

Rechtsgrundlagen stationärer psychiatrischer Behandlungen

Dr. Jan Dreher



Bild: Justitia, By Wikifrits, via Wikimedia Commons

Stand: 06.08.2018

*Die Darstellungen des PKG's beziehen sich nur auf das PKG in NRW.
Dieser Text ersetzt keine Juristische Einschätzung im Einzelfall!*

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	109
Überblick	110
Freiwilligkeit	112
Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht	115
Betreuung	118
PsychKG NRW	125
Rechtfertigender Notstand	133
Maßregelvollzug	136

Überblick

	Herr des Verfahrens	Geschlossene Station	Fixierung	Zwangsmedikation	Depotmedikation zwangsweise
Freiwillig	Patient	Ja	Ja	Nein	Nein
Betreuung	Betreuer	Ja Betreuer Richter	Ja Bei >24 h oder regelmäßig: Richter	Ja Betreuer Gutachten Richter (Attest / Gutachtenverfahren)	Ja Betreuer Gutachten Richter (Attest / Gutachtenverfahren)
PsychKG NRW	Arzt Richter	Ja Richter	Ja Bei >30 min oder regelmäßig: Richter	Ja Richter (Bei akuter Gefahr vor richterl. Genehmigung)	Ja Richter
MRVG	Strafvollstreckungskammer	Ja	Ja	Nein außer wenn konkrete Gefahr für Leib oder Leben nicht anders abwehrbar ist.	Nein
Rechtfertigender Notstand	Arzt	Ja	Ja	Ja	Nein

Sicherheit im Umgang mit den juristischen Rahmenbedingungen ist für alle in der Psychiatrie Tätigen eine unabdingbare Voraussetzung für angemessenes Handeln. Dieses Kapitel soll Ihnen praxisnah das wichtigste Wissen vermitteln. Der Abschnitt über das PsychKG bezieht sich ausschließlich auf das PsychKG NRW.

Die Darstellungen in diesem Artikel dienen der Orientierung und Ausbildung. Sie beanspruchen keine Rechtsgültigkeit im Einzelfall. In jedem tatsächlichen Einzelfall bleibt es Aufgabe der behandelnden Ärzte, die Rechtslage eindeutig zu klären. In den folgenden Abschnitten

wird für die verschiedenen Rechtsgrundlagen erklärt, welche Maßnahmen möglich sind, wie diese beantragt werden, unter welchen Umständen sie durchgeführt werden können, wie sie dokumentiert werden müssen und was genau zu beachten ist. In Fallbeispielen werden typische Situationen dargestellt, die helfen sollen, das theoretische Wissen praktisch zu vertiefen und häufig auftretende Fragen zu klären.

Freiwilligkeit

Der überwiegende Teil der Patienten auch auf geschlossenen Stationen wird auf freiwilliger Rechtsgrundlage behandelt. In einigen Fällen werden auch auf dieser Rechtsgrundlage Fixierungen durchgeführt.

Freiwilligkeitserklärung

Die Behandlung auf einer geschlossenen Station auf freiwilliger Rechtsgrundlage erfolgt in aller Regel dadurch, dass der geschäftsfähige Patient eine Freiwilligkeitserklärung unterschreibt. Auf dieser steht auch, dass er diese Freiwilligkeitserklärung jederzeit wieder zurückziehen kann.

Konkludentes Verhalten

Manche Patienten sind aus unterschiedlichen Gründen nicht bereit, mit ihrem Namen eine Freiwilligkeitserklärung zu unterschreiben, sind aber dennoch offenkundig bereit, freiwillig auf der geschützten Station behandelt zu werden. Dies zeigen sie auch durch ihr Verhalten, indem sie also nicht darum bitten, gehen zu dürfen, nicht an der Türe rütteln und im besten Fall auf Nachfragen sagen, dass sie freiwillig auf der Station sind. Abstrakt formuliert unternehmen sie keine verbalen oder motorischen Handlungen, die darauf schließen lassen, dass sie die Station verlassen wollen.

Sie zeigen also durch *konkludentes* (=schlüssiges) Verhalten, dass sie freiwillig in Behandlung sind. Dies ist auch in Ordnung, muss aber besonders ausführlich dokumentiert werden. Es muss immer mal wieder in der Dokumentation beschrieben werden, aus welchen Handlungen und Äußerungen wir ableiten, dass der Patient durch konkludentes Verhalten zeigt, dass er freiwillig ist und es sollte etwas dazu stehen, warum er die normale Freiwilligkeitserklärung nicht unterschreibt.

Fallbeispiel Freiwilligkeit durch Konkludentes Verhalten

Der 48-jährige Herr Meier leidet schon seit seiner Jugend an einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie. Etwa alle zwei Jahre kommt er in Krisen auf die geschlossene Station zur Behandlung. Aktuell stellt er sich vor und berichtet, er suche auf der Station Schutz und Zuflucht vor seinen Verfolgern, den Agenten des FBI. Diese höre und sehe er mehrfach täglich. Er nehme gerne wieder das Risperdal, dass er vor einigen Wochen abgesetzt habe. Ausgang wolle er nicht, er befürchte, dass in den Straßen der Stadt FBI-Agenten patrouillierten, die ihn suchten. Eine schriftliche Erklärung könne er nicht unterschreiben, weil er glaube, dass das FBI unsere Dokumentation überwache und durch seine Unterschrift seinen Aufenthaltsort erfahren könne. Dies müsse er vermeiden, um unentdeckt zu bleiben.

Die Behandlung von Hrn. Meier auf freiwilliger Rechtsgrundlage ist in diesem Fall auch ohne von ihm unterzeichnete Freiwilligkeitserklärung rechtsgültig. Die beson-

deren Umstände müssen allerdings so wie oben beschrieben in der Dokumentation dargestellt werden. Sobald Herr Meier eine Freiwilligkeitserklärung abzugeben bereit ist, muss dies nachgeholt werden.

Fixierungen auf freiwilliger Rechtsgrundlage

Es gibt kein Gesetz, dass Fixierungen auf freiwilliger Rechtsgrundlage verbietet, diese sind also erlaubt. Allerdings darf man sich fragen, in welchen Situationen ein Mensch zwar geschäftsfähig ist (was eine Voraussetzung für eine freiwillige Behandlung ist), aber zugleich so steuerungsunfähig, dass eine Fixierung erforderlich ist. Diese etwas merkwürdig anmutende Kombination (geschäftsfähig aber steuerungsunfähig) ist bei Fremdaggressivität typischerweise nicht gegeben. Patienten, die aufgrund von Fremdaggressivität fixiert werden müssen, kommen in aller Regel für eine PsychKG-Unterbringung in Betracht. Aber beim Krankheitsbild der Borderline-Störung gibt es erfahrungsgemäß immer mal wieder Situationen, in denen Patienten für eine kurze Zeit um eine Fixierung auf freiwilliger Rechtsgrundlage bitten, und diese auch indiziert ist.

Es ist ratsam, die Freiwilligkeit der Fixierung auch dadurch zu dokumentieren, dass der Patient selbst auf dem Fixierungsbogen unterschreibt, dass er sich freiwillig fixieren läßt.

Fallbeispiel Fixierung auf freiwilliger Rechtsgrundlage

Die 28-jährige Frau Bauer leidet seit ihrer späten Jugend unter einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Sie befindet sich in ambulanter Psychotherapie und nimmt an einer ambulanten DBT-Gruppe teil. In einer jüngst aktualisierten Patientenverfugung hat sie angegeben, dass sie bei besonders starken Anspannungszuständen mit erheblichem Schneidedruck und Suizidimpulsen fixiert werden wolle. Festhalte-techniken durch Personal lehnt sie aufgrund von negativen Erfahrungen in der Kindheit für sich ab. Etwa einmal im Jahr kommt sie zu Kriseninterventionen auf freiwilliger Rechtsgrundlage für wenige Tage auf eine geschützte Station. In Anspannungssituationen wendet sie einige Skills an, zum Beispiel intensiven Sport, Chili-Schoten essen, Kühlpacks und sedierende Bedarfsmedikamente. Früher hat sie sich oft geritzt, was sie nun nicht mehr machen möchte.

Während einer Krisenintervention auf der geschlossenen Station erfährt sie telefonisch von ihrem Partner, dass dieser sich von ihr trennen will. Sie entwickelt einen hohen Anspannungszustand, empfindet einen hohen Schneidedruck und Suizidimpulse. Sie gibt an, dass Sport oder Bedarfsmedikamente ihr nun nicht schnell genug helfen würden. Festhaltetechniken durch Personal oder eine 1:1 Betreuung ohne Fixierung lehnt sie ab. Sie bittet darum, 2,5 mg Tavor expidet einnehmen zu dürfen und für eine kurze Zeit fixiert zu werden. Die Fixierung erfolgt auf freiwilliger Rechtsgrundlage, die Patientin unterschreibt dies auch nach einem Gespräch mit dem behandelnden Arzt auf dem Anordnungsbogen der Fixierung. Nach 30 Minuten wirkt das Tavor expidet, die Anspannung wird geringer und sie wird defixiert.

Die Fixierung auf freiwilliger Rechtsgrundlage ist rechtlich in Ordnung, sie verstößt gegen kein Gesetz und darf so durchgeführt werden. Es besteht Konsens, dass jede Behandlungsalternative, die ohne Fixierung auskommt und zu einem ebenso guten Schutz führt, zu bevorzugen ist. Aber das Selbstbestimmungsrecht der Patientin wird in diesem Fall zumindest nicht durch ein Gesetz, dass eine freiwillige Fixierung verböte, eingeschränkt.

Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht

Zwischen dem voll geschäftsfähigen Patienten und einer gesetzlichen Betreuung liegen noch mehrere Möglichkeiten, juristische Sicherheit für medizinische Maßnahmen sicher zu stellen. Die Begriffe gehen manchmal etwas durcheinander, im Prinzip ist es aber ganz einfach. Gehen wir die verschiedenen Instrumente der Reihe nach durch:

Patientenverfügung und Behandlungsvereinbarung

In einer **Patientenverfügung** legt der geschäftsfähige Patient fest, was im Falle der Notwendigkeit einer bestimmten medizinischen Behandlung passieren soll. Im Gegensatz zur Vorsorgevollmacht überträgt der Patient die Entscheidungsberechtigung nicht auf eine andere Person. Er selbst legt die Behandlungswünsche im geschäftsfähigen Zustand fest und diese Festlegung gilt dann im Krankheitsfalle innerhalb bestimmter Grenzen fort.

So kann man beispielsweise erklären, welche Medikamente man beim Auftreten der nächsten Erkrankungsepisode erhalten möchte, was man ablehnt und welche weiteren Absprachen man gerne treffen möchte. Innerhalb psychiatrischer Kliniken heißen diese Absprachen zwischen einem Patienten und der Klinik **Behandlungsvereinbarungen**.

Behandlungsvereinbarungen und Patientenverfügungen haben ihre Grenzen. So kann man beispielsweise nicht vereinbaren, dass keine Behandlung per PsychKG stattfinden wird. Liegen die Voraussetzungen einer PsychKG-Unterbringung vor, dann muss diese auch durchgeführt werden, wenn der Patient zuvor in einer Patientenverfügung bestimmt hat, er werde sich nicht stationär behandeln lassen. Allerdings kann die Patientenverfügung auch in diesem Fall helfen, beispielsweise, wenn der Patient zuvor festgelegt hat, welches Neuroleptikum er noch am ehesten erhalten möchte. Dann wäre dieser Verfügung auch nachzukommen, wenn das durch die PsychKG-Behandlung angestrebte Ziel damit erreichbar ist.

Bei Behandlungen auf freiwilliger Rechtsgrundlage ist der in einer Patientenverfügung oder Behandlungsvereinbarung festgelegte Wille bindend, es sei denn, der Patient widerruft ihn.

Betreuungsverfügung

In einer Betreuungsverfügung legt der geschäftsfähige Patient fest, wer zum Betreuer ernannt werden soll, wenn der Fall eintritt, dass das Gericht eine gesetzliche Betreuung einrichten muss. Darüber hinaus ist es möglich, bestimmte Rahmenbedingungen festzulegen, nach denen sich eine spätere Betreuung richten soll, etwa, ob man akzeptiert, in einem Al-

tenheim gepflegt zu werden oder lieber nach aller Möglichkeit zu Hause gepflegt werden möchte. Das Gericht soll in erster Linie die in der Betreuungsverfügung genannte Person als Betreuer benennen. Die Benennung kann für unterschiedliche Aufgabenkreise getrennt erfolgen. Der zukünftige Betreuer und das Gericht sind gehalten, auch die weiteren Festlegungen nach Möglichkeit einzuhalten. Sollte dies im Einzelfall nicht möglich sein, ist es erforderlich, diese Unmöglichkeit besonders zu begründen. Im Zweifel wird das Betreuungsgericht dann prüfen, ob es dieser Argumentation folgt oder nicht.

Damit die Betreuungsgerichte wissen, ob eine Betreuungsverfügung vorliegt, gibt es das Zentrale Vorsorgeregister (<http://www.vorsorgeregister.de>). Privatpersonen erhalten dort keine Auskunft über das Vorliegen einer Betreuungsverfügung. Die zuständigen Amtsgerichte erhalten aber die Information, ob eine Betreuungsverfügung oder eine Vorsorgevollmacht eingerichtet ist und auf wen sie ausgestellt ist.

Vorsorgevollmacht

Für den Fall, dass man seine Angelegenheiten krankheitsbedingt in der Zukunft einmal nicht mehr selbst erledigen kann, aber keine vom Gericht eingerichtete Betreuung haben möchte, kann man zuvor im geschäftsfähigen Zustand eine Vorsorgevollmacht einrichten. In dieser kann man einer anderen Person die Rechte übertragen, bestimmte Entscheidungen für einen zu treffen, insbesondere Einsicht in die Behandlungsunterlagen zu nehmen, medizinischen Maßnahmen zuzustimmen oder diese abzulehnen, Verträge abzuschließen oder zu kündigen, Bankgeschäfte zu erledigen und vieles anderes mehr.

Häufig bestimmen Eltern eines oder mehrere ihrer Kinder zu Vorsorgebevollmächtigten für den Fall, dass bei den Eltern eine Demenz eintritt oder eine andere schwere Krankheit, die es dem Elternteil unmöglich macht, seine Dinge selbst zu regeln. Das bevollmächtigte Kind kann dann die Krankenunterlagen einsehen, Entscheidungen zu Operationen, der Behandlung auf einer Intensivstation treffen, einer geschlossenen Unterbringung zustimmen, den Mietvertrag kündigen und einen Vertrag in einem Altenheim unterzeichnen. Allerdings dürfen alle diese Entscheidungen nur dann vom Bevollmächtigten rechtswirksam getroffen werden, wenn die Situation und die Art der Entscheidung explizit und konkret in der Vorsorgevollmacht schriftlich geregelt ist. So reicht es nicht, dass dort steht: *„Im Falle einer Erkrankung darf mein Sohn alle Entscheidungen für mich treffen“*. Vielmehr müsste dort beschrieben werden, bei welcher Art von Erkrankungen genau über welche Dinge der Sohn entscheiden darf. Insbesondere Operationen, die Unterbringung auf einer geschlossenen Station, die Beendigung oder Nicht-Durchführung bestimmter Therapien müssen möglichst konkret aufgeführt werden.

Wenn die Vorsorgevollmacht ausreichend konkret beschrieben ist, erhält der Bevollmächtigte dieselben Befugnisse wie ein gesetzlich eingerichteter Betreuer. Allerdings auch nicht mehr. In allen Fällen, in denen ein Richter eine Anordnung eines Betreuers bestätigen muss, zum Beispiel bei der Unterbringung auf einer geschlossenen Station, muss der Richter diesen Willen auch bestätigen, wenn der Bevollmächtigte ihn ausgesprochen hat.

Merke: Die Unterbringung auf einer geschlossenen Station sowie die Zwangsmedikation können von einem Bevollmächtigten bei Gericht beantragt werden, wenn diese Punkte explizit in der Bevollmächtigung aufgeführt sind, sie bedürfen aber ebenso wie im Betreuungsverfahren der richterlichen Genehmigung.

Das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz stellt schon seit vielen Jahren sehr gute Informationen und auch für die Praxis empfehlenswerte Muster-Vorsorgevollmachten zur Verfügung. Online findet man sie hier: http://www.bmjb.de/DE/Themen/VorsorgeUnd-Patientenrechte/Betreuungsrecht/Betreuungsrecht_node.html

Betreuung

Gesetzestext und Erläuterung

Den Gesetzestext zur Betreuung finden Sie hier: <https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/BJNR001950896.html#BJNR001950896BJNG017103377>

Die betreuungsrechtliche Unterbringung ist in §1906 geregelt: https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/___1906.html. Dieser Abschnitt lautet:

Bürgerliches Gesetzbuch (BGB):

§ 1906 Genehmigung des Betreuungsgerichts bei der Unterbringung

1. Eine Unterbringung des Betreuten durch den Betreuer, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, ist nur zulässig, solange sie zum Wohl des Betreuten erforderlich ist, weil
 1. auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung des Betreuten die Gefahr besteht, dass er sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt, oder
 2. zur Abwendung eines drohenden erheblichen gesundheitlichen Schadens eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig ist, ohne die Unterbringung des Betreuten nicht durchgeführt werden kann und der Betreute auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann.
2. Die Unterbringung ist nur mit Genehmigung des Betreuungsgerichts zulässig. Ohne die Genehmigung ist die Unterbringung nur zulässig, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist; die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen. Der Betreuer hat die Unterbringung zu beenden, wenn ihre Voraussetzungen wegfallen. Er hat die Beendigung der Unterbringung dem Betreuungsgericht anzuzeigen.
3. Widerspricht eine ärztliche Maßnahme nach Absatz 1 Nummer 2 dem natürlichen Willen des Betreuten (ärztliche Zwangsmaßnahme), so kann der Betreuer in sie nur einwilligen, wenn
 1. der Betreute auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann,
 2. zuvor versucht wurde, den Betreuten von der Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme zu überzeugen,
 3. die ärztliche Zwangsmaßnahme im Rahmen der Unterbringung nach Absatz 1 zum Wohl des Betreuten erforderlich ist, um einen drohenden erheblichen gesundheitlichen Schaden abzuwenden,

4. der erhebliche gesundheitliche Schaden durch keine andere dem Betreuten zuzumutbare Maßnahme abgewendet werden kann und
5. der zu erwartende Nutzen der ärztlichen Zwangsmaßnahme die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegt.

Unterbringung auf einer geschlossenen Station per BtG

Herr des Verfahrens ist im Betreuungsrecht stets der Betreuer. Der Arzt ist eine Hilfsperson, der die Indikation und Angemessenheit einer Maßnahme prüft und ein Attest oder Gutachten schreibt. Das Gericht bewilligt den Antrag des Betreuers oder lehnt ihn ab.

Beantragung der Unterbringung auf einer geschlossenen Station per BtG

Die Unterbringung auf einer geschlossenen Station wird vom Betreuer beim Gericht beantragt. Der Betreuer muss dem Antrag ein ärztliches Attest beifügen. Der Arzt muss den Patienten in der Regel unlängst untersucht haben und dazu Stellung nehmen, welche Situation vorliegt, wie diese diagnostisch einzuschätzen ist, ob eine akute Eigengefährdung vorliegt und ob eine Behandlung im Krankenhaus geeignet sein kann, die Gefährdung zu reduzieren. Die genauen Voraussetzungen ergeben sich aus dem oben abgedruckten Gesetzestext.

Es gibt drei typische Konstellationen:

- Im einfachen, aber selteneren Fall wird zuerst das Gericht den Betreuungsunterbringungsbeschluss erteilen, und erst danach erfolgt die Aufnahme des Patienten auf die Station.
- Häufiger ist, dass der Patient in einer akuten Krise auf die geschützte Station aufgenommen wird. Im Idealfall kommt dann der Betreuer auf die Station und stellt von hier aus einen Antrag auf Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus. Der Arzt füllt das Attest aus, und beide Dokumente gehen gemeinsam ans Gericht. Ab diesem Zeitpunkt gilt als Rechtsgrundlage der Unterbringung das Betreuungsrecht.
- Ist der Betreuer nicht persönlich vor Ort, kann die Absprache zwischen Arzt und Betreuer auch telefonisch erfolgen. Wenn der Betreuer versichert, er faxt sofort einen Antrag auf Unterbringung ans Gericht und der Arzt faxt ebenfalls sofort das hierfür erforderliche ärztliche Attest ans Gericht, gilt ab Aufnahme des Patienten als Rechtsgrundlage der Behandlung das BtG.

Der Betreuungsrichter muss den Patienten in jedem Fall persönlich anhören. Manchmal erfolgt dies schon vor der Aufnahme entweder im Amtsgericht oder beim Patienten zu Hause. Meistens erfolgt die Anhörung innerhalb von 5-7 Tagen nach Aufnahme auf der Station.

Beantragung der Verlängerung der Unterbringung auf einer geschlossenen Station

Der Unterbringungsbeschluss muss ggf. nach 6 Wochen erneuert werden, hierfür ist ein neues ärztliches Attest und eine neue Anhörung des Patienten durch das Gericht erforderlich.

Sollte eine zweite Verlängerung notwendig sein, sollte man das Gericht 2-3 Wochen vor Ablauf der zweiten Frist hierüber informieren, da das Gericht im Regelfall versuchen wird, ein Gutachten von einem externen Arzt einzuholen.

Fixierungen per BtG

Fixierungen sind im Rahmen von BtG Unterbringungen möglich. Sie müssen im Einvernehmen mit dem Betreuer erfolgen, dieser muss also möglichst schon zu Beginn der Behandlung seine Einstellung zu einer möglicherweise erforderlich werdenden Fixierung geben. Kommt es zur Fixierung, ist der Betreuer umgehend (das heißt werktags tagsüber sofort, sonst am nächsten Werktag) telefonisch zu informieren. In besonderen Fällen kann auch eine Information außerhalb der regulären Arbeitszeiten sinnvoll sein.

Zwangsmedikation per BtG

Herr des Verfahrens und Herr der Beantragung der Zwangsmedikation ist der Betreuer. Der Betreuer beantragt beim Gericht die Zwangsmedikation.

Seit dem 25.2.2013 unterliegt die Zwangsmedikation per BtG dem Richtervorbehalt.

Die Vorgehensweise ist konkret geregelt:

- Die Maßnahme darf nur „zur Abwendung eines erheblichen gesundheitlichen Schadens“ durchgeführt werden.
- Ein Arzt, der nicht direkt an der Behandlung des Betroffenen beteiligt ist, prüft die Notwendigkeit der Zwangsmedikation und stellt fest, dass keine andere zumutbare Behandlungsform zur Verfügung steht, die den sonst drohenden erheblichen gesundheitlichen Schaden abwenden kann.
- Das Betreuungsgericht muss die Maßnahme explizit anordnen. Im Beschluss müssen Angaben zum Präparat, der Dosis, der Applikationsform, des Vergabeintervalls, der Höchstdosis und nach Möglichkeit auch von medikamentösen Behandlungsalternativen explizit genannt werden.
- Die Anordnung einer Zwangsmedikation darf zunächst nur für zwei Wochen getroffen werden. Sollte sie länger erforderlich sein, muss das Betreuungsgericht die Anordnung verlängern. Die richterliche Anordnung darf nicht länger als 6 Wochen betragen. Sollte danach eine Zwangsmedikation weiterhin erforderlich sein, muss eine weitere richterliche Anordnung erfolgen.

In der Praxis gibt es zwei mögliche Wege, mit denen eine Zwangsbehandlung per BtG beantragt werden kann. Der erste Weg, das „**Gutachtenverfahren**“, soll der Regelfall sei. Der zweite Weg, das „**Attestverfahren**“, soll die Ausnahme darstellen.

Das Gutachtenverfahren zur Zwangsmedikation per BtG

1. Zunächst wird der Patient per Betreuungsunterbringungsbeschluss auf einer geschlossenen Station untergebracht. In diesem Rahmen erfolgt auch eine richterliche Anhörung

durch den Betreuungsrichter. Diese erfolgt zunächst ausschließlich zur Klärung der Frage der Unterbringung auf der geschlossenen Station.

2. Dann erfolgt ein Überzeugungsversuch, um den Patienten zu überzeugen, die Medikation freiwillig einzunehmen. Dieser Überzeugungsversuch soll in der Regel etwa 3-14 Tage andauern. Bei gut bekannten Patienten kann dieser Überzeugungsversuch auch einmal nur einen Tag andauern. In anderen Fällen ist es auch vorstellbar, dass der Überzeugungsversuch länger als 14 Tage dauert.
3. Bei erfolglosem Überzeugungsversuch kann entweder am Ende der Zeit des Überzeugungsversuches oder im parallelen Vorgehen schon ab Beginn des Überzeugungsversuches mit dem Betreuer ein Einvernehmen hergestellt werden, dass eine Zwangsbehandlung erforderlich ist oder voraussichtlich erforderlich werden wird.
4. Der Betreuer beantragt dann bei Gericht eine Zwangsmedikation. In diesem Antrag nennt er ein Präparat und eine Tageshöchstdosis, die er zuvor mit dem Arzt abgesprochen hat. Zur Unterstützung seines Antrages wird er in der Regel ein ärztliches Attest des behandelnden Arztes beifügen. In diesem Attest soll der behandelnde Arzt eine Medikation einschließlich Substanzname, Höchstdosis, Applikationsform und Vergabeintervall vorschlagen. Er soll auch eine Ausweichmedikation im Falle der Unverträglichkeit der erstgenannten Medikation vorschlagen. Schließlich soll er eine Akutmedikation für krisenhafte Situationen vorschlagen. Auch diese muss mit Präparat, Tageshöchstdosis und Applikationsform konkret benannt sein.
5. Der Betreuungsrichter beauftragt einen „unabhängigen“ Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie mit der Erstellung eines Gutachtens. Da der Arzt „unabhängig“ sein soll, kann es nicht der für die behandelnde Station zuständige Oberarzt sein.
6. Der Gutachter sucht den Patienten auf der Station auf und untersucht ihn. Er erstellt - nach Möglichkeit innerhalb von zwei Wochen - ein Gutachten, dass zu folgenden Punkten explizit Stellung nehmen muss:
 - Diagnose
 - Schaden, wenn keine Behandlung erfolgt
 - Erwarteter Nutzen in Abwägung zu den Nachteilen
 - Darstellung des Überzeugungsversuches
 - Präzise Angabe von Präparat und Tageshöchstdosis
7. Das Gericht entscheidet dann in einer zweiten Anhörung über die Zwangsmedikation. Im Beschluss werden der Name des für die Zwangsbehandlung verantwortlichen Arztes, die zu verabreichende Medikation mit Substanzname, Applikationsart, Tageshöchstdosis und der maximale Behandlungszeitraum festgelegt.
8. Ab der mündlichen Verkündung des Beschlusses in der Anhörung durch den Betreuungsrichter kann die Zwangsmedikation durchgeführt werden.

9. Sollte sich eine Medikamentenunverträglichkeit oder eine unzureichende Wirkung ergeben, so ist Rücksprache mit dem Betreuer zu halten. Mit diesem ist ein anderes Präparat zu vereinbaren. Die geänderte Medikation muss das Gericht anordnen.
10. Sollte der vom Gerichtsbeschluss genannte Zeitrahmen für die medikamentöse Zwangsbehandlung nicht ausreichend sein, so ist mit dem Gericht Kontakt aufzunehmen, ob im Rahmen eines Attestes oder eines Gutachtens eine Verlängerungen des Zeitraumes zu beantragen ist.

Das Attestverfahren zur Zwangsmedikation per BtG

In besonders dringlichen Fällen, die im PKG der Regelfall sind, im BtG jedoch der Ausnahmefall sein sollen, kann auch im Rahmen eines „Attestverfahrens“ eine Zwangsmedikation per BtG eingeleitet werden. Bei gegebener Dringlichkeit kann das Gericht allein aufgrund eines ärztlichen Attestes, das die Fragen, die üblicherweise im Gutachten beantwortet werden (siehe oben) in einem Attest beantwortet, bei der initialen Anhörung, die sonst nur der Unterbringung dient, eine Zwangsmedikation genehmigen. Diese Genehmigung kann für maximal 2 Wochen ausgesprochen werden. Das Attest muss zumindest von einem Facharzt für Psychiatrie unterschrieben werden, der nicht an der Behandlung beteiligt ist, zum Beispiel von einem zweiten Oberarzt.

Die so bewilligten 2 Wochen sollen genutzt werden, um auf das „Gutachtenverfahren“ umzusteigen. Sollte angenommen werden, dass 2 Wochen ausreichend sind und das Gutachtenverfahren nicht begonnen werden, kann nach 2 Wochen ein erneutes Attest zu einer Verlängerung der Behandlungszeit um 2 Wochen führen, danach ist noch einmal eine Verlängerung im Rahmen eines Attestes um 2 Wochen möglich.

Nach insgesamt 6 Wochen ist das Attestverfahren nicht mehr möglich, spätestens dann muss das Gericht ein externes Gutachten beauftragen.

Für Zwangsmedikationen, die länger als 12 Wochen dauern, ist ein externer Gutachter erforderlich; dieser darf nicht in der Einrichtung arbeiten, in der die Zwangsbehandlung durchgeführt wird.

Zwangsmedikation mit einem Depot-Präparat per BtG

Depot-Medikationen sind im Rahmen der Betreuungsunterbringung möglich und sind die Regel. Da das Gericht ordnet eine spezifische Substanz einschließlich Höchstdosis, Applikationsform und Vergabeintervall an. Wenn ein Neuroleptikum beantragt wird, empfiehlt es sich, ein zweites Neuroleptikum als Ausweichpräparat sowie Akineton im Bedarf mit zu beantragen.

Beispiel einer Beantragung einer Zwangsmedikation per BtG im Attestverfahren

Herr Mustermann befindet sich seit dem 1.1.2018 per Betreuungsbeschluss (Aktenzeichen 54 XVII 33422) auf unserer geschützten Station Anna. Die Unterbringung ist bis zum 12.2.2018 genehmigt.

Aktuelle Situation

Der 54-jährige Patient berichtet, er werde vom Geheimdienst abgehört und verfolgt. Agenten wollten ihn vergiften. Er esse daher nur noch sehr wenig, trinke kaum noch etwas.

Relevante Anamnese:

Seit mehr als 20 Jahren besteht eine zunehmend chronifizierte Schizophrenie. Unter Behandlung mit Risperidon-Depot zeigte sich jeweils eine deutliche Stabilisierung. In diesen Phasen kann der Patient mit betreutem Wohnen in seiner eigenen Wohnung wohnen.

Aktuelle Diagnose

Exazerbation einer chronifizierte Schizophrenie (ICD-10: F20.0).

Schaden, wenn keine Behandlung erfolgt

Der Patient isst gegenwärtig nur vereinzelt eine Scheibe Brot, trinkt nur wenige Becher Wasser pro Tag. In den letzten Tagen konnte man ihn kaum noch motivieren, etwas zu trinken; er gab jedes mal an, er befürchte, vergiftet zu werden. Seit zwei Tagen zeigen sich trockene Lippen und trockene Schleimhäute. Wenn keine Behandlung erfolgt, droht eine erheblich körperliche Schädigung durch Exsikkose bis hin zum Tod durch Verdursten.

Erwarteter Nutzen in Abwägung zu den Nachteilen

Unter einer zwangsweisen Medikation mit einem Neuroleptikum sowie der zwangsweisen Verabreichung von Flüssigkeit kann akute psychotische Symptomatik wieder abklingen. Eine ambulante Behandlung auf freiwilliger Rechtsgrundlage kann dann wieder möglich werden. Dieser Nutzen einer Zwangsmedikation übersteigt den möglichen Schaden bei weitem. Als mögliche Schäden sind insbesondere die Nebenwirkungen der vorgeschlagenen Neuroleptika zu nennen, namentlich EPMS und Müdigkeit.

Darstellung des Überzeugungsversuches

In den letzten 10 Tagen erfolgten täglich mindestens 6 Überzeugungsversuche, Wasser zu trinken und täglich mindestens ein vom behandelnden Arzt durchgeführter Überzeugungsversuch, ein Neuroleptikum einzunehmen. In der Patientendokumentation sind die jüngsten ärztlichen Überzeugungsversuche dokumentiert am 3.1.18 um 10:00, am 4.1.18 um 13:00, am 5.1.18 um 08:00 sowie am 6.1.18 zusammen mit der Tochter des Patienten um 14:30. Alle Überzeugungsversuche waren vergeblich.

Angabe von Präparat und Tageshöchstdosis

Wir beantragen daher die Gabe von

- *Risperdal Consta, max 50 mg alle 14 Tage intramuskulär (Neuroleptikum)*
- *alternativ ZypAdhera maximal 300 mg alle 14 Tage intramuskulär (Neuroleptikum)*
- *Akineton max 5 mg intravenös, maximal zwei mal täglich (Medikament gegen mögliche Nebenwirkungen des Neuroleptikums)*
- *Clexane. 40 mg subcutan einmal täglich (Thromboseprophylaxe)*
- *NaCl-Infusionslösung, maximal 2000 ml pro Tag intravenös (Flüssigkeitssubstitution)*

Die Zwangsmedikation wird für zunächst zwei Wochen beantragt.

Unterschriften

Dr. A

Dr. B

Dr. C

(Oberarzt der Station) (OA einer anderen Station) (Assistenzarzt der Station)

PsychKG NRW

Seit dem 1.1.2017 gilt in NRW das neue PsychKG. Es stärkt die Rechte der Betroffenen, unter anderem durch die Einführung des Richtervorbehaltes für die Zwangsmedikation.

Begriffsklärung: Was bedeutet eigentlich „Richtervorbehalt“?

Die Freiheitsentziehung an sich muss ja sowohl beim PsychKG als auch beim BtG ein Richter anordnen. In der Vergangenheit durfte bei bestehender Unterbringung - sowohl nach PsychKG als auch nach BtG dann aber der Arzt im Wesentlichen entscheiden, wie die Behandlung nun konkret weitergeht, insbesondere durfte er ohne weitere Genehmigung durch das Gericht eine Zwangsmedikation durchführen.

Mit der Reform des BtG vor einigen Jahren kam dann ein neuer Aspekt dazu: Die Zwangsmedikation nach BtG unterliegt seither dem Richtervorbehalt. Das bedeutet, dass der Richter in zwei separaten Entscheidungen zunächst über die Unterbringung entscheidet und danach gegebenenfalls, wenn die Voraussetzungen vorliegen, nach einem festgelegten Vorgehen, in diesem Fall nach einem externen Gutachten, eine Entscheidung über die Zwangsmedikation trifft. Der Umstand, dass der Richter explizit durch eine Anordnung zustimmen muss, heißt Richtervorbehalt.

Seit dem 1.1.2017 gilt in NRW auch bei Zwangsmedikationen und bei längeren oder wiederholten Fixierungen per PsychKG der Richtervorbehalt.

Unterbringung nach dem Psych KG

Gesetzestext und Erläuterung

Die aktuelle Fassung des PsychKG NRW finden Sie hier:

https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_text_anzeigen?v_id=100000000000000000086

Einige wesentliche Neuerungen des Psych KG seit dem 1.1.2017

Das neue Psych KG NRW stärkt die Selbstbestimmung und den Schutz der Betroffenen und formuliert sehr viel konkreter und auch restriktiver als die frühere Version, wann Zwangsmaßnahmen möglich sind und wer diese unter welchen Umständen wie beantragen, genehmigen und durchführen darf. Eine wesentliche Änderung dabei ist, dass eine Zwangsmedikation in der Regel nun dem Richtervorbehalt unterliegt; das war früher nicht so. Weiterhin ist es aber auch mit dem reformierten PsychKG NRW möglich, bei Lebensgefahr oder erheblicher Gefahren für die Gesundheit der untergebrachten Person oder Dritter im Rahmen der Unterbringung, eine Zwangsbehandlung durchzuführen.

- Die Zwangsmedikation unterliegt nun dem Richtervorbehalt. Nach dem neuen PsychKG muss im Regelfall zunächst das Einverständnis des zuständigen Gerichtes eingeholt werden. Das bedeutet, der Arzt begründet mit einem Ärztlichen Attest, warum die Zwangsmedikation im Rahmen der gesetzlichen Regelungen erforderlich und geboten ist. Der Richter entscheidet, und im Regelfall ist erst dann eine Zwangsmedikation möglich.
- Vor einer Zwangsmedikation müssen ein Überzeugungsversuch und eine Information erfolgen. Der Patient muss im Regelfall Zeit haben, einen Rechtsbeistand zu konsultieren.
- Wenn die Situation es nicht zulässt, zunächst den Richter zu erreichen, namentlich bei Lebensgefahr oder bei gefährlicher Gewalt, ist es ausnahmsweise auch möglich, die akut erforderliche Behandlung sofort durchzuführen, und danach das Gericht zu informieren.
- Fixierungen, die länger als 24 Stunden dauern oder solche, die mutmaßlich wiederholt erforderlich sein werden, stehen nun ebenfalls unter Richtervorbehalt.
- Das professionelle „Festhalten“ wird als alternative Zwangsmaßnahme zur Fixierung explizit geregelt.
- „Offene Formen der Unterbringung“, also im Wesentlichen die Behandlung per PsychKG auf einer offenen Station, sind nun explizit erlaubt und sollen sogar bevorzugt zum Einsatz kommen, wo dies möglich ist.
- Das Recht, ein Handy mit Internetzugang weiter zu nutzen (aber natürlich keine Fotos oder Videos von anderen Patienten zu machen oder zu posten) wird nun explizit festgeschrieben.

Im § 11 „Voraussetzungen der Unterbringung“ heißt es:

(1) 1 Die Unterbringung Betroffener ist nur zulässig, wenn und solange durch deren krankheitsbedingtes Verhalten gegenwärtig eine erhebliche Selbstgefährdung oder eine erhebliche Gefährdung bedeutender Rechtsgüter anderer besteht, die nicht anders abgewendet werden kann. 2 Die fehlende Bereitschaft, sich behandeln zu lassen, rechtfertigt allein keine Unterbringung.

(2) Von einer gegenwärtigen Gefahr im Sinne von Absatz 1 ist dann auszugehen, wenn ein schadenstiftendes Ereignis unmittelbar bevorsteht oder sein Eintritt zwar unvorhersehbar, wegen besonderer Umstände jedoch jederzeit zu erwarten ist.

Das PsychKG greift also immer dann, wenn krankheitsbedingt eine akute Eigengefährdung oder Fremdgefährdung besteht. Gefährdet können auch “bedeutende Rechtsgüter anderer” sein, also nicht nur Gesundheit, Leib und Leben, sondern auch Gegenstände.

Fallbeispiel Psych KG Unterbringung wegen Sachbeschädigung

Der 62-jährige Herr Fischer hat eine stadtbekannte, chronifizierte paranoid-halluzinatorische Schizophrenie. Normalerweise lebt er ruhig und unauffällig in einem städtischen Obdachlosenwohnheim. Eine Betreuung wurde vor drei Jahren aufgehoben, wegen „offenkundiger Unbetreubarkeit“. Seit 7 Tagen geht Herr Fischer durch die Straßen der Stadt und knickt alle Autoantennen um. Er hat sicher schon mehr als 200 Antennen umgeknickt. Als die Polizei ihn ertappt, gibt er an, dass von diesen Antennen eine „Satanische Verstrahlung“ ausgehe, daher müsse er die Antennen zum Schutze der Allgemeinheit abknicken. Die Polizei ruft den Sozialpsychiatrischen Dienst, der eine Unterbringung per PsychKG anregt.

Die Unterbringung ist rechtlich korrekt, da für die Unterbringung an sich eine „Gefährdung bedeutender Rechtsgüter“ ausreicht, zu denen die nächsten 200 Antennen gehören würden. Eine Zwangsmedikation wäre aber in dieser Situation nicht möglich, da diese eine höhere Zugangsbarriere aufweist, nämlich eine „Gefahr für Leib und Leben“.

Dokumentation

Zur Dokumentation wird explizit aufgeführt:

„Es ist sicherzustellen, dass die Erforderlichkeit der weiteren Unterbringung grundsätzlich täglich ärztlich überprüft, begründet und dokumentiert wird.“

Eine nur werktägliche Dokumentation ist also nicht ausreichend.

Fixierung nach Psych KG

Fixierungen von weniger als 30 Minuten per PKG sind auch ohne explizite richterliche Genehmigung möglich. Fixierungen von mehr als 30 Minuten Dauer oder Fixierungen, die voraussichtlich immer wieder auftreten werden, müssen richterlich genehmigt werden. In der Praxis wird zunächst die Fixierung begonnen. Sobald absehbar ist, dass die Fixierung länger als 30 Minuten dauert oder wiederholt notwendig sein wird, ist das Gericht zu informieren und um Anordnung zu bitten.

Nach der Beendigung der Fixierungsmaßnahme ist der Patient darüber zu informieren, dass er die Maßnahme gerichtlich überprüfen lassen kann. Diese Information kann beispielsweise im Rahmen einer Fixierungsnachbesprechung erfolgen und soll schriftlich dokumentiert werden.

Keine Videoüberwachung

Videoüberwachungen sind bei PsychKG-Patienten in NRW verboten.

(Anders sieht es bei Patienten aus, die auf freiwilliger Rechtsgrundlage oder per BtG untergebracht sind; hier sind Videoüberwachungen nicht verboten. Allerdings sind sie in psychiatrischen Kliniken in NRW unüblich geworden, seit sie bei PsychKG-Patienten untersagt sind.)

Sitzwache

Statt einer Videoüberwachung fordert das Land NRW die Überwachung von fixierten Patienten durch eine Sitzwache. Diese Sitzwache muss im selben Raum wie der fixierte Patient sein und darf höchstens zwei Patienten gleichzeitig überwachen. Die Sitzwache überwacht kontinuierlich durch Beobachtung und ggf. in bestimmten Abständen durch zusätzliche Messungen von Blutdruck und Puls den Zustand des Patienten.

Zwangsmedikation nach PsychKG

Eine wesentliche Änderung des aktuellen PsychKG's ist der Richtervorbehalt für die Zwangsmedikation.

Das Gesetz formuliert im § 18 „Behandlung“ folgende Voraussetzungen für eine Zwangsmedikation:

Eine Zwangsmaßnahme kommt nur dann in Betracht, wenn

- 1. eine weniger eingreifende Maßnahme aussichtslos ist,*
- 2. eine rechtzeitige Ankündigung erfolgt, die den Betroffenen die Möglichkeit eröffnet, Rechtsschutz zu suchen,*
- 3. aus Sicht der Betroffenen der zu erwartende Nutzen die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegt,*
- 4. der ernsthafte, mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Ausübung unzulässigen Drucks unternommene Versuch vorausgegangen ist, die auf Vertrauen gegründete Zustimmung der Betroffenen zu erreichen und*
- 5. die Maßnahme der Wiederherstellung der freien Selbstbestimmung dient, soweit dies möglich ist.*

Weiter heißt es:

- Behandlungsmaßnahmen nach Absatz 4 dürfen nur durch die ärztliche Leitung, bei deren Verhinderung durch deren Vertretung angeordnet und nur durch Ärztinnen oder Ärzte vorgenommen werden.*
- Die Maßnahmen, einschließlich ihres Zwangscharakters, ihrer Durchsetzungsweise, ihrer maßgeblichen Gründe und der Wirkungsüberwachung, sind durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt zu dokumentieren und nachzubesprechen, sobald es der Gesundheitszustand der Betroffenen zulässt. Die Zwangsbehandlung ist unzulässig, wenn sie lebensgefährlich ist oder wenn sie die Gesundheit der Betroffenen erheblich gefährdet.*
- Die Zwangsbehandlung einer volljährigen Person bedarf der vorherigen Zustimmung durch das zuständige Gericht. Den Antrag beim zuständigen Gericht stellt die ärztliche Leitung und bei Verhinderung deren Vertretung. In diesem Antrag ist zu erläutern, welche maßgebliche Gefahr droht und wie lange die Behandlung voraussichtlich erfolgen soll. Zudem sind die Voraussetzungen und Maßnahmen nach Absatz 4 und 5 darzulegen.*

- Von der Einholung einer gerichtlichen Entscheidung kann ausnahmsweise abgesehen werden, wenn
 1. diese nicht rechtzeitig erreichbar ist,
 2. eine besondere Sicherungsmaßnahme nicht geeignet oder nicht ausreichend ist, um die akute Gefährdung zu überwinden, und
 3. die sofortige ärztliche Zwangsmaßnahme zur Vermeidung einer gegenwärtigen Lebensgefahr oder einer gegenwärtigen schwerwiegenden Gefahr für die Gesundheit der untergebrachten Person oder dritter Personen erforderlich ist.
 4. Eine gerichtliche Zustimmung für die weitere Zwangsbehandlung ist unverzüglich zu beantragen, sofern die unmittelbare Lebensgefahr oder schwerwiegende Gefahr für die Gesundheit über einen längeren Zeitraum andauert oder überwunden ist und die Fortführung der Zwangsbehandlung als weiterhin notwendig angesehen wird. Zwangsbehandlungen nach Satz 5 sind monatlich der Aufsichtsbehörde zu melden.

Fallbeispiel Psych-KG mit Zwangsmedikation vor richterlicher Genehmigung

Der 23-jährige Herr K. konsumiert seit 4 Jahren regelmäßig Amphetamine und Kokain. Am Freitagabend habe er eine Party gefeiert, der Gastgeber habe einige Runden Kokain zur Verfügung gestellt, Herr K. habe deutlich mehr konsumiert als sonst. Im Laufe des Abends entwickelte er unzweifelhaft eine drogeninduzierte psychotische Symptomatik: Er hatte das Gefühl, alle Menschen um ihn herum seien vom russischen Geheimdienst und wollten ihn töten. Um sich gegen die gewählte Bedrohung zu verteidigen, nahm er ein Messer und versuchte, andere Partygäste anzugreifen. Diese konnten ihn überwältigen, festhalten und die Polizei rufen. Die Polizei rief den Notarzt hinzu, der ein PsychKG beantragte. Der Patient wurde mit Handschellen gefesselt in die örtliche psychiatrische Klinik gebracht. Dort wurde er von den Handschellen der Polizei in die Textilfixierung der Klinik umfixiert. Ein Mitarbeiter des Ordnungsamtes kam hinzu und erließ die vorläufige Unterbringung.

Der Patient wurde gründlich untersucht und - soweit es sein Zustand zuließ - über seine Rechte und Pflichten im Rahmen des Psych-KG's aufgeklärt. Es wurde ein vorläufiger Behandlungsplan erstellt, der schriftlich niedergelegt wurde und mit dem Patienten besprochen wurde. Es wurden nach Rücksprache mit dem Patienten die nächsten Vertrauenspersonen - seine Eltern - über die Behandlung im Krankenhaus informiert; diese kamen dann auch zu Besuch.

Der Dienstarzt schlug Herrn K. eine Medikation mit Diazepam und dem Neuroleptikum Amisulprid vor. Der Patient lehnte dies aber ab, da er fest davon überzeugt war, das auch der Dienstarzt vom KGB sei. Man erwog erst, die Nacht abzuwarten, ohne eine Medikation durchzuführen.

Gegen 03:00 nachts bekam Herr K. dann aber einen von psychotischer Angst verursachten Erregungszustand. Er versuchte, die Fixierung abzureißen und schlug

immer wieder mit dem Kopf gegen das Kopfteil des Bettes. Er gab an, er versuche, sich umzubringen, bevor „die Russen mich kriegen“.

In dieser Situation waren die Voraussetzungen für eine Zwangsmedikation nach PsychKG gegeben. Es bestand eine akute und erhebliche Gefahr für den Patienten. Es drohte eine schwere Kopfverletzung, möglicherweise mit einer lebensbedrohlichen intrazerebralen Blutung. Der zuständige Richter war in dieser Nacht nicht erreichbar. Daher wurde die Medikation ohne vorherige richterliche Genehmigung durchgeführt. Der Patient erhielt 10 mg Diazepam und 4 mg Gliclimon i.v. Daraufhin beruhigte er sich, schlief nach 20 Minuten ein und zeigte sich am nächsten Morgen deutlich gebessert, konnte entfixiert werden und nahm die empfohlene Medikation nun freiwillig ein. Am Montag wurde das PsychKG aufgehoben, der Patient unterschrieb eine Freiwilligkeitserklärung und konnte bereits am folgenden Donnerstag entlassen werden.

Hier erfolgte aufgrund der akuten Gefahr und der Gegebenheit, dass das Gericht nicht erreicht werden konnte, die Zwangsmedikation vor richterlicher Genehmigung.

In weniger akuten Situationen sieht das Gesetz – als Regelfall – die Beantragung der Zwangsmedikation durch den Arzt bei Gericht vor. Es hat sich etabliert, in diesem Antrag das Vorliegen aller Voraussetzungen, die das Gesetz an eine Zwangsmedikation stellt, zu begründen.

Beispiel für ein ärztliches Attest zur Beantragung einer Zwangsmedikation nach PsychKG im regulären Verfahren

Aktuelle Situation

Fr. R. befindet sich seit dem 15.5.2018 auf der geschützten Station 1. Die Unterbringung erfolgt auf der Rechtsgrundlage des PsychKGs (Aktenzeichen L183.6532). Der Patient gibt an, er höre seit vier Wochen Stimmen, die ihn aufforderten, sich mit brennenden Zigaretten Brandwunden zuzufügen. Noch hat der Patient dies nicht getan, auf Nachfragen sagt er aber, er denke, dass er diese Befehle nun umsetzen müsse, das sie von einer höheren Macht kämen, der er gehorchen müsse.

Relevante Anamnese:

Seit mehr als 15 Jahren besteht eine zunehmend chronifizierte Schizophrenie. Unter Behandlung mit Olanzapin zeigte sich jeweils eine deutliche Stabilisierung.

Aktuelle Diagnose

Exazerbation einer paranoid halluzinatorischen Schizophrenie (ICD-10: F20.0).

Warum eine weniger eingreifende Maßnahme aussichtslos ist,

Nur durch eine Zwangsmedikation kann die aktuelle Erkrankungsepisode behandelt und somit beendet werden. Mildere Mittel, einschließlich einer Fixierung, sind nicht geeignet, die Erkrankungsepisode zu behandeln und somit die Gefahr und den Schaden für den Patienten, der aus dem Fortbestehen der Krankheit erwächst, abzuwenden.

Motivationsversuch

Fr. R. wurde wiederholt von den Stationsärzten darauf hingewiesen, dass eine Medikation für sie hilfreich sei. Dies ist in der Krankengeschichte zuletzt dokumentiert am 16.5.18, 17.5.18 und 18.5.18. Die Motivationsversuche waren vergeblich.

Es ist eine rechtzeitige Ankündigung erfolgt, die dem Betroffenen die Möglichkeit eröffnete, Rechtsschutz zu suchen

Der Patientin wurde am 18.5.18, also vor zwei Tagen angekündigt, dass nun eine Zwangsmedikation per PsychKG beantragt werde. Sie hatte Gelegenheit, sich rechtlichen Beistand zu suchen. Ihr wurde angeboten, zusammen mit dem Mitarbeiter des Sozialdienstes, einen ihr bekannten Anwalt anzurufen. Dies lehnte sie ab.

Erwarteter Nutzen in Abwägung zu den Nachteilen

Unter der zwangsweisen Medikation kann die psychotische Episode abklingen. Dadurch wird die Gefahr der Selbstverletzung durch Verbrennen mit einer glühenden Zigarette oder andere unkontrollierte Selbstverletzungen gebannt. Dieser Nutzen einer Zwangsmedikation übersteigt den möglichen Schaden bei weitem. Als mögliche Schäden sind insbesondere die Nebenwirkungen der vorgeschlagenen Neuroleptika zu nennen, namentlich EPMS und Müdigkeit.

Die Maßnahme dient der Wiederherstellung der freien Selbstbestimmung

Fr. R ist unter der akut-psychotischen Symptomatik nicht in einem Zustand der freien Selbstbestimmung. Erst durch die Medikation wird die Möglichkeit zur freien Selbstbestimmung wieder hergestellt.

Angabe von Präparat und Tageshöchstdosis

Wir beantragen daher die Gabe von

- Olanzapin, max 2 mal 10 mg pro Tag, intramuskulär gegeben (Neuroleptikum)
- alternativ ZypAdhera maximal 300 mg alle 14 Tage intramuskulär (Neuroleptikum)
- Akineton max 5 mg intravenös, maximal zwei mal täglich (Medikament gegen mögliche Nebenwirkungen des Neuroleptikums)
- Lorazepam, max 4 mal 1 mg intravenös gegeben (Anxiolytikum / Sedativum)
- Clexane. 40 mg subcutan einmal täglich (Thromboseprophylaxe)
- NaCl-Infusionslösung, maximal 2000 ml pro Tag intravenös (Flüssigkeitssubstitution)

Die Zwangsmedikation wird für zunächst sechs Wochen beantragt.

Unterschriften

Dr. A

Dr. B

Dr. C

(Chefarzt der Klinik)

(OA der Station)

(Assistenzarzt der Station)

Zwangsmedikation mit einem Depot-Präparat nach Psych KG

Auch das neue PsychKG schließt Zwangsbehandlungen mit einem Depot-Präparat nicht aus, sie sind also weiterhin möglich. Allerdings sollten diese den regulären Weg der Genehmigung durch den Richter gehen, eine notfallmäßige Zwangsmedikation mit einem Depot-Präparat vor der richterlichen Genehmigung, beispielsweise weil der Richter nicht erreichbar ist, sollte in der Regel nicht erfolgen.

Rechtfertigender Notstand

Gesetzestext und Erläuterung

§34 Strafgesetzbuch lautet:

Rechtfertigender Notstand: Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt. Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden.

Geschichte

In der Wikipedia findet man im Artikel zum Rechtfertigenden Notstand eine kurze Erklärung der geschichtlichen Entstehung dieses Gesetzes. Das Reichsgericht hatte über einen Arzt zu entscheiden, der eine damals strafbare Abtreibung durchgeführt hatte. Das Besondere an dem Fall war, dass die schwangere Frau dem Arzt glaubhaft vermittelt hatte, dass sie sich selbst das Leben nehmen werde, wenn sie das Kind austragen müsse. Der Arzt hatte nun zwei schützenswerte Rechtsgüter abzuwägen: Auf der einen Seite das schützenswerte Rechtsgut des ungeborenen Kindes auf Leben. Und auf der anderen Seite das schützenswerte Rechtsgut der schwangeren Frau auf Leben. Die Abtreibung war damals eigentlich strafbar. Der Arzt hätte demnach verurteilt werden müssen. Das Reichsgericht hat aber einen allgemein formulierten Ausnahmetatbestand formuliert, der es ermöglichte, die Abtreibung nicht zu bestrafen. In diesem Falle – und in jedem gleichartig gelagerten Falle, darf ein Mensch eine Abwägung treffen, wenn zwei schützenswerte Rechtsgüter miteinander in Konflikt stehen und nur eines geschützt werden kann. Wenn eines der Rechtsgüter wesentlich höher wiegt als das andere und die gewählten Mittel angemessen sind, darf er sich für das höherstehende Rechtsgut entscheiden; in diesem Falle durfte er sich entscheiden, das Leben der Schwangeren zu schützen. Die Abtreibung wurde in diesem Falle als nicht rechtswidrig eingestuft und blieb somit straffrei.

Abgrenzung zur Notwehr

Der Rechtfertigende Notstand kommt immer dann in Betracht, wenn zwei schützenswerte Rechtsgüter abgewogen werden müssen und keine andere Rechtsnorm Klärung schafft. Er gilt also nicht, wenn nur ein schützenswertes Rechtsgut betroffen ist. Beispiel: Wenn mich jemand schlägt, ist nur ein schützenswertes Rechtsgut betroffen, nämlich meine Gesundheit. Es gibt eine Rechtsnorm, die diesen Fall erfasst, nämlich den §223 Körperverletzung, der den Angriff unter Strafe stellt. In diesem Falle wäre die Notwehr erlaubt. Situationen, auf die man mit einer Handlung im Sinne des Rechtfertigenden Notstandes reagieren kann, stellen aber eben keinen strafbewährten Angriff auf ein Rechtsgut dar, sondern eine Abwägung zwischen zwei geschützten Rechtsgütern. In dem Moment, in dem die Schwangere Frau im Behandlungsraum des Arztes gesessen hat und mitgeteilt hat, dass sie sich das Leben nehmen

wolle, wenn sie das Kind austragen müsse, bestand ja gegen kein Rechtsgut ein gegenwärtiger Angriff. Somit gab es auch keine Grundlage für eine Notwehrhandlung. Die erste Verletzung eines schützenswerten Rechtsgutes beging der Arzt im Moment der Abtreibung. Diese war aber eben aufgrund der Abwägung im Sinne des Rechtfertigenden Notstandes nicht strafbar.

Bedeutung für die Psychiatrische Praxis

Im Bereich der stationären psychiatrischen Behandlungen gibt es Situationen, die eine Abwägung gemäß §34 StGB erforderlich machen können.

Fallbeispiel Rechtfertigender Notstand

Die 35-jährige Frau B. leidet seit einem Autounfall mit Schädigung des Gehirns an einer teilweisen Lähmung der Arme und Beine, die sie rollstuhlpflichtig macht, sowie an einer organischen Wesensänderung und einer organischen Psychose. Nachdem sie im Pflegeheim über eine Zeit von zwei Wochen die neuroleptische Medikation abgesetzt hatte, entwickelte sie zunehmende psychotische Ängste davor, man könne sie verfolgen, bedrohen oder sie körperlich schädigen. Ihre Betreuerin hat daher einen Betreuungsunterbringungsbeschluss erwirkt, der vom Betreuungsrichter bestätigt wurde, so dass sie stationär in der psychiatrischen Klinik behandelt wurde. Auch hier nahm sie keine Medikamente ein. Am achten Behandlungstag kam sie in einem Zustand panischer Angst ins Stationszimmer und gab an, sie habe das Gefühl, man habe ihr ein Abhörgerät in den Kopf implantiert. Sie stürmte in ihr Zimmer und schlug den Kopf heftig gegen die Wand, „um das Ding kaputt zu machen“. Sie wurde fixiert, aber auch in der Fixierung schlug sie mit dem Kopf gegen das metallene Kopfteil des Bettes, „um das Ding da raus zu hauen“. Das Behandlungsteam versuchte, ihr zu erklären, dass sie Medikamente brauche; dies lehnte sie entschieden ab. Es wurde eine Zwangsmedikation mit Glimanion und Diazepam intravenös durchgeführt. Hierauf beruhigte sie sich schnell wieder und akzeptierte auch im Folgenden wieder die neuroleptische Regelmedikation. Die Ängste, man wolle ihr körperlich schaden oder jemand habe ihr ein „Abhörgerät in den Kopf implantiert“ verschwanden nach wenigen Tagen vollständig.

Wie ist diese Zwangsmedikation rechtlich einzustufen?

- Freiwilligkeit? Nein. Die Patientin hat unmissverständlich erklärt, dass sie eine Medikation ablehnt. Sie sei nicht krank, sie habe lediglich diesen Apparat im Kopf. Der freie Wille war in diesem Fall sicherlich krankheitsbedingt beeinträchtigt, aber eine Freiwilligkeit lag unzweifelhaft nicht vor.
- Zwangsmedikation im Rahmen einer Betreuungsunterbringung? Auch das war nicht die Rechtsgrundlage dieser Medikation. Die Patientin war zwar nach BtG untergebracht. Aber eine Zwangsmedikation nach BtG war nicht beantragt worden. Diese ist im Regelfall nur nach Antrag, schriftlichem Gutachten eines externen Arztes und richterlicher Anhörung möglich. Im Ausnahmefall geht es auch nach einem Attest und einer sofortigen richterlichen Entscheidung, aber auch das dauert zumindest einen Tag, so dass dies nicht möglich war.

- PsychKG? Man hätte in diesem Fall kein PsychKG einleiten können, da die Patientin schon nach BtG untergebracht war, und nach der aktuellen Rechtsprechung des BGH dann keine zusätzliche PsychKG Unterbringung möglich ist. §11 Absatz 3 des PsychKG lautet nämlich: „(3) Dieses Gesetz gilt nicht für Personen, die auf Grund der §§ 63, 64 StGB, 81, 126 a, 453 c in Verbindung mit § 463 StPO, §§ 7, 73 JGG und §§ 1631 b, 1800, 1915 sowie 1906 BGB untergebracht sind.“ Und §1906 BGB ist eben die Betreuungsunterbringung.
- Notwehr? Eine Notwehrsituation bestand nicht, da die Patientin keinen anderen angriff.
- Mutmaßlicher Wille? Bei komatösen Patienten werden oft Behandlungen durchgeführt, die dem mutmaßlichen Willen des Patienten entsprechen. Man macht also das, was der Patient mutmaßlich wollen würde, wenn er entscheidungsfähig wäre. In der Behandlung von komatösen Patienten ist dies medizinisch gängige Praxis und völlig in Ordnung. Im psychiatrischen Bereich geht das nicht. Es ist nicht üblich, davon auszugehen, dass der mutmaßliche Wille eines psychotischen Patienten eine Behandlung mit Medikamenten wäre, wenn er nicht gerade akut psychotisch wäre.

Es gibt in diesem Fallbeispiel also kein Gesetz, dass die Zwangsmedikation explizit regelt und genehmigt. Es ist aber eine Abwägung zwischen zwei geschützten Rechtsgütern erforderlich. Auf der einen Seite steht das Recht auf körperliche Unversehrtheit, das den Schutz vor einer Medikation gegen den Willen des Patienten umfasst. Auf der anderen Seite steht das Recht auf Schutz der Gesundheit im Sinne eines Schutzes vor den Folgen einer psychotisch bedingte Selbstverletzung, etwa durch eine Hirnblutung als Folge eines Schlages des Kopfes gegen das Bettgestell.

Der Behandler kann nun abwägen, dass er das Rechtsgut „Schutz vor einer schweren Kopfverletzung“ höher bewertet als das Rechtsgut „Recht auf körperliche Unversehrtheit im Sinne eines Schutzes vor einer Zwangsmedikation“. Wenn er die Zwangsmedikation dann noch als verhältnismäßig angemessen zum Schutz der körperlichen Gesundheit einstuft, sind die Voraussetzungen des Rechtfertigenden Notstandes erfüllt und die eigentlich verbotene Zwangsmedikation nicht rechtswidrig.

Dies wäre ein typischer Fall des rechtfertigenden Notstandes.

Unterbringung auf einer geschlossenen Station nach Rechtfertigendem Notstand

Diese ist - in der Regel für die kurze Zeit, bis eine andere Rechtsgrundlage geschaffen ist - möglich.

Fixierung bei Rechtfertigendem Notstand

Eine Fixierung ist bei Rechtfertigendem Notstand möglich.

Zwangsmedikation bei Rechtfertigendem Notstand

Eine Zwangsmedikation ist möglich, um das höherstehende Rechtsgut zu schützen. Das verletzte - niedriger stehende Rechtsgut - ist dann in der Regel das Recht des Patienten auf körperliche Unversehrtheit und damit der normalerweise bestehende Schutz vor einer Zwangsmedikation, die juristisch bei fehlender anderer Rechtsgrundlage als Körperverletzung gewertet werden würde. Das höher stehende Rechtsgut muss also hochwertiger sein als diese Körperverletzung.

Maßregelvollzug

Fallbeispiel MRVG

Ein 43-jähriger Patient wurde nach § 63 StGB im Maßregelvollzug untergebracht und befindet sich seit April 2016 auf der Aufnahme- und Krisenstation der Forensischen Abteilung. Von August 2015 bis Februar 2016 war er gemäß § 126a StPO und von Februar bis April 2016 gemäß § 63 StGB in einer psychiatrischen Klinik untergebracht. Delikt: versuchter Totschlag. Erstdiagnose einer paranoiden Schizophrenie 2007, seither verschiedene stationäre und ambulante psychiatrische Behandlungen, medikamentöse Vorbehandlung mit Amisulprid. Im Vorfeld des Delikts hatte es mehrere psychotische Krisen gegeben, eine hinreichende Symptomremission war bei nur geringer Behandlungsbereitschaft des Patienten nicht erreicht worden. Seit der Unterbringung Im August 2015 lehnte der Patient jegliche Therapie ab und nahm auch keine Medikamente ein. Er war der Überzeugung, „die anderen“ seien krank, nicht er. Im April 2016 bot er ein floride wahnhaftes psychisches Bild mit Vergiftungs- und Verschwörungsideen. Er lehnte jedes Gespräch ab. Er beobachtete die Mitpatienten und Mitarbeiter der Station aus der Distanz, ließ keinerlei näheren Kontakt zu. Er zeigte sich in hohem Maße angespannt, war leicht reizbar, führte Selbstgespräche und sprach wiederholt verbale Drohungen aus. Ende April schlug er einen Mitpatienten in verkennendem Wahn mit der Faust ins Gesicht, es wurde eine Absonderung erforderlich. In der Absonderung war er weiterhin erheblich angespannt, lief rastlos umher, tobte und schrie. Die tägliche Versorgung des Patienten mit Nahrung und Wäsche war für die Mitarbeiter schließlich nicht mehr gefahrlos möglich. Als der Patient im Begriff war, einen Mitarbeiter zu schlagen, musste er fixiert werden. Nach einigen Tagen war eine Defixierung möglich, jedoch kam es rasch zu erneuter erheblicher Anspannung des Patienten: Er warf Gegenstände im Zimmer umher, drohte den Mitarbeitern mit dem Tod, warf das gefüllte Essenstablett gegen die Wand, beschmierte die Scheibe des Zimmers mit Essen. Es musste eine erneute Fixierung erfolgen, zu deren Durchführung letztlich 12 Mitarbeiter notwendig waren; zwei wurden verletzt, ein Mitarbeiter musste mit einer Beckenprellung im Krankenhaus behandelt werden. In der Fixierung tobte der Patient weiter, spuckte die ihn versorgenden Mitarbeiter an, versuchte immer wieder, sich aus den Gurten zu befreien. Das Essen warf er auf den Boden. Auf jede auch nonverbale, sparsame Kontaktaufnahme reagierte er höchst angespannt. Er sprach von „Verschwörung gegen ihn“, von „Abgesandten der Mafia“, von einem „Krieg, in dem er sich befinde“. Anfang Mai lehnte er die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme ab. In Absprache mit der den Patienten täglich mitbetreuenden Internistin wurde

nach drei Tagen der Notarzt gerufen, der Patient kam auf die Intensivstation eines somatischen Krankenhauses. Dort wurde eine Nahrungs- und Flüssigkeitssubstitution vorgenommen. Mit zunehmender körperlicher Stabilisierung zeigte der Patient Vertrauen in seine Behandler und willigte schließlich in eine Behandlung mit Olanzapin ein. Anfang Juni wurde er in die forensische Klinik rückverlegt. Dort befindet er sich aktuell noch immer in der Isolierung, jedoch hat er einige persönliche Gegenstände zur Verfügung, es werden Belastungserprobungen zur Rückführung in den Stationsalltag durchgeführt. Der Patient ist deutlich entspannter, er akzeptiert weiterhin die Einnahme von 20mg Olanzapin/d. Wahnhaftes Erleben ist noch vorhanden, jedoch lässt der Patient den Kontakt nun ohne weiteres zu, er ist nicht mehr offen aggressiv, kurze Gespräche sind möglich. Die Ereignisse, nicht zuletzt die wochenlange Isolierung mit wiederholter Fixierung haben den Patienten sichtlich traumatisiert. Er wirkt zeitweise ängstlich, gelegentlich devot. Die gegenwärtige Adhärenz erscheint fragil.

Juristische Einordnung der Zwangsbehandlung nach dem MRVG

Zu keiner Zeit bestand die Möglichkeit einer antipsychotischen Medikation gegen den Willen des Patienten. Gemäß dem Maßregelvollzugsgesetz ist eine psychiatrische Zwangsmedikation – auch im vorliegenden Grenzfall - nicht zulässig. Es fanden mehrere Konferenzen zur Situation des Patienten mit den Verantwortlichen und Beteiligten statt, wobei allein die notfallmäßige Infusionstherapie, keinesfalls aber eine psychiatrische Zwangsmedikation als mit dem Gesetz vereinbar herausgestellt wurde.

Unterbringung auf einer geschlossenen Station nach MRVG

Diese ist möglich.

Fixierung nach MRVG

Eine Fixierung ist nach MRVG möglich.

Zwangsmedikation nach MRVG

Eine Zwangsmedikation ist aktuell auf der Rechtsgrundlage des MRVG nicht erlaubt. Dies führt zu den im Fallbeispiel genannten erheblichen Problemen. Es ist zu hoffen, dass das MRVG geändert wird, aktuell ist aber keine eindeutige Entwicklung in diese Richtung erkennbar.