

Ausschussvorlage SIA 19/24

eingegangene Stellungnahmen zu der öffentlichen Anhörung zu dem

**Gesetzentwurf
der Landesregierung für ein Zweites Gesetz zur Änderung des
Maßregelvollzugsgesetzes
– Drucks. 19/1195 –**

28.	agah – Landesausländerbeirat, Wiesbaden	S. 99
29.	Vitos Klinik für forensische Psychiatrie, Ärztlicher Direktor Dr. Rüdiger Müller-Isberner, Haina – (korrigierte Fassung Nr. 8 ab S. 7)	S. 103
30.	Ev. Kirche in Hessen und Nassau, Wiesbaden	S. 110
31.	Landesverband Psychiatrie-Erfahrene Hessen e. V., Sylvia Kornmann, Wetzlar	S. 112
32.	Ergänzende Anlage zur Stellungnahme der Landesärztekammer (Nr. 25)	S. 114
33.	BdB Bundesverband der Berufsbetreuer/innen, Landesgruppe Hessen, Hadamard	S. 119
34.	unaufgeforderte Stellungnahme Dr. Heiner Melchinger, Hannover	S. 125
35.	unaufgeforderte Stellungnahme Dr. Anja Kannegießer, BDP Berlin	S. 190

agah • Kaiser-Friedrich-Ring 31 • 65185 Wiesbaden

Hessischer Landtag
Sozial- und Integrationspolitischer Ausschuss
Postfach 3240
65022 Wiesbaden

Arbeitsgemeinschaft der
Ausländerbeiräte Hessen -
Landesausländerbeirat

Geschäftsstelle:
Kaiser-Friedrich-Ring 31
65185 Wiesbaden
Tel: 0611/ 98 99 5-0
Fax: 0611/ 98 99 5-18
agah@agah-hessen.de
www.agah-hessen.de

Wiesbaden, den 02. März 2015
Ba

Anhörung zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Zweites Gesetz zur Änderung des Maßregelvollzugsgesetzes, Drucks.19/1195

Sehr geehrte Frau Vorsitzende Ravensburg,

wir bedanken uns für die Zusendung des Gesetzentwurfs der Landesregierung für ein Zweites Gesetz zur Änderung des Maßregelvollzugsgesetzes.

Die Resozialisierungsbedingungen des Maßregelvollzugs sind nicht mit denen aus dem „normalen“ Strafvollzug zu vergleichen. Das Aufgabenfeld des Maßregelvollzugs ist vielmehr zwischen Psychiatrie und Strafvollzug angesiedelt.

Das Gesetz unterscheidet nach §§ 20 und 21 StGB zwischen schuldfähigen, vermindert schuldfähigen und schuldunfähigen Tätern. Nur bei den beiden Letztgenannten kommt der Maßregelvollzug in Betracht und das auch nur, wenn die rechtswidrige Tat so schwer wiegt, dass eine Unterbringung nicht außer Verhältnis steht. Für den Vollzug von freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung kommen Krankenanstalten, psychiatrische Krankenhäuser, Entziehungs- sowie Sicherungsanstalten in Betracht.

Gemäß § 138 StVollzG ist die Zuständigkeit für die Bestimmungen im Maßregelvollzug auf die Länder übergegangen.

Psychotherapeutisch geht es in den Behandlungen, die im Rahmen des Maßregelvollzuges stattfinden, um die Durcharbeitung migrationsspezifischer Traumatisierungen. Im pädagogischen Bereich sind häufig Unterrichtsprogramme zur Verbesserung der Sprachkompetenz auf Deutsch von großer Bedeutung.

Bankverbindung:
Santander Bank Wiesbaden
Konto 103 197 3100
BLZ 500 333 00

Das Gesetz spricht zwar nur vom "Täter". Eine Differenzierung nach Aufenthaltsstatus wird nicht vorgenommen. Dennoch stehen komplexe aufenthalts- und sozialrechtliche Fragestellungen mit im Vordergrund.

In dem vorliegenden Gesetzentwurf des Maßregelvollzugsgesetzes sind neben verfassungskonformen Regelungen einer Zwangsbehandlung, die sich auf die Voraussetzungen für die Zulässigkeit des Eingriffs beziehen, Bestimmungen für das Amt der/des Patientenführersprecher/s_in und Regelungen bezüglich Forensikbeiräten aufgenommen worden.

§ 5a Maßregelvollzugsgesetz (Patientenführersprecher):

Um die Rechte der untergebrachten Personen zu schützen, ist das Amt der/des Patientenführersprechers/in eine sinnhafte Ergänzung.

Die Behandlung und Rehabilitation psychisch kranker Menschen mit Migrationshintergrund im Maßregelvollzug sollte stets im Zusammenhang mit dem Aufenthaltsgesetz zu betrachten. Dem aufenthaltsrechtlichen Status der betroffenen Person kommt wesentliche Bedeutung zu.

Die Durchführung von Therapiemaßnahmen während der Inhaftierung ist mit den ausländerrechtlichen Rechtspositionen des Antragstellers verknüpft bzw. davon abhängig.

Für die Bewilligung der Therapie ist der Besitz eines Aufenthaltstitels notwendig und auch für einen in der Haft begonnenen Therapieprozess wird ggf. ein Aufenthaltstitel benötigt. Ohne Aufenthaltstitel kann der Maßregelvollzug nicht sachgerecht weitergeführt werden.

Bei dem Thema Abschiebung statt Strafe kann es im Einzelfall dazu kommen, dass eine Abschiebung vor Maßregeln durchgesetzt wird.

Behandlungs- und Rehabilitationsverlauf als auch –ergebnis können durch die Möglichkeit einer Ausweisung oder Abschiebung entscheidend beeinflusst werden. Dabei ist das Thema Aufenthaltsbeendigung bzw. Abschiebung meistens sehr emotional besetzt. Eine Auseinandersetzung damit kann bei den Betroffenen große Ängste auslösen.

Die Sorge um das Aufenthaltsrecht sollte sehr ernst genommen werden, denn sie ist für die/den Betroffenen von existentieller Bedeutung. Die Ausweisung bei gravierenderen Delikten kann oft nicht abgewandt werden. Die familiären Bindungen oder Bindungen an Freunde und Bekannte, das gesamte Umfeld sind damit in Gefahr. Die/der Betroffene soll in ein oftmals fremdes oder nur sehr unzureichend bekanntes Land ausreisen, in dem keinerlei Kontakte existieren und steht dort buchstäblich vor dem Nichts.

Die Lösung aufenthaltsrechtlicher Fragen steht oft im Vordergrund. Die Beschäftigung mit einem Ausweisungsverfahren führt jedoch dazu, dass eine Auseinandersetzung mit oder aktive Mitarbeit in einer Therapie kaum möglich ist. Vielmehr wird diesem Prozess dann ausgewichen, da es einer Überforderung gleichkommt.

Die Klärung der ausländerrechtlichen Situation ist deshalb auch für die Therapieeinrichtung von großer Bedeutung. Es gilt, den Patienten in seinem ausländerrechtlichen Verfahren zu unterstützen und ihm so zu ermöglichen, sich auf den therapeutischen Prozess einzulassen.

Deshalb sollten Patientenfürsprecher über grundsätzliches Wissen über die Bedeutung aufenthaltsrechtlicher Fragen verfügen. Zudem sollte ihnen ein geeignetes Angebot zugänglich sein, in dem sie solche Kenntnisse erwerben können.

Bei mangelnden Deutschkenntnissen sollte im Gesetz grundsätzlich die Möglichkeit vorgesehen werden, einen Dolmetscher hinzu zu ziehen. Dies gilt gerade im Hinblick auf die Wahrnehmung von Rechten, etc.

§ 5b Maßregelvollzugsgesetz (Forensikbeiräte)

Die ehrenamtlichen Beiräte dienen als Mittler zwischen der Einrichtung und der Öffentlichkeit. Sie sollen sowohl Verständnis und Akzeptanz für die Aufgaben des Maßregelvollzugs fördern und Diskussionsforum über den Maßregelvollzug in seinen verschiedenen Dimensionen sein.

Bei der Besetzung der Beiräte sollten im Hinblick auf die besonderen Bedürfnisse der Patient_innen mit Migrationshintergrund Ausländerbeiräte bevorzugt Berücksichtigung finden.

§ 7 Maßregelvollzugsgesetz (Ärztliche Behandlung)

Um nach der Entlassung ein eigenverantwortliches Leben in der Gemeinschaft führen zu können, sollte es Untergebrachten mit Migrationshintergrund ermöglicht werden, etwaige sprachliche Barrieren abzubauen.

Das Erlernen der deutschen Sprache sollte die Untergebrachten nicht überfordern. Der Zugang zu niedrighschwelligen Sprachkursen sollte in das Gesetz aufgenommen werden.

§ 28 Maßregelvollzugsgesetz (Seelsorge)

Die Vorschriften des § 28 Maßregelvollzugsgesetz ist zu begrüßen. Es sollte jedoch gewährleistet sein, dass speziell muslimische Patienten bei der seelsorgerischen Betreuung sich nicht selbst überlassen bleiben und die Vorschrift für diese Religionsgruppe nicht „leer“ läuft.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass im Bereich des Maßregelvollzugs § 21 Satz 3 StVollzG entsprechend anzuwenden ist. Wenn ein Gefangener einer Religionsgemeinschaft mit besonderen Speisegeboten angehört und diese im Rahmen der Anstaltsverpflegung nicht berücksichtigt werden, ist die Anstalt nicht verpflichtet, dem Gefangenen entsprechende Speisen zu beschaffen, hat ihm jedoch zu gestatten, sich selbst mit diesen zu versorgen (§ 21 Satz 3 StVollzG).

§ 17 Abs.3 Maßregelvollzugsgesetz (Besuche)

Die Regelung, dass aus Gründen der Sicherheit eine Durchsuchung von Besucherinnen und Besuchern ggf. vorzunehmen, ist grundsätzlich nachvollziehbar.

Allerdings sollte dabei sicher gestellt werden, dass bei einer Durchsuchung, auf religiöse Bekleidungsgebote Rücksicht zu nehmen ist. Konfliktsituationen sollten vermieden und der gebotenen Sensibilität – gerade auch im Hinblick auf das Schamgefühl muslimischer Besucherinnen – Rechnung getragen werden.

Wir würden uns sehr freuen, wenn unsere Anregungen Berücksichtigung finden würden.

Mit freundlichen Grüßen



Enis Gülegen
Vorsitzender

Vitos Haina / Landgraf-Philipp-Platz 3 / 35114 Haina

Herrn Dr. Spalt
Geschäftsführung
Der Vorsitzende des Sozial- u. Integrations-
politischen Ausschusses
Schlossplatz 1-3
65183 WIESBADEN

nur per FAX: 0611 - 350-345

Ärztliche Direktoren

Dr. R. Müller-Isberner
Vitos Klinik f. forensische Psychiatrie

Auskunft erteilen

Dr. Müller-Isberner
GZ: Dr. Mü-Is/ir

Haina, 24. 02. 2015

Stellungnahme zum zweiten Gesetz zur Änderung des Maßregelvollzugsgesetzes (Landtagsdrucksache 19/1195): Artikel I, Änderung des Maßregelvollzugsgesetzes

Stellungnahme

Vorab sei festgestellt, dass der Gesetzesentwurf aus Praxissicht als sehr gelungen bezeichnet werden kann.

Weiterhin sei festgestellt, dass einige der getroffenen Regelungen - insbesondere jede zur Zwangsbehandlung - seit Jahren überfällig sind. Die bisherige Untätigkeit des Gesetzgebers in diesem Bereich hat bei den Patienten und Mitarbeitern des Maßregelvollzuges zu unsäglichem menschlichen Leid (siehe Anlage 1) und zu unnötiger, teils schwerer Viktimisierung geführt. Die nunmehr vorgelegten Regelungen sind verfassungskonform und praxisgerecht. Dieser Gesetzesentwurf wird dazu führen, dass die kränksten - und damit hilflosesten - unserer Patienten wieder eine Behandlung bekommen können, die ihnen ein würdiges Leben innerhalb der Klinik ermöglicht. So werden sie dann auch in der Lage sein, vom kriminaltherapeutischen Gesamtprogramm des Maßregelvollzuges zu profitieren und so den Weg in die Gesellschaft zurückzufinden.

Es ist diesem Gesetzesentwurf zu wünschen, dass er - in den entscheidenden Punkten unverändert - rasch verabschiedet wird.

Im Folgenden einige Anmerkungen zu Einzelpunkten:

Lfd. Nr. 1, 5, 9, 10, 12 bis 36, 38 bis 40, 42 bis 44: keine Anmerkungen

Lfd. Nr. 2 **Die vorgeschlagene Neuregelung ist aus Praxissicht sehr zu begrüßen:** Das MVollzG ist nunmehr (neben bisher bereits Patienten nach § 126 a StPO) auch auf Patienten nach § 81 StPO anwendbar. Dies schafft Klarheit. Das gibt Rechtssicherheit.

Landgraf-Philipp-Platz 3
35114 Haina

Tel. 06456 – 91 – 500
Fax 06456 – 91 – 511

rmi@vitos-haina.de
www.vitos-haina.de

BIC BFSWDE33MNZ
IBAN DE13550205000008650600
Bank für Sozialwirtschaft

UST-ID DE255487293
Steuer-Nr. 026 226 99078

Vitos Haina gemeinnützige GmbH
Sitz der Gesellschaft Haina
Amtsgericht Marburg: HRB 5303

Geschäftsführer:
Ralf Schulz

Gesellschafter:
Vitos GmbH, LWV Hessen

- Lfd. Nr. 3 **Die vorgeschlagene Neuregelung ist aus Praxissicht in allen Aspekten sehr zu begrüßen.**
- Lfd. Nr. 4 Ad § 3 (2): Wer trägt die Kosten für eine Ersatzvornahme? So wie hier die Regelung verstanden werden kann, können die Kosten beim Träger verbleiben, obwohl grundsätzlich das Land Hessen der Kostenträger für den Maßregelvollzug ist. Dies müsste klarer formuliert werden.
ad § 3 (3): Satz 1 ist sehr weit formuliert, obwohl die Gesetzesbegründung ausdrücklich festlegt, dass hier nicht die ärztliche Therapiefreiheit betroffen sein soll, weshalb diesbezüglich die Möglichkeit, sich direkt an die Fachaufsicht zu wenden, geregelt wird (so die Begründung). Vom Wortlaut her hätte die Fachaufsicht ein generelles Weisungsrecht, auch in medizinische/therapeutische Fragen der Klinikleitung. Dass grundsätzlich eine Weisungsmöglichkeit bestehen muss ergibt sich daraus, dass das Maßregelkrankenhaus eine öffentliche Aufgabe wahrnimmt und damit öffentliche Gewalt ausübt. Das staatliche Handeln braucht Kontrolle (Verpflichtung zur Selbstkontrolle der Verwaltung, da sie – vgl. Art. 20 III GG – Recht und Gesetz unterliegt), was auch Thema in der Privatisierungsentscheidung des Bundesverfassungsgerichts für das Land Hessen (Urteil vom 18.01.2012 - 2 BvR 133/10) war. Dabei ist das BVerfG (z.B. Rdnr. 172 ff) davon ausgegangen, dass die bisherige Regelung (§ 3 II Weisungsrecht gegenüber Träger!) grundsätzlich ausreicht für die sog. Delegationskette. Hier wurden aber zu Recht im Entwurf noch die Rechte der Fachaufsicht gestärkt und entsprechend klargestellt in Absatz 1 und 2. Der Ärztliche Direktor ist darüber hinaus auch im Rahmen des Beleihungsvertrages an bestimmte Weisungen des Trägers gebunden, wodurch die Legitimationskette bis zur Fachaufsicht geregelt ist. Daher ist die Formulierung in Abs. 3 des Entwurfs in dieser Weite nicht notwendig. Aufgrund des zustehenden ärztlichen Ermessens ist die hier angedachte Weisungsmöglichkeit durch die Fachaufsicht - zumindest im Wortlaut - bedenklich, da so in die ärztlichen Pflichten eingegriffen werden kann. Die Aufsichtsbehörde kann zwar nach § 36 I HMRVG (Entwurf) i.V.m. § 62 I HStrVollzG - zur Erfüllung ihrer Aufgaben - Daten abrufen, allerdings erscheint dann eine darüber hinausgehende Weisungsmöglichkeit in Behandlungsabläufe im Hinblick auf das ärztliche Ermessen sehr bedenklich. Unserer Einschätzung nach reicht die Weisungsmöglichkeit in § 3 II aus oder es erfolgt im Gesetzestext eine Ergänzung dahingehend, dass sich das Weisungsrecht nicht auf die ärztliche Therapiefreiheit bezieht (was sich so nur aus der Gesetzesbegründung ergibt, aber zur Klarstellung in den Gesetzestext aufzunehmen ist).
- Lfd. Nr. 6 **Die Regelung ist sehr sinnvoll aber unvollständig.** Hier fehlt, wie die aufnehmende Klinik in den Entscheidungsprozess eingebunden wird. Der Leiter der verlegenden Klinik entscheidet (vgl. § 5 II des Entwurfes). Muss die andere Klinik aufnehmen? Betrifft das nur Verlegungen innerhalb Hessens? Nach § 4 II HMRVG sind auch Verlegungen außerhalb von Hessen möglich! So bezieht § 4a alle Verlegungen ein, was auch Sinn macht, nur muss der Entscheidungsprozess (mit der aufnehmenden Klinik) genauer geregelt sein.
- Lfd. Nr. 7 **Die Regelungen sind sachgerecht.**

Lfd. Nr. 8 Patientenfürsprecher: **Diese Regelung ist sehr zu begrüßen.**

Forensikbeiräte: Dies wird bereits seit Jahren erfolgreich gelebt. Gut, dass es jetzt ins Gesetz kommt.

Lfd. Nr. 11 **Die vorgeschlagene Neuregelung zur Zwangsbehandlung ist aus Praxis-sicht in allen Aspekten sehr zu begrüßen. Sie ist verfassungskonform und schafft Rechtssicherheit für Patienten und Behandler.**

Die Anordnung und Überwachung einer Zwangsbehandlung liegt in der Zuständigkeit **eines Leitenden Arztes** (Abs. 3), wodurch die Verantwortlichkeit hinreichend geregelt ist, was dem Mitarbeiter Sicherheit gibt.

Für die Praxis sachgerecht und unabdingbar ist auch die Regelung in Abs. 1 Ziffer 3 (Möglichkeit zum Schutz Dritter). Hierbei ist zu beachten:

Gegenstand des Verfahrens vor dem BVerfG im Jahre 2011 war **ausschließlich** eine Zwangsbehandlung „zur Erreichung des Vollzugsziels“ (beachte: Vollzugsziele sind Besserung und Sicherung), hier die Entlassbarkeit herzustellen. Das BVerfG hält solche Eingriffe für prinzipiell zulässig, stellt aber verschärfte materielle und verfahrensrechtliche Anforderungen auf, v.a. fordert es eine hinreichend bestimmte und klare gesetzliche Grundlage. **Diese hinreichend bestimmte klare gesetzliche Regelung liegt mit dem jetzt vorgelegten Gesetzentwurf vor.**

Gegenstand dieser grundlegenden Entscheidung war **nicht** eine Zwangsbehandlung zum Schutz der körperlichen Integrität des Betroffenen und/oder Dritter, was sich v.a. aus einer folgenden Entscheidung aus 2013 ergibt (BVerfG, Beschluss vom 20. Februar 2013 – 2 BvR 228/12 –, BVerfGE 133, 112-143). Soll eine Möglichkeit der Zwangsbehandlung zum Schutze des Untergebrachten selbst oder Dritter sein, fordert das Bundesverfassungsgericht auch hier, dass die Voraussetzungen hinreichend gesetzlich geregelt sind. Die anstehende Novellierung ist daher die Chance, die (weiteren) Fälle der Möglichkeiten einer Zwangsbehandlung entsprechend den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichtes zu regeln, was mit dem Entwurf erfolgt. Mit dem vorliegenden Entwurf liegt eine **hinreichend bestimmte klare gesetzliche Regelung die den Interessen der Patienten aber auch dem Schutze jener, die täglich im Vollzug mit ihnen umgehen, gerecht wird.**

Der Gefahr, dass der behandelnde Arzt bei jeder Störung durch den Untergebrachten die Zwangsbehandlung anordnet, wird durch die Notwendigkeit der Verhältnismäßigkeit etc. entgegen getreten.

Der Gedanke, andere Menschen mit Zwang zu behandeln mag -und muss - zu Unbehagen führen. Wohin es aber führt, wenn Behandler diese Möglichkeit - als ultima ratio – nicht haben, zeigen die beiden im Exkurs geschilderten Fälle.

Es sei darauf hingewiesen, dass nicht behandelte Schizophrene eine 1,5-mal höhere Sterblichkeit haben als jene, die lege artis mediziert werden¹.

¹

Torniainen R, Mittendorfer-Rutz E, Tanskanen A, Björkenstam Ch, Suvisaari A, Alexanderson K, Tiihonen J (2014) Antipsychotic Treatment and Mortality in Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, doi:10.1093/schbul/sbu164

§ 7b Unmittelbarer Zwang: Entspricht der Regelung im Hess. Polizeigesetz (HSOG). Die Aufnahme in das Maßregelvollzugsgesetz dient der Klarstellung.

Exkurs Die gegenwärtige Realität im Hessischen 63er-Vollzug

Herr M. leidet an einer akuten Psychose mit akustischen Halluzinationen, wahnhaften Beeinträchtigungs- und Verfolgungsgedanken, Körperbeeinflussungserleben, psychomotorischen Unruhezuständen sowie einer fehlenden Krankheitseinsicht. Ferner treten raptusartig impulshafte verbale und tätliche Aggressionen auf. Herr M. beschimpft und bedroht alle sich nähernden Personen und trachtet auch nach deren Leben („ich mach Dich kalt“). Am 03.02.2015 äußerte er, jeden zu töten, der die Gittertür öffnet. Deshalb ist ein Kontakt mit Herrn M. nur über eine gewisse Distanz möglich. Herr M. verweigert seit Wochen den Einzelhofgang sowie jeglichen Zutritt zu seiner Zelle. Er verbarrikadiert sich und verschnürt das Gitter mit der Zellentür z.B. mit einem T-Shirt. Da es nicht möglich ist, die Zelle zu betreten und zu reinigen, sind die hygienischen Zustände dort katastrophal. Herr M. sammelt sämtliches essbares Geschirr und füllt in diverse Pappbecher seinen Urin und Kot, um diese auf sich nähernde Personen zu schütten. Herr M. hat ferner geäußert, dass er sich eine Waffe gebastelt habe, um sich nähernde Personen tödlich anzugreifen. Aufgrund fehlender Krankheitseinsicht lehnt Herr M jegliche Medikation ab.

Herr X. hatte sich seit der zweiten Oktoberwoche in der B-Zelle verbarrikadiert und das Schloss einer Gittertür mit Gegenständen (Heftklammern der Gerichtspost) derart manipuliert, dass es tagelang nicht geöffnet werden konnte. Versuche von Mitarbeitern der Klinik, das Schloss zu öffnen, blieben erfolglos bzw. mussten vorzeitig abgebrochen werden, da der Untergebrachte wiederholt mit Urin nach den Mitarbeitern schüttete und mit Kot warf. Es wurde daher ein weiterer Versuch unternommen, das Schloss unter dem Schutz von Schilden, die von Klinikmitarbeitern vor die Gittertür gehalten wurden, von zwei externen Türspezialisten zu öffnen. Nachdem sich kurze Zeit später herausstellte, dass Herr X. über insgesamt zwei angespitzte Plastikeinwegmesser verfügte, diese als Waffe in der Hand hielt und hiermit die Mitarbeiter bedrohte, wurde der Versuch abgebrochen und die Polizei um Amtshilfe ersucht. Unter dem Einsatz der Polizei und durch Aufstellen von Spanplatten zum Schutz der Beteiligten gelang den Technikern letztlich die Öffnung des Schlosses. Wegen der von Herrn X. deponierten und eingesetzten Waffen verständigte die Polizei das SEK, welches nach Eintreffen den Einsatz übernahm. **Erst nach einem Taser-Einsatz war die Lage unter Kontrolle.** Der gesamte **Einsatz unter Beteiligung von insgesamt ca. 30-40 Polizisten, 15-20 SEK-Beamten sowie ca. 20 Mitarbeitern der Klinik dauerte mehr als fünf Stunden.** In der Folgezeit präsentierte Herr X. sich unverändert hochgradig aggressiv erregt, beschimpfte und beleidigte die Mitarbeiter aufs Übelste (»Fotze«, »Drecksau«, »Wichser« etc.), drohte ihnen wiederholt körperliche Gewalt an (»Ich hau' dir aufs Maul«), bespuckte sie, schlug (ungeachtet der Fixierung) wiederholt nach Mitarbeitern im Rahmen pflegerischer Grundversorgung und fügte einem pflegerischen Mitarbeiter eine blutende Kratzverletzung am rechten Unterarm zu.

Diese Beispiele, zwei Dutzend weitere könnten benannt werden, verdeutlichen, wie dringend diese Gesetzesreform ist.

Lfd. Nr. 37 **Die vorgeschlagene Neuregelung zu Disziplinarmaßnahmen ist aus Praxis-sicht in allen Punkten sehr zu begrüßen.**
Disziplinarmaßnahmen werden in der Praxis (häufiger verdeckt) verhängt und müssen dann als therapeutische Maßnahmen oder besondere Sicherungs-

maßnahmen deklariert werden. Dies führt fast immer zu Schwierigkeiten und Beschwerden, auch gerichtlichen.

Dies wird auch in der Literatur so gesehen (dazu Volckart 7. Aufl., III Rdnr. 171 ff „...*Es ist verfehlt, Maßregelpatienten zu behandeln, als seien sie ununterbrochen akut krank – das sind nur wenige und sie sind es v.a. nicht dauernd. Im Allgemeinen sind sie Strafgefangenen ähnlicher als psychiatrischen Patienten in der Akutpsychiatrie...*“). Auch die Vollstreckungskammern sehen die Problematik (das LG Gießen ging im Rahmen eines Beschwerdeverfahrens eines Patienten der damaligen Klinik Hanau genau auf diese Problematik ein und bejahte die Notwendigkeit von Disziplinarmaßnahmen).

Disziplinarmaßnahmen wären oft das mildere Mittel zu der Rücknahme von Lockerungsstufen und erleichtern den Umgang mit den Patienten. Weiter können die Möglichkeiten der Disziplinarmaßnahmen die Zahl der Rechtsstreitigkeiten reduzieren, was sich letztlich auch kostensparend auswirkt.

Die Einführung von Disziplinarmaßnahmen führt in der Praxis nicht zu Einschränkungen der weiterhin möglichen therapeutischen Reaktionen bzw. besonderen Sicherungsmaßnahmen zum Erreichen des Vollzugsziels. Die bisherigen diesbezüglichen Verfahrensweisen haben teilweise damit lediglich endlich eine gesetzliche Grundlage.

Lfd. Nr. 41. **Insgesamt eine sachgerechte und gelungene Regelung**, mit folgenden Bedenken zu

Absatz 1 i.V.m. § 65 V HStVollzG Absatz 2:

Hier werden durch den Verweis auf § 65 HStVollzG Aufbewahrungsfristen von 20 Jahren für u.a. Gesundheitsakten und 30 Jahre für Gefangenenbücher festgelegt „...dürfen nicht überschritten werden...“ (Ausnahmen in engen Fällen nach Satz 2 möglich, die aber hier nicht das Problem betreffen).

In der hiesigen Einrichtung wurden bisher folgende Fristen vorgesehen:

Bei Patientenakten wird eine Aufbewahrungsfrist von 30 Jahren vorgeschlagen. Dies ist zwar, da eine spezialgesetzliche Regelung fehlt, nur eine Empfehlung, die aus Beweissicherungsgründen wegen Verjährungsfristen der Schadensersatzansprüche nach § 199 II BGB (grundsätzlich 30 Jahre) abgegeben wird. Aufgrund des o.g. Verweises in der Neuregelung können die Akten nur 20 Jahre aufbewahrt werden, weshalb der Klinik im Falle von Schadensersatzansprüchen „Beweismaterial“ fehlen kann. Eine Verlängerung der Aufbewahrungsfrist für Patientenakten auf 30 Jahre würde dieses Problem lösen.

Nachtrag

Es erscheint an dieser Stelle auch erforderlich auf einige **Äußerungen aus der 1. Lesung** einzugehen.

1) Zum 'Geist der Wegsperrer in psychiatriepolitischen Steinzeit':

Um es ganz deutlich zu sagen: der hessische Maßregelvollzug lebt nicht in einer 'psychiatriepolitischen Steinzeit'. In allen verfügbaren bundesweiten Vergleichsuntersuchungen nimmt der 63er-Vollzug Hessens eine Spitzenposition ein: kurze Verweildauern, hoher Lockerungsgrad während der Behandlung, wenig Entweichungen, kaum Rückkehrer wegen erneuter Delinquenz. Für die Äußerung vom 'Geist der Wegsperrer' gibt es nicht den geringsten Beleg.

2) Zur Forderung nach einer **Besuchskommission**

Wenn man über die Notwendigkeit einer Besuchskommission nachdenkt, sollte man sich zunächst einmal ein Bild von den bereits bestehenden Beschwerdemöglichkeiten machen. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit sind sie im Folgenden aufgezählt.

- Beschwerderecht zur Krankenhaus- bzw. Anstaltsleitung gem. § 39 HessMaßrVollzG
- Patientenfürsprecher
- Vitos GmbH
- Dienstaufsichtsbeschwerde
- Petitionsrecht (Landtag, Bundestag, ist aus Art 17 GG abzuleiten)
- Verfassungsbeschwerde (nach Erschöpfung des Rechtsweges)
- Menschenrechtsbeschwerde (gem. Artikel 34 EMRK beim EGMR)
- Zivilrechtsweg
- Beschwerderecht nach § 109 StVollzG (Kann sich richten gegen konkrete Tatsachen, Ermessensentscheidung, unbestimmte Rechtsbegriffe, therapeutisch begründete Maßnahmen, Kombinationen der verschiedenen Antragsarten sind möglich).
 - Anfechtungsantrag (§ 109 Abs. 1 Satz 1, § 115 Abs. 2 Satz 1 StVollzG).
 - Verpflichtungsantrag/Vornahmeantrag (§ 109 Abs. 1 Satz 2 StVollzG). Dieser Antrag richtet sich gegen die Ablehnung einer beantragten Maßnahme.
 - Feststellungsantrag (ergibt sich aus § 115 Abs. 3 StVollzG)
 - Unterlassungsantrag

➔ **Das Beschwerderecht nach § 109 StVollzG ist ein machtvolles Instrument**

- Das Gericht unterliegt beim Antrag auf gerichtliche Entscheidung gem. § 109 StVollzG dem Amtsermittlungsgrundsatz (§ 115 StVollzG).
- Vorläufiger Rechtsschutz (vgl. § 114 St II StVollzG): Beantragung der vorläufigen Aussetzung
- Unterstützungsmöglichkeiten für den Patienten:
 - Beratungshilfe
 - Prozesskostenhilfe
 - Gesetzlicher Betreuer

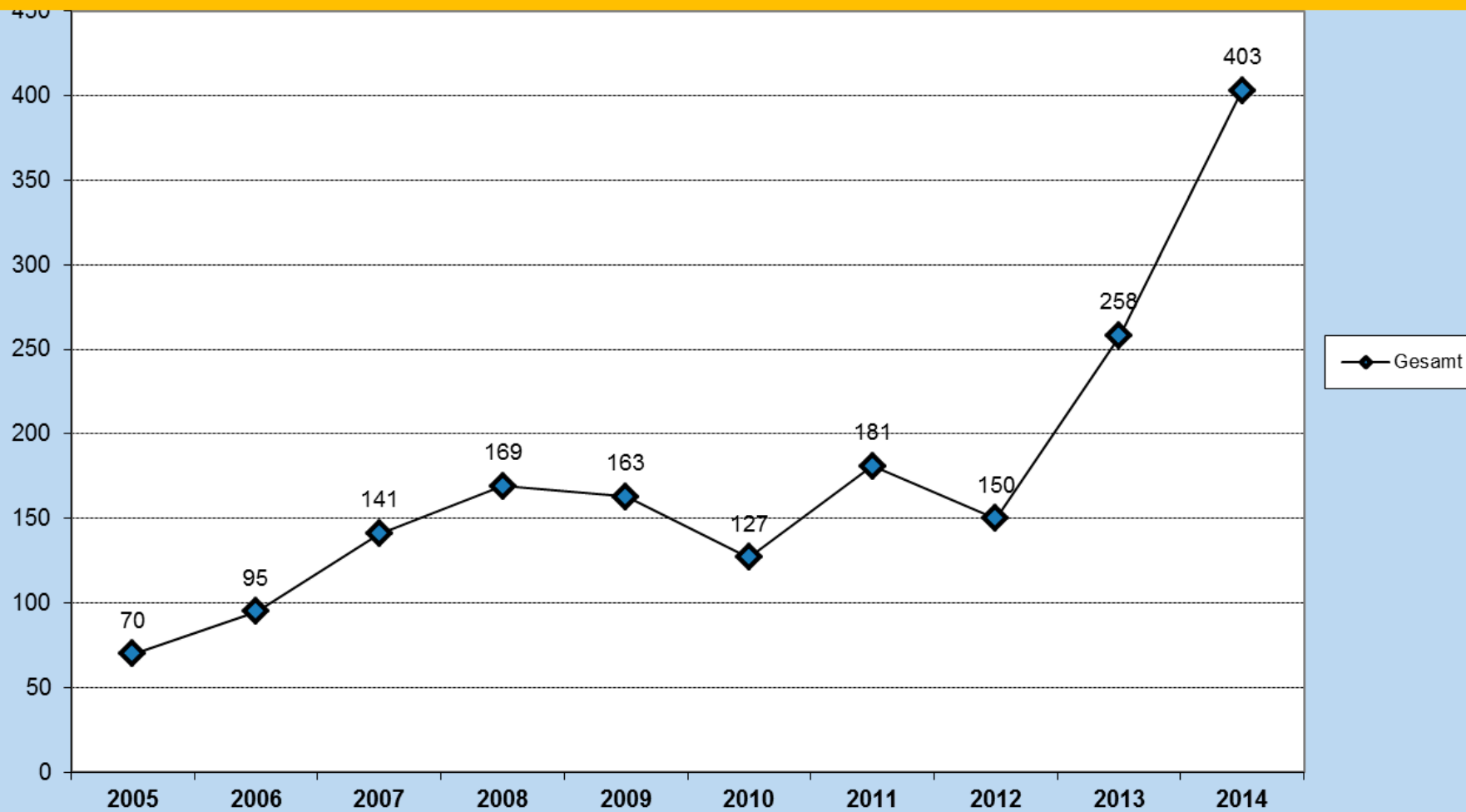
Brauchen wir wirklich noch eine weitere Instanz - z.B. Besuchskommission - um die Patientenrechte zu schützen? Der seitens der Klinik erforderliche Zeitaufwand geht eindeutig zu Lasten der Therapie. Jede, noch so unsinnige Beschwerde muss aufwändig abgearbeitet werden! Schon vor Jahren wurde eine Arztstelle mit einer Juristin besetzt und eine Psychologin ausschließlich mit Therapie fremden Aufgaben betraut.

Es sollte hierbei berücksichtigt werden, dass mit dem neuen Gesetzesentwurf die Dienstaufsicht durch das Ministerium MASSIV gestärkt wird.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Müller-Isberner
Ärztlicher Direktor

Unausgesetzte Absonderungen im hessischen 63er-Vollzug (in Monaten, ohne KJP)



DER BEAUFTRAGTE
DER EVANGELISCHEN KIRCHEN IN HESSEN
AM SITZ DER LANDESREGIERUNG

Ev. Kirche in Hessen und Nassau Ev. Kirche von Kurhessen-Waldeck Ev. Kirche im Rheinland

An die Vorsitzende des Sozial- und
Integrationspolitischen Ausschusses
Frau MdL Claudia Ravensburg
Hessischer Landtag
Schloßplatz 1-3

65183 Wiesbaden

Eg. 05.03.15 Sp

02.03.2015

Betr.: Anhörung zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung für ein zweites Gesetz
zur Änderung des Maßregelvollzugsgesetzes, Drucksache 19/1195

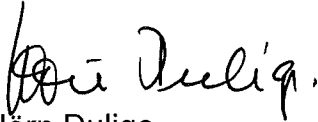
Sehr geehrte Frau Ravensburg,

im Namen der Evangelischen Kirchen in Hessen danke ich Ihnen herzlich für die
Übersendung des Gesetzentwurfs der Landesregierung für ein zweites Gesetz zur
Änderung des Maßregelvollzugsgesetzes – Drucksache 19/1195 und für die
Möglichkeit, eine Stellungnahme abzugeben.

Hinsichtlich der Regelungen zur religiösen Betreuung begrüßen die Evangelischen
Kirchen in Hessen in dem vorgesehenen § 28 die positive Konnotation der Gestattung
der religiösen Betreuung durch eine Seelsorgerin oder einen Seelsorger ihrer
Religionsgemeinschaft. Die Anliegen einer uneingeschränkten seelsorglichen
Betreuung sind damit gewährleistet.

Im übrigen schließen sich die Evangelischen Kirchen in Hessen der Stellungnahme der Liga der freien Wohlfahrtspflege, die Ihnen mit Datum vom 26.02.2015 übersandt worden ist, an.

Mit freundlichen Grüßen


Jörn Dulige

Landesverband Psychiatrie-Erfahrene Hessen e.V.

Geschäftsstelle Sylvia Kornmann, Gießener Straße 32, 35581 Wetzlar

Lvpeh c/o Sylvia Kornmann, Gießener Str. 32, 35581 Wetzlar

info@lvpeh.de

www.lvpeh.de

Hessischer Landtag
Postfach 3240
65022 Wiesbaden

05.03.2015

Stellungnahme des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrene Hessen e.V.

Sehr geehrte Damen und Herren,

als Betroffenenverband möchten wir uns bedanken, dass wir unsere Meinung zu o.g. Gesetz einbringen dürfen.

Allgemeines:

Grundsätzlich möchten wir kein reines Maßregelvollzugsgesetz.

Am liebsten hätten wir gar keine Forensik. Straftäter sollten ihre Straftaten im Gefängnis absitzen. Psychisch kranke Straftäter sollten aber während der Arrestzeit eine Therapie angeboten bekommen. Wir sind absolut gegen Zwangsbehandlungen. Den Menschen sollen Gespräche angeboten werden und es soll die Wiedereingliederung in ein normales Leben gefördert werden. Realistisch gesehen, wird es dort ohne Zwangsbehandlung wahrscheinlich nicht gehen, weil man nicht bereit ist, auch aus Kostengründen, sich mit den einzelnen Menschen zu beschäftigen.

Wir möchten, dass psychisch kranke Menschen, die nur einfache Straftaten (Diebstahl, Sachbeschädigung) getan haben, wie normale Straftäter behandelt werden. Eine Therapie kann dann auch ambulant durchgeführt werden, wenn die Straftat auf Bewährung angesetzt wurde.

Es sollte auch geschaut werden, dass die Haftzeiten in der Forensik nicht unverhältnismäßig lange dauern. Unverhältnismäßig lange heißt, für einen einfachen Diebstahl sollte man nicht 15 Jahre und länger inhaftiert werden oder besser gesagt, in Obhut genommen werden.

Fixierungen sollten nicht länger als 24 Stunden, besser nur über Nacht, erlaubt sein. Danach sollte der Richter erneut die Fixierung prüfen. Ohne Sitzwache darf keiner fixiert werden.

Wird jemand in einen separaten Raum (Arrestzelle) eingesperrt, darf dies nicht länger als 24 Stunden dauern, besser nur über Nacht. Dann muss erneut der Richter dies prüfen. Es sollte eine Kommunikation nach außen gegeben sein. Die Person sollte während des Arrestes mit mindestens einer Person sprechen können.

Ca. 30% der Inhaftierten befinden sich zu Recht in der Forensik. Bei 30% ist es nicht unbedingt nötig und weitere 30% sind unschuldig und zu Unrecht inhaftiert. Uns sind einige Personen bekannt, die zu Unrecht in der Forensik inhaftiert wurden.

Zum geplanten Gesetz:

Grundsätzlich: Es hat besondere Auswirkungen auf psychisch behinderte Menschen!
Verstößt dann gegen die UN-Behindertenkonvention.

§ 3: Es sollte eine unabhängige Besuchskommission eingerichtet werden, die idealerweise wöchentlich oder monatlich, die Forensik unangemeldet aufsucht. Diese Kommission sollte mindestens mit einem ehemaligen Forensikpatienten besetzt sein.

§5b: In den Forensikbeiräten sollten auch Forensikpatienten eingeschlossen werden. Gut wäre, aktuell inhaftierte Klienten.

§ 7: Medizinische Zwangsmaßnahmen lehnen wir grundsätzlich ab. Es sollte immer versucht werden, ob die betreffende Person in die Behandlung einwilligt. Nur dann, wenn das Ziel des Lebens in Freiheit nicht ohne Zwangsbehandlung erreicht werden kann, sollte eine Zwangsbehandlung durchgeführt werden. Für Fixierungen müssen immer Sitzwachen gestellt werden! Keine Fixierung ohne Sitzwachen.

§ 8: Es sollte einen, besser zwei, unabhängige Patientenfürsprecher geben.

§17 (4): Besuchsverbote bestimmter Personen, sind manchmal sinnvoll. Die Verbote müssen ganz besonders und gewissenhaft geprüft werden. Wir sind eigentlich der Meinung, dass dieses nicht eingeschränkt werden sollte.

§ 23: Grundsätzlich sollten die Klienten ihre Mobilfunkgeräte oder Computer behalten dürfen. Es kann sein, dass eine Überprüfung der Geräte nötig ist. Dies sollte aber gewissenhaft geprüft werden.

§ 32: Der Arrest sollte nach spätestens 24 Stunden vom Richter geprüft werden.

§ 36: Der Inhaftierte sollte das Recht haben seine Personalakte, sowie seine Krankenakte einzusehen.

§ 37: Wir sind gegen Disziplinarmaßnahmen bei Kranken. In der Forensik sollten die Klienten als Kranke angesehen werden und nicht als Straftäter. Gerade psychisch Erkrankte brauchen ihre Hobbys und ihre Sozialkontakte. Es gibt Klienten, die benötigen Hilfe und Hinweise für eine normale Lebensgestaltung und Kommunikation. Für diese Personen sind Strafen völlig unangemessen. Kinder darf man auch nicht schlagen. Psychisch Kranke haben oft Gewalterfahrungen gemacht und es sind Menschen, die oft misshandelt wurden.

Mit freundlichen Grüßen
für den Vorstand:



Sylvia Kornmann

Stellungnahme

der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin
und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer

Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen

Vorwort

In letzter Zeit haben verschiedene Gerichtsurteile die rechtliche Grundlage für Zwangsbehandlungen von psychisch Kranken deutlich verändert und für Verunsicherung bei den Beteiligten gesorgt. Die kürzlich erfolgte Anpassung der Gesetzgebung auf Bundesebene hat hier nur begrenzt Abhilfe geschaffen. Es steht überdies zu erwarten, dass weitere Landesgesetze die Problematik regeln werden. In dieser Situation ist es wichtig, sich der ethischen Prinzipien ärztlichen Handelns bei einer Zwangsbehandlung von psychisch Kranken zu vergewissern. Die vorliegende Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer will dazu einen Beitrag leisten.

Sie richtet sich primär an die Ärzteschaft; sie erörtert die Bedingungen für die Vertretbarkeit von Zwangsbehandlungen und bietet Handlungsempfehlungen an. Sie fordert auch dazu auf, den Einsatz von

Zwangsbehandlungen kritisch zu reflektieren sowie mögliche Behandlungsalternativen zu entwickeln. Die Stellungnahme möge zu einer sorgfältigen und ernsthaften Diskussion über den Einsatz von Zwangsmaßnahmen beitragen, um so verloren gegangenes Vertrauen der Patienten und der Öffentlichkeit zurückzugewinnen.

Tübingen, im April 2013



Prof. Dr. med. Dr. phil. Urban Wiesing

Vorsitzender der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer

1. Einleitung

Der Umgang mit Patienten, die aufgrund einer psychischen Erkrankung aktuell nicht in der Lage sind, über die Erforderlichkeit einer medizinischen Behandlung selbstständig zu entscheiden, ist eine große Herausforderung für Ärzte¹ und wirft schwierige ethische Fragen auf. Kommt es dabei zu einer Behandlung gegen den Willen des Patienten unter Einsatz von Zwang, wird das von den Betroffenen als sehr einschneidend und oft traumatisierend erlebt. Zwangsbehandlungen werden nicht nur in der Psychiatrie, sondern auch in anderen Bereichen, wie beispielsweise der Neurologie und der Geriatrie, durchgeführt. Dabei kann das Ziel sowohl die Behandlung der psychischen Erkrankung wie auch die Behandlung einer somatischen Erkrankung sein.

Seit der Psychiatrie-Enquete, die 1975 in ihrem Bericht schwere Mängel und gravierende Menschenrechtsverletzungen in der medizinischen Versorgung psychisch Kranker in Deutschland feststellte, hat sich die Situation in der klinischen Praxis erheblich verbessert. Die Patientenrechte werden stärker beachtet, und es haben sich deutlich kürzere Aufenthaltszeiten in psychiatrischen Abteilungen sowie schonendere Behandlungsstrategien durchgesetzt. Allerdings gibt es Hinweise darauf, dass auch heute noch Zwangsbehandlungen zu häufig, zu lang und zu undifferenziert durchgeführt werden.

Von Bedeutung für die rechtliche Zulässigkeit von Zwangsbehandlungen sind die UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen von 2006 sowie zwei weitere, auf den Bund und die Länder verteilte gesetzliche Vorgaben: Zwang kann einerseits auf der Grundlage des im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) geregelten Betreuungsrechts ausgeübt werden, andererseits nach Maßgabe der in den jeweiligen Bundesländern

bestehenden Psychisch-Kranken-Gesetze bzw. der dortigen Gesetze zum Maßregelvollzug. Das Bundesverfassungsgericht hat jedoch im Jahre 2011 entschieden, dass die Gesetze zum Maßregelvollzug in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz keine hinreichende Grundlage für Zwangsbehandlungen (vielmehr lediglich für Zwangsunterbringungen) darstellen². Dem folgend hat der Bundesgerichtshof im Jahre 2012 auch das damalige Betreuungsrecht nicht als ausreichende Ermächtigungsgrundlage für Zwangsbehandlungen angesehen³.

Inzwischen hat der Bundesgesetzgeber das BGB geändert und spezielle Vorschriften für Zwangsbehandlungen in das Betreuungsrecht eingefügt. Zwangsbehandlungen dürfen danach unter bestimmten (nachfolgend darzustellenden) Voraussetzungen durchgeführt werden, allerdings nur im Interesse des Wohls des konkret Betroffenen. Die einschlägigen Landesgesetze, die Maßnahmen auch im Interesse Dritter erlauben, wurden dem gegenüber bisher nicht geändert. Welche landesrechtlichen Gesetze insofern nach den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts eine ausreichende Ermächtigungsgrundlage enthalten, ist unklar und unter Juristen umstritten.

Damit ist für die betroffenen Patienten wie für die Ärzteschaft und andere Gesundheitsberufe eine schwierige Situation entstanden, auf die die Praxis nicht vorbereitet ist. Die hier vorgelegte Stellungnahme nimmt dies zum Anlass, grundlegende ethische Fragen der Zwangsbehandlung bei psychisch kranken Menschen in die öffentliche Diskussion einzubringen, aber auch Hand-

¹ Die männliche Bezeichnung schließt in der Folge die weibliche mit ein.

² Bundesverfassungsgericht, Urteile vom 23. 03. 2011 (2 BvR 882/09) und vom 12. 10. 2011 (2 BvR 633/11)

³ Bundesgerichtshof, Beschlüsse vom 20. 06. 2012 (XII ZB 99/12 und XII 130/12)

lungsempfehlungen für die aktuelle Situation zu geben. Sie richtet sich primär an die Ärzteschaft und will sie auffordern, den Einsatz von Zwangsbehandlungen kritisch zu reflektieren, insbesondere ihre Notwendigkeit und Angemessenheit zu überprüfen sowie weniger einschneidende Alternativen zu entwickeln und einzusetzen. Sie nimmt nicht Stellung zu den notwendigen gesetzlichen Reformen, zu denen die Länder weiterhin aufgefordert sind, schließt aber den Blick auf rechtliche Fragen mit ein, soweit sie für das ärztliche Handeln relevant sind. Auf die Besonderheiten der Behandlung von Kindern wird in dieser Stellungnahme nicht eingegangen.

Die nicht zuletzt auch durch die mit den genannten Gerichtsurteilen bekannt gewordenen Fälle haben sich negativ auf das Vertrauen der Öffentlichkeit in die psychiatrische Versorgung ausgewirkt. Das Anliegen der vorliegenden Stellungnahme ist daher auch, durch eine ernsthaft geführte Diskussion in der Ärzteschaft und anderen Gesundheitsberufen über die psychiatrische Versorgung und insbesondere die Praxis der Zwangsbehandlungen dazu beizutragen, das Vertrauen der Patienten wie der allgemeinen Öffentlichkeit in eine gute Versorgung psychisch kranker Menschen zurückzugewinnen.

2. Zwang und Zwangsbehandlung: grundlegende Differenzierungen

Zwang liegt nicht nur bei Anwendung physischer Gewalt (z. B. Festhalten oder Fixieren) vor, sondern in jedem Fall, in dem gegen den Willen des Patienten gehandelt wird, z. B. durch Täuschung oder Drohung. Eine Zwangsbehandlung ist jede Behandlung gegen den aktuellen natürlichen Willen eines Patienten; unerheblich ist, ob der entgegenstehende Wille verbal oder nonverbal geäußert wird und ob der Patient einwilligungsfähig ist.

Jede Anwendung von Zwang stellt einen schwerwiegenden Eingriff in die psychische und ggf. körperliche Integrität des Patienten dar und muss daher aus medizinischer, ethischer und rechtlicher Sicht gerechtfertigt werden.

Dabei ist zu unterscheiden:

- zwischen der Unterbringung gegen den Willen des betroffenen Patienten zum Zweck der Behandlung (dem Entzug der Fortbewegungsfreiheit) und der zwangsweisen Behandlung selbst (dem Eingriff in die körperliche Integrität),
- zwischen der zwangsweisen Behandlung der psychischen Erkrankung und der zwangsweisen Behandlung einer weiteren somatischen Erkrankung des Patienten,
- zwischen der Erforderlichkeit der Behandlung als solcher und der Notwendigkeit von Zwang zu ihrer Durchführung.

3. Mängel in der Praxis

Die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer hat im Rahmen der Erarbeitung der vorliegenden Stellungnahme eine Anhörung unter Beteiligung von Fachleuten verschiedener Disziplinen und von Betroffenen durchgeführt. Dabei wurden unter anderem folgende Mängel geschildert. Sie betreffen zum Teil jene Bereiche, in denen eine Zwangsbehandlung nach den genannten Gerichtsentscheidungen wegen des Fehlens einer gesetzlichen Grundlage nicht mehr zulässig ist. Sie sind jedoch auch Indizien für strukturelle Probleme, deren Lösung ungeachtet neuer gesetzlicher Grundlagen von Zwangsbehandlungen, wie sie derzeit politisch diskutiert werden, notwendig ist.

1. Institutionelle Bedingungen in den Kliniken haben einen erheblichen Einfluss auf den Einsatz von Zwangsmaßnahmen, zum Teil vermutlich sogar stärker als der Krankheitszustand des Patienten. Dazu gehören fehlendes, unzureichend ge-

schultes und unzureichend unterstütztes Personal, Defizite in der Kommunikationskultur, fehlende Rückzugsmöglichkeiten für die Patienten, fehlende Hilfen für überforderte Mitarbeiter sowie Defizite in der Stationsorganisation.

2. Das Bewusstsein, dass jede Zwangsbehandlung einen gravierenden Grundrechtseingriff darstellt, ist offenbar nicht durchgängig in ausreichendem Ausmaß vorhanden. Das kann sich u. a. in den folgenden Aspekten zeigen:
 - Das Fehlen der Einwilligungsfähigkeit wird nicht sorgfältig genug geprüft oder eine Behandlungsverweigerung wird ohne weiteres als Ausdruck fehlender Einwilligungsfähigkeit interpretiert.
 - Es wird nicht streng und differenziert genug ermittelt, ob eine Behandlung indiziert ist, ob sie zwangsweise durchgeführt werden muss und welche weniger belastenden Behandlungen zur Verfügung stehen.
 - Die gesetzlichen Voraussetzungen und die ethischen Kriterien für den Einsatz von Zwang werden nicht ausreichend beachtet.
 - Die Aufklärung des Patienten vor einer Zwangsbehandlung über Wirkung, Nebenwirkungen, Langzeitfolgen und Alternativen der Behandlung sowie über die Gründe für die Anwendung von Zwang ist unzureichend oder wird sogar für völlig verzichtbar gehalten. Es wird verkannt, dass die Aufklärung keineswegs nur Voraussetzung für eine wirksame Einwilligung ist und bei fehlender Einwilligungsfähigkeit nicht nur der Vertreter aufzuklären ist, sondern auch der nicht einwilligungsfähige Patient nach seinen individuellen Fähigkeiten in den Entscheidungsprozess einzubeziehen ist.
3. Die Kommunikation zwischen Ärzten, Betreuern bzw. Bevollmächtigten und Betreuungsrichtern ist offenbar nicht immer ausreichend.
4. Besuchskommissionen, die die Verletzung von Patientenrechten verhindern und eine gute medizinische Versorgung garantieren sollen, sind dafür teils nicht geeignet zusammengesetzt oder mit unzureichenden Kompetenzen ausgestattet. Zum Teil existieren auch überhaupt keine entsprechenden Gremien.

4. Keine Zwangsbehandlung bei einwilligungsfähigen Patienten

Bei bestehender Einwilligungsfähigkeit eines Patienten entscheidet dieser selbst über seine Behandlung, auch wenn ein Betreuer mit dem Aufgabenkreis „Gesundheitsfürsorge“ bestellt oder ein Bevollmächtigter vorhanden ist. Für die Einwilligungsfähigkeit ist ausreichend, dass der Patient Wesen, Bedeutung und Tragweite der Maßnahme im Groben erfassen, das Für und Wider abwägen und seinen Willen hiernach bestimmen kann. Deshalb müssen sich der Betreuer oder Bevollmächtigte und der Arzt in jedem Fall vergewissern, ob der Betroffene in der konkreten Situation einwilligungsfähig ist. Nur dann, wenn der Betroffene nicht einwilligungsfähig ist und alle Versuche, ihn durch Assistenz in einen einwilligungsfähigen Zustand zu versetzen, gescheitert sind, darf sein rechtlicher Vertreter in die medizinische Maßnahme einwilligen. In keinem Fall darf die verweigerte Einwilligung als Indiz für die fehlende Einwilligungsfähigkeit oder gar für das Bestehen eines pathologischen Zustands gedeutet werden. Eine Behandlung gegen den Willen eines Patienten kommt deshalb allenfalls dann in Betracht, wenn der Patient nicht einwilligungsfähig ist. Steht der aktuelle „natürliche“ Wille dieses Patienten der Behandlung entgegen, liegt eine Zwangsbehandlung vor. Ihre Rechtfertigung hängt dann von folgenden Gesichtspunkten ab. ►

5. Voraussetzungen einer Zwangsbehandlung

5.1. Ziel und Legitimation einer Zwangsbehandlung

Eine Zwangsbehandlung der psychischen Erkrankung oder einer weiteren somatischen Erkrankung kommt nach den eingangs genannten Gerichtsurteilen nur mit dem Ziel in Betracht, die Fähigkeit des Patienten zur selbstbestimmten Entscheidung über seine Behandlung wiederherzustellen oder um den Patienten vor einer erheblichen Selbstschädigung zu bewahren. Eine drohende Fremdschädigung durch aggressives bzw. gewalttätiges Verhalten infolge der psychischen Erkrankung kann in der Regel durch freiheitsentziehende und sichernde Maßnahmen verhindert werden und rechtfertigt daher allein keine Zwangsbehandlung. Auch eine akute Gefahr der Selbstschädigung durch krankheitsbedingtes, aktiv selbstschädigendes Verhalten kann unter Umständen durch andere Schutzmaßnahmen wie eine Unterbringung abgewendet werden. Die zwangsweise Behandlung kommt deshalb nur in Betracht, wenn ein Patient infolge einer psychischen Störung nicht zur Einsicht in die Notwendigkeit einer Behandlung in der Lage ist oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann, die Ablehnung der Behandlung Ausdruck der psychischen Störung ist und die zwangsweise Behandlung das letzte Mittel ist, um ihn vor erheblichen gesundheitlichen Schäden zu bewahren. § 1906 Abs. 3 Nrn. 1, 3 und 4 BGB n. F. fordern deshalb zu Recht, dass der Betreuer (mit Genehmigung des Betreuungsgerichts) in eine Zwangsbehandlung nur einwilligen kann, wenn

- „1. der Betreute auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann, [...]
- 3. die ärztliche Zwangsmaßnahme im Rahmen der Unterbringung ... zum Wohl des Betreuten erforderlich ist, um einen drohenden erheblichen gesundheitlichen Schaden abzuwenden, [und]
- 4. der erhebliche gesundheitliche Schaden durch keine andere dem Betreuten zumutbare Maßnahme abgewendet werden kann“.

Weil jede Zwangsbehandlung einen Eingriff in die Patientenrechte darstellt, müssen alle notwendigen individuellen und institutionellen Schutzmaßnahmen ergriffen werden, um ihren Einsatz möglichst zu vermeiden und, wo dies nicht möglich ist, auf ein Minimum zu reduzieren. Im Konflikt zwischen der ärztlichen Hilfsverpflichtung und der Achtung der Selbstbestimmung muss jeder Eingriff ethisch gerechtfertigt werden. Dabei haben psychisch kranke Patienten, wie Patienten in allen anderen Feldern der modernen Medizin, ein Recht auf Achtung ihrer Selbstbestimmung einschließlich des Anspruchs auf Aufklärung über alle ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen sowie einen generellen Anspruch auf medizinische Behandlung und auf Schutz vor Schädigung bis hin zum Recht auf Verweigerung einer Behandlung.

5.2. Medizinische Indikation

- a) Voraussetzung für eine Zwangsbehandlung ist eine medizinische Indikation für die Behandlung als solche: Sie ist aus ärztlicher Sicht dann gegeben, wenn der Patient unter der Krankheit oder an deren Folgen leidet oder leiden wird, wenn sich der Krankheitszustand durch die Behandlung kurzfristig oder langfristig verbessern lässt und wenn der Nutzen der Behandlung die Risiken unter Berücksichtigung möglicher alternativer Behandlungsmaßnahmen (einschließlich des Abwartens, bis die Symptome von

selbst abklingen) überwiegt. Diese Kriterien müssen nach dem Stand der Wissenschaft und ärztlichem Ermessen erfüllt sein.

Hierbei ergeben sich jedoch bei psychischen Erkrankungen besondere Schwierigkeiten: Was als Nutzen gilt, ist keineswegs von vornherein festgelegt, sondern unterliegt Wertungen. Damit stellt sich die Frage, welche Wertvorstellungen bei der Einschätzung von Resultaten einer Therapie zu berücksichtigen sind. In der Regel sind es die Wertvorstellungen des Patienten, die ein Arzt bei der Frage zu berücksichtigen hat, ob bei einer Behandlung mit Nutzen für einen Patienten zu rechnen ist – und ob sie damit indiziert ist (s. u. 3. Patientenautonomie). Bei einer psychischen Erkrankung kann die Einschätzung des Patienten bezüglich der Nützlichkeit einer medizinischen Intervention jedoch durch die Erkrankung beeinträchtigt sein. Das kann sowohl die Behandlung der psychischen Erkrankung wie auch einer weiteren somatischen Erkrankung betreffen. Auch in diesem Fall darf die Patientenperspektive nicht durch eine objektive Betrachtung ersetzt werden. Maßgeblich sind dann die Wertvorstellungen des Patienten, die er früher in einwilligungsfähigem Zustand hatte bzw. jetzt haben würde, wenn sie nicht krankheitsbedingt beeinträchtigt wären.

- b) Wenn eine Maßnahme, die Nutzen verspricht, *zwangsweise* durchgeführt werden soll, dann sind der Zwang und seine Folgen bei der Nutzen-Risiko-Abwägung zu berücksichtigen. Nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts muss der Nutzen die Risiken deutlich überwiegen. Das Betreuungsrecht schreibt nun auch in § 1906 Abs. 3 Nr. 5 BGB n. F. vor, dass der Betreuer (nach Genehmigung des Betreuungsgerichts) in die Zwangsbehandlung nur einwilligen kann, wenn der zu erwartende Nutzen der ärztlichen Zwangsmaßnahme die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegt.

Für die Abwägung sind insbesondere folgende Aspekte von Bedeutung:

- gesundheitliche Risiken durch die Anwendung des jeweiligen Zwangsmittels,
- die mögliche Beeinträchtigung des Behandlungserfolgs durch den Zwang,
- das subjektive Erleben des Patienten; verschiedene Zwangsmaßnahmen wie auch verschiedene Behandlungen (etwa die Gabe von Benzodiazepinen oder Neuroleptika) werden von den Patienten unterschiedlich tiefgreifend erlebt,
- die mögliche Beeinträchtigung des Vertrauensverhältnisses zum Arzt als Grundlage der aktuellen und ggf. künftigen Behandlung.

In jedem Fall ist eine differenzierte, einzelfallbezogene Beurteilung notwendig.

5.3. Patientenautonomie

Wenn es um ethische Konflikte in der Psychiatrie geht, wird oft angenommen, eine moderne Medizinethik, die sich der Achtung der Patientenautonomie verpflichtet fühlt, gerate hier an ihre Grenzen. Ein grundsätzlicher Unterschied zwischen psychiatrischen und nichtpsychiatrischen Patienten hinsichtlich des Gebots, die Selbstbestimmung des Patienten zu achten, lässt sich aber nicht begründen. Die Urteils-, Entscheidungs- und Handlungskompetenz von Menschen, die krank sind, können vollständig intakt sein oder krankheitsbedingt leicht oder schwer, vorübergehend oder langfristig beeinträchtigt sein. Dabei ist es gleichgültig, ob die Gründe dafür ein primär psychiatrisches

Krankheitsbild oder Ängste, Schmerzen oder Bewusstseinstörung in Folge von anderen Krankheiten sind.

Außerdem ist die einseitige Abhängigkeit des Patienten von ärztlicher und pflegerischer Hilfe charakteristisch für die professionelle Beziehung, nicht nur in der Psychiatrie.

Eine Besonderheit der ethischen Probleme in der Psychiatrie besteht jedoch in dem Doppelmanat der Psychiatrie. Sie befindet sich auf einer Gratwanderung zwischen der medizinisch wirksamen Behandlung und Betreuung psychisch kranker Patienten einerseits und der gesellschaftlichen Kontrolle sozial auffälliger Menschen einschließlich des Schutzes Dritter vor Gefährdungen, die von psychisch kranken Patienten ausgehen können, andererseits. Die Rollenerwartung an Ärzte ist zum einen, dem Individualwohl ihrer Patientinnen und Patienten zu dienen, und zum anderen, das Gemeinwohl zu wahren, indem sie andere vor Gefährdungen durch ihre Patienten schützen.

Eine Fremdgefährdung durch den Patienten kann in der Regel bereits durch die Unterbringung des Patienten weitgehend abgewendet werden. Dadurch wird zwar in die Freiheit des Patienten eingegriffen, nicht jedoch in seine körperliche Integrität. Eine Zwangsbehandlung stellt dem gegenüber einen Eingriff in die körperliche Integrität dar und ist deshalb zur Abwehr einer Fremdgefährdung nicht erforderlich und damit nicht gerechtfertigt. Auch die Gefahr einer Selbstgefährdung kann allein – ohne Berücksichtigung ihres Schweregrades – einen Eingriff in die Selbstbestimmung nicht rechtfertigen.

Eine Zwangsbehandlung darf nur dann ins Auge gefasst werden, wenn die Behandlungsnotwendigkeit auf Basis einer medizinischen Indikation gegeben ist, der Einsatz von Zwang unvermeidbar ist und der Beitrag zum gesundheitlichen Wohlergehen des Patienten größer ist als der Schaden, der ihm durch die Nebenwirkungen der Behandlung und die Traumatisierung durch das Zwangsmittel zugefügt wird. Zudem kann eine Zwangsbehandlung aus ethischer und rechtlicher Sicht nur dann gerechtfertigt werden, wenn der Patient die Notwendigkeit krankheitsbedingt nicht erkennen kann oder nicht nach dieser Erkenntnis handeln kann und die Selbstbestimmungsfähigkeit durch diese Behandlung wieder hergestellt oder der Patient vor einer erheblichen Selbstgefährdung geschützt wird. Außerdem müssen das Behandlungsteam und der Vertreter des Patienten nach bestem Wissen und Gewissen davon ausgehen können, dass der konkret Betroffene selbst der Behandlung zustimmen würde, wenn er einwilligungsfähig wäre. Dafür sind frühere vorsorgliche Willensbekundungen des Patienten (z. B. in einer Patientenverfügung oder Behandlungsvereinbarung) von Bedeutung. Soweit individuelle Wünsche für einen derartigen Fall nicht bekannt sind, kann allenfalls dann von einer mutmaßlichen Zustimmung des Patienten ausgegangen werden, wenn der erwartbare Beitrag zu seinem gesundheitlichen Wohlergehen eine mögliche physische oder psychische Schädigung deutlich überwiegt.

Wenn ein Patient die Folgen einer Behandlung bzw. deren Verweigerung nicht ausreichend erkennen oder nicht nach dieser Erkenntnis entscheiden kann, muss er gleichwohl über die mögliche Behandlung aufgeklärt werden und es muss versucht werden, seine freiwillige Zustimmung zur Kooperation zu erhalten. Nur wenn trotz dieser Unterstützung keine Kooperationsbereitschaft erreicht werden kann, darf eine Zwangsbehandlung (mit Einwilligung eines Vertreters und richterlicher Genehmigung) in Erwägung gezogen werden. § 1906 Abs. 3 Nr. 2 BGB n. F. verlangt deshalb im Rahmen des Betreuungsrechts zu Recht, dass zuvor versucht wurde, den Betreuten von der Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme zu überzeugen.

5.4. Gerechtigkeit

Eine menschen- und grundrechtskonforme psychiatrische Versorgung sollte sich daran orientieren, einen niedrigschwelligen Zugang zu psychiatrischer Versorgung zu garantieren, um gerade auch Patienten in – teils extremen – sozialen Notlagen frühzeitig zu erreichen, und gleichzeitig konzeptionell, personell und räumlich so ausgestattet sein, dass Zwangsmaßnahmen weitestgehend vermieden werden können. Die notwendigen Ressourcen hierfür bereitzustellen, erfordert eine Veränderung der Prioritätensetzung bei der Mittelverteilung innerhalb des Gesundheitswesens. Dafür muss sowohl innerhalb der Medizin als auch in der allgemeinen Bevölkerung ein stärkeres Problembewusstsein herbeigeführt werden hinsichtlich der fatalen persönlichen und sozialen Konsequenzen, welche eine mangelhafte psychiatrische Versorgung für den einzelnen Patienten haben kann. Dabei ist insbesondere auch an chronisch psychisch kranke Patienten zu denken, deren Kooperationsbereitschaft aufgrund einer traumatisch erlebten Zwangsbehandlung gestört wurde.

6. Empfehlungen

Aus ethischer wie aus rechtlicher Sicht sind Zwangsmaßnahmen generell und bezogen auf jede Einzelentscheidung auf das absolut unverzichtbare Maß zu reduzieren. Hierfür sollten die folgenden Maßnahmen im ärztlichen und im nichtärztlichen Bereich ergriffen werden.

6.1. Individuelle und Beziehungsebene

- Entscheidungen über eine Zwangsbehandlung sollten generell durch ein multiprofessionelles Team unter Einschluss auch des Pflegepersonals beraten und getroffen werden. Die Gesamtverantwortung liegt aber wie immer beim behandelnden Arzt.
- Für die Entscheidung über und die Durchführung einer Zwangsbehandlung müssen klare Verantwortlichkeiten festgelegt und gegenüber dem Patienten und seinem Betreuer oder Bevollmächtigten transparent kommuniziert werden.
- Bei der Entscheidung müssen die oben genannten ethischen und rechtlichen Voraussetzungen geprüft werden. Hierzu gehört auch die Prüfung, ob eine Behandlungsvereinbarung, Patientenverfügung oder andere vorsorgliche Willensbekundung des Patienten vorliegen.
- Die oben genannten Kriterien für die Notwendigkeit der Zwangsbehandlung sollten regelmäßig in kurzen zeitlichen Abständen überprüft werden.
- Die Zwangsbehandlung muss hinsichtlich Art, Umfang und Begründung der getroffenen Maßnahmen dokumentiert werden.
- Der Betreuer oder Bevollmächtigte des Patienten müssen rechtzeitig in den Entscheidungsprozess einbezogen werden.
- Eine klinische Ethikberatung kann bei der Entscheidung über eine Zwangsbehandlung Unterstützung geben.

6.2. Vorsorgliche Willensbekundungen

Eine Patientenverfügung ist verbindlich, wenn sie von einem Erwachsenen in einwilligungsfähigem Zustand schriftlich verfasst wurde und bestimmte ärztliche Maßnahmen festlegt oder ausschließt und dies für die aktuelle Situation zutrifft. Dies gilt offenbar auch für die Behandlung psychischer Erkrankungen, da die Neufassung des Betreuungsrechts die bereits bestehenden Vorschriften über die Patientenverfügung nicht abgeändert hat. Voraussetzung für die Verbindlichkeit ist allerdings, dass mit hin-

reichender Sicherheit feststeht, dass der Patient in einwilligungsfähigem Zustand die konkret eingetretene Situation vorherbedacht und für sie eine eigenverantwortliche Entscheidung getroffen hat. Sofern begründete Zweifel daran bestehen und auch der mutmaßliche Wille des Patienten nicht entgegensteht, ist so zu handeln, dass ein drohender erheblicher gesundheitlicher Schaden für den Patienten abgewendet werden kann.

Vorzugswürdig ist aus medizinischer, ethischer und rechtlicher Sicht, dass der Patient nach angemessener Beratung mit dem Arzt gemeinsam entscheidet, wie in einem künftigen Krankheitsfall und bei Verlust der Einwilligungsfähigkeit vorgegangen werden soll und darüber eine Behandlungsvereinbarung getroffen wird. Eine Behandlungsvereinbarung ist nicht zuletzt eine gute Form des Kooperationsverhältnisses zwischen Arzt und Patient sowie Ausdruck gegenseitigen Respekts und kann konkret auf absehbare Situationen und Behandlungsnotwendigkeiten und -möglichkeiten eingehen. Dadurch wird die Zahl der Zwangsbehandlungen reduziert. Eine Behandlungsvereinbarung kann ein für den Arzt rechtlich verbindlicher Vertrag und zugleich eine Patientenverfügung sein. Hilfreich sind darüber hinaus die Benennung einer Vertrauensperson, die den Patienten gegebenenfalls begleiten soll, sowie die Erteilung einer Vorsorgevollmacht und einer Betreuungsverfügung.⁴

6.3. Strukturelle und institutionelle Ebene

Die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen hängt wesentlich von institutionellen Bedingungen ab. In der Praxis wurde eine große Anzahl von Maßnahmen erfolgreich erprobt, die wirkungsvoll zur Reduzierung von Zwangsmaßnahmen beitragen. Zum Schutz der Patientenrechte ist es notwendig, dass sich diese Maßnahmen auch in der Fläche durchsetzen können. Dazu gehören unter anderem:

- Die Institutionalisierung von Deeskalationsstrategien und das Training von Ärzten und Pflegenden in entsprechenden Methoden.
- Das Konzept der „offenen Türen“ von Akutstationen.
- Die Psychoedukation als Regelangebot, so dass Patienten lernen, Rückfälle selbst zu erkennen und vor der Eskalation der Situation freiwillig medizinische Hilfe zu suchen.
- Der Ausbau regionaler Hilfesysteme mit einer deutlich besseren Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung sowie die flächendeckende Verfügbarkeit von ambulanter psychiatrischer Pflege.
- Die Möglichkeiten, Patienten auf Wunsch zu Hause zu behandeln („home treatment“).
- Eine deutlich bessere Personalausstattung psychiatrischer Abteilungen sowie die Prüfung und Kontrolle der Personalverordnung.
- Die Entwicklung von Leitlinien durch die einschlägigen Fachgesellschaften unter Einbeziehung der vorstehend dargestellten ethischen und rechtlichen Aspekte.
- Verstärkte Forschung zu Möglichkeiten und Strategien zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen auch unter Berücksichtigung der Erfahrung von Selbsthilfegruppen.
- Das Regelangebot von Behandlungsvereinbarungen für eventuelle Rückfälle und die Information von Patienten über die Möglichkeit der Verfassung einer Patientenverfügung.
- Einführung von Maßnahmen der Qualitätssicherung inklusive Fehlermeldesysteme und Beschwerdemanagement.

6.4. Maßnahmen im nichtärztlichen Bereich

- Die Vertreter der Patienten (Bevollmächtigte, Betreuer) sollen in einem engen Kontakt zu den Patienten stehen und anstreben, wie es die UN-Behindertenrechtskonvention (Art. 12) und das Betreuungsrecht (§ 1901 BGB) vorgeben, so wenig wie möglich stellvertretend und so viel wie möglich assistierend tätig zu sein.
- Die Vertreter des Patienten müssen frühzeitig in den Prozess zur Entscheidung über eine (Zwangs-)Behandlung einbezogen werden; ihre Aufgabe ist es nicht, bereits getroffene ärztliche Entscheidungen lediglich zu bestätigen.
- Ärzte sollten Informationen, die sie aus dem Umgang mit dem Patienten und seinem Umfeld haben und die für das Betreuungsgericht bei seinen Entscheidungen von Bedeutung sein können, an das Betreuungsgericht weitergeben.
- Gerichte sollten Anhörungen und Entscheidungen bei Zwangsmaßnahmen zeitnah – gegebenenfalls mit Notdiensten – durchführen.
- Für die Patienten sollte die Möglichkeit bestehen, ungehindert und vertraulich Kontakt zu Vertrauenspersonen aufzunehmen.
- Für die Patienten sollten leicht erreichbare und mit entsprechenden Kompetenzen ausgestattete unabhängige Ansprechpartner für Beschwerden verfügbar sein.
- Die Besuchskommissionen sollten alle Formen der Unterbringung und der Zwangsbehandlung in Einrichtungen kontrollieren können, unabhängig von ihrer jeweiligen Rechtsgrundlage. Außerdem sollte die Mitarbeit von Betroffenen und Angehörigen die Regel sein.

6.5. Das primäre Ziel aller Maßnahmen muss sein, Zwang bei der Behandlung zu vermeiden. Sofern eine Maßnahme nicht gegen den natürlichen Willen des Betroffenen durchgeführt wird, handelt es sich nicht um eine Zwangsmaßnahme im rechtlichen Sinne. Die vorstehend dargestellten Empfehlungen, die darauf abzielen, Zwang zu vermeiden, sind deshalb von besonderer Bedeutung in jenen Bereichen, in denen nach den Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts Zwangsbehandlungen (derzeit) nicht zulässig sind.

Mitglieder der Zentralen Ethikkommission

Prof. Dr. phil. D. Birnbacher, Düsseldorf
 Prof. Dr. theol. F.-J. Bormann, Tübingen
 Prof. Dr. theol. P. Dabrock, Erlangen
 Frau Prof. Dr. rer. nat. Dr. phil. S. Graumann, Bochum (federführend)
 Prof. Dr. med. W. Henn, Homburg
 Prof. Dr. jur. F. Hufen, Mainz
 Frau PD Dr. med. Dipl.-Soz. T. Krones, Zürich
 Dr. phil. D. Lanzerath, Bonn
 Prof. Dr. jur. V. Lipp, Göttingen
 Prof. Dr. rer. pol. R. Rosenbrock, Berlin
 Frau Prof. Dr. med. R.-K. Schmutzler, Köln
 Dr. med. J. Schuster, Würzburg
 Prof. Dr. jur. J. Taupitz, Mannheim
 Prof. Dr. med. Dipl.-Theol. M. Volkenandt, München
 Frau Prof. Dr. med. C. Wiesemann, Göttingen
 Prof. Dr. med. Dr. phil. U. Wiesing, Tübingen (Vorsitzender)

Korrespondenzadresse

Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer
 Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin

⁴Vgl. dazu die Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis, Dtsch Arztebl 2010; 107(18): A 877–82

Hessischer Landtag
Sozial-und Integrationspolitischer Ausschuss
z.Hd. Herrn Dr. Spalt
Postfach 3240

65022 Wiesbaden

Landesgruppe Hessen
von-Braunsberg-Str.29
Tel.06433/943540
Kalteier@web.de

Eq. 09.03.15 Sp

Datum:04.03.2015

Anhörung zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung für ein zweites Gesetz zur Änderung des Maßregelvollzuges.

Stellungnahme des Bundesverbandes der Berufsbetreuer/innen e.V. (BdB e.V.),
Landesgruppe Hessen

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Landesvorstand Hessen des BdB e.V. bedankt sich für die Gelegenheit seine Standpunkte, bezüglich der Neufassung des Maßregelvollzuges, vortragen zu dürfen. Zunächst möchten wir zum Ausdruck bringen, dass wir dieses Vorhaben der Hessischen Landesregierung sehr begrüßen.

Eingangs verweisen wir in diesem Zusammenhang auf die bereits von uns ausgearbeitete Stellungnahme zum neuen *Psychisch-Kranken-Gesetz*, die als Anlage beiliegt. Darin enthalten sind sowohl die, aus unserer Sicht, wesentlichen notwendigen gesetzlichen Regelungen, als auch die ethischen Grundsätze unseres Verbandes. Wir sehen hier viele Gemeinsamkeiten mit einem novellierten Maßregelvollzugsgesetz.

Bei dem vorliegenden Entwurf halten wir besonders eine Beteiligung der rechtlichen Betreuer in den Verfahrensschritten (schon beginnend beim Strafverfahren) für unbedingt notwendig, da viele unsere Klienten nicht in der Lage sind ihre Persönlichkeitsrechte ohne Unterstützung wahrzunehmen.

Das betrifft im Besonderen die Paragraphen §6, § 7, § 7 a, § 7 b, § 32 und § 37.

Zur geplanten Anhörung können wir anbieten, zu zwei Beispielen aus der Praxis der Betreuer, Stellung zu nehmen.

Es handelt sich hier um Herrn S., 24 J., nach § 63 in der forensischen Psychiatrie in Gießen (Vitos Klinik Haina) untergebracht seit 2011 und um Herrn L., 30 J., bei dem die Unterbringung mittlerweile zur Bewährung ausgesetzt ist und Führungsaufsicht angeordnet ist, der in einer Einrichtung der Klinik für Psychiatrie Haina Kloster in einer Heilpädagogischen Einrichtung (HPE) lebt. Seine Unterbringung nach § 63 in

den Maßregelvollzug erfolgte im Sommer 2004 und dauerte bis zum Beginn der Bewährungszeit 2008. Die Bewährungszeit wurde bisher immer Jahr für Jahr verlängert.

Beide Betreute wurden schon vor den Delikten durch rechtliche Betreuer begleitet. Bei beiden wurde die mangelnde Mitwirkungsmöglichkeit in den Strafverfahren, beim Unterbringungsverfahren und im Maßregelvollzug negativ erlebt. Der Ausübung ihrer Persönlichkeitsrechte ist aufgrund ihrer Behinderung Grenzen gesetzt. Eine notwendige Hilfestellung durch den Betreuer und seine Hinzuziehung ist nicht gesetzlich geregelt. Nur auf Grund der persönlichen Bereitschaft mancher Mitarbeiter in den Vollzugseinrichtungen konnte die Aufgabenstellung als Ansprechpartner und als rechtlicher Betreuer nachgekommen werden. Anhörungen und Überprüfungen finden in der Regel immer ohne rechtlichen Beistand durch einen Betreuer statt. Urteile und Beschlüsse erhalten die Betreuer nicht ohne weiteres. Eine Kontrolle der Maßnahmen, durch andere außenstehende Personen, oder durch Einrichtungsbeiräte ist intransparent.

Wir hoffen, Ihnen mit unserer Stellungnahme und der Anhörung einige Argumente bei der Erstellung des neuen Gesetzes geben zu können und freuen uns auf die weitere Zusammenarbeit, bis zur seiner Verabschiedung.

Mit freundlichen Grüßen



Harald Kalteier/Landessprecher

Roland Bonaventura/Landesvorstand

BdB e.V. LG Hessen, Von Braunsberg-Str. 29, 65589 Hadamar

Hessisches Ministerium
für Soziales u. Integration
Frau Susanne Nöcker
Postfach 3140

65021 Wiesbaden

Landesgruppe Hessen

Harald Kalteier

Von- Braunsberg-Str. 29
65589 Hadamar

Telefon 06433/943540
Handy 0170/2429826
Fax 06433/944958
e-mail Kalteier@web.de
Datum: 27.01.2015

Stellungnahme zu einer Neufassung des Hessischen PsychKG

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Landesvorstand des BdB e.V. möchte sich zunächst für die Gelegenheit bedanken seine Standpunkte bzgl. einer Neuregelung der öffentlich-rechtlichen Unterbringung vortragen zu können und möchten zum Ausdruck bringen, dass wir das Vorhaben der Hess. Landesregierung begrüßen, ein neues Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz verabschieden zu wollen.

Der Bundesverband der Berufsbetreuer/-innen e.V. (BdB e.V.) ist die berufsständische Vertretung der in der Bundesrepublik beruflich tätigen Betreuer und Betreuerinnen i.S.d. Betreuungsrechts gem. den §§ 1896 ff BGB. Der BdB e.V. vertritt zur Zeit die Interessen von über 6500 Mitgliedern. Daneben setzt sich der BdB e.V. auch im Interesse der Betroffenen für eine qualitativ möglichst hochwertige Betreuungsarbeit und entsprechende Rahmenbedingungen ein.

Zunächst weisen wir darauf hin, dass eine geschlossene Unterbringung und eine eventuelle in Zusammenhang damit vorgenommene sogenannte Zwangsbehandlung immer nur „letztes Mittel“ sein dürfen und deshalb alles versucht werden muss, um eine geschlossene Unterbringung und eine gegen den Willen eines Patienten stattfindende medizinische Behandlung zu vermeiden. Die Regelungen in einzelnen Gesetzen dürfen nicht isoliert betrachtet werden. Unseres Erachtens ist es deshalb erforderlich, dass durch die finanzielle Stärkung von medizinischen, sozialrechtlichen und betreuungsrechtlichen Hilfen schon im Vorfeld ausreichende Hilfsangebote geschaffen werden, die dazu beitragen können, dass in vielen Fällen eine Situation, in der eine geschlossene Unterbringung und ggf. eine Zwangsbehandlung erforderlich werden, gar nicht erst entsteht. Wir bitten die Landesregierung daher, sich auch für die Schaffung und den Ausbau solcher - präventiven - Hilfesysteme einzusetzen.

Gleich zu Beginn der gesetzlichen Regelung sollte deutlich werden, dass Schutz und Würde eines untergebrachten Menschen im Vordergrund stehen müssen und das auf das Befinden des psychisch kranken oder seelisch behinderten Menschen besondere Rücksicht zu nehmen ist (vgl. § 2 Abs. 2 BbgPsychKG). Das bedeutet, dass das neue Gesetz auf den Grundsätzen der UN-Behindertenrechtskonvention aufgebaut werden muss.

Grundsätzlich sind Betreuer am Unterbringungsverfahren zu beteiligen, damit der Betroffene – der naturgemäß Defizite bei der Wahrnehmung seiner Interessen haben wird – die notwendige Unterstützung erhält. Dies gilt gerade auch bei der Wahrung seiner Interessen im Rahmen der Unterbringung.

-2-

Im Einzelnen halten wir u.a. die folgenden Aspekte für wichtig:

- Es sollte klargestellt werden, dass eine Unterbringung nachrangig ist und nur das „letzte Mittel“ sein darf, wenn alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft sind bzw. ganz offensichtlich keinen Erfolg versprechen.
- Neben dem sozialpsychiatrischen Dienst und dem Krankenhaus, in dem sich der Betroffene bereits aufhält, sollen auch Betreuer eine Unterbringung beantragen können.
- Hierbei sollte der Sachverständige (Gutachter) weder der behandelnde Arzt, noch ein Arzt aus der Einrichtung sein, in welche der Betroffene untergebracht wird/werden soll.
- Es sind „Besuchskommissionen“ zu bilden, die bei den zur Verfügung stehenden Einrichtungen regelmäßig kontrollieren, ob die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben unter Beachtung des Gebots der Menschenwürde der Patienten gegeben ist. Diesen Kommissionen muss auch ein Vertreter der Berufsgruppe der Berufsbetreuer/innen angehören. Ebenso im geplanten Beschwerdemanagement. Die Mitgliedschaft unserer Berufsgruppe im „Hessischen Fachbeirat Psychiatrie“ setzen wir weiterhin voraus.
- Das Gesetz ist in möglichst einfacher Sprache zu verfassen, damit die Betroffenen erkennen können, welche Rechte und Pflichten sie haben und wie sie sich gegen ihrer Ansicht nach unberechtigte Maßnahmen zur Wehr setzen können. Da die Möglichkeiten insoweit begrenzt sind, könnte zusätzlich eine Broschüre mit den wichtigsten Informationen zu Rechten, Pflichten und Rechtsmitteln in leicht verständlicher Sprache entwickelt werden, die den Betroffenen zu Beginn der Unterbringung auszuhändigen wäre. Daneben ist eine entsprechende mündliche Information durch den Arzt vorzunehmen, in deren Rahmen dem Betroffenen auch Gelegenheit zu Rückfragen gegeben werden muss.
- Das Gesetz soll einen deutlichen Hinweis darauf enthalten, dass der Betroffene eine gerichtliche Entscheidung verlangen kann, wenn er mit Maßnahmen im Rahmen der Unterbringung nicht einverstanden ist oder wenn von ihm gewünschte Maßnahmen unterbleiben und dass entsprechende Anträge auch von einem Betreuer gestellt werden können.
- Besuche von Anwälten, Notaren und Betreuern sind ohne Einschränkung zuzulassen, gleiches gilt für Telefongespräche eines Untergebrachten mit diesen Personengruppen. Eine inhaltliche Kontrolle von Unterlagen, den diese Personen bei sich führen, darf nicht vorgenommen werden. Auch darf der Schriftverkehr des Untergebrachten mit Angehörigen dieser Personengruppen nicht überwacht werden.
- Der Schriftverkehr mit Gerichten darf nicht eingeschränkt oder überwacht werden.
- Der Betroffene hat ein Recht auf Einsicht in seine Patientenakte, sofern keine erheblichen Nachteile für seinen Gesundheitszustand durch die Einsichtnahme zu erwarten sind. Einem Betreuer steht das Recht auf Einsichtnahme ohne diese Einschränkung zu.
- Behandlungen gegen den Willen des Untergebrachten sind nicht zulässig, soweit dieser einwilligungsfähig ist. Patientenverfügungen (§§ 1901a, b BGB) und ggf. vorhandene von dem Patienten verfasste Behandlungspläne sind zu beachten.
- Andere Erkrankungen als die Anlasserkrankung dürfen nur auf betreuungsrechtlicher Grundlage (§ 1906 BGB) gegen den Willen des Betroffenen behandelt werden. Es wäre nicht einzusehen, wenn für nach dem PsychKG Untergebrachte insoweit andere Regeln gelten würden als für andere Menschen.

-3-

- Dass einwilligungsfähige Menschen nicht alleine zum Schutze Dritter gegen ihren Willen behandelt werden dürfen, ist selbstverständlich. Daneben ist aber auch eine Behandlung gegen den Willen eines Einwilligungsunfähigen grundsätzlich unzulässig, wenn sie alleine dem Schutz Dritter dient (siehe dazu BVerfG, 2 BvR 882/09 v. 23. März 2011, dort unter B II 1a der Gründe). Eine Ausnahme darf es allenfalls dann geben, wenn sich aus dem Unterbleiben einer Behandlung auch erhebliche negative Auswirkungen für den Betroffenen selbst ergeben würden, also ohne Behandlung z.B. eine dauerhafte Isolation notwendig wäre, um andere Patienten vor Angriffen zu schützen. Man kann dagegen einwenden, dass sich daraus eine Ungleichbehandlung von einwilligungsfähigen und einwilligungsunfähigen Menschen ergeben würde. Andererseits kann der Einwilligungsfähige die Konsequenzen seiner Entscheidung absehen und die Vor- und Nachteile gegeneinander abwägen. Wenn er z.B. die Nachteile einer langfristig notwendigen Isolation hinnimmt, weil ihm dies weniger belastend erscheint als die mit der Einnahme eines Medikamentes verbundenen Nebenwirkungen, muss man das akzeptieren. Ein Einwilligungsunfähiger kann diese Abwägung aber gerade nicht sinnvoll vornehmen.
- Im Übrigen müssen für die Behandlung gegen den natürlichen Willen eines Untergebrachten dieselben Maßstäbe gelten wie im Fall einer Behandlung gegen den natürlichen Willen nach bürgerlichem Recht. Das heißt:
 - dass zuvor versucht werden muss, den Betroffenen von der Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme zu überzeugen,
 - dass die ärztliche Zwangsmaßnahme zum Wohl des Betroffenen erforderlich sein muss, um eine Lebensgefahr oder einen drohenden erheblichen gesundheitlichen Schaden abzuwenden,
 - die Gefahr durch keine andere dem Betroffenen zumutbare Maßnahme abgewendet werden kann,
 - der zu erwartende Nutzen der ärztlichen Zwangsmaßnahme die zu erwartenden Beeinträchtigungen – aus der Perspektive des Betroffenen – deutlich überwiegt und
 - die Maßnahme durch das Betreuungsgericht genehmigt werden muss.
- Auch im Rahmen einer Unterbringung nach dem PsychKG müssen die üblichen Vorgaben eingehalten werden. Vor einer ärztlichen Maßnahme ist deshalb auch ein Einwilligungsunfähiger entsprechend seinen Verständnismöglichkeiten durch den Arzt selbst über die geplante Behandlung zu informieren (vgl. § 630e Abs. 5 BGB). Auch hier muss deutlich werden, dass der Untergebrachte kein bloßes Objekt ist. Es reicht deshalb nicht aus, wenn der Arzt lediglich mit dem Betreuer kommuniziert und dieser dann die Informationen an den Betroffenen weiterleitet.
- Bezüglich der Eingangs erwähnten Schaffung von (präventiven) Hilfssystemen regen wir insbesondere den Ausbau der sozialpsychiatrischen Dienste (SPDI), der psychiatrischen Institutsambulanzen und Angebote von freien Trägern an. Als Stichworte sind hier u.a. „24-Stundendienste“ und die „Integrative Versorgung“ zu nennen. Die Vernetzung der örtlich beteiligten Angebote und Stellen (z. B. Betreuungsbehörde, Medizin, Polizei, Ordnungsamt) spielt dabei für uns eine zentrale Rolle. Wobei hier die örtliche Steuerung wie zum Beispiel im Land Bremen vom SPDI übernommen werden könnte.

-4-

Wir hoffen, Ihnen mit unserer Stellungnahme einige Anregung bei der Erstellung des neuen Gesetzes geben zu können und freuen uns auf die weitere Zusammenarbeit bis zur seiner Verabschiedung.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'H. Kalteier', with a long vertical stroke extending downwards from the first letter.

(Harald Kalteier/Landessprecher)

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'R. Bonaventura', with a long horizontal stroke extending to the right.

(Roland Bonaventura/Mitglied Landesvorstand)

Empfehlungen für qualitätsgesicherte Vorgehensweisen bei zivilrechtlichen Unterbringungen

**Ergebnisse einer Projektinitiative der Niedersächsi-
schen Ministerien für Soziales und Justiz**

Abschlussbericht

Dr. Heiner Melchinger

Dr. Heiner Melchinger
Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung Hannover
Zentrum für Medizin im Alter
Schwemannstraße 19
30559 Hannover
Tel. 0511 / 289-3312
mobil 0160 843 2648
heiner.melchinger@gmx.de

Hannover, Januar 2014

Danksagung

Wir danken allen an der Studie beteiligten Amtsgerichten, rechtlichen Betreuern und fachärztlichen Sachverständigen für ihre Mitwirkung, die manchmal auch mit Mehrarbeit verbunden war.

Unser besonderer Dank gilt dem Amtsgericht Lehrte, dem Direktor Herrn Dr. Klass, den Richtern Herrn Flehinghaus und Herrn Wenzel und den MitarbeiterInnen Frau Linke, Herrn Janeck und Frau Wollmuth für ihre Aufgeschlossenheit gegenüber dem Projektanliegen und für ihre verlässliche und unbürokratische Mitwirkung an dem Vorhaben. Ohne die Mitwirkung des Amtsgerichts Lehrte hätten in dieser Studie nicht die Fallzahlen erreicht werden können, die für die Aussagekraft der Ergebnisse erforderlich waren.

Für statistische Analysen danken wir Frau Susanne Borchers-Tempel.

Heiner Melchinger

Inhalt

1	Kurzfassung	7
2	Problemstellung und Ausgangssituation	11
3	Vorausgegangenes Projekt	18
4	Aktuelles Projekt	21
4.1	Probelauf	21
4.2	Erweiterung des Projekts	24
4.3	Untersuchungsergebnisse	26
4.3.1	Auswertung „Aktivitäten der rechtlichen Betreuer“.....	28
4.3.2	Auswertung der fachärztlichen Gutachten	30
4.3.3	Auswertung „Aktivitäten des Gerichts“	34
4.4	Diskussion der Ergebnisse	37
5	Bilanz	40
	Verzeichnis der Abbildungen	42
Anhang		
	Dokumentationsbogen „Aktivitäten der rechtlichen Betreuer“	44
	Checkliste Unterbringungsgutachten	47
	Dokumentationsbogen „Aktivitäten des Gerichts“.....	50
	Informationsblatt zur Gutachtenerstellung	52
	Text „Zivilrechtliche Unterbringungen“	53
	Gesetzestext § 1906 BGB	58
	Auszug aus BtPrax Online-Lexikon Betreuungsrecht	60
	Flyer „Unterbringungsverfahren“ der Region Hannover	64

Kurzfassung

Ausgangspunkt für das vom Land Niedersachsen geförderte und in Trägerschaft der Seelhorst-Stiftung Barsinghausen durchgeführte Projekt waren die folgenden Sachverhalte:

- Eine Unterbringung stellt einen schwerwiegenden Eingriff in grundgesetzlich garantierte Freiheitsrechte dar. Der mit einer Unterbringung verbundene Verlust von Selbstbestimmung, Freiheit und Autonomie, kann für die Betroffenen traumatisierende Folgen auslösen. Die von einer Unterbringung betroffenen Personen bedürfen in besonderer Weise des Schutzes, der Fürsorge und der Solidarität. Einer Unterbringung darf nur als ultima ratio in Betracht kommen, erst dann, wenn alle Hilfemöglichkeiten unterhalb der Schwelle von gerichtlichen Entscheidungen sorgfältig ausgelotet und sich als nicht tragfähig erwiesen haben. Zahlreiche Studien belegen, dass die Unterbringungspraxis nicht immer diesen Maßgaben genügt.
- Gegenwärtig gibt es keine verbindlichen Vorgaben, in welcher Differenziertheit die Problemsituation der von einer Unterbringung Betroffenen und die Tätigkeiten der an Unterbringungsverfahren beteiligten Akteure zu dokumentieren sind. Entsprechend lassen Aktenanalysen nicht immer die Beurteilung zu, ob eine Unterbringung tatsächlich alternativlos war.
- Zivilrechtliche Unterbringungen¹ nehmen stetig zu, wobei die Unterbringungsraten auf regionaler Ebene teilweise extrem divergieren.

Zielsetzung des Projekts war die Erreichung einer an Qualitätsmerkmalen orientierten transparenten und weitgehend vereinheitlichten Unterbringungspraxis. Um dieses Ziel zu erreichen, ist eine standardisierte Dokumentation des Unterbringungsgeschehens, wie sie vom Betreuungsgerichtstag wiederholt gefordert wurde, unverzichtbar. Vergleichbare Daten sind auch Voraussetzung für Analysen, die Schwachstellen im Unterbringungsgeschehen aufdecken und Maßnahmen für Korrekturen begründen könnten.

¹ Im Folgenden werden dafür auch die Begriffe „Unterbringungen nach § 1906 BGB“, „Unterbringen nach Betreuungsrecht“ oder „Betreuungsrechtliche Unterbringungen“ verwendet.

In einem zeitlich und inhaltlich vorgelagerten Projekt wurden in Zusammenarbeit mit einem Expertenkreis Qualitätsanforderungen an Vorgehensweisen bei Unterbringungen¹ entwickelt und in Formulare zur Dokumentation der Tätigkeiten der an Unterbringungsverfahren beteiligten Akteure (Betreuungsrichter, rechtliche Betreuer, fachärztliche Gutachter) transformiert. Von der mit einer vereinheitlichten Dokumentation geschaffenen Transparenz wird ein Qualitätsgewinn bei der Verfahrensgestaltung erwartet.

In der vorliegenden Studie sollte erprobt werden, ob in der Praxis eine Verständigung auf den Einsatz dieser Dokumentationsinstrumente erreicht werden kann und ob die vorgeschlagenen Verfahrenspraktiken für die Routinepraxis tauglich sind. Das Projekt hatte damit den Status einer Machbarkeitsstudie.

In die Studie wurden alle Amtsgerichtsbezirke in der Region Hannover eingebunden. Die Mitwirkungsbereitschaft der Amtsgerichte war sehr unterschiedlich, sie reichte von engagierter Unterstützung des Vorhabens bis zur expliziten Verweigerung.

Im Ergebnis zeigte sich, dass die vom Projekt vorgeschlagenen Vorgehensweisen und Verfahren zur Dokumentation des Unterbringungsgeschehens praxistauglich sind:

- Von den mitwirkenden Betreuungsrichtern wurde der zeitliche Aufwand für die Ausfüllung eines Dokumentationsbogens als machbar bewertet.
- Von den mitwirkenden rechtlichen Betreuern wurde der mit dem standardisierten Dokumentationsverfahren verbundene zeitliche Mehraufwand als unerheblich bezeichnet. Manche Betreuer sahen darin sogar eine Arbeitserleichterung.
- Im weitaus überwiegenden Teil der fachärztlichen Gutachten wurde auf die vorgegebenen Qualitätsmerkmale eingegangen.

Dass sich trotz mehrfacher Aufforderung nicht alle Akteure „auf einen Schlag“ auf eine vereinheitlichte Dokumentation einlassen würden, war zu erwarten. Beharrliches Bemühen auf verschiedenen Ebenen wird erforderlich sein, um das Ziel einer verein-

¹ Melchinger H. Vorschläge für Qualitätsanforderungen an Verfahrensweisen bei Unterbringungen nach § 1906 BGB und Entwurf eines Dokumentationsinstrumentes - Ergebnisse eines vom Land Niedersachsen geförderten Projektes. Medizinische Hochschule Hannover 2006

heitlichten Verfahrenspraxis zu erreichen. Wo es um den Schutz grundgesetzlich garantierter Freiheitsrechte geht, darf die Durchsetzung von qualitätsgesicherten Vorgehensweisen nicht an der wie auch immer begründeten Verweigerung der Akteure scheitern, die eigenen Aktivitäten hinreichend transparent und damit nachprüfbar zu dokumentieren.

Die Zielsetzung des Projekts steht in Übereinstimmung mit wiederholten Forderungen des Betreuungsgerichtstages, mit den Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), zu deren verlässlichen Umsetzung sich die Bundesrepublik verpflichtet hat, und mit einem unlängst erschienenen Forderungskatalog der Diakonie Deutschland¹.

¹ Diakonie Deutschland. Diakonie Texte. Handreichung „Freiheits- und Schutzrechte der UN-Behindertenrechtskonvention und Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie“.Berlin 02.2013

Problemstellung und Ausgangssituation

Gegen den eigenen Willen untergebracht zu werden und damit Selbstbestimmung, Freiheit und Autonomie zu verlieren, kann für die Betroffenen traumatisierende Folgen auslösen. Eine als Lösung für ein aktuelles Problem veranlasste Unterbringung kann selbst zu einem nachhaltigen Problem werden. Eine Unterbringung kann auch in den lebenslangen Verbleib in einer geschlossenen Einrichtung münden. Vor diesem Hintergrund bedürfen die von einer Unterbringung betroffenen Menschen in besonderer Weise der Unterstützung, des Schutzes und der Fürsorge mit dem Ziel des Erhalts oder der Wiederherstellung von Selbstbestimmung.

Das Betreuungsrecht betont den Vorrang von Hilfen und gebietet, vor einem Eingriff in die grundgesetzlich garantierte Selbstbestimmung und Bewegungsfreiheit alle alternativen Hilfsmöglichkeiten unterhalb der Schwelle von Zwangsmaßnahmen auszuloten, um die betroffenen Menschen nicht über Gebühr einzuschränken. In jedem Fall muss das Bemühen im Vordergrund stehen, eine auf Vertrauen basierende Zustimmung der Betroffenen in notwendige Maßnahmen zu erreichen.

Wenn sich die Anwendungspraxis des Unterbringungsrechts streng an diesen Maßgaben orientieren würde, wenn also Unterbringungen tatsächlich nur als ultima ratio in Betracht kommen würden, wäre zu erwarten, dass die Unterbringungsraten¹ überall von ähnlicher Größenordnung sein würden. Dies ist aber nicht so. Zwischen geltenden Rechtsgrundlagen und gelebter Rechtspraxis besteht eine Diskrepanz.

Während bei Unterbringungen nach § 1906² auf krankheitsbedingte Selbstgefährdung von Betroffenen abgestellt wird, sind in den Psychisch-Kranken-Gesetzen (PsychKG)³ der Länder neben Fremdgefährdung auch Selbstgefährdung Unterbringungsgründe. Wenn beide Gründe gegeben sind⁴, liegt es im Ermessen der Gerichte, ob Fremdgefährdung oder Selbstgefährdung stärker zu gewichten ist und damit welche Rechtsgrundlage angewandt wird.

¹ Unterbringungen pro 10.000 Einwohner

² Der Gesetzestext ist im Anhang auf S. 59/60 abgedruckt.

³ Im Folgenden werden dafür auch die Begriffe „Unterbringungen nach PsychKG“ oder „öffentlich-rechtliche Unterbringungen“ verwendet.

⁴ Beispiel: Ein alkoholabhängiger Klient sucht bei genehmigten Ausgängen regelhaft ein Trinkermilieu auf, wird dort nach exzessivem Alkoholkonsum fremdaggressiv und wird am Ende mit Verletzungen in eine Klinik gebracht.

Die Voraussetzungen für die Veranlassung einer betreuungsrechtlichen Unterbringung sind niedriger als für die Beantragung einer Unterbringung nach PsychKG. Im ersten Fall reicht das Fehlen einer Bereitschaft aus, sich behandeln zu lassen, wenn dem Betroffenen eine psychische Erkrankung/seelische Behinderung attestiert wird und wenn die Gefahr gesehen wird, dass sich der Betroffene erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügen könnte. Voraussetzung für eine Unterbringung nach PsychKG ist dagegen die konkrete Darstellung einer Gefahr, die nur durch die Unterbringung abgewendet werden kann. In der Fachwelt wird verschiedentlich problematisiert, ob es sachgerecht/vertretbar ist, dass für rechtlich betreute Menschen mit dem § 1906 BGB ein gesondertes Unterbringungsrecht existiert, bei dem die Schwelle für eine Unterbringung niedriger gesetzt ist als nach den Bestimmungen des PsychKG. Hier verdient noch ein weiterer Aspekt Beachtung: Solange die Beantragung einer Unterbringung zum Aufgabenbereich der Betreuer gehört, kann die Beantragung einer Unterbringung das Vertrauensverhältnis zwischen Betreutem und Betreuer nachhaltig beeinträchtigen.

Die folgenden Abbildungen lassen deutliche Länder-spezifische Präferenzen in der Anwendung der Rechtsgrundlagen erkennen.

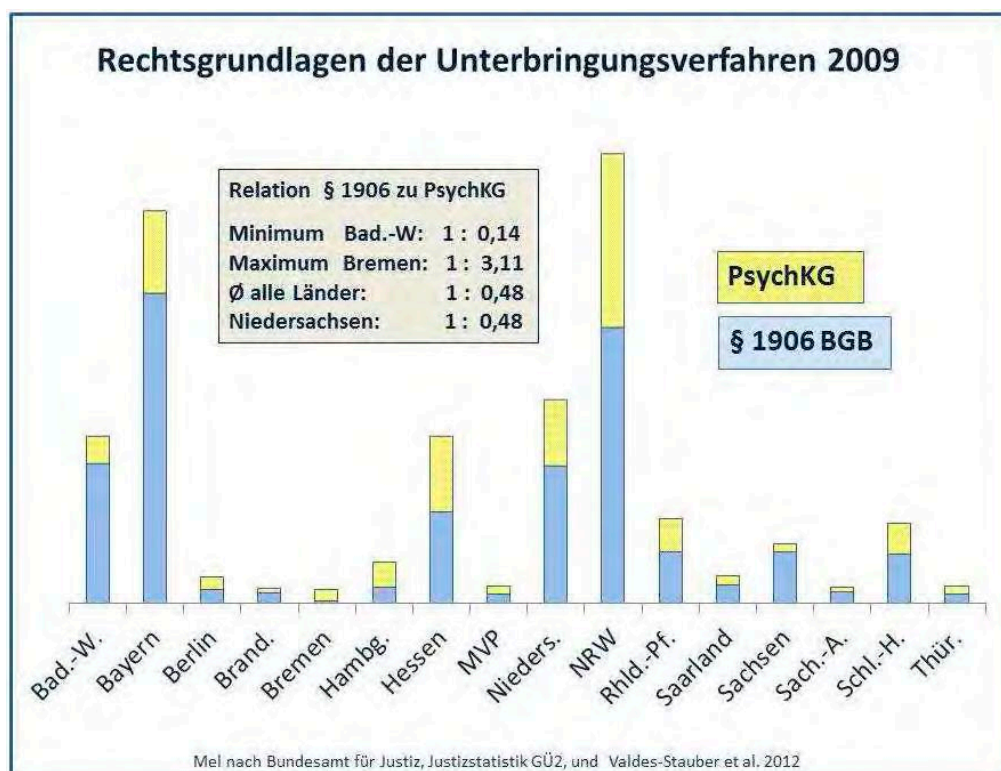


Abb. 1

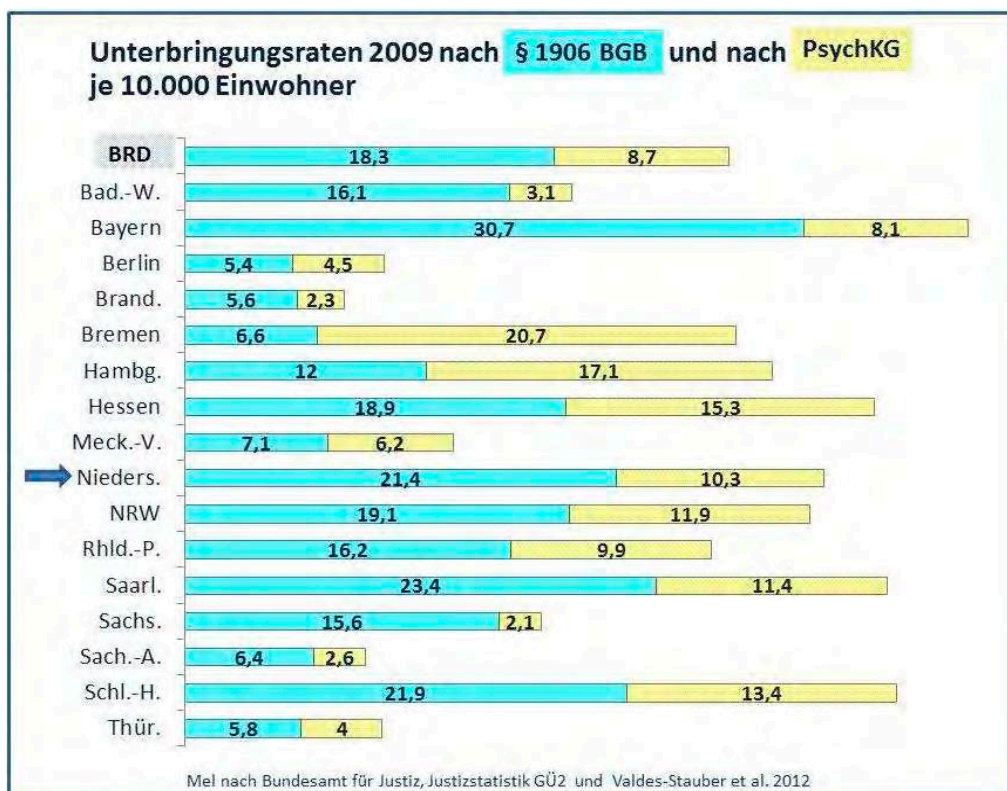


Abb..2

In den neuen Bundesländern liegen die Unterbringungsraten um etwa zwei Drittel niedriger als in den alten Bundesländern. Im Binnenvergleich der alten Bundesländer (Flächenstaaten) liegt die Rate der betreuungsrechtlichen Unterbringungen in Niedersachsen im Mittelfeld. Betreuungsrechtliche Unterbringungen sind dort etwa doppelt so häufig wie öffentlich-rechtliche.

Eine aktuelle Untersuchung von Valdes-Stauber et al. konnte aufzeigen, dass betreuungsrechtliche Unterbringungen in Großstädten dreimal so häufig sind wie auf dem Land und öffentlich-rechtliche Unterbringungen doppelt so häufig wie auf dem Land. Der Quotient zwischen betreuungsrechtlichen und öffentlich-rechtlichen Unterbringungen bleibt aber relativ konstant.¹

¹ Valdes-Stauber J et al. Gibt es unterschiedliche Tendenzen in der Anordnung von Betreuungen und Unterbringungen zwischen Großstadt und Land? Psychiat Prax 2012; 39: 267-274



Abb. 3

Die Gesamtzahl von Unterbringungen nimmt stetig zu. Bei zivilrechtlichen Unterbringungen ergab sich in Deutschland von 1992 bis 2010 eine Zunahme um 78 Prozent. Die Unterbringungsquoten¹ bleiben allerdings relativ konstant. Dies liegt überwiegend daran, dass Verkürzungen der Verweildauern in Kliniken mit erhöhten Wiederaufnahmeraten einhergehen.

¹ Anteil von Unterbringungen an allen Aufnahmen von psychiatrischen Kliniken/Abteilungen



Abb. 4

Die in Abbildungen 1-3 dargestellten Unterbringungsdaten der Länder bilden keine landeseinheitlichen Praktiken ab. Bei Binnenvergleichen zwischen kommunalen Gebietskörperschaften oder Gerichtsbezirken zeigen sich häufig deutliche Unterschiede sowohl in der Häufigkeit von Unterbringungen als auch in den gewählten Rechtsgrundlagen. In einer Kommune wird häufiger nach PsychKG eingewiesen, in einer anderen Kommune häufiger nach Betreuungsrecht. So ist zum Beispiel das Risiko, nach PsychKG untergebracht zu werden, in der Stadt Remscheid zehnmal höher als im Landkreis Siegen-Wittgenstein¹. Unterschiede können sich auch in Merkmalen der untergebrachten Personen zum Ausdruck kommen: In einer Kommune ist der Anteil älterer Menschen an allen Unterbringungsfällen auffallend niedrig, in einer anderen Kommune ist dieser Anteil auffallend hoch usw.

Naheliegender Erklärungsversuche, solche Disparitäten auf unterschiedliche epidemiologische, sozialkulturelle und versorgungsstrukturelle Gegebenheiten in den Vergleichsregionen zurückzuführen (soziale Brennpunkte, Dichte von Heimeinrichtungen, Vorhandensein von Krisendiensten usw.). In Regionen, in denen z.B. rund um die Uhr erreichbare Krisendienste existieren, die wiederum mit anderen Hil-

¹ Wolf Crefeld. Unterbringung: Gesetzliches Verfahren, gesellschaftliche Wirklichkeit und praktische Umsetzung. Vortrag 2012

feangeboten (Krisenwohnungen, Rückzugsräume u.a.) vernetzt sind, werden sich eher Alternativen unterhalb der Schwelle von Unterbringungen finden, als in Regionen, in denen solche Dienste nicht vorhanden sind.

Eine Unterbringung setzt voraus, dass sie erforderlich und verhältnismäßig ist. Der Erforderlichkeitsgrundsatz bedingt wiederum, dass alternative Formen von Hilfen verfügbar sind. Die Häufigkeit von Unterbringungen ist kommunal- und sozialpolitisch steuerbar¹. Es ist nicht tolerierbar, dass eine Unterbringung veranlasst wird, weil vor Ort keine als ausreichend erachtete Hilfeangebote unterhalb der Schwelle einer Unterbringung erschlossen werden können. Insofern sind bei dem Bemühen, die Anzahl von Unterbringungen auf ein nicht vermeidbares Mindestmaß zu reduzieren, auch die für die Sozialraumgestaltung Verantwortlichen gefordert, dafür Sorge zu tragen, dass mobile multiprofessionelle Teams verfügbar sind, die jederzeit kompetente Krisenhilfe leisten können, und dass vernetzte Hilfeangebote vorhanden sind, die auch Spielräume für individuelle Lösungen ermöglichen.

Das Problem fehlender Alternativen zur Unterbringung stellt sich natürlich besonders in kleineren Kommunen außerhalb der Ballungsgebiete, wo nicht immer psychiatrische Fachärzte oder in der Psychiatrie erfahrene andere Ärzte verfügbar sind. Dort muss es Aufgabe der Gemeindepsychiatrischen Verbünde sein, Modelle zu entwickeln, die gewährleisten, dass im Bedarfsfall zu jeder Zeit in Krisenhilfe ausgebildete und erfahrene Fachleute kurzfristig erreicht werden können. Wo spezielle Einrichtungen für Krisensituationen nicht vorgehalten werden können, sollten Kooperationsvereinbarungen mit Trägern solcher Einrichtungen in der nächstgelegenen größeren Stadt getroffen werden, die die Nutzung von deren Angeboten ermöglichen. Der „geläufige“ Weg „bei Krisen Zuführung in die Klinik“ sollte zum Ausnahmefall werden.

Unterschiede in der Häufigkeit von Unterbringungen zeigen sich allerdings auch im Vergleich von versorgungsstrukturell ähnlichen Regionen. Solange die Aktenlage keine Rekonstruktion des Unterbringungsgeschehens ermöglicht, müssen Versuche zur Erklärung von solchen Unterschieden spekulativ bleiben.

Bei kleinräumigen Betrachtungen der Unterbringungspraxis zeigen sich in der Zeitachse eher geringe Veränderungen. Dies liegt daran, weil sich dort, wo Personen lange zusammenarbeiten, auch mehr oder weniger stabile Team-spezifische Prakti-

¹ Wolf Crefeld. Unterbringung: Gesetzliches Verfahren, gesellschaftliche Wirklichkeit und praktische Umsetzung. Vortrag 2012

ken, Stile und Traditionen im Umgang mit krisenhaften Entwicklungen (Anpassung von Werthaltungen, soziale Sensibilitäten, Risikobereitschaften, Toleranzen gegenüber abweichendem Verhalten u.a.) herausbilden können. Der Leiter einer psychiatrischen Klinik in Niedersachsen stellte in diesem Zusammenhang fest: "Letztlich entscheidend für die Frage, ob es zu einer betreuungsrechtlichen Unterbringung kommt, ist häufig das Temperament des rechtlichen Betreuers oder des zuständigen Betreuungsrichters, die näheren Umstände der gesundheitlichen Situation oder der Lebenssituation des Patienten scheinen eher von nachgeordneter Bedeutung zu sein."

Gegenwärtig kann es bei gleichen Problemlagen von Betroffenen von deren Wohnort abhängig werden, ob eine Unterbringung veranlasst wird oder nicht, und wenn ja, ob nach BGB oder nach PsychKG. Gleichen rechtlichen Rahmenbedingungen steht eine unterschiedliche Rechtspraxis gegenüber. Die materiellen Rechtsgrundlagen legitimieren Unterbringungen, reichen aber nicht aus, um eine einheitliche Unterbringungspraxis herzustellen.

Unterbringungen sind unter ethisch-humanitären, rechtsstaatlichen, sozialen und fachlich-psychiatrischen Gesichtspunkten zu problematisieren. Neben diesen im Vordergrund stehenden Gesichtspunkten dürfen aber auch die volkswirtschaftlichen Implikationen nicht ausgeblendet werden. Mit der Entscheidung für eine Unterbringung, die nicht selten in eine lebenslange Unterbringung mündet, werden ganz erhebliche Ausgaben zu Lasten des Sozialhilfeträgers ausgelöst. Bei angenommenen monatlichen Kosten von rund 3.000 Euro für einen Platz in einer geschlossenen Einrichtung entstehen dem Sozialhilfeträger bei einer 20 Jahre andauernden Unterbringung einer einzigen Person Ausgaben von einer dreiviertel Million Euro. Die Kosten einer Unterbringung nach PsychKG liegen mit monatlich rund 6.000 Euro noch wesentlich höher.

Auf die Darstellung von Häufigkeiten und Zuwachsraten bei unterbringungsähnlichen Maßnahmen (Fixierungen, Abschließen von Räumen, Anbringung von Bettgittern u.a.) wird verzichtet, weil diese Statistiken nur bedingt aussagekräftig sind. Die Zuwächse reflektieren nach Einschätzung vieler Fachleute weniger eine veränderte Praxis als vielmehr ein zunehmendes Bewusstsein der Verantwortlichen in Einrichtungen, dass die Anwendung solcher Maßnahmen die Genehmigung durch einen Betreuungsrichter voraussetzt.

Die dargestellten Unzulänglichkeiten veranlassten das Niedersächsische Sozialministerium zur Initiierung einer Studie, die Vorschläge entwickeln sollte, wie eine an konsentierten Qualitätskriterien orientierte vereinheitlichte Praxis bei Unterbringungsverfahren zu erreichen wäre. Mit dieser Initiative wurden gleichsam im Vorweg wichtige Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) aufgegriffen, die nach Ratifizierung durch den Bundestag seit März 2009 auch in Deutschland rechtsverbindlich sind.

Vorausgegangenes Projekt

In einem von 2003 bis 2006 durchgeführten Projekt (Titel „Vorschläge für Qualitätsanforderungen an Verfahrensweisen bei Unterbringungen nach § 1906 BGB und Entwurf eines Instrumentes zur Dokumentation“) wurden in Zusammenarbeit mit über 30 Experten aus allen direkt oder indirekt mit Unterbringungen befassten Berufsgruppen¹ die gegenwärtigen Vorgehensweisen/Verfahrenspraktiken bei Unterbringungen analysiert und kritisch erörtert. Dabei wurde deutlich, dass das Unterbringungsgeschehen gegenwärtig sehr unterschiedlich differenziert dokumentiert wird. Vom Betreuungsgerichtstag wurde wiederholt die Forderung vortragen, ein Statistiksystem und einen Betreuungsbericht zu implementieren, die zu qualitativen Verbesserungen der Verfahrenspraktiken führen und die mögliche Erfordernisse von Korrekturmaßnahmen transparent machen könnten. Verschiedentlich wurden auch statistische Aufbereitungen der Entscheidungen von Unterbringungsgerichten gefordert. Solche Daten könnten aber für sich allein noch keinen Erkenntnisgewinn liefern, der Handlungsimplicationen begründen könnte.

Ein Beispiel: Den fachärztlichen Gutachten kommt bei der Entscheidungsfindung des Gerichts große Bedeutung zu. Die Umfänge der in der aktuellen Untersuchung analysierten fachärztlichen Gutachten variierten im Umfang zwischen 1½ und 25 Seiten. Wenn in einem Kurzgutachten im Wesentlichen nur festgestellt wird, dass die gesetzlichen Voraussetzungen für eine Unterbringung aus fachärztlicher Sicht für gegeben erachtet werden, könnte „gutwillig“ unterstellt werden, dass diese Aussage auf den Ergebnissen von Aktenanalysen zur Vorgeschichte des Klienten, eigener Unter-

¹ Betreuungsrichter, Berufsbetreuer, Leiter psychiatrischer Krankenhäuser, Leiter psychiatrischer Institutsambulanzen, Leiter Sozialpsychiatrischer Dienste, Amtsärzte, Leiter von Sozialbehörden, Rechtsanwälte mit Rechtsgebiet Betreuungsrecht, Selbsthilfeinitiativen, Fachwissenschaftler verschiedener Disziplinen

suchungsbefunde, fremdanamnester Angaben, einer sorgfältigen Abwägung von stützenden vs. Konfliktpotentialen im Lebensumfeld des Klienten usw. basieren würde. Wenn wesentliche Gesichtspunkte aber nicht dokumentiert sind, könnte aber auch unterstellt werden, dass diese Gesichtspunkte außer Betracht geblieben sind. In diesem Fall müsste das Gutachten als den fachlichen Anforderungen nicht genügend gewertet werden.

In diesem Zusammenhang ist auf ein weiteres Problem hinzuweisen. Von Richtern, deren Zeit für die Bearbeitung von Fällen äußerst kurz bemessen ist, wird bei der Gutachten-Auftragsvergabe manchmal explizit um ein „nicht so langes“ Gutachten gebeten. Stimmen für den Richter die Begründungen im Unterbringungsantrag des Betreuers mit seinem bei der Anhörung des Betroffenen gewonnen Eindruck überein, wird er geneigt sein, zunächst die Zusammenfassung der fachärztlichen Empfehlung am Ende zu lesen. Hält auch der Gutachter eine Unterbringung für geboten, würde die sorgfältige Lektüre des gesamten Gutachtens dem Richter keine Informationen liefern, die für seine Entscheidungsfindung wesentlich wären.

Versuche, durch wissenschaftliche Analyse von Gerichtsakten unterschiedliche Unterbringungshäufigkeiten zu erklären und daraus Handlungsimplicationen abzuleiten, müssten gegenwärtig aus zwei Gründen scheitern. Zunächst wäre für die Gerichte der Aufwand, Unterbringungsentscheidungen zu identifizieren und die entsprechenden Akten aus den Archiven herauszuziehen, praktisch kaum leistbar. Wenn diese Hürde überwunden werden könnte, würden die wissenschaftlichen Bearbeiter vor dem Problem stehen, unterschiedlich differenzierte Aktenangaben bewerten/klassifizieren zu müssen. In vielen Fällen könnte keine eindeutigen Beurteilungen darüber getroffen werden, ob die veranlasste Unterbringung tatsächlich alternativlos war oder nicht.

An dieser Problematik ansetzend wurden im Projekt Vorschläge für Qualitätsanforderungen an Vorgehensweisen bei Unterbringungen entwickelt und in verschiedene Dokumentationssysteme verdichtet, die die Vorgehensweisen der Akteure transparent machen sollten¹. Erstellt wurde ein Dokumentationsformular für die Aktivitäten der rechtlichen Betreuer und ein Dokumentationsformular „Aktivitäten des Gerichts“. Da davon auszugehen war, dass Fachärzte, die nur gelegentlich Unterbringungsgut-

¹ Die Dokumentationsformulare sind als Anlage auf S. 45 ff beigelegt.

achten erstellen, eher nicht dafür gewonnen werden können, ihre Gutachtenerstellung an einer vorgegebenen festen Struktur zu orientieren, wurde als Anforderung an Gutachten eine Checkliste erstellt, die alle wichtigen Gesichtspunkte enthält, die im Gutachten thematisiert werden sollten. An welcher Stelle im Gutachten auf diese Gesichtspunkte eingegangen wird, ist dann von nachgeordneter Bedeutung.

Alle Dokumentationsinstrumente wurden unter enger Beteiligung der jeweiligen Berufsgruppen entwickelt, auf Praktikabilität überprüft und nach mehreren Testläufen erneut überarbeitet.

Die Bedeutung von vereinheitlichten Dokumentationsinstrumenten liegt in mehreren Aspekten:

- Wichtige Gesichtspunkte/Handlungserfordernisse, die insbesondere dann aus dem Blickfeld geraten können, wenn Entscheidungsdruck gegeben ist, werden im Dokumentationsformular aufgelistet. Stichworte im Dokumentationsbogen fungieren damit auch als Merkposten für Handlungserfordernisse.
- Eine standardisierte Dokumentation kann für die Akteure Veranlassung sein, Alternativen zur Unterbringung noch sorgfältiger auszuloten. Interessant ist in diesem Zusammenhang ein Studienergebnis aus dem Landschaftsverband Rheinland. Drastische Zunahmen von Anträgen auf unterbringungsähnliche Maßnahmen (z.B. Fixierungen) wurden dort zum Anlass genommen, die Antragstellung mit der Verpflichtung zu einer detaillierten Dokumentation zu verknüpfen. Diese Maßgabe führte in der Folge zu einer deutlichen Abnahme der Antragsstellungen. Offenbar konnten unter dieser Bedingung in vielen Fällen noch Lösungen unterhalb der Schwelle von Zwangsmaßnahmen gefunden werden.
- Alle an Unterbringungen beteiligten Akteure und die von einer Unterbringung betroffenen Personen können sich darauf beziehen.
- Anhand der Dokumentation lässt sich erkennen, ob und in welcher Weise die von einem Betroffenen vorgebrachten Gründe gegen eine Unterbringung gewürdigt wurden. Bei Nicht-Berücksichtigung von gewichtigen Gründen würde

dem Betroffenen eine Handhabe gegeben, gegen eine Unterbringung Einspruch zu erheben.

- Die Gutachter-Checkliste kann zur Prüfung verwendet werden, ob im Gutachten alle wichtigen Gesichtspunkte thematisiert werden. Ein Vormundschaftsrichter kann unter Bezugnahme auf diese Checkliste ein Sachverständigen-gutachten zur "Nachbesserung" zurückreichen, wenn dort wichtige Aspekte nicht thematisiert wurden.
- Mit der durch eine vereinheitlichte Dokumentation geschaffenen Transparenz werden die Voraussetzungen für wissenschaftliche Analysen und Vergleichsuntersuchungen hergestellt.

Die Ergebnisse des vorausgegangenen Projekts wurden in einem Abschlussbericht zusammengefasst und in der Zeitschrift *Betreuungsrechtliche Praxis (BtPprax)* veröffentlicht.¹

Aktuelles Projekt

Probelauf

In einem 2007 eingerichteten Folgeprojekt sollte die Praktikabilität der vorgeschlagenen Vorgehensweisen bei längerfristigen Unterbringungen² in der Praxis geprüft werden.

Für einen ersten Probelauf wurde der Bezirk des Amtsgerichts (AG) Hannover vorgesehen. Dieser Bezirk bot sich an, weil zwei Betreuungsrichter aus dem AG Hannover an der Entwicklung der Dokumentationsinstrumente beteiligt waren.

Die Erwartungen an diese erste Erprobung waren nicht zu hoch gesteckt. Abgesehen von der allgemeinen Erfahrung, dass Dokumentieren bei allen Berufsgruppen eine unbeliebte Tätigkeit darstellt, waren dafür folgende Überlegungen maßgebend:

- Die Nutzung der Dokumentationsformulare könnte nur über Werbung für die Ziele des Projektvorhabens und nur durch Selbstverpflichtung der Akteure zur

¹ Der Text ist als Anlage beigelegt S. 52 ff).

² Einstweilige Anordnungen, sogenannte 6-Wochen-Beschlüsse, sollten unberücksichtigt bleiben.

Mitwirkung erreicht werden. Eine Verweigerung der Mitwirkung würde folgenlos bleiben.

- Bei den Gerichten, die einmütig über personelle Engpässe klagen, wird verstärkt versucht, durch EDV-gestützte Maßnahmen Arbeitsentlastungen zu erreichen. Jede zusätzliche Aktivität könnte grundsätzlich verweigert werden, auch wenn dafür nur wenige Minuten zu investieren wären.
- Es könnte Richter geben, die die Vorgaben des Projekts als Eingriff in ihre richterliche Unabhängigkeit abwehren würden.
- Von den fachärztlichen Gutachtern könnte es als zu aufwendig gewertet werden, die wenigen Unterbringungsgutachten, die im Auftrag der am Projekt mitwirkenden Richter zu erstellen wären, an der vorgegebenen Checkliste auszurichten, während alle anderen Gutachten in gewohnter freier Form verfasst werden.
- Wenn ein rechtlicher Betreuer die Begründung für seinen Unterbringungsantrag weiterhin in gewohnter freier Form verfassen würde und das Gericht nicht die ausführliche Begründung auf dem Projektformularen nachfordern würde, könnte nicht erwartet werden, dass sich der Betreuer bei späteren Anträgen anders verhalten würde. Eine solche Nachforderung durch das Gericht wäre aber wieder mit Mehrarbeit für die Richter verbunden.
- Wenn ein Betreuer z.B. auf die im Dokumentationsformular gestellte Fragen nach den vom ihm im Vorfeld unternommenen Aktivitäten zur Abwendung einer Unterbringung nicht ausführlich eingehen, könnte er befürchten, sich später hierfür rechtfertigen zu müssen. Wenn er in seinem frei verfassten Unterbringungsantrag auf dieses Thema gar nicht erst eingehen würde, würde eine mögliche Unterlassung von solchen Aktivitäten eher nicht auffallen.

Zu Beginn der Feldstudie wurden auf einer Sitzung aller Betreuungsrichter die Zielsetzung des Projekts und die Modalitäten der Durchführung vorgestellt. Die Ziele des Projekts stießen dort auf fast unerwartet hohe Akzeptanz. So wurde von einigen Richtern festgestellt, dass Verfahrensmodalitäten, die Transparenz schaffen, längst überfällig wären. Auch gegen die Ausfüllung des Dokumentationsformulars „Aktivitäten des Gerichts“ wurden keine Bedenken vorgebracht.

Die Betreuungsrichter wurden gebeten, sich den vorgeschlagenen Verfahrensweisen anzuschließen. Der Auftragserteilung an einen Gutachter sollte ein vom Projekt zur Verfügung gestelltes Informationsblatt¹ über die Zielsetzung des Vorhabens beige-fügt werden. Das Informationsblatt beinhaltete die Aufforderung an die Gutachter, bei der Erstellung des Gutachtens auf die in der ebenfalls beige-fügten Checkliste aufgelisteten Gesichtspunkte einzugehen.

Im Ergebnis sollten für jeden Unterbringungsfall Kopien

- der Dokumentation „Aktivitäten des Gerichts“,
- der Dokumentation der Aktivitäten der Betreuer,
- des Sachverständigen-Gutachtens sowie
- des Beschlusses des Gerichts

dem Projekt zur Auswertung zur Verfügung gestellt werden.

Datenschutzrechtliche Unbedenklichkeit sollte durch vollständige Anonymisierung aller Dokumente hergestellt werden. Technisch sollte dies dadurch erreicht werden, dass alle Namen geschwärzt würden und dass von den geschwärzten Dokumenten Kopien hergestellt würden. Die Anonymisierung der Unterlagen könnte von MitarbeiterInnen aus der Verwaltungsebene geleistet werden. Dieser projektspezifische Aufwand würde bei Einführung der Dokumentation in die Routinepraxis entfallen.

Die rechtlichen Betreuer wurden auf zwei Sitzungen der BerufsbetreuerInnen in der Region Hannover ausführlich über das Projekt informiert. Der Dokumentationsbogen „Aktivitäten der Betreuer“ wurde vorgestellt und ausgehändigt. In beiden Sitzungen wurden von keiner Seite kritische Stimmen zur neuen Form der Dokumentation laut. Als Anlage zu einem Rundschreiben der Betreuungsstelle, in dem nochmals zur Anwendung der Dokumentationsbögen aufgefordert wurde, wurde den BetreuerInnen das Dokumentationsformular als PDF-Format übermittelt..

Die Ergebnisse des Probelaufs waren ernüchternd, nur einige wenige Richter waren bereit, ihre Tätigkeiten zu dokumentieren, Betreuer und Gutachter über die im Projekt geforderten Vorgehensweisen zu informieren und auf deren Einhaltung zu achten. Die Gründe für die Verweigerung lagen in einer Gemengelage der auf den Seiten 21 und 22 dargestellten Bedenken. Trotz ausführlicher Vorstellung des vom Land Niedersachsen initiierten Projekts war die Bedeutung des Vorhabens offensichtlich nicht

¹ Das Informationsblatt ist als Anlage auf S. 48 beige-fügt.

allen Richtern deutlich. Für denjenigen, der das Vorhaben als zeitlich begrenztes isoliertes Projekt verstanden hätte, könnte die Überlegung naheliegend gewesen sein, ob es sich lohnen würde, sich auf neue Verfahrensmodalitäten einzustellen. Dazu kamen vielleicht auch „menschliche“ Überlegungen: Wenn ein einzelner Richter nicht mitwirken würde, würde dies bei insgesamt 20 Betreuungsrichtern nicht ins Gewicht fallen.

Erweiterung des Projekts

Auf einer Sitzung am 17.09.2009 im Niedersächsischen Sozialministerium, an der auch die Referatsleiterin Betreuungsrecht aus dem Niedersächsischen Justizministerium vertreten war, wurde das weitere Vorgehen im Projekt erörtert. Angesichts der nach wie vor als hoch eingeschätzten Bedeutung des Vorhabens wurde beschlossen, dass das Interesse des Landes im Projekttitel durch den Zusatz „Eine Initiative der Niedersächsischen Ministerien für Soziales und Justiz“ herausgestellt werden sollte und dass die Erprobung auf die Bezirke aller sieben Amtsgerichte in der Region Hannover ausgeweitet werden sollte.

Alle Amtsgerichte in der Region Hannover (Burgdorf, Burgwedel, Hannover, Lehrte, Neustadt a.R., Springe, Wennigsen) wurden über die Oberlandesgerichte Hannover bzw. Braunschweig offiziell über das Vorhaben in Kenntnis gesetzt und um Mitwirkung gebeten. In der Folge wurden alle Amtsgerichte vom Projektleiter teilweise mehrfach aufgesucht und über Einzelheiten zum Verfahren informiert.

Eine Ausnahme bildete das AG Neustadt, das eine persönliche Vorstellung des Projekts durch den Projektleiter ablehnte. Vom AG Neustadt wurde zunächst unter Hinweis auf außergewöhnlich hohe Krankenstände sowohl auf der richterlichen als auch auf der Verwaltungsebene erklärt, dass eine Mitwirkung am Projekt nicht in Betracht kommen könnte. Im Einzelnen wurde mitgeteilt, dass die Betreuungsrichter

- kein hinreichendes Interesse am Projekt gezeigt hätten und keinen unmittelbaren Nutzen des Projekts zur Bewältigung ihrer täglichen Arbeit erkennen könnten und nicht willens und in der Lage wären, die mit dem Projekt verbundene vermeintliche Mehrbelastung zu übernehmen,
- sich in ihrer richterlichen Unabhängigkeit beeinträchtigt sähen, da sie Auskunft geben sollen über die von ihnen jeweils gewählte Verfahrensgestaltung, wozu

sie weder verpflichtet wären noch seitens der Verwaltung des Amtsgerichts dazu angehalten werden könnten.

Alle anderen Amtsgerichte erklärten sich grundsätzlich zur Mitwirkung am Projekt bereit.

Bereits bei den Erstkontakten mit dem Amtsgerichten wurde deutlich, dass die Häufigkeiten der für das Projekt relevanten Unterbringungsfälle (§ 1906 BGB, Unterbringungszeiträume länger als 6 Wochen) extrem unterschiedlich sind. Während beim AG Burgwedel solche Fälle sehr selten vorkommen („höchstens zehn Mal im Jahr“), fallen beim AG Lehrte pro Jahr rund 300 zivilrechtliche Unterbringungen (6-Wochen-Beschlüsse eingeschlossen) und darüber hinaus ebenso rund 300 Unterbringungsfälle nach PsychKG an. Eine Erklärung für die extremen Unterschiede zwischen diesen beiden beispielhaft erwähnten Amtsgerichten liegt darin, dass es im Bezirk des AG Burgwedel keine geschlossenen Einrichtungen gibt, während der Bezirk des AG Lehrte das Klinikum Wahrendorff einschließt, das über einen sehr großen Heimbereich verfügt, dessen Bewohner durch besonders hohe Problembelastungen gekennzeichnet sind. Die Bewohner stammen zu einem beachtlichen Teil aus anderen Regionen und kamen in das Klinikum Wahrendorff, weil in ihren Herkunftsregionen keine geeigneten Einrichtungen verfügbar waren.

Da auch beim AG Lehrte personelle Engpässe auf der Verwaltungsebene bestanden und die auf Seite 23 aufgelisteten Tätigkeiten für das Projekt im normalen Geschäftsablauf nicht zu leisten waren, wurde dort erreicht, dass die MitarbeiterInnen der Verwaltungsebene diese Aufgaben außerhalb ihrer Dienstzeit erledigen und dafür eine Honorierung aus Projektmitteln erhalten würden. Diese Regelung funktionierte zu allseitiger Zufriedenheit problemlos. Den anderen Amtsgerichten wurde nahegelegt, auch diese Regelung zu übernehmen, falls die Mitwirkung am Projekt an personellen Engpässen scheitern sollte.

Parallel zur Information der Gerichte wurden die Berufsbetreuer in der Region Hannover auf einer Veranstaltung der Betreuungsstelle von der Referatsleiterin Betreuungsrecht im Niedersächsischen Justizministerium und vom Projektleiter erneut über das Vorhaben informiert und um Nutzung der Dokumentationsformulare gebeten. Eine aktualisierte Fassung der Dokumentationsformulare wurde allen Berufsbetreuern im PDF-Format übermittelt.

Die Betreuungsstelle der Region Hannover unterstützte das Vorhaben nachdrücklich. In einem von der Region Hannover herausgegebenen Flyer „Unterbringungsverfahren nach Betreuungsrecht § 1906 GGB – Der Mensch im Mittelpunkt“¹ wird zu den Aufgaben der Betreuer u.a. ausgeführt: „Der Betreuer stellt schriftlich und sachlich begründet, incl. Unterbringungszeitraumes, einen Unterbringungsantrag beim Gericht. Dabei orientiert er sich an dem Fragebogen des Projekts „Vorgehensweisen bei zivilrechtlichen Unterbringungen“.

Untersuchungsergebnisse

Nach Abschluss der Feldphase im Sommer 2011 lagen genau 100 Fallunterlagen vor, die sich auf die Amtsgerichtsbezirke wie folgt verteilen:

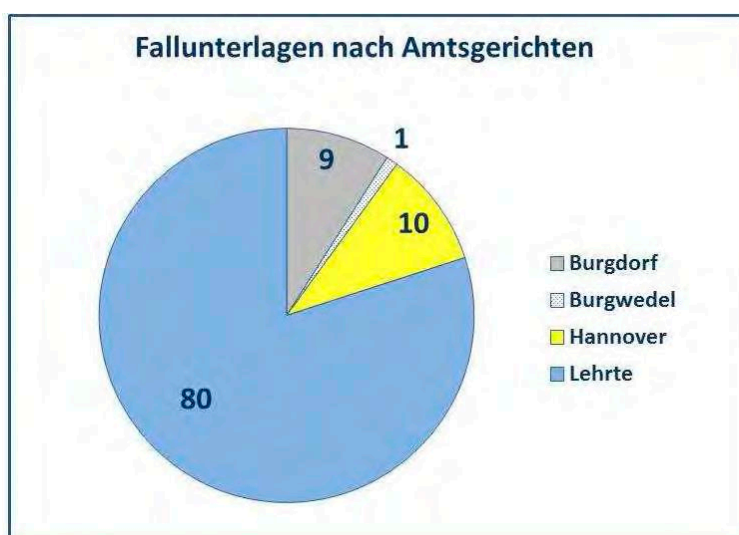


Abb. 5

80 Prozent der Fallunterlagen stammen aus dem Amtsgericht Lehrte. Vom größten Amtsgericht der Region, dem AG Hannover, wurden Dokumente zu 10 Fällen zur Verfügung gestellt. Diese zehn Fälle stammen ausschließlich aus der Zuständigkeit einer Betreuungsrichterin, die bereits an der Projektplanung mitwirkte. Alle anderen Betreuungsrichter des AG Hannover haben entgegen der positiven Beurteilung, die das Projekt bei dessen Vorstellung erhalten hatte, nicht am Projekt mitgewirkt. Nach Auskunft des kleinen AG Springe gab es in der Projektlaufzeit dort keine den Projekt-

¹ Der Flyer ist als Anlage auf S. 61/62 beigefügt.

kriterien entsprechenden Unterbringungsfälle. Beim AG Wennigsen, das mehrfach seine Unterstützung des Projekts bekundete, lagen einige Fälle vor, deren Übermittlung nach Auskunft des Gerichts letztlich daran scheiterte, dass dort trotz eines Honorarangebots keine MitarbeiterInnen gefunden werden konnten, die bereit gewesen wären, sich um eine Zusammenstellung der Fallunterlagen zu kümmern.

Auswertung „Dokumentation der Aktivitäten der rechtlichen Betreuer“

Nachvollziehbarkeit der Begründungen

Wie bereits erwähnt nutzten nur 27 Prozent der Betreuer den ausführlichen Dokumentationsbogen „Aktivitäten der Rechtlichen Betreuer“. 63 Prozent begründeten das Unterbringungserfordernis in gewohnter freier Form.

Die auf dem Dokumentationsformular formulierten Begründungen für die Notwendigkeit einer Unterbringung waren in 42 Prozent der Fälle vollständig nachvollziehbar. In den anderen Fällen war die Notwendigkeit einer Unterbringung nicht hinreichend schlüssig begründet. Da die Nutzer des Dokumentationsformulars ihre Unterbringungsanträge parallel auch in gewohnter individueller Form formuliert hatten, kann unterstellt werden, dass die Essentials der Begründungen im Dokumentationsformular erwähnt wurden. Ob weitere Begründungen im persönlichen Gespräch dem Betreuungsrichter übermittelt oder vor dem Hintergrund oft länger zurückreichender Fallberichte als bekannt vorausgesetzt wurden, entzieht sich einer Beurteilung.



Abb. 6

Behandlungsziele

Auffällig ist, dass die im Dokumentationsformular geforderten Angaben zu den Behandlungszielen sehr allgemein formuliert sind. In 13 Prozent der Fälle wurden dazu keine Angaben gemacht.



Abb. 7

Bei allgemein formulierten Behandlungsziele wie „Abwendung von Eigengefährdung“ wird die Überprüfung, ob/inwieweit konkrete Veränderungen nach Ablauf der Unterbringung erreicht wurden, kaum möglich sein.

Dauer der Unterbringung

Nach den Erläuterungen in dem bereits erwähnten Flyer „Unterbringungsverfahren nach Betreuungsrecht § 1906 BGB“ beinhaltet der Unterbringungsantrag des Betreuers auch die Bezifferung des Unterbringungszeitraums. In 25 Prozent der Dokumentationsformulare wurden dazu keine Angaben gemacht. Die beantragten Unterbringungszeiträume (nur 18 Fälle und deshalb nur eingeschränkt verallgemeinerbar) stellen sich wie folgt dar:

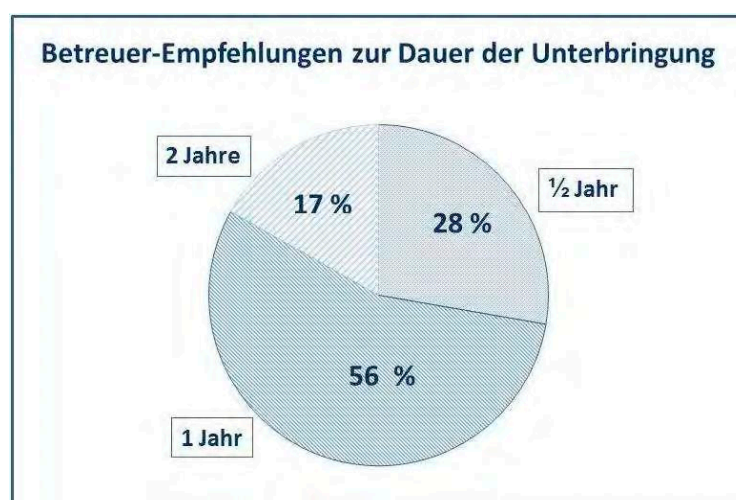


Abb. 8

Auswertung der fachärztlichen Gutachten

Aktuelle Situation der Betroffenen

Die aktuelle Situation der Betroffenen wurde durchgängig differenziert beschrieben. Die für die Entscheidung über eine Unterbringung relevanten Ausschnitte aus der Vorgeschichte wurden aber nur in 74 Prozent der Fälle differenziert dargestellt. In den anderen Fällen wurde meist auf die übermittelten Aktenauszüge verwiesen.

Psychischer und somatischer Befund

Während der psychische Befund einschließlich differentialdiagnostischer Überlegungen fast durchgängig differenziert dargestellt wurde, enthielten 30 Prozent der Gutachten zum somatischen Befund weniger differenzierte oder keine Angaben.

Diagnosen

Unter den psychiatrischen Diagnosen dominieren Substanzabhängigkeiten und schizophrene Erkrankungen.

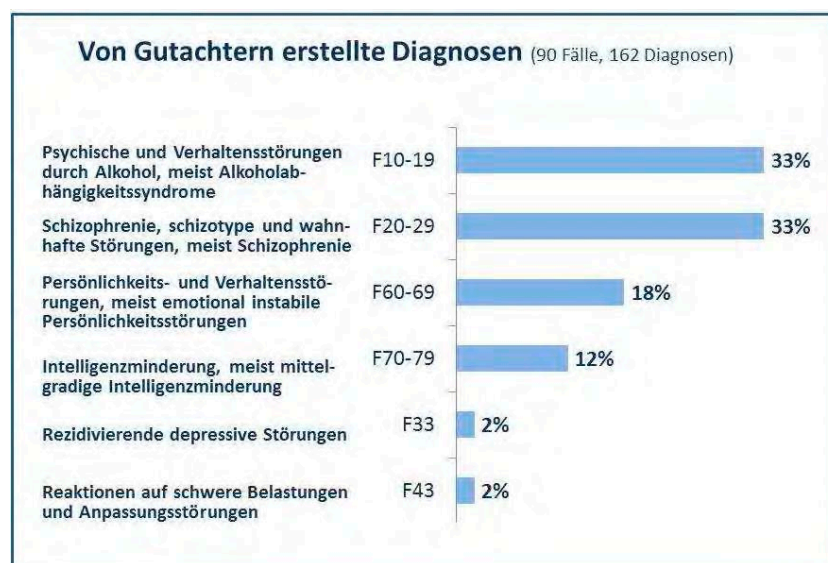


Abb. 9

Bei Mehrfachdiagnosen sind die Koppelungen Schizophrenie + Abhängigkeitssyndrom und Persönlichkeitsstörung + Abhängigkeitssyndrom am häufigsten.

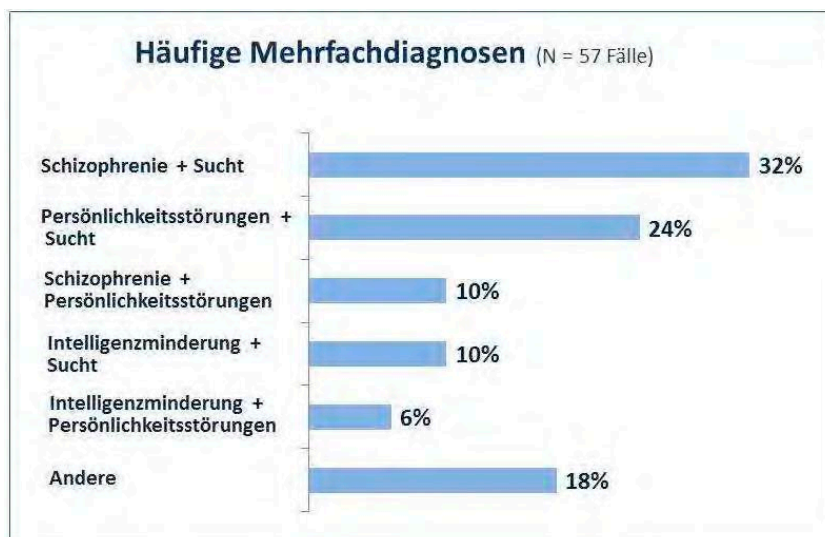


Abb. 10

Alternativen zur Unterbringung

In 81 Prozent der Gutachten wurde nachvollziehbar begründet, warum Alternativen zur Unterbringung nicht gesehen werden. In 19 Prozent der Fälle gab es dazu nur weniger differenzierte oder gar keine Angaben.

Einverständnis der Betroffenen

In nur 67 Prozent der Gutachten wurden ausgeführt, ob der Betroffene mit seiner Unterbringung einverstanden war oder nicht. Danach waren 60 Prozent der Betroffenen mit der Unterbringung nicht einverstanden.

Negative Folgen der Unterbringung

Mögliche negative Folgen einer Unterbringung wurden in 51 Prozent der Gutachten differenziert erörtert, in 49 Prozent wurden zu diesem Aspekt weniger differenzierte oder keine Angaben gemacht.

Behandlungsziele

Von 58 Prozent der Gutachter wurden Behandlungsziele relativ differenziert beschrieben, allerdings überwiegend auf den gesundheitlichen Zustand bezogen. Von 38 Prozent gab es dazu nur weniger differenzierte Angaben, von 4 Prozent wurden keine Behandlungsziele angegeben.

Wenn keine mit zumindest „ausreichender Wahrscheinlichkeit“ erreichbaren Behandlungsziele spezifiziert werden können, wäre eine Unterbringung nicht legitimiert.

Dauer der Unterbringung

Die Empfehlungen der Gutachter zur Dauer der Unterbringung unterscheiden sich nicht grundsätzlich von den Entscheidungen der Richter. Die Daten zeigen jedoch die Tendenz, dass Gutachter eher längere Unterbringungszeiten empfehlen.

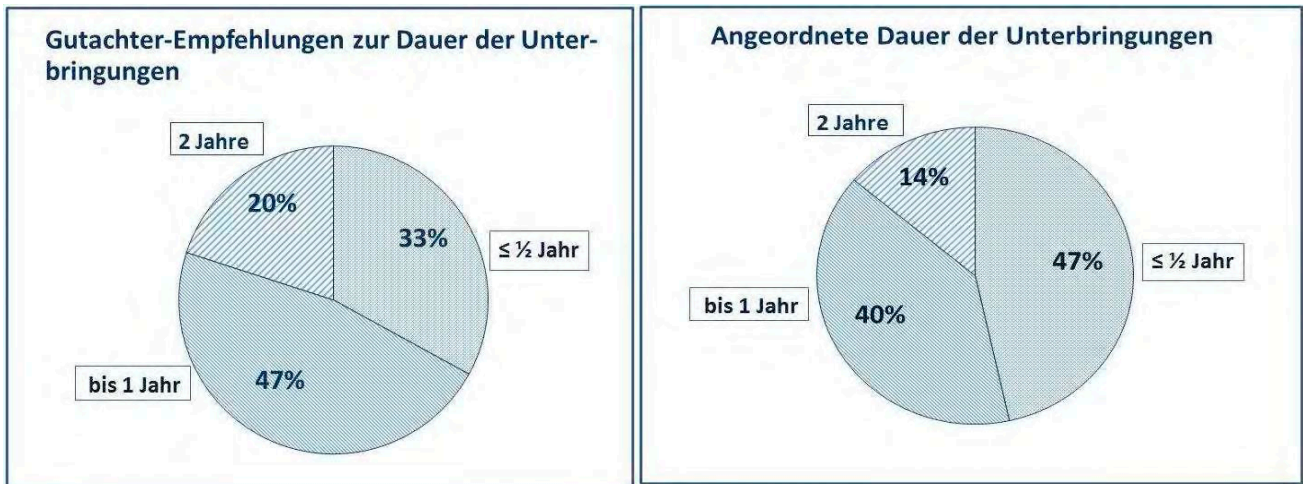


Abb. 11

Nutzung der Checkliste

12 Prozent der Gutachter orientierten ihre Stellungnahmen genau an den Vorgaben der Checkliste. Abgleiche der Inhalte der Gutachten mit den Anforderungen der Checkliste ergaben in der Mehrzahl der Fälle ein positives Bild:

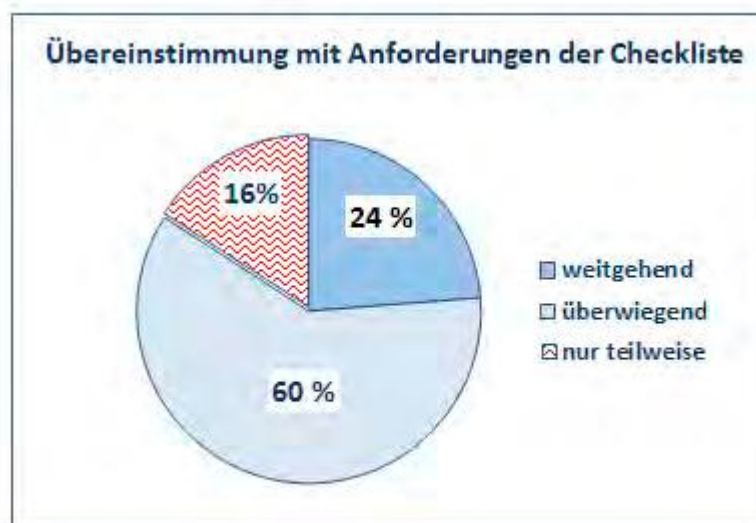


Abb. 12

84 Prozent aller Gutachten wurden den im Projekt entwickelten Qualitätsanforderungen zumindest überwiegend gerecht. 16 Prozent der Gutachten entsprachen nicht diesen Anforderungen, wichtige Aspekte wurden in diesen Gutachten nicht thematisiert.

Externe Fachärzte als Gutachter

Verschiedentlich wurde die Forderung aufgestellt, mit der Erstellung von Gutachten grundsätzlich nur Fachärzte zu beauftragen, die nicht in einem Behandlungsverhältnis zu den Betroffenen stehen. Bei Erstunterbringungen ist diese Forderung unstrittig. Wenn allerdings Gutachten zur Frage der Verlängerung einer bestehenden Unterbringung angefordert werden, kann sich eine andere Situation stellen. Ein externer Gutachter, der mit der Situation konfrontiert werden kann, dass Betroffene bei der Exploration nicht oder nur eingeschränkt gesprächsbereit sind, wird darauf angewiesen sein, sich Informationen aus der Einrichtung zu beschaffen. Wenn sein in der Exploration gewonnener Eindruck von den in längerer Betreuung gewonnenen Erfahrungen der Einrichtung abweichen würde, wird er die Erfahrungen der Einrichtungsärzte als valider betrachten. Vor diesem Hintergrund wird der Sachverhalt, dass die Aufträge für Verlängerungsgutachten knapp zur Hälfte an Ärzte der Einrichtung vergeben wurden, nicht zu kritisieren sein.

Auswertung des Dokumentationsbogens „Aktivitäten des Gerichts“

Erstunterbringung vs. Verlängerungen einer Unterbringung

In Zweidrittel aller Beschlüsse handelte es sich um Entscheidungen über die Verlängerungen bestehender Unterbringungen. Der hohe Anteil der Verlängerungen liegt darin begründet, dass sich über 80 Prozent aller dokumentierten Fälle auf Bewohner von Einrichtungen des Klinikums Wahrendorff beziehen.



Abb. 13

Ob es sich bei Verlängerungen um die erste Verlängerung einer Unterbringung handelte oder ob schon mehrfache Verlängerungen von Unterbringungen vorausgingen, war aus den Akten nicht immer erkennbar. In nicht wenigen Fällen bestand eine Unterbringung schon seit mehreren Jahren. In diesen Fällen war aus den Fallberichten ersichtlich, dass Veränderungspotentiale der Betroffenen als sehr gering eingeschätzt wurden.

Bewilligungen vs. Ablehnungen

In 98 Prozent der Fälle wurden die Unterbringungsanträge der Betreuer bewilligt, in zwei Prozent der Fälle wurde der Antrag abgelehnt. Dieser Befund entspricht der in der Literatur berichteten Größenordnung für Ablehnungen von Unterbringungsanträgen.

Notfallmäßig vollzogene Unterbringungen

In 20 Prozent aller Fälle war eine Unterbringung bereits als Notfallmaßnahme vollzogen worden.



Abb. 14

Der größte Anteil der unter „weniger hohe Dringlichkeit“ subsumierten Unterbringungen bezieht sich auf Fälle, bei denen eine Entscheidung über die beantragte Verlängerung einer bestehenden Unterbringung anstand.

Vorlage des Dokumentationsbogens „Aktivitäten der Rechtlichen Betreuer“

Wie schon erwähnt, wurde das Dokumentationsformular der Betreuer nur in 27 Prozent der genutzt. Nur in wenigen Einzelfällen wurde dieser Bogen von Richtern nachgefordert.

Eindruck bei Anhörung vs. gutachtliche Stellungnahme

Der bei der Anhörung eines Betroffenen vom Richter gewonnene Eindruck stimmte in 90 Prozent der Fälle mit der Einschätzung des fachärztlichen Gutachters überein, in jedem 10. Fall aber nur teilweise.

Dauer der beschlossenen Unterbringungen

Die durchschnittliche Dauer der Unterbringungen betrug 43 Wochen. In jedem siebten Fall wurde eine Unterbringung für zwei Jahre beschlossen.

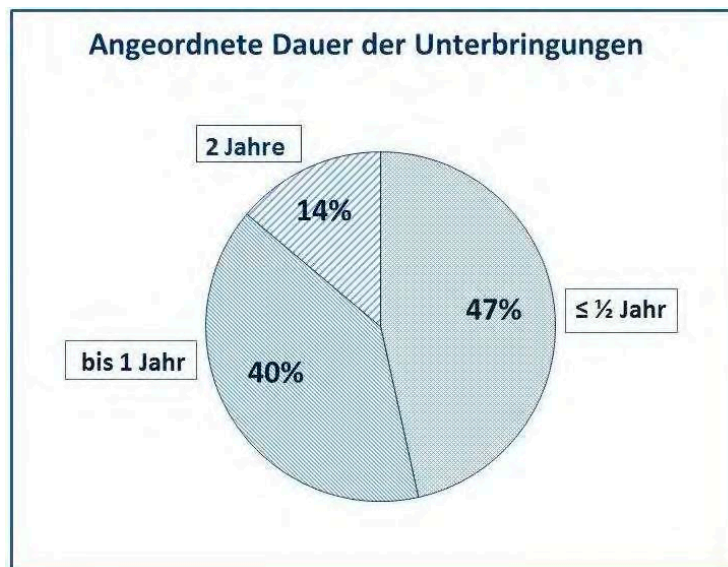


Abb. 15

Dauer der Anhörung

Vor dem Hintergrund von zuweilen vorgetragenen Bedenken, dass einem Richter für die Anhörung zu wenig Zeit zur Verfügung stehen würde, um sich einen umfassenden Eindruck von der Problemsituation eines Betroffenen bilden zu können, wurde in der Erhebung auch die Dauer der Anhörungen erfasst. Die Angaben variierten von weniger als zehn Minuten bis zu mehr als 30 Minuten bei einem Durchschnitt von knapp 20 Minuten. Die statistischen Angaben sind allerdings wenig aussagekräftig, wenn man sich die Gegebenheiten vergegenwärtigt, unter denen Anhörungen stattfinden können. Zwei Beispiele aus dem Projekt: Ein Richter traf auf einen Betroffenen in dessen hoch manischer Phase, der Richter konnte kaum zu Wort kommen, auf Nachfragen ging der Betroffene nicht ein, sondern fuhr in seinem Redeschwall fort. In einem anderen Fall verließ der Betroffene während der Anhörung wortlos den Raum, um dann weiterhin nicht zu einem Gespräch bereit nach einiger Zeit wiederzukommen. Es würde wenig Sinn machen, den Zeitaufwand für Anhörungen unter solchen erschwerenden Gegebenheiten gleichgewichtig mit dem Zeitaufwand für „normale“ Anhörungen in die Statistik einfließen zu lassen. Vor diesem Hintergrund könnte in der angestrebten Routinedokumentation der Aktivitäten des Gerichts auf die Angabe der Dauer der Anhörung verzichtet werden.

Für das Ausfüllen des Dokumentationsformulars wurde von den Richtern ein Zeitaufwand von etwa 5 Minuten angegeben.

Diskussion der Ergebnisse

Bei der Ermessung der Unterbringungszeiträume entspricht es der Konvention, 3 Monate, 6 Monate, 1 Jahr oder 2 Jahre zu empfehlen/beschließen. Diese Konvention kann sich nicht auf empirische Begründungen berufen. Die Entscheidung, ob der Unterbringungszeitraum zum Beispiel ein Jahr oder zwei Jahre betragen soll, ist fachlich kaum begründbar und muss deshalb auch ein Stück weit Beliebigkeit einschließen. Für die Betroffenen kann der Unterschied zwischen den beiden Zeiträumen aber bedeutsam sein. Wenn wiederholt Verlängerungen von Unterbringungen über längere Zeiträume in der gleichen Einrichtung beschlossen werden, besteht die Gefahr, dass die Unterbringung de facto in eine Verwahrung mündet und dass keine neuen Versuche unternommen werden, die Betroffenen für ein Leben außerhalb der Einrichtung zu rüsten. Damit könnte der lebenslange Verbleib in der Einrichtung vorprogrammiert werden.

„Abwendung einer gesundheitlichen Gefährdung“ kann als Behandlungsziel nicht ausreichen. Von den Einrichtungen muss gefordert werden, Behandlungsfeinziele zu definieren, deren Erreichung grundsätzlich überprüfbar sein muss. Als Leitlinie können die in der „Handlungsempfehlung für kommunale Träger der Sozialhilfe im Land Niedersachsen“¹ unter dem Kürzel „SMART“ zusammengefassten Merkmale für Feinziele dienen:

- Spezifisch (konkret, klar, präzise, schriftlich, eindeutig definiert)
- Messbar (mit eindeutigen Kriterien überprüfbar)
- Attaktiv (akzeptabel, motivierend, anspruchsvoll)
- Realistisch (widerspruchsfrei, erreichbar, umsetzbar)
- Terminiert (zeitlich eingegrenzt)

Es gibt Fälle, bei denen eine Unterbringung nicht als geeignete Maßnahme angesehen wird, bei denen die am Verfahren beteiligten Akteure aber trotz sorgfältiger Prüfung aller Hilfemöglichkeiten unterhalb der Schwelle einer Unterbringung ratlos sind, wie mit einem Betroffenen verfahren werden sollte. Wenn aber die Abwendung einer erheblichen gesundheitlichen Gefährdung ein rasches Handeln erfordert, kann eine Unterbringung unvermeidbar werden. In solchen Fällen ist es nicht vertretbar, einen

¹ Leitfaden Zielplanung I/2009, Arbeitsgruppe 2a zum Quotalen System

längeren Unterbringungszeitraum zu beschließen und erst nach dessen Ablauf Überlegungen anzustellen, wie mit dem Betroffenen weiter verfahren werden sollte.

Auch wenn immer das Wohl der Betroffenen im Vordergrund stehen muss, sollte den an Unterbringungsverfahren beteiligten Akteuren bewusst bleiben, dass mit der Entscheidung für eine längerfristige Unterbringung massive Kosten zu Lasten des Sozialhilfeträgers ausgelöst werden.

Von fachärztlichen Gutachtern sollte nicht nur eine fachlich begründete Ja/Nein-Empfehlung zur Frage der Notwendigkeit einer Unterbringung erwartet werden, sondern auch die Spezifikation von Maßnahmen, die aus fachärztlicher Sicht erforderlich sind, um bei den Betroffenen definierte Behandlungsziele mit ausreichender Wahrscheinlichkeit erreichen zu können. Mit der Spezifikation von Leistungskomplexen bzw. -anforderungen würden gleichzeitig Kriterien für die Auswahl von geeigneten Einrichtungen gesetzt. Auf die Empfehlung einer bestimmten Einrichtung sollte explizit verzichtet werden.

In Gutachten zur Frage der Verlängerung einer Unterbringung sollte auch zur Frage Stellung genommen werden, ob aus Gutachtersicht die von der Einrichtung unternommenen Maßnahmen zur Stabilisierung und Förderung des Untergebrachten geeignet/ausreichend waren/sind. Ebenso sollte geprüft werden, ob die Beziehungen des Untergebrachten zu Mitarbeitern der Einrichtung möglicherweise so festgefahren sind, dass ein Wechsel der Einrichtung in Erwägung gezogen werden sollte.

Bei den in der Studie erfassten Fällen, bei denen Substanzabhängigkeit und insbesondere die Doppeldiagnosen Substanzabhängigkeit + Schizophrenie im Vordergrund standen, bestand ein Problem häufig darin, dass die Betroffenen bei genehmigten Ausgängen zielgerichtet das ihnen bekannte Alkoholiker-Milieu aufsuchten. Bedrohliche gesundheitliche Gefährdungen durch Alkoholexzesse und Aggressivität waren häufig die Folge, nicht selten mit dem Erfordernis von Fixierungen verbunden. Wenn sich solche Erfahrungen bei einem Untergebrachten wiederholen, mag ein Gutachter das Erfordernis einer fortgesetzten Unterbringung grundsätzlich bejahen. Es wäre aber nicht vertretbar, eine Verlängerung der geschlossenen Unterbringung im Wesentlichen mit der räumlichen Nähe zum Gefährdungspotential Alkoholikermilieu zu rechtfertigen. In solchen Fällen sollte eher geprüft werden, ob ein Wechsel der Einrichtung den Betroffenen neue Chancen für ihre Stabilisierung eröffnen könnte.

Ein Fall aus einer Besuchskommission, der bereits in einem vorausgegangenen Bericht erwähnt wurde, illustriert exemplarisch die angesprochenen Probleme:

Eine leicht intelligenzgeminderte 30jährige Frau wurde im geschlossenen Bereich eines Heimes untergebracht, weil sie mit häufig wechselnden Partnern ungeschützten Geschlechtsverkehr hatte und weil deshalb die Gefahr gesehen wurde, dass sie sich mit AIDS infizieren könnte. Vom psychiatrischen Gutachter wurde empfohlen, mittels Tagesstrukturierung in einem Stufenprogramm zu versuchen, eine "ausreichende Compliance" herzustellen - was immer dies bedeuten sollte.

Im Heim ist die Frau morgens in der Beschäftigungstherapie mit Stricken beschäftigt, nachmittags säubert sie in der Arbeitstherapie Plastikteile. Trainingsmaßnahmen, gezielt ausgerichtet auf die Verbesserung von sozialen und lebenspraktischen Fähigkeiten, finden nicht statt. Als Dauermedikation erhält sie relativ hoch dosiert einen Tranquilizer und ein Neuroleptikum.

Nach einigen Wochen erhält sie erstmalig Ausgang. Sie fährt mit dem Bus in die Kreisstadt und hält sich dort den ganzen Tag auf. Sie hat am Abend kein Geld mehr für die Rückfahrt und bittet deshalb im nächstgelegenen Krankenhaus um Aufnahme. Sie wird dann von einem Krankenwagen in das Heim zurückgebracht. Folge ist die vorläufige Streichung von erneuten Ausgängen. Es kommt zu Entweichungen, die immer in gleicher Weise enden, wie auch Ausgangsversuche nach längerer Zeit: Abends ist die Frau verlässlich immer wieder im Heim, von ihr selbst veranlasst gebracht durch den Krankenwagen oder durch die Polizei.

Unter Verweis auf die unzureichende Compliance wurde vom Heimarzt wiederholt die Verlängerung der geschlossenen Unterbringung empfohlen. Die Frau lebt schon seit drei Jahren im dem Heim. Da ihr kein Lernfeld zum Erwerb von lebenspraktischen Fähigkeiten geboten wurde, konnte sich an ihrer Problematik nichts ändern.

Wäre dieser Fall nicht zufällig von der Besuchskommission aufgedeckt worden, hätte die Frau vielleicht ihr ganzes Leben in dieser Einrichtung verbracht.

Bei Analyse der Unterbringungsanträge entstand mehrfach der Eindruck, dass die Beantragung primär in der Ratlosigkeit der Betreuer begründet war, wie sie mit einem Betroffenen weiter umgehen sollten. Wenn zeitintensive Versuche eines Betreuers, eine Unterbringung abzuwenden, erfolglos bleiben und der Betroffene sich widerständig verhält, kann es für den Betreuer eine Entlastung darstellen, wenn „erstmal“ eine Unterbringung veranlasst würde. Die Schwelle für die Beantragung einer Unterbringung liegt bei den Betreuern in unterschiedlicher Höhe. Wenn die Beziehung zwischen Betreuer und Betreutem nachhaltig gestört ist, sollten die Betreuer vor Beantragung einer Unterbringung die Beantragung eines Betreuerwechsels erwägen.

Bilanz

Forderungen nach Qualitätsverbesserungen der Verfahrenspraktiken bei Unterbringungen sind nicht neu, seit Jahrzehnten werden solche Forderungen erhoben. Das Ziel einer Vereinheitlichung der Verfahrenspraktiken wurde aber nie erreicht. In einzelnen Regionen wurden zwischen den Unterbringungsverfahren beteiligten Akteuren Qualitätsmerkmale für die Verfahrenspraxis vereinbart. Ob solche Vereinbarungen handlungsleitend werden, hängt aber von der Bereitschaft der individuellen Akteure ab, sich darauf einzulassen. In der Nachbarregion wird vielleicht ganz anders verfahren.

Die im Projekt entwickelten Vorschläge für eine auf größtmögliche Wahrung der Rechte des Betroffenen ausgerichtete qualitätsgesicherte Verfahrenspraxis bei zivilrechtlichen Unterbringungen stoßen weithin auf Akzeptanz. Die beim Einsatz der Dokumentationsinstrumente gemachten Erfahrungen belegen deren Praxistauglichkeit.

Die Studienergebnisse belegen aber auch, dass Appelle an die an Unterbringungen beteiligten Akteure nicht ausreichen, um eine Einlassung auf eine vereinheitlichte Dokumentationspraxis zu erreichen. Dieses Ziel kann nicht „par ordre du mufti“ erreicht werden: Die rechtlichen Betreuer haben keine Dienstvorgesetzten, die eine Verpflichtung veranlassen könnten, die Unabhängigkeit der Richter schließt den Empfang von Weisungen aus und die mit Gutachten beauftragten Fachärzte, ob Freiberufler oder Klinikärzte, können ebenso wenig verpflichtet werden, die Abfassung ihrer Gutachten streng an einer vorgegebenen Struktur zu orientieren.

Bei der Einführung einer vereinheitlichten Verfahrenspraxis kommt den Betreuungsrichtern eine besondere Rolle, denn nur sie können von der Möglichkeit Gebrauch machen,

- von den Betreuern zu fordern, für die Begründung eines Unterbringungsantrags das Dokumentationsformular zu nutzen und
- die fachärztlichen Gutachter explizit aufzufordern, in ihren Gutachten auf alle in der vereinheitlichten Checkliste vorgegebenen Gesichtspunkte einzugehen. In den Fällen, in denen sich Gutachter nicht an diese Maßgabe halten, können die Richter die Gutachten zur Nachbesserung zurückzureichen oder die Gutachter nicht mit der Erstellung von weiteren Gutachten zu beauftragen.

Bis eine landesweite Vereinheitlichung qualitätsgesicherter Verfahrenspraktiken bei Unterbringungen erreicht sein wird, wird noch viel Überzeugungsarbeit auf unterschiedlichen Ebenen zu leisten sein. Hinweise auf die sich aus der UN-Behindertenrechtskonvention ergebenden Verpflichtungen¹ können dabei hilfreich sein.

Wenn die Zielsetzung des Vorhabens in der Breite angekommen und akzeptiert sein wird, wird es vermutlich nur wenige Amtsgerichte geben, die unter Hinweis auf richterliche Unabhängigkeit ihre Mitwirkung verweigern werden.

Jede Stellungnahme für oder gegen eine Unterbringung ist immer auch ein Stück weit Ausdruck des individuellen Ermessens der Akteure, das durch vielfältige Einflussgrößen (fachliche Erfahrungshintergründe, Werthaltungen, berufliches und soziales Engagement, Toleranz gegenüber abweichendem Verhalten, Risikobereitschaft u.a.) geprägt wird. Um den Ermessensspielraum einzugrenzen bedarf es verbindlicher Orientierungsleitlinien und der Verpflichtung, die jeweiligen Vorgehensweisen ausführlich und nachvollziehbar zu dokumentieren.

Mit den im Projekt entwickelten Vorschlägen liegen jetzt fachlich konsentiert und auf Machbarkeit hin überprüfte Instrumente zur Qualitätssicherung vor. Nach weiteren Praxiserfahrungen mögen sich an der einen oder anderen Stelle in den Dokumentationsinstrumenten Modifikationen/Erweiterungen/Streichungen ergeben. Die Maxime Herstellung von größtmöglicher Transparenz des Unterbringungsgeschehens darf aber nicht aufgegeben werden.

Beharrliches Bemühen wird erforderlich sein, um die Anwendung einer vereinheitlichten Verfahrenspraxis in der Fläche durchzusetzen. Der Schutz des hohen Grundgesetzlich garantierter Freiheitsrechte macht dieses Bemühen zur Verpflichtung.

¹ **Artikel 14 „Freiheit und Sicherheit der Person“**

(1) Die Vertragsstaaten gewährleisten,

a) dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen das Recht auf persönliche Freiheit und Sicherheit genießen,

b) dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen die Freiheit nicht rechtswidrig oder willkürlich entzogen wird, dass jede Freiheitsentziehung im Einklang mit dem Gesetz erfolgt und dass das Vorliegen einer Behinderung in keinem Fall eine Freiheitsentziehung rechtfertigt.

(2) Die Vertragsstaaten gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen, denen aufgrund eines Verfahrens ihre Freiheit entzogen wird, gleichberechtigten Anspruch auf die in den internationalen Menschenrechtsnormen vorgesehenen Garantien haben und im Einklang mit den Zielen und Grundsätzen dieses Übereinkommens behandelt werden, einschließlich durch die Bereitstellung angemessener Vorkehrungen

Artikel 17 „Schutz der Unversehrtheit der Person“

Jeder Mensch mit Behinderungen hat gleichberechtigt mit anderen das Recht auf Achtung seiner körperlichen und seelischen Unversehrtheit.

Verzeichnis der Abbildungen

Abb. 1	Rechtsgrundlagen der Unterbringungsverfahren 2009	12
Abb. 2	Unterbringungsraten 2009 nach § 1906 BGB und nach PsychKG je 10.000 Einwohner	13
Abb. 3	Unterbringungsverfahren nach § 1906 BGB je 10.000 Einwohner	14
Abb. 4	Zunahme der Häufigkeit von Unterbringungen nach § 1906 BGB	15
Abb. 5	Fallunterlagen nach Amtsgerichten	26
Abb. 6	Nachvollziehbarkeit der Begründungen der Betreuer	28
Abb. 7	Angaben der Betreuer zu Behandlungszielen	29
Abb. 8	Betreuer-Empfehlungen zur Dauer der Unterbringung	29
Abb. 9	Von Gutachtern erstellte Diagnosen	30
Abb. 10	Häufige Mehrfachdiagnosen	31
Abb. 11	Dauer der Unterbringungen. Vergleich Empfehlungen der Gutachter und Beschlüssen des Gerichts	32
Abb. 12	Übereinstimmung der Gutachten mit Anforderungen der Checkliste	32
Abb. 13	Erstunterbringungen vs. Verlängerungen von Unterbringungen	34
Abb. 14	Dringlichkeit der Unterbringungen	35
Abb. 15	Angeordnete Dauer der Unterbringungen	36

Anhang

Dokumentation der Aktivitäten der Rechtlichen Betreuer

1 Rechtliche Betreuung

- ☐ Aufenthaltsbestimmung
- ☐ Gesundheitsfürsorge
- ☐ Vermögenssorge
- ☐ Vertretung gegenüber Behörden u.a.
- ☐ Sonstiges ⇨:

2 Informationsquellen

- ☐ frühere Gutachten; Erkenntnisse/Erfahrungen aus der Vergangenheit
- ☐ Gespräche mit Betroffenen
- ☐ Gespräche mit Personen aus sozialem Umfeld
- ☐ Gespräche mit SpDi
- ☐ Gespräche mit behandelndem Arzt
- ☐ Gespräche mit Vermieter / Einrichtung des BW
- ☐ andere ⇨:

3 Gründe für die Erwägung eines Antrages auf Genehmigung zur Unterbringung

- ☐ Abwendung einer akuten Gefährdung (§1906 Abs. 1 Zif. 1)
- ☐ Durchführung einer Untersuchung oder eine Heilbehandlung zur Abwehr einer drohenden Gefährdung (§ 1906 Abs.1 Zif. 2)

4 Verhaltensauffälligkeiten und Gefährdungen des Betroffenen ⇨: (ggf. Darstellung auf gesondertem Blatt)

5 Vorausgegangene Maßnahmen zur Abwendung einer Unterbringung

5.1 Gespräche mit Betroffenen über Behandlungsmöglichkeiten / stationäre Behandlung und ihre Folgen

- ☐ ja. Ergebnis ⇨:

Wurden von dem Betroffenen Präferenzen zum den Ort der Unterbringung geäußert?

- ☐ ja ⇨:
- ☐ nein

- ☐ nein. Warum nicht? ⇨:

- 5.2 Gespräche mit Personen aus dem sozialen Umfeld des Betroffenen
- ☐ ja. Ergebnis ⇒:
 - ☐ nein
- 5.3 Beratung mit behandelndem Arzt
- ☐ ja. Ergebnis ⇒:
 - ☐ nein
- 5.4 Beratung mit SpDi
- ☐ ja. Ergebnis ⇒:
 - ☐ nein
- 5.5 Beratung mit Betreuungspersonen aus dem betreuten Wohnen oder mit anderen Betreuungspersonen
- ☐ ja. Ergebnis ⇒:
 - ☐ nein
- 5.6 Versuche zur Sicherstellung der Einnahme der Medikation (Medikamentenwechsel, Depot-Medikation, häusliche Krankenpflege zur Verabreichung der Medikation, Arztwechsel o.a.)
- ☐ ja. Ergebnis ⇒:
 - ☐ nein
- 5.7 Versuche zur Vermittlung des Betroffenen in sozialpsychiatrische Betreuungsangebote
- ☐ ja. Ergebnis ⇒:
 - ☐ nein
- 5.8 Versuche zur Vermittlung des Betroffenen in das ambulant betreute Wohnen
- ☐ ja. Ergebnis ⇒:
 - ☐ nein
- 5.9 Versuche zur Vermittlung des Betroffenen in soziale Kontexte (Gruppen, Vereine u.a.)
- ☐ ja. Ergebnis ⇒:
 - ☐ nein
- 5.10 Aktivitäten zur Klärung der materiellen/beruflichen Situation des Betroffenen
- ☐ ja. Ergebnis ⇒:
 - ☐ nein

5.11 Initiierung einer Hilfekonferenz

- ☐ ja. Ergebnis ⇨:
- ☐ nein

6 Welche konkreten Behandlungsziele erscheinen mit zumindest ausreichender Erfolgswahrscheinlichkeit durch die Unterbringung erreichbar? ⇨:

7 Für den Fall der Genehmigung einer Unterbringung durch das Vormundschaftsgericht:

7.1 Empfehlung für aufnehmende Einrichtung ⇨:

7.2 Empfehlung zur Organisation / Durchführung der Zuweisung ⇨:

7.3 Besondere Betreuungserfordernisse ⇨:

7.4 Empfehlung zur Dauer der Unterbringung ⇨:

8 Wurde die aufnehmende Einrichtung vorab informiert?

- ☐ ja
- ☐ nein

Ggf. weitere Hinweise/Empfehlungen ⇨:

Checkliste Unterbringungsgutachten

1 Rahmen / Vorbereitung

1.1 Auf welche Vorkenntnisse wurde bei der Gutachtenerstellung zurückgegriffen?

- ☐ Betreuungsakten
- ☐ Auskünfte vorbehandelnder Ärzte
- ☐ Antrag des Betreuers
- ☐ Rücksprache mit dem Betreuer
- ☐ Eigene Erfahrung mit dem Betroffenen (ggf. bestehendes Behandlungs- / Betreuungsverhältnis)
- ☐ andere Vorkenntnisse / fremdanamnestische Angaben

1.2 Untersuchungssituation

- ☐ Wann und wo hat die Exploration stattgefunden? (Erläuterung, falls Exploration nicht im Lebensumfeld der/des Betroffenen stattgefunden hat)
- ☐ War der Begutachtungstermin im Vorfeld abgesprochen?

1.3 Präsenz anderer Personen

Waren bei der Begutachtung weitere Personen (z.B. Betreuer oder Vertrauenspersonen) zugegen?

1.4 Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten zwischen Gutachter und Betroffenen

- ☐ Unzureichende Deutschkenntnisse. Wurde ein Dolmetscher hinzugezogen? Ggf. wer?
- ☐ Sprach- oder Sprechstörungen
- ☐ Intoxikation
- ☐ Andere Verständigungsprobleme

1.5 Ergebnisse einer eventuellen Rücksprache mit dem zuständigen Sozialpsychiatrischen Dienst

2 Gutachten im engeren Sinne

2.1 Angaben zur Vorgeschichte des Betroffenen (sofern für die Begutachtungsfrage von Relevanz)

2.2 Angaben zur aktuellen Situation des Betroffenen (sofern für die Begutachtungsfrage von Relevanz)

2.3 Ärztlicher Befund

- ☐ Psychischer Befund
- ☐ Somatischer Zustand / somatische Auffälligkeiten

2.4 Diagnosen und differentialdiagnostische Überlegungen (Klartext und ICD-10 Ziffern)

3 Folgerungen aus der Begutachtung

3.1 Welche kurz- und/oder langfristige Schäden (erhebliche gesundheitliche Gefährdung) wären bei Nicht-Unterbringung zu befürchten?

3.2 Welches Ziel soll mit der Unterbringung erreicht werden?

- ☐ Abwendung einer akuten Gefährdung (§1906 Abs. 1 Zif. 1)
- ☐ Durchführung einer Untersuchung oder eine Heilbehandlung zur Abwehr einer drohenden Gefährdung (§ 1906 Abs.1 Zif. 2)

3.3 Beurteilung der Einsichtsfähigkeit des Betroffenen

3.4 Alternativen zur Unterbringung

Erörterung konkreter Möglichkeiten, die die Unterbringung entbehrlich machen könnten (Intensivierung der ambulanten Versorgung, Wechsel des Behandlers, Veränderung anderer Umstände o.a.)

3.5 Gegenteilige Vorstellungen des Betroffenen

Wurden von dem Betroffenen Gründe gegen eine Unterbringungsmaßnahme geltend gemacht?

3.6 Wünsche des Betroffenen

- ☐ Wurden von dem Betroffenen von sich aus Wünsche im Zusammenhang mit der Unterbringung geäußert?
- ☐ Besteht eine Behandlungsvereinbarung?

3.7 Mögliche negative Folgen der Unterbringung

- ☐ Sind bei der Unterbringung (Aufenthalt in einer geschlossenen Station und ggf. Zwangszuführung) negative Folgen für den Betroffenen zu erwarten (Traumatisierung, Störung von Behandlungsbündnissen, Vertrauensverlust, andere Folgen)?
- ☐ Abwägung mit Punkt 3.2
- ☐ Wenn die Unterbringung empfohlen wird: Wie könnten mögliche negative Folgen abgemildert werden?

3.8 Vorerfahrungen mit Unterbringungssituationen

Liegen für den Betroffenen Vorerfahrungen mit Unterbringungssituationen im Hinblick auf Medikation und/oder auf die Anwendung von Gewalt vor, aus de-

nen spezifische Empfehlungen zum jetzigen Umgang mit dem Betroffenen abgeleitet werden können?

3.9 Behandlungsziele

Welche mit zumindest ausreichender Erfolgswahrscheinlichkeit erreichbaren konkreten Behandlungsziele sollen durch die Unterbringung erreicht werden?

3.10 Empfehlungen zu Vorgehensweisen

Gibt es aus gutachterlicher Sicht konkrete Empfehlungen für Vorgehensweisen im Hinblick auf die Erreichung der Behandlungsziele im nachfolgenden Rahmen?

3.11 Empfehlung zur Dauer der Maßnahme

Dokumentation der Aktivitäten des Gerichts

1 Anhörung

1.1 Ort ⇔:

1.2 Dauer: Minuten

2 Dokumentation "Aktivitäten des rechtlichen Betreuers"

Liegt der Dokumentationsbogen (Kopfzeile des Projektes) der rechtlichen Betreuerin / des rechtlichen Betreuers vor?

- ☐ ja
- ☐ nein

3 Welche ärztliche Stellungnahme liegt dem Antrag auf Unterbringung zugrunde?

- ☐ Attest
- ☐ Gutachten

4 Falls ärztliches Attest: Von wem erstellt?

- ☐ in Psychiatrie eher nicht erfahrenem Arzt
- ☐ in Psychiatrie erfahrenem Arzt
- ☐ Nervenarzt/Psychiater

5 Eigener Eindruck vs. ärztliche Einschätzung

5.1 Stimmt der in der Anhörung gewonnene eigene Eindruck mit der im **ärztlichen Attest** gegebenen Einschätzung überein?

- ☐ ja
- ☐ nur teilweise
- ☐ nein

5.2 Stimmt der in der Anhörung gewonnene eigene Eindruck mit der im **Gutachten** gegebenen Einschätzung überein?

- ☐ ja
- ☐ nur teilweise
- ☐ nein

6 Falls einstweilige Anordnung

Erfolgte auf das ärztliche Attest eine fachpsychiatrische Begutachtung?

- ☐ ja
- ☐ nein

7 Dringlichkeit der Unterbringung

- ☐ Notfallsituation, Unterbringung bereits vollzogen
- ☐ Notfallsituation, Unterbringung noch nicht vollzogen
- ☐ weniger hohe Dringlichkeit

Information für die mit Gutachtenerstellungen beauftragten Fachärzte

Die Niedersächsischen Ministerien für Soziales und Justiz unterstützen ein Projekt, das die Zielsetzung verfolgt, Qualitätsanforderungen an Vorgehensweisen bei Unterbringungen zu entwickeln und festzuschreiben, die Vorgehensweisen für alle an den Verfahren beteiligten Akteure transparent zu machen und damit regional divergierenden Praktiken entgegen zu wirken.

Hintergrund und Sachstand des Vorhabens wurden in einem Beitrag in der Zeitschrift BtPrax vorgestellt (Zivilrechtliche Unterbringungen – Wird die Praxis Qualitätsanforderungen gerecht? BtPrax, 2/2009). Der Beitrag kann beim Verfasser als pdf-Datei angefordert werden (heiner.melchinger@gmx.de).

In dem Vorhaben wurden in Abstimmung mit allen in Unterbringungsverfahren eingebundenen Berufsgruppen und Institutionen sowie Fachwissenschaftlern unterschiedlicher Disziplinen Qualitätsanforderungen erarbeitet und in entsprechende Instrumente verdichtet. Als Ergebnisse wurde neben standardisierten Dokumentationsformularen zur Erfassung der Aktivitäten der BetreuerInnen und zur Erfassung der Aktivitäten des Gerichts eine so genannte Checkliste erstellt, in der Punkte spezifiziert werden, zu denen Stellungnahmen aus fachärztlicher Sicht wichtig sind. Diese Liste stellt einen Kompromiss dar zwischen der Differenziertheit fachwissenschaftlicher Qualitätsanforderungen an Gutachten und dem, was in der Praxis der Erstellung von häufig eilbedürftigen Gutachten machbar ist.

Wir bitten Sie, sich bei Ihrer Begutachtung so weit wie möglich an der auf der beigefügten Checkliste dargestellten Struktur zu orientieren und im Gutachten auf die aufgeführten Fragen einzugehen, soweit diese für den von Ihnen zu bearbeitenden Fall relevant sind.

Mit der Leitung des Projekts wurde Herr Dr. Heiner Melchinger, Henriettenstiftung Hannover, beauftragt, der für nähere Auskünfte gerne zur Verfügung steht (Tel. 289-3312 oder mobil 0160 843 2648).

Dr. Heiner Melchinger*

Zivilrechtliche Unterbringungen

Wird die Praxis Qualitätsansprüchen gerecht?

Das Betreuungsrecht betont den Vorrang von Hilfen und gebietet, vor einem Eingriff in die persönliche Freiheit alle alternativen Hilfsmöglichkeiten auszuloten. Statistische Auswertungen zeigen, dass in der Praxis in vergleichbaren Problemsituationen häufig sehr unterschiedlich verfahren wird. Eine in Niedersachsen durchgeführte Studie hat diese Problematik aufgegriffen und zeigt nun Lösungsmöglichkeiten durch Dokumentations- und Qualitätsstandards.

INHALT

- I. Problemstellung
- II. Disparitäten in der Praxis
- III. Unterschiedliche örtliche Vorgehensweisen
- IV. Studie in Niedersachsen
 1. Recherchen zu den Vorgehensweisen
 2. Unzureichende Transparenz
- V. Erfordernis von Qualitätsstandards
- VI. Formulierung von Qualitätsstandards
- VII. Bedeutung von vereinheitlichten Dokumentationsinstrumenten
- VIII. Aufforderung zur Nutzung der Instrumente

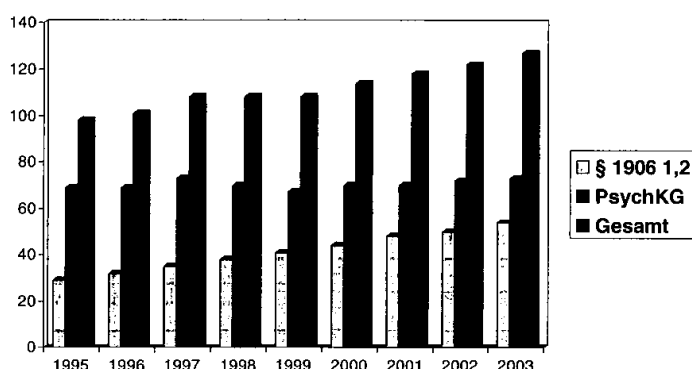
I. Problemstellung

Kein Zweifel kann daran bestehen, dass zivilrechtliche Unterbringungen in einer Klinik oder in einem Heim notwendig

werden können, wenn es gilt, erheblichen gesundheitlichen Schaden von den Betroffenen abzuhalten, und wenn bedarfsgerechte Hilfen unterhalb der Schwelle von Zwangsmaßnahmen nicht erschlossen werden können. Zweifel sind allerdings berechtigt, ob bei allen Entscheidungen für eine Unterbringung die therapeutischen Chancen gegen therapeutische Risiken (Gefahr einer Traumatisierung, Verlust an Vertrauen zu Personen, auf die der Betroffene intensiv angewiesen ist, kein Vertrauen bei kommenden Notfallsituationen u. a.) hinreichend sorgfältig abgewogen werden. „Man kann auch jemandem schaden, indem man immer nur „das Beste“ für ihn will, seine persönlichen Entwicklungs- und Erfahrungsbedürfnisse aber ignoriert.“¹

Seit Beginn der 80er Jahre nehmen die Unterbringungsraten (Anzahl der Unterbringungen pro 100.000 Einwohner) kontinuierlich zu, wobei der Anstieg hauptsächlich auf eine Zunahme zivilrechtlicher Unterbringungen zurückzuführen ist.

Unterbringungsverfahren in Deutschland 1995 bis 2003



Quelle: BMJ-Statistik „Verfahren nach dem Betreuungsgesetz (Zusammenstellung der Bundesergebnisse für die Jahre 1992 bis 2003)“

Der Anstieg von unfreiwilligen Unterbringungen kovariiert mit Veränderungen in der psychiatrischen Versorgungspraxis (Zunahme von stationären psychiatrischen Aufnahmen, kürzere stationäre Verweildauer verbunden mit Drehtürentwicklungen, durch Budgetbedingungen eingeschränkte Behandlungsmöglichkeiten niedergelassener Nervenärzte/Psychiater). Ob die Zunahme von Unterbringungen auch mit einem allgemeinen gesellschaftlichen Trend zu Kontrolle und mehr Freiheitsentzug in Zusammenhang steht, ist in der Fachwelt umstritten.²

Unterbringungen stellen ein Problem dar, das unter humanitären, rechtsstaatlichen und versorgungspolitischen Aspekten von großer Tragweite ist und das deshalb einer sehr sorgfältigen Beobachtung bedarf. Auch die gesundheitsökonomische Dimension darf dabei nicht ausgeblendet werden: Mit der Entscheidung für eine Heimunterbringung können Ausgaben in erheblicher Höhe zu Lasten der Sozialhilfe ausgelöst werden, zumal die Unterbringungsdauer dort sehr lange sein kann.

II. Disparitäten in der Praxis

Wenn man unterstellt, dass die Häufigkeit von Fällen, die Anlass für Beratungen über eine mögliche Unterbringung geben, regional gleich verteilt ist, wäre zu erwarten, dass die Unterbringungs-raten in den Bundesländern ähnlich sind und dass sich bei Vergleichen von Ballungsgebieten keine wesentlichen Unterschiede ergeben usw. Aber dies ist nicht der Fall, die Unterbringungs-raten sind durch erhebliche regionale Disparitäten gekennzeichnet.³ Bezogen auf jeweils 100.000 Einwohner ergibt sich in den alten Bundesländern eine Bandbreite von 108 Unterbringungen (Bayern) bis 25 (Baden-Württemberg), in den neuen Bundesländern eine Bandbreite von 26 (Sachsen) bis 8 (Thüringen).³

Erhebliche Unterschiede findet man auch in Vergleichen zwischen den Gerichtsbezirken. Wenn diese Disparitäten mit unterschiedlichen versorgungsstrukturellen Gegebenheiten erklärt werden könnten, in Region A gibt es einen rund um die Uhr erreichbaren Krisendienst,

* Der Autor ist als Versorgungsforscher in unterschiedlichen medizinischen und psychosozialen Arbeitsfeldern tätig, Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung Hannover.

1 Saupe R., Vortrag „Zwischen Zwang und Fürsorge“ am 09.06.2004 im Diakoniekrankenhaus Rotenburg.

2 Müller P., Dressing H., Salize HJ., Pro und Kontra: Zunahme von Zwangseinweisungen psychisch Kranker, Psychiatr Prax 2006; 33:157.

3 Gleiches gilt auch für die Rate der rechtlich betreuten Personen.

in Region B aber nicht usw., müsste die Verfahrenspraxis von Richtern innerhalb eines Vormundschaftsgerichts ähnlich sein. Aber auch dies ist nicht der Fall, auch hier findet man erhebliche Unterschiede.

Auch die Anwendung der Rechtsgrundlagen bei Unterbringungsverfahren ist keineswegs einheitlich. Ein Beispiel: Während im Bundesdurchschnitt etwas mehr als die Hälfte der Fälle auf öffentlich-rechtliche Unterbringungen entfällt, wird in Nordrhein-Westfalen fast doppelt so häufig nach PsychKG als nach Betreuungsrecht eingewiesen (wobei dort die Unterbringungsraten nach PsychKG zwischen den Kommunen um den Faktor 10 differieren).⁴

III. Unterschiedliche örtliche Vorgehensweisen

Wenn sich bei gleichen rechtlichen Rahmenbedingungen und bei näherungsweise gleichen Versorgungsgegebenheiten unterschiedliche Unterbringungsraten ergeben, belegt dies, dass die materiellen Rechtsgrundlagen für sich allein kein hinreichendes Instrument zu einer einheitlichen Steuerung der Unterbringungspraxis sind. Der Leiter einer Psychiatrischen Klinik in Niedersachsen fasste seine langjährigen Erfahrungen mit betreuungsrechtlichen Unterbringungen in der folgenden Aussage zusammen: „Letztlich entscheidend für die Frage, ob es zu einer betreuungsrechtlichen Unterbringung kommt oder nicht, ist häufig das Temperament des juristischen Betreuers und/oder des zuständigen Vormundschaftsrichters. Die näheren Umstände der gesundheitlichen Situation oder der Lebenssituation des Patienten scheinen von eher nachgeordneter Bedeutung zu sein.“

IV. Studie in Niedersachsen

Dieser höchst problematische Sachverhalt veranlasste das Land Niedersachsen zur Initiierung einer Studie, die Verfahrenspraktiken bei zivilrechtlichen Unterbringungen ausleuchten und Vorschläge entwickeln sollte, wie die Erreichung einer an Qualitätsmerkmalen orientierten vereinheitlichten Verfahrenspraxis angesteuert werden sollte.⁵

1. Recherchen zu den Vorgehensweisen

Recherchen zu den Vorgehensweisen bei Unterbringungsfragen bestätigten im Kern die oben erwähnte Feststellung des Leiters einer Psychiatrischen Klinik. Natürlich ist jede Stellungnahme für oder gegen eine Unterbringung ein Stück weit Ausdruck des Ermessens der an dem Verfahren beteiligten Akteure, also von Betreuern, Verfahrenspflegern, Mitarbei-

tern von Betreuungsbehörden, ärztliche Gutachtern und Richtern. Das individuelle Ermessen wird durch vielfältige Einflussgrößen geprägt, durch fachliche Erfahrungshintergründe, durch Werthaltungen, durch Merkmale wie Sensibilität im Umgang mit krisenhaften Entwicklungen, persönliche Risikobereitschaften, Toleranzen gegenüber abweichendem Verhalten, berufliches und soziales Engagement u. a.

Ein Beispiel: Ein an der Unterbringung beteiligter Akteur bewertet die Vermüllung der Wohnung eines Betroffenen als hygienisch unhaltbaren Zustand, der eine Unterbringung erforderlich macht. Ein anderer Akteur stellt innerlich schmunzelnd fest, dass es im Zimmer seines Sohnes manchmal auch nicht viel anders aussehen würde, und lehnt eine Unterbringung ab. Das individuelle Ermessen kann durch ein kollektives überlagert werden: Wo Akteure lange zusammenarbeiten, können sich relativ stabile überindividuelle, teamspezifische Sicht- und Vorgehensweisen und Dokumentationspraktiken herausbilden, oft maßgeblich geprägt durch die Person des Vormundschaftsrichters.

Dem Vormundschaftsrichter liegen für seine Entscheidungsfindung über Genehmigung einer Unterbringung die Fallakten zur Vorgeschichte des Betroffenen, die Begründung des Betreuers/Bevollmächtigten für die Notwendigkeit einer Unterbringung und zuletzt das ärztliche Gutachten vor. Stimmen die Einschätzung des Betreuers und der vom Richter nach Aktenlage gewonnene Eindruck überein, ist es nahe liegend, dass der Richter zunächst die zusammenfassende Beurteilung am Ende eines Sachverständigengutachtens zur Kenntnis nimmt. Stimmt auch die Beurteilung des Gutachters mit dem bislang gewonnenen Eindruck überein, bringt die Lektüre des ausführlichen Gutachtens für die richterliche Entscheidungsfindung keinen weiteren Informationsgewinn.

In der Praxis folgen die Gerichte fast einhellig den Ausführungen des Gutachters. Nach der bundeseinheitlich durchgeführten Statistik „Verfahren nach dem Betreuungsgesetz“ liegt der Anteil der Unterbringungsverfahren, die mit einer ablehnenden Entscheidung des Gerichtes enden, unter fünf Prozent. Der Fall, dass ein Zweitgutachten eingeholt wird, weil das Erstgutachten für das Gericht nicht überzeugend/nachvollziehbar ist, kommt nur in einzelnen Ausnahmefällen vor.

Der Sachverhalt, dass die Justiz in der Regel der Beurteilung des Sachverständigen folgt, ist insofern verständlich, als es allgemeiner Praxis entspricht, dass die am Verfahren beteiligten Personen, also in erster Linie Betreuer/Bevollmächtigte, Vormundschaftsrichter und Gutachter, vor der Beschlussfassung des Gerichtes

untereinander informelle Rücksprachen suchen, Informationen austauschen oder grundsätzliche Fragen abklären. Insofern sind die wichtigsten Gesichtspunkte, auf die sich die gutachtliche Beurteilung stützt, dem Richter in der Regel schon vor Erhalt des Gutachters bekannt, wie umgekehrt dem Gutachter oft schon vor der formellen Beschlussfassung bekannt ist, ob seine Beurteilung vom Richter nachvollzogen wird.

2. Unzureichende Transparenz

Welche Informationen aus welchen Quellen bei der Erörterung über die Notwendigkeit einer Unterbringung berücksichtigt wurden und wie die einzelnen Gesichtspunkte für und gegen eine Unterbringung von den einzelnen Akteuren gewichtet wurden, lässt sich aus der Aktenlage kaum rekonstruieren. Die unzureichende Transparenz der Vorgehensweisen kann am Beispiel von Sachverständigen-Gutachten illustriert werden.

Zunächst liegt es im Ermessen des Richters, welchen Arzt er mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt und inwieweit er Vorgaben zum Gutachten spezifiziert. Bei der Auswahl von psychiatrischen Sachverständigen sind für die Justiz vor allem praktische Gesichtspunkte maßgebend (Verfügbarkeit, Termineinhaltung, komplikationslose Zusammenarbeit). Der psychiatrische Erfahrungshintergrund und die wissenschaftliche Qualifikation des Gutachters (die natürlich auch nicht leicht zu ermitteln wären) sind für die Justiz nicht von vorrangiger Bedeutung.

Allgemein wird vom Sachverständigen erwartet, dass er sich in seinem Gutachten auf die Beantwortung der vorgegebenen Fragestellungen beschränkt und dass er das Gutachten so verständlich formuliert, dass es auch vom psychiatrischen Laien nachvollzogen werden kann. Wird das Erkenntnisinteresse des Richters nicht weiter präzisiert und beschränkt sich der Gutachterauftrag nur auf die Klärung der Frage, ob eine Unterbringung erforderlich ist, bleibt es dem Gutachter überlassen, welche Aspekte er besonders gewichtet und welche er als vermeintlich weniger wichtig nicht berücksichtigt.

Bei mündlicher Auftragserteilung wird von Richtern häufig explizit um Kürze gebeten („Aber bitte kurze Stellungnah-

⁴ Bundeseinheitliche Geschäftsübersichten der Amtsgerichte, Statistik des Bundesministeriums für Justiz Landtag Nordrhein-Westfalen, 13. Wahlperiode. Drucksache 13/6434, Antwort der Landesregierung auf die Kleine Anfrage 2083 (Drucksache 13/6288); Crefeld W. Gerichtentscheid als Kontrollinstrument nicht ausreichend. *Kerbe* – Forum für Sozialpsychiatrie, 2004; 3:12–14.

⁵ Träger der Studie ist die Seelhorst-Stiftung, Barsinghausen.

me!“). Auch wenn eine solche Bitte nicht den Charakter einer Weisung hat, wird sie nicht ohne Wirkung bleiben: Ein Gutachter, der solchen Bitten nicht entspricht und weiterhin sehr ausführliche Stellungnahmen vorlegt, macht sich beim Auftraggeber nicht unbedingt beliebt und muss damit rechnen, künftig vielleicht nicht mehr mit Gutachten beauftragt zu werden.

Für die Aufforderung, das Gutachten möglichst kurz und prägnant abzufassen, sind einerseits arbeitsökonomische Gründe maßgebend, andererseits aber auch Kostengründe: Gutachten werden nach dem für die Erstellung des Gutachtens erforderlichen Zeitaufwand honoriert.

Orientiert sich der Sachverständige bei der Erstellung des psychiatrischen Gutachtens an den von den psychiatrischen Fachgesellschaften formulierten Qualitätskriterien, indem er vor dem Hintergrund der ihm zugestellten Unterlagen zur Vorgeschichte des Untersuchten, eigener Untersuchungsbefunde, fremdanamnestischer Angaben und einer Einschätzung von stützenden Potentialen vs. Konfliktpotentialen im Lebensumfeld des Untersuchten Möglichkeiten von Hilfeangeboten unterhalb der Schwelle von Zwangsmaßnahmen auslotet usw., muss die Erstellung des Gutachtens zeitaufwändig und damit auch kostenintensiv sein. Um eine fachliche Nachvollziehbarkeit zu ermöglichen, muss das Gutachten selbst hinreichend ausführlich sein. Die Ausführlichkeit kollidiert aber mit der an den Gutachter gerichteten Erwartung einer möglichst kurzen Stellungnahme.

In der Praxis variieren Sachverständigengutachten hinsichtlich Struktur, Differenziertheit und Umfang erheblich: Es gibt Unterbringungs-Gutachten, die sich auf wenige Zeilen beschränken, und es gibt Gutachten von fünfzehn und mehr Seiten. Eine nicht seltene Unzulänglichkeit von Unterbringungsgutachten liegt darin, dass die Notwendigkeit einer Unterbringung nicht an belegbaren konkreten Sachverhalten festgemacht und für Außenstehende nachvollziehbar begründet wird, sondern dass nur behauptet wird, dass die Voraussetzungen, wie sie der Gesetzestext fordert, vorliegen (z. B. „Es besteht weiterhin Selbstgefährdung“). Es kann sein, dass die Gutachterstellung fachgerecht und sorgfältig durchgeführt wurde, auch wenn in der auf Kürze bedachten Schriftfassung nicht alle relevanten Gesichtspunkte thematisiert wurden. Es kann aber auch sein, dass die Befunderhebung unzulänglich war, z. B. weil Erfahrungen des Betreuers nicht hinreichende Berücksichtigung fanden. Es kann sein, dass eine unzureichende Interpretation zwischen Datenerhebung und -interpre-

tation vorgenommen wurde, dass Schlussfolgerungen eher auf persönlicher Erfahrung als auf wissenschaftlichen Belegen basieren u. a. Nach Aktenlage lässt sich dies oft nicht entscheiden.

Die gleiche Problematik stellt sich für die Dokumentation der Aktivitäten der Betreuer. Wenn sich zum Beispiel ein Betreuer im Vorfeld sehr engagiert bemühte, eine Unterbringung zu vermeiden, am Ende aber doch eine notfallmäßige Unterbringung erforderlich wurde, wird eine zeitnahe schriftliche Dokumentation seiner Bemühungen nicht immer möglich sein. Einem dem Vormundschaftsrichter mündlich übermittelten Erfahrungsbericht muss keine schriftliche Fassung folgen, die zu den Akten genommen würde. Aus der Aktenlage wäre in diesem Fall nicht rekonstruierbar, ob überhaupt/welche Versuche zur Vermeidung der Unterbringung durchgeführt wurden.

V. Erfordernis von Qualitätsstandards

Wenn Einmütigkeit darin besteht, dass eine Zwangsmaßnahme und damit der Eingriff in grundgesetzlich garantierte Freiheitsrechte nur als ultima ratio legitimiert ist, können deutlich divergierende Vorgehensweisen bei Unterbringungsfragen und unterschiedlich differenzierte Dokumentationspraktiken nicht toleriert werden. Die Notwendigkeit, die Gründe für eine Unterbringung nachvollziehbar und überprüfbar zu dokumentieren, darf nicht dem allseitigen Bemühen um Verschonung von Verfahrensweisen und EDV-freundlichen Praktiken zum Opfer fallen.

Die Forderung, Qualitätsstandards für Vorgehensweisen bei Unterbringungen zu entwickeln, ist nicht neu. An verschiedenen Stellen, auf regionaler wie auf Bundesebene, diskutiert man schon lange über diese Thematik. Verbindliche nationale Leitlinien für die Anwendung von Zwangsmaßnahmen liegen bislang nicht vor. Ob/wann solche Leitlinien zur Verfügung stehen werden, ist ungewiss. Es wäre allerdings auch Skepsis berechtigt, ob mit der Vorlage von „offiziellen“ Qualitätsstandards Impulse gesetzt würden, die zu nachhaltigen Veränderungen von Vorgehensweisen bei Unterbringungsfragen führen. Es wurde das Schicksal mancher in langjährigen Entwicklungsarbeiten entstandener Leitlinien und Dokumentationssysteme, dass sie in der Praxis nur unzureichend Berücksichtigung fanden, weil sie von den Adressaten als nicht praxistauglich gewertet wurden. In der Medizin und in anderen Fachgebieten gibt es dafür eine Reihe von Beispielen.

Durch administrative Vorgaben wird ein an definierten Qualitätsmerkmalen ori-

entiertes Vorgehen bei Unterbringungen kaum erreichbar sein, schon deshalb, weil Richter unabhängig sind und keiner Weisung unterliegen. Es sollte eher versucht werden, in einem Prozess der kleinen Schritte die an Unterbringungsfragen beteiligten Akteure für eine Selbstverpflichtung zur Orientierung an Qualitätsstandards zu gewinnen. Dabei wird mit anfänglichen Widerständen zu rechnen sein, da eine Orientierung an Qualitätsmaßstäben ein Aufbrechen von eingeführten Interventions-, Begutachtungs- und Unterbringungs-routinen bedeuten kann und die Bereitschaft zu einer hinreichend differenzierten Dokumentation fordert, was für die Akteure zumindest in der Anfangsphase Mehrarbeit bedeuten kann.

In diesem Zusammenhang ist eine Erfahrung aus dem Landschaftsverband Rheinland von Interesse. Dort wurde infolge einer drastischen Zunahme von Beantragungen unterbringungsähnlicher Maßnahmen nach § 1906, Abs. 4 BGB die Beantragung mit der Verpflichtung von ausführlichen Falldokumentationen verknüpft. Als unmittelbare Folge dieser Maßnahme ergab sich im Gebiet des Landschaftsverbands eine erhebliche Reduktion der Zahl von beantragten Fixierungsmaßnahmen.⁶ Der Rückgang zeigt, dass in vielen Fällen, bei denen Alternativen zu Zwangsmaßnahmen zunächst nicht erkennbar waren, nach sorgfältigem Ausloten doch noch Lösungswege unterhalb von Zwangsmaßnahmen gefunden werden konnten.

VI. Formulierung von Qualitätsstandards

Im zweiten Teil der niedersächsischen Studie wurden Qualitätsanforderungen entwickelt und darauf abgestimmte Dokumentationsinstrumente entworfen. In dieses Vorhaben wurden über dreißig Experten eingebunden, die die folgenden Akteure repräsentieren:

- Vormundschaftsrichter
- rechtliche Betreuer
- Leiter psychiatrischer Krankenhäuser
- Leiter psychiatrischer Institutsambulanzen
- Leiter Sozialpsychiatrischer Dienste
- Amtsärzte
- Leiter von Sozialbehörden
- Rechtsanwälte mit Rechtsgebiet Betreuungsgesetz
- Selbsthilfeinitiativen
- Fachwissenschaftler verschiedener Disziplinen.

⁶ Persönliche Mitteilung von Prof. Dr. Wolf Crefeld, Düsseldorf.

Die Methodik orientierte sich an der so genannten Delphi-Methode (mehrschleifige Expertenbefragung): Aus den Ergebnissen einer ersten Befragungsrunde und aus Erkenntnissen, die aus parallel durchgeführten Literaturanalysen und aus Fallberichten gewonnen wurden, wurden Empfehlungen zur Verbesserung der Qualität der Verfahrensweisen bei Unterbringungsanlässen abgeleitet und in eine Checkliste von einzelnen Qualitätsanforderungen verdichtet. Diese Liste wurde wiederum an eine größere Zahl von Experten aus den oben genannten Berufsgruppen mit Bitte um Kommentierung verschickt. Die Rückmeldungen führten zu Korrekturen und Erweiterungen der Checkliste. Die überarbeitete Liste wurde wiederum an Experten mit Bitte um Stellungnahmen verschickt. Die Rückmeldungen wurden in eine Neufassung eingearbeitet usw.

Das etwas aufwändige mehrschleifige Verfahren sollte gleichsam als Filter fungieren, der nur solche Vorschläge berücksichtigen sollte, die auf breite inhaltliche Zustimmung stoßen und die grundsätzlich für praktikabel gehalten werden.

In einem letzten Schritt wurden die Qualitätsanforderungen wiederum in einem mehrschleifigen Prozess unter Rückkoppelung von Praxiserfahrungen in Dokumentationsinstrumente für die Aktivitäten der Betreuer und für die Aktivitäten des Gerichts sowie in eine Checkliste für Sachverständigen-Gutachten verdichtet.⁷ Da Sachverständige kaum auf eine einheitliche Struktur von Gutachten verpflichtet werden können, wurde für die Gutachter eine Checkliste entwickelt, die wesentlichen für ein Unterbringungsgutachten relevanten Inhalte/Gesichtspunkte beinhaltet. An welcher Stelle im Gutachten diese Punkte abgehandelt werden, ist dann nachrangig.

In den folgenden Darstellungen werden die Dokumentationsinstrumente und die GutachtenCheckliste nur mit Stichworten skizziert. Die ausführlichen Fassungen der Instrumente können auf der Homepage der BtPrax⁸ heruntergeladen werden.

VII. Bedeutung von vereinheitlichten Dokumentationsinstrumenten

Die Bedeutung liegt zunächst darin, dass mit dem Dokumentationsraster implizit auch Hinweise auf Vorgehensweisen gegeben werden, die in der Praxis vielleicht aus dem Blickfeld geraten können, insbesondere dann, wenn Handlungsdruck gegeben ist. So besteht beispielsweise weitgehende Übereinstimmung darin, dass im Vorfeld einer möglichen Unterbringung mit den zu-

- ### Dokumentation Aktivitäten der Betreuer
- 1 Rechtliche Betreuung (Aufgabenkreis/e)
 - 2 Informationsquellen des Betreuers
 - 3 Gründe für die Erwägung eines Antrages auf Genehmigung zur Unterbringung
 - 4 Verhaltensauffälligkeiten und Gefährdungen des Betroffenen
 - 5 Vorausgegangene Maßnahmen zur Abwendung einer Unterbringung
 - 5.1 Gespräche mit Betroffenen über Behandlungsmöglichkeiten/stationäre Behandlung und ihre Folgen
 - 5.2 Gespräche mit Personen aus dem sozialen Umfeld des Betroffenen
 - 5.3 Beratung mit behandelndem Arzt
 - 5.4 Beratung mit zuständigem Sozialpsychiatrischen Dienst
 - 5.5 Beratung mit Betreuungspersonen aus dem betreuten Wohnen oder mit anderen Betreuungspersonen
 - 5.6 Versuche zur Sicherstellung der Einnahme der Medikation (Medikamentenwechsel, häusliche Krankenpflege zur Verabreichung der Medikation, Arztwechsel o.a.)
 - 5.7 Versuche zur Vermittlung des Betroffenen in sozialpsychiatrische Betreuungsangebote
 - 5.8 Versuche zur Vermittlung des Betroffenen in das ambulant betreute Wohnen
 - 5.9 Versuche zur Vermittlung des Betroffenen in soziale Kontexte (Gruppen, Vereine u.a.)
 - 5.10 Aktivitäten zur Klärung der materiellen/beruflichen Situation des Betroffenen
 - 5.11 Initiierung einer Hilfefunktion
 - 6 Durch Unterbringung mit Erfolgswahrscheinlichkeit erreichbare Behandlungsziele
 - 7 Empfehlungen für den Fall der Genehmigung einer Unterbringung (aufnehmende Einrichtung, Zuweisung, besondere Betreuungserfordernisse Dauer der Unterbringung)
 - 8 Ggf. weitere Hinweise/Empfehlungen

- ### Checkliste Unterbringungsgutachten
- 1 Rahmen / Vorbereitung
 - 1.1 Bei Gutachtenerstellung berücksichtigte Informationsquellen
 - 1.2 Ort und Zeitpunkt der Exploration
 - 1.3 Präsenz anderer Personen bei Begutachtung
 - 1.4 Sprachliche Verständigung zwischen Gutachterin und Betroffenen
 - 1.5 Ergebnisse der Rücksprache mit dem zuständigen Sozialpsychiatrischen Dienst
 - 2 Gutachten im engeren Sinne
 - 2.1 Angaben zur Vorgeschichte des Betroffenen (sofern für die Begutachtungsfrage von Relevanz)
 - 2.2 Angaben zur aktuellen Situation des Betroffenen (sofern für die Begutachtungsfrage von Relevanz)
 - 2.3 Psychischer Befund / somatischer Befund
 - 2.4 Diagnosen und differentialdiagnostische Überlegungen (Klartext und ICD-10 Ziffern)
 - 3 Folgerungen aus der Begutachtung
 - 3.1 Zu befürchtende kurz- und/oder langfristige Schäden bei Nicht-Unterbringung
 - 3.2 Ziel der Unterbringung
 - 3.3 Beurteilung der Einsichtsfähigkeit des Betroffenen
 - 3.4 Mögliche Alternativen zur Unterbringung
 - 3.5 Gegenteilige Vorstellungen des Betroffenen
 - 3.6 Wünsche des Betroffenen im Zusammenhang mit der Unterbringung
 - 3.7 Mögliche negative Folgen der Unterbringung
 - 3.8 Aus vorausgehenden Unterbringungserfahrungen abgeleitete Empfehlungen
 - 3.9 Mit Erfolgswahrscheinlichkeit erreichbare Behandlungsziele
 - 3.10 Empfehlungen zu Vorgehensweisen im nachfolgenden Rahmen
 - 3.11 Empfehlung zur Dauer der Maßnahme

die Exploration/Anhörung, wenn irgend möglich im Lebensumfeld der Betroffene

- 7 An diesem Prozess waren neben dem Verfasser Herr Dr. Stefan Bartusch, FA für Psychiatrie und Psychotherapie, Herr RiAG Jens Buck, Herr Joachim Homeyer-Broßat, rechtlicher Betreuer, und Frau RiAG Annette Loer beteiligt.
- 8 http://www.btprax.de/cnt/btprax_downloads.php

Dokumentation Aktivitäten des Gerichts

- 1 Mit Gutachtenerstellung beauftragter Arzt (Arztgruppe)
- 2 (Behandlungs-) Verhältnis Gutachter - Betroffener
- 3 Vorgaben zum Gutachten
- 4 Ort der Anhörung
- 5 Dauer der Anhörung
- 6 Präsenz anderer Personen bei der Anhörung
- 7 Richter-Eindruck vs. Gutachter-Einschätzung
- 8 Dringlichkeit der Unterbringung
- 9 Weiteres Vorgehen bei einstweiliger Anordnung
- 10 Organisation der Zuführung zur Unterbringung
- 11 Information des zuständigen Sozialpsychiatrischen Dienstes

nen stattfinden sollte. In der Aufforderung, den Ort aktenkundig zu machen, liegt implizit die Aufforderung, die eigene Praxis zu überprüfen.

Eine andere zentrale Bedeutung von vereinheitlichten Instrumenten liegt darin, dass sich alle an Unterbringungen beteiligten Akteure (und auch die von einer Unterbringung Betroffenen und deren Bezugspersonen) darauf beziehen können. Einige Beispiele:

Der Zweck einer Unterbringung wird in Gutachten manchmal in sehr allgemeiner Form umrissen, z. B. „Erreichung einer ausreichenden Compliance“. In der Dokumentation wird gefordert, den Zweck durch überprüfbare Behandlungsziele zu operationalisieren, die nach Einschätzung der Akteure mit zumindest ausreichender Wahrscheinlichkeit erreicht werden können. Wenn der Zweck der Unterbringung nicht klar definiert wird, weil zum Beispiel Ratlosigkeit besteht, wie mit einem Betroffenen verfahren werden sollte, und wenn damit die Unterbringung primär bezwecken soll, ein aktuelles soziales Problem zeitweise vom Tisch zu haben, wäre dem Betroffenen eine Handhabe für eine Beschwerde gegen seine Unterbringung gegeben.

Ein Vormundschaftsrichter, der auf die in der Checkliste aufgelisteten Anforderungen Bezug nehmen kann, wird damit in die Lage versetzt, ein Gutachten zur Nachbesserung zurückzureichen, wenn dort wichtige Aspekte nicht thematisiert bzw. dokumentiert wurden.

In der Dokumentation wird neben der Spezifikation von Behandlungszielen und Behandlungserfordernissen durch den Betreuer und/oder den Gutachter auch die Empfehlung einer geeigneten Einrichtung gefordert. Mit der Spezifikation wäre wenig geholfen, wenn es in der Praxis keine Einrichtung gibt, die dem Anforderungsprofil an die Behandlung gerecht wird.

Ob die Orientierung an Qualitätsanforderungen zu einer nachhaltigen Verbesserung der Vorgehensweisen bei Unterbringungen führen wird, kann letztlich nur durch wissenschaftliche Studien geklärt werden. Die gegenwärtigen, von Ort zu Ort unterschiedlichen Dokumentationspraktiken ermöglichen praktisch keine vergleichenden Analysen. Mit einer vereinheitlichten Dokumentationspraxis würden die Voraussetzungen dafür geschaffen.

VIII. Aufforderung zur Nutzung der Instrumente

Wie bei allen Dokumentationsinstrumenten waren auch hier Kompromisse zwischen fachlicher Differenziertheit und Praktikabilität in der Routineanwendung einzugehen. Weitere Erfahrungen aus der Praxis können zu Modifikationen/Ergänzungen der Instrumente führen.

Mit der Vorlage der Dokumentationsinstrumente verbindet sich der Appell an alle mit Unterbringungsfragen befassten Akteure, den Einsatz der Instrumente in ihrem Tätigkeitsbereich zu prüfen/zu erproben und nach Möglichkeit die bei der Anwendung gemachten Erfahrungen dem Verfasser⁹ mitzuteilen. Darüber könnte ein Netzwerk von Erfahrungen entstehen.

Zielsetzung bleibt eine von breitem Konsens getragene Selbstverpflichtung auf Vorgehensweisen, die vereinheitlichten Qualitätsstandards gerecht werden.

⁹ Fall: heiner.melchinger@gmx.de

Impressum

Betreuungsrechtliche Praxis – BtPrax
Zeitschrift für soziale Arbeit, gutachterliche Tätigkeit und Rechtsanwendung in der Betreuung
herausgegeben in Verbindung mit dem Vormundschaftsgerichtstag e. V., Hamburg

Verantwortliche Redakteurin: Dr. Dagmar Brosey
Schulterblatt 124, 20357 Hamburg,
Tel.: 040/43 13 51 10
Fax: 040/43 25 17 60
E-Mail: brosey@btprax.de

Verantwortlich für den Rechtsprechungsteil:
Dr. Andreas Jürgens, Mdl. und Richter am
Amtsgericht a. D.
Karl-Kaltwasser-Str. 27, 34121 Kassel,
Tel.: 05 61/9 32 49 85, Fax: 05 61/9 32 49 84,
E-Mail: Andreas_Juergens@t-online.de

Jede veröffentlichte Entscheidung wird durch den Verlag mit € 25,- vergütet.

Manuskripte:
Manuskripte sind zwei Monate vor Erscheinen einer Ausgabe an die verantwortliche Redakteurin zu senden. Bei Frau Dr. Brosey oder beim Verlag können auch entsprechende technische und formale Hinweise angefordert werden, die zur Erstellung von Manuskripten nötig sind. Für unverlangt eingesandte Manuskripte kann keine Haftung übernommen werden. Eine eventuelle Annahme durch den Verlag muss schriftlich erfolgen.

Urheber- und Verlagsrechte:
Alle in dieser Zeitschrift veröffentlichten Aufsätze sind urheberrechtlich geschützt, ebenso die veröffentlichten Entscheidungen, so, wie sie bearbeitet oder redigiert worden sind. Der Rechtsschutz gilt auch gegenüber Datenbanken und ähnlichen Einrichtungen. Eine Verwertung außerhalb der Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Mit der Annahme zur Veröffentlichung überträgt der Autor dem Verlag das ausschließliche Vervielfältigungsrecht bis zum Ablauf des Urheberrechts. Das Nutzungsrecht umfasst auch die Befugnis zur Einspeicherung in eine Datenbank sowie das Recht zur weiteren Vervielfältigung zu gewerblichen Zwecken, insbesondere im Wege elektronischer Verfahren einschließlich CD-ROM und Online-Diensten. Der Verlag behält sich das Recht zur redaktionellen Bearbeitung der angenommenen Manuskripte vor.

Verlag:
Bundesanzeiger Verlagsges. mbH.
Amsterdamer Straße 192, 50735 Köln
Tel.: (02 21) 9 76 68-0
Internet: <http://www.bundesanzeiger-verlag.de>

Vertrieb Bundesanzeiger Verlag:
Tel.: -109/112/291, Fax: -278/115
Vertriebsleitung: Birgit Drehsen

Abo-Verwaltung:
Tel.: -229, Fax: -288

Anzeigenleitung:
Melanie Saß, Tel.: -343, Fax: -271
E-Mail: melanie.sass@bundesanzeiger.de

Preis: Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 13/2008.
Vergünstigte Preise für Stellengesuche.

Redaktion im Verlag:

Ella Maybusch, Tel.: -116, Fax: -271

Herstellung: Günter Fabritius, Tel.: -182

Geschäftsführer:
Rainer Diesem (Sprecher), Fred Schuld

Erscheinungsweise:
alle zwei Monate, jeweils 10. Februar, 10. April, 10. Juni, 10. August, 10. Oktober und 10. Dezember

Bezugsbedingungen:
Der Jahresabopreis für die Printausgabe beträgt 101,70 € inkl. MwSt. und Versandkosten (Inland) und 115,20 € inkl. MwSt. und Versandkosten (Ausland). Ein Einzelheft kostet 17,50 € inkl. MwSt. und Versandkosten (Inland) und 19,00 € inkl. MwSt. und Versandkosten (Ausland). Preise für Mitglieder des VGT und BdB sowie Studenten auf Anfrage. Bestellungen über jede Buchhandlung oder beim Verlag. Kündigungen sind nach Ablauf von 12 Monaten möglich. Sie müssen bis zum 15. des Vormonats beim Verlag eingegangen sein.

Satz: Reemers Publishing Services GmbH, Krefeld

Druck: Druck Zentrum Essen

ISSN: 0942-2390

Bürgerliches Gesetzbuch

§ 1906

Genehmigung des Betreuungsgerichts bei der Unterbringung

(1) Eine Unterbringung des Betreuten durch den Betreuer, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, ist nur zulässig, solange sie zum Wohl des Betreuten erforderlich ist, weil

1. auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung des Betreuten die Gefahr, dass er sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt, oder
2. zur Abwendung eines drohenden erheblichen gesundheitlichen Schadens eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig ist, ohne die Unterbringung des Betreuten nicht durchgeführt werden kann und der Betreute auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann.

(2) Die Unterbringung ist nur mit Genehmigung des Betreuungsgerichts zulässig. Ohne die Genehmigung ist die Unterbringung nur zulässig, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist; die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen. Der Betreuer hat die Unterbringung zu beenden, wenn ihre Voraussetzungen wegfallen. Er hat die Beendigung der Unterbringung dem Betreuungsgericht anzuzeigen.

(3) Widerspricht eine ärztliche Maßnahme nach Absatz 1 Nummer 2 dem natürlichen Willen des Betreuten (ärztliche Zwangsmaßnahme), so kann der Betreuer in sie nur einwilligen, wenn

1. der Betreute auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann,
2. zuvor versucht wurde, den Betreuten von der Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme zu überzeugen,
3. die ärztliche Zwangsmaßnahme im Rahmen der Unterbringung nach Absatz 1 zum Wohl des Betreuten erforderlich ist, um einen drohenden erheblichen gesundheitlichen Schaden abzuwenden,
4. der erhebliche gesundheitliche Schaden durch keine andere dem Betreuten zumutbare Maßnahme abgewendet werden kann und
5. der zu erwartende Nutzen der ärztlichen Zwangsmaßnahme die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegt. § [1846](#) ist nur anwendbar, wenn der Betreuer an der Erfüllung seiner Pflichten verhindert ist.

(3a) Die Einwilligung in die ärztliche Zwangsmaßnahme bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts. Der Betreuer hat die Einwilligung in die ärztliche Zwangsmaßnahme zu widerrufen, wenn ihre Voraussetzungen wegfallen. Er hat den Widerruf dem Betreuungsgericht anzuzeigen.

(4) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn dem Betreuten, der sich in einer Anstalt, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung aufhält, ohne untergebracht zu sein, durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig die Freiheit entzogen werden soll.

(5) Die Unterbringung durch einen Bevollmächtigten und die Einwilligung eines Bevollmächtigten in Maßnahmen nach den Absätzen 3 und 4 setzen voraus, dass die Vollmacht schriftlich erteilt ist und die in den Absätzen 1, 3 und 4 genannten Maßnahmen ausdrücklich umfasst. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 4 entsprechend.

Fassung aufgrund des Gesetzes zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme vom 18.02.2013 ([BGBl. I S. 266](#)) m.W.v. 26.02.2013.

Auszug aus BtPrax Online-Lexikon Betreuungsrecht

Freiheitsentziehende Maßnahmen (§ 1906 BGB)

Definition

Unter Unterbringung wird im [Betreuungsrecht](#) nur eine mit einer Freiheitsentziehung verbundene Maßnahme verstanden. Freiheitsentziehung liegt vor, wenn der Betreute:

- auf einem beschränkten Raum festgehalten,
- sein Aufenthalt ständig überwacht
- und Kontaktaufnahme mit Personen außerhalb durch Sicherungsmaßnahmen verhindert werden kann.

Ort der Freiheitsentziehung

Die freiheitsentziehende Unterbringung kann in einem Krankenhaus, einem [Heim](#) oder auch in einer Wohnung gegeben sein. Freiheitsentziehung durch den Betreuer ist zulässig, wenn der Betreute sich zu töten oder schwer zu verletzen droht oder eine dringende medizinische Behandlungsnotwendigkeit besteht.

Verhältnismäßigkeit

Wegen des erheblichen Eingriffes in die grundgesetzlich garantierte Freiheit (Art. [2](#) Grundgesetz) ist die Verhältnismäßigkeit besonders zu beachten, d.h. dass die Wahrscheinlichkeit eines Schadenseintritts für den Betreuten gegeben sein muss, die bloße Möglichkeit reicht nicht aus.

Unterbringungen zum Schutz dritter Personen, zu erzieherischen Zwecken und zu Bestrafungszwecken sind nach dem BGB nicht zulässig. Hierfür sind die [Landesgesetze für psychisch Kranke](#) und die Strafgesetze maßgebend.

Voraussetzungen

Eine Unterbringung zur Vermeidung einer Selbstschädigung setzt voraus,

- dass der Betreute aufgrund seiner Krankheit seinen [Willen](#) nicht frei bestimmen kann,
- oder der Betreute dringend medizinisch [behandlungsbedürftig](#) ist.

Der typische Fall a) ist die Suizidgefahr. Eine erhebliche [Gefahr](#) sehen manche Gerichte auch bei Drohen der [Chronifizierung](#) einer [Schizophrenie](#) oder [Manie](#)) mit dem damit verbundenden [Persönlichkeitsabbau](#), oder wenn durch die [Krankheit](#) extreme [Zustände](#) (z.B. Leben zwischen eigenen [Fäkalien](#)) geschaffen werden, die nach allen Wertungen [menschenunwürdig](#) sind. Wegen des erheblichen Eingriffes in die grundgesetzlich garantierte Freiheit (Art. [2](#) Grundgesetz) ist die Verhältnismäßigkeit besonders zu beachten, d.h. dass die Wahrscheinlichkeit eines Schadenseintritts für den Betreuten gegeben sein muss, die bloße Möglichkeit reicht nicht aus. Manche

Gerichte bejahen bei einer eigentlichen Fremdgefährdung wegen möglicher Verteidigungsreaktionen anderer eine Eigengefährdung.

Bei b) reicht nicht jede Gesundheitsgefährdung aus. Mögliche Gründe sind z.B. die durch [psychisch Krankheit](#) bedingte Verweigerung lebensnotwendiger Medikamente oder Nahrung, das regelmäßige und planlose Umherirren im Straßenverkehr oder die notwendige [Entgiftungsphase](#) nach Drogen- oder Alkoholmißbrauch (im Gegensatz dazu die nachfolgende Entwöhnungsbehandlung, die kein Unterbringungsgrund sein soll).

Meist wird diese Maßnahme bei [schizophrenen](#) Erkrankungen getroffen, manchmal auch bei [Manisch-Depressiven Erkrankungen](#) oder bei krisenbedingten ernstlichen [Suizidabsichten](#).

Auch hier ist stets die Frage alternativer Versorgungs- und Behandlungsmöglichkeiten sowie der zu erwartenden negativen Auswirkungen der Unterbringung im Vergleich zum möglichen Heilerfolg zu prüfen.

Soll die Unterbringung zum Zwecke einer [Heilbehandlung](#) erfolgen, ist stets zu fragen, ob der Betroffene bezüglich der ärztlichen Behandlung [einwilligungsfähig](#) ist, er also Bedeutung und Tragweite des Eingriffs zu erkennen und seinen Willen danach zu bestimmen vermag. Ist dies der Fall, ist der Betroffene mit der Behandlung aber nicht einverstanden, so ist eine Unterbringung zur Erzwingung dieser Einsicht ebenfalls unzulässig. Ist dies der Fall, ist der Betroffene mit der Behandlung aber nicht einverstanden, so ist eine Unterbringung zur Erzwingung dieser Einsicht ebenfalls unzulässig, siehe hierzu den BGH weiter unten.

Rechtsprechung

OLG Stuttgart Beschluss vom 29.06.2004, [8 W 239/04](#):

Ein Betreuer mit den [Aufgabenkreisen](#) "[Aufenthaltsbestimmung](#) und [Gesundheitsfürsorge](#)" ist ermächtigt, ein Verfahren auf Genehmigung der **Unterbringung** zu betreiben; eine Erweiterung seines Aufgabenkreises auf "freiheitsentziehende Maßnahmen" ist nicht erforderlich.

OLG München, Beschluss vom 13.04.2006, [33 Wx 41/06](#), [FamRZ 2006, 1228](#) (Ls.):

Eine geschlossene Unterbringung einer Betreuten durch den Betreuer ist grundsätzlich dann möglich, wenn die Betreute an fortschreitender Demenz leidet, wiederholte dokumentierte Vorfälle in der nahen Vergangenheit den Antrieb, die geschlossene Abteilung bei sich bietender Gelegenheit zu verlassen, vorliegen und das unbeaufsichtigte Verlassen eine erhebliche Gefahr für Leben oder Gesundheit darstellen würde. In einem solchen Fall ist es nicht erforderlich, nachzuweisen, daß die Betreute bereits aus der Einrichtung weggelaufen ist der ggf. weglaufen würde.

BGH, Beschluss vom 23.01.2008, XII ZB 185/07; [BtPrax 2008, 115](#) = [MDR 2008, 628](#) = [FGPrax 2008, 133](#) = [FamRZ 2008, 866](#):

"Das Gericht darf die Unterbringung des Betroffenen in einer geschlossenen Einrichtung nicht genehmigen, wenn die Freiheitsentziehung als solche nicht notwendig ist und die Genehmigung letztlich nur eine Rechtsgrundlage abgeben soll, den Betroffenen in einer offenen Abteilung der Einrichtung einer erforderlichen - auch zwangsweisen - Behandlung mit Medikamenten zu unterziehen."

Im übrigen kommt eine Unterbringung nicht in Betracht, wenn die vorgesehene Behandlung keinen hinreichenden Erfolg verspricht, z.B. eine Alkoholentziehungskur gegen den Willen des Betreuten.

Das OLG Hamm stellte anlässlich einer [Schadensersatzforderung](#) gegen einen Betreuer fest, dass der [Aufgabenkreis Gesundheitssorge](#) für eine **Unterbringung** nicht ausreichend ist ([Urteil vom 09.01.2001, 29 U 56/00, FamRZ 2001, 861](#) = R&P 2001, 206 m. Anm. Beck in [BtPrax 2001, 195](#)). Es wird der Aufgabenkreis [Aufenthaltsbestimmung](#) benötigt. Diese Rechtsauffassung wurde durch Beschluss des OLG Brandenburg vom 02.08.2007, [11 Wx 42/07, FamRZ 2007, 2107](#) (Ls.) bestätigt.

Das Bundesverfassungsgericht beschloss 1998, dass es nicht rechters war, einen Mann, der meinte Wanzen in den Ohren implantiert zu haben, zwangsweise unterzubringen. Ein drohende Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung reiche dazu nicht aus. Es müsse auch nach Betreuungsrecht eine erhebliche Selbstgefährdung vorliegen, sonst darf nicht zwangsweise untergebracht werden ([Beschluss BVerfG 2 BvR 2270/96; NJW 1998, 1774](#) = [FamRZ 1998, 895](#)).

BGH, Beschluss vom 28.12.2009, XII ZB 225/09, FamRZ 2010, 202 = [MDR 2010, 388](#) = RdLH 2010, 31 (Kurz wiedergabe) = RuP 2010, 34 = [FGPrax 2010, 94](#) = [NJW-RR 2010, 289](#):

Eine Unterbringung kann nicht gemäß § [1906](#) Abs. 1 Nr. 2 2. Alt. BGB ("... weil ... eine Heilbehandlung ... notwendig ist, ...") genehmigt werden, wenn die angestrebte Heilbehandlung - aus welchen Gründen auch immer - nicht oder nicht mehr durchgeführt wird. Deshalb darf eine bereits erteilte Genehmigung nicht länger aufrechterhalten werden, wenn der Betreute bereits untergebracht ist, sich aber sodann herausstellt, dass die in der Unterbringungseinrichtung tätigen Ärzte - in Abweichung von dem der Genehmigung zugrunde liegenden ärztlichen Gutachten - eine Heilbehandlung für medizinisch nicht geboten erachten und eine solche Behandlung deshalb nicht durchführen.

BGH, Beschluss vom 13.01.2010, XII ZB 248/09, BtPrax 2010, 78 = [FGPrax 2010, 96](#) = [NJW-RR 2010, 291](#):

Die zivilrechtliche Unterbringung durch einen Betreuer nach § [1906](#) Abs. 1 Nr. 1 BGB setzt keine akute, unmittelbar bevorstehende Gefahr voraus; notwendig ist allerdings eine ernstliche und konkrete Gefahr für Leib oder Leben des Betreuten. Die Gefahr für Leib oder Leben setzt kein zielgerichtetes Verhalten des Betreuten voraus, so dass auch eine völlige Verwahrlosung ausreichen kann, wenn damit eine Gesundheitsgefahr durch körperliche Verelendung und Unterversorgung verbunden ist.

BGH, Beschluss vom 11.08.2010, [XII ZB 78/10](#):

§ [1906](#) Abs. 1 Nr. 1 BGB verlangt im Gegensatz zur [öffentlich-rechtlichen Unterbringung](#) keine akute, unmittelbar bevorstehende Gefahr für den Betreuten. Notwendig ist allerdings eine ernstliche und konkrete Gefahr für dessen Leib oder Leben, wobei die Anforderungen an die Voraussehbarkeit einer Selbsttötung jedoch nicht überspannt werden dürfen. Die Prognose ist im Wesentlichen Sache des Tatrichters.

EINLEITUNG

Der Mensch im Mittelpunkt – nach dieser Devise wurde der vorliegende Leitfaden erstellt, der allen Beteiligten bei einem Unterbringungsverfahren Orientierung und Sicherheit geben soll. Der Text ist ein Ergebnis des Berufsbetreuertreffens vom 11. Mai 2011 im Haus der Region. Der Rahmenplan für ein Unterbringungsverfahren gemäß § 1906 BGB wurde gemeinsam von

- dem Amtsgericht / Betreuungsgericht Hannover
- der Polizeidirektion Hannover
- der Landeshauptstadt Hannover, Fachbereich Feuerwehr
- der Region Hannover, Team Sozialpsychiatrischer Dienst
- dem Arbeitskreis freiberuflicher Betreuer e.V.
- der Region Hannover, Team Betreuungsangelegenheiten

Editorischer Hinweis:

Die nachfolgend verwendete männliche Form bezieht die weibliche Form mit ein. Auf die Verwendung beider Geschlechtsformen wird lediglich mit Blick auf die bessere Lesbarkeit des Textes verzichtet.

VORBEMERKUNGEN

- Der Betreuer hat die gesetzlichen Grundlagen wie Wille, Wohl, Besprechungspflicht (§ 1901 BGB) und den Grundsatz der persönlichen Betreuung (§ 1896 BGB) zu beachten. Der Aufgabenkreis Aufenthaltsbestimmungsrecht oder Entscheidung über die Unterbringung muss eingerichtet sein.
- Der Betreuer prüft vor einem Unterbringungsantrag alle anderen freiwilligen und alternativen Möglichkeiten unter vollständiger Abwägung von Nutzen und Schaden für den Betreuten.

- Der Betreuer beachtet die UN-Behindertenrechtskonvention hinsichtlich der Freiheits- und Schutzrechte von behinderten Menschen.

- Alle Beteiligten haben sich im Verfahren wertschätzend gegenüber dem Betroffenen zu verhalten. Die Anwendung von Zwang ist zu vermeiden.

- Der Betreuer hat vor Ort grundsätzlich die Steuerungsrolle.

- Gefahr in Verzug (§ 1906 Abs. 2 BGB) und Erstwertige Anordnungen (§ 331, 332 FamFG) sind nur im Ausnahmefall anzuwenden.

- Die Verfahrensgarantien sind von allen Beteiligten einzuhalten.

- Gewalt (Unmittelbarer Zwang) muss durch das Betreuungsgericht ausdrücklich angeordnet werden (§ 326 FamFG). Nur die Betreuungsbehörde darf die Polizei um Vollzugshilfe bitten.

- Nach einer Unterbringung sollen die Beteiligten auf Initiative des Betreuers den Ablauf reflektieren. Zur Unterbringungsvermeidung kann ein Notfallplan oder der Wille des Betroffenen im Rahmen einer (Patienten) Verfügung erstellt werden.

VORARBEITEN

- Der Betreuer prüft für den Betreuten Notwendigkeit und Voraussetzungen unter Einbeziehung der gesetzlichen Vorschriften:
 - Schutz bei Gefahr für Leben und Gesundheit
 - Behandlungsnotwendigkeit
 - Fehlende Einsichtsfähigkeit
 - Eigengefährdung
 - Wohl
 - Kein Drittinteresse
 - Notwendigkeit und Verhältnismäßigkeit

- Der Betreuer prüft Alternativen zur Unterbringung.
- Der Betreuer prüft die Möglichkeit des freiwilligen Krankenhausaufenthaltes:
 - Besprechungspflicht
 - Aufsuchende betreuungsrechtliche Arbeit (persönliche Betreuung)

- Der Betreuer stellt schriftlich und fachlich begründet, incl. des Unterbringungszeitraumes, einen Unterbringungsantrag beim Gericht. Dabei orientiert er sich an dem Fragebogen des Projektes „Vorgehensweisen bei zivilrechtlichen Unterbringungen“.

GERICHTSVERFAHREN

- Das Gericht prüft den Antrag gemäß § 1906 Abs. 1 BGB und stellt eigene Ermittlungen an.

- Das Gericht bestellt ggf. einen Verfahrenspfleger.

- Das Gericht beauftragt einen Gutachter.

- Das Gericht hört die Betreuungsbehörde und die sonstigen Beteiligten an.

- Das Gericht verschafft sich unmittelbaren Eindruck vom Betreuten und hört ihn an.

- Das Gericht trifft Entscheidung über den Antrag (Genehmigung wird erteilt oder abgelehnt). Bei Entscheidungen im Wege der einstweiligen Anordnung bedarf es einer besonderen Begründung der Dringlichkeit.

Wenn die Genehmigung zur Unterbringung durch das Gericht beschlossen wird:

- Der Betreuer entscheidet über das weitere Verfahren und die Durchführung der Unterbringung und setzt sich ggf. mit dem Verfahrenspfleger in Verbindung.

- Die Betreuungsbehörde prüft den Beschluss auf die Einhaltung der Verfahrensgarantien und legt ggf. Beschwerde ein.

Unterbringung ohne Gewaltanwendung

- Der Betreuer vollzieht die Zuführung zur Unterbringung.

- Der Betreuer ist vor Ort anwesend (er vollzieht die Unterbringung, nur auf ihn persönlich ist die Genehmigung zur Unterbringung ausgestellt).

- Der Betreuer besorgt Transportschein (im Stadgebiet Hannover reicht notfalls Kopie des Unterbringungsbeschlusses).

- Der Betreuer bestellt über die Leitstelle Transportmittel zur Zuführung zur Klinik (Grundsätzlich sollte dies ein Fahrzeug mit Vollzugsbeamten sein).

- Der Betreuer informiert das Krankenhaus über die anstehende Aufnahme und hält Beschlusskopien vor.

- Der Betreuer begleitet den Betroffenen in die Klinik und ist beim Aufnahmegespräch anwesend.

Unterbringung mit Gewaltanwendung (Genehmigung zur Gewaltanwendung und Türöffnung muss im Genehmigungsbeschluss enthalten sein)

- Der Betreuer vollzieht die Zuführung zur Unterbringung.

- Der Betreuer bittet die Betreuungsbehörde um Unterstützung.

- Der Betreuer ist vor Ort anwesend (er vollzieht die Unterbringung, nur auf ihn persönlich ist die Genehmigung zur Unterbringung ausgestellt).

UNTERBRINGUNGSVERFAHREN nach Betreuungsrecht § 1906 BGB

- Der Betreuer begleitet den Betroffenen grundsätzlich in die Klinik.
- Der Betreuer hat die Genehmigung zur Unterbringung unverzüglich beim Gericht nachzuholen.
- Bei gerichtlicher Ablehnung des Unterbringungsbeschlusses ist die Unterbringung nicht rechtskräftig und sofort zu beenden.
- Der Betreuer stellt fest, dass eine Unterbringung ohne Anwendung von unmittelbarem Zwang nicht möglich ist. Der Betreuer informiert die Polizei.
- Die Polizei prüft in eigener Zuständigkeit die Gefahrenlage und entscheidet über die weiteren gefahrenabwehrrechtlichen Erfordernisse. Dies kann eine Ingewahrsamnahme sein, die dann zur Einleitung eines Verfahrens nach dem NPSyChKG führt.
- Der Betreuer sollte, falls erforderlich, weiterhin einen Antrag auf Genehmigung der Unterbringung nach dem Betreuungsrecht beim Gericht stellen.

Der Mensch im Mittelpunkt



Region Hannover



Region Hannover
Der Regionspräsident
Team Betreuungsmöglichkeiten
Gestaltung: Region Hannover, Team Gestaltung
Druck: Region Hannover, Team Gestaltung
Auflage: 1000 Stück
Weitere Informationen:
Team Betreuungsmöglichkeiten
Hilfenheimer Straße 20
30169 Hannover
Telefon: 0511/6162232
E-Mail: betreuungsstelle@region-hannover.de
Stand September 2011

Unterbringungsverfahren bei Gefahr in Verzug (§ 1906 Abs. 2 BGB)

- Dieses Verfahren stellt die absolute Ausnahme dar und findet nur Anwendung, wenn:
- Mit dem Genehmigungsverfahren über das Gericht mit Begutachtung und Anhörung und dem damit verbundenen Aufschub eine existentielle Gefährdung für das Leben oder die Gesundheit des Betroffenen verbunden ist
 - oder das Verfahren außerhalb der Geschäftszeiten des Betreuungsgerichtes erfolgt und das Gericht nicht erreichbar ist
 - Ob Gefahr in Verzug vorhanden ist, entscheidet der Betreuer.
 - Der Betreuer versucht das Gericht zu erreichen.
 - Der Betreuer klärt, ob der Betreute bei einer Institution, ambulanz oder einem Facharzt in Behandlung ist. Sollte dies nicht der Fall sein, versucht der Betreuer den Sozialpsychiatrischen Dienst (ggf. fachärztlichen Notdienst) oder einen anderen (Not-) Arzt zu erreichen.
 - Der Betreuer entscheidet, wenn möglich gemeinsam mit Arzt, vor Ort über Gefahr in Verzug.
 - Der Betreuer bestellt über die Leitstelle Transportmittel zur Zuführung zur Klinik (Grundsätzlich sollte dies ein Fahrzeug mit Vollzugsbeamten sein).
 - Der Betreuer kann und darf nicht über eine Gewaltanwendung und/oder Türöffnungen entscheiden, diese anordnen oder legitimieren.
 - Der Betreuer informiert das Krankenhaus über die anstehende Aufnahme, falls eine Unterbringung ohne Zwang stattfindet.
 - Der Betreuer bestimmt den Aufenthalt des Betroffenen im Krankenhaus.

- Der Betreuer besorgt Transportschein (im Stadtbetrieb Hannover reicht notfalls Kopie des Unterbringungsbeschlusses).
- Der Betreuer bestellt über die Leitstelle Transportmittel zur Zuführung zur Klinik (grundsätzlich sollte dies ein Fahrzeug mit Vollzugsbeamten sein).
- Die Betreuungsbehörde bittet die Polizei um Unterstützung vor Ort für den Fall des Leistens von Amtshilfe / Vollzugshilfe. Zur ergänzenden Information wird darüber hinaus der Beschluss übersendet oder vor Ort überreicht.
- Die Betreuungsbehörde entscheidet vor Ort über die Notwendigkeit der Türöffnung.
- Die Betreuungsbehörde bestellt den Schlüsseldienst oder bei Gefahr in Verzug die örtliche Feuerwehr.
- Die Betreuungsbehörde entscheidet vor Ort über die Notwendigkeit der Gewaltanwendung.
- Die Betreuungsbehörde bittet die Polizei um Vollzugshilfe und legitimiert die Anwendung von unmittelbarem Zwang.
- Die Polizei entscheidet dann in eigener Zuständigkeit über Art und Weise der Anwendung unmittelbaren Zwangs.
- Der Betreuer informiert das Krankenhaus über die anstehende Aufnahme und ordnet die Unterbringung im Krankenhaus an.
- Der Betreuer begleitet den Betroffenen in die Klinik und ist beim Aufnahmegespräch anwesend.

**Sektion Rechtspsychologie im BDP**

Dipl. Psych. Dr. jur. A. Kannegiesser, Elisabet-Ney-Str. 18, 48147 Münster

An die
Vorsitzende des Sozial- und Integrationspo-
litischen Ausschusses
Schlossplatz 1-3
65183 Wiesbaden

Sektion
Rechtspsychologie

Anschrift Vorsitzende
Dr. Anja Kannegiesser
Elisabet-Ney-Straße 18
48147 Münster

Telefon + 49 251 4902842**Telefax** + 49 251 4902843**E-Mail** akannegiesser@bdp-
rechtspsychologie.de**Internet** www.rechtspsychologie-
bdp.de

09.03.2015

**Stellungnahme der Sektion Rechtspsychologie des Berufsverband Deutscher Psycho-
loginnen und Psychologen e.V. (BDP) zum
Gesetzentwurf der Hessischen Landesregierung für ein zweites Gesetz zur Änderung
des Maßregelvollzugsgesetzes (Drucksache 19/1195)**

Sehr geehrte Frau Ravensburg, MdL,
sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren,

der Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP) vertritt deutschlandweit die beruflichen und politischen Interessen von rund 12.000 Psychologen und Psychologinnen aus allen Tätigkeitsbereichen. Er wurde 1946 gegründet und ist Ansprechpartner und Informant für Politik, Medien und Öffentlichkeit. Im Bereich des hessischen Maßregelvollzugs ist ein Großteil der dort tätigen Psychologinnen und Psychologen im BDP und in der Sektion Rechtspsychologie organisiert.

Im Jahr 2011 wurden durch zwei Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts (2 BvR 882/09 und 2 BvR633/11) die Regelungen zu Zwangsbehandlungen im Maßregelvollzug in Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg für verfassungswidrig erklärt. Die Zwangsbehandlung eines im Maßregelvollzug untergebrachten Patienten ist demnach nur auf Grundlage eines Gesetzes zulässig, durch das die Voraussetzungen für die Zulässigkeit eines derartigen Eingriffs geregelt wird.

Das Bundesverfassungsgericht hat in einer weiteren Entscheidung (2 BvR 133/10) festgestellt, dass das Privatisierungsmodell im hessischen Maßregelvollzug zwar mit dem Grundge-

BDP, gegründet 1946**Präsident** Prof. Dr. Michael Krämer**Vizepräsidentin** Dipl.-Psych. Annette Schlipphak**Vizepräsident** Dipl.-Psych. Michael Ziegelmayer**Hauptgeschäftsführerin** Dipl.-Psych. Gita Tripathi**Registergericht** Amtsgericht Charlottenburg



gesetz vereinbar ist, dass aber das hessische Maßregelvollzugsgesetz die für die wirksame Aufsicht erforderlichen Informations- und Durchsetzungsmittel nicht ausdrücklich regelt.

Aufgrund dieser höchstrichterlichen Entscheidungen war eine Neuregelung des hessischen Maßregelvollzugsgesetzes erforderlich. Die hessische Landesregierung hat dem hessischen Landtag mit Schreiben vom 02.12.2014 einen Gesetzentwurf zur Beschlussfassung vorgelegt (Drucksache 19/1195).

Zu diesem Gesetzentwurf nimmt die Sektion Rechtspsychologie im BDP wie folgt Stellung:

Die Sektion begrüßt ausdrücklich die Novellierung des Maßregelvollzugsgesetzes Hessens und die damit verbundene Umsetzung der höchstrichterlichen Vorgaben im Hinblick auf die Gesetzgebung in Hessen.

Stärkung der Rolle von PsychologInnen im Maßregelvollzug

Die Sektion Rechtspsychologie begrüßt ausdrücklich die Anerkennung der hohen fachlichen Qualifikation von PsychologInnen, die im Gesetzentwurf an mehreren Stellen betont wird. Dies bedeutet eine begrüßenswerte Stärkung der Rolle von PsychologInnen im hessischen Maßregelvollzug. Beispielsweise ist vorgesehen, dass approbierte Psychologische PsychotherapeutInnen auch Leitungsfunktionen im Maßregelvollzug übernehmen können. Damit können sie nun auch im Rahmen zu treffender Ermessensentscheidungen in die Grundrechte der untergebrachten Personen eingreifen. Dies bedeutet eine seit langer Zeit überfällige rechtliche Gleichstellung mit leitenden ÄrztInnen im hessischen Maßregelvollzug. Denn im Maßregelvollzug steht primär die Frage im Mittelpunkt, ob von den untergebrachten Patienten auch in Zukunft weitere erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sein werden. Ist dies nicht oder mit einer nur sehr geringen Wahrscheinlichkeit der Fall, muss ein im Maßregelvollzug untergebrachter Täter entlassen werden. Dies erfolgt auch dann, wenn er nach wie vor als „psychisch krank“ gilt. Schon dieser Aspekt zeigt deutlich, dass die psychische Störung eines Täters dessen Gefährlichkeit zwar zu einem großen Anteil bedingen kann, aber nicht muss. In den allermeisten Fällen spielen auch im Maßregelvollzug originär psychologische Verhaltens- und Persönlichkeitsaspekte der Täter, die fernab psychiatrischer Krankheitsbegriffe anzusiedeln sind, eine entscheidende Rolle. Dies sind beispielsweise schwerwiegende soziale Defizite, kognitive Einschränkungen oder bestimmte persönlichkeitsbedingte Verhaltensbereitschaften.



ten. Probleme dieser Art, die im Maßregelvollzug über psychologische und psychotherapeutische Interventionen angegangen werden müssen, überwiegen jene, die primär einer klassisch psychiatrisch-medikamentösen Behandlung bedürfen, bei Weitem. Es ist zu begrüßen, dass im Gesetzesentwurf PsychologInnen die Vollzugsleitung einer Maßregelvollzugsklinik und die damit verbundene Verantwortung übernehmen können.

Allerdings hält die Sektion Rechtspsychologie die **Qualifikationsfestschreibung in ihrer Begrenztheit** unter zwei Gesichtspunkten für verfehlt:

Zwar erscheint es sinnvoll bei den Qualifikationsanforderungen an im Maßregelvollzug tätigen PsychologInnen auf fundierte klinische Erfahrungen und Kenntnisse abzustellen. Diese können jedoch von PsychologInnen auf vielfältige Weise erworben und belegt werden (z.B. FachpsychologIn für Klinische Psychologie (BDP)). Die Approbation ist hierbei nur eine Möglichkeit.

Bei den im Maßregelvollzug tätigen ÄrztInnen ist vor dem Hintergrund ihres Arbeitsfeldes ein psychiatrischer Qualifizierungsschwerpunkt zu bevorzugen.

Darüber hinaus ist sehr kritisch anzumerken, dass der Gesetzgeber die notwendige forensische Expertise weder bei den ÄrztInnen noch bei den PsychologInnen explizit berücksichtigt hat. Die Sektion Rechtspsychologie im BDP vertritt mit Nachdruck die Auffassung, dass alle leitenden Positionen im Maßregelvollzug (Vollzugsleitung und Abteilungsleitung) ausschließlich von Personen übernommen werden sollten, die über eine langjährige forensische Erfahrung und eine einschlägige forensische Expertise verfügen, die beispielsweise durch das Zertifikat „FachpsychologIn für Rechtspsychologie“ belegt werden kann. Der BDP steht hier für die Einhaltung höchster Qualitätsstandards bei psychologischen Tätigkeiten im forensischen Kontext, insbesondere auch im Bereich des Maßregelvollzugs. Zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) hat der BDP bereits im Jahre 1995 die curriculare Weiterbildung zur „Fachpsychologin / zum Fachpsychologen für Rechtspsychologie (BDP / DGPs)“ entwickelt. Diese mindestens dreijährige Weiterbildung vermittelt auf der Grundlage eines universitären Psychologiestudiums (Diplom/ Master in Psychologie) eine fundierte und praxisorientierte Zusatzqualifikation für psychologische Tätigkeiten im Rechtswesen. Nähere



Informationen und eine Übersicht über die FachpsychologInnen für Rechtspsychologie finden Sie im beigefügten Flyer bzw. schriftlichen Verzeichnis.

Daher fordert die Sektion Rechtspsychologie die Festlegung folgender Qualifikationsanforderungen im Maßregelvollzugsgesetz Hessens:

"Psychologin und Psychologe mit klinisch-forensischen Kenntnissen und Erfahrungen"

"Ärztin und Arzt mit psychiatrisch-forensischen Kenntnissen und Erfahrungen"

Gesetzliche Berücksichtigung und Würdigung der forensischen Ambulanzen

Die Sektion Rechtspsychologie im BDP begrüßt ausdrücklich, dass im vorliegenden Entwurf die gesetzlichen Grundlagen für die seit Jahren in Hessen bestehenden forensischen Ambulanzen geschaffen werden sollen. Damit wird der großen Bedeutung der forensischen Nachsorge und der ambulanten Straftäterbehandlung in besonderer Weise Rechnung getragen.

Stärkung von Patientenrechten

Auch zeigt sich die Sektion Rechtspsychologie erfreut, dass der Gesetzentwurf an mehreren Stellen die Rechte der untergebrachten Personen stärkt und schützt. Zu nennen sind hier beispielsweise die Neuregelungen zur Verlegung, zur Behandlung, zu Zwangsmaßnahmen, zum Datenschutz sowie die Ernennung eines Patientenfürsprechers oder die gesetzliche Verankerung sogenannter Forensikbeiräte.

Regelungen zu Behandlung gehen nicht weit genug

Unter Behandlung sind laut Gesetzentwurf die „gebotenen medizinischen, psychotherapeutischen, soziotherapeutischen und heilpädagogischen Maßnahmen“ zu verstehen. Die mit diesem Passus vollzogene Abkehr von einer rein ärztlichen Behandlung ist ausdrücklich zu begrüßen und kommt der Alltagsrealität in den hessischen Maßregelvollzugseinrichtungen deutlich näher. Ziel der Behandlung soll es sein, den untergebrachten Personen nach ihrer Entlassung ein „eigenverantwortliches Leben in der Gemeinschaft“ zu ermöglichen. Hier findet der Resozialisierungsansatz als Behandlungsziel Einzug ins Gesetz. Eine sehr begrüßenswerte Entwicklung, die auch durch die Ergebnisse rechtspsychologischer Forschung gestützt wird.



Kritisch bewertet die Sektion Rechtspsychologie jedoch, dass die Sicherung der Behandlungsqualität im Maßregelvollzug nicht die erforderliche Berücksichtigung im Gesetzentwurf findet. In Anlehnung an die Stellungnahme zum Entwurf eines neuen Maßregelvollzugsgesetzes in Rheinland-Pfalz wird deshalb vorgeschlagen, dass in regelmäßigen Abständen (mindestens alle 2 Jahre) und bei Bedarf Behandlungsgutachten durch in forensischer Sachkunde und Erfahrung qualifizierte und von der jeweiligen Klinik unabhängige, externe Sachverständige anzufertigen sind. Diese Behandlungsgutachten würden ihren Beitrag zur Sicherung der Behandlungsqualität leisten, die Patientenrechte stärken und gleichzeitig zur Erhöhung der Sicherheit führen. Nicht zuletzt würden Behandlungsgutachten auch die Fachaufsicht der hessischen Maßregelvollzugskliniken (das hessische Sozialministerium) in der Wahrnehmung ihrer Aufgaben fachlich und fundiert unterstützen. FachpsychologInnen für Rechtspsychologie (BDP/DGPS) sind aufgrund ihrer nachweislichen forensischen Sachkunde und Erfahrung ohne Zweifel besonders geeignet, einerseits Aufgaben und Funktionen in der Fachaufsichtsbehörde selbst zu übernehmen und andererseits auch Behandlungsgutachten für den Maßregelvollzug als externe Sachverständige zu erstellen.

Regelung von Zwangsmaßnahmen

Die Sektion Rechtspsychologie begrüßt die vorgeschlagene Neuregelung zur Durchführung von Zwangsmaßnahmen im hessischen Maßregelvollzug. Laut Gesetzentwurf bedarf jede (ärztliche) Behandlung grundsätzlich der Einwilligung der untergebrachten Person. Die Regelungen zu Zwangsmaßnahmen auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge (z.B. Zwangsmedikation und Zwangsernährung) tragen den oben erwähnten Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts Rechnung, da Zwangsmaßnahmen zukünftig nur noch unter ganz bestimmten und eng gefassten Vorraussetzungen möglich wären: bei Vorliegen einer erheblichen Lebensgefahr oder der Gefahr einer schwerwiegenden Schädigung der Gesundheit der untergebrachten oder anderer Personen. Zudem muss vorher versucht worden sein, die Zustimmung zur geplanten Maßnahme bei der untergebrachten Person auf freiwilliger Basis zu erwirken. Die Maßnahmen müssen der Person auch rechtzeitig angekündigt worden sein, damit für sie die Möglichkeit besteht, rechtliche Mittel einzulegen und auf diesem Wege eine gerichtliche Entscheidung zu erwirken. „Mildere Mittel“ müssen gleichzeitig als aussichtslos eingeschätzt werden und der von der Zwangsmaßnahme erwartete Nutzen muss den möglichen Schaden einer Nichtbehandlung deutlich überwiegen. Vor ihrer Durchführung ist es erforder-



lich, dass die Maßnahme bei der Aufsichtsbehörde (also dem hessischen Sozialministerium) beantragt und durch sie genehmigt worden ist. In der Praxis werden im Vorfeld einer geplanten Zwangsmaßnahme Gutachten eingeholt. Aus Sicht der Sektion Rechtspsychologie ist es hierbei von allerhöchster Wichtigkeit, dass diese Gutachten auch tatsächlich von externen, d.h. unabhängigen Sachverständigen erstattet werden. Angestellte der vitos-Holding oder des LWV Hessen sollten hiervon ausgeschlossen sein, um bereits den bloßen Verdacht, dass die Expertise nicht vollkommen unabhängig sein könnte, auszuschließen. Zudem sollten auch in der Aufsichtsbehörde selbst forensisch und klinisch erfahrene Personen tätig sein, die auf Basis ihres Fachwissens die erstellten Expertisen kritisch prüfen und so eine fundierte und verantwortungsvolle Entscheidung für oder gegen die Genehmigung einer geplanten Zwangsmaßnahme treffen können.

Trotz der prinzipiellen Würdigung der vom Gesetzgeber vorgeschlagenen Voraussetzungen zur Durchführung von Zwangsbehandlungen, sollte kritisch bedacht werden, dass die Prüfung und Erfüllung solcher Vorgaben mehrere Wochen dauern kann. Alle Beteiligten sollten sich deshalb stetig vergegenwärtigen, dass ein Patient in dieser Zeit unter Umständen massiv leidet. Es bleibt deshalb im Sinne des Patientenwohls zu hoffen, dass der Prozess der Beantragung, Prüfung und Genehmigung mit der gebotenen Dringlichkeit durchgeführt werden wird.

Grundsätzliches Recht auf Lockerungen

Die Sektion Rechtspsychologie begrüßt, dass der Gesetzentwurf die Voraussetzungen regelt, unter denen einem Maßregelvollzugspatienten Lockerungen, die ihm grundsätzlich zustehen, verwehrt werden dürfen. Lockerungen dürfen nur dann verwehrt werden, wenn zu befürchten ist, dass die untergebrachte Person sich dem weiteren Vollzug entziehen oder sie die Lockerung zu Handlungen gegen die Vollzugsziele oder gar zu Straftaten missbrauchen wird.

Insgesamt ist aus Sicht der Sektion Rechtspsychologie im BDP festzustellen, dass die Reformbemühungen der hessischen Landesregierung in Bezug auf das hessische Maßregelvollzugsgesetz in die richtige Richtung weisen. Einzelne Aspekte bedürfen aus rechtspsychologischer Sicht jedoch einer deutlichen Verbesserungen. Gerne bietet hierzu die Sektion Rechtspsychologie im BDP dem Gesetzgeber in Hessen ihre umfassende und sachverständige Hilfe und Expertise an.



Für Rückfragen und einen weiteren Austausch stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'A. Kannegießer', written in a cursive style.

Dr. jur. Dipl.-Psych. Anja Kannegießer
Fachpsychologin für Rechtspsychologie
Vors. der Sektion Rechtspsychologie BDP
Vors. des Fachgremiums Rechtspsychologie BDP/DGPs

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Ch. Schmitt', written in a cursive style.

Dipl.-Psych. Christoph Schmitt
Fachpsychologe für Rechtspsychologie
Psychologischer Psychotherapeut
Vorstand der Sektion Rechtspsychologie BDP

gez. Dipl.-Psych. Marcus Müller
Fachpsychologe für Rechtspsychologie i.W.
Psychologischer Psychotherapeut i.W.
Landesbeauftragter der Sektion RP in Hessen BDP



WER

WER IST FÜR DIE WEITERBILDUNG IM BEREICH RECHTSPSYCHOLOGIE VERANTWORTLICH?

Die Föderation Deutscher Psychologenvereinigungen, konstituiert durch den Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP) und die Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs), verleiht seit 1995 das Zertifikat FachpsychologIn für Rechtspsychologie BDP/DGPs - seit 2013 in reformierter Struktur.

Diese Weiterbildung wird getragen vom BDP (vertreten durch die Deutsche Psychologen Akademie), von der DGPs (vertreten durch die TransMIT GmbH), von psychologischen Universitätsinstituten und von Praxiseinrichtungen.

WEITERE INFORMATIONEN

Weiterbildung Rechtspsychologie
www.rechtspsychologie-weiterbildung.de
 Deutsche Psychologen Akademie (DPA)
www.psychologenakademie.de
 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP)
www.bdp-verband.de
 Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs)
www.dgps.de

KONTAKT

GESCHÄFTSSTELLE FACHGREMIIUM
 RECHTSPSYCHOLOGIE DER
 TRANSMIT GMBH

Mail: rechtspsychologie@zwpd.transmit.de
 Web: www.zwpd.transmit.de



PSYCHOLOGISCHE SACHVERSTÄNDIGE IM RECHTSWESEN

Informationen über FachpsychologInnen
für Rechtspsychologie BDP/DGPs



WAS IST EINE FACHPSYCHOLOGIN BZW. EIN FACHPSYCHOLOGE FÜR RECHTSPSYCHOLOGIE?

Eine Fachpsychologin bzw. ein Fachpsychologe hat auf der Grundlage eines universitären Psychologiestudiums (Diplom/Master in Psychologie) eine erweiterte und vertiefte Qualifikation für die psychologische Tätigkeit im Rechtswesen erworben. FachpsychologInnen sind als forensisch-psychologische Sachverständige u.a. bei folgenden Fragestellungen tätig:

- FAMILIENRECHT
- GLAUBHAFTIGKEITSBEURTEILUNG
- SCHULDFÄHIGKEIT
- GEFÄHRLICHKEITSPROGNOSE



WIE WIRD MAN FACHPSYCHOLOGIN BZW. FACHPSYCHOLOGE FÜR RECHTSPSYCHOLOGIE?

Die Weiterbildung zur Fachpsychologin bzw. zum Fachpsychologen setzt einen universitären Psychologiestudienabschluss voraus und wird auf der Grundlage eines Curriculums und der systematischen Reflexion einer entsprechenden beruflichen Tätigkeit (d.h. berufsbegleitend) durchgeführt.

Die Weiterbildung erstreckt sich über mindestens **drei Jahre** und umfasst **400 Unterrichtsstunden**, die spezifische Fachseminare sowie supervidierte Fallarbeit in Fachteams und in Einzelsupervision beinhalten. Die Weiterbildung wird mit einer Prüfung abgeschlossen und durch ein Zertifikat beurkundet.



WO FINDE ICH EINE FACHPSYCHOLOGIN BZW. EINEN FACHPSYCHOLOGEN FÜR RECHTSPSYCHOLOGIE?

Mittlerweile wurden bundesweit über 280 Fachpsychologinnen und Fachpsychologen zertifiziert. Die aktuelle Liste kann über das Webportal der Deutschen Psychologen Akademie (DPA) bezogen werden:

www.rechtspsychologen-register.de

FachpsychologInnen für Rechtspsychologie verpflichten sich zur Einhaltung der ethischen Richtlinien der Föderation einschließlich der Anerkennung des Ehrengerichtes in seiner Zuständigkeit als Berufsgericht und zur kontinuierlichen rechtspsychologischen Fortbildung von insgesamt 200 Stunden in fünf Jahren.