



# BUNDESGERICHTSHOF

## BESCHLUSS

XII ZB 381/19

vom

15. Januar 2020

in der Unterbringungssache

Nachschlagewerk: ja

BGHZ: ja

BGHR: ja

BGB § 1906 a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1

- a) Als notwendig können nur ärztliche Zwangsmaßnahmen angesehen werden, deren Durchführung einem breiten medizinisch-wissenschaftlichen Konsens entspricht. Derartiger Konsens kann sich namentlich in wissenschaftlichen Stellungnahmen des Beirats der Bundesärztekammer sowie durch medizinische Leitlinien äußern.
- b) Falls der an Schizophrenie leidende Betreute einer Elektrokonvulsionstherapie/Elektrokrampftherapie (EKT) ausdrücklich widerspricht, ist die Einwilligung des Betreuers in deren zwangsweise Durchführung im Regelfall nicht genehmigungsfähig.

BGH, Beschluss vom 15. Januar 2020 - XII ZB 381/19 - LG Heidelberg  
AG Heidelberg

Der XII. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs hat am 15. Januar 2020 durch den Vorsitzenden Richter Dose und die Richter Schilling, Dr. Günter, Dr. Nedden-Boeger und Guhling

beschlossen:

Auf die Rechtsbeschwerde der weiteren Beteiligten zu 3 wird der Beschluss der 2. Zivilkammer des Landgerichts Heidelberg vom 29. Juli 2019 aufgehoben.

Auf die Beschwerde des Betroffenen und der weiteren Beteiligten zu 3 wird der Beschluss 2/2 des Amtsgerichts Heidelberg vom 11. Juni 2019 abgeändert. Der Antrag des weiteren Beteiligten zu 5 auf gerichtliche Genehmigung seiner Einwilligung zur zwangsweisen Durchführung einer Elektrokonvulsionstherapie nebst Einleitung einer Narkose, notfalls unter Fixierung, wird zurückgewiesen.

Das Verfahren der Rechtsbeschwerde ist gerichtskostenfrei. Die in den Rechtsmittelverfahren entstandenen notwendigen außergerichtlichen Kosten des Betroffenen und der weiteren Beteiligten zu 3 werden der Staatskasse auferlegt.

Gründe:

I.

- 1 Der 26jährige Betroffene leidet nach den getroffenen Feststellungen an einer chronifizierten paranoiden Schizophrenie, begleitet von psychotischen Symptomen wie Wahnvorstellungen und Halluzinationen, einer Autismusspekt-

rumstörung sowie einem ausgeprägten Todeswunsch. In einer Patientenverfügung vom 24. Oktober 2015 hatte er vorrangig intensive Psychotherapie gewünscht und nur nachrangig Behandlung mit Neuroleptika, deren Dosierung so niedrig wie möglich gehalten werden solle, wobei nicht auf eine komplette Rückbildung der Positiv-Symptome gezielt werden solle, sondern auf gute kognitive Funktionen.

- 2            Seit Februar 2018 war er wiederholt untergebracht und wurde - überwiegend zwangsweise - unter anderem mit den Medikamenten Risperidon, Aripiprazol, Cariprazin, Amisulprid, Clozapin sowie zuletzt Haloperidol Decanoat Depot und Quetiapin behandelt, ohne dass sich eine signifikante Verbesserung der Symptomatik zeigte. Zuletzt empfahl der Sachverständige B. eine zwangsweise Weiterbehandlung mit Aripiprazol.
  
- 3            Nachdem die behandelnden Ärzte Zweifel geäußert hatten, dass eine weitere Behandlung mit dem Medikament Aripiprazol erfolgsversprechend sei, hat das Amtsgericht den Sachverständigen F. mit der Erstattung eines neuen Gutachtens beauftragt. Nach dessen Ausführungen ist zur Vermeidung einer weiteren Zerstörung des Nervengewebes eine Behandlung mit Clozapin erforderlich; bei Verweigerung dessen Einnahme verbleibe die Möglichkeit einer Medikation mit Haloperidol Decanoat Depot sowie der Durchführung einer Elektrokonvulsionstherapie (EKT), während eine Fortbehandlung mit Aripiprazol nicht zielführend sei. Sollte die Durchführung einer Elektrokonvulsionstherapie nicht möglich sein, verbleibe aus Sicht des Gutachters nur die längerfristige Unterbringung, um selbstschädigende Verhaltensweisen zu verhindern.
  
- 4            Die behandelnde Universitätsklinik (Beteiligte zu 1) lehnt eine zwangsweise Durchführung der Elektrokonvulsionstherapie unter Abwägung ihrer krankheitsbezogen nicht gesicherten Evidenz mit dem Grundrecht des Patien-

ten auf körperliche Unversehrtheit generell ab und hält sie im konkreten Fall auch nicht für erfolgversprechend. Sie verweist auf die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des Arzt-Patienten-Verhältnisses und äußert die Besorgnis, dass es nicht bei der einmaligen EKT-Serie bleibe, sondern - gegebenenfalls lebenslange - Erhaltungs-EKT erforderlich würden.

5 Auf Antrag des Beteiligten zu 5, des berufsmäßigen Betreuers für den Aufgabenkreis Gesundheitsorge, Aufenthaltsbestimmung und ärztliche Zwangsmaßnahmen, hat das Amtsgericht die medikamentöse Zwangsbehandlung mit Haloperidol Decanoat Depot bis längstens 13. Juli 2019 genehmigt. Mit weiterem Beschluss vom 11. Juni 2019 hat es die Einwilligung des Betreuers in die Durchführung einer Elektrokonvulsionstherapie in Form der elektrischen Auslösung von sechs großen zerebralen Anfällen mithilfe von uni- oder alternativ bilateral angelegten Elektroden (richtig: Elektroden) innerhalb von zwei Wochen, außerdem die Einleitung einer Narkose durch Anästhesisten unter Verwendung eines regelgerechten Anästhetikums und - wenn der Betroffene von den ärztlichen Maßnahmen nicht überzeugt werden kann - die Anwendung von Gewalt (Festhalten, 3- bis 5-Punkt-Fixierung) genehmigt.

6 Dagegen haben der Betroffene und seine Mutter (Beteiligte zu 3), die als Betreuerin für den Aufgabenkreis der Vermögenssorge bestellt ist, Beschwerde eingelegt, welche das Landgericht zurückgewiesen hat. Hiergegen richtet sich die Rechtsbeschwerde der Mutter.

## II.

7 Die zulässige Rechtsbeschwerde ist begründet.

8           1. Die Rechtsbeschwerde ist gemäß § 70 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 i.V.m. § 312 Satz 1 Nr. 1 FamFG statthaft und auch im Übrigen zulässig. Die Rechtsbeschwerdebefugnis der Mutter des Betroffenen im eigenen Namen folgt aus der im Rechtsbeschwerdeverfahren entsprechend anzuwendenden Vorschrift des § 335 Abs. 1 Nr. 1 FamFG, wonach das Recht der Beschwerde im Interesse des Betroffenen unter anderem dessen Eltern zusteht, wenn der Betroffene bei diesen lebt oder bei Einleitung des Verfahrens gelebt hat. Das ist hier bezüglich der Mutter des Betroffenen der Fall.

9           2. Das Landgericht hat zur Begründung seiner Entscheidung ausgeführt: Die Behandlung der Erkrankung sei erforderlich, um einen drohenden erheblichen Gesundheitsschaden des Betroffenen abzuwenden. Blicke die Erkrankung unbehandelt, würde sie den Betroffenen weiterhin von der Führung eines eigenständigen Lebens abhalten und es komme im Laufe von Jahren zu einer weiteren unwiederbringlichen Zerstörung von Nervengewebe mit der Folge einer Zunahme von Symptomen wie Affektverflachung, Apathie, Antriebsdefizit, Verlangsamung im Denken und Handeln, kognitiven Einbußen sowie residualen schizophrenen Symptomen. Die Behandlung mit Elektrokonvulsionstherapie/ Elektrokrampftherapie (EKT) sei erfolgsversprechend. Sie entspreche der S3-Leitlinie Schizophrenie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), wonach die EKT als "add-on EKT" in Ergänzung zu einem Neuroleptikum bei Menschen mit einer (behandlungsresistenten) Schizophrenie zu kurzfristigen und langfristigen symptomatischen Verbesserungen geführt habe, die einer Behandlung mit Nicht-Clozapin-Antipsychotika überlegen seien. Eine Verbesserung der Gesamtsymptomatik bringe auch die Chance mit sich, dass Neuroleptika, die vorher nicht angesprochen hätten, nunmehr wegen der Veränderung verschiedener Neurotransmittersysteme und neurotroper Effekte eine Wirkung zeigten. Dass es keine Zahlen über die generelle Erfolgsquote einer EKT bei Schizo-

phreniepatienten gebe, sei hier unschädlich, weil die Empfehlungen der S3-Leitlinien dahin gingen, dass bei eindeutiger medikamentöser Behandlungsresistenz, wie sie bei dem Betroffenen vorliege, eine EKT zur Augmentierung mit dem Ziel der Verbesserung des klinischen Gesamtzustands angeboten werden sollte. Sofern der Betroffene neben der Schizophrenie noch an einer Autismus-Spektrum-Störung (ASS) leide, stelle dies die Diagnose der Schizophrenie, die den Einsatz der EKT erfordere, nicht in Frage.

10           Der drohende erhebliche gesundheitliche Schaden könne derzeit auch nicht durch andere, weniger belastende Maßnahmen abgewendet werden. Zu einer freiwilligen Mitarbeit im Rahmen einer Psychotherapie sei der Betroffene weder bereit noch seien diese Maßnahmen erfolgversprechend. Durch weitere neuroleptische Behandlung könne keine hinreichende Besserung der Symptomatik erreicht werden. Das zur Behandlung bei Therapieresistenz noch vorgesehene Medikament Clozapin stehe nur oral zur Verfügung und könne daher nicht zwangsweise verabreicht werden. Auch die repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) stelle keine Alternative dar, weil das Verfahren noch kein etabliertes Regelverfahren darstelle.

11           Der zu erwartende Nutzen der augmentierenden EKT überwiege die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich. Die Risiken lägen im Wesentlichen im Narkoserisiko mit einem Mortalitätsrisiko von 1:50.000 Einzelbehandlungen. Die Hauptnebenwirkungen seien vorübergehende kognitive Defizite und Gedächtnisstörungen, namentlich bezüglich Erlebnissen in zeitlicher Nähe zur EKT, vereinzelt auch bezüglich einiger autobiografischer Erinnerungen. Weiterhin könne es zu Kopfschmerzen, Muskelschmerzen und Übelkeit kommen. Dem stehe als gewichtigerer Vorteil gegenüber, dass eine Verbesserung der Symptomatik erreicht werden könne, die dann wieder andere, z.B. medikamen-

töse Behandlungsmöglichkeiten eröffne, mit denen die ansonsten drohende weitere Verschlechterung des Zustands abgewendet werden könne.

12 Die Behandlung sei auch nicht wegen der "martialischen Wirkung" von in Vollnarkose ausgelösten Krampfanfällen unverhältnismäßig. Durch die zwangsweise Durchführung werde der Betroffene nicht stärker traumatisiert als durch die zwangsweise Verabreichung von Neuroleptika, die ebenfalls mit einer Fixierung einhergehen müsse. Die Nebenwirkungen von Neuroleptika erschienen auch höher als die der relativ nebenwirkungsarmen EKT.

13 Soweit der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer davon ausgehe, dass eine EKT gegen den natürlichen Willen des Betroffenen in der Regel unterbleibe, lasse dies Ausnahmen zu. Da der noch sehr junge Betroffene bei Nichtanwendung der EKT als austerapiert gelte und wegen seiner Suizidalität als Perspektive lediglich noch eine lebenslange geschlossene Heimunterbringung habe, sei in seinem Sonderfall von der Beiratsempfehlung abzuweichen.

14 Aufgrund seiner Erkrankung sei der Betroffene zu keiner freien Willensbildung in der Lage. Er könne die Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme nicht erkennen oder nach dieser Einsicht handeln. Auch seine Patientenverfügung spreche nicht gegen die Behandlung, da diese sich nur mit der Einnahme von Neuroleptika befasse, um die es hier jedoch nicht gehe. Dass der Betroffene sich bei Abfassung seiner Patientenverfügung auch zu einer möglichen Behandlung mit EKT Gedanken gemacht habe, sei nicht ersichtlich. Im Übrigen entspreche die EKT seinem in der Patientenverfügung geäußerten grundsätzlichen Wunsch einer Behandlung geringstmöglichen Umfangs bei bestmöglicher Wahrung der kognitiven Fähigkeiten. Erfolgreiche ärztliche Überzeugungsversuche seien hinreichend durchgeführt.

- 15                    3. Dies hält einer rechtlichen Nachprüfung nicht stand.
- 16                    a) Wie das Landgericht im Ausgangspunkt zutreffend erkannt hat, handelt es sich bei der EKT um eine Behandlungsmaßnahme, die der Einwilligung bedarf (vgl. allgemein bereits BGH Urteil vom 10. Mai 1966 - VI ZR 251/64 - NJW 1966, 1855).
- 17                    Anstelle des Betreuten kann der Betreuer in eine im Rahmen einer zivilrechtlichen Unterbringung erfolgende ärztliche Zwangsmaßnahme einwilligen, wenn die in § 1906 a Abs. 1 Satz 1 BGB aufgezählten Voraussetzungen kumulativ vorliegen. Bei der Ausgestaltung dieser Voraussetzungen hatte der Gesetzgeber im Blick, dass es sich bei einer solchen Zwangsbehandlung wegen des mit ihr verbundenen erheblichen Eingriffs in das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit, das auch das Recht auf Selbstbestimmung hinsichtlich der körperlichen Integrität schützt, nur um die ultima ratio handeln darf. Die Anwendung dieses letzten Mittels kommt insbesondere in Situationen drohender erheblicher Selbstgefährdung und nur bei Betroffenen in Betracht, die aufgrund psychischer Krankheit oder geistiger oder seelischer Behinderung selbst einwilligungsunfähig sind. Zudem erfordert der mit einer Zwangsbehandlung regelmäßig verbundene schwerwiegende Grundrechtseingriff eine strikte Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes (Senatsbeschluss BGHZ 201, 324 = FamRZ 2014, 1358 Rn. 8, 10).
- 18                    b) Gemäß § 1906 a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 BGB muss die ärztliche Zwangsmaßnahme zum Wohl des Betreuten notwendig sein, um einen drohenden erheblichen gesundheitlichen Schaden abzuwenden. Denn die Überwindung des entgegenstehenden natürlichen Willens des Betreuten im Wege der Zwangsbehandlung kann schon im Ansatz nur dann gerechtfertigt sein, wenn es gilt, gewichtige gesundheitliche Nachteile des Betreuten zu verhindern. Umgekehrt ist

der natürliche Wille des Betreuten zu respektieren, wenn auch bei Unterbleiben der Behandlung keine wesentlichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erwarten sind (Senatsbeschluss BGHZ 201, 324 = FamRZ 2014, 1358 Rn. 12 mwN).

19 Ausfluss des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes ist weiterhin das Erfordernis, dass der drohende erhebliche gesundheitliche Schaden durch keine andere den Betreuten weniger belastende Maßnahme abgewendet werden kann (§ 1906 a Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 BGB). Eine solche kann etwa in einer alternativen Behandlungsmethode zu sehen sein, die nicht dem natürlichen Willen des Betreuten widerspricht und ebenfalls das mit der Zwangsbehandlung verfolgte Behandlungsziel herbeizuführen vermag, aber auch in sonstigen, die Behandlung entbehrlich machenden Maßnahmen (Senatsbeschluss BGHZ 201, 324 = FamRZ 2014, 1358 Rn. 13 mwN).

20 Auch wenn diese Voraussetzungen vorliegen, ist die Zwangsbehandlung nur verhältnismäßig, sofern der von ihr zu erwartende Nutzen die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegt (§ 1906 a Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 BGB). Dem zu erwartenden Behandlungserfolg sind die mit der Behandlung verbundenen Neben- und Auswirkungen einschließlich der möglichen Komplikationen gegenüberzustellen und Nutzen und Beeinträchtigungen gegeneinander abzuwägen (Senatsbeschluss BGHZ 201, 324 = FamRZ 2014, 1358 Rn. 14 mwN).

21 c) Nach diesen Maßstäben liegen die Voraussetzungen für eine Genehmigung der Einwilligung des Betreuers in die zwangsweise Durchführung einer EKT nicht vor. Es fehlt bereits an der Notwendigkeit der Maßnahme im Sinne von § 1906 a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 BGB.

22 aa) Das vom Gesetz geforderte Merkmal der Notwendigkeit setzt eine feststehende medizinische Indikation voraus, und zwar sowohl hinsichtlich

der ärztlichen Maßnahme als solcher wie auch hinsichtlich ihrer gegebenenfalls zwangsweisen Durchführung (Palandt/Götz BGB 79. Aufl. § 1906 a BGB Rn. 3 f.).

23            Dabei beurteilt sich die Notwendigkeit einer Maßnahme nicht am Maßstab des subjektiven "Behandlungsoptimismus" des jeweiligen Behandlers oder Gutachters, sondern nach objektivierten, evidenzbasierten Notwendigkeitskriterien. Dem Begriff der Notwendigkeit als Rechtfertigung für eine Zwangsmaßnahme wohnt nämlich inne, dass es sich bezogen auf die konkrete Erkrankung um eine geeignete Behandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst gemäß den anerkannten medizinischen Standards handeln muss. Wegen der Schwere des mit einer Zwangsbehandlung verbundenen Grundrechtseingriffs muss sich deren Durchführung auf einen breiten medizinisch-wissenschaftlichen Konsens stützen können, und zwar sowohl was die Therapie als solche betrifft als auch deren spezielle Durchführungsform im Wege der Zwangsbehandlung gegen den Widerstand des Patienten. Eine Behandlungsform, die nicht breitem medizinischen Konsens entspricht, mag dem Patienten in ärztlicher Verantwortung angeboten, darf aber nicht mit staatlicher Gewalt gegen seinen Willen zwangsweise durchgeführt werden.

24            Von einem tragfähigen medizinisch-wissenschaftlichen Konsens ist namentlich dann auszugehen, wenn die vorgesehene Behandlung den evidenzbasierten Handlungsempfehlungen eines institutionalisierten Expertengremiums entspricht. Dem dienen die Stellungnahmen des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer ebenso wie die von den führenden medizinischen Gesellschaften erstellten Leitlinien, welche den - nach definiertem, transparent gemachtem Vorgehen erzielten - Konsens zu bestimmten ärztlichen Vorgehensweisen wiedergeben und denen deshalb die Bedeutung wissenschaftlich begründeter Handlungsempfehlungen zukommt (vgl. Beschlüsse der Vorstände

von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung, Deutsches Ärzteblatt 94 [1997], A-2154-2155).

25           bb) Die in Bezug auf die EKT veröffentlichten Stellungnahmen und Leitlinien vermitteln hingegen keinen medizinisch-wissenschaftlichen Konsens, der die zwangsweise Durchführung dieser Maßnahme bei dem an Schizophrenie leidenden Betroffenen rechtfertigen könnte.

26           (1) Nach der auch vom Beschwerdegericht herangezogenen Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer zur Elektrokrampftherapie (EKT) als psychiatrische Behandlungsmaßnahme (Deutsches Ärzteblatt 100 [2003], A-504-506) gehört die EKT zwar zu den wissenschaftlich anerkannten Behandlungsmaßnahmen. Sie beruht im Wesentlichen darauf, dass in Narkose und unter Muskelrelaxation durch eine kurze elektrische Reizung des Gehirns ein generalisierter Krampfanfall ausgelöst wird, durch den es zu zahlreichen neurochemischen Veränderungen kommt. Dies stellt aus therapeutischer Sicht für bestimmte psychiatrische Erkrankungen, hauptsächlich Depressionen, die bestmögliche Behandlung dar, die im Verhältnis zum angestrebten Therapieerfolg mit einem geringen Risiko verbunden ist und unter Umständen lebensrettend sein kann.

27           (2) Die Anwendung der EKT setzt nach der Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats allerdings voraus, dass bei gegebener medizinischer Grundindikation auch der Wunsch des Patienten berücksichtigt wird. Dies gilt aus medizinischer Sicht unabhängig von der Einwilligungsfähigkeit des Patienten, denn die Stellungnahme schließt damit, dass, falls der vom Gericht eingesetzte Betreuer der EKT zustimmt, der Patient der EKT jedoch ausdrücklich widerspricht, im Regelfall auf die EKT verzichtet wird.

- 28            Im Anschluss an diese restriktive Grundlegung in Bezug auf die Überwindung eines der EKT entgegenstehenden Patientenwillens geht gleichermaßen die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) von dem Grundsatz aus, dass sich EKT-Behandlungen gegen den natürlichen Willen des Patienten auf Ausnahmefälle beschränken (S3-Leitlinie "Unipolare Depression" 2. Aufl. 2015 S. 120, abrufbar unter <https://www.awmf.org>).
- 29            Nach medizinisch-wissenschaftlichem Verständnis liegt die Bedeutung der Zustimmung des Patienten zur EKT mithin nicht allein auf rechtlicher Ebene in Gestalt der Behandlungseinwilligung, welche bei fehlendem freiem Willen ersatzweise vom Betreuer erteilt werden könnte. Vielmehr bewirkt der manifestierte Widerstand des Patienten als Ausprägung seines entgegenstehenden natürlichen Willens im Regelfall bereits einen medizinischen Hinderungsgrund - sei es, dass der Behandlungserfolg eine entsprechende Bereitschaft des Patienten voraussetzt, sei es, um Traumatisierungen zu vermeiden und das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient nicht zu verschlechtern, sei es aus medizinisch-ethischen Erwägungen -, so dass die Durchführung der Behandlung gegen den ausdrücklichen Widerspruch des Patienten regelmäßig schon nicht anerkannten medizinischen Standards entspricht. An diesem medizinisch-wissenschaftlichen Konsens ändert nichts, dass in der medizinischen Diskussion vereinzelt auch abweichende Auffassungen vertreten werden (vgl. etwa Besse/Methfessel/Wiltfang/Zilles Der Nervenarzt 88 [2017], 46-52).
- 30            Da die Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats allerdings (nur) ein Regel-Ausnahme-Verhältnis beschreibt, sind - wie das Landgericht im Ansatz zutreffend erkannt hat - auch Fälle denkbar, bei denen die Durchführung einer EKT gegen den Widerstand des Patienten kunstgerecht sein kann, etwa in einer akut lebensbedrohlichen Situation mit entsprechender Notfallindikation

(vgl. Popp Zwangsbehandlung von psychisch Kranken im Betreuungsrecht S. 157; Marschner/Lesting/Stahmann Freiheitsentziehung und Unterbringung 6. Aufl. Kapitel B Rn. 227; offener AG Bünden BtPrax 2019, 120, 121 f.; vgl. auch Dodegge FamRZ 1996, 74, 77).

31           (3) Entgegen der Auffassung des Landgerichts ist danach im vorliegenden Fall eine Zwangsbehandlung des Betroffenen durch EKT nicht gerechtfertigt.

32           (a) Nach den getroffenen Feststellungen leidet der Betroffene an einer (nicht katatonen und nicht akut exazerbierten) paranoiden Schizophrenie. Gemäß der veröffentlichten Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer handelt es sich hierbei bereits nicht um eine Erkrankung, für die die EKT als Therapie der ersten oder zweiten Wahl indiziert ist. Danach ist nämlich die EKT als Therapie der ersten Wahl nur indiziert für bestimmte schwere Formen der Depression sowie bei akuter lebensbedrohlicher (perniziöser) Katatonie, als Therapie der zweiten Wahl für therapieresistente, nicht lebensbedrohliche Katatonien und andere akut exazerbierten schizophrenen Psychosen nach erfolgloser Neuroleptikabehandlung, sowie bei therapieresistenten Major Depressionen und Manien nach bestimmter erfolgloser Vorbehandlung. Das hier vorliegende Krankheitsbild einer nicht katatonen und nicht akut exazerbierten Schizophrenie fällt nicht darunter.

33           Zwar ist auch die weitere medizinische Fortentwicklung seit der in 2003 veröffentlichten Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats in den Blick zu nehmen. So ist in der ebenfalls vom Landgericht herangezogenen S3-Leitlinie "Schizophrenie" der DGPPN (Stand: 15. März 2019, S. 94 ff., abrufbar unter <https://www.awmf.org>) zum einen ausgeführt, dass die EKT auch in der Behandlung der Schizophrenie bei vorliegender schwerer depressiver Verstimmung

mung mit Suizidalität indiziert ist. Ein depressives Krankheitsbild ist indessen - auch im Hinblick auf den beim Betroffenen langjährig bestehenden Todeswunsch im Wege einer im Ausland vorzunehmenden assistierten Sterbehilfe - nicht festgestellt.

34            Zum anderen kommt die Leitlinie nach Auswertung neuerer Studien zu dem Ergebnis, dass die EKT eine Behandlungsalternative bei Schizophrenie für den Fall medikamentöser Behandlungsresistenz darstellen kann, wie es hier der Fall ist. Auf Grundlage der angeführten Studien wird mit dem "Empfehlungsgrad B" die Empfehlung ausgesprochen, dass bei eindeutiger medikamentöser Behandlungsresistenz nach adäquater Therapie in ausreichender Dosis und Zeitdauer eine EKT zur Augmentierung mit dem Ziel der Verbesserung des klinischen Gesamtzustands angeboten werden sollte.

35            Da die Leitlinie insoweit allerdings nur eine Angebotsempfehlung ausspricht und nicht etwa - wie bei perniziöser Katatonie (vgl. S. 162 der Leitlinie) - eine Durchführungsempfehlung (zur begrifflichen Ausdifferenzierung der Empfehlungsformen vgl. Nast/Sporbeck/Jacobs/Erdmann/Roll/Sauerland/Rosumeck Deutsches Ärzteblatt 110 [2013] S. 663, 665), die Angebotsempfehlung außerdem - anders als etwa bei perniziöser Katatonie - nur auf mittlerer Evidenzstufe und Empfehlungsstärke mit dem "Empfehlungsgrad B" ausgesprochen ist, vermittelt sie keinen hinreichend breiten medizinisch-wissenschaftlichen Konsens darüber, dass die EKT bei Schizophrenie mit medikamentöser Behandlungsresistenz entgegen der restriktiven Grundregel ausnahmsweise auch dann durchzuführen sei, wenn der Patient ausdrücklich widerspricht. Anders als etwa die S3-Leitlinie "Unipolare Depression" (vgl. dort S. 120) enthält die S3-Leitlinie "Schizophrenie" keine Empfehlung dazu, die Behandlung ausnahmsweise gegen den ausdrücklichen Willen und Widerstand des Patienten durchzuführen. Als Rechtfertigungsgrund für eine derartige Empfehlung fehlt es aktuell nämlich,

wovon auch das Landgericht im Anschluss an das Sachverständigengutachten ausgegangen ist, bereits an wissenschaftlich ausreichenden Erkenntnissen über die Ansprechraten der EKT bei Schizophreniepatienten. In seinem zuletzt erstellten Gutachten hat der Sachverständige unter Bezugnahme auf neuere Studien vielmehr ausdrücklich auf "gewisse Einschränkungen der Erfolgsaussichten" hingewiesen (vgl. auch Bayerlein in Schmidt/Bayerlein/Mattern/Ostermann *Betreuungspraxis und psychiatrische Grundlagen* Rn. 514).

- 36 (b) Entgegen der Annahme des Landgerichts begründet es auch keinen die Zwangsbehandlung rechtfertigenden Ausnahmefall, dass der noch junge Betroffene bei Nichtanwendung der EKT als austherapiert gelte und wegen seiner Suizidalität als Perspektive lediglich noch eine lebenslange geschlossene Heimunterbringung habe. Denn damit sind im Wesentlichen lediglich die Voraussetzungen beschrieben, unter denen die EKT bei Schizophrenie überhaupt eine Behandlungsalternative darstellt und "angeboten" werden kann. Selbst wenn das Landgericht trotz der vom Sachverständigen zuletzt beschriebenen Einschränkungen der Erfolgsaussichten davon ausgeht, dass die Behandlung mit EKT erfolgsversprechend sei und der von ihr zu erwartende Nutzen die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiege, fehlt es an einem hinreichend breiten medizinisch-wissenschaftlichen Konsens darüber, diese Art der Behandlung bei der vorliegenden Erkrankung auch zwangsweise gegen den Widerstand des Patienten einzusetzen.

37                    4. Der angefochtene Beschluss kann daher keinen Bestand haben. Der Senat kann in der Sache abschließend entscheiden, da weitere Feststellungen nicht zu treffen sind.

Dose

Schilling

Günter

Nedden-Boeger

Guhling

Vorinstanzen:

AG Heidelberg, Entscheidung vom 11.06.2019 - W 4018 XVII 71/18 -

LG Heidelberg, Entscheidung vom 29.07.2019 - 2 T 35/19 -