

# Hilfe und Zwang – oder Zwang aus Hilflosigkeit

## Einführung in das Thema

### Wolf Crefeld

Die Reform der psychiatrischen Versorgung, wie sie Anfang der 70er-Jahre in Gang kam, zielte auf Gemeindenähe und Offenheit der Hilfen. Damit freiwillige Behandlungen soweit wie möglich an die Stelle von Zwangseinweisungen träten, setzte man auf den Ausbau der sozialpsychiatrischen Hilfen. Umso erschrockener war man, als Anfang der 90er-Jahre aus der Justizverwaltung über eine steigende Zahl von Unterbringungsverfahren berichtet wurde. Aktuelle Zahlen ergeben heute ein ernüchterndes Bild. So haben sich z. B. in Nordrhein-Westfalen in der Zeit von 1986 bis 1997 die Unterbringungsverfahren nach PsychKG nahezu verdoppelt. Die Zahl der betreuungsrechtlichen Unterbringungsverfahren hat sich – ohne sogenannte unterbringungsähnliche Maßnahmen - in dieser Zeit gar auf das Neunfache erhöht. Aus anderen Bundesländern kommen ähnliche Trends. Bemerkenswert ist aber auch, dass die Häufigkeit von Unterbringungen zwischen den einzelnen Ländern – auch bei praktisch identischer Rechtslage - erheblich differiert. So wurden 1995 in Ländern wie Thüringen oder Brandenburg weniger als 0,3 Unterbringungen, dagegen in Nordrhein-Westfalen oder Bayern mehr als 2 Unterbringungen nach BGB und PsychKG/UBG je 1.000 Einwohner gezählt. Solche Daten, die sich auf eines der höchsten menschlichen Rechtsgüter, nämlich die Freiheit, beziehen, lassen uns fragen: Wer hat versagt, was muss besser gemacht werden?

Im Auftrag des Düsseldorfer Gesundheitsministeriums habe ich für die Jahre 1997 und 1998 die Anwendungspraxis des öffentlich-rechtlichen und zivilrechtlichen Unterbringungsrechts in einer landesweiten Erhebung untersucht. Mit Hilfe der 54 Gesundheitsämter im Landes wurden 396 für das PsychKG zuständige Ordnungsämter und 90 örtliche Betreuungsbehörden schriftlich befragt. Von annähernd 90 % aller Kreise und kreisfreien Städte erhielten wir die gewünschten Daten zur Anwendungspraxis des PsychKG, während die entsprechenden betreuungsrechtlichen Angaben nur von etwa 20% der Gebietskörperschaften gemacht wurden.

Ich möchte Ihnen einige Ergebnisse darstellen: Das Risiko einer PsychKG-Unterbringungen ist in einigen Kommunen zehnmal höher als in anderen (Unterbringungen je 1.000 Einwohner). Für die Gebietskörperschaften, über die uns auch betreuungsrechtliche Daten vorlagen, ließ sich eine Unterbringungs-

quote, die PsychKG und Betreuungsrecht einschließt, errechnen, die zwischen 0,66 und 2,64 je 1.000 Einwohner differierten.

Von einigen Gebietskörperschaften verfügen wir auch über die Entwicklung der jährlichen PsychKG-Unterbringungen im langfristigen Verlauf. Dabei zeigt sich, dass auch in Städten, in denen die örtlich zuständigen Kliniken unverändert die gleichen sind, die Unterbringungen zeitweise auf das Dreifache ansteigen, aber in anderen Zeiten auch wieder erheblich absinken. Eine einfache Erklärung aus Änderungen der Versorgungsbedingungen oder der Rechtslage gibt es dafür nicht.

Andere Ergebnisse der Untersuchung geben ebenso Anlass zur Verwunderung: Wir haben den Anteil der Frauen an den untergebrachten Personen ermittelt und dabei festgestellt, dass dieser Anteil im gleichen Jahr - ohne jede Erklärungsmöglichkeit aus örtlichen Infrastrukturegebenheiten – bei PsychKG-Unterbringungen zwischen 30% und 55% und bei BtR-Unterbringungen zwischen 28% und 76% schwankte.

Noch größere Divergenz zeigt der Anteil der Suchtkranken unter den nach PsychKG untergebrachten; er bewegte sich im Jahr 1997 zwischen 8% und 43%, ein Phänomen, für das es ebenfalls keine epidemiologische Erklärung gibt.

Kurz noch ein paar weitere Ergebnisse:

1. Die Entscheidung über eine Unterbringung nach PsychKG erfolgt fast immer (landesweit 93%, in vielen Städten 100%) durch die Ordnungsbehörde im Wege einer sofortigen Unterbringung, während die Gerichte erst befasst sind, wenn längst Fakten geschaffen sind und die betroffene Person bereits untergebracht wurde.

2. Auf die insgesamt miserable Situation des ambulanten Bereichs unserer Gesundheitsversorgung hinsichtlich der Bewältigung und Vermeidung akuter Krisensituationen, wie zumindest jeder Unterbringungsfall nach PsychKG verstanden werden muss, weist die Tatsache hin, dass 64% aller PsychKG-Unterbringungen erst auf der Basis der Atteste von Krankenhausärzten zustande kommen. Nur 16% der Unterbringungszeugnisse stammen von niedergelassenen Psychiatern oder Sozialpsychiatrischen Diensten, während niedergelassene Ärzte ohne psychiatrische Erfahrung ähnlich, nämlich mit 15% beteiligt sind.

Welche Schlussfolgerungen haben wir aus den hier nur sehr gedrängt und ausschnittsweise dargestellten Ergebnissen gezogen?

Sicher verfehlt wäre die Auffassung, Kommunen allein anhand der unterschiedlich hohen Unterbringungsquoten in „gute“ und „schlechte“ einteilen zu wollen, wie dies in Verkennung der komplexen Problematik gelegentlich geschehen ist.

Niedrige Unterbringungsquoten können Ausdruck sein für eine besonders qualifizierte und von Engagement getragene örtliche psychiatrische Praxis, aber auch für mangelnde Sensibilität dieser Praxis hinsichtlich der Notwendigkeit rechtsstaatlicher Funktionen bei Eingriffen in Grundrechte. In manchen Kommunen mag die psychiatrische bzw. psychosoziale Infrastruktur derart unterentwickelt sein, dass hilfsbedürftige Menschen normalerweise gar nicht erst mit ihr in Berührung kommen und Unterbringungen nur gelegentlich als „ultima ratio“ ratloser Polizisten und Feuerwehrlente manifest werden.

Hohe Unterbringungsquoten können Ausdruck eines besonderen Engagements der örtlichen Justiz sein, ihren rechtsstaatlichen Kontrollfunktionen zum Schutze der Persönlichkeitsrechte psychisch beeinträchtigter Bürger gerecht zu werden. Sie können aber auch darauf hinweisen, dass sich örtlich eine Verfahrensroutine bei der Anwendung des Unterbringungsrechts eingespielt hat, die dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit angesichts eines so schwer wiegenden Eingriffs in die Freiheitsrechte eines Menschen nicht gerecht wird. Manche Kommunen haben eine historisch gewachsene Last an Aufgaben für kranke und behinderte Bürger anderer Kreise und Städte zusätzlich zu bewältigen, was sich in einer größeren Häufigkeit von Unterbringung niederschlagen kann. Hohe Unterbringungsquoten können eine örtliche Häufung unbewältigter sozialpolitischer Problembereiche widerspiegeln – während anderenorts Nachbarschaftsstrukturen und soziale Netzwerke manche Krisensituation aufzufangen vermögen und Unterbringungen sich erübrigen. Ebenso mögen hohe Unterbringungsquoten Ausdruck erheblicher Defizite im ambulanten Versorgungsbereich sein, wenn dieser nämlich aufgrund qualitativer und quantitativer Ausstattungsmängel seine Aufgaben, sobald sie schwierig werden, per Unterbringungsverfahren an die Klinik zu delegieren pflegt. Unterbringungsquoten können dokumentieren, welche Priorität in der örtlichen Klinik die rechtliche Absicherung der eigenen Praxis genießt. Sie können aber auch ein Beleg dafür sein, für wie attraktiv oder auch abschreckend die von der Klinik gebotenen Behandlungsmodalitäten von den Betroffenen angesehen werden.

Dies alles sind nur Beispiele für Erklärungen, die zu weiteren Überlegungen, fachpolitischen Diskussionen und kommunalpolitischen Maßnahmen im örtlichen Bereich anregen sollen. Unsere Daten lassen vermuten, dass die maßgebenden Hintergründe, ausschlaggebenden Verfahrensrouinen und praktizierten Einstellungen im Hinblick auf die Unterbringung psychisch kranker Personen in jeder kommunalen Gebietskörperschaft anders geartet sind. Dabei dürfte eine eindimensionale, linear-mechanistische Deutung der örtlichen Daten angesichts der Interdependenzen in einem so komplexen sozialen System, wie es für die Unterbringungspraxis relevant ist, stets verfehlt sein.

Zur Aufgabe einer jeden Kommune gehört die Daseinsvorsorge für ihre Bürger – besonders auch in gesundheitlichen Fragen. Unterbringungen sind – dies ist

inzwischen hinreichend belegt - für die Betroffenen traumatisierende Vorgänge. Die vorliegenden Daten sollen das Interesse für die vielerorts alltäglich ablaufende Unterbringungspraxis wecken und deren Veränderbarkeit zum Thema im kommunalen Rahmen werden lassen. Daraus mögen sich örtliche Initiativen ergeben – von Ratsmitgliedern, Betroffenen, Angehörigen, Psychiatriekoordinatoren oder Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften.

Wenn am Beispiel einiger Städte gezeigt werden kann, wie sehr sich Unterbringungszahlen im langfristigen Verlauf nach oben wie auch nach unten verändern können, ergibt sich daraus die Frage, wieweit die örtliche Praxis durch die örtliche Sozial- und Gesundheitspolitik zu beeinflussen ist. Zumindest in einem Fall ließ sich ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen der städtischen Gesundheitspolitik und der Verminderung von Unterbringungen zeigen. Verzichten jedoch die psychiatriepolitischen Akteure im örtlichen Bereich auf eine Einflussnahme und bewusste Steuerung, entwickelt diese Praxis eine eigene Dynamik, eine Dynamik, die in der „psychosozialen Subkultur des Rechts“ (Klie) nicht immer den Grundsätzen unseres Rechtsstaates gerecht wird. Bereits daraus ergibt sich, dass Daten zur örtlichen Unterbringungspraxis auch in Zukunft erhoben und zu einem Bestandteil einer regelmäßigen kommunalen Gesundheitsberichterstattung werden müssen.

Die vorliegenden Daten lassen die Erörterung einer Reihe Thesen angeraten erscheinen. Sie sollen - hier argumentativ sehr verkürzt dargestellt - zu weiteren Diskussionen anregen.

### **1. Das Unterbringungsverfahren als ein Instrument der Justiz ist für sich allein kein hinreichend wirksames Mittel zur Steuerung der Unterbringungspraxis.**

Um Zwangsanwendung gegenüber psychisch beeinträchtigte Personen auf das vom Grundgesetz gebotene Maß der Erforderlichkeit zu begrenzen, bedarf es weiterer Instrumente der Kontrolle von Zwangseinweisungen und zwangsweisen Zurückhaltungen. In Unterbringungsverfahren erfahrene Vormundschaftsrichter haben ihren begrenzten Einfluss in den letzten Jahren dargestellt (so Dodegge 1998). Notwendig sind auf praktische Problemlösung ausgerichtete Ansätze, die Alternativen zur Unterbringung eröffnen. Als ein Beispiel kann hier das vom österreichischen Gesetzgeber entwickelte Institut der Patienten-anwaltschaft genannt werden. Ein anderer Ansatz ist, die Häufigkeit und die Umstände der Anwendung von Zwang in psychiatrischen Einrichtungen als Kriterien des Qualitätsmanagements zu behandeln (Pörksen 1998). In diesen Zusammenhang gehören u. a. die Bemühungen von Kliniken um Behandlungsvereinbarungen mit Patienten, die auch künftig mit einer vorübergehenden klinischen Behandlungsbedürftigkeit rechnen müssen.

**2. Da Unterbringungen nach PsychKG fast ausschließlich in Gestalt der eigentlich für Ausnahmefälle gedachten sofortigen Unterbringung nach § 17 erfolgen, sind die Entwicklung eigener Verfahrensstandards und eine fachliche Qualifizierung der unmittelbar beteiligten Personen unbedingt notwendig.**

Während das *gerichtliche* Verfahren weitgehend geregelt ist, existieren für das die Praxis in wesentlich stärkeren Maße bestimmende Verwaltungsverfahren kaum mehr als die allgemeinen Verfahrensnormen, wie sie auch für die Anwendung etwa einer Baumsatzung gelten. Der aus den Daten deutlich gewordene hohe Anteil der Unterbringungen durch ordnungsbehördliche Bereitschaftsdienste gibt zu der Annahme Anlass, dass die Entscheidung über eine Unterbringung und deren Vollzug in weitem Umfang in der Verantwortung von Verwaltungsfachkräften und Notfallärzten liegen, die in ihrer Ausbildung überhaupt nicht auf die praktische Bewältigung einer solchen Aufgabe vorbereitet sind.

Die ordnungsbehördliche Zuständigkeit für den Vollzug und die Vollstreckung von Unterbringungen stammt aus einer Zeit, in der „Geisteskranke“ als Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung galten, weshalb auch die kleinste Gemeinde die Aufgaben der Unterbringung als Angelegenheit der öffentlichen Ordnung selbst wahrzunehmen hat – mag ein solches Ereignis in kleinen Kommunen auch nur alle paar Jahre vorkommen und dann zufällig eine Verwaltungskraft treffen, die auf diesem Gebiet überhaupt keine praktischen Erfahrungen hat. In Zeiten, in denen selbst Gemeindekassen zweckverbandlich zusammengefasst werden, sollte die Notwendigkeit der bisherigen Praxis der PsychKG-Unterbringung durch jede der 396 Ordnungsbehörden des Landes überdacht werden.

Darüber hinaus ist nicht einzusehen, dass zwar der Unterbringungsvollzug im Krankenhaus selbstverständlich die Aufgabe von Fachkräften mit medizinischen und psychosozialen Qualifikationen ist, wohingegen für die fachlich nicht weniger anspruchsvolle, Sensibilität und Erfahrung erfordernde Betreuung und Begleitung der von einer Unterbringung Betroffenen bis zur Krankenhauspforte nicht einmal die Ausbildung zum Rettungssanitäter als erforderlich gilt.

**3. Das Psychisch-Kranken-Gesetz muss noch konsequenter von seinem polizeirechtlichen Charakter befreit werden.**

Das PsychKG ist ein unabdingbar notwendiges *Element der psychiatrischen Versorgung*. Es dient der psychiatrischen Hilfe und Behandlung in besonders schweren Krisensituationen und bei verwirrten Personen, die keine Einwilligung geben können. Die Kommentatoren des Unterbringungsrechts Saage-Göppinger (vgl. Marschner 1998) betonen, dass das PsychKG heute in diesem

Sinne als *Gesundheitsstrukturrecht* verstanden werden muss. Dennoch werden Anordnung, Vollzug und Vollstreckung einer Unterbringung in den meisten Bundesländern weiterhin als ordnungsbehördliche Aufgabe behandelt. So sollen die Ordnungsbehörden zur Entlassung einer untergebrachten Person Stellung nehmen. Immer noch bestehen manche Gerichte darauf, dass jeder Patient, dessen Unterbringung sie angeordnet haben, tatsächlich eingesperrt wird – mag dies auch in der Sache dank des fachlichen Geschicks der Klinikmitarbeiter überhaupt nicht erforderlich sein. Und nach wie vor werden nach PsychKG untergebrachte psychiatrische Patienten - Straftätern gleich - im Strafrecht (§ 120 StGB) als „Gefangene“ angesehen.

#### **4. Im ambulanten Bereich fehlen kompetente Krisenhilfen.**

Dass nach unseren Daten ärztliche Unterbringungszeugnisse überwiegend von Krankenhausärzten ausgestellt werden, erscheint vor allem als ein Zeichen für die Defizite im ambulanten Bereich. Niedergelassene Nervenärzte spielen bei der Anwendung des Unterbringungsrechts eine geradezu marginale Rolle, obwohl sie als Kassenvertragsärzte nach den Normen des Sozialgesetzbuches V für die Sicherstellung der ambulanten psychiatrischen Versorgung zuständig sind und auf dieses Behandlungsmonopol in anderen Zusammenhängen auch großen Wert legen. Sozialpsychiatrischen Dienste scheinen für die Bewältigung von Krisensituationen – dem Wortlaut des PsychKG zur kommunalen Hilfe bei psychischen Störungen entgegen - ebenfalls von untergeordneter Bedeutung zu sein.

Zu dem verbreiteten Phänomen, dass ambulante Krisensituationen als Aufgabe der Polizei behandelt werden, fragte Keibel kürzlich: „Warum fällt es der Psychiatrie so schwer, zuerst am Ort des Geschehens zu sein? ...zuerst die Polizei? Warum nicht zumindest gleichzeitig auch der Psychiater bzw. die Psychiaterin? Könnten dadurch nicht Krisensituationen fachgerechter beurteilt und eventuell erforderliche Zwangsmaßnahmen in einem geringeren Ausmaß erforderlich werden? Schützt sich da nicht die Psychiatrie vor ihrer eigenen Klientel?“ (Keibel 1998). Die Bewältigung schwerer psychosozialer Krisen wird hierfür nicht ausgebildeten Polizisten und Polizistinnen und den für technische Hilfen ausgebildeten Feuerwehrleuten überlassen. Neben Ausstattungsdefiziten der ambulanten Dienste – für die das Sozialgesetzbuch V nicht zuständig sein soll - dürften insbesondere Ausbildungsdefizite hinsichtlich der Arbeit in Krisensituationen unter ambulanten Gegebenheiten diese Abstinenz der beteiligten Fachberufe erklären.

#### **5. Offensichtlich muss zumindest ein Teil der psychiatrischen Kliniken auf ihre Klientel hinsichtlich der Qualität der eigenen Arbeit überzeugender werden.**

Ein weiterer Grund für den hohen Anteil der von Krankenhausärzten veranlassten Unterbringungen hängt mutmaßlich mit der Häufigkeit „zwangsweiser

Zurückhaltungen“ zusammen. Das lässt der hohe Anteil Unterbringungen gebietsfremder Personen in Kliniken vermuten, die für ein Versorgungsgebiet außerhalb ihrer Kommune zuständig sind. Für „zwangsweise Zurückhaltungen“ gibt es viele und auch unabdingbare Gründe; dennoch können sie – Bosch (1972) hat das empirisch belegt – auch eine Folge unzureichender Orientierung des Klinikbetriebes an den Bedürfnissen der Patienten sein (siehe auch Pörksen 1998).

**6. „Gemeindepsychiatrie“ bedeutet auch, dass die Gemeinden sich mitverantwortlich fühlen für die Anwendungspraxis des Unterbringungsrechts gegenüber den Bürgern ihrer Gemeinde.**

Die vorliegenden Daten legen die Annahme nahe, dass die Unterbringungspraxis von einer Vielzahl spezifischer örtlicher Gegebenheiten abhängt, die zu einem erheblichen Teil auch nur örtlich zu beeinflussen sind. Das gilt für die kommunale Praxis der Gestaltung des örtlichen Betreuungswesens und der verfügbaren psychosozialen und medizinischen Hilfen bei Krisenfällen ebenso wie auch für die mögliche Einflussnahme auf die Einstellung der für das örtliche Unterbringungsgeschehen relevanten Akteure. Ein erster Schritt zur Verbesserung wäre eine regelmäßige Berichterstattung über die örtliche Unterbringungspraxis wie vielleicht überhaupt zur örtlichen Situation des Betreuungswesens.

Es sollte daher erwogen werden, einheitliche Erhebungsbögen zur PsychKG- und BtR-Unterbringungspraxis den beteiligten Behörden als *Standard für die Gesundheitsberichterstattung* zu empfehlen.