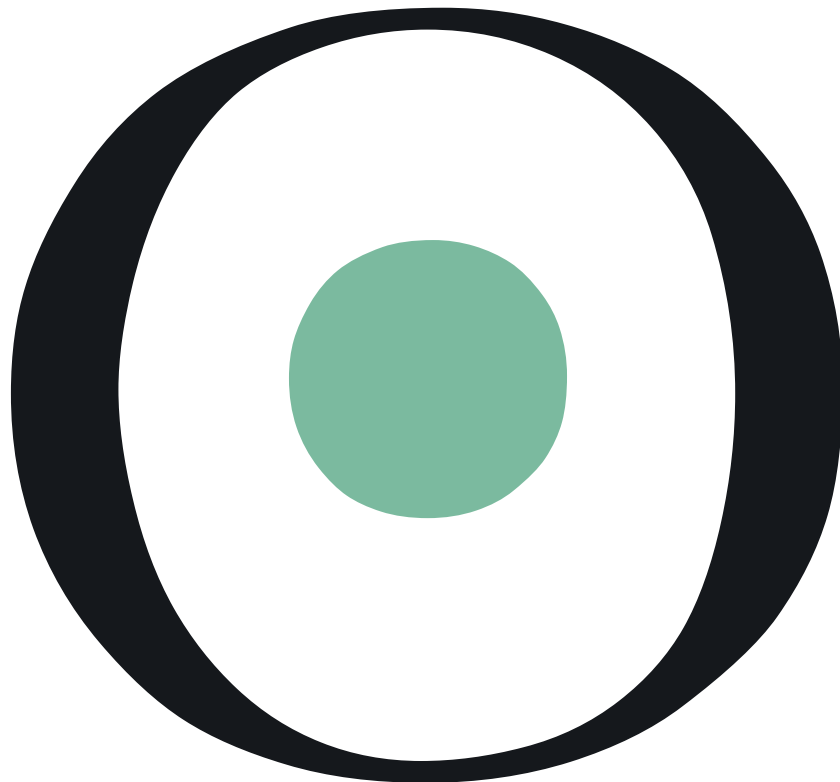


# Ombudsman

Contrôle Externe des Lieux Privatifs de Liberté



Recommandation n°2

## **Les mesures de contrainte en milieu psychiatrique**

Avril 2025



## Résumé

Les mesures de contrainte appliquées dans certaines situations cliniques aiguës occupent une place particulièrement sensible en milieu psychiatrique. Leur usage soulève des questions en termes de proportionnalité, de justification médicale et légale, et d'impact sur la dignité humaine et le rétablissement des patients.

Après son rapport de visite dressé sur les unités psychiatriques infanto-juvéniles, le CELPL a souhaité analyser de manière plus approfondie les mesures de contrainte appliquées en milieu psychiatrique de manière générale.

A cette fin, la présente recommandation contient une évaluation de la conformité du droit interne et des pratiques instaurées dans les différents hôpitaux psychiatriques par rapport aux normes internationales et un rapport d'expertise d'un expert indépendant afin d'apporter une analyse psychiatrique et médicale solide pour évaluer la pertinence et l'efficacité des méthodes employées.

Le rapport d'expertise analyse principalement si les mesures de contrainte appliquées sont conformes aux normes médicales internationales et aux directives éthiques et médicales relatives au traitement et aux soins des enfants, des adolescents et des adultes dans les établissements psychiatriques, si les mesures de contrainte appliquées respectent le principe de proportionnalité et si la durée des mesures de contrainte est conforme aux directives éthiques et médicales.

L'appréciation du cadre légal luxembourgeois montre notamment qu'il ne répond pas aux standards actuels en la matière. Ainsi, notamment les aspects suivants devraient être introduits ou modifiés dans le sens suivant :

- une atteinte aux droits fondamentaux (le placement involontaire dans un établissement psychiatrique) ne légitime en aucun cas toutes les atteintes ultérieures encore plus graves aux droits à l'autonomie ;
- les mesures de contrainte devraient être explicitement désignées dans la législation, des normes de qualité en matière de proportionnalité devraient être exigées et les institutions (y compris les tribunaux, le cas échéant) devraient être légalement tenues de fournir une documentation aussi complète et détaillée que possible ;
- le critère déterminant pour l'utilisation de la contrainte en psychiatrie devrait être l'incapacité à consentir, associée à un danger pour la personne elle-même ou pour des tiers qui en résulte ;
- renforcer, par la loi, la recherche et la prise en compte de la volonté des patients (adultes et mineurs).

En ce qui concerne la prise en charge médicale, le rapport d'expertise souligne les volets suivants :

- les institutions formelles ou informelles de « triologie » entre les professionnels, les personnes concernées et les proches pourraient constituer une plus-value ;

- l'aménagement d'une chambre d'isolement pourrait s'avérer utile pour éviter de recourir à une mesure de contention ;
- veiller à ce que les mesures de contention en gériopsychiatrie restent une mesure exceptionnelle ;
- envisager des mesures d'accompagnement (1 :1) pour éviter ou réduire la durée des mesures de contention ;
- améliorer la documentation des mesures de contention de manière générale et plus précisément en ce qui concerne les décisions médicales ordonnant ou prolongeant la mesure de contention et la motivation de la mesure, notamment en concrétisant le traitement agressif ayant mené à la mesure de contention ;
- veiller à ne pas banaliser les mesures de contention qui constituent une mesure exceptionnelle portant atteinte aux droits fondamentaux et qui doit être appliquée comme mesure de dernier recours ;
- veiller à ne pas appliquer une mesure de contention comme mesure disciplinaire et éviter qu'elle puisse être perçue comme telle.

L'expert souligne que les fixations documentées dans les dossiers transmis suscitent parfois des doutes quant à la proportionnalité des moyens utilisés et à leur durée. L'opinion éthique et juridique dominante selon laquelle les mesures de contrainte ne devraient être utilisées qu'en « dernier recours » pour éviter les situations de danger, se retrouve dans les instructions procédurales de tous les hôpitaux, mais à la lecture des dossiers des patients dans les hôpitaux de soins aigus, ce principe ne semble pas vraiment « vécu », laissant plutôt apparaître une culture de traitement dans laquelle les contentions sont considérées comme moyen relativement banal pour traiter les comportements anormaux et inadaptés.

En ce qui concerne la contention appliquée à l'aide de draps, l'expert soulève globalement la question si une autre variante de la fixation est judicieuse, étant donné que la fixation est souvent considérée comme superflue en pédopsychiatrie. Les limites entre une mesure thérapeutique ou de sécurité et une pédagogie autoritaire avec punition semblent floues et il peut en résulter un potentiel d'abus considérable dans la pratique.

De manière générale, il est recommandé aux cliniques de mettre systématiquement en œuvre des procédures fondées sur des données probantes pour éviter la contrainte et d'organiser des formations appropriées pour le personnel, si ce n'est pas encore le cas.

Afin de permettre une analyse et évaluation des mesures de contention, il est recommandé de mettre en place un groupe de travail collégial interdisciplinaire (service médical et service infirmier) des cliniques, au sein duquel les données quantitatives recueillies peuvent être échangées en toute confiance et analysées en commun.

Il est également recommandé d'introduire une prise en charge continue obligatoire pendant une mesure de contention dans la loi, qui devrait être financée séparément que ce soit en cas d'immobilisation ou pour empêcher l'immobilisation.

## **Zusammenfassung**

Zwangsmaßnahmen, die in bestimmten akuten klinischen Situationen angewendet werden, nehmen im psychiatrischen Umfeld einen besonders sensiblen Platz ein. Ihre Anwendung wirft Fragen in Bezug auf die Verhältnismäßigkeit, die medizinische und rechtliche Rechtfertigung und die Auswirkungen auf die Menschenwürde und die Genesung der Patienten auf.

Nach seinem Bericht über die psychiatrischen Abteilungen für Kinder und Jugendliche wollte der CELPL die Zwangsmaßnahmen, die in der Psychiatrie allgemein angewendet werden, eingehender untersuchen.

Zu diesem Zweck enthält die vorliegende Empfehlung eine Bewertung der Übereinstimmung des innerstaatlichen Rechts und der in den verschiedenen psychiatrischen Kliniken eingeführten Praktiken mit den internationalen Standards sowie ein Gutachten eines unabhängigen Experten, um eine fundierte psychiatrische und medizinische Analyse zur Beurteilung der Angemessenheit und Wirksamkeit der angewandten Methoden zu liefern.

Das Gutachten analysiert hauptsächlich, ob die angewandten Zwangsmaßnahmen den internationalen medizinischen Standards und den ethischen und medizinischen Richtlinien für die Behandlung und Betreuung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in psychiatrischen Einrichtungen entsprechen, ob die angewandten Zwangsmaßnahmen den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit einhalten und ob die Dauer der Zwangsmaßnahmen den ethischen und medizinischen Richtlinien entspricht.

Die Beurteilung des luxemburgischen Rechtsrahmens zeigt insbesondere, dass dieser nicht den aktuellen Standards in diesem Bereich entspricht. So sollten folgende Aspekte eingeführt oder in folgendem Sinne geändert werden:

- ein Grundrechtseingriff (die unfreiwillige Unterbringung in einer psychiatrischen Einrichtung) keinesfalls alle nachfolgenden, noch schwerwiegenderen Eingriffe in das Recht auf Selbstbestimmung legitimiert ;
- Zwangsmaßnahmen sollten in der Gesetzgebung ausdrücklich benannt werden, Qualitätsstandards für die Verhältnismäßigkeit sollten gefordert werden und die Einrichtungen (ggf. auch die Gerichte) sollten gesetzlich verpflichtet werden, eine möglichst umfassende und detaillierte Dokumentation vorzulegen ;
- Das entscheidende Kriterium für die Anwendung von Zwang in der Psychiatrie sollte die Einwilligungsunfähigkeit in Verbindung mit einer daraus resultierenden Gefahr für die Person selbst oder für Dritte sein ;
- die Erforschung und Berücksichtigung des Willens von Patienten (Erwachsene und Minderjährige) per Gesetz stärken.

In Bezug auf die medizinische Versorgung hebt das Gutachten folgende Komponenten hervor:

- Formelle oder informelle Institutionen des „Trials“ zwischen Fachkräften, Betroffenen und Angehörigen könnten einen Mehrwert darstellen;

- Die Einrichtung eines Isolationszimmers könnte sich als nützlich erweisen, um die Anwendung einer Zwangsmaßnahme zu vermeiden;
- darauf achten, dass Zwangsmaßnahmen in der Gerontopsychiatrie eine Ausnahmemaßnahme bleiben ;
- Begleitende Maßnahmen (1:1) zur Vermeidung oder Verkürzung der Dauer von Fixierungsmaßnahmen in Betracht ziehen ;
- die Dokumentation von Zwangsmaßnahmen allgemein und insbesondere in Bezug auf die ärztlichen Entscheidungen zur Anordnung oder Verlängerung der Zwangsmaßnahme und die Begründung der Maßnahme verbessern, insbesondere durch Konkretisierung der aggressiven Behandlung, die zu der Zwangsmaßnahme geführt hat ;
- darauf achten, dass Zwangsmaßnahmen nicht bagatellisiert werden, da sie eine außergewöhnliche Maßnahme darstellen, die in die Grundrechte eingreift und als letztes Mittel angewendet werden muss ;
- darauf achten, dass eine Zwangsmaßnahme nicht als Disziplinarmaßnahme angewendet wird und dass vermieden wird, dass sie als solche wahrgenommen werden kann.

Die in den übermittelten Akten dokumentierten Fixierungen lassen Zweifel an der Verhältnismäßigkeit der eingesetzten Mittel und ihrer Dauer aufkommen. Das vorherrschende ethische und rechtliche Prinzip, dass Zwangsmaßnahmen nur als „letztes Mittel“ zur Vermeidung von Gefahrensituationen eingesetzt werden sollten, findet sich in den Verfahrensanweisungen aller Krankenhäuser wieder, doch dieser Grundsatz scheint nicht wirklich „gelebt“ zu werden. Es sei eher eine Behandlungskultur zu erkennen, in der Fixierungen als relativ banales Mittel zur Behandlung von abnormalem und unangepasstem Verhalten angesehen werden.

In Bezug auf die mithilfe von Bettlaken angewandte Fixierung wirft der Experte die Frage auf, ob eine andere Variante der Fixierung sinnvoll ist, da die Fixierung in der Kinderpsychiatrie häufig als überflüssig angesehen wird. Die Grenzen zwischen einer therapeutischen oder sicherheitsorientierten Maßnahme und einer autoritären Pädagogik mit Bestrafung scheinen fließend zu sein, voraus sich in der Praxis ein erhebliches Missbrauchspotenzial ergeben kann.

Generell wird den Kliniken empfohlen, systematisch evidenzbasierte Verfahren zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen einzuführen und entsprechende Schulungen für das Personal durchzuführen, sofern dies noch nicht der Fall ist.

Um eine Analyse und Bewertung von Zwangsmaßnahmen zu ermöglichen, wird empfohlen, eine interdisziplinäre kollegiale Arbeitsgruppe (ärztlicher Dienst und Pflegedienst) der Kliniken einzurichten, in der die erhobenen quantitativen Daten vertrauensvoll ausgetauscht und gemeinsam analysiert werden können.

Des Weiteren wird empfohlen, eine verpflichtende kontinuierliche Betreuung während einer Fixierungsmaßnahme in das Gesetz aufzunehmen, die gesondert finanziert werden sollte, unabhängig davon, ob es sich um eine Fixierung oder um eine Maßnahme zur Verhinderung einer Fixierung handelt.

## Table des matières

|                                                                 |    |
|-----------------------------------------------------------------|----|
| Préface .....                                                   | 1  |
| Vorwort .....                                                   | 2  |
| 1. Analyse du droit interne et des normes internationales ..... | 3  |
| 2. Rapport d'expertise .....                                    | 18 |
| Literatur .....                                                 | 56 |

## Préface

Les mesures de contrainte appliquées dans certaines situations cliniques aiguës occupent une place particulièrement sensible en milieu psychiatrique. Leur usage soulève des questions en termes de proportionnalité, de justification médicale et légale, et d'impact sur la dignité humaine et le rétablissement des patients, raison pour laquelle le CELPL y porte une attention toute particulière dans ses rapports de visite.

Les normes internationales contiennent de nombreux principes en la matière : application de la mesure de contention en tant que mesure de dernier ressort, pour une durée aussi brève que possible, procéder à des réévaluations régulières, garantir une surveillance, de préférence permanente pendant la durée de la mesure, régir tous les types de contention et les critères de leur utilisation par la loi, etc.

Après sa mission au sein des psychiatries infanto-juvéniles en 2023/24, le CELPL avait ressenti le besoin d'évaluer de manière plus approfondie l'application de mesures de contention en milieu psychiatrique, notamment après avoir eu connaissance d'une pratique consistant à envelopper les patients mineurs dans des draps.

Cette méthode d'immobilisation des enfants a été présentée par l'établissement psychiatrique comme faisant partie du concept de traitement.

La présente recommandation comporte deux parties distinctes : En premier lieu, une évaluation du degré de conformité des pratiques et du cadre légal luxembourgeois par rapport aux normes internationales en la matière et un rapport d'expertise sollicité par le CELPL auprès d'un expert indépendant.

L'objectif de cette démarche est de constituer un complément pertinent à l'analyse des droits de l'homme menée par le CELPL, en apportant une analyse psychiatrique et médicale solide, afin d'évaluer la pertinence et l'efficacité des méthodes employées.

Dans le cadre de cette expertise, une analyse des dispositions légales actuelles au Luxembourg a également été effectuée, ainsi qu'une évaluation globale et neutre de la pratique actuelle dans les unités psychiatriques du Luxembourg. Les concepts de traitement de tous les établissements psychiatriques du pays - avec un accent important sur les mesures de contrainte chez les enfants, les adolescents et les adultes - ont été examinés en détail.

En outre, le CELPL a demandé une étude spécifique sur l'application de mesures de contrainte dans des cas concrets. Pour ce faire, deux cas de contention de l'année 2024 ont été sélectionnés dans chacun des cinq hôpitaux et les dossiers des patients concernés ont été demandés.

L'Ombudsman et l'équipe du CELPL remercient le Prof. Dr. med. Tilman Steinert pour son travail et la perspective précieuse qu'il apporte à ce sujet. Le CELPL espère que cette expertise servira de base à une réflexion continue et à l'amélioration des pratiques de soins psychiatriques au Luxembourg.

## **Vorwort**

Zwangsmaßnahmen, die in akuten klinischen Situationen angewendet werden, nehmen im psychiatrischen Umfeld einen besonders sensiblen Platz ein. Ihre Anwendung wirft Fragen in Bezug auf die Verhältnismäßigkeit, die medizinische und rechtliche Rechtfertigung sowie die Auswirkungen auf die Menschenwürde und die Genesung der Patienten auf, weshalb der CELPL ihnen in seinen Berichten besondere Aufmerksamkeit widmet.

Die internationalen Standards enthalten zahlreiche Grundsätze zu diesem Thema: Fixierungsmaßnahmen als letztes Mittel, für eine möglichst kurze Dauer, regelmäßige Neubewertungen, Gewährleistung einer, vorzugsweisen ständigen Überwachung, gesetzliche Regelung aller Arten von Fixierungen und der Kriterien für ihre Anwendung usw.

Nach seinem Einsatz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (2023/24) hatte der CELPL das Bedürfnis, die Anwendung von Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Einrichtungen eingehender zu analysieren, insbesondere nachdem er von einer Praxis erfahren hatte, bei der minderjährige Patienten in Bettlaken eingewickelt wurden. Diese Methode der Fixierung von Kindern wurde von der psychiatrischen Einrichtung als Teil des Behandlungskonzepts vorgestellt.

Die vorliegende Empfehlung besteht aus zwei Teilen: Zunächst eine Bewertung der Konformität der Praktiken und des rechtlichen Rahmens in Luxemburg mit den einschlägigen internationalen Standards und anschließend ein vom CELPL bei einem unabhängigen Sachverständigen in Auftrag gegebenes Gutachten.

Ziel dieses Vorgehens ist es, eine relevante Ergänzung zu der vom CELPL durchgeführten Menschenrechtsanalyse darzustellen, indem eine fundierte psychiatrische und medizinische Analyse eingebracht wird, um die Relevanz und Wirksamkeit der angewandten Methoden zu bewerten.

Im Rahmen dieses Gutachtens wurde auch eine Analyse der aktuellen gesetzlichen Bestimmungen in Luxemburg sowie eine umfassende und neutrale Bewertung der derzeitigen Praxis in den psychiatrischen Abteilungen in Luxemburg durchgeführt. Die Behandlungskonzepte aller psychiatrischen Einrichtungen des Landes - mit einem Fokus auf Zwangsmaßnahmen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen - wurden eingehend untersucht. Darüber hinaus gab der CELPL eine spezielle Studie über die Anwendung von Zwangsmaßnahmen in konkreten Fällen in Auftrag. Zu diesem Zweck wurden in jedem der fünf Krankenhäuser zwei Fälle von Zwangsmaßnahmen aus dem Jahr 2024 ausgewählt und die Akten der betroffenen Patienten angefordert.

Der Ombudsman und das Team des CELPL danken Prof. Dr. med. Tilman Steinert für seine Arbeit und die wertvolle Perspektive, die er zu diesem Thema beisteuert. Der CELPL hofft, dass dieses Gutachten als Grundlage für weitere Überlegungen und die Verbesserung der Praxis der psychiatrischen Versorgung in Luxemburg dienen wird.

## **1. Analyse du droit interne et des normes internationales**

CHD - Chambre des Députés  
MENJE - Ministère de l'Education nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse  
MINSAN - Ministère de la Santé  
UNPSY - Unités psychiatriques (CHEM, CHL, HRS, CHdN, CHNP)

|     |       |              |       |        |
|-----|-------|--------------|-------|--------|
| CHD | UNPSY | MAGISTRATURE | MENJE | MINSAN |
|-----|-------|--------------|-------|--------|

| # | Norme                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Source                                                                                                                                                                           | Pertinence                | Domaine     | Concerné(s) |   |  |   |   | Degré de conformité | Explications relatives au degré de conformité                                                                                                                                                                                                      |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-------------|---|--|---|---|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Informier individuellement les personnes traitées ou placées en relation avec des troubles mentaux de leurs droits en tant que patients et assurer l'accès à une personne ou à une instance compétente, indépendante du service de santé mentale, habilitée à les assister, le cas échéant, dans la compréhension et l'exercice de ces droits. (art. 6)                                                                                                      | RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux | Pratique                  | Généralités |             | ✓ |  |   | ✓ | insatisfaisant      | Conformément à l'article 29 de la recommandation, celle-ci s'applique également aux mineurs. En pratique, les informations relatives aux droits des personnes ne sont données qu'aux représentants légaux de l'enfant, mais pas l'enfant lui-même. |
| 2 | S'assurer de l'existence de mécanismes de protection des personnes vulnérables atteintes de troubles mentaux, en particulier de celles qui n'ont pas la capacité de consentir ou qui peuvent ne pas être capables de s'opposer à des violations des droits de l'homme dont elles feraient l'objet et introduire des mesures légalement prévues pour protéger, le cas échéant, les intérêts économiques des personnes atteintes de troubles mentaux. (art. 7) | RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux | Pratique                  | Généralités | ✓           | ✓ |  | ✓ |   | partiel             | Le CELPL assure partiellement cette mission, de même que les administrateurs <i>ad hoc</i> qui peuvent être nommés, mais il serait souhaitable de renforcer le système de protection interne au service.                                           |
| 3 | Soigner les personnes atteintes de troubles mentaux dans l'environnement et traitement disponibles les moins restrictifs possibles ou impliquant la moindre intrusion, tout en tenant compte des exigences liées à leur santé et à la sécurité d'autrui. (art.8)                                                                                                                                                                                             | RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux | Droit interne<br>Pratique | Généralités | ✓           |   |  | ✓ | ✓ | insatisfaisant      | A cause d'un manque d'infrastructures spécialisées, la durée de l'hospitalisation peut être prolongée au-delà de la nécessité médicale.                                                                                                            |
| 4 | Offrir aux personnes atteintes de troubles mentaux, en tenant compte de leur état de santé et des exigences liées à la sécurité d'autrui, un environnement et des conditions de vie aussi proches que possible de ceux dont bénéficient dans la société les personnes d'âge, de sexe et de culture similaires et proposer des mesures de réadaptation professionnelle visant à faciliter l'insertion de ces personnes dans la société. (art. 9)              | RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux | Pratique                  | Généralités |             |   |  | ✓ | ✓ | partiel             | De manière générale, ce principe est respecté, sauf observation <i>supra</i> .                                                                                                                                                                     |
| 5 | Fournir des services de qualité appropriée afin de répondre aux besoins en matière de santé mentale des personnes atteintes de troubles mentaux, en tenant compte des différents besoins de ces diverses catégories de personnes, et assurer un accès équitable à de tels services. (art. 10, i.)                                                                                                                                                            | RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux | Pratique                  | Généralités |             | ✓ |  |   |   | partiel             | Compte tenu des réserves émises dans d'autres domaines, le CELPL ne peut pas qualifier cette recommandation comme étant entièrement respectée.                                                                                                     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                  |                           |             |   |   |  |   |   |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|---|---|--|---|---|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6 Mettre à disposition aussi largement que possible des alternatives au placement et au traitement involontaires (art. 10, ii)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux | Pratique<br>Droit interne | Généralités | ✓ |   |  | ✓ | ✓ | insatisfaisant | Le CELPL est d'avis que l'offre ambulatoire et l'offre post-hospitalière doit être élargie, ce qui permettrait de proposer des alternatives aux placements et traitements involontaires.                                                                                                                                |
| 7 S'assurer que les soins de santé physiques que requièrent les personnes atteintes de troubles mentaux sont évalués, et que, pour répondre à de tels besoins, ces personnes bénéficient d'un accès équitable à des services d'une qualité appropriée. (art. 10, iv)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux | Pratique                  | Généralités |   | ✓ |  |   |   | total          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 8 Garantir que les professionnels des services de santé mentale ont les qualifications et la formation appropriées, et bénéficient en particulier de formation en matière de:<br>- protection de la dignité, des droits de l'homme et des libertés fondamentales des personnes atteintes de troubles mentaux ;<br>- compréhension, prévention et contrôle de la violence ;<br>- mesures qui permettent d'éviter le recours à la contention ou à l'isolement ;<br>- circonstances limitées dans lesquelles différentes méthodes de contention ou d'isolement peuvent être justifiées, compte tenu des bénéfices et des risques éventuels, et application correcte de telles mesures. (art. 11)                      | RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux | Pratique                  | Généralités |   | ✓ |  |   |   | partiel        | Cette exigence n'est que partiellement rencontrée, alors que la formation en matière de protection de la dignité, des droits de l'homme et des libertés fondamentales devrait être renforcée, de même que dans une certaine mesure la sensibilisation et la formation pour éviter le recours aux mesures de contention. |
| 9 Faire bénéficier les personnes atteintes de troubles mentaux de traitements et de soins dispensés par des personnels suffisamment qualifiés, sur la base d'un plan de traitement personnalisé approprié, élaboré, dans la mesure du possible, après consultation de la personne concernée et prenant en compte son opinion et régulièrement réexaminé et modifié si nécessaire. (art. 12.1)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux |                           | Généralités |   | ✓ |  |   |   | total          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 10 Dispenser un traitement à une personne atteinte d'un trouble mental uniquement avec son consentement si elle a la capacité de consentir, ou lorsque la personne n'a pas cette capacité avec l'autorisation d'un représentant, d'une autorité, d'une personne ou d'une instance désignée par la loi, sauf certaines exceptions prévues par la recommandation. (art. 12.2)<br>Lorsque, en raison d'une situation d'urgence, le consentement ou l'autorisation approprié ne peut être obtenu, tout traitement pour un trouble mental médicalement nécessaire pour éviter des dommages graves pour la santé de la personne concernée, ou pour la sécurité d'autrui, pourra être effectué immédiatement. (art. 12.3) | RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux | Pratique<br>Droit interne | Généralités | ✓ | ✓ |  | ✓ |   | insatisfaisant | Le principe en tant que tel est globalement respecté, si ce n'est que la loi actuelle ne traite pas les traitements involontaires des patients mineurs et ne désigne de ce fait pas le représentant, l'autorité, la personne ou l'instance qui pourrait donner son autorisation.                                        |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                  |                           |             |   |   |  |   |   |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|---|---|--|---|---|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11 | Considérer toutes les données à caractère personnel concernant une personne atteinte d'un trouble mental comme confidentielles et ne les collecter, traiter ou communiquer que dans le respect des règles relatives au secret professionnel et à la protection des données à caractère personnel. (art. 13.1)                                                                                                                                                                                                                                                                               | RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux | Pratique                  | Généralités |   | ✓ |  |   |   | total          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 12 | Etablir des dossiers médicaux et, le cas échéant, administratifs clairs et complets pour toutes les personnes atteintes de troubles mentaux placées ou traitées pour ces troubles et définir avec clarté et par la loi les conditions d'accès à ces informations. (art. 13.2)                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux | Pratique                  | Généralités |   | ✓ |  |   |   | total          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 13 | Soumettre le placement involontaire d'une personne au respect des conditions suivantes:<br>- la personne est atteinte d'un trouble mental ;<br>- l'état de la personne présente un risque réel de dommage grave pour sa santé ou pour autrui ;<br>- le placement a notamment un but thérapeutique ;<br>- aucun autre moyen moins restrictif de fournir des soins appropriés n'est disponible ;<br>- l'avis de la personne concernée a été pris en considération. (art. 17.1)                                                                                                                | RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux | Pratique<br>Droit interne | Généralités | ✓ | ✓ |  | ✓ | ✓ | insatisfaisant | Trois conditions sont problématiques:<br>- l'atteinte d'un trouble mental: la situation s'est améliorée notamment avec la mise en place du service clearing, mais souvent, il n'y a pas de diagnostic ou d'évaluation médicale préalable au placement en psychiatrie.<br>- l'absence d'un autre moyen moins restrictif et la prise en considération de la personne concernée: il n'existe souvent pas d'autre moyen moins restrictif capable de fournir les soins appropriés, mais le CELPL recommande de changer cela en développant notamment les offres ambulatoires et les offres de suivi.<br>- la prise en compte de l'avis de la personne concernée: cela impliquerait que le mineur ait rencontré son juge avant le placement, ou peu après, si le placement a eu lieu en urgence, ce qui n'est pas toujours le cas. |
| 14 | Prévoir par la loi qu'une personne peut exceptionnellement faire l'objet d'un placement involontaire durant la période minimale nécessaire pour déterminer si elle est atteinte d'un trouble mental représentant un risque réel de dommage grave pour sa santé ou pour autrui, si :<br>- son comportement suggère fortement la présence d'un tel trouble ;<br>- son état semble présenter un tel risque ;<br>- il n'existe aucun moyen approprié moins restrictif de procéder à l'évaluation de son état ; et<br>- l'avis de la personne concernée a été pris en considération. (art. 17.2) | RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux | Pratique                  | Généralités |   | ✓ |  |   |   | total          | Cette faculté est donnée par la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux et, en ce qui concerne les mineurs, par l'article 5 de la loi du 10 août 1992 relative à la protection de la jeunesse. Si la législation devait être modifiée telle que projeté par le projet de loi 7994, elle sera couverte par l'instauration d'une période d'observation telle que prévue par la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux.<br>Le seul bémol renvoie à l'observation <i>supra</i> relative à la prise en considération de l'avis du patient.                                                                                                                         |
| 15 | Garantir aux personnes placées l'exercice des droits suivants:<br>- exercer un recours contre une décision,<br>- obtenir d'un tribunal le réexamen, à intervalles raisonnables, de la légalité de la mesure ou de son maintien ;<br>- être entendues en personne ou par l'intermédiaire d'une personne de confiance ou d'un représentant, lors des procédures de réexamen ou d'appel. (art. 25.1)                                                                                                                                                                                           | RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux | Droit interne             | Généralités | ✓ |   |  | ✓ | ✓ | partiel        | Concernant les patients adultes, cette recommandation est rencontrée. Le CELPL qualifie toutefois le degré de conformité de partiel, à cause des dispositions s'appliquant aux mineurs. Il prend en considération l'article 37 de la loi du 10 août 1992 relative à la protection de la jeunesse et la possibilité pour le tribunal de réexaminer et modifier à tout moment la mesure appliquée, mais il estime que le délai d'un an, après que la mesure soit devenue définitive, voire après le refus de la demande émanant d'un mineur, tuteur ou représentant, est trop long.                                                                                                                                                                                                                                            |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                  |                           |             |   |   |   |   |   |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|---|---|---|---|---|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 16 | Envisager la possibilité pour la personne placée d'être assistée d'un avocat dans toutes les procédures de ce type engagées devant un tribunal et lui donner droit aux services d'un avocat et, conformément au droit national, à une aide juridique gratuite. (art. 25.3)                                                                                                                                                                                                                                                                  | RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux | Pratique                  | Généralités | ✓ |   |   | ✓ | ✓ | total          | La recommandation est totalement rencontrée pour les patients adultes. Pour les patients mineurs, cette possibilité existe actuellement, mais le CELPL apprécie que le projet de loi 7994 prévoit d'élargir cette faculté et d'en faire un principe généralement applicable, même en l'absence d'une demande du mineur.                   |
| 17 | Prendre en considération l'avis du mineur, lors des décisions concernant le placement et le traitement, qu'ils soient ou non involontaires, comme un facteur de plus en plus déterminant en fonction de son âge et de son degré de maturité. (art. 29.2)                                                                                                                                                                                                                                                                                    | RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux | Pratique                  | Généralités |   | ✓ | ✓ |   |   | insatisfaisant | Cette recommandation n'est souvent pas appliquée, alors que le mineur n'est pas consulté par le juge, en ce qui concerne les mesures appliquées, notamment à l'étranger.                                                                                                                                                                  |
| 18 | Garantir au mineur le droit à l'assistance d'un représentant dès le début de la procédure. Un mineur faisant l'objet d'un placement involontaire devrait avoir droit à l'assistance d'un représentant dès le début de la procédure. (art. 29.3)                                                                                                                                                                                                                                                                                             | RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux | Pratique                  | Généralités |   | ✓ | ✓ |   |   | partiel        | Le mineur a droit à l'assistance d'un représentant, et celui-ci est garanti s'il en fait la demande, mais le mineur n'est généralement pas informé de ce droit.                                                                                                                                                                           |
| 19 | Eviter de placer un mineur dans un établissement qui accueille également des adultes, sauf si un tel placement est bénéfique pour lui. (art. 29.4)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux | Pratique                  | Généralités |   | ✓ |   |   |   | partiel        | Les hôpitaux régionaux accueillent tous également des patients adultes, mais en règle générale, une séparation stricte effective est appliquée. Le CELPL a toutefois connaissance qu'il est déjà arrivé que des mineurs ont été hospitalisés provisoirement à l'unité pour adultes, il semblerait toutefois que cette pratique ait cessé. |
| 20 | Prononcer le placement ou le traitement pour un trouble mental sur la base de normes d'expertise médicale valides et fiables, et en prenant en considération la nécessité pour les personnes atteintes de troubles mentaux d'être traitées dans un lieu adapté à leurs besoins de santé, sans préjudice de la faculté pour un tribunal d'imposer, conformément à la loi, une évaluation psychiatrique et un suivi psychiatrique ou psychologique comme alternative à l'emprisonnement ou au prononcé d'une décision définitive. (art. 34.2) | RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux | Pratique<br>Droit interne | Généralités | ✓ |   | ✓ | ✓ | ✓ | insatisfaisant | Les placements en psychiatrie infanto-juvénile ne doivent pas se baser sur des expertises médicales.                                                                                                                                                                                                                                      |
| 21 | Faire primer le rôle thérapeutique du personnel dans les établissements psychiatriques par rapport aux considérations de sécurité. (Point III. B, 31)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2010 Français                                                                                                                           | Pratique                  | Généralités |   | ✓ |   |   |   | insatisfaisant | Certains patients sont privés d'activités parce qu'ils n'ont pas de sortie autorisée pour des raisons de sécurité. Les aspects de sécurité priment dans ce cas sur le volet thérapeutique.                                                                                                                                                |
| 22 | Offrir des conditions matérielles propices au traitement et au bien-être des patients (Point III, C, 32)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2010 Français                                                                                                                           | Pratique                  | Généralités |   | ✓ |   |   |   | total          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 23 | Prodiguer un traitement et des soins adéquats, à la fois psychiatriques et somatiques aux patients (Point III, C, 32)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2010 Français                                                                                                                           | Pratique                  | Généralités |   | ✓ |   |   |   | total          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                        |                           |             |   |   |   |   |   |  |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|---|---|---|---|---|--|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 24 | Garantir l'équivalence des soins en dispensant un traitement médical et des soins infirmiers aux personnes placées involontairement comparables à ceux dont bénéficient les patients psychiatriques volontaires. (Point III, C, 32)                                                                                                                                                                                            | Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2010 Français | Pratique                  | Généralités |   | ✓ |   |   |   |  | total          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 25 | Autoriser le patient à consulter son dossier, à moins qu'il n'y ait une contre-indication d'ordre thérapeutique et à demander que les informations y figurant soient mises à la disposition de sa famille ou de son avocat. (Point III, C, 40, al. 2)                                                                                                                                                                          | Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2010 Français | Pratique                  | Généralités |   | ✓ |   |   |   |  | partiel        | La situation mériterait d'être clarifiée davantage, en ce qui concerne l'accès aux informations de la part des parents qui sont déchus de l'autorité parentale.                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 26 | Transmettre le dossier du patient aux médecins de l'établissement d'accueil en cas de transfert et - avec le consentement du patient - à un médecin traitant de la communauté extérieure en cas de fin de placement. (Point III, C, 40, al. 2)                                                                                                                                                                                 | Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2010 Français | Pratique                  | Généralités |   | ✓ |   |   |   |  | insatisfaisant | Le dossier n'est pas transféré d'un hôpital à l'autre en cas de transfert.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 27 | Offrir des garanties d'indépendance et d'impartialité, ainsi que d'expertise médicale objective dans la procédure de placement non volontaire. (Point III, F, 52)                                                                                                                                                                                                                                                              | Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2010 Français | Pratique<br>Droit interne | Généralités | ✓ |   | ✓ | ✓ | ✓ |  | insatisfaisant | Les garanties d'indépendance et d'impartialité sont rencontrées, contrairement à l'expertise médicale objective qui n'est pas toujours garantie avant la décision de placement pour les patients mineurs.                                                                                                                                                                                                                        |
| 28 | Mettre en place des dispositions spéciales pour permettre aux patients de déposer plainte auprès d'un organe clairement désigné, et de communiquer de manière confidentielle avec une autorité appropriée en dehors de l'établissement. (Point III, F, 53, al. 2)                                                                                                                                                              | Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2010 Français | Pratique                  | Généralités |   | ✓ |   |   |   |  | insatisfaisant | Les patients ont la possibilité de s'adresser à l'Ombudsman, à l'OKAJU ou encore au Médiateur de la santé, mais le CELPL est d'avis que les procédures de plaintes et l'information quant à la possibilité de prendre contact avec ces organismes ou des services internes compétents méritent d'être développées et promues.                                                                                                    |
| 29 | Soumettre les établissements psychiatriques aux visites régulières par un organe indépendant (par exemple, un magistrat ou une commission de surveillance), responsable de l'inspection des soins prodigués aux patients, autorisé plus particulièrement, à s'entretenir en privé avec les patients, recueillir directement leurs plaintes et, le cas échéant, formuler les recommandations qui s'imposent. (Point III, F, 55) | Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2010 Français | Pratique                  | Généralités |   | ✓ |   |   |   |  | total          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 30 | Mettre fin au placement non volontaire dans un établissement psychiatrique dès lors que l'état de santé mentale du patient le permet, ce qui nécessite une révision de la nécessité du placement à intervalles réguliers. (Point III, F, 56, al. 1)                                                                                                                                                                            | Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2010 Français | Pratique                  | Généralités |   | ✓ |   |   |   |  | total          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 31 | Accorder au patient le droit de demander, à intervalles raisonnables, que la nécessité du placement soit examinée par une autorité judiciaire. (Point III, F, 56, al. 3)                                                                                                                                                                                                                                                       | Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2010 Français | Droit interne             | Généralités | ✓ |   |   | ✓ | ✓ |  | partiel        | Le CELPL qualifie le degré de conformité de partiel, considérant l'article 37 de la loi du 10 août 1992 relative à la protection de la jeunesse et la possibilité pour le tribunal de réexaminer et modifier à tout moment la mesure appliquée, mais il estime que le délai d'un an, après que la mesure soit devenue définitive, voire après le refus de la demande émanant d'un mineur, tuteur ou représentant, est trop long. |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                  |                           |                                                    |   |   |  |   |   |                |                                                                                                                                                                                                                       |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|---|---|--|---|---|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 32 | Considérer la réduction du nombre de lits dans les grands hôpitaux psychiatriques et développer des unités de soins en milieu ouvert, à condition que de telles unités dispensent des soins de qualité totale. (Point III, F, 58)                                                                                                                                                                                                            | Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2010 Français                                                                                                                           | Pratique                  | Généralités                                        |   |   |  | ✓ | ✓ | insatisfaisant | Cette offre de prise en charge doit être développée au Luxembourg.                                                                                                                                                    |
| 33 | Recourir à un traitement involontaire uniquement si les conditions suivantes sont réunies :<br>- la personne est atteinte d'un trouble mental ;<br>- l'état de la personne présente un risque réel de dommage grave pour sa santé ou pour autrui ;<br>- aucun autre moyen impliquant une intrusion moindre pour apporter les soins appropriés n'est disponible ;<br>- l'avis de la personne concernée a été pris en considération. (art. 18) | RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux | Pratique                  | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ |   |  |   |   | total          | Cette exigence est rencontrée à suffisance, même si l'avis de la personne concernée n'est pas (toujours) pris en compte.                                                                                              |
| 34 | Respecter les critères suivants pour tout traitement involontaire :<br>- répondre à des signes et à des symptômes cliniques spécifiques ;<br>- être proportionné à l'état de santé de la personne ;<br>- faire partie d'un plan de traitement écrit ;<br>- être consigné par écrit ;<br>- le cas échéant, avoir pour objectif le recours, aussi rapidement que possible, à un traitement acceptable par la personne. (art. 19.1)             | RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux | Pratique                  | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ |   |  |   |   | total          |                                                                                                                                                                                                                       |
| 35 | Elaborer, dans la mesure du possible, le traitement involontaire après consultation de la personne concernée et, le cas échéant, de sa personne de confiance, ou du représentant de la personne concernée (art.19.2)                                                                                                                                                                                                                         | RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux | Droit interne<br>Pratique | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ | ✓ |  |   |   | partiel        | Il serait opportun d'inclure davantage le patient et/ou son représentant légal dans l'élaboration du traitement involontaire. De plus, le principe du recours à une personne de confiance n'est pas encore instaurée. |
| 36 | Réexaminer le traitement involontaire à des intervalles appropriés et, si nécessaire, le modifier, chaque fois que cela est possible, après consultation de la personne concernée, et, le cas échéant, de sa personne de confiance, ou du représentant de la personne concernée. (art. 19.2)                                                                                                                                                 | RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux | Pratique                  | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ |   |  |   |   | partiel        | Il serait opportun d'inclure davantage le patient et/ou son représentant légal dans l'élaboration du traitement involontaire. De plus, le principe du recours à une personne de confiance n'est pas encore instaurée. |
| 37 | Effectuer les traitements involontaires dans un environnement approprié. (art. 19.2)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux | Pratique                  | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ |   |  |   |   | partiel        | Globalement, cette exigence est rencontrée. Toutefois, aux HRS, il existe une mesure (1:1 strict) qui peut être considérée comme traitement involontaire qui est problématique.                                       |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                  |                           |                                                    |   |   |   |   |   |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 38 | Faire prendre la décision de soumettre une personne à un placement involontaire par un tribunal ou une autre instance compétente qui:<br>- prend en considération l'avis de la personne concernée ;<br>- prend sa décision selon les procédures prévues par la loi, sur la base du principe suivant lequel la personne devrait être vue et consultée. (art. 20.1)                                                                                                                                                                                                                    | RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux | Pratique<br>Droit interne | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ |   | ✓ | ✓ |   | insatisfaisant | Beaucoup de mineurs ne sont pas consultés, ni avant, ni peu après la mesure de placement. La nouvelle loi, si elle suit la version actuelle du projet de loi 7994, devrait changer cette situation, alors qu'elle prévoit le principe que le mineur doit être entendu avant toute prise de décision le concernant.                                                                                                                                                          |
| 39 | Faire prendre la décision de soumettre une personne à un traitement involontaire par un tribunal ou une autre instance compétente qui:<br>- prend en considération l'avis de la personne concernée ;<br>- prend sa décision selon les procédures prévues par la loi, sur la base du principe suivant lequel la personne devrait être vue et consultée.<br>La loi peut prévoir que cette tâche peut revenir à un médecin possédant les compétences et l'expérience requises, après examen de la personne concernée, en prenant en considération l'avis de cette personne. (art. 20.2) | RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux | Droit interne             | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ |   |   | ✓ | ✓ | insatisfaisant | Actuellement, aucune loi n'encadre le recours à des traitements involontaires à l'égard des mineurs.<br>Si les projets de réforme se réalisent tels que prévus actuellement, il serait remédié à cette lacune, alors qu'il est prévu de soumettre les mineurs au régime fixé par la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux, qui contient les dispositions nécessaires en son article 43(3). |
| 40 | Consigner toute décision de soumettre une personne à un placement ou à un traitement involontaires par écrit et indiquer la période maximale au-delà de laquelle, conformément à la loi, elle doit être officiellement réexaminée. (art. 20.3)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux | Droit interne             | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ |   |   | ✓ | ✓ | partiel        | Le CELPL qualifie le degré de conformité de partiel, considérant l'article 37 de la loi du 10 août 1992 relative à la protection de la jeunesse et la possibilité pour le tribunal de réexaminer et modifier à tout moment la mesure appliquée, mais il estime que le délai d'un an, après que la mesure soit devenue définitive, voire après le refus de la demande émanant d'un mineur, tuteur ou représentant, est trop long.                                            |
| 41 | Permettre le placement ou le traitement involontaires, ou leur prolongation uniquement sur la base d'un examen par un médecin possédant les compétences et l'expérience requises, et en accord avec des normes professionnelles valides et fiables et après consultation des proches de la personne concernée, sauf si cette dernière s'y oppose et respecter cette dernière exigence dans la mesure du possible également en situation d'urgence. (art. 20.4 et 5 et 21.2)                                                                                                          | RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux | Pratique<br>Droit interne | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ |   | ✓ | ✓ | ✓ | insatisfaisant | Cette disposition pose problème en ce qui concerne les patients mineurs pour lesquels il n'est pas obligatoire de consulter un médecin avant le placement, ni de consulter les proches préalablement au placement ou au traitement involontaire.                                                                                                                                                                                                                            |
| 42 | Informé et consulté tout représentant de la personne concernée par un placement ou traitement involontaires, même en situation d'urgence, dans la mesure du possible. (20.6)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux | Pratique                  | Mesures de contrainte et traitements involontaires |   | ✓ | ✓ |   |   | total          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                  |          |                                                    |   |   |  |  |                |                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------------------------------------------|---|---|--|--|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 43 Informer rapidement les personnes qui font l'objet d'un placement ou d'un traitement involontaires oralement et par écrit de leurs droits et des voies de recours qui leur sont ouvertes ainsi que, de manière régulière et appropriée des raisons qui ont motivé la décision et des critères retenus pour sa prolongation ou son interruption éventuelle et continuer, le cas échéant, ces informations au représentant de la personne. (art. 22.1, 2 et 3) | RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux | Pratique | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ | ✓ |  |  | partiel        | Les patients mineurs ne sont pas informés de leurs droits. Ces informations ne sont données qu'aux parents.                                                       |
| 44 Mettre fin au placement ou au traitement involontaires si l'un des critères justifiant cette mesure n'est plus rempli. (art. 24)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux | Pratique | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ |   |  |  | partiel        | Cette recommandation n'est pas toujours rencontrée faute de capacités d'accueil, profils particuliers, etc.                                                       |
| 45 Recourir à l'isolement ou à la contention exclusivement dans des établissements appropriés, dans le respect du principe de restriction minimale, afin de prévenir tout dommage imminent pour la personne concernée ou pour autrui, et rester toujours proportionné aux risques éventuels. (art. 27.1)                                                                                                                                                        | RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux | Pratique | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ |   |  |  | total          |                                                                                                                                                                   |
| 46 Soumettre le recours à de telles mesures au contrôle médical, et le consigner par écrit de façon appropriée. (art. 27.2)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux | Pratique | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ |   |  |  | insatisfaisant | Le CELPL souhaiterait que certaines mesures soient encadrées de manière plus stricte en ce qui concerne l'ordonnance et la réévaluation médicales de la mesure.   |
| 47 Faire bénéficier la personne soumise à une mesure d'isolement ou de contention d'un suivi régulier et consigner les raisons du recours à ces mesures et la durée de leur application dans son dossier médical et dans un registre. (art. 27.3)                                                                                                                                                                                                               | RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux | Pratique | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ |   |  |  | partiel        | Si les mesures de contention sont généralement introduites dans un registre, tel n'est pas nécessairement le cas pour les mesures d'isolement.                    |
| 48 Appliquer les traitements les moins intrusifs possibles. (art. 28.1)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux | Pratique | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ |   |  |  | partiel        | Les conclusions de l'expert mandaté par le CELPL mettent en doute le respect du principe de subsidiarité et le recours systématique aux pratiques de désescalade. |
| 49 Eviter de recourir à un traitement pour un trouble mental qui vise à produire un effet physique irréversible dans le contexte d'un placement involontaire et le soumettre, le cas échéant au consentement libre, éclairé, spécifique et consigné par écrit de la personne concernée. (art. 28.2)                                                                                                                                                             | RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux | Pratique | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ |   |  |  | total          |                                                                                                                                                                   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                  |                           |                                                    |   |   |  |   |   |  |                |                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|---|---|--|---|---|--|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 50 Permettre aux tribunaux d'imposer le placement ou le traitement pour un trouble mental que la personne concernée consente ou non à la mesure en question, tout en s'assurant que la personne puisse exercer effectivement le droit au réexamen par un tribunal, à intervalles raisonnables, de la légalité de la mesure ou de son maintien. (art. 34.1)                                                                                                                                                                  | RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux | Droit interne             | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ |   |  |   |   |  | total          |                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 51 Immobiliser exclusivement des patients psychiatriques violents, qui représentent un danger pour eux-mêmes ou pour autrui. (principe 1.1.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes                                                                | Pratique                  | Mesures de contrainte et traitements involontaires |   | ✓ |  |   |   |  | total          |                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 52 Appliquer les moyens de contention conformément aux principes de légalité, de nécessité, de proportionnalité et de responsabilité. (principe 1.2.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes                                                                | Pratique<br>Droit interne | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ | ✓ |  | ✓ | ✓ |  | insatisfaisant | Les moyens de contention s'appliquant aux mineurs ne sont actuellement pas gérés par le droit interne. Il devrait aller de soi que les mineurs doivent bénéficier de garanties et d'une sécurité juridique du moins aussi importantes que celles accordées aux majeurs. |
| 53 Régir tous les types de contention et les critères de leur utilisation par la loi. (Principe 1.3)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes                                                                | Pratique                  | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ |   |  | ✓ | ✓ |  | insatisfaisant | A part les dispositions générales de l'article 44 de la loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux, la loi est muette à ce sujet.                                                           |
| 54 Prendre la mesure de mise sous contention de patients en dernier ressort (ultimo ratio) afin d'empêcher qu'ils ne se blessent ou ne blessent autrui et ceci pour la durée la plus courte possible, libérant le patient immédiatement si la situation d'urgence ayant entraîné le recours aux moyens de contention cesse d'exister. (Principe 1.4)                                                                                                                                                                        | CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes                                                                | Pratique                  | Mesures de contrainte et traitements involontaires |   | ✓ |  |   |   |  | partiel        | Les conclusions de l'expert mandaté par le CELPL mettent en doute le respect du principe de subsidiarité et le recours systématique aux pratiques de désescalade.                                                                                                       |
| 55 Appliquer les moyens de contention comme mesures de sécurité et non à des fins thérapeutiques. (principe 1.5)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes                                                                | Pratique                  | Mesures de contrainte et traitements involontaires |   | ✓ |  |   |   |  | total          |                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 56 Ne pas appliquer les moyens de contention à titre de sanction, pour faciliter la tâche du personnel, en raison d'un manque d'effectifs, ou pour remplacer des soins ou une prise en charge adaptés. (Principe 1.6)                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes                                                                | Pratique                  | Mesures de contrainte et traitements involontaires |   | ✓ |  |   |   |  | partiel        | Les conclusions de l'expert mandaté par le CELPL mettent en doute le respect total de ce principe.                                                                                                                                                                      |
| 57 Adopter une politique générale relative à la contention avec la participation et le soutien du personnel comme de la direction et portée à la connaissance des patients, qui vise, dans la mesure du possible, à prévenir le recours aux moyens de contention et indique clairement les moyens de contention, les circonstances dans lesquelles ils peuvent être appliqués, les mesures pratiques de leur application, la surveillance requise et les mesures à prendre une fois que cesse la contention. (Principe 1.7) | CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes                                                                | Pratique                  | Mesures de contrainte et traitements involontaires |   | ✓ |  | ✓ | ✓ |  | insatisfaisant | Les procédures existent, mais ne sont que partiellement approuvées par la Direction et elles ne sont pas communiquées aux patients. Le CELPL estime que ce point mériterait d'être changé.                                                                              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                   |          |                                                    |   |  |  |  |                |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------------------------------------------|---|--|--|--|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 58 Inclure dans la politique générale relative à la contention des dispositions sur:<br>- la formation du personnel,<br>- la consignation dans les registres,<br>- les dispositifs de signalement interne et externe,<br>- le « débriefing »<br>- les procédures de plaintes. (Principe 1.7)               | CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes | Pratique | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ |  |  |  | partiel        | Les procédures ne font pas référence à ces procédures de plainte, aspect qu'il convient d'améliorer et de développer de manière générale.                                                                                                                      |
| 59 Appliquer les mesures de contention sur ordre exprès d'un médecin, après une évaluation individuelle du patient concerné, ou les porter immédiatement à la connaissance d'un médecin pour approbation qui devrait examiner le patient concerné dès que possible. (Principe 2)                           | CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes | Pratique | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ |  |  |  | insatisfaisant | Le CELPL critique l'autorisation générale préalable donnée par le médecin pour pouvoir procéder, en cas de crise, à une mesure de contention. Il estime également que le délai de réévaluation par le médecin peut, dans certaines hypothèses, être trop long. |
| 60 Ne pas appliquer les moyens de contention sur base d'une autorisation inconditionnelle. (Principe 2)                                                                                                                                                                                                    | CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes | Pratique | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ |  |  |  | insatisfaisant | Le médecin donne une autorisation de principe, valable sans concertation spécifique obligatoire en situation de crise avant d'appliquer une mesure de contention.                                                                                              |
| 61 Appliquer les moyens de contention avec toute la compétence et diligence requises pour réduire au minimum les risques de nuire ou de causer des souffrances au patient et de préserver, autant que possible, sa dignité. (Principe 3.1)                                                                 | CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes | Pratique | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ |  |  |  | total          |                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 62 Former de manière appropriée le personnel avant de participer à une mesure de contention. (Principe 3.1)                                                                                                                                                                                                | CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes | Pratique | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ |  |  |  | total          |                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 63 Former le personnel aux techniques d'immobilisation qui minimisent les risques de blessures et interdire les prises d'étranglement et les techniques susceptibles d'obstruer les voies respiratoires des patients ou d'infliger des douleurs. (Principe 3.2)                                            | CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes | Pratique | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ |  |  |  | total          |                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 64 Utiliser seulement des équipements conçus pour limiter les effets nuisibles (de préférence, des lanières en tissu rembourrées) pour réduire au minimum le risque de causer des blessures et/ou des souffrances au patient et bannir les menottes ou chaînes pour immobiliser un patient. (Principe 3.3) | CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes | Pratique | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ |  |  |  | total          |                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 65 Immobiliser les patients sur le dos les bras le long du corps. (Principe 3.3)                                                                                                                                                                                                                           | CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes | Pratique | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ |  |  |  | insatisfaisant | A la pédopsychiatrie, l'enveloppement dans les draps est pratiqué en couchant le patient sur le ventre.                                                                                                                                                        |
| 66 Appliquer les lanières sans trop serrer, de manière à permettre un maximum de mouvements sûrs des bras et des jambes et sans entraver les fonctions vitales du patient, comme la respiration et la capacité de communiquer. (Principe 3.3)                                                              | CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes | Pratique | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ |  |  |  | partiel        | Le CELPL ne dispose pas des informations nécessaires pour vérifier le respect de cette disposition. Aucune réclamation à cet égard n'a cependant été portée à sa connaissance. La qualification de "partiel" est ici synonyme de "neutre".                     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                   |                           |                                                    |   |   |   |   |   |                |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 67 Habiller de manière appropriée les patients immobilisés. (Principe 3.3)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes | Pratique                  | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ |   |   |   |   | partiel        | Les patients sont fixés dans leurs propres vêtements qu'ils portent au moment de la situation de crise. Le CELPL n'a pas d'objection quant à cette pratique, mais recommande d'enlever les vêtements qui pourraient être inconfortables (p.ex. hoodie, ceinture, etc.) |
| 68 Maintenir, dans la mesure du possible, la capacité des patients immobilisés de manger et de boire de manière autonome et de se rendre aux toilettes pour faire leurs besoins. (Principe 3.3)                                                                                                                                                                                                                                                                         | CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes | Pratique                  | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ |   |   |   |   | partiel        | Les durées des fixations sont souvent longues. Si dans la majorité des cas, il est essayé de lever la fixation pour permettre au patient de s'alimenter ou de se rendre aux toilettes, ceci n'est pas toujours le cas.                                                 |
| 69 Ne pas utiliser des lits à filets (ou de lits-cages) en toutes circonstances. (Principe 3.4)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes | Pratique                  | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ |   |   |   |   | total          |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 70 Eviter de mettre un patient sous contention au vu et au su des autres patients (sauf demande explicite contraire du patient concerné) et soumettre les visites d'autres patients au consentement exprès du patient placé sous contention. (Principe 3.5)                                                                                                                                                                                                             | CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes | Pratique                  | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ |   |   |   |   | partiel        | Les contentions sont appliquées hors de la vue des autres patients. Au vu des circonstances, il n'est toutefois pas possible de les appliquer à l'insu des autres patients. Les visites d'autres patients ne sont pas possibles lors d'une mesure de contention.       |
| 71 Eviter l'implication d'autres patients dans l'application de moyens de contention à un patient. (Principe 3.6)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes | Pratique                  | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ |   |   |   |   | total          |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 72 Utiliser seulement des médicaments approuvés, correctement évalués et à effet de courte durée dans le cadre d'une contention chimique et évaluer les effets secondaires (potentiels). (Principe 3.7)                                                                                                                                                                                                                                                                 | CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes | Pratique                  | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ |   |   |   |   | total          |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 73 Réaliser l'isolement dans une pièce spécialement conçue à cette fin et qui garantit la sécurité du patient et lui offre un environnement apaisant. (Principe 3.8)                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes | Pratique                  | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ |   |   |   |   | total          |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 74 Limiter la durée du recours à des moyens de contention mécanique et à l'isolement à la durée la plus courte possible (elle se compte en général en minutes plutôt qu'en heures), et y mettre fin dès lors que la raison l'ayant motivé a cessé, une application de moyens de contention mécanique pendant des jours d'affilée ne saurait avoir de justification d'aucune sorte et pourrait s'apparenter, de l'avis du CPT, à des mauvais traitements. (Principe 4.1) | CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes | Pratique                  | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ |   |   |   |   | partiel        | Les conclusions de l'expert mettent en doute le respect total de cette recommandation.                                                                                                                                                                                 |
| 75 Faire réexaminer, à intervalles brefs par un médecin une mesure de contention ou d'isolement, qui, exceptionnellement, pour des motifs impérieux, est appliquée pour une période plus longue que quelques heures. (Principe 4.2)                                                                                                                                                                                                                                     | CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes | Pratique                  | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ |   |   |   |   | total          |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 76 Envisager dans le cas de mesure de contention ou d'isolement prolongée et en cas de recours répété à ces mesures, de faire intervenir un deuxième médecin et de transférer le patient concerné dans un établissement psychiatrique plus spécialisé. (Principe 4.2)                                                                                                                                                                                                   | CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes | Pratique<br>Droit interne | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | insatisfaisant | Cette possibilité n'existe pas au Luxembourg.                                                                                                                                                                                                                          |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                   |          |                                                    |   |  |  |  |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------------------------------------------|---|--|--|--|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 77 | Accorder la préférence à la mesure de contention la moins restrictive et la moins dangereuse et, lors du choix entre différentes mesures de contention possibles, prendre en compte des facteurs comme l'avis du patient (y compris les préférences qu'il aurait exprimées à l'avance) et l'expérience passée. (Principe 5)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes | Pratique | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ |  |  |  | partiel        | Le conclusions de l'expert mettent en doute le respect total de cette recommandation. Il s'ajoute que l'avis ou les préférences du patient, ainsi que ses expériences passées ne sont pas pris en compte.                                                                                                                              |
| 78 | Combiner l'isolement, la contention mécanique ou physique avec la contention chimique seulement si cela permet de limiter la durée de l'application de la contention ou si elle s'avère nécessaire pour éviter d'infliger de graves préjudices au patient ou à autrui. (Principe 6)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes | Pratique | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ |  |  |  | total          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 79 | Surveiller de manière continue tout patient soumis à une mesure de contention mécanique ou d'isolement: en cas de contention mécanique un membre qualifié du personnel devrait être présent en permanence dans la pièce afin de maintenir un lien thérapeutique avec le patient et de lui apporter son assistance et en cas de d'isolement, le membre du personnel peut se trouver hors de la pièce où se trouve le patient (ou dans une salle adjacente avec une fenêtre communicante), à condition que le patient puisse bien voir le membre du personnel et que ce dernier puisse continuellement observer le patient et l'entendre. (Principe 7) | CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes | Pratique | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ |  |  |  | insatisfaisant | Les mesures de contention n'ont pas lieu sous surveillance continue par un membre du personnel.                                                                                                                                                                                                                                        |
| 80 | Ne pas remplacer la surveillance continue d'un membre du personnel par la vidéosurveillance. (Principe 7)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes | Pratique | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ |  |  |  | insatisfaisant | Des contrôles réguliers sont effectués, le recours à la vidéosurveillance est rare, mais il n'y a pas de surveillance permanente par un membre du personnel.                                                                                                                                                                           |
| 81 | Organiser une séance de débriefing avec le patient lorsque les moyens de contention ont été ôtés et lui expliquer la raison pour laquelle la mesure de contention a été appliquée, réduire les traumatismes psychologiques de cette expérience et rétablir la relation médecin-patient. (Principe 8)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes | Pratique | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ |  |  |  | insatisfaisant | Cette exigence n'est pas toujours rencontrée, ni pour les patients adultes, ni pour les patients mineurs. La réunion de débriefing est ou bien organisée exclusivement entre les membres du personnel, voire avec les représentants légaux, mais souvent seulement de manière très sommaire (ou pas du tout) avec le patient (mineur). |
| 82 | Mettre fin à une forme quelconque de contention dès que le patient le demande si la mesure de contention a été appliquée à sa demande (Principe 9)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes | Pratique | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ |  |  |  | total          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 83 | Tenir un registre spécial pour recenser tous les cas de recours à des moyens de contention (y compris la contention chimique). (Principe 11.1)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes | Pratique | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ |  |  |  | total          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 84 | Signaler la fréquence et la durée des cas de contention de manière régulière à une autorité de contrôle et/ou à un organe extérieur de suivi attitré (par exemple, un organisme d'inspection sanitaire). (Principe 11.2)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes | Pratique | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ |  |  |  | total          | Un pareil échange est établi entre les hôpitaux et le CELPL pour toutes les unités psychiatriques.                                                                                                                                                                                                                                     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                   |                           |                                                    |   |   |  |   |   |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|---|---|--|---|---|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 85 Mettre en place des voies de recours au sein du système administratif des établissements et permettre aux patients d'adresser leurs plaintes – de manière confidentielle – à une autorité externe et indépendante par le biais de procédures de plaintes simples, efficaces et adaptées aux usagers, le cas échéant en ayant recours à des conseils juridiques pour les questions concernant les plaintes, tout en bénéficiant d'une aide juridictionnelle gratuite quand les intérêts de la justice l'exigent. (Principe 12) | CPT/Inf(2017)6 - Normes révisées du CPT: Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes | Pratique                  | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ |   |  |   |   | partiel        | Tous les patients, ainsi que leurs familles ou représentants légaux peuvent s'adresser à l'Ombudsman, à l'OKAJU ou encore au Médiateur de la santé. Néanmoins, le CELPL recommande aux hôpitaux concernés de tout mettre en oeuvre afin que les patients soient informés de ces possibilités de contact et de renforcer procédures internes de gestion des plaintes qui constitue une garantie essentielle contre les mauvais traitements. |
| 86 Permettre au patient de donner un consentement libre et éclairé au traitement, considérant que l'admission non volontaire d'une personne dans un établissement psychiatrique ne doit pas être conçue comme autorisant le traitement sans son consentement. (Point III, C, 41, al. 1)                                                                                                                                                                                                                                          | Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2010 Français                                                            | Pratique                  | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ |   |  |   |   | insatisfaisant | Le CELPL admet que le principe du consentement libre et éclairé est plus difficilement applicable chez les mineurs. Toutefois le CELPL a eu des affirmations inquiétantes à ce sujet par certains professionnels qui sont développés plus amplement dans le rapport.                                                                                                                                                                       |
| 87 Permettre à tout patient capable de discernement, qu'il soit hospitalisé de manière volontaire ou non volontaire, de refuser un traitement ou toute autre intervention médicale et veiller à ce que toute dérogation à ce principe fondamental ait une base légale et ne s'applique que dans des circonstances exceptionnelles clairement et strictement définies. (Point III, C, 41, al. 1)                                                                                                                                  | Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2010 Français                                                            | Pratique<br>Droit interne | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ | ✓ |  | ✓ | ✓ | insatisfaisant | Aucune base légale ne prévoit actuellement les traitements non volontaires dans le chef de mineurs. La réforme du droit de la jeunesse doit veiller à régler cette problématique.                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 88 Permettre au patient de donner son consentement libre et éclairé à un traitement qui se fonde sur des informations complètes, exactes et compréhensibles sur son état de santé et le traitement qui lui est proposé. (Point III, C, 41, al. 2)                                                                                                                                                                                                                                                                                | Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2010 Français                                                            | Pratique                  | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ |   |  |   |   | partiel        | Les professionnels affirment donner toutes les informations nécessaires, dans un langage adapté, aux patients. Ceux-ci se montrent toutefois insatisfaits des informations à leur disposition.                                                                                                                                                                                                                                             |
| 89 Définir une politique claire concernant la contrainte physique de patients qui établit sans équivoque que les tentatives initiales de maîtrise de patients agités ou violents doivent, dans toute la mesure du possible, être d'une nature autre que physique (par exemple, instructions verbales) et que, lorsque la contrainte physique est nécessaire, celle-ci soit limitée à un contrôle manuel. (Point III, E, 47, al. 2)                                                                                               | Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2010 Français                                                            | Pratique                  | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ |   |  |   |   | total          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 90 Former le personnel, dans les établissements psychiatriques, aux techniques de contrôle à la fois non physique et d'immobilisation manuelle de patients agités ou violents. (Point III, E, 47, al. 3)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2010 Français                                                            | Pratique                  | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ |   |  |   |   | total          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 91 Recourir aux instruments de contention physique (sangles, camisole de force, etc.) sur ordre exprès d'un médecin, soit porté immédiatement à la connaissance d'un médecin pour approbation. (Point III, E, 48, al. 1)                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2010 Français                                                            | Pratique                  | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ |   |  |   |   | insatisfaisant | Le CELPL critique que le médecin donne une autorisation de principe pour pouvoir procéder, en cas de crise, à une mesure de contention, même si la mesure est portée à sa connaissance dans les meilleurs délais. Certaines mesures (notamment l'enveloppement dans les draps) semblent pouvoir être appliquées sur décision du personnel soignant.                                                                                        |
| 92 Oter dès que possible les moyens de contention physique. (Point III, E, 48, al. 1)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2010 Français                                                            | Pratique                  | Mesures de contrainte et traitements involontaires | ✓ |   |  |   |   | total          | Le CELPL n'est pas en connaissance d'éléments en contradiction avec cette recommandation expliquant son appréciation.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                        |          |                                                    |    |    |   |    |    |  |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------|----------------------------------------------------|----|----|---|----|----|--|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 93 Ne jamais appliquer ou prolonger l'application de moyens de contention physique à titre de sanction. (Point III, E, 48, al. 1)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2010 Français | Pratique | Mesures de contrainte et traitements involontaires |    | ✓  |   |    |    |  | total   | Le CELPL n'est pas en connaissance d'éléments en contradiction avec cette recommandation expliquant son appréciation.                                                                                                                                                                                                                                   |
| 94 Etablir une politique détaillée relative à l'isolement, explicitant notamment : les types de cas dans lesquels il peut y être fait recours ; les objectifs visés ; sa durée et la nécessité de révisions fréquentes ; l'existence de contacts humains appropriés ; l'obligation d'une attention renforcée du personnel. (Point III, E, 49, al. 2)                                                                                                                                                                                       | Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2010 Français | Pratique | Mesures de contrainte et traitements involontaires |    | ✓  |   |    |    |  | total   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 95 Ne pas utiliser l'isolement à titre de sanction (Point III, E, 49, al. 3)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2010 Français | Pratique | Mesures de contrainte et traitements involontaires |    | ✓  |   |    |    |  | partiel | Les mesures disciplinaires appliquées aux patients mineurs comportent généralement également une forme d'isolement, qui n'est toutefois pas exécutée de la même manière qu'une mesure d'isolement en situation de crise.                                                                                                                                |
| 96 Consigner chaque recours à la contrainte physique d'un patient (contrôle manuel, instruments de contention physique, isolement) dans un registre spécifiquement établi à cet effet (ainsi que dans le dossier du patient) et comprenant l'heure de début et de fin de la mesure, les circonstances d'espèce, les raisons ayant motivé le recours à la mesure, le nom du médecin l'ayant ordonnée ou approuvée et, le cas échéant, un compte-rendu des blessures subies par des patients ou des membres du personnel. (Point III, E, 50) | Normes du CPT, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2010 Français | Pratique | Mesures de contrainte et traitements involontaires |    | ✓  |   |    |    |  | partiel | Il n'y a pas de registre spécifique, les mesures sont renseignées dans le dossier des patients, toutefois comme les renseignements sont informatisés, le CELPL estime que cette manière de procéder n'entraîne pas d'inconvénients. Il devrait toutefois être veillé à ce que les données puissent être collectées et traitées à des fins statistiques. |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                        |          |                                                    | 20 | 81 | 9 | 21 | 19 |  |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

## 2. Rapport d'expertise<sup>1</sup>

### Gutachten über Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Einrichtungen in Luxemburg

Im Auftrag des Ombudsmans erstatte ich o. g. Sache das nachfolgende **Gutachten**.

Das Gutachten soll Stellung nehmen zu den am 20.1.2025 übersandten Fragen:

- Überprüfung der Konformität der angewandten Zwangsmaßnahmen (Fixierungen, Isolierungen, Zwangsmedikation, Kameraüberwachung, Einwickeln in Bettlaken und gegebenenfalls andere Maßnahmen) mit internationalen Standards sowie ethischen und medizinischen Leitlinien zur Behandlung und Betreuung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in psychiatrischen Einrichtungen
- Grundlegendere, spezifische und abstrakte Untersuchung und Bewertung der aktuellen Praxis des Einwickelns in Bettlaken in einer psychiatrischen Einrichtung für Kinder
- Analyse und Bewertung von Zwangsmaßnahmen in konkreten Fällen, insbesondere hinsichtlich ihrer Dauer und Häufigkeit unter Berücksichtigung der individuellen Umstände und der Verhältnismäßigkeit

Als detaillierte Fragestellungen wurden genannt:

- Sind die angewandten Zwangsmaßnahmen (wie zuvor definiert) konform mit internationalen medizinischen Standards, sowie ethischen und medizinischen Leitlinien zur Behandlung und Betreuung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in psychiatrischen Einrichtungen?
- Respektieren die angewandten Zwangsmaßnahmen das Proportionalitätsprinzip? Sind die Maßnahmen also geeignet, um das angestrebte Ziel zu erreichen; sind sie notwendig, um das angestrebte Ziel zu erreichen; und stellen sie keine übermäßige Belastung für den Einzelnen dar im Vergleich zu dem zu erreichenden Ziel (Verhältnismäßigkeit im engeren Sinne)? Diese Frage soll sowohl abstrakt, also allgemein, als auch anhand von verschiedenen spezifischen Fällen analysiert werden, welche dem Experten vom Auftraggeber übermittelt werden.
- Ist die Dauer der Zwangsmaßnahmen konform zu ethischen und medizinischen Richtlinien?

---

<sup>1</sup> Rédigé par Prof. Dr. med. Tilman Steinert  
Nervenarzt / Psychotherapie  
Klinik für Psychiatrie und  
Psychotherapie I der Universität Ulm  
Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg

Das Gutachten stützt sich auf die übersandten Unterlagen und öffentlich zugängliche Dokumente, im Einzelnen

1. Die Loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux und Loi du 10 août 1992 relative à la protection de la jeunesse
2. die übersandte zusammenfassende Darstellung der psychiatrischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Luxemburg einschließlich der Beantwortung besonderer Nachfragen zur Gerontopsychiatrie und Suchtmedizin,
3. die Stellungnahme des UN Komitees zur Umsetzung der Rechte von Menschen mit Behinderung in Luxemburg vom 23.8.2017
4. die übersandten Kumulativberichte und prozeduralen Anweisungen aller psychiatrischer Krankenhäuser/Abteilungen zur Häufigkeit und Dauer von gerichtlichen Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen
5. die übersandten Patientenakten (je zwei von jeder Klinik).

Die Beantwortung der speziellen Fragestellungen zur Anwendung von Zwang benötigt die Kontextualisierung vor dem Hintergrund der entsprechenden Gesetzgebung und der Versorgungsrealität. Dementsprechend steht hier eine Einschätzung zur Gesetzeslage und zu den Besonderheiten der psychiatrischen Versorgung in Luxemburg voran.

#### **I. Loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux und Loi du 10 août 1992 relative à la protection de la jeunesse**

Das Gesetz für Erwachsene regelt nach rechtsstaatlichen Prinzipien die Unterbringung und Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, sofern dies gegen ihren (natürlichen) Willen erforderlich ist. Dieses Gesetz von 2009 ist so formuliert, wie es bis vor ca. 15 Jahren die meisten derartigen Gesetze in Europa waren. Es ist im Wesentlichen aus ordnungsrechtlicher Perspektive formuliert und soll die erforderlichen Rechtsschritte in den prozeduralen Abläufen aus der Sicht der Verwaltung und der Justiz sicherstellen. In den meisten oder nahezu allen europäischen Ländern bzw. deren Untereinheiten (Bundesländer, Départements oder Kantone, soweit diese zuständig sind) wurden die Gesetze aber inzwischen erheblich weiterentwickelt. Neben der allgemeinen gesellschaftlichen Entwicklung ethischer Vorstellungen und Gerichtsentscheidungen bezüglich der Autonomierechte ist ein wesentlicher Hintergrund die Diskussion um die UN-Konvention zu den Rechten von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK), die für Luxemburg nach Ratifizierung 2011 in Kraft trat. Dabei vertritt das UN-Komitee zur Umsetzung der Konvention in fortlaufenden Stellungnahmen seit 2013 und auch den jeweiligen Staatenberichten an die einzelnen Ländern eine stets gleichlautende radikale Position, alle „Sondergesetze“ bezüglich von Menschen mit

psychischen Erkrankungen seien abzuschaffen, sämtliche Formen von Zwang in psychiatrischen Einrichtungen zu verbieten und desgleichen alle Maßnahmen bezüglich der „ersetzten Entscheidungsfindung“ abzuschaffen und anstelle dessen Maßnahmen der „unterstützten Entscheidungsfindung“ einzuführen (Übersicht Whittington et al. 2023). Diese Position hat sich inzwischen auch die Weltgesundheitsorganisation vollumfänglich zu eigen gemacht (WHO 2021) und sie findet sich auch in praktisch gleichlautender Weise im Staatenbericht zu Luxemburg von 2017 ([www.ohchr.org/en/press-releases/2017/08/committee-rights-persons-disabilities-reviews-report-luxembourg](http://www.ohchr.org/en/press-releases/2017/08/committee-rights-persons-disabilities-reviews-report-luxembourg)). Von anderer Stelle, unter anderem nationalen und internationalen psychiatrischen Fachgesellschaften und prominenten Psychiatern (Freeman et al. 2015), höchstrichterlicher Rechtsprechung wie dem deutschen Bundesverfassungsgericht (BVerfG 2011) oder dem Deutschen Ethikrat (2015) wurde andererseits dieser Interpretation der UN-BRK entschieden widersprochen. Das deutsche Bundesverfassungsgericht hat beispielsweise seit 2011 in mehreren Gerichtsentscheidungen sehr detailliert ausgeführt, warum sich Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie nach der UN-BRK keineswegs generell verbieten und unter welchen Umständen sie zulässig oder sogar im Interesse der betreffenden Person oder der Rechte Dritter geboten sind.

Aus der Sicht des Unterzeichners ist die stets mehr oder weniger gleichlautende formulierte Generalskritik des UN-Komitees wenig hilfreich, zumal die Forderungen verbreitet als nicht realisierbar oder für einzelne Betroffene potentiell sehr schädlich angesehen werden (sie wurden bisher in keinem europäischen Land ansatzweise realisiert). Dennoch ist zu konstatieren, dass die fortgesetzte Diskussion das Verständnis für sensible Rechtsfragen und die Rechte der betroffenen Personen geschärft hat und dass die Stimme der Betroffenen inzwischen in diesen Diskussionen sehr viel deutlicher wahrgenommen wird. Im Einzelnen sind deshalb in Bezug auf das luxemburgische Gesetz mindestens folgende Punkte anzumerken:

a. Gemäß dem Gesetz impliziert die rechtmäßig erfolgte freiheitsentziehende Unterbringung in einer psychiatrischen Einrichtung auch die Option, nach ärztlichem Erforderlichkeitsermessen weitere Maßnahmen, gegebenenfalls auch unter Anwendung unmittelbaren Zwangs, auszuführen, insbesondere freiheitsentziehende Zwangsmaßnahmen wie die Fixierung oder die Isolierung, gegebenenfalls auch in Form der Einwicklung in Tücher (alle nicht explizit genannt) oder eine Behandlung gegen den (natürlichen) Willen der Betroffenen. Dies entsprach dem in Europa (und wohl auch weltweit) üblichen Stand der Gesetzesformulierungen in dieser Zeit. Inzwischen hat sich aber verbreitet die Ansicht durchgesetzt, dass ein grundrechtlicher Eingriff (die freiheitsentziehende Unterbringung in einer psychiatrischen Einrichtung) keineswegs bereits alle nachfolgenden noch stärker in die Autonomierechte eingreifenden Eingriffe legitimiert. Es wird (in unterschiedlicher Intensität)

für erforderlich gehalten, Maßnahmen des unmittelbaren Zwangs in den Gesetzen explizit zu benennen (was bedeutet, dass alle anderen nicht zulässig sind), Qualitätsstandards in Bezug auf die Verhältnismäßigkeit einzufordern und die Einrichtungen (gegebenenfalls auch Gerichte) zu einer mehr oder weniger umfangreichen Dokumentation gesetzlich zu verpflichten. Die zwangsweise Behandlung mit Eingriff in die körperliche Unversehrtheit (gegebenenfalls auch mittels Injektionen) wird als Eingriff in ein anderes (unter Umständen auch höheres, diesbezüglich sind die Interpretationen jedoch uneinheitlich) Rechtsgut angesehen, das eine gesonderte Entscheidung, in Deutschland zum Beispiel durch ein Gericht nach entsprechender Begutachtung, erfordert. Besonders weit ist die Verrechtlichung dieser Maßnahmen in Deutschland vorangegangen (nach Meinung von Kritikern möglicherweise auch ein wenig zu weit), insofern dort jede Fixierung, die länger als 30 Minuten dauert, von einem Richter am Krankenbett zu beurteilen und gegebenenfalls zu genehmigen ist und durch das Verfassungsgericht entschieden wurde, dass eine 5-Punkt-Fixierung als eingreifendstes Mittel anzusehen ist, das nur als letzte Option in Frage kommt (Flammer et al. 2021). Auch Zwangsbehandlungen müssen dort nach einem unabhängig erstellten Gutachten richterlich genehmigt werden. Die juristische Trennung von Unterbringung und Behandlung ist aber inzwischen in vielen Ländern erfolgt (DGPPN 2016, Georgieva et al. 2019). Auch in dem luxemburgischen Gesetz finden sich zahlreiche Formulierungen zur Angemessenheit und Verhältnismäßigkeit, jedoch sind diese relativ vage formuliert und eröffnen in der Praxis doch relativ große Spielräume mit vergleichsweise geringer Überprüfbarkeit.

b. In den letzten Jahren hat sich in der Gesetzgebung in europäischen Ländern zunehmend die Ansicht durchgesetzt, dass Psychisch-Kranken-Gesetze primär Schutzrechte für die betroffene Person (und nachfolgend auch die Rechte Dritter) sein sollten und, insofern sie einen Bereich der Medizin regeln, nicht primär als ordnungspolitisches Instrument konzipiert sein sollten. Dies manifestiert sich vor allem in den Kriterien, für wen derartige Gesetze zur Freiheitsentziehung gegen den eigenen Willen im Kontext medizinischer Behandlung zur Anwendung kommen können. Medizinethisch besteht diesbezüglich die klare Position, dass Menschen, die entscheidungsfähig sind (bezüglich medizinischer Behandlung: einwilligungsfähig) und über die Fähigkeit zur freien Willensbildung verfügen, nicht gegen ihren Willen in einer psychiatrischen Einrichtung untergebracht oder behandelt werden dürfen. Das maßgebliche Kriterium für die Anwendung von Zwang in der Psychiatrie muss deshalb Einwilligungsunfähigkeit in Verbindung mit einer dadurch verursachten Gefahr für die Person selbst oder Dritte sein. Darin zeigt sich die Veränderung von einer ordnungspolitischen zu einer Personen-zentrierten Perspektive. In den aktuell gültigen Gesetzen verschiedener europäischer Länder ist dies in unterschiedlichem Maße bereits umgesetzt. Das Gesetz zur fürsorgerischen Unterbringung der Schweiz (FU) ist zum Beispiel noch diesbezüglich ähnlich vage in den Bestimmungen und damit im Grunde paternalistisch konzipiert wie das Luxemburger Gesetz. Einzelne deutsche Bundesländer haben dagegen inzwischen sehr

explizit, besonders in den jüngsten Gesetzesreformen, Maßnahmen des Zwangs gegen einwilligungsunfähige Personen ausgeschlossen.

c. Im luxemburgischen Gesetz fällt auf, dass die betroffene Person als Subjekt mit eigenen Rechten nahezu nicht in Erscheinung tritt. Als wichtiges und inzwischen breit anerkanntes Ergebnis der Diskussionen der vergangenen zehn Jahre kann festgehalten werden, dass ein Zustand der Einwilligungsunfähigkeit zwar Maßnahmen gegen den Willen der Person legitimieren kann, deren Willensbekundungen aber dennoch keinesfalls unerheblich sind. Auch wenn der Art. 12 der UN-BRK, gemäß dem gemäß den „Wünschen und Präferenzen“ der betreffenden Person gehandelt werden sollte, nicht immer umzusetzen ist, sollte nach inzwischen verbreitet herrschender Auffassung der Ermittlung des Willens eine erhebliche Bedeutung zukommen. Gesetzlich sollte deshalb aus heutiger Sicht die Rolle von (im Zustand der Entscheidungsfähigkeit verfassten) Patientenverfügungen verankert werden (Stolz & Steinert 2014, DGPPN 2019, Müller et al. 2024). Auch dies ist in den Gesetzgebungen europäischer Länder sehr unterschiedlich, aber doch in zunehmenden Maße festzustellen. In der Schweiz haben zum Beispiel psychiatrische Patientenverfügungen geringere Bindungswirkung als somatische Patientenverfügungen, was Gegenstand von Kritik ist. In Deutschland wurde im Betreuungsrecht das „Wohl“ des Betroffenen durch „Wünsche“ ersetzt (auch dies nicht ohne Kritik). Die Bindungswirkung von Patientenverfügungen ist gesetzlich geregelt.

d. Die Unterbringung und Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gemäß der Loi du 10 août 1992 relative à la protection de la jeunesse ist als Teil eines ordnungsstaatlichen pädagogischen Gesamtkonzepts formuliert. Wünschenswert aus heutiger Sicht wäre aber eine Konzeptualisierung der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht als Teil der Pädagogik und eines staatlichen Erziehungsauftrags, sondern als medizinische Einrichtung und Fachgebiet der Medizin mit besonders definierten Zuweisungskriterien, sofern eine Behandlung gegen den Willen erfolgen soll. Selbstverständlich sind auch bei Jugendlichen (mit und ohne eine Einwilligungsunfähigkeit verursachende psychische Erkrankung) die Willensbekundungen nicht unerheblich und sollten auch nicht einfach unter Verweis auf Elternrecht außer Kraft gesetzt werden können. Generell sollten die Schutzstandards nicht niedriger als bei Erwachsenen sein. Auch in anderen europäischen Ländern haben sich die herrschenden Auffassungen diesbezüglich zwar verbreitet entwickelt, die gesetzliche Umsetzung ist aber noch sehr uneinheitlich.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass die luxemburgische Gesetzgebung bezüglich freiheitsentziehender Maßnahmen bei Menschen mit psychischen Erkrankungen noch relativ paternalistisch ist und eine Reform angesichts der Entwicklung der in Europa herrschenden

Ansichten zu dem Thema und der Entwicklung der Gesetzgebung in anderen Ländern zeitgemäß wäre.

## **II. Die psychiatrische Versorgung in Luxemburg**

Die psychiatrische Versorgung Luxemburg ist staatlich organisiert und bezüglich der Kapazitäten gesetzlich geregelt. Es gibt zwei kinder- und jugendpsychiatrische und vier erwachsene psychiatrische Abteilungen zwischen zwölf und 45 Betten, eine nationale psychiatrische Rehabilitationseinrichtung mit maximal 180 Betten (darin enthalten auch forensische Psychiatrie) und 67 Plätze für Langzeitpsychiatrie. Von einer erheblichen Dezentralisierung und Stärkung der ambulanten und gemeindepsychiatrischen Versorgung, wie in allen europäischen Ländern, wird berichtet.

Alle psychiatrischen Versorgungsstrukturen sind historisch gewachsen. Besonderheiten sind immer auch vor dem Hintergrund der jeweiligen Geschichte zu verstehen. Im Vergleich zu den Nachbarländern erscheint die Ausstattung mit Behandlungsplätzen („Betten“) nicht ungewöhnlich, bei bekannten großen Variationen nicht nur zwischen den Ländern, sondern auch innerhalb der größeren Länder. Prinzipien der psychiatrischen Versorgung haben in aller Regel Vor- und Nachteile; sie wurden geschaffen, um bestimmte Probleme zu lösen und lösen zumeist andere Probleme dann weniger gut. Die starke staatliche (anstelle einer mehr dem Wettbewerb überlassenen privatwirtschaftlichen) Regelung erscheint im Ländervergleich und in der Langzeitperspektive als Vorteil, zumal sie primär die Versorgung schwer psychisch erkrankter Menschen sicherstellt und die Ausweitung von Versorgungsangeboten für weniger schwer psychisch erkrankte Menschen mit Umverteilung der Ressourcen zulasten der Ersteren implizit verhindert. Die Organisation der Versorgung in getrennte Einheiten von Akutpsychiatrie, Rehabilitation und Langzeitversorgung entspricht der lange Zeit propagierten Konzeption einer „Reha-Kette“, die stadienbezogen geeignete Versorgungs- bzw. Therapieangebote vorhalten soll und am Ende dieser Kette idealerweise den Patienten gesund entlassen oder zumindest angemessen versorgen soll. Dieses Konzept hat sich jedoch als nicht praktikabel erwiesen, weil die psychiatrischen Krankheitsverläufe dieser Vorstellung häufig nicht entsprechen und nicht zu den vorgehaltenen Angeboten passen. Klinikaufenthalte wurden dadurch oft insgesamt unangemessen lang und die Behandlungsergebnisse dennoch nicht zufriedenstellend. Die „Reha-Kette“ spielt in der Konzeption psychiatrischer Versorgung in Europa nahezu keine Rolle mehr und stationäre Rehabilitationseinrichtungen als Zwischenglied zwischen Akutversorgung und Gemeindepsychiatrie gibt es verbreitet nur noch relativ rudimentär.

Was die psychiatrische Versorgung in Luxemburg anbetrifft, hat der Unterzeichner keine eigenen Erfahrungen, kann sich aber aus jahrzehntelanger Erfahrung in der psychiatrischen Versorgung einige typische Probleme gut vorstellen. Positiv zu unterstreichen ist, dass alle Stationen relativ klein sind (12-15 Plätze) und offenbar ein relativ großer Anteil von Einzelzimmern zur Verfügung steht. In den meisten europäischen Ländern sind psychiatrische Stationen deutlich größer, obwohl dies als nachteilig angesehen wird. Kleinere Stationen benötigen eine vergleichsweise gute Personalausstattung, um betrieben werden zu können. Es ist daher davon auszugehen, dass die Personalausstattung im europäischen Vergleich gut sein dürfte. Zu erwarten ist dennoch, dass die Akutkliniken unter hohem Aufnahme- und damit auch Entlassdruck stehen und die angemessene Weiterversorgung, die häufig kurzfristig zu regeln sein wird, ständig ein mehr oder weniger großes Problem darstellen wird. Die Rehabilitationseinrichtung hat aufgrund ihrer Größe eine relativ starke Position und kann sich dementsprechend wohl auch differenziertere Behandlungskonzepte erlauben. Schnittstellenprobleme, die Ressourcen verbrauchen, von allen Beteiligten als konfliktuell erlebt werden und am Ende zu Unter-, Über- oder Fehlversorgung führen können, sind dennoch auf Grunde der fragmentierten Organisation der Versorgung zu erwarten. Eine hilfreiche Lösung, die allerdings nicht alle entstehenden Probleme lösen kann, ist eine gemeinsame Leitungsverantwortung. Aufgrund der geringen Größe der Akutabteilungen sind spezialisierte und ausdifferenzierte Behandlungsangebote dort wohl kaum realisierbar. Man wird sich zwangsläufig auf die bekanntermaßen aufwändige rechtskonforme Durchführung der Behandlung unfreiwilliger Patienten und die entsprechende Dokumentation, auf sachgerechte Pharmakotherapie und gegebenenfalls Elektrokrampftherapie bis zu einem gewissen Grade beschränken müssen. Hilfreich für die Verbesserung der Qualität und die Einhaltung von Behandlungsstandards sind sicher alle Formen der Kooperation zwischen den Einrichtungen, und zwar sowohl unter den akutpsychiatrischen Abteilungen als auch mit der Rehabilitationseinrichtung und mit der Gemeindepsychiatrie, sehr hilfreich sind sicher auch formelle oder informelle Einrichtungen des „Trials“ zwischen Professionellen, Betroffenen und Angehörigen.

### **III. Kumulativberichte und prozedurale Anweisungen aller psychiatrischer Krankenhäuser/Abteilungen zur Häufigkeit und Dauer von gerichtlichen Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen**

Es handelt sich um das Centre Hospitalier Emile Mayrisch mit 12 Plätzen und 401 Aufnahmen im vergangenen Jahr, das Centre Hospitalier de Luxembourg mit 16 Plätzen (164 Aufnahmen), das Centre Hospitalier Pédo-psychiatrie mit 12 Plätzen an derselben Klinik, das Centre Hospital du Nord mit ebenfalls 12 Plätzen (114 Aufnahmen), die Hôpitaux Robert

Schuman mit 45 Plätzen für Erwachsene (214 Aufnahmen) und 15 für Kinder und Jugendliche (18 Aufnahmen) und die Rehaklinik mit 247 Plätzen, davon 67 Langzeitplätze (89 Aufnahmen, 229 residente Patienten). Aus der Zahl der Aufnahmen und der Zahl der Plätze errechnet sich, dass die durchschnittl. Aufenthaltsdauer im CHEM 10,9 Tage, im CHL 35,6 Tage, im CHdN 38,4 Tage und in HRS sogar 76,7 Tage beträgt. Gründe für diese Unterschiede konnten hier nicht geklärt werden. Offensichtlich ist die Versorgungssituation aber unterschiedlich und schon aus diesem Grund sind die Häufigkeitsangaben für Zwangsmaßnahmen nicht ohne weiteres zu vergleichen und in einen sinnvollen Bezug zu setzen.

Von allen genannten Einrichtungen liegen prozedurale Beschreibungen bei, die die Anlässe, das Vorgehen und die Dokumentation bei Zwangsmaßnahmen relativ detailliert und zum Teil mit den ethischen und rechtlichen Rahmenbedingungen beschreiben. Diese Handreichungen unterscheiden sich untereinander deutlich (was dafür spricht, dass sie jeweils speziell für und in den jeweiligen Einrichtungen erarbeitet und keineswegs nur kopiert wurden), erfüllen aber alle gut erkennbar den Zweck. Die Erarbeitung derartiger einrichtungsbezogener Manuale stellt ein wichtiges Element in der Verhinderung von Zwang dar und wird z.B. im PreVCo-Programm als eines von zwölf Elementen zur Implementierung der Leitlinie zur Verhinderung von Zwang empfohlen (Steinert et al. 2023, [www.prevco.de](http://www.prevco.de)). Die hier vorliegenden Manuale oder Richtlinien sind sicher gesetzeskonform und beschreiben Abläufe, zum Teil auch mit Entscheidungsalgorithmen und die notwendigen rechtlichen Schritte und intern verwendete Formulare. Die internen Vorschriften zur Überwachung (eigentlich besser: Begleitung) einer Fixierung unterscheiden sich deutlich. So wird im CHdN eine Kontrolle am Patienten alle 15 Minuten verlangt; am CHL stündlich, am CHEM in der 1. Stunde alle 15 Minuten, in der 2. Stunde alle 30 Minuten und danach stündlich; nur am HRS wird die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Überwachung beschrieben. Auch in der Rehaklinik sind Kontrollen alle 15 Minuten vorgeschrieben.

Ferner liegt von sämtlichen Einrichtungen eine tabellarische Auflistung sämtlicher Fälle von unfreiwilliger Unterbringung sowie der speziellen Maßnahmen Fixierung, Isolierung, Videoobservation und Zwangsmedikation mit Beginn und Ende vor, teilweise auch Alter, Geschlecht, Anlass, verordnete Medikation und Rechtsgrundlage in den betreffenden Fällen. Teilweise werden auch Zeitreihen über mehrere Jahre geliefert. Insgesamt belegen die Daten, dass Dokumentation der Maßnahmen mit Sorgfalt und den Vorgaben entsprechend erfolgt. Weitere Schlüsse aus den vorliegenden Daten zu ziehen, ist entsprechend nunmehr umfangreichen internationalen Erfahrungen schwierig. Entwicklungen über die Zeit (einige Jahre) in einzelnen Einrichtungen sollten nur mit großer Vorsicht interpretiert werden, weil dabei Zufälle und wechselnde regionale Umstände, zum Beispiel in der Zuweisungspraxis, eine erhebliche Rolle spielen können (Steinert et al. 2019). Aussagekräftig wären hier nur kumulierte Daten auf nationalen Niveau, die die Häufigkeit von Maßnahmen in Bezug setzen sollten zur Gesamtheit der Aufnahmen im betreffenden Zeitraum (Steinert et al. 2010). Die

Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen gemessen an der Zahl der Aufnahmen lässt sich aus den vorgelegten Daten nicht ermitteln, weil zwar die Zahl von Zwangsmaßnahmen, aber nicht die Zahl der davon betroffenen Patienten angegeben wird. Auch dieses Maß (% Aufnahmen von Zwangsmaßnahmen betroffen) ist zwar einigermaßen geeignet für Klinikvergleiche, dennoch aber unzureichend. Die nunmehr langjährigen Erfahrungen des Unterzeichners aus Deutschland und speziell dem Bundesland Baden-Württemberg mit Langzeitdaten aus 31 Kliniken haben gezeigt, dass die Zahlen zur Häufigkeit Dauer von Zwangsmaßnahmen für sich alleine genommen wenig geeignet sind, „gute“ Kliniken von „schlechten“ zu unterscheiden (Flammer et al. 2022). Gründe sind unter anderem, dass sich die Zahl der verfügbaren Plätze pro Einwohner, die Art der zur versorgenden Klientel (Patientenmix) und auch die gerichtliche Unterbringungspraxis selbst zwischen benachbarten Kliniken erheblich unterscheiden können. Auch die Abweisung oder Verlegung besonders „schwieriger“ Patientinnen oder Patienten kann zum Beispiel die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen in einer Einrichtung senken, ohne dass damit die Versorgung verbessert oder Zwang insgesamt reduziert. In den mitgeteilten Daten der einzelnen Kliniken gibt es keine Hinweise, bestimmte Praktiken als besonders problematisch zu identifizieren. Nach langjährigen eigenen Erfahrungen gibt es sehr wohl Unterschiede zwischen den Kliniken und auch Auffälligkeitssignale, die aber nur im vertrauensvollen kollegialen Dialog weiter geklärt werden können. Relativ aussagekräftig ist, wie zuvor erwähnt, der Anteil der Aufnahmen, der überhaupt von Zwangsmaßnahmen betroffen ist, insbesondere der Anteil unfreiwilliger Patienten, die von solchen Maßnahmen betroffen sind (Steinert et al. 2019). Diese Indikatoren sind aber aus den vorliegenden Daten nicht zu ermitteln, weil zwar die Zahl der Aufnahmen und die Zahl der Fixierungen bekannt sind, aber nicht die Zahl der davon betroffenen Patienten. Es ist möglich (und relativ häufig), dass wenige Patienten von sehr vielen Maßnahmen betroffen sind, so dass z.B. die Zahl der Maßnahmen groß und die Zahl der betroffenen Patienten dennoch klein sein kann. Zu den einzelnen Kliniken ergeben sich aus der Sicht des Unterzeichners deshalb nur wenige Bemerkungen, die Anlass für weitere Nachfragen sein könnten.

Das Centre Hospitalier de Luxembourg weist mit 16 Behandlungsplätzen und 64 Aufnahmen 83 Fälle von Fixierungen (nach der Exceltabelle allerdings 90) und 75 Fälle von Zwangsmedikation aus. Isolierungen wurden mangels entsprechender Räumlichkeiten nicht vorgenommen. Die längste dokumentierte Fixierung betrug 1350 Minuten, also 22,5 Stunden. Dies ist eine sehr lange und besonders einschneidende Beeinträchtigung der Freiheit, so dass in der Einrichtung überlegt werden könnte, ob das Vorhalten eines Isolierzimmers nicht doch in einzelnen Fällen eine Maßnahme gegen Fremdgefährdung mit weniger einschneidenden Mitteln darstellen könnte. Dies ist allerdings ein Punkt, zu dem es häufig (berechtigt) kontroverse Meinungen gibt. Sechs Fälle von Fixierungen erfolgten wegen Sturzgefahr (*risque de chute*), was in der Gerontopsychiatrie generell als eher zu vermeiden gilt, in manchen sonstigen Fällen (zum Beispiel Alkoholentzugsdelir mit Agitation) aber kaum zu vermeiden ist. Über die Art der Fälle sind aus den vorliegenden Daten keine weiteren Informationen zu

entnehmen. Eine zwangsweise Behandlung wurde ähnlich häufig durchgeführt wie eine Fixierung, was aus der fachlichen Sicht des Unterzeichners nicht zu kritisieren ist, weil Behandlung in der Regel mit der Verkürzung der Dauer einer Fixierung einhergeht.

Im Centre Hospitalier Pédopsychiatrie derselben Klinik kamen keine Zwangsmaßnahmen bei zwangseingewiesenen Patienten zur Anwendung. Dies lässt nicht den Schluss zu, dass die Praxis dort grundsätzlich besser wäre als im Hôpital Robert Schuman und umgekehrt. Wahrscheinlicher ist, dass sich die versorgte Klientel unterscheidet. In der letzteren Klinik wurden 15 Isolierungen mit dauern bis zu 150 Minuten und elf Fälle von Zwangsmedikation dokumentiert. Auch im Vergleich zu Daten aus Deutschland oder skandinavischen Ländern sind daraus keine Auffälligkeiten abzuleiten.

In der Erwachsenenpsychiatrie der Hôpitaux Robert Schuman gab es bei 45 verfügbaren Plätzen 214 Aufnahmen und 70 Fixierungen und keine Isolierung (mangels entsprechender Räumlichkeiten). Auch hier könnte überlegt werden, ob eine Diversifizierung der freiheitseinschränkenden Maßnahmen in einigen Fällen ermöglichen könnte, Zwang weniger eingreifend zu realisieren. Auffällig erschien aus der Sicht des Unterzeichners der Fall eines 22-jährigen Mannes (drittletzte Zeile der Excel-Tabelle), der sich seit dem 8.5.2024 in einer Dauermaßnahme befindet. Dieser Fall war aber in der Einzelauflistung der durchgeführten Fixierungen (in der übersandten Word-Datei) nicht zu finden.

Im Centre Hospitalier Emile Mayrisch mit zwölf Behandlungsplätzen wurden bei 401 Aufnahmen 608 Fixierungen und 20 Isolierungen mit einer Dauer bis 8725 Minuten (fast sieben Tage) berichtet. Der Unterschied zu den Hôpitaux Robert Schuman und dem Centre Hospital du Nord ist augenfällig. Aus den vorgenannten Gründen sollten allein aus diesen Zahlen keine vorschnellen Schlussfolgerungen gezogen werden. Jedoch scheinen hier Nachfragen, auch bezüglich Unterschieden in der versorgten Klientel, angebracht. Es ist festzustellen, dass eine Isolierungsdauer von einer Woche sicher sehr ungewöhnlich ist. Jedoch gibt es durchaus Einzelfälle, in denen dies schwer zu vermeiden ist und Sicherheit für die betreffende Person oder Dritte nicht anders realisiert werden kann.

Vom Centre Hospitalier du Nord mit 12 Plätzen und 114 Aufnahmen ist die Dokumentation relativ knapp. Berichtet werden 67 Fälle von Fixierungen mit einer maximalen Dauer von 5662 Minuten (entsprechend 94 Stunden, damit ebenfalls sehr lang, aber in Einzelfällen eventuell unvermeidbar, siehe oben).

Die Reha-Klinik weist einschließlich der Langzeitplätze 247 Plätze auf. Für Erwachsene werden vier geschlossene Stationen mit insgesamt 57 Betten ausgewiesen, für die Kinder- und Jugendpsychiatrie 28 Plätze auf zwei Stationen, davon eine geschlossene Station mit zwölf Plätzen. Die Tabelle weist 97 Fixierungen ganz überwiegend wegen Aggressivität aus, die ausschließlich die Station BU2 (Gerontopsychiatrie) betreffen. Dementsprechend erfolgten viele Fixierungen am Stuhl oder am Rollstuhl. Demnach scheinen Zwangsmaßnahmen nur dort und nur bei dieser Klientel stattzufinden. Dazu ist anzumerken, dass – anders als in sonstigen Bereichen der Psychiatrie – gerade in der Gerontopsychiatrie Zwangsmaßnahmen in den letzten 20 Jahren ganz erheblich reduziert werden konnten, und zwar ganz überwiegend mittels technischer Hilfsmittel, geeigneter Architektur und Schulung des Personals (Steinert et al. 2020). Bei aller Vorsicht ohne Kenntnis der Umstände und der versorgten Klientel ist doch festzustellen, dass Fixierungen am Stuhl oder am Rollstuhl wegen Aggressivität bei geeigneten Pflegekonzepten in der Gerontopsychiatrie ein seltenes Ereignis unter außergewöhnlichen Umständen bleiben sollten, auch unter Berücksichtigung von z.B. in Deutschland auf Grund des internationalen Standes der Literatur erarbeiteten Leitlinienempfehlungen (DGPPN 2019), die in diesem Punkt generalisierbar sein dürften. Auch hier könnte eine vertiefte Diskussion angezeigt sein.

#### **IV. Patientenakten**

Alle nachfolgenden Darstellungen von Patienten wurden insbesondere bezüglich biographischer Angaben und der Zeiträume des Aufenthalts soweit als möglich anonymisiert, um das Risiko einer möglichen Identifizierung so klein wie möglich zu halten.

Centre Hospitalier du Nord

##### *Fall 1*

Es handelt sich um einen jungen Patienten, der 2024 unter Polizeibegleitung zur Aufnahme kam. Vorausgegangen war bedrohliches und aggressives Verhalten. Bei der Aufnahme zeigte sich der Patient agitiert, äußerte Drohungen und wirkte enthemmt und distanzlos. Es erfolgte eine 5-Punkt-Fixierung, die der Dokumentation zufolge vom 23. Des Monats 16:00 Uhr bis zum 26. des Monats um 10:00 Uhr andauerte, der Freitextdokumentation zufolge mit Unterbrechungen. Ab dem 26. um 10:00 Uhr wurde noch eine 3 Punkt-Fixierung angeordnet, ab 29. noch eine Isolierung, deren Ende nicht genau zu entnehmen war. Am ersten Tag wird vermerkt, dass der Patient die Medikamente abgelehnt habe, er erhielt eine Injektion. Am 24.

des Monats nahm er jedoch schon Medikamente ein, die Kooperation diesbezüglich war im weiteren Verlauf wechselhaft. Am aussagekräftigsten sind die Freitexteintragungen von verschiedenen Personen, offensichtlich ganz überwiegend vom Pflegepersonal. Die hochfrequenten Standardformulare mit Vermerk der Fixierung, der Überwachung und grober psychopathologischer Merkmale wie Orientierung lassen dagegen wenig Schlussfolgerungen zu. Der Beschreibung ist ein insgesamt nicht ungewöhnlicher Verlauf eines psychotischen Patienten zu entnehmen, der anfangs ausgesprochen distanzlos ist, vermutlich Wahnvorstellungen hat, auch sexuelle Wünsche äußert und sich nur zu Beginn verbal bedrohlich äußert. Im weiteren Verlauf zeigte er sich zunehmend kooperativ, wenngleich wechselnd, immer wieder auch einmal sehr distanzlos und mit Konflikten mit Mitpatienten. Tötlich aggressives Verhalten wird zu keinem Zeitpunkt der Aufnahme beschrieben. In Anbetracht dessen erscheint die Fixierungsdauer über mehrere Tage ausgesprochen lang, zumal auch frühzeitig eine antipsychotische Behandlung begonnen wurde und zunehmend auch seitens des Patienten akzeptiert wurde. Man kann hier schon die Frage stellen, ob weniger freiheitseinschränkende Maßnahmen nicht ab dem zweiten Tag spätestens ausreichend gewesen wären. Von der Beschreibung des Verhaltens her könnte man sich gut vorstellen, dass eine ständige Begleitung über einige Zeit (1:1 Betreuung durch eine erfahrene Pflegekraft die Fixierung entbehrlich gemacht hätte. Die Schilderung des Verhaltens wirkt nicht so, als hätten tötliche Angriffe gegen eine betreuende Pflegeperson unmittelbar befürchtet werden müssen. Dabei kann man auch feststellen, dass nicht unreflektiert bei jeder auftauchenden Problematik zum Mittel der Fixierung gegriffen wurde. Einmal wurde zu einem späteren Zeitpunkt der Behandlung ein erheblicher Konflikt mit einem Mitpatienten wegen eines Ladekabels beschrieben, der aggressiv zu eskalieren drohte. Hier gelang es aber offenbar, verbal zu deeskalieren, ohne zu Zwangsmaßnahmen zu greifen. Was ich auch vermisst bzw. nicht gefunden habe, ist eine ärztliche Anordnung (die wegen der langen Dauer wohl wiederholt erforderlich wäre) mit einer Begründung, warum eine solche besonders eingreifende Maßnahme erforderlich ist und warum keine Alternativen infrage kamen. Man gewinnt den Eindruck, dass die Fixierung zum relativ gewöhnlichen Verhaltensrepertoire gehört und nicht als außerordentliche in Grundrechte eingreifende Maßnahme angesehen wird, die nur als letztes Mittel infrage kommt.

## *Fall 2*

Hierbei handelte es sich um einen jungen Patienten, der am Abend des 8. des Monats gegen 19:00 Uhr von 5 Polizisten auf die Station gebracht wurde. Es handelte sich um einen dort gut bekannten Patienten, der seit seinem siebten Lebensjahr immer wieder hospitalisiert worden war, vornehmlich wegen Depressionen und Drogenkonsum. Er sei im Vorjahr aus dem Gefängnis entlassen worden. Einmal findet sich auch die Diagnose einer bipolaren Störung. Die Verlaufsdokumentation ist relativ kurz und besteht nur aus Eintragungen des Pflegepersonals. Demzufolge musste der Patient bei Aufnahme von fünf Polizisten und vier

Pflegepersonen festgehalten werden. Er sei verbal sehr aggressiv gewesen, habe Suizid und Morddrohungen gemacht, Eintragung „stellte sich aggressiv zur Schau“ (unklar, was das genau bedeutet). Es erfolgte eine 5-Punkt-Fixierung und es wurde sedierende Medikation verabreicht. Dem weiteren Verlauf ist zu entnehmen, dass der Patient teils weinerlich, teils immer noch aggressiv gewesen sei und zunehmend schläfrig wurde. Am nächsten Morgen war er deutlich sediert, die Fixierung wurde auf drei Punkte reduziert und um 10:00 Uhr erfolgte die Entfixierung. Am Nachmittag konnte der Patient entlassen werden.

Ein derartiger Verlauf ist in der Akutpsychiatrie nicht selten. Die Aufnahme erfolgt in einem ausgeprägten Erregungszustand, der unter Behandlung in weniger als 24 Stunden abklingt. Weil sich keine weitere Behandlungsindikation ergibt, erfolgt die Entlassung. Ursächlich können zum Beispiel interpersonelle Konflikte und Substanzmissbrauch gewesen sein, nähere Angaben finden sich hier nicht. Es ist nun zu diskutieren, ob die Maßnahme der Fixierung in ihrer Art und Dauer gerechtfertigt war. Zunächst einmal kann man angesichts des Einsatzes von fünf Polizisten und der Beschreibung der Situation davon ausgehen, dass der Patient in seinem Verhalten völlig entgrenzt war und ohne Sicherungsmaßnahmen sehr wahrscheinlich eine erhebliche Gefahr für andere dargestellt hätte. Manchmal gelingt in derartigen Situationen eine schnelle Deeskalation, wenn eine dem bekannten Patienten gut vertraute Pflegeperson anwesend ist und eine beruhigende und therapeutische Atmosphäre herstellen kann. Manchmal gelingt dies aber auch durchaus nicht. Der Einsatz von Sicherungsmaßnahmen ist deshalb sicher nicht generell zu beanstanden. Diskutabel ist hingegen, ob auch eine bloße Isolierung in einem geeigneten Zimmer ausreichend gewesen wäre. Dies kann man insofern vermutlich bejahen, als Fixierungen in einigen europäischen Ländern (zum Beispiel Großbritannien und Schweiz) generell nahezu nicht praktiziert werden. Auch aus der eigenen Erfahrung würde ich in derartigen Fällen eher nur zu einer Isolierung greifen. Allerdings besteht kein genereller Konsens, dass die Isolierung ein geeigneteres und weniger eingreifendes Mittel als die Fixierung ist. In Deutschland hat sich zum Beispiel das Bundesverfassungsgericht zwar dahingehend geäußert, dass die Fixierung die invasivste Maßnahme sei, bei der Konsensuskonferenz für die Leitlinie zur Verhinderung von Zwang konnten wir uns jedoch darauf nicht einigen und die Leitlinie von 2018 enthält demzufolge keine dementsprechende Priorisierung.

Die Dauer der Maßnahme ist nicht grundsätzlich zu beanstanden, wenngleich sie aus der Sicht ex post wahrscheinlich auch einige Stunden früher beendet werden können hätte. Der Patient war zu diesem Zeitpunkt aber so sediert, dass er kaum eine Erinnerung an die Fixierung an diesem Morgen haben dürfte.

### *Fall 3 (nachträglich übersandt)*

Bei dem hier übersandten Fall ist das elektronisch vorliegende Material anders gestaltet als bei den vorangegangenen. Es handelt sich um Screenshots der Pflegeberichte, teilweise

zeitlich nicht sortiert. Ein ärztlicher Aufnahmebefund oder Entlassbrief liegt in diesem Dokument nicht vor, auch keine ärztlichen Verlaufsbeurteilungen. Dementsprechend fehlt auch eine Diagnose und Anordnungen der Fixierungen. Es ist davon auszugehen, dass dies an anderer Stelle dokumentiert ist, in den übersandten Unterlagen aber nicht vorhanden ist. Aus der Pflegedokumentation entnimmt man, dass es sich um einen jungen Mann handelt, der früher bereits im Gefängnis war, möglicherweise auch aus dem Gefängnis zur Aufnahme kam. Anlass der Aufnahme war, dass er Rasierklingen geschluckt hatte, offenbar nicht aus unmittelbarer suizidaler Motivation. Suizidgedanken wurden verneint, am Folgetag war eine Operation zur Entfernung der Rasierklingen geplant. Nach der Aufnahme kurz nach Mitternacht wird vermerkt, dass der Patient unruhig gewesen sei, nicht geschlafen habe, auf dem Gang hin und her gegangen sei. Er habe Forderungen nach Zigaretten gestellt, die er nicht dabei gehabt habe. Angebotene Bedarfsmedikation habe er zweimal akzeptiert. Gegen 17:00 Uhr sei es zu einer Eskalation gekommen. Der Patient habe Türen geschlagen, habe geschrien und Drohungen ausgestoßen. Er habe sich sehr manipulativ verhalten. Was der Anlass für diese Eskalation war und ob versucht wurde, verbal zu deeskalieren, ist nicht vermerkt. Es sei eine 5 Punkt-Fixierung vorgenommen worden. In der Fixierung sei der Patient weiter erheblich agitiert gewesen, habe geschrien und sei, in fixierten Zustand, mit dem Bett gehüpft. Er habe die Entfixierung verlangt und habe nicht geschlafen. Am 19. Oktober wird vermerkt, der Patient sei als aggressiv bekannt (aus dem CHNP) und sei auch deshalb fixiert worden. Es wird auch wiederholt vermerkt, man habe versucht, beruhigende Gespräche zu führen und Erklärungen zu geben. Gegen 11:00 Uhr an diesem Tag wurde ein Beruhigungsmittel und ein Antipsychotikum (Valium und Haldol) intramuskulär verabreicht. Die Absicht, Gespräche zu führen, wird immer wieder vermerkt. Jedoch habe sich der Patient sehr unkooperativ verhalten, habe zum Beispiel auch die Verabreichung der Anti-Thrombosespritze (die bei Fixierungen üblicherweise zu verabreichen ist) verweigert. Eine Rückverlegung in das Gefängnis sei geplant. Am 20. Oktober war der Patient offenbar immer noch fixiert, woraus auch zu schließen ist, dass die ursprünglich geplante Operation nicht stattfand. Zwischenzeitlich wurde er als kooperativ beschrieben. Am 21. des Monats kam es offenbar zum Abgang einer Rasierklinge mit dem Stuhl (was mit der anderen geschah, ist hier nicht erwähnt). Bei den Abführmaßnahmen sei der Patient nicht kooperativ gewesen. Am 21. des Monats vormittags wird noch vermerkt, dass er erneut in fixiertem Zustand mit dem Bett springe und man ihm erklärt habe, dass er bei solcher Erregung nicht entfixiert werden könne. Schließlich wird erwähnt, dass er um 14:59 Uhr entfixiert worden sei und in Begleitung zweier Polizisten in das CHNP verlegt wurde.

Aufgrund der unvollständigen Informationen ist hier die Verhältnismäßigkeit der mehrere Tage dauernden Fixierung schwer zu beurteilen. Eine Isolierung wäre sehr wahrscheinlich auch ausreichend gewesen; wie aber auch an anderer Stelle ausgeführt, ist es nicht unumstritten, ob es sich dabei um eine geeignetere und weniger eingreifende Maßnahme handelt. Grundsätzlich ist eine Fixierung, zumal von so langer Dauer, nur zu rechtfertigen, wenn andernfalls eine erhebliche Gefahr von dem Patienten ausgegangen wäre.

Entsprechende Einschätzungen liegen nicht vor (was in den Pflegeberichten auch nicht zu erwarten ist und dort nicht hingehören würde). Maßgeblich für die Risikobeurteilung sind die Kenntnis der Vorgeschichte, der aktuelle psychopathologische Befund und das aktuelle Verhalten in der Interaktion. Die Vorgeschichte ist insofern bedeutsam, als Verhalten sich in ähnlichen Situationen häufig zu wiederholen pflegt. Deshalb wüsste man gerne, war der Patient wegen Gewaltdelikten im Gefängnis, hatte er sich früher bereits gegenüber Personal in psychiatrischen Kliniken aggressiv verhalten (dies legt der kurze Verweis auf Erfahrungen im CHNP nahe), setzte er dieses Verhalten gezielt ein oder war es aus einer Intoxikation oder krankheitsbedingt (zum Beispiel akute Psychose) zu erklären? Wenn die Antworten auf diese Fragen gezieltes (instrumentelles) aggressives Verhalten in Konfliktsituationen nahelegen, können entsprechende Vorsichtsmaßnahmen zum Schutz anderer Personen gerechtfertigt gewesen sein, insbesondere dann, wenn der Patient zugleich in der Interaktion unkooperativ war, beruhigende und erklärende Gespräche nicht zum Erfolg führten und er noch immer eine erhebliche Erregung zeigte (was am 21. Oktober vormittags eindeutig noch der Fall war). Man kann sich immer die Frage stellen, ob die Fixierung selbst und deren Umstände ein wesentlicher Grund der anhaltenden Erregung und ausbleibenden Kooperation waren. Eindeutig zu beantworten ist dies nicht, in manchen derartigen Fällen nicht einmal für die beteiligten Beschäftigten. Jedoch gibt es hier trotz der insgesamt spärlichen Informationen einige Hinweise, dass seitens des Patienten mit gefährlichen aggressiven Übergriffen gerechnet werden musste und die Fixierung insofern nicht unverhältnismäßig war.

Centre Hospitalier Emile Mayrisch

### *Fall 1*

Hier handelte es sich um einen jungen Mann mit der Diagnose einer paranoiden Schizophrenie, der auf Ersuchen seiner Schwester mit der Polizei zur Aufnahme gebracht wurde. Die Behandlung erfolgte eine Woche lang. Die Diagnose war von zwei Klinikaufenthalten in Frankreich bekannt, nach Angaben seiner Schwester hatte er die Medikation abgesetzt und zeigte jetzt akute Verfolgungsideen. Die gesamte Dokumentation ist ausgesprochen dürftig, außer den sehr knappen, formelhaft wirkenden Eintragungen des Pflegepersonals finden sich hauptsächlich ausgefüllte Formblätter und medizinische Dokumentation. Ein ärztlicher Aufnahmebefund findet sich nicht, auch keine Anordnung einer Fixierung, der Entlassbrief ist äußerst knapp. Der Verlaufsdokumentation ist eher indirekt zu entnehmen, dass überhaupt eine Fixierung durchgeführt wurde. Fremdaggressives Verhalten wurde nicht beschrieben. Am Aufnahmetag wird vermerkt, der Patient habe getrunken und die Parameter erheben lassen (vermutlich Blutabnahme und Blutdruckmessung). Er habe auch Substanzkonsum (THC) eingeräumt. In der darauffolgenden Nacht wird vermerkt, der Patient sei total delirant und habe die Entfixierung verlangt. Am 25. des Monats wurde die

rechte Hand gelöst, damit er Frühstück zu sich nehmen konnte. Im Verlauf des Tages wird beschrieben, er verhalte sich total inadäquat und sei Ideen flüchtig. Am 26. beschwerte er sich über die (offenbar immer noch vorhandene) Fixierung und äußerte weiter Verfolgungsideen. Einen genauen Zeitpunkt der Entfixierung konnte ich nicht entnehmen, im Verhalten und in der psychischen Situation wird eine zunehmende Normalisierung geschrieben.

In diesem sehr spärlich dokumentierten Fall ist nicht nachvollziehbar, warum eine Fixierung erfolgte. Implizit klingt die Dokumentation so, als seien die mechanischen Beschränkungen so lange für erforderlich gehalten worden wie auffällige psychopathologische Symptome zu beobachten waren. Psychopathologische Symptome allein können jedoch kein Anlass für eingreifende freiheitsbeschränkende Maßnahmen sein. Auch die implizite Annahme, dass aus diesen Symptomen gefährliches Verhalten resultieren könnte, rechtfertigt noch keine Zwangsmaßnahme. Gefährliches Verhalten wurde nie beschrieben, der Patient erschien sogar relativ kooperativ, nahm zum Beispiel auch die verordneten Medikamente ein. Auch die formelhaften psychopathologische Zuschreibungen überzeugen nicht. In der Nachtschicht wird der Patient als „total delirant“ beschrieben. Ein deliranter Zustand passt aber nicht zu dem beschriebenen Krankheitsbild und müsste eine ganz andere Ursache haben (zum Beispiel Alkoholentzug).

## *Fall 2*

Hier handelt es sich um einen jungen Mann, der über eine Woche hospitalisiert war. Die Dokumentation entspricht im Stil dem vorbeschriebenen Fall. Für jeden Tag findet sich zumeist nur eine kurze Verlaufseintragung. Die Verfasserin bzw. der Verfasser ist jeweils namentlich gekennzeichnet, aber der Beruf ist nicht ersichtlich. Es ist somit nicht sicher zu entnehmen, ob sich auch ärztliche Eintragungen darunter befinden. Auch hier vermisst man auf jeden Fall einen ausführlichen ärztlichen Aufnahmebefund, einen psychopathologischen Befund und eine diagnostische Evaluation sowie einen Behandlungsplan. Dem (kurzen) Arztbrief ist zu entnehmen, dass die Aufnahmediagnose „psychotische Dekompensation“ war, während die Entlassdiagnose dann dissoziale Persönlichkeitsstörung lautete. Begleitsymptome wie paranoides Erleben (zum Beispiel, wie er angeschaut werde) werden beschrieben.

Dem Verlauf ist zu entnehmen, dass der Patient am Aufnahmetag 200 mg Seroquel (Antipsychotikum, eher niedrigen Dosierung) eingenommen habe (offenbar freiwillig). Am selben Tag habe er im Raucherzimmer einen jungen Patienten tätlich angegriffen, weil ihm die Art und Weise nicht gefallen habe, wie dieser ihn angeschaut habe. Der Patient erhielt Injektionen mit sedierender Medikation, in der Nacht habe er verlangt, von der Fixierung losgemacht zu werden. Am 17. des Monats sei er sehr agitiert gewesen und habe weitere Injektionen erhalten. Am 18. war er sehr sediert. Am 19. erfolgte ein Versuch der Entfixierung. Er habe angegeben, vor der Aufnahme 25 mg Cannabis eingenommen zu haben. Am 20.

ruhiger, nicht aggressiv (nicht zu entnehmen, ob noch fixiert). Am 22. werden Behandlungsverweigerung, Aggressivität und Drohungen beschrieben. Am 23. Verfolgungsideen, autoaggressiv. Am 24. impulsiv, Frustrationsintoleranz, schreit, droht. Am Abend eine Hand versuchsweise entfixiert (also bis dahin immer noch fixiert). Am folgenden Tag wieder agitiert, Gang zum Rauchen sei aber gut gegangen. Am 26. Entfixierung, in der Folge unauffälliger Verlauf bis zur Entlassung beschrieben.

Auch in diesem Fall ist die Dokumentation so spärlich, dass viele Fragen offen bleiben. Nicht einmal der Aufnahmegrund und die Behandlungsindikation sind hinreichend deutlich. Aufgrund der beschriebenen Symptome ist die Diagnose einer Psychose nicht eindeutig zu stellen. Seitens der Klinik legte man sich eher auf eine dissoziale Persönlichkeitsstörung fest. Dazu passt sehr gut das beschriebene Dominanzverhalten gegenüber dem Mitpatienten (tätliche Attacke mit dem Vorwurf, ihn „komisch anzuschauen“). Derartige Verhaltensweisen sind in dissozialen Milieus bekanntlich sehr verbreitet. Eine psychiatrische Behandlungsindikation und insbesondere eine Indikation für eine Behandlung mit antipsychotischen Medikamenten ergibt sich daraus nicht. Insofern wäre hier doch eine eingehende, auch dokumentierte Diskussion zu erwarten, ob es sich hier tatsächlich um eine psychische Erkrankung oder doch eher um eine Besonderheit der Persönlichkeit handelt und welche Behandlungskonsequenzen daraus resultieren müssen. Bei einer dissozialen Persönlichkeitsstörung (die keine Krankheit ist) wäre eine Strafanzeige der verletzten Person angemessen und seitens der Klinik wäre zu überlegen, ob der Patient nicht zu entlassen ist, zumal die Persönlichkeitsstörung keine stationäre Behandlungsindikation darstellt. Die erfolgte Fixierung über Tage erscheint (soweit die spärliche Dokumentation dies zulässt) doch eher eine Disziplinarmaßnahme als eine Maßnahme zur Abwendung einer konkreten Gefahr bei einer nicht selbstbestimmungsfähigen Person gewesen zu sein. Die spärliche Dokumentation lässt auch wenig Rückschlüsse über den tatsächlichen psychischen Zustand während der langen Fixierung zu. Wenn Begriffe wie „Agitation“ benutzt werden, bleibt unklar, ob es sich hier tatsächlich um eine im engeren Sinne psychopathologische Symptomatik handelte oder ob der Patient sich zum Beispiel nur erregte wegen der langen und seiner Meinung nach ungerechtfertigten Freiheitsbeschränkung. In letzterem Fall wäre auch die weitere Verabreichung sedierender antipsychotischen Medikation missbräuchlich.

Centre Hospitalier de Luxembourg

### *Fall 1*

Hier handelt es sich um einen Mann in den dreißiger Jahren, der für ca. 3 Wochen unfreiwillig hospitalisiert war. In diesem Fall findet sich ein etwas aussagekräftigerer Arztbrief und auch die Eintragungen der Pflege sind etwas ausführlicher als in den zuvor genannten Fällen, es werden zum Beispiel auch ärztliche Anordnungen vermerkt. Ein eigentlicher ärztlicher

Aufnahmebefund fehlt aber vollständig, ebenso ein vollständiger psychopathologischer Befund. Gemäß dem Arztbrief handelt es sich um einen Patienten, der an einer chronischen paranoiden Schizophrenie leidet und bereits früher in derselben Klinik stationär behandelt wurde. Er habe keine Krankheitseinsicht, nehme keine Medikation ein und konsumiere regelmäßig Cannabis, möglicherweise auch Kokain. Die Zuweisung erfolgte von der Poliklinik, wo er eine Psychologin gesehen hatte (was gegen fehlende Behandlungsbereitschaft sprechen könnte) mittels der Polizei. Er sei im Denken zerfahren gewesen und habe Wahnvorstellungen geäußert, von der Mafia verfolgt zu werden. Er habe die Poliklinik fluchtartig verlassen und sei dann auf Bahnschienen spazieren gegangen, bis er von der Polizei aufgegriffen wurde.

Bezüglich der Aufnahmeumstände und des weiteren Verlaufs finden sich lediglich die diesbezüglich doch sehr knappen Eintragungen des Pflegepersonals mit einigen Zeilen. Der Patient habe eine intramuskuläre Medikation sogleich bereitwillig akzeptiert und danach auch orale Medikation bereitwillig angenommen. Warum unter diesen Umständen überhaupt eine Injektion verabreicht wurde, bleibt unklar. Stets wird vermerkt, der Patient sei nicht aggressiv und kooperativ, habe auch die verordnete Medikation immer eingenommen. Die Eintragungen der ersten beiden Tage beziehen sich hauptsächlich darauf, dass der Patient leichtes Fieber hatte. Einem Formblatt eines Fixierungsprotokolls ist zu entnehmen, dass eine 5-Punkt-Fixierung wohl vom 23. bis 25. des Monats vorgenommen wurde, unter der angekreuzten Indikation „Gefährdung anderer“. In den Eintragungen der Pflege finden sich am 23. des Monats (Aufnahmetag) noch gar keine Eintragungen. Am 24. wird um 11:30 Uhr vermerkt, der Patient sei somnolent, aber weckbar. Er zeige seltsame Bewegungen. Er sei ruhig und compliant. Gegen 18:00 Uhr habe man die Fixierung auf drei Punkte reduzieren können.

Am 25. wird um 12:58 Uhr notiert, er sei kooperativ, habe geduscht und sei im Raucherzimmer gewesen und sei auch kooperativ beim erneuten Anlegen der Fixierung gewesen. Am 26. wird in einer Eintragung von 19:25 Uhr vermerkt, das Verhalten sei unauffällig, der Patient kooperativ, auch beim erneuten Anlegen der Fixierung (im o.g. Fixierungsprotokoll war nur bis 25. Fixierung vermerkt). Am 27. wird beschrieben, der Patient sei unterwegs auf der Station. Offenbar fand keine Fixierung mehr statt, der Vorgang der Entfixierung wird aber nicht beschrieben. Im weiteren Verlauf wird beschrieben, dass der Patient sich zwar unauffällig verhalten habe, weiter aber keine Behandlungseinsicht gezeigt habe und sowohl die Verabreichung einer Depotspritze als auch eine weitere Einnahme der oralen Medikation nach der Entlassung abgelehnt habe. Die Entlassung erfolgte daraufhin schließlich ohne Vereinbarung einer Weiterbehandlung.

Zusammenfassend ist die Dokumentation in diesem Fall, obwohl immerhin ein aussagekräftiger Arztbrief und einige pflegerische Verlaufsbeschreibungen vorliegen (sowie ausgefüllte Formblätter in großer Zahl), mangelhaft, insbesondere hinsichtlich des Ablaufs der Aufnahme, des Befundes bei der Aufnahme und der Umstände, die zur Anordnung einer Fixierung führten. Da an keiner Stelle während des Aufenthaltes aggressives oder

autoaggressives Verhalten beschrieben wurde, ist nicht nachvollziehbar, warum hier eine Fixierung erfolgte. Selbst wenn es dafür Initial einen Anlass gegeben haben sollte, ist keinesfalls nachvollziehbar, warum hier eine Fixierung über mehrere Tage erfolgte, zumal der Patient durchgängig kooperativ war. Auch nach offenbar problemlosen Besuchen der Dusche und des Raucherzimmers habe der Patient bereitwillig kooperiert, die Fixierung wieder anzulegen. Dies und die fehlende Beschreibung der Gründe für eine Fixierung sowie der Gründe für die Beendigung derselben legen nahe, dass Fixierungen tatsächlich relativ „routinemäßig“ und nicht als letztes Mittel bei anders nicht beherrschbaren Gefahren angewendet werden. Bezüglich der gesamten Dokumentation sei noch angemerkt, dass daraus zwar immerhin eine Verhaltensbeobachtung und -beschreibung entnommen werden kann, freilich stets in sehr floskelhaften Kategorien (ruhig, kooperativ, schläfrig, nicht aggressiv etc.). Was der Patient tatsächlich denkt, was er fühlt, ob mit ihm in Beziehung getreten wurde – darüber ist nichts zu erfahren.

## *Fall 2*

Hier handelte es sich um einen jungen Mann, der unfreiwillig knapp 3 Monate hospitalisiert war. Die Diagnose lautete Bouffée délirante, eine nur in der französischen Psychiatrie gebräuchliche Diagnose. Die einmalig angegebene Entsprechung in der internationalen Nomenklatur ICD-10 lautet polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie (die angesichts der Dauer der Erkrankung eigentlich nicht gestellt werden dürfte). Es liegt ein aussagekräftiger Arztbrief und ein psychischer Befund vor. Gemäß dem Arztbrief war zuletzt im Januar 2023 eine stationäre Behandlung in Frankreich erfolgt, unter derselben Diagnose, wo der Patient drei Wochen im Beruhigungszimmer verbracht habe. Danach habe er die Medikamente weiter genommen, aber auch Cannabis konsumiert. Seit seiner Jugend lebe er in Luxemburg, es habe sehr viele Konflikte mit dem Vater gegeben. Zum Zeitpunkt der Aufnahme machte er ein Praktikum. Von der Primärpersönlichkeit her wurde er als sozial und extravertiert beschrieben. Vor der Aufnahme habe er mindestens eine Woche die (hochdosierten) antipsychotischen Medikamente abgesetzt und intensiv Cannabis konsumiert. Er habe Verfolgungsideen bezüglich eines Arbeitskollegen entwickelt, wahrscheinlich auch akustische Halluzinationen. Bei der Aufnahme zeigte er zahlreiche Größenideen, hielt sich für Gott und wollte die Welt retten, war völlig schlaflos. Gemäß dem Arztbrief sei er zu Beginn sehr instabil gewesen und habe viele Verhaltensauffälligkeiten gezeigt, auch mit (nicht näher bezeichneter) Selbstgefährdung. Die Behandlung erfolgte hochdosiert mit antipsychotischen Medikamenten und Benzodiazepin-Beruhigungsmitteln (offenbar freiwillig eingenommen). Man habe wegen fehlender Wirksamkeit auch Fixierungen vorgenommen und Injektionen der genannten Medikamente, aber ebenfalls ohne durchschlagenden Erfolg. Der Patient habe völlig von der Realität entkoppelt gewirkt. Nach einer vorübergehenden Besserung sei es Mitte Dezember wieder zu einer erneuten

Verschlechterung gekommen, die antipsychotische Behandlung wurde umgestellt. Nach längerer stationärer Behandlung erfolgte schließlich die Verlegung in die Rehaklinik.

Jenseits des gut strukturierten Arztbriefs fällt hier die detailliertere Beurteilung des Verlaufs schwer. Außer den Ablichtungen des juristischen Schriftverkehrs bezüglich der Unterbringung (wie in allen hier analysierten Fällen) finden sich zahlreiche Formblätter und Überwachungsprotokolle und drei getrennte Dokumentationen mit Tageseintragungen, eine davon ärztlicherseits. Die ärztlichen Eintragungen beinhalten im wesentlichen Vermerke über die Symptomatik und die medikamentöse Behandlung. Die beiden anderen Dokumentationen (wohl Pflege, unklar, warum getrennt) sind zeitlich völlig ungeordnet und weisen keinerlei Chronologie auf (d. h., Eintragungen vom Februar stehen neben solchen vom November und vom Dezember), was die Lektüre extrem erschwert. Es gibt zum Beispiel auch Eintragungen vom März, obwohl gemäß Arztbrief die Behandlung im Februar endete. Es gibt auch ein Protokoll über die durchgeführten Fixierungen, demnach an jedem Tag (aber nicht durchgängig) vom 13. November bis 25. November sowie an einem Tag im Dezember. Den Freitexteintragungen ist aber zu entnehmen, dass zum Beispiel auch am 28. November und 29. November eine Drei-Punkt-Fixierung bestand. Von besonderem Interesse wäre die erstmalige Fixierung und ihr Anlass gewesen. Dies ist aber nicht zu entnehmen. Am 14. des Monats wird beschrieben, dass sich der Patient zunehmend bizarr verhalte, Shampoo auf den Boden gespritzt habe und versucht habe, das Telefon zu demontieren. Am 15. wurde er als distanzlos beschrieben, habe sich provozierend verhalten und Gegenstände zerstört. Ob dies dann von einer Fixierung oder sonstigen Zwangsmaßnahme gefolgt war, ist der Dokumentation an diesen Tagen nicht zu entnehmen, gemäß den Fixierungsprotokollen war dies aber der Fall. Am 24. wird in einer Eintragung ein Fluchtversuch beschrieben. In einer anderen Eintragung wird (in der anderen Dokumentation) am selben Tag beschrieben, der Patient sei misstrauisch und drohend und habe mit einer Zigarettenskippe versehentlich den Nylonbezug eines Stuhls im Raucherzimmer in Brand gesetzt. Wiederum in einer anderen Eintragung (der Bewegungstherapeutin) wird an diesem Tag vermerkt, dass er sich dort sehr inadäquat verhalten habe und von der Gruppe ausgeschlossen werden musste. Am 26. des Monats wird Teilnahme an der Gruppentherapie vermerkt. Am 27. wird vermerkt, er sei traurig und hoffnungslos, er finde die fortgesetzte Fixierung inhuman. Dies sei ihm erklärt worden und damit begründet worden, dass er am Vortag in suizidaler Absicht den Kopf in einen Eimer mit Wasser gesteckt habe. Am 28. wird in der ärztlichen Dokumentation freilich vermerkt, dass keine Todeswünsche oder Suizidgedanken bestehen. Für den 26. des Folgemonats, an dem im Fixierungsprotokoll wieder eine Fixierung vermerkt ist, fanden sich keine besonderen Verhaltensauffälligkeiten beschrieben.

Insgesamt gewinnt man bei der Lektüre durchaus den Eindruck, dass dieser Patient sehr ausgeprägte, unerwartete und immer wieder sehr kurzfristig auftretende mehr oder weniger bizarre Verhaltensweisen zeigte, die kaum nachvollziehbar waren (zum Beispiel Zahnpasta in die Haare schmieren). Die Stimmung schien sehr wechselnd zu sein, teils mit Größenideen, dann wieder bedrohlich, dann wieder anhänglich und distanzlos, auch hoffnungslos und

niedergeschlagen. Ob die sehr hochdosierte Medikamentenbehandlung wirklich hilfreich war, könnte man aus psychiatrischer Sicht diskutieren. Auch wenn Situationen einer unmittelbaren Selbst- oder Fremdgefährdung nicht beschrieben wurden, kann man doch Zweifel haben, ob angesichts des sehr entgrenzten Verhaltens hier auf Beschränkungen der einen oder anderen Art ganz verzichtet werden können hätte. Jedoch gibt erneut auch hier die sehr lange bzw. lange Zeit wiederholte Dauer der Fixierung Anlass zu Bedenken. Es findet während der Fixierung gemäß der Dienstanweisung auch keine 1:1 Betreuung statt, durchgängig ist eine Videoüberwachung dokumentiert. Die genauen Abläufe und die zeitlichen und ursächlichen Zusammenhänge zwischen Verhalten und Fixierung sind gar nicht rekonstruierbar. Aus der Tatsache, dass nicht einmal die initiale Fixierung als gesondertes Ereignis vermerkt und begründet wurde und auch sonst keine Begründungen und genaueren Beschreibungen gegeben werden oder Alternativen erwogen werden, ist wiederum zu schließen, dass die Fixierung offenbar als relativ selbstverständliches und implizites Element in der Behandlung betrachtet wird, das nur gelegentliche Erwähnung findet, nicht als „letztes Mittel“, wenn alle anderen Maßnahmen versagt haben.

Hôpitaux Robert Schuman

#### *Fall 1*

Es handelt sich um einen jungen Mann, der als unbegleiteter Minderjähriger aus einem afrikanischen Land nach Luxemburg gekommen war. Er war für 3 Wochen unfreiwillig hospitalisiert und wurde anschließend in das CHNP verlegt. Er wurde von der Polizei zur Aufnahme gebracht, nachdem er zuvor zwei Tage am Flughafen sehr auffällig gewesen sei und unter anderem verlangt habe, ein Flugzeug nach Saudi-Arabien zu nehmen, um dort zu heiraten. Er hatte geschrien, er wolle alle Welt töten und den Leuten den Kopf abschneiden, er höre die Stimme Allahs. In der Notaufnahme habe er sich verwirrt gezeigt, laut geschrien und angebotene Medikamente verweigert. Nach Angaben der Polizei sei damit zu rechnen, dass er von einem Moment auf den anderen aggressiv werde.

Dieser Behandlungsverlauf ist sehr gut und umfänglich dokumentiert, sowohl mittels Formblättern als auch mittels regelmäßiger aussagekräftiger Freitexteintragungen des Pflegepersonals und einer eigenen Fixierungsdokumentation. In den Beschreibungen ist ein durchgängiges Muster gut erkennbar, das sich im Verlauf des Aufenthalts nicht wesentlich änderte. Der Patient war nahezu andauernd verbal aggressiv, beleidigend und bedrohlich, hielt sich an keinerlei Regeln, ging in die Zimmer von Mitpatienten, stahl diesen Dinge, ließ sich von weiblichen Personen grundsätzlich nichts sagen und verhielt sich beleidigend, hatte ständige teils offensichtlich unrealistische Forderungen nach Entlassung, Rauchen und Drogen. Eine 5-Punkt-Fixierung erfolgte wegen bedrohlichen Verhaltens bereits am ersten Tag und dann auch, mit wiederholten versuchten Unterbrechungen, an allen darauffolgenden.

Das Verhalten wirkte teilweise sehr bizarr und realitätsfremd, so rief er etwa bei der Polizei an und forderte dort seine Entlassung ein, damit er Drogen nehmen könne. Am 21. des Monats attackierte er offenbar völlig unerwartet den pflegerischen Leiter der Station und schlug diesen mit der Faust ins Gesicht. Versuche der Entfixierung sind immer wieder dokumentiert, zum Beispiel am 27. Offenbar gelang es aber zu keinem Zeitpunkt, ein gewisses Einvernehmen und eine Kooperation herzustellen. Stets zeigte sich fortlaufend das Muster ständiger vorwiegend unrealistischer Forderungen, begleitet von bedrohlichem Verhalten. Am 30. des Monats legte er in seinem Zimmer Feuer, indem er die Matratze anzündete.

Im Verlegungsbericht lautete die diagnostische Einordnung schließlich „akustische Halluzinationen?, Psychopathie“. Daraus ist zu entnehmen, dass man sich bis zur Entlassung unsicher war, inwieweit es sich bei dem beschriebenen Verhalten um die Manifestation einer psychischen Erkrankung handelte und inwieweit dem primäre Persönlichkeitszüge (Psychopathie) zugrunde lagen. Derartige Schwierigkeiten der diagnostischen Einordnung in solchen Fällen sind gut bekannt und nicht ungewöhnlich, wenngleich nach Einschätzung des Unterzeichners in dem vorliegenden Fall doch recht eindeutig ein manisches Syndrom mit psychotischen Symptomen zu erkennen ist. Insofern waren auch die verabreichten Medikamente indiziert. Zusammenfassend lässt sich hier feststellen, dass gut belegbar von diesem Patienten eine ständige erhebliche Gefahr für andere (und indirekt auch sich selbst, siehe Brandlegung) ausging und mit gefährlichen Handlungen jederzeit zu rechnen war. Deswegen war hier eine Fixierung erforderlich, sehr wahrscheinlich auch über die relativ lange Zeit. Dabei erfolgte die Fixierung nicht durchgängig, Entfixierungen wurden immer wieder vorgenommen und es wurde auch gut dokumentiert versucht, eine gewisse Kooperation und Vertrauensbildung zu erreichen (was aber misslang). Auch die Verordnung der Medikation war angemessen bei dem zu beobachtenden Krankheitsbild (das aus meiner Sicht relativ eindeutig scheint). Eine weniger eingreifende Freiheitsbeschränkung wie eine Isolierung (das Krankenhaus verfügt freilich gar nicht über derartige Möglichkeiten) wäre hier nicht angemessen gewesen, weil sich in solchen Fällen dann niemand mehr in das Isolierzimmer wagt bzw. alle notwendigen Interaktionen (Essen, Toilette) das Risiko großer aggressiver Eskalationen bergen. Auch die Dokumentation des Verlaufs und der Fixierungen ist gut nachvollziehbar und es gibt keine Gründe zur Beanstandung. Generell ist zu kritisieren (dies gilt aber nicht nur für diesen Fall), dass eine 1:1 Betreuung während der Fixierungen offenbar nicht vorgeschrieben ist.

## *Fall 2*

Hier handelt es sich um einen Patienten in der Mitte der zwanziger Jahre, der einen Monat lang unter der Diagnose einer akuten Psychose, eventuell Drogen-induziert, behandelt wurde. Zur Vorgeschichte ist zu erfahren, dass er Ende 2023 das Soziologiestudium in einem anderen Land abgebrochen hatte, auch verschiedene Beschäftigungen abgebrochen hatte und inzwischen zuhause bei seiner allerdings derzeit im Ausland weilenden Mutter lebte. Nach

Angaben eines Onkels, der auch die Einweisung veranlasste, war es im Verlauf des vergangenen Jahres dreimal zu Einsätzen der Polizei wegen Suizidankündigungen oder fremdaggressiven Verhaltens gekommen. Jeweils war es dem Patienten aber gelungen, die hinzugerufenen Polizeibeamten von weiteren Maßnahmen, zum Beispiel einer Einweisung, abzubringen. Aktueller Anlass der Einweisung war, dass der Patient auf den besagten Onkel ohne erkennbaren Anlass dessen kleinen Hund geworfen hatte.

Bei der Aufnahme wird vermerkt, mit dem Patienten sei keine Unterhaltung möglich gewesen. In einer anderen Eintragung vom selben Tag findet sich der Vermerk, er habe Cannabis womöglich zuletzt gestern eingenommen. Nur implizit ist den Eintragungen des Folgetages zur entnehmen, dass offenbar auch initial eine Fixierung erfolgte. Es wurde Lorazepam (Benzodiazepin-Beruhigungsmittel) intramuskuläre verabreicht, nicht zu entnehmen, ob mit Einverständnis oder gegen den Willen des Patienten. Ein eigentlicher psychopathologischer Befund und eine Begründung fehlen. Am 13. des Monats (dem der Aufnahme folgenden Tag) wird vermerkt, der Patient sei sprunghaft, zerfahren im Denken und weinerlich, angebotene Bedarfsmedikation habe er eingenommen. Die Fixierung sei etwas gelockert worden. Am 14. wird beschrieben, der Patient sei „total delirant“ und wolle gehen. An diesem Tag wird eine zunehmende Entfixierung beschrieben, vollständig um 17:00 Uhr, der Patient sei kooperativ und ruhig. Um 20:42 Uhr wird jedoch vermerkt, dass eine erneute Fixierung vorgenommen werden musste, weil der Patient die Medikation verweigert habe, angespannt gewesen sei und bedrohliche Äußerungen gemacht habe. Er habe die Fixierung dann aber bereitwillig akzeptiert. Am 15. wird vormittags vermerkt, der Patient schlafe tief. Um 17:25 Uhr wird die Entfixierung beschrieben. Um 19:49 Uhr wird jedoch dokumentiert, dass wieder eine erneute Fixierung erfolgte, weil der Patient angespannt gewesen sei und die Station verlassen wollen habe und seine Sachen gepackt habe. Auch am 16. wurde er im Denken als sprunghaft und zerfahren beschrieben, die Stimmung sei wechselhaft. Auch plötzlich aggressiv. 2 Stunden später erfolgte jedoch die Entfixierung, in der Folge keine weitere Fixierung. Im weiteren Verlauf des Aufenthalts wurde der Patient stets als kooperativ beschrieben, Wochenendbeurlaubungen verliefen unauffällig und schließlich erfolgte die Entlassung in tagesklinische Weiterbehandlung.

Dieser Aufenthalt ist, abgesehen von dem bis auf die Erhebung der Vorgeschichte sehr lückenhaften Aufnahmebefund, relativ gut dokumentiert und im Verlauf nachvollziehbar. Ganz überwiegend dürfte es sich bei den Freitexteintragungen allerdings um die Pflegedokumentation handeln. Zahlreiche ausgefüllte Formblätter auch ärztlicherseits sind vorhanden. Man kann ein gewisses Interesse an dem Patienten und seinen Lebensumständen entnehmen, insofern zum Beispiel Besuche und Telefonate von Angehörigen und Freunden sowie die Gesprächsinhalte relativ ausführlich beschrieben sind. Dennoch wird hier zwar im abschließenden Bericht „aggressives Verhalten“ erwähnt, aber nie konkretisiert, worin dies eigentlich bestand. Der initiale Anlass der Fixierung ist nicht zu entnehmen. Es muss erstaunen, dass auch ein tief schlafender Patient fixiert blieb, auch nach dem Erwachen. Die Gründe für die über Tage dauernde Fixierung bei dem im Grunde relativ kooperativen

Patienten (der zum Beispiel angebotene Medikamente einnahm) und die zweimalige erneute Fixierung nach Entfixierung erschließen sich nicht ausreichend. Dass Patienten in akuten Psychosen bezüglich des Aufenthalts und der Behandlung sehr ambivalent sind und plötzlich entlassen werden wollen, ist ausgesprochen häufig. In den allermeisten Fällen gelingt eine Deeskalation durch gutes Zureden und Erklärungen, zum Beispiel der rechtlichen Situation der gerichtlichen Unterbringung. Üblicherweise pflegt man den diensthabenden Arzt hinzuzuziehen, wenn seitens des Pflegepersonals keine Klärung gelingt. Hier sind keinerlei derartige Bemühungen dokumentiert, vielmehr schien man die Fixierung implizit für die adäquate Reaktion auf die beschriebene Situation zu halten. Dass der Patient dies relativ bereitwillig akzeptierte, spricht dafür, dass das Vorgehen tatsächlich relativ gewohnte Routine war. Wo dies nämlich nicht so ist und eine Fixierung ohne entsprechenden Anlass mit gewalttätigem oder bedrohlichem Verhalten vorgenommen werden soll, ist erfahrungsgemäß mit erheblichem Widerstand und Protest seitens des Patienten zu rechnen. Insofern bestehen auch hier Zweifel an der Angemessenheit der Art und der Dauer der erfolgten Zwangsmaßnahmen.

CHNP

#### *Fall 1*

*[Diese Fallanalyse wurde vom CELPL in einigen Punkten gekürzt, um einen besseren Schutz der Anonymität des Patienten zu gewährleisten.]*

Die übersandte Dokumentation hat einen Umfang von über 3000 Seiten und ist offensichtlich vollständig. Sie bezieht sich auf einen Aufenthalt einer Patientin, ab 2015 und endet am 27.2.2025. Über 3 Jahre liegt eine Unterbrechung vor, damals befand sich die Patientin nicht in der Klinik. Grundsätzlich ist festzustellen, dass die gesamte Dokumentation umfänglich und sorgfältig ist und verschiedene Teile von verschiedenen Berufsgruppen enthält. Es gibt über den gesamten Zeitraum chronologische Dokumentationen der Pflege, der Ergotherapie sowie des therapeutischen Teams (Psychiaterin und Psychiater, Allgemeinarzt, Psychologin, Sozialarbeiterin), eine Dokumentation aller verabreichten Medikamente, eine Dokumentation aller durchgeführten Fixierungen, Laboruntersuchungen, externe Untersuchungen, psychologische Testungen, zahlreiche handschriftliche Aufzeichnungen, die erforderlichen Gerichtsdokumente, technische Untersuchungen wie EKGs, regelmäßig angefertigte Pflegeplanungen und von 2025 einen langen Therapievertrag.

Ein zusammenfassender Bericht liegt nicht vor, zumal die Patientin sich auch zum Ende des Berichtszeitraums immer noch in der Klinik befand. Wenn man den Verlauf versucht zusammenzufassen, kann man beschreiben, dass es sich um eine seit vielen Jahren chronisch depressive Patientin mit einer ausgeprägten Persönlichkeitsstörung handelt, möglicherweise zeitweilig auch mit wahnhaft-depressiven Symptomen. Anlass der Aufnahme waren ausgeprägte Suizidideen und sehr demonstrative suizidale Handlungen.

Durchgängig wird immer wieder erwähnt, dass die Patientin nur schlechte Eigenschaften an sich selbst sehe.

In dem langjährigen Verlauf kam es früh immer wieder zu Zwangsmaßnahmen zunächst mit Isolierungen, später auch Fixierungen. Im Verlauf des gesamten Jahres 2024 (das für den Zweck dieses Gutachtens im Detail betrachtet wurde) stellt sich die Situation durchgängig mehr oder weniger ähnlich dar. Die Patientin zeigt häufig wiederkehrend eine Reihe relativ stereotyper Verhaltensweisen, die zu Reaktionen des Personals führen. So lässt sie sich immer wieder zu Boden fallen, entkleidet sich häufig und hat entweder die Kontrolle über ihre Ausscheidungen verloren oder tätigt diese willentlich an unangemessenen Orten oder in unangemessener Weise. Wird sie nicht beachtet, wenn sie sich zu Boden fallen lässt, beginnt sie, ihren Kopf auf den Boden zu schlagen, zunächst mit wenig Intensität, jedoch bis dem Einhalt geboten wird, in der Regel durch eine Fixierung im Rollstuhl. Mehr oder weniger durchgängig werden Aggressionen in der Weise beschrieben, dass sie Pflegepersonen oder Mitpatienten im Rahmen ihrer beschränkten körperlichen Möglichkeiten kräftig kneift oder kratzt. Auf Konfrontation mit dem Hinweis, dass dieses Verhalten nicht akzeptabel sei, pflegt sie emotional unbeteiligt zu reagieren und Gründe anzuführen wie dass sie auf die betreffenden Mitpatienten eifersüchtig sei.

Beispielhaft ist etwa zu nennen: 2./3. Januar: antriebslos, steht nicht auf, keine Körperpflege, versucht zu flüchten, schwitzt, muss Infusionen erhalten, 1:1 Betreuung. Lässt sich aus dem Rollstuhl fallen, verlangsamt, wirkt desorientiert. 15. Februar: wieder auf den Boden gelegt, wird motiviert, aufzustehen. Will immer wieder raus, nässt ein. 30. März: schlägt Kopf auf den Boden, ritzte sich mit der Scherbe eines zerschlagenen Gefäßes, wird im Pflegerollstuhl fixiert. 31. März: wirft sich auf den Boden. 7. April: im Park spazieren gewesen, unauffällig. Möchte nachmittags fixiert werden. 9. April: Kopf auf den Boden geschlagen, mit zunächst geringer Kraft, schließlich mit Bauchgurt fixiert. 19. April: greift Personal an. 1. Mai: uriniert im Zimmer. 6. Mai: Kratzt Personal und Mitpatienten, zieht sich aus. Oft eingenässt und eingestuhlt. Am folgenden Tag 1:1 Betreuung vermerkt.

Bei der Durchsicht der gesamten Akte zeigt sich durchgängig ein gewisser „Geist“ einer therapeutischen Haltung und der Fürsorglichkeit. Die Schilderungen aus allen Berufsgruppen sind detailliert und wirken engagiert, dies über die vielen Jahre. Es ist auch zu entnehmen, dass die Patientin kontinuierlich ein umfangreiches, ihren Möglichkeiten angepasstes Therapieangebot erhielt und zugleich auch versucht wurde, ein Leben mit möglichst vielen normalen Elementen zu gestalten. Beschrieben werden zahlreiche Bastelarbeiten und Gruppenaktivitäten, vieles der Jahreszeit und aktuellen Ereignissen angepasst, begleitete Spaziergänge, Veranstaltungen, durchgängig viele Versuche der Anregung und Aktivierung. Auch nach vielen Jahren des Aufenthalts gibt es 2024 noch dokumentierte ärztliche

Überlegungen zur weiteren Behandlungsplanung und auch eine kritische Diskussion der immer wieder notwendig erscheinenden Fixierungen, die zum Beispiel in einer Eintragung vom 9.4.2024 explizit als Ultima Ratio bezeichnet werden.

Dennoch ist der Verlauf über viele Jahre insgesamt natürlich unbefriedigend und es ist eine Verschlechterung und Entdifferenzierung des gesamten psychischen Zustandes festzustellen. Derartige Verläufe sind leider in jeder psychiatrischen Klinik bekannt. Resümierend stellt man in diesen Fällen regelmäßig fest, dass die verfügbaren Interventionen der stationären Psychiatrie kurzfristig Gefahren abwenden konnten, langfristig aber eher der Gesundheit der Patientin geschadet haben, insofern sie Regression und Abhängigkeit befördert zu haben scheinen. Man hat in diesen Fällen (und auch eben in diesem speziellen) rückblickend den Eindruck, dass allein die Verfügbarkeit der psychiatrischen Institution mit ihren Hilfsangeboten, aber auch Beschränkungsmöglichkeiten, maßgeblich zu dem ungünstigen Verlauf beigetragen hat. Maßnahmen des Zwangs spielen dabei eine zentrale Rolle, insofern man den Eindruck gewinnt, dass die Patientin, gefangen in ihrer eigenen Dynamik, immer wieder eskalierend Situationen herbeiführt, die schließlich in Zwangsmaßnahmen oder andere Freiheitsbeschränkungen münden, weil das Personal keine Alternative mehr sieht. Die Patientin erlangt auf diese Weise interpersonelle Zuwendung und zugleich (Fremd-) Kontrolle über sich selbst. Aus diesem Grund wäre hier auch eine intensiviertere 1:1 Betreuung, ganz anders als in zuvor diskutierten Fällen der Akutpsychiatrie, aller Wahrscheinlichkeit nach kontraproduktiv, weil sie erfahrungsgemäß eher noch zu einer Intensivierung und Verfestigung des problematischen (zumeist selbstgefährdenden) Verhaltens führen würde. Im Hintergrund pflegt zu stehen, dass auch der Patientin zumindest zu Beginn sehr bewusst ist, dass eine anhaltende Besserung der problematischen Verhaltensweisen relativ zeitnah zu einer Entlassung und damit einer Rückkehr in als überfordernd erlebte und konfliktbelastete Verhältnisse bedeuten würde. Im Verlauf einer eintretenden Chronifizierung gehen der Patientin Entscheidungsmöglichkeiten vermutlich immer mehr verloren. Üblicherweise und so wohl auch hier ist dem Personal der Klinik die Problematik durchaus bewusst und man strebt eine Unterbrechung des verhängnisvollen Kreislaufs durch eine Entlassung oder Verlegung an. Das war auch hier der Fall; die Patientin wurde versuchsweise in ein Pflegeheim entlassen, musste aber am 16. Dezember wieder aufgenommen werden, weil man dort mit dem problematischen Verhalten nicht zurechtkam.

Derartige Jahre lange Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken sind heute in Europa verbreitet sehr unüblich geworden. Dies allerdings nicht deshalb, weil die Therapie andernorts erfolgreicher wäre. Vielmehr ist es so, dass in den allermeisten Ländern entweder gar keine Krankenhausbetten für derartige lange Behandlungen zur Verfügung stehen oder die Krankenkassen die Kosten nicht übernehmen würden, so dass viel frühzeitiger Verlegungen in Pflegeheime stattfinden würden, wo sich dieselben Probleme fortsetzen, allerdings mit sehr viel weniger therapeutischer Einflussnahme und äußerer Kontrolle.

Aus den genannten Gründen gelange ich im vorliegenden Fall nicht zu dem Eindruck, dass – trotz der generell geäußerten Bedenken bezüglich häufiger Stuhlfixierungen in der RehaKlinik – die Fixierungen unverhältnismäßig oder gar routinemäßig oder als Bestrafung eingesetzt wurden bzw. werden.

## *Fall 2*

Auch diese Falldokumentation umfasst über 3000 Seiten und beinhaltet dieselben Teile wie die vorgenannte. Wiederum liegt kein zusammenfassender Bericht vor, weil die Behandlung zum Ende des Dokumentationszeitraums (25.2.2025) noch andauerte. Die Diagnose lautete im gesamten Behandlungszeitraum hebephrene Verlaufsform einer Schizophrenie. Zusätzlich wurde wiederholt die Diagnose einer leichten Intelligenzminderung gestellt, weil wiederholt Testungen des Intelligenzquotienten mit Ergebnissen zwischen 70 und 80 vorgenommen wurden. Eine Testung hatte allerdings einen IQ von 98 ergeben und an anderer Stelle wurde dann auch zuweilen konstatiert, der Patient sei durchschnittlich intelligent (was in Anbetracht dieser Testung sicher zutreffend ist, wiederholt deutlich unterdurchschnittliche Testergebnisse sind als Folge wahrscheinlich vorübergehender krankheitsbedingter Einbußen anzusehen). Außerdem wurde häufig Substanzmissbrauch (Alkohol, Cannabis, Kokain) beschrieben. Ob eine eigentliche Abhängigkeit vorliegt, wurde nicht diskutiert und ist auch nicht ohne weiteres festzustellen.

Der Patient war früher bereits zweimal in kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung in Kirchberg, bereits dort wurde die Verdachtsdiagnose hebephrene Schizophrenie gestellt und Cannabismissbrauch beschrieben. Umfangreiche Krankenunterlagen liegen vor. Kurz wird eine Jugendhilfemaßnahme im Ausland erwähnt, 2019 wurde er in ein Jugendprojekt aufgenommen. Anfang 2020 wurde die gerichtliche Unterbringung (Placement judiciaire) bis zum Erreichen des 25. Lebensjahrs (2027) verlängert und eine Vormundschaft eingerichtet. Mitte 2021 erfolgte die Verlegung in das CHNP, nachdem er sein Zimmer in der Einrichtung de Park völlig demoliert hatte und auch zuvor bereits zahlreiche Sachbeschädigungen gemacht hatte.

Seitdem liegt eine durchgängige Dokumentation des Aufenthalts im CHNP vor. Sehr häufig finden sich fachpsychiatrische Evaluationen und Befunde. Am Aufnahmetag wird der Patient als verbal aggressiv und vorbeiredend beschrieben, zugleich antriebsarm und willensschwach. Zu Beginn erfolgte eine Isolierung („soft cell“), die aber bald beendet wurde. In den Folgetagen wurde er einmalig von einem Mitpatienten angegriffen, wehrte sich aber nicht. Anfang Juli zerstörte er seinen MP3-Player, wurde wenige Tage später aber wieder als höflich und angepasst beschrieben und hatte auch Ausgang. Am 28.7.2021 war er erneut in der Isolierung wegen Zerstörungen, Alkoholgebrauch ist dokumentiert, Medikamente wurden verabreicht. Am 27. September wird vermerkt, der Patient schreie immer einmal wieder laut und beschimpfe Personen; insgesamt war der weitere Verlauf des Jahres aber relativ unauffällig

und der Patient hatte ganz überwiegend freien Ausgang. Am 10.2.2022 werden ausgeprägte akustische Halluzinationen beschrieben, der Patient sei kaum erreichbar gewesen und in die Isolierung gekommen, die Medikamente wurden umgestellt. Wenige Tage später erhielt er aber wieder Ausgang, zunächst begleitet, dann alleine. Im Mai 2022 wird beschrieben, er spreche laut vor sich hin und sei erregt, Konsum von Alkohol und Cannabis, der Wochenendurlaub zur Familie wurde gestrichen. Der weitere Verlauf war relativ unauffällig bis auf eine Entweichung am 29.7.2022. Er wurde mit der Polizei zurückgebracht, eine Isolierung erfolgte offenbar nicht. Vom 24. September bis 1.10.2022 nahm er an einer geplanten Reise ins Ausland (vermutlich der Station) teil, danach hatte er auch freien Ausgang. Am 13.11.2022 wird dann vermerkt, der Patient sei sehr erregt aufgrund der Stimmen, die er höre, habe zwei Ampullen Clopixol bekommen, verlange, dass seine Stimmen zerstört werden müssten. Am 2. Dezember erhielt er wieder freien Ausgang. Am 28. Dezember findet sich eine ausführliche psychiatrische Evaluation bisher verordnete Medikamente und der möglichen Therapieoptionen. Im März 2023 wurde erneut mit dem Medikament Clozapin begonnen und es wurde festgestellt, der Patient sei kaum fähig zur Abstinenz von Cannabis. Im April 2023 wurde eine Besserung beschrieben, allerdings Gewichtszunahme. Im Juni 2023 wird allerdings vermerkt, dass er das Medikament nur unregelmäßig einnehme und ein Depot-Antipsychotikum bekommen solle. Am 27.6.2023 wird beschrieben, dass er seit zwei Wochen zunehmend psychotisch dekompenziert sei und auf die geschlossene Station BU3 zurückverlegt werden müsse (diagnostische Einordnung: Drogeninduziertes schizomanisches Syndrom). Am 17.8.2023 eine Nacht Isolierung, habe sich ausgezogen und sei sehr beleidigend gewesen. Im Verlauf wird jetzt mit großer Regelmäßigkeit Einnahme von Cannabis beschrieben, sobald er Ausgang hat, oft gefolgt von erheblichen Verhaltensauffälligkeiten. Jeweils folgenden Sequenzen von Ausgangssperre, bald wieder begleitetem Ausgang, schließlich wieder Einzelausgang und erneuter Konsum. Am 30.8.2023 sehr bedrohlich, Deeskalationsversuche werden ausführlich beschrieben, gemeinsame Besprechung im Team, Isolierung. Am 25. Oktober erneute Isolierung, danach sei er mit einem anderen Patienten Cannabis rauchend angetroffen worden. Deeskalationsversuche seien vielfach erfolgt. Am 28. November habe er den Wunsch geäußert, den Psychiater zu wechseln, was nach Besprechung im Team akzeptiert worden sei. Am 2. Januar 2024 ist ein langes psychiatrisches Gespräch dokumentiert. Der Patient habe wieder auf die offene Station verlegt werden wollen und scheine auch motiviert. Am 31. Januar von der Polizei nach Entweichung zurückgebracht, Konsum von Alkohol und Cannabis. Am 12. Februar auch im gesicherten Innenhof Konsum von Cannabis. Vom 26. bis 28. März entwichen, von der Polizei zurückgebracht, zunächst Isolierung (Diskussion über Einschätzung im Team eingehend beschrieben), am 29. März Entisolierung. Am 2. April erneuter Fluchtversuch, nicht gefolgt von Isolierung. Am 7. April Isolierung wegen Fremdgefährdung, intramuskuläre Medikation. Am 8. April Evaluation der Situation in Team beschrieben, Entisolierung. Am 24. Mai verbal aggressiv und bedrohlich, offenbar keine Isolierung erfolgt. Am 25. Juni Isolierung wegen Aggressivität, am 23. Juli alkoholisiert vom Ausgang zurück, zunächst kein Ausgang mehr. Am 26. Juli erneut alkoholisiert zurück, Isolierung. Entweichung, am 29. Juli zurück mit Polizei, Konsum von

Kokain und Cannabis, Isolierung über die Nacht. Am 31. Juli erneute Entweichung, kein Substanzkonsum, keine Isolierung. Am 2. September erneute Entweichung, am 3. September zurückgebracht mit der Polizei in Handschellen, dabei sehr aggressiv, Verdacht auf Intoxikation mit Kokain, jedoch nicht prüfbar, bei diesem Anlass erstmalige Fixierung. Ende der Fixierung am Folgetag, daraufhin längere Zeit keine Probleme beschrieben. Am 6. November Alkoholkonsum im Einzelausgang, kein aggressives Verhalten, keine weiteren Konsequenzen. Am 6.1.2025 nach Ausgang sehr euphorisch und enthemmt, Konsum von Ketamin, Ausgangssperre. Am 9. Januar im begleiteten Ausgang fortgelaufen, abends mit Polizei zurück, keine Isolierung.

Die hier erfolgte Zusammenfassung des Verlaufs erfolgte unter der Perspektive der Anwendung von Zwang und ist insofern selektiv auf negative Ereignisse fokussiert. Tatsächlich sind aber auch umfangreich positive Aktivitäten und vertrauensbildende Maßnahmen beschrieben. Kontakte zur Familie werden regelmäßig beschrieben, Wochenendbeurlaubungen fanden häufig statt.

Insgesamt handelt es sich in dem vorliegenden Fall um einen problematischen Krankheitsverlauf einer bereits im Jugendalter beginnenden schizophrenen Erkrankung, bei der es nie wirklich zu einer Remission kam. Die sehr lange gerichtliche Unterbringung, die, soweit den Akten zu entnehmen war, ohne Vorliegen einer Straftat erfolgte, ist im europäischen Vergleich ungewöhnlich, in Luxemburg aber offenbar unter diesen Umständen nicht ungewöhnlich. Derartige Krankheitsverläufe bei Schizophrenie sind zwar insgesamt eher selten, kommen aber doch überall mit einer gewissen Regelmäßigkeit vor und sind dann nicht selten in der forensischen Psychiatrie anzutreffen. Der Verlauf bei diesem Patienten ist wechselhaft, ab 2024 scheinen sich aber eher zusätzliche Schwierigkeiten eingestellt zu haben. Eigentliche psychopathologische Symptome wie befehlende Halluzinationen werden nur zu Beginn ausführlich beschrieben, ansonsten schienen Verhaltensauffälligkeiten vorwiegend mit starken Entweichungstendenzen zu überwiegen, wobei der Patient mit sehr großer Regelmäßigkeit sofort Substanzen konsumierte, insbesondere Cannabis (von dem bekannt ist, dass es psychotische Zustände verschlechtert). Die Rückführung erfolgte regelmäßig durch die Polizei, wiederholt in sehr erregtem und aggressivem Zustand. Daraus kann man auch ableiten, dass eine Behandlung in einem weniger restriktiven Setting oder außerhalb der Klinik kaum erfolgversprechend sein dürfte. Dass der Patient kaum Einsicht in die Probleme zeigte bzw. seine geäußerten guten Absichten nie in die Tat umzusetzen vermochte, ist bei diesen frühen Erkrankungen häufig. Die Erkrankung selbst und ebenso die verordneten Medikamente führen zu Antriebslosigkeit und einer Verflachung des Gefühlslebens. Das wird von den Betroffenen als quälend erlebt und sie versuchen, dem durch die Einnahme stimulierender Substanzen entgegenzuwirken, was häufig in eine eigenständige und schwer zu behandelnde Suchtentwicklung mündet. Die Klinik reagierte jeweils so, wie dies in psychiatrischen Kliniken allgemein üblich ist und als sinnvoll angesehen wird: Nach Entweichung mit Substanzkonsum erfolgt zunächst einmal eine Aussetzung des freien Ausgangs, gefolgt von stufenweisen vertrauensbildenden Maßnahmen mit Ausgängen in

Begleitung und später zeitlich limitiertem Einzelausgang zu wieder freiem Ausgang. Diese Lockerungen der Restriktionen erfolgten regelmäßig und relativ schnell. Eine Fixierung erfolgte einmalig für eine Nacht im September, nachdem der Patient sehr aggressiv in Handschellen von der Polizei gebracht worden war. Das ist der Situation angemessen und nicht zu beanstanden. Ansonsten erfolgten wiederholt Isolierungen wegen bedrohlichen Verhaltens, aber nicht unangemessen lange. Es kann auch betont werden, dass der Patient zwar immer wieder aggressiv und bedrohlich war, jedoch wohl nie tödlich wurde. Auch dies wird die immer wieder relativ zeitnahe erfolgte Aufhebung der Isolierungen begründet haben. In allen Fällen von Zwangsmaßnahmen ist festzustellen, dass interdisziplinäre Einschätzungen der Situation vorgenommen wurden, Deeskalationsmaßnahmen versucht wurden und auch explizit beschrieben werden. Es ist zu entnehmen, dass hier ein Abwägen stattfand und mit dem Patienten häufig längere Gespräche geführt wurden, die auch ausführlich dokumentiert sind. Es klingt auch durch, dass hier versucht wurde, „auf Augenhöhe“ mit dem Patienten zu verhandeln. Zum Beispiel wurde der Wunsch nach einem Wechsel des behandelnden Psychiaters offenbar ernst genommen und akzeptiert. Insofern gelange ich hier zu der Einschätzung, dass die Behandlung, obgleich anhaltend schwierig, nach dem heutigen Stand der fachlichen Erkenntnis durchgeführt wird und Beschränkungen (von Ausgangsbeschränkung über Isolierung bis zur einmaligen Fixierung) abwägend, mit Begründung und nicht unverhältnismäßig eingesetzt wurden.

## **V. Beantwortung der gutachterlichen Fragestellungen**

Im Wesentlichen geht es hierbei um die Fragestellung, ob die Anwendung von Zwangsmaßnahmen in den psychiatrischen Kliniken in Luxemburg verhältnismäßig ist, d. h., ob die Art der angewendeten Maßnahmen und ihre Dauer in einem angemessenen Verhältnis zu der Gefahr steht, der damit begegnet werden soll. Zur Beantwortung dieser Fragestellung beziehe ich mich in erster Linie auf die übersandten Akten. Die ebenfalls übersandten kumulativen tabellarischen Auflistungen der Maßnahmen aus den einzelnen Krankenhäusern zeigen erhebliche Unterschiede zwischen denselben auf, lassen auf dieser Abstraktionsebene aber nur sehr bedingte Schlüsse über tatsächliche Praxis zu.

Die gutachterlichen Schlussfolgerungen unterliegen diversen Einschränkungen, die der Erläuterung bedürfen. Diese bestehen einerseits in Limitationen der zur Verfügung stehenden Daten, andererseits darin, dass der Gutachter zwangsläufig eine durch seinen beruflichen Hintergrund geprägte eigene Perspektive hat. Mir ist nicht bekannt, wie repräsentativ die ausgewählten Akten tatsächlich für die Versorgungspraxis sind. Eine Verallgemeinerung der dabei deutlich gewordenen Probleme ist dementsprechend nur bedingt möglich. Auch konnte ich keine eigenen Erkenntnisse vor Ort gewinnen, also weder Kliniken besichtigen noch mit

Beschäftigten oder Patienten persönliche Gespräche führen. Erfahrungsgemäß könnten sich dadurch Klärungen oder weitere Gesichtspunkte ergeben.

Auch der persönliche Hintergrund des Gutachters begründet zwangsläufig eine gewisse Subjektivität. Ich verfüge über langjährige Erfahrungen in der akutpsychiatrischen Versorgung in unterschiedlichen professionellen Rollen und kenne naturgemäß insbesondere das deutsche psychiatrische Versorgungssystem gut, vergleichsweise gut und mit Besuchen in Kliniken auch die Schweiz, die Niederlande, Österreich, das Vereinigte Königreich und die skandinavischen Länder. Ferner beziehe ich meine Kenntnisse aus zahlreichen nationalen und internationalen Konferenzen zu dem Themenkomplex und die profunde Kenntnis der internationalen wissenschaftlichen Literatur zu dem Thema, die ich als federführender Autor der deutschen Leitlinien Therapie aggressiven Verhaltens (DGPPN 2010) und Verhinderung von Zwang (DGPPN 2019) aufgearbeitet habe; derzeit bin ich in einer Arbeitsgruppe mit der Aktualisierung beschäftigt.

Vor dem genannten Hintergrund gelange ich zu der Einschätzung, dass in den übersandten Patientenakten die dort dokumentierten Fixierungen teilweise Anlass zu Bedenken geben im Hinblick auf die Verhältnismäßigkeit der angewandten Mittel und deren Dauer. Die herrschende ethische und rechtliche Meinung, dass Maßnahmen des unmittelbaren Zwangs, insbesondere Fixierungen, nur als „letztes Mittel“ zur Abwendung von Gefahrensituationen zur Anwendung kommen sollten, wenn alle anderen Maßnahmen gescheitert sind, findet sich zwar indirekt durchaus in den prozeduralen Anweisungen aller Krankenhäuser. Jedoch gelangt man bei der Lektüre zumindest der Patientenakten in den Akutkliniken zu der Ansicht, dass dieses Prinzip nicht wirklich „gelebt“ wird, sondern eine Behandlungskultur herrscht, in der Fixierungen als relativ selbstverständliches Mittel für auffälliges und unangepasstes Verhalten angesehen werden. Dieser Eindruck entsteht insofern, als dafür häufig keine besonderen oder zumindest keine plausiblen Begründungen im Sinne einer sonst unmittelbar drohenden Selbst- oder Fremdgefährdung gegeben werden. Auch die Tatsache, dass Patienten die Fixierungen teilweise ohne größeren Widerstand akzeptierten, zum Beispiel auch nach vorübergehender Entfixierung zum Zweck des Rauchens, belegt nicht, dass es sich um einen vergleichsweise wenig schwerwiegenden Eingriff handeln würde. Vielmehr ist die relative Akzeptanz vieler Patienten eher ein Indiz für eine verbreitete Kultur, in der die Fixierung ein verbreitetes Instrument weit jenseits der Abwehr konkreter Gefahren ist. Insofern schien auch die lange Dauer der Maßnahmen hier teilweise nicht ohne Weiteres nachvollziehbar.

In mehreren oder sogar den meisten Fällen wäre vermutlich eine Isolierung anstelle einer Fixierung ausreichend und (nach persönlicher Einschätzung des Gutachters) weniger eingreifend gewesen. Allerdings ist zu konzedieren, dass es diesbezüglich bemerkenswert divergente Einschätzungen gibt. Im Vereinigten Königreich, in Irland, in der Schweiz, aber auch

in der deutschen forensischen Psychiatrie und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie kommen Fixierungen höchstens in seltenen Ausnahmefällen zur Anwendung, überwiegend in der Vorstellung, dass es sich um eine inhumane Maßnahme handle. In Dänemark wiederum sind allerdings Isolierungen verboten, ebenfalls, weil es sich um eine inhumane Maßnahme handle (Steinert 2016).

Was die verabreichte Medikation anbetrifft, kann festgestellt werden, dass diese zwar teilweise im Hinblick etwa auf die deutsche Leitlinie sehr hoch dosiert ist, aber primär therapeutischen Zwecken dient und grundsätzlich geeignet ist, die Dauer anderer Maßnahmen wie Fixierung zu reduzieren (Steinert et al.). In einem Fall entstand allerdings der Eindruck (nicht weitergehend zu überprüfen wegen der spärlichen Dokumentation), dass die verabreichte Medikation eher disziplinarischen Charakter hatte, ohne dass eine primär behandlungsbedürftige psychiatrische Erkrankung vorlag. Generell fiel auf, dass der Dokumentation in aller Regel nicht zu entnehmen war, ob diese mit Einverständnis des Patienten oder gegen den Willen (also als Zwangsbehandlung) verabreicht wurde. Das spricht dafür, dass dieser Unterscheidung wenig Bedeutung beigemessen wird, insofern die Willensäußerungen gerichtlich untergebrachter Patienten als unerheblich angesehen werden. In den europäischen Ländern, deren Praxis mir vergleichsweise gut bekannt ist, wird dies inzwischen deutlich anders gehandhabt. Besonders weit ist diese Trennung zwischen freiheitsbeschränkenden Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlung in Deutschland erfolgt, mit umfangreichen richterlichen Genehmigungsschritten sowohl für die Zwangsbehandlung als auch für Fixierungen. Nicht immer ist das aus psychiatrischer Sicht als hilfreich anzusehen, zumal es vorkommt, dass Patienten in Erwartung einer Gerichtsentscheidung relativ lange unbehandelt bleiben, häufig zu ihrem Nachteil und/oder dem von Beschäftigten und Mitpatienten (Steinert et al. 2020, Steinert u. Wiedmer 2024). Dennoch vermisst man in allen durchgesehenen Krankenakten das Grundverständnis, dass die Willensäußerungen von Patienten relevant sind und es der Aushandlung eines gemeinsamen Vorgehens im Sinne eines Behandlungsplans bedarf, auch wenn dies häufig schwierig ist. Dafür hat sich sinnbildlich der verbreitete Slogan „Verhandeln statt Behandeln“ eingebürgert. Davon fanden sich zumindest in den vorliegenden Dokumentationen kaum Spuren. Konkret geht es auch darum, die breite und inzwischen gut bekannte Palette von Maßnahmen zur Verhinderung von Zwang zur Anwendung zu bringen, die in der deutschen S3 Leitlinie zur Verhinderung von Zwang zusammengefasst sind, ansonsten auch in der internationalen Literatur gut zu finden sind (Hirsch & Steinert 2019). Zum Beispiel gehören regelmäßige Deeskalationstrainings für Beschäftigte in psychiatrischen Kliniken inzwischen zum allgemeinen verbreiteten Standard (Steinert et al. 2014). Sie wurden in Europa zuerst in den Niederlanden entwickelt. Derartige Deeskalationstrainings für alle Beschäftigten mit Patientenkontakt sind den erhaltenen Angaben zufolge auch in den Luxemburger Kliniken allgemein üblich. Dennoch fand sich der Begriff „Deeskalation“ in keiner der untersuchten Krankengeschichten der akutpsychiatrischen Kliniken, während dies in der Reha-Klinik durchaus verbreitet der Fall war. Weil dieses breite Spektrum der Maßnahmen zur Verhinderung von Zwang inzwischen gut

bekannt ist, stellt es einen wichtigen Aspekt der Verhältnismäßigkeit dar. In akuten Gefahrensituationen können diese Maßnahmen oft nicht zur Anwendung kommen; jenseits solcher besonders gefährlicher Situationen ist es aber unverhältnismäßig, sie nicht angewendet zu haben. Die Krankenakten der Reha-Klinik standen zu der kritisch beschriebenen Situation in deutlichem Kontrast. Hier scheint Deeskalation zum festen Repertoire zu gehören, die Fälle sind sehr gut dokumentiert und eine abwägende Grundhaltung wird hier deutlich. Obwohl angesichts der übermittelten Daten Bedenken hinsichtlich der häufigen Anwendung von Rollstuhlfixierungen in der Rehaklinik geäußert werden können (siehe unten), ergab sich in den beiden übermittelten Krankenakten kein Hinweis für einen unangemessenen Einsatz solcher Maßnahmen.

Ein weiterer Aspekt der Verhältnismäßigkeit, nicht im Hinblick auf drohende Gefahren, sondern im Hinblick auf übliche europäische Standards, ist die ständige, unmittelbare und persönliche Betreuung (1:1 Überwachung) während einer Fixierung, aber auch zur Vermeidung von Fixierungen und anderen Formen des Zwangs. Im Vereinigten Königreich und in den skandinavischen Ländern war bereits Anfang des Jahrtausends die kontinuierliche persönliche Überwachung bei Fixierungen und Isolierungen (in diesem Fall durch Sichtfenster) allgemeiner Standard und es löste seinerzeit erhebliches Erstaunen aus, als ich mitteilen musste, dass in Deutschland nur intermittierende Überwachungen und Kontrollen praktiziert werden, ähnlich wie dies heute gemäß den klinikinternen Richtlinien in den luxemburgischen Kliniken noch überwiegend der Fall ist. In Österreich und der Schweiz war die Praxis damals ähnlich wie in Deutschland, wenngleich Fixierungen in der Schweiz ohnehin selten angewandt wurden. Inzwischen hat sich die Praxis aber auch in Mitteleuropa weiter entwickelt. Seit 2018 empfiehlt in Deutschland nicht nur die S3 Leitlinie zur Verhinderung von Zwang nachdrücklich die 1:1 Überwachung, auch die Gesetze der Bundesländer schreiben dies inzwischen vor. Dahinter bleibt die luxemburgische Praxis deutlich zurück.

Gleichermaßen wichtig wie die 1:1 Betreuung während einer Fixierung ist aber auch eine gelebte und geübte Praxis der 1:1 Betreuung besonders gefährdeter und agitierter Patienten zur Verhinderung von Fixierungen. Diesbezüglich hat sich besonders im Vereinigten Königreich und den skandinavischen Ländern, wohl auch in den Niederlanden, seit vielen Jahren eine gute Praxis etabliert. In den mitteleuropäischen Ländern erfolgt dies teilweise, durch die Leitlinie ausdrücklich empfohlen, aber nicht systematisch in der Breite. In Luxemburg gewann man dagegen aus den Patientenakten den Eindruck, dass eine derartige Praxis der präventiven deeskalierenden 1:1 Betreuung überhaupt nicht existiert, zumindest wurde sie nie beschrieben, auch in Situationen, wo sie zur Anwendung kommen könnte. Der relative Verzicht auf die genannten diversen zwangspräventiven Maßnahmen ist insofern unverhältnismäßig zur relativ häufigen und lange dauernden Anwendung.

Obwohl der übersandte Fall der Reha-Klinik, in dem Rollstuhlfixierungen zur Anwendung kamen, keinen Anlass zur Kritik bot, erscheint die übermittelte Häufigkeit von Fällen mit derartigen Maßnahmen doch auffällig. Solche Stuhlfixierungen sind ihrer Natur nach entwürdigend, auch wenn als Indikation jeweils Aggressivität genannt wird. Manifeste Aggressivität gilt tatsächlich in einer modernen Gerontopsychiatrie weitgehend als der einzige Grund, Fixierungen (von zumeist kurzer Dauer) zu rechtfertigen. Solche Fälle sind aber selten. Sehr häufig lassen sich Zwangsmaßnahmen durch geeignete Pflegekonzepte, geeignete Architektur (viel Auslauf) und technische Hilfs- und Pflegemittel (geteilte Bettgitter, Klingelmatten, kippbare Ruhebetten etc.) verhindern.

Was die Praxis des Einwickelns in Tüchern in der Kinder- und Jugendpsychiatrie anbetrifft, lagen keine Krankenakten vor und ich habe diesbezüglich auch keine eigenen Erfahrungen. Mir wurde folgende Verfahrensanweisung übermittelt (übersetzt aus dem Französischen):

*Wenn der Verantwortliche für die Krise des Kindes entscheidet, dass eine Fixierung notwendig ist, weil die anderen Mittel (Deeskalation, Isolierung der Gruppe, relationale Fixierung) nicht gegriffen haben und das Kind eine Gefahr für andere und sich selbst darstellt, wird das Kind von zwei Erwachsenen in den Time-Out-Raum begleitet.*

*Die Deeskalation der Krise beginnt im Time-Out-Raum. So wird das Kind von der Gruppe isoliert, um zu verhindern, dass es sich selbst mit Gegenständen verletzt oder anderen Personen Schaden zufügt. Auch die anderen Kinder werden so vor großer Unruhe und Ängsten geschützt.*

*Wenn das Kind im Time-Out beginnt, sich selbst zu verletzen, z. B. indem es mit dem Kopf gegen die Wände oder das Fenster schlägt, oder wenn es beginnt, Erwachsene anzugreifen, und das Kind nach Verbalisierung immer noch nicht damit aufhört, wird entschieden, es in ein Laken einzuwickeln. Dem Kind wird mitgeteilt, dass es in ein Laken eingewickelt wird, weil die Menschen um es herum und es selbst in Gefahr sind.*

*Das Kind wird von den Erwachsenen auf den Bauch gelegt, wenn es dies nicht freiwillig tut, die Arme neben dem Körper ausgestreckt und es wird in ein Laken gewickelt. Das Kind wird dann auf eine Matratze gelegt, die auf dem Boden liegt, auf dem Bauch in einem Laken. Einer der Erwachsenen legt seine Hände auf die Schultern des Kindes, ohne Druck, damit das Kind im Laken nicht hin und her rollt. Der andere Erwachsene stellt sich zu den Beinen des Kindes, so dass die Beine des Erwachsenen eine Brücke über die Beine des Kindes bilden, ohne dass diese sich berühren. Die Erwachsenen achten darauf, dass dieses nicht verletzt wird und keine Schmerzen empfindet, sowie dass die Sicherheit aller Beteiligten gewährleistet ist.*

*Die Erwachsenen legen dann Worte über das Erlebte des Kindes und lassen das Kind seinen Anfall haben, wenn es eine nicht zu bewältigende Wut verspürt. Die Dauer der Fixierung hängt*

*von der Notlage des Kindes ab, bleibt aber immer begrenzt. Es ist unerlässlich, dass Sie als Erwachsener keine dominante Position einnehmen. Die Fixierung des Kindes in diesem Moment hat die Funktion, die Sicherheit aller zu gewährleisten, da das Kind zu viele Emotionen hat, die es nicht mehr bewältigen kann.*

*In dem Moment, in dem das Kind einen ruhigeren Zustand erreicht und den Erwachsenen nicht mehr angreift, stellt der Erwachsene drei Fragen, während er das Kind im Laken hält:*

*1. Warum bist du im Time-Out?*

*Das Kind wird gebeten, die Situation zu erklären, die das Szenario ausgelöst hat. Dies zielt darauf ab, dass das Kind seine Notlage und die Auswirkungen auf die Gruppe sowie auf sich selbst erkennt.*

*2. Wie kannst du beim nächsten Mal reagieren?*

*Es wird versucht, gemeinsam mit dem Kind angemessene Lösungen zu finden, wenn es zu Gefühlsausbrüchen kommt. So kann sich das Kind seiner Emotionen sowie deren Bedeutung bewusst werden und wird für seine Handlungen verantwortlich gemacht.*

*3. Was musst du jetzt tun?*

*Während des Anfalls können Gegenstände zerstört oder Personen verletzt worden sein. Das Kind sollte sich seiner Handlungen und der Konsequenzen bewusst sein. Wenn das Kind in der Lage ist, die Fragen zu beantworten, kann die Fachkraft davon ausgehen, dass das Kind nicht mehr in psychischer Not ist und aus dem Tuch herauskommen kann.*

*Es ist unerlässlich, mit dem Kind eine Wiedergutmachungshandlung zu finden, wenn es zu Beleidigungen oder Zerstörungen gekommen ist. Die Möglichkeit, eine Wiedergutmachungshandlung auszuüben, sei es durch eine Entschuldigung, ein Bild oder das Aufräumen, sorgt dafür, dass das Kind sich in diesem Moment nicht mehr schuldig fühlt und fördert die aktive Beteiligung am Wiedergutmachungsprozess.*

*Der Erwachsene versucht, die Kooperation des Kindes zu erreichen und lässt sich nicht auf Verhandlungen oder Drohungen ein. Er bewertet das verbale und nonverbale Verhalten des Kindes, um aus dem Time-Out aussteigen zu können. In jedem Fall ist es wie bei jeder Behandlung wichtig, dass dies in aller Klarheit und Transparenz geschieht, nicht nur innerhalb des Teams, sondern auch gegenüber den Eltern. Die Information der Eltern ist ethisch, deontologisch und therapeutisch unerlässlich. Darüber hinaus wird der Arzt über den Vorfall informiert und der Fall auf die Tagesordnung gesetzt, um ihn im Team zu besprechen.*

Mir ist bekannt, dass diese Praxis im 19. Jahrhundert in der Psychiatrie verbreitet war und zumindest zum Beginn des Jahrtausends von Deeskalationstrainern in den Niederlanden gelehrt wurde (in der Erwachsenenpsychiatrie), unter anderem auch in der Schweiz, von wo mir ein Beispielbild mit dieser Praxis bekannt wurde. Ein verbreiteter Einsatz erfolgt aber

meines Wissens in beiden Ländern nicht (bzw. ich weiß nicht, ob diese Maßnahme dort überhaupt noch zur Anwendung kommt). In Deutschland existiert diese Praxis nicht.

Grundsätzlich handelt es sich bei dem Einwickeln in Tüchern um eine Form der Fixierung. Dass die Maßnahme vom Pflegepersonal selbstständig angeordnet werden kann (mit erst nachträglicher Information des Arztes) ist eine deutliche Abweichung vom auch in Luxemburg sonst überall üblichen Standard, dass Fixierungen grundsätzlich einer ärztlichen Anordnung bedürfen. Dies birgt allein prozedural schon ein gewisses Missbrauchspotential. Grundsätzlich stellt sich die Frage, ob eine weitere Variante der Fixierung sinnvoll ist angesichts dessen, dass vielerorts in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Fixierungen als gänzlich entbehrlich gelten (zum Beispiel in Deutschland). So wie die Maßnahme in der Anweisung beschrieben ist, kann sie wohl auch einen gewissen fürsorglich-pädagogischen Charakter haben und die Anwesenheit mehrerer Pflegepersonen ist, anders als bei den Fixierungen in den anderen Kliniken, vorgeschrieben, was grundsätzlich begrüßenswert ist. Dennoch müssen erhebliche Zweifel an der Verhältnismäßigkeit der Indikation geäußert werden. Wenn ein Kind sich aggressiv gegenüber Erwachsenen verhält und nach ihnen schlägt (das kommt bekanntlich auch in Familien in größeren und kleineren Erziehungskrisen durchaus immer einmal wieder vor), kann dem zweifellos mit anderen Mitteln begegnet werden als mit einer Fixierung. Selbstverletzungen durch Anschlagen des Kopfes an die Wand oder den Boden klingt zunächst einmal nach einer plausiblen Indikation. Wo es keine Fixierungen gibt, sind derartige Verhaltensweisen jedoch selten und in aller Regel selbst-limitierend. Eine Ausnahme können Kinder (und Erwachsene) mit schweren geistigen Behinderungen sein, die zu anhaltenden, schwer beeinflussbaren Selbstverletzungen neigen. In diesen Fällen pflegt man dem z.B. mit dem Anlegen eines Kopfschutzes zu begegnen. Um derartige Patienten, die sich zumeist in geeigneten Heimen befinden, handelt es sich hier aber aller Wahrscheinlichkeit nach nicht.

Auch die geschilderten Prozeduren zur Beendigung der Maßnahme erscheinen bedenklich. Von dem Kind wird Einsicht und möglichst Wiedergutmachung gefordert – dies aber in einer hilflosen Situation maximalen Ausgeliefertseins. Ob die Äußerungen eines Kindes in einer derartigen Situation tatsächlich von gewonnener Einsicht zeugen oder eher „Geständnisse“ unter Druck darstellen, wäre vermutlich im Einzelfall kritisch zu diskutieren. Zumindest gewinnt man bei der Beschreibung den Eindruck, dass die Grenzen zwischen einer therapeutischen oder Sicherheitsmaßnahme und autoritärer Pädagogik mit Bestrafung hier sehr fließend sind und in der Praxis ein erhebliches Missbrauchspotential resultieren kann. Auch habe ich ernste Bedenken, dass eine solche Maßnahme gerade bei erregten, sich selbst schlecht kontrollierenden Kindern quasi als Schutz von außen und in gewisser Weise wohlthuende Beschränkung erlebt werden kann. Sofern dies der Fall ist (dies gilt im Übrigen auch für herkömmliche Fixierungen), kommt es nicht selten dazu, dass die betreffenden Patienten wiederkehrend meinen, eine derartige sehr regressionsfördernde Maßnahme zur eigenen Beruhigung zu „brauchen“ und dann wiederkehrend Situationen herbeiführen, in denen dies die scheinbar unausweichliche Konsequenz ist. Solche Fixierungen werden dann

zum wiederkehrenden Ritual. Wo allerdings derartige Maßnahmen gar nicht durchgeführt werden, gibt es auch keine Patienten, die meinen, sie zu „brauchen“.

## **VI. Empfehlungen**

Auch wenn dies nicht Teil der Beauftragung war, ergeben sich aus den oben genannten Ausführungen doch klare Empfehlungen, die aus meiner Sicht wichtig und praktikabel sind und deshalb auch ausgeführt werden sollten. Es ist durchaus möglich, dass einzelne Empfehlungen bereits umgesetzt sind, ohne dass mir dies aufgrund des verfügbaren Materials bekannt wurde.

### **VI.1. Empfehlungen für Kliniken**

Den Kliniken wird empfohlen, evidenzbasierte Verfahren zur Vermeidung von Zwang systematisch zu implementieren und entsprechende Schulungen des Personals durchzuführen, soweit dies noch nicht der Fall ist. Aus der Sicht des Gutachters eignen sich die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Nervenheilkunde und Psychosomatik (DGPPN) zur Implementierung der Leitlinie zur Verhinderung von Zwang, die in zahlreichen Veröffentlichungen beschrieben wurden (Steinert et al. 2023) und auch kommentiert im Internet frei verfügbar sind ([www.prevco.de](http://www.prevco.de)). Auch eine ausführliche Buchveröffentlichung ist dazu letztes Jahr erschienen (Sauter et al. 2024). Wichtige Elemente sind regelmäßige Deeskalationstrainings für alle in der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen, ständige Begleitung bei Zwangsmaßnahmen und obligatorische Nachbesprechungen, die Einbeziehung von Genesungsbegleitern und komplexe Programme zur Gestaltung der Atmosphäre auf einer psychiatrischen Station wie das im Vereinigten Königreich entwickelte inzwischen sehr verbreitete und in vielen Sprachen verfügbare Safewards ([www.safewards.net](http://www.safewards.net)).

Besonders empfohlen wird der regelmäßige Einsatz von Genesungsbegleitern (Peers) auf allen Ebenen der psychiatrischen Versorgung, d. h. sowohl in der Akutpsychiatrie als auch in der gemeindepsychiatrischen Versorgung, auf der Basis regulärer Arbeitsverträge. Bezüglich der gerontopsychiatrischen Station in der Reha-Klinik könnte sich ein kollegialer Austausch mit ähnlichen Einrichtungen mit einer vorbildlichen Praxis in den Niederlanden oder in Deutschland anbieten.

Bezüglich der Erfassung der Häufigkeit und Dauer von Fixierungen zeigten sich erhebliche Unterschiede zwischen den Kliniken, die in Besonderheiten der versorgten Klientel oder des

Versorgungsauftrags begründet sein könnten. Empfehlenswert ist die Einrichtung eines interdisziplinären (ärztlichen Dienst und Pflegedienst) kollegialen Arbeitskreises der Kliniken, in dem die erhobenen quantitativen Daten vertrauensvoll ausgetauscht und gemeinsam analysiert werden können.

## VI.2. Empfehlungen für Gesetzgeber und Politik

Die Loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux und Loi du 10 août 1992 relative à la protection de la jeunesse könnten aus der Sicht der Diskussionen im Fachgebiet in den vergangenen 15 Jahren und wegweisenden Gerichtsurteilen in einigen europäischen Ländern erheblich reformiert werden dahingehend, dass es sich nicht ausschließlich um ordnungsrechtliche Gesetze handelt sondern gleichrangig auch um Schutzgesetze, die Patientenrechte definieren. Hinsichtlich des Einsatzes von Zwangsmaßnahmen könnten normative Vorgaben erwogen werden, die eine Weiterentwicklung der therapeutischen Kultur nicht ausschließlich ärztlicher Initiative überlassen.

Von nicht nur praktischer, sondern auch symbolischer Bedeutung ist die Einführung einer verbindlichen kontinuierlichen Betreuung während einer Fixierungsmaßnahme, sowohl aus humanitären Gründen als auch zur Verdeutlichung, dass es sich dabei um eine außergewöhnliche intensivmedizinische Situation handelt. Die 1:1 Betreuung ist eine sehr personalintensive und damit Ressourcen verbrauchende Maßnahme. Sie darf nicht zulasten der übrigen auf einer Station befindlichen Patienten realisiert werden. Deshalb muss sichergestellt sein, dass sie gesondert finanziert wird. Ein verhängnisvoller Fehlanreiz wäre es allerdings, nur 1:1 Betreuung bei Fixierungen zu finanzieren, nicht aber 1:1 Betreuungen zur Verhinderung von Fixierungen. Hier liegt eine wichtige gesetzgeberische Aufgabe.

## Literatur

Bundesverfassungsgericht (BVerfG). Entscheidung vom 23.3.2011.

[https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Downloads/DE/2011/03/rs20110323\\_2bvr088209.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Downloads/DE/2011/03/rs20110323_2bvr088209.pdf?__blob=publicationFile&v=1)

Deutscher Ethikrat (2018). Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung.

[www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-hilfe-durch-zwang.pdf](http://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-hilfe-durch-zwang.pdf)

DGPPN (Hg.) Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten. Steinkopff, 2010 (im Internet verfügbar unter

<https://www.bing.com/search?q=aggressives+patientenverhalten+leitlinien&FORM=R5FD2>)

DGPPN, Task Force Patientenautonomie (2016). Eckpunkte für die Regelung der öffentlich-rechtlichen Unterbringung in psychiatrischen Krankenhäusern – mit Erläuterungen. Der Nervenarzt 87: 311-314

DGPPN (Hg.) (2019). S3 Leitlinie: Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen. Springer.

Im Internet: [www.awmf.org/service/awmf-aktuell/verhinderung-von-zwang-praevention-und-therapie-aggressiven-verhaltens-bei-erwachsenen](http://www.awmf.org/service/awmf-aktuell/verhinderung-von-zwang-praevention-und-therapie-aggressiven-verhaltens-bei-erwachsenen)

Flammer E, Hirsch S, Steinert T. Effect of the introduction of immediate judge's decisions in 2018 on the use of coercive measures in psychiatric hospitals in Germany: a population-based study. Lancet Reg Health Eur 2021;11: 100233 (2021)

Flammer E, Hirsch S, Thilo N, Steinert T. "Our Patients Are Different": Predictors of Seclusion and Restraint in 31 Psychiatric Hospitals. Front Psychiatry 2022; 26;13:791333

Freeman MC, Kolappa K, de Almeida JM et al. Reversing hard won victories in the name of human rights: a critique of the General Comment on Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Lancet Psychiatry* 2015; 2(9):844-850

Georgieva I, Whittington R, Lauvrud C, Steinert T et al. International variations in mental-health law regulating involuntary commitment of psychiatric patients as measured by the Mental Health Legislation Attitudes Scale. *Med Sci Law* 2019; 59: 104-114

Hirsch S, Steinert T. Measures to avoid coercion in psychiatry and their efficacy. *Dtsch Ärztebl Int* 2019; 166: 336-343

Müller S, Gather J, Gouzoulis-Mayfrank E, Henking T, Koller M, Saß H, Steinert T, Pollmächer T. Patientenverfügungen und psychische Erkrankung – eine Praxisempfehlung der Kommission Ethik und Recht der DGPPN. *Nervenarzt* 2024; 95: 861-867

Sauter D, Junghanss J, Bühling-Schindowski F. Gewalt und Zwang vermeiden. Leitliniengerechtes Handeln auf psychiatrischen Stationen. *Psychiatrie-Verlag, Köln* 2024

Steinert T. An international perspective on the use of coercive measures. In: Voellm B, Neodpil N (eds): *The use of coercive measures in forensic psychiatric care. Legal, ethical and practical challenges.* Springer International Publishing Switzerland 2016, pp.87-100

Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, Conca A, Hatling T, Janssen W, Keski-Valkama A, Mayoral F, Whittington R. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010 ;45(9):889-97

Steinert T, Schmid P, Arbeitskreis zur Prävention von Zwang und Gewalt, Landesverband der Psychiatrieerfahrenen Baden-Württemberg. Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken in Deutschland. *Gegenwärtige Praxis* (2012). *Nervenarzt* 2014; 85, 621-629

Steinert T, Flammer E. Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator für psychiatrische Kliniken? *Nervenarzt* 2019; 90: 35-39

Steinert T, Keyssner S, Schmid P, Flammer E. Auswirkungen der vorübergehend fehlenden Genehmigungsfähigkeit für Zwangsbehandlung in Baden-Württemberg: nicht weniger

Medikamente, aber längere Freiheitsentziehung. Fortschr Neurol Psychiat 2020; 88: 248-254

Steinert T, Hirsch S, Goebel R, Snellgrove B, Flammer E. Reduction of coercive measures under routine conditions in psychiatric hospitals 2004-2019: Strong effects in old age psychiatry, much less in general psychiatry. Eur Psychiatry 2020 63(1), e102, 1–7

Steinert T, Baumgardt J, Bechdorf A, Bühling-Schindowski F, Cole C, Flammer E, Jaeger S, Junghanss J, Kampmann M, Mahler L, Muche R, Sauter D, Vandamme A, Hirsch S. Implementation of guidelines on prevention of coercion and violence (PreVCo) in psychiatry: a multicentre randomised controlled trial. Lancet Reg Health 2023; 35:100770

Steinert T, Wiedmer J. Ärztliche Zwangsbehandlung: Wer, wie, wie lange? Eine retrospektive Fallanalyse an sechs Klinikstandorten in Baden-Württemberg. Psychiatr Prax 2024; 51:189-194

Stolz K, Steinert T. Psychiatrische Patientenverfügungen und öffentlich-rechtliche Unterbringung. BtPrax 2014; 1; 12-18 (2014)

UN Committee for the Rights of Persons with Disabilities: Staatenbericht Luxemburg (2017): [www.ohchr.org/en/press-releases/2017/08/committee-rights-persons-disabilities-reviews-report-luxembourg](https://www.ohchr.org/en/press-releases/2017/08/committee-rights-persons-disabilities-reviews-report-luxembourg))

Whittington R, Aluh DO, Caldas-de-Almeida JM. Zero Tolerance for Coercion? Historical, Cultural and Organisational Contexts for Effective Implementation of Coercion-Free Mental Health Services around the World. Healthcare 2023;11(21):2834.

World Health Organization: Mental health crisis services: promoting person-centred and rights-based approaches (2021). [www.who.int/publications/i/item/9789240025721](https://www.who.int/publications/i/item/9789240025721)

Steinert T. Nach 200 Jahren Psychiatrie: Sind Fixierungen in Deutschland unvermeidlich?  
Psychiatr Prax 2011;38: 348-351 (2011)

Flammer E, Steinert T. Involuntary medication, seclusion, and restraint in German psychiatric hospitals after the adoption of legislation in 2013. Front Psychiatry 6:153 (2015)

Flammer E, Steinert T. [Association Between Restriction of Involuntary Medication and Frequency of Coercive Measures and Violent Incidents.](#) Psychiatr Serv 67: 1315-1320 (2016)

Steinert T. Using coercion or risking the patient's death? : An analysis of the protocols of a clinical ethics committee and a derived decision algorithm. J Med Ethics 50:552–556 (2024)

Ravensburg, 10.04.2025

