



## Verlaufsdokumentation zur Tagung

### **Helfen** Medikamente, mit chronisch psychischen Erkrankungen zu leben, - oder handelt es sich um einen legitimierte(n) **Medikamentenmissbrauch**

- **Ganz ohne – eine Alternative?**
- **ver - rückt ohne – wer kann das ertragen?**
- **Gibt es ein ‚richtiges‘ Maß?**

#### **1. Begrüßung / Einführung**

##### **1.1. Text zum Einstieg**

(s. Anlage 4, Einführungsblatt)

*Ich weiß, Herr, dass ich mich täuschen kann, auch da, wo ich mich von dir geführt glaube, aber ich will den Irrtum nicht fürchten, will nicht ängstlich stehen bleiben, denn du begleitest und segnest meinen Weg, wenn ich dich darum bitte.*  
Sabine Naegeli (Losungsheft, 05.12.12)

Sich zu täuschen ist nicht alleine Menschen mit psychischen Problemen vorbehalten. Wie schon auf der Tagung zur ‚Inklusion‘ im September „be-griffen“, sind wir Menschen ohne Ausnahme vor Gott, und auch vor dem Gesetz gleich.

Wir sind alle darauf angewiesen, dass wir auf Menschen treffen, die uns respektieren, so wie wir sind – mit unseren Stärken und unseren Schwächen; auf Menschen, von denen wir uns sagen lassen, dass wir uns irren; Menschen, die uns die Möglichkeit geben, Fehler einzuräumen.

##### **1.2. Ablauf der Tagung**

(s. Anlage 3, Programm)

Der Moderator stellte den Programmablauf vor und erläuterte die organisatorischen Gegebenheiten. Der Moderator bekundete große Freude, Frau Osterfeld für das Schwerpunktreferat der Tagung gewonnen zu haben. Auf einer Tagung zum neuen Entgeltsystem in der Psychiatrie (PEPP) hatte Frau Osterfeld deutlich Stellung bezogen: Es sei immer noch Normalität im psychiatrischen Alltag, dass die Patienten in die Behandlung nur sehr unzureichend einbezogen und über die Maßnahmen nicht hinreichend aufgeklärt werden!

#### **2. Referat: Was braucht ein psychisch kranker Mensch?**

*Medikamentenvergabe an chronisch psychisch kranke Menschen*

*Eine kritische Auseinandersetzung mit der bestehenden Praxis*

Margret Osterfeld, Ärztin und Psychiatrie - Erfahrene

*Frau Osterfeld stellte ihren beruflichen Werdegang vor. Sie ist gelernte Pharm.-techn. Assistentin und Psychiaterin. Erkrankte selbst psychisch, konnte aber weiterhin bis jetzt in einer Dortmunder Klinik arbeiten. In der DGSP ist sie Sprecherin des Fachausschusses Psychopharmaka..*

*Sie sei sehr froh über die neuerliche Debatte der Ordnungspraxis von Psychopharmaka sowie auch über medikamentöse Zwangsmaßnahmen.*

##### **2.1. Thema ‚Medikamente‘**

Einführend wies Frau Osterfeld daraufhin, dass Schizophrenie keine Dauerdiagnose sein muss. Es kann sich um eine vorübergehende Erkrankung handeln; nur bei einem kleinen Teil von Menschen chronifiziert die Schizophrenie und ein betroffener Mensch leidet langfristig an beeinträchtigenden Symptomen.

## Fortsetzung 2. Referat: Was braucht ein psychisch kranker Mensch?

Häufig wird vergessen, seit alters her ist auch Alkohol auch ein Psychopharmakon. Es wird sehr oft - häufiger als verordnete Medikamente - zum Wegmachen von schlechten, bedrückenden Zeiten in Selbstmedikation genutzt. Tranquilizer wie Tavor, die ähnlich wirken wie Alkohol, haben seit den siebziger Jahren viele Menschen abhängig gemacht. In Heimeinrichtungen werden sie oft viel zu rasch verordnet, nur weil Menschen sich nicht in den institutionell gewohnten Tagesablauf einfügen. Frau Osterfeld erlebte dies bei ihrem dementen Vater.

### 2.1.1. Antidepressiva

Antidepressiva können weitreichende Nebenwirkungen haben: trockenen Mund, Verdauungsstörungen, Blasenstörungen, Krisen bei grauem Star, aber auch schwerwiegende Herzrhythmusstörungen.

Seit Mitte der 90er Jahre gab es einen ausgesprochenen Hype bei der Verordnung von neuen Antidepressiva, den Serotoninwiederaufnahmehemmern (SSRI). Mit ihnen kam ein Wirkstoff mit vielversprechenden Wirkungen, ein neuer Markt eröffnete sich. Allerdings konnten die Medikamente nicht das halten, was sie versprochen. Die Nebenwirkungen zu Behandlungsbeginn sind zwar oft harmlos - Übelkeit, Durchfall, Unruhe - der Antrieb soll rascher verbessert werden. Doch starke, unvermittelte aggressive oder autoaggressive (suizidale) Impulsdurchbrüche sind beschrieben. Auch haben viele Menschen Schwierigkeiten, wenn sie SSRI wieder absetzen wollen. Es kann durchaus eine indirekte Abhängigkeit entstehen.

Vor allem aber hat sich der Umsatz an Antidepressiva seit Einführung der neuen Substanzen verdoppelt, man sieht also, dass immer auch Marktinteressen hinter solchen Neuerungen stecken. Geheilt werden Depressionen durch Medikamente nicht, sie können höchstens eine raschere Besserung eines quälenden Zustands bewirken.

### 2.1.2. Neuroleptika

Auch Neuroleptika, die neuerdings oft auch Antipsychotika genannt werden, sind keine Heilmittel in dem Sinne, dass sie die Krankheit beseitigen. Die Verordnung von Neuroleptika dämpft das Gefühlerleben und bewirkt so beim Patienten eine ‚emotionale Käseglocke‘. Durch die Neuroleptika wird der Neurotransmitter Dopamin blockiert. Diese Wirkung ist in akuten psychotischen Krisen hilfreich. Langzeitverordnungen sind allerdings problematisch, da der Betroffene nicht lernen kann, seine Gefühle besser zu steuern.

Durch die ‚positive‘ Wirkung wird vorgetäuscht, dass die Probleme gelöst seien. Allerdings wird auch das dopaminerge Antriebs- und Motivationssystem gedämpft. Es stellt sich die Frage, wo da die Lebensqualität bleibt und ob nicht manch ein „Negativsyndrom“ durch zu hohe Medikation verursacht ist.

Neuroleptika haben einen reichen und nicht unbedenklichen Strauß von Nebenwirkungen: Gefühle sind nicht mehr zu spüren, Bewegungsstörungen (insbesondere durch Haloperidol) sind hinlänglich bekannt.

### 2.1.3. Atypische Neuroleptika – die zweite Generation

Ähnlich wie bei der Weiterentwicklung der Depressiva hatten die atypischen Neuroleptika zunächst einen absolut guten Ruf. Sie seien harmlos; es würden keine Bewegungsstörungen ausgelöst. Allerdings stellte sich recht schnell heraus, dass sie starke Gewichtszunahme verursachen, sogar Diabetes auslösen können. Sie wirken auch auf die Hypophyse verändernd, führen zu Libidoverlust und können gravierende Auswirkungen auf das Sexualleben der Patienten haben.

Wie bei den traditionellen Neuroleptika hat in akuten Krisen ihre Verordnung sicherlich eine positive Wirkung; es stellt sich aber noch stärker die Frage als zuvor, in welchen Mengen und wie lange atypische Neuroleptika verordnet werden sollten. Möglichst sollte mit geringer Dosis begonnen werden und ihre Wirkung bei dem Patienten genau und geduldig beobachtet werden. Doch der Druck auf rasche Entlassung aus dem Krankenhaus führt heute nur allzu oft dazu, dass Menschen mit einer Kombination von mehreren Neuroleptika und anderen Psychopharmaka aus der Klinik kommen.

## Fortsetzung 2. Referat: Was braucht ein psychisch kranker Mensch?

Ein weiteres Marktsegment haben sich die atypischen Neuroleptika bei manisch-depressiven Krankheitsbildern erobert. Klassischerweise sollte bei dieser Diagnose Lithium eingesetzt werden, es bietet jedoch längst nicht die Gewinnspanne. Auch einige antiepileptische Medikamente werden bei einer bipolaren Störung (dies ist die moderne Bezeichnung für die manisch-depressive Erkrankung) eingesetzt.

### 2.1.4. Kombination verschiedener Präparate

Bei der gleichzeitigen Verordnung verschiedener Präparate besteht immer die Problematik, dass Wechselwirkungen zwischen den Medikamenten auftreten können; nicht selten potenzieren sich die Nebenwirkungen.

Auffälliges Verhalten wird von professionellen Betreuungskräften sehr häufig der Krankheit zugeschrieben. Selten wird geprüft, ob psychosoziale Gründe sich im problematischen Verhalten manifestieren oder gar möglicherweise Nebenwirkungen der Medikamente. Nicht selten führen solche Verfahrensfehler zu Negativzuschreibungen („am Verhalten ist nur die Krankheit schuld, mehr Medikation muss her“). So manches Mal kam es schon zur Entmündigung des Patienten, nur weil dieser die vielen Medikamente nicht wollte.

Über die Wechselwirkungen von Präparaten und ob sie kombiniert verordnet werden dürfen, kann man sich in den Apotheken, aber auch in Standardwerken wie der Roten Liste kundig machen.

Manche EDV-Dokumentationsprogramme bieten auch ähnliche Hilfen an.

Zur Erweiterung der Kenntnisse über Psychopharmaka empfiehlt die Referentin das Buch „Umgang mit Psychopharmaka“ von Greve, Dieckmann und Osterfeld.

Frau Osterfeld erwähnte in ihrem Vortrag als eine grundlegende Orientierung für den Umgang mit Medikamenten und der Behandlung ein Zitat von Hippokrates: *„Der Patient allein ist der Arzt; der Arzt ist nur sein Helfer!“*

## 2.2. Zwangsmedikation und Betreuungsrecht

Es gibt eine Tendenz, Menschen schnell ‚unter‘ Betreuung zu stellen. Obwohl es seit Reform des Betreuungsrechtes 1992 dafür eigentlich keine Grundlage gibt, werden psychiatrische Klienten ihres Entscheidungsrechts beraubt – meist sicherlich aus Unkenntnis. Im Gegensatz zu Menschen mit anderen Erkrankungen (Bsp. ungesundes, selbstschädigendes Verhalten bei Diabetes durch Torte essen) wird immer noch häufig vorausgesetzt, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht in der Lage seien, für sich Entscheidungen zu treffen und die damit verbundenen Konsequenzen eigenverantwortlich zutragen. Anders als z. B. bei Diabetikern werden im Betreuungsalltag deutlich häufiger Entscheidungen getroffen, z. T. auch gerichtlich unterstützt, die das Selbstbestimmungsrecht psychisch Kranker einschränken. So glaubten viele Kliniken, sie könnten Menschen, die mit Gerichtsbeschluss untergebracht sind, nach eigenem Gutdünken und unter Missachtung der ärztlichen Aufklärungspflicht medizieren.

## 2.3. Infragestellung von Zwangsmaßnahmen nach § 1906 BGB

Ostersonntag 2011 hat Frau Osterfeld die Begründung des Bundesverfassungsgerichtes zur Zwangsmedikation (2 BvR 882/09) mit großem Interesse gelesen. Die Verfassungsrichter haben in dem Urteil ausführlich beschrieben, welche Schritte Ärzte ergreifen müssen, bevor sie zur Zwangsmedikation als letztem Mittel greifen sollten. Das Recht auf Krankheit wird betont, der Psychiater könne hier nicht die Vernunftthoheit übernehmen. Es müsse vielmehr der Versuch unternommen und nachgewiesen werden, zunächst eine auf Aufklärung und Vertrauen gründende Einwilligung zu erreichen. Auch müsse ermöglicht werden, Rechtsschutz einzuholen. Dies steht natürlich im klaren Gegensatz zu der Stellungnahme der DGPPN vom 16. Januar 2012. Dieser Fachverband will auch einwilligungsfähige Patienten zwangsbehandeln können.

## Fortsetzung 2. Referat: Was braucht ein psychisch kranker Mensch?

Im Sommer 2012 zog der Bundesgerichtshof nach und zeigte auf, dass der § 1906 keine Rechtsgrundlage für eine Zwangsmedikation ist. Erst da begannen viele Klinikleiter nachzudenken. Inzwischen arbeitet der Gesetzgeber an einer Neufassung des Paragraphen. Das Urteil lässt hoffen, dass sich auch die psychiatrische Praxis ändern kann und mehr tatsächliche Aufklärung, Mitwirkung und Selbstbestimmung ermöglicht wird. Frau Osterfeld wünscht sich, dass mit dem Urteil des BGH mehr Transparenz in der psychiatrischen Behandlung, in den Kliniken und den Arztpraxen, geschaffen wird.

Einige positive Beispiele:

- Die Rh. Kliniken Langenfeld haben einen Flyer herausgebracht, in dem die Patienten über Zwangsbehandlung aber auch Behandlungsvereinbarung und Patientenverfügung aufgeklärt werden.
- In Heidenheim konnte auf Zwangsmedikation durchaus verzichtet werden. Dr. Zinkler, der Klinikleiter, sagt: „Früher haben wir hier die Fälle auch anders gelöst!“ um dann zu beschreiben, wie mit Beziehungsarbeit die Zustimmung zu einer Medikation erreicht werden kann.
- Gelingendes dreijähriges Projekt [www.ichwillmich.de](http://www.ichwillmich.de) in Magdeburg; Heimbewohner können dort inzwischen mit deutlich weniger Medikamenten ausgekommen.
- Bethesda / St. Martin, Boppard; es wurde in den Leitlinien festgeschrieben, dass eine Einnahme von Medikamenten nicht Voraussetzung für die die Betreuung in den Einrichtungen des Trägers ist.

### 2.4. Fragen und Diskussion

- Ist eine Krankheitseinsicht notwendig? Gegenbeispiel: Diabeteserkrankung; wichtiger: sich Zeit nehmen, die Schwächen begreifen lernen, Verhaltensmanifestationen reflektieren auf Nebenwirkung und/oder krankheitsbedingtes Verhalten;
- Placebo-Effekt; Gabe von Placebos gegen den Willen des Patienten rechtlich und ethisch hochproblematisch.
- Dito: verdeckte Gabe von Psychopharmaka zur Krisenintervention / -vorbeugung; der Patient hat keinerlei Möglichkeit sich dagegen zu wehren. Es handelt sich also im engeren Sinne um eine gesetzlich nicht legitimierte Zwangsbehandlung und Betrug am Patienten;
- Allerdings dürfe man sich aber auch keiner Illusion hingeben: Es wird eine „zwangsfreie Psychiatrie genauso wenig geben wie eine blutfreie Chirurgie!“
- Fr. Dr. Baumgarte wies darauf hin, dass es aus Hamburg eine Studie gibt, nach der die tatsächliche Wirkung von Psychopharmaka nicht eindeutig nachgewiesen werden kann!

**Frau Osterfeld möchte ihre referierten Überzeugungen als Plädoyer für eine ethische Verantwortung verstehen.**

## 3. Rechtliche Bewertung von Zwangsverordnungen

*Zwangsmaßnahmen – was ist überhaupt erlaubt?*

Richterin Claudia Krieger, Amtsgericht Gummersbach

*Frau Krieger ist seit 1996 Richterin, seit 2006 am Amtsgericht Gummersbach. Dort bearbeitet sie – mit Unterbrechungen – seit 2010 u.a. Betreuungssachen.*

*Frau Krieger berichtete, dass sie zudem im Bereitschaftsdienst auch mit PsychKG – Verfahren zu tun habe.*

Ein Verfahren zur Genehmigung einer Zwangsmedikation habe sie nur einmal auf Antrag der Betreuerin durchgeführt. Die Betreuung der Betroffenen sei 2009 eingerichtet worden (Alkoholerkrankung mit Folgeerkrankungen, Verwahrlosung und hoher Verschuldung.) Nach einigen Unterbringungen nach PsychKG und auf betreuungsrechtlicher Grundlage sei die Genehmigung einer Zwangsmedikation seitens der Betreuerin beantragt worden. Die Betroffene sei unzugänglich gewesen und habe mit niemandem sprechen wollen, so dass eine Intervention auf Vertrauensbasis

### **Fortsetzung 3. Rechtliche Bewertung von Zwangsverordnungen**

und mit Einwilligung der Betroffenen nicht möglich gewesen sei. Die Zwangsmedikation sei im Herbst 2010 genehmigt und durchgeführt worden. Nach Entlassung aus der Klinik habe die Betroffene die Medikamente freiwillig genommen und sei so stabil geworden, dass die Betreuung im Sommer 2012 habe aufgehoben werden können.

#### **3.1 Rechtslage bei Einwilligungsfähigkeit**

- Def.: Einwilligungsfähigkeit ist gegeben, wenn Krankheitseinsicht vorliegt sowie die Fähigkeit nach dieser Einsicht zu handeln
- Medikamentengabe muss mit Patienten besprochen werden und es ist Einwilligung erforderlich
- Wenn keine Einwilligung: Keine Behandlung mit Psychopharmaka (Ausnahme: Zwangsbehandlung nach § 18 Abs.4 PsychKGNW in Fällen der Lebensgefahr oder bei erheblicher Gefahr für die eigene und die Gesundheit anderer Personen, dann ist Zwangsbehandlung in geschlossener Unterbringung möglich)

#### **3.2 Rechtslage im Betreuungsrecht bei Einwilligungsunfähigkeit bis zum Sommer 2012**

- Entscheidung des Bundesgerichtshofs (BGH) im Jahr 2001: Vorführung des Patienten zu ambulanter Zwangsbehandlung unzulässig, da keine gesetzliche Grundlage
- Anders aber bei stationärer Unterbringung: BGH im Jahr 2006: Zwangsweise Behandlung im Rahmen einer geschlossenen Unterbringung auf Grundlage des § 1906 BGB möglich
- Wenn Betreuer oder Vollmachtnehmer in eine notwendige medizinische Maßnahme eingewilligt hat, dann auch Behandlung gegen den natürlichen Willen des Betroffenen möglich auf Grundlage des §§ 1906 Abs. 1 Nr.2, Abs. 4 BGB, obwohl sich in dieser Vorschrift keine ausdrückliche Regelung der Zwangsbehandlung findet
- BGH hat in dieser Entscheidung die Notwendigkeit eines gerichtlichen Genehmigungsverfahrens entwickelt

#### **3.3 Aber Bundesverfassungsgericht: Entscheidungen vom 23.03.2011 und 12.10.2011 zu Zwangsbehandlungen im Maßregelvollzug:**

- Zwangsbehandlung nur zulässig, wenn der Untergebrachte krankheitsbedingt zur Einsicht in die Behandlungsbedürftigkeit oder zum Handeln gemäß dieser Einsicht nicht fähig ist. Maßnahmen der Zwangsbehandlung dürfen nur als letztes Mittel und nur dann eingesetzt werden, wenn sie im Hinblick auf das Behandlungsziel, das ihren Einsatz rechtfertigt, Erfolg versprechen und für den Betroffenen nicht mit Belastungen verbunden sind, die außer Verhältnis zu dem erwartbaren Nutzen stehen. Zum Schutz der Grundrechte des Untergebrachten sind besondere verfahrensmäßige Sicherungen geboten. Die wesentlichen Voraussetzungen für die Zulässigkeit einer Zwangsbehandlung bedürfen klarer und bestimmter gesetzlicher Regelungen. Dies gilt auch für die Anforderungen an das Verfahren.

#### **3.4 Daraufhin Änderung der Rechtsprechung zur Zwangsbehandlung im Betreuungsrecht**

- AG Gummersbach im Frühjahr 2012: keine Genehmigung einer Zwangsbehandlung eines Betreuten, da auf Grundlage der Rechtsprechung des BVerfG § 1906 BGB keine hinreichende gesetzliche Regelung

### **Fortsetzung 3. Rechtliche Bewertung von Zwangsverordnungen**

- Kehrtwende des BGH mit Beschluss vom 20.06.2012: „Unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zur Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug fehlt es gegenwärtig an einer den verfassungsrechtlichen Anforderungen genügenden gesetzlichen Grundlage für eine betreuungsrechtliche Zwangsbehandlung.“
- Entlang dieser Rechtsprechung findet derzeit wohl nur noch vereinzelt Zwangsbehandlung nach Betreuungsrecht statt

### **3.5 Zwangsbehandlung in öffentlich-rechtlicher Unterbringung nach § 18 PsychKGNW**

- Gesetzliche Regelung findet sich in § 18 Abs. 4 PsychKGNW : Nur in den Fällen von Lebensgefahr, von erheblicher Gefahr für die eigene und die Gesundheit anderer Personen ist die Behandlung ohne oder gegen den Willen Betroffener oder deren gesetzlicher Vertretung oder der rechtsgeschäftlich Bevollmächtigten zulässig; es darf nur die Anlasserkrankung behandelt werden
- Verfassungsrechtliche Vorgaben müssen erfüllt sein
  - Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes, nämlich
  - Behandlung muss Erfolgsaussicht haben und wissenschaftlich anerkannt sein
  - Keine milderen Mittel => unabhängig von Einwilligungsfähigkeit des Betroffenen muss der Versuch vorgeschaltet werden, sein Vertrauen zu gewinnen und ihn ohne Druck und ohne List zur Zustimmung zu bewegen
- Zwangsbehandlungen dürfen gem. § 18 Abs. 5 PsychKGNW nur durch die ärztliche Leitung, bei deren Verhinderung durch deren Vertretung angeordnet werden und nur durch Ärztinnen oder Ärzte vorgenommen werden; Dokumentation ist erforderlich
- Vorgeschaltetes gerichtliches Genehmigungsverfahren nicht erforderlich; der Betreuer oder Bevollmächtigte muss aber in die Entscheidungsfindung einbezogen werden
- Rechtsschutz nach § 327 FamFG: gegen konkrete Anordnungen der Krankenhausleitung kann der Betroffene einen Antrag auf gerichtliche Entscheidung stellen
- Es wird allerdings diskutiert, ob § 18 PsychKGNW vor dem Hintergrund der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts verfassungsgemäß ist.

### **3.6 Gesetzesänderung?**

- Seit Sommer 2012 Diskussion über Gesetz zur Zwangsmedikation im Betreuungsrecht
- Am 07.11.2012 Pressemitteilung des BMJ über Formulierungshilfe der Bundesregierung; das Gesetz sollte ursprünglich außerhalb des üblichen Gesetzgebungsverfahrens an ein anderes Gesetz angehängt werden; vorgesehen ist eine Änderung des § 1906 BGB: in ärztliche Zwangsmaßnahmen kann der Betreuer nur unter bestimmten Voraussetzungen einwilligen; Einwilligung des Betreuers muss gerichtlich genehmigt werden; Einholung eines Sachverständigengutachtens erforderlich; Beschlussformel muss Angaben zur Durchführung und Dokumentation der Maßnahme enthalten
- Am 22.11.2012 haben dann die Koalitionsfraktionen einen Gesetzentwurf vorgelegt, der die ursprüngliche Formulierungshilfe modifiziert
- Seitdem erfolgt auch verstärkte öffentliche Diskussion

*Nachtrag zum Vortrag: Am 10.12.2012 fand eine Expertenanhörung im Rechtsausschuss des Bundestags statt; die nächste Anhörung im Bundestag wird am 17.01.2013 stattfinden.*

### 3.7 Eigene Stellungnahme Richterin Krieger

- Zwangsbehandlung nur als letztes Mittel, da nach BVerfG Zwangsbehandlung mit Neuroleptika besonders schwerwiegender Grundrechtseingriff, nämlich Eingriff in das Recht auf körperliche Unversehrtheit: Der Betroffene wird genötigt, eine Maßnahme zu dulden, die den Straftatbestand der Körperverletzung erfüllt.
- Zitat BVerfG: „*Ein von anderen Menschen gezielt vorgenommener Eingriff in die körperliche Integrität wird als umso bedrohlicher erlebt werden, je mehr der Betroffene sich dem Geschehen hilflos und ohnmächtig ausgeliefert sieht. Hinzu kommt, dass der Eingriff in der Unterbringung häufig Menschen treffen wird, die auf Grund ihrer psychischen Verfassung den Schrecken der Zwangsinvasion in ihre körperliche Integrität und der Beiseitstellung ihres Willens sowie der Angst davor besonders intensiv empfinden.*“
- Der Zwangsbehandlung muss, soweit der Betroffene geschäftsfähig ist, der ernsthafte, mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Ausübung unzulässigen Drucks unternommene Versuch vorausgegangen sein, seine auf Vertrauen gegründete Zustimmung zu erreichen.
- Besondere Anforderungen an Kommunikationsbemühungen der Betreuer und behandelnden Ärzte!
- Betreuer: Verpflichtung aus § 1901 BGB (siehe Begründung des Bundesjustizministeriums zur Formulierungshilfe): Es gehört zum Wesen der persönlichen Betreuung und zu den Pflichten des Betreuers, dass er dabei grundsätzlich an die Wünsche und Vorstellungen des Betreuten gebunden ist und wichtige Angelegenheiten mit dem Betreuten zuvor bespricht (§ 1901 Abs.3 BGB), um ihm ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Vor Durchführung einer Maßnahme nach § 1906 BGB hat der Betreuer daher den Betreuten zu informieren und ihm die erforderliche Maßnahme verständlich zu machen, um diese wenn möglich im einvernehmlichen Zusammenwirken mit dem Betreuten umzusetzen. Jeder Maßnahme nach § 1906 BGB hat im Sinne einer vertrauensvollen Unterstützung deshalb der Versuch voranzugehen, den Betreuten von der Notwendigkeit der Maßnahme zu überzeugen. In geeigneten Fällen ist bei der berufsmäßigen Betreuung insbesondere an die Möglichkeit eines Betreuungsplans zu denken, mit dem der Betreuer in Zusammenarbeit mit dem Betreuten Behandlungsvorstellungen und –wünsche in gesunden Tagen vorausschauend festhalten kann.
- Auch ein Einwilligungsunfähiger darf über das Ob und Wie einer Behandlung, der er unterzogen wird, grundsätzlich nicht im Unklaren gelassen werden (vgl. BVerfG NJW 2011, 2113, Rn 59): Eine den Verständnismöglichkeiten des Betroffenen entsprechende Information über die beabsichtigte Behandlung und ihre Wirkungen erübrigt sich daher nicht.
- Keine versteckte Medikation im Quark!

### 4. Podiumsdiskussion: So wenig wie möglich – so viel wie notwendig? Gibt es für den Umgang mit Psychopharmaka den goldenen Weg?

Teilnehmer auf dem Podium:

Margret Osterfeld, Ärztin und Psychiatrie-Erfahrenere (DGSP)

Dr. Beate Baumgarte, Chefarztin (Klinikum Oberberg)

Claudia Krieger, Richterin (Amtsgericht Gummersbach)

Moderation: Heinz-Joachim Baumann

... Was willst Du, das ich dir tue?  
Oder was brauchst Du, was wünschst Du dir?

(fragt Christus in Gleichnissen)  
(UN-BRK)

## Fortsetzung 4. Podiumsdiskussion

Das Thema wurde versucht, aus verschiedenen Perspektiven in den Blick zu nehmen ...

- Was hilft dem Betroffenen
- Was hilft dem Nächsten, seinen Mitbewohnern, seiner Familie  
Wie viel Ver-rücktheit hält der vermeintlich Normale aus?
- Was braucht die Gesellschaft  
Wann ist ordnungspolitisch Zwang erforderlich?
- Helfen Medikamente auf Dauer?
- Helfen Medikamente, Krisen zu verhindern?
- Geht es ganz ohne Medikamente

### 4.1. Was brauchen chronisch psychisch Kranke ....

Zu Beginn der Podiumsdiskussion wurde Frau Dr. Baumgarte angefragt, was chronisch psychisch kranke Menschen brauchen, insbesondere in Krisensituationen?

Frau Dr. Baumgarte arbeitet seit 38 Jahren als Ärztin in der Psychiatrie. Von daher hat sie auch die Zeiten der Verwahrrpsychiatrie miterlebt. Schon in dieser Zeit waren Verordnungen häufig Tatbestand von Klagen seitens der Patienten, was sie ausdrücklich befürwortet. Eine erste Klage habe die Verordnung von 1 mg Haldol betroffen.

Ihrer Ansicht nach ist eine reine medikamentöse Behandlung ein ärztlicher Kunstfehler. In jedem Falle müsse im weitesten Sinne Psychotherapie und Soziotherapie hinzukommen.

Aber, es gibt auch ein Recht auf Behandlung in akuten Situationen gegen den Willen des Patienten. Auf einer Tagung ‚Die subjektive Seite der Schizophrenie‘ haben Betroffene sich beschwert: Warum habt ihr nichts gemacht?!

Eine ähnliche Ambivalenz: Stellen wir die Forensik in Frage, müssen wir uns aber auch fragen: Was halten wir, was hält die Gesellschaft aus?

Auf jeden Fall räche es sich aber, wenn man Patienten belügt.

Frau Dr. Baumgarte berichtete von der Ethik-Kommission im KKH Gummersbach als gelungenes Beispiel, Beschwerden zuzulassen und mehr Transparenz zu schaffen. Die Arbeit der Kommission wurde von Seiten der Mitarbeitenden und den Ärzten als entlastend erfahren. Auch in der Somatik hat die Arbeit der Ethik-Kommission Bedeutung gehabt.

Allerdings habe die neue Klinikleitung die extern besetzte Ethik-Kommission ausgesetzt.

In der Praxis, insbesondere auch in Einrichtungen erlebt Frau Dr. Baumgarte Angst davor, Medikamente zu verringern; besonders stark in Einrichtungen der Altenhilfe.

Nach Ansicht von Frau Dr. Baumgarte erhielten chronisch psychisch Kranke immer noch viel zu viel Medikamente. Mehr als 5 Medikamente – egal welcher Art – sind zu viel!

Sie appellierte an die Mitarbeitenden in den Einrichtungen: Sprechen Sie die Ärzte an; bitten um Reduzierung der Medikamente! Hierzu gab es Widerspruch aus dem Plenum. Mitarbeitende von Einrichtungen und sozialen Diensten bekämen häufig immer noch die ‚ärztliche Arroganz‘ zu spüren. ‚*Sie wüssten schon für die Patienten gut ist.*‘

### 4.2. Diskussion / Statements

- Die Reduzierung von Medikamenten sei natürlich tatsächlich ein hochkomplexer Vorgang. Bei einer Reihe von Verordnungen müsse dies stationär eingeleitet werden. Vor allem aber müsse die Reduzierung / das Absetzen der Medikamente auf Augenhöhe stattfinden. Man muss über die auftretenden Veränderungen mit dem Patienten im Gespräch bleiben.
- Wichtig ist der Erhalt der Autonomie und Selbstbestimmung des Patienten. Obdachlosigkeit und auch Verwahrlosung müssen nicht zur Zwangsbehandlung und Entmündigung führen.
- Klienten kommen aus Einrichtungen zu früh in die Klinik; Zeit zur Beratung und Prüfung der Gründe sei wichtig; vor allem aber auch die Entlastung der Mitarbeitenden durch die Klärung, wer wofür die Verantwortung trägt.
- Schulung von Mitarbeitenden und Erarbeiten von Deeskalationsprogrammen werde als hilfreich erlebt, um zu frühzeitige Einweisungen zu verhindern.
- Auch in Krisen kann und muss mit den gesunden Anteilen gearbeitet werden.



Fortsetzung **4.2. Diskussion / Statements** (Podiumsdiskussion)

- Den Mitarbeitenden im Klinischen Bereich fehlt meistens der ganzheitliche Blick. Sie erleben den Patienten nur im kranken Zustand. Der Patient nimmt die Ärzte auf eine bestimmte Art wahr und begegnet ihnen entsprechend.
- Eine Teilnehmerin beschrieb Zwangseinweisungen und Fixierungen in der Krise als schwer traumatisierend. Zumindest die nachfolgende Behandlung sollte mit Einwilligung freiwillig erfolgen.
- Frau Osterfeld erläuterte ihre Patientenverfügung: Ohne Zustimmung keine Medikamente!
- Frau Krieger erläuterte den „Werdenfelser Weg“, der im Oberbergischen Kreis auf Initiative des AG Gummersbach beschritten wird, als eine Möglichkeit, auf Fixierungen in Heimen möglichst zu verzichten.
- Wer sind die wirklich schwierigen Patienten? Auffälliges Verhalten gehört sicherlich dazu. Aber wirklich schwierig sind diejenigen, die glauben, dass alleine der Arzt helfen kann. Selbst der Arzt kann den Menschen nicht neu machen, auch wenn wir das gerne wollten.

Seitens Herrn Müllers Betreuungsstelle Gummersbach wurde darauf hingewiesen, dass bei Betroffenen wie auch Dritten, obwohl das Betreuungsgesetz nun schon 20 Jahre alt ist, immer noch die Meinung vorherrsche, dass die Bestellung eines Betreuers gleichbedeutend mit der Entmündigung des Betreuten sei.

Problematisch sei auch der Gebrauch von hierarchischen Begriffen, wie z. B. ‚unter Betreuung stehen‘. Wir sollten damit vorsichtiger umgehen. Darin läge die Gefahr der Zementierung der Ungleichheit; ein Agieren auf Augenhöhe von Betreutem und Betreuer wird dadurch erschwert. Betreuer würden von Dritten immer wieder auch in die Rolle gedrängt, früher zu handeln. Durch die hierarchische Wertung wird auf Betreuer Druck ausgeübt, den Betreuten zu entmündigen und in seinen Entscheidungsrechten zu beschneiden.

Die beschriebene Problematik des Betreuungsrechts könnte Thema einer weiteren interessanten Tagung in 2013 werden, merkte der Moderator an.

## **5. Tagungsabschluss**

Anknüpfend an die Gedanken zur Begrüßung, dass die Schwelle zwischen Irrtum und Krankheit fließend sei, meinte Herr Baumann, dass wir nach den vielen Anregungen dieser Tagung alle gut daran tun, sehr genau hin zu schauen, was wann zu tun ist. Die Welt ist nicht immer so einfach, wie wir sie machen.

Den Referentinnen, aber auch den an der Vorbereitung und Durchführung beteiligten Mitarbeitenden, besonders aber auch den Teilnehmern dankte der Moderator herzlich für ihre ausgesprochen hohe Konzentration und engagierte Mitarbeit.

Wiehl, den 16.02.2013

Heinz-Joachim Baumann, Leiter der Einrichtung

**Anm.: Die Teile zu den Referaten wurden von Frau Osterfeld und Frau Krieger gründlich überarbeitet. Dafür noch mal herzlichen Dank!**