

- Dr. Andrea Diekmann • Gerold Oeschger
im Auftrag des BGT e.V. (Hrsg)

Menschen und Rechte – Behindertenrechtskonvention und Betreuung

Berichte vom 12. Vormundschaftsgerichtstag
vom 4. – 6. November 2010 in Brühl

und

BEOPS - Abschlussbericht
über das Projekt „Betreuungsoptimierung durch soziale
Leistungen (BEOPS)“ - eine Untersuchung in Schwerin
2008 und 2009



Betreuungsgeschichtstag e.V.

Behindertenrechtskonvention, Unterbringung und Zwangsbehandlung

Volker Lindemann

I. Einleitung

Die UN-Behindertenrechtskonvention (BRK), in Deutschland seit März 2009 geltendes Recht, „soll den vollen gleichberechtigten Genuss aller **Menschenrechte und Grundfreiheiten** durch alle Menschen mit Behinderung fördern, schützen und gewährleisten und die Achtung der ihnen innewohnenden Würde fördern“ (Art. 1 S.1 BRK). Zu ihren Grundsätzen gehören u.a. die „Nicht-diskriminierung“ und „die Achtung der Unterschiedlichkeit von Menschen mit Behinderungen und die Akzeptanz dieser Menschen als Teil der menschlichen Vielfalt und der Menschheit“ (Art. 3 BRK). Die Vertragsstaaten, also auch Deutschland, haben „jede Diskriminierung aufgrund von Behinderung“ zu verbieten (Art. 5 Abs.2 BRK). „Zu den Menschen mit Behinderung zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können“ (Art. 1 S.2 BRK).

Dieser Auszug aus den Regeln am Anfang der BRK über Zweck, Grundsätze, Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung soll deutlich machen, dass sowohl die öffentlich-rechtlichen als auch die betreuungsrechtlichen Regelungen für Freiheitsentziehungen (**Unterbringungen nach Landesgesetzen und § 1906 BGB**) und die auf sie gegründete Praxis einschließlich der jedenfalls in der betreuungsrechtlichen Regelung nicht ausdrücklich enthaltenen ärztlichen Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit (**Zwangsbehandlung**) von Menschen mit Behinderung auf ihre **Vereinbarkeit mit der Konvention überprüft** werden müssen.

Dabei darf nicht übersehen werden, dass die BRK nur für Menschen mit langfristigen Beeinträchtigungen gilt (Art. 1 S.2 BRK), während weder die öffentlich-rechtlichen Unterbringungs-gesetze der Bundesländer noch das Betreuungsrecht auf eine längerfristige Erkrankung abstellen. Für die Grundrechtseingriffe bei Menschen mit langfristigen Beeinträchtigungen müssen aber die betreffenden Regelungen und die auf ihnen beruhende Praxis an den besonderen Vorschriften der BRK gemessen werden.

II. Diskriminierungsverbot und Freiheitsentziehung

Für die Freiheitsentziehung (Unterbringung) konkretisiert Art. 14 BRK das Diskriminierungsverbot dahingehend, dass der Staat gewährleisten muss, „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**“. Auf den ersten Blick scheint die Auffassung nahe zu liegen, dass damit eine Unterbringung „im Zusammenhang“ mit einer langfristigen psychischen oder geistigen Behinderung verboten ist. „Niemand käme auf die Idee, einen (weder psychisch noch geistig behinderten, d.Verf.) Diabetiker, der seine Diät nicht einhält oder seine Medikamente nicht einnimmt, ... zwangseinzuweisen ..., obwohl er ...selbst-gefährdend ist, wenn er als Autofahrer ins Zuckerkoma fällt“ (Ruth Fricke, Btplus 2/2010, S. 18).

Deutlich wird an diesem Beispiel, dass das Betreuungsrecht hier einen Unterschied macht, weil **für Betreute** die unterbringungsrelevante Selbstgefährdung **auf eine psychische Krankheit oder geistige oder seelische Behinderung** zurückgeführt werden muss. Aber ist das eine verbotene Unterscheidung, eine Diskriminierung i.S. von Art. 2 BRK, eine „Unterscheidung ... auf Grund von Behinderung, die zum Ziel oder zur Folge hat, dass das auf die Gleichberechtigung mit anderen gegründete Anerkennen, Genießen oder Ausüben aller Menschenrechte und Grundfreiheiten ... beeinträchtigt oder vereitelt wird“ ?

In Art. 10 BRK wird bekräftigt, „dass jeder Mensch ein **angeborenes Recht auf Leben** hat“ und dass alle erforderlichen Maßnahmen zu treffen sind, „um den wirksamen und gleichberechtigten Genuss dieses Rechts durch Menschen mit Behinderungen zu gewährleisten“. Nach Art. 17 BRK hat jeder Mensch mit Behinderungen „gleichberechtigt mit anderen das Recht auf Achtung seiner körperlichen und seelischen Unversehrtheit“. Das Selbstbestimmungsrecht jedes Menschen, das auch zur Selbstschädigung oder gar –zerstörung führen kann, setzt zu seiner freien und ungehinderten Ausübung nach unserem bisherigen Verständnis voraus, dass der Mensch in der Lage ist, die Voraussetzungen und Folgen seines Handelns zu begreifen, einzusehen und nach dieser Einsicht zu handeln, also die **Fähigkeit** hat, **selbstverantwortliche Entscheidungen** zu treffen. Fehlt es an einem dieser Elemente infolge einer seelischen oder geistigen Behinderung, dann betrachten wir die „Berechtigung“ (oder gar „Verpflichtung“ ?), diesen Menschen an der Zerstörung seines Lebens oder seiner Gesundheit zu hindern, nicht als Diskriminierung „auf Grund von Behinderung, die ... zur Folge hat, dass das ... Ausüben aller Menschenrechte und Grundfreiheiten ... vereitelt wird“ (Art. 2 BRK), sondern als **gebotenen Schutz vor der Selbstzerstörung oder –schädigung** und als Voraussetzung für die Wiederherstellung der Fähigkeit zur Selbstbestimmung.

Ich meine, dass an diesem Verständnis und an einer darauf beruhenden rechtlichen Regelung die BRK nichts ändern wollte. Dass eine gesetzmäßige Freiheitsentziehung auch für Menschen mit Behinderungen grundsätzlich in Betracht kommt, ergibt sich schon aus dem Text von Art. 14 BRK selbst.

III. Unterbringungsgesetze der Länder

Diese Gedankengänge gelten natürlich auch für die Unterbringungsgesetze („PsychKG“) der Bundesländer, soweit darin freiheitsentziehende Unterbringung als Hilfe für psychisch kranke oder behinderte Menschen geregelt ist, unabhängig davon, ob für sie ein Betreuer bestellt ist oder nicht.

Nicht zur Diskussion gestellt haben wir die polizei-, ordnungs- und strafrechtlichen Regelungen für Freiheitsentziehung bei psychisch Kranken.

Wohl aber wurde das **Problem des Nebeneinanders von zivil (betreuungs-)rechtlicher Unterbringung nach Bundesrecht und öffentlich-rechtlicher Unterbringung nach Landesrecht** außerordentlich kontrovers diskutiert. Allerdings war die Bedeutung der BRK und ihres Diskriminierungsverbotes für dieses spezielle gesetzgeberische Problem nicht recht erkennbar. Dass die Unterbringungspraxis und vor allem die unterschiedlichen Vollzugsregelungen in den Ländergesetzen wie auch das Fehlen einer Vollzugsregelung bei der betreuungsrechtlichen

Unterbringung einer genaueren Überprüfung auf diskriminierende Vorschriften oder diskriminierende Praxis bedürfen, wurde in der Diskussion allerdings deutlich.

IV. Zwangsbehandlung

Eines der schwerwiegendsten Probleme im Zusammenhang mit dem **betreuungsrechtlichen Unterbringungsvollzug** ist wohl das der Zwangsbehandlung, also von Eingriffen in die körperliche Unversehrtheit gegen den Willen des Patienten unter Anwendung von Maßnahmen, die über ein bloßes Zu- oder Überreden hinaus gehen (Festhalten, Fixieren; Drohen mit derartigen Maßnahmen; Täuschen über den Inhalt einer Medikation oder heimliches Verabreichen mit dem Essen).

Während z.B. das schleswig-holsteinische PsychKG ärztliche Eingriffe ohne Einwilligung nur dann für zulässig erklärt, „wenn sie erforderlich sind, um von dem untergebrachten Menschen eine nicht anders abwendbare gegenwärtige Gefahr einer erheblichen Schädigung seiner Gesundheit oder für sein Leben abzuwenden (§ 14 Abs. 4), hat der Bundesgesetzgeber von Vollzugsregelungen für die betreuungsrechtliche Unterbringung ganz abgesehen. Die dafür angegebenen Gründe – die gerichtliche Genehmigung der Unterbringung durch den Betreuer in Ausübung seines Aufenthaltsbestimmungsrechtes führe nicht zu einem „besonderen Gewaltverhältnis“ in der betreffenden Einrichtung, in dem Grundrechtseingriffe wie bei der öffentlich-rechtlichen Unterbringung gesetzlich geregelt werden müssten, und die Einrichtung habe kein eigenes Recht zu Eingriffen – halte ich immer noch für mindestens bedenkenswert.

Bleibt die **Frage**, ob die **Befugnis der mit der Gesundheitspflege betrauten Betreuer**, ärztlich indizierte **Zwangsbehandlungen** (-untersuchungen, -eingriffe) **anzuordnen** und als **Stellvertreter darin einzuwilligen, mit der BRK vereinbar ist**. Dass es grundsätzlich eine Einwilligungszuständigkeit der Betreuer mit dem Aufgabenkreis Gesundheitspflege gibt, zeigt das Genehmigungserfordernis des § 1904 BGB und dient wie die gesamte Betreuung sowohl der (Wieder-)herstellung des Selbstbestimmungsrechts des Betreuten wie seinem Schutz vor Selbstschädigung infolge der Behinderung. Wie schon bei der Einrichtung der Betreuung (§ 1896 Abs. 1a BGB) darf der Wille des Betroffenen dabei grundsätzlich nur übergangen werden, wenn dieser sich als „nicht frei“ erweist. Dem entspricht im Gesundheitsbereich die Feststellung, dass der **Betreute nicht einwilligungsfähig** ist. Dass dann die **Entscheidungsbefugnis dem Betreuer** zusteht, wird von der **BRK nicht als Diskriminierung verboten**.

Zu einem Verbot käme man nur wieder über den Gedankengang, dass gerade die medizinische Diagnose des Fehlens der Einsichts- und Steuerungsfähigkeit bei psychisch und geistig Behinderten deren Diskriminierung bedeutet. Würde man darauf verzichten, überließe man diese Menschen ihrem selbstzerstörerischen oder selbstschädigenden Verhalten. Der Gedanke an extreme Lebenslagen wie die schwerst mehrfach Behinderter, Demenzkranker im fortgeschrittenen Stadium oder chronisch psychisch Kranker in akuten Phasen ihrer Erkrankung verbietet es im Hinblick auf das höherrangige Recht auf Leben (Art 10 BRK) und in manchen Fällen auch im Hinblick auf das konkurrierende Recht auf körperliche und seelische Unversehrtheit (Art. 17 BRK), die diskutierten Schutzvorschriften abzuschaffen.

Dabei ist hervorzuheben, dass das **Fehlen der Einwilligungsfähigkeit der Betroffenen nur**

eine von mehreren Voraussetzungen für die Zulässigkeit einer vom Willen des Betroffenen abweichenden Entscheidungen des Betreuers ist (- wobei am häufigsten eine Entscheidung für eine ärztlich indizierte Behandlung, nicht deren Ablehnung problematisch sein dürfte -). Auch wenn die weitere Voraussetzung erfüllt ist, dass die Behandlung zum Wohle des Betreuten erforderlich ist, verlangt das Verfassungsrecht bei den hier konkurrierenden Grundrechten auf Selbstbestimmung, Leben und körperliche und seelische Unversehrtheit noch eine Güterabwägung, oft auch als Beachtung des **Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes** bezeichnet. Damit das keine Leerformel bleibt, hinter der eine willkürliche Entscheidung versteckt werden soll, müssen die Beteiligten sich darüber klar werden, ob die streitige Behandlung geringere Nachteile mit sich bringt als ihr Unterlassen. Gleich große oder gar größere schließen sie aus. Für diese Bewertung ist maßgeblich auf die – von der Krankheit unbeeinflussten – Wertvorstellungen des Betreuten abzustellen (§ 1901 Abs.3 S.1 BGB).

Mit dieser Interpretation dürfte das geltende Betreuungsrecht nicht nur der verfassungsrechtlichen Vorgabe für Eingriffe in das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit entsprechen (Art 2 Abs.2 S.3 GG), sondern auch **mit den menschenrechtlichen Konkretisierungen der BRK vereinbar** sein.

Es bleibt die Frage, ob diese Interpretation einschließlich aller weiteren Voraussetzungen für eine Zwangsbehandlung nicht in die gesetzliche Regelung des § 1906 BGB aufgenommen werden sollte, um eine konventions- und verfassungskonforme Praxis zu befördern.

V. Probleme in der Praxis

Die Probleme werden wie bei der freiheitsentziehenden Unterbringung (und den gleichgestellten freiheitsentziehenden – unterbringungsähnlichen – Maßnahmen nach § 1906 Abs.4 BGB) in der Praxis liegen. Das betrifft vor allem die Ärzte und Mitarbeiter in der Psychiatrie und die für diese Maßnahmen verantwortlichen Betreuer, im betreuungsgerichtlichen Genehmigungsverfahren natürlich auch die Verfahrenspfleger und Richter, schließlich die Einrichtungen, wenn es für alle darum gehen muss, diskriminierenden Zwang gegen Menschen mit Behinderungen, soweit es irgend geht, zu vermeiden.

Welche weitergehenden Verpflichtungen in dieser Richtung der Staat in seinen verschiedenen Funktionen übernommen hat, ergeben vor allem die Kataloge der Art. 4 und 8 BRK.

Als Stimmen aus der Psychiatrie lesen Sie dazu die Statements von Prof. Dr. Peter Kruckenberg und Margret Osterfeld, als Stimmen von Psychiatrieerfahrenen die Beiträge von Margret Osterfeld und Ruth Fricke; die Profession der Juristen wird von Dr. Rolf Marschner vertreten. Annette Loer fasst die Diskussion abschliessend zusammen und stellt einen Einzelfall und ihre Überlegungen dazu aus ihrer richterlichen Praxis dar.

Auswirkungen der UN-Behindertenrechtskonvention auf das Recht der Unterbringung und der Zwangsbehandlung

Dr. Rolf Marschner

I. Grundlagen

1. **Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen verbietet** Diskriminierung auf Grund einer Behinderung insbesondere bei der Ausübung aller Menschenrechte und Grundfreiheiten (Art. 2 UN-BRK). Insoweit sind die gesetzlichen Regelungen über die **Unterbringung und Zwangsbehandlung** psychisch kranker bzw. seelisch behinderter Menschen auf ihre Übereinstimmung mit den Vorgaben der UN-BRK zu überprüfen. Für die Unterbringung ist dabei **Art. 14 UN-BRK** als konkrete Vorschrift zugrunde zu legen. Für die Zwangsbehandlung sind Art. 17 UN-BRK (Schutz der Unversehrtheit der Person) sowie Art. 12 UN-BRK von Bedeutung, da der Begriff der Rechts- und Handlungsfähigkeit auch den Begriff der Einwilligungsfähigkeit umfasst und damit auch die Einwilligung in ärztliche Behandlungen. Art. 15 UN-BRK verbietet darüber hinaus grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung.

2. Die UN-BRK zwingt, gewohnte **Rechtsfiguren zu überdenken**. Dies betrifft insbesondere die Begriffe der **Geschäftsunfähigkeit und der Einwilligungsunfähigkeit**, da diese unmittelbare rechtliche Folgen (Rechtsbeschränkungen) aus der Behinderung selbst ableiten. Damit steht auch das Konzept des **freien Willens** auf dem Prüfstand, da nach überkommener Rechtsauffassung Rechtseingriffe bei einer Beeinträchtigung der freien Willensbestimmung zulässig sind (siehe § 1896 Abs. 1a BGB). Vielmehr wird es zukünftig nur zulässig sein, in die Rechte behinderter Menschen einzugreifen, wenn kollidierende (höherwertige) Rechtsgüter gefährdet sind (siehe hierzu Lachwitz BtPrax 2008, 143, 148). Dies entspricht den Vorgaben für das Handeln des Betreuers nach § 1901 Abs. 3 Satz 1 BGB. Auch wenn das Recht auf Anerkennung der vollen Rechts- und Handlungsfähigkeit damit nicht völlig schrankenlos ist, ist die Frage nach den Grenzen der Einschränkung zu stellen. Wenn es sich um Eingriffe in höchstpersönliche Rechte handelt, die dem Kernbereich des allgemeinen Rechts auf Rechts- und Handlungsfähigkeit zuzuordnen sind, kommt ein Rechtseingriff nicht in Betracht (hierzu Aichele/von Bernstorff BtPrax 2010, 199, 203). Dies kann insbesondere die Zwangsbehandlung gegen den körperlichen Widerstand des Betroffenen betreffen.

II. Unterbringung

1. Art. 14 UN-Konvention geht davon aus, dass auch behinderten Menschen in Einklang mit dem Gesetz die Freiheit entzogen werden kann. Dies ist aber nur zulässig, wenn gewährleistet ist, dass

- die Freiheit nicht rechtswidrig oder willkürlich entzogen wird,
- die Freiheitsentziehung durch Bereitstellung angemessener Vorkehrungen vermieden oder verkürzt wird,

- das Vorliegen einer Behinderung in keinem Fall eine Freiheitsentziehung rechtfertigt.
2. Während von den deutschen PsychKG die erstgenannten Kriterien weitgehend erfüllt werden und das Prinzip der einer Unterbringung vorrangigen Hilfen durch die UN-Konvention unterstützt wird, ist dies umstritten hinsichtlich der Frage, ob das Vorliegen einer Behinderung in Form einer psychischen Krankheit eine Unterbringung rechtfertigen kann.
 3. Nach der in einem **Rechtsgutachten** der Berliner Rechtsanwälte Kaleck, Hilbrans und Scharmer für die Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener e.V. vertretenen Auffassung (www.die-bpe.de) **ist jegliche Anknüpfung an eine Behinderung** als Unterbringungsgrund konventionswidrig. Dann widersprechen sowohl die PsychKG/UG der Bundesländer als auch § 1906 BGB der UN-Konvention. Begründet wird das Ergebnis vor allem mit einer systematischen, grammatikalischen und teleologischen Auslegung der Konvention und dem mit dieser verbundenen Paradigmenwechsel in der Behindertenpolitik. Außerdem wird darauf verwiesen, dass mit einer psychischen Krankheit jedenfalls keine wesentlich erhöhte Gefährdungshaltung verbunden sei. Voraussetzung der Unterbringung auf der Grundlage der PsychKG sei aber gerade eine durch die psychische Krankheit verursachte Gefährlichkeit. Diese Anknüpfung an die psychische Krankheit führe zur Konventionswidrigkeit der geltenden PsychKG und Unterbringungsgesetze im Hinblick auf die Voraussetzungen der Unterbringung. Staatliche Reaktion auf gefährliches Verhalten könne im Übrigen über das allgemeine Polizeirecht erfolgen, ohne dass an eine psychische Krankheit oder seelische Behinderung als Eingriffsvoraussetzung angeknüpft werden müsse. Damit werde dem Schutzinteresse der Gesellschaft ausreichend Rechnung getragen.
 4. Nach anderer Auffassung **darf nur das Vorliegen einer Behinderung allein** keine Freiheitsentziehung rechtfertigen. Tritt aber ein weiteres Kriterium (- erhebliche gegenwärtige Gefahr für sich oder andere -) hinzu, ist die Freiheitsentziehung bei strenger **Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes rechtmäßig** (Marschner R&P 2009, 135). Dies hätte zur Folge, dass die PsychKG hinsichtlich der Unterbringungs Voraussetzungen der UN-Konvention genügen. Die Konsequenz der gegenteiligen Auslegung wäre zwar, dass ein Sonderrecht für psychisch kranke Menschen abgeschafft würde. Die Folgen wären aber auch aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht vertretbar. Die Möglichkeit der Freiheitsentziehung würde in nicht kontrollierbarer Weise ausgedehnt werden. Insbesondere würden behinderten Menschen die angemessenen Vorkehrungen vorenthalten werden, um durch Behandlung die Freiheitsentziehung auf den kürzest möglichen Zeitraum zu begrenzen. Dies wäre selbst konventionswidrig. Voraussetzung für eine Unterbringung muss aber immer eine konkrete Gefahr sein. Eine abstrakte Gefahr, die aus der psychischen Krankheit als solcher abgeleitet wird, genügt nicht (Baufeld R&P 2009, 167).
 5. Folgende **Änderungen des Unterbringungsrechts** sind denkbar und zu diskutieren:
 - a) Weitgehende Übereinstimmung besteht, dass die **Unterbringung durch den Betreuer gemäß § 1906 Abs. 1 Nr.2 BGB nicht den Anforderungen des Art. 14 der UN-Konvention genügt**, da sie ausschließlich an die Behinderung und die dadurch ausgelöste Behandlungsbedürftigkeit anknüpft. Zwar hat das Bundesverfassungsgericht bereits klargestellt, dass zusätzlich eine drohende gewichtige gesundheitliche Schädigung des Betroffenen

vorliegen muss („Freiheit zur Krankheit“; BVerfG R&P 1998, 101; BGH R&P 2006, 141; siehe König BtPrax 2009, 105). Da die Praxis dies aber nicht ausreichend beachtet, ist die Vorschrift des § 1906 Abs.1 Nr. 2 BGB im Hinblick auf die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zu konkretisieren, um einen verfassungs- und konventionsgemäßen Gesetzesvollzug sicherzustellen („**Gefahr einer gewichtigen Gesundheitsschädigung**“).

- b) Weitergehend ist zu fordern, § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB mit der vorstehenden Eingrenzung **auf die Behandlung von Krankheiten zu begrenzen**, die **nicht Anlass** der Unterbringung sind, wie es in der Diskussion zum Betreuungsrecht gefordert wurde und auch für die geltende Fassung vertreten wird (Rink R&P 1991, 148. 158f.; HK-BUR/Rink § 1906 BGB Rn. 25). Da in der durch das Bundesverfassungsgericht vorgegeben Auslegung kaum Unterschiede zwischen Nr. 1 und 2 des § 1906 Abs. 1 BGB bestehen, besteht für die Anlasskrankheit kein eigenständiger Anwendungsbereich im Rahmen des § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB. Eine Zwangsbehandlung der Anlasskrankheit im Betreuungsrecht wäre dann nicht mehr möglich. Diese ist ausschließlich Aufgabe des öffentlichen Unterbringungsrechts in der dort geregelten Grenzen (hierzu III). Andere Krankheiten können im Rahmen des § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB einer Behandlung zugeführt werden.
- c) Als **Alternative** ist zu diskutieren, **§ 1906 Abs. 1** (nicht Abs. 4) BGB **ganz zu streichen**. Eine Unterbringung in psychiatrischen Krankenhäusern ist wie in Österreich dann nur nach öffentlichem Unterbringungsrecht möglich. Dort finden sich auch Regelungen über eine mögliche Zwangsbehandlung. Der Betreuer hat die Aufgabe, die Rechte des Betroffenen während der Unterbringung auch gegenüber dem Krankenhaus wahrzunehmen.
- d) Folgt man der oben dargestellten Auffassung von Kaleck u.a., tritt an die Stelle der Unterbringungsregelungen nach öffentlichem Recht bzw. 1906 BGB eine am Polizeirecht orientierte Regelung (siehe § 13 MEPOIG): „Eine Person kann untergebracht werden, wenn das zum Schutz gegen eine Gefahr für Leib oder Leben der Person oder Dritter erforderlich ist, weil sie sich erkennbar in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand befindet.“ Damit wäre zwar die unmittelbare Anknüpfung an eine Behinderung aufgelöst. Das Kriterium der freien Willensbestimmung entspricht zudem Rechtsprechung und Gesetzgebung zum Betreuungs- und Unterbringungsrecht (siehe § 1896 Abs. 1a BGB). Damit wäre aber gegenüber dem geltenden Unterbringungsrecht wenig gewonnen, da der Begriff des **Ausschlusses der freien Willensbestimmung** von der Rechtsprechung wieder **ausgefüllt werden muss**, ohne dass der Krankheitsbegriff als eingriffsbegrenzendes Kriterium gesetzlich verankert ist. Zudem würde die Unterbringung endgültig wieder als Polizeirecht verstanden werden und nicht als Krisenintervention im Rahmen eines Gesundheitsstrukturrechts (hierzu Marschner/Volckart/Lesting; Freiheitsentziehung und Unterbringung, 5.Aufl. S.76 ff.).

III. Zwangsbehandlung

1. Bei der Zwangsbehandlung stellt sich die Frage, ob die geltenden gesetzlichen Regelungen den eingangs genannten Vorgaben der UN-BRK entsprechen, insbesondere eine Zwangsbehandlung nur bei der Gefahr höherwertiger Rechtsgüter des Betroffenen oder Dritter zulassen. Weitergehend ist zu fragen, ob bei einer Zwangsbehandlung der Kernbe-

reich der Rechts- und Handlungsfähigkeit erreicht ist, in den keine Eingriffe zulässig sind.

2. **Regelungen zur Zwangsbehandlung** finden sich in **allen Unterbringungsgesetzen** und Maßregelvollzugsgesetzen der Bundesländer. In den meisten Bundesländern ist Voraussetzung für eine Zwangsbehandlung entweder die Unaufschiebbarkeit der Behandlungsmaßnahme (so z.B. Art. 13 Abs. 2 BayUnterbrG) oder Lebensgefahr sowie die erhebliche Gefahr für die Gesundheit des Betroffenen oder Dritter (so z.B. § 18 Abs. 4 NRWPsychKG) bzw. die gegenwärtige Gefahr einer erheblichen Schädigung der Gesundheit oder des Lebens des Betroffenen (so § 14 Abs. 4 SchlHPsychKG). In diesen Regelungen wird eine Güterabwägung vorgenommen. Regelungen, die eine Zwangsbehandlung ohne weitere Voraussetzungen zulassen (z.B. in Baden-Württemberg oder Niedersachsen), sind in jedem Fall konventionswidrig, da sie unmittelbar an die Behinderung und die daraus abgeleitete Behandlungsbedürftigkeit anknüpfen. Es ist sowohl aus verfassungsrechtlichen Gründen als auch als Folge der UN-BRK erforderlich, dass ein so schwerer Eingriff wie in das Recht der körperlichen Unversehrtheit allenfalls gerechtfertigt sein kann, **wenn ein höherwertiges Rechtsgut** (insbesondere das Leben im Sinn des Art. 10 UN-BRK oder in erheblichem Maß die Gesundheit im Sinn des Art. 17 UN-BRK) **gefährdet ist**. Eine Zwangsbehandlung ist unzulässig, wenn insoweit von einem nicht einschränkbaren Kernbereich der Rechte auch psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen auszugehen ist.
3. Der BGH hält die **Zwangsbehandlung** während einer Unterbringung durch den **Betreuer** nach § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB **in engen Grenzen für zulässig** (BGH NJW 2006, 1277 = R&P 2006, 141). Die engen Grenzen werden in der Praxis – soweit ersichtlich – **nicht immer beachtet**. Diese Rechtsprechung widerspricht den Regelungen und Grundsätzen der UN-Konvention, wonach eine Zwangsbehandlung nur zulässig ist, soweit nicht höherrangige Rechtsgüter (insbesondere das Leben) betroffen sind, oder sogar den Kernbereich der nicht einschränkbaren Rechte betrifft. Wird entsprechend oben stehenden Vorschlägen die Unterbringung nach § 1906 Abs. 1 BGB ganz abgeschafft oder wird die Unterbringung zur Behandlung nach § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB auf die Krankheiten beschränkt, die nicht Anlass der Unterbringung waren, verbleibt es für die Zwangsbehandlung der Anlasskrankheit bei den (in der Regel) engeren Zwangsbehandlungsregelungen des öffentlichen Unterbringungsrechts. Dies wäre rechtssystematisch konsequent und entlastet die Betreuer von den diesbezüglichen Zwangsbefugnissen.
4. Während einer Unterbringung nach öffentlichem Recht bzw. im Maßregelvollzug kann ein Betreuer zwar unter Umständen (je nach landesgesetzlicher Regelung) eine Einwilligung des Betroffenen ersetzen. Eine Zwangsbehandlung ist aber bereits nach geltendem Recht nicht möglich, da es sich jeweils um keine Unterbringung nach § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB handelt. Die Zwangsbehandlung richtet sich ausschließlich nach öffentlich-rechtlichen Vorschriften.
5. Eine rechtswirksame **Patientenverfügung** ist auch während einer Unterbringung nach § 1906 BGB und PsychKG/UG beachtlich und verhindert damit gegebenenfalls jede Zwangsbehandlung (siehe hierzu Olzen, Gutachten für die DGPPN www.dgppn.de, und Brosey BtPrax 2010, 161; Hoffmann R&P 2010, 201, 205). Dies gilt entsprechend für Wün-

sche des Betroffenen nach § 1901a Abs. 2 BGB, wenn keine Patientenverfügung im Sinn des § 1901a Abs. 1 BGB vorliegt.

6. Eine konsequente Auslegung der Vorschriften der UN-BRK sowie des § 1901a BGB ergibt, dass unter Berücksichtigung der Regelungen der UN-BRK eine Zwangsbehandlung nur im Fall der Lebensgefahr oder der Gefahr schwerer irreversibler Gesundheitsschäden zulässig ist, der Betroffene die Zwangsbehandlung aber auch für diese Fälle durch eine verbindliche Patientenverfügung ausschließen kann.

Thesen aus sozialpsychiatrischer Sicht

Prof. Dr. Peter Kruckenberg

I. Thesen

1. Die **Kultur** eines **psychiatrischen Hilfesystems** zeigt sich am deutlichsten darin, **wie mit Zwangsmaßnahmen umgegangen wird** - im Grundsatz und im psychiatrischen Alltag. Vieles erkennt man schon daran, ob und wie sorgfältig die beteiligten Personen und Gruppen in den Spiegel schauen und in ihrem Handeln nicht nur den eigenen Interessen folgen:

- die Politiker in Legislative und Exekutive, die die **gesetzlichen Rahmenbedingungen** festlegen - auch, wie diese zu kontrollieren sind - und die darüber entscheiden, wie die Psychiatrie für ihre Hilfeleistungen ausgestattet wird;
- die **professionell Tätigen**, die beruflich mit Zwangsmaßnahmen umgehen – Leitungen und Mitarbeiter der Dienste und Einrichtungen, aber auch Richter, Polizisten, gesetzliche Betreuer;
- letztlich aber auch die **Menschen, die vom Zwang betroffen** sind, unmittelbar als Patienten oder mittelbar als Angehörige oder Partner und Freunde oder Kollegen.

2. Die Behindertenrechtskonvention (BRK) hat den Vertragsstaaten umfassend vorgegeben, für Menschen mit Behinderungen **gleiche Rechts- und Handlungsfähigkeit** sicherzustellen. Gesundheitsleistungen sollen „so gemeindenah wie möglich“ und „auf der Grundlage der freiwilligen Einwilligung“ vorgehalten werden. Durch „Schulungen und den Erlass ethischer Normen für die staatliche und private Gesundheitsversorgung (soll) das Bewusstsein für die Menschenrechte, die Würde, die Autonomie und die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen“ geschärft werden. „Wirksame Sicherungen“ seien vorzusehen, „um Missbräuche zu verhindern.“

3. Die Vorgabe von Artikel 14 b) zu gewährleisten, „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“, wird von einigen Juristen und Vertretern der Experten aus Erfahrung dahingehend interpretiert, dass damit **Zwangseinweisungen aufgrund psychischer Störungen grundsätzlich ausgeschlossen** sind. Dem kann ich aus sozialpsychiatrischer und ethischer Sicht **nicht folgen**.

Abgesehen davon, dass es sich bei Unterbringungen um akute Krankheitszustände handelt, die evtl. zusätzlich zu Behinderungen auftreten, erfolgt die gesetzlich geregelte Unterbringung nach den PsychKGesetzen der Bundesländer ggfs. nicht aufgrund der Behinderung (oder der Krankheit) sondern aufgrund erheblicher, krankheitsbedingter, nicht anders abwendbarer Gefährdung für Leben oder die Gesundheit von Anderen oder von sich selbst (in Ausnahmefällen auch der öffentlichen Ordnung).

4. „Krankheitsbedingt“ ist so zu interpretieren, dass Urteilsfähigkeit, Steuerungsfähigkeit und Willensbildung so tiefgreifend gestört sind, dass aus dem aktuell geäußerten Willen nicht mehr ausreichend auf den bewussten oder den natürlichen Willen der Person rückgeschlossen werden kann; dass vielmehr der Betroffene in einer Situation ist, in der er auf Schutz und Begrenzung, im Regelfall auch auf Behandlung entgegen seiner aktuellen Willensäußerungen angewiesen ist. In dieser Situation gebietet es die Menschenwürde, Leben zu schützen und alles dafür zu tun, dass Selbstbestimmung und Selbstverantwortung soweit irgend möglich wiederhergestellt werden.

Die Problematik liegt m.E. nicht im Grundsatz ggfls. erforderlicher Zwangsmaßnahmen, sondern in der sehr unterschiedlichen und vielfach nicht vertretbaren Praxis im Zusammenhang mit Unterbringungen bis hin zu entwürdigendem und zusätzlich kränkendem Vorgehen, und in der unzureichenden Qualität des psychiatrischen Hilfesystems hinsichtlich der Vorbeugung schwerer psychischer Krisen und Entwicklungen.

5. Zunächst zur Entscheidung über Unterbringungen: Die Beurteilungen von Ausmaß der Störung der Willensfunktion, Ausmaß der möglichen Gefährdung und Wahrscheinlichkeit des Eintretens unter unterschiedlichen Bedingungen sind für die **Verhältnismäßigkeit** einer evtl. Zwangsmaßnahme entscheidend. Bei allen drei Kriterien geht es nicht um Ja-Nein-Beurteilungen, sondern immer um eine mehr oder weniger gegebene Ausprägung, deren Würdigung im Zusammenhang die Einschätzung der Verhältnismäßigkeit ermöglicht.

6. Diese Beurteilung ist allerdings häufig mit z.T. unvermeidlicher Ungewissheit, aber auch mit einer Vielzahl **von Fehlermöglichkeiten** verbunden, sowohl bei den begutachtenden Ärzten wie bei den letztlich entscheidenden Polizisten oder Richtern. Dabei können neben der Prognoseunsicherheit defizitäre Informationen, Zeitmangel, Kommunikationsprobleme, evtl. auch Kompetenzdefizite bzgl. Fachlichkeit oder Grundhaltung bedeutsam sein.

Es wird – auch bei sorgfältiger und qualifizierter Prüfung - immer wieder „möglicherweise unnötige“ Zwangsmaßnahmen geben, wenn das Ausmaß der Störung oder das Risiko überschätzt wird. Aber es wird auch krankheitsbedingte Suizide, Suizidversuche und Fremdverletzungen geben, weil Gefährdungen unterschätzt wurden.

7. Die sowohl fachlich wie juristisch oft äußerst schwierige letztlich richterlich wahrzunehmende **Entscheidungsfindung** über Zwangsunterbringung – noch kritischer über eine evtl. als unerlässlich beurteilte Zwangsbehandlung - erfordert einen **klaren gesetzlichen Rahmen**, der die Vereinbarkeit des Landesgesetzes mit dem Grundgesetz und mit der Behindertenrechtskonvention sorgfältig beachtet. Es ist ein Unding, dass sich die Regelungen der verschiedenen Landesgesetze deutlich unterscheiden und dass einige dieser Gesetze mit beiden Rechtsgrundlagen nicht vereinbar sein dürften.

8. Schon die Unterbringung selbst kann zusätzlich kränkend sein, nicht selten im Sinne eines Wiederholungstraumas nach Gewalt- oder Entwürdigungserfahrungen in der Biografie. Zur Wahrnehmung ihrer Grundrechte können Betroffene zwar juristischen „Einspruch“ erheben, faktisch sind sie möglichen Fehlbeurteilungen weitgehend ausgeliefert, weil der Einspruch oft zu spät kommt oder weil die Überprüfung unzulänglich ist.

9. Mehr noch: Der mögliche **Rückgriff auf Zwang** – sei er auch manchmal notwendig und die Anwendung gesetzlich geregelt - **verändert die Beziehungen zwischen Patienten und Behandlern**. Je schwieriger die Arbeitsbedingungen, je geringer die Kompetenz der Therapeuten, um so eher entwickelt sich ein System **des offenen oder latenten Machtmissbrauchs**. Die Verdichtung unterschiedlichster Problemlagen, teilweise verbunden mit fluktuierender Selbst- oder Fremdgefährdung, auf einer Akutstation - zumeist mit mehr als 20 Patienten und zeitweise nur mit zwei Pflegekräften im Einsatz – ist menschenunwürdig, vor allem für die Patienten, aber auch für die Mitarbeiter/-innen.

10. Der Machtmissbrauch wird dann rationalisierend **als Notwendigkeit aufgrund der Störungen** der Patienten angesehen oder - zur Gewohnheit geworden - als ein solcher gar nicht mehr wahrgenommen. Besonders in stationären Einrichtungen können sich ein respektloser Ton, unangemessen einschränkende Regelungen, Anordnungen zu Zielen und Methoden der Behandlung bis hin zu unvermeidbaren Androhungen von Zwang zu einem antitherapeutischen Klima verdichten, das allenfalls Anpassung erzwingt, die Verarbeitung psychischer Störungen und die Lösung der damit verbundenen sozialen Probleme und damit Gesundheit be- oder verhindert.

11. Die Unterbringung nach dem Betreuungsrecht ist nach der BRK - auch im Zusammenhang mit dem Patientenverfügungsgesetz - besonders kritisch zu sehen, aber letztlich ebenfalls nicht grundsätzlich auszuschließen. Wenn Menschen beim Vorliegen einer tiefgreifenden Störung der Willensbildung – z.B. in einer Manie, einem Wahn, einer Demenz – ihr Leben und ihre Gesundheit langfristig gefährden und wenn durch eine Behandlung entgegen der aktuellen Willensäußerung nachhaltige Aussichten auf Gesundheit wahrscheinlich sind, wäre eine Unterlassung der Hilfen eine Verletzung der Menschenwürde.

12. **Ob diese Möglichkeit über das Betreuungsgesetz geregelt werden muss, oder** ob sie nicht eher über eine Erweiterung der Indikationsstellung der sowieso zu vereinheitlichenden **PsychKGesetzen** besser in einen übergreifenden Rahmen gestellt werden sollte, bedarf **sorgfältiger Prüfung**. Die Übertragung der Verantwortung für die Beantragung der Unterbringung grundsätzlich auf den Sozialpsychiatrischen Dienst – der entsprechend ausgestattet werden müsste – würde die Aufgaben gesetzlicher Betreuer stärker auf die der Assistenz des Klienten entlang seiner Grundbedürfnisse und Interessen in den unterstützungsbedürftigen Lebenslagen fokussieren und das Klima der Zusammenarbeit zumeist erleichtern.

13. Bei länger dauernder psychosozialer Desintegration ohne akut drohende Gefährdung ist die Möglichkeit von unangemessener Fremdbestimmung und Machtmissbrauch noch eher gegeben. Die Entscheidungsfindung über Unterbringung und – in Ausnahmefällen – Zwangsbehandlung sollte deshalb nach der **Einbeziehung von Vertrauenspersonen** des Betroffenen erfolgen. Dabei sind eine vorliegende und diesen Sachverhalt einbeziehende Behandlungsvereinbarung oder eine Patientenverfügung streng zu beachten. Das heißt auch, dass die therapeutische Begleitung im Krankheitsintervall mit dem Patienten auf die Abfassung einer solchen Vereinbarung hinarbeiten sollte. In allen Zweifelsfällen sollte die Empfehlung einer Ethikkommission eingeholt werden.

14. Bei krankheitsbedingter schwerer Störung der Willensbildung gibt es keine leichten Lösungen. Es kommt darauf an, Bedingungen zu schaffen, die dem Schutz der Menschenwürde und der Hilfe zu einem möglichst selbstbestimmten Leben am besten entsprechen und die missbräuchliche Übergriffe weitestgehend ausschließen – in den juristischen Rahmenbedingungen, in der Organisation des Hilfesystems und in der konkreten Praxis.

Viele **Zuspitzungen** von psychischen Erkrankungen zu Situationen mit akuter Selbst- oder Fremdgefährdung oder mit andauernder psychosozialer Desintegration, die heute zu Einweisungen in die Klinik führen, würden durch **mobile Krisenintervention, Hometreatment und kontinuierliche verlaufsangepasste ambulante Behandlung oft verhindert werden**, wenn nötig ergänzt durch Hilfen zur Teilhabe in einem kooperierenden Gemeindepsychiatrischen Verbund mit regionaler Pflichtversorgung, wie das unter unterschiedlichen Rahmenbedingungen in einigen europäischen Ländern wenigstens regional schon zur Regel geworden ist.

Vertrauensvolle Beziehungen zwischen Therapeuten und evtl. auch Partnern und Angehörigen entstehen nur durch respektvolle Kooperation zwischen Patienten und Therapeuten „auf Augenhöhe“. Die ist leichter in der Lebenswelt des Patienten als in der Klinik zu realisieren, aber auch ambulant nicht immer einfach, wenn es notwendig ist, Zusammenarbeit mit einem Patienten zu erreichen, der dies anfänglich ablehnt.

15. Das psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfesystem ist auf der Seite der Leistungsträger wie auf der der Leistungserbringer fragmentiert mit ökonomischen Anreizen, die auf Konkurrenz ausgerichtet sind und Kooperation auf allen Ebenen behindern - untereinander und vor allem mit Patienten und Angehörigen und ihren Selbsthilfeorganisationen. Die strukturellen **Mängel des psychiatrischen Versorgungssystems** bzgl. der Hilfen für psychisch kranke Menschen mit funktionalen Beeinträchtigungen in der Lebensführung stehen im deutlichen Widerspruch zur BRK (u.a. Artt. 25 und 26).

Stationäre Behandlungen, insbesondere Unterbringungen nach dem PsychKG oder dem BtG könnten sicherlich auf ein Viertel oder weniger der heutigen Zahlen reduziert werden; und zugleich humaner werden, wenn die vertrauten therapeutischen Begleiter auch in der Klinik die Behandlung steuern in einem zuwendenden und Sicherheit vermittelnden therapeutischen Milieu.

16. Aber auch in einem optimalen regionalen psychiatrischen Hilfesystem wird es in besonderen Situationen Zwangseinweisungen geben. Diese sind immer mit „Behandlung“ verbunden – **nur „Wegsperrn“ ist inhuman und menschenunwürdig**. Psychopharmakologische Behandlung gegen den auch nur geäußerten Willen eines Patienten bedarf jedoch regelmäßig einer **zusätzlichen Begründung hinsichtlich der Verhältnismäßigkeit** (hier: Unabweisbarkeit), die von einer unabhängigen Ethikkommission zu überprüfen ist.

17. Zur Stützung der Patientenrechte und Handlungsmöglichkeiten gemäß der BRK ist ein Transparenz schaffendes System regionaler dialogischer Qualitätssicherung und Evaluation zu entwickeln und verlässlich zu finanzieren. Der Einstieg sollte durch den regionalen Ausbau und die Vernetzung unabhängiger Beschwerdestellen, einer Ethikkommission sowie einer staatlichen Besuchskommission erfolgen, die in Einzelfällen Einsprüche von Patienten oder Angehörigen zeitnah überprüfen und rückmelden sowie nach der Bündelung von Einzelfällen

regelmäßig Empfehlungen für die zu entwickelnde Systemsteuerung aussprechen. Dieser „qualitative Spiegel“ sollte verbindlicher Teil einer ständigen kritischen Evaluation der regionalen Versorgung werden.

18. Eine derartige Organisation zur Stärkung der Patienteninteressen gegenüber den gegenwärtig dominanten Interessen aller anderen Akteure ist m.E. für die Weiterentwicklung regionaler psychiatrisch-psychotherapeutischer Hilfesysteme im Sinne der BRK unverzichtbar und wäre eine finanziell überschaubare Investition, die sich schnell auszahlen würde. Eine Chance für die Umsetzung – in Verbindung mit einer sektorübergreifenden und regional vernetzten Organisation der Behandlung - bietet der umfassende Auftrag des Gesetzgebers für die Begleitforschung im Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG).

Gegenwärtig sieht es allerdings nicht so aus, als würde die Selbstverwaltung von Krankenkassen (GKV/PKV) und Krankenhausgesellschaft (DKG) die mit dem KHRG gegebenen Möglichkeiten zur Weiterentwicklung des psychiatrischen Hilfesystems im Sinne der BRK nutzen.

Ich möchte auf dieser Tagung darauf aufmerksam machen und die Teilnehmer bitten, sich in die Auseinandersetzungen um eine fachlich, organisatorisch und finanziell angemessene Durchführung des Gesetzauftrags einzubringen.

II. Fazit

Aus der Behindertenrechtskonvention kann nicht abgeleitet werden, Unterbringungen nach dem PsychKG und dem BGB grundsätzlich zu untersagen, wohl aber das unumstößliche Gebot, die gesetzlichen Rahmenbedingungen klar und einheitlich zu regeln und ein auf die besonderen Hilfebedarfe zur Inklusion psychisch kranker Menschen ausgerichtetes psychiatrisch-psychotherapeutisches Hilfesystem trialogisch zu entwickeln, verbindlich zu organisieren, verlässlich zu finanzieren und zu steuern.

Die gegenwärtige Situation in der Bundesrepublik wird diesen Anforderungen in weiten Bereichen nicht gerecht.

Psychiatrie: Verschlussene Türen für Wechsel

Margret Osterfeld

I. Einleitung

Natürlich rede ich nicht vom Geldwechsel, sondern vom nötigen Paradigmenwechsel in der Psychiatrie und beziehe mich mit dem Titel auf das Eröffnungsreferat von Joachim Speicher. Gern folge ich der Einladung, auf dem 12. VGT aus Sicht eines Menschen mit psychiatrischen Diagnosen, also aus Sicht der Betroffenen zur UN-BRK Stellung zu nehmen, doch ich kann meine langjährige Erfahrung als Psychiaterin in einer großen Klinik nicht einfach vor die Tür sperren, sie fließt hier ein.

Die Ratifizierung der BRK hat die grundgesetzlichen Werte Würde, Freiheit und Gleichheit auch für Menschen mit seelischen Behinderungen erneut bekräftigt, doch die wichtigste psychiatrische Fachgesellschaft, die DGPPN lässt sich gutachterlich bestätigen, dass sich deshalb an der Praxis der Zwangsunterbringung nichts ändern muss. Seit 1993 habe ich miterlebt, dass in einer großen psychiatrischen Klinik ca. 20% der Patienten ohne eigene Zustimmung aufgenommen und primär mit Medikamenten behandelt werden. Für eine Klinik ist das ein sicherer finanzieller Wechsel auf die Zukunft, diese Kunden können nicht treulos werden. Zu den Problemen der Medikation nimmt Volkmars Aderhold Stellung, ich möchte mich hier vor allem mit den Thesen von Herrn Kruckenberg auseinandersetzen. **Schauen wir, die Praktiker der klinischen Psychiatrie wirklich selbstkritisch in den Spiegel?** Oder wollen wir die langjährige, gut eingespielte klinische Praxis nicht lieber fortsetzen, weil wir wissen, dass so aus den Kassen der Solidargemeinschaft viele Klinikbetten und Klinikassen gefüllt werden?

Können wir uns wirklich darauf zurückziehen, dass Zwangseinweisungen „möglicherweise unnötig“ sind, weil „Ausmaß oder Risiko überschätzt werden?“ Können wir uns darauf zurückziehen, dass ja nicht wir, sondern die Richter unterbringen? Diese realitätsverleugnende Erklärung hörte ich oft aus habilitiertem Mund, wenn ich versuchte, das Thema in die klinische Diskussion zu bringen. Ich will nicht beurteilen, ob diese Realitätsverleugnung noch auf neurotischem oder schon auf dem Niveau einer schwerwiegenderen psychotischen Störung liegt, doch fragen müssen wir uns heute, **was die Psychiatrie seit der Psychiatriereform aktiv zur Verringerung von Zwangseinweisungen beigetragen** hat. Der Hinweis auf das Tabuthema Suizidalität hilft da nicht viel, nach meinem Wissen haben die Suizidzahlen trotz biologisch-naturwissenschaftlich-psychiatrischer Bemühungen über die Jahre eher zugenommen. Der öffentliche psychiatrische Diskurs wird beim Stichwort Zwangsunterbringung dünn. Im September 2010 hat der BGH einen wichtigen Beschluss zur Zwangsbehandlung veröffentlicht (XII ZB 135/10)¹. Ich bin sicher, dass nur eine Minderheit der Psychiater dies bisher zur Kenntnis genommen hat. Vertraut ist mir vom Betreuungsgericht Dortmund, dass die Zustimmung zur Zwangsbehandlung fast regelhaft in Unterbringungsbeschlüssen aufgenommen wird, auf Wunsch der Psychiater, zur Sicherheit und auf Vorrat!

¹ BtPRax 2011, 38.

II. Kommunales Problem?

Recht gebe ich Herrn Prof. Dr. Kruckenberg, dass Zwang die Beziehung zwischen Patient und Behandler verändert - und zwar nicht im Sinne von positiver Beziehungsqualität. Ich bin jedem gesetzlichen Betreuer dankbar, dem es durch seine langfristige Beziehungsgestaltung gelingt, Patienten in kritischen Situationen freiwillig in die Klinik zu bringen. Doch eine **große Klinik** mit mehr als 1000 Arbeitsplätzen ist in einer klammen Kommune immer auch **ein politischer Machtfaktor**. Liegt es an der Stadt, die sich aktuell Kulturhauptstadt nennt und mit ihrem Bundesligateam renommiert, liegt es an der Klinik oder waren die Hoffnungen in die Psychiatriereform zu hoch gesteckt? Dortmund jedenfalls weigert sich seit zwei Jahrzehnten, ein rund um die Uhr erreichbares Krisenzentrum einzurichten, die Zusammenarbeit mit der alteingesessenen Klinik klappt seit mehr als einem Jahrhundert gut, und seit Mitte der Neunziger Jahre wird von keiner Seite hinterfragt, warum die Nachbarstadt Bochum mit viel weniger Zwangseinweisungen auskommt. Wird die UN-BRK in Zeiten klammer Kassen daran etwas ändern?

III. Überprüfung durch Ethikkommissionen

Ein „Transparenz schaffendes System regionaler Qualitätssicherung“, wie Her Kruckenberg es fordert, das gab es schon einmal vor knapp zwei Jahrzehnten mit der Psychiatrie-Personalverordnung. Jeder in einer psychiatrischen Klinik weiß, wie heute mit dieser Verordnung umgegangen wird. Eine Besuchskommission, die einmal im Jahr 3 von 1500 Unterbringungs-fällen einer Klinik prüft, macht Zufallsstichproben, doch kann sie nicht zur Qualitätssicherung beitragen. Die Unterbringungen nach Betreuungsrecht fallen erst gar nicht in ihren Kompetenzbereich. Ethikkommissionen sind sicher in jeder psychiatrischen Klinik sehr wünschenswert, diese Forderung unterstütze ich schon lange. Doch wenn wir Dialog ernst meinen, sollten auch diese Kommissionen dialogisch besetzt sein. **Jede psychiatrische Behandlung ohne rechtskräftige Einwilligung der Patienten sollte – unabhängig von der Rechtsgrundlage –** von so einer **Ethik-Kommission** überprüft werden können. Wir Psychiater wissen doch, dass die Handlungsebene mehr zählt als die Verbalebene. Wann also trägt die Krankenhauspsychiatrie aktiv dazu bei, dass ambulant vor stationär geht und die Zwangseinweisungen auf ein Viertel der heutigen Zahlen reduziert werden? Oder ist den Kliniken die Marktwirtschaft näher als der Patient? Das Qualitätsmanagement hat jedenfalls im letzten Jahrzehnt viel Zeit und psychiatrische Energie gekostet, einen Paradigmenwechsel im Sinne der UN-BRK wird es nicht bringen.

IV. Zur Verhältnismäßigkeit

Ich nähere mich dem juristischen Feld, ein Feld für mich voller verbaler und semantischer Hürden, das mir viel weniger vertraut ist, als die Psychiatrie. Von höheren Gerichtsinstanzen und auch von Herrn Marschner wird immer wieder der Begriff der Verhältnismäßigkeit betont. Ich möchte daher erst einmal betonen, dass **Psychiater** in anderen Verhältnissen sozialisiert werden, als Juristen, **daher auch anderes als „verhältnismäßig“ erleben**. Für Ärzte - auch Psychiater - ist erst einmal die Krankheit die Gefahr, die bekämpft werden muss. So wird es immer wieder zu Gefährdungsbegründungen dieser Art kommen: „Sie lehnt die dringend notwendige Behandlung mit einem Phasenprophylaktikum ab, daher ist mit einem chronischen Krankheitsverlauf zu rechnen.“ (so in einer ärztlichen Bescheinigung in einem gegen mich gerichteten Verfahren nach NRWPsychKG). Für den Arzt ist die Krankheit der Feind, der bekämpft werden muss, die Chro-

nifizierung die Gefahr, die den Zwang rechtfertigt, das ist das Wertesystem, in dem er geschult ist, denkt und handelt. Es ging nicht um akute Gefährdung, sondern es sollte eine Medikation durchgesetzt werden, für die nicht einmal ein Wirksamkeitsnachweis vorlag.

Die Assistenzärztin, die die eben zitierte Bescheinigung nach PsychKG unterschrieben hat, zieht sich auf eine diffuse Meta-Ebene zurück, glaubt womöglich selbst daran, dass sie letztlich zum Patientenwohl handelt. Warum eine solche Begründung einen Richter überhaupt zu einem Unterbringungsbeschluss bewegen kann, kann ich nicht verstehen. Er spricht von „Heilbehandlung“ und nötigt im Fall psychischer Erkrankung zur Duldung. Mediziner wissen hingegen, dass wir mit Psychopharmaka nicht heilen können, sondern nur Symptome unterdrücken unter Inkaufnahme mehr oder weniger gravierender unerwünschter Arzneimittelwirkungen. Der Betroffene, der Patient, der Kunde hat nun Eingriffe in seine Persönlichkeitssphäre und seine körperliche Unversehrtheit zu dulden. Nur verschiedene Begriffssysteme und letztlich ist alles nur zum Wohl der armen, hilflosen Patienten? Vielleicht können dialogisch besetzte Ethik-Kommissionen hier Dolmetscherfunktion zwischen juristischer und psychiatrischer Metaebene übernehmen, insofern unterstütze ich die Forderung danach seit langem.

Sicher sind Psychopharmaka oft in Akutsituationen sinnvoll, doch die evidenz- und eminenzbasierte „Vergatterung“ zu lebenslanger betreuergestützter Medikation ist kaum mehr als ein Armutzeugnis unseres an Therapiemethoden reichen Faches. Könnte die Marktwirtschaft an dieser Verarmung interessiert sein? Oder **wollen weder Richter noch Psychiater, dass unser Rechtssystem für Menschen mit psychiatrischen Diagnosen die gleiche Gültigkeit** hat wie für Normalbürger? Die beharrlich steigende Zahl von Zwangsunterbringungen lässt sich weder mit Hinweisen auf „Verhältnismäßigkeit“ eindämmen, noch mit entschuldigenden Hinweisen auf „unvermeidliche Ungewissheit“ oder die „Vielzahl von Fehlermöglichkeiten.“ Mit diesen verbalen Wendungen wird es zu keinem Paradigmenwechsel kommen.

V. Verantwortlichkeit der Betreuer

Rätselhaft bleibt mir bis heute, wie ein Betreuer die Verantwortung für meine Gesundheit übernehmen und eine Zwangsbehandlung gerichtlich genehmigen lassen kann, ohne überhaupt eine ärztliche Aufklärung über das Pro und Contra im Namen des Klienten einzufordern. Nur wenn der Betreuer im Rahmen seiner beruflichen Verantwortung **dieses grundlegende Patientenrecht einfordert**, wird die Psychiatrie diese ärztliche Pflicht überhaupt wahrnehmen. Der Betreuungsrichter JASCHINSKI schildert eindringlich, was in psychiatrischen Kliniken täglich abläuft und kommt zu dem Schluss:

1. **Ärzte sind zur eigenmächtigen Behandlung psychisch Erkrankter nicht befugt.** Ärzte machen sich strafbar, wenn sie ohne Einwilligung des Betreuers psychisch erkrankte, nicht einwilligungsfähige Patienten medikamentös behandeln.
2. Betreuer mit dem Aufgabenbereich der Gesundheitsvorsorge müssen jedwede psychiatrisch-ärztliche Behandlung genehmigen (einwilligen).
3. Betreuer sollten ein Mindestmaß an **psychiatrisch-medizinischen Kenntnissen** haben, um ihre Aufgabe sachgerecht wahrzunehmen.

4. Patienten sollten sich gegen jede Behandlung durch Inanspruchnahme anwaltlicher Hilfe zur Wehr setzen, um nicht genehmigte Behandlungen, die sie selbst ablehnen, zu verhindern.

Rätselhaft bleibt mir allerdings ebenso, wie führende Köpfe des Bundesverbandes der Psychiatrieerfahrenen mit der UN-BRK das Ende der Zwangsbehandlung ausrufen, die Existenz psychischer Krankheit schlichtweg ableugnen und Psychiater generell öffentlich als Verbrecher beschimpfen können. „Lieber Strafverfolgung als Zwangsbehandlung“ - diese Vorstellung einer psychiatrischen Zukunft, wie sie Matthias Seibt immer wieder öffentlich äußert, scheint mir eher fünf Schritte zurück in die Voraufklärungszeit der Narrentürme zu sein, als zu einer transparenteren und bürgernäheren Psychiatrie zu führen.

VI. Juristische Begrifflichkeiten

Bevor ich zu meinen zusammenfassenden Thesen komme, noch schnell ein Beispiel zu juristisch-psychiatrischen Absurditäten, die ich hier mit den Worten von Wolf Crefeld kurz zitieren will:

„Dass der Rechtsbegriff **Einwilligungsfähigkeit** im Hinblick auf unsere Rechtsordnung unverzichtbar ist, daran habe ich keine Zweifel. Doch es gibt erheblichen Diskussionsbedarf bezüglich des Umgangs mit ihm in der Praxis. Einerseits ärgert es mich schon lange, dass Richter die Entscheidung darüber im Einzelfall oft den medizinischen Sachverständigen überlassen, obwohl es sich um einen Rechtsbegriff handelt, den nahezu alle Ärzte (Ausnahme: forensisch erfahrene Ärzte) inhaltlich gar nicht verstehen. Sie antworten dem Gericht stattdessen unter Gesichtspunkten ärztlicher Pragmatik: Ist das aus medizinischer Sicht „vernünftig“, was der Patient äußert?“

Mindestens ebenso wichtig ist die andere, die ärztliche und pflegerische Seite: Es gibt eine gewisse Neigung in manchen Kliniken, mit Patienten, die als nicht-einwilligungsfähig kategorisiert worden sind, nicht mehr ernsthaft über ihre Behandlung zu kommunizieren, sie quasi in Bezug auf die Behandlung zu entmündigen. Ein Beispiel, das ich selbst einmal erlebt habe: Nachdem eine Patientin mit einer Wochenbettpsychose ihren Ehemann ausdrücklich gebeten hatte, mit der behandelnden Ärztin zu sprechen, weigerte sie sich mit der Begründung, seine Frau sei nicht geschäftsfähig und könne sie nicht von ihrer Schweigepflicht entbinden.“

Meine Psych-KG Unterbringung aus dem September 1999 wurde richterlich abgesegnet, nachdem Frau Professor erklärte, ich sei „nicht willensfähig“; doch bis heute ist mir auch nach - nur mit anwaltlicher Hilfe möglichem - Studium meiner Patientenakte keine Handlung von mir deutlich geworden, die ohne meinen Willen geschah. Ich würde wieder so handeln in vergleichbaren Situationen, klug geworden aus meiner Erfahrung der Zwangspsychiatisierung - vielleicht hier und da etwas schlauer. Überzeugt bin ich seitdem von den Verhältnissen, die KLIE als „Subkultur“ beschreibt, die „sich als normativ sehr eigenständig“ gegenüber dem Recht ausweist.

Wir können nicht auf einen Paradigmenwechsel hoffen, der diese Subkultur austrocknet, auch die von Herrn Kruckenberg formulierten Thesen sind Wünsche an höhere Instanzen, die Politik, die Profession, die Kultur des Hilfesystems, und ich fürchte, sie führen allzu leicht dazu, dass

alles bleibt, wie es ist.

VII. Thesen

Meine Thesen decken sich durchaus streckenweise mit denen meiner Vorredner, doch ich hoffe, es wird deutlicher, worauf es ankommt, wenn die UN-BRK eine praktische Bedeutung für Menschen mit seelischen Behinderungen erlangen soll:

1. Als Bürgerin dieses Staates bin ich der Überzeugung, dass es Aufgabe des Rechtssystems ist, für **gleiche Maßstäbe** bei der Behandlung von Erkrankungen zu sorgen, unabhängig davon, ob Herz-, Leber- oder Hirnzellen erkrankt sind, oder ob die zellenlose Seele leidet. Eine ärztliche Behandlung kann ich ablehnen und viele Menschen tun das in verschiedenen medizinischen Situationen. So lassen sich Ärzte und Juristen sehr viel seltener arthroskopieren, als es der Durchschnitt der Bevölkerung tut, und ein Großteil psychiatrisch Tätiger würde für sich selbst eine Behandlung mit Antipsychotika ablehnen. Doch psychische Erkrankung führt dazu, dass der Patientenwille nicht mehr zählt. Kann das in einem Rechtsstaat sein?
2. Nach dem Gesetz zur Patientenverfügung, das nach langjähriger politischer Diskussion verabschiedet wurde, können auch Menschen mit psychiatrischen Diagnosen eine **Patientenverfügung** erstellen. Und es macht Sinn, dies zu tun. Dies scheint mir der **sicherste Weg**, unerwünschte psychiatrisch-medikamentöse Behandlung zurückzuweisen. Für Berufsbetreuer bietet sich mit diesem Gesetz ein Anreiz, sich mit ihren Klienten über Wünsche und Wohl im Falle einer Krankenhausbehandlung auseinanderzusetzen und nicht nur nach eigenem Gutdünken im Namen des Klienten zu handeln. Die psychiatrische Theorie geht nicht davon aus, dass Einwilligungsfähigkeit und Willensfähigkeit bei Menschen mit Psychosen, Persönlichkeitsstörungen oder Depressionen dauerhaft gestört sind, trotzdem rate ich, die Patientenverfügung von einem Juristen bestätigen zu lassen. Es geht um Rechtsfragen, warum wird hier nur ärztliche Beratung empfohlen? Kann es sein, dass die Psychiatrie um ihre Deutungshoheit fürchtet? Die DGPPN jedenfalls nahm dieses Gesetz zum Anlass für ein weiteres Rechtsgutachten – Tenor: Die psychiatrische Praxis muss sich nicht ändern...
3. Da wo mein Staat die Verantwortung für meine Grundrechte an dritte Personen delegiert, erwarte ich von ihm, dem Staat, nicht nur vom gesetzlichen Betreuer, die gleiche **Sorgfalt in der Kontrolle dieser Delegation** wie bei der Kontrolle meiner Steuerbürgerpflichten. Dazu sind **unabhängige Gremien** erforderlich, die die marktwirtschaftlich orientierte Tätigkeit der klinischen Psychiatrie in breitem Rahmen und für jeden Betroffenen zugänglich kontrollieren. Denn viele gesetzliche Betreuungen werden aus psychiatrischen Kliniken heraus angeregt, nur um die ambulante Fortsetzung der Medikation sicherzustellen. Diese Praxis muss unterbunden werden. Ob die Gremien nun unabhängige Beschwerdestelle, Ethikkommission oder Besuchskommission heißen, sei erst einmal dahingestellt, wichtig ist, dass sie inhaltlich gut und unabhängig von eminenzbasierten Lehrmeinungen arbeiten können und personell entsprechend dem Anstieg der Zwangsunterbringungen hinreichend besetzt sind.

4. Als schwerbehinderte Bürgerin mit psychiatrischen Diagnosen erwarte ich von meinem Staat, dass er eine klare, eindeutige und bundeseinheitliche Rechtsgrundlage für die krankheitsbedingte Einschränkung meiner Grundrechte schafft. Das öffentliche Unterbringungsrecht ist grundsätzlich für diesen Zweck hinreichend, eine länderübergreifende Einheitlichkeit muss sich auch in den Maschen des föderalistischen Systems politisch herstellen lassen. Die **Streichung der Zwangsunterbringung und –behandlung nach § 1906 BGB ist dringend erforderlich**. Das professionelle Profil des Betreuers kann nur gewinnen, wenn er von ordnungspolitischen Funktionen befreit wird.
5. Als Verbraucherin, Nutzerin, Kundin halte ich es für überlegenswert, das System der psychiatrischen Pflichtversorgung aufzugeben und den Patienten ebenso wie bei körperlichen Erkrankungen die **Wahl der Klinik** zu überlassen. Möglicherweise löst sich das Problem der fehlenden Transparenz und Kommunikationsbereitschaft der klinischen Psychiatrie dann nach marktwirtschaftlichen Kriterien auf: Kliniken, die lieber „verhandeln als behandeln“, werden von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen bevorzugt. In der aktuellen Versorgungslage haben pflichtversorgende Kliniken Monopolstatus, Zertifizierungen im Rahmen des Qualitätsmanagements werden in dieser Situation oft konterkariert.
6. Psychiatrische Kliniken, die mehr Transparenz und Kommunikation über ihre Doppelfunktion als Ordnungsbehörde und Institution des Gesundheitswesens wirklich wollen, können dies kostenneutral tun, indem sie die **Zahlen ihrer Zwangseinweisungen** einmal im Jahr (z.B. im Rahmen des Qualitätsberichtes) **öffentlich machen**. Natürlich sind reine Zahlen kein Qualitätskriterium, doch können Kliniken durch regelmäßige öffentliche Darstellung deutlich machen, ob und wie sie sich inhaltlich mit ihrer machtbesetzten Doppelrolle und der nicht seltenen Ablehnung durch „ihre Kunden“ auseinandersetzen. Aktuell wird die Rolle der Psychiatrie als Ordnungsmacht von habilitierten Eminenzen eher verschwiegen und stattdessen lieber für jede potentielle Diagnose eine psychopharmaka basierte Leitlinie geschaffen. Medikamente allein verschaffen kein Seelenheil, diese Behandlungsform ist aber ein wichtiger Faktor im ökonomischen Sinn.
7. Solche Kliniken, die Transparenz und Kundennähe nicht fürchten, setzen auch Peers (Experten durch Erfahrung, Genesungshelfer) gern ein, sie wissen, dass zu einem multi-professionellen Team auch die Sicht der **Psychiatrieerfahrenen** gehört und stützen sich nicht nur auf habilitierte Eminenzen und Pharmareferenten.
8. Auszubildende psychiatrische Kliniken geben den geisteswissenschaftlichen Wurzeln ihres Faches, den unterschiedlichen Menschen- und Krankheitsbildern sowie dem juristischen Wertesystem den gleichen Raum, den sie für industriegesponserte Psychopharmakotherapievorträge einräumen.

Mag sein, dass die letzten beiden Thesen mehr in den Bereich der Wunschträume zu verweisen sind, als in unseren Diskussionsrahmen, doch der Realität der psychiatrischen Unterbringung einen menschenwürdigeren rechtlichen und medizinischen Rahmen zu geben, erfordert unser aller Handeln auf allen Ebenen. Die spontane Veränderungswilligkeit der klinischen Psychiatrie darf aus meiner Sicht gern in Frage gestellt werden, auch wenn sie sich in ihrer Selbstdarstellung immer größere gesundheitsökonomische Bedeutung zuspricht.

Quellen:

Aderhold, Volkmar, Menschenrechte in der medikamentösen Therapie - zum Umgang mit Psychopharmaka; in diesem Band

Kruckenberg, Peter, Unterbringung und Behindertenrechtskonvention - Thesen aus sozialpsychiatrischer Sicht; in diesem Band.

Jaschinski, J. 2011, Psychopharmaka und rechtliche Betreuung, Soziale Psychiatrie 131 S. 44-47

Klie, Thomas 1993, zitiert nach Crefeld, W., Gesundheitsberichterstattung zur Anwendungspraxis des Unterbringungsrechts in NRW und dem Betreuungsrecht des Bundes, FESA-TRANSFER 12 S. 19

Betroffene fordern: Zwangseinweisungen vermeiden¹

Ruth Fricke

I. Einleitung

Der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE) erwartet, dass die Umsetzung der UN - Konvention schneller erfolgt als die Umsetzung der Psychiatrie-Enquete von 1975, die bis heute noch nicht im vollen Umfang umgesetzt wurde. Diese Erwartung stützt sich zum einen darauf, dass die UN - Konvention mit einem internationalen Kontrollmechanismus ausgestattet wurde, zum anderen darauf, dass die UN - Konvention nicht nur die gesellschaftlich stark stigmatisierte Gruppe der Psychiatriepatientinnen und -patienten betrifft, sondern alle Menschen mit Behinderungen. Mithin kämpft eine Vielzahl von Betroffenenverbänden für die Umsetzung der Konvention, wenn auch nicht alle für dieselben Artikel und die daraus folgenden Rechte. Seit der Ratifizierung durch den Deutschen Bundestag ist die UN-Konvention geltendes Recht mit der Folge, dass gegebenenfalls entgegenstehende Gesetze angepasst werden müssen, soweit die Konvention nicht bereits selbst unmittelbare rechtliche Wirkung entfaltet.

Nach Artikel 1 der Konvention umfasst der Begriff „behinderte Menschen“ auch „Menschen mit langfristigen seelischen Schädigungen“. Diese Schädigungen können sie im Zusammenhang mit verschiedenen Barrieren daran hindern, gleichberechtigt mit anderen und uneingeschränkt und wirksam an der Gesellschaft teilzunehmen. Psychisch erkrankte bzw. seelisch behinderte Menschen im Sinne des Betreuungs- und Unterbringungsrechts werden daher vom Schutzzweck und Anwendungsbereich der UN-Konvention erfasst. Nach Artikel 2 gilt jede Unterscheidung, Ausschließung oder Beschränkung, die aufgrund einer Behinderung erfolgt und zum Ziel oder zur Folge hat, dass die gleichberechtigte Anerkennung, Inanspruchnahme oder Ausübung aller Menschenrechte und Grundfreiheiten beeinträchtigt oder vereitelt wird, als Diskriminierung. Diskriminierung in diesem Sinne umfasst auch das Vorenthalten von Vorkehrungen (z.B. in Form von persönlichen und technischen Hilfen), wodurch eine gleichberechtigte Teilhabe und Ausübung der Menschenrechte vereitelt würde. Nach Artikel 12, Absatz 2 sind behinderte Menschen nicht nur rechtsfähig, sondern auch für alle Lebensbereiche geschäfts- und handlungsfähig. Artikel 14 garantiert das gleichberechtigte Recht auf Freiheit der Person. Artikel 15 verbietet grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung und schlussendlich wird auch Menschen mit Behinderungen im Artikel 17 das Recht auf Achtung der körperlichen Unversehrtheit sowie in Artikel 19 die freie Wahl des Aufenthaltsortes und der Wohnform garantiert.

II. § 1906 BGB ersatzlos streichen

Für Menschen, die in der Patientenrolle Erfahrungen mit dem psychiatrischen System gesammelt haben, ist die wichtigste und zentralste Forderung die Vermeidung von Zwangseinweisungen, Zwangsmedikation und sonstigen Zwangsmaßnahmen wie Fixierungen, Isolation usw. Denn jede Zwangsmaßnahme trägt letztendlich zur Chronifizierung der psychischen Erkrankung bei: Sie fügt dem ursprünglichen, die psychische Krise auslösenden Trauma, ein weiteres hinzu, welches das Ursprungstrauma überdeckt. Bei der Fachkonferenz „alle inklusive“

¹ Nachdruck aus BtPlus 2/2010, mit freundlicher Genehmigung der Autorin

zum Thema „Freiheits- und Schutzrechte für Menschen mit Behinderungen“ im Februar 2009 in Osnabrück bestand Konsens darüber, dass es künftig nur noch eine Rechtsgrundlage für Zwangseinweisungen geben sollte, nämlich die öffentlich-rechtliche. Gemäss § 1906 BGB können Zwangseinweisungen schon allein bei Behandlungsbedürftigkeit erfolgen, sollte also ersatzlos gestrichen werden. Dies wäre ein wirklicher Fortschritt. Einige Kliniken neigen dazu, bei nach PsychKG untergebrachten Patient/innen zusätzlich eine Betreuung zu beantragen, um schneller eine Zwangsbehandlung durchführen zu können. Hintergrund: Das PsychKG hängt die Hürden für Zwangsbehandlungen sehr hoch und den Kliniken ist die Anwendung des Prinzips „verhandeln geht vor behandeln“ anscheinend zu aufwendig.

Auch Marschner betont in „Recht & Psychiatrie“, dass die Unterbringung nach § 1906 BGB nicht den Anforderungen des Artikels 14 der UN-Konvention entspricht, aber auch, dass die in allen PsychKGs vorgesehene Ersetzung des Willens des Betroffenen durch einen Betreuerentscheid im Falle der Einwilligungsunfähigkeit im Widerspruch zu Artikel 12 der UN – Konvention steht. Darüber hinaus handelt es sich im Betreuungsrecht ebenso wie bei den PsychKGs und Unterbringungsgesetzen der Länder um Sondergesetze, die ausschließlich für „psychisch Kranke“ gelten. Niemand käme auf die Idee, einen Diabetiker, der seine Diät nicht einhält oder seine Medikamente nicht einnimmt, vorsorglich unter Zwang einzuweisen oder ihm den Führerschein zu entziehen, obwohl er sowohl fremd- als auch selbstgefährdend ist, wenn er als Autofahrer ins Zucker-Koma fällt. Eine wichtige Voraussetzung für die Vermeidung von Klinikeinweisungen gegen den Willen der Betroffenen ist jedoch ein gut ausgebautes niedrighschwelliges Hilfesystem sowie ein Krisendienst, der 365 Tage im Jahr und rund um die Uhr erreichbar ist.

III. Assistenz statt Stellvertretung

Die Zustimmung zur Zwangsbehandlung von Betreuern gegen den Willen der Betroffenen ist leider tägliche Praxis. Das aktuelle Betreuungsrecht lässt zwar im Gegensatz zur UN - Konvention zu, dass Betreuer stellvertretend für ihre Klienten Entscheidungen treffen, aber das deutsche Betreuungsrecht sagt auch schon heute, dass Betreuer die Wünsche der Betroffenen umsetzen sollen. Dies ist aber gerade im Zusammenhang mit Zwangsbehandlung häufig nicht der Fall. Man gewinnt schon zuweilen den Eindruck, dass einige Betreuer noch sehr im alten Vormundschaftsrecht verhaftet sind. Der Gesetzgeber sollte hier schnellstens Klarheit schaffen, indem er die im deutschen Betreuungsrecht verankerte Stellvertreterregelung in eine Assistenzregelung abändert. Das Wort Betreuung suggeriert ja auch schon, dass man (ggf. ohne zu fragen) etwas für den anderen tut. Der Begriff Assistenz hingegen bringt klar zum Ausdruck, dass die Betroffenen - wenn sie Hilfe oder Unterstützung benötigen - diese anfordern. Das heißt, bei einer Assistenz sind die Betroffenen selbst immer Herr des Geschehens.

Offensichtlich sind sich Betreuer oft gar nicht bewusst, dass jede medizinische Behandlung einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit darstellt. Ein reales Fallbeispiel aus der Praxis: Ein Betreuer hatte für einen nach PsychKG untergebrachten Betreuten vorsorglich schon einmal seine Einwilligung zur Zwangsbehandlung gefaxt. So etwas widerspricht klar der UN-Konvention und geht natürlich auch schon nach geltendem Recht überhaupt nicht. Der Betreuer muss sich zumindest vom aktuellen Zustand des Betroffenen durch persönliche Augenscheinnahme überzeugen. Die Klinik hatte von dieser Vorausverfügung des Betreuers keinen Gebrauch gemacht, weil ein gutes Vertrauensverhältnis zum Patienten bestand und so alles einvernehmlich

geklärt werden konnte. Um den Willen von Betroffenen auch in Zeiten, in denen aufgrund einer aktuellen Krise deren Einwilligungsfähigkeit in Zweifel gezogen wird, umsetzen zu können, wäre es sinnvoll, die Betroffenen dabei zu unterstützen, in gesunden Zeiten eine Patientenverfügung zu verfassen oder eine Behandlungsvereinbarung mit der pflichtversorgenden Psychiatrischen Klinik auszuhandeln. Hierin sollte eindeutig festgelegt werden, wie im Falle einer erneuten Krise verfahren werden soll. Damit wäre klar, welche Art der Behandlung in Zeiten psychischer Krisen vom Betreuer umgesetzt werden soll. Dies wäre dann eine klassische Assistenzleistung.

Es bleibt zu hoffen, dass die Anpassung der Gesetze an die UN - Konvention in den vorgenannten Bereichen recht zügig erfolgt.

Behindertenrechtskonvention – Unterbringung und Zwangsbehandlung

Diskussion und offene Fragen

Annette Loer

I. Fragestellungen

An die drei Einführungsstatements schloss sich eine rege Diskussion im gut gefüllten Plenum an. Neben abstrakt juristischen Fragestellungen stand bald die Auswirkung möglicher Gesetzesänderungen für die Praxis im Mittelpunkt des Interesses. Welche **Folgen** hätte eine **Streichung oder Einschränkung der betreuungsrechtlichen Unterbringungsmöglichkeiten für Betroffene und Betreuer/-innen**?

Thematisiert wurde die Unterbringung in psychiatrischen Kliniken. Für die Frage, wie mit der geschlossenen Heimunterbringung umgegangen werden sollte, reichte die Zeit nicht.

II. Kritik an Unterbringungspraxis

Übereinstimmend bestand Kritik an der bestehenden Unterbringungspraxis, die auch durch die Gerichte gedeckt wird. Leichtfertige Entscheidungen auf Grund fehlender oder nicht in Anspruch genommener alternativer ambulanter Maßnahmen sowie die blinde Durchsetzung angeblicher Behandlungsnotwendigkeiten ohne Rücksicht auf die Individualität und die Autonomie der Patienten/-innen wurden bemängelt. Breiter Konsens bestand in der Forderung nach Verbesserungen der Versorgungsstruktur und nach Veränderungen im Umgang mit Patienten/-innen, die eine andere Vorstellung von ihrer Behandlung haben als die Behandler/-innen - zur Vermeidung von Zwangseinweisungen.

III. Streichung des § 1906 BGB?

Fraglich blieb aber, ob die gewünschten Verbesserungen für die Patienten/-innen durch eine Änderung im Betreuungsrecht oder den öffentlich-rechtlichen Unterbringenvorschriften zu erreichen sind. Die Streichung des § 1906 Abs. 1 BGB, vorrangig die Befugnis zur Unterbringung zur Heilbehandlung im Vorfeld einer noch nicht akut eingetretenen Gefährdung nach Ziff.2 wurde kontrovers diskutiert.

Bedeutet die **Streichung des § 1906 BGB** tatsächlich eine positiv zu bewertende **Entlastung** des Betreuungsverhältnisses? Vordergründig vielleicht: Der Betreuer bzw. die Betreuerin trägt weniger Verantwortung, fühlt sich nicht verpflichtet eine Maßnahme durchzusetzen, die der oder die Betreute in diesem Augenblick als gegen sich gerichtet erlebt. Der Betreuer bzw. die Betreuerin kann sich auf die Assistenz an der Seite der Betroffenen zur Wahrung ihrer Interessen konzentrieren. Das Vertrauensverhältnis ist nicht gefährdet oder wird nicht beschädigt.

Ist es aber nicht gerade der besondere Vorteil des Betreuungsrechts, dass eine **bestimmte**

Person im Rahmen eines gerichtlichen Betreuungsverfahrens die Befugnis erhalten hat, solche Entscheidungen zum Wohl der Betroffenen - wenn auch aktuell gegen den geäußerten Willen - zu treffen – nämlich: eine Betreuerin / ein Betreuer, der bzw. die eine/n Betroffene/n lange und gut kennt, ein Vertrauensverhältnis aufgebaut hat, gemäß § 1901 BGB an die Vorstellungen und die Wünsche des oder der Betreuten gebunden ist und sich im Idealfall auch an ihre Aufgabenstellung hält und sich nicht zum Handlanger anderer macht, und deren bzw. dessen Entscheidung dann noch vom Gericht überprüft wird, indem eine Genehmigung für das Handeln benötigt wird?

Von den in der **Praxis Tätigen** wurde mehrheitlich die Auffassung vertreten, dass die Unterbringungsbefugnis der rechtlichen Betreuer/-innen für die Betroffenen einen **Vorteil** im Vergleich zu einer wie auch immer formulierten Unterbringungsmöglichkeit allein nach öffentlichem Recht darstellt. Diese Befugnis werden dann andere haben, die die Betroffenen im Zweifel nur kurz kennenlernen. Ob damit tatsächlich ungerechtfertigte Zwangseinweisungen vermieden werden, bleibt fraglich.

Es gibt schließlich nicht wenige Betreute, die ihre Zwangseinweisung durch die Betreuer im Nachhinein für notwendig und richtig erachten und die ausdrücklich wünschen, dass ihre Betreuer genau diese Befugnis behalten.

Voraussetzung ist jedoch, dass **rechtliche Betreuer/-innen** qualifiziert sind und ihre Tätigkeit an den Grundnormen des Betreuungsrechtes ausrichten, sie also allein das Ziel verfolgen, die Rechte und die Selbstbestimmung der Betreuten zu stärken und nicht den Interessen Dritter zu dienen oder den Ärztinnen und Ärzten hörig zu sein.

Betreuungsgerichte und Verfahrenspfleger/- innen sind dem selben Ziel verpflichtet und nicht Handlanger der Kliniken. Auch insoweit wurde eine Verbesserung der betreuungsrechtlichen Praxis angemahnt. Forderungen nach **Änderungen im Betreuungsgesetz**, vielleicht vorrangig im Verfahrensrecht oder die Schaffung eines Vollzugsrechtes wurden mit dem Ziel diskutiert, die Garantien des materiellen Betreuungsrechts tatsächlich zu gewähren, um sicherzustellen, dass das Handeln ausschließlich am subjektiven Wohl und den Wünschen der Betroffenen orientiert ist, also mit dem Ziel, die Selbstbestimmung zu stärken; letztlich damit auch Verbesserung im Sinne der UN-Konvention.

In der regen Diskussion entstand der Eindruck, dass die anwesenden **Psychiatrie-Erfahrenen und „Theoretiker“ sich eher für eine Streichung von Unterbringungsvorschriften** aussprachen, die im Betreuungswesen praktisch Tätigen, insbesondere Betreuer/-innen, mit dieser Forderung eher zögerlich umgingen. Befürchtet wurde, dass die Forderung nach weniger rechtlichen Eingriffsmöglichkeiten zu kurz gegriffen sein und die bloße Streichung des § 1906 BGB das Kind mit dem Bade ausschütten könne, indem manchen psychisch Erkrankten ihr Recht auf (frühzeitige) Behandlung eingeschränkt oder genommen wird.

Es blieben letztlich die Bedenken im Raum, ob allein die Einschränkung von rechtlichen Unterbringungsvorschriften tatsächlich die im Interesse der Psychisch-Erkrankten zu fordernde Verbesserung der Unterbringungs- und Behandlungspraxis zur Folge haben und wird einen Zuwachs an Freiheit und Selbstbestimmung bedeutet.

Frau S. - ein Beispiel aus der richterlichen Praxis

Annette Loer, Betreuungsrichterin

I. Verbesserungen durch Rahmenbedingungen, rechtmäßiges Handeln oder durch Gesetzesänderungen?

Mein Eindruck von den vielen Diskussionen der Tagung: diejenigen, die im Betreuungswesen praktisch tätig sind, also Betreuer/-innen, Betreuungsrichter/-innen, Betreuungsbehörde, Vereine etc. vertreten überwiegend die Auffassung, dass notwendige **Verbesserungen durch verbesserte Rahmenbedingungen** und durch **rechtmäßiges**, also am bestehenden Betreuungsrecht orientiertem Handeln aller Beteiligten zu erreichen sind, während diejenigen, die von außen auf das Betreuungsrecht sehen, eher eine **Gesetzesänderung** fordern, weil sie die „Sonderrechte“ ausschließlich als Eingriffsrechte und weniger als Schutzrechte sehen.

II. Auswirkungen einer Einschränkung des Betreuungsrechts

Ich hatte während der Tagung stets Betreuungsverfahren vor Augen, bei denen ich mich fragte, welche Auswirkungen eine Einschränkung des Betreuungsrechtes hätte.

Hier ein **Beispiel**:

Frau S. ist Mitte 40, eine selbstbewusste Frau, lebt alleinstehend in einer kleinen Wohnung. Sie war früher als Bibliothekarin tätig, bezieht nun eine Erwerbsunfähigkeitsrente. Seit Jahren befindet sie sich mit einer komplexen Diagnose auch in psychiatrischer Behandlung. Es traten in der Vergangenheit sowohl **wahnhafte Erleben wie auch depressive Episoden** auf. Frau S. war sich stets ihrer Erkrankung bewusst gewesen. Weder die Einrichtung einer Betreuung noch die Durchführung von Zwangsmaßnahmen waren in der Vergangenheit erforderlich. Sie nahm die regelmäßigen therapeutischen Termine zuverlässig wahr, über die Notwendigkeit einer Medikation war sie sich im Klaren.

Nach einer schweren depressiven Phase kommt es nun **aktuell zu psychotischen Erleben** in einem bisher bei ihr nicht bekannten Ausmaß, möglicherweise als Folge einer zu hohen Dosierung der antidepressiven neuroleptischen Medikation im Zusammenhang mit anderen Mitteln. Jedenfalls gerät sie in eine **manische Phase**, mit deutlich **psychotischen Verhaltensweisen**. Sie sieht sich als eine Agentin der Geheimdienste und deutet bestehende persönliche Beziehungen paranoid.

Sie **beendet die ambulante Behandlung**, lehnt weitere Termine mit denen ihr sonst sehr vertrauten Therapeuten ab, wittert überall Geheimdiensttätigkeiten. Die Medikation gestaltet sie eigenständig um. Der Sozialpsychiatrische Dienst wird durch Angehörige und die bisherigen Behandler informiert und versucht den Kontakt durch **Hausbesuche** herzustellen, was aber **abgelehnt** wird.

Wir gehen davon aus, dass die in der Region zur Verfügung stehenden ambulanten Angebote von Frau S. auf Grund ihres Wahnes nicht angenommen werden. Es wird bekannt, dass Frau S.

ihre Wohnung gekündigt und möglicherweise einen Mietvertrag für eine neue sehr viel teurere Wohnung abgeschlossen hat. Es ist zu vermuten, dass sie andere **Verträge** abschließt und Kredite aufnimmt, die ihre **finanziellen Möglichkeiten weit überschreiten**.

Schließlich **regt** der SpDi die Einrichtung einer **Betreuung an**. Sie reagiert empört über einen Rechtsanwalt, der sich aber nie zur Sache äußert, weil Frau S. den verlangten Vorschuss von 500 € nicht zahlt, auch nicht mehr zahlen kann, weil sie inzwischen ihr gesamtes kleines Sparvermögen ausgegeben hat. Es kann bruchstückweise ermittelt werden, dass Frau S. bereits mehrere Wohnungen in der Umgebung angemietet und mindestens ein Auto der gehobenen Klasse bestellt hat.

Das Gericht beauftragt einen neutralen Gutachter und bietet Frau S. gleichzeitig eine Anhörung an. Frau S. lässt sich ohne Einwendungen **begutachten**. Sie erlebt das erste Gespräch sogar als sehr angenehm, weil der Gutachter ihr zuhört. Frau S. meldet sich zwar nicht bei Gericht, lässt aber auch die **Anhörung** durch die Richterin in ihrer Wohnung zu. Sehr eindrücklich berichtet die Betroffene in demselben Ton, in dem sie zu Beginn des Gespräches über ihre schöne Wohnung und das schlechte Wetter geplaudert hat, über ihre **Agententätigkeit**. Sie ist derzeit eine der wichtigsten Informantinnen für die USA. Nun werde sie aber auch vom deutschen Geheimdienst angeworben. In den nächsten Tagen erwartet sie mehrere Millionen Euro für ihre geheimen Informationen. Sie deutet an, über welchen Weg sie die verschlüsselten Infos weitergibt. Das Gericht müsse aber verstehen, warum sie keine weiteren Angaben machen könne. Sie berichtet von ihren neuen persönlichen Beziehungen, mit dem Chefarzt der Klinik sei sie verlobt...

Es bestätigt sich die Vermutung, dass die Betroffene in Erwartung der Millionen mindestens eine große Wohnung (- die sie nie beziehen wird -) und mindestens ein Auto der gehobenen Klasse bestellt hat (- das sie nicht in Besitz nehmen wird-). Der gesamte Umfang ihrer Käufe und Bestellungen ist nicht zu ermitteln. Ihr Auftreten gegenüber Nachbarn und Bekannten sowie ihr **Verhalten im alltäglichen Leben** werden zunehmend **auffällig**. Es kommt aber zu keinen selbst- oder fremdgefährdenden Fehlhandlungen.

Eine **weitere Anhörung** zusammen mit dem Gutachter **folgt**. Der Wahn scheint sich zu verfestigen. Das Ergebnis der Ermittlungen ist eigentlich klar: Frau S. befindet sich aktuell in einer manischen Phase. Ihre Handlungen sind zum Teil durch ihre Vorstellungen geprägt, als Agentin demnächst hohe Geldbeträge zu erwarten. Sie hält sich für eine wichtige Person, die im Geheimen agieren muss und deshalb merkwürdige Dinge tut. Dabei macht sie allerdings den Eindruck, nicht verängstigt zu sein, nicht unter ihrem Wahn zu leiden, sondern sich aktuell als bedeutend zu erleben, eben manisch.

Was tun?

Eine Einschränkung der Schutz- und Eingriffsmöglichkeiten hätte folgende Konsequenzen:

- Ohne die **Schutzvorschriften** der §§ 104 ff. BGB hätte Frau S. in dieser kurzen Phase ihrer Erkrankung einen Riesenschuldenberg angehäuft, den sie nie wieder abtragen könnte. Im Übrigen kann sie selber entscheiden, ob sie ihre Geschäftsunfähigkeit einwendet, oder ob sie an den Verträgen festhalten will.

- Eine **Betreuung**, die - wenn sie überhaupt gegen den Willen von Frau S. eingerichtet werden dürfte, - sich auf reine Assistenz beschränkt und **nicht gegen den geäußerten Willen** stellvertretend tätig werden darf, kann zum Schutz von Frau S. nichts ausrichten; z. B. dürfte ein Betreuer die Wohnungskündigung nicht rückgängig machen oder Sozialleistungen beantragen, wenn Frau S. nicht zustimmt.
- Ohne die Anordnung eines **Einwilligungsvorbehaltes** müsste ein Betreuer zusehen, wie Frau S. weitere Verträge abschließt und sich verschuldet.

Als **alle ambulanten Möglichkeiten ausgeschöpft** schienen, die Betreuerin nur Schadensbegrenzung erreichen konnte, dabei aber zunehmend den Zorn der Betroffenen auf sich zog, stellte sich die Frage nach der Unterbringung gem. § 1906 BGB. Schon nach der jetzigen Rechtslage ist die Entscheidung problematisch, wird doch nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes auch nach § 1906 Abs.1 Ziff. 2. (Unterbringung zur Heilbehandlung) verlangt, dass durch die Behandlung ein **drohender gewichtiger gesundheitlicher Schaden abgewendet** werden muss. Wäre eine Unterbringung jedoch ausschließlich bei Vorliegen einer akuten erheblichen gesundheitlichen **Eigen- oder Fremdgefährdung** möglich – evtl. unabhängig vom Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung- **hätte Frau S.** lange auf die im wahrsten Sinne **notwendige Hilfe warten müssen.**

Die nach der jetzigen Gesetzeslage durchgeführte Zwangsmaßnahme (- es musste keine körperliche Gewalt angewendet werden -) führte zu einer schnellen **Besserung** der Symptomatik. Trotzdem stand Frau S. vor einem Scherbenhaufen. Sie schämt sich für ihr krankheitsbedingtes Auftreten, traut sich kaum, alten Nachbarn zu begegnen... Die Abwicklung der Verträge durch die Betreuerin ist schon jetzt nicht ganz einfach. Sie muss die Geschäftsunfähigkeit von Frau S. vor Einrichtung der Betreuung und der Anordnung des Einwilligungsvorbehaltes beweisen.

Frau S. hätte sich im Nachhinein ein noch früheres Eingreifen gewünscht. Für sie hätten die geforderten Einschränkungen keinen Zuwachs an Selbstbestimmung gebracht, sondern ein Weniger an Schutz und letztlich eine persönliche Katastrophe.