

Freiheits- und Schutzrechte der UN-Behindertenrechts- konvention und Zwangsmaß- nahmen in der Psychiatrie

**Diakonie für Menschen
mit psychischen Erkran-
kungen / seelischen
Behinderungen**

**Für Dienste und
Einrichtungen im
psychiatrischen
Hilfesystem und
Betreuungsvereine**

März 2013

Inhalt

3 Zusammenfassung

5 1. Ausgangssituation

8 2. Menschenbild, Gesundheits- und Krankheitsbegriff aus christlicher Sicht und Menschenrechtsansatz der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK)

11 3. Aktuelle Rechtsfragen und Rechtspraxis

11 3.1 Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen als ultima ratio

14 3.2 Rechtswirklichkeit und Rechtspraxis: Zur notwendigen Qualifizierung der Beteiligten am Unterbringungsverfahren

18 3.3 Offener und transparenter Umgang mit Zwangsmaßnahmen – Qualitätsanforderungen an das Vorgehen bei Unterbringungen

20 4. Wie lässt sich Zwang vermeiden oder reduzieren und wie geht die Psychiatrie mit Zwang um?

20 4.1 Haltungen, Methoden und Verfügungsformen zur Stärkung der Selbstbestimmung

21 Ganzheitliche Behandlungsstrategien

22 Einbeziehen von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen

23 Methoden der Deeskalation und Krisenpläne

23 Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Behandlungsvereinbarungen

25 Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Sozialpsychiatrie

26 4.2 Weiterentwicklung der Versorgungs- und Behandlungsstrukturen

27 Versorgungsverpflichtung im Verbund/gemeinsame Verantwortung für personenorientierte Hilfen

27 Flächendeckende ambulante und aufsuchende Hilfen auch in Krisensituationen/Krisendienste

28 Weiterentwicklung der Krankenhausbehandlung und Home-Treatment

30 Psychiatrisch-psychotherapeutische Angebote und Teams in nichtpsychiatrischen Arbeitsfeldern

32 Geschlossene Unterbringung in Wohnheimen als letztes Mittel

34 4.3 Handlungsempfehlungen für diakonische Dienste und Einrichtungen

36 5. Politische Forderungen und gesetzgeberischer Änderungsbedarf aus Sicht der Diakonie

37 5.1 Notwendige Weiterentwicklung des Gesundheitssystems und der psychosozialen Hilfesysteme, um Zwang zu vermeiden

39 5.2 Gesetzliche Änderungen im Betreuungsrecht und in den Landespsychiatriegesetzen

40 5.3 Notwendige Weiterentwicklungen in Justiz und im Betreuungssystem

42 Projektgruppenmitglieder

43 Impressum

Zusammenfassung

Obwohl die Zahl der Menschen mit psychischen Erkrankungen oder seelischer Behinderung, die untergebracht oder zwangsweise mit Medikamenten behandelt werden, seit Jahren steigt, nimmt die Gesellschaft von diesen – für die Betroffenen häufig traumatischen – Vorgängen kaum Notiz.

Die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), die in Deutschland 2009 in Kraft getreten ist, bietet die besondere Chance, ein neues Bewusstsein im Umgang mit Zwang in der Psychiatrie zu entwickeln. Die UN-BRK umfasst nach mehrheitlicher Auffassung – auch der Psychiatrieerfahrenen – neben den in Deutschland anerkannten Behinderungen auch chronische Erkrankungen oder Behinderungen, die bei älteren Menschen beziehungsweise bei Menschen mit psychosozialen Problemen auftreten.¹

Die Diakonie Deutschland hat dies zum Anlass genommen, die Umsetzung der grundrechtlich geschützten Freiheits- und Schutzrechte im psychiatrischen Hilfesystem kritisch in den Blick zu nehmen. Im Rahmen einer Projektgruppe wurde der Frage nachgegangen, inwieweit einzelne Artikel der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) Impulse setzen können für eine menschenrechtsbasierte Weiterentwicklung der psychosozialen Unterstützungssysteme.

Es gibt in Deutschland zu viele vermeidbare und unzulässige Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie. Gleichzeitig besteht das Risiko, dass im Namen der Selbstbestimmung Menschen, die aufgrund ihrer Erkrankung oder anderer Gründe nicht aktiv nach Hilfe suchen oder diese ablehnen, in großer seelischer Not und schwierigen Lebenslagen sich selbst überlassen werden.

Dieses Spannungsfeld wahrzunehmen und auszuhalten, bei der Suche nach guten Lösungen Unsicherheiten zuzulassen,

dazu lädt diese Handreichung ein. Sie richtet sich in erster Linie an die gemeindepsychiatrischen Dienste und Einrichtungen, an die psychiatrischen Kliniken und Fachabteilungen sowie die Betreuungsvereine in diakonischer Trägerschaft. Aber auch die Politik und öffentlichen Stellen, die mit Zwangsbehandlungen und Unterbringungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu tun haben, sind Adressaten. Alle sind aufgefordert, sich offen mit der Zwangsthematik auseinanderzusetzen und wo immer dies möglich ist, gemeinsam Alternativen zu entwickeln auf dem Weg zu einer weitestgehend zwangsfreien Psychiatrie.

Ausgangspunkt der Handreichung sind das christliche Menschenbild und das daraus folgende umfassende Verständnis von Gesundheit und Krankheit sowie der Menschenrechtsansatz der UN-Behindertenrechtskonvention.

Aus juristischer Perspektive wird dargestellt, inwiefern die Unantastbarkeit der Menschenwürde und das daraus abgeleitete Selbstbestimmungsrecht, die auch in den Freiheits- und Schutzrechten der UN-Behindertenrechtskonvention zum Ausdruck kommen, die Frage nach der Zulässigkeit von Zwangsmaßnahmen aufwirft. Zwangsbehandlungen gegen den Willen der Betroffenen können – wenn überhaupt – nur als letztes Mittel und unter sehr engen konkret definierten Voraussetzungen angewandt werden und nur wenn dadurch ein anderes Grundrecht geschützt wird. Dabei sind die Angemessenheit, Erforderlichkeit und Verhältnismäßigkeit von Zwangsmaßnahmen zu beachten.

Erfahrungen aus dem In- und Ausland zeigen, dass nur bei einer sehr kleinen Anzahl von Menschen Zwangsbehandlungen in Betracht kommen, wenn zuvor ernsthaft alle zur Verfügung stehenden Alternativen ausgeschöpft worden sind. Dies allerdings braucht Zeit und Raum.

¹ Vergleiche dazu auch das Deutsche Institut für Menschenrechte, Monitoring-Stelle zur UN-BRK

Auf dem Weg zu einer möglichst gewaltfreien Psychiatrie sind die Dienste und Einrichtungen hinsichtlich ihrer fachlichen Ausrichtung gefragt und herausgefordert. Ganzheitliche Behandlungsstrategien, konzeptionelle Veränderungen und fachliche Qualifizierung der Mitarbeitenden sind notwendig, um allen Menschen mit psychischen Erkrankungen gerecht zu werden und um ein personenzentriertes Angebot in der Versorgungsregion bereitzuhalten oder zu entwickeln. Im dritten Kapitel werden hierzu zahlreiche Vorschläge zusammengetragen.

Von entscheidender Bedeutung für eine die Freiheit und den Schutz der Person wahrende psychiatrische Versorgung sind darüber hinaus ausreichende und auskömmlich finanzierte Rahmenbedingungen in den psychosozialen Hilfesystemen, in der Justiz und dem Betreuungswesen.

Die sich daraus ergebenden politischen Forderungen aus Sicht der Diakonie bilden den Abschluss der Handreichung.

Im gesamten Text verteilt finden sich Beispiele, die aus dem Arbeitsalltag der Projektteilnehmerinnen und -teilnehmer als rechtliche Betreuer, Mitglieder einer psychiatrischen Besuchs-kommission und Mitarbeitende in psychiatrischen Arbeitsfeldern stammen. Die Beispiele zeigen die gegenwärtige Praxis von Zwangsmaßnahmen gegenüber Menschen mit psychischer Erkrankung auf. Das Spektrum reicht von der missbräuchlichen Anwendung bis zum Eröffnen neuer Möglichkeiten aufgrund von Zwangsmaßnahmen.

Aus Sicht der Diakonie sind alle Akteure aufgefordert, die Hilfen auf der Grundlage von Freiwilligkeit, Selbstbestimmung und Partizipation inhaltlich weiter zu entwickeln und bestehende (ambulante) Versorgungslücken zu schließen. Um dies zu erreichen, sind konkrete Gesetzesänderungen im Betreuungsrecht und in den Psychisch-Kranken- oder Unterbringungsgesetzen der Bundesländer, aber auch strukturelle und inhaltliche Weiterentwicklungen im Gesundheitssystem und den psychosozialen Hilfesystemen erforderlich.

1. Ausgangssituation

In der Handreichung Diakonie Text 02.2013 stehen die Menschen im Mittelpunkt, die in der Psychiatrie Zwang und Gewalt erfahren und nicht die Mehrheit derjenigen, die die Hilfen freiwillig und mit Zustimmung in Anspruch nehmen.

Die Diakonie Deutschland setzt sich damit bewusst für eine Personengruppe ein, die in besonderer Weise auf Schutz, Unterstützung und Solidarität angewiesen ist und gleichzeitig ein besonders hohes Risiko trägt, in ihren Persönlichkeits- und Freiheitsrechten verletzt zu werden.

Als Akteurin in der psychiatrischen Versorgung ist die Diakonie davon überzeugt, dass sich die menschliche und demokratische Qualität unserer Gesellschaft, aber auch die Qualität des psychiatrischen Versorgungssystems am Umgang mit den „schwachen“ Gruppen bemisst.

Die Zahl der Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung, die gegen ihren Willen in eine psychiatrische Klinik eingewiesen werden, steigt seit den 90er Jahren insgesamt deutlich an. In Deutschland wurden 2011 über 135.000 Menschen nach den Psychisch-Kranken- beziehungsweise Unterbringungsgesetzen der Länder² und dem Betreuungsrecht zwangsweise untergebracht.³

Bei circa 20 Prozent der Menschen, die in Pflegeheimen ohne Unterbringungsbeschluss leben, wird die Freiheitsentziehung durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder in anderer Weise über einen längeren Zeitraum hinweg oder regelmäßig vorgenommen.⁴

Die Literatur ist allerdings bei der Angabe von Unterbringungszahlen keineswegs einheitlich und so lassen sich auch andere

Zahlen finden. Gleichwohl ist unstrittig, dass eine beträchtliche Zahl von Menschen einen solchen schwerwiegenden Eingriff in ihre Freiheit und körperliche Unversehrtheit hinnehmen muss.

Eine genauere Analyse von Erfahrungsberichten Betroffener zeigt, dass neben den Rechtsgrundlagen insbesondere die Rechtspraxis überprüft werden muss. Nicht selten werden auch eher restriktive Gesetze so ausgelegt, dass in der Rechtspraxis bereits das Vorliegen einer psychischen Erkrankung als ausreichender Grund für die Freiheitsentziehung angesehen wird. Kritisch zu beurteilen ist auch die Tatsache, dass mit dem Betreuungsrecht und den Psychisch-Kranken-Gesetzen unterschiedliche Rechtsgrundlagen mit unterschiedlichen Schwellen für die Zwangsunterbringung nebeneinander angewandt werden.

Der Eingriff in die Freiheit und Unversehrtheit der Person ist nach dem Grundgesetz nur zulässig, wenn in einem Gesetz die Voraussetzungen für diesen Rechtseingriff geregelt sind. Als mögliche rechtseinschränkende Gesetze kommen das Strafgesetzbuch, Maßregelvollzugsgesetze, die Psychisch-Kranken- beziehungsweise Unterbringungsgesetze (PsychKG) der Bundesländer sowie die Freiheitsentziehung aufgrund des im Bürgerlichen Gesetzbuch normierten Betreuungsrechts⁵ in Frage. Die vorliegende Handreichung konzentriert sich auf die öffentlich-rechtliche beziehungsweise zivilrechtliche Freiheitsentziehung, deren Voraussetzungen sowohl in den Psychisch-Kranken- oder den Unterbringungsgesetzen der Länder als auch im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) niedergelegt sind; die Freiheitsentziehung nach dem Strafgesetzbuch ist nicht Gegenstand der Handreichung.

2 Die Hilfen und Schutzmaßnahmen und damit auch die Unterbringung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sind in den Psychisch-Kranken-Gesetzen der Bundesländer niedergelegt; einige wenige Bundesländer haben nur Unterbringungsgesetze

3 Vergleiche Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE zu Zwangsbehandlungen in Deutschland. Drucksache 17/10712

4 Vergleiche 3. Qualitätsbericht des MDS, 2012.

5 Vergleiche § 1906 Abs. 1 BGB

Der Ansatz der UN-Behindertenrechtskonvention

Der menschenrechtliche Ansatz der UN-Behindertenrechtskonvention hat das bis dahin in der Fach-öffentlichkeit und der Gesellschaft kaum wahrgenommene Thema der Zwangsmaßnahmen gegen Menschen mit psychischen Erkrankungen mehr in den Blickpunkt gerückt.

Durch die beiden Urteile des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2011 und die Beschlüsse des Bundesgerichtshofs zur Zwangsbehandlung vom 20.06.2012 hat die Debatte um die Grundrechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen zusätzlich an Relevanz gewonnen.

Das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) trat mit Wirkung vom 26.03.2009 in Deutschland in Kraft, nachdem der deutsche Ratifikationsprozess mit Beschlüssen der Bundesregierung, des Bundestags und des Bundesrates im Dezember 2008 abgeschlossen wurde. Damit hat sich Deutschland zu einer verlässlichen Umsetzung der Konventionsrechte verpflichtet. In den Artikeln 14 und 17 ist folgendes niedergelegt:

Artikel 14 Freiheit und Sicherheit der Person

- (1) Die Vertragsstaaten gewährleisten,
 - a) dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen das Recht auf persönliche Freiheit und Sicherheit genießen;
 - b) dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen die Freiheit nicht rechtswidrig oder willkürlich entzogen wird, dass jede Freiheitsentziehung im Einklang mit dem Gesetz erfolgt und dass das Vorliegen einer Behinderung in keinem Fall eine Freiheitsentziehung rechtfertigt.
- (2) Die Vertragsstaaten gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen, denen aufgrund eines Verfahrens ihre Freiheit entzogen wird, gleichberechtigten Anspruch auf die in den internationalen Menschenrechtsnormen vorgesehenen Garantien haben und im Einklang mit den Zielen und Grundsätzen dieses Übereinkommens behandelt werden, einschließlich durch die Bereitstellung angemessener Vorkehrungen.

Artikel 17 Schutz der Unversehrtheit der Person

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

Die Artikel 14 und 17 fordern alle Beteiligten auf, noch einmal neu über Selbstbestimmung, Freiheit und Autonomie versus Unterstützung, Schutz und Fürsorge nachzudenken.

Die Wahrung der Freiheitsrechte von erkrankten und/oder behinderten Personen und die Fürsorgepflicht der Gesellschaft für Leben und Gesundheit ihrer Bürgerinnen und Bürger und der Erhalt der gesellschaftlichen Ordnung sind im psychiatrischen Alltag in jedem Einzelfall neu zu gewichten und abzuwägen. Grundrechtskollisionen sind offenzulegen und die Psychiatrie muss sich immer wieder und immer wieder neu mit den Konsequenzen der ihr übertragenen Fürsorge- und Ordnungsfunktion und der Gefahr des Machtmissbrauchs auseinandersetzen. Klare, rechtlich normierte Bedingungen, unter denen Zwangsmaßnahmen immer nur als letztes Mittel, als ultima ratio, angewandt werden dürfen, sind dabei unerlässlich und können das Vertrauen in das psychiatrische Hilfesystem stärken. Dies gilt sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch für die Mitarbeitenden.

Die Anwendung von Zwang als letztes Mittel

Zwangsmaßnahmen sind immer äußerst belastend und führen häufig zu (Re-)Traumatisierungen. Gegen den eigenen Willen untergebracht oder behandelt zu werden, kann zum Verlust des Vertrauens zu nahestehenden Menschen führen. Es kann auch dazu führen, dass in späteren Krisen- oder Krankheitsphasen Hilfen nicht oder erst sehr spät in Anspruch genommen werden, was wiederum zu erneuten Zwangsmaßnahmen führen kann.⁶

Allerdings befürworten einige Psychiatrie-Erfahrene rückblickend, auch gegen ihren Willen behandelt worden zu sein. Sie berichten, dass sie sich in einer Verfassung befunden haben, die es ihnen nicht mehr ermöglichte, selbstverantwortlich zu handeln und für sich selbst Sorge zu tragen. Auch Angehörige und professionell Tätige kennen Situationen, in denen das Unterlassen von therapeutischen Hilfen für die Betroffenen lebensgefährlich werden oder aber zu schweren, irreversiblen, gesundheitlichen Schäden führen kann.

In diesen Situationen sind aus Sicht der Diakonie Deutschland Zwangsmaßnahmen als letztes Mittel, als ultima ratio, legitim und manchmal notwendig. Die Maßnahme muss jedoch verhältnismäßig, erforderlich und angemessen sein und die Rechte der Betroffenen sind durch Verfahrensrege-

⁶ Vergleiche die Ausführungen in der Stellungnahme der Verbände des Kontaktgesprächs Psychiatrie zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung

lungen zu stärken (siehe auch Kapitel 2). Dabei sind die negativen Folgen von Zwang auf den psychischen Zustand zu berücksichtigen.

Bevor jedoch zu diesem wirklich letzten Mittel gegriffen wird, müssen alle Möglichkeiten ausgeschöpft sein, um eine Zwangsbehandlung zu verhindern. In jeder Situation muss das Bemühen oberste Priorität haben, eine auf Vertrauen gegründete Zustimmung in das weitere Vorgehen zu erreichen. Handlungsleitend für das professionelle Tun müssen die Prinzipien der Freiwilligkeit, der (assistierten) Selbstbestimmung und der partizipativen Entscheidungsfindung sein. Auf diesen Grundsätzen ist das psychiatrische Unterstützungssystem weiter zu entwickeln.⁷

Dies braucht Zeit, Geduld, intensive persönliche Zuwendung, Begegnung auf „Augenhöhe“, respektvolle Haltungen gegenüber individuellen Lebensentscheidungen und -entwürfen, entsprechend qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie weitere, förderliche Rahmenbedingungen (siehe Kapitel 3 und 4).

Da Zwangsmaßnahmen in akuten Krisensituationen teilweise darauf zurückzuführen sind, dass die betroffenen Menschen im Vorfeld einer solchen extremen Krise nicht die erforderlichen sozialen und gesundheitlichen Unterstützungsleistungen erhalten haben, setzt sich die Diakonie im Zusammenhang mit dieser Handreichung dafür ein, die Versorgung psychisch kranker Menschen zu verbessern (vergleiche Kapitel 4). So führen nicht nur nach Ansicht der Diakonie immer mehr Wettbewerbselemente im Gesundheits- und Sozialbereich und eine rein ökonomische Betrachtung des Sozialen mehr und mehr dazu, dass Menschen mit chronischen und schweren Erkrankungen nicht die für sie angemessene Hilfe erhalten und weiter ausgegrenzt werden. Und dies wiederum kann, wie oben bereits erwähnt, zu mehr Zwangsmaßnahmen führen. Frühe und aufsuchende Hilfen, personenzentrierte Hilfen möglichst in der Lebenswelt der Patientinnen und Patienten sowie verlässliche und kontinuierliche Beziehungen hingegen ermöglichen ein Mehr an Selbstbestimmung.

7 Vergleiche hierzu die Stellungnahme der Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention anlässlich der Anhörung am 10.12.2012

Sowohl die Betroffenen als auch die Mitarbeitenden in den Diensten und Einrichtungen brauchen verlässliche Rahmen- und Arbeitsbedingungen, die es allen Beteiligten ermöglichen, Hilfe, Unterstützung und Sorge so zu gestalten, dass sie Handlungs- und Freiheitsspielräume der Patientinnen und Patienten/Klientinnen und Klienten erweitern.

Die „Biologisierung“ in der Forschung und ein damit einhergehendes reduktionistisches Menschenbild und Krankheitsverständnis erschweren die Umsetzung umfassender und mehrdimensionaler Behandlungskonzepte, die die Selbstbestimmung und -befähigung psychisch kranker Menschen ebenfalls stützen und stärken können.

In der Handreichung werden Hinweise gegeben, wie die in der Psychiatrie und im Betreuungswesen Tätigen Zwang vermeiden beziehungsweise reduzieren können und wie eine Qualifizierung der an Zwangsmaßnahmen beteiligten Fachkräfte erreicht werden kann. Von zentraler Bedeutung sind dabei die Haltungen der unterschiedlichen Berufsgruppen und eine Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Stereotypen und Vorurteilen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Tradierte paternalistische Denkmuster insbesondere im Verhältnis zwischen Patient und Arzt sind zu überwinden und eingespielte Entscheidungsroutrinen über die Köpfe der Betroffenen hinweg zu hinterfragen. Es geht aber auch um die Auseinandersetzung mit Fragen wie: Wie viel „Verrücktheit“ lässt unsere Gesellschaft zu und wie weit darf ich mich und andere gefährden? Wie viel Verantwortung gebe ich ab, wie viel Verantwortung nehme ich an oder auf mich und wie viel Unsicherheiten und Ängste kann ich zulassen?⁸

Die Forderung nach der Gleichstellung von psychisch Kranken mit körperlich Erkrankten heißt in diesem Kontext, dass die Freiheit zur Krankheit und das Recht, Behandlungen abzulehnen auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen gilt. Gleichzeitig haben Menschen aber auch ein Recht auf Behandlung und zwar auf eine Behandlung, die Ihnen die Krankheit und ein Leben mit der Krankheit ermöglicht.⁹

8 Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die Aussagen, die über das psychiatrische Versorgungssystem und Menschen mit psychischen Erkrankungen gemacht werden, auch auf andere Arbeitsfelder übertragbar sind. Die in der UN-BRK beschriebenen Menschenrechte gelten für alle Menschen und sind unteilbar. Die Wahrung der Freiheits- und Schutzrechte ist ebenso für alte Menschen oder Menschen mit Lernbehinderung beziehungsweise mit Mehrfachbehinderung zu gewährleisten.

9 Vergleiche Vortrag von Thomas Bock im Rahmen der Jahrestagung der Aktion Psychisch Kranke (APK) am 6. und 7. November 2012

2. Menschenbild, Gesundheits- und Krankheitsbegriff aus christlicher Sicht und Menschenrechtsansatz der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK)

Wo Gottes Geist ist, da ist Freiheit

In der Bibel, der Grundlage jüdisch-christlichen Glaubens, sind zahlreiche Geschichten zu finden, in denen dagegen protestiert wird, dass kranke oder leidende Menschen stigmatisiert und ausgegrenzt werden oder unfrei bleiben. Eine der wichtigsten und heilsamen Kernaussagen der Bibel lautet: Alles Leben verdankt sich Gott, der jedem Menschen die Würde verliehen hat, sein Ebenbild zu sein. Gott stellt sich selbst vor als der „Ich bin der ICH BIN DA“ (Exodus 3,14). Immer wieder haben Menschen dieses zuverlässige „Da-sein-Gottes“ als befreiend, lebensschaffend und Grenzen überwindend erlebt. Im Namen dieses Gottes kündigten Propheten eine bessere Welt an und träumten von der Vollendung der Schöpfung ohne Angst, Not und Schmerzen (Jesaja 35, 4–6 et. al.). Gott ist die Liebe – das ist das wichtigste, was wir durch seinen Sohn Jesus Christus von Gott wissen. (1. Johannes 4,16). In dieser grenzen- und bedingungslosen Liebe Gottes ist der Mensch angenommen und geborgen, ohne dass seine Leistungen ins Gewicht fallen, trotz allen Versagens und Scheiterns, selbst im Sterben und sogar über den Tod hinaus. Jesus von Nazareth, souverän und Partei-ergreifend auf der Seite der Bedrängten und Ohnmächtigen zu finden, verkündigt das „Reich Gottes“, eine Welt der Freiheit, des Lebens und der Liebe nach den Maßstäben Gottes. Die Bilder und Gleichnisse von diesem anbrechenden Reich Gottes kündigen einen großen Frieden der Menschen und der Natur im Angesicht Gottes an und eine Mahlgemeinschaft der Liebe. Sie sprechen vom Vater im Himmel, vom Reich der Freiheit, der Versöhnung und Gerechtigkeit, von den abgewischten Tränen und vom Lachen der Kinder Gottes.

Über das Reich Gottes hat Jesus nicht nur gesprochen, sondern er hat es auch in letzter Konsequenz gelebt. Alle vier Evangelien halten in Heilungsgeschichten die Erinnerung an die Worte und Taten von Jesus wach und bezeugen, wie sehr sein Wirken von Menschen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen bestimmt wurde: In ihnen leuchten Vertrauen, Begegnung, Anteilnahme, Kommunikation und berührende Nähe auf; sie berichten davon, wie Ausgrenzung und Isola-

tion durch das Handeln von Jesus überwunden wird. In der Sprache und Vorstellungsweise ihrer Zeit haben Menschen die Befreiungserfahrungen, die sie in der Nähe von Jesus erleben, mit dem Begriff ‚Dämonenaustreibung‘ auf den Punkt gebracht. Die Heilungen angeblich Besessener sind Inklusionsgeschichten, weil sie Menschen in die Gemeinschaft zurückholen. Und gleichzeitig sind sie Exklusionsgeschichten, wenn es darum geht, alles auszuschließen, was Menschen von außen an Gewalt erleiden müssen, was besetzt, unfrei macht und das Leben behindert. Die Heilungsgeschichten von Jesus plädieren für ein Leben, in dem keiner übersehen, überhört und übergangen wird. Wo und wann immer sich Menschen als kostbar und wertvoll, als unersetzbar und bedeutungsvoll erleben, wird Gottes grenzenlose und bedingungslose Liebe glaubhaft, erleben sie seinen Geist der Freiheit (2. Korinther 3,17).

Gesundheit und Krankheit als Widerfahrnis im Leben

Die Sorge um Gesundheit und Krankheit begleiten Menschen ein Leben lang. In den vergangenen Jahrzehnten haben sich das Verständnis von Gesundheit und Krankheit sowie die Qualität von Sorge und Angst tiefgreifend geändert. Gesundheit ist zunehmend zur Bedingung für gelingendes Leben geworden. Inzwischen wird sogar eine „Tyrannei gelingenden Lebens“ festgestellt (Schneider-Flume 2008). Wird der Gedanken des „perfekten Menschen“ zum Leitgedanken im Gesundheitsverständnis, ist in der Logik dieses Denkens Leben nicht selbstverständlich kostbar von Anfang an, in seinem Verlauf oder an seinem Ende. Wer den Maßstab „Perfektibilität“ anlegt, prüft nämlich erst, – ungeheurerlicher Weise! – ob ein Leben gelebt werden darf und ob es den Vorgaben gelingenden Lebens entspricht. Gesundheit als höchstes Gut wird dann zu einer utopischen, praktisch nie erreichbaren Bestimmung, wie sie sich zum Beispiel inhaltlich in der Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO niederschlägt: Gesundheit ist „der Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht

nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“. Der Kult um Gesundheit als höchstes Gut führt in Folge dessen nicht selten zur Verzweiflung über akute oder chronische Krankheit und in tiefe Depressionen. Gesundheit und Krankheit hingegen widerfahren im Leben. Nicht der Erhalt der Gesundheit oder der Kampf gegen Krankheit, sondern die gelebte Beziehung zu anderen, zu mir selbst, so wie ich eben bin und zu Gott macht die Kostbarkeit des Lebens aus. In der Bibel wird Gott gerade und vor allem auf der Seite der Belasteten, Leidtragenden, Erniedrigten wahrgenommen und eben nicht nur auf der Seite von Gesundheit und Gelingen: „Fürwahr, er trug unsre Krankheit und lud auf sich unsre Schmerzen. Wir aber hielten ihn für den, der geplagt und von Gott geschlagen und gemartert wäre. Aber er ist um unsrer Missetat willen verwundet und um unsrer Sünde willen zerschlagen. Die Strafe liegt auf ihm, auf dass wir Frieden hätten, und durch seine Wunden sind wir geheilt“ (Jesaja 53,4f).

Gesundheit als Kraft zum Leben

Inhaltlich und fachlich orientiert sich die Diakonie an einem umfassenden und nicht reduktionistischen Begriff von Gesundheit und Krankheit. Diakonisches Handeln stellt den Menschen mit seinen biografischen und sozialen Zusammenhängen in den Mittelpunkt und nimmt ihn mit seinen körperlichen, seelischen, sozialen und spirituellen Bedürfnissen in seiner Ganzheit wahr. Gesundheit wird eben nicht vorrangig als Abwesen-

heit von Krankheit und Gebrechen gesehen, sondern als Kraft, mit ihnen zu leben. Dabei verweisen sowohl Gesundheit als auch Krankheit auf unser Menschsein als Leben in Endlichkeit und werfen Fragen nach der Lebensbestimmung des Menschen auf. Eine derartige Sichtweise fördert sinnverstehende Zugänge gerade bei schweren psychischen Erkrankungen, wie beispielsweise Psychosen, und bedeutet, dass dem gängigen biopsychosozialen Erklärungsmodell psychischer Erkrankungen differenzierte und umfassende Behandlungskonzepte folgen müssen.

Der Menschenrechtsansatz der UN-Behindertenrechtskonvention

Unter dem Eindruck der entsetzlichen Ereignisse in den beiden Weltkriegen im vergangenen Jahrhundert – wo „die Nichtanerkennung und Verachtung der Menschenrechte zu Akten der Barbarei geführt haben“¹⁰ – war es den Völkern der Welt 1948 ein großes Anliegen, das Recht auf Freiheit gleich zu Beginn in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (AEMR) zu verankern. Artikel 1 lautet: „Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren“. Mit der Feststellung, dass „Jeder das Recht auf Leben, Freiheit und Sicherheit der Person hat, wird dem individuellen Recht auf Freiheit, die Schutzpflicht der Staaten an die Seite gestellt.“¹¹ Das Recht auf Freiheit und auf Unversehrtheit der Person hat in der Folge im Jahr 1949 auch Eingang in das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland gefunden.¹² Damit bekennt sich Deutschland zur Achtung und zum Schutz dieser hohen und unteilbaren Rechtsgüter. Der Eingriff in diese Rechte bedarf demnach der besonderen Rechtfertigung.¹³

Das im Jahr 2006 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen verabschiedete Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderung (UN-Behindertenrechtskonvention) konkretisiert die bereits in der AEMR niedergelegten Rechte auf Freiheit und Unversehrtheit der Person in Artikel 14 und 17 für Menschen mit Behinderungen oder psychischer Erkrankung. Deutschland hat sich mit der Ratifizierung der Konvention im Dezember 2008 auch dazu verpflichtet, „dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen

Zu unrecht festgehalten

Frau V., 75 Jahre, ist in der Psychiatrie nach PsychKG untergebracht. Der Stationsarzt berichtet, die Patientin habe eine mittelschwere Demenz bei gut erhaltener Fassade. Dies sei durch einen „Demenztest“ nachgewiesen worden. Er habe bereits ein Betreuungsgutachten geschrieben, da er die Patientin, die keine Angehörigen habe, nicht mehr allein nach Hause entlassen könne. Im Gespräch der Besuchskommission mit Frau V. wies diese zunächst auf ihre Schwerhörigkeit hin, ihr neues Hörgerät habe sie nicht abholen dürfen, weil sie hier festgehalten werde. Sie wolle nach Hause. Weiter berichtet sie übereinstimmend zur Aktenlage, sie sei bei Schnee und Eis gestürzt und dann zunächst in die Chirurgie gekommen. Von dort habe man sie in die Psychiatrie verlegt, nachdem gravierende Verletzungen ausgeschlossen waren. Jetzt werde sie hier festgehalten. Sie habe zwei Töchter, die in der Nähe wohnen.

aus: Margarete Osterfeld: Heilsamer Zwang? Patiententraumatisierung durch die Psychiatrie. In: PsychPfleger, 2012; 18: 21–23.

¹⁰ Vergleiche Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, Präambel, Resolution 217 A (III) der Generalversammlung vom 10. Dezember 1948 (<http://www.un.org/depts/german/grunddok/ar217a3.html>, aufgerufen am 30.01.2012)

¹¹ Vergleiche Art. 3 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte vom 10.12.1948

¹² Vergleiche Art. 2 GG

¹³ Vergleiche Art. 2 Abs. 1 und 2 GG

das Recht auf Freiheit und Sicherheit ihrer Person genießen“.¹⁴ Gleichzeitig darf Menschen mit Behinderung gleichberechtigt mit anderen die Freiheit nicht rechtswidrig oder willkürlich entzogen werden und jeder Freiheitsentzug muss im Einklang mit dem Gesetz erfolgen. Allein das Vorliegen einer Behinderung rechtfertigt in keinem Fall eine Freiheitsentziehung.¹⁵ In gleicher Weise will Deutschland mit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention dafür Sorge tragen, dass jeder Mensch mit Behinderung gleichberechtigt mit anderen das Recht auf Achtung seiner körperlichen und seelischen Unversehrtheit hat.¹⁶

Die UN-Behindertenrechtskonvention ist unter Mitarbeit von Menschen mit Behinderung entstanden, die von der seit den 70er Jahren entwickelten Linie der emanzipatorischen Behindertenpolitik geprägt sind. Dabei geht es um den Paradigmenwechsel vom Fürsorge-Ansatz hin zu einer Praxis der Selbstbestimmung und gesellschaftlichen Teilhabe behinderter Menschen, die auf assistierte Autonomie, Barrierefreiheit und gesellschaftliche Inklusion setzt.

Die UN-Behindertenrechtskonvention kodifiziert nicht nur gängige Auffassungen über die Menschenrechte behinderter Menschen, sondern enthält eine Reihe von innovativen Elementen inhaltlicher wie institutioneller Natur. Ausgehend vom Erfahrungshorizont von Menschen mit Behinderung, psychischen Erkrankungen oder Abhängigkeitserkrankungen werden in der UN-Behindertenrechtskonvention wichtige Ansatzpunkte dafür formuliert, wie Autonomie, Diskriminierungsfreiheit oder Partizipation präziser zu fassen und konkret umzusetzen sind. So stärkt die UN-BRK die universale Geltung der Menschenrechte, die bis vor kurzem nur aus der Sicht von nicht-behinderten Menschen reklamiert wurden.

Bis weit in die 70er Jahre des letzten Jahrhunderts wurde auch in der Fachwelt Behinderung verstanden als ein individuelles Defizit, das die Person darin hinderte, eine frei gewählte Berufstätigkeit aufzunehmen, eine Familie zu gründen oder nach eigenen Vorstellungen selbstbestimmt in einem Gemeinwesen zu leben. Entsprechend waren die sozialen Hilfen und die gesetzlichen Ansprüche vollständig auf die Korrektur der individuellen Gegebenheiten ausgerichtet, dies entweder durch medizinische oder auch durch geeignete soziale und pädagogische Maßnahmen. Eine solche Ausrichtung findet sich nach wie vor in den sozialrechtlichen Bestimmungen, die zentral für die Verwirklichung von Teilhabeansprüchen von Menschen mit Behinderung sind.

14 Vergleiche Art. 14 Abs. 1a des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen von 2006

15 Vergleiche Art. 14 Abs. 1a des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen von 2006

16 Vergleiche Art. 17 des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen von 2006

Die institutionellen Strukturen spiegelten diese Strategie und waren oft unter fachlichen Gesichtspunkten überregional zentralisiert, was für die betroffenen Menschen meist auch eine Lebenssituation fern der eigenen familiären und sozialen Beziehungen bedeutete. Die stationäre Unterbringung in Heimen, Internaten oder Langzeitkliniken war Standard. Die Psychiatrie-Enquete von 1975 führte zur Auflösung der zentralisierten großen Einheiten und zum Ausbau einer gemeindenahen Infrastruktur. Dieser Prozess ist bis heute noch nicht abgeschlossen.

Die Sicht von Behinderung als individuelles Problem hat ihre tiefgreifende gesellschaftliche Fundierung und das defizitorientierte Bild des Menschen mit Behinderung verstärkt. Die soziale Gemeinschaft formuliert eine Änderungsabsicht an den Menschen mit Behinderung als persönliche Korrektur und Verbesserung. Wo dies nicht oder nicht umfassend gelingt, gilt die Behinderung als schicksalhaft und wird auf einem niedrigen sozialen Niveau durch geeignete pflegerische und andere Unterstützungsmaßnahmen ausbalanciert. Entsprechend weisen die statistischen Kennzahlen die generelle Benachteiligung von Menschen mit Behinderung in den sozialen Lebenslagen aus.¹⁷

Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen setzt dagegen ein ganz anderes Leitbild: Zwei Impulse sind hier von besonderer Relevanz. Erstens wird Verschiedenheit als ein besonderer Wert anerkannt – in Fortführung früherer Menschenrechtskonventionen der Vereinten Nationen. Zweitens wird Behinderung nicht mehr als ein Merkmal einer Person verstanden, sondern als die Wechselwirkung behindernder Strukturen und Prozesse mit den körperlichen, seelischen oder geistigen Besonderheiten einer Person. Grundsätzlich wird anerkannt, dass Menschen, unabhängig von ihren jeweiligen individuellen Unterschieden, die gleichen bürgerlichen Rechte haben. Wo dies faktisch nicht gegeben ist, ist diese Rechtssituation zu schaffen.

Dies betrifft alle Lebensbereiche, beginnend beim Rechtsschutz und der Unversehrtheit der Person, über die prinzipielle Geschäftsfähigkeit, die Bildung, Arbeit, Wohnen bis hin zur selbstbestimmten Gestaltung von Lebensstilen, Partner- und Elternschaften.

17 Siehe: Pressemitteilung Nr. 406 vom 30.10.2008 „Lebenslagen von Menschen mit Behinderung“ des Statistischen Bundesamtes; und: Mikrozensus 2005: Lebenslagen der behinderten Menschen. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2007

3. Aktuelle Rechtsfragen und Rechtspraxis

3.1 Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen als ultima ratio

Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen, also Behandlungen, die ohne oder gegen den (natürlichen) Willen des Betroffenen erfolgen, sind besonders schwerwiegende Eingriffe in Grundrechte.¹⁸ So garantiert Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 Grundgesetz (GG) die körperliche Unversehrtheit und die Freiheit der Person, Artikel 2 Absatz 1 in Verbindung mit Artikel 1 Absatz 1 GG das Selbstbestimmungsrecht. Als Hauptfreiheitsrecht bringt Artikel 2 Absatz 1 die in der Menschenwürde enthaltene Komponente der freien Entfaltung des Menschen zum Ausdruck. In die Rechte nach Artikel 2 GG darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden.¹⁹

Die UN-BRK verfolgt gleichgerichtete Schutzzwecke. Eine der zentralen Vorschriften ist Artikel 12. Menschen mit Behinderung haben danach, wie alle anderen Menschen auch, das Recht, als Rechtssubjekt anerkannt zu werden. Mit Artikel 14 gewährleisten die Vertragsstaaten, dass Menschen mit Behinderung gleichberechtigt mit anderen das Recht auf persönliche Freiheit und Sicherheit genießen. Danach darf Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung die Freiheit nicht rechtswidrig oder willkürlich entzogen werden und jeder Freiheitsentzug muss im Einklang mit dem Gesetz erfolgen. Artikel 17 UN-BRK verweist darauf, dass jeder Mensch mit Behinderung gleichberechtigt mit anderen das Recht auf Achtung seiner körperlichen und seelischen Unversehrtheit genießt.

Nach den angeführten Regelungen besitzt der Einzelne die Freiheit, über sich selbst zu entscheiden, ohne dass er dies gegenüber anderen begründen muss. Einer Begründung bedarf es vielmehr im umgekehrten Fall, wenn nämlich der Staat oder Dritte, die Selbstbestimmung einschränken.

¹⁸ Vergleiche BVerfG, 2 BvR 882/09, Beschluss vom 23.03.2011, BVerfG, 2 BvR 633/11, Beschluss vom 12.10.2011

¹⁹ Artikel 2 Absatz 2 Satz 3 GG

Die Menschenwürde ist unantastbar

Die Unantastbarkeit der Menschenwürde (Artikel 1 Absatz 1 GG) verpflichtet alle staatliche Gewalt, den Einzelnen vor der Missachtung seiner Subjektqualität zu bewahren und damit zugleich seine Autonomie zu schützen. Die Verletzung der Menschenwürde besteht darin, den Menschen, der Subjekt allen Handelns ist, zum bloßen Objekt zu degradieren.

Dieses Selbstbestimmungsrecht ist Grundlage jeder medizinischen Behandlung. Nach ständiger Rechtsprechung erfüllt jede in die körperliche Unversehrtheit eingreifende ärztliche Behandlungsmaßnahme den objektiven Tatbestand der Körperverletzung.²⁰ Der ärztliche Eingriff bedarf also, um eigenmächtige Eingriffe unter Verletzung des Selbstbestimmungsrechts der Patientin oder des Patienten auszuschließen, einer besonderen Rechtfertigung. Das geschieht im Regelfall durch die ausdrücklich oder stillschweigend erklärte Einwilligung des Patienten. Dieser muss eine Aufklärung über mögliche Folgen der Behandlung vorangegangen sein, denn der Patient muss wissen, worin er einwilligt. Die Rechtsprechung hat deswegen folgenden Grundsatz erarbeitet: Einwilligungsfähig ist, wer Art, Bedeutung und Tragweite (Risiken) der ärztlichen Maßnahme erfassen kann.²¹ Dabei kommt es lediglich auf die Fähigkeit des Patienten an, die Komplexität des Eingriffs zu erfassen.

Auch der in einer Patientenverfügung niedergelegte Wille ist beachtlich, denn die Patientenverfügung ist direkter Ausdruck des (vorweggenommenen) Patientenwillens.²² Der Arzt hat den Willen zu respektieren, nachdem er versucht hat, die Einsicht in das medizinisch Notwendige zu wecken.

Medizinische Behandlungen basieren in der Regel auf einem zwischen Arzt und Patienten bestehenden Vertrauensverhältnis, um erfolgreich sein zu können. Der Einsatz von Zwang

²⁰ Seit RG 25, 375 vergleiche Tröndle/Fischer, Strafgesetzbuch und Nebengesetze, München, § 223 StGB RNR.9

²¹ BGH, Urteil v. 28.12.1957, 4 Str 525/57, BGH NJW 1972, 335

²² Patientenverfügungen aus christlich-diakonischer Sicht, Diakonisches Werk der EKD, Stuttgart 2011, 3. Auflage, Seite 10

bei einer medizinischen Behandlung ist deshalb nicht nur ein juristisches Problem. Es ist vielmehr auch zu fragen, ob es überhaupt ärztlich indiziert ist, nicht nur gegen den natürlichen Willen, sondern auch unter Ausübung von Zwang eine Behandlung durchzuführen und ob das Behandlungsziel auf diese Weise zu erreichen ist.

Die medizinische Behandlung eines Untergebrachten gegen seinen natürlichen Willen greift in das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit²³ ein. Zu seinem traditionellen Gehalt gehört der Schutz gegen staatliche Zwangsbehandlung.

Zur Zulässigkeit von Zwangsmaßnahmen

Vor diesem Hintergrund ist die Frage nach der Zulässigkeit der Anwendung von Zwang zu beantworten. Normierungen zur Zwangsbehandlung finden sich in den bundesrechtlichen Regelungen des Betreuungsrechts mit den verfahrensrechtlichen Absicherungen im FamFG sowie in den öffentlich-rechtlichen Regelungen in den Psychisch-Kranken-Gesetzen und Maßregelvollzugsgesetzen der Bundesländer.

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat in seinem Beschluss vom März 2011²⁴ zur Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug umfassend zu den rechtlichen Voraussetzungen und Grenzen der Zwangsbehandlung unter Berücksichtigung der Vorschriften der UN-BRK Stellung genommen. In seinem Beschluss vom Oktober 2011²⁵, der zur Zwangsbehandlung im Vollzug der öffentlich-rechtlichen Unterbringung ergangen ist, hat es im Wesentlichen auf seine früheren Ausführungen Bezug genommen.

Für das Betreuungsrecht hat der Bundesgerichtshof (BGH) vor dem Hintergrund der beiden Beschlüsse des BVerfG seine bisherige Rechtsprechung zur Zulässigkeit von Zwangsbehandlungen auf der Grundlage von § 1906 BGB aufgegeben²⁶, weil seiner Auffassung nach die vom BVerfG gemachten Vorgaben, dass eine Zwangsbehandlung nur auf der Grundlage eines Gesetzes zulässig ist, das die Voraussetzung für die Zulässigkeit des Eingriffs bestimmt, auf die Zwangsbehandlung im Rahmen einer Unterbringung nach Betreuungsrecht zu übertragen seien. Danach fehlt eine ausdrückliche gesetzliche Grundlage für die gebotene staatliche Kontrolle des Betreuerhandelns hinsichtlich der Zwangsbehandlung des Betroffenen. § 1906 Absatz 1 Nr. 2 BGB, der lediglich Grund-

lage für eine Freiheitsentziehung ist, genügt insoweit für Zwangsbehandlungen nicht den verfassungsrechtlichen Anforderungen. Der Gesetzgeber hat Anfang 2013 reagiert und im Schnellverfahren ein Gesetz verabschiedet, das die Zwangsbehandlung im Betreuungsrecht neu regelt. Nicht nur aus Sicht der Diakonie wurde hier eine Chance vertan (siehe 4.2).

Das Bundesverfassungsgericht geht davon aus, dass es sich bei der medizinischen Zwangsbehandlung eines Untergebrachten mit Neuroleptika um einen besonders schweren Eingriff in das Grundrecht der Freiheit der Person sowie das allgemeine Persönlichkeitsrecht handelt.

Lebenslanger Verbleib in einer Einrichtung?

Frau R. zeigt eine leichte Lernbehinderung. Sie wurde im geschlossenen Bereich eines Heimes untergebracht, weil sie mit häufig wechselnden Partnern ungeschützten Geschlechtsverkehr hatte und deshalb die Gefahr gesehen wurde, dass sie sich mit AIDS infizieren könnte. Das psychiatrische Gutachten empfahl, mittels Tagesstrukturierung in einem Stufenprogramm zu versuchen, die Mitwirkungsbereitschaft und Einsichtsfähigkeit von Frau R. zu erhöhen. Im Heim nimmt Frau R. an beschäftigungs- und arbeitstherapeutischen Maßnahmen teil. Ein auf die Verbesserung von sozialen und lebenspraktischen Fähigkeiten gezielt ausgerichtetes Training findet nicht statt. Als Dauermedikation erhält sie relativ hoch dosiert einen Tranquilizer und ein Neuroleptikum.

Nach einigen Wochen erhält sie erstmalig Ausgang. Sie fährt mit dem Bus in die Kreisstadt und hält sich dort den ganzen Tag auf. Sie hat am Abend kein Geld mehr für die Rückfahrt und bittet deshalb im nächstgelegenen Krankenhaus um Aufnahme. Sie wird dann von einem Krankenwagen in das Heim zurückgebracht. In Folge dieser Ereignisverkettung werden weitere Ausgänge vorläufig gestrichen. Es kommt zu Entweichungen, die in der beschriebenen Weise enden. Bei späteren Ausgangsversuchen ist Frau R. abends verlässlich immer wieder im Heim, von ihr selbst veranlasst gebracht durch den Krankenwagen oder durch die Polizei. Unter Verweis auf die unzureichende Compliance wird vom Heimarzt wiederholt die Verlängerung der geschlossenen Unterbringung empfohlen. Frau R. lebt inzwischen seit drei Jahren in der Einrichtung. Da ihr kein Lernfeld zum Erwerb von lebenspraktischen Fähigkeiten geboten wird, wird sich wahrscheinlich nichts an ihrem Problem ändern, was den lebenslangen Verbleib in der Einrichtung bedeuten kann.

23 Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 GG

24 BVerfG, 2 BvR 882/09

25 BVerfG, 2 BvR 633/11

26 BGH, Beschlüsse vom 20.06.2012, XII ZB 99/12 und XII ZB 130/12

Gleichwohl ist es dem Gesetzgeber nicht grundsätzlich untersagt, solche Grundrechtseingriffe zu gestatten. Ein solcher Eingriff kann im Einzelfall jedoch nur durch das grundrechtliche Freiheitsinteresse des Betroffenen selbst gerechtfertigt sein, wenn er also der Erreichung des Vollzugsziels dient. Eine weitere Einschränkung erfolgt dadurch, dass die medizinische Zwangsbehandlung des Untergebrachten zur Erreichung des Vollzugsziels auf die Fälle seiner krankheitsbedingt fehlenden Einsichtsfähigkeit begrenzt sein muss. In diesen Fällen kann es nach Auffassung des BVerfG ausnahmsweise zulässig sein, die tatsächlichen Voraussetzungen freier Selbstbestimmung des Untergebrachten wieder herzustellen. Handelt er nur „unvernünftig“ aus ärztlicher Sicht, ohne dass seine Entscheidungsfähigkeit krankheitsbedingt beeinträchtigt ist, darf eine solche Behandlung nicht erfolgen.

Artikel 12 UN-BRK verbietet nicht grundsätzlich gegen den natürlichen Willen gerichtete Maßnahmen, die an eine krankheitsbedingt eingeschränkte Selbstbestimmungsunfähigkeit anknüpfen.²⁷ Absatz 4 Satz 2 dieser Vorschrift schreibt für solche Maßnahmen aber verfahrensmäßige Sicherungen vor.

Aus dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ergeben sich weitere Anforderungen.²⁸ Verhältnismäßig ist eine Maßnahme, die zur Erreichung des Zwecks geeignet, erforderlich und angemessen ist. So dürfen Maßnahmen der Zwangsbehandlung nur eingesetzt werden, wenn sie im Hinblick auf das Behandlungsziel, das ihren Einsatz rechtfertigt, Erfolg versprechen. Sie dürfen nur für eine zeitlich begrenzte Dauer zum Einsatz kommen. Ferner dürfen sie nur als letztes Mittel eingesetzt werden, wenn also mildere Mittel keinen Erfolg versprechen. Für die medikamentöse Zwangsbehandlung zur Erreichung des Vollzugsziels bedeutet dies erstens, dass eine weniger eingreifende Behandlung aussichtslos sein muss. Zweitens muss der Zwangsbehandlung der ernsthafte, mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Ausübung unzulässigen Drucks unternommene Versuch vorausgegangen sein, unabhängig von der Einwilligungsfähigkeit des Betroffenen, seine auf Vertrauen gegründete Zustimmung zu erreichen.

Weitere Voraussetzung für die Rechtfertigung einer Zwangsbehandlung ist ihre Angemessenheit. Sie darf für den Betroffenen nicht mit Belastungen verbunden sein, die außer Verhältnis zu dem erwartbaren Nutzen stehen. Das in medizinischen Fachkreisen geforderte deutlich feststellbare Überwiegen des Nutzens entspricht nach Meinung des Bundesverfassungs-

gerichts den grundrechtlichen Anforderungen.²⁹ Dieses wird verneint, sobald ein Restrisiko besteht, dass irreversible Gesundheitsschäden eintreten.

Ferner muss gesichert sein, dass dem Eingriff eine von der Unterbringungsentscheidung unabhängige Prüfung vorausgeht.³⁰ Die oder der Untergebrachte muss Gelegenheit haben, vor Schaffung vollendeter Tatsachen eine gerichtliche Entscheidung zur Überprüfung der Verhältnismäßigkeit herbeiführen zu können. Das gilt unabhängig davon, ob ein Betreuer bestellt und ob dessen Einwilligung gegeben ist, da keine verfassungsmäßige Notwendigkeit bestehe, die Rechte des Betroffenen gerade durch die Bestellung eines Betreuers zu schützen. Diese Entscheidung ist nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts die Aufgabe des Gesetzgebers. Der Schutz könne ebenso zum Beispiel über einen Richtervorbehalt gewährleistet werden.

Schließlich ist eine Zwangsbehandlung zur Wahrung der Verhältnismäßigkeit zeitlich zu begrenzen, ärztlich anzuordnen, zu überwachen und zu dokumentieren.

Grundsätzlich ist eine Zwangsbehandlung nur auf der Grundlage eines Gesetzes zulässig, das die wesentlichen Voraussetzungen für die Zulässigkeit des Eingriffs bestimmt.³¹ Diese Voraussetzungen müssen hinreichend klar und bestimmt geregelt sein.

Zwangsbehandlungen gegen den Willen der Betroffenen können nach alledem nur als ultima ratio und unter sehr engen konkret definierten Voraussetzungen in Frage kommen.

Deshalb stellt sich die Frage nach der Verfassungsmäßigkeit (und Vereinbarkeit mit der UN-BRK) vergleichbarer das heißt gleichfalls unklarer Regelungen in den Unterbringungs- und Maßregelvollzugsgesetzen aller Bundesländer, ebenso wie weiterer Normen im Betreuungsrecht, die Eingriffe in Grundrechte gestatten. Diese müssen einer Überprüfung unterzogen und erforderlichenfalls angepasst werden, um die Rechte der Betroffenen in ausreichender Weise zu gewährleisten und zu schützen. Zur Gewährleistung dieses Schutzes ist bei der Anpassung der Vorschriften insbesondere auf Regelungen zu achten, die auf ausreichende Kontrolle, größtmögliche Transparenz, gesicherte Verfahren und die Herstellung der – sowie Kriterien zur Feststellung der – Einsichtsfähigkeit der Betroffenen gerichtet sind. Einer gesonderten Überprüfung und

27 BVerfG, 2 BvR 882/09, Rn 53

28 BVerfG, 2 BvR 882/09, Rn 56 ff.

29 BVerfG, 2 BvR 882/09, Rn 61

30 BVerfG, 2 BvR 882/09, Rn 70

31 BVerfG, 2 BvR 882/09, Rn 72

erforderlichenfalls Korrektur bedarf daneben auch die bisherige Praxis der Rechtsanwendung.

3.2 Rechtswirklichkeit und Rechtspraxis: Zur notwendigen Qualifizierung der Beteiligten am Unterbringungs- verfahren

In diesem Kapitel soll der Frage nachgegangen werden, wie sich die Diskrepanz zwischen geltenden Rechtsgrundlagen und gelebter Rechtspraxis erklären lässt und welche Maßnahmen notwendig sind, um dem Menschenrechtsansatz der UN-BRK mehr Geltung zu verschaffen.

Jenseits aller anderen Gegebenheiten ist die tatsächliche Umsetzung von Rechtsnormen in der Praxis – wie eben auch hier der UN-BRK – letztlich vor allem abhängig von den Rechtsanwendern. Es stellt sich somit die Frage, inwieweit die Verfahrensbeteiligten dazu überhaupt in der Lage sind, was nicht zuletzt auch eine Frage der entsprechenden Qualifikation ist. Beteiligte am Unterbringungsverfahren sind immer oder in der Regel die Betreuerin oder der Betreuer, die Betreuungsbehörde (im zivilrechtlichen Verfahren), die Ordnungs- oder Gesundheitsbehörde (im öffentlich-rechtlichen Verfahren), die Betreuungsrichterinnen und -richter sowie die Verfahrenspflegerinnen und -pfleger.

Die wichtigste Voraussetzung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention ist zweifelsohne die, dass die Verfahrensbeteiligten mit ihr vertraut sind.

Die Situation bei den Betreuungsgerichten

Schaut man sich die Berufsgruppen im Einzelnen an, so ist folgendes festzustellen: Die Betreuungsgerichte sind personell unterbesetzt,³² die Richterinnen und Richter dementsprechend häufig überlastet. Bei durchschnittlich 1.157 Verfahren im Jahr, die auf einen Richter entfallen³³ (im Jahr 2006), kann

man sich leicht vorstellen, wie viel Zeit für die Teilnahme an Fortbildungen bleibt – sofern diese überhaupt angeboten werden. Exemplarisch mag dafür das Fortbildungsangebot der Deutschen Richterakademie gelten. Es gab 2012 ganze zwei Veranstaltungen zum Betreuungsrecht (für Teilnehmende aus ganz Deutschland), zur UN-Konvention speziell keine.

Diese Situation bestätigt der Abschlussbericht der Interdisziplinären Arbeitsgruppe zum Betreuungsrecht, der feststellt, „Fortbildungsveranstaltungen für Neueinsteiger und Dezernatswechsler (werden) in der Praxis zu selten angeboten, weshalb die Veranstaltungen zum Teil überbucht sind. ... Anhaltenden Verbesserungsbedarf sieht die Arbeitsgruppe weiterhin in Bezug auf Fortbildungsmaßnahmen in der Justiz ...“³⁴

Dies wirft ein Licht nicht nur auf ein Qualifikationsproblem speziell bezogen auf die UN-Konvention sondern auf die Qualifikation von Richterinnen und Richtern im Allgemeinen. Diese muss aus mehr als auf den Bereich der Unterbringung beziehungsweise Freiheitsentziehung bezogenes juristisches Wissen bestehen, wenn die Vorgaben der Konvention und des Betreuungsrechts (denn dieses verlangt nichts anderes, „Sie leben aus dem selben Geist“)³⁵ erfüllt werden sollen.

Ein Betreuungsrichter sollte in der Lage sein, mit behinderten oder psychisch kranken Menschen umzugehen, um deren Rechte im Unterbringungsverfahren bei der persönlichen Anhörung wirkungsvoll schützen zu können.

Weiterhin sollte sie oder er über Rechtskenntnisse, die über das eigene Rechtsgebiet hinausgehen, vor allem im Sozialrecht sowie über die örtliche Infrastruktur der Hilfesysteme und über Kenntnisse der medizinischen Fachtermini und Grundlagen auf dem Gebiet der Medizin verfügen. Denn die Richterin oder der Richter trifft die Entscheidung, nicht der medizinische Sachverständige.³⁶ Darüber hinaus ist ausreichend Zeit erforderlich. Denn das bereits erwähnte Problem der zu schlechten personellen Ausstattung mit der daraus resultierenden Arbeitsüberlastung der Gerichte ist zwar kein

32 „Betreuungsrichter sind beim Amtsgericht tätig, und überall da, wo Amtsgericht draufsteht, ist Mangel drin. In der bundesdeutschen Justiz fehlt nach mancher Statistik jeder 5. Richter, beim Amtsgericht ist es sogar dauerhaft und praktisch so. Sie haben also beim Betreuungsgericht mit Menschen zu tun, die jede 5. Akte bearbeiten, ohne dafür bezahlt zu werden, die für (geschätzt) 300 fehlende Richter mit arbeiten.“ Mückner, Die Unterbringung in der betreuungsrechtlichen Praxis, Vortrag bei der Jahrestagung des Diakonischen Fachverbands der Betreuungsvereine Rheinland-Westfalen-Lippe, 22.09.2011, Mainz

33 Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik, Evaluation des 2. Betreuungsrechtsänderungsgesetzes, Endbericht 2009, S. 192

34 Interdisziplinäre Arbeitsgruppe zum Betreuungsrecht, Abschlussbericht vom 20.10.2011, S. C 41, http://www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/pdfs/Abschlussbericht_Interdisziplinaere_Arbeitsgruppe_zum_Betreuungsrecht.pdf?__blob=publicationFile, 22.04.12

35 Betreuungsgerichtstag e.V., Position des Betreuungsgerichtstags zu Unterbringung und Zwangsbehandlung, in: Bt-Prax 6/2011, S. 251

36 „Betreuer und Richter können sich deswegen nicht einfach auf die Medizin verlassen, sondern müssen ihren eigenen Sachverstand und ihre Erfahrung der medizinischen Einschätzung entgegensetzen.“ Rosenow, Der Weg zur Grenze der Freiheit zur Krankheit, Vortrag auf dem 8. Badischen Vormundschaftsgerichtstag am 26.03.2010, Freiburg i.Br., Skript S. 17

Qualifikationsmangel im eigentlichen Sinne, führt aber letztlich zum gleichen Ergebnis. Wer keine Zeit hat, sich mit dem Menschen und der zugrundeliegenden Situation auseinanderzusetzen, wird nur schwer eine wirklich ausschließlich dessen Wohl dienende Entscheidung treffen können.

Mangels Alternativen dement in der stationären Psychiatrie

Frau S., 79 Jahre, lebt allein mit Unterstützung einer Bekannten, die „Mädchen für alles“ ist. Für Frau S. wurde eine Betreuung eingerichtet, weil sie aufgrund einer fortgeschrittenen Demenz ihren Alltag nicht mehr selbst regeln kann. Die ersten Ermittlungen des Betreuers bei Übernahme der Betreuung ergeben aufgrund der Auskünfte von Frau G., die sich täglich um Frau S. kümmert, dass diese dement ist und man mit ihr nichts besprechen kann. Frau G. ist täglich vormittags da, nachmittags und nachts ist Frau S. jedoch allein. Das ging bisher gut, Frau G. hat aber starke Zweifel, ob dies noch lange funktioniert.

Beim ersten Termin versucht der Betreuer erfolglos, seine Funktion zu erklären. Entgegen der Selbsteinschätzung von Frau S. wirkt sie desorientiert und unfähig, ihre Situation auch nur ansatzweise wahrzunehmen. Ein sinnvolles Gespräch erscheint nicht möglich. Die Versorgung von Frau S. ist nicht sichergestellt, weil Frau G. überfordert ist und Frau S. keinerlei andere Hilfe akzeptiert. Dennoch wird in der Zukunft versucht, weitere Hilfen einzurichten, nicht zuletzt auch, um Frau G. zu entlasten. Trotz allem wird die Situation immer schwieriger; die zusätzlichen Hilfen nimmt Frau S. nicht an. Frau G. äußert auch, dass es ihr zu viel wird. Der Betreuer probiert es mit einer 24-Stunden-Pflege, obwohl klar ist, dass auch das schwierig wird, weil schwer vorstellbar ist, dass Frau S. eine fremde Person, die bei ihr zuhause wohnt, akzeptiert. Frau S. reagiert auf die neue Betreuungsperson zunächst ablehnend, aber mit Hilfe von Frau G. wird diese in ihre Aufgaben eingeführt. In den nächsten Wochen gibt es einige schwierige Situationen. Dennoch scheint diese Lösung tragfähig zu sein. Allerdings verschärft sich mit dem Weggang der Betreuungsperson, die nach Polen zurückkehren musste, die problematische häusliche Situation und eskaliert durch den Einsatz einer weiteren Betreuungsperson, die mit ihrer Aufgabe vollkommen überfordert ist. Frau S. wird vorläufig in einer Einrichtung der Kurzzeitpflege aufgenommen, worauf sie sich zwar bereitwillig einlässt, aber im weiteren Verlauf immer verwirrter und ängstlicher wirkt. Da eine Rückkehr in die Häuslichkeit ausgeschlossen ist, erfolgt wegen Mangels an Alternativen nach Ende der Kurzzeitpflege gegen den Willen von Frau S. eine Aufnahme in der stationären Psychiatrie.

Die Situation von Betreuerinnen und Betreuer

Die nächste Berufsgruppe, die der Betreuerinnen und Betreuer, ist so heterogen, dass man hier nochmals unterteilen muss. Betreuungen werden zum größten Teil von Ehrenamtlichen (Neubestellungen 2010: 63,72 Prozent), danach von selbstständigen Berufsbetreuern (Neubestellungen 2010: 29,71 Prozent) und hauptamtlichen Mitarbeitenden von Betreuungsvereinen (Neubestellungen 2010: 6,18 Prozent) geführt.³⁷

Grundsätzlich ist zu sagen, dass formal von einer Betreuerin oder einem Betreuer nur eine, dafür aber sehr weit gefasste Qualifikation gefordert wird: „Zum Betreuer bestellt das Betreuungsgericht eine natürliche Person, die geeignet ist, in dem gerichtlich bestimmten Aufgabenkreis die Angelegenheiten des Betreuten rechtlich zu besorgen und ihn in dem hierfür erforderlichen Umfang persönlich zu betreuen.“ (§ 1897 Absatz 1 BGB). Dass diese „Geeignetheit“ vom Gesetz nicht näher beschrieben wird, hat seinen Grund auch darin, dass es um eine vorrangig ehrenamtliche Tätigkeit geht. Die professionelle Betreuung wird als Ausnahme angesehen und darf nur eingerichtet werden, wenn kein geeigneter Ehrenamtlicher zur Verfügung steht. Nichtsdestotrotz ist zu vermuten, dass viele Betreuerinnen und Betreuer über eine berufliche Qualifikation verfügen, die sie über die allgemeine Eignung hinaus zur Führung von Betreuungen befähigt.

Die Frage nach der notwendigen Qualifikation sollte nicht allein auf den Bereich Unterbringung und Zwang bezogen werden, sondern muss sich auf die Betreuung als Ganzes beziehen. Denn wie eine Betreuung geführt wird, das heißt, ob eine tragfähige Beziehung zwischen Betreuer und Betreutem besteht und eine kompetente Handhabung gerade problematischer, unter Umständen krisenhafter Situationen erfolgt, kann (nicht muss!) entscheidend dafür sein, ob es überhaupt zu Zwangsmaßnahmen kommt. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass für Betroffene selbst häufig weniger die formale als die menschliche Qualifikation ihres Betreuers im Vordergrund steht.³⁸

³⁷ Deinert, Betreuungszahlen 2010, in: Bt-Prax 6/2011, S. 248

³⁸ „Auch die Erfahrungsberichte der Betroffenen lassen den Schluss zu, dass neben der fachlichen Eignung im Einzelfall aus Sicht der Betroffenen vor allem die persönliche Eignung des Betreuers im Vordergrund steht. So haben die Betroffenen im Rahmen der Dialogveranstaltung neben einzelfallbezogenen fachlichen Kriterien vor allem die Empathiefähigkeit ihres Betreuers als wesentliches Kriterium benannt“, Interdisziplinäre Arbeitsgruppe zum Betreuungsrecht, a.a.O., S. C 34

Die besondere Rolle von ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuern

Viele ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuer, denen fachliche Kenntnisse oft fehlen, nutzen kaum die Fortbildungs- und Beratungsangebote, die ihnen in der Regel durch die Betreuungsvereine zur Verfügung gestellt werden. Dies resultiert häufig aus einem Informationsdefizit. Dabei sind oft weder die Fortbildungsangebote bekannt noch gibt es ein Bewusstsein über deren Erfordernis.

Eine weitere Schwierigkeit ergibt sich daraus, dass bei den Betreuerinnen und Betreuern, die Familienangehörige sind, das Verständnis der Rechtsinstitution „Betreuung“ eher durch die familiären Strukturen als durch die gesetzlichen Vorgaben geprägt ist. Dies führt häufig zu einer zwar wohlwollenden und beschützenden, aber nicht unbedingt auf die Selbstbestimmung des Menschen mit Behinderung fokussierten Haltung. Treffen diese Betreuerinnen und Betreuer

Vom geschlossenen Wohnheim in eine Wohngemeinschaft

Bei Frau M., 57 Jahre, wurde eine schizoaffektive Psychose diagnostiziert. In der Vorgeschichte lehnte sie eine ambulante Betreuung ab. Sie setzte alle Medikamente ab, verwehrte extrem, lief dann über die Autobahn oder stand nackt im Schnee. Es gab zahlreiche Psychatrieaufenthalte (über 50), bis sie mit § 1906 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in ein geschlossenes Wohnheim kam. Hier entwickelte sie sehr schnell gute Beziehungen zu den Mitarbeiterinnen, die dazu beitrugen, dass sie sich stabilisierte und neue Perspektiven entwickeln konnte. Sie konnte eine für sie angemessene Tagesstruktur entwickeln und nahm wieder alte Interessen auf. Bei der Entwicklung der Beziehung zu ihrer ebenfalls psychiatriee erfahrenen Tochter konnte das Team hilfreich moderieren, so dass Frau M. den Kontakt während der Schwangerschaft ihrer Tochter intensivierte und diese später als Großmutter unterstützen konnte. Frau M. wurde durch das Team des Wohnheims in der Wahrnehmung ihrer psychiatrischen Behandlungstermine begleitet. Sie wurde bei der Umstellung der Medikation und deren Reduzierung so unterstützt, dass keine sie beeinträchtigenden Nebenwirkungen mehr auftraten, sie aber die unterstützende Wirkung der Medikation schätzen lernte. Frau M. zog nach einem Jahr in eine WG, wird dort aber vom Wohnheim-Team weiter betreut. Es gab keinen einzigen Klinikaufenthalt seit dem Einzug in das Wohnheim im Jahr 2004.

dann noch auf eine nach wie vor vorhandene gesellschaftliche Haltung, die bei von der Norm abweichendem Verhalten schnell auf die Korrektur dieses Verhaltens mittels Zwang drängt, können sie diesen Forderungen aufgrund ungenügender fachlicher Hintergründe und daraus resultierender Unsicherheit wenig bis nichts entgegenzusetzen. Diese Gruppe der Betreuerinnen und Betreuer benötigt demnach vor allem rechtliche, sozialpsychologische und psychiatrische Kenntnisse, nicht zuletzt, um sich gegenüber Dritten abgrenzen zu können. Außerdem bedarf es der Fähigkeit zur Selbstreflexion, um gerade ihre eigene Haltung gegenüber dem Betreuten, wenn diese den Anforderungen der UN-Konvention entsprechen soll, zu hinterfragen.

Bei den Betreuern eines Angehörigen muss zudem thematisiert werden, dass die oft von völlig unterschiedlichen Ansätzen ausgehenden Rollen des Betreuers und des Angehörigen von derselben Person auszufüllen sind. Nur wenn eine solche Betreuerin oder ein solcher Betreuer sich der verschiedenen Rollen und der sich aus diesen ergebenden Konsequenzen bewusst ist, wird sie oder er in der Lage sein, diese so auszufüllen, dass sie dem aus der subjektiven Sicht des Betreuten zu verstehenden Wohl entsprechen. Den Betreuungsvereinen, die die ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuer begleiten sollen, kommt die Aufgabe zu, diese Unterstützung auszugestalten und entsprechende Qualifikationsangebote zu unterbreiten.

Arbeitsüberlastung von professionellen Betreuerinnen und Betreuern

Bei den professionellen Betreuerinnen und Betreuern ist die Ausgangslage anders. Gleichwohl treffen viele der genannten Punkte auch hier zu. Qualifikationsmängel sind ebenso zu finden, da die Voraussetzungen für die Tätigkeit – also die Vorgaben des § 1897 BGB – dieselben sind wie bei den Ehrenamtlichen. Ein spezieller berufsqualifizierender Abschluss ist nicht notwendig.³⁹

Dazu kommt die Arbeitsüberlastung. 2006 führten in Vollzeit tätige Berufsbetreuer (freiberufliche, für Vereinsbetreuer gibt es die entsprechenden Zahlen nicht) im Schnitt 44 Betreuungen, bei einer Wochenarbeitszeit von 38 Stunden hatte der Betreuer damit 0,86 Stunden pro Woche Zeit für einen Betreuten – es sei denn, er arbeitete mehr (das haben die meisten

³⁹ Darüber, ob ein solcher Abschluss sinnvoll wäre oder nicht, wird in der Fachöffentlichkeit kontrovers diskutiert. Als Beispiele seien genannt: Contra – Interdisziplinäre Arbeitsgruppe zum Betreuungsrecht, a.a.O., S. C 34, Pro – Oeschger, Editorial Bt-Prax, in: Bt-Prax 6/2011, S. 225

auch getan, im Schnitt 49 Wochenstunden),⁴⁰ was dann jedoch dazu führen muss, dass für alles andere keine Zeit bleibt.

Dieses zu Beginn schon bei den Richterinnen und Richtern angesprochene Problem führt zum gleichen Ergebnis wie dort: Letztlich ist, bei ehrenamtlichen ebenso wie bei professionellen Betreuern, nur eingeschränkt davon auszugehen, dass die UN-Konvention beachtet wird beziehungsweise überhaupt bekannt ist.

Zur Rolle der Verfahrenspflegerinnen und -pfleger

Weiterhin beteiligt am Unterbringungsverfahren ist in der Regel die Verfahrenspflegerin oder der Verfahrenspfleger, da deren Bestellung erfolgen muss, wenn dies zur Wahrnehmung der Interessen des Betroffenen erforderlich ist (§ 317 FamFG) – was im Unterbringungsverfahren oft der Fall ist.

Die Verfahrenspflegerinnen und -pfleger haben die Rechte der Betroffenen im Verfahren, unter anderem auch gegenüber dessen Betreuer, zu vertreten. Das Gericht ist in seiner Auswahl hinsichtlich der Profession des Verfahrenspflegers frei. Die Regel ist allerdings die Bestellung eines Rechtsanwalts.⁴¹ Für diesen gilt das für die Qualifizierung der Betreuungsrichter oben schon Gesagte. Verstärkt allerdings durch die Tatsache, dass der als Verfahrenspfleger bestellte Rechtsanwalt dies in der Regel als Nebentätigkeit zu seiner eigentlichen anwaltlichen Tätigkeit betreibt, die zu dieser Materie überhaupt keinen Bezug haben muss. Sie oder er wird, was die nicht-juristischen Aspekte dieses Verfahrens betrifft, somit sehr oft Laie sein. Damit sind aber die Intentionen des Betreuungsrechts ebenso wie der Behindertenrechtskonvention schwer umzusetzen. Eine Qualifikation sollte für Personen, die als Verfahrenspflegerinnen und -pfleger tätig werden, daher Voraussetzung sein. Modelle dafür gibt es bereits, zum Beispiel den „Werdenfelser Weg“, wo – allerdings bezogen auf unterbringungsähnliche Maßnahmen nach § 1906 IV BGB – durch die gezielte Bestellung speziell geschulter Verfahrenspfleger eine deutlich geringere Quote von Genehmigungen freiheitsentziehender Maßnahmen erzielt wird.⁴²

40 Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik, a.a.O., S. 112
41 2008 wurden in 67 Prozent der Fälle Anwälte als Verfahrenspfleger bestellt, allerdings bezogen auf Unterbringungs- und Betreuungsverfahren im allgemeinen, <http://wiki.btprax.de/Verfahrenspflegschaft>, 21.04.2012. Die Zahl dürfte nur auf Unterbringungsverfahren bezogen noch höher sein.

42 „Es reduzierte sich die Anzahl der neuen Fixierungsgenehmigungen mittlerweile in einen Bereich, der Anlass für die (mit aller Zurückhaltung geäußerte) Hoffnung gibt, dass zukünftig im Amtsgerichtsbezirk Garmisch-Partenkirchen niemand mehr dauerhaft gegen seinen erkennbaren Willen mit fixierenden Maßnahmen in seiner Freiheit eingeschränkt wird.“, <http://www.justiz.bayern.de/gericht/ag/gap/daten/02939/>, 21.04.2012

Die Betreuungsbehörden

Die Aufgaben der Betreuungsbehörden sind im Betreuungsbehördengesetz (BtBG) geregelt. Unter anderem sind sie dafür zuständig, die Betreuerinnen und Betreuer bei Unterbringungen zu unterstützen. Da aber die Beratung von Betreuern im Allgemeinen ebenso zu ihren Aufgaben gehört wie die Unterstützung des Gerichts (durch die Erstellung von Sozialgutachten und die Unterbreitung von Vorschlägen hinsichtlich einer zum Betreuer zu bestellenden Person), muss ihre Beteiligung als über die formale Aufgabe im Unterbringungsverfahren hinausgehend verstanden werden. Denn schon der Vorschlag eines passenden, für den jeweiligen Einzelfall entsprechend qualifizierten Betreuers sowie dessen Unterstützung im Vorfeld von Zwangsmaßnahmen sind hinsichtlich der Frage, ob und wie es überhaupt zu solchen Maßnahmen kommen muss, essentiell. Es ist leicht nachvollziehbar, dass hierfür ebenfalls eine vor allem sozialarbeiterische/-pädagogische Qualifikation vonnöten ist. Gerade dies legt das BtBG aber nicht fest. Die Frage, wie diese Behörden ausgestattet sein müssen und welche Quali-

Neue Wege im geschlossenen Wohnheim

Herr O., 35 Jahre, fiel im Einkaufszentrum auf, weil er laut vor sich hin sprach, meist zu wenig bekleidet und stark unterernährt war. Immer wieder hatte ihn die Polizei in eine psychiatrische Klinik gebracht. Dort wurde eine paranoid-halluzinatorische Psychose diagnostiziert. Nach Entlassung aus der Klinik lehnte er alle weiteren, ambulanten Betreuungsangebote ab und nahm seine Medikamente nicht mehr ein. Kurz danach fiel er wieder mit seinem Verhalten auf und wurde erneut für kurze Zeit eingewiesen. Dies wiederholte sich über mehrere Jahre, bis sein gesetzlicher Betreuer für ihn die Unterbringung nach § 1906 BGB beantragte.

Nach zwei Jahren im geschlossenen Wohnheim der Eingliederungshilfe begann Herr O., die Kontaktangebote der Mitarbeitenden anzunehmen und seine Medikamente regelmäßig einzunehmen. Er begann nachzuvollziehen, dass ihn die zeitlich ausufernden Aufenthalte im Einkaufszentrum und die Reizüberflutung dort stark psychisch belasten. Inzwischen hat Herr O. wieder Kontakt zu seiner Familie aufgenommen. Im Tagescafé des gemeindepsychiatrischen Zentrums knüpft er vorsichtig neue Kontakte und hat dabei auch sein altes Hobby, das Schachspiel, wiederentdeckt. Herr O. ist nach vier Jahren in eine Wohngemeinschaft gezogen, in der er und seine Mitbewohner vom Wohnheim-Team ambulant weiter betreut werden.

fikationen die Mitarbeitenden vorzuhalten haben, wird nicht behandelt. Stattdessen wird die Zuständigkeit dafür an die Länder verwiesen, die dies wiederum an die kommunale Ebene delegiert haben. Das führt dazu, dass es „erhebliche regionale Unterschiede in der personellen und sachlichen Ausstattung sowie hinsichtlich des Umfangs und der Qualität der Aufgabenwahrnehmung“⁴³ gibt. Dies heißt letztlich nichts anderes, als dass es sowohl Betreuungsbehörden geben mag, die von der personellen Ausstattung und dem Qualifikationsniveau ihrer Mitarbeiter her hohe Qualitätsanforderungen (und dies sollte dann auch Kenntnis, Verständnis für und Beachtung der UN-Konvention beinhalten!) erfüllen können, als aber auch das genaue Gegenteil.⁴⁴

Statt der Betreuungsbehörde im BGB-Verfahren sind im öffentlich-rechtlichen Verfahren die in den Landesgesetzen vorgesehenen Behörden beteiligt. Da es aufgrund der Vielzahl der Regelungen in diesem Rahmen nicht möglich ist, alle einzeln zu bewerten, soll es dabei bleiben, dass die bereits vorher getroffenen Feststellungen zur notwendigen Qualifikation auch hier ihre Gültigkeit beanspruchen.

3.3 Offener und transparenter Umgang mit Zwangsmaßnahmen – Qualitätsanforderungen an das Vorgehen bei Unterbringungen

Unterbringungen sind unter humanitären, rechtsstaatlichen, versorgungspolitischen und auch ökonomischen Aspekten von großer Tragweite und bedürfen deshalb einer sehr sorgfältigen Beobachtung. Darüber, dass eine Unterbringung und damit der Eingriff in grundgesetzlich geschützte Freiheitsrechte nur als ultima ratio in Betracht kommen darf, also erst nach Ausschöpfung aller alternativen Hilfemöglichkeiten, besteht unter den an Unterbringungsverfahren Beteiligten Konsens.

Analysen von Unterbringungsfällen lassen jedoch erkennen, dass sich die Anwendung des Unterbringungsrechts nicht immer an dieser Maxime orientiert. Die Justizstatistiken zum Unterbringungsrecht weisen erhebliche Unterschiede in der Anwendung der Rechtsvorschriften auf. Die materiellen Rechts-

grundlagen sind für sich allein kein hinreichendes Instrument zu einer einheitlichen Steuerung der Unterbringungspraxis. Gegenwärtig kann es bei gleicher Problemlage vom Wohnort eines Betroffenen abhängig werden, ob eine Unterbringung veranlasst wird oder nicht, und wenn ja, nach welcher Rechtsgrundlage. Diese Praxis ist nicht tolerierbar. Eine Unterbringung setzt voraus, dass sie erforderlich und verhältnismäßig ist. Der Erforderlichkeitsgrundsatz setzt wiederum voraus, dass es realistisch alternative Formen von Hilfen gibt. Insofern ist die Häufigkeit von Unterbringungen kommunal- und sozialpolitisch steuerbar (Crefeld, 2012).

Gegenwärtig liegt es im Belieben einer Betreuerin oder eines Betreuers, in welcher Differenziertheit der Antrag auf eine Unterbringung begründet wird. Da der Antragstellung häufig persönliche Gespräche zwischen Betreuer und Betreuungsgericht vorausgehen, werden wichtige Informationen, die schon mündlich übermittelt wurden, manchmal nicht mehr in der schriftlichen Begründung des Antrags wiederholt. Insofern lässt sich aus der Aktenlage zum Beispiel nicht immer erkennen, was unternommen wurde, um Lösungen unterhalb der Schwelle von gerichtlichen Entscheidungen auszuloten. Ebenso finden sich in den Anträgen eher selten Informationen darüber, welche nicht vorhandenen Hilfeangebote erforderlich gewesen wären, um die Notwendigkeit einer Unterbringung abwenden zu können. Die regionalen Versorgungsdefizite werden nicht thematisiert.

Gravierende Qualitätsunterschiede bei den Sachverständigengutachten

Ein vergleichbares Problem stellt sich bei den Sachverständigen-Gutachten, denen eine zentrale Bedeutung zukommt, da die Gerichte fast einhellig den Empfehlungen der Gutachterinnen und Gutachter folgen. Orientiert sich der Sachverständige bei der Erstellung des psychiatrischen Fachgutachtens an den von den psychiatrischen Fachgesellschaften formulierten Qualitätskriterien, indem er vor dem Hintergrund der ihm zugestellten Unterlagen zur Vorgeschichte des Untersuchten, eigener Untersuchungsbefunde, fremdanamnestischer Angaben und einer Einschätzung von stützenden Potenzialen versus Konfliktpotenzialen im Lebensumfeld des Untersuchten

43 Interdisziplinäre Arbeitsgruppe zum Betreuungsrecht, a.a.O., S. C 30

44 So kommt eine Untersuchung von drei Behörden in verschiedenen Großstädten zu dem Ergebnis, dass eine davon „im Mittel zu hoher Qualität tendiert, während die Betreuungsbehörde der Stadt C im Schnitt zu mittlerer bis hoher Qualität neigt und die Betreuungsbehörde der Stadt A durchschnittlich mittlere bis zum Teil niedrige Qualitätsbewertungen erreicht.“ Böhme, Qualität von Betreuungsbehörden, in: Bt-Prax 3/2010, S. 114

alternative Hilfeangebote in Betracht zieht, muss die Erstellung des Gutachtens zeitaufwändig und damit auch kostenintensiv sein. Für die fachliche Nachvollziehbarkeit muss das Gutachten selbst hinreichend ausführlich sein. Die Gerichte erwarten jedoch möglichst kurze, auf den Punkt gebrachte Stellungnahmen. Hier konfliktieren fachliche Ansprüche an die Gutachtenerstellung mit der Arbeitsökonomie der unter enormem Zeitdruck stehenden Richter.

In der Praxis variieren Sachverständigengutachten hinsichtlich Struktur, Differenziertheit und Umfang erheblich. Es gibt Unterbringungs-Gutachten, in denen in wenigen Zeilen attestiert wird, dass die Voraussetzungen des § 1906 BGB als gegeben zu betrachten sind, und es gibt Gutachten von über 20 Seiten. Eine häufige Unzulänglichkeit von Unterbringungsgutachten liegt darin, dass die Notwendigkeit einer Unterbringung nicht an belegbaren konkreten Sachverhalten festgemacht und für Außenstehende nicht nachvollziehbar begründet wird, sondern dass nur behauptet wird, dass die im Gesetzestext gegebenen Voraussetzungen vorliegen würden (zum Beispiel „Es besteht weiterhin Selbstgefährdung“).

Vom Sachverständigen muss auch eine Einschätzung gefordert werden, welche überprüfbaren Behandlungsziele durch die Unterbringung mit zumindest ausreichender Wahrscheinlichkeit erreicht werden können. Eine solche Einschätzung findet sich nicht in allen Gutachten. Wenn der Zweck der Unterbringung nicht klar definiert wird, weil zum Beispiel Ratlosigkeit besteht, wie mit einem Betroffenen weiter verfahren werden sollte, und wenn die Unterbringung primär bezwecken soll, ein aktuelles soziales Problem zeitweise vom Tisch zu haben, wäre dem Betroffenen eine Handhabe für eine Beschwerde gegen seine Unterbringung gegeben.

Auch die Vorgehensweisen des Gerichts sind aus den Fallakten nicht immer rekonstruierbar. Zum Beispiel bleibt manchmal offen: Welche Qualifikation hatte der mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragte Arzt? Erfolgte auf ein eine notfallmäßige Unterbringung begründendes ärztliches Attest die Einholung eines Gutachtens? An welchem Ort fand die Anhörung statt (Wohnung des Betroffenen, Krankenhaus, Gericht und so weiter)?

Zur Notwendigkeit einer einheitlichen Dokumentation

Vor dem Hintergrund der dargestellten Unzulänglichkeiten muss eine weitgehende vereinheitlichte Praxis der Dokumentation gefordert werden. Die Bedeutung einer standardisierten Dokumentation liegt in folgenden Punkten:

- Sie dient der Qualitätskontrolle und -sicherung, indem der für Beratungen über eine mögliche Unterbringung relevante Informationsbedarf strukturiert aufgelistet wird und indem damit implizit Hinweise für obligatorische Vorgehensweisen gegeben werden, die in der Praxis manchmal aus dem Blickfeld geraten können, insbesondere dann, wenn Handlungsdruck gegeben ist.
- Sie schafft Transparenz und ermöglicht, dass sich alle an Unterbringungen beteiligten Akteure, die von einer Unterbringung Betroffenen und deren Bezugspersonen eingeschlossen, darauf beziehen können.
- Sie schafft die Voraussetzungen für wissenschaftliche Analysen zur Unterbringungspraxis in regionalen Vergleichen.

Verwiesen werden kann auf ein von den Niedersächsischen Ministerien für Soziales und Justiz initiiertes Projekt, in dem vereinheitlichte Dokumentationsverfahren entwickelt und erprobt wurden.

Aufgaben und Pflichten der Betreuerinnen und Betreuer im Zusammenhang mit einer Unterbringung, Verfahrensweisen des Betreuungsgerichts und die Regelungen beim Vollzug einer Unterbringung sind auch bei den im Bedarfsfall einzu-bindenden Institutionen oft nur unzureichend bekannt. Am wenigsten bekannt sind sie den Betroffenen selbst. Hier muss Transparenz hergestellt werden. Die Informationen müssen in leicht verständlicher Form den Institutionen des Sozial- und Gesundheitswesens und insbesondere den Betroffenen selbst zugänglich gemacht werden. Das Wissen um ein klar strukturiertes Regelwerk kann bei Betroffenen der Angst, Willkür ausgesetzt zu werden, entgegenwirken. Als Beispiel kann die Broschüre „Unterbringungsverfahren nach Betreuungsrecht § 1906 BGB – Der Mensch im Mittelpunkt“ der Region Hannover (September 2011) angeführt werden.

4. Wie lässt sich Zwang vermeiden oder reduzieren und wie geht die Psychiatrie mit Zwang um?

Auch vier Jahrzehnte nach der Psychiatriereform hat sich das Prinzip ambulant vor stationär noch nicht in der Breite durchgesetzt. Das dialogische Denken ist vor zwei Jahrzehnten in die Psychiatrielandschaft gekommen, doch in der psychiatrischen Gesundheitsversorgung vielerorts nicht hinreichend reflektiert. Die Ratifizierung der UN-BRK im Jahre 2008 bezeichnet einen Paradigmenwechsel auch im Blick auf Menschen mit seelischen Behinderungen. Anfang 2010 nahm die Zentrale Ethik-Kommission der Bundesärztekammer Stellung zur UN-BRK unter anderem im Hinblick auf Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie. In der Stellungnahme heißt es: „Dieses heikle Thema verlangt vor dem Hintergrund der Konvention neue Aufmerksamkeit. Gemäß der Konvention kann die Anordnung solcher Zwangsmaßnahmen nach kritischer Erwägung erst dann vorgenommen werden, wenn zuvor größtmögliche Anstrengungen für alternative Maßnahmen unternommen worden sind.“

Nach den Urteilen und Beschlüssen des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesgerichtshofs in den Jahren 2011 und 2012 war und ist im psychiatrischen Versorgungssystem die Verunsicherung groß. Die Diakonie begrüßt die gleichermaßen notwendige wie überfällige Debatte darüber, was in der psychiatrischen Ordnungsfunktion noch möglich, aber auch was in der psychiatrischen Fürsorgepflicht nötig ist.

Leben weitab im Pflegeheim

Bei Herrn N. wurde eine paranoid-halluzinatorische Psychose diagnostiziert. Er wohnt in einem offenen Wohnheim. Dort hat sich Herr N. gut eingelebt. Immer wieder kommt es jedoch zu Konflikten mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, da Herr N. überall raucht, auch im Bett. Die Mitarbeiter befürchten, dass Herr N. nicht nur Brandflecke in der Bettwäsche verursacht, sondern Schlimmeres passiert. Sein gesetzlicher Betreuer hat deshalb die Unterbringung nach § 1906 BGB beantragt. Herr N. kommt in ein Pflegeheim weit entfernt von seinem bisherigen Lebensmittelpunkt, wo die Zigaretten für alle stündlich eingeteilt werden.

Das neue Psychiatrie-Entgeltgesetz, das am 1. August 2012 in Kraft getreten ist, erhöht das Risiko, dass psychisch kranke Menschen in stationärer Behandlung nur noch als „Fälle“ wahrgenommen werden, die möglichst rasch medikamentös symptomfrei gemacht werden müssen, um das Budget nicht zu belasten. Die Wahrnehmung des ganzen Menschen in seinem Leiden, seinen Konfliktlagen, aber auch seinen Ressourcen und seinen Problemlösungsversuchen könnte dadurch immer mehr in den Hintergrund geraten.

4.1 Haltungen, Methoden und Verfügungsformen zur Stärkung der Selbstbestimmung

Diakonisches Handeln richtet sich an einem umfassenden Begriff von Gesundheit und Krankheit aus und stellt den Menschen mit seinen körperlichen, seelischen, sozialen und spirituellen Bedürfnissen in den Mittelpunkt. Gesundheit wird nicht vorrangig als Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen gesehen, sondern als Kraft, mit ihnen zu leben gedeutet (siehe auch Kapitel 1).

Mit den drei Leitbegriffen Dialog, Empowerment und Recovery sollen drei die Grundsätze diakonischen Handelns konkretisierende Ansätze erwähnt werden, die neben einer leitliniengerechten Behandlung aus diakonischer Sicht für eine gute psychiatrische Versorgung erforderlich sind (vergleiche dazu auch Diakonie Text 08.2012) und mit dazu beitragen können, Zwangsmaßnahmen zu reduzieren.

Mit Dialog ist der gleichberechtigte Austausch von Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und professionell Tätigen gemeint. Psychiatrie-Erfahrene und deren Angehörige werden als Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung gefragt. Durch das Einbeziehen dieser Perspektiven, ist eine erweiterte Wahrnehmung der Situation, der Krise und ein umfassenderes Verständnis psychischer Erkrankung möglich.⁴⁵ Der dialogische Ansatz erfordert die Beteiligung von Psychiatrie-

⁴⁵ Vergleiche Thomas Bock, Dorothea Buck, Ingeborg Esterer (Hg): Es ist normal verschieden zu sein. Psychose-Seminare - Hilfen zum Dialog. 2. aktualisierte Auflage, 2000

Erfahrenen und ihren Angehörigen an allen Behandlungs- und Hilfeprozessen, aber auch bei der weiteren Ausgestaltung des Versorgungssystems und den hiermit korrespondierenden, politischen Prozessen. Eine Möglichkeit, die spezifischen Kompetenzen von Betroffenen in der sozialpsychiatrischen Arbeit systematisch zu nutzen, bieten EX-IN-Weiterbildungen zur Qualifizierung Psychiatrie-Erfahrener.⁴⁶

Bei Empowerment geht es darum, Selbstbefähigung zu fördern und zu unterstützen.⁴⁷ Durch das Bewusstmachen der eigenen Stärke(n), Ressourcen und Kompetenzen wird die Möglichkeit eröffnet, sich für die eigenen Rechte einzusetzen und erlebte Machtlosigkeit zu überwinden. Empowerment kann dabei nur von den Betroffenen selbst umgesetzt werden. Die professionell Tätigen müssen bei ihrem Handeln immer wieder reflektieren, inwieweit sie tatsächlich Handlungsoptionen der Betroffenen vergrößern und Möglichkeiten zu Selbsthilfe, Selbstvertrauen und Selbstbestimmung unterstützen oder aber möglicherweise behindern.

In eine ähnliche Richtung verweist das Konzept von Recovery.⁴⁸ Recovery meint, die Beschränkungen einer eher passiven Patientenrolle hinter sich zu lassen und sich auf den Weg zu einem selbstbestimmten und sinnerfüllten Leben zu machen. Zentrale Ideen des Konzepts betonen, dass Gesundung oder Genesung auch bei schweren psychischen Erkrankungen möglich ist. Wobei die Erkrankung ganz abklingen kann oder aber ein gutes Leben mit der Erkrankung beziehungsweise einzelnen Symptomen gelingt. Hoffnung zu haben und zu vermitteln – gerade auch durch die Profis – ist für den Genesungsprozess elementar. Dabei verläuft jeder Gesundungsweg anders und Genesung ist mit, ohne oder trotz fachlicher Unterstützung möglich.

Ganzheitliche Behandlungsstrategien

Von entscheidender Bedeutung für eine die Freiheit und den Schutz der Person wahrende psychiatrische Versorgung sind ganzheitliche Behandlungsstrategien, bei denen der Mensch und sein Lebensumfeld im Vordergrund stehen und nicht lediglich die diagnostische Einordnung handlungsleitend ist. Mit der bedürfnisangepassten Behandlung (Need-adapted-

treatment)⁴⁹ stehen im skandinavischen Raum geeignete Konzepte zur Verfügung. In Deutschland werden sie erst in einigen Modellregionen eingesetzt. Dieses Behandlungskonzept findet so weit wie möglich im ambulanten Rahmen statt, wobei das soziale Umfeld der Patientinnen und Patienten konsequent mit einbezogen wird. Es arbeitet sehr stark psychotherapeutisch, nutzt die Methoden der systemischen Kommunikation (open dialogue) sowohl mit den Patientinnen und Patienten als auch mit den Angehörigen und integriert eine rationale niedrig dosierte Pharmakotherapie. Wesentlich ist dabei, dass Betroffene in Akutsituationen kurzfristig und ggf. auch wiederholt von einem mobilen multiprofessionellen Kleinteam in der häuslichen Umgebung aufgesucht werden (Home-Treatment). In diesem Setting ist das Verstehen von Problemen sowie von Anlässen und Auslösern seelischer Krisen oft sehr viel leichter möglich als in der Sonderwelt einer psychiatrischen Station. Soweit Rückzugsräume und Krisenbetten zur Verfügung stehen, lassen sich mit diesem Behandlungsansatz manch ein Krankenhausaufenthalt und auch manch eine Zwangseinweisung vermeiden.

Die gilt auch für das Soteria-Konzept. Soteria (altgriechisch Wohl, Bewahrung, Rettung, Heil) als Behandlungsmodell für psychotische Erkrankungen stammt aus den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts. Soteria wurde in Amerika entwickelt und wird seit 1984 zum Beispiel in Bern umgesetzt. Das Konzept zeichnet sich durch ein kleinräumliches (für maximal zehn Personen), wohnlich eingerichtetes stationäres Angebot aus. Die Türen sind prinzipiell offen. Eine Eins-zu-eins-Betreuung ist vorgeschrieben. Die Beziehungsgestaltung zwischen Betreuungspersonal und Bewohnerin oder Bewohner (Patientin oder Patient) ist persönlich, partnerschaftlich und hierarchieflach. Der Einsatz von Neuroleptika erfolgt sehr zurückhaltend. Die Psychosebegleitung folgt dem Prinzip des aktiven Dabeiseins mit einer zugewandten Haltung, einer beruhigenden und ausgeglichenen Atmosphäre und weniger über herkömmliche Therapieformen. Eine Einbeziehung des persönlichen Umfeldes findet ebenfalls statt.⁵⁰ Die Aufenthaltsdauern der Patientinnen und Patienten richten sich nach den individuellen Wünschen und Bedürfnissen. „... Erfahrungen mit dem seinerzeit trialogisch entwickelten Soteria-Konzept in der Gütersloher Klinik zeigten einen wesent-

46 EX-IN steht für Experienced-Involvement und meint die Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen. EX-IN hat das Ziel, Psychiatrie Erfahrene so zu qualifizieren, dass sie als Dozentinnen und Dozenten oder als Mitarbeitende in psychiatrischen Diensten tätig werden können.

47 Zu den weiteren Ausführungen vergleiche Andreas Knuf, Margret Osterfeld und U. Seibert (2007): Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit

48 Vergleiche hierzu auch Michaela Amering und Margit Schmolke (2007): Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit

49 Siehe auch Volkmar Aderhold, Yrjö Alanen, Gernot Hess und Petra Hohn (2003): Psychotherapie der Psychosen. Integrative Ansätze aus Skandinavien

50 www.soteria-netzwerk.de

lichen Zusammenhang zwischen Zwangsbehandlung, geschlossenen Stationstüren und Gewalt gegen Mitarbeitende. Offene Stationstüren, gelebte Bezugspflege und gemeinsam ausgehandelte Behandlungsvereinbarungen – auch auf einer Akutaufnahme mit regionaler Pflichtversorgung – führten zu wesentlich weniger Übergriffen, Bedrohungen und Beschimpfungen, und langfristig wiederum zu einem Rückgang an Zwangseinweisungen.⁵¹

In Deutschland gibt es nur wenige Soteria-Kliniken und nur einige Stationen, die mit Soteria-Elementen arbeiten. Ein Ausbau dieser Angebote ist dringend anzuraten und zu fördern.

Auch im Bereich der Eingliederungshilfe gibt es positive Beispiele, die zeigen wie eine umfassend verstandene, psychosoziale Betreuung neue Akzente setzen kann. Die sogenannte Neuroleptikadebatte führte dazu, dass der gemeindepsychiatrische, diakonische Träger Bethesda St. Martin in Boppard für sich Leitlinien für den Umgang mit Neuroleptika entwickelte. Der erste Satz dort lautet: „Die Einnahme von Neuroleptika ist keine Bedingung zur Inanspruchnahme unserer Betreuungsdienste“. Diese Initiative zeigt, dass Träger der Eingliederungshilfe willens und in der Lage sind, ihre Haltung an der UN-BRK zu messen und zu ändern. Auch das Regenbogenhaus in Magdeburg hat in den letzten drei Jahren mit dem Projekt „Ich will mich“ (www.ichwillmich.de) gezeigt, dass im ambulant betreuten Rahmen bei vielen Menschen mit seelischer und geistiger Behinderung eine Reduktion von Psychopharmaka erfolgreich und sinnvoll sein kann. Die Veröffentlichungen sprechen von einer deutlich erhöhten Lebensqualität bei den betroffenen Menschen.

Einbeziehen von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen

Zweifellos beeinträchtigt eine psychische Behinderung oder Störung nicht nur das Leben der Betroffenen sondern auch ihre Familien und ihr Umfeld. „Verhandeln statt Behandeln“ ist der Leitspruch des Dialogs, doch auch dieser konnte in den letzten zwei Jahrzehnten in psychiatrischen Institutionen zu wenig Raum gewinnen. In Kliniken wird oft die Schweigepflicht vorgeschützt, um dem Gespräch mit Angehörigen aus dem Weg zu gehen. Ein medizinischer Behandlungserfolg ist hingegen oft genug auch davon abhängig, dass alle Beteiligten an einem Strang ziehen. Angehörige wissen, dass das Erkennen von Frühwarnzeichen und das darauf begründete Einleiten von freiwilliger Behandlung ein wirksames Mittel

gegen eine weitere Eskalation mit sich anschließender Zwangseinweisung sein kann. Die Motivation zu pharmakologischen, aber auch psychologischen und sozialen Behandlungsschritten wird vergrößert, wenn Betroffene, aber auch Angehörige gleichermaßen informiert sind über Sinn, Ziel und Zweck der geplanten Maßnahmen und „auf gleicher Augenhöhe“ („shared decision making“) verhandeln können. Erst dann kann es echte gemeinsame Absprachen geben. Und nur so können Betroffene mit ihrer Krankheit leben lernen.

Psychiatrische Dienste und Einrichtungen sowie Kirchengemeinden bieten mancherorts den Psychoseseminaren einen Treffpunkt, unterstützen bei der Organisation der regelmäßigen Treffen und helfen mit, den Dialog zu entwickeln. Auch unabhängige Beschwerdestellen werden teilweise mit Hilfe regionaler Leistungserbringer initiiert.

Beispielhaft für ein konsequentes Einbeziehen relevanter Bezugspersonen sind wöchentliche Angehörigenvisiten, die in einigen Kliniken durchführt werden. Zu diesen Terminen sind Angehörige am Krankenbett ebenso willkommen wie die Patientinnen und Patienten. Mit solchen Maßnahmen, die wenig Mühe und keine Kosten verursachen, zeigen klinische Institutionen, dass sie das Gespräch und die Beziehungsgestaltung als wichtiges therapeutisches Element in der psychiatrischen Arbeit anerkennen.

In der ambulanten psychiatrischen Arbeit sind viele Initiativen zur Einbeziehung von Betroffenen und Angehörigen noch ausbaufähig. Die Einrichtungen der ambulanten Sozialpsychiatrie könnten mehr mit den Angehörigen kooperieren und sie in die Behandlung und Unterstützung integrieren. Studien zeigen, dass der Übergang mancher psychischer Erkrankungen wie Schizophrenie in ein chronisches Stadium verhindert werden kann, wenn Angehörige in den Behandlungsprozess fest einbezogen sind.

Größere Bedeutung gewinnt das Peer-Involvement, die Einbeziehung von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen in psychiatrische Tätigkeitsfelder. Mit der EX-IN-Ausbildung zur Genesungsbegleiterin oder zum Genesungsbegleiter wurden endlich auch in Deutschland Schritte getan, in multiprofessionellen Teams Platz zu schaffen für Menschen, die psychiatrische Erkrankungen aus eigener Erfahrung kennen. Inzwischen werden in etlichen klinischen und gemeindepsychiatrischen Teams Genesungsbegleiter beschäftigt.⁵²

51 Hemdenkreis, B, Zwang und Gewalt in psychiatrischen Einrichtungen, In: Psychiatrische Pflege 2012, 18, S. 6–8

52 Einen Überblick über erste Erfahrungen gibt Monheimius in der Kerbe 4/2012.

Methoden der Deeskalation und Krisenpläne

In persönlich schwierigen Situationen zwischen Menschen mit oder auch ohne psychische Erkrankung oder seelischer Behinderung ist es oft die Wahl des richtigen Tones und des richtigen Wortes, die zu einer Entspannung der Situation führen. Umgekehrt kann natürlich auch eine Eskalation bis hin zu Zwangsmaßnahmen durch eine inadäquate Intervention begünstigt werden. Deeskalationstrainings aller professioneller Helferinnen und Helfer können ebenso wie aufsuchende Hilfen dazu beitragen, dass psychiatrisches Handeln in Zukunft häufiger auf Zwangsmaßnahmen verzichten kann. Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, dass alle psychiatrisch Tätigen im stationären und im gemeindepsychiatrischen Bereich in Deeskalationsmaßnahmen fortgebildet werden.

Der „Werdenfelsen Weg“, ursprünglich eine Initiative aus Garmisch-Patenkirchen, wird zunehmend von Amtsgerichten aufgegriffen, um freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM) zu reduzieren. Dies wird erreicht, indem pflegewissenschaftlich geschulte Verfahrenspflegerinnen und -pfleger in das Genehmigungsverfahren einbezogen werden (www.leitlinie-fem.de/werdenfelsen-weg). Auch das Projekt ReduFix (www.redufix.de) trägt das Wissen über die Reduzierung von Fixierungsmaßnahmen in interessierte Einrichtungen und schult Mitarbeitende. Keine wissenschaftliche Studie konnte bislang einen positiven Effekt von Fixierungen zeigen, im Gegenteil sind Daten über negative Folgen (Verletzungen, Stress) alarmierend. Die ReduFix Studie konnte nachweisen, dass bewegungseinschränkende Maßnahmen reduziert werden können und Verhaltensauffälligkeiten bei nicht länger fixierten Bewohnerinnen und Bewohnern tendenziell abnehmen.

In Krisensituationen ist es oft für Menschen mit seelischer Behinderung schockierend und durchaus traumatisierend, dass sie den Maßnahmen der betreuenden Institutionen hilflos ausgeliefert sind. Die direkte Kommunikation ist durch psychiatrische Symptome erschwert und oft verfallen Institutionen in alt vertraute Routinen, die durchaus suboptimal sein können. Sinnvoll ist in guten Zeiten jede Gelegenheit zu nutzen, um sich mit Betroffenen darüber auseinanderzusetzen, wie im individuellen Fall eine gute Krisenversorgung aussehen kann. Erste Mittel hierzu bieten ein gemeinsam erarbeiteter Krisenplan und auch ein Krisenpass.

Der mit den Betroffenen erarbeitete Krisenplan enthält sowohl eigenverantwortliche erste Maßnahmen in Stresssituationen und sich anbahnenden Krisen als auch, welche Art von pflegerischer oder betruerischer Zuwendung in welchen Situationen als wohltuend erlebt wird. Er sagt auch, ab welchen

Krisenzeichen ärztliche Hilfe hinzugezogen werden soll sowie welche Medikation in früheren Krisen als hilfreich erlebt wurde. Ein Krisenplan sollte Bestandteil jeder Pflege- und Betreuungsplanung sein und ist ein Hilfsmittel, um in schwierigeren Situationen vorschnelle Krankenhauseinweisungen zu vermeiden.

Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Behandlungsvereinbarungen

Im Folgenden werden kurz verschiedene Verfügungsformen vorgestellt, mit deren Hilfe nicht nur Menschen mit seelischer Behinderung oder psychischer Erkrankung ihren Willen und ihre Wünsche an eine psychiatrische Behandlung niederlegen und rechtlich durchsetzen können.

Patientenverfügung

Seit 1. September 2009 ist das 3. Betreuungsrechtsänderungsgesetz in Kraft. Das Gesetz definiert in § 1901a Absatz 1 BGB die Patientenverfügung als schriftliche Festlegung eines einwilligungsfähigen Volljährigen, ob er „in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustandes, Heilbehand-

Zurückhaltende Bewertung der Institution

Bei Frau T., 45 Jahre, ist langjährig eine autistische Behinderung bekannt. Frau T. lebt noch im Elternhaus, ihr 75-jähriger Vater hat die gesetzliche Betreuung übernommen. Tagsüber ist sie in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung beschäftigt. Frau T. wird nach dem Psychisch-Krankengesetz (PsychKG) aufgenommen, nachdem sie in der Nacht versucht haben soll, ihren schlafenden Vater mit einem Messer anzugreifen. In der Falldiskussion zwischen Klinikmitarbeitenden, Mitgliedern der Besuchskommission und dem Vertreter des zuständigen sozialpsychiatrischen Dienstes liegt der Schwerpunkt auf der Abschätzung der Gefährlichkeit ihres Tuns und auf der Beurteilung der häuslichen Situation. Auffallend dabei ist die zurückhaltende Bewertung der Institutionen, ein strafverfolgungspflichtiges Officialdelikt läge nicht vor. Auch sei keinesfalls ein Betreuerwechsel nötig. Die Patientin würde nach dem Aufenthalt wieder in das vertraute Elternhaus zurückkehren.

Als Aufnahmediagnose wird eine schizophrene Diagnose verzeichnet. Im Gespräch mit der Patientin erklärt diese, bei geordnetem Gedankengang und deutlich schüchtern zurückhaltendem Verhalten, dass sie gerne noch lange in der Klinik bleiben möchte, sie möchte auch nicht, dass der Unterbringungsbeschluss aufgehoben wird.

lungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt“. Die Patientenverfügung soll dem Arzt den Willen eines Patienten vermitteln, der sich zur Frage seiner medizinischen Behandlung nicht mehr selbst äußern kann. Die Patientenverfügung ist direkter Ausdruck des (vorweggenommenen) Patientenwillens und als solcher muss sie auch umgesetzt werden. Eine Patientenverfügung gilt unabhängig von Stadium und Art einer Erkrankung.

In einer Patientenverfügung wird also schriftlich für den Fall der eigenen Entscheidungsunfähigkeit im Voraus festgelegt, ob und wie man in bestimmten Situationen ärztlich behandelt werden möchte.

Zur Abfassung einer Patientenverfügung bedarf es nicht der vollen Geschäftsfähigkeit, es reicht Einwilligungsfähigkeit. Das ist die Fähigkeit, nach ärztlicher Aufklärung und Beratung Art, Bedeutung und Tragweite (Risiken) der ärztlichen Maßnahme zu erfassen und wirksam in ärztliche Maßnahmen einzuwilligen.

Bei Vorliegen einer verbindlichen Patientenverfügung nach § 1901a Absatz 1 BGB ist eine Behandlung gegen den Willen des Betroffenen selbst dann nicht mehr möglich, wenn eine Unterbringung durch den Betreuer oder nach einem Landesgesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) vorliegt.⁵³ Bestimmt etwa ein an einer Psychose erkrankter Mensch in einer Phase seiner Erkrankung, in der seine Einwilligungsfähigkeit gegeben ist, dass er in einer späteren akuten Phase seiner Erkrankung ohne Einwilligungsfähigkeit weder mit Medikamenten noch anderweitig behandelt werden möchte, so darf die Behandlung nicht gegen seinen Willen erfolgen.

Da psychische Erkrankungen die Selbstbestimmungsfähigkeit von Patienten aufheben können, bedarf die Prüfung von Selbstbestimmungsfähigkeit bei der Verfassung von Patientenverfügungen in der Psychiatrie besonderer Beachtung.⁵⁴ Für Menschen mit psychischen Erkrankungen kann es deshalb ratsam sein, sich vom Arzt bescheinigen zu lassen, dass man beim Abfassen der Verfügung einwilligungsfähig gewesen ist.

Vorsorgevollmacht

Mit einer Vollmacht kann man eine oder mehrere andere Personen dazu berechtigen, für sich als den Vollmachtgeber ver-

bindlich zu handeln und ihm so rechtliche Vertretungsmacht erteilen. Die Erteilung einer solchen Vollmacht ist ein Rechtsgeschäft und setzt damit voraus, dass der Vollmachtgeber geschäftsfähig ist. Erteilt der Vollmachtgeber die Vollmacht für den Fall einer eigenen Entscheidungsunfähigkeit, nennt man dies Vorsorgevollmacht.

Es ist möglich, eine Vorsorgevollmacht auch nur für einzelne Teilbereiche, wie zum Beispiel Gesundheits- oder Vermögensangelegenheiten zu erteilen. Durch eine umfassende Vorsorgevollmacht, die ausdrücklich auch Fragen der Heilbehandlung, der Aufenthaltsbestimmung, der freiheitsentziehenden Maßnahmen und anderes regelt, kann der Vollmachtgeber selbst dafür sorgen, dass seine gesamten Angelegenheiten in seinem Interesse erledigt und gegenüber Ärzten, Pflegekräften, Vermietern, Behörden, Versicherungen und anderen vertreten werden. Liegt eine Vorsorgevollmacht vor, erübrigt sich die Bestellung eines rechtlichen Betreuers. Ein Vorsorgebevollmächtigter unterliegt im Gegensatz zum rechtlichen Betreuer nicht der staatlichen Kontrolle. Das Vertrauen zum (Vorsorge-) Bevollmächtigten ist daher von besonderer Bedeutung.

Betreuungsverfügung

Von der Vollmacht zu unterscheiden ist die Betreuungsverfügung. Diese berechtigt nicht zur Vertretung bei Rechtsgeschäften. In ihr legt der Betroffene Wünsche fest für den Fall, dass – weil keine Vollmacht erteilt wurde – ein rechtlicher Betreuer bestellt werden muss. Der Betroffene äußert darin Wünsche zur Person des zu bestellenden Betreuers oder wer auf keinen Fall zum Betreuer bestellt werden soll. Diese Wünsche sind für das Gericht grundsätzlich verbindlich, sofern sie nicht dem Wohl des Betroffenen zuwiderlaufen. In die Betreuungsverfügung kann auch alles aufgenommen werden, was von einem eventuell zukünftig bestellten Betreuer beachtet werden soll. Die Vertretungsmacht erhält der rechtliche Betreuer erst zu einem späteren Zeitpunkt durch die gerichtliche Bestellung. Zur Abfassung einer Betreuungsverfügung ist die Geschäftsfähigkeit des Verfassers nicht erforderlich, da es sich nicht um eine Willenserklärung, sondern um die Äußerung von Wünschen handelt.

Krisenpass

Eine einfach zu handhabende Form der Vorsorge, die die drei Grundformen sinnvoll ergänzen kann, ist der Krisenpass.

⁵³ Zur Verbindlichkeit von Patientenverfügungen im Maßregelvollzug siehe OLG Zweibrücken, 1 Ws 90/11 (Vollz), Beschluss vom 01.08.2011

⁵⁴ Vollmann, Jochen, Patientenverfügungen bei psychischen Erkrankungen – Möglichkeiten und Grenzen aus medizinischer Sicht, in der Dokumentation des Workshops „Patientenverfügung und Behandlungsvereinbarung bei psychischen Erkrankungen“ am 07.07.2010, Berlin, Rathaus Schöneberg

Krisenpässe entfalten nicht die gleiche rechtliche Verbindlichkeit wie Behandlungsvereinbarungen oder Patientenverfügungen. Sie können aber in einer Notfallsituation wichtige Hinweise für eine dem Willen des Patienten entsprechende Behandlung geben. Die Münchner Psychiatrie-Erfahrenen e. V.⁵⁵ haben zusammen mit der Münchener Teestube KontaktTee dieses Dokument entwickelt.

Der Inhaber des Krisenpasses lässt von einem Arzt die Medikamente, die ihm bisher im Krisenfall geholfen oder auch geschadet haben, eintragen und per Stempel und Unterschrift bestätigen. Außerdem können die Namen von Vertrauenspersonen, die im Krisenfall benachrichtigt werden sollen angegeben sowie ein Hinweis auf existierende Vorsorge-schriftstücke eingefügt werden. Schließlich ist noch Raum für besondere Wünsche.

Behandlungsvereinbarung

In der Psychiatrie gibt es seit einigen Jahren die sogenannte Behandlungsvereinbarung. Sie hält individuelle Absprachen mit ehemaligen Patienten einer psychiatrischen Klinik für den Fall einer erneuten stationären Behandlung fest. Dabei knüpft die Vereinbarung an eine bereits zurückliegende Behandlung in einer bestimmten Klinik an und ist auf die Besonderheiten des jeweiligen Patienten und die spezielle Klinik abgestimmt. Gegenstand sind Aussagen zur Gestaltung der Unterbringungssituation, die Klärung sozialer Fragen sowie die Behandlungssituation als solche. Werden diese Vereinbarungen in krisenfreien Zeiten schriftlich getroffen, sind sie als besondere Formen einer Patientenverfügung anzusehen. Der darin niedergelegte Wille des Betroffenen ist also, wenn die sonstigen Voraussetzungen erfüllt sind, nach § 1901a Absatz 1 und 2 BGB verbindlich.⁵⁶

Psychiatrisches Testament

Im Gegensatz zur Behandlungsvereinbarung ist das psychiatrische Testament weiter gefasst. Hier legt der Betroffene für den Fall, dass es zu einer Zwangsunterbringung in einem psychiatrischen Fachkrankenhaus kommt, fest, welche Art von psychiatrischer Behandlung er wünscht oder ablehnt. Es enthält ferner Vollmachten sowie Wünsche und Anweisungen des Betroffenen zur Person eines eventuell erforderlichen Betreuers und zur Benachrichtigung einer Vertrauensperson bei Unterbringung.

PatVerfü

Mit Inkrafttreten des 3. Betreuungsrechtsänderungsgesetzes haben Interessenverbände der Psychiatrie-Erfahrenen eine besondere Form der Patientenverfügung entwickelt, die PatVerfü. Sie ist kombiniert mit einer Vorsorgevollmacht und untersagt von vorneherein alle psychiatrischen Diagnosen.

Diese Patientenverfügungsvordrucke, wie sie seit dem 1. September 2009 von Verbänden der Psychiatrieerfahrenen herausgegeben werden,⁵⁷ können die Unterbringung selbst zur Abwendung einer akuten Selbst- oder Fremdgefährdung Unterbringungen nicht vollständig verhindern, auch wenn dies entsprechend dargestellt wird. Die Unterbringung als solche wird von den Bestimmungen zur Patientenverfügung nicht berührt. Sie erfolgt auf Grundlage der bestehenden Gesetze in den von der Rechtsprechung gezogenen Grenzen. Ob dies künftig bestehen bleiben kann, richtet sich nach den Regelungen der UN-Behindertenrechtskonvention, deren Auslegung im Einzelnen noch umstritten ist.

Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Sozialpsychiatrie

„Das professionelle Handeln wird zu Recht in wechselndem Maße von einer kritischen Öffentlichkeit begleitet und muss für die Nutzer, die Kostenträger, die Vertreter von Politik und Verwaltung transparent und nachvollziehbar sein. Auch diese Fähigkeit will gelernt sein. Dieser Wandel führt zu einem veränderten Selbstbild der Professionellen, die sich nicht mehr nur als Experten verstehen können, die über die Kompetenz und Macht zur Lösung sozialer Problemlagen verfügen, sondern sich vielmehr in der Rolle von Moderatoren und Organisatoren von Aushandlungs- und Kooperationsprozessen sehen müssen. Professionelles sozialpsychiatrisches Handeln verlangt den flexiblen und reflexiven Umgang mit unterschiedlichen Rollen und Funktionen, das Verständnis der und den aktiven Umgang mit den sozialwirtschaftlichen Rahmenbedingungen sozialer Arbeit, die Kompetenz zur Netzwerkarbeit und zur Einbeziehung nicht professioneller Hilfen. Der Verzicht auf ein privilegiertes Expertenwissen hat weitreichende Konsequenzen. An die Stelle vermeintlicher Gewissheiten tritt ein größeres Maß an Bescheidenheit, Achtung und Zurückhaltung und die Notwendigkeit, mit Ungewissheiten, vorläufigen Beschreibungen und Ambivalenzen umgehen zu lernen.“⁵⁸

55 Siehe Muster unter: <http://www.muepe.org/Patientenrechte/pass.pdf>

56 Marschner, Rolf, Rechtliche Aspekte von Behandlungsvereinbarungen, in der Dokumentation des Workshops „Patientenverfügung und Behandlungsvereinbarung bei psychischen Erkrankungen“ am 07.07.2012, Berlin, Rathaus Schöneberg

57 Siehe hierzu exemplarisch: <http://www.patverfue.de>

58 Armbruster, Jürgen, Fahr-Armbruster, Sylvia (2011): Qualifizierung für personenzentriertes Handeln. Seite 246. In: Rosemann, Matthias, Konrad, Michael (Hg): Handbuch Betreutes Wohnen.

Diese so treffende Beschreibung der Anforderung an die Mitarbeitenden in der Sozialpsychiatrie macht offensichtlich, dass es nicht ausreicht, Menschen mit abgeschlossener Fachausbildung anzustellen.

Es steht außer Frage, dass für jede und jeden professionell Tätigen ein (arbeits-)lebenslanges Lernen selbstverständlich sein muss. Dazu gehören neben regelmäßigen fachspezifischen Fort- und Weiterbildungen auch so spezielle persönlichkeitsfördernde Methoden, wie sie in Deeskalationstrainings, gewaltfreier Kommunikation, Traumatherapie und der sozialpsychiatrisch-systemischen Zusatzausbildung vermittelt werden. Es empfiehlt sich, diese unterschiedlichen Qualifizierungen unter den Mitarbeitenden im Team so zu verteilen, dass eine gute Mischung entsteht und dadurch alle profitieren können.

Es sollte selbstverständlich sein, dass jede Leitung einer sozialpsychiatrischen Einrichtung schon bei der Stellenbesetzung darauf achtet, respektvolle, empathische, belastbare und flexible Menschen einzustellen. In Fallbesprechungen, Supervisionen und Dienstübergaben ist auf eine respektvolle Sprache und ein Vertiefen des Verständnisses für die Betroffenen und deren Lebensgeschichte zu achten. Schwierige Themen wie Macht, Machtmissbrauch, Ohnmacht und den Umgang mit Zwang und Gewalt sind immer wieder an zu sprechen.

Bei einer konsequenten Orientierung an respektvollen und achtsamen Haltungen und Umgangsweisen, sinken aggressive Verhaltensweisen von Klientinnen und Klienten offensichtlich. Nichtsdestotrotz kann es auch zu gewaltsamen Situationen kommen, die nicht durch respektvolles Reden und freundliche Atmosphäre zu beruhigen sind. Hier kommen die speziellen Methoden der Deeskalation zur Anwendung.

Psychiatrisch Tätige erleben in ihrem Beruf unvermeidlich Ohnmacht und Hilflosigkeit angesichts von Menschen, die sich nicht behandeln lassen wollen und denen es womöglich zusehends schlechter geht. Eine professionelle Haltung erfordert die ständige reflexive Auseinandersetzung mit solchen Situationen. Es gilt die Auswirkungen auf andere Bewohner, Patienten oder Klienten zu minimieren, Kolleginnen, Kollegen und Mitarbeitende zu schützen und trotzdem nicht rasch zu Zwangsmaßnahmen zu greifen. Dies ist nur mit Fall- und Teamsupervision leistbar. Supervisionsangebote sind ein wichtiges Mittel, um bei den hohen Anforderungen in sozialpsychiatrischen Arbeitsfeldern die qualifizierte Arbeitsfähigkeit der Mitarbeitenden und der Teams langfristig zu erhalten und

zu entwickeln. Geschulte Genesungsbegleiterinnen und -begleiter, die nach einer EX-IN-Ausbildung in (sozial-)psychiatrischen Einrichtungen mitarbeiten, bringen aufgrund der Psychiatrieerfahrung und der damit einhergehenden Themen in ihrem Leben viel Wissen und Einfühlungsvermögen mit. Sie können in einem Team bei Aggression, Gewalt und Zwang oft eine sensible „Dolmetscher- und Vermittlerfunktion“ zwischen der Betroffenen- und der Sicht der Professionellen übernehmen. Doch ihre besondere Rolle erfordert oft und vor allem zu Beginn ihrer Tätigkeit eine deutliche Unterstützung durch das Team. Sinnvoll kann es sein, ihnen persönliche Mentoren zur Seite zu stellen. Auch Einzelsupervision außerhalb des Teams kann hilfreich sein. Gleichzeitig ist aber auch das Team herausgefordert, da eine wirkliche Partizipation der Genesungsbegleiterinnen und -begleiter nur gelingen kann, wenn die „alten“ Mitarbeitenden auch bereit sind, sich in ihrer Fachlichkeit in Frage stellen zu lassen.

Darüber hinaus sollten die Mitarbeitenden auch über Rechtskenntnisse zumindest in den Bereichen verfügen, die die Schnittstellen zwischen Psychiatrie und Recht darstellen, insbesondere in den Fällen, wo etwas gegen oder ohne den Willen des Betroffenen geschehen soll. Das Betreuungsrecht, das Unterbringungsrecht des jeweiligen Bundeslandes, das dazugehörige Verfahrensrecht (FamFG), aber natürlich auch die diese durchdringenden UN-BRK und das Grundgesetz sollten nicht nur bekannt sein, sondern vor allem von ihrer Intention her verstanden werden. Daneben sind auch Kenntnisse des Sozialleistungsrechts notwendig, da nicht jeder psychisch kranke Mensch einen Betreuer hat, trotzdem aber oft kurzfristig Unterstützung bei der Durchsetzung von Ansprüchen braucht.⁵⁹ Die örtlichen Versorgungs- und Hilfsstrukturen sollten in ihrer Vernetzung und ihren speziellen Angeboten vertraut sein, um im Alltag die individuell sinnvollste Hilfe und Unterstützung empfehlen zu können.

4.2 Weiterentwicklung der Versorgungs- und Behandlungsstrukturen

Die regionalen Versorgungsstrukturen sind unter den Gesichtspunkten der Erreichbarkeit, Niedrigschwelligkeit und Zuverlässigkeit zu analysieren. Die Bürgerinnen und Bürger einer Region müssen in einer angemessenen Zeit Zugang zu Diensten und Einrichtung zur Beratung, Krisenbewältigung oder -begleitung, Unterstützung und Behandlung haben. In diesem Kapitel werden Aspekte einer Versorgungsstruktur beleuchtet,

⁵⁹ Hierbei sind die Vorgaben und Richtlinien des Rechtsdienstleistungsgesetzes zu beachten.

die dazu beitragen können, in ihrer Differenziertheit sowie der Ausrichtung auf die individuellen Bedürfnisse der erkrankten Menschen Zwangsmaßnahmen zu verhindern und auf ein Mindestmaß zu minimieren.

Versorgungsverpflichtung im Verbund/gemeinsame Verantwortung für personenorientierte Hilfen

Menschen mit psychischen Erkrankungen haben unterschiedliche Bedarfe und Wünsche an Hilfen, teilweise müssen diese schnell und flexibel zur Verfügung gestellt werden. Gelingt das nicht, besteht die Gefahr, dass auf krisenhafte Verläufe zu spät oder nicht adäquat reagiert wird, was letztendlich zu Zwangseinweisungen führen kann. Von daher sind Zwangseinweisungen in dem Zusammenhang mit der Qualität der regionalen Versorgung zu betrachten. Häufig fehlt es an der Vernetzung der verschiedenen Angebote und Leistungserbringer miteinander und einer umfassend medizinischen Begleitung, um Menschen ambulant in Krisensituationen zu versorgen sowie lange und teure stationäre Aufenthalte zu vermeiden.⁶⁰ Zusätzlich fehlt in vielen Regionen ein klares Bekenntnis zur Versorgungsverpflichtung. Das führt dazu, dass psychisch kranke Menschen nicht selten weitab von ihrer Heimat untergebracht werden, weil es kein Angebot für sie in ihrer Region gibt.

Notwendig ist ein regionales Versorgungssystem, das die Bedarfe der psychisch erkrankten Bevölkerung decken kann. Dabei muss ein ausreichender Spielraum für individuelle Lösungen gegeben sein. Im Idealfall gibt es in einer Region Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten von der vollstationären klinischen Versorgung bis zur ambulanten Behandlung/Betreuung im persönlichen Umfeld und dies unabhängig vom Schweregrad der Erkrankung. Handlungsleitend sind die individuellen Bedürfnisse und Vorstellungen des Betroffenen.

Eine personenorientierte Hilfestaltung – geleitet vom individuellen Bedarf und den Wünschen des betroffenen Menschen und seines Umfelds – macht einen Hilfemix über Einrichtungs-, Träger- und Finanzierungsgrenzen hinweg notwendig. Hier bedarf es des Engagements aller Akteure, um die Schnittstellen reibungsarm und immer im Sinne der Menschen mit psychischer Erkrankung zu gestalten.

Die Ziele der Personenorientierung und der Versorgungsverpflichtung in einer Region können nicht dem Engagement

Einzelner überlassen werden. Es bedarf einer klaren politischen Willensbekundung, die alle Akteure in die Pflicht nimmt und Verbindlichkeit herstellt. Die Initiierung von Gemeindepsychiatrischen Verbänden kann an dieser Stelle jeder Region dringend empfohlen werden.⁶¹

Die Schnittstellen zwischen den Leistungsangeboten der verschiedenen Sozialgesetzbücher sind teilweise mit hohen Reibungsverlusten verbunden. Um diese Schnittstellenarbeit im Sinne der Betroffenen zu leisten, bedarf es neben einer kooperativen Haltung der beteiligten Akteure auch der Bereitstellung ausreichender Ressourcen. „Wenn Therapie nachhaltig sein soll, müssen Strategien aus dem SGB V-Bereich mit solchen aus dem SGB XII-, dem SGB II- oder dem SGB XI-Bereich kombiniert werden und die Behandlungskonzepte müssen nahtlos ineinander übergehen.“⁶²

Flächendeckende ambulante und aufsuchende Hilfen auch in Krisensituationen/Krisendienste

Krisen können an 24 Stunden, an 365 Tagen im Jahr auftreten. Krisen haben eine „Vorgeschichte“ oder treten plötzlich auf. Gestalt, Intensität und Verlauf einer Krise sind höchst individuell. Einige Betroffene haben für Krisenfälle Vorkehrungen getroffen, was und wer ihnen dann wie helfen kann und soll (siehe oben). Die meisten Menschen haben dies nicht, zumal eine Krise auch am Anfang einer psychischen Erkrankung stehen kann. Eine Krisenbegleitung muss sich, wenn sie hilfreich sein will, an den individuellen Wünschen und Bedürfnissen des betroffenen Menschen orientieren und bietet eine kontinuierliche Beziehung.

Von daher ist es notwendig, dass in jeder Region, jenseits einer Klinik, ein Krisenangebot rund um die Uhr vorgehalten wird. Die Ausgestaltung ist von einer vorausgegangenen Analyse abhängig, die Auftretenshäufigkeiten, Bedingungen im Sozialraum sowie Verfügbarkeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes umfasst.

Gerade in ländlichen Regionen müssen ambulant aufsuchende Krisen(bereitschafts)dienste installiert werden. Krisendienste arbeiten niedrigschwellig und begleiten vor Ort unter Einbeziehung des sozialen Umfelds. Diese können von Trägern gemeindepsychiatrischer Angebote unter Einbeziehung von Genesungsbegleiterinnen und -begleitern übernommen werden. Not(krisen)betten komplettieren das Angebot. Der Auf-

60 Stellungnahme der Verbände des Kontaktgesprächs Psychiatrie

61 www.bag-gpv.de

62 Krüger,U.: Ein Krankenhaus macht mobil, in: Psychosoziale Umschau 3/2010, Psychiatrie Verlag Bonn

bau von Krisendiensten kann und darf allerdings nicht der Beliebigkeit und der Abhängigkeit von dem Finanzstatus einer Kommune überlassen werden. Ein Bekenntnis des Gesetzgebers zu diesem Leistungsangebot mit der Klärung der Finanzierungsfragen ist überfällig (siehe die politischen Forderungen).

In Großstädten haben sich in den vergangenen Jahren einige Modelle entwickelt. So werden sich Kriseneinrichtungen ähnlich der Berliner Krisenpension⁶³ nur für Ballungsgebiete eignen. Die Krisenpension stellt individuell zugeordnete Bezugsbegleiter zur Verfügung, sichert eine 24-Stunden-Erreichbarkeit zu und verfügt über einen ärztlichen Hintergrunddienst. Der Ort der Krisenbegleitung ist das persönliche Umfeld der Klientinnen und Klienten, Räume des Leistungserbringers oder eine zur Verfügung stehende Krisenpension.

Weiterentwicklung der Krankenhausbehandlung und Home-Treatment

Durch den Bettenabbau in den Kliniken haben die Verweildauern in der Vergangenheit deutlich abgenommen. Ein Ausbau des ambulanten Behandlungsnetzes hat nicht im ausreichenden Maße stattgefunden mit der Folge, dass viele Patientinnen und Patienten unter- beziehungsweise fehlversorgt sind. Es ist zu begrüßen, dass stationäre Behandlungskapazitäten abgebaut worden sind, auch um hier Fehlanreize für zu lange Aufenthalte zu vermeiden. Allerdings ist festzustellen, dass das ambulante Behandlungsnetz nicht entsprechend gewachsen ist. Das hatte zur Folge, dass die Aufnahmezahlen in den Kliniken deutlich anstiegen. Die Lücken im ambulanten Versorgungssystem müssen durch Angebotserweiterungen verringert werden. So sind die vom Gesetzgeber eingeführten Angebote der Psychotherapie (seit 2000) und der ambulanten psychiatrischen Pflege (seit 2005) an den für potentielle Leistungserbringer eingerichteten Zulassungsschranken gescheitert. Von einer flächendeckenden Einführung ist man heute noch weit entfernt. Hier besteht dringender Nachbesserungsbedarf.

Die Gestaltung der zukünftigen Krankenbehandlung muss sich an den Prinzipien Erreichbarkeit, Unabhängigkeit der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Krankenkasse und Vermeidung oder Reduzierung von stationärer Behandlung orientieren. Versicherungsleistungen können nicht, erst recht nicht, wenn sie aufsuchenden Charakter haben, wohnortabhängig sein. Alle Leistungen müssen für jedes Krankenkassenmitglied, gleich ob es in der Stadt oder auf dem Land lebt, zur Verfügung stehen. Außerklinische Leistungsangebote müssen immer sozialraumorientiert umgesetzt werden.

63 www.krisenpension.de

Home-Treatment als Beispiel für die Weiterentwicklung der Kranken(haus)-behandlung

Home-Treatment ist eine Form der Akutbehandlung im häuslichen Umfeld und wird von einem multiprofessionellen Behandlungsteam durchgeführt. Es eignet sich für die verschiedenen Krankheitsbilder auch in ausgeprägter Form. Home-Treatment wird ganztägig an sieben Tagen in der Woche angeboten. Wesentliche Bestandteile und Wirkfaktoren sind regelmäßige Hausbesuche, eine integrierte ärztlich-psychiatrische Behandlung und die permanente und rasche Verfügbarkeit der Mitarbeitenden. Als vorteilhaft im Vergleich zu klinischer Behandlung wird beschrieben, dass die Lebensgewohnheiten und -abläufe weitestgehend auch während der akuten Phase der Erkrankung aufrechterhalten werden können. Defizite und Ressourcen können genauer erfasst wer-

Unterbringung zur Zwangsbehandlung

Acht Tage nach der Entbindung von ihrem zweiten Kind hatte die 25-jährige Frau K. in Begleitung ihrer Eltern freiwillig die Klinik aufgesucht. Frau K. war wie viele junge Mütter überfordert und zeigte depressive Symptome. Der „Fall“ wurde der Besuchskommission vom Stationsarzt vorgestellt mit der Erläuterung, die Patientin habe eine postpartale Psychose, daher habe sie initial zweimal zwangsweise ein Neuroleptikum gespritzt bekommen und sei fixiert worden. Jetzt werde sie mit einem anderen Neuroleptikum oral behandelt. Stillen würde sie nicht mehr, sie sei durch die Klinik medikamentös abgestillt worden. Der Antrag auf Unterbringung nach PsychKG sei von der Klinik wegen Selbstgefährdung gestellt worden, weil die junge Frau verstummt, wahnhaft und krankheitsuneinsichtig sei. Eine konkretere Gefährdungsbegründung fehlte. Das Protokoll der gerichtlichen Anhörung hebt auf Fremdgefährdung ab, da „die Patientin beinahe ihr Kind fallen gelassen“ habe. Frau K. berichtete, sie habe in der Klinik „erst mal zur Ruhe kommen“ wollen, Medikamente habe sie wegen des Stillens abgelehnt. Es sei ihr nicht gesagt worden, dass sie Medikamente zur Unterdrückung der Milchproduktion bekäme. Offensichtlich gab es gar nicht den Versuch, mit der jungen Mutter ins Gespräch über Behandlungsmöglichkeiten und -ziele zu kommen. Eine Zwangsunterbringung wurde veranlasst, um die juristische Handhabe zur Zwangsmedikation zu haben. Das Gericht merkte zumindest, dass die Selbstgefährdung nicht haltbar ist und beschließt auf Fremdgefährdung. Die Rechte der jungen Frau finden kein Gehör.

Margarete Osterfeld: Heilsamer Zwang? Patiententraumatisierung durch die Psychiatrie. In: PsychPfleger, 2012; 18: 21-23

den und der Behandlungsplan wird individuell zugeschnitten. Die sozialen Kompetenzen und Bezüge der psychisch Erkrankten bleiben erhalten.

Durch den engen Einbezug der „Lebenswelt der Erkrankten“ mit bedarfsorientierter Planung und Hilfestellung, Beteiligung von Angehörigen und Bezugspersonen, Betreuern und komplementären Einrichtungen ist es „vor Ort“ gezielter möglich, Stärken, Schwachpunkte und krankheitsunterhalte Faktoren zu erkennen, in die Behandlung gezielt mit einzubeziehen und Veränderungen zu initiieren.

Zusätzlich werden Hospitalisierungstendenzen entgegengewirkt.⁶⁴

Die Betroffenen sind durch das Wissen, nicht in ein Krankenhaus zu müssen, wenn sie dies nicht möchten, entlastet und können ihre Krankheitssymptome früher äußern. Dies führt zu einer positiveren Behandlungs- und Kooperationsbereitschaft und trägt zur Verbesserung der Lebensqualität bei. Die Behandlungszufriedenheit der Patientinnen und Patienten sowie von deren Angehörigen ist höher als bei herkömmlichen stationären klinischen Settings. Home-Treatment senkt die Rate von Einweisungen und Zwangsmaßnahmen deutlich.⁶⁵

Home-Treatment ersetzt die stationäre Behandlung nicht vollständig, kann aber die Dauer von Klinikaufhalten deutlich verkürzen.

Home-Treatment muss in Deutschland weiter ausgebaut werden und hinkt der Entwicklung in anderen Ländern weit hinterher. Momentan wird dieser Behandlungsansatz nur an einigen Modellstandorten (zum Beispiel Krefeld, Günzburg, Geesthacht, Frankfurt, Hamburg) angeboten.⁶⁶

Die aktuelle Krankenhausfinanzierung (Trennung von ambulant und stationär) trägt nicht zur Umsetzung innovativer und patientenorientierter Behandlungsmethoden und Versorgungskonzepten bei. Durch die Verabschiedung des Gesetzes zur Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen 2012 wurde

die Möglichkeit geschaffen, in allen Bundesländern Modellprojekte zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung zu initiieren. Es ist zu hoffen, dass diese Modellprojekte zeitnah umgesetzt und begleitend evaluiert werden. Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen müssen Veränderungen in der gesamten Versorgungslandschaft anregen.⁶⁷

Integrierte Versorgung (IV)

Seit dem Jahr 2000 und forciert durch das GKV-Modernisierungsgesetz 2004 können Leistungserbringer und Krankenkassen Verträge zur integrierten Versorgung miteinander abschließen. Dadurch ist es möglich, eine sektorübergreifende Versorgung unter Einbeziehung von Klinik, niedergelassenen Ärzten, Medizinischen Versorgungszentren, ambulanter und stationärer Rehabilitation, Apotheken und von nichtärztlichem Leistungserbringer anzubieten. Ein Versorgungsvertrag beschränkt sich auf Indikationsstellungen und Versicherte einer bestimmten Krankenkasse in einer Region. Die Leistungserbringer schließen sich in einem (Behandlungs-)Netz zusammen, übernehmen das Fallmanagement und koordinieren so die verschiedenen Leistungen. Kooperations- und Schnittstellenhemmnisse werden dadurch minimiert. Die Versicherten entscheiden sich freiwillig für dieses Angebot ihrer Krankenkasse und nutzen dadurch die Möglichkeit flexibler Behandlungsgestaltung, die jenseits sektoraler Grenzen angeboten werden kann. Ziele der integrierten Versorgung sind eine bessere Qualität der Versorgung der Versicherten, das Angebot von Leistungen aus einer Hand und Kosten zu senken.⁶⁸

Modelle der integrierten Versorgung tragen dazu bei, Behandlungsangebote, die bisher nicht (ausreichend) vorhanden waren, in der Region zu installieren oder diese auszubauen. Zu denken ist hier insbesondere an Soziotherapie, Psychotherapie, auch für schwer erkrankte Menschen, ambulante psychiatrische Pflege, Krisenbegleitung, medizinische Rehabilitation und Angebote der Prävention und Rückfallprophylaxe. Die Gestaltung der Angebotsstruktur, die unter den Prämissen ambulant vor stationär auch in der Krise sowie integrativ in das soziale Umfeld wirkend, steht, trägt dazu bei, geschlossene Unterbringung zu vermeiden.

64 Horn, A., Runge, A.; Klinisches Home Treatment; www.alexianer-krefeld.de/fileadmin/usb_upload/alexianer-krefeld.de/04_unsere_Angabote/02_Hilfen_bei_psychischen_erkrankungen/Fachinformationen_zur_Integrativen_Psychiatrischen_Behandlung.pdf

65 Bock, T.: Und sie bewegt sich doch ...! DGSP in der Zeit nach der Psychiatrie-Enquete (40. Geburtstag)

66 Zum Beispiel www.bkh-guenzburg.de/psychiatrie/home_treatment.de www.vitos-hochtaunus.de/hochtaunus/einrichtungen/erwachsenenpsychiatrie/apah.html

67 Vergleiche zu den Kriterien guter psychiatrischer, klinischer Behandlung aus Sicht der Diakonie, Diakonie Text 8.2012.

68 www.integrierte-versorgung.psychnet.de

Die Ausgestaltung von IV-Modellen bergen die Risiken, dass immer mehr davon abhängt, in welcher Kasse der Versicherte ist. Nicht jeder Versicherte hat Anspruch auf die gleiche Leistung. Auch kann es dazu führen, dass die Form des Einschreibens in ein Modell für den einen oder anderen Versicherten eine zu hohe Schwelle ist, und ihm dadurch die Leistungen nicht zur Verfügung stehen. Es ist zu befürchten, dass die freie Arztwahl beziehungsweise das Wahlrecht bei nicht-ärztlichen Leistungen, für den Versicherten eingeschränkt wird. Für Patientinnen und Patienten, die ein Angebot der integrierten Versorgung nicht nutzen, darf es keine Angebots-/Leistungsverschlechterungen geben. Auf diese Entwicklungen ist bei der Implementierung und Weiterentwicklung von IV-Modellen zu achten und gegebenenfalls politisch gegenzusteuern. Zu unterstützen ist der Zusammenschluss möglichst vieler Kassen, um den Erkrankten einer Region den gleichen Zugang zu Gesundheits- und Unterstützungsleistungen zu gewährleisten.

Regionale Psychiatriebudgets

In vereinzelt Regionen in Deutschland wurden für psychiatrische Versorgungskliniken Psychiatriebudgets vereinbart. Das heißt, die Kliniken erhalten einen festgelegten Betrag, in etwa der Höhe der letzten Jahre und behandeln die Patientinnen und Patienten einer definierten Region bedarfsgerecht ambulant, aufsuchend, stationär oder teilstationär. Es wird eine bestimmte Anzahl von Behandlungen vereinbart und nicht von Behandlungstagen. Bisherige sektorale Grenzen der Behandlung werden dadurch aufgelöst, die Kliniken können bedarfsgerecht den Klientinnen und Klienten auf ihre Erkrankung, Wünsche und sozialen Bedingungsfaktoren abgestimmte Behandlungsangebote unterbreiten. Durch diese flexible Angebotsgestaltung können auch Patienten erreicht werden, die eine stationäre Behandlung bisher abgelehnt haben. Eine weitere Begleiterscheinung ist, dass Home-Treatment angeboten werden kann, deutlich mehr ambulant und teilstationär behandelt werden kann und die Bettenzahl reduziert wird. Tagesklinische Plätze wurden erhöht und die Behandlungstage und Verweildauern deutlich reduziert.⁶⁹ Patientinnen und Patienten profitieren von deutlich verkürzten vollstationären Aufenthalten, einer verbesserten Behandlungs- und Beziehungskonstanz, einer integrativen settingübergreifenden Behandlung, von flexiblen individuellen Behandlungskonzepten und einer verbesserten sozialen Integration (ebd.). „Das RPB (Regionale Psychiatrie Budget) schafft die Voraus-

setzungen dafür, dass Patienten mit hoher Kontinuität und Flexibilität betreut werden können.“⁷⁰

Psychiatrisch-psychotherapeutische Angebote und Teams in nichtpsychiatrischen Arbeitsfeldern

In verschiedenen Bevölkerungsgruppen sind deutlich höhere Raten an psychischen Erkrankungen zu verzeichnen als in der Durchschnittsbevölkerung. Das trifft beispielsweise auf Kinder und Jugendliche, die in der Jugendhilfe betreut werden aber auch auf Menschen, die in Alters- und Pflegeheimen leben sowie auf Personen, die von der Wohnungslosenhilfe betreut werden, zu.

Durch eine frühe Einbindung psychiatrisch-psychotherapeutischer Kompetenz in andere Arbeitsfelder können chronische und eskalierende Krankheitsverläufe gegebenenfalls verhindert auch Zwangsmaßnahmen reduziert werden.

Kinder- und Jugendhilfe

Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen finden sich überproportional oft in der Kinder- und Jugendhilfe. Die Ergebnisse der ersten Ulmer Heimkinderstudie⁷¹ belegen, dass bei über 70 Prozent der Kinder und Jugendlichen in einer stationären Jugendhilfemaßnahme Auffälligkeiten, die auf eine psychische Erkrankung hinweisen, zu verzeichnen sind. 30 Prozent davon sind klinisch hoch auffällig. Besonders häufig leiden diese Kinder unter Symptomen, die auf eine Störung des Sozialverhaltens und hyperkinetische Störungen hinweisen. Aber auch Depression, Enuresis und Substanzmissbrauch liegen um ein vielfaches höher als in der Normalbevölkerung. Sehr häufig gab es Hinweise auf mehrere Verhaltensstörungen gleichzeitig, zusätzlich ist für diese Kinder und Jugendlichen ein extrem belasteter sozialer Hintergrund charakteristisch. Der Unterstützungs- und Hilfebedarf dieser Kinder kann nur durch ein Zusammengreifen von pädagogischen und psychiatrisch/ psychotherapeutischen Methoden und Hilfen gedeckt werden. „Bei „besonders schwierigen“ Kindern und Jugendlichen kann es sich also um „Grenzgängerinnen“ und „Grenzgänger“ handeln, die dringend einer gut ineinander greifenden Hilfe von Seiten der Kinder- und Jugendhilfe wie der Kinder- und Jugendpsychiatrie bedürfen, ohne diese immer zu bekommen.“⁷²

69 www.kh-itzehoe.de/deutsch/unsere_kliniken/zentrumfuerpsychosozialemedizinpsychiatrie-psychotherapie-psychosomatik/RegionalesPsychiatrieBudget/page.html.

70 Petersen, H-P; Hejnal, T: Regionales Psychiatriebudget, In: Psychiatrische Pflege 2010, 16, S. 40-43

71 Schmid, Marc, Psychische Gesundheit von Heimkindern, Weinheim, Juventa, 2007

72 13. Kinder- und Jugendbericht; BT-Drucksache 16/12860, S. 217

In der zweiten Ulmer Heimkinderstudie wurde untersucht, wie förderlich sich niedrigschwellige, milieuorientierte, ambulante Liaisondienste mit einer leitlinienorientierten und evidenzbasierten Behandlung in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe auswirkt. Die behandelten Kinder und Jugendlichen wurden signifikant seltener wegen psychischen Krisen stationär behandelt. Dieses Modell ist auch ausbaubar für Schulen, für Erziehungshilfe, stark belastete Pflegefamilien und andere.⁷³

Als aufsuchende kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Hilfe wird die Entwicklung von Home-Treatment-Modellen ähnlich denen in den USA, Großbritannien, der Schweiz und Norwegen (Schepker) gefordert. „Intensive psychiatrische Behandlungsansätze im natürlichen Milieu von Kindern und Jugendlichen, zum Beispiel in Familie, Heim, Pflegefamilie, spezifische Beschulungseinrichtungen, helfen Trennungen zu vermeiden, Bindungen aufrecht zu erhalten, Beziehungsabbrüche zu verhindern, Familienkompetenzen zu entwickeln und Inklusion zu fördern. Behandlungen im natürlichen Umfeld ist die ideale Form der inklusiven Behandlung und kann viele Akzeptanzprobleme intensiver psychiatrischer Hilfe bei Inanspruchnahme durch Familien reduzieren, es verhindert Abbruchquoten nachweislich (Huey et al. 2000, Ronan et al. 2004)“.⁷⁴

Multisystemische Therapie für Kinder und Jugendliche mit Störungen des Sozialverhaltens im Alter von 12 bis 17 Jahren ist ein Beispiel für aufsuchende Therapie im häuslichen Umfeld unter Einbeziehung der Familie, Schule, Nachbarn und Freunde.⁷⁵ „MST hat sich in zahlreichen wissenschaftlichen Untersuchungen als hoch effektive und effiziente Therapieform für Jugendliche mit Störungen des Sozialverhaltens erwiesen.“ (ebd.) Besonders für Jugendliche mit delinquenten Verhalten und Gewaltbereitschaft, die häufig im Helfersystem Ohnmacht und Hilflosigkeit hervorrufen und dadurch oft Zielgruppe geschlossener Unterbringung und sonderpädagogischen Hilfen ist, können von diesem aufsuchenden intensiven Milieu- und familientherapeutisch ausgerichteten Angebot profitieren. Das manualisierte Therapiekonzept wurde bereits evaluiert, und die Effektivität wurde bestätigt.⁷⁶

73 Fegert, JM, Kölch, M; Perspektiven sozialpsychiatrischer Forschung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, In: Aktion Psychisch Kranke (Hg): Psychiatriereform 2011 – Der Mensch im Sozialraum. 2012

74 Fegert, J., Schepker, R.: Stationäre Behandlung „mit der Familie zuhause“

75 Multisystemische Therapie (MST); www.stgag.ch/psychiatrische-dienste-thurgau/angebote

76 Fürstenau U, Rhiner B, Kinder- und Jugendpsychiatrie: Multisystemische Therapie (MST), In: Schweiz Med Forum 2009;9: 17–18

Es ist an der Zeit, Modelle dieser Art in Deutschland einzuführen, um den Bedarf an therapeutischen Hilfen und Unterstützung von Kindern und Jugendlichen zu decken.

Altenhilfe

Über zwei Drittel der Bewohner eines Alten- oder Pflegeheimes leiden unter psychischen Erkrankungen, am häufigsten an Demenz.⁷⁷ Besonders diese Personen sind oft von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen betroffen, verschiedene Studien und Berichte belegen dies.⁷⁸ Die Zahl freiheitsbeschränkender Maßnahmen ist in den Einrichtungen höchst unterschiedlich. Gründe für eine Häufung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen können eine mangelnde Ausrichtung der Versorgungskonzepte für Demenzerkrankte in den Einrichtungen, fehlende professionelle Strategien für den Umgang mit verhaltensauffälligen Bewohnerinnen und Bewohnern aber auch fehlende gerontopsychiatrische Behandlungsangebote sein (Kirchen-Peters et al.).

Um die Anzahl von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen zu senken, werden erprobte und evaluierte Konzepte empfohlen, die leitlinienorientiert Pflegekräfte informieren und schulen. Ziel ist die Vermittlung von gerontopsychiatrischem Fachwissen, das Erlernen von alternativen Interventionsmöglichkeiten und eine Haltungsänderung der Mitarbeitenden. Beispielhaft sei hier die Praxisleitlinie „Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der Altenpflege (Leitlinie FEM – evidenzbasierte Praxisleitlinie)“⁷⁹ und das Programm „ReduFix“⁸⁰.

In einem Modellprojekt, durchgeführt von Kirchen-Peters et al. (siehe Fußnote), wurde ein Liaisondienst, bestehend aus Psychiatern, Psychologen, Sozialarbeitern und Fachpflegekräften für Psychiatrie für mehrere Pflegeheime installiert. Neben patientenbezogenen Leistungen ergänzte das multiprofessionelle Team sein Angebot durch Fortbildungen und Beratungsangebote, einschließlich Fallberatungen. Als Ergebnis konnte unter anderem eine Verbesserung des psychischen Status der Bewohnerinnen und Bewohner dargestellt werden sowie die Selbsteinschätzung der Pflegekräfte, sich kompetenter im Umgang mit psychischen Erkrankungen zu erleben und dadurch auch entlastet zu sein. Dies wirkt sich wiederum positiv auf die Bewohnerinnen und Bewohner aus.

77 Kirchen-Peters S. et al., Brauchen Pflegeheime gerontopsychiatrische Liaisondienste? Ergebnisse einer Pilotstudie in fünf Pflegeheimen; In: Psychiatrische Praxis; 39; S. 14-20; 2012

78 3. Qualitätsbericht zur Pflege in Deutschland

79 www.leitlinie-fem.de

80 www.redufix.de

Im Alter erleben sich viele Menschen bedingt durch das körperliche Altern, die Zunahme an Erkrankungen und Schmerzen, die Einschränkung der Sinnesfunktionen und die eingeschränkte Mobilität oft hilflos und ausgeliefert. Dadurch werden traumatische Erlebnisse, auch wenn sie bisher gut kompensiert waren, reaktiviert, nicht zuletzt begünstigt durch mediale Trigger. Ein altersgerechtes Kurzzeittherapieprogramm angeboten dort, wo die Menschen leben, in den Heimen, muss ein Standardangebot werden.⁸¹

Die Versorgung alter Menschen mit psychischen Erkrankungen wird insgesamt als mangelhaft eingeschätzt und ist deutlich verbesserungsbedürftig. Ein Ausbau von Angeboten sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich erscheint gerade vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung als vordringliche Aufgabe.

Wohnungslosenhilfe

Nach den Schätzungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe sind die Zahlen der wohnungslosen Personen seit einigen Jahren wieder im Steigen begriffen, besonders in der Altersgruppe bis 30 Jahren.⁸² Nach diesen Studien sind zwischen 30 und 50 Prozent der Menschen, die auf der Straße, in Notunterkünften leben oder sich in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe aufhalten, psychisch krank. Es liegen oft mehrere psychische Erkrankungen und zusätzlich eine Abhängigkeitserkrankung vor. Häufig betroffen sind Menschen, die keinen Zugang zu hochschwelligem Behandlungsangeboten der Psychiatrie haben. Sie können und/oder wollen sich nicht an Terminvorgaben und Regularien halten, sind sozial unangepasst, erleben sich nicht als psychisch krank, haben Erfahrungen aus der Psychiatrie, die sie ängstigen und lehnen demzufolge das Hilfesystem ab. Der Zugang dieser Personen zu psychiatrischen Hilfen ist somit sehr schwierig. Bei dieser Kumulation des Problems kommt es unweigerlich zur Überforderungssituation der betreuenden Personen, zumal die Wohnungslosenhilfe auf die Arbeit der Ehrenamtlichen angewiesen ist. Krisenhafte Entwicklungen, anhaltende schwerwiegende psychiatrische Symptomatik und Gewalt führen dann zu Einweisungen in Kliniken mit freiheitsbeschränkenden Maßnahmen.

Um dies zu verhindern und eine optimale bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen, sind verschiedene differenzierte

Hilfeangebote und Strukturanpassungen notwendig. (BAG Wohnungslosenhilfe, ebd.)

- Kooperationen zwischen Wohnungslosenhilfe, Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe, aktive Bearbeitung von Schnittstellenproblemen auf der administrativen und Versorgungsebene
- spezielle Ausrichtung auf psychisch kranke Menschen in den Wohnformen, Beachtung von personellen und räumlichen Strukturanforderungen
- medizinische Versorgung durch Einrichtung eines Liaisondienstes, Schaffung eines leichteren Zugangs zu psychiatrischen Hilfen über die medizinische Grundversorgung, Hinzuziehung von ambulanter psychiatrischer Pflege
- Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie der ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer
- Berücksichtigung der personenbedingten Besonderheiten, um Unterstützungs- und Hilfeleistungen bedarfsgerecht zu gestalten und Betreuungsabbrüche oder Entlassungen zu vermeiden.

Geschlossene Unterbringung in Wohnheimen als letztes Mittel

Das Thema „Geschlossene Unterbringung in Wohnheimen der Eingliederungshilfe oder der Pflege“ ist Gegenstand einer kontroversen Diskussion, die sich am zahlenmäßigen Ausbau geschlossener Einrichtungen entzündet.

Sowohl von den Leistungsträgern als auch den Leistungserbringern wird vielfach auf die wachsende Nachfrage nach geschlossenen Wohnheimplätzen für bestimmte Personengruppen hingewiesen. Allerdings sollte diese postulierte wachsende Nachfrage nicht ohne weiteres mit einem wachsenden Bedarf dieser Personen gleichgesetzt werden.⁸³ Und es ist auch nicht das Risiko von der Hand zu weisen, dass erst einmal bestehende Einrichtungen weitere Nach- und Anfragen nach sich ziehen.

Die Themen Zwang, Gewalt und geschlossene Unterbringung für Menschen mit psychischen Erkrankungen gehören in die Verantwortung psychiatrischer Leistungserbringer, die sich im

⁸¹ Grisard, T; Notwendigkeiten und Möglichkeit einer Psychotherapie im höheren Lebensalter. Ein Pilotprojekt, In: Trauma und Gewalt, 6. Jahrgang, S. 72–77, 1/2012,

⁸² Trabert, G, Wohnungslose Menschen mit psychischen Erkrankungen Inklusion bei einer existenziell bedrohlichen Lebenssituation, Kerbe, 3/2012

⁸³ Vergleiche Vortrag von Wolfgang Bayer auf der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie (DGSP) „Verantwortung übernehmen für die „Schwierigsten““ 2012.

regionalen psychiatrischen Verbund für die Pflichtversorgung aller Bürgerinnen und Bürger engagieren. Aus der Sicht der Diakonie ist es unakzeptabel, dass seit Jahren an den Diensten und Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie vorbei ein bundesweiter Ausbau von geschlossenen Einrichtungen stattfindet, in denen die sogenannten „Schwierigsten“ oft fern ab von ihrem bisherigen Lebensmittelpunkt untergebracht werden.

Zwar sind geschlossene Wohnheime für Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung oder seelischer Behinderung aus der Sicht der Diakonie eine notwendige Leistung der Eingliederungshilfe. Allerdings darf diese Leistung – wie andere Zwangsmaßnahmen auch – nur zur Anwendung kommen, wenn alle offenen Wohnmöglichkeiten ausscheiden. Darüber hinaus darf sie nur so lange erbracht werden, wie sie unbedingt erforderlich ist. Bevor eine geschlossene Unterbringung ins Auge gefasst wird, müssen alle offenen Wohnmöglichkeiten durchdacht und ausprobiert werden, um den betroffenen Menschen eine betreute Wohnform anzubieten, die ihren Bedürfnissen und Wünschen entspricht und ihre Freizügigkeit so wenig wie möglich einschränkt. Mit dem sogenannten Konsumentenverbund unter der Überschrift „Kollegialer Rat bei Ratlosigkeit“ liegt ein Konzept vor, dass sich explizit die bessere Betreuung schwieriger Klientinnen und Klienten zum Ziel gesetzt hat.⁸⁴ Um für diese tragfähige und gute Lösungen zu finden, müssen sich sowohl Wohnanbieter als auch Leistungsträger so flexibel, kreativ und belastbar wie möglich zeigen.

Gleichzeitig plädiert die Diakonie dafür, dass geschlossene Wohnheimplätze nur für Menschen der jeweiligen Versorgungsregion errichtet werden und nur dann, wenn Daten zum Bedarf, zur Qualität, der Wirksamkeit und zu den Lücken und Defiziten vorhandener Angebote vorliegen.

Bei der Ausgestaltung dieser „geschlossenen Hilfen“, die auch die Ohnmacht des bestehenden Hilfesystems widerspiegelt und Ansporn zur fachlichen Weiterentwicklung von Alternativen sein sollte, sind jedoch zwingend Qualitätskriterien zu beachten.

Artikel 14 der UN-BRK ist nach Ansicht der Diakonie so zu verstehen, dass Menschen nur zur Abwendung von Selbstgefährdung in geschlossenen Heimen nach § 1906 BGB oder PsychKG untergebracht werden dürfen. Dabei bleibt die „geschlossene Tür“ das alleinige Zwangs-Mittel, um die Selbstgefährdung abzuwenden. Es werden keine weiteren Zwangs-

maßnahmen und selbstverständlich auch keine Zwangsmedikation eingesetzt. Der § 1906 BGB darf weder zur Unterbringung von fremdgefährdenden Menschen noch zur Sicherstellung der Medikamenteneinnahme missbraucht werden.

Unter diesen Voraussetzungen ist sogar zu erwarten, dass der „Bedarf“ an geschlossenen Wohnheim-Plätzen in naher Zukunft geringer wird.

Qualitätskriterien für die Unterbringung in geschlossenen Wohnheimen

Die folgenden Qualitätskriterien beruhen unter anderem auf den Erfahrungen in dem diakonischen Wohnheim Freiberg, das vor über zehn Jahren eröffnet wurde.⁸⁵

Das wesentliche Erfolgskriterium einer geschlossenen Unterbringung ist der Aufbau tragfähiger Beziehungen. Eine respektvolle und personenzentrierte Haltung im Haus zu fördern, ist Leitungsaufgabe. Darüber hinaus sind Fortbildung und Supervision für das gesamte Team zu realisieren, so dass Themen wie Umgang mit Macht und Traumatisierungen ausreichend reflektiert und besprochen werden können. Die Leitung übernimmt gemeinsam mit den gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern die Verantwortung dafür, dass Menschen, die untergebracht sind, sich außerhalb des Wohnheims ausprobieren können. Nur wenn diesen die Gelegenheit eingeräumt wird, zu beweisen, dass sie wieder mehr Verantwortung für sich übernehmen, wird auch ein Auszug in eine offene Wohnform möglich.

Das Heim sollte je nach regionalem Bedarf klein genug sein, damit aus wirtschaftlichen Gründen Auszüge nicht verhindert werden und eine familiäre Atmosphäre möglich wird. Gleichzeitig muss das Wohnheim auch eine bestimmte Größe haben oder in örtlicher Nähe mit guter Kooperation zu einem offenen Bereich liegen. Nur dadurch ist genügend Personal vorhanden, um Menschen zu fördern, zu begleiten und Gespräche anbieten zu können.

Eine heimatnahe Unterbringung ermöglicht es den Bewohnerinnen und Bewohnern sowie deren Angehörigen, sich mit öffentlichen Verkehrsmitteln gegenseitig zu besuchen.

Menschen, die sich selbst gefährden, dürfen nicht mit fremdgefährdenden Menschen zusammen untergebracht werden,

⁸⁴ Vergleiche Jo Becker auf der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie (DGSP) „Verantwortung übernehmen für die „Schwierigsten““ 2012. Weitere Informationen unter info@spix.-ev.de.

⁸⁵ Eine Kurzkonzeption der Einrichtungen findet sich unter: http://www.eva-stuttgart.de/fileadmin/redaktion/pdf/angebote_fuer/psychisch_kranke_Menschen/Kurzkonzeption.pdf

um nicht einer unnötigen Atmosphäre der Angst ausgesetzt zu werden. Gleichzeitig gilt, dass alle Menschen mit seelischer Behinderung, die sich selbst gefährden, Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe haben. Sie dürfen nicht ohne wichtigen Grund – wie beispielsweise dem Ende der Kostenübernahmezusage für den Krankenhausaufenthalt – in geschlossenen Pflegeheimen „geparkt“ werden, bis woanders ein Platz frei ist. Um dies sicherzustellen, muss es im regionalen Verbund eine Kontrollinstanz wie zum Beispiel die Hilfeplankonferenz geben, die Einzüge in das geschlossene Wohnheim, Aufenthaltsverlängerungen sowie vorrangige andere Lösungen prüft.

Weitere „Kontrollinstanzen“, wie beispielsweise triadische Besuchskommissionen, können den Umgang mit den Bewohnerinnen und Bewohnern sowie die Atmosphäre im Haus in den Blick nehmen. Der Heimbeirat sollte von externen kritischen Beraterinnen und Beratern, wenn möglich psychiatriee erfahrenen Menschen, unterstützt werden.

Die offenen Wohnangebote des regionalen psychiatrischen Verbundsystems sollten sich die vorrangige Aufnahme der Menschen aus dem geschlossenen Wohnheim zur Regel machen, damit dort zeitnahe Auszüge möglich sind. Das Wohnheim selbst sollte eine offene Wohnform in räumlicher Nähe anbieten, die den Auszug von Bewohnerinnen und Bewohnern möglich macht, die sich das ohne Personal-kontinuität nicht zutrauen würden.

Darüber hinaus ist es wichtig, dass sich die Heimaufsicht mit den speziellen Problemen psychisch kranker Menschen, die in geschlossenen Heimen untergebracht sind, auskennt. Wichtig sind unter anderem helle Räumlichkeiten und Einzelzimmer.

Ein geschlossener Außenbereich ist ebenso wichtig wie der Zugang zu Telefon und Post. Für alle Bewohnerinnen und Bewohner ist ein differenziertes Beschäftigungsangebot bereitzustellen.

4.3 Handlungsempfehlungen für diakonische Dienste und Einrichtungen

Auf dem Weg zu einer möglichst gewaltfreien Psychiatrie sind die Dienste und Einrichtungen hinsichtlich ihrer fachlichen Ausrichtung gefragt und herausgefordert. Neben ausreichenden und auskömmlichen finanziellen und strukturellen Rahmenbedingungen braucht es konzeptionelle Veränderungen und fachliche Qualifizierung der Mitarbeitenden, um allen

Menschen mit psychischen Erkrankungen gerecht zu werden und ein personenzentriertes Angebot in der Versorgungsregion bereitzuhalten beziehungsweise zu entwickeln. Hierzu sind vielfältige Anregungen gegeben und Konzepte vorgestellt worden, die in den folgenden Handlungsempfehlungen noch einmal kurz zusammengefasst werden.

■ Fortbildungserfordernisse erkennen und Qualifizierung der Mitarbeitenden unterstützen

Für Mitarbeitende in Kliniken, Wohnheimen und Diensten der Gemeindepsychiatrie sollen Kurse zu Deeskalationsstrategien beziehungsweise Schulungen in Programmen zur Gewaltreduktion verpflichtend vorgeschrieben werden. Eine Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Umgang mit krisenhaften und sich zuspitzenden Situationen muss kontinuierlich sichergestellt werden.

Die Auseinandersetzung mit den Inhalten und Forderungen der UN-BRK sollte durch fortlaufende Schulungen und Fortbildungen der Mitarbeitenden im psychiatrischen Hilfesystem und den Betreuungsvereinen gewährleistet werden, um die Grund- und Menschenrechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen mehr als bisher zu wahren und zu schützen.

Um die Angemessenheit, Erforderlichkeit und Verhältnismäßigkeit von nicht vermeidbaren Zwangsmaßnahmen sicherzustellen, sind darüber hinaus Rechtskenntnisse in den Bereichen notwendig, die die Schnittstellen zwischen Psychiatrie und Recht darstellen. Allein dieses Wissen sollte zu einer größeren Sorgfalt bei der Beantragung von Betreuungen und von Zwangsmaßnahmen führen.

■ Verfügungsformen zur Selbstbestimmung stärken und offen mit angewandtem Zwang umgehen

Eine Möglichkeit, Zwangsbehandlungen zu vermeiden, sind Patientenverfügungen, Behandlungsvereinbarungen und/oder Krisenplänen. Die hierin liegenden Chancen können nicht genug betont werden. Über das Instrument der Behandlungsvereinbarung oder der Patientenverfügung ist in den Kliniken und gemeindepsychiatrischen Diensten und Einrichtungen flächendeckend und als Standard zu informieren. Betroffene sind spätestens im Entlassungsgespräch des ersten Klinikaufenthalts auf die Möglichkeit einer Patientenverfügung oder Behandlungsvereinbarung hinzuweisen. Betroffene sind ausdrücklich darin zu unterstützen, eine individuelle Verfügung, sofern sie dies wünschen, zu verfassen.

Die Aktivitäten, die im Vorfeld ergriffen werden um Zwangsmaßnahmen zu vermeiden, die Versuche, eine Zustimmung zu erreichen, und die Zwangsmaßnahmen selbst sollten ausführlich dokumentiert und in den Qualitätsberichten auch veröffentlicht werden. Zwangsbehandlungen sollen darüber hinaus, soweit Betroffene sich nicht dagegen aussprechen, nachbesprochen werden.

Die Diakonie spricht sich darüber hinaus für ein internes Beschwerdemanagement in den Diensten und Einrichtungen aus.

■ Umfassende Behandlungswege umsetzen

Ausgehend von einem umfassenden Menschenbild und Verständnis von Genesung und Krankheit, sind in den Diensten und Einrichtungen ganzheitliche Behandlungswege und entsprechende Modelle zu erproben und umzusetzen. Sinnverstandene Zugänge und die Selbstbestimmung fördernde Elemente sind gerade auch bei Menschen mit schweren und chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen mehr als bisher in die Hilfen aufzunehmen. Dies erhöht nicht nur die Lebensqualität der betroffenen Menschen und fördert eine aktive Auseinandersetzung sowohl mit der Erkrankung als auch mit der Biographie, sondern kann auch einen substantiellen Beitrag zur Reduzierung von Zwangsmaßnahmen liefern.

Beispielgebend sind hier für Kliniken das Soteria-Konzept beziehungsweise Elemente daraus sowie Home-Treatment-Teams, die aufsuchend und stark psychotherapeutisch arbeiten. Für Träger von psychiatrischen Krankenhäusern und von gemeindepsychiatrischen Diensten und Einrichtungen empfehlen sich mehr gemeinsame Initiativen zur sektorenübergreifenden, integrierten Versorgung.

■ Dialog als grundlegende Kommunikations- und Handlungskultur stärken und in den Diensten und Einrichtungen mit Leben füllen

Die zentrale Forderung der UN-BRK, dass in allen Bereichen der psychosozialen Versorgung Erfahrene und

Angehörige beteiligt werden müssen und dass das Recht auf Selbst- und Mitbestimmung zentraler Bestandteil eines jeglichen psychosozialen Hilfesystems sein muss, lässt sich nur durch eine dialogische Kommunikations- und Handlungskultur realisieren.

Wie dies im Rahmen von Qualitätsentwicklungsprozessen in diakonischen Diensten und Einrichtungen konzeptualisiert werden kann, ist mit ProPsychiatrieQualität (PPQ) ausführlich beschrieben und dargestellt worden.⁸⁶

Die konsequente Beteiligung der Psychiatrie-Erfahrenen und deren Angehöriger muss auf allen Ebenen gewährleistet sein: Bei den Behandlungs- und Genesungsprozessen, bei der Ausgestaltung des Hilfesystems, durch die Partizipation im Arbeitsleben sowie bei politischen Prozessen. Darüber hinaus sollten sozialpsychiatrische Träger die Gründung von Psychoseseminaren und Dialog-Foren in Kooperation mit der Selbsthilfe unterstützen, falls es diese Angebote vor Ort noch nicht gibt.

■ Aktive Rolle bei der Übernahme regionaler Versorgungsverantwortung für alle Menschen mit psychischen Erkrankungen

Unabhängig von der Schwere und Dauer der Erkrankung haben alle Menschen mit psychischer Erkrankung Anspruch auf personenorientierte und gemeindenahere Unterstützung. Dies gilt gerade auch für die sogenannten „Systemsprenger“ oder „Schwierigsten“. In Regionen, in denen es keine Gemeindepsychiatrischen Verbände mit gemeinsamen Qualitätsstandards und der Übernahme regionaler Versorgungsverantwortung gibt, sind diese zu initiieren und voranzubringen.

Die Themen Zwangsmaßnahmen, geschlossene Unterbringung und „Verschiebung“ in weit entfernte Pflegeeinrichtungen sind durch eine aussagekräftige Gesundheitsberichterstattung in die öffentliche Wahrnehmung zu rücken, um die lokale Situation zu analysieren und das Gesundheitssystem vor Ort weiterzuentwickeln.

⁸⁶ Vergleiche Bundesverband evangelische Behindertenhilfe und Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie (HG): PPQ: ProPsychiatrieQualität. Leitzielorientiertes Qualitätsmanagement, Bonn, 2009.

5. Politische Forderungen und gesetzgeberischer Änderungsbedarf aus Sicht der Diakonie

Bei Menschen mit langwierigen, psychischen Erkrankungen oder seelischer Behinderung kann eine Fehl- und Unterversorgung bei psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen und Angeboten der medizinischen Rehabilitation angenommen werden. Die defizitäre Behandlungssituation trägt oft zu einem nicht unerheblichen Anteil zur Chronifizierung psychischen Leidens und zum Teil zu Zwangsmaßnahmen bei.

In den letzten Jahren ist ein Rückzug niedergelassener Fachärzte von der psychiatrischen Grundversorgung aus wirtschaftlichen Gründen zu verzeichnen. Darüber hinaus macht sich auch hier der ärztliche Fachkräftemangel bemerkbar.

Es fehlt eine flächendeckende Versorgung mit Soziotherapie und häuslicher Krankenpflege für psychisch Kranke. Die traditionelle psychotherapeutische Versorgung geht vielfach an den Bedarfen und Bedürfnissen von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen vorbei. Ambulante komplexe Leistungen, die dem mehrdimensionalen Charakter gerade auch chronisch psychischer Erkrankungen gerecht werden würden und seelische Behinderungen zum Teil vermeiden könnten, fehlen weitgehend.

Auch die personelle und finanzielle Ausstattung der Sozialpsychiatrischen Dienste wird deren Aufgaben kaum noch gerecht. Darüber hinaus gibt es in Deutschland zu wenig Krisendienste, die rund um die Uhr und an allen Tagen Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Bezugspersonen in eskalierenden Krisensituationen zur Verfügung stehen.

Aufgrund der defizitären ambulanten Behandlung kommt es immer wieder zu ansonsten vermeidbaren Klinikaufhalten. Gleichzeitig hat sich die Bedeutung psychiatrischer Kliniken durch die Verkürzung von Verweildauern verändert. Menschen mit langwierigen Erkrankungsphasen werden zum Teil entlassen, obwohl sie eine längere und umfassendere Behandlung benötigten. Hohe Wiederaufnahmeraten sind die Folge.

In der psychiatrischen Rehabilitation fehlen für Menschen mit psychischen Erkrankungen oder seelischen Behinderungen ebenfalls flächendeckende Angebote.

Parallel zu den Versorgungsdefiziten im Gesundheits- und medizinischen Rehabilitationssystem lässt sich auch in der Eingliederungshilfe die Tendenz beobachten, dass Leistungsträger Teilhabeleistungen zunehmend restriktiver bewilligen. Sei es, dass der Anspruch negiert und auf vorrangige Leistungsträger verwiesen wird (ohne dass deren Leistungen

Unterbringungsbeschluss für die persönliche Sicherheit

Bei Herrn P., 54 Jahre, wurde eine Borderline-Persönlichkeit mit sekundärer Suchtproblematik diagnostiziert. Herr P. fügte sich erhebliche, schwere Verletzungen zu, der exzessive Alkoholkonsum führte in zum Teil lebensbedrohliche Situationen. Herr P erlebte über Jahrzehnte zahlreiche und langandauernde Klinikaufhalte mit kurzen ambulanten Wohnversuchen.

Er lebte bereits seit mehreren Monaten aus eigenem Entschluss in einem geschlossenen Wohnheim, ehe er aufgrund einer psychischen Krise seinen gesetzlichen Betreuer bat, für ihn einen Unterbringungsbeschluss zu erwirken. Dies würde seine persönliche Sicherheit in Situationen erhöhen, in denen es ihm schlecht ging. Seitdem sorgt Herr P. für seine kontinuierliche Unterbringung, in dem es ihm deutlich schlechter geht, wenn das Ende des Beschlusszeitraums naht. Seit 2005 gab es keinen Klinikaufhalt mehr.

Für Herrn P. ist es besonders wichtig, tragfähige Betreuungsbeziehungen zu erleben. Alltagsprobleme werden rechtzeitig mit ihm thematisiert. Zentral ist eine angemessene und für ihn persönlich sinnvolle Tagesstruktur mit ihm zu entwickeln. Herr P. ist während seines Aufenthaltes im Wohnheim langsam mit der Möglichkeit freier Ausgänge vertraut gemacht worden. Nach anfänglich erheblichen Problemen gelingt es Herrn P. seine Ausgänge eigenständig zu gestalten. Er legt allerdings großen Wert darauf, sich abzumelden und von den Mitarbeitenden wieder begrüßt zu werden. Herr P. ist fast von Geburt an in Kinderheimen aufgewachsen und dort offenbar traumatisiert worden. Er hat im Wohnheim ein „Zuhause“ gefunden, in dem er gut zurechtkommt und sich wohlfühlt.

überhaupt vorhanden wären), sei es, dass der Leistungsumfang in einer Art und Weise reduziert wird, die eine angemessene und individuell zugeschnittene Begleitung zum Teil nicht mehr möglich macht. Der Vorrang ambulanter vor stationärer Hilfe, der aus fachlicher Sicht durchweg zu unterstützen ist, setzt jedoch auch ein entsprechendes vor- und nachsorgendes Hilfesystem voraus. Fehlt dieses, lebt ein Teil der betroffenen Menschen ohne ausreichende Hilfe zu Hause. Andere werden entweder in Einrichtungen der Altenhilfe abgeschoben oder landen auf der Straße oder in Notunterkünften. Die Familien und Angehörigen sind – sofern noch Kontakte bestehen – oft die einzigen, die vielfach über lange Zeiträume Hilfestellung leisten. In vielen Fällen sind sie damit überfordert und erhalten ebenfalls zu wenig Unterstützung.

Es kommt immer wieder vor, dass Menschen allein deswegen in geschlossenen Einrichtungen untergebracht werden, weil andere mögliche Leistungen an den fachlichen Konzepten, den Kapazitäten oder der mangelnden Flexibilität der Leistungserbringer oder der fehlenden Bereitschaft der Leistungsträger zur Kostenübernahme scheitern. Dann werden diejenigen Menschen benachteiligt, die den höchsten Hilfebedarf, die wenigsten Ressourcen und keine politische Lobby haben.

Krisenhafte Zuspitzungen ließen sich jedoch auch durch eine engere Zusammenarbeit sozialpsychiatrischer Anbieter aus Gemeindepsychiatrie und dem Gesundheitssystem, gesetzlichen Betreuern, den Ordnungsbehörden sowie den Diensten und Einrichtungen anderer sozialer Arbeitsfelder, wie der Kinder- und Jugendhilfe, der Altenhilfe sowie der Wohnungslosenhilfe, vermeiden oder reduzieren. Hier sind die Leistungsträger und Leistungserbringer zu einer verbindlichen Kooperation aufgerufen.

5.1 Notwendige Weiterentwicklung des Gesundheitssystems und der psychosozialen Hilfesysteme, um Zwang zu vermeiden

Im Fünften Sozialgesetzbuch ist im § 27 rechtlich normiert, dass bei der Krankenbehandlung den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen ist. Darüber hinaus formuliert Artikel 25 der UN-BRK das Recht von Menschen mit Behinderung auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung. Die Vertragsstaaten sind aufgefordert, Gesundheitsleistungen so gemeindenah wie möglich zu erbringen. Auch die Dienste und Einrichtungen der Eingliederungshilfe sind so auszustatten und vorzuhalten, dass sie gerade Menschen mit schweren und chronifizierten

psychischen Erkrankungen ein Höchstmaß an Selbstbestimmung ermöglichen und die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens gewährleisten (vergleiche Artikel 26 UN-BRK).

Versorgungslücken können – wie oben ausgeführt – zu mehr Zwangsmaßnahmen führen. Frühe und aufsuchende, personenzentrierte Hilfen möglichst in der Lebenswelt der Patientinnen und Patienten sowie verlässliche und kontinuierliche Beziehungen hingegen ermöglichen ein Mehr an Selbstbestimmung. An diesen Prinzipien müssen sich die Hilfesysteme orientieren.

In der Konsequenz bedeutet dies den Ausbau einer flächendeckenden und ausreichenden ambulanten Versorgung mit aufsuchender Krisenintervention sowie niederschweligen Angeboten sowie eine Weiterentwicklung der stationären Behandlung und der ambulanten und stationären Teilhabeleistungen. Konkret heißt dies:

1. Da die Anwendung von Zwangsmaßnahmen immer nur das letzte Mittel sein darf, fordert die Diakonie den Gesetzgeber auf, für den öffentlichen Gesundheitsdienst eine bundesweite und einheitliche Regelung für regionale Krisendienstleistungen oder -zentren mit einer 24-Stunden-Präsenz und aufsuchenden Teams zu schaffen. Diese Dienste oder Einrichtungen sollen übergangsweise auch denjenigen offen stehen, für die zunächst und unter Zeitdruck in der Region keine geeignete Hilfe angeboten werden kann.
2. Eine ausreichende finanzielle und personelle Ausstattung der Sozialpsychiatrischen Dienste ist sicherzustellen. Schon jetzt können viele freierwerbende Arztstellen nicht oder nur stundenweise besetzt werden. Die ambulante, aufsuchende Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte der Sozialpsychiatrischen Dienste ist über die Krankenversicherung zu finanzieren.
3. Eine umfassende und bei Bedarf auch aufsuchende Behandlung durch niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater, auch ergänzend zur medikamentösen Behandlung, muss sich in der Honorierung widerspiegeln.
4. Soziotherapie und ambulante häusliche Krankenpflege für Menschen mit psychischer Erkrankung oder seelischer Behinderung müssen durch entsprechende vertragliche Regelungen der Krankenkassen mit den Leistungserbringern flächendeckend angeboten werden. Zudem müssen die Richtlinien für diese Leistungen weiterentwickelt werden. Auch die ambulante Psychotherapie bei schweren

- psychischen Erkrankungen ist neu auszurichten und flächendeckend vorzuhalten. Es bleibt abzuwarten, inwieweit die Änderungen im Patientenrechtegesetz zur Selbstbeschaffung von Leistungen und zur Kostenerstattung durch die Krankenkassen Bewegung in die Versorgungslandschaft bringt.
5. Bei der aktuellen Entwicklung und Umsetzung eines neuen Entgelts für psychiatrische und psychosomatische Kliniken ist mehr als bisher auf eine Flexibilisierung der Behandlung zu achten und entsprechende Modellprojekte zu stärken. Neben dem notwendigen Ausbau von Home-Treatment-Angeboten sind im Entgeltkatalog finanzielle Anreize für eine ausreichende Behandlung von vulnerablen Patientengruppen zu schaffen.
 6. Die Diakonie spricht sich für die flächendeckende Einrichtung von unabhängigen, mit Psychiatrie-Erfahrenen, deren Angehörigen und in der Psychiatrie Tätigen triadologisch besetzten psychiatrischen Beschwerdestellen aus.
 7. Kliniken sowie gemeindepsychiatrische Dienste und Einrichtungen sollten sich flächendeckend für den Abschluss von Behandlungsvereinbarungen einsetzen. In der Behandlungsvereinbarung können Patientinnen und Patienten unter anderem festlegen, welche Medikamente sie erhalten, welche sie ablehnen und was bei Zwangsmaßnahmen, sollten diese zum Einsatz kommen, aus ihrer Sicht zu beachten ist. Das Angebot muss im Rahmen des Qualitätsmanagements dokumentiert werden. Patientenverfügungen sind auch im psychiatrischen Hilfesystem zu respektieren.
 8. Darüber hinaus müssen innerhalb jeder Versorgungsregion hochstrukturierte und gleichzeitig niederschwellige, flexible Hilfen als Komplexleistungen zur Verfügung stehen. Diese Hilfen umfassen neben personenzentrierten Leistungen zur Teilhabe bei Bedarf auch Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung. Derartige Komplexleistungen könnten beispielsweise die bestehenden Defizite in einer kontinuierlichen und langfristigen Begleitung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und fremdgefährdendem Verhalten reduzieren.
 9. Die Versorgungsverpflichtung muss lokal gewährleistet und eine verbindliche Kooperation der wesentlichen Akteure, vor allem auch der psychiatrischen Kliniken beziehungsweise der Fachabteilungen, durch deren Beteiligung an Hilfeplankonferenzen verpflichtend vorgegeben sein. Die Betreuungsbehörden müssen ebenfalls an diesen Konferenzen beteiligt sein. So ließen sich beispielsweise Unterbringungen in (geschlossene) Pflegeeinrichtungen direkt vom Krankenhaus und am Verbund der anderen psychiatrischen Leistungserbringer vorbei, verhindern. Die verbindliche Kooperation ließe sich durch Änderungen im SGB IX erreichen. Der individuelle Rechtsanspruch auf ein qualifiziertes Hilfeplanverfahren unter Beteiligung aller Leistungsträger sollte im SGB IX ausdrücklich normiert werden.
 10. Damit die Erfahrungen und das Wissen von Menschen mit psychischer Erkrankung und von deren Angehörigen in die Weiterentwicklung des psychiatrischen Hilfesystems mit einfließen können, ist die Arbeit der Selbsthilfe auf verlässliche finanzielle Grundlagen zu stellen und deren Partizipation auf allen Ebenen verbindlich umzusetzen.
 11. Um für die Versorgungsregion verlässliche Aussagen über die jeweiligen Defizite und unterversorgten Personengruppen zu erhalten, ist in Hilfeplankonferenzen zu dokumentieren, welche psychosozialen oder medizinischen Hilfen angeboten oder geleistet wurden oder werden müssten, um eine Unterbringung zu vermeiden. Diese Daten müssen in die öffentliche Gesundheitsberichterstattung einfließen.
 12. Zwangsmaßnahmen angefangen von der Unterbringung über die Fixierung bis hin zur Zwangsmedikation sind zahlenmäßig zu erfassen und regelmäßig über Qualitätsberichte und die öffentliche Gesundheitsberichterstattung zu veröffentlichen. So können lokale Häufungen erfasst, Ursachen analysiert und gegensteuernde Maßnahmen ergriffen werden.
 13. Für die Qualitätssicherung und -entwicklung sind Standards der geschlossenen Unterbringung in den Rahmenvereinbarungen nach § 75 SGB XII aufzunehmen und mit entsprechenden Vergütungen zu hinterlegen.
 14. Die UN-Behindertenrechtskonvention erfordert eine Neuausrichtung des Leistungsrechts für die Teilhabeleistungen von Menschen mit Behinderung. Bei dem für die nächste Legislaturperiode angekündigten Bundesleistungsgesetz ist die Formulierung im § 53 SGB XII „solange ... Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann,“ daraufhin zu überprüfen, ob sie – wie ursprünglich geplant – tatsächlich geeignet ist, den Rechtsanspruch auf Eingliederungshilfe gerade für Menschen mit erheblichen Beeinträchtigungen durch- und umzusetzen. In der Rechtsauslegung und Praxis gibt

es immer wieder Beispiele, bei denen der bestehende Anspruch mit Verweis auf diesen Satz ausgehöhlt wird. Fremdbestimmte und interessengeleitete Verschiebungen von Menschen mit seelischer Behinderung in Einrichtungen der Pflege sind abzulehnen.

5.2 Gesetzliche Änderungen im Betreuungsrecht und in den Landespsychiatriegesetzen

Seit In-Kraft-Treten der UN-BRK haben sich zahlreiche Verbände und Organisationen dafür ausgesprochen, sowohl das Betreuungsrecht als auch die Landespsychiatriegesetze und vor allem auch die gängige Rechtspraxis unverzüglich auf deren Kompatibilität mit dem Menschenrechtsansatz der BRK zu überprüfen.

Nach dem Urteil des BGH im Juni 2012 haben die Regierungsfractionen und die Bundesregierung Ende 2012 Gesetzentwürfe in einem parlamentarischen Schnellverfahren eingebracht, um den „Status quo ante“, das heißt den Zustand vor der geänderten Rechtsprechung wieder herzustellen. Anfang 2013 passierte der Gesetzentwurf den Bundesrat und trat im Februar 2013 in Kraft.

Die vorgeschlagenen Änderungen im Betreuungsrecht genügen dabei weder den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2011 noch lassen sie eine grundlegende Auseinandersetzung mit den Prinzipien der UN-BRK erkennen.⁸⁷ In einer eigenen Stellungnahme hatte die Diakonie bereits im Vorfeld des Gesetzgebungsverfahrens konkrete Änderungen im Betreuungsrecht vorgeschlagen, solange dies Regelungen zur Zwangsbehandlung enthält.⁸⁸

Nach den Änderungen im Betreuungsrecht sind nun die Psychiatriegesetze der Länder unverzüglich so zu überarbeiten, dass auch dort die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichtes aus dem Jahr 2011 eingehalten werden.

Die Diakonie fordert darüber hinaus den Gesetzgeber auf zu prüfen, ob Zwangsmaßnahmen nur durch öffentlich-rechtliche Unterbringungsgesetze geregelt werden oder weiterhin

auch in den Aufgabenbereich von Betreuerinnen und Betreuer fallen sollen. Es gibt für beide Alternativen nachvollziehbare Pro- und Kontra-Argumente, die eine sorgfältige Abwägung und eine breite Diskussion erfordern. Es spricht einiges dafür, den massiven staatlichen Eingriff in die Freiheitsrechte eines Menschen bundesweit einheitlich zu regeln. Das Vertrauensverhältnis zwischen Betreutem und Betreuer ist weniger Belastungen ausgesetzt und ungerechtfertigte Zwangseinweisungen werden möglicherweise eher vermieden. Auf der anderen Seite ist zu bedenken, dass bei den Psychisch-Kranken-Gesetzen oder den Unterbringungsgesetzen die Unterbringung bei Selbst- und Fremdgefährdung geregelt wird. Hier geht es nicht zuletzt um die öffentliche Ordnung; ordnungsrechtliche Aspekte stehen im Vordergrund und weniger die Durchsetzung des Wohls, des Willens beziehungsweise des mutmaßlichen Willens sowie der Interessen der Betroffenen.

Bei einer einheitlichen Regelung außerhalb des Betreuungsrechts (auf Länder- oder Bundesebene) sollten nach Ansicht der Diakonie die Betreuerinnen und Betreuer sowohl das Verfahren anregen und beenden können wie auch als Vertreter der Rechte der Betroffenen – zusätzlich zu den Verfahrenspflegern – zwingend beteiligt werden.

Um die Rechtsstellung, den Rechtsschutz sowie die Selbstbestimmungsrechte der Betroffenen im Verfahren deutlicher zu stärken, dürfen nur entsprechend qualifizierte Verfahrenspfleger bestellt werden (verpflichtende Vorgabe). Der Verfahrenspfleger muss analog der Praxis des Werdenfeler Weges und daraus zu entwickelnder Methoden, die Unterbringungen und Zwangsbehandlungen verringern können, bestellt werden.

Der § 276 Absatz 3 FamFG (Vorrang des ehrenamtlichen Verfahrenspflegers im Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit) muss gestrichen werden.

Die Diakonie fordert eine systematische und gesetzlich geregelte Datenerfassung über freiheitsentziehende Maßnahmen, deren Dauer und rechtliche Grundlagen sowie anschließende Maßnahmen. Diese Berichtspflicht sollte bundesweit einheitlich geregelt und auf die Amtsgerichtsbezirke und Länder

⁸⁷ Vergleiche Stellungnahme der BAGFW zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme, 2012.

⁸⁸ Vergleiche Stellungnahme der Diakonie Deutschland „Freiheit, Sicherheit und Schutz der Unversehrtheit der Person – Konsequenzen der Artikel 14 und 17 der UN-Behindertenrechtskonvention für die Psychiatrie – Politische Forderungen und notwendige gesetzgeberische Änderungen aus Sicht der Diakonie“, 2012.

bezogen sein. Ohne aussagekräftige Daten zum Bedarf und zur Qualität vorhandener Angebote sind in der jeweiligen Versorgungsregion keine neuen „geschlossene Einrichtungen“ beziehungsweise Plätze zu schaffen.⁸⁹

Gleichzeitig sollte in wissenschaftlichen Studien der Zusammenhang zwischen regionalen Versorgungsgegebenheiten und der Anzahl von Zwangsmaßnahmen erforscht werden.

5.3 Notwendige Weiterentwicklungen in Justiz und im Betreuungssystem

Von entscheidender Bedeutung ist jedoch die gelebte (Rechts-)Praxis, die maßgeblich durch die Haltungen sowie das Wissen der beteiligten Akteure geprägt wird. So werden Expertinnen und Experten des Betreuungsrechts nicht müde zu betonen, dass dieses aus dem gleichen Geist lebe wie die UN-BRK und gravierende Menschenrechtsverletzungen weniger der Gesetzeslage als vielmehr der ungenügenden Umsetzung geschuldet sind.

Folgende Forderungen und Empfehlungen sind für eine verbesserte Rechtspraxis notwendig:

1. Es müssen mehr Fortbildungsangebote für Betreuungsrichter mit entsprechenden Anreizen zu deren Wahrnehmung geschaffen werden. Auf die Pflicht der Richterinnen und Richter zur Fortbildung sollte hingewiesen werden.
2. Die Erreichbarkeit eines Richters möglichst rund um die Uhr muss sichergestellt sein.
3. Um die jeweilige Situation angemessen beurteilen und einschätzen zu können, sind entsprechende Zeitbudgets unerlässlich. Eine bessere personelle Ausstattung der Gerichte würde geringere Fallzahlen pro Richter ermöglichen.
4. Durch eine Stärkung der Position des Rechtsgebietes innerhalb der Justiz könnte dieses für engagierte und erfahrene Richterinnen und Richter attraktiv gemacht werden.
5. Die Diakonie schlägt eine bessere Überprüfung der Eignung von Betreuern durch die Gerichte vor. Diese könnte unter anderem durch ein obligatorisches qualifiziertes Gutachten der Betreuungsbehörde (siehe Vorschläge der Interdisziplinären Arbeitsgruppe) vor Bestellung des Betreuers erreicht werden, das sich dann aber nicht nur auf den Betreuten selbst, sondern auch auf den vorgeschlagenen Betreuer und auf die zu erwartende Funktionalität dieser Beziehung erstrecken müsste. Wenn ein ehrenamtlicher Betreuer durch einen Betreuungsverein vermittelt wird, sollte diese Aufgabe auch an den Verein (selbstverständlich bei entsprechender Vergütung) delegiert werden. Die Eignung muss in der Folge regelmäßig weiter kontrolliert werden und kann durch eine geänderte Form der Jahresberichte an die Gerichte (siehe unten) geschehen.
6. Ehrenamtliche Betreuerinnen und Betreuer sollten zwar nicht zu Fortbildungen verpflichtet werden, da die Anforderungen an die Übernahme einer Betreuung wegen der Gefahr der Motivationshemmung nicht zu hoch angesetzt werden dürfen. Aus Sicht der Diakonie sollte aber die Anbindung an die Betreuungsvereine verpflichtend sein. So ist zumindest gewährleistet, dass diese ihre Angebote allen Ehrenamtlichen zugänglich machen und versuchen können, zu einer Qualifikation zu motivieren. Außerdem sollten die örtlichen Betreuungsnetzwerke mit der Form der Tandem-Betreuung (<http://www.bit-projekt.de/>) vertraut gemacht werden. Diese Methode zur Qualifikation von Ehrenamtlichen und Bindung an den jeweiligen Verein sollte durch entsprechende Anreize verstärkt praktiziert werden.
7. Die Kontrolle der Betreuer durch die Gerichte sollte ebenfalls überdacht werden. Bisher erfolgt diese durch die Abfrage von Daten und formalen Tätigkeiten. Der Fokus liegt nicht auf der inhaltlichen Arbeit. Da sich Qualifikationsmängel aber auch und gerade hier zeigen, sollte in den Berichten darauf deutlich mehr Wert gelegt werden. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gerichte, die hierfür zuständig sind, verfügen in der Regel über eine juristische, aber keine weitere Ausbildung. Da eine (psycho)soziale Qualifikation in diesem Bereich wichtig ist, müssten entsprechende Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.

⁸⁹ Vergleiche Wolfgang Bayer (2012): Wenn schon, dann aber richtig. Standards und Qualitätssicherung bei der geschlossenen Wohnheimunterbringung. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 3, 2012. S. 30–33.

8. Dementsprechend müssen die Berichte der Betreuerinnen und Betreuer an die Gerichte um eine Verpflichtung zur Dokumentation ergänzt werden. Diese muss keine dezidierte Tätigkeitsauflistung enthalten, aber doch ausführlich genug sein, um die Intentionen und Wirkungen des Betreuerhandelns erfassen und auf ihre Sinnhaftigkeit hin prüfen zu können. Für die Betreuer dürfte damit kein Mehraufwand verbunden sein, da für einen gewissenhaft arbeitenden Betreuer diese Dokumentation aus haftungsrechtlichen Gründen auch jetzt schon selbstverständlich sein sollte.
9. Die Betreuungsvereine müssen so finanziert werden, dass sie die Arbeit mit den ehrenamtlichen Betreuern auch tatsächlich so leisten können wie dies für deren qualifizierte Arbeit Voraussetzung ist. Die Förderung dieser sogenannten „Querschnittstätigkeit“ der Vereine, die von den Bundesländern geregelt ist, hat derzeit eine Bandbreite von „sehr gut“ bis „überhaupt nicht“. Die Diakonie fordert eine Vereinheitlichung, die eine sachdienliche Arbeit erst möglich macht.
10. Die Vergütung der Betreuerinnen und Betreuer sollte so bemessen sein, dass berufliche Betreuer nicht gezwungen sind, so viele Betreuungen zu führen, dass für Fort- und Weiterbildung ebenso wie für die persönliche Betreuung jedes Betreuten keine Zeit bleibt. Unter dieser Voraussetzung setzt sich die Diakonie dafür ein, Betreuer zu Fortbildungen hinsichtlich der unterstützenden Entscheidungsfindung zu verpflichten. Diese müssten in regelmäßigen, festzulegenden Zeitabständen absolviert und als Grundlage der Geeignetheit zur Betreuungsführung gemäß § 1897 Absatz 1 BGB nachgewiesen werden.
11. Die (finanzielle und qualitative) Ausstattung der Betreuungsbehörden muss im Betreuungsbehördengesetz (BtBG) gesetzlich verankert werden, um die Erfüllung ihrer Aufgaben in einer Form zu ermöglichen, die der UN-Behindertenrechtskonvention gerecht wird.
12. Die Beteiligtenregelung des § 315 Absatz 4, Nr. 1 und 2 FamFG sollte von „kann“ zu „muss“ geändert werden, da diese Regelung zur Folge haben kann, dass diese Personen kein Beschwerderecht haben, das im Sinne einer besseren (externen) Kontrolle des Unterbringungsverfahrens jedoch gegeben sein sollte.
13. Eine einheitliche Dokumentation muss für das Unterbringungsverfahren verpflichtend sein. Sie schafft Transparenz und ermöglicht, dass sich alle an Unterbringungen beteiligten Akteure, insbesondere die von einer Unterbringung Betroffenen und deren Bezugspersonen, darauf beziehen können.
14. Des Weiteren spricht sich die Diakonie dafür aus, hinsichtlich der Gutachtensproblematik einen Anforderungskatalog wie den von einer Hamburger Arbeitsgruppe erarbeiteten (Qualitätskriterien für Gutachten, Bt-Prax 4/2011, Seite 145-148) verbindlich vorzugeben. Von der Rechtsprechung gemachte Vorgaben wie zum Beispiel den Anspruch auf Hinzuziehung einer Vertrauensperson bei der Gutachtenerstellung (OLG Zweibrücken, 3 W 35/00) sind in das FamFG mit aufzunehmen.

Projektgruppenmitglieder

Doris Ayena
Evangelische Gesellschaft Stuttgart

Dr. Astrid Giebel
Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband

Ulrike Häcker
Bundesverband evangelische Behindertenhilfe

Dr. Heiner Melchinger
Versorgungsforscher

Dr. Margret Osterfeld
Psychiaterin, EX-IN-Trainerin

Johannes Peter Petersen
Diakonisches Werk Schleswig-Holstein

Dr. Katharina Ratzke
Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband
Leitung der Projektgruppe

Ralph Sattler
Betreuungsverein Ludwigshafen im Diakonischen Werk der
Evangelischen Kirche der Pfalz

Sieglind Scholl
Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband

Nina Skorobohatyj
Angehörige

Sabine Wetzel-Kluge
Diakonisches Werk Mitteldeutschland

Auszug Diakonie Texte 2011/2012

- 01.2013 Dritter Weg im Dialog: Argumente, Glossar und Maßnahmen für die interne Kommunikation
- 09.2012 In der Diakonie vom Glauben reden – in Kursen zu Themen des Glaubens
- 08.2012 Das neue Entgeltssystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen – Positionen der Diakonie
- 07.2012 Klientinnen und Klienten in ihrer Elternrolle stärken – Kinder psychisch oder suchtkranker Eltern achtsam wahrnehmen
- 06.2012 Soziale Daseinsvorsorge in den Kommunen: Zivilgesellschaft stärken, Solidarität und Teilhabe sichern
- 05.2012 Rechtssicherheit und Fairness bei Grundsicherung nötig
Diakonie-Umfrage ergibt: SGB-II-Rechtsansprüche regelmäßig nicht umgesetzt
- 04.2012 Freiwilliges Engagement in Einrichtungen und Diensten der Diakonie – Eine repräsentative Studie
- 03.2012 Leitlinien Arbeitsmigration und Entwicklung
– Guidelines on Labour Migration and Development
Art.-Nr: 613 003 032ENGL
– Principes directeurs pour les migrations et le développement
Art.-Nr: 613 003 032FR
- 02.2012 Sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche – eine Aufgabe der Prävention und Gesundheitsförderung aus Sicht der Diakonie
- 01.2012 Diskriminierungsschutz in diakonischen Arbeitsfeldern
- 16.2011 50 Jahre Zivildienst
- 15.2011 Pflegestatistik – zum 15. Dezember 2009
- 14.2011 Einrichtungsstatistik – Regional – zum 1. Januar 2010
- 13.2011 Vorstandsbericht
- 12.2011 Sozialleistungen für Unionsbürgerinnen und Unionsbürger in Deutschland
- 11.2011 Teilhabe abhängigkeitskranker Menschen sichern
- 10.2011 Einrichtungsstatistik zum 1. Januar 2010
- 09.2011 Altenarbeit im Gemeinwesen
Demografisch geboten – politisch notwendig – verlässlich finanziert
- 08.2011 Prozesse interkultureller Öffnung konkretisieren, kommunizieren, kultivieren
- 07.2011 Kommunikation von Qualität in der stationären Altenhilfe
- 06.2011 Mitarbeitendenstatistik zum 1. September 2008

Liebe Leserinnen und Leser,

wir hoffen, dass wir Ihnen mit der vorliegenden Ausgabe des Diakonie Textes Informationen und inhaltliche Anregungen geben können. Wir sind an Rückmeldungen interessiert, um unsere Arbeit zu optimieren. Wir freuen uns deshalb, wenn Sie uns Kommentare und Anregungen zum Inhalt des Textes zukommen lassen, informieren, welchen Nutzen Sie durch diesen Text für Ihre Arbeit erfahren haben und mitteilen, wie Sie auf die vorliegende Ausgabe der Diakonie Texte aufmerksam geworden sind und ob oder wie Sie diese weitergeben werden.

Ihre Rückmeldungen senden Sie bitte an die verantwortliche Projektleitung (siehe Impressum unter Kontakt).

Herzlichen Dank!
Diakonie Deutschland

Impressum

Diakonie Deutschland –
Evangelischer Bundesverband
Evangelisches Werk für
Diakonie und Entwicklung e.V.
Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin

Verantwortlich für die Reihe:
Andreas Wagner
Zentrum Kommunikation
Telefon: +49 30 652 11-1779
redaktion@diakonie.de
www.diakonie.de

Kontakt:
Dr. Katharina Ratzke
Arbeitsfeld Sozialpsychiatrie
und Suchthilfe
Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und Pflege
Telefon: +49 30 652 11-1659
katharina.ratzke@diakonie.de

Layout: A. Stiefel

Druck: Zentraler Vertrieb des
Evangelischen Werkes für
Diakonie und Entwicklung e.V.
Karlsruher Straße 11
70771 Leinfelden-Echterdingen

© März 2013 – 1. Auflage
ISBN-Nr. 978-3-941458-61-1

Art.-Nr. 613003023

Die Texte, die wir in der Publikationsreihe Diakonie Texte veröffentlichen, sind im Internet frei zugänglich. Sie können dort zu nicht-kommerziellen Zwecken heruntergeladen und vielfältig werden. Diakonie Texte finden Sie unter www.diakonie.de/Texte. Im Vorspann der jeweiligen Ausgabe im Internet finden Sie Informationen, zu welchem Preis Diakonie Texte gedruckt beim Zentralen Vertrieb bestellt werden können.

Bestellungen:
Zentraler Vertrieb des
Evangelischen Werkes für
Diakonie und Entwicklung e.V.
Karlsruher Straße 11
70771 Leinfelden-
Echterdingen
Telefon: +49 711 21 59-777
Telefax: +49 711 797 75 02
Vertrieb@diakonie.de

Benutzer des Diakonie Wissensportals können über die Portalsuche nicht nur nach Stichworten in den Textdateien recherchieren, sondern auch auf weitere verwandte Informationen und Veröffentlichungen aus der gesamten Diakonie zugreifen. Voraussetzung ist die Freischaltung nach der Registrierung auf www.diakonie-wissen.de

www.diakonie.de

**Diakonie Deutschland –
Evangelischer Bundesverband
Evangelisches Werk für Diakonie und
Entwicklung e.V.**

Caroline-Michaelis-Straße 1

10115 Berlin

Telefon: +49 30 652 11-0

Telefax: +49 30 652 11-3333

diakonie@diakonie.de

www.diakonie.de