

Staatsanwaltschaft München I
80097 München

Fax: 089/5597-2865

München, den 25.02.2013

Sehr geehrte Damen und Herren,

Im eigenen Namen und als Alleinerbin meiner, am 29. Juli 2012 verstorbenen Mutter, Elfriede Schön erstatte ich

Strafanzeige

gegen Herrn R. M., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, München sowie gegen

Herrn M. K., Leiter des Caritas Altenheims, München

und andere eventuell Beteiligte, die mir nicht bekannt sind.

Ich bitte um umfassende strafrechtliche Würdigung des folgenden Sachverhalts:

Meine Mutter, Elfriede Schön, wurde 2012 im Caritas-Altenheim ohne meine Zustimmung durch Neuroleptikagaben chemisch fixiert. Dies war als Dauerdelikt geplant und wurde nur durch meine Intervention schnell beendet. Die Vorgehensweise und die Stellungnahmen hierzu von Heimleitung, Trägergesellschaft und Psychiater, legen den Verdacht nahe, dass die beschriebene Praxis eine übliche Vorgehensweise in diesem Caritas-Heim – und sehr wahrscheinlich nicht nur dort - ist. Die geschilderten Vorfälle sind meines Erachtens in mehrfacher Hinsicht strafrechtlich relevant.

Gliederung

1. Daten und Situation der Geschädigten **vor** dem schädigenden Ereignis
2. Die strafbare Handlung
3. Die Geschehnisse nach der Medikamentengabe

1. Persönliche Daten und Situation der Geschädigten vor dem vorwerfba- ren Ereignis

Elfriede Schön, geb. 1.3.1923, in einem kleinen Reihenhaus alleinlebend, erlitt am 04.01.2012 bei sich zuhause in der Bad-Kissingen-Str. 19 in München, einen Schlaganfall (einen vorderen Mediateilinfarkt rechts, ausgelöst durch ein Vorhofflimmern). Sie befand sich deshalb vom 5.1. bis zum 16.1.2012 im Klinikum Rechts der Isar, in der ‚Stroke Unit‘. Danach, bis zum 14. Februar 2012 zur Rehabilitation in der Schön Klinik am Parzivalplatz.

Im Arztbrief der Schön Klinik zur Entlassung am 14.2.2012 (**Anlage 1**) heißt es über den Zustand von Elfriede Schön:

„Die Halbseitenlähmung bildete sich bereits in den ersten Tagen deutlich zurück...“

.....

Psychischer Befund: *Wach, bewusstseinsklar, zeitlich und örtlich nicht orientiert, zur Person orientiert, situativ orientiert, Antrieb ohne pathologischen Befund, Affekt ausgeglichen, aktuell kein Anhalt für Wahrnehmungsstörung, Ich-Störung oder inhaltliche Denkstörung.“*

Laut einer schriftlichen Stellungnahme ihres Hausarztes Dr. K. vom 25.04.2012 (**Anlage 2**) konnte sich Elfriede Schön **vor** dem Schlaganfall *„ohne Hilfsmittel frei in ihrer Wohnung bewegen und benötigte bis zum Apoplexereignis keine Hilfe bei den wesentlichen alltäglichen Verrichtungen.“*

Vor einer Venen-OP im Mai 2011 – als „Varizen-OP“ im Bericht v. Dr. K. erwähnt - ging es Elfriede Schön für ihr Alter von 88 Jahren noch sehr gut – s. **Foto 1**, aufgenommen 2010, bei einem Ausflug zur Wies Kirche.

Meine Mutter hat in ihrem ganzen Leben nur sehr selten Ärzte aufgesucht und so gut wie nie Medikamente genommen. Erst ab April 2011 musste ein ambulanter Pflegedienst täglich kommen, um ihr Augentropfen gegen ein Glaukom (grüner Star) zu verabreichen, das wegen Blindheit des linken Auges aktuell festgestellt worden war. Die Pflegedienstmitarbeiter dieses ambulanten Dienstes waren sehr erstaunt, dass meine Mutter nicht, wie sonst üblich bei Menschen ihres Alters, schon eine ganze Reihe von Medikamenten nehmen musste. Erst im Laufe des Jahres 2011 musste sie dann auch Entwässerungstabletten nehmen, da sie starke Wasserransammlungen in den Beinen hatte.

Bei der Entlassung aus der Schön Klinik, sah es aus, als könne sich meine Mutter durchaus noch einmal gut erholen und bei richtiger Betreuung noch einige gute Jahre erleben, da sie weder Bewegungs- noch Spracheinschränkungen durch den Schlaganfall hatte. Die Verwirrungszustände, die man durchaus als Demenzschub bezeichnen konnte und auch der Tag-Nachtrhythmus sollte sich, laut den behandelnden Ärzten, im Laufe des Genesungsprozesses wieder besser einstellen.

Klar war jedoch, dass meine Mutter von diesem Zeitpunkt an in einem Altenheim würde leben müssen, da ihr kleines Reihenhaus nur eine Wohnfläche von ca. 55 m² hatte, so dass weder eine fremde Pflegeperson noch ich dort wohnen und sie betreuen konnte. Der Aufenthalt in diesem Haus wäre für sie sicher ständig lebensgefährlich gewesen, da sie das Bad im Keller und das Schlafzimmer im ersten Stock nur über eine Treppe erreichen konnte. Auch in meiner Etagen-Wohnung war nicht genügend Platz, da meine Wohnung in der Innenstadt nur 47 m² groß ist.

Nachdem ich mir mehrere in Frage kommende Altenheime angesehen hatte, entschied ich mich für das Caritasheim, . Besonders vorteilhaft erschien dieses Heim auch deshalb, weil die Mitarbeiterin, die in diesem Heim für die Sozialaktivitäten verantwortlich ist, Frau V., zum damaligen Zeitpunkt seit ca. zehn Jahren eine Reihenhaus-Nachbarin meiner Mutter war und sie deshalb sehr gut kannte. Sie versprach mir deshalb, auf meine Mutter ein besonderes Auge zu haben und war über ihren Zustand sehr betroffen. Sie bereitete mich allerdings auch darauf vor, dass es

sicher einige Wochen dauern würde, bis sich meine Mutter in der neuen Örtlichkeit, dem Heim, zurechtfinden würde, insbesondere, da es nach ihrem Schlaganfall nun bereits die dritte, unbekannte Örtlichkeit für sie sei.

Im Rahmen einer Kurzzeitpflege bewohnte meine Mutter vom 14.2. bis zum 7.3.2012 ein Doppelzimmer im 2. Stock. Ab 7.3. erhielt sie im Rahmen des regulären stationären Heimvertrages ein Einzelzimmer auf einer anderen Station, ebenfalls im 2. Stock. Ich habe anfangs meine Mutter, wie auch schon im Krankenhaus, täglich besucht und wenn ich nicht kommen konnte, habe ich angerufen und mich nach ihrem Befinden erkundigt. Auch um den Tag-Nacht-Rhythmus von ihr zu normalisieren, habe ich tagsüber mit ihr möglichst viel unternommen, da sie sich sonst immer gerne hinlegen wollte. Abends habe ich einige Fußreflexzonenmassagen durch eine externe Massseurin organisiert, in der Hoffnung, dass sie dann besser ein- und durchschläft. Über all das habe ich mich mit Frau V. und den Stationsmitarbeitern mündlich und via E-Mail ausgetauscht (**Anlage 3**).

Da die Störung des Tag-Nacht-Rhythmus bei alten Menschen mit einer beginnenden Demenz ein sehr übliches Phänomen ist, bin ich davon ausgegangen, dass man im Heim hierüber, im Gegensatz zu mir, eine große Expertise besitzt und habe vertraut. Leider wusste ich damals über die Interessen und den daraus folgenden Gepflogenheiten des Heimes noch nicht, was ich heute weiß.

Dem Heimleiter, Herrn M. K., begegnete ich zum ersten Mal ca. 2 Wochen nach dem Einzug meiner Mutter, am 28. Februar. Es war anlässlich eines Nachmittagskaffees zur Begrüßung der neuen Heimbewohner, den ich mit meiner Mutter besuchte (**s. Foto 2**). Wir begegneten uns in der Eingangshalle des Heimes. Herr K. begrüßte mich und sagte: „Hallo Frau Schön, gut, dass ich Sie treffe; übrigens, ich wollte sowieso mit Ihnen sprechen. Wir würden vorschlagen, dass Sie Ihre Mutter in eine beschützende Station verlegen lassen.“ Er begründete dies mit dem schwer gestörten Tag- und Nacht-Rhythmus meiner Mutter und der damit verbundenen Weglaufgefahr, da sich der körperliche Zustand meiner Mutter zusehends verbessern würde.

Ich war erst einmal ziemlich perplex, erstens, weil ich erst mit Verzögerung realisierte, dass mit „Verlegung in eine beschützende Station“ die vormundschaftsgericht-

liche Einweisung in eine geschlossene Station gemeint war, zum anderen über die Adressierung dieses schwerwiegenden Themas en passant bei dem ersten zufälligen Zusammentreffen in der Lobby des Heimes. Ich war durch den Schlaganfall mit meiner Mutter in eine vorkommen neue Lebenssituation geworfen, die ich alleine bewältigen musste und musste mich neben der intensiven Betreuung meiner Mutter durch fast tägliche Besuche und meiner Tätigkeit als Einzelanwältin, mit zahlreichen neuen gesundheitlichen, pflegerischen und rechtlichen Fragen auseinandersetzen. Mit der Frage einer freiheitsentziehenden Maßnahme hatte ich mich bis zu diesem Zeitpunkt noch gar nicht beschäftigt. Rückblickend war ich sehr erstaunt, dass Herr K. von ‚wir‘ gesprochen hatte, da ich am Morgen desselben Tages von Frau V. eine E-Mail bekommen habe, wo sie die Hoffnung einer baldigen Integration meiner Mutter ausdrückt: „

„In der HiT fühlt sich Ihre Mutter wohl, wie mir gestern meine Kollegin berichtete. Hoffen wir, dass der Schlafrhythmus sich bald umstellt.“ Anlage 4

In meiner ersten Verwirrung sagte ich Herrn K. erst einmal zu, mir diese „beschützende Station“ anzusehen. Herr K. wies mich darauf hin, dass sein Haus eine derartige Station nicht habe, aber das Caritasheim Er werde sich deshalb dort erkundigen, ob ein Platz frei sei. Ich habe ihm in diesem Gespräch allerdings auch gesagt, dass ich die Gefahr, dass meine Mutter alleine das Haus verlassen würde, nicht sähe, weil sie sich immer sehr ängstlich an meinem Arm festhalte, wenn ich mit ihr das Haus für einen Ausflug verlassen würde.

Da ich damals immer noch von den besten Absichten der Heimleitung für das Wohl meiner Mutter ausging, bin ich am nächsten Tag in dem anderen Caritasheim vorbeigefahren und habe mir dort die „beschützende Station“ angesehen.

Bereits um 8:25 Uhr am nächsten Morgen, Mittwoch den 29. Februar 2012, erhielt ich von Herrn K. eine E-Mail folgenden Inhalt:

„die Pflegedienstleitung von St. Nikolaus, Frau P., hat heute morgen einen freien Platz in einem Doppelzimmer im beschützenden Wohnbereich in bestätigt und für Ihre Mutter reserviert. Voraussetzung für eine Aufnahme dort ist ein richterlicher Beschluss.

Ansprechpartnerin in ist Frau S. (Tel.). Frau S. ist indie Pflegeüberleitung und ist (analog zu Herrn M. in) für Neuaufnahmen zuständig und wird Ihnen alle notwendigen und gewünschten Informationen zu geben können.“ Anlage 5

Ich war damals ziemlich erstaunt, das Herr K. nach unserem sehr kurzen Gespräch offenbar schon fest davon ausging, dass ich den Antrag bei Gericht stellen würde. Rückblickend und angesichts der Erfahrungen die ich dann noch machte, wundert es mich allerdings nicht mehr.

Am Nachmittag des 29. Februar hatte ich im Caritas-Heim ein Gespräch mit Frau S., der *Pflegeüberleitung* und von und Frau P., der Pflegedienstleitung über die Voraussetzungen eines Einzugs meiner Mutter in Ihrem Heim und habe mir die geschlossene Abteilung angesehen.

Am Abend besuchte ich meine Mutter und war ziemlich erstaunt, dass bereits seit Mittag ein „Attest zur Vorlage beim Vormundschaftsgericht“ vorlag, ausgestellt von Herrn R. M., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, München in von dem ich bis dahin überhaupt noch nichts gehört hatte. Ich wunderte mich, wann er meine Mutter begutachtet haben wollte. Er hatte ihr wohl aufgrund einer Anweisung von Herrn K. einen kurzen Besuch am Mittwochvormittag abgestattet.

Als Begründung der freiheitsentziehenden Maßnahme hatte Herr M. folgendes zu Papier gebracht:

„Frau Schön leidet an einer vaskulären Demenz (ICD-10 Nummer F01.3) bei Zustand nach Media-Teilinfarkt.

Frau Schön ist seit 14.02.2012 im Altenheim, kommend aus der Neurologischen Klinik in der Tristanstraße in München.

Seit ihrem Einzug ist Frau Schön zunehmend verwirrt. Seit einigen Nächten ist sie schlaflos, geht in fremde Zimmer, legt sich in fremde Betten, schüttelt Mitbewohner aus dem Schlaf, macht die Nacht zum Tage, wollte die Kanarienvögel mit der Schere töten. Wenn sie tagsüber nicht schläft, ist sie weglaufgefährdet.

Ein Platz auf einer geschlossenen Station in ist für sie vorhanden. Die betreuende Tochter ist mit der Verlegung einverstanden.

Wegen ihrer Demenz ist Frau Schön nicht geschäftsfähig, kann der geschlossenen Unterbringung nicht wirklich freiwillig zustimmen.

Deshalb wird hiermit ein schneller Unterbringungsbeschluss von mir empfohlen.“

Anlage 6

Ich war, wie gesagt, sehr erstaunt, dass ein ärztliches Attest derartig schnell vorlag. Die Verhaltensbeschreibung meiner Mutter bezüglich ihrer nächtlichen Unruhe ergibt sich aus der Pflegedokumentation. Völlig neu war mir allerdings, da ich davon wieder etwas gehört noch gelesen hatte, dass meine Mutter angeblich die beiden Kanarienvögel, die auf einem der Flure in einem Käfig saßen, mit einer Schere hatte töten wollen. Neu war mir ebenfalls, dass ich mit der Verlegung in eine geschlossene Abteilung einverstanden sei.

Ich habe noch am selben Abend, bzw. in der Nacht, um 0:14 Uhr, an Herrn K. eine E-Mail geschickt, in der ich das Ergebnis meiner Besprechung im Heim..... zusammenfasste.

Ich habe in dieser E-Mail - **Anlage 7** - die Dinge moniert, die ich in dem Attest als falsch ansah:

1. Es sei nicht richtig, dass meine Mutter zunehmend verwirrt, sondern sogar im Gegenteil, klarer sei, seit sie in wohnte und sich an diesem Tag sogar wieder an ihre alte Adresse richtig erinnern konnte;
2. dass ich von einer Attacke auf die Kanarienvögel noch nie etwas gehört oder in der Pflegedokumentation gelesen hatte.

Ich habe Herrn K. ferner davon unterrichtet, dass seine Kolleginnen in über den Einweisungswunsch sehr erstaunt waren, da ihrer Meinung nach die Vorausset-

zungen für eine freiheitsentziehende Maßnahme bei meiner Mutter noch gar nicht vorlagen.

Außerdem hätte ich erfahren, dass gerade ein Einzelzimmer im Sankt Michael freigezogen sei und man durch eine Verlegung meiner Mutter in dieses Zimmer die Störung anderer Bewohner durch sie nachts stark einschränken oder sogar verhindern könne. Im übrigen gehe es ihr immer besser. S. **Foto 3**

Herr K. war über die Entwicklung der Angelegenheit offensichtlich nicht sehr erfreut, das habe ich auch damals gemerkt; was ich damals noch nicht realisierte, war die Tatsache, dass es ihm erster Linie wohl grundsätzlich nicht um das Wohlergehen meiner Mutter ging, sondern darum, trotz der offenbar mangelhaften personellen Ausstattung des Heimes wieder auch nachts wieder einen ungestörten Ablauf zu haben, weshalb er meine Mutter so schnell wie möglich loswerden wollte.

Da die Voraussetzungen einer freiheitsentziehenden Maßnahme noch gar nicht vorlagen, dürfte diese soeben geschilderte Sachverhalt unter § 239 III StGB zu subsumieren sein.

Da Herr K. zum damaligen Zeitpunkt bereits sechs Jahre Heimleiter in war, konnte er sich den weiteren Ablauf der Dinge, im Gegensatz zu mir, wohl nur allzu gut vorstellen. Er befürchtete wohl, dass die übliche Strategie nachtaktive Bewohner ruhigzustellen, nämlich durch eine chemische Fixierung mit Neuroleptika, bei meiner Mutter aufgrund meiner aufmerksamen Begleitung alle Vorgänge, wahrscheinlich nicht so einfach funktionieren würde, wie bei den anderen Heimbewohnern.

Wie ich im Laufe der weiteren Begleitung meiner Mutter und der Recherchen die ich gleichzeitig zu allen Themenkreisen anstellte, erfuhr, war das Verhalten meiner Mutter für ihren Krankheitszustand sehr typisch. Tagsüber wollte sie sich häufig hinlegen, was für eine durchgehende Nachtruhe natürlich kontraproduktiv war. Sie konnte sich alleine gar nicht mehr beschäftigen, weshalb ich Personen auch für Nachmittagsbesuche organisierte, da ich selbst nicht mehr jeden Tag nachmittags bei ihr

sein konnte. Nach wie vor kam ich aber mindestens jeden zweiten Tag gegen 17:00 Uhr und unternahm dann noch etwas mit ihr, bis es Schlafenszeit war. Auffallend war, dass bei ihr gegen Abend häufig starke Ängste hochkamen – auch ein sehr übliches Phänomen, und wenn ich sie fragte, wovor Sie Angst habe, sagte sie „dass etwas Schlimmes passiert“. Das war auch nicht weiter erstaunlich, denn es war ja etwas Schlimmes mit ihr passiert. Sehr bedrückend fand ich schon damals die Situation, dass für die Menschen mit beginnender Demenz, die sich selbst nicht mehr beschäftigen konnten, die Betreuungsangebote in den Heimen sehr minimal und eigentlich nur auf den Vormittag beschränkt waren. Beschäftigt man sich aber nicht mit diesen Menschen, dann sitzen oder wandern sie verloren herum.

Ich habe das Pflegepersonal mehrfach darauf hingewiesen, dass ich ein nächtliches Aufwachen meiner Mutter nicht sehr erstaunlich fände, denn wenn ich bereits um 19:30 Uhr ins Bett gehen und schlafen müsste, wäre ich auch um zwei, spätestens um 3:00 Uhr nachts wieder munter.

Erstaunlich war in diesem Heim im Grunde nicht, dass meine Mutter nachtaktiv war, sondern dass sie offenbar **die einzige Bewohnerin** war, die die zwei Personen des Nachtdienstes auf Trab hielt. Warum das so war, realisierte ich erst sehr langsam.

Skandalös, wenn nicht sogar **grobe Fahrlässigkeit oder sogar bedingten Vorsatz** bei Verletzungen von nachtaktiven Heimbewohnern begründend, finde ich, dass in diesem Heim, St. Michael, mit 172 Bewohnern, der Nachtdienst nur mit zwei Personen besetzt war, davon eine Pflegekraft und eine Hilfskraft.

Tatsächlich kam es bei meiner Mutter in der Nacht zum 31. März in der sie viel herumgelaufen ist, zu einem Sturz irgendwo im Haus, bei dem Sie sich das Schlüsselbein gebrochen hat. Ich wurde morgens vom Heim angerufen und verbrachte den Vormittag mit ihr in der Klinik Siehe Beschreibung des Vorfalls in der Pflegedokumentation und den Arztbericht, **Anlage 8**. Meine Mutter hatte zwar eine Sensormatte vor ihrem Bett liegen, die den Nachtdienst alarmierte wenn sie aufstand. Trotzdem dauerte es manchmal lange, bis jemand zu ihr kam bzw. bis man sie fand,

da das Haus sehr groß ist, das von zwei Personen betreut wird. Außerdem waren sie häufig mit Ihren Rundgängen oder anderen Notfällen beschäftigt.

Aus der Pflegedokumentation ergibt sich, dass meine Mutter tatsächlich fast jede Nacht im Haus und auch in anderen Zimmern unterwegs war. Sie war dabei überhaupt nicht aggressiv, sondern hat Kontakt gesucht und wollte etwas essen, da sie immer nur sehr wenig aß und deshalb öfter Hunger hatte. Sie wog damals nur noch knapp 50 KG. Siehe Pflegedokumentation vom 28.2. – 7.3.12., **Anlage 9**.

2. Die strafbare Handlung:

Medikamentöse Fixierung durch unabgesprochene Verabreichung eines Neuroleptika in zu hoher Dosierung.

Als ich am 5. März 2012 im Heim anrief und fragte, wie es meiner Mutter geht, ob sie in der Nacht durchgeschlafen habe, sagte man mir, nein, sie war unterwegs, aber *„Herr M. hat die Medikation ihrer Mutter geändert“*. Auf meine Frage, was denn geändert worden sei, sagte man mir, dass er für abends 1 mg Risperidon verordnet habe. Auf meine Frage, was das für ein Medikament sei, sagte mir die Schwester: *„Etwas zum Beruhigen, damit sie nicht wegläuft.“*

Ich war bereits über die Verfahrensweise sehr irritiert, denn ich kannte Herrn M. nicht, sondern wusste nur, dass er am 29. Februar ohne Beauftragung meinerseits blitzschnell das Attest für eine mögliche Zwangseinweisung verfasst hatte. Er wusste deshalb auch, dass ich Bevollmächtigte für meine Mutter war, da er schrieb: *„Die betreuende Tochter ist mit der Verlegung einverstanden.“*

Als Arzt, der in Altenheimen tätig ist, weiß er außerdem, dass bevollmächtigte Angehörige einer Behandlung zustimmen müssen, wenn dies die Patienten selbst nicht mehr können, was bei meiner Mutter eindeutig gegeben war.

Dem Ärztlichen Kreis- und Bezirksverband München gegenüber, dem ich als zuständiger Organisation, das pflichtwidrige Verhalten des Arztes zur Kenntnis gebracht

hatte, hat Herr M. dies wohl wahrheitswidrig abgestritten, denn im Abschluss Schreiben des ÄKVB heißt es:

„Zusammenfassend trägt Herr M. vor, dass er am 29.2.2012 im Alten- und Pflegeheim bei Frau Elfriede Schön vorstellig geworden sei. Er habe für die Heimbewohnerin am selben Tag ein ärztliches Attest ausgestellt.

Um den Leidensdruck der Patientin zu lindern habe er Therapie mit einem Neuroleptikum begonnen.

Er betont, dass die Verordnung des Neuroleptikums im Rahmen der Heimbetreuung gemäß seiner fachärztlichen Erfahrung erfolgt sei.

Es sei ihm dabei nicht um Ruhigstellung gegangen, um den Pflegekräften die Arbeit zu erleichtern, sondern um für die Patientin eine Entspannung und Linderung zu erreichen.

Ergänzend trägt Herr M. vor, dass ihm zum Zeitpunkt seiner Verordnung des Neuroleptikums für Frau Elfriede Schön die Vollmacht für Sie nicht bekannt gewesen sei.“

Siehe **Anlage 8**

An dieser Stellungnahme sind mehrere Dinge bemerkenswert:

- *M. schreibt, er sei „am 29.2.2012 im Alten- und Pflegeheim bei Frau Elfriede Schön vorstellig geworden“. Meine Fragen hierzu sind: Wer hat ihn beauftragt? Wie lange hat die Anamnese meiner Mutter, die eine Zwangseinweisung begründen sollte, gedauert?*
- *Er schreibt, er habe „die Verordnung des Neuroleptikums im Rahmen der Heimbetreuung gemäß seiner fachärztlichen Erfahrung“ vorgenommen. Diese Verordnung fand **erst ca. eine Woche später**, am 5. März statt. Wer hat ihn hierzu beauftragt? In einem Schreiben vom 24. Mai 2012 - **Anlage 10** - schreibt die Bereichsleiterin Region Mitte der Caritas-Altenheime, Frau M. D.: „Wir haben in unseren Häusern weder Heimärzte noch Hauspsychiater, sondern grundsätzlich freie Arztwahl.“ Das wissen offenbar weder Herr M. noch Herr K., jedenfalls wurde mit mir, als betreuender Angehöriger von seitens Herrn M. **kein** Kontakt aufgenommen. Eine „Wahl“ meinerseits von Herrn M.*

war gar nicht möglich, da ich ihn gar nicht kannte. Offenbar kann in diesem Heim ein Arzt herumspazieren und Bewohnern, die die Station als Problem betrachtet, schwerwiegende Medikamente verordnen. Und wenn Herr M. nicht selbst an Amnesie leidet, wusste er am 5. März bestimmt noch, dass er am 29. Februar in seinem Attest geschrieben hatte, dass ich „betreuende Tochter“ war.

Dass Herr M. glaubt, konsequenzlos so lügen zu können wie er es offenbar dem ÄKVB gegenüber getan hat, kann man sich das nur damit erklären, dass sich Ärzte und Heime bisher mit jedem Verhalten sehr sicher fühlen konnten, weil die Angehörigen eines Pflegebedürftigen in der Regel mit der Gesamtsituation so überlastet sind, dass sie sich auf derartige Sachverhaltsaufklärungen und Auseinandersetzungen, vor allem als Nichtjuristen, überhaupt nicht einlassen können und wollen.

Tatsächlich gibt es für die Kausalität dieser Medikamentenverschreibung nur einen möglichen Geschehensablauf. Da die Zwangseinweisung meiner Mutter nicht funktioniert hatte und die Nachtaktivität nach wie vor ein großes Problem für das Heim darstellte, wurde Herr M. 5 Tage später, am 5. März, beauftragt, meine Mutter nun mit einer entsprechenden Dosis eines Neuroleptika so ruhig zustellen, wie es bei den anderen Heimbewohnern offensichtlich schon gelungen war. Es ist in der Pflegebranche eine unbestrittene Tatsache, dass von den Bewohnern eines Altenheims ca. 60 % mehr oder weniger dement sind. Von diesen dementen Personen haben ca. 50 % einen gestörten Tag-Nacht-Rhythmus, der sich in nächtlichem Herumwandern ausdrückt. In einem Heim wie, mit 172 Bewohnern müssten demnach ca. 50 Personen durch mehr oder weniger große nächtliche Aktivität auffallen. Meines Wissens war meine Mutter damals die einzige Bewohnerin die nachts häufig unterwegs war und bereits sie allein stellte für das Heim ein offenbar unerträgliches Problem dar. Es bleibt deshalb nur die einzig logische Schlussfolgerung, die damit auch einen Anfangsverdacht begründet: Es werden hier in kollusivem Zusammenwirken von Heimleitung und Psychiater die dementen Bewohner medikamentös fixiert, wie in dem Buch von Frau Dowideit „Endstation Altenheim“ recherchiert und beschrieben. **Anlage 11**

Da Herr M. nicht von mir beauftragt worden war, meine Mutter medikamentös zu behandeln und man wohl kaum davon ausgehen kann, dass er dies aus Eigeninitiative gemacht hat, kommen für diese Anweisung nur die Heimleitung oder die Pflegedienstleitung in Betracht. Wie dies genau in dem Heim gehandhabt wird ist Aufgabe der Ermittlungsbehörden.

Der zeitliche und inhaltliche Ablauf des geschilderten Geschehens bei meiner Mutter, lässt allerdings nur einen Schluss zu: Es findet eine sehr intensive und harmonische Zusammenarbeit zwischen der Heimleitung, Herrn K. und dem Psychiater, Herrn M., statt. Angesichts dieses nahtlosen Zusammenspiels beim Management einer (angeblich) unterfinanzierten Pflege, erscheint der Titel eines Buches von Claus Fussek und Gottlob Schober „Im Netz der Pflegemafia“ keineswegs übertrieben.

Herr M. hat somit versucht, am 5. März 2012 das Problem der Überlastung des Nachdienstes im Heim nach „Plan B“ zu lösen und meine Mutter mit einem Neuroleptika ruhig zustellen. Dies ergibt sich sowohl aus der Pflegedokumentation beim Eintrag zum 5.3. (**Anlage 7** Blatt 15) sowie aus dem Medikamentenblatt. **Anlage 12** Ich habe sofort in einer E-Mail vom 6. März Herrn K. meine Verwunderung darüber ausgedrückt, dass Herr M. ohne mich vorher zu konsultieren eine neue Medikation angeordnet hatte. **Anlage 13** Wie schädlich so ein hochdosiertes Neuroleptikum ist, speziell für demente Menschen, habe ich erst im Laufe meiner nachfolgenden Recherchen herausgefunden. Ich hatte mich damals nur kurz mit einem befreundeten Arzt, Dr. J. Z., abgesprochen, der sich gut mit Psychopharmaka auskennt. Er hat mir geraten das Risperidon auf jeden Fall so schnell wie möglich wieder abzusetzen, da es für meine Mutter nur sehr schädlich sein könne. Bei älteren Parkinson-Patienten oder Demenz-Kranken kommt durch Risperidon gehäuft zu Störungen der Bewegungssteuerung, was ein erhöhtes Sturz-Risiko bedeutet, sowie zu (mehr) Verwirrtheit und Abstumpfung (s. auch: <http://medikamente.onmeda.de/Wirkstoffe/Risperidon/nebenwirkungen-medikament-10.html>). Das Risperidon wurde deshalb am 7. März bereits wieder abgesetzt, was sich ebenfalls auf dem Medikamentenblatt ergibt.

Anlage 12, Seite 2

Diese schnelle Absetzung und damit die Beendigung der medikamentösen Fixierung, die langfristig gewünscht war, kann den Tätern nicht zugute gehalten werden, da sie gegen ihren Willen geschah.

Es kam am 7. März auf meinen Wunsch hin im Heim zu einem kurzen Gespräch mit Herrn M., in dem ich ihm sagte, dass er kein Arzt meines Vertrauens sein könne, da ich ihn nicht kennen würde. Da er oft im Heim sei, wäre ich nur unter einer Bedingung mit einer Weiterbehandlung meiner Mutter durch ihn einverstanden. Er müsse seine Behandlungswünsche telefonisch mit Herrn Dr. Z. absprechen, da ich ihn lange kenne und er mein Vertrauen habe. Herr M. sagte mir zu, so zu verfahren, hat sich aber nie bei Dr. Z. gemeldet.

Die Verordnung von 1 mg Risperidon vom 5. Bis 7. März 2012 ohne Absprache erfüllt den Tatbestand der gefährlichen Körperverletzung und der Freiheitsberaubung. Es war sogar ein versuchtes Dauerdelikt, das bestimmt länger als eine Woche gewünscht war und somit den Qualifizierungstatbestand des § 239 StGB erfüllt.

Es bestand **keine medizinische Notwendigkeit** für eine so hohe Neuroleptikagabe, sie war im Gegenteil so gar kontraproduktiv.

Neben der Fixierungswirkung durch Neuroleptika, die mit mechanischen Fixierungen vergleichbar sind, haben verschiedene Studien sogar eine **erhöhte Mortalität** durch Neuroleptika festgestellt (siehe Artikel „Mortalität durch Neuroleptika“ in Soziale Psychiatrie 9/2007 von Dr. Volkmar Aderhold, Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin, **Anlage 14**)

Dr. Aderhold stellt deshalb auch für die atypischen Neuroleptika, zu denen auch Risperidon gehört, zusammenfassend fest:

„Konsequenzen

*Angesichts der durch Atypika nur verlagerten Nebenwirkungen, des nicht nachgewiesenen besseren Krankheitsverlaufs durch Neuroleptika und einer durch sie deutlich erhöhten Mortalität kann nur eine **maximale Zurückhaltung** bei der Anwendung von Neuroleptika die Antwort sein. Die Mortalitätsproblematik wird innerhalb der Psychiatrie zu wenig diskutiert und nicht mit konkreten Maßnahmen beantwortet.*

1. Bewusstsein und Behutsamkeit

*Mit der Vergabe von Medikamenten und langfristig schwerwiegenden Nebenwirkungen werden also Entscheidungen von potenziell großer Tragweite getroffen. Daher ist es zunächst notwendig, ein Wissen und Bewusstsein dieser Toxizität zu schaffen. Fatal wirkt diesbezüglich die propagandaartige Verharmlosung und Fehlattribuierung der Atypika mit Verbesserungen der Integration und Plastizität neuronaler Netzwerke. Ein Nachweis dieser Fehlinformation würde hier zu weit gehen. Neuroleptika sind vor allem D2-Rezeptoren blockierende Substanzen, die nicht kurativ, sondern suppressiv wirken. Und diese Dauersuppression hat grundsätzlich auch neuronal schädigende Effekte, wie z.B. eine **Reduktion der Grauen Substanz**, vor allem frontal (Cahn et al 2002, Dazzan et al 2005, Gur et al 1998, Lieberman et al 2005, Madsen et al 1998, 1999) mit negativen Auswirkungen auf die neuropsychologischen Leistungen (Lieberman et al 2005). Deshalb müssen sie – wenn überhaupt – behutsam und **individuell möglichst niedriger Dosierung** eingesetzt werden. Nicht schnelle Wirkeffekte, die oft auch durch anderweitige Behandlungsformen (z.T. in Verbindung mit minimaler Dosierung) erreicht werden können, dürfen die Behandlungsstrategie bestimmen, sondern die langfristige und subjektiv hilfreiche Wirkung ist zentrales Kriterium. Es gibt keine neuroleptische „Kur“.*

Als besonders schwerwiegend muss es deshalb gewertet werden, dass Herr M. ohne weitere Untersuchungen oder Laborwerte dieses Medikament einer Patientin verordnet hat, die durch ein Vorhofflimmern einen Schlaganfall erlitten hatte.

Dass es bei der Verabreichung dieser Medikamente in Altersheimen nicht um das Wohlergehen der Bewohner sondern um das Wohlergehen des Altenheims,

bzw. Personaleinsparungen geht, wurde bereits in vielen Veröffentlichungen festgestellt.

Die WELT-Journalistin Annette Dowideit, hat zu diesem Thema sehr umfassend recherchiert und ihre Erkenntnisse in dem Buch „Endstation Altenheim“ 2012 veröffentlicht. Im folgenden einige Auszüge hieraus zu den beschriebenen Thema:

„Der Bremer Gesundheitswissenschaftler Gerd Glaeske, der seit Jahren zum Thema forscht, schätzt, dass in Deutschland knapp 240.000 Demenzkranke zu Unrecht mit Psychopharmaka behandelt werden. »In diesen Fällen werden die Medikamente nicht verschrieben, um die Leiden der Patienten zu mindern oder ihre Krankheiten wirksam zu behandeln, sondern um Personal einzusparen und somit den Heimbetreibern höhere Gewinne zu bescheren«, sagt Professor Glaeske. »Wir haben hier ein flächendeckendes Problem.« Von den bundesweit 1,1 Millionen Demenzpatienten, rechnet er vor, würden knapp 360.000 mit Neuroleptika behandelt. Britische Studien im Auftrag des dortigen Department of Health hätten ergeben, dass in zwei von drei Fällen die starken, verschreibungspflichtigen Medikamente zu Unrecht verordnet wurden und sich durch eine bessere Betreuung der Betroffenen hätten vermeiden lassen. Die Zahlen, sagt Glaeske, ließen sich ohne Zweifel auf Deutschland übertragen.

*Glaeske ist ein Mann klarer Worte. Das Ruhigstellen mit Medikamenten nennt er chemische Gewalt. »Wenn ein Mensch sich nicht wehren kann gegen das, was andere mit ihm machen, dann ist das Gewalt«, sagt er. Andere Wissenschaftler sprechen von »medikamentöser Fixierung«: Ob man den Alten mit einem Gurt am Bett festbindet oder ihn mit Drogen dazu bringt, dass er sich nicht mehr bewegt und still ist, macht demnach keinen Unterschied. Glaeske schätzt, dass beinahe jeder dritte Demenzkranke gefährliche, starke Beruhigungsmittel verordnet bekomme. Auch der Bonner Professor für Psychiatrie und Gerontologie Rolf D. Hirsch, der sich seit Jahren mit Gewalt gegen alte Menschen beschäftigt, sagt: »Das Problem, dass es in vielen Heimen eine bundesweite Übermedikation mit Psychopharmaka gibt, kennen wir seit Jahren.« **Anlage 12, S. 84/85***

Die tödlichen Nebenwirkungen werden auch im zitierten Buch „Endstation Altenheim“ S. 86 ff beschrieben.

Siehe ähnliche Ausführungen hier:

<http://www.welt.de/print/wams/wirtschaft/article13944708/Wenn-Pillen-die-Pflege-ersetzen.html>

Dass derartige Medikamente nicht ohne Einwilligung des Betroffenen verabreicht werden können, hat das Bundesverfassungsgericht bereits in mehreren Urteilen festgestellt:

BVerfG, 2 BvR 882/09 vom 23.3.2011, BVerfG, 2 BvR 633/11 vom 12.10.2011

Straftatbestände

Die hier beschriebenen Gefahren von Neuroleptikagaben erfüllen den Tatbestand einer Körperverletzung gem. §§ 224, 225 StGB, sowie einer Freiheitsberaubung, §§ 239; 23, 239 III StGB.

Ich bin überzeugt, dass nicht nur meine Mutter so ‚behandelt‘ wurde, sondern dass die Tatsache, dass meine Mutter die einzige Bewohnerin mit nächtlicher Aktivität war, den Anfangsverdacht begründet, dass auch andere Bewohner dieses Heimes mit Neuroleptika, also ‚chemischer Gewalt‘, ohne Rücksprache mit den Angehörigen/Betreuer, ruhig gestellt wurden und werden.

Es war außerdem augenfällig, dass auf der Station, auf die meine Mutter am 7. März nach der ‚Kurzzeitpflege‘, verlegt wurde und auf der sie ein Einzelzimmer hatte, sehr viele Personen bei der Einnahme der Mahlzeiten überhaupt nicht ansprechbar waren. Ich erinnere mich sehr gut an mehrere Situationen wo meine Mutter mit anderen Bewohnern Kontakt herstellen wollte, indem sie sie ansprach, die aber nur mit geschlossenen Augen und völlig unansprechbar am Tisch saßen.

Da es sich laut Prof. Glaeske um eine Massenvergehen handelt, ist aus generalprä-

ventiven Gründen jeder Verstoß dieser menschenverachtenden Praxis genau und gründlich zu ermitteln und zu verfolgen.

In einer Odysso-Sendung vom SWR wurde am 31.5.12 ein ganz ähnlicher Fall, wie der meiner Mutter geschildert. Siehe:

<http://www.swr.de/odysso/-/id=1046894/nid=1046894/did=9615110/1kfofju/index.html>, **Anlage 14**

Ich habe mich um Kontakt zu der betroffenen Angehörigen, Frau U. L., bemüht, die mir am 1. Juni 2012 per Mail antwortete:

„Eine Strafanzeige gegen den Neurologen und gegen das Heim wollen mein Bruder und ich nicht anstrengen.

Gegen das Heim nicht, weil unser Vater dort noch weiter lebt und dort auch sehr wahrscheinlich bis zu seinem Lebensende bleiben wird.

Über den Neurologen haben wir uns bei der Kassenärztlichen Vereinigung beschwert, in der Hoffnung, dass andere Betroffene das ebenfalls tun und sich die Beschwerden gegen diesen Doc so häufen, dass er Probleme bekommt.

Ich hoffe sehr, dass mit dieser Sendung eine öffentliche Debatte über die Situation in Heimen, speziell Vergabe von Psychopharmaka, in Gang kommt und dass sich zumindest mittelfristig an der Misere etwas ändert. Den einzelnen Pflegekräften würde ich keinen Vorwurf machen wollen, schon eher der Heimleitung oder dem Träger.“

Ich kann den Äußerungen von Frau L. voll zu stimmen. Herr M. hat das Neuroleptikum genauso schnell und ohne größere Untersuchung verschrieben, wie er am 29. Februar das Attest für die Zwangsweise Unterbringung geschrieben hat. Frau L. wird zum Verfahren des Neurologen im Fall ihres Vaters folgendermaßen zitiert:

„Ich war empört und entsetzt darüber, dass der Neurologe sich nicht nach den Vorerkrankungen erkundigt hat. Er wusste nichts, überhaupt gar nichts über Laborwerte. Er wusste nichts über die Operation, er wusste nichts über die Vorerkrankungen, die da vorliegen. Er hatte sich überhaupt nicht informiert. Und das war für mich einfach der Skandal.“

Ihre Hoffnung, dass eine Beschwerde bei der kassenärztlichen Vereinigung über

den Arzt etwas bringt, ist so nicht richtig, wie dieses Verfahren in meinem Fall zeigt. Es wird wohl nur der Arzt befragt, der dann irgendetwas zu diesen Vorwürfen schreiben kann, was von der Ärztekammer nicht weiter recherchiert wird.

Ich selbst empfinde als Juristin die Verantwortung, nicht zu derartigen Vorfällen zu schweigen und zu hoffen, dass sich hier etwas von selbst ändert. Diesen Schluss lässt insbesondere das Antwortschreiben von Frau D. von der Caritas-Hauptverwaltung nicht zu, die sich m. E. durch Verleugnung von Sachverhalten, die sogar dokumentiert sind, zur Komplizin macht. Durch Schweigen und Nichtstun macht man sich in meinem historischen Verständnis stets mitschuldig.

3. Die Geschehnisse nach der Medikamentengabe

Nach der Absetzung des Neuroleptikum am 7.3.12 habe ich versucht einen Neurologen zu finden, der für die Behandlung der abendlichen Angstzuständen meiner Mutter eine andere Strategie kannte. Das stellte sich als nicht sehr einfach heraus. Trotzdem schien sich die Lage meiner Mutter zu verbessern, was mir Herr K. in einer E-Mail vom 16. März bestätigte. **Anlage 16**

Andererseits musste ich mich mit ihm über die Frage auseinandersetzen, ob ich eine Kopie der Pflegedokumentation erhalten könne/dürfe, da er mir in einer E-Mail vom 19. März schrieb: „Ihr Anliegen Kopien von unserer Pflegedokumentation zu machen entspricht nicht unseren Gepflogenheiten.“ **Anlage 17**

Bereits am 3.4. rief mich Herr K. morgens an und sagte, er würde meine Mutter jetzt sofort in die Gerontopsychiatrie nach Haar einweisen lassen, entweder mit mir und ohne mich. Ich fühlte mich dadurch sehr unter Druck gesetzt, weil ich ad hoc nicht wusste, ob er dazu berechtigt war ohne meine Einwilligung als Bevollmächtigte, obwohl es keinen gravierenden Vorfall gegeben hatte, sondern meine Mutter nur wie üblich, nächtlich herumgewandert war, eine Einweisung in eine geschlossene Abteilung zu verfügen. Ich empfand diese alternativlose Ansage als Drohung, der ich dann nachgab, weil ich befürchtete, dass sich meine Weigerung für meine Mutter sehr negativ auswirken könnte. Ich wollte unbedingt eine weitere Traumatisierung

meiner Mutter verhindern. Nach genauerer Analyse sehe ich allerdings in diesem Verhalten des Heimleiters auch den Tatbestand der Nötigung erfüllt.

Ich habe Ende des Monats schließlich einen Arzt gefunden, Herrn Dr. H., der eine langfristige ambulante geriatrische Rehabilitation anbot, die ich für meine Mutter in Anspruch nehmen wollte. Es bestand die Hoffnung, dass sich dadurch auch der Tag- Nacht-Rhythmus noch besser einpendelt. Dr. H. bezeichnete die Gabe von 1 mg Risperidon als eine **Knock-Out Dosis**, andererseits hielt er eine geringe Dosis von 0,25 mg für geeignet eine positive Wirkung bezüglich der Angstzustände zu entfalten. Ich habe diesen Sachverhalt Herrn K. durch E-Mail am 29. März bekannt gegeben. **Anlage 18**

Nach meinem heutigen Wissensstand würde ich aber grundsätzlich eine Neuroleptikagabe ablehnen. Damals war ich mit 0,25 mg einverstanden.

Sämtliche Problem bleibt aber nach wie vor bestehen: das Heim hat vor allem nachts eine zu geringe personelle Besetzung und meine Mutter ist nach wie vor nachts immer wieder unterwegs. Dies war für die Pflegepersonen, die sich meiner Beobachtung nach alle große Mühe geben, sehr anstrengend.

Am Morgen des 3. April ruft mich Herr K. an und sagte: „Es geht nicht mehr, wir lassen Ihre Mutter heute in die Geronto-Psychiatrie nach Haar einweisen, entweder mit Ihnen oder ohne sie.“

Ich war sehr schockiert und wusste nicht, was ich tun sollte. Hätte ich eine einstweiligen Verfügung dagegen beantragen sollen? Hätte man sie nicht, wenn ich erzwungen hätte, dass sie im Heim bleibt, wirklich schlechter behandelt? Schließlich war meine Überlegung, dass man im Isar-Amper-Klinikum, wo man es hauptsächlich mit solchen Patienten zu tun hat, wahrscheinlich mehr und bessere Möglichkeiten hat die passende Medikation zu finden und die Wirkung der Medikamente 24 Stunden lang beobachten kann.

Leider hat der Aufenthalt im Isar-Amper-Klinikum nicht das gebracht, was ich für meine Mutter erhoffte, zusätzlich war die Situation auf dieser geschlossenen Station schon sehr alptraumhaft. Es ging meiner Mutter jedenfalls nicht besser, sondern zu-

nehmend schlechter (s. FOTO 4) , was sich aus dem Arztbrief zur Entlassung vom 2.5.2012 ergibt. **Anlage 19**

Nach vier Wochen stimmten die Ärzte einer Entlassung zu, obwohl es klar war, dass meine Mutter nunmehr tatsächlich nur noch in einer geschlossenen Station würde sein können.

Ich habe mir ca. 10 geschlossenen Stationen in verschiedenen Heimen angesehen, um eine möglichst akzeptable Situation zu finden. Ich fand diese Situation im Seniorenzentrum Es war eine kleine Station mit nur 11 Personen anfangs. Sie verstarb dort in der Nacht zum 29. Juli 2012, glücklicherweise war ich anwesend, da sie einige Nächte zuvor aufgestanden und gestürzt war, wollte ich einige Nächte bei ihr verbringen.

Zusammenfassend möchte ich feststellen, dass ich aus der Gesamtschau der Abläufe nach dem Schlaganfall meiner Mutter der Meinung bin, dass mit alten Menschen in derartigen Situationen nicht unserem Grundgesetz gemäß umgegangen wird, obwohl genau diese Generation ihr ganzes Leben lang nur geschuftet und Deutschland nach dem Krieg wieder aufgebaut haben.

Ich halte es für sehr wahrscheinlich, dass meine Mutter bei einer personalintensiveren und weniger medikamentenorientierten Versorgung nach ihrem Schlaganfall durchaus noch einige Jahre eines angenehmen Lebens hätte haben können.

Ich bitte Sie, umfassende Ermittlungen wegen der geschilderten Sachverhalte auch aus einem generalpräventiven Gesichtspunkt heraus aufzunehmen.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und verbleibe

mit freundlichen Grüßen

Dagmar Schön
Rechtsanwältin