weitere Fragen

4.1 Hat sich die gesetzliche Neuregelung aus Ihrer Sicht bewährt?	
4.2 Sehen Sie Veränderungsbedarf in der Regelung von ärztlichen Zwangsbehandlungen? (Sowohl mit Blick auf die Vorschrift als auch auf die Vorschriften im Verfahrensrecht)	<i>Wie sollte aus Ihrer Sicht eine „ideale“ Regelung aussehen?</i>
4.3 Welche Rolle nimmt wer wann wie in dem gesamten Prozess ein?	

5. Abschluss

5.1. Möchte jemand noch etwas hinzufügen?	
---	--

Dank für Teilnahme und Hinweis auf Kontaktmöglichkeiten

Anlage 5: Fokusgruppe „stationäre Altenpflege“: Leitfaden

Begrüßung:

Begrüßung und Dank für Teilnahme

Eigene Vorstellung:

Malte, Tanja

Thema der Fokusgruppe:

Im Auftrag des Bundesministeriums der Justiz evaluieren wir die Vorschrift zur medikamentösen bzw. ärztlichen Zwangsbehandlung im Betreuungsrecht. Eine Zwangsbehandlung wird definiert als eine Behandlung gegen den Willen der Person. Wenn ein Gericht die Zwangsbehandlung genehmigt, dann kann sie auch unter Anwendung von körperlicher Gewalt wie Festhalten, Fixierungen oder dergleichen durchgesetzt werden.

Eine Zwangsbehandlung ist nach aktueller Gesetzeslage nur innerhalb eines Krankenhauses möglich. Gleichwohl wollen wir heute das Thema bezogen auf die stationäre Altenpflege diskutieren. Nicht nur, dass durchaus Vorschläge existieren, eine Behandlung notfalls auch unter Zwang im Pflegeheim durchzusetzen besteht noch großer Klärungsbedarf zur Frage der Behandlungsverweigerung von Bewohnenden in Pflegeheimen generell. Ein Thema soll heute auch eine mögliche heimliche Gabe von Medikamenten sein. Ob dies praktiziert wird, im Kleinen oder im Großen, dazu gibt es unterschiedliche Spekulationen. Und gerne würden wir auch wissen, ob es Fälle gibt, bei denen eine heimliche Gabe vielleicht sinnvoll erscheinen mag oder wo nicht.

Unsere heutige Diskussion soll Sie anhand unterschiedlicher Themenblöcke durch dieses Thema leiten. Uns geht dabei vor allem, um Einblick in die Praxis zu erhalten, um den Alltag dort und um Problemlagen. Es gibt in dieser Fokusgruppe keine richtigen oder falschen Angaben, es geht allein um Ihre Wahrnehmungen und Sichtweisen.

Die Fokusgruppe dauert max. 2 Stunden.

Vertraulichkeit, Pseudonymisierung und Abbruch:

Alles, was wir heute besprechen wird streng vertraulich behandelt. Die Auswertung der Fokusgruppe findet in pseudonymisierter Form statt. Das bedeutet, dass wir nur Angaben auswerten, die keine Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen. Sie haben die Möglichkeit, jederzeit und ohne Angabe von Gründen die Teilnahme an der Fokusgruppe abbrechen. Dies hat keine negativen Folgen für Sie.

Tonaufnahme:

Wie bereits in der Studieninformation erläutert, möchten wir die heutige Fokusgruppe aufzeichnen. Damit wir nicht alles mitschreiben müssen und die Gespräche im Anschluss einfacher auswerten können.

Ablauf/Zoom-Regeln:

- Virtuelle Hand heben für Wortbeitrag, sonst schwierig bzgl. Sprecherüberschneidungen
- Aufrufen durch Moderator:in unter Verwendung des Namens
- Mikrofon bitte nur an, wenn Sprechbeitrag

Offene Fragen:

Haben Sie noch Fragen bevor wir mit der Fokusgruppe beginnen und die Tonaufnahme starten?

Abfrage Einwilligung:

„Sind Sie weiterhin damit einverstanden, dass diese Fokusgruppe auditiv aufgezeichnet wird?“

0. Vorstellung

Wir möchten Sie bitten sich kurz vorzustellen -> Namen, Funktion, Aufgabenfeld

1. Abschnitt: Behandlungsablehnung/-verweigerung

Vielen Dank. Ich möchte an Ihre Ausführungen in der Vorstellungsrunde anknüpfen und als Erstes mit Ihnen über die Behandlungsablehnung sprechen.

Haben sie es bereits erlebt, dass eine Bewohner/eine Bewohnerin eine Behandlung abgelehnt hat?	<i>Was waren das für Fallkonstellationen?</i> <i>Wie hat sich die Ablehnung geäußert?</i>
Wie sind sie mit der Ablehnung umgegangen?	<i>Wie ging es nach der Ablehnung weiter?</i> <i>Falls noch nicht erlebt: Wie würde Sie damit umgehen?</i> <i>Wie verläuft in diesen Situationen die Kommunikation mit Angehörigen?</i>

2. Abschnitt: Abläufe bei Krankenhauseinweisung

Vielen Dank. Ich möchte jetzt gerne einmal darüber sprechen, wie es ist, wenn Jemand ins Krankenhaus musste.

2.1 Haben Sie konkret schon einmal erlebt, wie ein Bewohner oder eine Bewohnerin zum Zwecke der Behandlung gegen seinen Willen in	<i>Was waren das für Fallkonstellationen?</i> <i>Wie lief das konkret ab?</i>
---	--

ein Krankenhaus gebracht werden musste – sei es, weil er/sie zwangsweise Medikamente erhalten sollte oder auch untersucht oder behandelt/operiert werden sollte?	<i>Was waren in diesen Fällen die größten Herausforderungen?</i> <i>Falls noch nicht erlebt: Könnten sie sich Fälle vorstellen, wo sie das ernsthaft in Betracht ziehen würden?</i>
2.2 Wie ging es denn danach weiter, also als der/die Bewohnerde wieder zurück in die Einrichtung kam?	<i>Wurde die Krankenhausweisung nochmal thematisiert?</i>
2.3 Hätten Sie sich vorstellen können, dass diese/eine Zwangsbehandlung auch in Pflegeheim selbst durchgeführt werden könnte, sodass der Krankenhausaufenthalt vermieden werden würde?	<i>Wenn ja: wann und unter welchen Bedingungen? (Wann, durch wen, wie, Nachsorge, ...)</i> <i>Wenn nein: warum nicht?</i>

3. Abschnitt: Schmerzen

In den Diskussionen rund um das Thema Behandlungsverweigerung wurde zuweilen das Thema Schmerzen und hierbei insbesondere Zahnschmerzen genannt.

3.1 Könnten Sie uns mehr darüber berichten? Inwieweit sind Zahnschmerzen ein Problem?	<i>Wie wird darauf reagiert?</i> <i>Sind das aus Ihrer Sicht Fälle einer Behandlungsverweigerung?</i>
3.2 Es gibt inzwischen auch mobile Zahnarztpraxen – könnten Sie sich vorstellen, dass dort auch eine Behandlung gegen den Willen durchgeführt wird?	<i>Warum ja?</i> <i>Warum nein?</i> <i>Wie kann man sich die Abläufe vorstellen?</i>

4. Abschnitt: Heimliche/verdeckte Medikamentengabe

Wir würden gerne noch ein weiteres Thema ansprechen, dass in diesem Rahmen auch diskutiert wird: die heimliche Gabe bzw. verdeckte Gabe von Medikamenten. Heimlich oder verdeckt meint hier in erster Linie: Um einen Widerstand zu umgehen, also, wenn man mit einer Ablehnung von Medikamenten rechnet: Und dann wird ein heimlich aufgelöst z.B. in den Apfelsaft.

4.1 Ist die heimliche/verdeckte Medikamentengabe nach Ihrer Einschätzung ein Vorgehen, das in der Praxis stattfindet?	<i>Wenn ja: in welchen Fällen und in welcher Form?</i>
---	--

	<i>Wie bewerten Sie dieses Vorgehen?</i>
4.2 Ist die heimliche/verdeckte Medikamentengabe nach Ihrer Einschätzung in bestimmten Fällen ein gangbarer Weg?	<i>Wenn ja: in welchen Fällen und in welcher Form?</i> <i>Wenn nein: warum nicht?</i>

5. Abschluss

5.1 Möchte jemand noch etwas hinzufügen?	
--	--

-Ende Tonaufnahme-

Dank für Teilnahme und Hinweis auf Kontaktmöglichkeiten