

Ulrich Schumacher  
Hans-Erich Jürgens  
Ulrike Mahnkopf

# 1. Vormundschaftsgerichtstag

vom 26. bis 29. Oktober 1988  
Materialien und Ergebnisse

Verlag C. H. Beck

Vormundschaftsgerichtstag



# Vormundschaftsgerichtstag

Materialien und Ergebnisse  
des 1. Vormundschaftsgerichtstages  
vom 26. bis 29. Oktober 1988  
in Bad Bevensen

Herausgegeben von

Ulrich Schumacher  
Hans-Erich Jürgens  
Ulrike Mahnkopf



C. H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung  
München 1989

## VORWORT

Der Vormundschaftsgerichtstag e. V. wurde Ende Januar 1988 von Vormundschaftsrichterrinnen und Vormundschaftsrichtern gegründet, die im Interesse der von vormundschaftsgerichtlichen Maßnahmen Betroffenen ein Forum des Erfahrungsaustausches und der Fortbildung schaffen wollten. Dabei wurde gleich klargestellt, daß die Mitgliedschaft nicht auf Juristen beschränkt bleiben soll. Angestrebt wurde und wird innerhalb wie außerhalb der Vereinigung der interdisziplinäre Kontakt mit allen am vormundschaftsgerichtlichen Verfahren beteiligten Berufsgruppen, insbesondere mit Ärzten, Sozialarbeitern, Psychologen, Pädagogen und Altenpflegern. Als Vorbild der Vereinsgründer können durchaus der Familiengerichtstag e. V. oder der Jugendgerichtstag e. V. angesehen werden, zumal einige der Gründungsmitglieder des Vormundschaftsgerichtstages e. V. insbesondere im Familiengerichtstag e. V. aktiv mitgearbeitet haben.

Die Gründung des Vormundschaftsgerichtstages e. V. ist auch ein Anzeichen für das gestiegene Bewußtsein von der Notwendigkeit strikt rechtsstaatlichen und sozial sensiblen Judizierens in diesem bislang von Rechtspolitik, Rechtswissenschaft wie Justizverwaltung nicht gerade verwöhnten Bereich.

Analog zu den Hauptproblemen in der derzeitigen vormundschaftsgerichtlichen Praxis war „der alte Mensch im vormundschaftsgerichtlichen Alltag“ der zentrale Themenschwerpunkt des 1. Vormundschaftsgerichtstages, der vom 26. bis 29. Oktober 1988 in Bad Bevensen stattfand. Dieses Thema bedrängt uns alle zunehmend: Es gibt mehr alte Menschen als es je gegeben hat und diese haben größere Probleme in unserer Gesellschaft als früher. Dem steht jedoch noch weitgehende Ratlosigkeit gegenüber, wie diesen Problemen zu begegnen ist. Der Gesetzgeber hat einen Gesetzentwurf vorgelegt, der die Rechtsstellung alter, verwirrter und psychisch kranker Menschen verbessern soll. Diesen Entwurf galt es zu diskutieren vor dem Hintergrund der jeweiligen eigenen Berufspraxis, die von den meisten Teilnehmern des 1. Vormundschaftsgerichtstages derzeit als unzulänglich empfunden wird.

Ungeachtet aller Differenzen im Detail waren sich die Teilnehmer des 1. Vormundschaftsgerichtstages darüber einig, daß (auch) die Reform des Vormundschafts- und Pflegschaftsrechts erforderlich ist, um die Lebensverhältnisse von alten, psychisch kranken und geistig behinderten Menschen zu humanisieren. Einigkeit bestand aber auch darüber, daß die Reform des Rechts allein nicht ausreicht, sondern daß

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek  
*Vormundschaftsgerichtstag (01, 1988, Bevensen):*  
Vormundschaftsgerichtstag: Materialien und Ergebnisse des  
1. Vormundschaftsgerichtstages vom 26. bis 29. Oktober 1988 in  
Bad Bevensen / hrsg. von Ulrich Schumacher... - München:  
Beck, 1989  
ISBN 3-406-34270-1  
NE: Schumacher, Ulrich [Hrsg.]; HST

ISBN 3 406 34270 1

C. H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung (Oscar Beck), München  
Satz und Druck: Gebr. Parcus KG, München

auch die entsprechenden tatsächlichen Voraussetzungen geschaffen werden müssen, wenn die Reform des Vormundschafts- und Pflegschaftsrechts gelingen soll. Ohne engagierte Betreuer, ohne eine deutlich bessere personelle Ausstattung der Vormundschaftsgerichte und ohne qualifizierte Aus- und Fortbildung aller Beteiligten ist das neue Betreuungsrecht zum Scheitern verurteilt.

Der 1. Vormundschaftsgerichtstag fand mit ca. 300 Teilnehmern und 45 eingeladenen Experten statt. Erwähnung verdient, daß sich weit mehr Interessenten (an-)gemeldet hatten, wovon aus Kapazitätsgründen jedoch nur ca. 300 berücksichtigt werden konnten. Unter den Teilnehmern befanden sich ca. 70 Richter, 10 Rechtspfleger, 40 Rechtsanwälte, 25 Ärzte, 90 Sozialarbeiter und Altenpfleger, 15 Wissenschaftler, 40 Verbandsvertreter und 10 Vertreter von Ministerien. Dies zeigt, daß das Bemühen der Veranstalter um den interdisziplinären Meinungs- und Gedankenaustausch bei den angesprochenen Berufsgruppen großen Anklang gefunden hat.

Berücksichtigt man außer dem sachlichen Ertrag – der nunmehr gedruckt vorliegt – noch die besondere Atmosphäre des 1. Vormundschaftsgerichtstages, die mit „Aufbruchstimmung“ von Teilnehmern durchaus richtig beschrieben worden ist, ist es nicht erstaunlich, daß weitere Vormundschaftsgerichtstage folgen sollen. Der 2. Vormundschaftsgerichtstag wird vom 31. Oktober bis 3. November 1990 in Bad Bevensen stattfinden.

Wir hoffen dabei auf ein Wiedersehen mit vielen der Teilnehmer und Referenten des 1. Vormundschaftsgerichtstages.

Für die Herausgeber:

Dr. Ulrich Schumacher  
stellvertr. Vorsitzender  
Vormundschaftsgerichtstag e. V.

## INHALT

Eröffnungsansprache der Vorsitzenden des Vormundschaftsgerichtstages e. V., Ulrike <i>Mahnkopf</i> , Hamburg .....	XI
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

### Grußworte

Ministerialdirigent Dr. Alfred <i>Wolf</i> , Bonn/Bundesminister der Justiz Hans A. <i>Engelhard</i> .....	XV
Senator Wolfgang <i>Currilla</i> , Präses der Justizbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg .....	XVII

### Vorträge

Alfred <i>Hoffmann</i> , Hamburg Psychiatisierung des Alters .....	1
Prof. Dr. Hartmut <i>Dießenbacher</i> , Bremen Gewalt gegen Alte .....	11
Prof. Dr. Thomas <i>Klie</i> , Freiburg Recht auf Verwirrtheit? .....	23
Dr. Luigi <i>Attenasio</i> , Mantova/Italien Das Gesetz 180 in Italien zwischen Vergangenheit und Gegenwart .....	31

### Arbeitsgruppen-Protokolle, Thesen, Referate, Materialien

AG 1A Zwang in Heimen und Krankenhäusern Pflegerische und medizinische Erforderlichkeit „unterbringungsähnlicher Maßnahmen“ wie Fixierung und Zwangsmedikation Protokoll und Thesen .....	41
Dr. Jürgen <i>Lotze</i> , Lüneburg Gutachten zur Zulässigkeit von Fixierungen .....	48
Axel <i>Bauer</i> , Frankfurt Alter und Selbstbestimmung – Rechtsprobleme der Betreuung alter Menschen in Heimen (Thesen) .....	53
John <i>Gelübcke</i> , Hamburg Vorschlag zu einer gesetzlichen Regelung des Problem- bereichs Fixierungen .....	55

AG 1B	Zwang in Heimen und Krankenhäusern Pflegeroutine und Selbstbestimmungsrecht von Heimbewohnern und Patienten Protokoll und Thesen . . . . .	57
	Claudia <i>Oswald-Timm</i> , Neu-Ulm Tagesablauf in einer gerontopsychiatrischen Pflegestation . . . . .	62
	Barbara <i>von Eicken</i> , Frankfurt Thesen zur Anwendung „fürsorglichen Zwangs“ in Pflege- und Betreuungseinrichtungen . . . . .	64
AG 2	Psychiatrische und sozialpädagogische Begutachtung im Entmündigungs- und Pflegschaftsverfahren Protokoll . . . . .	67
AG 3	Reflexion der Unterbringungspraxis nach Landesgesetzen Protokoll und Thesen . . . . .	71
	Dr. Rolf <i>Marschner</i> , München Thesen zur Praxis und zur Reform des Unterbringungsrechts . . . . .	79
	Peter <i>Lehmann</i> , Berlin Selbstbestimmungsrecht oder therapeutische Gewalt im Betreuungsgesetz? . . . . .	82
AG 4	Gemeindenaher psychiatrischer Versorgung statt Unterbringung in der Anstalt Protokoll und Thesen . . . . .	95
	Dr. Dieter <i>Lehmkuhl</i> , Berlin Psychiatrie in der Gemeinde – zum Wandel des psychiatrischen Versorgungskonzepts . . . . .	101
	Dr. Gert <i>Schöfer</i> , Bremen Die Reform der psychiatrischen Versorgung in Bremen – strukturelle Veränderungen . . . . .	113
AG 5	Sterilisation geistig Behinderter – gegenwärtige Praxis – gesetzlicher Regelungsvorschlag Protokoll und Thesen . . . . .	123
	Ulrich <i>Hellmann</i> , Marburg Position der Eltern von Menschen mit geistiger Behinderung und Stellungnahme der Bundesvereinigung Lebenshilfe . . . . .	131
	Prof. Dr. Dr. Klaus <i>Dörner</i> , Gütersloh Sterilisierung nichteinwilligungsfähiger Behinderter im Diskussionsentwurf zu einem neuen Vormundschaftsrecht . . . . .	138

	Dr. Andreas <i>Jürgens</i> , Kassel Rechtliche Fragen der Sterilisation geistig Behinderter . . . . .	145
AG 6	Gewinnung und Betreuung von Einzelvormündern und Pflegern – neuer Auftrag für Vereins- und Amtsvormünder? Protokoll und Thesen . . . . .	151
	Dr. Peter <i>Schlaffer</i> , Wien Bericht über das System der Gewinnung und Betreuung ehrenamtlicher Sachwalter sowie über die Bedeutung der ehrenamtlichen Sachwalterschaft und die Erfahrungen mit ihr im Verein für Sachwalterschaft . . . . .	155
	Petra <i>Hülshoff</i> , Bochum Anleitung, Beratung, Begleitung und Fortbildung von ehrenamtlichen Vormündern im Sozialdienst katholischer Frauen . . . . .	167
	Peter <i>Winterstein</i> , Seevetal Veränderungen für berufliche und ehrenamtliche Vormünder und Pfleger durch die beabsichtigte Reform des Vormundschaftsrechts . . . . .	175
AG 7	Probleme der Pflegschaft/Betreuung – mehr Personen – weniger Vermögensorientiertheit Protokoll und Thesen . . . . .	179
AG 8	Sexueller Mißbrauch von Kindern (ausgefallen)	
AG 9	Interessenvertretung des Kindes im vormundschaftsgerichtlichen Verfahren (ausgefallen)	
AG 10	Zwangsmaßnahmen gegen Aidskranke Thesen . . . . .	185
	Jürgen <i>Rink</i> , Frankfurt Überlegungen zu der Frage der freiheitsentziehenden Unterbringung (Zwangsabsonderung) von HIV-Infizierten, die der Prostitution nachgehen . . . . .	187
	Dr. Ingo <i>Michels</i> , Berlin „Produktive Psychosen mit endomorpher Symptomatik“ – AIDS wird als psychiatrisches Krankheitsbild salonfähig gemacht . . . . .	193
	Dr. Ulrich <i>Schumacher</i> , Münster/ Dr. Andreas <i>Jürgens</i> , Kassel Anmerkungen zum Betreuungsgesetzesentwurf . . . . .	203

## Abschlußdiskussion

Prof. Dr. Gisela Zenz, Frankfurt Zur Notwendigkeit interdisziplinärer Zusammenarbeit für die Qualität vormundschaftsgerichtlicher Entscheidungen – Aus- bildungsdefizite, Fortbildungsbedarf . . . . .	229
Presseerklärung . . . . .	237
Statt eines Nachworts:	
Hans-Erich Jürgens, Hamburg „Kennst Du das Land, wo die Zitronen blühn?“ . . . . .	239

## ERÖFFNUNGSANSPRACHE

1. Vorsitzende des Vormundschaftsgerichtstages e. V.,  
Richterin am Amtsgericht Ulrike *Mahnkopf*, Hamburg

Liebe Teilnehmer des 1. Vormundschaftsgerichtstages,

zuallererst möchte ich Ihnen allen dafür danken, daß Sie gekommen sind. Ich bin wirklich einfach sehr, sehr froh, daß wir hier jetzt alle zusammensitzen. Ich will Ihnen aber nicht nur danken für Ihr Kommen, sondern sozusagen zurufen: das haben Sie gut gemacht, daß Sie gekommen sind, denn es gibt viel zu tun und wir haben eine Menge vor. Getan werden aber muß es von Ihnen allen, denen wir hier nur einen Rahmen, ein Forum bieten können für das, was wir uns wünschen, und das ist: Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit zugunsten der uns Anvertrauten.

In den letzten Jahren sind wir – das ist eine ganz kleine Gruppe norddeutscher Vormundschaftsrichter – auf zwei Tagungen gewesen, die in Marburg und Arnoldshain zu den Fragen der Reformierung des Vormundschafts- und Pflegschaftsrechtes abgehalten wurden. Danach haben wir uns vor zwei Jahren aufgemacht, die Errungenschaften und Probleme des neuen Sachwalterrechtes in Wien vor Ort kennenzulernen, und im vorigen Jahr sind wir in die Toskana gereist, um die „psichiatria democratica“ im eigenen Lande zu sehen. Beide Reisen haben uns die wertvollsten Anregungen gebracht. Ich begrüße deshalb ganz besonders herzlich hier die österreichischen und italienischen Gäste, die uns jetzt zu unserer Freude einen Gegenbesuch machen.

Inzwischen war, als wir im November letzten Jahres aus Italien zurückkamen, die Gesetzesreform so weit in ihren Vorarbeiten vorangeschritten, daß uns eines klar wurde: es fehlte an einem großen Forum für alle die, denen an einer wirksamen, engagierten Umsetzung dieses Reformwerkes liegt, denn mit einem – möglichst guten (und darauf können wir ja in Einzelheiten auch noch Einfluß nehmen) – Gesetz ist allemal nur der Anfang gemacht für eine mögliche Entwicklung. Daß diese Form annimmt, wirklich Wirkung entfaltet, weitergeht, ist eine Frage der Zusammenarbeit all derer – und zu denen eben gehören wir alle –, die mit der Sorge für unsere psychisch Kranken, Behinderten, Alten und verwirrten Mitbürger betraut sind.

Ein bißchen Vorbild waren uns der Jugendgerichtstag, auf dem sich Richter und Rechtsanwälte und vor allem als Bewährungshelfer tätige

Sozialarbeiter treffen, und der Familiengerichtstag, der in ähnlicher rechtshistorischer Situation – nämlich aus Anlaß der Reformierung des gesamten Familienrechts – vor gut 10 Jahren auch von einer Gruppe von Familienrichtern gegründet wurde. So einige mögen unter uns sein, die nicht nur die Familiengerichtstage seither besucht, sondern auch den wohlthuenden Einfluß auf die Praxis der Familiengerichte beobachtet haben.

Mehr noch aber als in diesen Bereichen tut etwas Analoges not für den Bereich des Vormundschaftsrechtes, handelt es sich doch um „jenes Feld in der Justiz, auf dem sich Rechtliches am engsten mit den anderen Wissenschaften verbindet“, wie gerade in der Zeitung zu lesen war. Deshalb gründeten wir im Januar dieses Jahres den Verein „Vormundschaftsgerichtstag“, dem seither viele von Ihnen beigetreten sind und der hier heute also seine Arbeit aufnimmt.

Das uns geradezu überwältigende Echo auf unsere Initiative hin zeigt mit übergroßer Deutlichkeit zweierlei: erstens schlimme Mißstände, unter denen unsere Klienten zu leiden haben, die uns bedrücken und auf der Seele liegen und die aus den verschiedensten – hier in den nächsten Tagen zu untersuchenden – Gründen noch zunehmen und unerträglicher zu werden scheinen, und zweitens ein in den letzten Jahren stärker gewordenes Bewußtsein dessen, daß jeder helfende Eingriff *auch* ein Eingriff ist und rechtsstaatliche Verfahren zur Erhaltung der Würde eines jeden Einzelnen erfordert. Hieran hapert es bisher, und diesem Umstand abzuhelfen, hat sich der Gesetzgeber ja nun aufgemacht.

Zu uns Richtern und Richterinnen kommen immer die ganz schwierigen Fälle, die, in denen zwar nicht gerade über den Kopf der Betroffenen hinweg, aber doch ohne und manchmal gegen ihren Willen zu ihrem von uns so definierten Besten gehandelt werden soll – so daß richterliche Kontrolle und damit also öffentliche Absegnung solchen Tuns erforderlich werden.

Sie alle haben in Ihrer Praxis als Altenpfleger und Altenpflegerinnen, als Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen, als Krankenschwester oder Pfleger oder Arzt oder Ärztin auch mit einer Vielzahl von Fragen und Problemen zu tun, die vorhanden, aber vielleicht doch nicht immer gar so dramatisch sind, wie das, was *unsere* Auslese als Rechtspfleger, Richter, Anwälte ist. Aber lassen Sie uns nicht sagen oder glauben, daß deshalb alles wohl doch nicht so schlimm sei. Der Rechtsstaat zeigt seine Fähigkeit, die Rechte und die Würde des Einzelnen zu wahren, eben immer gerade da, wo es um die unbewältigten Probleme der Ärmsten, Störendsten, Schwierigsten geht.

Mit ihnen haben wir alle zu tun, wenn wir uns im vormundschaftsgerichtlichen Verfahren treffen. Hier, im Umgang mit diesen Menschen, zeigt sich, wie tolerant wir sind, wieviel Freiheit des Einzelnen wir zulassen, ja: auf welchem gesellschaftlichen Kulturniveau wir stehen.

Wer in diesem Sinne am meisten „stört“, Probleme bereitet und damit gesellschaftliche Fremdbestimmung nötig macht – das wechselt. Im Vormundschaftsgericht gibt es auch andere Problemfelder und Personengruppen, die uns umtreiben und beschäftigen – ich nenne hier unsere Kindschaftsverfahren, die Fragen der Erziehungsunfähigkeit von Eltern, der Gewalt in der Familie. Spätere Vormundschaftsgerichtstage mögen sich auch dieser vielfältigen Themen annehmen.

Es ist ein Zeichen unserer Zeit, daß die größten Probleme jetzt die Alten und unter ihnen besonders die Verwirrten haben – und weil sie Probleme haben, will es uns so scheinen, daß sie Probleme *machen*. Mit dieser Tatsache gehen wir unangemessen um. Altsein, Verwirrtsein, deshalb ins Heim zu kommen, bedeutet, so wie die Dinge heute stehen, ein Stück „sozialen Tods“ (wie vor zwei Wochen im Spiegel stand).

Daß kein lebender Mitbürger, der uns irgendwie anvertraut ist, dieses „Stück sozialen Tods“ erlebt, sollte unser Ziel sein. Um uns an dieses Ziel anzunähern, lassen Sie uns miteinander mehr noch als bisher ins Gespräch miteinander kommen und Netze knüpfen, die nach einem Muster geknüpft sind, das sich an den Bedürfnissen der Betroffenen ausrichtet und nicht, wie bisher oft, nach ökonomischen, pflegerisch rationalen, praktischen Strickmustern. Lassen Sie uns gemeinsam versuchen, Netze zu knüpfen, deren Maschen weit genug sind, um den größtmöglichen Freiheitsraum für den Einzelnen zu gewährleisten, und engmaschig genug, um niemanden, der eines helfenden Eingriffs nach redlicher Prüfung durch uns wirklich bedarf, zwischen die Maschen fallen zu lassen.

Ich wünsche uns allen einen guten Verlauf dieses ersten Vormundschaftsgerichtstages.



## GRUSSWORTE

Ministerialdirigent Dr. Alfred *Wolf*, Bonn

Verehrte Frau Mahnkopf,  
meine Damen und Herren!

Ich glaube, ein Aufbruch findet statt. Er wurde angekündigt durch die Psychiatrie-Enquete. Das Bundesverfassungsgericht hat einige Eckpunkte herausgearbeitet. Die Oberlandesgerichte haben geistig Behinderten und psychisch Kranken Verfahrensschutz gewährt. Sie als Vormundschaftsrichter, Rechtspfleger und Sozialarbeiter erleben die Praxis von Vormundschaft und Pflegschaft jeden Tag, Ihre Unruhe ist bis in die politischen Instanzen gedrungen. Es ist deshalb nur konsequent, wenn sich parallel zu den Reformarbeiten im Bundesministerium der Justiz der erste Vormundschaftsgerichtstag in Bad Bevensen zusammenfindet.

Herr Bundesminister Engelhard hat die Reform des Rechts der Entmündigung, der Vormundschaft und der Pflegschaft für Erwachsene persönlich eingeleitet, er hat seine Rede beim Juristentag in Mainz ganz der Vormundschaftsreform gewidmet und angekündigt, daß die eingeleitete Reform noch in dieser Legislaturperiode, also in den nächsten zwei Jahren, bis ins Gesetzblatt gebracht werden soll. Er hat mich beauftragt, Ihnen folgendes Grußwort zu übermitteln:

Bundesminister der Justiz Hans A. Engelhard

Allen Teilnehmern des 1. Vormundschaftsgerichtstages übermittle ich meine besten Grüße und Wünsche.

Daß schon Ihre erste Tagung ausgebucht ist, zeugt schon jetzt von der Bedeutung des Vormundschaftsgerichtstages, seiner Notwendigkeit und von den Erwartungen, die an Veränderungen in diesem Bereich geknüpft sind.

Ich unterstütze das Anliegen des Vormundschaftsgerichtstages, als Forum des interdisziplinären Erfahrungsaustauschs im Bereich des Vormundschaftsrechts zu wirken. Ich halte eine solche Einrichtung für notwendig und für ein gutes Zeichen auf dem Weg zu einem geänderten Verhältnis zu behinderten und psychisch kranken Menschen.

Es gäbe viel zu sagen zu den Themen Ihrer ganzen Veranstaltung und auch zu den Themen der einzelnen Arbeitsgruppen. Ich möchte mich auf einige Aspekte der Vormundschaftsreform für Volljährige beschränken.

Neben der Änderung des Gesetzes halte ich es für erforderlich, daß die Reform des Entmündigungs-, Vormundschafts- und Pflegschaftsrechts von Diskussionen und Schulungen in den Fachkreisen begleitet wird. Vielfach werden sich der Erfahrungs- und Meinungsaustausch sowie die Weiterbildung der Beteiligten als wichtiger erweisen als manche gesetzliche Änderung. Eine Veränderung der Inhalte des Rechts erfordert auch ein Weiterlernen aller Beteiligten. Nicht geholfen ist dem Betroffenen mit altem Wein in neuen Schläuchen. Nur ein verändertes Bewußtsein und eine gesteigerte Befähigung der Beteiligten wird auch echte Verbesserungen für die Betroffenen bringen.

In diesem Sinne wünsche ich dem 1. Vormundschaftsgerichtstag ein gutes Gelingen!

Senator Wolfgang Curilla, Präses der Justizbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg

Meine sehr geehrten Damen und Herren!

An der Eröffnungsveranstaltung des 1. Vormundschaftsgerichtstages hätte ich gern teilgenommen. Leider bin ich hieran durch einen anderen Termin, den ich wahrnehmen muß und den ich auch nicht verlegen kann, gehindert.

Ich möchte Sie daher um Verständnis bitten, daß nur diese Grußadresse verlesen wird und ich Sie nicht persönlich begrüßen kann:

Mit dem Vormundschaftsgerichtstag hat sich ein neues Forum für einen bedeutsamen Bereich der Justiz gebildet.

Besonders hervorzuheben ist, daß es die Vormundschaftsrichter selbst gewesen sind, die dieses Forum ins Leben gerufen haben. Sie haben die Notwendigkeit erkannt, sich über die tägliche Arbeit hinaus grundlegend mit den Fragen und Problemen ihres Berufsfeldes zu befassen und dazu den Rat, aber auch die Kritik der anderen beteiligten Berufsgruppen einzuholen.

Für den 1. Vormundschaftsgerichtstag haben Sie ein außerordentlich wichtiges Thema gewählt, das Verhältnis der Gesellschaft zu den älteren Mitbürgern.

Die Regeln, die unsere Rechtsordnung für den Fall vorsieht, daß ein alter Mensch seine Angelegenheiten nicht mehr selbst besorgen kann, werden den heutigen Verhältnissen nicht mehr gerecht und berücksichtigen nur unzulänglich die Menschenwürde und das Recht auf Selbstbestimmung; die hier bestehenden Probleme werden aufgrund der wachsenden Altenpyramide in Zukunft ständig drängender.

Die Diskrepanz zwischen Gesetzeslage und gesellschaftlicher Entwicklung hat zu einer regional sehr unterschiedlichen Handhabung der Rechtsinstitute der Vormundschaft und der Pflegschaft geführt, die von der ursprünglichen gesetzlichen Konzeption bereits stark abweicht. Aber auch die starke Überbetonung der Vermögensinteressen gegenüber den persönlichen Bedürfnissen des Betroffenen sowie seine unzureichende Stellung im Verfahren machen eine Reform dieses Rechtsgebietes überfällig.

Ich bin deshalb mit Ihnen einig, daß es dringend geboten ist, durch eine Reform die gesetzliche Grundlage dafür zu schaffen, daß geistig und psychisch behinderte Menschen in die Lage versetzt werden, ihre Lebenssituation durch entsprechende Hilfestellung angemessen zu be-

wältigen. Es ist deshalb zu begrüßen, daß die vom Bundesminister der Justiz eingesetzte Kommission inzwischen einen Diskussionsentwurf für ein Betreuungsgesetz vorgelegt hat.

In allen Arbeitsgruppen des 1. Vormundschaftsgerichtstages wird dieser Entwurf vor dem Hintergrund der praktischen Erfahrungen mit dem geltenden Recht diskutiert werden, und ich hoffe sehr, daß Sie mit den dabei erzielten Ergebnissen die anstehende Reform praxisnah beeinflussen und zu ihrer raschen Realisierung beitragen.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen einen erfolgreichen Verlauf des 1. Vormundschaftsgerichtstages.

## VORTRÄGE

Dipl.-Pädagoge Alfred *Hoffmann*, Hamburg

### *Psychiatisierung des Alters*

#### I.

Bei den Arbeiten zu diesem Beitrag kam mir der jetzt schon klassische Beatles-Song „When I get older loosing my hair, many years from now, will you still feed me, will you still need me, when I'm sixty-four“ in den Sinn. Dieser auch schon fast 25 Jahre alte Oldie spricht von der Angst im Alter und den Ängsten vor dem Älterwerden.

Sind es wirklich die Ängste vor dem Älterwerden, die hier angesprochen werden? Bei genauerem Hinhören – nein. Es sind vielmehr die Ängste, im Alter nicht mehr ernährt, versorgt, gepflegt und gebraucht zu werden, die hier von den Beatles besungen werden. Insbesondere wird die menschliche Ur-Angst, nicht mehr gebraucht und somit für andere überflüssig zu werden, angesprochen. Nicht die Angst vor dem Lebensalter, sondern die Angst vor den Lebensbedingungen im Alter, insbesondere die Angst, von den nahestehenden Menschen und der nachrückenden Generation nicht das zu bekommen, was man sich für sein Leben im Alter gewünscht hat, steht im Vordergrund dieses weltbekannten Hits.

Sicherlich mehr intuitiv als wissenschaftlich fundiert und abgesichert, haben die Beatles in diesem Song ein Grundphänomen des Alterungsprozesses aufgezeigt: Altern und Altwerden ist kein Prozeß, der losgelöst für sich betrachtet werden kann. Es gibt kein Altern an sich, sondern nur ein Altwerden unter bestimmten Bedingungen, die wiederum subjektiv interpretiert und erlebt werden. So sind Verhaltensweisen im Alter auch immer Spiegelbilder erfahrener und erlebter Lebensbedingungen.

Die Beschäftigung mit dem Alter bedingt somit immer auch eine Betrachtung gesellschaftlicher und individueller Lebensbedingungen im Alter und während des gesamten Lebensverlaufes. Je nach Lebensverlauf und -lage stellt sich Altern anders dar.

Vor diesem Hintergrund sollte sich der/die Leser/-in selbst befragen, welche Verhaltenserwartungen er/sie an eine Person richtet, die in ihrer Kindheit und Jugend einen inneren Lebensentwurf gefaßt hat, 75 Jahre alt zu werden und eines Tages feststellt,

daß sie bereits ihren 93. Geburtstag feiert;  
 erst dem Kaiser, dann Adolf Hitler zugejubelt hat und dann den „Zusammenbruch“ des Tausendjährigen Reiches hinnehmen mußte;  
 die im hohen Alter in ein Pflegeheim ziehen mußte, obwohl sie sich heftig dagegen gewehrt hat;  
 die ihr Leben lang mit ihrem Geld zurechtkam und jetzt von der Sozialhilfe abhängig wurde;  
 usw.

Würden Sie von dieser Person erwarten, „daß sie sich weitgehend unauffällig verhält, daß sie weitgehend frei von Beschwerden ist, vorhandene Einbußen toleriert oder kompensiert, zufrieden und angepaßt an die sozialen Gegebenheiten und angstfrei ist und daß sie sich in ihrem Befinden und Verhalten der Mehrheit der Gleichaltrigen annähert“?<sup>1</sup> Wenn Sie davon ausgehen, daß diese Frau sich nicht so verhalten wird, dann laufen Sie Gefahr, dieser Heimbewohnerin „Normalität“ zumindest im Sinne von Klaus Österreich – einer der führenden Gerontopsychiater in der Bundesrepublik – abzusprechen. Er würde einen alten Menschen als geistig-seelisch normal bezeichnen, wenn dieser sich so wie oben beschrieben verhalten würde.

Der Versuch einer solchen allgemeingültigen Normierung und Standardisierung menschlichen Verhaltens im Alter – so attraktiv und erleichternd dies auch für manche sein mag – stellt nicht nur eine grobe Simplifizierung einer komplexen Problematik dar, sondern diskriminiert darüber hinaus – auf psychiatrische Weise – alte Menschen. Und die Psychiatrisierung von Menschen, denen es nicht gelungen ist, unauffällig, angepaßt und „zufrieden“ ihren Alltag zu bewältigen, dient häufig dazu – und dies hat eine allzu lange Geschichte – Ausgrenzung, Entrechtlichung und Zwangsmaßnahmen zu legitimieren. Wer sich nicht stromlinienförmig an die Bedingungen im Alter anpaßt, sich nicht mit dem zufrieden gibt, was er im Alter vorfindet, nicht freiwillig – um des lieben Friedens willen – auf seine Rechte verzichtet und nicht versucht, anderen so wenig wie möglich zur Last zu fallen, der läuft Gefahr, als nicht normal und somit als psychisch krank zu gelten.

## II.

Trotz dieser drohenden Gefahr der Psychiatrisierung im Alter wehren sich immer mehr alte Menschen auf ihre Art gegen Normierung und Standardisierung. Die Lebensformen und Lebensstile, die alte Menschen heute leben, sind vielfältig und vielschichtig:

- Der 50jährige Pensionär;
- die 85jährige Witwe, die ihren 62jährigen Sohn pflegt;
- der 76jährige aktive und erfolgreiche Firmenchef;
- der 58jährige Vorruehändler, der aus Verzweiflung über den Verlust seines Arbeitsplatzes Selbstmord begeht;

- der Urgroßvater, der seinem Urenkel zum Abitur einen Porsche schenkt;
  - die 72jährige Witwe, die im Winter kaum das Bett verläßt, weil sie kein Geld hat, die Kohlen zu bezahlen;
  - die 75jährige verwahrloste Frau, die – auf Veranlassung der Nachbarn – in die Psychiatrie eingewiesen wird;
  - der 59jährige MS-Kranke, der völlig auf die Hilfe anderer angewiesen ist;
  - die 89jährige Weltenbummlerin;
  - der 69jährige Jung-Vater und
  - die 85jährige Demonstrantin
- sie alle gelten als alt. Diese kurze Auflistung soll zeigen, daß es den alten Menschen nicht gibt – ebensowenig wie den Behinderten, den Kranken oder den Erwachsenen. Zu den wichtigsten Erkenntnissen der sozial-gerontologischen Forschung gehört die Einsicht „in die hohe inter- und intraindividuelle Variationsbreite biologischer, psychischer und sozialer Funktionen und die vergleichsweise geringe Bedeutung des kalendarischen Alters“<sup>2</sup>.

Die empirisch feststellbare Vielfalt der Lebensformen und Lebensstile im Alter widerspricht der gängigen Annahme, „im Alter würden die Menschen immer ähnlicher“. Eher das Gegenteil ist der Fall: Je älter Menschen werden, desto unterschiedlicher werden sie – und dies gerade auch im Vergleich zu jüngeren Jahrgangsgruppen. In der alltäglichen Berufspraxis wird diese grundsätzliche Tendenz nicht gesehen oder auch verkannt. Dies liegt daran, daß die Mitarbeiter in der Altenhilfe sich fast ausschließlich einer Gruppe der Älteren – den Hilfe- und Pflegeabhängigen – widmen. Im Zuge einer Generalisierung werden dann die Erfahrungen mit diesen alten Menschen auf alle alten Menschen übertragen.

## III.

Innerhalb der Altenbevölkerung steigt die Zahl alter Menschen, die als psychisch krank bezeichnet werden. Im Jahre 1950 zählte man in der Bundesrepublik 400 000 dementiell erkrankte alte Menschen; diese Zahl hat sich bis zum Jahre 1987 auf fast eine Million erhöht und Vorausberechnungen für das Jahr 2030 sagen ein Anwachsen dieser Bevölkerungsgruppe auf 1,5 Millionen Personen voraus. Für den Heimbereich geben Cooper, Mahnkopf und Bickel folgende Zahlen an: Eine Studie in Nordrhein-Westfalen ergab, daß insgesamt 60,6% der Heimbewohner (in dieser Stichprobe) eine psychiatrische Diagnose erhielten: 37,8% aufgrund hirnorganischer, 12,4% aufgrund funktioneller und 10,6% aufgrund gemischter Störungen. Als psychiatrisch behandlungsbedürftig wurden dabei mehr als 20% der Heimbewohner eingeschätzt. Bei einer jüngeren Studie in Mannheim wurde eine Stichprobe von 179 weib-

lichen Alten-, Altenwohn- und Altenpflegeheimbewohnern mit Hilfe eines klinisch-psychiatrischen Verfahrens (Geriatric Mental Status Schedule) befragt. Dabei wurde an 81.9% der Pflegeheim- und 61.8% der Altenheimbewohner eine psychiatrische Diagnose (überwiegend Demenzprozesse) vergeben<sup>3</sup>.

Der hohe und vorhergesagte steigende Anteil psychisch kranker alter Menschen wirft die Frage nach den Ursachen und Gründen für diese Entwicklung auf. Drei prinzipielle Antworten sind denkbar:

1. Der hohe und zukünftig wachsende Anteil psychisch kranker alter Menschen ist die Folge der demographischen Bevölkerungsentwicklung. Dadurch, daß immer mehr Menschen ein immer höheres Lebensalter erreichen, steigt die Zahl alter Menschen und somit auch die Zahl psychisch kranker alter Menschen.
2. Alte Menschen sind im Gegensatz zu früher heute immer weniger in der Lage, ihr Leben selbständig und selbstverantwortlich zu gestalten und zu führen. Mehr alte Menschen fühlen sich von den vergangenen und derzeitigen Lebensbedingungen und -anforderungen überfordert und flüchten sich in die psychische Erkrankung.
3. Die gesellschaftlichen Verhaltenserwartungen an alte Menschen werden immer normierter und restriktiver, d. h. die Gesellschaft – und das sind die Angehörigen, die Nachbarn, die Krankenhäuser, die Behörden usw. – wird alten Menschen gegenüber immer intoleranter. Die Bereitschaft, ungewöhnliche Verhaltensweisen alter Menschen zu akzeptieren, wird immer schwieriger in einer Welt, die Unabhängigkeit, Selbständigkeit und individuelle Freiheit – insbesondere für die Generation der Erwachsenen – hoch bewertet. Die Ausgrenzung „störender“ alter Menschen erfolgt vermittels einer psychiatrischen Etikettierung.

Die aufgezeigten Ursachen tragen alle auf vielfältigste Weise zum Anstieg der psychisch Erkrankten im Alter bei. Demographische Ursachen, begrenzte individuelle Ressourcen und gesellschaftliche Lebensbedingungen führen dazu, daß immer mehr alte Menschen Verhaltensweisen entwickeln, die als schwierig, belastend und bedrohlich erlebt werden. Diese Problematik wird nicht dadurch gemindert oder gar gelöst, daß mit Hilfe der Geronto-Psychiatrie eben diese Menschen eine psychiatrische Diagnose erhalten, die die Voraussetzungen für in der Regel verhaltenseinschränkende Maßnahmen schafft, die zu guter Letzt noch juristisch legalisiert werden.

#### IV.

Im folgenden soll der Problematik der Über-Diagnostik in der Geriatrie generell und im geronto-psychiatrischen Bereich speziell nachgegangen werden.

Das Problem der Über-Diagnostik hat Abu Nasar in einer kleinen Studie näher erforscht. Im East Riding General Hospital, England, beobachtete er, daß in einem Zeitraum von 4 Wochen 103 Patienten im Alter von über 75 Jahren aufgenommen wurden. An diesen Patienten wurden insgesamt 1312 unterschiedliche Untersuchungen vorgenommen, d. h. durchschnittlich mußten die Alterspatienten 12.7 verschiedene Untersuchungen über sich ergehen lassen. Die Tabelle gibt an, wieviele Untersuchungen bei wie vielen Patienten durchgeführt wurden:

Tabelle

Anzahl der Untersuchungen pro Patient

Anzahl der Untersuchungen	Anzahl der Patienten	Patienten in %
0–12	58	56.3
13–16	35	33.9
17–20	7	6.7
über 20	3	2.7

Gesamtzahl der Untersuchungen: 1312

Zahl der Untersuchungen (Maximum): 25  
(Minimum): 6  
(Durchschnitt): 12.7

Die 1312 Untersuchungen führten zu insgesamt 554 Krankheitsdiagnosen, das sind 5.3 Krankheiten pro Alterspatient. In 25% der Fälle (328 Untersuchungen) brachten die Untersuchungen keine Erkenntnisse für eventuelle oder weitere Behandlungsmöglichkeiten – man hätte auf diese Untersuchungen gleichwohl auch verzichten können.

Die Tendenz, alte Menschen immer mehr und intensiver – mit oder gegen ihren Willen – medizinisch zu untersuchen, muß statistisch dazu führen, daß auch häufiger Krankheiten festgestellt werden. Eine medizinisch diagnostizierte Krankheit sagt noch nichts über die Bedeutung der Erkrankung aus. Insofern erscheinen in der Geriatrie Diagnoseverfahren nur sinnvoll, wenn sie die Gesamtsituation des alten Menschen mitberücksichtigen.

Ein weiterer Aspekt scheint in diesem Zusammenhang von Bedeutung: Der Anstieg der psychisch kranken alten Menschen in den letzten Jahren geht einher mit einer Zunahme an geronto-psychiatrischen Krankheitsbildern. Die folgende Auflistung geronto-psychiatrischer Krankheitsbilder macht dies deutlich:

- Psychoorganisches Syndrom
- Amnestisches Psychosyndrom
- Hirnlokales Psychosyndrom

- Hirnlokales endokrines Psychosyndrom
- Endokrines Psychosyndrom
- Akutes Hirnsyndrom
- Chronisches Hirnsyndrom
- Organische Hirnleistungsschwäche
- Akutes cerebrales Defektsyndrom
- Organisches cerebrales Defektsyndrom
- Organisches Defektsyndrom
- Organisches Erschöpfungssyndrom
- Pseudoneurasthenisches Syndrom
- Organische Psychose
- Exogene Psychose
- Funktionspsychose
- Organisches Durchgangssyndrom
- Korsakow
- Senile Verwirrtheit
- Verhaltensstörung
- Cerebralsklerose
- Cerebrale degenerative Erkrankung
- Apoplektischer Schwachsinn
- Corticale Demenz
- Hirnatrophischer Prozeß
- Demenz
- Senile Demenz

Diese Auflistung geronto-psychiatrischer Krankheitsbilder ist weder systematisch noch vollständig. Sie soll nur einen Eindruck über die Vielfalt und scheinbare Unterschiedlichkeit geronto-psychiatrischer Erkrankungen vermitteln.

Auch hier gilt, daß mit der Zunahme der geronto-psychiatrischen Krankheitsbilder die statistische Wahrscheinlichkeit zunimmt, als alter Mensch einer dieser Diagnosen zugeordnet zu werden.

Hinsichtlich der Über-Diagnostik bleibt festzuhalten, daß die - zum Teil recht unterschiedlichen - Angaben über den Anteil psychisch kranker alter Menschen weniger über sich verändernde Verhaltensweisen alter Menschen, sondern vielmehr über Forschungs- und Diagnoseaktivitäten im Bereich der Medizin bzw. Geronto-Psychiatrie aussagen.

Die psychiatrische Diagnose an sich betrachtet ist zwar noch nicht sonderlich hilfreich, stellt aber nicht zwangsläufig ein Problem dar. Problematisch wird die Über-Diagnostik aber im Zusammenhang mit ihren Auswirkungen. Einige Stichworte mögen diese These belegen:

- Geronto-psychiatrische Diagnosen (insbesondere von Hausärzten) sind häufig symptomorientiert, überbetonen die Defizitseite und berücksichtigen in zu geringem Ausmaß die Lebensumstände des Betroffenen;

- Geronto-psychiatrische Diagnosen haben Endgültigkeitscharakter - in der Regel wird die Erkrankung als irreversibel angesehen;
- Alte Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose werden gesellschaftlich diskriminiert. Ein Beispiel aus dem letzten Jahr: In einer öffentlichen Podiumsdiskussion über Aufgaben der Sozialstationen äußerte der Staatssekretär im Niedersächsischen Sozialministerium - in Vertretung des Sozialministers - „Die häusliche Versorgung psychisch kranker alter Menschen sollte nicht von den Sozialstationen übernommen werden, da dies den guten Ruf der Sozialstationen schädigen könnte“.
- Geronto-psychiatrische Diagnosen haben in der Regel für den Betroffenen restriktive, d. h. verhaltenseinschränkende Maßnahmen zur Folge (Heimeinweisung, mechanische oder chemische Fixierung, Unterbringung in einer geschlossenen Abteilung usw.)
- Mit der geronto-psychiatrischen Diagnose sind nur allzu häufig die Voraussetzungen für erhebliche Rechtsverluste geschaffen (Pflegschaft, Vormundschaft, eingeschränkte Geschäftsfähigkeit, Freiheitsentziehung usw.)

Über den Wert von Krankheitsdiagnosen äußerte sich bereits 1926 Georg Groddeck, ein Mediziner:

„Die Diagnose der Krankheit hat nur einen sehr geringen Wert, ist meist entbehrlich und oft, sehr oft schädlich ... Gewiß, wir verfolgen den Verlauf der Krankheit und verändern unsere Diagnose, wenn die Symptome uns zwingen, den Fall unter ein anderes nosologisches Etikett zu bringen, ihm einen anderen Krankheitsnamen zu geben. Aber es handelt sich ja eben im Arztleben nicht darum, Krankheiten zu erkennen, sondern den hilfeschuchenden Menschen, und dessen Wandlung verfolgen wir nicht oder nicht genug. So bleibt uns denn, ganz im Recht, alles Wesentliche der Menschen verborgen, die sich uns anvertrauen möchten: Sie sind uns Patienten, Kranke, nicht Menschen.“

Die Diagnostik - auch wenn sie an sich wenig schadet - nützt den Betroffenen wenig, solange die Frage „Was hat der Patient?“ Vorrang genießt vor der Frage „Was braucht dieser Mensch?“. Bei der Klärung dieser Frage ist die Medizin - auch die Geronto-Psychiatrie - als Einzelwissenschaft überfordert; hier benötigt sie die Hilfe anderer Professionen wie der Pflege, der Sozialarbeit, der Juristen usw. Die Entstehungsbedingungen, Erscheinungsbilder und Beeinflussungsmöglichkeiten ungewollter psychischer Veränderungen im Alter sind zu vielschichtig, als daß eine Fachdisziplin dieses Phänomen alleine erklären und angemessene Lösungsstrategien entwickeln könnte. So unsicher man heute noch über die Ätiologie der psychischen Veränderung im Alter ist, desto sicherer geht man heute davon aus, daß vielfältige äußere und innere Faktoren die Entstehung, den Verlauf und den Grad der Realitätswahrnehmung im Alter beeinflussen. Hier sind vornehmlich die aktuelle so-

ziale und materielle Lebenssituation und die körperlich-seelische Verfassung zu nennen. Als weitere äußere Risikofaktoren sind zu nennen: langfristig wirkende, biographisch rekonstruierbare Einflüsse, wie risikohafte Erkrankungen, Familiendynamik, Schichtzugehörigkeit, Übergewicht, Bewegungsmangel, Rauchen, Alkohol usw. Vermutlich wirken sich auch die politischen und zeitgeschichtlichen Ereignisse und die Erfahrungen der industrialisierten Arbeitswelt auf den Verlauf und den Grad psychischer Veränderung im Alter aus.

#### V.

Heute wissen wir, daß zum Beispiel die Verwirrtheit keine Krankheit an sich ist, sondern eine Reaktion auf körperliche Erkrankungen, auf sozial verwirrende Bedingungen, auf Beziehungsstörungen, auf Verlusterfahrungen, auf unverarbeitete lebenskritische Ereignisse usw. Betrachtet man Verwirrtheit als Verhalten und nicht als psychiatrische Erkrankung, dann beobachtet man, daß die Verwirrtheit weder zufällig noch diffus, sondern personen- d. h. biographie- und situationsbezogen ist. Die Art der Verwirrtheit enthält Verweise auf die Entstehung und auf die momentane Lebenslage des Betroffenen. Die individuellen, einzigartigen und unverwechselbaren Hinweise in der Verwirrtheit zu erkennen und zu entschlüsseln eröffnet Möglichkeiten für den weiteren Umgang mit dem Betroffenen. Hier sind symbolische Hinweise zu erhalten über unerfüllte Wünsche und Bedürfnisse des alten Menschen einerseits und seine Interessen und Neigungen andererseits. Es eröffnet zudem die Möglichkeit, den anderen als Menschen und nicht vorrangig als Symptomträger zu verstehen.

Einige Beispiele sollen den verstehenden im Gegensatz zum diagnostischen Zugang erläutern:

Psychische Veränderungen im Alter werden häufig durch Verluste ausgelöst:

- Verlust der Gesundheit,
- Verlust wichtiger Bezugspersonen,
- Verlust der Sicherheit,
- Verlust der Kontrolle bei der Gestaltung des eigenen Lebens und Lebensraumes,
- Verlust der Zukunftsperspektive.

Psychische Veränderungen können vor diesem Hintergrund als Form und Fähigkeit verstanden werden, Verluste zu kompensieren bzw. den neuen Zustand nach Verlusten aushaltbar zu machen.

So kann beispielsweise das häufige Sprechen über Kindheits- oder Vergangenheitserlebnisse als Hinweis darauf verstanden werden, wie problematisch und bedrückend der alte Mensch seine heutige Lage erlebt.

Auch das häufige Klagen und Wiederholen der gleichen Angelegenheit kann im Sinne eines Wiederholungszwanges zur besseren Bewältigung eines kränkenden Problems dienen.

Die häufigen Vorwürfe, man sei bestohlen worden, können einerseits auf unverarbeitete vergangene oder zukünftig befürchtete Verluste hinweisen, aber auch als Ausdruck von Einsamkeit verstanden werden.

Die Akzentuierung und Rigidität der Charakterzüge (in der Alltagssprache häufig ‚Altersstarrsinn‘ genannt) läßt sich als Abwehrverhalten verstehen. Durch eine Verstärkung der bisherigen Verhaltensweisen wird die Auseinandersetzung mit neuen Anforderungen abgewehrt.

Auch die öfter zu beobachtende paranoide Symptomatik weist auf die innerpsychische Notwendigkeit hin, vermehrt feindselige oder sexuelle Regungen im Sinne der Projektion nicht mehr bei sich, sondern bei dem Gegenüber zu erleben.

Noch ein letztes Beispiel:

In einem Altenpflegeheim löste das Verhalten eines älteren Mannes viel Ärger und Ablehnung aus: Des Nachts nämlich, wenn er zur Toilette mußte, kehrte er nicht in sein eigenes Bett zurück, sondern kroch in Betten von Frauen und rief dort Angst und Schrecken hervor. Erst als deutlich wurde, daß dieser Mann Angst hatte und sich in der Nacht nur schwer orientieren konnte, verstanden die Mitarbeiter, daß er in dieser Situation auf eine alte Gewohnheit zurückgriff, nämlich wie ein Kind ins Bett der Mutter zu schlüpfen. Das Symptom, das zuerst nur als *Ausfall der Orientierung* gesehen wurde, bekam nun im Verständnis der Mitarbeiter einen neuen Stellenwert und löste Versuche aus, die Angst des Mannes in seiner Orientierungslosigkeit zu verringern<sup>4</sup>.

Der verstehende Zugang zielt darauf, den alten Menschen, der mit sich und der Realität nicht mehr zurechtkommt, nicht als Symptomträger, psychisch Kranken oder irreversibel Geschädigten, sondern als Person mit einer Biographie und in einer bestimmten Lebenssituation zu sehen.

Im Alter entstehen Lebenssituationen, in denen Lebens-, Überlebens- und Bewältigungsformen notwendig zu werden scheinen, die sich von unseren Verhaltenserwartungen und unseren Lebensvorstellungen im Alter weit entfernt haben. Vielleicht ist es in einer bestimmten Lebensphase – die erst im hohen Alter eintritt – ganz „normal“, sich nicht mehr an das erinnern zu wollen, was gerade war, nicht mehr das zu behalten, was anderen so immens wichtig erscheint, kein Gefühl mehr für zeitliche Abläufe und Zusammenhänge zu haben, sich in einer Welt, auf die man so gut wie keinen Einfluß mehr ausüben kann, fremd zu fühlen und sich nicht mehr als der sehen zu wollen, der man ist.

Insgesamt wissen wir noch sehr wenig über das Leben und vor allem über das Erleben von Hochbetagten. Daß immer mehr Menschen 90

Jahre und älter werden können, ist eine Errungenschaft der Neuzeit. Erst in diesem Jahrhundert hat sich die durchschnittliche Lebenserwartung um etwa 25 Jahre erhöht.

Wir müssen – so meine ich – vorsichtig sein, vorschnell Verhaltensweisen alter Menschen als psychisch krank zu etikettieren, nur weil sie sich anders verhalten als wir es erwarten. Wir müssen auch vorsichtig sein, unsere Wert- und Leitvorstellungen nicht vorschnell auf alte Menschen zu übertragen. Wir sollten sensibler werden, das Alter und insbesondere das hohe Alter als eigenständige Lebensphase, mit einer eigenen vielleicht verlangsamten Dynamik, einer eigenen Gesetzmäßigkeit und einer eigenen Logik zu verstehen.

Es hat Jahrhunderte gedauert, das Kind nicht als kleinen Erwachsenen zu sehen und es wird hoffentlich nicht ganz so lange dauern, den alten Menschen nicht mehr nur als defizitären Erwachsenen zu begreifen. Die Angst vor dem Alter – so sagte ich zu Beginn – ist die Angst, von den anderen nicht so gesehen zu werden, wie man sich selber sieht. Solange wir versuchen, über die Psychiatrisierung alter Menschen unsere Wertmaßstäbe gegenüber Hochbetagten durchzusetzen, wird die Angst bleiben, wie sie sich im Song zeigt, „When I get older losing my hair, many years from now, will you still feed me, will you still need me, when I'm sixty-four“.

#### Literatur

1. Oesterreich, K., Hoyer, S., Wagner, O., Zerebrales Altern und Demenz, in: *medwelt*, Bd. 34, Heft 8/83, S. 19/225
2. Lehr, Ursula, *Psychologie des Alterns*, Heidelberg, 1979, S. 328
3. Cooper, B.: Mahnkopf, B., Bickel, H., Psychische Erkrankung und soziale Isolation bei älteren Heimbewohnern, in: *Zeitschrift für Gerontologie Darmstadt*, 1984, S. 891
4. Hoffman, Alfred, Verstehen, Annehmen, Zulassen – zur Betreuung psychisch veränderter Menschen im Alter, in: *Heim und Anstalt*, 18 (1987), S. 229–231

Prof. Dr. Hartmut Dießenbacher, Bremen

### *Gewalt<sup>1</sup> gegen Alte*

#### *Über Vernachlässigungs-, Mißhandlungs- und Tötungsrisiken in Einrichtungen der Altenpflege*

##### *Aus Gerichtsakten:*

„Das Haus ist oft ungepflegt und unsauber, die pflegerische Versorgung unzureichend, insbesondere die Pflegebedürftigen körperlich und kleidungsmäßig vielfach nachhaltig verschmutzt und ungepflegt.“

„...er sprach Frau E. im Speisesaal an und geriet dabei derart in Erregung, daß er sie beschimpfte und ihr im weiteren rechts und links eine kräftige Ohrfeige versetzte und ihr in die Haare griff. Sodann zerrte er sie aus dem Speisesaal und brachte sie auf ihr Zimmer.“

„So hat sie vielfach aus geringfügigem Anlaß Patienten laut angeschrien und übel beschimpft, z. B. mit den Ausdrücken ‚kleines Stück Scheiße‘, ‚Miststück‘, ‚Mistvieh‘, ihnen mit einem Hinauswurf sowie mit der Kündigung gedroht und diese gelegentlich spontan auch wahrgemacht.“

„G. hatte im Bereich des Rückens mehrere, überhandtellergröße schwärzlich verfärbte Dekubitalgeschwüre mit hochgradig entzündlichem Hof, ein weiteres Geschwür ... ebenfalls mit schwärzlichen Nekrosen am Wundrand, an der Hinterfläche des Skrotums und eine Wunde auf dem rechten Handrücken mit nekrosierten Wundflächen.“

\* Dieser Vortrag ist im wesentlichen inhaltsgleich abgedruckt in „Alter und Alltag“, hrsg. von Gerd Göckenjan und Joachim v. Kondratowitz, Edition Suhrkamp Nr. 1467, Suhrkamp Verlag Frankfurt .M.

<sup>1</sup> Die folgenden Ausführungen sind Teil meiner Forschungen zum Thema „Gewalt gegen Alte“. Hier verfolge ich die spezielle Frage, welche Faktoren das institutionelle Gewaltisiko in Einrichtungen der Altenpflege erhöhen oder herabsetzen. Die Forschungen zur „Gewalt gegen Kinder“ und „Gewalt gegen Frauen“ sind weiter entwickelt. Die Forschung zur „Gewalt gegen Alte“ befindet sich in Deutschland dagegen vergleichsweise in den Anfängen. Dabei ist sie vorwiegend an familiären Gewaltverhältnissen interessiert. Vgl. dazu die deutschsprachige Übersetzung von E. Eastman, *Gewalt gegen alte Menschen*, Freiburg 1986; dazu M. Dieck, *Gewaltanwendung durch Familienangehörige*, in: *Altenpflege*, 12, 1987, S. 557–560; dies., *Gewalt gegen Ältere im familialen Kontext*, in: *Zeitschrift für Gerontologie*, 20, 1987, 5, S. 305–313. Zum amerikanischen Forschungsstand vgl. allgemein F.F. Hohnson/J. O'Brien/M.F. Hudson, *Elder Neglect and Abuse. An annotated Bibliography*, 1985, ferner J.J. Costa, *Abuse of the Elderly. A guide*, 1984; K.A. Pollmer/R.S. Wolf, *Elder Abuse: Conflict in the Family*, 1986



Sämtliche Wunden waren unversorgt, d. h. offen und ohne Spuren von Salben oder ähnlichem. Körper und Kleidung waren unsauber.“

„... indem sie ... in unzähligen Einzelfällen die wegen Krankheit und Gebrechlichkeit hilflosen Heimbewohnerinnen ... wegen nichtiger Anlässe mit den Fäusten in die Gesichter und auf die Körper schlug, beim Schlagen oft auch Stöcke, Teppichklopfer und Tennisschläger benutzte, und teilweise auch ihr gefügige, dafür belohnte männliche Heimbewohner und eine Hilfskraft zum Schlagen der Frauen bestimmte, was insgesamt bei ihren Opfern nicht nur zu erheblichen Verletzungen ... und körperlichen Leiden führte, sondern auch zu großer seelischer Not.“

„Ohne betrunken oder stärker angetrunken zu sein ..., schlug (er) vielfach auf die Zeugin ... mit der flachen Hand und der Faust ein. Und zwar zunächst auf den Kopf, dann, als die Zeugin sich von ihm abwandte, auf Nacken, Rücken und Gesäß ... Die Zeugin behielt von den Schlägen ein blaues Auge und ein verquollenes Gesicht zurück.“

„Die Äußerungen sind rüde und menschenverachtend und ... auch als ‚Fachjargon‘ nicht verständlich ... wobei er Worte wie ‚krepieren‘ oder ‚himmeln gegangen‘ benutzte. Anderen Heiminsassen gegenüber benutzte er Ausdrücke wie ‚Arschloch‘ und ‚Drecksau‘ und sagte ihnen ins Gesicht: ‚Hoffentlich bist du bald kaputt‘. Die geistesgestörte Heiminsassin D. hänselte er; er griff ihr unter den Rock und sagte im Beisein des Zeugen O.: ‚Komm, laß dich ficken‘. Nachdem eine Heiminsassin gestorben war, erklärte der Angeklagte dem Hausburschen O.: ‚Morgen kannst du wieder einen heraus schleppen, dann habe ich wieder einen kaputt‘. Als bei einem Sterbefall der Zeuge O. Totenhemden suchte, aber keine vorhanden waren, erklärte der Angeklagte: ‚Die können wir auch nackend hineinschmeißen‘ ... Gegenüber dem Zeugen H. erklärte er über die sterbende Frau: ‚Die Alte ist nicht kaputt zu kriegen‘ ... auf die Fragen, ob sie schon tot sei, antwortete der Angeklagte: ‚Die lebt noch, aber nicht mehr lange‘. Dann tätschelte er mit der Hand ihre Wange und sagte dabei sinngemäß: ‚Ja, ja, nicht mehr lange, gleich hast du's geschafft‘. Bei der gleichen Gelegenheit kam dem Angeklagten ... auf dem Flur eine Heiminsassin im Nachthemd entgegen, die die Toilette aufsuchen wollte. Der Angeklagte sprang auf sie zu mit den Worten: ‚Komm, küß mich, komm küß mich‘.“

„Er hat Frau J. das Bettlaken über den Kopf gezogen, so, wie es bei einem schon verstorbenen Menschen geschieht. Hier kommt weiter hinzu, daß der Angeklagte seinen Tötungswillen über längere Zeit mit wechselnden Methoden intensiv verfolgt hat. Zuerst hat er Frau J. zusammen mit drei anderen Heiminsassen abgesondert und medikamentös ... behandelt ... Schon zu dieser Zeit hat er mit ihrem Tod gerechnet ... Als der Tod nicht eintrat ... hat er ihr eine Injektion gesetzt, von der er selbst annahm, daß sie den Tod der Heiminsassin zumindest

beschleunigen würde; dies ergibt sich aus seiner Erklärung, jetzt werde sie bald tot sein ...“

## I.

Wer diese ausgewählten, in deutschen Gerichtsakten<sup>2</sup> ausführlich dokumentierten Fälle von Altenvernachlässigung, Altenmißhandlung und Altentötung in Einrichtungen der Altenpflege enträtseln will, verfällt fast zwangsläufig auf die populäre Erklärung, daß das Fehlen von Altenliebe, Zuwendung und Einfühlungsvermögen für diese Gewaltakte verantwortlich zu machen ist. Nichts scheint uns natürlicher, als daß fürsorgende Menschlichkeit bei der Pflege alter Menschen den besten Schutz vor Gewalt bietet. Nach genauer und geduldiger Betrachtung der Fälle hat sich uns diese Erklärung als eine humanitäre Gedankenlosigkeit erwiesen. So haben wir vielmehr die These<sup>3</sup> zu verteidigen, daß eben nicht das Fehlen von Menschlichkeit, sondern das Fehlen professioneller Routine den entscheidenden Grund dafür abgibt, wenn Pflegepersonal auf gebrechliche Alte einprügelt, sie vernachlässigt oder gar umbringt. Wer in Pflegebeziehungen das Machtgefälle am Pflegebett mit zeitlicher und sachlicher Beliebigkeit und persönlicher Gefühlswillkür regeln wollte, würde durch unser Material belehrt, daß erst in den kalten und unpersönlichen Regeln routinierter Pflegepraxis jenes Stückchen Humanität aufscheint, das einen – allerdings stets riskanten – Schutz vor Gewalt verspricht. Freilich ist, wie für jede Form der Humanität, auch hierfür ein hoher Preis zu entrichten; denn eine funktionierende Alltagsroutine in Einrichtungen der Altenpflege charakterisiert sich gerade dadurch, daß kein Bewohner besondere Privilegien, niemand im Angesicht eines eingespielten Tagesablaufs von Wecken, Waschen, Umbetten, Füttern und Restzuwendungen regelwidrige Aus-

<sup>2</sup> Hier kommen nur einige meiner über viele Jahre gesammelten Fälle zur Auswertung. Zu erinnern ist daran, daß sich die Verabschiedung des Gesetzes über Altenheime, Altenwohnheime und Pflegeheime (HeimG v. 7. 8. 1974) skandalösen Fällen der Altenmißhandlung und Altenvernachlässigung verdankt, zu denen ich zum Teil die Gerichtsakten auswerten konnte. Ich unterlasse die Quellenangabe der Akten, weil mich die Oberstaatsanwaltschaften als Akteneinsicht gewährende Stellen darum gebeten haben, dafür Sorge zu tragen, „daß Hinweise auf Verfahrensbeteiligte oder auf Tatsachen, die zu deren Identifizierung führen können, vermieden werden“. Zum Hintergrund des HeimG vgl. die BT Drucksachen V/4122 und 7/2068 sowie die Bundesratsdrucksachen 522/71 und 173/72.

<sup>3</sup> Der Anstoß zu dieser These stammt von Dr. Brigitte Neuendorf-Bub. Ihr und den Teilnehmern des Seminars „Zur sozialen Dynamik von Pflegebeziehungen“ im Sommersemester 1987 und im Wintersemester 1987/88 an der Universität Bremen danke ich für die Diskussion der präsentierten Fälle.

nahmen für sich beanspruchen darf. Im Prinzip steht allen die gleiche Gültigkeit zu, so daß alle durch professionelle Standards – das ist mit Routine gemeint – in der Tat gleich-gültig sind; folglich eine allgemeine Gleichgültigkeit erforderlich ist, die, als Prinzip verankert, schließlich – wie die Luft beim Atmen – in den Gefühlshaushalt des Pflegepersonals eindringt und – je länger um so sicherer – den affektiven Bodensatz einer pflegenden Routine ausmacht. Dieser findet in einer öffentlichen Verdrängung des Altenpflegeheims<sup>4</sup> seine Einbettung und Stützung.

## II.

Wir wissen, daß alte Menschen, sobald sie aus den Leistungszentren einer Gesellschaft heraustreten, in eine Lebensphase zunehmender Funktionslosigkeit geraten. Von ihrer Vereinsamung, Armut und sozialen Randstellung ist hinreichend berichtet worden. Das Interesse, das ihnen als Konsumenten in der Wirtschaft, als Wählern im politischen Bereich und schließlich als mobilen Großeltern oder, soweit die Rente reicht, als Aufbesserern von Haushaltseinkommen entgegengebracht wird, fällt spätestens in dem Moment in sich zusammen, in dem sie nicht einmal mehr als Krankheitsfälle behandelt, sondern als hoffnungslose Pflegefälle in Altenpflegeheime überwechseln. Diese übernehmen die Funktion einer lebensgeschichtlichen Sackgasse. Unübersehbar hat sich in den letzten Jahren das Übersiedlungsalter auf über 80 Jahre erhöht, die Verweildauer entsprechend drastisch auf ein bis zwei Jahre, oft noch niedriger, verringert. Kaum einer verläßt es – nimmt man die letzte Eileinweisung ins Krankenhaus aus – je wieder lebend. Ihr Zustand ist ja keine Krankheit, die medizinisch geheilt werden könnte, sondern ein endgültiger Zustand, der das unabwendbare Lebensende ankündigt. Die gesellschaftliche Funktion des Altenpflegeheimes als „Endstation“ ist jedem Beteiligten bekannt und selbstverständliche All-täglichkeit. Den „Heiminsassen“ ist ihr nahes Lebensende täglich präsent. Sie warten sozusagen auf ihren Tod, wie Todeskandidaten in ihren Zellen.

Jeder Bewohner erlebt den Tod von Mitbewohnern. Der Gedanke daran, wie und wann das eigene Leben zu Ende gehen wird, gehört zu den vertrautesten Gedanken. Für das Pflege- und Hilfspersonal, ebenso wie für die Angehörigen und die Heimleitung ist das Leben eines jeden Patienten nur eine Frage der Zeit. Dessen Ende wird zum Normalfall, wie für andere das Autofahren oder das Gebären. Selbst bei größtem Aufwand und Engagement unterliegt das Tun dem Gesetz der Vergeblichkeit; es gerät täglich und immer wieder mit den Fakten einer hinfäl-

<sup>4</sup> Vgl. dazu H. Dießenbacher/E. Ueberschär, Helfen und Töten. Zum Fall des Massenmörders Arnfin Nesset, in: Neue Praxis H. 2/3, 1985, S. 215 ff.

ligen Natur in Konflikt. Wollte man das geometrische Bild einer abschüssigen Bahn bemühen, dann dürfen die „Insassen“ eines Altenpflegeheimes als Körper auf dieser Bahn gesehen werden, die mit Naturgesetzlichkeit hinabgleiten. Art und Umstände dieses Hinabgleitens sind weder für die Leitung, noch für die Heimärzte, noch für die Verwandten und das Pflege- und Hilfspersonal von existentiellem Belang<sup>5</sup>. Niemandem wird – wie der unbeteiligten Öffentlichkeit auch – wirklicher Schaden zugefügt. Genaugenommen sind sie tot, bevor sie wirklich sterben.

## III.

Wenn wir Menschlichkeit im Altenpflegeheim und institutionell-professionelle Routine in eins setzen und als halbwegs verlässlichen Schutz gegen Vernachlässigung, Mißhandlung und Tötung bezeichnen, dann ist damit nicht konstatiert, daß sich in Pflegebeziehungen keine starken Gefühle geltend machen. Ganz im Gegenteil haben wir in unsere Erklärung einzufügen, daß sich in dem Maße, in dem eine affektkontrollierte Alltagsroutine auf Dauer gestellt wird, jene Gefühle sich regen, die der Pflegenden notwendigerweise von den täglichen Arbeitsvollzügen abspalten und verleugnen muß – Gefühle, die sich Mächtigen dann oft bemerkbar machen, wenn sie mit den ihrer Obhut Übergebenen in Beziehung treten. Gerade in helfenden Machtbeziehungen<sup>6</sup> haben wir auf seiten des Helfenden mit dem Bedürfnis zu rechnen, zugleich geliebt und gefürchtet werden zu wollen. Es ist ein Bedürfnis, daß er sich seine Befriedigungschancen dadurch verschafft, ein guter oder ein böser Pfleger sein zu können, indem er lobt und straft, fürsorglich und beherrschend ist. Anders wären warmherzige Aufopferungsbereitschaft, ja sogar zärtliche Fürsorge nicht zu erklären, die immer wieder als humanitäre Glanzpunkte aus dem Heimalltag herausragen, so daß wir im Moment nur rätseln dürfen, ob eine durch Routine inszenierte Affektkontrolle mit den destruktiven Gefühlsimpulsen zugleich die Entwicklung positiver Affektzufuhr behindert.

## IV.

Da wir an dieser Stelle nicht „konstruktive“, sondern destruktive Affekte zu erklären haben, ist nach der entscheidenden Erlebnisqualität al-

<sup>5</sup> Zu dieser Interpretation vgl. meine Ausführungen in: Altentötung, Gerontokratie, humanes Sterben, masch. Ms. Bremen 1982, bes. S. 1 ff.

<sup>6</sup> Vgl. A. M. A. Houtmann, Machtaspekte in der helfenden Beziehung, Freiburg 1979; ferner H. Dießenbacher, Zur Berufsmotivation des Sozialpädagogen, in: Neue Praxis, Sonderheft 1977, S. 52 ff.; zutreffend immer noch: H. E. Richter, Flüchten oder Standhalten? Reinbek 1976, bes. Kap. 8.

tenpflegerischer Leistungen zu fragen. Warum setzen sich Gefühle durch, die zu den spezifischen Gewaltakten in Form von Vernachlässigung, Mißhandlung und Tötung führen?

Den tieferen und allgemeinsten Grund dürfen wir in folgendem Umstand vermuten: die Substanz pflegender Tätigkeit wird durch zwei unterschiedliche Körperhaltungen strukturiert: die liegende und die stehende Haltung<sup>7</sup>. Die „Insassen“ liegen, das pflegende und medizinische Personal steht. Ein liegender Körper – sei er krank, schlafend oder tot – ist weder auf Angriff gestellt noch zur Flucht geeignet, im Unterschied zum stehenden Körper, dem Bewegung und Kraft zu Angriff und Flucht verhelfen können. Die Asymmetrie der Macht, deren Gefälle vom Stehen zum Liegen verläuft, setzt schon in der Alltagsroutine, wenn sich situative Streßfaktoren<sup>8</sup> häufen, jene kleinen Unbeherrschtheiten frei, die sich als barscher Befehlston entladen und im kräftigen Kneifen beim Umbetten oder im Blaudrehen der Nase beim Füttern fortsetzen können. Die Pflegedynamik wird dort zum Kampf, wo der Liegende beginnt, seine Schwäche zur Waffe – zum Beispiel Verweigerung, Nörgeln, Einnässen, Sonderwünsche etc. – umzuformen. Im extremen Pflegefall ist die Schwäche völlige körperliche Abhängigkeit: die Folge von Blasen- und Darmentleerung erfordern fremdes Entfernen und Waschen, Wechseln der Wäsche; Aufnahme der Nahrung, Kämmen der Haare und Rasieren sind pflegende Dienstleistungen. Die Phänomene von Alten- und Babypflege nähern sich an mit Ausnahme des Unterschiedes, daß ein Baby als Hoffnungsträger, ein Alter – besonders ohne Jenseitsglauben – als Hoffnungszerstörer empfunden wird. Sein Körper nimmt, selbst bei abnehmendem Gewicht, an Masse d. h. Erdschwere zu, dagegen an Energie ab. Im alten Gesicht, das nicht selten vom Schmerz der Vergänglichkeit gezeichnet ist, wird man vergeblich nach Reizen eines Kindchenschemas suchen, das bei Tier und Mensch fast reflexhaft zärtliche Pflegeimpulse auslöst. Beim Gepflegten steigern sich das Gefühl völliger Abhängigkeit und der Schmerz einer chancenlosen Niederlage im Maße einer Erinnerung an bessere Zeiten; sie führen leicht zum ungeduldigen Patienten, der beim Kämmen der

<sup>7</sup> Vgl. zu den Körperhaltungen Elias Canetti, *Masse und Macht*, Frankfurt 1983 (TB 6544), bes. das Kap.: Von den Stellungen des Menschen: Was sie an Macht enthalten, S. 433 ff.; Typische Konfliktsituationen im Heim sind dargestellt bei Cornelia Knobling, *Konfliktsituationen im Altenheim*, Freiburg 1986; die Sterbesituation nach wie vor am besten bei F. Rest, *Praktische Orthothanasie* (Sterbebeistand) im Arbeitsfeld sozialer Praxis, Opladen 1978.

<sup>8</sup> Zum Streßfaktoren-Modell vgl. Michael-Sebastian Honig, *Verhäuslichte Gewalt*, Frankfurt 1986, S. 72 f.; Honig präsentiert vorzüglich den theoretischen Diskussionsstand zur sozialwissenschaftlichen Gewaltforschung in der Familie.

Haare über jede Unachtsamkeit jammert, die Harnentleerung nicht ankündigt, beim Füttern unzufrieden ist, durch langsames Kauen die Geduld strapaziert, bei der Intimpflege Peinlichkeit und Schamlosigkeit verwischt, ein freundliches Wort mißachtet. Ob geduldig oder ungeduldig – der Stehende kann seine Macht keineswegs durchgehend genießen, weil ihm die Tätigkeit beschwerlich ist, ihn der Anblick des Verfalls bedrückt, er ans eigene Alter peinlich erinnert wird, die erhoffte Dankbarkeit ausbleibt, er gar mit gezielter Gehässigkeit gekränkt wird. Er reagiert gereizt, ist enttäuscht, aggressive Impulse stauen sich vor einem Damm eingespielter Berufsroutine. Er wird, ohne es sich und anderen eingestehen zu dürfen, von aggressiven Machtphantasien geplagt, gar von heimlichen Mißhandlungs- und Beseitigungswünschen heimge-sucht. Schuldgefühle stellen sich ein, die sich zu kleinen Quälgeistern entwickeln und verdrängt werden müssen, wenn der Damm nicht brechen soll.

## V.

Er bricht nicht notwendigerweise. Biografisch geformte seelische Dispositionen können bei spezifischer Ausprägung zum entscheidenden Motor der Gewalt werden, wenn institutionelle Regeln der Berufsroutine fehlen oder versagen. Die labile Seelenlandschaft wird zum Nährboden gewalttätiger Akte, indem der Bodensatz an Gleichgültigkeit von erregter Phantasietätigkeit überflutet wird. Wir hätten aus den oft nicht katastrophenfremden Helfer- und Pflegekarrieren der Täter Psychogramme zu erstellen, um herauszufinden, aus welchem lebensgeschichtlichen Stoff sie geformt wurden. Fast immer finden wir Konstruktionen, in denen die Alten die symbolische Funktion der Eltern übernehmen. Als Variationen kindlicher Grunderfahrung machen Liebe und Haß aus frühen Zeiten in späten Pflegebeziehungen sich geltend.

Wir finden das vom Vater abgelehnte uneheliche Kind, das die narzißtische Kränkung der Unerwünschtheit jahrelang mit religiösem und krankenschwermütigem Engagement kompensieren kann, dann, mit der Übernahme eines Heimleiterpostens die Rolle des Strafenden Über-Vaters übernimmt, der gegen die Alten einerseits heftige Beseitigungswünsche hegt, zugleich aber von der Sehnsucht erfüllt ist, von ihnen angenommen zu werden, um sich genau das zu holen, was er vom Vater nie bekommen hat: nämlich Anerkennung und Liebe. Schließlich spritzt er zweiundzwanzig von ihnen tot.

Wir finden die vom Vater als untergeschobenes Kind abgelehnte Tochter, die ihre leibliche Mutter vom ehelichen Vater als schmutzige Hure und Flittchen beschimpft sieht, das Trauma des sündhaften Unterleibes ihrer Mutter durch eine frühe operative Entfernung ihres eigenen Uterus somatisch ausagiert, ein Kind adoptiert und, mit der Leitung eines überaus sauber geführten Heimes, Macht über Frauen er-

langt, die ihre Mütter sein könnten; der in früher Kindheit verdrängte Haß gegen die Mutter findet damit die allergünstigsten Voraussetzungen, sich wieder geltend zu machen, schlüpft stellvertretend in einen Bestrafungswunsch gegen die alten und gebrechlichen Frauen, die schließlich auf Kopf, Gesäß und Unterleib geschlagen werden, wobei alte abhängige Männer des Heimes – schattenhafte Vatergestalten – zur Frauenschlägerei angestiftet und dafür belohnt werden, so als wollte sie gemeinsam mit dem Vater triumphierend auf den sündigen Leib der Mutter einprügeln.

Wir finden die vernachlässigten und herumgestoßenen Töchter und Söhne, die mit einer Vielzahl kleiner Bagatelldelikte kriminelle Karrieren durchlaufen; die Vernachlässigungserfahrung jahrelang mit übersteigerten – aber oft scheiternden – Ehe-, Familien- und Heimsehnüchtern kompensieren, bis sie schließlich oft – aber keineswegs ausschließlich – privatwirtschaftlich betriebene Heime gründen oder übernehmen und als völlig überforderte Über-Mütter und Über-Väter die Vernachlässigungsmünze in rüdem Umgangston, Veruntreuungen, Prügelei, Verwahrlosung und Mißachtung der Menschenwürde zurückzahlen. Eine alkoholische, unverheiratete Caritasschwester und eine ebenfalls ledige, immer wieder rückfällige Leiterin eines Heimes der inneren Mission blieben von dieser Gruppe nicht ausgeschlossen.

Wir begegnen auch dem sexuell interessierten Mann mit „gerontophilen“ Neigungen<sup>9</sup>, der sich – wie de Sade Männer in seinem Roman „Justine“ beschreibt – gerne von alten Frauen oral und manuell zu sexualerregenden inzestuösen Mutterphantasien stimulieren ließe, um danach die Penetration selbst mit jüngeren Frauen zu vollziehen.

Unter den Altentöttern fällt der nicht unintelligente Typ des weichen, stets um Anerkennung ringenden Mannes auf, der einer schon früh ausgebildeten Faszination und Sammelleidenschaft machtsymbolisierender medizinischer Utensilien erliegt, bis er als Kranken- oder Altenpfleger die Gelegenheit findet, seine ärztlichen Größenphantasien als Herr über Leben und Tod dadurch zu befriedigen, daß er den mystischen Stoff des leisen Tötungsmittels Gift zum Totspitzen alter und hilfälliger Menschen benutzt.

## VII.

Lebensgeschichtlicher Stoff und situativ-institutionelle Belastungen bilden das explosive Gemisch Altenpflegerischer Gewaltakte, wenn die Stütze routinierter Regeln alltäglicher Pflegepraxis fehlt. Diese Regeln beginnen mit durchdachter Architektur und Ausstattung der Räume,

<sup>9</sup> Ein dokumentierter Fall sexueller Gerontophilie (= Altweiberliebe) findet sich in R. v. Krafft-Ebing, *Psychopathia sexualis*, München 1984, S. 209 ff.

der fachlichen Ausrüstung mit pflegerischen Hilfsmitteln wie Leibbinden und Windeln, Matratzen mit Luftkammern gegen Dekubitalgeschwüre, fachkundiger Ernährung, verlässlicher Körperpflege und medizinischer Betreuung; dazu gehören geregelte Arbeitsabläufe, vorausschauende Urlaubsregelungen, Fahrdienste, klare Kompetenzverteilung und Zuständigkeit, Aktenführung, Kontrolle und fachliche Begleitung; sie umfassen nicht zuletzt eine qualifizierte Ausbildung wie Fort- und Weiterbildung des Hilfs- und Pflegepersonals, dessen höchste professionelle Ethik darin besteht, die inneren Gefühlsregungen zugunsten eines sachgerechten Arbeitsablaufes zurückzustellen. Wir wissen, daß Altenpflege in der Regel nicht der ursprüngliche Berufswunsch ist; diejenigen, die ihn aus innerer Berufung für Gottes Lohn ergreifen, sind gegenüber denjenigen, die ihn gegen irdischen Lohn – und aus keinem anderen Motiv sonst! – ergreifen, bei weitem in der Minderzahl. Bei den Lohnpflegern dürfen wir billigerweise keine innere Neigung, aber dafür eine professionelle Berufsethik erwarten, die das ruhige Gleichmaß fachkundiger Routine nicht mit dem individuellen Wunsch nach Selbstverwirklichung verschmilzt.

## VII.

Wenn die Regeln ganz oder teilweise fehlen und eine Art Pflegeanarchie an ihre Stelle tritt, ist stets mit einer Erhöhung des Gewaltrisikos zu rechnen. Jede Handlung hat einen bestimmten Anfang; ihn bei den vorliegenden Gewaltakten zu rekonstruieren fällt schwer, weil in einer Institution, in der die Regeln der Berufsroutine nicht funktionieren, Frühwarn-, Kontroll- und Abwehrsysteme weitgehend außer Kraft gesetzt sind. In keinem Fall blieb einer Vielzahl direkt oder mittelbar beteiligter Akteure verborgen, daß in dem Heim vernachlässigt, mißhandelt oder getötet wurde. Eine allgemeine Atmosphäre der Unruhe, Verdächtigung und Angst machte sich breit; keiner findet gleich die Kraft zum Handeln. Die Heiminsassen schweigen verschüchtert, oft fehlt die Möglichkeit, Hilfe zu rufen – wie der Mut, ihre besuchenden Angehörigen zu informieren, die ihrerseits gerne augenscheinliche Mißhandlungen und Vernachlässigungserscheinungen übersehen oder auf andere Ursachen zurückführen lassen. So können sie ihre Angehörigen verantwortungsfrei in bester Pflege wähen und müssen ihr ohnehin schlechtes Gewissen, die Pflege nicht selbst übernommen zu haben, nicht auch noch mit zusätzlichen Schuldgefühlen belasten. Sie spüren die Schwierigkeiten voraus für den, der eine Institution angreift und über überzeugende Beweismittel verfügen und damit – oft unverständlich schwerfällige – Strafverfolgungsbehörden in Gang setzen muß. Das gleiche gilt nicht weniger für das übrige Pflegepersonal, das, je besser es qualifiziert ist, lieber die Arbeitsstelle wechselt, als sich gegen die Mißstände aufzulehnen. So erklärt sich die oft hohe Fluktuationsrate des qualifizierten

Pflegepersonals in Heimen mit Merkmalen der Pflegeanarchie. Auffällig ist die Tatsache, daß sich Angehörige und Pflegepersonal, die passiv geblieben sind, dann, wenn die Gewalttätigkeiten des Heimes an die Öffentlichkeit geraten sind, sich mit Leserbriefen oder Briefen an die Staatsanwaltschaft melden in der Absicht, endlich ihr schlechtes Gewissen loszuwerden und ihrer Angst zu begegnen, noch im Nachhinein in die Sache hineingezogen zu werden. Besonders auffällig ist die Rolle der Ärzte, die als Vertragsärzte oder nach den Regeln der freien Arztwahl zu regelmäßigen Besuchen und genauen Kennern des Heiminnenlebens gehören. In einem uns bekannten Fall brachten Ärzte eines Krankenhauses über Verwaltungsrat und Kriminalpolizei den Stein ins Rollen, als innerhalb weniger Tage über zehn alte Patienten mehr oder weniger überraschend starben. In allen anderen Fällen sehen wir sie als Heimärzte passiv, oft als schweigende Komplizen der Institution, bisweilen als ihre Beschützer wider besseren Wissens, gelegentlich als Mahner unübersehbarer Vernachlässigung; sie überweisen körperlich mißhandelte, abgemagerte, verschmutzte und an Dekubitus leidende Alte ohne Einschaltung der Heimaufsicht ins Krankenhaus; sie unterschreiben Rezepte für Medikamente blanko, überwachen nicht ihre genaue Verabreichung, stellen Totenscheine flüchtig oder ohne Inaugenscheinahme der Leichen aus; oft verlassen sie sich auf die Angaben der Heimleitung, die sich ihrerseits mit zuverlässiger Aushändigung der Krankenscheine dafür revanchiert. Kirchliche und kommunale Träger blocken in der Regel nach den ersten Anschuldigungen; sie fürchten den Skandal in der Öffentlichkeit; Vereinsvorsitzende, Pfarrer, Ausbildungsschwester etc. werden so zu Verhinderern einer Beendigung heiminterner Gewalt. Schließlich vermuten wir die behördliche Heimaufsicht in dem Konflikt, daß sie als auch pflegesatzvergebende Instanz nicht an der Aufdeckung von Zuständen interessiert ist, deren Verbesserung normalerweise ein weiteres Hochtreiben der Pflegesatzkosten – an deren Höhe sich manche Betreiber wegen unzureichender Leistungs- und Entgelt-Kontrolle ohnehin finanziell „gesundstoßen“ – erwarten läßt<sup>10</sup>.

### VIII.

So sind es in der Regel Ausnahmemenschen, die hinreichende Motive ausbilden, um den Stein ins Rollen zu bringen. Es ist der ehrgeizige und sensationslüsterne Reporter, der mit einer ‚heißen Story‘ groß rauskommen möchte; das ist der Michael-Kohlhaas-Typ, dem als Besucher

eines Heimes empörende Ungerechtigkeiten auffallen und der mit Energie, Geduld und Scharfsinn den Kampf gegen eine Institution aufnimmt; das ist die junge Krankenpflegeschwester oder das Küchenmädchen, die sich aus Gewissensnöten, Angst vor Repressalien oder persönlichem Zorn einem Höhergestellten anvertrauen und Gehör finden; oder die ausgebildete Schwester, die gegen den Täter über vielfältige Konflikte so viel Haß aufstaut, daß sie endlich zur Polizei geht. In einem Fall auch der aufnehmende Krankenhausarzt, der dem Sohn des mißhandelten und eingelieferten Vaters empfiehlt, Strafanzeige gegen das Altenpflegeheim wegen Körperverletzung und Mißhandlung Schutzbefohler zu stellen. Schließlich der Heiminsasse selbst, der mißhandelt hat oder mißhandelt wurde, heimlich Beweismittel – geöffnete Briefe, Angabe aussagebereiter Zeugen, Tonträger mit den Schreien von Geschlagenen etc. – ansammelt, um damit die Polizei zum Tätigwerden zu bewegen.

<sup>10</sup> Diese Vermutung bestätigt Thomas Klie, *Das Heimgesetz: Schutz der Interessen und Bedürfnisse der Bewohner vor Beeinträchtigungen?* in: H. Brand u. a., *Stationäre Altenhilfe*, Freiburg 1987, S. 221 ff.

Prof. Dr. Thomas *Klie*, Freiburg

*Recht auf Verwirrtheit?*

*I. Einleitung*

„Um die Welt zur Vernunft zu bringen, können wir nur noch auf Unseresgleichen zählen“<sup>1</sup> – dies läßt Giraudoux Aurelie in „Die Irre von Chaillot“ sagen.

Ich frage mich angesichts meines Themas und des Ausspruchs von Aurelie:

„Was heißt eigentlich ‚Verwirrtheit‘ in einer Zeit, die in mancher Hinsicht als global irrsinnig erscheint?“

„Inwieweit paßt es zusammen, daß wir in einer Zeit höchster Technologieentwicklung gleichzeitig eine große Zahl ‚Verwirrter‘ beklagen?“

„Beinhaltet ein ‚Recht auf Verwirrtheit‘ ein Recht auf Entsagung der eindimensionalen Rationalität unserer Welt, die in vielen Bereichen so zerstörerisch ist?“

„Können uns nur die ‚Verwirrten‘ zur Vernunft bringen wie die Irre von Chaillot?“

Auch wenn das Thema zu solchen Fragen und Spekulationen einlädt, ich will es enger verstehen. Es geht um die sog. ‚Verwirrten‘, insbesondere hochbetagte Menschen, ihre Lebenssituationen und ihre Rechtsstellung. Einer Erklärung bedarf es aber zu Beginn:

Was ist, was verstehen wir unter ‚Verwirrtheit‘?

Ich will es definieren als eine Reaktionsfolge auf eine als beängstigend oder verunsichernd erlebte innere oder äußere Welt. So verstanden leben wir alle situativ mit unseren Verwirrtheiten, verstecken sie, können über sie lachen oder haben Angst vor ihnen. Als ‚Verwirrte‘ werden wir deswegen jedoch nicht bezeichnet. Dies aber geschieht der Bevölkerungsgruppe der Hochbetagten leicht und tatsächlich massenhaft. Es sind jene Menschen, die ein Verhalten, eine Symptomatik an den Tag legen, die wir oft nicht verstehen, hinter der sich unterschiedliche Formen, Ausprägungen dementieller Störungen, seelischen Leidens, biographischer Krisen oder Verluste verbergen. 800 000 sind es heute, weit über 1 Mio im Jahr 2000<sup>2</sup>. Es sind Menschen,

<sup>1</sup> Jean Giraudoux, Die Irre von Chaillot, Stuttgart 1985, (reclam-Universal-Bibliothek) S. 66

<sup>2</sup> Rückert, in: Brandt/Dennebaum/Rückert, Stationäre Altenhilfe, Freiburg 1987, S. 87

- denen vielfach wesentliche, essentielle sozialrechtliche Leistungen vorenthalten werden – etwa Rehabilitation, psychiatrische Therapieangebote –
- die oftmals unfreiwillig ihren Lebensort wechseln müssen oder mußten – Krankenhauseinweisung, Heimaufnahme –
- über die es in psychiatrischen Gutachten für Gerichte häufig lapidar, aber stigmatisierend heißt: Altersverwirrtheit, Cerebralsklerose – Dreizeiler oft –
- die in unterschiedlicher Nähe jüngste Vergangenheit miterlebt, erlitten und gestaltet haben, in der Zustände, wie sie heute noch in einigen Einrichtungen der Altenhilfe beklagt werden, Kennzeichen eines ganzen autoritären und totalitären Systems waren –
- unter denen liebesbedürftige, tief gekränkte, aggressive, deprimierte Menschen voller Furcht und befreit Furchtlose sind –
- es sind Menschen, zu denen wir bei der für viele erschreckend hohen Lebenserwartung, wenn uns globale Gefährdungen überleben lassen, auch mehr oder weniger bald wahrscheinlich gehören werden. –  
All diesen ein ‚Recht auf Verwirrtheit‘?  
In unterschiedlichem Sinn: Ja!  
Zunächst ein verfassungsrechtliches ‚Ja‘, und dann ein ‚Ja‘ in drei Plädoyers.

## II. Recht auf Verwirrtheit?

### 1. Verfassungsrechtliche Begründung

Ich möchte keine langen dogmatischen Ausführungen machen, Streitstände referieren, sondern vielmehr nur eine verfassungsrechtlich vorgegebene Grundorientierung skizzieren: Art. 2 Abs. 1 GG, so das Bundesverfassungsgericht<sup>3</sup>, schützt nicht nur die Freiheit des bürgerlichen, gesunden, angepaßten Menschen, sondern gerade und besonders die Freiheit des ‚Anderen‘, des seelisch Kranken, schützt damit eine Freiheit derer, die sich andere Ausdrucksformen suchen. Art. 2 Abs. 1 GG beinhaltet auch die Freiheit zur Krankheit. Dies bedeutet zweierlei für die sog. ‚Verwirrten‘:

a) Der als verwirrt Bezeichnete verdient Achtung seiner Person. Art. 2 Abs. 1 GG verpflichtet zum Respekt vor dem, der anders ist incl. seinem Anspruch auf Abwehr unrechtmäßiger Eingriffe in seine so verstandene Freiheit.

<sup>3</sup> BVerfGE 10, 302 (309); BVerfGE 22, 180 (219f.); OLG Frankfurt NJW 1988, 1527; vgl. auch Neumann NJW 1982, 2589

<sup>4</sup> Zur Rechtsprechung des BVerfG NJW 1982, 691 ff. zum Baden-Württembergischen Unterbringungsrecht, die fürsorgliche Aspekte berücksichtigt, vgl. Neumann NJW 1982, 2589

b) Die Verfassung, als objektive Werteordnung verstanden, verpflichtet zur Verwirklichung von Grundentscheidungen der Verfassung, d. h. auch zur Schaffung von Bedingungen, unter denen sog. ‚Verwirrte‘ ihre spezifische Freiheit leben können.

Aus diesen verfassungsrechtlichen Grundpositionen ist m. E. abzuleiten, daß der Freiheitsbegriff des Grundgesetzes grundsätzlich keiner fürsorglichen Domestizierung zugänglich ist.

### 2. Drei Plädoyers für ein Recht auf Verwirrtheit

a) Plädoyer für ein nicht normiertes Alter

Alfred Hoffmann<sup>5</sup> hat in seinem Referat den ‚Normalen Alten‘ vorgestellt, den ‚Angepaßten‘, ‚Zufriedenen‘, ‚Unauffälligen‘. Der Alte aus den Altenhilfe-Broschüren, für den immer mehr soziale Dienste eingerichtet werden – Gronemeyer warnt diesbezüglich: „Dem Siegeszug organisierter Hilfen für Alte scheint nichts mehr im Wege zu stehen“<sup>6</sup> – der Alte,

- der aufs Alter vorbereitet wurde –
- der Empfänger von Essen auf Rädern –
- der Alte im Alten-Club –
- der erfolgreiche Gealterte –
- der Alte, der Sterben gelernt hat (Orthothanasie) –

Mit der Zunahme dieser und anderer sozialer Dienste wächst auch die soziale Kontrolle und eine Klientelisierung der (nicht normalen) Alten. Dies geschieht gar nicht mal vornehmlich durch die häufig unzureichende, tatsächliche Dienstleistung, sondern durch die normierende Wirkung derselben. Eigensinnige Alte, verwirrte Alte und ihre kleinen Welten müssen sich nicht selten wehren gegenüber der Okkupation durch fremde Fürsorge, gegen fremde Normen und von sich selbst entfremdenden Leitbildern. Verwirrtheit wird angesichts eines normierten Alters als Störung und nicht als eine mögliche Ausdrucksform gesehen. Früher noch anzutreffende preformierte Rollen für Andersartige sind selten geworden, die Zeit der ‚Hofnarren‘ und ‚Dorftrottel‘ ist vorbei. Normative Toleranz ist aber gefragt, wenn es um die interindividuell so unterschiedliche Ausprägung von Lebensstilen und Lebensformen im hohen Alter geht, zu denen auch Formen gehören, die wir als unangepaßt oder sogar verwirrt bezeichnen. Vor diesem Hintergrund plädiere ich für ein Recht auf Verwirrtheit im Sinne eines Rechts auf unangepaßtes und auffälliges Leben.

b) Plädoyer für eine Akzeptanz von Störungen

Dieses zweite Plädoyer ist eher eine aus dem ersten resultierende Forde-

<sup>5</sup> Vgl. Hoffmann S. 1ff.

<sup>6</sup> Buff/Gronemeyer, in: Koch-Straube, Die Zukunft des Alters ist das Leben, Darmstadt 1988, S. 149

zung. Unangepaßte Alte, insbesondere Verwirrte, stören unsere maschinenförmige Welt<sup>7</sup>,

z. B.:

- den Straßenverkehr –
- die Ruhe der Nachbarn –
- im Laden den schnellen Konsum –

Verbreitet ist eine Intoleranz ihnen gegenüber und die Bereitschaft, Störungen durch ‚Alte‘ zu beseitigen. Der laute, über die ungerechte Welt klagende alte Nachbar gehört ins Heim, der Straßenverkehr von den ‚gefährlichen Verwirrten‘ befreit. Dieser Tendenz ist entgegenzuhalten: Auch und gerade diese Menschen haben ein Recht auf freiheitliches Leben. Gefährlich sind nicht die ‚Verwirrten‘, sondern ist der Straßenverkehr. Die polternden Alten sind auch nicht lauter als Autofahrer oder Jugendliche mit Imponiergehabe und Mokick. Recht auf Verwirrtheit in diesem Sinn beinhaltet das Recht, auch unbequem zu sein.

c) Plädoyer für ‚ökologische‘ Nischen für Menschen, die Demenz als Lebensform gewählt haben bzw. denen diese zugewiesen wurde. –

Verwirrtheit, Demenz läßt sich ja auch in diesem Sinn verstehen, daß es eine (unbewußt) gewählte Lebensform ist. Demente, seelisch leidende Menschen mit Verwirrtheit als Reaktionsform benötigen oft besondere Schonräume, in denen sie in dieser Welt überleben können. Diese Plätze lassen sich im Rückgriff auf die Naturwissenschaft auch als ‚ökologische Nischen‘ bezeichnen. Dies kann sein

- die kleine, wenn auch einsame Welt ihrer Wohnung in ihrem ‚Kiez‘ oder Quartier –
- und wenn sie dort nicht mehr (über)leben können, andere Nischen, wozu kollektive Wohnformen gehören – im Einzelfall auch als Alternative zur Familie –

Kollektive Wohnformen, seien es Wohngemeinschaften oder auch reorganisierte Heime, können durchaus spezifische Toleranzräume anbieten statt Disziplinierung, Lebensräume, in denen sich auch verwirrte Menschen einrichten können. Die Notwendigkeit von Extra-Schonräumen ist Ausdruck und Konsequenz der verbreiteten Nichtakzeptanz von Verwirrtheit. Vielfach bleibt derzeit jedoch kein anderer Weg. Die Schaffung und der Schutz von ökologischen Nischen für diese Menschen ist eine Voraussetzung dafür, ein Recht auf Verwirrtheit leben zu können. Recht auf Verwirrtheit in diesem Sinn heißt auch: Recht auf eigene Lebenswelten.

Zusammenfassend möchte ich zum Recht auf Verwirrtheit sagen: Verwirrte haben einen Anspruch auf Achtung ihres Andersseins, bein-

<sup>7</sup> Zur maschinenförmigen Welt und Alter vgl. Schachtner, Störfall Alter, Frankfurt 1987, S. 98 ff.

haltet dies auch Narrheiten. Sie haben grundsätzlich ein Recht, ihre Symptomatik zu leben, zumal, da es heute kaum andere ‚therapeutische Ansätze‘ gibt, als der Symptomatik zu begegnen. Ich meine dies nicht zynisch. Nicht das Ausleben in dem Sinne von leiden lassen – es gibt ja durchaus Situationen, in denen Demente verzweifelt an sich leiden, sich zerstören und Hilfe brauchen, um aus einem selbsterstörerischen Teufelskreis herauszukommen. Ich meine dies auch nicht im Sinne von „Laß die Deprimierten sich doch ihr Leben nehmen oder sich überfahren lassen“. Ich sehe in dieser Haltung vielmehr eine Gegenposition zur selbstverständlichen fürsorgerischen Vereinnahmung und einen Ausdruck von Bescheidenheit derjenigen, die auch keine Antworten auf die Fragen haben, die ‚Verwirrte‘ bewegen und sie vielleicht verwirrt machen. Ich sehe darin auch eine Haltung, die die Achtung der Person und die Freiheit der Kranken als notwendige Voraussetzung für eine ‚Heilung‘ oder ‚sinnvolle Hilfe‘ sieht, wenn sie denn möglich ist. Das Aushalten, daß Heilen und Helfen in vielen Fällen nur sehr eingeschränkt oder gar nicht möglich ist, mag manchmal schwerer fallen als das Zulassen von verwirrten Reaktionsformen. Angesichts massiver und verbreiteter Verletzungen der Freiheitsrechte von ‚Verwirrten‘ scheint mir das Herausstellen eines Recht auf Verwirrtheit als Bollwerk gegen fürsorgerisches Wegharmonisieren der Rechtsverletzungen fundamental wichtig. Man würde mich mißverstehen, wenn hiermit einem therapeutischen Nihilismus das Wort geredet werden sollte.

### III. Recht auf Verwirrtheit – und was können Vormundschaftsgerichte dazu beitragen?

Der 1. Vormundschaftsgerichtstag hat sich die Situation hochbetagter, dementiell erkrankter Menschen zu einem seiner Hauptthemen gemacht. Angesichts der demographischen Entwicklung, aber auch angesichts fachlicher Neuorientierungen und gesetzlicher Reformbestrebungen ein aktuelles Thema. Welchen Beitrag nun können Vormundschaftsgerichte dazu leisten, damit ein Recht auf Verwirrtheit für diese Menschen, damit rechtlicher Schutz mehr in die Praxis der Gesellschaft und der helfenden Institutionen eingeschrieben wird? Vier Punkte möchte ich hierzu nennen:

- Maßstäbe setzen –
- Regeln aufstellen –
- Risiken mittragen –
- sozialpolitische Versäumnisse benennen –

#### 1. Maßstäbe setzen

Verbreitetes Fürsorgedenken eignet sich dazu, die Selbstbestimmung derjenigen, für die gesorgt werden soll, aus dem Blickfeld zu rücken.



Die Beschneidung von Rechten verwirrter Menschen, von Freiheitsrechten, wird vielfach noch als normal angesehen:

- Pflegekräfte rechtfertigen Fixierdecken als rein pflegerische Maßnahmen, die zur Hygiene und richtigen Pflege erforderlich seien –
- Trickschlösser und Schaltmechanismen an Fahrstühlen werden häufiger nur unter dem Aspekt der technischen Raffinesse und weniger unter juristischen Maßstäben gesehen –
- Manch ein Heimleiter berichtete in letzter Zeit stolz über die Installation einer Video-Überwachung in allen Zimmern, in denen desorientierte Heimbewohner leben. –

Angesichts solcher 1988 zu beobachtenden Betreuungsformen besteht häufig bei den Helfern kaum ein Gefühl dafür, daß es sich bei diesen Betreuungsmaßnahmen um Rechtsbeschneidungen handelt. Dies gilt aber nicht nur für die Betreuer, sondern zum Gutteil auch für Vormundschaftsrichter. So heißt es etwa in Beschlüssen von Vormundschaftsgerichten aus den letzten Jahren:

- Einem geistig Behinderten kann seine Freiheit nicht entzogen werden, wenn er objektiv nicht in der Lage ist, die Freiheit sachgerecht zu gebrauchen. –
- Bei der Fixierung des Patienten handelt es sich um eine dem Alter angemessene Betreuungsform, die nicht genehmigungsbedürftig ist<sup>8</sup>.

Hier wie dort werden m. E. der strafrechtliche und verfassungsrechtliche Rechtsgüterschutz verkannt. Fürsorgedenken kann Freiheitschutz nicht dispensieren. Vormundschaftsgerichte können hier Maßstäbe deutlich machen, Orientierungen geben, die auch innerhalb von Einrichtungen wirken – bei Transparenz der Maßstäbe häufig auch ohne konkretes Tätigwerden eines Richters.

## 2. Regeln setzen

Hartmut Dießenbacher<sup>9</sup> macht das Fehlen institutioneller Regeln mitverantwortlich für beobachtete Formen von Gewaltanwendungen gegenüber pflegeabhängigen Heimbewohnern. Vormundschaftsgerichte können verbindliche Regeln an Heime herantragen, indem sie Genehmigungspflichten statuieren, Sachverständigengutachten einholen (keine Urteile in Dreizeilern, sondern verstehensfördernde Gutachten), Anhörungen durchführen unter Beteiligung von Pflegekräften und ggf. Angehörigen. Diese Regeln hätten nicht so sehr konfliktbeendende, sondern prozeßbegleitende Bedeutung. Die Aufstellung solcher Regeln und die Einhaltung derselben wäre modellhaft und ist vielfach auch mo-

<sup>8</sup> Vgl. Zusammenstellung vormundschaftsgerichtlicher Beschlüsse bei Klie, *Altenpflege* 1988, S. 665 ff.

<sup>9</sup> Dießenbacher S. 11 ff.

dellhaft für die Einrichtungen. Erfahrungen zeigen, daß allein die Anerkennung der Erforderlichkeit von Überprüfungsverfahren häufig zu dem Verzicht auf Freiheitseinschränkungen führt. Ergänzend zu den ja letztlich vorgeschriebenen Verfahren können interne Regeln angestoßen werden wie die Durchführung von Supervision und Dokumentation (sinnvollerweise in Absprache mit der zuständigen Heimaufsicht). Ein Blick auf die verbreitete Praxis von Vormundschaftsgerichten zeigt, daß häufig bei der Genehmigung freiheitsentziehender Maßnahmen noch keine Anhörung durchgeführt wird, daß es sich bei gerichtlichen Entscheidungen häufig nur um die formale Absegnung von im Heim vorbereiteten Entscheidungen handelt. Hier wird Rechtsschutz zynisch:

- „Für die nächsten zwei Jahre werden alle erforderlichen freiheitsbeschränkenden Maßnahmen genehmigt.“<sup>10</sup> –

Viele Vormundschaftsgerichte bemühen sich in letzter Zeit um ganz andere Wege, etwa das Vormundschaftsgericht Frankfurt<sup>11</sup>. Hier werden Regeln gesetzt, präzise Voraussetzungen für die Genehmigungsfähigkeit von freiheitsentziehenden Maßnahmen formuliert und weitere interne Überprüfungsverfahren angestoßen.

## 3. Risiken mittragen

Die Angst vor Haftung, vor der Verletzung der Heimbewohner durch Unfälle, führt häufig zur Einschaltung der Vormundschaftsgerichte. Heimleiter fürchten sich vor Aufsichtspflichtverletzungen, haben Angst um ihre Bewohner, dies ist nur zu verständlich, sind die Heimleiter doch vielfach mit ihren Sorgen alleingelassen. Die Risiken, die hier zur Debatte stehen, sind nicht wegzudiskutieren. Immerhin sind 48% aller Verkehrstoten über 65 Jahre alt. Der § 3 Abs. 2 a StVO, demnach Gefährdungen gegenüber alten Verkehrsteilnehmern auszuschließen sind, hat seine Wirkung kaum getan. Festzustellen ist nur, daß wesentlich weniger ältere Verkehrsteilnehmer als Passanten registriert werden, d. h., daß sie sich vom öffentlichen Verkehr zurückziehen<sup>12</sup>. Diese Risiken, die hier und dort Angst machen, sind aber da und gehören zu unserem Leben. Ich denke, es gibt keine Alternative, als sie grundsätzlich zuzulassen. Sollen hochbetagte verwirrte Menschen den ganzen Tag angeschnallt sein, wie dieses aus der Begründung mancher vormundschaftsgerichtlicher Beschlüsse hervorgeht? Auch dies ist für die Betroffenen schädlich und risikoreich. Und: Wir pflegen einen sehr widersprüchlichen Umgang mit Risiken unserer Zeit. Risiken, die von

<sup>10</sup> Vgl. Klie Fn. 8

<sup>11</sup> Vgl. Rink/Bauer *FamRZ* 1988, 1229 ff.

<sup>12</sup> Vgl. Verkehrssicherheitsbericht, BT-Drucksache 11/2364 S. 23 ff.

einer solch zerstörerischen Gewalt sind, die es seit Menschengedenken nicht gab, nehmen wir hin – Bedrohung durch Waffenarsenale, gefährliche Technologien, umweltfeindliche Produktions- und Konsumformen (immerhin gibt es alle Viertelstunde eine Tierart weniger auf dieser Welt). Andererseits haben wir Angst vor jedem Autounfall eines älteren Menschen. Diese Angst stellt sich auch dar als Disziplinierung von Alten, damit sie Konsum, Verkehr, etc. nicht stören. Risiken sind da, gehören zum Leben und sind zum Gutteil auszuhalten. Im übrigen, was ist schon die relativ geringe Wahrscheinlichkeit eines Verkehrsunfalls eines älteren Menschen gegen die hohe Wahrscheinlichkeit, daß er bei unfreiwilliger Heimeinweisung oder ständigen freiheitsentziehenden Maßnahmen binnen kurzer Zeit stirbt. Wenn Risiken mit zum Leben gehören und nur die Akzeptanz von Risiken ein Recht auf Verwirrtheit ermöglicht, so gilt es für die Vormundschaftsgerichte, diese Risiken mitzutragen und der verständlichen Angst der Heime und Familien Risikobereitschaft und damit auch Lebensfreundlichkeit entgegenzuhalten.

#### 4. Sozialpolitische Versäumnisse benennen

Verantwortlich für freiheitsentziehende Maßnahmen gegenüber verwirrten Menschen ist auch der Personalnotstand, der fiskalpolitisch mit verantwortet wird. Wenn Freiheitsbeschränkungen nur angesichts der so verantworteten unzureichenden Personalsituation unumgänglich erscheinen, so ist dieses m. E. von den Vormundschaftsgerichten so zu benennen. Ansonsten besteht die Gefahr der Verschleierung sozialpolitischer Mißstände durch eine formale ‚Legalisierung‘ unhaltbarer Zustände.

Viele Vormundschaftsgerichte und Vormundschaftsrichter, die hier anwesend sind, begehen Wege, die zu einer Gewährleistung eines Rechts auf Verwirrtheit beitragen. Die gegenseitige Vergewisserung der Richtigkeit dieses Weges erscheint mir angesichts der Minderheitenstellung der Vormundschaftsrichter an den Gerichten von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Das, was Vormundschaftsgerichte z. T. tun und tun können, ist m. E. mehr als nur ein rechtlicher Dienst für ‚Verwirrte‘.

– Sie verteidigen modellhaft ein Leben, das sich nicht instrumenteller Vernunft unterwirft. –

– Sie verteidigen bunte, aneckende, widerständige Lebensformen, –

– verteidigen ‚andere Welten‘, uns bisher weniger zugängliche. –

„Um die Welt zur Vernunft zu bringen, können wir nur noch auf Unseresgleichen zählen.“ Wir sollten uns die Chance geben, uns von solchen wie Aurelie zur Vernunft bringen zu lassen.

Dr. Luigi Attenasio, Mantova/Italien

### Das Gesetz 180 in Italien zwischen Vergangenheit und Gegenwart

Unser Streben ist darauf ausgerichtet, zu verhindern, wozu es nicht mehr kommen darf: die Vernichtung des Menschen, die auf seiner institutionellen Laufbahn stattfindet.  
F. Basaglia

#### I. Die antiinstitutionelle Arbeit und die Notwendigkeit des Gesetzes 180

Unser Ausgangspunkt war die Arbeit im Alltagsleben der Irrenanstalt. Dieses praktische Eingreifen, das sich gegen die institutionellen Widersprüche richtete, führte in den Jahren 1960–70 dazu, daß die Mustersanstalt Risse bekam und die Irrenhauslogik in eine Krise geriet<sup>1</sup>.

\* Übersetzung aus dem Italienischen: Hubert Gaethe

<sup>1</sup> „Es ist also der praktische Zusammenbruch der Logik der Randgruppenbildung aufgrund der Existenz selbst des Irrenhauses, wodurch es in Italien zu einem Gesetz kam, das die Errichtung neuer psychiatrischer Krankenhäuser untersagt und die allmähliche Abschaffung der gegenwärtig betriebenen vorsieht: ein praktischer Bruch, der es verhindert, die offene Krise mit einer neuen interpretativen Theorie oder einer neuen Ideologie zu verschleiern und dabei die auf verschiedene Weise gedeutete Realität unverändert zu lassen. Es handelt sich um ein umgekehrtes Vorgehen wie jenes, das schon in anderen Ländern verwirklicht wird, wo das Problem offenbar angepackt worden ist, indem die gemeindenahen Einrichtungen zur Kontrolle der Abweichung erweitert wurden, ohne die Logik und die Wirklichkeit der Irrenhäuser anzutasten: das Andauern der sozialen Randstellung, die mit dem Alibi der Krankheit und der Heilung mystifiziert wird, kann nur wieder die Bestätigung derselben Logik in den gemeindenahen und in den neuen Einrichtungen bewirken und daraufhin die gleichzeitige Bestärkung des Irrenhauses und seiner Logik infolge dieser Bestätigung. Dies führte zum neuen Gesetz für psychiatrische Assistenz und zum Kampf für die Forderung nach der Existenz einer Subjektivität, die auf einem streng positivistischen wissenschaftlichen Terrain gegenwärtig ist, um aufzuzeigen, daß das Bestehende nicht unveränderliche ‚Natur‘ ist, sondern daß man daraus etwas machen kann, was die Realität und der Entwurf unseres Lebens sein muß; so wie das Bestehende zuvor ‚produziert‘ worden ist.“ Aus dem Vortrag F. Basaglias (S. IX) zu dem Band „Il giardino dei gelsi“ (Der Garten der Maulbeerbäume), von E. Venturini, Einaudi, Turin 1979.

Bei der Beobachtung des Geschehens in der Irrenanstalt kamen wir zu der Überzeugung, daß die Psychiatrie eine theoretische und praktische „Distanzierung“ gegenüber den Patienten, den Individualitäten bewirkt hatte, wovon sie ein tragisches und greifbares Zeichen hinterließ: die Irrenanstalt selbst.

Seite an Seite mit den dort untergebrachten Menschen sorgten wir für eine Umkehr der unausweichlichen und unwiderruflichen Wirkungen jener psychischen und physischen Zerstörung.

Es handelte sich nicht allein um ein Unternehmen banaler Humanisierung der Lebensbedingungen der Insassen, sondern es wurde ein regelrechter Durchbruch, der die Grundlagen des damaligen Wissens erschütterte.

Dieser richtete sich nämlich gegen den Begriff des „Irreseins“ selbst, denn er drang vor zum Kern der historischen Krise einiger Musterbeispiele aus (Natur-)Wissenschaft, Philosophie, Literatur, Gesellschaft und Politik dieses Jahrhunderts.

Ans Licht des Tages kam die „historische Verdrängung“ der Psychiatrie: die Geschichte und das epistemologische Statut der psychiatrischen „Wissenschaft“ sind die Geschichte und die Wissenschaft vom Irrenhaus.

Dieser Ausdruck trifft am besten die Realität dessen, was Psychiatrie ist.

Wir öffneten die Türen einer Abteilung, hörten das Gestammel seit Jahren verstummter Stimmen, stellten Würde und „Wahrheit“ dieser Stimmen wieder her, spürten die Fäden mißglückter Existenzen auf, schrieben Lebensläufe neu – mit anderen, häufig unbeholfenen oder auch banalen Buchstaben, jedenfalls mit anderen als denen der Psychiatrie unter Verzicht auf all die typischen Klischees des Anstaltsjargons.

Wir fanden die Wahrhaftigkeit dessen bestätigt, was A. G. Maccacaro in so einleuchtender und provokatorischer Weise gesagt hatte: „Psychiatrische Patienten werden dazu einzig infolge und unter der Wirkung der psychiatrischen Aufmerksamkeit.“

Wir schalteten auch die Phantasie ein.

Eine Situation auf den Kopf stellen, vom Gegenteil ausgehen – ist das vielleicht nicht eine Offenbarung der Phantasie?

Die Irrenanstalt, seit jeher Raum des negierten Lebens, wurde durch die anti-institutionelle Praxis zum Ort der Demokratie, Anreiz für gemeinsame Projekte sozialen Wandels, Forschungslabor der Human- und Naturwissenschaften (ich erinnere mich an die unvergeßliche Erfahrung der Vollversammlung im Psychiatrischen Krankenhaus von Arezzo, eines echten und sinnvollen Instruments demokratischer Organisation der Aktivitäten in der Anstalt).

Auf diese Weise entdeckten wir die Subjektivität des Patienten neu, ebenso wie auch unsere eigene: Wir hatten deutlich eine Wegstrecke zu-

rückgelegt bei der Erforschung des Subjekts und seiner Leiden und dabei die Überzeugung gewonnen, daß sie anders geworden waren, da sie (die Patienten) zum Symptom gezwungen wurden – Spiegel der Ideen, die andere davon hatten, und eingesperrt in der speziellen psychiatrischen Anstalt.

Wir gingen also vom Patienten aus, seiner Körperlichkeit, seiner Unbeugsamkeit, wobei wir „die Leidensexistenz der Patienten und ihren Bezug zum Sozialgefüge“ (F. Rotelli) in den Mittelpunkt unseres Eingreifens stellten.

Diese langwierige praktische Arbeit bezweckte die Umwandlung dieser Strukturen von innen her mit dem Ergebnis des Eingreifens – sei es in ihre institutionellen Mechanismen, sei es in den Gegenstand selbst der psychiatrischen Behandlung: das psychische Leiden des Menschen.

Diese Arbeit „von unten“ führte zur „Notwendigkeit“ eines Gesetzes, das Grundsätze und Orte festlegte, die territorialen Dienste, die das Eingreifen des Irrenhauses völlig ersetzten: das Gesetz und diese Erkenntnisse, die aus einem Erfordernis geboren waren, das aus dem konkreten, täglichen Ringen der Ärzte und Krankenschwestern, der Patienten, Verwalter, demokratischen Bürger konstruiert war.

## II. Das Jahr 1978 und das Gesetz 180

Das Gesetz 180 wurde am Ende einer Periode verabschiedet, in der Italien im Mittelpunkt einer Reihe umfangreicher Wandlungen von großer kultureller, sozialer und politischer Bedeutung stand. Aus jener Zeit stammen die Gesetze über Scheidung, Abtreibung, die Arbeitsgesetzgebung, das neue Familienrecht.

Das Gesetz 180 stellt eine Vorwegnahme der umfassenden Umwandlung der Organisation des gesellschaftlichen Gesundheitswesens dar, der Gesundheitsreform, die danach verabschiedet wurde und sich eng an die Bestimmungen des Gesetzes 180 hielt.

Die antiinstitutionelle Erfahrung des psychiatrischen Krankenhauses von Gorizia in den sechziger Jahren und der Kampf der Arbeiterbewegung und der demokratischen Studenten und Administratoren, der progressiven gewerkschaftlichen Kräfte und der aufgeklärten Bürger, vereinigten sich im Sinne eines radikalen Wandels der Organisation des Gesundheitswesens und der Gesellschaft, einer besseren Lebensqualität, einer erweiterten Mitwirkung und einer von der Basis ausgehenden Kontrolle der Gesamtheit in entscheidenden Belangen des Lebens der Einzelnen. Kennzeichnend für jene Periode war auch ein neues Verhältnis zwischen Technikern und Politikern, wodurch die Möglichkeit geschaffen wurde für eine Dialektik zwischen den beiden, bei all der Vielfalt der in ihnen vereinigten Funktionen, bei dem gemeinsamen Vorhaben des Kampfes gegen die Institution des Irrenhauses und die Rand-

ständigkeit im allgemeinen. Dies gestattete die Verallgemeinerung und den Wiederhall jenes Themas mit gegenseitiger Bereicherung zwischen den aktiv Beteiligten, die an der Arbeit direkt engagiert waren, und den Administratoren, die sie mit Leitlinien einer fortschrittlichen Gesundheitspolitik unterstützten, in dem weiteren Rahmen des Kampfes um eine stärker kulturell und demokratisch ausgerichtete Organisation unseres Landes.

Das Gesetz 180 enthielt bereits einige Elemente, die durch die Gesundheitsreform bestätigt werden sollten: Mitwirkung der Bevölkerung an der Führung der Gesundheitseinrichtungen und deren Kontrolle, vereintes Eingreifen von Sozial- und Gesundheitswesen, eine Denkweise in Bezirken, die die Belange der Vorbeugung/Heilung und der Rehabilitation nicht trennen würde, sondern eng miteinander verknüpft, während dem territorialen Gesichtspunkt des Eingriffs der Vorrang gegeben wurde und die Bedeutung der Reaktion aus dem Krankenhausbereich erheblich zurückging.

Welche spezifischen Neuerungen brachte nun das Gesetz 180?

Vor allem das „Ende“ des Irrenhauses.

Niemand wird mehr in psychiatrische Anstalten eingeliefert, die endlich zu Räumen außerhalb des therapeutischen und pflegerischen Kreises erklärt wurden. Kraft Gesetzes wurde die Realität der Unterdrückung und Vernichtung der Patienten im Irrenhaus aufgehoben. Darüber hinaus durfte kein psychiatrisches Krankenhaus mehr neu errichtet werden. Die psychiatrischen Krankenhäuser wurden, wie F. Basaglia sagte, „zum Aussterben verdammt“.

Zu Grabe getragen wurden auch die Begriffe „eine Gefahr für sich und andere“ und „öffentliches Ärgernis“, die mit der Geisteskrankheit verbunden waren (so lautete die Diktion, mit der nach dem alten Gesetz die Einweisung in die Irrenanstalt gerechtfertigt wurde).

Wie bedeutsam diese Eingriffe waren, erinnert sich eine Patientin des psychiatrischen Krankenhauses von Arezzo, die über das neue Gesetz glücklich war, auch wenn nur dies die Neuerung wäre, daß das Wort „Gefährlichkeit“ aus den Bestimmungen des Gesetzes gestrichen wurde.

Das Gesetz bestimmt, daß Maßnahmen der Vorbeugung, Heilung und Rehabilitation in regionalen Zentren und Ambulatorien außerhalb der Krankenhäuser durchzuführen sind. Auf diese Weise bestätigt sich die regionale Versorgung als globale Alternative zur alten Logik der Beaufsichtigung in der Irrenanstalt. Damit sind die Zentren und Ambulatorien außerhalb der Krankenhäuser der „Kern“ des Versorgungssystems.

Von ausschlaggebender Bedeutung hierbei ist, daß diese Zentren und Ambulatorien die stationäre Behandlung in den Irrenanstalten überflüssig machen. Für den Fall einer dringend notwendigen ärztlichen Behandlung sieht das Gesetz Instrumente zum Schutz der Rechte des psy-

chisch Leidenden vor, um zu vermeiden, daß diese Patienten mißbraucht werden oder ihnen Gewalt angetan wird – was auf dem Gebiet der psychiatrischen Pflege immerhin vorkommen könnte.

Es müssen nämlich dreierlei Voraussetzungen gegeben sein, um jemanden stationär in eine psychiatrische Anstalt aufzunehmen – wenn auch nur eine davon nicht erfüllt ist, kann der Patient nicht rechtens eingewiesen werden:

a) Der Erkrankte bedarf dringend ärztlicher Behandlung.

b) Diese Behandlung wird vom Patienten nicht akzeptiert.

c) Die dritte Bedingung ist, daß anderweitige Maßnahmen der Krankenpflege außerhalb der Krankenhäuser nicht möglich sind.

Diese letztere Bedingung ist insoweit von Bedeutung, als hinsichtlich der Notwendigkeit einer Einweisung die Verantwortung des Gesundheitsdienstes dafür besteht, daß dieser nicht in der Lage gewesen ist, andere Möglichkeiten als die Zwangseinweisung zu finden.

Diese Art der Durchführung einer stationären Behandlung bietet dem Bürger umfangreiche Garantien: der Vorschlag der Einweisung durch einen Arzt bedarf der Bestätigung durch einen Amtsarzt. Auch diese Bestätigung reicht noch nicht aus, denn auch der (Ober)Bürgermeister in seiner Eigenschaft als höchste Autorität des Gesundheitswesens muß die Einweisung noch durch Verfügung absegnen.

Diese Verfügung wird nicht, wie in der Vergangenheit, von einer Gerichtsbehörde erlassen, sondern von der Gesundheitsbehörde, und der Bürgermeister ist schließlich von den Bürgern einer Gemeinde demokratisch gewählt worden. Es besteht aber noch eine letzte Absicherung des Bürgers: All dies unterliegt der Aufsicht durch das Vormundschaftsgericht, dem es vorbehalten ist, die Verfügung des Gemeindeoberhauptes zu bestätigen oder nicht zu bestätigen. Das ist bedeutsam, weil das Vormundschaftsgericht nicht nur die Vertretung der Justiz und der Verfassungsmäßigkeit der Verfügung ist, sondern auch Garant der Rechte des Einzelnen; an der Stelle des Vormundschaftsrichters stand früher der Staatsanwalt (beim Amtsgericht), der mehr die Interessen der Allgemeinheit vertrat, als die des einzelnen Bürgers.

Die stationäre Behandlung in der Psychiatrie ist nicht mehr von „ewiger“ Dauer, wie man sie sonst gewöhnlich mit einem Aufenthalt in einer Irrenanstalt assoziierte, sondern ist zeitlich begrenzt; für eine Verlängerung bedarf es einer stichhaltigen Begründung durch den handelnden Arzt.

Ausgedrückt wird dies durch das Konzept des Übergangscharakters der stationären Behandlung – im Gegensatz zu der alten Logik der völligen Preisgabe der in die Irrenanstalt Eingelieferten an die Institution, die nach einer Beobachtungszeit von einem Monat in den meisten Fällen für immer an die Anstalt gefesselt waren.

Dies ist in großen Zügen das Gesetz 180.

### III. Nach dem Gesetz 180: Die noch offenen Probleme

Aus der Distanz einiger Jahre nach dem Inkrafttreten des neuen Gesetzes über die psychiatrische Versorgung ist es schon möglich, eine erste Bilanz zu ziehen<sup>2</sup>.

Wir müssen immerhin sagen, daß wir uns noch in einer Phase der Forschung befinden, und wollen für unsere Arbeit keine neuen Leitbilder annehmen – es sei denn jenes, daß wir uns als Teilnehmer an einem in ständiger Fortentwicklung befindlichen Prozeß fühlen, in dem so manche Dinge es wert wären, zitiert zu werden, ohne allerdings ständig darauf Anspruch zu haben.

Vielfach, allzuoft ist die Situation (in manchen Gegenden Südtaliens vor allem) so, daß das Gesetz nicht anwendbar ist, weil die Einrichtungen fehlen.

Die Techniker sind nicht interessiert, die Administratoren sind lahm.

Dies gibt leider Raum für verleumderisches Verhalten, das den Geist des Gesetzes selbst einbezieht – angebracht wäre es, die Verantwortlichen jener Unzulänglichkeiten zu kritisieren.

<sup>2</sup> Wir kommen immer wieder auf das Vorwort zu „Il giardino dei gelsi“ (Der Garten der Maulbeerbäume) zurück, wo F. Basaglia mit einigen glänzenden Beobachtungen sozusagen vor den Problemen warnt, mit denen wir uns nach der Verabschiedung des Gesetzes 180 auseinandersetzen hatten: „Auch wenn es der Lohn eines Kampfes ist, kann ein Gesetz nur das Ergebnis der Rationalisierung einer Revolte sein, es kann aber auch mit Erfolg dazu verhelfen, die Botschaft einer Praxis zu verbreiten, die damit Allgemeingut wird. Auch wenn es die Frucht eines Kampfes ist, kann ein Gesetz zur Absenkung des Niveaus führen, das mit den beispielhaften Erfahrungen verbunden ist, kann aber auch das Gespräch darüber verbreiten und auf einen Nenner bringen, um so die gemeinsamen Grundlagen für eine anschließende Aktion zu schaffen. Denn das Gesetz schafft, was so vielfach herbeigewünscht worden war: die Möglichkeit, Inhalte eines Kampfes aus den Händen weniger in die Hände einer ständig wachsenden Zahl von Menschen übergehen zu lassen, auch wenn dies mit der allmählichen Preisgabe der exemplarischen Erfahrungen als praktische Bezugspunkte verbunden ist.“

In diesem Sinne ist damit die Tendenz verbunden gewesen, das Heldentum, die Romantik, vielleicht auch die Rhetorik zu modifizieren oder zumindest abzumildern, an denen wir – in unserem Jakobinismus – alle ein bißchen erkrankt waren und sind, und dies hat uns gezwungen, uns mit den Geschehnissen in diesen Jahren genauer auseinanderzusetzen – auch das eine Frucht unseres praktischen „Furors“ gegen die Institution. Dieses Gesetz hat demnach auf irgendeine Weise dem alternativen Psychotherapeuten selbst Gewalt angetan, indem es sein Bewußtsein gegenüber sich selbst und seiner Arbeit veränderte. Und nun ist es, als werde der Verlust des „Glaubens“ offenkundig, auf den wir uns in diesen Jahren gestützt haben, bis zum Aufkommen des neuen Gesetzes, ohne daß die Merkmale des neu auftauchenden Laientums schon definiert wären.“

Ebenso gibt es Orte, wo das Gesetz tatsächlich oder vermeintlich angewandt wird: hier können einige Risiken der Verdrehung des Gesetzes lauern, die im folgenden aufgezeigt werden:

a) Es wird sehr wenig getan – es sei denn an einigen Orten, wo die ideellen und technisch-kulturellen Motivationen, welche die antiinstitutionellen Praktiken inspiriert hatten, stärker waren – um die psychiatrischen Krankenhäuser wirklich zu überwinden.

Wenn niemand mehr in die Irrenanstalt geht (abgesehen von einigen Ausnahmen außerhalb des Gesetzes – und hier wäre das Eingreifen der Justiz mit scharfen Sanktionen, auch strafrechtlichen, berechtigt), bleibt es dennoch die Wahrheit, daß die bereits dort untergebrachten Patienten größte Schwierigkeiten haben, dort wieder herauszukommen.

Für langjährige Insassen der Anstalten ist ein sehr unglücklicher Begriff geprägt worden: wer immer noch im Irrenhaus lebt, ist danach ein „Überbleibsel der Anstalt“. Dies bezeugt, wie noch die restliche Belegung in psychiatrischen Krankenhäusern als „am Rande“ des theoretischen und praktischen Eingreifens der Techniker, Politiker und Administratoren angesehen wird. Diese restliche Belegung riskiert damit einen realen Ausschluß aus dem Kreis des Interesses und der Investition: wie ein Überbleibsel, dessen Bestimmung es ist, im Laufe der Zeit und nach dem Naturgesetz zu verschwinden.

Wir sind recht weit entfernt von dem Geist der Kämpfe, die zum Gesetz 180 geführt haben: nämlich, die Gesellschaft dazu zu „zwingen“, zu akzeptieren und zu resozialisieren.

Derartige Behauptungen sind nicht anspruchsvolle Einlassungen der bloßen Polemik wegen, sondern zeigen die Besorgnisse über einen Abfall der moralisch-politischen Spannung unseres Tuns, eine passive Hinnahme des Fortbestehens einer stets gegenwärtigen und nie überwundenen Kultur der Irrenanstalt durch ihre Überbleibsel.

Das Gesetz 180 wollte das nicht, als es die Irrenanstalt für außerhalb des therapeutischen Kreises befindlich erklärte, und hatte sicherlich nicht die Absicht, die praktischen Initiativen zur Überwindung des psychiatrischen Krankenhauses zu blockieren; es waren eben diese Initiativen, die seine theoretischen und operativen Motivationen trugen.

b) Ein anderer Zweck der Reform, der vom Gesetz vorgezeichnet worden war, ist in gewisser Weise „verraten“ worden.

Das Gesetz war „notwendig“ und durch das Vorherrschen einiger praktischer „Erfahrungen“ gewollt worden, die damals exemplarisch genannt wurden (Arezzo, Triest, Perugia etc.).

Das Eingreifen der Techniker stützte sich dabei auf den politischen Willen der Administratoren; dies hatte zu einem allumfassenden Gesamtkonzept des Vorgehens rund um das Problem der psychiatrischen Versorgung und der Randständigkeit geführt, welches zum – auch theo-

retischen – Bezugspunkt der gesamten antiinstitutionellen Bewegung geworden war.

Im Rahmen dieser Erfahrungen waren Verfahrensvorschläge in die Tat umgesetzt worden, die nicht nur die gesamte Kultur der psychiatrischen Unterbringung in die Krise stürzten, sondern auch einschneidende Wirkung auf das klinische Modell der traditionellen Medizin selbst ausübten.

Es wurde für möglich gehalten, daß das von der psychiatrischen Reform bekräftigte Primat des Territoriums die gesamte Medizin und das allgemeine Krankenhaus verunsicherte.

Dazu ist es im großen und ganzen nicht gekommen. Es trat vielmehr das Gegenteil ein: eine „Medikalisierung“ des psychischen Leidens.

Das traditionelle Klinikmodell, dem vor Jahren schon letzte Zuckungen angedichtet wurden, hat sich wieder erholt, hat erneut seine suggestiven Trauerlieder angestimmt. In einigen (Gesundheits-)Diensten hat die diskrete Faszination der Krankenanstalt viele Mitarbeiter verführt, den Zentralismus des Eingreifens mehr auf dem Schwerpunkt Krankenhaus zu begründen als auf dem territorialen (Schwerpunkt). Nach dieser Logik ist die Psychiatrie eine von so vielen Fachrichtungen der Medizin geworden, die davon medizinische und biologische Modelle entlehnte und dabei die ganze fruchtbare Periode der Jahre 1960–70 vergaß, in der die traditionelle – getrennte und trennende – Klinik in ihrer Praxis und auch in den theoretischen und wissenschaftlichen Voraussetzungen in die Krise geraten war.

Wir haben den Eindruck, daß sich die Debatte erschöpft hat, die zu einem Austausch der theoretischen Ausarbeitungen zwischen den Gebieten der Psychiatrie und der Medizin, die von jeher historisch getrennt voneinander waren, auf einem gemeinsamen Terrain der beiderseitigen Gegenüberstellungen ihrer Arbeitserfahrungen geführt hat.

Die neuerliche Trennung der Abteilungen im Innern des Krankenhauses – einerseits diejenigen der Medizin, andererseits die „Insel“ der psychiatrischen Abteilung – reproduziert die antiken Lattenzäune mit den damit verbundenen Erlebnissen der Randgruppe bei den stationären Psychiatriepatienten.

c) Bei den Gesundheitsdiensten, die nicht auf die antiinstitutionelle Matrix zurückgreifen, von der sie direkte Ausstrahlung sind, sind gewisse „psychotherapeutische Anwendungen“ wiederaufgelebt. Wiedererstanden sind die „Illusionen“, es schließlich mit der Geisteskrankheit „so wie sie ist“, zu tun zu haben, die am Ende von altem Gerümpel und von der Absurdität des Irrenhauses gereinigt ist.

Wie einer der unseren (F. Ciappi) sagt, erleben wir eine „hastige Organisation der Techniken“ mit dem Wiedererstehen einer „heilenden“ Instanz und einer gewaltigen Entwicklung psychotherapeutischer Techniken in den Gesundheitsdiensten.

Diese Gegebenheit wäre nicht von sich aus negativ, denn sie bedeutete einen Versuch, der Arbeit der Gesundheitsdienste methodologische Grundlagen zu geben, die ausgerichtet sind auf das Verständnis und die Kenntnis der psychologischen Probleme (und allgemeiner der Mechanismen, die den menschlichen Beziehungen zugrundeliegen), sondern bedeutet eine neue Trennung zwischen einer „gereinigten“ Psychiatrie, die innerhalb der Gesundheitsdienste mit dem Stempel der Psychotherapie geführt wird, und einer „verschmutzten“, die den Abteilungen zugewiesen ist.

Der „Schmutz“ des Gesundheitswesens sind die „schwierigen Fälle“ – jene „tendenziell chronischen Charakters“, die „Mißerfolge“ der Therapie. Die einzige Antwort in diesen Situationen werden die wiederholten Einlieferungen ins Krankenhaus wohl auch durch Zwangseinweisung.

Es wird vielmehr unterlassen, was zur Erkenntnis der möglichen Bedeutung derartiger therapeutischer Mißerfolge notwendig wäre: nämlich von seiten des behandelnden Personals eine Überprüfung des eigenen Eingreifens mit einer Erweiterung der streng technischen, fachlich eng begrenzten Optik zu einer umfassenderen Sichtung der sozialen und wirtschaftlichen Widersprüche ebenso wie der institutionellen, denen der Patient ausgesetzt ist.

Dies könnte dazu führen, den von uns so genannten „tendenziell chronischen Charakter“ [der psychischen Erkrankung] mit dem wachsenden Desinteresse der Behandelnden gegenüber dem angeblich „nicht Heilbaren“ – mit seinem wirtschaftlichen Elend, mit schweren familiären Konflikten, mit seiner Verzweiflung angesichts wiederholten existenziellen Versagens, mit der Überzeugung – auf seiten des Patienten –, ein „Böser“ und ein „Stigmatisierter“ ohne Aussicht auf Heilung zu sein (A. Pirella) – in Verbindung zu bringen.

Die Selektion unter den Patienten läßt jenes psychiatrische Konzept der chronischen Erkrankung, das nur scheinbar aufgegeben worden war, ebenso wiederauferstehen wie neue mögliche Vorschläge definitiver Lösungen durch die Institution [der Irrenanstalt]. Unsere Erfahrungen der institutionellen Negation hatten die direkten Beziehungen zwischen dem Chronischwerden eines Patienten und der Anstaltsorganisation, die sich seiner angenommen hatte, deutlich ans Licht gebracht.

Als natürliche Tatsache war die unausweichliche Entwicklung der psychiatrischen Krankheit, die Chronifizierung, als historische Vorgeschichte erkannt worden, charakteristisch für das psychiatrische „Wissen“ und die Formen seiner Anwendung.

Chronisch war nicht der Patient, sondern die Institution des Irrenhauses, dessen Obhut er total ausgeliefert war, institutionalisiert und verborgen hinter den Mauern – jenen von der psychiatrischen Wissenschaft errichteten Tranquilisatoren.

Wir hatten ein Gegengift gegen das chronische Leiden gefunden: einen [Versorgungs-]Dienst oder ein entsprechendes Projekt, das sich anbot als „Raum-Zeit-Reservoir“, zu durchlaufen von allen dort eingehenden Anfragen, wurzelnd in den historisch gewachsenen gesellschaftlichen Widersprüchen, ohne mit der Verteidigung der verschiedenen möglichen oder modernen Techniken Zeit zu verlieren, das sich mit der Existenz der konkreten Individuen auseinandersetzt – unter Verknüpfung der Antworten mit den Anfragen der Patienten und der Allgemeinheit (V. Pastore).

Es ist jetzt für uns nicht die Zeit, der Rahmen, von einer möglichen Chronifizierung zu sprechen, sondern von der Statik der Behandlung, der Wiederholbarkeit einer vorgefertigten Antwort, der Unerbittlichkeit einer Diagnose, der Resignation und Demotivation der Behandelnden, von der Verleugnung, daß die fortgesetzte Interaktion zwischen Benutzer und Dienst mit der historisch-gesellschaftlichen Realität der wichtigste methodologische Ansatzpunkt ist.

In diesem, durch die Reform vorgeformten Dienst, der in einigen Situationen praktisch verwirklicht wird, sind die „schmutzige“ und die „gereinigte“ Seite der Tätigkeit Teile eines einzigen Projekts der Behandlung ohne zuvor festgelegte Vollmachten, Aussonderungen oder Selektionen, unter Ablehnung der Zergliederung in verschiedene Kompetenzbereiche nach denen des Arztes, des Psychotherapeuten, des Krankenpflegers/der Krankenschwester, des Psychologen, des Sozialarbeiters und dergleichen.

Wir gehören zu den unheilbaren Optimisten (sagte F. Basaglia, allein der Optimismus der Praxis kann den Pessimismus der Ratio überwinden), aber wir halten fest an dem Glauben an die Möglichkeit, die psychiatrische Reform mit allem Engagement zu verwirklichen, mit ihrer Identität als Alternative zur Irrenanstalt, mit ihrer Fähigkeit, die gesellschaftliche Subjektivität der Benutzer wiederherzustellen, ohne sie mit therapeutischen Praktiken zu ersticken, wobei sie zu passiven Objekten gemacht würden. Gewiß muß in einigen Situationen der Mut gefunden werden, der Gleichgültigkeit, der Unaufmerksamkeit, der Oberflächlichkeit ängstlicher und schwerfälliger Administratoren, der allein am Profit interessierten Techniker, der Bürger, die den Sinn für zivile Solidarität vergessen haben, zu trotzen.

Vielleicht wird unser Anliegen nur auf diese Weise zum „emanzipatorischen“ Projekt für den Benutzer, mit dem Angebot „anderer“ Sitten/Handlungsweisen, von Gelegenheiten, Wahrscheinlichkeiten für „Chancen“ des Lebens, für uns und ihn, direkt verankert im Sinn für die Realität, aber ohne Verzicht auf den Sinn für die „Möglichkeiten“.

Wir haben das konkrete Utopie genannt: die Artikulation des Möglichen, die latent im Gegenwärtigen vorhanden ist, wo die Hoffnung nicht die Normalform des Deliriums ist (Cioran).

## ARBEITSGRUPPE 1 A

*Zwang in Heimen und Krankenhäusern  
Pflegerische und medizinische Erforderlichkeit  
„unterbringungsähnlicher Maßnahmen“ wie Fixierung und  
Zwangsmedikation*

*Protokoll*

Richter am Amtsgericht Axel Bauer, Frankfurt

*Referenten:* Alfred Hoffmann, Diplompädagoge aus Hamburg, Dr. Ulrich Dieckmann, Ärztlicher Direktor des Landeskrankenhauses Wunstorf, und Frau Rechtsanwältin Sylvia Legatis aus Hamburg.

In seinen einführenden Bemerkungen berichtete Ulrich Dieckmann davon, daß sich im Landeskrankenhaus Wunstorf die Fixierungsrate bei gleichem Personaleinsatz durch die Einführung einer Dokumentation erheblich senken ließ. Er vertrat die Auffassung, es werde heutzutage viel zu schnell fixiert, dies auch in Fällen, in denen es völlig unnötig sei. Eine Fixierung sei grundsätzlich unnötig, soweit ausreichend (qualifiziertes) Personal zur Verfügung stehe.

In der Praxis habe sich herausgestellt, daß insbesondere morgens und abends zur Fixierung von Patienten gegriffen werde, wenn das Personal durch Tätigkeiten wie das Ausziehen, Waschen und Füttern der Patienten besonders belastet werde.

Nach Auffassung des Referenten ist jedoch lediglich bei akutem Handlungsbedarf im Rahmen schwerer Krankheiten (z. B. akuter Schub im Rahmen einer Psychose bei Aufnahme des Patienten; Ernährung eines unruhigen Patienten durch Magensonde) tatsächlich eine Fixierung des Patienten gerechtfertigt. Allerdings müsse immer genau überlegt werden, ob nicht aus ärztlicher Sicht eine andere Behandlung möglich sei, die eine Fixierung entfallen lassen könne. Bei Legen eines Katheters oder einer Magensonde müsse natürlich damit gerechnet werden, daß sich ein motorisch unruhiger Patient den Katheder aus dem Arm oder die Magensonde aus dem Schlund reiße. Zu fragen sei aus ärztlicher Sicht in diesen Fällen immer, ob denn überhaupt die Anlegung eines Katheters gerechtfertigt oder die Verwendung einer Magensonde überhaupt nötig sei. So ließen sich z. B. heutzutage Magen-

sonden durch andere technische Möglichkeiten ersetzen, die keine Fixierung mehr nötig machten.

Nach einem Gutachten des Ärztlichen Direktors des Niedersächsischen Landeskrankenhauses, Dr. med. Jürgen Lotze, vom 11. 5. 1988 für das Amtsgericht Hamburg sei eine Fesselung psychisch kranker alter Menschen aus gerontopsychiatrischer Sicht in keinem Falle eine geeignete Behandlung.

Sie sei lediglich eine „Ultima ratio“, wenn alle sonstigen therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft sind und das nur vor dem Hintergrund, daß nicht genügend qualifiziertes Personal zur Verfügung steht.

Fixierungen sind aus ärztlicher Sicht für den Patienten immer in mehr oder weniger starkem Maße schädlich, lassen sich aber vermutlich nicht grundsätzlich vermeiden, sofern man nicht utopische Voraussetzungen – was die Pflegekosten anbelangt – annimmt. Wichtigste Voraussetzung zur Vermeidung von Fixierungen sind ausreichend qualifiziertes Pflegepersonal und ein in Gerontopsychiatrie erfahrener Psychiater.

Der Referent stellte fest, daß in der Praxis Fixierungen keiner richterlichen Kontrolle mehr unterliegen, wenn der Richter den Betroffenen nach dem PsychKG oder §§ 1800, 1631 b BGB geschlossen untergebracht habe. Eine richterliche Kontrolle aber auch dieser Fixierungen sei seiner Ansicht nach sinnvoll, da sich anderenfalls die Klinik selbst kontrollieren müsse. Eine Kontrolle von außen sei jedoch sehr viel sinnvoller und effektiver.

Rechtsanwältin Legatis berichtete von einer Fesselung einer alten Frau in einem Hamburger Altenheim, die ohne richterliche Genehmigung und ohne sachliche Notwendigkeit erfolgt sei. Die „Grauen Panther“ hätten sich dieses Falles annehmen müssen, um die Belange der Betroffenen zu schützen. Sie stellte fest, daß es ihrer Ansicht nach keinen Rechtsschutz für alte Menschen in Heimen gebe. Die Hamburger Vormundschaftsrichter kontrollierten die Fixierung in Heimen nicht, da nach deren Auffassung keine Rechtsgrundlage für eine solche Kontrolle bestehe. Das habe sie durch Rückfrage bei Gericht erfahren. Im übrigen verstehe sich die Hamburger Heimaufsicht als Beratungs-, nicht als Kontrollinstanz. Auf entsprechende Nachfrage habe die Heimaufsicht darauf hingewiesen, für eine Kontrolle keine Rechtsgrundlage zu haben.

Im Laufe der sich anschließenden Diskussion wurde zunächst erörtert, ob die Einführung einer Dokumentationspflicht als alleinige Lösung zur Abschaffung der massenhaften Fixierungsfälle ausreichend sei. Aus dem Bereich der Landeskrankenhäuser wurde von den Psychiatern berichtet, das Pflegepersonal habe sich teilweise nicht an ärztliche Anweisungen gehalten, Fixierungen grundsätzlich zu unterlassen. Es habe Fälle von klarem Disziplinarverstoß gegeben, die schon fast an einen „Streik“ der Pfleger erinnerten. Bei unangemeldeten Kontrollen von Ärzten, insbesondere während der Nachtschicht habe sich herausge-

stellt, daß eine ganze Männerstation entgegen der ausdrücklichen ärztlichen Anweisung fixiert gewesen sei.

Die Teilnehmer des Arbeitskreises einigten sich darauf, zunächst den Begriff der Fixierung abzuklären, um überhaupt genau zu wissen, welche Maßnahmen unter diesem Begriff zu verstehen seien.

Frau Legatis legte einen schriftlichen Definitionsvorschlag vor, wonach eine Fixierung gegeben ist, wenn eine Person in einem Krankenhaus, einem Alten- oder Pflegeheim oder in einer vergleichbaren Einrichtung durch mechanische Vorrichtungen ganz oder teilweise in der Bewegungsfreiheit beschränkt und dadurch daran gehindert ist, einen bestimmten Ort zu verlassen.

Die Teilnehmer stellten fest, daß unter dem Begriff der Fixierung insbesondere die Fesselung durch Bauchgurt, das Anlegen von Handschlaufen und auch die Verwendung von sogenannten Schutzdecken und ähnlichen Vorrichtungen zu verstehen ist, die für den Richter und für Außenstehende nur äußerst schwer als Mittel erkennbar sind, mit denen die Bewegungsfreiheit des Betroffenen eingeschränkt wird.

Insbesondere unter den anwesenden Ärzten war streitig, ob der Sachverhalt der Fixierung nach den verschiedenen Krankheiten zu unterscheiden sei. Im Rahmen dieser Diskussion wurde deutlich, daß einige Teilnehmer, insbesondere Ärzte, die Fixierung dann für unabdingbar und unersetzbar hielten, wenn z. B. ein akut hochgradig erregter Psychotiker in der Klinik aufgenommen werden müsse und genügend Pflegepersonal nicht bereitstehe. Es wurde seitens der Teilnehmer festgestellt, daß keine wissenschaftlichen Erkenntnisse darüber vorliegen, wie die Betroffenen den Einsatz körperlicher Gewalt durch das Pflegepersonal als Ersatz der Fixierung erleben. Aus dem Kreis der Altenpfleger, Heimleiter und der Ärzte wurde sodann an die Adresse der Juristen die Frage gerichtet, welche Art von Fixierungen denn überhaupt einen Freiheitsentzug im Sinne des Gesetzes darstellten, der das Einschreiten bzw. die Genehmigung des Richters erfordere. Es wurde weiter gefragt, ob nicht hinsichtlich der Fixierung überhaupt eine Regelungslücke im Gesetz bestehe.

Die Juristen wiesen darauf hin, daß nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes solche Beschränkungen des Betroffenen in seiner körperlichen Bewegungsfreiheit als Freiheitsentzug angesehen würden, die nach Raum, Art und Intensität geeignet seien, den Betroffenen gegen oder ohne dessen Willen nicht nur unerheblich und kurzfristig am Gebrauch seiner körperlichen Bewegungsfreiheit zu hindern. Dabei sei es rechtlich unerheblich, ob die Freiheit durch körperliche Gewalt, Einschließen, die Verwendung von Trickschlössern oder durch irreführende Sachverhaltsdarstellungen bei dementen Personen entzogen werde. Es komme auch nicht darauf an, ob der Betroffene den Freiheitsentzug subjektiv als solchen erlebe.



Es wurde darauf hingewiesen, daß der Betreuungsgesetzesentwurf in § 1906 Abs. 4 des BGB-E die sogenannten unterbringungsähnlichen Maßnahmen wie Trickschlösser, Fixierung, Betteingitterung, Sedierung oder ähnliche Eingriffe, die den Betroffenen dauernd oder regelmäßig am Verlassen seines Aufenthaltsortes hindern sollen, der richterlichen Genehmigung unterworfen habe.

Im weiteren Verlauf der Diskussion wurde nach den Gründen gesucht, die das Pflegepersonal dazu veranlassen, zur Fixierung zu greifen. Hierbei wurde von allen in der Arbeitsgruppe vertretenen Berufsgruppen die Auffassung vertreten, daß insbesondere der Mangel an *qualifiziertem* Pflegepersonal zur Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen führt. Es wurde an den Vortrag Prof. Dr. Dießenbachers erinnert, der eine Professionalisierung der Pflegetätigkeit gefordert habe, um einen Grundstein für eine Verminderung freiheitsentziehender Maßnahmen in Heimen zu legen. Denn eine Professionalisierung der routinemäßig zu erledigenden Arbeitsabläufe bei der Betreuung alter Menschen könne Zeit und Raum für Zuwendung gerade gegenüber den Betreuten schaffen, die besonderer Zuwendung bedürften, und bei denen sonst zu freiheitsentziehenden Maßnahmen gegriffen werde.

Alle Teilnehmer des Arbeitskreises waren sich darin einig, daß die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen im Rahmen der Pflegetätigkeit entfallen würde, wenn genügend qualifiziertes Pflegepersonal in den Heimen und Kliniken zur Verfügung stünde. Es bestand aber auch Einigkeit darin, daß es unrealistisch sei, in den nächsten Jahren und im Zuge der Gesetzesreform des Pflegerschaftsrechtes eine befriedigende Personalausstattung zu erwarten. Vielmehr müßten die Einrichtungen bereits jetzt über eine veränderte Pflegekonzeption nachdenken, die bei gleichem Personalstand freiheitsentziehende Maßnahmen überflüssig machen könne.

Voraussetzung hierfür sei, daß beim Pflegepersonal das Unrechtsbewußtsein bei der Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen geschaffen und geschärft werden müsse. Bislang sei dieses Bewußtsein bei den Pflegern unterentwickelt; so verträten sie in psychiatrischen Krankenhäusern teilweise die Ansicht, die von ihnen vorgenommenen Fixierungen fielen nicht unter die landesrechtlichen Fixierungserlasse und seien nicht an deren Eingriffsvoraussetzungen zu messen.

Mehrheitlich wurde daher vorgeschlagen, dem Pflegepersonal vor Augen zu führen, daß Fixierungen und andere freiheitsentziehende Maßnahmen *nicht* als Pflege- bzw. Therapiemaßnahmen zu bezeichnen seien.

Damit solle verdeutlicht werden, daß aus medizinischer Sicht Fixierungen für den betroffenen Patienten immer mehr oder weniger gesundheitlich schädlich seien. Zur Begründung dieser These verwies Dr. Dieckmann auf das zuvor angesprochene Gutachten seines Kollegen Dr. Lotze.

Im Verlauf der Diskussion wurde sodann bei der Erörterung freiheitsentziehender Maßnahmen zwischen dem Psychatriebereich der Kliniken und Landeskrankenhäuser und dem Heimbereich der Alten- und Pflegeheime unterschieden. Es wurde festgestellt, daß für den Psychatriebereich kennzeichnend sei eine Zielplanung zur Therapie der psychisch kranken Menschen. Demgegenüber fehle für den Heimbereich eben eine solche Zielplanung, die z. B. eine geeignete fachärztliche Betreuung der Heime garantieren würde. So fehle es im Heimbereich an ausreichend geronto-psychiatrisch geschulten Ärzten und Betreuern. Dieser Bereich sei durch eine Rundum-Versorgung der Betroffenen, nicht aber durch eine Therapiekonzeption gekennzeichnet. Allerdings gebe es auch schon heute Heime, die spezielle Therapiemaßnahmen für alte, demente Menschen vorsehen. Dadurch könne vielerorts die Zahl geschlossenen Untergebrachter oder durch freiheitsentziehende Maßnahmen in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkter Personen vermindert werden.

Der Arbeitskreis diskutierte sodann die Frage, ob durch den Einsatz medikamentöser Mittel freiheitsentziehende Maßnahmen entfallen könnten. Dabei wurde deutlich, daß insbesondere im Heimbereich große Mißstände bei der Verabreichung von Medikamenten an alte Menschen zu verzeichnen sind. Eine Dosierung von Medikamenten „nach Bedarf“ durch die die Heime betreuenden Ärzte führe vielerorts zu einem Mißbrauch von Psychopharmaka durch das Pflegepersonal. Es sei zu befürchten, daß mit zunehmender öffentlicher (gerichtlicher und heimaufsichtsrechtlicher) Kontrolle freiheitsentziehender Maßnahmen auf die weniger leicht erkennbare Sedierung von alten Menschen ausgewichen werde. Die Juristen wiesen an dieser Stelle darauf hin, daß insoweit der Betreuungsgesetzesentwurf die Sedierung alter Menschen als sogenannte „Unterbringungsähnliche Maßnahme“ ebenfalls der richterlichen Kontrolle unterwerfen wolle. Dies wurde zwar grundsätzlich begrüßt, gleichzeitig wurde jedoch die Frage gestellt, ob denn die Richter hierzu überhaupt ausreichend befähigt seien. Daß es insoweit einer medizinischen Fortbildung der Richter bedarf, wurde einheitlich im Arbeitskreis festgestellt.

In einem weiteren Schritt diskutierte der Arbeitskreis die aktuell zu erhebenden Forderungen, um die Anzahl freiheitsentziehender Maßnahmen bei der Betreuung alter Menschen zu vermindern.

Es wurde einheitlich vorgeschlagen, im Heimgesetz eine Pflicht zur Dokumentation freiheitsentziehender Maßnahmen zu verankern. Die fachlichen Anforderungen an die Qualifikation von Heimleitern sollten ebenfalls durch das Heimgesetz kodifiziert werden.

Des weiteren wurde erörtert, ob die je nach Bundesland unterschiedlich organisierte Heimaufsicht in der Lage sei, die Heime entsprechend zu beraten bzw. zu kontrollieren. Dies wurde von seiten der Teilneh-

mer des Arbeitskreises für die meisten Bundesländer verneint. Es wurde festgestellt, daß es lediglich in Hessen einen Ansatz zu einer einheitlichen Kontrolle und Beratung der Heime gebe. In anderen Bundesländern ergebe sich die schizophrene Situation, daß der Träger von Heimen (z. B. die Sozialbehörde) sich selbst hinsichtlich der Führung der Heime kontrollieren müsse. Es wurde deshalb einheitlich die Forderung vertreten, daß die Heimaufsicht im Sinne einer effektiven Beratung und Kontrolle der Heime zu verstärken sei.

Aus Zeitgründen konnte lediglich andiskutiert werden, ob Zwangsmaßnahmen nur im Heimbereich bzw. im Bereich institutioneller Einrichtungen der richterlichen Kontrolle unterworfen werden sollten, oder ob nicht auch freiheitsentziehende Maßnahmen im Bereich der Familienpflege richterlich zu kontrollieren seien. Hier kam es zu einer kontroversen Diskussion, die sich insbesondere daran entzündete, ob nicht über das Ziel hinaus geschossen werde, wenn gerichtliche Kontrollen auch in den Familien stattfänden. Außer der Frage der Kontrollierbarkeit freiheitsentziehender Maßnahmen im Familienbereich, die die Gefahr staatlicher Bespitzelung heraufbeschwöre, sei bislang ungeklärt, in welcher Größenordnung denn freiheitsentziehende Maßnahmen gegenüber Angehörigen angewandt würden. Mehrheitlich vertraten allerdings die Mitglieder des Arbeitskreises die Auffassung, daß es gefährlich sei, insoweit zwischen dem Bereich der Einrichtungen und dem Familienbereich zu trennen. Das Stichwort „Gewalt in der Familie“ habe heute mehr denn je Bedeutung, obwohl hierfür statistische Untersuchungen kaum vorliegen. Unter Fachleuten bestehe jedoch Einigkeit, daß gerade im Bereich der Familienpflege Zwangsmaßnahmen gegenüber alten Menschen an der Tagesordnung seien, die allerdings in der Öffentlichkeit kaum diskutiert würden. Es wurde mehrheitlich die Auffassung vertreten, daß in der gesamten Öffentlichkeit das Unrechtsbewußtsein für die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen gegenüber alten Menschen, egal, wo diese betreut würden, geschärft werden müsse. Daher empfahl die Mehrheit des Arbeitskreises, richterliche Kontrolle auch im Bereich familiärer Pflege zu fordern und insoweit von den Empfehlungen des Deutschen Juristentages abzuweichen.

Abschließend wurde insbesondere von den Vertretern der Heime und Kliniken an alle Vormundschaftsrichter in der Bundesrepublik appelliert, die Einrichtungen einer verstärkten richterlichen Kontrolle zu unterwerfen und an der Fortbildung des Pflegepersonals teilzunehmen. Gerade die interdisziplinäre Fortbildung sei erheblich zu verstärken, wolle man dem Ziel eine Abschaffung aller unnötigen freiheitsentziehenden Maßnahmen gegenüber alten Menschen nahekommen.

Es wurde sodann zur Erarbeitung der nachstehenden Thesen ein fünfköpfiger Redaktionsausschuß aus dem Kreis der Arbeitskreisteilnehmer gewählt.

### Thesen

1. Zwangsmaßnahmen und Fixierungen sind grundsätzlich ein Eingriff in das Grundrecht der allgemeinen Handlungsfreiheit. Die Betonung dieser Selbstverständlichkeit ist notwendig, weil wegen des massenhaften Auftretens dieser Maßnahmen deren grundsätzliche Unrechtmäßigkeit in der Öffentlichkeit verdrängt wird.
2. Freiheitsentziehende Maßnahmen wie geschlossene Unterbringung, Fesselung oder ähnliches, durch die Betroffene in ihrer körperlichen Bewegungsfreiheit behindert werden, sind grundsätzlich weder therapeutische noch pflegerische Maßnahmen. Dies betrifft sowohl den Bereich der institutionellen Versorgung als auch den der Familienpflege.
3. Ein Konzept für die Lösung des Problems der Zwangsmaßnahmen in der Familienpflege konnte nicht gefunden werden, muß aber entwickelt werden, z. B. durch Aufbau psychosozialer Hilfen (d. h. Beratungsstellen u. dgl.). Für den institutionellen Bereich fordern wir Einstellung von mehr und qualifiziertem Personal, Erarbeitung von Pflegekonzepten und gesetzlich geregelte Pflege-Dokumentation, in die auch die Dokumentation der Fixierung gehört.
4. Solange freiheitsentziehende Maßnahmen soziale Realität sind, ist eine richterliche Kontrolle – schon aus verfassungsrechtlichen Gründen – unabdingbar. Deshalb sind auch Fixierungen (grundsätzlich) zu überprüfen. Die derzeitige Rechtslage ist hierfür völlig unzulänglich. Deshalb wird die Regelung im Entwurf eines „Betreuungsgesetzes“ insoweit ausdrücklich begrüßt. Daneben ist eine entsprechende Änderung des Heimgesetzes i. S. einer Verstärkung der Heimaufsicht erforderlich.
5. Die angestrebten Änderungen bedürfen einer breiten Diskussion in der Öffentlichkeit und der Förderung einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen, Ärzten und Gerichten.
6. Daneben ist die entsprechende interdisziplinäre Fortbildung aller beteiligten Berufsgruppen erforderlich, für die auch die entsprechenden Mittel bereitzustellen sind.
7. Bis zum Inkrafttreten der neuen Regelungen des BtG ist jedoch zu fordern, daß die Vormundschaftsrichter in allen Bundesländern ein Mindestmaß an Verfahrensgarantien einhalten, wie es durch eine seit Jahren gefestigte obergerichtliche Rechtssprechung vorgegeben wird, u. a. persönliche Anhörung des Betroffenen und sachverständige Beratung.

Dr. med. Jürgen Lotze, Ärztlicher Direktor des Niedersächsischen  
Landeskrankenhauses Lüneburg

*Gutachten zur Zulässigkeit von Fixierungen*

Auf Ersuchen des Amtsgerichtes Hamburg erstatten wir das folgende  
*psychiatrische Gutachten*  
in der Freiheitsentziehungssache ...

Das Gutachten soll sich zur Frage äußern, ob Fixierungen aus ärztlicher, insbesondere gerontopsychiatrischer Sicht als angemessene, geeignete und zumutbare Behandlung (Heil- oder Pflegemaßnahme) von Personen, insbesondere älteren Menschen – auch zu ihrem Schutz oder dem Schutz anderer – in Betracht kommen und unter welchen Voraussetzungen sie zulässig sind.

Das Gutachten stützt sich auf das Studium der übersandten Gerichtsakte sowie auf ein ausführliches Literaturstudium. Die Äußerungen sind allgemeiner Art. Zu dem konkret vorliegenden Fall können zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine detaillierten Angaben gemacht werden.

Auf eine ausführliche Referierung der Akten wird verzichtet, die Kenntnis der Akten wird vorausgesetzt. Es handelt sich im Prinzip um den Antrag, den Patienten nachts aus medizinischen Gründen fixieren zu dürfen. Gegen diesen Antrag, der von dem Nervenarzt gestellt worden ist, hat die Rechtsanwältin Einspruch erhoben. Die Verteidigerin bezieht sich dabei auf ein Gutachten von Prof. Dr. med. Werner Jansen, das in einer anderen Sache erstattet worden ist. Auszüge des Gutachtens sind auf Blatt 32 bis 38 zu finden. Auf Blatt 29 bis 31 findet sich ein Rundschreiben des Amtes für Heime, in dem Anweisungen für die Durchführung von Fixierungen gegeben werden sowie die entsprechenden Durchführungsbestimmungen.

Die Europäische Psychiatriegeschichte war zunächst geprägt durch Zwangsmaßnahmen gegen psychisch Kranke. Erst in der Aufklärung änderte sich die Einstellung und damit die Situation der „Irren“. Erst gegen Ende des 18. Jahrhunderts wurden die Geisteskranken „von ihren Ketten befreit“ und zwar durch Abraham Joly in Genf (1787), durch Pinel in Paris (1793), durch William Tuke in York (1796) und schließlich durch John Gottfried Langermann in Bayreuth (1805). Es muß im Zusammenhang mit der Fragestellung dieses Gutachtens ausdrücklich darauf hingewiesen werden, daß zum damaligen Zeitpunkt praktisch keine differenzierten Psychopharmaka zur Verfügung standen. Von Pinel, der wohl im Zusammenhang mit der Befreiung der Geisteskranken die größte Bedeutung hatte, wird die Ansicht vertreten,

daß Zwangsmaßnahmen gegen psychisch Kranke, wenn sie denn nötig seien, nur von menschlichen Händen durchgeführt werden dürften.

*I. Literaturübersicht*

In den gängigen psychiatrischen Lehrbüchern wird über die Frage einer möglichen Fesselung (Fixierung) von Alterskranken kein Wort erwähnt, auch nicht in den Psychiatriebüchern, die sich vor allem an Mitarbeiter des Pflegepersonals richten, wie: Klaus Doerner und Ursula Plog: Irren ist menschlich; K. P. Kissker: Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Auch in dem gezielt an Pflegekräfte gerichteten Lehrbuch von M. Rave-Schwank: Psychiatrische Krankenpflege, wird eine Fixierung mit keinem Wort erwähnt. Das gleiche gilt für das Lehrbuch von H. Barz: Praktische Psychiatrie. In der Darstellung von C. Knobling: Konfliktsituationen in Altenheimen wird der Frage der Fesselung nicht nachgegangen.

In dem Lehrbuch von I. Grond: Die Pflege verwirrter alter Menschen, wird zwar die Fixierung erwähnt, aber bezeichnenderweise wird diese Maßnahme im wesentlichen unter dem Stichwort „Pfleagemängel“ dargestellt. Eine kritische Auseinandersetzung mit der Notwendigkeit einer Fixierung findet praktisch nicht statt. Die Argumentation ist an dieser Stelle rein juristisch und bezieht sich vor allem auf Ausführungen von Thomas Klie.

Unter dem Stichwort „Unfallverhütung im Bett“ wird in der „Praxis der Altenpflege“ von Schiefele und Staudt die Notwendigkeit von Fixierungen nur mit einem Satz erwähnt: „Unruhige Patienten müssen durch Anbringen von Bettgittern vor einem Sturz aus dem Bett gesichert werden. Fixieren durch Bauchgurt kann trotz Gitter noch erforderlich sein.“

In 10 willkürlich ausgewählten Heften der Zeitschrift Altenpflege finden wir 5 Aufsätze über Tod und Sterbebegleitung, 3 Aufsätze über Inkontinenzbehandlungen, jedoch keinen einzigen Aufsatz über das Problem von Fixierungen.

Es scheint so zu sein, als ob die Fachleute diese keineswegs seltene Maßnahme ignorieren. Eine Auseinandersetzung aus therapeutischer Sicht findet zur Zeit nicht statt.

*II. Gründe für das Fesseln von geronto-psychiatrischen Patienten*

Die Gründe für die Fesselung eines alten Menschen können ihre Ursache zunächst wesentlich in dem Patienten selbst haben.

1. Der Patient gefährdet andere. Dabei kann es sich um ungesteuerte Aggressionen handeln, der Patient kann aber auch durch allgemeine Unruhe und Umtriebigkeit in andere therapeutische Maßnahmen (zum Beispiel laufende Infusionen) eingreifen.

2. Der Patient kann sich selbst gefährden. In seltenen Fällen kann er dazu neigen, sich selbst körperlich zu schädigen, er kann aber auch zu massiven unkontrollierbaren Suicid-Impulsen neigen. Die häufigste Fesselung wegen Selbstgefährdung dürfte jedoch bedingt sein durch die Tatsache, daß gerade geronto-psychiatrische Patienten häufig körperlich so geschwächt sind (insbesondere wenn zusätzlich sedierende Psychopharmaka gegeben werden), daß sie zum Hinfallen neigen.

3. Der Patient kann für die Umgebung zu einer ganz erheblichen Störung und Belästigung werden, insbesondere durch nächtliche Unruhezustände, durch Schmierereien mit Exkrementen, aber auch – wie in diesem konkreten Fall – durch die Belästigung anderer Heimbewohner und des Personals.

Wie aus den dargestellten Gründen ersichtlich ist, sind Fixierungen immer nur dann notwendig, wenn nicht ausreichend Personal zur Verfügung steht, die Gefährdung bzw. die Störung durch persönliche Interventionen oder Begleitungen zu verhindern. Selbstverständlich kann auch im Einzelfalle eine unsachgerechte Medikation oder das Nichtansprechen auf eine sachgerechte Medikation eine Fesselung notwendig machen.

### III. Zur Frage möglicher anderer Interventions- und Präventionsmaßnahmen

In der Anweisung zur Durchführung von Fixierungen vom Amt für Heime der Hansestadt Hamburg wird ausdrücklich darauf hingewiesen, daß Fixierungen nur „nach dem erfolglosen Einsatz anderer Behandlungsmaßnahmen ausnahmsweise zulässig“ seien. Es stellt sich also die Frage, welche anderen Interventionen im Einzelfalle möglich sind.

Selbstverständlich besteht die Möglichkeit, mit der sachgerechten Gabe von Psychopharmaka den ganz überwiegenden Teil von Fixierungen überflüssig zu machen. Die Art der Psychopharmaka richtet sich nach der entsprechenden Störung. Bewährt haben sich bei depressiven Zuständen die Antidepressiva, bei Unruhezuständen hochpotente Neuroleptika in niedriger Dosierung, bei Schlafstörungen niederpotente Neuroleptika. An dieser Stelle sei jedoch darauf hingewiesen, daß gerade bei geronto-psychiatrischen Patienten eine exakte Dosierung manchmal sehr schwer zu erreichen ist und daß häufig die Nebenwirkungen von Medikamenten dann aus anderen Gründen eine Fixierung erzwingen können. Wichtig scheint der Hinweis, daß etliche Medikamente auch dazu führen können, daß Unruhezustände erst auftreten. Hier sind leider die sogenannten Geriatrika, also Medikamente, die gegen Abbau der psychischen Leistungsfähigkeit im Alter wirken sollen, an erster Stelle zu erwähnen. Ähnliche Effekte können aber auch Parkinsonmittel, Herzmittel und Kreislaufmittel haben.

Neben einer sachgerechten medikamentösen Behandlung kommt es sicher sehr wesentlich darauf an, dem unruhigen Patienten ein motorisches Ausagieren zu ermöglichen. Das kann über eine gezielte Beschäftigungstherapie ermöglicht werden, aber auch durch Einbinden des Patienten in den allgemeinen Tagesablauf. Im übrigen muß dem Patienten Möglichkeit gegeben werden, durch Spaziergänge – gegebenenfalls in Begleitung – den natürlichen Bewegungstrieb auszuagieren. Nächtliche Unruhe ist in aller Regel nicht die Umkehr des Schlaf-Wach-Rhythmus, sondern im allgemeinen die Reaktion auf ermüdende Langeweile am Tag.

Es wurde bereits darauf hingewiesen, daß nicht allein die Unruhe des Patienten eine Fesselung erforderlich machen kann, sondern daß gleichzeitig immer Personalprobleme vorliegen dürften.

Im Landeskrankenhaus Wunstorf waren immer wieder Fixierungen von Patienten erforderlich. Um die Gründe dafür herauszufinden, wurde eine sehr detaillierte Dokumentation eingeführt. Allein diese Maßnahme ließ die Zahl der Fesselungen merklich zurückgehen, ohne daß es zu irgendwelchen schwerwiegenden Komplikationen kam (selbstverständlich waren die Fixierungen auch vorher ärztlich angeordnet worden). Zu unserem großen Erstaunen zeigte sich nicht, daß die Zahl der Pflegekräfte für die Häufigkeit von Fixierungen ausschlaggebend war, sondern es zeigte sich vor allem die Tatsache, daß die menschliche Qualität der Schichtführer und der Ausbildungsstandard der Mitarbeiter wesentliche Voraussetzungen für eine geringe Rate von Fixierungen war (leider war es aus untersuchungstechnischen Gründen nicht möglich, dieses Phänomen eindeutig zu beweisen).

Die Häufigkeit von Fesselungen ist also nicht nur abhängig von der Art und Schwere des Krankheitsbildes bei geronto-psychiatrischen Patienten, sondern auch von der Quantität, vor allem aber der Qualität der Pflegenden. Rolf D. Hirsch hat in der Zeitschrift *Altenpflege*, Heft 8 1984 auf die Pflegebelastungen und die Bewältigungsstrategien des pflegenden Personals auf einer geronto-psychiatrischen Station hingewiesen. Er hält u. a. folgende beiden Möglichkeiten zur Verbesserung der Pflegequalität für möglich: „... 2. Einüben von Bewältigungsstrategien in Form einer Problematisierung aktueller Fehlhandlungen, Probedenken und Rollenspiel. 3. Einrichtung von Balint-Gruppen mit Leitern von außerhalb.“ Wichtigste Voraussetzung zur Reduzierung von Fesselungen geronto-psychiatrischer Patienten ist es also, die Pflegequalität durch Weiterbildung und Supervisionen zu verbessern.

### IV. Stellungnahme zu den Gutachtenfragen

Die Fesselung (Fixierung) von psychisch kranken alten Menschen ist aus geronto-psychiatrischer Sicht in keinem Falle eine geeignete Be-

handlung. Sie ist lediglich eine Ultima ratio, wenn alle sonstigen therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft sind und das nur vor dem Hintergrund, daß nicht genügend qualifiziertes Personal zur Verfügung steht. Fixierungen sind aus ärztlicher Sicht für den Patienten immer in mehr oder weniger starkem Maße schädlich, lassen sich aber vermutlich nicht grundsätzlich vermeiden, sofern man nicht utopische Voraussetzungen – was die Pflegekosten anbelangt – annimmt. Wichtigste Voraussetzung zur Vermeidung von Fixierungen sind ausreichend qualifiziertes Pflegepersonal und ein in Gerontopsychiatrie erfahrener Psychiater.

## THESEN

Richter am Amtsgericht Axel Bauer, Frankfurt

### *Alter und Selbstbestimmung*

– Rechtsprobleme der Betreuung alter Menschen in Heimen –

1. Vormundschaftsgerichtliche Genehmigungen freiheitsentziehender Maßnahmen in Altenheimen, wie der geschlossenen Unterbringung in sogenannten beschützenden Abteilungen oder Fesselung durch Bauchgurt und Eingitterung im Bett entsprechen nur in äußersten Notfällen dem Wohl des alten, verwirrten Menschen im Sinne der §§ 1631 b, 1800, 1915 BGB und sind vom Pflegeansatz her verfehlt.
2. Solche Maßnahmen könnten weitgehend entfallen, würde genügend (*qualifiziertes*) Pflegepersonal zur Verfügung stehen. Mit dem Pflegesatzschlüssel steht und fällt die Problematik freiheitsentziehender Maßnahmen bei der Betreuung alter Menschen.
3. Die meisten vormundschaftsgerichtlichen Genehmigungen dieser Maßnahmen beruhen auf der Tatsache, daß infolge Personalmangels Gefährdungslagen nicht durch andere Maßnahmen (z. B. verstärkte personelle Betreuungs- und Aktivierungsanstrengungen) beseitigt werden können. Insofern kommt den richterlichen Genehmigungen die Wirkung der Personalentlastung und Arbeitserleichterung zu. Nur vor diesem Hintergrund versteht sich die zunehmende Anzahl von Genehmigungsanträgen.
4. Infolgedessen verschleiern die richterlichen Beschlüsse das hinter der Mangelsituation stehende strukturelle sozialpolitische Problem ungenügender Mittelausstattung der Altenarbeit schlechthin. Sie geben den Anschein von Rechtsstaatlichkeit, wo die Würde des alten Menschen erheblich beeinträchtigt und der Anspruch auf Sozialstaatlichkeit bereits aufgegeben ist.
5. Der Personalnotstand führt aus Sicht der Staatsanwaltschaft zu einem rechtfertigenden Notstand bei der strafrechtlichen Bewertung freiheitsentziehender Maßnahmen in Heimen, sie stellt die von Vormundschaftsrichtern angeregten Ermittlungsverfahren wegen Freiheitsberaubung ein und trägt zu einer Öffentlichkeit des Problems nicht bei.
6. Andererseits wirkt die Drohung mit Einschaltung der Staatsanwaltschaft kontraproduktiv, da sie zu mehr Sicherheit führt, wo gerade mehr Mut zum Risiko gefragt wäre.

7. Versorgungsamt als Heimaufsicht hat nur unzureichende gesetzliche und personelle Möglichkeiten, die Heimbewohner vor un gerechtfertigten freiheitsentziehenden Maßnahmen zu schützen.
8. Je intensiver und wirkungsvoller Vormundschaftsgerichte die Notwendigkeit freiheitsentziehender Maßnahmen in Altenheimen überprüfen, desto mehr weichen die Altenheime auf die Sedierung (Ruhigstellung durch Medikamente) aus.
9. Das Reformgesetz eines neuen Betreuungsrechtes wird an dieser Problematik nichts ändern, weil durch die Reform allein nicht mehr Altenpfleger ausgebildet und eingestellt und altengerechte bauliche Veränderungen an Heimen nicht vorgenommen werden. Die Reform wird zur Makulatur, weil die erforderliche finanzielle Ausstattung dieses Sozialbereiches ausbleiben wird.
10. Aus diesem Grunde wird auch die zur Erreichung der Reformziele erforderliche Fortbildung der Betreuer, Rechtspfleger und Richter scheitern.

Richter am Amtsgericht John *Gelübcke*, Hamburg

– *Vorschlag zu einer gesetzlichen Regelung des Problembereichs  
Fixierungen* –

§ 1 *Fixierungen*

Eine Fixierung im Sinne des Gesetzes liegt vor, wenn eine Person in einem Krankenhaus, einem Alten- oder Pflegeheim oder in einer vergleichbaren Einrichtung durch mechanische Vorrichtungen ganz oder teilweise in der Bewegungsfreiheit beschränkt und dadurch daran gehindert ist, einen bestimmten Ort zu verlassen.

§ 2 *Verfahren bei Fixierungen*

Die Fixierung bedarf der richterlichen Entscheidung. Ist die Herbeiführung der richterlichen Entscheidung vor der Durchführung der Maßnahme nicht möglich, ist die richterliche Genehmigung unverzüglich zu beantragen, auch wenn die Fixierungsmaßnahme zwischenzeitlich beendet ist.

Sollte die Regelung – Entscheidung des Gerichts auch nach beendeter Fixierungsmaßnahme – Bedenken begegnen und sich nicht durchsetzen lassen, die Entscheidung wegen der „Erledigung der Hauptsache“ unterbleiben, müßte m. E. wegen der Schwere des Eingriffs in die Rechte betroffener Personen jedenfalls bei langfristigen und/oder wiederkehrenden Fixierungen die Beiordnung eines Rechtsanwalts erwogen werden.

Das Gericht hat die betroffene Person vor der Entscheidung anzuhören. Im Fall der nachträglichen Entscheidung ist die Anhörung der betroffenen Person unverzüglich nachzuholen.

§ 3

Eine Fixierung darf nur angeordnet und vollzogen werden, wenn die akute Gefahr besteht, daß die zu fixierende Person sich selbst oder andere ernsthaft verletzt und andere weniger in die Rechte der betroffenen Person eingreifende Maßnahmen wie besondere Sicherungsmaßnahmen oder Sitzwachen zur Abwendung der Gefahr erfolglos geblieben sind.

Die fixierte Person muß ständig von einer psychiatrisch geschulten Person oder entsprechend ausgebildetem Pflegepersonal beaufsichtigt werden.

Die Fixierung ist vom medizinischen Leiter der Einrichtung oder seinem ärztlichen Stellvertreter anzuordnen, zu überwachen und im Hinblick auf die Notwendigkeit ihrer Fortdauer regelmäßig zu überprüfen.

In Einrichtungen ohne medizinische Leitung ist diese Aufgabe einem in der Psychiatrie erfahrenen Arzt zu übertragen.

Die Fixierung darf nur aufgrund eigener Urteilsbildung an der betroffenen Person erfolgen.

Sie ist von der Einrichtung unter nachprüfbaren Angaben von Gründen zur Anordnung und Fortdauer zu dokumentieren.

#### § 4 Noch zu regelnde Punkte:

Durch die Fixierungen entstandene Zusatzkosten (analog § 45 HambPsychKG), Gerichtskosten (analog § 47 HambPsychKG), Kostenentscheidung bei Ablehnung des Fixierungsantrages (analog § 48 HambPsychKG)

## ARBEITSGRUPPE 1 B

### *Zwang in Heimen und Krankenhäusern*

### *Pflegeroutine und Selbstbestimmungsrecht von Heimbewohnern und Patienten*

#### *Protokoll*

Richterin am Amtsgericht Elisabeth Schröder-Jenner, Hannover

Die Gruppe wird moderiert von der Dipl.-Pädagogin Ursula Koch-Straube. Bei der ersten Sitzung hat sie 26 Teilnehmer, darunter 16 Frauen. Keiner der Teilnehmer ist Arzt. 5 Vormundschaftsrichter nehmen teil und 3 weitere Juristen, von denen 2 bei Verbänden arbeiten und einer Journalist ist.

Die übrigen Beteiligten arbeiten in Heimen, leiten sie oder sind in Trägerverbänden tätig.

Die Gruppe sitzt im Kreis.

Die Moderatorin gibt zunächst die Strukturen vor. Danach sollen 3 Experten jeweils Berichte erstatten, die dann zu Diskussionen anregen und zu Thesen verarbeitet werden sollen.

#### *I.*

Die Altenpflegerin Claudia Oswald-Timmler aus Neu-Ulm, die dort in der Gerontopsychiatrie arbeitet, verliest zunächst den Bericht einer Altenpflegerin über einen Tagesablauf, in dem keinerlei Zeit für die alten Menschen bleibt (s. Seite 62).

Der Bericht löst eine Diskussion über die Überlastung der Altenpfleger aus und Fragen, wie ihr begegnet werden kann.

Die Teilnehmer sind sich einig, daß man wahrscheinlich über einen Stellenschlüssel wie in Nordrhein-Westfalen von 1:2 nicht wird hinauskommen können, daß eher die Tendenz besteht, in der Altenpflege Stellen abzubauen.

Die Überlastung der arbeitenden Pfleger entsteht häufig dadurch, daß andere krank, beurlaubt oder zu anderen Tätigkeiten abgezogen sind. Es wird erörtert, ob insoweit nicht Abhilfe geschaffen werden kann dadurch, daß Ersatzkräfte kurzfristig mit Teilzeitarbeitsverträgen eingestellt werden können. Dabei wird das Problem gesehen, daß diese das therapeutische Milieu durcheinanderbringen können, wenn sie da-

mit in einem bestimmten Heim nicht vertraut sind. Teilnehmer berichten von guten Erfahrungen, wenn die einspringenden Pfleger das Haus und die alten Leute auf der Station kennen. Die Lösung, von Fall zu Fall Pfleger zu beauftragen, setzt voraus, daß sie und ihre Kosten von vornherein mit eingeplant werden.

Es stellt sich in der Diskussion zur Frage der Überlastung heraus, daß einerseits gegenwärtig die Stellenschlüssel kaum veränderbar sein dürften, andererseits aber für die Zukunft, in der es erheblich mehr verwirrte alte Leute geben wird, schon jetzt Stellenplanungen berechnet werden müssen.

Die Diskussionsteilnehmer suchen nach Lösungen, schon jetzt die Belastung der Pfleger zu verändern. Es wird erwogen, ob man nicht die Familien sehr viel stärker als bisher zum Besuch bei den alten Leuten und dabei zur Übernahme von Funktionen heranziehen könnte. Es sollen überhaupt Interessenten an Altersheimen mehr Gelegenheit bekommen, sich dort helfend zu betätigen.

Zu den Kosten der Altenheime wird erörtert, die Pflegesatzvereinbarungen transparenter zu machen.

Zur Frage der Selbstbestimmung der alten Menschen wird diskutiert, daß diese sich das Heim aussuchen können müßten. Außerdem sollten sie über ihre Zeit verfügen können. Dagegen wendet eine 1920 geborene Teilnehmerin ein, daß die Altengeneration, die z. Zt. in den Pflegeheimen lebe, niemals selbständige Entscheidungen getroffen habe.

Prof. Klie teilt aber insbesondere nach Beobachtungen aus der Schweiz mit, daß es Heime gäbe, in denen es gelungen sei, schwer demente Patienten noch auf größere Selbstversorgung umzustellen. Das habe dann etwa 2 Jahre und viel Geduld erfordert. Schließlich sei es aber gelungen, Patienten, die vorher gefüttert worden seien, selbständig am Salatbüfett essen zu lassen. Es gehe darum, daß immer wieder von kompetentem Personal geprüft werde, was die alten Menschen brauchten und was sich verwirklichen ließe.

Es wurde festgestellt, daß je zufriedener das Personal ist, je entspannter und zufriedener die Patienten sind. Das Personal bestünde aus wenigen engagierten und einer Mehrheit von Altenpflegern, die den Beruf aus „irdischen Gründen“ gewählt hätten.

Man könne in einem Pflegeheim nicht mit derselben Leidenschaft arbeiten, mit der man künstlerisch tätig sei.

Es müsse dennoch gefragt werden, wie die Motivation von Altenpflegern positiv verändert werden könne.

Eine Leiterin eines Heims für schwer psychotisch kranke Patienten berichtete, daß sie gute Erfahrungen damit gemacht hätte, die schwerkranken Patienten in Wohnungen wohnen zu lassen. Sie hätten dort wieder Initiative zur Pflege ihrer Wohnung entwickelt.

Ein Teilnehmer schlägt vor, die Altenwohnanlagen und -heime zu dezentralisieren und Versuche zu unterstützen, wo alte und jüngere Menschen zusammen in einem Haus wohnen.

Ein Richter trägt vor, daß auf den Stellenschlüssel durch Betonung des Schadensersatzrechts bei Verletzung der Aufsichtspflicht Einfluß genommen werden könnte.

Im übrigen wird noch die Frage gestellt, ob man angesichts einer Entwicklung, in der immer mehr Altersheime zu Pflegeheimen würden, nicht den Pflegefall verhindern könne.

## II.

Barbara v. Eicken von der Universität Frankfurt berichtete von einer Untersuchung des Alltags in Altenheimen und Psychiatrie, die ergeben habe, daß „alltäglich und massenhaft“ das Selbstbestimmungsrecht der alten Menschen verletzt würde.

Fixierungen seien normal. Die Pfleger hätten wenig Kenntnisse über Befindlichkeit der und Umgang mit den alten Menschen. So sei unbekannt gewesen, daß es zur Vermeidung von Fixierungen Sitzwachen gäbe oder daß Gefesselte schwere Ängste hätten.

Die Regelverstöße korrelierten mit Gewalt gegenüber den Patienten, ohne daß mit Sicherheit die Frage zu beantworten gewesen wäre, warum die Selbstbestimmungsrechte der Patienten verletzt würden.

Es entspann sich eine Diskussion darüber, ob Pflegepersonal das geltende Recht absichtlich – so ein Richter – oder aus Unkenntnis verletze.

Es wurde berichtet, daß Vormünder oder Pfleger in dieser Situation kaum eine Hilfe für die alten Menschen seien. In diesem Zusammenhang wurde die Situation von Pflegern beleuchtet, die häufig Menschen im Rentenalter seien und ihre Pflegebefohlenen nur schwer schützen könnten, wenn sie dazu „mit der Straßenbahn auf eigene Kosten in Einfeldröfer fahren müssen“. Diese Pfleger würden ausgenutzt.

Zum Fixieren wurde von einer Pflegerin berichtet, daß es dafür bunte Fixierungsdecken oder neue hübsche Stühle gäbe, die etwa wie die Kindereißstühle gebaut seien und in denen der alte Mensch den ganzen Tag lang festgesetzt werde. Den Benutzern dieser Fixierungsinstrumente bei unruhigen alten Menschen fehle es an Unrechtsbewußtsein.

Schlimmer als diese Fixierungen seien oft noch die Medikamente. Ärzte billigten diesen Umgang mit der Freiheitseinschränkung. Es gäbe zwischen ihnen und schlechtem Pflegepersonal eine „Kumpanei“.

Ärzte seien auch wenig geeignet, kontrollierend und für die Patienten Rechte während einzugreifen. Es gäbe Heime, in denen „ein Wettlauf von 20 Ärzten um die Kassenscheine“ stattfinde.

Demgegenüber wurde vorgetragen, daß Fixierungen mit Phantasie



und Organisation vermieden werden können. Es sei wichtig, daß das Personal Alternativen sehe und andere Sichtweisen auf die Patienten entwickle.

Es wurde gefragt, worin denn mehr „Professionalität“ des Pflegepersonals bestehen könnte. Prof. Dießenbacher führte aus, daß Pfleger oft eine „frei flottierende Gefühlskultur“ hätten, während es darum gehe, „Affektkontrolle“ und damit eine „Gefühlsdistanz“ zum alten Menschen zu erreichen. Dagegen gehe es weniger um weitere Kenntnisse in Medizin und anderen Fächern.

Prof. Klie stellte an die Beteiligten Fragen:

1. Was kann man tun, damit rechtsstaatliche Maßstäbe in den Pflegeheimen verbreitet werden?
2. Gibt es eine Heim-Subkultur mit anderen Rechtsmaßstäben als denen des geltenden Rechts?

Wenn ja: Kann man sie aufbrechen?

3. Ist es wichtig, dem Pflegebedürftigen Beistand an die Seite zu stellen?
- Zur Verbreitung rechtsstaatlicher Maßstäbe wurde erörtert, daß das Vormundschaftsgericht mehr mit der Heimaufsicht zusammenarbeiten kann und daß die Strafjustiz zum Schutz der Betroffenen die Anzeigen wegen Freiheitsberaubung durch Fixierung ernsthafter bearbeiten sollte.

Der Gesetzgeber müßte das Unterbringungsrecht vereinheitlichen. Gefragt wurde auch, ob nicht die Verlegung eines Patienten von einem Heim in ein anderes genehmigungspflichtig sein solle.

Das Personal soll im übrigen Rechtskenntnisse haben, weil ihm das „den Rücken gegen Heimleiter stärken könne“.

Heimleiter schüchternen Pfleger oft mit dem Satz „das steht im Gesetz“ ein, obwohl das nicht richtig sei.

Überlegt wurde auch, einen Ombudsmann oder eine Ombudsfrau zu schaffen, der oder die Beschwerden von Heimbewohnern entgegennehmen könnten.

Die Frage, ob es im Heim eine Rechts-Subkultur gäbe, wurde bejaht. Um sie aufzubrechen, erschienen Rechtskenntnisse des Heimpersonals als wünschenswert.

Im übrigen müßten sozusagen „Din-Normen“ zur Selbstkontrolle und Selbstbindung entwickelt werden.

Ein Richter stellte unwidersprochen fest, daß auch die Vormundschaftsrichter selbst zur „Denaturierung“ der Rechte der Betroffenen beigetragen hätten, indem sie nicht für Rechtsanwendung gesorgt hätten.

### Thesen

1. Wir fordern die Reform des Vormundschafts- und Pflegschaftsrechts als Beitrag zur Humanisierung der Verhältnisse in den Pflegeheimen. Damit kann den verbreiteten Formen von Zwang und Gewalt begegnet werden.
2. Wir brauchen neue Leitbilder, die sich abgrenzen vom traditionellen Fürsorgedenken, das tendenziell Persönlichkeitsrechte bedroht.
3. Massive Eingriffe in die Persönlichkeitsrechte der Betroffenen waren bisher nur möglich, weil alle, die wir daran beteiligt sind – Heimleitung, Heimaufsicht, Vormundschaftsgerichte, Ärzte, Pflegepersonal, Vormünder und Pfleger, Kostenträger, Angehörige, ... – vor diesen Problemen die Augen geschlossen haben, bis hin zur stillschweigenden Kumpanei.
4. Wir fordern Rahmenbedingungen, die Selbstbestimmung eher möglich machen.  
Hierzu gehören:
  - Hilfen als *Angebot* – in und außerhalb der Heime – orientiert an individuellen Bedürfnissen und Wünschen; das bedeutet Abkehr vom Diktat der Sachzwänge, die häufig Denkgrenzen sind;
  - verbindliche Leistungsprofile und transparente Pflegesatzregelungen;
  - Alternativen zum Heim, um die unfreiwillige Unterbringung in Heimen zu vermeiden, da diese Maßnahme für alte Menschen unverhältnismäßig einschneidend und belastend ist;
  - vielseitige Angebote pflegerischer, psychosozialer, therapeutischer und rehabilitativer Art.
5. Der aktuelle Pflegenotstand kann nur behoben werden, wenn mehr qualifiziertes Personal eingestellt, es angemessen bezahlt und ausreichend Fort-, Weiterbildung und Supervision angeboten wird.
6. Auch und besonders sind die Vormundschaftsgerichte aufgerufen, Mißstände nicht weiter hinzunehmen, sondern zum Wohle der Betroffenen aktiv zu werden.
7. Vormund/Pfleger nach geltendem Recht und erst recht ein Beistand neuen Rechts haben die Aufgabe, die Belange der Betroffenen *offensiv* zu vertreten, ohne Rücksicht auf Interessen der Behörden und anderer Beteiligter.
8. Um einen Vormund/Pfleger bzw. Beistand zu befähigen, die Selbstbestimmung zu gewährleisten und um ihn darin zu unterstützen, muß eine unabhängige Supervision garantiert werden.

Altenpflegerin Claudia Oswald-Timmler, Neu-Ulm

*Tagesablauf in einer geronto-psychiatrischen Pflegestation*

Der folgende Tagesablauf von einer gerontopsychiatrischen Pflegestation spielt sich so oder ähnlich tagtäglich in Hunderten von Pflegeheimen ab.

Fr. G., Stationsleitung einer Pflegeabteilung, erzählt:

Am Montagmorgen komme ich um 6.30 Uhr auf die Station mit 32 Heimbewohnern (im weiteren Text HB genannt). Alle HB leiden an mehr oder weniger schweren Ausfallserscheinungen im psychisch, physisch-intellektuellen Bereich. Es ist oftmals keine sinnvolle Verständigung mehr möglich. Die Krankheitsbilder sind vielfältig. Man könnte einen Großteil der typischen psychiatrischen Alterserkrankungen nennen. An diesem Morgen, wie an vielen anderen auch, gilt mein erster Blick dem Dienstplan. „Oh, Mann, es sind heute wieder bloß drei Leute da!“. Aus dem Zimmer von Frau A. ertönt bereits lautes Geplärre. Das kann heiter werden, wenn Fr. A. morgens schon schreit, geht das den ganzen Tag so weiter. Die einzige Möglichkeit, Fr. A. auf Zimmerlautstärke und damit für die anderen HB und das Personal einigermaßen erträglich zu machen ist, ihr ihre Bedarfsmedizin zu verabreichen. Nun erst einmal Übergabe von der Nachtwache, die sieht heute auch ganz schön geschafft aus. In der Zwischenzeit ist der Rest des Tagdienstes mehr oder weniger gut gelaunt eingetroffen. Der Arbeitsplan für diesen Tag wird festgelegt. Na, zuerst einmal zu Fr. A. Sie liegt heulend und schreiend, Arme und Beine wie ein Säugling angezogen, im Bett. Während ich Fr. A. wasche und anziehe, schreit sie ohne Unterbrechung weiter. Da Fr. A. sehr wackelig auf den Beinen ist und ohne fremde Hilfe fallen würde, kommt Fr. A. im Speisesaal in einen hohen Sessel, an dem ein Tischchen so befestigt wird, daß sie es nicht selbst öffnen kann. Fr. A. bleibt nun bis nach dem Mittagessen dort sitzen. Wenn es die Zeit irgendwie erlaubt, wird sie währenddessen zweimal trockengemacht. Wenn ich Fr. A. so in ihrem Sessel sitzen sehe, könnte ich grad mit ihr heulen. Mir widerstrebt es jemanden für so lange Zeit gewalttätig auf einem Fleck festhalten zu müssen. Hätten wir mehr Personal, könnte jemand mit Fr. A. laufen oder sich auch so mit ihr und anderen HB beschäftigen. Fr. D. ist beim Waschen heute morgen auch nicht gut drauf. Sie beschimpft mich auf das übelste und meint, ich sei daran schuld, daß sie hier sei. Zwischendurch läßt sie regelrechte Urschreie von sich. Ich glaube, ich muß dem Sohn mal wieder die Meinung sagen, er kommt viel zu selten. Wenn er mal wieder zu Besuch da war, ist Fr. D. für zwei bis drei Wochen ruhiger. Jetzt fängt Fr. O. auch noch zu jammern an. Das hört sich wie Ziegegemeckere an. Spinnen die heut

eigentlich alle? So, es ist 8.00 Uhr, Frühstückszeit. Bis auf 4 HB sind nun alle gewaschen und angezogen. Essen eingeben bei elf HB. Es muß schnell gehen, die Küchenfrau möchte die Tische am liebsten schon wieder abräumen, kaum daß die HB am Tisch sitzen. Um 8.30 Uhr schnell eine halbe Stunde Frühstückspause fürs Personal. Dann geht's mit Volldampf weiter. Einen Teil der HB in die Therapien bringen (wir sind in der glücklichen Lage, eigene Beschäftigungstherapeuten zu haben, was sehr selten ist). Andere HB haben Arzttermine oder Fußpflege und Friseurtermine. Keiner kann zu diesen Terminen alleine gehen, meist sollten wir mindestens zehn Hände haben und an fünf verschiedenen Orten gleichzeitig sein.

Danach werden die Betten gemacht, Wäsche verräumt, allgemein aufgeräumt, geputzt und unsere männlichen HB rasiert. Hr. U. kann mal wieder nur zu dritt versorgt werden. Sobald Pflegepersonal oder HB auf ihn zutreten, schlägt er wild und mit aller noch vorhandenen Kraft um sich.

Bis um 10.30 Uhr werden noch vier HB geduscht, dann ist es Zeit für das Mittagessen. Das heißt für uns, HB aus der Therapie holen, in den Speisesaal bringen, Essen austeilen und eingeben. Von 25 HB können nur 4 alleine essen, allen anderen muß das Essen eingegeben, oder aber es muß zumindest dabeigesessen werden.

Von 11.30–12.30 Uhr werden die HB zur Toilette gebracht bzw. trockengemacht und dann hingelegt. So nun ist erstmal Mittagspause. Von 12.30 Uhr bis 15.30 Uhr ist nur eine Pflegekraft für die Station da. Das heißt Kaffee austeilen, HB zur Toilette führen, schlichten, beruhigen, Kaffeegeschirr spülen und nebenher wissen, was am anderen Ende der Station abläuft usw. usw. ...

Um 15.30 Uhr darf der Mittagdienst körperlich und psychisch fix und fertig nach Hause. Hier auf der Station herrscht mal wieder mittelmäßiges Chaos. Hr. K. hat gerade das Bedürfnis, mit einem Stuhl auf einen HB einzuschlagen. Auf die Frage, warum er das gemacht habe, antwortet er: „Einfach so, weil ich gerade dazu Lust hatte.“ Fr. S. kriecht wieder auf dem Fußboden umher, sie hat schon eine richtige Hornhaut an den Knien. Fr. R. rennt über die Station und „putzt“ überall, vor allen Dingen dort, wo sie es garantiert nicht soll. Fr. D. läßt ihre Urschreie von sich und sofort. Am liebsten würde ich mitschreien. Um 16.30 Uhr gibt es Abendessen, das heißt für uns dieselbe Arbeit wie beim Mittagessen. Anschließend werden die HB ausgezogen und zu Bett gebracht. 18.00 Uhr, der Arzt geht über die Station. Standardfrage: „War was Besonderes?“ Antwort von uns: „Nein, nichts Außergewöhnliches.“ 18.45 Uhr, die Nachtwache ist da. Für insgesamt 120 HB in der Gerontopsychiatrie stehen 2 Nachtwachen zur Verfügung. Übergabe gemacht und nun endlich Feierabend bis morgen früh. Ich glaube, im Auto lasse ich auch erst mal einen Urschrei los.

Wiss. Mitarbeiterin Barbara von Eicken, Frankfurt

*Pflegeroutine und Selbstbestimmungsrecht von  
Heimbewohner/innen und Patient/innen*

– *Thesen zur Anwendung „fürsorglichen Zwangs“ in Pflege- und  
Betreuungseinrichtungen* –

Die folgenden Thesen entstanden auf der Grundlage von ersten Eindrücken aus einer laufenden Untersuchung zur Anwendung fürsorglichen Zwangs gegenüber alten, psychisch kranken oder geistig behinderten Menschen, die in Einrichtungen leben. Sie beziehen sich auf rund 40 Gespräche mit unterschiedlichen Beteiligten aus Altenheimen, Behinderteneinrichtungen und psychiatrischen Krankenhäusern. Die Erfahrungen der Besuche und Interviews habe ich stark verallgemeinert und zugespitzt, um zur Diskussion anzuregen.

1. In den meisten Pflege- und Betreuungseinrichtungen gehören Verletzungen des Selbstbestimmungsrechts der Bewohner/innen und Patient/innen zum alltäglichen Erscheinungsbild. Gängige Eingriffe in die Bewegungsfreiheit reichen von der Begrenzung des äußeren Bewegungsspielraums durch geschlossene Unterbringung (Verschließen von Türen, Anwendung von Trickschlössern) über die fast völlige Einengung der Bewegungsfreiheit (Fixierung, Bettgitter) bis zu Eingriffen in die Psyche der Betroffenen (Verabreichung von Psychopharmaka, insbesondere Sedativa).
2. Die Bezeichnung „fürsorglicher Zwang“ für die Anwendung solcher Mittel verdeutlicht sowohl die umfassende Abhängigkeit der Betroffenen von der Institution und den Mitarbeiter/innen gegenüber, als auch die prinzipiell fürsorgliche Motivation der Handelnden (etwa um die Betroffenen selbst vor Schäden zu bewahren). Schließlich ist es für die Handelnden naheliegend zu verdrängen, daß auch fürsorglich motivierte Eingriffe in die persönliche Freiheit letztlich Maßnahmen gegen den Willen der Betroffenen darstellen. Die Neigung, den Zwangscharakter solcher Eingriffe zu verdrängen, zeigt sich auch in Bezeichnungen wie „Schutzdecke“ oder „Sicherheitsgurt“ für Fixierungsmittel.
3. In der Praxis zeigen sich unterschiedliche Umgehensweisen mit Zwangsmitteln. Tendenziell läßt sich jedoch feststellen, daß die teilweise jahrelang andauernde Anwendung besonders Bewohner/innen von Altenpflegeheimen und schwer geistig behinderte Menschen betrifft. Weiter deuten gerade die Äußerungen von Heim- und Pflege-

dienstleiter/innen sowie Ärzte/innen aus Altenpflegeheimen an, daß dort Eingriffe in das Selbstbestimmungsrecht zu oft nicht in ihrem ursächlichen und beeinflussbaren Zusammenhang betrachtet, sondern lediglich als Gefahrenabwehr angesehen werden.

4. Es drängt sich der Eindruck auf, daß Gewaltanwendungen und Verletzungen des Selbstbestimmungsrechts weniger auf bewußten Verstößen gegen anerkannte Normen beruhen als vielmehr auf dem Nichtwissen um medizinische, therapeutische und pflegerische Möglichkeiten, einem fehlenden Problembewußtsein gegenüber den vielfältigen Wirkungen solcher Maßnahmen auf die Betroffenen und insgesamt eher auf dem Fehlen anerkannter und verbreiteter Standards in diesem Bereich.
5. Allgemein ist die Unsicherheit bei allen Beteiligten im Umgang mit Zwangsmaßnahmen und ihrer rechtlichen Bewertung sehr groß. Je weiter verbreitet innerhalb einer Organisation die Zwanganwendung jedoch ist, desto weniger wird über die Anwendung im Einzelfall nachgedacht und desto geringer ist die Bereitschaft zum Austausch nach außen, aber auch zur Legitimation gegenüber Dritten.
6. Bislang hatten weder die bestehenden rechtlichen Regelungen (des Verfassungs-, Straf- und Vormundschaftsrechts) noch ihre Anwendung durch die Rechtsprechung einen wesentlichen Einfluß auf die Vermeidung dieser alltäglichen Gewaltanwendungen. Ebenso deutlich zeigt sich die Ohnmacht aller anderen Beteiligten (wie Vertreter/innen der Einrichtungen und der Einrichtungsträger, Vormünder/innen/Pfleger/innen und schließlich Angehörige), soweit es sich um die Vermeidung und Kontrolle von Verletzungen des Selbstbestimmungsrechts der Betroffenen handelt.
7. Der Schutz von Heimbewohner/innen mit erheblichen Defiziten in der Wahrnehmung ihrer eigenen Interessen und einem hohen Maß persönlicher Abhängigkeit von der Betreuungseinrichtung erfordert bei einschneidenden Eingriffen in die persönliche Freiheit die Beteiligung von Interessenvertreter/innen, die sich ausschließlich den Einzelnen verpflichtet sehen und die Einfluß auf die Institutionen ausüben können und wollen.
8. Schließlich bleibt festzuhalten, daß ein wirksam kontrollierter, eingeschränkter und reflektierter Umgang mit Freiheitseingriffen gegenüber Menschen in psychiatrischen Krankenhäusern, Alten- und Behindertenpflegeheimen lediglich den Verzicht auf Zwang und Gewalt fördern kann. Erst bei Abwesenheit dieser extremen Form der Fremdbestimmung ist das Selbstbestimmungsrecht gehandicapter Menschen positiv zu füllen, sind deren Möglichkeiten zur Wahrnehmung dieses Rechts zu erhalten und zu fördern.

## ARBEITSGRUPPE 2

### *Psychiatrische und sozialpädagogische Begutachtung im Entmündigungs- und Pflegschaftsverfahren*

#### *Protokoll*

Richter am Amtsgericht Dr. Andreas *Laaser*, Berlin

Die traditionelle psychiatrische Begutachtung sollte nur ein Mosaikstein sein bei der Erstellung des Bildes, das im Rahmen des Entmündigungs- und Pflegschaftsverfahrens von der betroffenen Person zu konstruieren ist. Eine verantwortliche Entscheidung über richtige Zukunftsgestaltung muß vielfältige Bezüge eines konkreten Falles und der auf diese beziehbaren fachwissenschaftlichen und anderweitigen professionellen Erkenntnisse mobilisieren. Bis dahin konnte eine weitgehende Übereinstimmung bei den Teilnehmern der Arbeitsgruppe 2 festgestellt werden.

Die regionalen Unterschiede bei der Handhabung des Entmündigungs- und Pflegschaftsrechts und das fehlende Wissen darüber, was woanders wie und warum anders gemacht wird, führten dazu, daß konkrete Vorstellungen (Thesen) über die Anfertigung und Ausgestaltung von Gutachten sinnvoll nicht erstellt werden konnten. Ein großer Teil der Teilnehmer war verfahren in der theoretischen Verarbeitung seiner jeweiligen Alltagserfahrung und setzte verständlicherweise seine Überlegungen bei diesen Erfahrungen an. Die Praxis anderer Gerichte oder anderer Gutachtenerstellung wurde häufig zunächst nur mit wohlwollendem oder skeptischem Staunen zur Kenntnis genommen. Bei den meisten Teilhabern war daher das Interesse an den unterschiedlichen Wirklichkeiten konkreter Verfahrensgestaltung und Gutachtenerstellung größer als an der Erstellung bestimmter Entwürfe zukünftiger Gutachtenerstellung. Folgende Fragen erwiesen sich als besonders klärungsbedürftig:

Wer soll die über den psychiatrischen Befund im engeren Sinne hinausgehenden Tatsachen ermitteln? Soll dies auch der psychiatrische Sachverständige miterledigen? Woher kommt seine professionelle Kompetenz? Sollen Sozialarbeiter, Psychologen oder Vertreter anderer Berufsgruppen zusätzlich Gutachten erstellen? Ist es möglich, daß unterschiedliche professionelle Orientierung in einem gemeinsamen Gut-

achten zum Ausdruck kommt? Wo ist die Grenzziehung zwischen der eigenen Ermittlungstätigkeit des Richters und der Beauftragung von Gutachtern?

Strukturiert wurde die Arbeit der Gruppe durch einen Prüfungskatalog, der von Professor Dr. Wolf Crefeld entworfen und der Arbeitsgruppe zur Verfügung gestellt wurde, um verschiedene als Aktenfälle eingeebete Verfahren unter den darin aufgeführten Gesichtspunkten untersuchen zu können:

Prüfung der Erforderlichkeit einer Vormundschaft/Beistandschaft

1. Wie würden Sie bzw. wieweit können Sie überhaupt die betroffene Person z. B. einem Ihrer Freunde beschreiben?

2. Was sind Anliegen und Beweggründe des Verfahrens-Veranlassers?

3. Inwieweit besteht eine Behinderung; Beschreibung des individuellen Behinderungsbildes:

3.1 Das gesundheitliche Schadensbild („impairment“): Beeinträchtigung oder Verlust von normalerweise vorhandenen physischen, psychischen oder geistigen Strukturen und Funktionen (entspricht etwa einer sog. „medizinischen Diagnose“).

3.2 Funktionelle Einschränkungen aufgrund des Schadensbildes („disability“)

(z. B. Gehstörungen, Blindheit, Unfähigkeit zum Treppensteigen, Störung des Antriebs, bestimmter intellektueller Problemlösefähigkeiten, der Merkfähigkeit, der zwischenmenschlichen Beziehungsfähigkeit, der Konzentrationsfähigkeit, Einschränkung des sozialen Kontaktes infolge Entstellung oder chronischer Schmerzzustände).

3.3 Sich daraus ergebende Beeinträchtigungen im sozialen Feld (die derzeitige Lebenslage, insbesondere drohende oder manifeste Gefährdungen seiner Rechte und persönlichen Bedürfnisse) („handicaps“):

3.3.1 Wohnen (Essen, Schlafen, Körperpflege, Sexualität usw.), Recht auf Privatbereich

3.3.2 Arbeit (materielle Sicherung, Selbstverwirklichung)

3.3.3 Freizeit (Bedürfnis nach sozialer Kommunikation, Aktivitäten usw.)

4. Bewältigungsmöglichkeiten für die Behinderung (Coping):

4.1 Genutzte oder bisher ungenutzte Möglichkeiten und Fähigkeiten des Behinderten, die sich aus seiner Persönlichkeit, Lebenserfahrung und Biografie ergeben.

4.2 Sein soziales Netzwerk und dessen (Dys-)Funktionalität in bezug auf den Betroffenen.

4.3 Vorhandene materielle Sicherungen seiner Bedürfnisse; Ansprüche gegenüber Dritten; Ansprüche oder Zugriffe anderer.

4.4 Verbleibender professioneller Interventionsbedarf (z. B. medizinische oder soziale Dienste) nach Maßgabe der Grundrechtsnormen und der Bedürfnisnormen des Sozialgesetzbuches.

5. Lösungen im Hinblick auf die in 4.4 genannten Hilfeeorderungen (Inanspruchnahme sozialer Unterstützungen – persönliche Hilfen, Geld- und Sachleistungen – und der Angebote von Dienstleistungsberufen):

5.1 Konzept zur Sicherung der persönlichen Bedürfnisse und Grundrechte (Sorge um die Person): „Rehabilitations- und Pflegeplan“

5.2 Lösung für evtl. Vermögensprobleme

5.3 Soweit die Lösungen in 5.1 oder 5.2 Grundrechtseingriffe beinhalten, Begründung dafür und Aufzeigen der tatsächlich zu erwartenden Regelungsdefizite bezüglich der Personen- oder Vermögenssorge, wenn kein Beistand bestellt wird.

Dieser Prüfungskatalog hat sich in den Gesprächen der Arbeitsgruppe als ein äußerst fruchtbarer Ausgangspunkt erwiesen, um in spezifisch problem- und sprachorientierter Weise Dimensionen des Falles aufzuspüren, die gewohnterweise nicht ausreichend in den Blick geraten. Er hat – bildhaft ausgedrückt – den Blick auf weitere Mosaiksteine gelenkt, die zur Erstellung des erforderlichen Bildes des Betroffenen unter dem Aspekt von Fürsorge (Betreuung) gefunden bzw. geschaffen werden müssen. Einige wesentliche Ergebnisse sollen hier erwähnt werden:

Die Individualität der betroffenen Person in ihrer facettenreichen Einzigartigkeit wird meist nicht deutlich, farbig, plastisch genug. Das erstellte Bild macht nicht betroffen. Bürokratische Zerstückelung und distanzierende (Schein-)Objektivität einer – scheinbar – nur an Feststellungen orientierten, meist psychiatrischen Wissenschaft mit stigmatisierenden und abstrakt-medizinischen Begriffen machen den Menschen zum abstrakten Fall. Dies erleichtert die Entscheidbarkeit bei Bewahrung des guten Gewissens aller professionell Beteiligten auf Kosten „materieller Richtigkeit“. Die Hereinnahme des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes insbesondere unter dem Aspekt der Erforderlichkeit und der durch die Grundrechte zur Anerkennung gekommenen Wertgesichtspunkte in das Entmündigungs- und Pflegschaftsverfahren verlangen schon bei der Gutachtenerstellung oder im Rahmen der Amtser-

mittlung ein Suchen nach „Tatsachen“, die je nach Einzelfall in verschiedene Dimensionen hineinragen. Ob dieser zusätzliche Teil mit sozialpädagogisch bezeichnet werden kann, ist fraglich.

Der im Prüfungskatalog ausdifferenzierte Grundsatz der Erforderlichkeit hat durch die einzelnen Prüfungsgesichtspunkte den Teilnehmern deutlich werden lassen, daß die Realisierbarkeit in der Zukunft genauer benannt werden muß. Über ein in der Vergangenheit liegenden und insoweit abgeschlossenen Sachverhalt soll nicht nur rechtlich richtig entschieden werden, es soll vor allem für die Zukunft menschenwürdig entschieden werden.

Die wohl spannendste, aber auch schwierigste, im Rahmen der Arbeitsgruppe leider nur sehr bruchstückhaft angeschnittene Frage war die nach dem Menschenbild, nach den Menschenbildern beim Gutachter, in den Gutachten. Das Zögern der Teilnehmer, auf diese Frage eingehender einzugehen, war wie ein Spiegelbild zur Entindividualisierung der Person des Aktenfalles: Die Einzigartigkeit der Person von Betroffenen und Gutachter ist man gewohnt, nicht mehr wahrzunehmen.

## ARBEITSGRUPPE 3

### *Reflexion der Unterbringungspraxis nach Landesgesetzen*

#### *Protokoll*

Richter am Amtsgericht Michael *Sandkühler*, Recklinghausen

Moderation: Professor Verena Fesel, Juristin, Fachhochschule Hamburg, Fachbereich Sozialpädagogik  
 Experten: John Gelübcke, Vormundschaftsrichter, Hamburg  
 Dr. Rolf Marschner, Rechtsanwalt, München  
 Manfred Roesner, Nervenarzt, Bremen  
 Peter Lehmann, „Irren-Offensive e. V.“, Berlin

Nach einer kurzen Vorstellung der Teilnehmer begann die Arbeit der Gruppe mit der Darstellung der persönlichen Erfahrung verschiedener Teilnehmer (Vormundschaftsrichter) bei der Anwendung der landesrechtlichen Unterbringenvorschriften.

Für die Situation in *Niedersachsen*:

Ein Vormundschaftsgericht hat z. B. 35 Fälle von Unterbringungen nach Landesrecht zu bearbeiten. Hinzu kommt eine etwa gleichgroße Zahl von zivilrechtlichen Unterbringungen.

In etwa 60% der landesrechtlichen Fälle wird der gesetzlich vorgegebene Regelfall einer vorläufigen Unterbringungsentscheidung *nach* einer richterlichen Anhörung zur Anwendung gebracht.

In den übrigen 40% erfolgt eine richterliche Anhörung erst nach der Unterbringung.

Probleme ergeben sich bei der Frage, wer als Sachverständiger im Verfahren nach dem Gesetz als ausreichend qualifiziert anzusehen ist. Die häufig in den Kliniken präsentierten Assistenzärzte scheinen diese Qualifikation nicht zu erfüllen.

Eine weitere Problematik besteht bei der Abgrenzung der geschlossenen von der offenen Unterbringung.

(Beispiele: Ausgangskontrolle an der Pforte, Kodierung des Ausgangs).

Für die Situation in *Bayern*:

Im krassen Gegensatz zum gesetzlich vorgesehenen Regel/Ausnahmeverhältnis wird in Bayern fast immer zunächst eine vorläufige Unterbringung nach Landesrecht ohne Einschaltung des Richters durchgeführt. Anschließend führt ein Telefonkontakt zwischen dem in der Einweisungsklinik zuständigen Arzt mit dem zuständigen Vormundschaftsrichter dazu, daß dieser ohne weitere Ermittlungen eine Pflegschaft einleitet und im Rahmen dieser Pflegschaft gemäß § 1846 BGB vorläufig die geschlossene Unterbringung (zivilrechtlich) anordnet.

Das Ausweichen auf die Zwangspflegschaft und § 1846 BGB begründen die Ärzte und Richter damit, daß diese Maßnahme für den Betroffenen weniger belastend sei. Z. B. würde er dadurch nicht so schnell seinen Führerschein verlieren. Nach Auffassung des Berichterstatters ist aber schon dieses Beispiel fragwürdig, weil auch von der Zwangspflegschaft die Straßenverkehrsbehörde unterrichtet wird. Die Motivation für die bayerische Rechtspraxis liege eher in den als geringer angesehenen materiellen Voraussetzungen des § 1846 BGB (Wohl des Betroffenen statt einer im Unterbringungsgesetz geforderten Gefährdung) und der im Vormundschaftsrecht einfacheren formellen Bestimmungen (geringere Verfahrensgarantien). So erfolge die richterliche Anhörung erst relativ spät innerhalb einer 14tägigen Frist.

In der sich anschließenden Diskussion wurde die Frage erörtert, ob eine Anhörung des Betroffenen in einem sehr frühen Krisenstadium sinnvoll ist. Ein Vorteil wurde darin gesehen, daß der Richter dann eher Krankheitssymptome selbst wahrnehmen kann, während andernfalls der Betroffene meist medikamentös anbehandelt ist. Als nachteilig wurde angesehen, daß im frühen Krisenstadium nur schwer eine Zukunftsprognose abgegeben werden kann.

Für die Situation in *Baden-Württemberg*:

Sie ist geprägt durch das in Baden-Württemberg im Jahre 1983 in Kraft getretene neue Unterbringungsgesetz.

Danach kann eine psychiatrische Klinik nach der Aufnahme drei Tage zuwarten, bis zwingend ein Antrag auf gerichtliche Unterbringungsanordnung gestellt werden muß.

Aufgrund der Neuregelung erfolgt jetzt in der Regel zunächst eine Aufnahme in der psychiatrischen Klinik, die dann den Unterbringungsantrag stellt. Dieser Regelfall zeigt sich darin, daß ca. 90% der Unterbringungsverfahren aus Anträgen einer Klinik resultieren. Nur 10% der Anträge werden von der sonst noch zuständigen Einweisungsbehörde gestellt.

Nach den Erfahrungen des Berichterstatters entsprechen die Ärzte

dem gesetzlichen Erfordernis, den Antrag unverzüglich, spätestens jedoch nach 3 Tagen zu stellen in der Weise, daß die Anträge üblicherweise am Einweisungstag oder am Tag danach gestellt werden. Allerdings bestehen keine Erfahrungswerte darüber, wieviele Betroffene erst am dritten Tag eine Freiwilligkeitserklärung unterschreiben und inwieweit diesbezüglich Druck ausgeübt wird.

Unter Zugrundelegung einer Unterbringungsstatistik der Länder wurde der Umstand erörtert, daß die Zwangseinweisungsrate in Baden-Württemberg nach der gesetzlichen Neuregelung signifikant nach unten von den Werten der anderen Bundesländer abweicht. In diesem Zusammenhang wurde die Befürchtung geäußert, daß in Baden-Württemberg unter der dort möglichen außergerichtlichen Unterbringung in der ersten Zeit rechtsstaatlich bedenklicher Druck auf die Willensfreiheit der Betroffenen genommen wird. Auch die bis zum dritten Tag durchgeführte Medikation könnte ein Druckmittel in bezug auf die Freiwilligkeitserklärung des Betroffenen sein.

Ein Vertreter der Irrenoffensive berichtete, daß er vor dem Inkrafttreten der gesetzlichen Neuregelung in Baden-Württemberg gegen seinen Willen in eine dortige Anstalt verschleppt worden sei. Er sei dort z. B. mit einer Tagesdosis von 640 Tropfen Haldol gegen seinen Willen behandelt worden. Während seiner mehrwöchigen Behandlung habe er nie einen Richter gesehen. Er bezweifle, daß sich nach der Neuregelung in der Praxis der stationären psychiatrischen Behandlung Wesentliches verbessert habe.

Für die Situation in *Bremen*:

In Bremen ist eine vorläufige Unterbringung ohne vorherige richterliche Anhörung möglich. Obwohl dies den gesetzlichen Ausnahmefall darstellt, ist es zum Regelfall geworden. Ein richterlicher Unterbringungsbeschuß ergeht dort erst nach einer fachärztlichen Stellungnahme. Weiter wird vorher das Ergebnis der Eingangsuntersuchung telefonisch bei dem aufnehmenden Arzt in der psychiatrischen Klinik erfragt. Die Anhörung erfolgt in der Regel an dem auf die Unterbringung folgenden Dienstag oder Freitag. Früher wurde nur an einem Tag in der Woche angehört. Die Verbesserung bei den Anhörungsfristen erfolgte, nachdem von außen Kritik an das Gericht herangetragen wurde.

Die Beiordnung eines Rechtsanwalts ist in Bremen nicht der Regelfall und so auch nicht im Gesetz vorgesehen. Andererseits soll nach dem Unterbringungsrecht bei der richterlichen Anhörung ein Sozialarbeiter des sozialpsychiatrischen Dienstes anwesend sein. In der Praxis ist aber ein Sozialarbeiter meistens nicht anwesend. Begründet wird dies mit der zu geringen personellen Ausstattung der sozialpsychiatrischen Dienste.

Für die Situation in *Hamburg*:

Ähnlich zu der Praxis in Bremen ist es in Hamburg auch zu einer Umkehrung des gesetzlichen Regel/Ausnahmeverhältnisses gekommen. Zu 95% erfolgen die Unterbringungen vor einer richterlichen Anhörung. Eine Verbesserung dieser Situation ist allein schon wegen der personellen Ausstattung des Gerichts nicht möglich. Auf zwei Richter entfallen im Jahr ca. 2000 Unterbringungen.

Nach Auffassung der dort tätigen Richter sollte eine erste richterliche Anhörung im Idealfall im ersten Krisenstadium erfolgen. Eine zweite Anhörung sollte – soweit überhaupt noch erforderlich – nach dem Beginn der Behandlung durchgeführt werden. Ein entsprechender Vorschlag ist bereits längere Zeit von der dortigen Justizverwaltung unbeantwortet geblieben. Als Lichtblick ist anzusehen, daß in Hamburg die Beiordnung eines Rechtsanwalts obligatorisch ist. Die Praxis der Anhörungen ist recht problematisch. Es erfolgen Anhörungen an zwei festgelegten Wochentagen. Den Rechtsanwälten wird vor der Anhörung Akteneinsicht gewährt.

Ein besonderes Problem besteht in Hamburg im Verhältnis des Gerichts zu den in den Kliniken tätigen und als Sachverständige heranzuziehenden Ärzten. Die Ärzte fassen in der Regel das Gericht als unerwünschten Eindringling auf.

Das Verhältnis ist überwiegend sehr gespannt.

Zur Situation in *Nordrhein-Westfalen*:

Die Sach- und Rechtslage ist weitgehend der Hamburger Situation vergleichbar (Regel/Ausnahmeverhältnis, obligatorische Anwaltsbeordnung).

Die Anzahl der jährlich zu bearbeitenden Unterbringungen nach dem PsychKG NW beträgt in Recklinghausen ca. 260. Die beigeordneten Anwälte sind relativ beschwerdefreudig. Dies hat bisher aber zu keinen interessanten Entscheidungen geführt, weil die Beschwerdekammer frühestens nach 3 Wochen eine Anhörung durchführt und die Aufhebung der erstinstanzlichen Beschlüsse nur mit einer veränderten Sachlage begründet worden sind. Es könnte Vorteile für die Betroffenen auch in bezug auf erneute Unterbringungen mit sich bringen, wenn man ein allgemeines Feststellungsinteresse an einer rückwirkenden Überprüfung der Rechtmäßigkeit der Unterbringung normieren würde.

Ein Lichtblick ist die Tatsache, daß es seit drei Jahren eine neue gemeindenahere psychiatrische Klinik gibt. Durch einen schon frühzeitigen und andauernden Kontakt zwischen Gericht und Klinik konnte die von Hamburg berichtete kritische Situation vermieden werden.

Ein Problem besteht bei den niedergelassenen Ärzten, die dem gerichtlichen Anliegen kritisch bis verständnislos gegenüberstehen. Nach

dem PsychKG NW reicht ein Attest irgendeines Arztes für die Unterbringung aus. Der Inhalt der Atteste ist teilweise haarsträubend.

Anschließend wurde die Frage diskutiert, wie sich die Novellierung der verschiedenen Gesetze auf die Unterbringungszahlen ausgewirkt hat und voraussichtlich auswirken wird. Abgesehen von dem Sonderfall Baden-Württemberg wurde wohl mehrheitlich die Auffassung vertreten, daß durch die Novellierung ein Anstieg der Unterbringung eingetreten oder zu erwarten ist. Dies wurde damit begründet, daß das soziale Umfeld die neuen Eingriffsmöglichkeiten als nicht so stigmatisierend und einschränkend empfindet, so daß die Tabuschwelle in bezug auf die Veranlassung eines Unterbringungsverfahrens sinkt.

Anhand des vorliegenden statistischen Materials ist dieser Anstieg auch nachweisbar. Dabei ist auch bei insgesamt steigenden Zahlen ein Trend in Richtung der zivilrechtlichen Unterbringung festzustellen.

In den weiteren Diskussionsbeiträgen wurde die Wichtigkeit betont, die vorgeschlagenen gesetzlichen Regelungen auf ihre Bestimmtheit zu überprüfen. Die großen regionalen Unterschiede in den Unterbringungszahlen bei gleicher zivilrechtlicher Rechtsgrundlage ließen dort ein großes Problem vermuten.

Der Trend zu mehr Unterbringungen werde dadurch begünstigt, daß sich in den beteiligten Institutionen die Intention des „Helfens“ verstärkt. Ein weiterer Anstieg sei auch daraus zu erklären, daß früher die Kranken in Kliniken rechtsverletzend ohne Gerichtsverfahren „beschützt“ worden seien. Jetzt würden die Ärzte eher dazu neigen, sich um eine juristische Legitimation zu bemühen.

Zur Situation in *Berlin*:

Nachdem einleitend darauf hingewiesen worden war, daß das neue Berliner Unterbringungsrecht z. B. durch eine deutliche Verkürzung von Fristen bei der Anhörung und der Unterbringungsdauer als vorbildlich anzusehen sei, wurde von einem Vertreter der Irrenoffensive die Möglichkeit einer Behandlung gegen den Willen des Betroffenen kritisiert. Von ihm wurde das völlige Verbot der Behandlung des Betroffenen gegen seinen Willen gefordert. Er wies auf massive Gesundheitsrisiken bei der Verabreichung von Psychopharmaka hin, die schon bei kurzfristiger und niedrigdosierter Medikation bestehen sollen.

Zur Praxis in den Berliner Kliniken führte er aus, daß dort durch die Androhung von vormundschaftsgerichtlichen Maßnahmen (Entmündigung/Pflegschaft) auch die Behandlungsbereitschaft der Betroffenen in bezug auf Neuroleptika und sogar zur Elektroschockbehandlung erpreßt würde. Aus den Erfahrungen der Irrenoffensive sei in Berlin ein „Psychiatrisches Testament“ entworfen worden. Dieses Testament werde potentiell Betroffenen zur Verfügung gestellt, damit sie in ge-



sunden Tagen ihren Willen für den Fall einer späteren Unterbringung bezüglich der Behandlung kundtun könnten.

Dies habe dazu geführt, daß die Irrenoffensive bereits in sechs Fällen tätig geworden sei, um dem früher vom Betroffenen geäußerten Willen Geltung zu verschaffen.

Angesichts des vorstehenden Diskussionsbeitrags wurde die Frage gestellt, ob nicht zumindest eine Zwangsbehandlung erst dann beginnen dürfe, wenn eine richterliche Anhörung erfolgt sei.

Ein Psychiater wies darauf hin, daß nicht nur Richter unter dem Druck eines hohen Arbeitsanfalls ihren Arbeitsaufwand an den vorhandenen Möglichkeiten ausrichten müßten. Es sei bekannt, daß die Höhe der Psychopharmakamedikation und die Fixierungsfrequenz korreliert mit dem Personaleinsatz und dem Personalstandard.

Nach seiner Auffassung sei aber eine Neuroleptika-Behandlung psychotischer Symptome unverzichtbar.

Anschließend wurden die verschiedenen gesetzlichen Regelungen zur Behandlung eines Kranken gegen seinen Willen diskutiert. Im Rahmen der landesrechtlichen Unterbringungsgesetze bestehen bereits erhebliche Unterschiede bei der Behandlung der Untergebrachten. Im Rahmen des Maßregelvollzugs nach einer strafrechtlichen Verurteilung ist eine Behandlung des Verurteilten nur in einem sehr engen Rahmen zulässig. Dies hat dazu geführt, daß viele Untergebrachte entmündigt werden, nur damit im Maßregelvollzug auch eine Zwangsbehandlung erfolgen kann.

Weiter wurde die Möglichkeit diskutiert, einen psychisch Kranken nach den Regeln der Geschäftsführung ohne Auftrag (§ 677 ff. BGB) zu behandeln.

Ergebnis der Diskussion war ein weitgehender Konsens dahingehend, daß eine Angleichung der verschiedenen gesetzlichen Regelungen anzustreben sei.

Die Arbeitsgruppe vertrat mehrheitlich die Auffassung, daß die gesetzlichen Regelungen zur Zwangsbehandlung anzugleichen seien, wobei die Regelungen beibehalten oder übernommen werden sollten, die einen hohen Verfahrensstandard und Rechtsschutz für den Betroffenen garantieren.

Als nächstes wurden die materiellen Voraussetzungen einer zukünftigen zivilrechtlichen Unterbringung (§ 1906 BtG-E) erörtert.

Einhellige Kritik wurde an dem Begriff der „notwendigen Heilbehandlung“ (§ 1906 Abs. 1 Nr. 2 BtG-E) geübt.

Der Begriff sei nicht ausreichend justitiabel.

Zu denken sei z. B. an die Formulierung einer sozialen Komponente: „eine Heilbehandlung, die zum Erhalt des vom Betroffenen gewünschten und gelebten Lebens und sozialen Umfeldes erforderlich ist.“

Es sei nicht zwingend notwendig, daß sich die materiellen Vorausset-

zungen der landesrechtlichen Unterbringungsgesetze und des § 1906 BtG-E unterscheiden. Auch die zivilrechtliche Unterbringung müsse sich an einem Gefahrbegriff orientieren. Eine teilweise oder sogar vollständige Überschneidung der verschiedenen Unterbringungsvoraussetzungen sei dadurch zu rechtfertigen, daß die Zielsetzung der beiden Unterbringungsarten unterschiedlich sei.

Die landesrechtlichen Unterbringungsgesetze würden eine Krisenintervention bezwecken, während die zivilrechtliche Unterbringung eine längerfristige Betreuung im Auge hätte.

In der weiteren Diskussion zu § 1906 BtG-E wurden folgende Auffassungen vertreten:

Die Nr. 2 des § 1906 BtG-E sei völlig zu streichen.

Eine Streichung dieser Eingriffsmöglichkeit müsse nicht bedeuten, daß einem Kranken Hilfe verweigert würde.

Bei genügend großer menschlicher Zuwendung brauche z. B. ein älterer Mensch nicht gegen seinen Willen in ein Altenheim gebracht zu werden.

Die Berufsgruppen, die mit psychisch auffälligen Menschen zu tun hätten, würden diese meist nur in der krankhaft veränderten Situation sehen. Wenn sie den Menschen auch aus gesunden Tagen kennen würden, würde z. B. der Psychopharmakaeinsatz wahrscheinlich viel restriktiver gehandhabt.

Man müsse davon ausgehen, daß die Psychopharmaka den Betroffenen nur daran hindern, den in ihm tobenden Konflikt nach draußen gelangen zu lassen.

Eine Zwangsbehandlung mit Chemie und Elektroschocks würde letztendlich die Verweigerung von menschlicher Hilfe bedeuten. Die Gesellschaft müsse mit einem kleinen Prozentsatz von unbehandelten psychisch auffälligen Menschen leben können.

Demgegenüber wurde von anderen Teilnehmern die Auffassung vertreten, die Nr. 2 des § 1906 BtG-E nicht zu streichen, sie aber erheblich in der Anwendung einzuengen.

Eine Behandlung nach Nr. 2 sei auf lebensnotwendige Heilmaßnahmen zu beschränken. Eine Behandlung der Krankheit, die Anlaß für die Unterbringung sei, müsse aus dem Tatbestand der Nr. 2 ausgenommen werden. Eine Zwangsbehandlung dürfe vor einer richterlichen Anhörung nur erfolgen, wenn akute Lebensgefahr bestehe. Auch die Bestimmung des § 1904 BtG-E müsse der vorgeschlagenen Einschränkung des § 1906 BtG-E angepaßt werden. Organisatorisch sei es sinnvoll, ähnlich wie in den Niederlanden der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus eine Zentralambulanz vorzuschalten. Nach den dortigen Erfahrungen könne die Zwangseinweisungsrate auf 60% reduziert werden. Aufgrund der abschließenden Diskussion wurden bei weitgehendem Konsens in der Arbeitsgruppe folgende Thesen formuliert und dem Plenum des Vormundschaftsgerichtstages vorgetragen:

## Thesen

1. Entsprechend dem Entwurf des Betreuungsgesetzes (BtG-E) wird eine Vereinheitlichung des Verfahrensrechts empfohlen, welches sich hinsichtlich des Verfahrensstandards an den fortschrittlichsten Regelungen der Bundesländer (z. B. Berlin) orientieren sollte.  
Das gilt insbesondere für die persönliche richterliche Anhörung vor jeder Unterbringungsentscheidung, die obligatorische Anwaltsbeordnung vor jeder Unterbringung und die Verkürzung der Unterbringungsfristen.
2. § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BtG-E wird wie folgt geändert:  
„Eine Unterbringung des Betreuten . . . ist nur zulässig . . . wenn eine zur Lebenserhaltung akut notwendige Behandlung, die sich nicht auf eine psychische Krankheit bezieht, ohne die Unterbringung des Betreuten nicht durchgeführt werden kann . . .“
3. Eine Zwangsbehandlung darf vor einer richterlichen Anhörung nur erfolgen, wenn sie zur Erhaltung des Lebens akut notwendig ist.  
Das Betreuungsrecht darf eine Zwangsbehandlung nicht weitergehend zulassen als dies im öffentlichen Recht bei den Unterbringungen nach Landesgesetzen und im Maßregelvollzug der Fall ist.  
Ein Kranker darf nicht schlechter gestellt sein als ein Straftäter. – Daher muß man von einer Gesundheitsvermutung für den Kranken analog zu der Unschuldvermutung für den Angeklagten sprechen.
4. Nach Abschluß der Behandlung muß dem Betroffenen das Recht auf vollständige Akteneinsicht gewährt werden.
5. Die Regelung des § 70 g Abs. I BtG-E in Verbindung mit § 69 a Abs. I Satz 2 BtG-E, wonach von der Bekanntmachung der Entscheidungsgründe an den Betroffenen abgesehen werden kann, wenn dies nach ärztlichem Zeugnis wegen erheblicher Nachteile für seine Gesundheit erforderlich ist, ist zugunsten des Informationsrechts des Betroffenen zu präzisieren.  
Z. B. sollte die Nichtaushändigung von ärztlichen Gutachten an den Betroffenen restriktiv gehandhabt werden.
6. Der behandelnde Arzt darf nicht Sachverständiger im Verfahren sein (vgl. § 70 e BtG-E).  
Wird er von der Schweigepflicht entbunden, kann er als sachverständiger Zeuge gehört werden.

## THESEN

Rechtsanwalt Dr. Rolf Marschner, München

### Thesen zur Praxis und Reform des Unterbringungsrechts

1. Vorrangiges Ziel jeder Reform des Unterbringungsrechts muß die Senkung der Unterbringungszahlen sein. Alle weiteren Fragestellungen, insbesondere die sachgerechte Abgrenzung von zivilrechtlicher und öffentlich-rechtlicher Unterbringung, haben sich dem Ziel unterzuordnen. Aufgrund bestehender Umgehungstendenzen ist als Zwangseinweisungsrate die Gesamtzahl der zivil- und öffentlich-rechtlichen Unterbringungen im Auge zu behalten.
2. Feststellbar ist ein Anstieg der Unterbringungszahlen (ZE-Rate) im vorgenannten Sinn. Dazu tragen sowohl die in den Schwerpunkten regional unterschiedliche Tendenz von der öffentlich-rechtlichen zur zivilrechtlichen Unterbringung als auch der Anstieg der Unterbringungszahlen in den Bundesländern mit reformierten Unterbringungsgesetzen/Psychischkrankengesetzen bei. In Bayern, in dem kein Psychischkrankengesetz erlassen wurde, ist der Trend zur zivilrechtlichen Unterbringung vorrangig. Baden-Württemberg liegt außerhalb jeden Trends.
3. Die durch die Reformphase des öffentlichen Unterbringungsrechtes eingeleitete Schwellenerniedrigung läßt sich materiell-rechtlich anhand der geänderten Unterbringungs Voraussetzungen nachvollziehen. Dies betrifft insbesondere den Übergang vom juristischen zum medizinischen Krankheitsbegriff und die Abkehr vom Begriff der konkreten Gefahr. Damit verbunden ist eine Verschiebung der Entscheidungsgewalt von der juristischen (Richter) auf die medizinisch-psychiatrische Instanz (Gutachter). Wo die materiell-rechtliche Verlagerung nicht innerhalb des öffentlich-rechtlichen Unterbringungsrechtes stattfand, vollzog sie sich durch den Übergang von der öffentlich-rechtlichen zur zivilrechtlichen Unterbringung (Bayern, evtl. auch NRW). Hessen ist diesem Trend, soweit ersichtlich, nicht gefolgt.
4. Die auch vom BtG-E erkannte Umgehungsproblematik im Bereich des Unterbringungsrechtes ist nicht nur eine Frage des Verfahrensrechtes, sondern auch eine Frage des materiellen und des Vollzugsrechtes.
5. Ein für die zivilrechtliche und öffentlich-rechtliche Unterbringung einheitliches Verfahrensrecht muß sich hinsichtlich des Verfahrens-

standards an den fortschrittlichsten Regelungen der Bundesländer, insbesondere am Berliner Gesetz für psychisch Kranke orientieren. Von zentraler Bedeutung für das Verhindern von Umgehungsstendenzen ist die Beibehaltung des § 1908 e Satz 2 BtG-E, der die vorläufige Unterbringung im Sinn einer Krisenintervention allein dem öffentlichen Unterbringungsrecht zuweist.

6. Die Regelung der materiell-rechtlichen Voraussetzungen der zivilrechtlichen Unterbringung in § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BtG-E ist unzureichend. Sie wird weder der Forderung gerecht, auch auf materiell-rechtlicher Ebene die Tendenz zur zivilrechtlichen Unterbringung zu verhindern, noch der Notwendigkeit, daß es sich bei den Unterbringungsvoraussetzungen um Rechtsbegriffe handeln sollte, die der Entscheidung des Richters unterliegen. Die erforderliche Neuabgrenzung zwischen zivilrechtlicher und öffentlich-rechtlicher Unterbringung im Bereich der Selbstgefährdung kann nicht auf der Tatbestandsebene erfolgen mit der Folge, daß die Voraussetzungen der zivilrechtlichen Unterbringung weiter sind. Dies ist aufgrund der verfassungsrechtlich gebotenen Güterabwägung unzulässig. Eine Abgrenzung kann sich nur vom Interesse des Betroffenen her an einer längerfristigen Betreuung ergeben. Auch aus diesem Grund ist die zivilrechtliche Unterbringung vor Bestellung eines Betreuers für unzulässig zu erklären.
7. Entgegen § 70 BtG-E ist die gerichtliche Kontrolle von Vollzugsmaßnahmen bei öffentlich-rechtlicher und zivilrechtlicher Unterbringung vorzusehen. Auch bei der zivilrechtlichen Unterbringung durch den Betreuer steht die Freiheitsentziehung im Vordergrund. Die Behandlungsregelungen im öffentlichen Unterbringungsrecht und im BtG-E sind aufeinander abzustimmen. Zwangsbehandlungsmaßnahmen sind nur zulässig, wenn sie unaufschiebbar sind (s. Bayern und Berlin). Bei den Vollzugsregelungen ist zu berücksichtigen, daß die Verrechtlichung des Vollzuges im öffentlich-rechtlichen Unterbringungsrecht nicht in jedem Fall zu einer Verbesserung der Rechte der Betroffenen geführt hat.
8. Die Beteiligung der Gesundheitsämter bzw. sozialpsychiatrischen Dienste an ordnungsrechtlichen Aufgaben erweitert die soziale Kontrolle und ist mitursächlich für das Ansteigen der Unterbringungszahlen. Jede Verknüpfung von ordnungsrechtlichen und sozialrechtlichen Aufgabenstellungen ist ebenso abzulehnen wie die Privatisierung hoheitlicher Aufgaben.
9. Psychiatrische Gutachten als Grundlage der Unterbringungsentscheidung sind unzureichend. Die Professionen der Sachverständigen sind zu erweitern. § 68 b BtG-E muß auch im Unterbringungs-

recht Anwendung finden. Das Gutachten hat zu vorrangigen ambulanten Behandlungsmöglichkeiten Stellung zu nehmen. Sozialwissenschaftliche Erkenntnisse sind einzubeziehen. Der Vorstellung einer generellen Gefährlichkeit psychisch Kranker oder der vermeintlichen Bedeutung einer fehlenden Krankheitseinsicht ist entgegenzuwirken. Auch bei der Prüfung der natürlichen Einwilligung kommt es auf eine Prognosebeurteilung im Sinn einer Güterabwägung an.

10. Eine Verbesserung der Stellung der Betroffenen ist nur durch die ausdrückliche Regelung von Patientenrechten gewährleistet. Die beobachtbare Praxis eines Unterbringungsverfahrens, in dem der Betroffene als Person kaum wahrgenommen wird, kann nur durch einen hohen obligatorischen Verfahrensstandard verändert werden. Die tatsächlichen Bedingungen der Rechtswahrnehmung im Unterbringungsverfahren sind zu verbessern. Hier – wie in anderen Bereichen des Unterbringungsrechts – wäre eine Rechtstatsachenforschung von großer Bedeutung.

## *Selbstbestimmungsrecht oder therapeutische Gewalt im Betreuungsgesetz*

### *Zusammenfassung*

Aufgrund der extrem schädlichen Wirkung moderner psychiatrischer Maßnahmen (Elektroschock, Neuropsychopharmaka) muß ein neues Betreuungsgesetz (BtG) das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen über ihre eigene körperliche Unversehrtheit in den Vordergrund stellen und schützen. Dabei sollten wir es vermeiden, uns von realitätsfremden Wunschbildern leiten zu lassen; bestehenden Tatsachen sollten wir Rechnung tragen. Die hierzulande angewendete Zwangsbehandlung widerspricht der Würde des Menschen; dieselbe Behandlung wird auf der einen Seite in Krankenhäusern ausgeübt, in psychiatrischen Anstalten, Kinder- und Altenheimen, auf der anderen Seite mit denselben chemischen Mitteln – in der Tiermedizin, hier zur Ruhigstellung von Tieren während Transporten oder Ausstellungen. Echte menschliche Hilfeleistung in psychischen und sozialen Notlagen kann nicht mit psychiatrisch-medizinischen Maßnahmen auf Grundlage entrechtender Eingriffe geleistet werden, sondern nur in Anerkennung des – Diagnose-unabhängigen – Selbstbestimmungsrechts, unter Wahrung der Würde des Menschen und in Form von psychischem und sozialem Beistand. Es gilt, auch im Betreuungsgesetz das Recht auf Psychopharmaka-freie Hilfe durchzusetzen.

### *I. Rechte von Psychiatrie-Betroffenen*

Als zentrales Recht von Psychiatrie-Betroffenen, stehen sie unter Pflugschaft oder nicht, ist das in der Verfassung garantierte Recht auf körperliche Unversehrtheit zu betrachten. Sind auch andere Rechte wie z. B. Recht auf Freiheit, auf freie Entfaltung der Persönlichkeit usw. während psychiatrischer Anstaltsunterbringung (oder Aufenthalt in Pflegeheimen) außer Kraft gesetzt, so steht doch das genannte Recht auf körperliche Unversehrtheit im Vordergrund: Die moderne psychiatrische Behandlung (Elektroschock, Neuropsychopharmaka) zeigt sich bei näherer Betrachtung als eine mit schweren Risiken für Gesundheit und Leben behaftete Körperverletzung; psychiatrische Maßnahmen können zu bleibenden, mitunter tödlichen Schäden führen. Auch wenn diese Schäden oft als Neben-Wirkungen abgetan werden, so stellen sie für Psychiatrie-Betroffene doch die zentrale Rechtsbeschneidung und Demütigung dar. Darüber hinaus heißt Psychopharmaka- oder

Elektroschock-Behandlung im Regelfall Vorenthaltung menschlich-unterstützender und therapeutischer Maßnahmen.

### *II. Gefährlichkeit psychiatrischer Eingriffe*

Daß psychiatrische Maßnahmen gefährlich sein können, geht schon aus dem Wortlaut des Berliner Gesetzes für psychisch Kranke von 1985 hervor, wo in § 30, Abs. 3 die Rede ist von „ärztlichen Eingriffen und Behandlungsverfahren, die mit Lebensgefahr oder einer erheblichen Gefahr für die Gesundheit verbunden sind“. Die Praxis in Berlin ist: Stimmen Untergebrachte riskanten psychiatrischen Maßnahmen zu, gilt diese Zustimmung als wirksam. Lehnen sie dieselben Maßnahmen ab, so gilt die Ablehnung als uneinsichtig, und ein eingesetzter Pfleger übergeht im Regelfall die Willensäußerung des Betroffenen; die Maßnahme wird vollzogen.

Über die Gefährlichkeit psychiatrischer Maßnahmen wie Elektroschock und sogenannter antipsychotischer Medikamente, der Neuroleptika, liegt mittlerweile eine Reihe äußerst beunruhigender Literatur vor; Mediziner, Psychiater und Betroffene schreiben von schweren körperlichen, geistigen und psychischen Folgeschäden sowohl des – sogar in letzter Zeit vermehrt angewendeten – Elektroschocks als auch der Neuroleptika; mit diesen chemischen Mitteln behandelt werden ca. 95% der psychiatrisch Untergebrachten sowie in steigender Zahl in Altenheimen Menschen mit störender und unbequemer Lebens- und Sinnesweise.

Der deutsche Psychiater Dörner beschreibt die von ihm und seiner Kollegenschaft praktizierte moderne psychiatrische Behandlung wie folgt: „Wir verwandeln den seelisch leidenden vorübergehend in einen hirnnorganisch kranken Menschen, bei der EKT (Elektrokrampf-Therapie, d. A.) nur globaler, dafür kürzer als bei der Pharmakotherapie.“ (Dörner/Plog 1984, S. 537.) Bei der Kritik des Elektroschocks (wie auch bei der Kritik der Neuroleptika) ist in Erinnerung zu behalten, daß die psychiatrische Diagnosenstellung sowohl von Psychiatern selbst (Szasz 1982) als auch von Sozialwissenschaftlern (Sarbin/Mancuso 1982; Hill 1983) als willkürlich, unwissenschaftlich und letztlich zufällig kritisiert wird. Dörner, selbst den Elektroschock lehrend, gibt (unfreiwillig) preis, daß sein Einsatz nicht von wissenschaftlich gesicherter Diagnosenstellung abhängt, sondern von menschlich-therapeutischen Fähigkeiten – und somit auch Unfähigkeiten – des Anwenders; er bezeichnet eine mögliche Indikation wie folgt: „bei sehr qualvoll erlebten akuten schizophrenen oder depressiven Krisen, wenn ich als Therapeut unfähig zu einer ausreichend wirksamen therapeutischen Beziehung und pharmakotherapeutischen Hilfe bin.“ (Dörner/Plog 1984, S. 538.)

Über die hirnschädigende Wirkung des Elektroschocks klärt der amerikanische Psychiater Breggin anschaulich und leicht verständlich auf. Er stellt die Zerstörungen der Nervenzellen in den Mittelpunkt seiner Kritik; diese kommen durch die epileptischen (Grand mal-)Anfälle zustande, die Hauptwirkung der Stromstöße gegen das Gehirn (Breggin 1980). Aber auch die psychischen und geistigen Folgeschäden bringt Breggin eindrucksvoll in Erinnerung, wenn er etwa den (an die sogenannte Gehirnwäsche erinnernden) therapeutischen Ansatz zweier Kollegen kritisiert, die in Kollegenkreisen das Prinzip eines erfolgreichen Elektroschocks exemplarisch wie folgt preisgeben: „Nach unserer Ansicht war die Regression des Patienten ausreichend fortgeschritten, wenn er einnäste und einkotete und sich wie ein 4-jähriges Kind verhielt bzw. so sprach. Diese Patienten waren verwirrt, konnten sich nicht um ihre persönlichen Belange kümmern und nahmen ab, obwohl sie aßen – in einigen Fällen die übliche Menge. Häufig mußten sie gefüttert werden ... Manchmal klingen die Verwirrheitszustände schnell wieder ab. Die Patienten verhalten sich dann, als wären sie aus einem Traum erwacht. Ihr Gemüt wirkt wie ein unbeschriebenes Blatt, auf dem wir nun schreiben können. Im allgemeinen sind sie kooperativ und sehr leicht zu beeinflussen und damit offener für Psychotherapie.“ (Zitiert nach Breggin 1980, S. 191.)

Der Autor dieses Artikels stellt in dem Buch „Der chemische Knebel – Warum Psychiater Neuroleptika verabreichen“ psychiatrische Publikationen über die Neuroleptika-Behandlung zusammen und sieht deren Wirkungsweise charakterisiert als (Lebensvorgänge hemmende) Verringerung der Sauerstoffaufnahme des Hirngewebes, als künstliche Herstellung einer Parkinsonkrankheit (aufgrund der Blockade des Dopamin-Stoffwechsels), als Beeinträchtigung der Hirnanhangdrüse und somit des gesamten Hormonsystems sowie als Schaffung eines hirnlökalen Psychosyndroms (Lehmann 1986, S. 83 ff.). Damit übereinstimmend, wenn auch mit anderer Bewertung, spricht der Schweizer Psychiater Walther-Büel die Tatsache aus, daß Neuroleptika keine harmlosen, glücklich und froh machenden Glückspillen sind, sondern Substanzen, die eine erhebliche Beeinträchtigung des Zentralnervensystems mit sich bringen: „Die neuroplegisch (neuroleptisch, d. A.) wirkenden Substanzen an sich erzeugen ein Zustandsbild (Schlafsucht, Apathie, Stumpfheit, später eventuell Rastlosigkeit ...), das als hirnlökalen Psychosyndrom bzw. in der Regel als Stammhirnsyndrom anzusprechen ist ... Daß die Erzeugung eines solchen (neben der Schockwirkung) einen praktisch-therapeutischen Nutzen haben kann, haben wir durch die Erfahrung mit der Leukotomie (operative Durchtrennung der Stirnhirn-Thalamus-Nervenbahnen, d. A.) gelernt ... Nicht zu Unrecht sprechen französische Autoren von einer pharmakologischen Lobotomie.“ (Walther-Büel 1955, S. 292 f.) In einem neueren

Aufsatz faßt der Autor seine anhand psychiatrischer Veröffentlichungen und Herstellerinformationen gemachten Angaben zu den schädlichen Auswirkungen (Neben-Wirkungen) der Neuroleptika zusammen: 90% aller Behandelten leiden unter atrophischen, d. h. eine Schrumpfung des Gehirns beinhaltenden Zuständen; 90% Bewegungsstörungen, häufig irreversibler Art; 30% Fieberanfälle; bis zu 100% krankhafte EKG-Veränderungen; 50% Zahnfleischentzündungen, oft mit Zahnausfall verbunden; (bei fortdauernder Behandlung) 80% Lebererkrankungen; 40% Diabetes; 43% Fettleibigkeit; Sterilität, Ausbleiben der Menstruation, Impotenz; Farbstoffablagerungen im Auge und im Herzmuskel; signifikant erhöhte Zahl von Chromosomenbrüchen und -rissen, die zu Mutationen führen; seelische Abstumpfung („Zombie-Effekt“), Willenlosigkeit, Verzweiflungszustände mit Selbstmordgefahr, Verwirrtheit und Delir; Geschwulstbildungen in der Brust; alle bekanntgewordenen Neuroleptika-Schäden incl. tödlicher Komplikationen traten bei allen, auch den sogenannten schwachpotenten Neuroleptika auf, auch schon nach kurzer Dauer, auch bei geringer Dosis (Lehmann 1988 a).

In den letzten Jahren werden nun vermehrt Stimmen von Sozialwissenschaftlern, Medizinern und Psychiatern laut, die die nonchalante Haltung ihrer Kollegen zu den unübersehbaren Schäden der Neuroleptika kritisieren (Breggin 1984; Rufer 1988), die Therapiefähigkeit („emotionale Panzerung“) unter Neuroleptika (Stöckle 1983; Martenson 1987) sowie die Behauptung der frühzeitigeren Anstaltsentlassung aufgrund der Neuroleptika-Behandlung (Scull 1980) als Mythos enthüllen, die Überlegenheit von Placebos über Neuroleptika hinsichtlich Rückfallvermeidung aufzeigen (Perry 1977) sowie ein Unterlassen der Zwangsbehandlung mit Neuroleptika (Benedetti 1988), ja gar das Verbot der Neuroleptika-Anwendung überhaupt fordern (vgl. Dukes 1986). Beim Jubiläumssymposium „10 Jahre Sozialpsychiatrische Universitätsklinik“ in Bern im September 1988 wies der Autor auf den Zynismus hin, daß auf der einen Seite z. B. von Amnesty international die Neuroleptika-Behandlung von Dissidenten in totalitären Staaten als Folter angeprangert wird und daß im veterinär-medizinischen Bereich Neuroleptika ihren Einsatz finden zur Ruhigstellung aggressiver Schweine und Ziegen oder widersetzlicher und unleidlicher Zootiere etwa beim Beschlagen, Scheren oder bei Ausstellungen und zur Ausschaltung natürlicher Abwehrbewegungen bei diagnostischen und therapeutischen Eingriffen an Pferden, Rindern und Hunden; auf der anderen Seite werden in westlichen psychiatrischen Einrichtungen Menschen routinemäßig mit denselben Mitteln therapeutisch behandelt (Lehmann 1988 b; Petrusch 1987). Zuletzt soll noch einmal betont sein, daß alle Wirkungen und Schäden prinzipiell dosisunabhängig und auch schon nach kurzer Anwendungszeit unter sämtlichen Neuroleptika auftreten

können; eine Tatsache, die selbst aus den etwas ehrlicheren amerikanischen Hersteller-Anzeigen zu entnehmen ist (Mc Neil Pharmaceutical 1988).

### III. Reform-Irrwege

Verkleinerung von Anstalten gilt als ein Mittel zur Lösung der Psychiatriefrage. Italienische Psychiater verlagern gar die Behandlung mit Neuroleptika bis hin in die Wohnungen (Lehmann 1986, S. 361 f.), ohne allerdings das Prinzip der Behandlung, die Anwendung von Neuroleptika, zu verändern; im Gegenteil: Zumeist werden die befreiten Patienten nun gemeindenah mit Langzeitpräparaten weiterbehandelt, wie der italienische Psychiater Valdesalici 1984 auf einer Tagung in Berlin berichtete (Valdesalici 1984). Bei einem Besuch in Triest 1988, wo der Initiator der demokratischen Psychiatrie, Franco Basaglia, wirkte, machte sich der Autor selbst ein Bild von der Situation und fand Berichte der Schweizer Psychiaterin Ernst bestätigt, wonach die Klienten der neuen gemeindenahen psychiatrischen Ambulatorien massiv mit Neuroleptika behandelt werden (Ernst 1981). 1986 veröffentlichten Ernst/Ernst identische Beobachtungen in der wohlhabenden italienischen Provinz Lombardei, wonach sich die Situation der Psychiatrie (die Art der Psychopharmaka-Behandlung, die Dosierung und die hohe Wiederweisungsraten) in den neuen Ambulatorien nicht unterscheidet von der Situation in der Schweiz – mit einer Ausnahme; sie schreiben: „In einer Hinsicht sind die lombardischen Ambulatorien aktiver als die schweizerischen: sie führen in weit höherem Maß Hausbesuche durch. 1984 wurde in der Lombardei ein Viertel der Behandelten zu Hause aufgesucht, der einzelne Kranke im Mittel neunmal. Vor allem Schwestern und Pfleger gehen in die Familien der Patienten. Dabei handelt es sich am häufigsten um jüngere chronische Schizophrene, welche mit einem Depotneuroleptikum behandelt werden. Die Hausbesuche sichern eine kontinuierliche Medikation ...“ (Ernst/Ernst 1986).

Andere Sektorisierungen der Psychiatrie wie z. B. das Modell Wien haben ähnliche Erfolge: Der Hauptzweck dieser Reform ist die nahezu 100%ige Sicherstellung der Neuroleptika-Weiterbehandlung nach der Anstaltsentlassung, was durch gutorganisierte Registrierung, Beeinflussung und Hausbesuche auch gelingt (siehe Lehmann 1986, S. 318 f., 346). Psychiatrische Hausbesuche sind auch das Konzept der Hannoveraner Reformbemühungen, doch jüngste Veröffentlichungen zeigen, daß 87,6% der Hausbesuche nicht auf Veranlassung der Betroffenen, sondern gegen deren Willen und oft genug auf Initiative von Nachbarn, Polizei, Sozialamt, Vermieter, Hauswart und anderen gerade in psychischen Ausnahmezuständen angsteinflößenden Instanzen der Obrigkeit zustandekommen (Stoffels 1988).

Verlagerung von Behandlung in gemeindenahe Einrichtungen wie

sogenannte Therapeutische Wohngemeinschaften oder Übergangswohnheime sowie Gründung sogenannter Selbsthilfefirmen sind andere Lösungsversuche der Psychiatriefrage. Internes aus dem Modell Auflösung der Bremer Anstalt Kloster Blankenburg geht aus einem jüngst veröffentlichten Interview mit einem Betreuer einer Wohngemeinschaft hervor, in die ehemalige Anstaltsinsassen umgelagert werden. Auf die Frage, wie er auf Absetz-Wünsche der Bewohner reagiert, antwortet der Mitarbeiter Josef, daß – wie in der Anstalt – einmal mehr der Wille der Betroffenen nicht entscheidend ist: „Wir mußten überhaupt erst einmal herausfinden, was bei den Einzelnen genau anliegt. Da haben wir dann manchmal noch mehr abgesetzt, aber manchmal, wenn wir gesehen haben, der ist zu depressiv, dem geht es so schlecht, wir können das eigentlich nicht verantworten, haben wir uns auch entschieden, dem wieder etwas mehr zu geben.“ (Crone u. a. 1988, S. 74.) Enthüllende Einblicke über die Situation von Übergangswohnheimen gibt Cierpka, selbst eine Betroffene, nachdem sie nach einem Selbstmordversuch unter Einfluß des Neuroleptikums Flupentixol (Fluanxol) den Glauben an psychiatrisch-psychopharmakologische Hilfeleistung verloren hat; sie schreibt über ihre gemeindepsychiatrischen Wahrnehmungen: „Die Eindrücke, die ich in dieser Zeit gesammelt habe, verdichten sich zu einem schaurigen Bild. Da gibt es Menschen, die man nur still auf einem Stuhl sitzen sieht, und die über den ganzen Tag einen Haufen Zigarettenkippen vor sich auftürmen und ansonsten keine Lebensregung zeigen. Auf Nachfrage habe ich erfahren, daß diese Leute seit Jahren Neuroleptika verabreicht bekommen und Dauerinsassen in der Psychiatrie sind. Oder der junge Mann, den ich in einem der Wohnheime kennengelernt habe. Der saß den ganzen Tag in einem verdunkelten Zimmer, seit Jahren, ohne auf die Straße zu gehen. Sicher, diese Leute sind unauffällig und sie sind bequem zu betreuen.“ (Cierpka 1988.) Um die vielen unter Langzeitpräparaten stehenden Neuroleptika-Betroffenen von der Straße zu holen, unter Aufsicht zu bekommen und an (ihrer Neuroleptika-bedingten Behinderung angemessenen) Arbeitsplätzen halten zu können, erfanden reformfreudige Sozialpsychiater das Konzept der Selbsthilfefirmen: Unter Kontrolle ansonsten arbeitsloser, von Skrupeln nicht behinderter Akademiker machen sogenannte Langzeitkranke einfache, niedere Arbeiten bei geringer Entlohnung (Lehmann 1986, S. 367).

Wie schon aus anderen Berichten über das Hannoveraner Modell des psychiatrischen Krisendienstes bekannt (Lehmann 1986, S. 358), sind ambulante Psychiatrie und ambulante Neuroleptika-Verabreichung nicht zu trennen. Darüber hinaus geht, wie Hamburger Erfahrungen gezeigt haben, ein mobiler psychiatrischer Krisendienst einher mit einem Ansteigen der Unterbringungszahlen. Die Schwelle zur Psychiatriesierung sinkt. Bedenken wir, daß im Ausland bereits Gesetze diskutiert

werden, die eine ambulante Zwangsbehandlung erlauben, wie derzeit in Großbritannien der Fall (Gliniecki 1988), so sollten es ehrlich an den Interessen von Betroffenen orientierte Menschen unterlassen, eine Ausweitung der Psychiatrie, Stellenvermehrung und Schaffung von – gar möglicherweise mit Zwangscharakter ausgestatteten – Krisenapparaten zu fordern. Geradezu als unmoralisch ist das Vorgehen vieler Psychiater zu nennen, die auf die Kritik an der deutlich unzureichenden psychiatrischen Behandlung mit der Forderung nach noch mehr Stellen kontern; Neuroleptika würden nur aus Gründen eines Pflegenotstandes eingesetzt, um Untergebrachte zu dämpfen und auf überfüllten Stationen halten zu können. Daß auf anderer Seite in den eigenen Fachzeitschriften Neuroleptika als adäquate Mittel der ersten Wahl bei psychischen Ausnahmezuständen (Störungen), als segensreiche Medikamente, als Erweiterung des Arzneimittelschatzes hochgelobt werden, stört offenbar niemanden. Aus eigener Beratungstätigkeit in einem Berliner (senatsgeförderten) Selbsthilfeprojekt, die auch die Beratung frustrierter psychiatrisch Tätiger einschließt, kennt der Autor zur Genüge Fälle, in denen gutwillige psychiatrisch Tätige zum Teil mit disziplinarischen Maßnahmen in ihren Versuchen gehindert wurden, auf einer menschlichen Ebene, d. h. mit Gesprächsangeboten Kontakt zu den Behandelten aufzunehmen. Ein international derzeit hochbewertetes Projekt, Soteria (Bern), zeigt in deprimierender Weise, wie sehr Psychiater auch unter günstigsten äußeren Voraussetzungen auf den Einsatz ihrer Neuroleptika fixiert sind: Die Behandlung in einer kleindimensionierten und gemeindenahen, als reizarm und offen deklarierten psychiatrischen Einrichtung gilt als gescheitert, wenn der (die ersten sechs Wochen) ohne Neuroleptika Behandelte zwar in seinem psychopathologischen Zustand gebessert ist, sich aber der dann einsetzenden, als rückfallverhütend ausgegebenen Neuroleptika-Langzeitbehandlung entziehen will (Ciompi/Bernasconi 1986).

Eine Ausweitung von Finanzmitteln für eine Psychiatrie, die sich im Wesen (Zwangscharakter, elektro- und chemotechnische Behandlung statt Verständnis, Geduld und Mitmenschlichkeit) nicht ändern will, muß als kontraindiziert angesehen werden (Stöckle/Lehmann 1985). Szasz, selbst Psychiater, bringt die Kritik an der Reformpsychiatrie auf den Punkt: „Ich bin sehr pessimistisch. Ich bin nicht völlig dagegen, denn verglichen mit der Anstalt, die ein Gefängnis, ein Zuchthaus, ein KZ ist, ist es schon etwas netter, die Leute herauszulassen. Aber es ist nicht viel netter, wenn der Gefängniswärter nachkommt. Ich würde es vergleichen mit einem Gefangenen hinter Gittern und einem, der Bewährung hat. Das Schlimmste an der Gemeinde-Psychiatrie – bezogen auf Amerika, wo ich mich sehr gut auskenne – ist, daß sie alle Charakteristika der Psychiatrie wieder aufgreift, wie sie seit Menschengedenken bestehen.“ (Szasz 1980, S. 1438.)

#### IV. Lösung von Betreuungs- und Psychiatrie-Frage

Gerade bei einer Diskussion um Reform von Gesetzen wie dem Betreuungsgesetz gibt es ausreichend Gelegenheit, ernsthaft zu beginnen, an einer Verbesserung der Situation möglicher Psychiatrie-Betroffener zu arbeiten. Verbesserung der Rechtsstellung, Aufklärung über Gefahren moderner psychiatrischer Behandlungsmaßnahmen, Unterstützung individueller sozialer Rehabilitationsmaßnahmen sowie finanzielle Förderung psychiatrieunabhängiger Selbsthilfe- und Therapie-Projekte bei schrittweiser Reduzierung von Finanzmitteln von auf psychopharmakologischer (und Elektroschock-)Basis arbeitender Anstalts- und gemeindenaher Psychiatrie sind hierbei die Schlüsselbegriffe zu einer Humanisierung der Lage der Psychiatrie-Betroffenen und somit zur Lösung der Psychiatrie-Frage.

Die Verbesserung der Rechtsstellung darf die Anerkennung von Menschenrechten (Selbstbestimmungsrecht, Recht auf körperliche Unversehrtheit) nicht von psychiatrischen Diagnosen abhängig machen. Dies um so mehr, wo selbst die Gefahr einer zwangsweisen Leukotomie (Lobotomie) noch nicht gebannt ist; so wird derzeit in Amsterdam (Niederlande) eine spezielle Klein-Klinik für diese Form psychiatrischer Behandlung gebaut: für sogenannte Therapie-resistente Schizophrenie. Gelten Menschenrechte als unteilbar, so sind sie auch Pflugschafsbefohlenen und anderen Psychiatrie-Betroffenen ohne Einschränkung zu gewähren. Die Verbesserung der Rechtsstellung schließt ein, daß die Gültigkeit von Voraussetzungen wie dem Patiententestament oder dem neu entwickelten Psychiatrischen Testament (Szasz/Rolshoven 1987) sowie das Recht auf Einsicht in die (die eigene Person betreffenden) psychiatrischen Akten (Lehmann 1988 c) ausdrücklich anerkannt werden – und zwar als Rechtsgüter, die unabhängig von medizinischen Theorien und psychiatrischen Glaubensrichtungen bestehen. Grundsätzlich dürfen psychiatrisch Untergebrachte rechtlich nicht mehr schlechter gestellt sein als Straftäter – gleichgültig auf welcher Rechtsgrundlage die Unterbringung erfolgte. Entsprechend der strafrechtlichen Unschuldsvermutung könnte eine Gesundheitsvermutung einen Beitrag zur Einführung bzw. Festigung eines Rechtsschutzes für Pflugschafsbefohlene und andere psychiatrisch Untergebrachte leisten. Ebenso sollte es eine Selbstverständlichkeit sein, vor der richterlichen Feststellung über die Berechtigung einer psychiatrischen Unterbringung die Behandlung mit den gefährlichen und persönlichkeitsverändernden neurotoxischen Psychodrogen zu unterlassen; ein juristisches Verbot muß Grundlage dieses überfälligen Rechtsschutzes werden. Gefährliche Behandlungsmaßnahmen wie Neuroleptika sowie Schockanwendungen von der Art des Elektroschocks dürfen auf keinen Fall gegen den Willen der Betroffenen vollzogen werden, stehen sie unter Pflugschaf oder nicht (Mazenauer 1986; Mazenauer 1987).

Wenn sich selbst der Weltverband für Psychiatrie, dem die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde angeschlossen ist, in der Deklaration von Hawaii gegen eine Zwangsbehandlung von Personen ausgesprochen hat, solange sie noch zu klaren Willensäußerungen (und somit zur Ablehnung, d. A.) fähig sind (Weltverband für Psychiatrie 1977), so sollte diese einschränkende Haltung zur Zwangsbehandlung bei Gesetzesreformen nicht unberücksichtigt bleiben.

Der ärztliche Behandlungsgrundsatz: Nil nocere! (Nicht schaden!) muß wieder Gültigkeit erlangen. Neuroleptika- und Elektroschock-Schäden dürfen nicht weiterhin vertuscht, sondern müssen in den Mittelpunkt der Diskussion gestellt werden. Gesetzliche Regelungen finden nicht im luftleeren Raum statt, sondern haben im Regelfall – bezogen auf die im Betreuungsgesetz vorgesehene Zuführung zur ärztlichen Behandlung – den Einsatz von Neuroleptika und Elektroschocks zur Folge, soweit die Behandlungsmaßnahmen im Bereich der Psychiatrie stattfinden. Als Experten auf dem Gebiet der Aufklärung über Schäden psychiatrischer Behandlung sind, was die Erfahrung lehrt, vornehmlich Betroffene anzusehen, wenn auch zunehmend – wie ausgeführt – Kritik aus den eigenen Reihen der Behandler erfolgt. Daß es auch Psychiatrie-Betroffene geben mag, die bei sich die Anwendung bestimmter psychiatrischer Maßnahmen gutheißen, darf nicht davon abhalten, die Position der Betroffenen insgesamt zu stärken; die Rechte Behandlungswilliger sind ausreichend abgedeckt. Sofern es bereits zur Selbstorganisation von Betroffenen juristischer, medizinischer und psychiatrischer Eingriffe (Graue Panther, Irren-Offensive e. V.) gekommen ist, muß diesen wertvollen, wenn auch sicher (und hoffentlich) unbenommen Organisationen Gelegenheit gegeben werden, bei Weiterbildungsmaßnahmen aller Art aktiv und gestaltend mitzuwirken; nur so kann Verständnis für die Probleme, Wünsche und Nöte von Betroffenen entstehen (Lehmann u. a. 1987).

Daß die Forderung nach noch mehr Geld, noch mehr Psychiatrisierung mit Reform im Sinne von Verbesserung der Situation von Psychiatrie-Betroffenen nichts gemein hat, geht aus allem hervor, was bisher gesagt wurde. Höhere Finanzmittel für dieselbe unzureichende, ja schädliche psychopharmakologisch-biologisch orientierte Psychiatrie bedeuten steigenden Finanzbedarf, vermehrte körperliche und soziale Folgeschäden. Höhere Finanzmittel für diese Psychiatrie bedeuten auch Vorenthaltung finanzieller Mittel für sinnvolle alternative, innovative echte Reformmodelle und verstellen geradezu den Blick auf deren notwendige Förderung (Lehmann 1986, S. 387 ff.) Mit der stufenweisen Reduzierung von Finanzmitteln kann der überfällige Ausstieg aus der psychopharmakologisch-biologisch orientierten Psychiatrie begonnen werden. Die freiwerdenden Gelder werden dabei benötigt, um einerseits den freikommenden Anstaltsinsassen und -insassinnen befriedigen-

de Lebensverhältnisse (Wohnraum ohne therapeutischen Zwang, Arbeitsmöglichkeiten in selbstverwalteten Kooperativen, Starthilfe und Wiedergutmachung für die erlittene Behandlung, Entgiftungs- und Kurmaßnahmen) zu finanzieren sowie andererseits unter Kontrolle Betroffener und deren Vertrauenspersonen Institutionen echter menschlicher Hilfeleistung zu schaffen; Weglaufhäuser, Krisenwohnraum, Kommunikationszentren mit therapeutischen Angeboten, ohne Registration und ohne Zwangsmaßnahmen; kurzum Institutionen der Unterstützung, in die Menschen nicht mit Polizeigewalt hingeschleppt zu werden brauchen, sondern zu denen sie auch in aufgewühlten oder verwirrten Zuständen vertrauensvoll und angstfrei hingehen können. Mögen diese Forderungen nach einem Recht auf Psychopharmaka-freie Hilfe und nach Schaffung und Finanzierung der entsprechenden Einrichtungen auf den ersten Blick utopisch erscheinen: Möchten Sie als ausgerasteter oder depressiver oder vielleicht als alter, wehrloser störender Mensch keine andere Wahl haben, als mit Elektroschocks oder Neuroleptika behandelt zu werden?

#### Literatur

- Benedetti, Gaetano:* „Neuroleptische Therapie in der individuellen Psychotherapie der schizophrenen Psychosen“, in: Pro Mente Sana Aktuell (Schweiz), 1988, Nr. 3, S. 17
- Breggin, Peter R.:* Elektroschock ist keine Therapie, München/Wien/Baltimore 1980 (seit 1988 im Antipsychiatrieverlag Berlin)
- Breggin, Peter R.:* „Psychiatric Drugs: Hazards to the Brain“, New York 1984
- Cierpka, Tanja:* „Ich beginne, vor meiner Verücktheit keine Angst mehr zu haben“, in: Pro Mente Sana Aktuell (Schweiz), 1988, Nr. 3, S. 39
- Ciampi, Luc / Bernasconi, R.:* „Soteria Bern“. Erste Erfahrungen mit einer neuartigen Milieuthherapie für akute Schizophrenie“, in: Psychiatrische Praxis, 13. Jg. (1986), S. 172–176
- Crone, Ilke / Hussmann, Björn / Mönnich, Ingo / Weber, Andreas:* „Ausbrüche“. Dokumentation der studentischen Veranstaltungsreihe „Psychopharmaka“ (Bremer Beiträge zur Psychologie, Nr. 69, Heft 1/1988), Universität Bremen 1988
- Dörner, Klaus / Plog, Ursula:* „Irren ist menschlich – oder Lehrbuch der Psychiatrie / Psychotherapie“, völlig neubearbeitete Ausgabe, Rehbürg-Loccum 1984
- Dukes, M. N. G.:* „Neuroleptics“, in: „Side Effects of Drugs Annual. A Worldwide Yearly Survey of New Data and Trends“, Hrsg.: M. N. G. Dukes, Regional Officer for Pharmaceuticals and Drugs Utilization, The World Health Organization, Kopenhagen 1986, S. 49–52
- Ernst, Cecile:* „Psychiatriereform – Hintergrund, Ideologie und Wirklichkeit. Blick auf die Bestrebungen in Italien und anderen Ländern“, in: Neue Züricher Zeitung vom 29. 10. 1988, S. 23–24



- Ernst, Klaus / Ernst, Cecile:* „Italienische Psychiatrie: Augenschein in der Lombardei“, in: *Nervenarzt*, 57. Jg. (1986), Nr. 9, S. 494–501
- Gliniecki, Andy:* „All in the Mind“, in: *Time Out (England)* vom 24. 2. 1988, S. 10–11
- Hill, David:* „The Politics of Schizophrenia. Psychiatric Oppression in the United States“, New York 1983
- Lehmann, Peter:* „Der chemische Knebel – Warum Psychiater Neuroleptika verabreichen“, Berlin 1986
- Lehmann, Peter:* „Warum die Augen vor den Neuroleptika-Schäden verschließen?“, in: *Pro Mente Sana Aktuell (Schweiz)*, 1988 a, Nr. 3, S. 20–21
- Lehmann, Peter:* „Psychopharmaka: Dauermedikation oder befristeter Einsatz“, Referat, gehalten auf dem Symposium '10 Jahre Sozialpsychiatrische Universitätsklinik', Bern, 8. bis 10. 9. 1988 b
- Lehmann, Peter:* „Machtpoker der Psychiater um das Recht auf Akteneinsicht“, in: *Pro Mente Sana Aktuell (Schweiz)*, 1988 c, Nr. 4, S. 14–15
- Lehmann, Peter / Stöckle, Tina / Heselhaus, Annette / Bruckmann, Ludger / Hasper, Fritz:* „Grüne, Psychiatrie und Antipsychiatrie. Ein grünes Armutszeugnis“, in: *Irren-Offensive*, Heft 3 (1987), S. 11–15
- Martensson, Lars:* „Sollen Neuroleptika verboten werden?“, in: *Irren-Offensive*, Heft 3 (1987) S. 31–43
- Mazenauer, Beatrice:* „Psychisch krank und ausgeliefert? Die Rechte des psychiatrischen Patienten im Vergleich zum Somatischkranken“, Dissertation Bern 1985, 2. Aufl., Genf 1986
- Mazenauer, Beatrice:* „Kontrolle über die ‚Psychiatrie‘ einer öffentlichen psychiatrischen Klinik“, in: „Aspects du droit medical“ (3e cycle de droit 10986), Hrsg.: P. Tercier, Editions Universitaires Freiburg (Schweiz) 1987, S. 207–225
- Mc Neil Pharmaceutical, Inc.:* „For the Schizophrenic Patient ... Haldol Decanoate“, Werbeanzeige der Herstellerfirma, in: *Archives of Psychiatry*, Vol. 45 (1988), Nr. 2, S. 186–188; deutsche Übersetzung in: Peter Lehmann / Marianne Lahni, „Grundwissen Neuroleptika“, in: *Irren-Offensive*, Heft 4 (1989; in Vorbereitung)
- Perry, John W.:* „Psychosis as Visionary State“, in: „Methods of Treatment in Analytical Psychology“, Hrsg.: Ian F. Baker, VII. International Congress of the International Association for Analytical Psychology, Fellbach 1980, S. 193–198
- Petrausch, Rudolf:* „Lexikon der Tierarzneimittel“, 9. Jg., 6. Aufl., Berlin 1987
- Rufer, Marc:* „Irrsinn Psychiatrie. Psychisches Leiden ist keine Krankheit. Die Medizinalisierung abweichenden Verhaltens – ein Irrweg“, Bern/Bonn 1988
- Sarbin, Theodore R. / Mancuso, James C.:* „Schizophrenie – Medizinische Diagnose oder moralisches Urteil?“, München/Wien/Baltimore 1982
- Scull, A. T.:* „Die Anstalten öffnen?“, Frankfurt am Main 1980
- Stöckle, Tina:* „Die Irren-Offensive. Erfahrungen einer Selbsthilfe-Organisation von Psychiatrieopfern“, Frankfurt am Main 1983
- Stöckle, Tina / Lehmann, Peter:* „Psychiatrie-Enquete: Die Psychiatrie ist tot – es lebe die Psychiatrie! Kritik an ‚Reform‘-Psychiatrie wächst“, in: *Umbruch*, 4. Jg. (1985), Nr. 1, S. 33–40

- Stoffels, Hans:* „Der Hausbesuch – Eine Untersuchung zur aufsuchenden Betreuung psychisch Kranker im Rahmen von zwei mobilen Ambulanzdiensten“, in: *Psychiatrische Praxis*, 15. Jg. (1988), Nr. 3, S. 90–95
- Szasz, Thomas S.:* Aussage in: „Interview mit Thomas S. Szasz“, in: *Naturheilpraxis*, 33. Jg. (1980), Nr. 12, S. 1434–1438
- Szasz, Thomas S.:* „Schizophrenie – Das heilige Symbol der Psychiatrie“, Frankfurt am Main 1982
- Szasz, Thomas S.:* „Das Psychiatrische Testament“, mit einer Gebrauchsanweisung von Rechtsanwalt Hubertus Rolshoven, Berlin 1987
- Valdesalici, Benedetto:* Referat, gehalten auf der Tagung: „Die Zukunft der psychosozialen Versorgung“, veranstaltet von der Bundes-Arbeitsgemeinschaft ‚Soziales und Gesundheit‘ der Grünen und der Alternativen Liste Berlin, 1. bis 2. Dezember 1984
- Walther-Büel, Hans:* „Das neuroplegische Prinzip in pharmakopsychiatrischer Betrachtung“, in: *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 129. Jg. (1955), Nr. 1–3, S. 286–296
- Weltverband für Psychiatrie: „Erklärung von Hawaii“, VI. Weltkongreß für Psychiatrie, Honolulu 28. 8. bis 3. 9. 1977, in: „Psychiatrische Therapie-Forschung. Ethische und juristische Probleme“, Hrsg.: Hanfried Helmchen / Bruno Müller-Oerlinghausen, Berlin/Heidelberg/New York 1978, S. 162–164; deutsche Übersetzung in: *Nervenarzt*, 49. Jg. (1978), Nr. 2, S. 129–130

## ARBEITSGRUPPE 4

### *Gemeindenabe psychiatrische Versorgung statt Unterbringung in der Anstalt*

#### *Protokoll*

Dipl.-Sozialarbeiterin Ilse *Eichenbrenner*, Berlin

Der Thematik entsprechend war diese Arbeitsgruppe ein Muster an Multiprofessionalität: Überwiegend Mitarbeiter aus Sozialpsychiatrischen Diensten und Institutsambulanzen, Vormundschaftsrichter und Vormünder und zahlreiche Mitarbeiter von Sozialstationen.

Herr Dr. Gert Schöfer gab zur Einführung einen Überblick über die Umstrukturierung des Bremer Gesundheitssystems nach gemeindepsychiatrischen Gesichtspunkten:

Aufteilung der Stadt in 5 Regionen mit je ca. 100 000 Einwohnern; in jeder Region wurde ein Sozialpsychiatrischer Dienst mit einem Team von 10 Mitarbeitern (Ärzten, Sozialarbeitern, Krankenpflegekräften und Psychologen) aufgebaut. Dieser Dienst ist sowohl für hoheitsrechtliche als auch für betreuende, therapeutische Aufgaben zuständig. In jeder Region wurde eine Tagesstätte, ein Wohnheim für psychisch Kranke sowie eine gewisse Kapazität an Wohngemeinschaftsplätzen bereitgestellt. Darüber hinaus verfügt jede Region über eine gewisse Anzahl an Arbeitsplätzen für psychisch kranke Menschen in kleinen Betrieben und Werkstätten. Die stationäre Versorgung der gesamten Stadt erfolgt in der Psychiatrischen Abteilung des Zentralkrankenhauses Bremen-Ost, untergliedert in die – den jeweiligen Regionen zugeordneten – Regionen.

Besonders erwähnenswert ist ein spezifisches System von Vernetzung freier Träger mit dem Öffentlichen Gesundheitssystem. So arbeitet beispielsweise ein Sozialarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes in der Tagesstätte seiner Region mit; der leitende Arzt des Sozialpsychiatrischen Dienstes ist gleichzeitig Oberarzt der zugehörigen Station des Krankenhauses; Wohnheime und Wohngemeinschafts-Träger werden durch Kooperationsverträge eingebunden. Verschiedene fest installierte Gremien und Arbeitsgruppen sorgen für ständigen Austausch, regional bzw. überregional.

Im Anschluß berichtet Herr Dr. Luigi Attenasio über die italieni-

sche, insbesondere aber auch seine eigene Arbeitssituation. Das Gesetz 180, das die italienische demokratische Psychiatrie einleitete, ist jetzt 10 Jahre alt. Der entscheidende Unterschied zur deutschen Psychiatrie ist die Tatsache, daß der servizio (ambulante Dienst) nicht neben der Klinik her und in Ergänzung zu ihr arbeitet, sondern diese nahezu vollständig ersetzt, indem er die Aufgaben des Krankenhauses miterfüllt. Herr Dr. Attenasio war ab 1974 Psychiater in Arezzo, einer der Vorreiter-Städte der Demokratischen Psychiatrie.

1980 wechselte er für ein Jahr nach Genua, wo die Situation etwas weniger weit entwickelt ist. Bis 1988 arbeitete er erneut in Arezzo; seit 2 Monaten ist er im eher „rückständigen“ Mantua als leitender Arzt beschäftigt.

Die „Demokratische Psychiatrie“ wurde nicht von oben verordnet, sondern von der Basis, insbesondere den Pflegekräften über das Medium der Vollversammlung („assemblea“) durchgesetzt.

An einem Fallbeispiel verdeutlicht uns Herr Dr. Attenasio die Arbeitsweise eines Servizio die Salute Mentale:

Joachim ist arbeitslos, hat ein Hautleiden, ist relativ ungebildet, Frau und Kinder haben ihn verlassen. 1973 war er wegen „Paranoia“ in der Anstalt, jetzt lebt er isoliert, ohne Freunde. Die Mitarbeiter des Dienstes haben ihm folgendes versprochen: Ihn auszuhalten, zu ertragen, ihn zu unterstützen. Garantiert werden ihm Ansprechpartner, Hilfe beim Erhalt der Wohnung, ein tägliches Mittagessen und Medikamente. In Krisen reagiert das Team flexibel, z. B. mit Verlängerung der Öffnungszeit.

Die Medikamentengabe, auch wenn sie zwangsweise erfolgt, wird in Italien als Teil der Beziehungsarbeit gesehen und für die Kontaktaufnahme genutzt. Bei sehr zurückgezogenen Menschen, z. B. im Rahmen eines Schuld- oder Vergiftungswahns, sucht Herr Dr. Attenasio einen Menschen in der Umgebung, der in der Lage ist, als „Übersetzer“ zu fungieren.

Ist eine Zwangseinweisung unvermeidlich, so kann über Hausarzt, Amtsarzt und Bürgermeister eine Einweisung in die höchstens 15 Betten umfassende psychiatrische Station eines Allgemeinkrankenhauses erfolgen. Die Mitarbeiter des servizio begleiten den Patienten dorthin, bleiben bei ihm, und begleiten ihn wieder heraus. Die auch in Italien zu dünnen sozialen Netze psychisch kranker Menschen werden durch den Dienst ersetzt bzw. ergänzt: Intensive Betreuung, vielfältiger Kontakt sollen eine Chronifizierung vermeiden.

Der Dienst in Arezzo verfügt bei 35 000 Einwohnern über 4 Ärzte, 12 Krankenpflegekräfte, 3 Psychologen und Sozialarbeiter.

Mindestens genau so wichtig wie das Gesetz 180 ist in diesem Zusammenhang das Gesetz 833, mit dem ein integriertes, gemeindenahes, psychosoziales Versorgungssystem (Unita Sanitaria Locali, kurz USL)

im Territorium verankert und seine pauschale Finanzierung geregelt wurde.

Die Schilderung der italienischen Situation führt zu einer regen Diskussion.

Die Fragen der Zwangseinweisung und der Zwangsbehandlung werden noch einmal aufgeworfen. Auch die offensichtlich hohe Motivation der Mitarbeiter wird hinterfragt.

Wäre eine derart intensive ambulante Versorgung bei uns denkbar, wäre sie überhaupt finanzierbar? Wir rechnen: Bei dem in der BRD üblichen Personalschlüssel im stationären Bereich (1:100) ergäbe sich für die beschriebene Gemeinde mit ihren 35 000 Einwohnern ein Betreuungsteam von 35 Mitarbeitern. Ähnliche Modelle scheitern derzeit noch an unserem Finanzierungssystem mit der Aufteilung in Kassenleistungen und Öffentliches Gesundheitswesen.

Wir stellen in der Diskussion aber auch folgendes fest: Wenn das Kriterium der Gefährlichkeit wie in Italien als Grund für eine Zwangseinweisung entfällt, muß die einweisende Instanz die Versorgungslücke nachweisen. Das vorhandene Behandlungssystem muß also daraufhin abgeklopft werden, ob es für die hier vorliegende Krisensituation eine Interventionsmöglichkeit bietet. Und genau dies scheint in Italien einfacher: der servizio kann bei seinem Anspruch gepackt werden, zunächst einmal alles zu schaffen, jede Situation zu meistern.

In der bundesdeutschen Psychiatrielandschaft haben Richter und Anwälte wenig Anhaltspunkte dafür, was außerstationär noch machbar wäre. Den omnipotenten Anspruch und Auftrag „alles zu meistern“ hat hier die Klinik.

Vormundchaftsrichter und Anwälte sind angewiesen auf die Informationen der einweisenden Stelle, meist des Sozialpsychiatrischen Dienstes.

Hier können nur die Einbindung von Richtern und Anwälten und regionale psychosoziale Kommunikationsstrukturen Abhilfe schaffen. Könnte nicht jede Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft einmal diese Thematik auf die Tagesordnung setzen und die zuständigen Richter einladen? Denkbar wäre auch die Bildung einer Untergruppe „Psychiatrie und Recht“ oder eine Hospitation. Vormundchaftsrichter sollten sich nach den regionalen Gremien ihres Einzugsbereiches erkundigen!

Gleichzeitig aber muß die ambulante Versorgung so ausgebaut werden, daß die Einweisung tatsächlich zum seltenen Ausnahmefall wird.

Erst wenn Richter und Anwälte wissen, welche Versorgungsstruktur vorgehalten wird und sie diese Punkt für Punkt abfragen können, bekommt die richterliche Anhörung einen Sinn: die Grenzen des Systems sind erst dann eindeutig, wenn wir auch alles Machbare kennen. Ausbildung und Weiterbildung, möglichst interdisziplinär, könnte Vormundchaftsrichter hierzu befähigen.

Zu Beginn des nächsten Arbeitsgruppen-Blocks gibt Herr Dr. Lehmkuhl einen kurzen Abriss eines Sozialpsychiatrischen Dienstes in Berlin. Im Sozialpsychiatrischen Dienst Reinickendorf arbeiten 4 Ärzte, 11 Sozialarbeiter und 2 Psychologen mit Zuständigkeit für einen Bezirk mit 280 000 Einwohnern. Ähnlich wie in Bremen übernehmen die Mitarbeiter hoheitsrechtliche betreuende und begutachtende Funktionen. Zusätzlich darf der Dienst in Berlin in Ausnahmesituationen medikamentös behandeln.

Eine Falldarstellung verdeutlicht noch einmal die Aufspaltung der einzelnen Bereiche in unserem Versorgungssystem: Der Sozialpsychiatrische Dienst ist kein Ort „zum Bleiben“, hat keine Betten, arbeitet nur tagsüber zu festen Sprechzeiten und hat in der Regel keine Behandlungsfunktion. Er wird oft „zu spät“ eingeschaltet, wenn die ambulanten Hilfsmöglichkeiten bereits nicht mehr greifen.

So berichten insbesondere die in der AG zahlreich vertretenen Sozialstationen, daß sie sich häufig zur Lösung bereits völlig verfahrenere Situationen benutzt fühlen.

Ist beispielsweise der Einsatz einer Hauspflegerin sinnvoll, wenn die depressive Mutter den Haushalt nicht mehr versorgt? Handelt es sich hier um eine ratlose Reaktion oder wäre dies bei entsprechender professioneller Beratung der Hauspflegerin ein denkbarer Ansatz? Wird die bestehende desolante Situation durch die Hauspflege nur zementiert, der Druck zur therapeutischen Intervention weggenommen und die Behandlung verhindert? Oder könnte dies der erste Schritt sein, die Versorgung der Kinder zu gewährleisten, die Familie zusammenzuhalten, um dann systematisch, im Sinne der Familientherapie, mit der ganzen Familie zu arbeiten?

Wen soll der Vormundschaftsrichter hier herausnehmen: Die Symptomträgerin „Mutter“, die gefährdeten Kinder?

Alleingelassen kann die Sozialstation hier natürlich nur resignieren – ein gutes Beispiel für die Bedeutung von Begriffen wie Verantwortung und Kooperation in der Gemeindepsychiatrie.

Ein Vormundschaftsrichter macht uns noch einmal mit zwei Fallbeispielen deutlich, wie hilflos seine Berufsgruppe den immer neu wiederkehrenden Verschlechterungen von „Drehtür-Patienten“ gegenübersteht. Bitten nach Begleitung durch einen Psychiater werden abgelehnt, niedergelassene Nervenfachärzte verweisen darauf, daß der Patient zu ihnen in die Praxis kommen müsse.

Die Fallbeispiele zeigen auch noch einmal die Resignation aller Teilnehmer der Arbeitsgruppe angesichts des „immer zu spät“ aller geschilderten Situationen: z. B. die bereits dekompensierende Frau, eingeschlossen in der Wohnung und unzugänglich, versponnen in Vergiftungsängste und Schuldwahn.

Hier sehen wir auch eine Gefahr: Den Ausbau eines immer umfang-

reicher werdenden ambulanten Hilfsnetzes, zusätzlich zur Klinik, das in den entscheidenden Krisensituationen dann doch nicht greift. So entsteht allmählich ein doppelgleisiges umfangreiches System, ohne daß es zu einer wirklichen strukturellen Veränderung kommt. Chronisch psychisch Kranke leben zwar immer häufiger „draußen“, müssen in Krisen aber immer wieder stationär behandelt werden, so daß in manchen Regionen mit entsprechend vielen enthospitalisierten Patienten die Aufnahmezahlen sogar steigen.

Unumgänglich erscheint uns daher für jede Region ein Krisendienst rund-um-die-Uhr, der auch in der Lage ist, mehrere Stunden einen Menschen durch eine Krise hindurch zu begleiten.

Nur durch den Abbau von Betten im stationären Bereich ist der weitere Aufbau des ambulanten Sektors zu erreichen und auch zu vertreten; für die verbleibenden Betten muß durch Zementierung des vorhergehenden Personalschlüssels eine Betreuungsdichte erreicht werden, die ein humanes und therapeutisches Milieu gewährleistet. Die Einweisung in eine Psychiatrische Abteilung eines Krankenhauses muß der genau abgeklärte Sonderfall, bei richterlicher Anhörung innerhalb von 24 Stunden bleiben – sie muß dann aber auch vertretbar sein und in einer Atmosphäre intensiver Zuwendung und Aufmerksamkeit stattfinden.

In der letzten Runde versuchten wir noch einmal zusammenfassend zu einem Konsens zu kommen und alle in der Diskussion aufgetauchten Forderungen zu fokussieren.

Diese haben wir, zusammengefaßt in folgendem Thesenkatalog, im Plenum vorgetragen:

## Thesen

1. Schaffung von Austausch- und Fortbildungsmöglichkeiten für Vormundschaftsrichter in interdisziplinärem Rahmen
2. Teilnahme von Vormundschaftsrichtern an regionalen Gremien der psychosozialen Versorgung, z. B. den Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften bzw. zu bildender Untergruppen
3. Aufbau gut ausgestatteter ambulanter Dienste mit rund-um-die-Uhr-Krisendienst und Behandlungsrecht
4. Richterliche Anhörung jedes zwangseingewiesenen Patienten innerhalb von 24 Stunden (analog Berliner PsychKG)
5. Gesetzliche Verankerung der Forderung, daß eine Einweisung nur erfolgen darf, wenn keine andere Lösungsmöglichkeit in der vorhandenen Versorgungsstruktur gegeben ist (analog Berliner PsychKG)
6. Schaffung eines Finanzierungssystems, das den Aufbau eines gemeindenahen ambulanten Versorgungssystems ermöglicht
7. Entwicklung der personellen und finanziellen Voraussetzungen für psychiatrische Hauskrankenpflege
8. Qualifizierung und Beratung der Betreuungskräfte der Sozialstationen, die mit psychisch Kranken arbeiten
9. Bettenabbau im stationären Bereich, da nur so der notwendige Druck für den Ausbau des ambulanten Sektors entsteht
10. Humane und therapeutische Gestaltung der psychiatrischen Stationen durch Bettenabbau bei gleichbleibendem Personal-Schlüssel; Begleitung der Patienten durch Pflegekräfte nach „draußen“.

Med.-Dir. Dr. Dieter Lehmkuhl, Berlin

## Psychiatrie in der Gemeinde

– zum Wandel des psychiatrischen Versorgungskonzeptes –

### I. Die psychiatrische Krankenversorgung in der Bundesrepublik Deutschland zu Beginn der Reformära

Die psychiatrische Krankenversorgung in der Bundesrepublik Deutschland Anfang der 70er Jahre war bestimmt durch ein dualistisches System aus Großkrankenhaus einerseits und freier Praxis durch niedergelassene Nervenärzte andererseits. Die *stationäre Versorgung* wurde zu fast dreiviertel von den Landeskrankenhäusern getragen. Diese stammten überwiegend aus der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts, waren baulich meist überaltert, überdimensioniert (durchschnittlich 1500 Betten), personell unterbesetzt, überfüllt und genügten oft nicht einmal den elementarsten menschlichen Bedürfnissen: Verhältnisse, die die Psychiatrie-Enquête von der „brutalen Realität“ der Anstalten sprechen ließ (1).

Obwohl dieser Versorgungstyp des von anderen medizinischen Disziplinen isolierten „Sonderkrankenhauses“ schon zur Zeit ihrer Entstehung zu heftigen Auseinandersetzungen führte – Griesinger konnte sich mit seinem Konzept des Stadtasyls gegenüber den Verfechtern der Heil- und Pflegeanstalten in abgeschiedener Lage auf dem Land nicht durchsetzen –, überdauerte er den Übergang von der Agrar- zur Industriegesellschaft im wesentlichen unverändert: Sie wurden jedoch größer, überfüllter und älter. Unter diesen Bedingungen waren die Anstalten stark custodial orientiert und hatten bis weit in die Mitte dieses Jahrhunderts für viele Patienten ihren Asylcharakter behalten. Der Wandel in den psychiatrischen Behandlungsmethoden hatte zwar zu einer Steigerung des Patientendurchganges geführt (von 25% im Jahre 1900 auf 170% im Jahre 1972), jedoch betraf diese Verkürzung der Aufenthaltsdauer im wesentlichen nur die akut Kranken mit einer Verweildauer bis zu einem Jahr, die zwar ca. 90% der Aufnahmen ausmachten, am Patientenbestand jedoch nur zu etwa 1/3 beteiligt waren. Moderne Behandlungsansätze kamen insbesondere für die chronisch Kranken kaum zum Tragen. Intermediäre Strukturen zwischen Klinik und ambulant tätigen Nervenärzten gab es kaum.

Neben Größe, Überalterung, personeller Unterbesetzung, mangelnder Strukturierung und fehlenden Rehabilitationsansätzen beeinträchtigte die *geographische Lage* die Erfüllung der Versorgungsaufgaben der psychiatrischen Landeskrankenhäuser. Zum großen Teil außerhalb der Ballungszentren und oft exzentrisch zu ihrem Einzugsgebiet gelegen,

waren sie in den Flächestaaten für bis zu 50% der Bevölkerung über eine Autofahrtstunde vom Wohnort entfernt.

Die *ambulante psychiatrische Versorgung* wurde im wesentlichen von niedergelassenen (Nerven-)Ärzten getragen. Neben einer höchst unzureichenden Nervenärztdichte von etwa 1:70 000 Anfang der 70er Jahre war die ambulante Versorgung durch Nervenärzte, bei deren Patienten es sich zudem noch zu etwa 40% um neurologische Patienten handelte, durch eine starke *ungleiche Verteilung* gekennzeichnet, da in einem Großteil der Kreise und kreisfreien Städte überhaupt keine Nervenärzte niedergelassen waren.

## II. Welche Faktoren haben zu den Reformansätzen in den Industrieländern geführt?

- Die beachtlichen Fortschritte in der pharmakotherapeutischen, soziotherapeutischen und rehabilitativen Behandlung psychisch Kranker in den letzten Jahrzehnten.

Die Mehrzahl der psychischen Krankheiten sind zwar weiterhin chronische Leiden geblieben, doch an die Stelle des langfristig hospitalisierten psychisch Kranken ist „der ambulant chronisch Kranke“ (Strömgen) getreten. Die Dauerhospitalisierung wird zunehmend durch Frühentlassung und vermehrte Wiederaufnahmen abgelöst (Drehtürpsychiatrie). Die psychiatrischen Krankenhäuser haben dadurch zum Teil ihren Charakter als Bewahranstalten verloren und sich zu Fachkliniken für Behandlung und Rehabilitation psychisch Kranker entwickelt.

- Die zunehmende Aufnahme und Anerkennung der angelsächsischen Forschungsergebnisse von der Bedeutung des sozialen Umfeldes für die Entstehung und den Verlauf psychischer Erkrankungen durch die deutsche Psychiatrie und Sozialwissenschaften sowie die Einbeziehung der Interaktion der Bezugspersonen in die psychiatrische Arbeit.

Hier wären beispielhaft zu nennen die Arbeiten von Hollingshead und Redlich (2) zur „Soziale Schichtung und psychische Krankheit“, von Russel Barton über „Hospitalisierungsschäden in psychiatrischen Krankenhäusern“ (3), von Wing und Brown zu „Institutionalismus und Schizophrenie“ (4), Goffmans „Asylums“ (5), eine grundlegende Analyse und Kritik totaler Institutionen sowie die Beiträge der sogenannten Palo alto Gruppe (Bateson u. a.) aus Kalifornien und anderer Autoren zum Thema „Schizophrenie und Familie“ (6) aus den 50er und 60er Jahren.

- eine zunehmende Sensibilität der öffentlichen und veröffentlichten Meinung gegenüber den menschenunwürdigen Lebens- und Behandlungsbedingungen in den Anstalten (z. B. Frank Fischer: „Irre klagen an“) (7).

- Die Kritik an einer einseitig biologisch orientierten und an traditioneller Psychopathologie ausgerichteten Psychiatrie sowie am medizinischen Krankheitsbegriff und dem daraus abgeleiteten ärztlich-medizinischen Behandlungsmodell.
- Die Erkenntnis, daß die ambulante Behandlung und Nachsorge chronisch Kranker durch die ärztliche Einzelpraxis nicht ausreichend möglich ist, da diese Klientel über die medizinische Behandlung hinaus differenzierter, aktiv nachgehender Hilfen und Unterstützung im Bereich von Wohnen, Arbeit und Freizeit durch Angehörige verschiedener Berufsgruppen bedürfen.
- Die eklatante Fehlplatzierung der chronisch-psychisch Kranken im psychiatrischen Krankenhaus, von denen ein Großteil primär aus sozialen Gründen hospitalisiert war.

Die Reformpsychiatrie hat international diese Grundsätze weitgehend aufgegriffen und in Form sozialpsychiatrischer Zielsetzungen integriert. Hier sind zu nennen vor allem:

- Die *Einheit von medizinischen und psychosozialen Hilfen* als Überwindung der Spaltung von medizinischer Behandlung und sozialer Betreuung bzw. Heilen und Helfen,
- die *Betonung von Prävention und Rehabilitation*,
- die *Vermeidung von Hospitalismus* durch Aktivierung,
- die *Betonung der Krisenintervention, der Einbeziehung der Angehörigen und des Milieus* sowie der Anpassung und Manipulation der Umwelt an die Behinderungen des Patienten in Anerkennung der Bedeutung der Umweltfaktoren für die Auslösung seelischer Störungen sowie die Beeinflussung des Krankheitsverlaufs,
- ein *verändertes Rollenverständnis* (therapeutische Grundhaltung) der Beziehung zwischen Behandler und Patient mit einer aktiveren Partizipation des Patienten am Heilungsprozeß (Hilfe zur Selbsthilfe).
- die *interdisziplinäre Zusammenarbeit* im Behandlungsteam,
- die *besondere Verpflichtung gegenüber den chronisch-psychisch Kranken*, die meist einer kontinuierlichen langfristigen Behandlung und Betreuung mit Betonung der beruflichen und sozialen (Wieder-)Eingliederung bedürfen.

## III. Die Neuorganisation der psychiatrischen Dienste

Zahlreiche europäische Länder und die USA haben aus der geschilderten Situation und Entwicklung vor Jahrzehnten Konsequenzen gezogen, die teilweise zu einem umfassenden *Strukturwandel* in der psychiatrischen Versorgung geführt haben.

An die Stelle der traditionellen psychiatrischen Großkrankenhäuser, fernab von den Wohngebieten und sozialen Bezügen ihrer Insassen, tritt in zunehmendem Maße ein flexibles gegliedertes System von statio-

nären, teilstationären, komplementären und ambulanten medizinischen und sozialen Diensten. Ziel all dieser Maßnahmen ist die baldige Wiedereingliederung des Patienten in eine möglichst normale gesellschaftliche Umgebung und die Vermeidung erneuter Hospitalisierung.

In einigen Ländern haben gemeindepsychiatrische Programme in Gesetzen ihren Niederschlag gefunden: So im Mental Health Act in England (1959), im Mental Health Center Act in den USA (1963) sowie im Gesetz Nr. 180 des italienischen Parlaments (1978), das Einweisungen in die Landeskrankenhäuser nicht mehr zuläßt und die Versorgung der psychisch Kranken den Gemeinden auferlegt.

In der Bundesrepublik ist aus verschiedenen Gründen die Reformdiskussion erst erheblich verspätet in Gang gekommen und hat im Jahre 1975 mit der Vorlage der vom deutschen Bundestag 1971 in Auftrag gegebenen Psychiatrie-Enquête (8) ihren Höhepunkt erreicht. So kam es in den 70er und 80er Jahren vielerorts zu Veränderungen, die Dörner geradezu von den Gründerjahren in der Psychiatrie der Bundesrepublik sprechen ließen. Der Prozeß der Umwandlung der überdimensionalen Großkrankenhäuser ist vielerorts – z. T. als direkte Folge der Psychiatrie-Enquête – in Gang gekommen. Zunehmend werden sogenannte Standardversorgungsgebiete von entsprechend kleinen Landeskrankenhäusern bzw. von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern mehr oder weniger vollständig stationär, teilstationär, komplementär und z. T. auch ambulant versorgt.

#### IV. Die Psychiatrie-Enquête und die Reformentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland

Das Konzept der gemeindenahen Versorgung hat als international weitgehend akzeptiertes Strukturprinzip Eingang in die Enquête gefunden. Ursprünglich ein Kompromiß und zu Beginn im Interessenstreit der Profession einerseits als „sozialistisches Machwerk“, andererseits als „zu technokratisch“ charakterisiert, sind heute die Grundideen der Psychiatrie-Enquête allgemein akzeptiert und haben auch in die Psychiatriepläne der Länder mehr oder weniger Eingang gefunden, auch wenn konstatiert werden muß, daß von einigen Regionen abgesehen, wir noch im allgemeinen weit entfernt sind von einer konsequenten Umsetzung dieser Leitlinien in die Praxis.

Lt. Enquête muß das „Ziel“ aller Bestrebungen für eine Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter ... eine integrierte, sektorisierte, gemeindenaher Psychiatrie sein. Für die Neuordnung der psychiatrischen Krankenversorgung fordert sie u. a.:

- ein *umfassendes Angebot* vielfältig differenzierter und miteinander verbundener Dienste,
- die *Gemeindenähe* zur Aufrechterhaltung der sozialen Beziehungen,

- der *Vorrang ambulanter und teilstationärer Angebote*, um die Ausgliederung des psychisch Kranken und Behinderten möglichst zu verhindern,
- die *Gleichstellung* psychisch Kranker mit körperlich Kranken hinsichtlich rechtlicher, kostenmäßiger und sozialer Regelungen,
- *interdisziplinäre Zusammenarbeit*, eine entsprechende innere Organisation und Leitungsstruktur der Einrichtungen sowie eine *enge und verbindliche Zusammenarbeit der Dienste* untereinander,
- die *Kontinuität der Behandlung* sowie
- die *Zuordnung der Dienste zu überschaubaren geografischen Bereichen*, den sogenannten Standardversorgungsgebieten, die in der Regel um 250 000 Einwohner umfassen und mit den Grenzen kommunaler Gebietskörperschaften möglichst deckungsgleich sein sollen. Nach den neuesten Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der psychiatrischen Versorgung sollten die Versorgungsregionen für die allgemeine psychiatrische Versorgung jedoch die Größe von 100–150 000 Einwohner nicht überschreiten (9).

Die Psychiatrie-Enquête erläutert *Gemeindenähe* im Anhang wie folgt: „Gemeindenähe bedeutet Koppelung psychosozialer Versorgung mit allen anderen kommunalen Betreuungsstrukturen und eine möglichst geringe Entfernung aller Behandlungsmöglichkeiten vom Lebensbereich der Patienten, um einen Abbruch der sozialen Bezüge zu verhindern bzw. eine Wiederaufnahme zu erleichtern“ (S. 12). *Gemeindenähe* in der Psychiatrie beschreibt also die *geografische Nähe* der Behandlung zum Lebensraum des Patienten *und eine neue Organisationsform bzw. ein Strukturprinzip* psychiatrischer Versorgung. Von Laien und Politikern wird in Unkenntnis des Begriffes *Gemeindenähe* im Sinne der Enquête häufig nur die geografische Nähe verstanden, was zu einer wesentlichen Verkennung und Verkürzung des gemeindepsychiatrischen Versorgungskonzeptes führt.

Unter dem ersten Aspekt umschreibt *Gemeindenähe* zunächst einen *therapeutischen Ansatz*: „Die Behandlung der seelisch Kranken soll an ihrem Wohnort oder jedenfalls in dessen Nähe erfolgen können; die Kranken und Behinderten sollen in den Gemeinden leben, also dort wohnen und arbeiten und ihre Freizeit verbringen, um möglichst gute und enge soziale Kontakte pflegen zu können. Die psychiatrische Versorgung wird auf diese Weise in die Gemeinde zurückgeholt, sie wird rekommunalisiert“ (Martini) (10). Statt Ausgrenzung – Integration. Hierbei ist der *Organisationsrahmen* die überschaubare Versorgungsregion, das sog. Standardversorgungsgebiet. Sie ist die Hauptvoraussetzung, daß psychiatrische Institutionen, andere medizinische und soziale Einrichtungen wie auch die dadurch versorgte Bevölkerung sich ausreichend kennen und aufeinander einspielen können.

Im Spezialfall trägt ein Behandlungszentrum die gesamte Verantwort-

tung für den stationären, ambulanten und komplementären Bereich. Im deutschen und englischen Raum erfolgt aufgrund historisch gewachsener Strukturen die Regionalisierung eher im Verbund mehrerer Einrichtungen.

Die Gemeinde bedeutet auch, daß die Bevölkerung durch die „erreichbare Nähe“ von den zur Verfügung stehenden Diensten angemessener Gebrauch machen und u. U. ihren Versorgungsbedürfnissen besser Geltung verschaffen können (Nutzerkontrolle) und daß die in der Psychiatrie Tätigen die Lebensumstände der Patienten auch im Hinblick auf ihre Risiken und Chancen besser kennen und benutzen können. Hierbei spielt die Einbeziehung von Angehörigen, Nachbarn, Arbeitgebern und anderen im Sinne einer sogenannten *Netzwerktherapie* meist eine entscheidende Rolle. Dabei wird von den Professionellen oft beabsichtigt, sich auf die Rolle eines psychiatrischen Beraters von nicht psychiatrischen Betreuern zu beschränken und den direkten Patientenkontakt, soweit möglich, zurückzustellen.

Aber gemeindenaher Psychiatrie bedeutet auch ein Drittes.

„Mit der Kommunalisierung und der Versorgung wird auch die *politische Verantwortung* für den psychisch Kranken oder seelisch Behinderten auf die politische Gemeinde zurückverlagert oder dort erst neu begründet; der Kranke oder Behinderte wird wieder zum Mitbürger. Allzulange war diese Verantwortung abgeschoben auf die mehr oder weniger anonymen überörtlichen Träger der großen Heil- und Pflegeanstalten. . . . da jetzt aus therapeutischen und humanitären Gründen die Behandlung der seelisch Kranken in der Gemeinde erfolgen soll, so muß folgerichtig auch die politische Verantwortung für ihre Versorgung von den Stadt- und Gemeindepapamenten und den Kreistagen getragen werden“ (Martini)<sup>10</sup>.

Der Strukturwandel in der Psychiatrie der Bundesrepublik hat während der letzten 10–15 Jahre zu erheblichen Änderungen des traditionellen Versorgungssystems geführt. Neben der Verkleinerung und Umwandlung der Anstalten in leistungsfähige Behandlungseinrichtungen mit Differenzierung ihrer Funktionsbereiche sowie die Zuordnung bestimmter Abteilungen zu bestimmten Regionen kam es vielerorts zur Errichtung psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, die teilweise die volle Versorgung der psychisch Kranken in ihrer Gemeinde übernahmen. Daneben entwickelte sich eine Vielzahl von Strukturen und psychosozialen Angeboten in der Gemeinde wie Tageskliniken, Übergangseinrichtungen, beschützte Wohngemeinschaften, Werkstätten, Tageszentren, Freizeittreffs, differenzierte Angebote ambulanter Therapiemöglichkeiten und -beratungen sowie ein breites Spektrum psychosozialer Hilfen. Zu dieser Entwicklung gehört auch die Errichtung von Ambulanzen an den Fachkrankenhäusern sowie die flächendeckende Einrichtung sozialpsychiatrischer Dienste an den Ge-

sundheitsämtern in kommunaler oder freier Trägerschaft in den meisten Bundesländern. Psychiatriereferate auf Landesebene wurden eingerichtet bzw. erweitert und auf Standardversorgungsgebietsebene bildeten sich psychosoziale Arbeitsgemeinschaften – teils staatlich initiiert und – wie in Berlin – gesetzlich verankert, teils als Selbstorganisation der in der psychosozialen Versorgung tätigen Personen und Dienste.

Im Rahmen dieser Entwicklung wäre weiterhin zu nennen die Bildung von Angehörigenorganisationen und Angehörigengruppen, von Beschwerdezentren und ihren Offensiven, die Benennung von Patientenfürsprechern und Ombudsmännern, die Verabschiedung der PsychKG's der Länder und vieles mehr.

Ein gemeindepsychiatrisches Behandlungskonzept beinhaltet die Vorrangigkeit der ambulanten Psychiatrie, die Vorbehaltung der Krankenhäuser nur für die Schwerstkranken, die Bereitstellung von Beschäftigungsmöglichkeiten und Tagesstrukturierung für all die, die keine Aussicht auf einen Arbeitsplatz haben oder ein mehrstufiges Angebot von unterstützenden Hilfen im Bereich des Wohnens, Arbeitens und der Freizeit benötigen. Mit solchen Hilfen können auch chronisch Kranke und schwer Behinderte den überwiegenden Teil ihrer Lebenszeit außerhalb der Anstalten verbringen und einer weitgehenden sozialen Integration nähergebracht werden.

#### V. Fallbeispiele

Anhand zweier Fallbeispiele soll exemplarisch dargelegt werden, wie eine adäquate Betreuung nur mit einem mehrdimensionalen Behandlungsansatz und unter Beteiligung verschiedener Dienste in der Versorgungsregion sichergestellt werden kann.

##### 1. Fall

Die jetzt 25jährige verheiratete Frau A., Türkin mit 2 Kindern im Alter von 2½ Jahren und 11 Monaten, war erstmals 14 Tage nach der Geburt ihres 1. Kindes an einer Psychose erkrankt, in deren Verlauf es unter dem Einfluß paranoider Vorstellungen zu erheblichen und bedrohlichen Fehlhandlungen gegenüber dem Säugling gekommen war. Ein mehrmonatiger Aufenthalt in der Türkei erbrachte auch unter ambulanter medikamentöser Therapie offenbar keine wesentliche Besserung. Die erste 3-wöchige stationäre Aufnahme in einer psychiatrischen Abteilung erfolgte Herbst 1985 – ein halbes Jahr nach Ausbruch der Erkrankung –, weitere erfolgten Frühjahr 86 (nur wenige Tage) und Frühjahr 1987 (mehrere Wochen) im zuständigen psychiatrischen Krankenhaus. In den Arztberichten wurden unterschiedliche psychopathologische Zustandsbilder berichtet: Eine kurze maniforme Episode mit nachfolgendem depressiven Syndrom, ein mutistisch-psychotisches Zu-



standsbild sowie starke Unruhe und Schlaflosigkeit mit erneuten Fehlhandlungen gegenüber der Tochter als Aufnahmearbeit.

Frühjahr 1986 hatte Frau A. nach zwei gescheiterten Arbeitsversuchen ihre Arbeit bei einer großen Berliner Firma aufgeben müssen, Ende 86 gebar sie ihr 2. Kind (Sohn). Während des letzten mehrwöchigen Krankenhausaufenthaltes wurden die beiden Kinder zu den Schwiegereltern in die Türkei gebracht, der Säugling dann Herbst 87 wieder zurückgeholt.

Oktober 1987 wurden wir von der die Familie betreuenden Sozialarbeiterin der Säuglingsfürsorgestelle mit der Bitte um einen Hausbesuch eingeschaltet, da Frau A. sehr depressiv sei, sich nicht mehr nach draußen traue, ihren Verpflichtungen im Haushalt nicht mehr nachkomme, und die Frage bestünde, ob Frau A. überhaupt in der Lage sei, ihren mittlerweile 10 Monate alten Säugling zu versorgen.

Im Hintergrund stand dabei auch die Besorgnis, daß es möglicherweise zu erneuten Fehlhandlungen gegenüber dem Kind kommen könnte. Beim Hausbesuch stellte sich dann heraus, daß Frau A. die letzte Klinikbehandlung abgebrochen hatte, da es ihr dort nicht besser gegangen sei. Sie war depressiv, antriebsgestört, stand erst mittags aus dem Bett auf und fühlte sich schuldig, daß sie so „faul“ sei. Außerdem äußerte sie Suicidgedanken, die sie jedoch im Griff zu haben schien. Ihr Umgang mit ihrem Sohn, der auf uns einen zufriedenen Eindruck machte, war jedoch mütterlich und liebevoll, und sie gab an, daß es ihr besser ginge, seitdem er wieder zurück sei.

Im weiteren Gespräch stellte sich heraus, daß die Familie mit DM 35 000,— wegen eines anlässlich der Hochzeit aufgenommenen Kredites und eines gescheiterten Existenzgründungsversuches des Mannes verschuldet war. Der Mann war z. Z. arbeitslos und seit geraumer Zeit spielsüchtig, was mit zu der Verschuldung beigetragen haben dürfte. Auch hatte der Ehemann seine Frau wiederholt geschlagen, weil sie wegen ihrer Erkrankung seiner Rollenerwartung als Frau und Hausfrau nicht genügend nachkam. Ihm war durchaus klar, daß seine Frau krank war, er fühlte sich aber selbst so belastet durch die Situation, daß es zu diesen Fehlreaktionen kam. Frau A. war sehr besorgt und beunruhigt, daß sie erneut schwanger sein könne.

Es handelt sich also um eine ausgesprochene Problemfamilie, die unseren Informationen zufolge offenbar erst während der letzten 2 Jahre ins „Unglück“ geraten war und die jetzt infolge des Teufelskreises von Krankheit, Verschuldung, Spielsucht und Arbeitslosigkeit massiv von Auflösung bedroht war. Dabei dürfte im Wirkungszusammenhang der verschiedenen Faktoren im einzelnen Ursache und Wirkung nur schwer zu unterscheiden sein. Es war offensichtlich, daß wir mehrdimensional vorgehen mußten. Die Situation war darüber hinaus dadurch noch kompliziert, daß Frau A. nur höchst unzureichend Deutsch

sprach. An erster Stelle stand die Abklärung der befürchteten Schwangerschaft. Zum Besuch beim Gynäkologen mußte Frau A. von der Sozialarbeiterin begleitet werden, da sie sich allein nicht aus dem Haus traute. Es stellte sich heraus, daß sie in der 13. Woche schwanger war, und sie sich gar nicht vorstellen konnte, wie sie in ihrer Situation ein weiteres Kind zur Welt bringen und mit der Situation dann fertig werden sollte. Wir veranlaßten daraufhin einen Schwangerschaftsabbruch aus multifaktorieller Indikation, den sie gut überstand.

Wir motivierten Frau A. zu einer ambulanten Behandlung beim Nervenarzt, den wir ausführlich über die Situation und die Vorgeschichte informierten, wobei sie auch hierzu von der Sozialarbeiterin der Säuglingsfürsorge immer wieder motiviert und begleitet werden mußte.

Mit der Säuglingsfürsorge wurde weiterhin vereinbart, daß Frau A. anfangs täglich besucht wird, wobei sich eine Praktikantin auch bereit erklärte, Frau A. notfalls bei der Betreuung und Erziehung ihres Säuglings zusätzlich zu unterstützen. Den Ehemann, der weit besser Deutsch sprach und inzwischen wieder eine Arbeit hat, verwiesen wir an eine Selbsthilfegruppe für Spielsüchtige und wollen ihn auch weiterhin in seiner Motivation, von der Spielsucht freizukommen, unterstützen. Die Einschaltung einer Schuldnerberatungsstelle ist ebenso vorgesehen wie die Einbeziehung einer gut türkisch sprechenden Psychologin aus dem Sozialpsychiatrischen Dienst des Nachbarbezirkes mit dem Versuch der Klärung der familiären Konflikte zwischen Frau A. und ihrem Ehemann.

Für uns gilt es jetzt erst einmal, die weitere Entwicklung abzuwarten, wobei mit der Säuglingsfürsorge vereinbart ist, uns über jede unerwartete Wendung zu informieren.

An diesem Fallbeispiel wird die Rolle eines ambulanten Dienstes wie des unsrigen im Rahmen einer gemeindepsychiatrischen Versorgung deutlich. Unsere Aufgabe bestand in der Klärung der Situation unter Berücksichtigung ihrer Komplexität, der Einleitung und Vermittlung von unterstützenden Hilfsmaßnahmen unter Einbeziehung der niedergelassenen Ärzte sowie, und das ist hier ganz wesentlich, der Abstimmung und Koordination aller Maßnahmen und deren Überwachung, wobei wir einen Teil der Aufgaben glücklicherweise an die Säuglingsfürsorge delegieren konnten, da wir selbst zu so einer dichten Betreuung zeitlich gar nicht in der Lage gewesen wären.

## 2. Fall

Die 77jährige verwitwete Frau S. lebt seit mehreren Jahren in einem kirchlichen Seniorenwohnheim. Ihre Kinder leben sämtlich in der DDR, zu einem noch in West-Berlin lebenden älteren Bruder hat sie so gut wie keinen Kontakt. Kontakte zu weiteren Angehörigen oder

Freunden bestehen nicht. Bei Frau S. besteht ein hirnorganisches Psychosyndrom mit Vergeßlichkeit und leichter zeitlicher Desorientierung sowie ein ausgeprägtes Paranoid. Sie fühlt sich von ihrer Zimmernachbarin bestohlen, die vermeintlich immer dann, wenn sie aus dem Haus geht, in ihre Wohnung mit einem Nachschlüssel eindringt, um ihr Sachen zu entwenden oder zu zerstören. Für alles, was sie in ihrer Vergeßlichkeit verlegt hat und nicht wiederfindet, wird die Nachbarin verantwortlich gemacht. Deswegen hat sie diese bereits mehrfach bei der Polizei wegen Diebstahls angezeigt und ihr auch schon Schläge angedroht. Auch das Auswechseln des Türschlosses durch den Heimleiter hat – wie zu erwarten – keine Änderung gebracht. Andere Heimbewohnerinnen, zu denen sie anfangs noch Kontakt hatte, hatten sich mittlerweile zurückgezogen, weil sie befürchteten, eines Tages selbst des Diebstahls beschuldigt zu werden.

Anlässlich eines vom Heimleiter erbetenen dringlichen Hausbesuches lernten wir Frau S. erstmalig kennen, als sich die Situation auf einer Heimversammlung so zugespitzt hatte, daß der Heimleiter zu deren Entspannung nur noch die Möglichkeit einer Krankenhauseinweisung sah. Frau S. war durch die Ereignisse sichtlich gequält und stark beunruhigt und litt offensichtlich ganz erheblich unter der vermeintlichen Beeinträchtigung durch ihre Nachbarin und die mittlerweile eingetretene Situation. Eine Klinikbehandlung wäre durchaus angebracht gewesen, doch war eine Einwilligung angesichts fehlender Krankheitseinsicht nicht zu erwarten. Nachdem wir jedoch eine gute Beziehung zu Frau S. hergestellt hatten, akzeptierte sie eine medikamentöse Beruhigung in Form einer wöchentlichen Depotinjektion. Wir vereinbarten weitere Hausbesuche und baten die das Heim betreuende Halbtagschwester, regelmäßig nach Frau S. zu schauen und uns über die Wirkung und Nebenwirkung der verabreichten Medikation zu informieren. Wir beantragten für Frau S. einen neuen Krankenschein bei der AOK, da sie ihr Krankenscheinheft unauffindbar verlegt hatte, und veranlaßten später die Überleitung der medikamentösen Behandlung in die Hände eines niedergelassenen Nervenarztes.

Während der nachfolgenden 2 Wochen machten wir 3 weitere Hausbesuche, wobei wir Frau S. als eine freundliche Frau kennenlernten, die sich über unseren Besuch sichtlich freute. Immer jedoch, wenn das Gespräch auf die Nachbarin kam, veränderte sich ihre Stimmung plötzlich. Insgesamt hatte unter der Medikation die Wahndynamik jedoch nachgelassen, Frau S. schlief besser und war nicht mehr so gequält, und die Situation im Heim hatte sich auch deutlich entspannt. Wir klärten die Heimschwester, zu der Frau S. einen guten Kontakt hatte, über die Natur der Erkrankung auf und berieten sie, wie sie besser damit umgehen könne. Die Schwester erklärte sich auch bereit, Frau S. zum Nervenarzt zu begleiten. Wir sprachen auch mit der Nachbarin, um diese

zu beruhigen und ein Stück zu entlasten. Da wir davon ausgingen, daß bei dem Wahn der Patientin der Kontaktmangel eine nicht unerhebliche Rolle spielen dürfte, bemühten wir uns um verschiedene Ansätze, Frau S. aus ihrer Isolierung herauszuführen. Im Heim sahen wir dazu – abgesehen vom Kontakt zur Heimschwester – keine Möglichkeit, da sich die Bewohner aus wohl nicht angebbaren Ängsten, eines Tages selbst beschuldigt zu werden, von Frau S. zurückgezogen hatten. Auch unsere Ermunterungen, doch wieder Kontakt zum in Berlin lebenden Bruder aufzunehmen, stießen ins Leere, ebenso wie der Versuch, Frau S. an einen Kaffeekreis ihrer Kirchengemeinde anzubinden. Immer wenn es darum ging, den Kontakt konkret herzustellen, war sie dann doch nicht bereit und vielleicht auch nicht in der Lage, diesen Schritt mitzuvollziehen. Auch wurde dieser Schritt von der Heimschwester nur halbherzig unterstützt, da sie befürchtete, das Heim könnte durch die Anschuldigungen von Frau S. in Verruf geraten. Beabsichtigt ist für die Zukunft die Vermittlung einer zwei- bis dreimal wöchentlichen hauspflegerischen Betreuung mit der Hauptaufgabe, den Kontakt zu Frau S. zu pflegen und sie daneben bei den Arztbesuchen zu unterstützen und die Medikation zu überwachen, weil letztere durch die Vergeßlichkeit von Frau S. nicht mehr zuverlässig gewährleistet sind. Vielleicht gelingt es mit Geduld über die Hauspflegerin auch, Frau S. dem Altenkreis in der Gemeinde zuzuführen. Unsere weitere Betreuungsaufgabe wird sich dann darauf beschränken, die Beziehung durch lockere Kontakte aufrechtzuerhalten, die Hauspflegerin wie die Heimschwester zu beraten und in Krisenzeiten zur Verfügung zu stehen.

#### Literatur

1. Enquête über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland: Zwischenbericht, Bundestagsdrucksache 7/1124 (1973)
2. Hollingshead, A. B.; Redlich, F.: Social Class and Mental Illness, Wiley, New York 1958
3. Barton, R.: Institutional Neurosis, Wright, Bristol 1966
4. Wing, J. K.; Brown, G. W.: Institutionalism and Schizophrenia, Univ. Press, Cambridge 1970
5. Goffmann, E.: Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and other Inmates, Doubleday, New York 1961
6. Bateson, G.; Jackson, D. D.; Laing, R. D. u. a.: Schizophrenie und Familie, Theorie 2, Suhrkamp, Frankfurt 1969
7. Fischer, F.: Irrenhäuser – Kranke klagen an, Desch, München 1969
8. Enquête über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland: Schlußbericht, Bundestagsdrucksache 7/4200 (1975)
9. Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der psychiatrischen Versorgung – Zusammenfassung. In: Psycho-soziale Umschau 3, Heft 4, Psychiatrie Verlag, Bonn Dez. 1988

10. *Martini, H.*: Kommunales Entscheidungsverhalten und die Umsetzung des gemeindepsychiatrischen Konzepts. In: Kulenkampff, C.; Martini, H.: Psychiatrie in der Gemeinde, Tagungsbericht Bd. 13 der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Rheinland-Verlag, Köln 1986

Dr. Gert Schöfer, Bremen

*Die Reform der psychiatrischen Versorgung in Bremen  
– strukturelle Veränderungen –*

Dieser Beitrag soll in knapper Form die Reform der Psychiatrie in Bremen darstellen. Er beschränkt sich dabei vorwiegend auf die strukturellen Aspekte der Veränderungen. Vielleicht sogar wichtiger sind jedoch die inhaltlichen Ansätze, die die Psychiatriereform geprägt haben: Humanisierung, Demokratisierung, Normalisierung, Integration, Respektierung des „Anders-Sein“ u. v. a. m. Es reicht auch deshalb nicht aus, nur die Strukturen zu verändern, wenn nicht auch das entsprechende Bewußtsein bei den in der psychiatrischen Versorgung Tätigen und bei der Bevölkerung vorhanden ist.

Ausgangspunkt für eine Psychiatriereform in Bremen war die in den Jahren 1970 bis 1975 erstellte Enquête der Bundesregierung „Über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (Bundesdrucksache 7/4200). Bremen hatte in dem „Bericht über die Situation psychisch Kranker und geistig Behinderter im Land Bremen“ 1975 die grundlegenden Empfehlungen der Sachverständigenkommission anerkannt, und es wurde schon damals der Aufbau eines flächendeckenden sozialpsychiatrischen Dienstes und der Ausbau des komplementären Bereiches gefordert. Zuerst stand zwar der Ausbau des stationären Bereiches noch im Vordergrund, es wurden aber in Ansätzen schon Prinzipien wie regionale Versorgung, Anbindung ambulanter Dienste an das psychiatrische Krankenhaus, eigenständige Versorgung in den Städten Bremen und Bremerhaven etc. formuliert, die später entscheidende Zielsetzungen für die Reform im Land Bremen wurden. 1977 wurde per Senatsbeschluß die stationäre Versorgung kommunalisiert. Unter den Gesichtspunkten „Integration“ und „Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch Kranken“ wurde in der Stadt Bremen die frühere „Städtische Nervenklinik“, die für das Land Bremen Landeskrankenhauscharakter hatte, in eines der vier bremischen Zentralkrankenhäuser – das neu erbaute Zentralkrankenhaus Bremen-Ost – integriert. Die dortige psychiatrische Klinik mit damals weit über 1000 Betten wurde aus inhaltlichen Gesichtspunkten in überschaubare Fachbereiche aufgeteilt. In Bremerhaven wurde ebenfalls ein neues Zentralkrankenhaus mit einer psychiatrischen Abteilung mit 120 Betten errichtet. Die stationäre Versorgung der psychiatrischen Langzeitkranken erfolgte weiterhin für beide Städte in der in der Nähe von Oldenburg gelegenen Klinik „Kloster Blankenburg“ mit 360 Betten.

Im ambulanten Bereich war trotz der schon damals recht guten Ausstattung durch niedergelassene Nervenärzte und Psychotherapeuten ei-

ne Unterversorgung bestimmter Patientengruppen bekannt, die häufige und/oder langdauernde Krankenhausaufenthalte zur Folge hatte. Kennzeichnend für den Stellenwert der Psychiatrie in der Gesundheitspolitik war, daß 1978 beim damaligen Senator für Gesundheit und Umweltschutz ein Psychiatriereferat eingerichtet wurde, und als Ausdruck des reformerischen Bewußtseins der Politik und der Fachwelt wurde 1979 das „Gesetz über Schutz und Hilfen für psychisch Kranke“ (PsychKG) verabschiedet. Statt des ordnungspolitischen Charakters früherer Unterbringungsgesetze standen klare Vorschriften der Hilfen für psychisch Kranke im Vordergrund. Als Träger der Hilfen wurde der Sozialpsychiatrische Dienst bestimmt.

Zeitgleich erfolgte die Entscheidung der Bundesregierung im Rahmen eines „Modellprogramms Psychiatrie“ Anstöße für eine Psychiatriereform in den Ländern zu geben. Das Reformbewußtsein in Bremen und die in Aussicht stehende finanzielle Hilfe durch den Bund ermöglichten es nun, eine konkrete Planung einer Reform der Psychiatrie einzuleiten. Der 1980 vorgelegte „Psychiatrieplan Bremen“ formulierte sieben Reformziele:

1. Verbesserung der Koordinierung und Planung.
2. Sektorisierung und Gleichverteilung der Einrichtungen und Dienste auf fünf Stadtbezirke in der Stadt Bremen.
3. Ausbau eines gemeindenahen Versorgungssystems mit Aufhebung der starren Grenzen zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung.
4. Ausbau des teilstationären Bereichs.
5. Reintegration chronischer Patienten.
6. Ausbau der komplementären Einrichtungen und Dienste.
7. Gezielte Öffentlichkeitsarbeit.

Unter diesen Zielsetzungen wurden mit Hilfe des Modellprogramms und durch zusätzliche Leistungen des Landes Bremen seit 1981 eine grundlegende Reform der Psychiatrie in Bremen eingeleitet. Sie beinhaltete sowohl strukturelle Veränderungen als auch den Auf- und Ausbau von Einrichtungen und Diensten in allen Bereichen der psychiatrischen Versorgung.

### *I. Koordinierung, Planung und Kooperation*

In der Vergangenheit fanden Versorgungsplanungen in der Regel nur bereichsbezogen (stationär, ambulant, komplementär) oder nur einrichtungsbezogen statt. Dies hatte unabgestimmte Versorgungsangebote, Doppel- und Mehrfachbetreuungen bei gleichzeitiger Unterversorgung in anderen Bereichen u. a. m. zur Folge. Es wurden deshalb die Vorschläge der Psychiatrie-Enquête zur Einrichtung eines „psychosozialen Ausschusses“ und von „psychosozialen Arbeitsgemeinschaften“ aufge-

griffen. Es zeigten sich aber sehr bald die Schwierigkeiten, solche Systeme in einer Region zu etablieren, in der es viele Einrichtungen und Träger der Versorgung gibt. Ängste vor Autonomieverlust einerseits und Bedürfnisse, überall in angemessenem Umfang vertreten zu sein, andererseits, ließen Ansätze zur Einrichtung eines psychosozialen Ausschusses sehr früh scheitern. Beruhigend aber war zu beobachten, daß sich informell doch relativ stabile Arbeitsformen entwickelten, nämlich daß sich in zwar unterschiedlichen themenbezogenen Gremien immer wieder die gleichen Personen und Repräsentanten trafen und auf diese Weise eine doch weitgehende Abstimmung der Planung der Versorgung stattfand. Hierbei kam dem im Rahmen des Modellprogramms geschaffenen „Koordinator“, der in Bremen in das Psychiatriereferat eingebunden war, eine besondere Bedeutung zu.

Daneben entwickelten sich in den folgenden Jahren in unterschiedlichen Formen Kooperationsgremien auf regionaler Ebene im Sinne von „psychosozialen Arbeitsgemeinschaften“. Auf der Ebene der direkten Kooperation der Einrichtungen wurde in Bremen 1982 das Instrument des „Kooperationsvertrages“ geschaffen. Vertragspartner sind der Senator für Gesundheit und jeweils Träger von Heimen und Wohneinrichtungen für psychisch Kranke. Der Vertrag legt die inhaltliche und regionale Konzeption der Einrichtung und die Zusammenarbeit zwischen Heim, Krankenhaus und Sozialpsychiatrischem Dienst fest. Diese anfangs von den Trägern skeptisch betrachtete verpflichtende Einbindung in die Versorgung hat sich inzwischen bewährt, und alle Heime und Einrichtungen des betreuten Wohnens für psychisch Kranke sind in dieser Form an der Versorgung beteiligt.

Für die Koordination und Planung der Versorgung in der Region bestehen inzwischen in allen fünf Versorgungsregionen „Regionalkonferenzen zur Versorgung psychisch Kranker“ mit einer einheitlichen und verbindlichen Geschäftsordnung. Da in Bremen die Versorgung der geistig Behinderten von der der psychisch Kranken getrennt worden ist, wurden entsprechende „Regionalkonferenzen zur Versorgung geistig Behinderter“ eingerichtet. Mitglieder dieser Regionalkonferenzen sind die stationären und die ambulanten psychiatrischen Dienste, die zuständigen sozialen Dienste, Träger von Wohneinrichtungen und Einrichtungen der Tagesstrukturierung sowie Vertreter der lokalen und der städtischen politischen Entscheidungsträger. Eine entsprechende „zentrale Konferenz“ besteht für die ganze Stadt Bremen und stimmt die Grundzüge der Versorgung ab.

### *II. Ausbau eines gemeindenahen Versorgungssystems*

Gemeindenähe – bezogen auf die psychiatrische Versorgung – ist nicht nur eine Frage der Entfernung, sondern hat insbesondere eine in-

haltliche Zielsetzung: Demjenigen, der psychisch erkrankt oder behindert ist, ist weiterhin ein Leben in seinen sozialen, familiären und nachbarschaftlichen Bezügen zu ermöglichen. Dazu müssen möglichst alle Hilfsangebote dort angesiedelt werden, wo der Betroffene lebt. Wenn dies nicht möglich ist (z. B. bei einem notwendigen Krankenhausaufenthalt), müssen die Versorgungsstrukturen so gestaltet werden, daß eng mit den Einrichtungen und Diensten vor Ort zusammengearbeitet werden kann und eine Weiterbetreuung möglichst bald wieder wohnortnah erfolgen kann. In der Stadt Bremen mit einem Angebot von verschiedenen Einrichtungen der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung, die – abgesehen von den stationären Einrichtungen am Rande oder außerhalb der Stadt – vorwiegend in der Stadtmitte konzentriert waren, zeigte sich bald, daß eine „gemeindenahere Versorgung“ im inhaltlichen Sinne nicht auf Stadtebene zu verwirklichen war. Es wurde deshalb die Bildung von angemessenen „Versorgungsregionen“ notwendig („Sektorisierung“). Man nutzte die vorgegebene Struktur der fünf Bremer Stadtbezirke, die jeweils eine Größenordnung von ca. 100 000 bis 130 000 Einwohner haben und stattete sie mit den notwendigen Einrichtungen und Diensten aus. Da eine Verteilung der stationären Kapazitäten auf die Versorgungsregionen nicht möglich war, wurde das psychiatrische Krankenhaus intern entsprechend den Versorgungsregionen sektorisert.

Heute steht zur psychiatrischen Versorgung für jede der fünf Regionen das gleiche Spektrum von Einrichtungen und Diensten zur Verfügung:

- eine Beratungsstelle des Sozialpsychiatrischen Dienstes
- eine Tagesstätte
- Heime und Einrichtungen des betreuten Wohnens
- Arbeitsangebote in Kleinwerkstätten
- eine stationäre Einheit im psychiatrischen Krankenhaus

Die Zusammenarbeit erfolgt direkt bzw. über die o.g. Regionalkonferenz. Es ist somit im Lauf von zehn Jahren gelungen, die psychiatrische Versorgung strukturell von der Landesebene über die Stadtebene auf eine überschaubare regionale Ebene hinzuführen und ein koordiniertes und gleichartiges Versorgungsangebot in allen fünf Versorgungsregionen zu schaffen.

### III. Der Sozialpsychiatrische Dienst (SPsD)

Ein Sozialpsychiatrischer Dienst, der dem Anspruch einer gemeindenahen sozialpsychiatrischen Versorgung gerecht werden will, bedarf einer ausreichenden und multiprofessionellen Ausstattung und einer Eigenständigkeit bei gleichzeitiger Einbindung in die Versorgungsstrukturen. Es war deshalb wichtig, aus den früheren Ansätzen der ambulanten

Betreuung (zwei „sozialpsychiatrische Beratungsstellen des Krankenhauses“, „Sozialpsychiatrischer Dienst des Amtes für Familienhilfe“, „Beratungsstelle für seelische Gesundheit des Hauptgesundheitsamtes“, Sozialtherapeutischer Dienst des Sozialamtes“) einen Dienst zu schaffen, der das gesamte Aufgabenspektrum ambulanter sozialpsychiatrischer Arbeit abdecken konnte. Er ist heute zuständig für alle psychisch Kranken und Suchtkranken – mit Ausnahme der Drogensüchtigen. Entsprechend der Sektorisierung unterhält der SPsD in allen fünf Versorgungsregionen eine Beratungsstelle und diese ist mit 1,5 Ärzten, 1 Psychologen, 4 Sozialarbeitern, 2 Krankenpflegekräften und 1,5 Verwaltungskräften besetzt. Jede Beratungsstelle betreut im Jahr ca. 800 Patienten mit steigender Tendenz, wobei das Schwergewicht auf der Betreuung chronisch psychisch Kranker liegt. Zur Gewährleistung der Krisenintervention rund um die Uhr unterhält der SPsD einen – allerdings zentralen – Notdienst von 17 bis 8 Uhr und durchgehend am Wochenende, der mit drei Mitarbeitern besetzt ist.

Die psychiatrische Versorgung der Vergangenheit war u. a. durch die starren Grenzen zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung gekennzeichnet. Die Folgen waren lange stationäre Aufenthalte, fehlende Nachsorge, „Drehtürpsychiatrie“ etc. Es galt bei der Einrichtung des SPsD diesem Mißstand Rechnung zu tragen. Historisch gesehen war es deshalb von großer Bedeutung, daß beim Aufbau des SPsD das Gesundheitsamt, das Sozialamt (Anstellungsträger der Sozialarbeiter) und das psychiatrische Krankenhaus gemeinsam Träger des SPsD waren. Durch ein Rotationssystem wurde gewährleistet, daß Ärzte und Krankenpflegekräfte des Krankenhauses im SPsD arbeiteten, um den ambulanten Bereich der Versorgung genauso zu kennen wie den stationären.

Patientenbezogen arbeiten die Teams der stationären Einheiten für die Regionen eng und kontinuierlich mit den Teams der jeweiligen Beratungsstellen zusammen, und sie betreuen Patienten gemeinsam bzw. übernehmen sie aus der einen in die andere Betreuungsform. Mehr als ein Viertel der bremischen psychiatrischen Krankenhauspatienten sind heute gleichzeitig Patienten des SPsD. Daß heute 51% der aufgenommenen Patienten innerhalb der ersten 30 Tage (80% innerhalb von einem Vierteljahr) wieder entlassen werden können, ist sicher u. a. auf diese gemeinsame Betreuung zurückzuführen. Ab 1989 soll diese Zusammenarbeit noch weiter institutionalisiert werden, indem der Oberarzt der für die jeweilige Region zuständigen Aufnahmestation gleichzeitig Leiter der Beratungsstelle des SPsD sein wird („Sektorarzt“).

Auf diese Weise konnten Aufgaben, die einer Institutsambulanz zugeschrieben werden, in den SPsD integriert werden (leider ohne daß bisher die Krankenkassen, wie bei einer Institutsambulanz, auch die Kosten dafür übernehmen). Aus heutiger Sicht ist aber festzustellen, daß

diese bremische Lösung strukturell günstiger und patientengerechter ist, als wenn neben dem SPsD noch gesondert eine Institutsambulanz existieren würde, da dies zwangsläufig zu Aufgabenüberschneidungen, Doppelversorgungen und zu zusätzlichem Koordinierungsbedarf führen würde. Darüber hinaus würde eine zentrale Institutsambulanz mit dem Regionalprinzip kollidieren.

#### *IV. Der Ausbau des teilstationären Bereiches*

Ende der 70er Jahre wurde im Zentralkrankenhaus Bremen Ost die erste Tagesklinik eingerichtet. Heute stehen in Bremen insgesamt 96 Tagesklinik- und Nachtklinikplätze zur Verfügung. Darüber hinaus werden dazu weitere vollstationäre Betten genutzt, so daß die teilstationären Plätze fast 15% des gesamten stationären Angebots in Bremen ausmachen. Es wird dabei differenziert zwischen Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie und Suchtbehandlung. Die Tageskliniken wurden ebenfalls – soweit dies möglich war – den Versorgungsregionen zugeordnet. So wurde im Stadtbezirk Bremen-West eine neue Tagesklinik mit jeweils 20 Plätzen für Allgemeinpsychiatrie und Gerontopsychiatrie für die Versorgungsregionen West und Nord gebaut. Die Tageskliniken dienen sowohl der weiteren Behandlung nach einem vollstationären Aufenthalt als auch der Vermeidung von vollstationären Aufnahmen. Es erfolgten in den letzten Jahren zunehmend direkte Einweisungen in die Tageskliniken durch die niedergelassenen Nervenärzte.

#### *V. Reintegration chronisch psychisch Kranker („Auflösung der Klinik Kloster Blankenburg“) und Ausbau des komplementären Bereiches*

Zu den dunkelsten Kapiteln früherer psychiatrischer Versorgung gehörte die oft lebenslängliche Verbannung chronisch psychisch Kranker in Langzeitbereiche der psychiatrischen Landeskrankenhäuser, wo diese oft unter menschenwürdigen Verhältnissen verwahrt wurden (Psychiatrie-Enquete: „brutale Realität“). Bremen hatte für sich dieses Problem in der Vergangenheit dadurch gelöst, daß es 40 Kilometer außerhalb von Bremen in der Nähe von Oldenburg das Kloster Blankenburg gepachtet hatte, um dorthin die als unheilbar, auf Dauer verwahrbefähigt angesehenen psychisch Kranken und geistig Behinderten zu verlegen. Wenn auch die Bemühungen, dort menschenwürdige Verhältnisse zu schaffen, erkennbar waren, blieb die Klinik Kloster Blankenburg eine Abschiebe- und Verwahreinrichtung, von der es keine Rückkehr gab. Darüber hinaus hatten sich im niedersächsischen Umland Bremens eine Vielzahl von privaten Heimen für „Pflegefälle“ mit ca. 750 Plätzen etabliert, von denen 350 Plätze mit psychisch Behinderten belegt waren. Auch diese Heime hatten fast ausschließlich Verwahrscheinheit.

Um dem inhaltlichen Anspruch einer Psychiatriereform gerecht werden zu können, mußten deshalb solche Versorgungsstrukturen aufgehoben werden. Die Zielsetzung war, in Bremen und in Bremerhaven solche Voraussetzungen zu schaffen, die jedem chronisch psychisch Kranken und geistig Behinderten ein Leben in der Stadt ermöglichen, und es mußten die Verwahreinrichtungen abgeschafft und der Aufbau neuer verhindert werden. 1981 wurde deshalb vom Senator für Gesundheit beschlossen, bei einem sofortigen Aufnahmestop die damals noch mit 300 Patienten belegte Klinik Kloster Blankenburg bis spätestens 1990 aufzulösen. Darüber hinaus wird seit 1984 kein psychisch Kranker oder Behinderter – soweit er in der Kostenträgerschaft des Sozialhilfeträgers steht – in private Heime im niedersächsischen Umland verlegt.

Statt dessen sind in den letzten Jahren in der Stadt Bremen für chronisch psychisch Kranke und Behinderte Plätze in Heimen (1980: 148; 1988: 236 Plätze) und in Wohngemeinschaften bzw. in Angeboten des Betreuten Wohnens (1980: 4; 1988: 242) geschaffen worden. Bei der bestehenden Trägervielfalt ist dabei intendiert, daß ein (oder auch mehrere) Träger eine Versorgungsverantwortung für die jeweilige Region übernimmt und möglichst gleichzeitig Träger der Tagesstätte für psychisch Kranke in der Region ist. Durch den SPsD ist eine ambulante Betreuung gewährleistet und die Tagesstätten sowie die Arbeitseinrichtungen ermöglichen den chronisch psychisch Kranken eine sinnvolle Tagesstrukturierung.

Die Zahl der Betten für „Pflegefälle“ im stationären Bereich konnte in den Jahren 1980 bis 1988 um über 80% abgebaut werden (500 – 90). Die Klinik Kloster Blankenburg wird im Dezember 1988 endgültig geschlossen. Damit ist ein wichtiges Kapitel psychiatrischer Vergangenheitsbewältigung in Bremen abgeschlossen.

#### *VI. Die Trennung der Versorgung chronisch psychisch Kranker und geistig und mehrfach Behinderter*

Wie in psychiatrischen Langzeitbereichen üblich, waren in der Klinik Kloster Blankenburg chronisch psychisch Kranke und geistig und mehrfach Behinderte gemischt untergebracht und infolge des jahre- bis jahrzehntelangen Hospitalismus in ihrem Verhalten oft kaum noch zu unterscheiden. Es war deshalb notwendig, bei der Planung von zukünftigen Einrichtungen für die Blankenburger Patienten und für neue chronisch Kranke solche Einrichtungen zu schaffen, die den unterschiedlichen Bedürfnissen der beiden Gruppen gerecht werden. Für die Gruppe der chronisch psychisch Kranken war das oben beschriebene gemeindenahе sozialpsychiatrische Versorgungssystem aufgebaut worden und es konnten so die psychisch Kranken aus Blankenburg integriert werden.

Für die Gruppe der geistig und mehrfach Behinderten gab es außer einigen Heimen der „Lebenshilfe e. V.“ und den Behindertenwerkstätten keine weiteren Einrichtungen in Bremen. Es wurde deshalb 1984 eine Planung („Rahmenkonzept“) vorgelegt, die zur Zielsetzung hatte, ein gesondertes regionalisiertes Versorgungssystem für die geistig und mehrfach Behinderten zu schaffen. Es sollten „Zentren für geistig und mehrfach Behinderte“ in den fünf Regionen in Bremen und in Bremerhaven aufgebaut werden, die eine autonome Versorgung dieser Behinderten gewährleisten sollen.

Der Bremer Senat hat 1985 dieser Planung zugestimmt mit der Einschränkung, daß in einer ersten Stufe nur drei Zentren realisiert werden sollten, damit die Auflösung der Klinik Kloster Blankenburg sichergestellt war. Ab 1991 sollen dann, wenn sich dieses Konzept bewährt hat, die drei weiteren Zentren aufgebaut werden.

Jedes Zentrum besteht aus

- einer Tagesstätte mit den verschiedenen Möglichkeiten der Tagesstrukturierung und in denen die notwendigen therapeutischen und rehabilitativen Hilfen angeboten werden, und
- aus einem nach dem notwendigen Betreuungsgrad bzw. nach der Selbständigkeit der Bewohner differenzierten Wohnbereich.

Kleine Heime, Übergangwohngruppen und Einrichtungen des therapeutischen Wohnens sind in der Region verteilt. Lediglich die Wohnplätze für die intensiv zu pflegenden Schwerstbehinderten sind an die Tagesstätte angeschlossen. Das Zentrum hat im Tagesstättenbereich und im Wohnbereich 50 Plätze, wobei davon ausgegangen wird, daß ein Teil der behinderten Bewohner am Tage die Behindertenwerkstätte für geistig Behinderte aufsucht und daß entsprechend viele Behinderte, die in der Familie leben, die Tagesstätte aufsuchen. Träger der drei Zentren sind drei Wohlfahrtsverbände (Arbeiter-Samariter-Bund, Arbeiterwohlfahrt, Innere Mission). Mit ihnen wurde jeweils ein Vertrag über einen regionalen „Versorgungsauftrag“ abgeschlossen, in dem sie sich verpflichten, die Versorgung aller geistig und mehrfach Behinderten in Kooperation mit anderen Einrichtungen und Diensten in der Region zu gewährleisten, damit keine Abschiebung mehr dieser Behinderten ins psychiatrische Krankenhaus oder in Einrichtungen ins niedersächsische Umland erfolgt.

Zwei dieser Zentren haben in den letzten Wochen ihren Betrieb aufgenommen; das dritte wird im Dezember 1988 eröffnet. Auf diese Weise konnten die geistig und mehrfach Behinderten aus der Klinik Kloster Blankenburg wieder in Bremen ihren Lebensraum finden und gleichzeitig ist für diejenigen, die noch in ihren Familien leben, ein neues Betreuungsangebot geschaffen worden.

Diese Darstellung der Psychiatriereform in Bremen sollte vor allem die grundlegenden strukturellen Veränderungen aufzeigen. Eine Folge

war, daß die Betten im Psychiatrischen Krankenhaus (ZKH Bremen-Ost) von 1216 Betten im Jahre 1980 auf 767 Ende 1988 (-37%) abgebaut werden konnten. Viele inhaltliche Verbesserungen in den verschiedenen fachlichen Bereichen der Psychiatrie (z. B. Suchtbehandlung, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Forensik) blieben unerwähnt.

Die beschriebenen Veränderungen der psychiatrischen Versorgung sind auch nicht – wie bei dieser Darstellung der Eindruck entstehen könnte – reibungslos und problemlos abgelaufen. Lange Zeit war die Reform von intensiven und auch heftigen Diskussionen über den „richtigen Weg“ und die „wirklichen Ziele“ gekennzeichnet und von Zuständigkeitsstreitereien, bürokratischen Hemmnissen, Konkurrenzverhalten, sachfremden Kompromissen, Verständnislosigkeit, Berufsgruppenrivalitäten und ideologischen Auseinandersetzungen begleitet. Es bestehen nach wie vor Widersprüchlichkeiten, wie z. B. die noch viel zu geringe Kooperation der niedergelassenen Nervenärzte mit den neuen Einrichtungen und Diensten oder Zuständigkeits- und Wirtschaftlichkeitsüberlegungen der Institutionen und der Kostenträger, denen das einzelne Patientenschicksal untergeordnet wird. Es zeigten sich auch die Gefahren, die sich aus der Tendenz einzelner Dienste und Einrichtungen ergeben, sich wieder als unflexible Institutionen zu etablieren und dann eine Eigendynamik zu entwickeln, die möglicherweise an den Interessen der psychisch Kranken vorbeigeht. Es ist sicher noch an vielen Stellen nicht gelungen, die inhaltlichen Reformansprüche in jeder Beziehung umzusetzen. Dies zeigt aber auch, daß der Prozeß der Psychiatriereform in Bremen noch längst nicht abgeschlossen ist.

Eine wichtige Strukturveränderung, auf die das Land Bremen keinen Einfluß hat, hat leider nicht stattgefunden: Die Anpassung der Kostenträgerschaft an die veränderten Versorgungsstrukturen. Obwohl die Versorgung der psychisch Kranken durch Einsatz von Modellmitteln und durch hohes finanzielles Engagement des Landes Bremen entscheidend verbessert worden ist, haben die Kostenträger – mit Ausnahme des Sozialhilfeträgers – kaum etwas dazu beigetragen. So sind z. B. die Ausgaben der Krankenkassen für die stationäre Psychiatrie in den Jahren von 1980 bis 1985 nur um 6,7% gestiegen, was im Vergleich zum Kostenanstieg im Gesundheitswesen in diesen Jahren äußerst gering ist. Diese Einsparungen sind weder dem sozialpsychiatrischen Dienst noch den komplementären Einrichtungen zugeflossen, die ja zur Verringerung des Kostenanstiegs im Krankenhaus beigetragen haben. Selbst in dem in diesen Tagen verabschiedeten „Gesundheitsreformgesetz“ haben die veränderten Formen der Behandlung und Betreuung psychisch Kranker praktisch keine Berücksichtigung gefunden.

## ARBEITSGRUPPE 5

*Sterilisation geistig Behinderter – gegenwärtige Praxis – gesetzlicher  
Regelungsvorschlag –*

### *Protokoll*

Richterin am Amtsgericht Ilse Koberstein-Schwarz, Wuppertal

An dieser Arbeitsgemeinschaft nahmen als Experten Ullrich Hellmann von der Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e. V., Marburg, und Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner, Gütersloh, Direktor des psychiatrischen Krankenhauses, teil. Die einleitenden Statements dieser beiden Teilnehmer boten infolge der unterschiedlichen Sichtweise des Gesamtkomplexes Sterilisation vielfältige Anregungen für die anschließende Diskussion.

Bei der sich an die Statements anschließenden Diskussion waren alle Teilnehmer darin einig, daß eine gesetzliche Regelung der Sterilisationsproblematik im Hinblick auf die derzeit unklare Rechtslage, vor allem aber wegen der teilweise völlig willkürlichen Sterilisationspraxis einwilligungsunfähiger Behinderter erforderlich ist. An der Sterilisationspraxis ist insbesondere zu beanstanden, daß Minderjährige, die geistig behindert sind, oftmals noch kurz vor Erreichen der Volljährigkeit sozusagen „vorsorglich“ sterilisiert werden, daß einwilligungsfähige Minderjährige oder Volljährige ohne ihre wirksame Einwilligung sterilisiert werden oder daß die erteilte Einwilligung oft Ergebnis sanfter oder massiver Beeinflussung ist. Genaue Angaben in Form von Zahlenmaterial können an dieser Stelle nicht gemacht werden, weil es ein systematisches Wissen über die Sterilisationspraxis nicht gibt. Die angeführte unklare Rechtslage zeigt sich in der sehr unterschiedlichen Rechtsprechung. So wird unter entsprechender Anwendung des Kastrationsgesetzes eine vertretungsweise erklärte Einwilligung für zulässig gehalten, wenn diese vormundschaftsgerichtlich genehmigt ist. Einige Gerichte lehnen die vormundschaftsgerichtliche Genehmigungsbedürftigkeit auch ab. Andere Gerichte stellen die vertretungsweise Einwilligung grundsätzlich in Frage.

Es ist festzustellen, daß Sterilisationen in vielen Fällen auf Betreiben von Ärzten erfolgen. Die Ärzte sehen sich dabei bestätigt durch die Richtlinien, die die Bundesärztekammer unter dem 14. August 1987 zur



angeblichen „Zulässigkeit einer Sterilisation geistig Behinderter aus eugenischer und sozialer Indikation“ aufgestellt hat. Entgegen dem geltenden Recht wird hierin jedem Arzt die Befugnis zugesprochen, mit Zustimmung des gesetzlichen Vertreters (Eltern, Vormund, Pfleger) und nachdem der Arzt ein aktuelles psychiatrisch-neurologisches Gutachten über das Vorliegen einer Indikation und die Frage der Einsichtsfähigkeit eingeholt hat, nach seinem Gutachten darüber zu entscheiden, ob die Sterilisation eines oder einer nicht einwilligungsfähigen geistig Behinderten – gleichgültig ob minderjährig oder volljährig – im Einzelfall erforderlich erscheint, um in dessen bzw. deren „wohlverstandenen Interesse eigene Nachkommenschaft zu verhindern“.

Es unterliegt keinem Zweifel, daß viele Sterilisationen die Voraussetzungen einer schweren Körperverletzung gemäß § 224 StGB erfüllen. Dennoch sind Fälle strafrechtlicher Verfolgung nicht bekannt. Eine gesetzliche Neuregelung der Sterilisation geistig Behinderter ist erforderlich, um rechtswidrige Sterilisationen zukünftig zu unterbinden.

Bei einer gesetzlichen Neuregelung des Rechts der Sterilisation ist davon auszugehen, daß Menschen mit Behinderung ebenso wie Menschen ohne Behinderung das Recht haben, Kinder zu bekommen. Auch die Elternschaft geistig Behinderter unterliegt dem Schutz des Art. 6 Grundgesetz. Die soziale Akzeptanz der Elternschaft geistig Behinderter muß gefördert werden und durch geeignete Hilfestellungen von außen unterstützt werden. Die meisten Eltern geistig behinderter Menschen sind noch immer der Auffassung, daß diese keine Kinder haben sollten. Sie unterstützen zwar Freundschaft und Partnerschaft, lehnen jedoch die Elternschaft ihrer Kinder ab. Das Interesse der Eltern behinderter Kinder an der Verhinderung der Elternschaft, welches sicherlich überwiegend getragen ist durch Sorge um die Zukunft der behinderten Kinder und möglicher Enkelkinder darf niemals ausschlaggebend für eine Sterilisation sein. Ebenso wenig dürfen Interessen der Allgemeinheit oder der Mitarbeiter von Einrichtungen zu einer Sterilisation führen. Auch die Gefahr des sexuellen Mißbrauchs einer geistig behinderten Frau darf kein Grund für eine Sterilisation sein. Dies schon deshalb nicht, weil eine Sterilisation nicht vor derartigen sexuellen Mißbräuchen schützt. Durch Unfruchtbarmachung läßt sich lediglich eine Schwangerschaft verhindern, nicht aber die Tatbelegung selbst und deren negative psychische Folgen. Abgesehen davon ist zu befürchten, daß bei Bekanntwerden der Sterilisation einer geistig behinderten Frau diese sehr wahrscheinlich in stärkerem Maße der Gefahr eines sexuellen Mißbrauchs ausgesetzt wäre.

Alle Mitglieder der Arbeitsgruppe waren sich darin einig, daß eine ersatzweise Einwilligung des Vormundes oder Betreuers in eine Sterilisation bei einwilligungsfähigen geistig Behinderten nicht in Betracht kommt. Diese Personengruppe kann selbst über eine Sterilisation ent-

scheiden. Dabei wird die Abgrenzung zwischen Einwilligungsfähigkeit und Einwilligungsunfähigkeit im Einzelfall sehr schwierig sein können und sowohl nach der geltenden Rechtslage als auch nach dem zu schaffenden zukünftigen Recht einen zentralen Problemkreis darstellen. Die Sterilisation minderjähriger geistig Behinderter soll, wie im neuen Betreuungsrecht vorgesehen, ausgeschlossen werden (§ 1631 c BGB des Diskussionsteilentwurfs). Das gleiche gilt auch für Sterilisationen, die dem durch Sprache, Gestik oder in sonstiger Weise geäußerten natürlichen Willen des Betroffenen widersprechen.

Unabhängig von der Frage, ob eine ersatzweise Einwilligung des Betreuers in eine Sterilisation in begrenzten Fällen zuzulassen ist oder ob Sterilisationen in den fraglichen Fällen grundsätzlich verboten werden sollen, ist der in dem vorgeschlagenen Betreuungsrecht enthaltene Verweis auf die Notlagen des § 218 a StGB abzulehnen. Die konkreten und situativ bedingten Notlagen des § 218 a StGB lassen sich nicht mit der für eine so weitreichende Maßnahme notwendigen Sicherheit vorhersagen. Bei der genetischen Indikation (§ 218 a Abs. 2 Nr. 1 StGB) ist zu bedenken, daß zwischen schwerwiegenden und weniger schwerwiegenden Erbkrankheiten und Schädigungen nicht unterschieden werden kann. Es besteht hier die Gefahr, daß die genetische Indikation als Vorwand genutzt werden könnte, Sterilisationen durchzuführen, um Behindertennachwuchs zu vermeiden. Auch wird sich im Einzelfall schwerlich feststellen lassen, daß ein einwilligungsunfähiger geistig Behinderter aufgrund der zu erwartenden körperlichen oder geistigen Behinderung eines Kindes subjektiv so schwerwiegenden Belastungen ausgesetzt ist, daß eine genetisch indizierte Sterilisation erforderlich ist. Die Unzulänglichkeit des im neuen Betreuungsrecht enthaltenen Verweises auf die Notlagen des § 218 a StGB erweist sich insbesondere auch im Hinblick auf die allgemeine Notlagenindikation (§ 218 a Abs. 2 Nr. 3 StGB). Nach Auffassung des Ministeriums kommen für eine Sterilisation zur Verhinderung einer Notlagenindikation vor allen Dingen Fälle in Betracht, „in denen eine behinderte Frau aufgrund der Schwere ihrer Behinderung nie in der Lage sein wird, ihr – auch nicht behindertes – Kind selbst aufzuziehen“. Um die Voraussetzungen dieser Notlagenindikation zu erfüllen, müßte der Nachweis erbracht werden, daß der oder die Betroffene bei unterlassener Sterilisation mit jeder, auch in späteren Jahren eintretenden Schwangerschaft in eine Notlage im Sinne des § 218 a Abs. 2 Nr. 3 StGB geraten würde. Eine derartige Prognose kann jedoch mit verlässlicher Sicherheit nicht gestellt werden, denn die Notlage hängt immer von der jeweiligen Lebenssituation eines Menschen ab.

Die Frage der Zulassung einer ersatzweisen Einwilligung des Betreuers in eine Sterilisation ist in der Arbeitsgruppe kontrovers diskutiert worden. Eine Minderheit vertrat die Auffassung, daß eine Sterilisation

einwilligungsunfähiger geistiger Behinderter nach Maßgabe eines strikten Indikationskataloges unter Beachtung strenger Verfahrensregeln in bestimmten Ausnahmefällen zuzulassen sei. Die Vertreter dieser Meinung gehen davon aus, daß aus der Sicht der Eltern geistig behinderter Kinder in gewissen Ausnahmefällen ein soziales Bedürfnis für eine Sterilisation bestehe. Diesem Bedürfnis sei Rechnung zu tragen. Die Vertreter dieser Meinung sind der Überzeugung, daß eine strikte Indikationslösung besser geeignet sei, der gegenwärtigen, oftmals ohne gerichtliche Kontrolle ablaufenden Sterilisationspraxis wirksam Einhalt zu gebieten, als eine rigorose Verbotsregelung.

Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmer der Arbeitsgruppe, eine Dreiviertelmehrheit, sprach sich dafür aus, daß eine ersatzweise Einwilligung des Betreuers in eine Sterilisation des Betreuten bei Einwilligungsunfähigen grundsätzlich und ausnahmslos verboten werden soll. Dabei waren folgende Erwägungen ausschlaggebend: Das Grundrecht der freien Entfaltung der Persönlichkeit und das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit steht allen Menschen, seien sie körperlich oder geistig behindert oder nicht, gleichermaßen zu. Die Entscheidung für und auch gegen eine Sterilisation ist Ausfluß des in Art. 2 Abs. 1 Grundgesetz gewährleisteten Rechts auf freie Entfaltung der Persönlichkeit, mithin also des Rechts auf persönliche Selbstbestimmung. Dieses Recht auf Selbstbestimmung kann nicht durch einen Vertreter ausgeübt werden. Denn das wäre keine Selbstbestimmung, sondern Fremdbestimmung. Eine Sterilisation einwilligungsunfähiger Personen stellt einen rechtswidrigen Eingriff in deren Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit sowie in deren körperliche Unversehrtheit dar. Das Recht auf körperliche Unversehrtheit ist unter anderem gerade deshalb ins Grundgesetz aufgenommen worden, um Sterilisationen ohne Einwilligung der Betroffenen auszuschließen. Jede auch noch so vorsichtig formulierte Indikationslösung, die für eine ganz bestimmte kleine Gruppe behinderter Menschen gedacht ist, wird eine Ausweitung und Ausdehnung auf weitere Menschengruppen zur Folge haben. Es besteht die Gefahr, daß ein Sterilisationsgesetz mißbraucht wird, um Zwangssterilisationen durchzuführen, die Ähnlichkeiten zu den Sterilisationsbeschlüssen der Erbgesundheitsgerichte des Dritten Reiches auf der Grundlage des formaljuristisch legal zustande gekommenen Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses haben. Die besondere historische Situation in der Bundesrepublik, die gekennzeichnet ist durch Hunderttausende von Zwangssterilisationen während des Nationalsozialismus, erfordert größte Zurückhaltung. Es gilt, Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit ohne Willen der Betroffenen immer und in jedem Fall zu verbieten. Würde anerkannt, daß eine ersatzweise Einwilligung durch einen Vertreter in eine Sterilisation zulässig ist, eröffnete dies die Gefahr, auch auf anderen Gebieten derartige Eingriffe vorzunehmen, wie

z. B. bei der Sterbehilfe oder der Gentechnologie. Ein weiteres, besonders schwerwiegendes Argument gegen die Zulässigkeit der Sterilisation bei einwilligungsunfähigen Menschen ist, daß ein Bedarf nach unfreiwilliger Sterilisation nicht besteht. Prof. Dörner hat, wie er immer wieder hervorhebt, bisher noch keine Fallkonstellation erlebt, die eine unfreiwillige Sterilisation erforderte. Im gleichen Sinne haben sich die Leiter von 12 weiteren psychiatrischen Landeskrankenhäusern geäußert, die Prof. Dörner befragt hat. Hiernach ergibt sich, daß ein Regelungsbedarf bei den genannten Fallgruppen nicht besteht, weil die genitale Form des Liebens bei diesem Personenkreis kaum vorkommt, und im übrigen in diesen Fällen regelmäßig weniger belastende Verhütungsmittel zur Verfügung stehen. Ein Vertreter der Mindermeinung nannte ein Fallbeispiel, welches den Bedarf für eine unfreiwillige Sterilisation belegen sollte. In dem zugrunde gelegten Fall war einer geistig behinderten Frau ein Kind durch Sorgerechtsentzug weggenommen worden, was bei ihr zu einem schweren traumatischen Erleben führte. Um zu verhindern, daß sich eine vergleichbare Situation durch eine erneute Schwangerschaft wiederholte, sollte eine Sterilisation vorbeugen. Dieses Fallbeispiel war nach Auffassung der Mehrheit der Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft jedoch nicht geeignet, von dem Bestehen eines Bedarfs zu überzeugen. Das traumatische Erleben der Mutter darf nicht Anknüpfungspunkt für eine Sterilisation sein. Lediglich dann, wenn eine anders nicht abwendbare Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung der Mutter gegeben ist, ist eine Einwilligung durch einen Stellvertreter zulässig.

Wenn es nicht möglich ist, konkrete Fälle zu benennen, in denen es für Menschen mit geistiger Behinderung keine Alternative zur unfreiwilligen Sterilisation gibt, so besteht auch keine Notwendigkeit für eine Indikationslösung. Der Indikationskatalog zur Sterilisation ist abzulehnen und durch ein ausnahmsloses Verbot der unfreiwilligen Sterilisation zu ersetzen.

## I. Thesen

1. Die gegenwärtige Praxis der massenhaften Sterilisation geistig Behinderter dürfte schon nach geltendem Recht weitgehend rechtswidrig sein. Dies betrifft vor allem die Sterilisation Minderjähriger und die Einwilligungsfähiger ohne ihre wirksame Einwilligung.
2. Dabei ist weitgehend unbekannt, welchen Anteil jeweils Einwilligungsfähige und nicht Einwilligungsfähige an der Gesamtgruppe der Sterilisation ausmachen.
3. Die Akzeptanz der Elternschaft geistig Behinderter muß gefördert und durch geeignete Maßnahmen unterstützt werden. Auch die Elternschaft geistig Behinderter unterliegt dem Schutz des Art. 6 GG.
4. Die Eltern geistig Behinderter werden mit ihren Problemen gegenwärtig weitgehend allein gelassen. Auch sie brauchen geeignete Hilfe, um mit der Lebenssituation ihrer geistig behinderten Kinder und deren Sexualität besser umgehen zu können. Im Rahmen der Novellierung des Jugendhilferechts müssen hier Hilfen zur Verfügung gestellt werden.
5. Eine gesetzliche Neuregelung des Rechts der Sterilisation geistig Behinderter muß vor allem das Ziel verfolgen, mit den massenhaften rechtswidrigen Sterilisationen Schluß zu machen.
6. Interessen der Allgemeinheit, der Eltern, der Mitarbeiter in Einrichtungen etc. dürfen niemals zu einer Sterilisation führen.
7. Andere Verhütungsmittel, die mit Erfolg angewandt werden können, schließen in jedem Falle eine Sterilisation aus.
8. Eine ersatzweise Einwilligung des Vormunds oder Betreuers in eine Sterilisation kommt bei einwilligungsfähigen geistig Behinderten nicht in Betracht. Diese können selbst über eine solche Maßnahme entscheiden. Dabei ist sich die Arbeitsgruppe bewußt, daß die Abgrenzung zwischen Einwilligungsfähigkeit und Einwilligungsunfähigkeit im Einzelfall sehr schwierig ist und schon nach dem geltenden wie nach jedem denkbaren künftigen Recht das zentrale Problem darstellt. Die Einwilligungsfähigkeit, die von der Geschäftsfähigkeit getrennt zu beurteilen ist, bedarf künftig weiterer Diskussion.
9. Die Sterilisation minderjähriger geistig Behinderter soll, wie im neuen Betreuungsrecht vorgesehen, ausgeschlossen werden. Das gleiche gilt für Sterilisationen, die dem durch Sprache, Gestik oder in sonstiger Weise geäußerten natürlichen Willen des Betroffenen widersprechen.

10. Die Gefahr des sexuellen Mißbrauchs darf kein Grund für eine Sterilisation sein, zumal diese nach Überzeugung der Arbeitsgruppe diese Gefahr eher erhöht als verringert.
11. Unabhängig von der Entscheidung für eine begrenzte Zulassung der ersatzweisen Einwilligung des Betreuers in eine Sterilisation oder für ein generelles Verbot, ist der im vorgeschlagenen Betreuungsrecht enthaltene Verweis auf die Notlagen des § 218 a StGB jedenfalls verfehlt. Diese konkreten, situativ bedingten Notlagen lassen sich nicht mit der für eine derartige weitreichende Maßnahme notwendigen Sicherheit vorhersagen.

## II. Ergebnisse weiterer Diskussion

- A. Die Frage der Zulassung einer ersatzweisen Einwilligung des Betreuers in eine Sterilisation unter bestimmten Voraussetzungen war in der Arbeitsgruppe umstritten. Eine Minderheit vertrat hierzu folgende Position:
  1. Die gesetzliche Regelung der Zulässigkeit einer Sterilisation einwilligungsunfähiger Personen nach Maßgabe eines strikten Indikationskatalogs unter Beachtung strenger Verfahrensregeln ist geeignet und erforderlich, die derzeitige Sterilisationspraxis wirksam einzudämmen und rechtswidrige Eingriffe auszuschließen.
  2. Der Gesetzgeber wird seiner Handlungsverpflichtung durch Schaffung praktikabler Normen besser gerecht als durch eine rigore Verbotregelung, die die Gefahr einer Fortsetzung illegaler Sterilisation in sich trägt.
  3. Die konkrete Benennung von Indikationen muß sich an einer sorgfältigen Abwägung grundgesetzlich geschützter Rechtspositionen der betroffenen Menschen orientieren.
- B. Eine Dreiviertelmehrheit der Arbeitsgruppe vertrat allerdings die Ansicht, daß die ersatzweise Einwilligung des Betreuers in eine Sterilisation des Betreuten bei Einwilligungsunfähigen grundsätzlich und ausnahmslos verboten werden soll, und zwar mit folgenden Erwägungen:
  1. Das Menschenbild des Grundgesetzes unterscheidet nicht zwischen behinderten und nichtbehinderten Menschen. Das Grundrecht der freien Entfaltung der Persönlichkeit und das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit steht allen Menschen, seien sie nun körperlich oder geistig behindert oder nicht, gleichermaßen zu. Insbesondere das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit, das heißt auf persönliche Selbstbestimmung, kann nicht durch einen Dritten ausgeübt werden. Das Recht auf körperliche

Unversehrtheit ist u. a. gerade deshalb in das Grundgesetz aufgenommen worden, um Sterilisationen ohne die Einwilligung der Betroffenen auszuschließen.

2. Jede noch so vorsichtig formulierte Indikationslösung wird dazu führen, daß sie in der Praxis auch auf Personengruppen angewandt wird, für die sie ursprünglich nicht gelten sollte. Würde einmal anerkannt, daß Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit ohne Willen der Betroffenen zulässig sind, eröffnet dies die Gefahr, auch in anderen Gebieten derartige Eingriffe vorzunehmen (Sterbehilfe, Gentechnologie etc.).
3. Die vorgeschlagene Sterilisation aus medizinischen Gründen ist deshalb abzulehnen, weil die Möglichkeit, Kinder zu bekommen, keine Krankheit ist und die Sterilisation somit keine Heilbehandlung.
4. Die beschworene Gefahr der Trennung des Kindes von behinderten Eltern kann ebenfalls kein Sterilisationsgrund sein, weil die konkreten künftigen Lebensumstände nicht auf Dauer voraussehbar sind. Die gesetzlichen Voraussetzungen für eine solche Trennung sind jedenfalls von Fall zu Fall zu prüfen und können keine Grundlage für eine sichere Prognose abgeben.
5. Im übrigen haben alle bisherigen Erfahrungen und Nachforschungen gezeigt, daß bei Menschen, die als einwilligungsunfähig angesehen werden, ein Bedarf für Sterilisation deshalb nicht besteht, weil bei diesem Personenkreis die genitale Form des Liebens kaum vorkommt und in diesen Fällen regelmäßig weniger belastende Mittel zur Verfügung stehen. Wo es keinen Bedarf gibt, gibt es auch kein Erfordernis für eine Indikationslösung. Wer den Erforderlichkeitsgrundsatz ernst nimmt, muß daher ein Verbot der ersatzweisen Einwilligung vorsehen.

Ulrich Hellmann, Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e. V., Marburg

### *Position der Eltern von Menschen mit geistiger Behinderung und Stellungnahme der Bundesvereinigung Lebenshilfe*

Die in den vergangenen Jahrzehnten erzielten Fortschritte auf dem Gebiet der Förderung und Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung haben dazu geführt, daß in Verbindung mit offeneren Wohnformen auch partnerschaftliches Zusammenleben und Ausleben von sexuellen Bedürfnissen als selbstverständlicher Bestandteil des Rechts auf freie Entfaltung der Persönlichkeit sowie des Anspruchs auf Normalisierung der Lebensverhältnisse von Menschen mit geistiger Behinderung weitgehend akzeptiert und unterstützt werden. Deren Eltern sehen sich in der Regel in der lebenslangen Verpflichtung, sich um die Verwirklichung angemessener Lebensformen für ihre geistig behinderten Söhne und Töchter zu sorgen. Von frühestem Kleinkindalter an stehen sie hierbei der gesellschaftlichen Erwartung gegenüber, die besonderen Probleme und Bedürfnisse, die mit der Geburt eines geistig behinderten Kindes verbunden sind, in eigenverantwortlicher und kompetenter Weise zu bewältigen. Dieser Zielsetzung müssen eigene Ansprüche untergeordnet werden, vielfach ist sogar eine völlige Umstellung des privaten und beruflichen Daseins einer Familie erforderlich. Vor diesem Erfahrungshorizont wird verständlich, daß Eltern von Menschen mit geistiger Behinderung in ganz besonderem Maße Verantwortungsbewußtsein sowie Verpflichtung zur persönlichen Fürsorge für ihre geistig behinderten Angehörigen empfinden, und zwar nicht nur bis zu deren Volljährigkeit, sondern solange die eigenen Kräfte reichen. Die Wünsche geistig behinderter Menschen nach Liebe, sexueller Entfaltung und Partnerschaft werden auch von Eltern anerkannt und gefördert. Wie bei Menschen ohne Behinderungen stellt sich dann auch die Frage der Schwangerschaftsverhütung. Eltern halten sich insoweit für ebenso kompetent wie für die Besorgung sonstiger Angelegenheiten ihrer behinderten Angehörigen, deren Bewältigung bislang für sie selbstverständlich war. Aus persönlicher Erfahrung ist für viele Eltern die im Rahmen des Diskussionsentwurfs zur gesetzlichen Regelung der Sterilisation getroffene Unterscheidung zwischen „Einwilligungsunfähigkeit“ und „Einwilligungsfähigkeit“ schwer nachvollziehbar, weil sie in der Praxis kaum für objektiv nachweisbar halten. Außerdem wird die eigentliche Problematik der Schwangerschaftsverhütung bzw. Sterilisation eher unter dem Thema „Elternschaft geistig behinderter Menschen“ gesehen: Aufgrund der begrenzten Erziehungsfähigkeit ihrer

geistig behinderten Söhne und Töchter würden sie sich verpflichtet sehen, auch die Sorge für deren Kind zu übernehmen. Dieser zusätzlichen Aufgabe fühlen sich viele Eltern jedoch nicht gewachsen. Auch die Weggabe eines Kindes in eine Pflegefamilie oder zur Adoption lehnen sie aus elterlicher Verantwortung heraus ab. Die zu erwartenden innerfamiliären Konflikte und seelischen Verletzungen im Falle der Geburt eines nichtbehinderten Kindes sind für viele Eltern ebenso unerträglich wie die Vorstellung, daß ihre geistig behinderten Söhne oder Töchter ein behindertes Kind bekommen, welches eine Vielzahl weiterer Belastungen für die Familie mit sich bringen würde. Dieser Aspekt wird besonders unter dem Gesichtspunkt betont, daß Unterstützungs- und Hilfsangebote weitgehend fehlen.

Die Sterilisation als geeignete Verhütungsmethode ist aus der Sicht vieler Eltern ein geeignetes Mittel, wenn ihren geistig behinderten Angehörigen nur auf diese Weise eine freie, partnerschaftliche und von der Gesellschaft akzeptierte Lebensgestaltung – ohne Kinder – verwirklicht wird und eine sichere Handhabung anderer Verhütungsmittel als unmöglich erscheint. Nach den intensiven Diskussionen, die mit Eltern, Fachleuten und in den Gremien der Bundesvereinigung Lebenshilfe geführt wurden, lassen sich verschiedene Einstellungen von Eltern zur Sterilisation ihrer geistig behinderten Töchter und Söhne feststellen:

- Einige Eltern befürworten eine gesetzliche Regelung der Sterilisation geistig behinderter Menschen, um mehr Rechtssicherheit für ihre eigene Entscheidung und das Handeln von Ärzten zu gewinnen.
- Eine andere Gruppe von Eltern ist gegen eine gesetzliche Regelung, weil befürchtet wird, daß dadurch die bislang praktizierte Elternbeteiligung bei Entscheidungen über eine Sterilisation stark eingeschränkt werden würde.
- Andere lehnen die gesetzliche Regelung ab, weil sie deren mißbräuchliche Handhabung durch Betreuer in Einrichtungen und durch Ärzte befürchten.

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe sieht sich aufgrund ihrer differenzierten Struktur als Behinderten-, Eltern- und Fachverband in der besonderen Verantwortung, sich für das uneingeschränkte Lebens- und Entfaltungsrecht aller Menschen mit geistiger Behinderung einzusetzen und gleichzeitig die Sorgen der Familien um ihre behinderten Angehörigen angemessen zu berücksichtigen. Die bisherige Diskussion hat verdeutlicht, daß eine repräsentative und abschließende Bewertung der Problematik der Sterilisation, die allen Interessen gerecht wird, nicht geleistet werden kann. Die Stellungnahme der Bundesvereinigung Lebenshilfe ist daher eher als eine Zwischenbilanz bisheriger Bemühungen zu werten, die Diskussion über dieses Thema zu intensivieren und zu bewirken, daß über Partnerschaft, Sexualität und Schwangerschaftsverhütung von Menschen mit geistiger Behinderung vorbehaltlos geredet

wird. Unmißverständlich wird darin zum Ausdruck gebracht, daß es bei der Beurteilung des Für und Wider einer gesetzlichen Regelung der Sterilisation einwilligungsunfähiger Personen allein auf die Interessen und die grundgesetzlich geschützten Rechtspositionen der betroffenen Menschen ankommen darf. Diese Feststellung ist für viele Eltern mit einem schwierigen Verständnisprozeß bezüglich der aktuellen Diskussionszusammenhänge und der Notwendigkeit des Überdenkens eigener Positionen verbunden.

Der Vorschlag des Bundesjustizministeriums, die Einwilligung eines Betreuers in die Sterilisation einer einwilligungsunfähigen Person bei Vorliegen eines Kataloges strikter Voraussetzungen in bestimmten Ausnahmefällen zuzulassen, findet in der Stellungnahme der Bundesvereinigung Lebenshilfe grundsätzliche Zustimmung. Allerdings wird eine Formulierung des § 1905 BGB-E vorgeschlagen, die die Vorstellungen des Diskussionsentwurfs in einigen Punkten präzisiert:

- (1) In eine Sterilisation des Betreuten, in die dieser nicht einwilligen kann, kann der Betreuer nur einwilligen, wenn
  1. die Sterilisation dem durch Gestik, Gefühlsäußerungen, Gegenwehr und ähnliche Verhaltensweisen geäußerten natürlichen Willen des Betreuten nicht widerspricht,
  2. der Betreute auf Dauer einwilligungsunfähig bleiben wird,
  3. der Betreute das 18. Lebensjahr vollendet hat,
  4. zu erwarten ist, daß es ohne die Sterilisation zu einer Schwangerschaft kommen würde,
  5. der Eintritt einer Schwangerschaft nicht durch andere zumutbare Mittel verhindert werden könnte,
  6. anzunehmen ist, daß ein Abbruch der Schwangerschaft gemäß § 218 a Abs. 1 StGB nicht strafbar wäre oder der einwilligungsunfähige Betreute aufgrund des Schweregrades der Behinderung, die der Einwilligungsunfähigkeit zugrundeliegt, zur Pflege und Erziehung eines Kindes unfähig wäre und dem Betreuten deshalb das elterliche Sorgerecht trotz des Vorrangs staatlicher Hilfen vor staatlichen Eingriffen (§ 1666 a BGB) (gegen seinen natürlichen Willen) auf Dauer ganz entzogen werden müßte, weil nur auf diese Weise eine nachhaltige Gefährdung des körperlichen, geistigen oder seelischen Wohls des Kindes verhindert werden könnte.
- (2) Die Einwilligung bedarf der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts. Die Sterilisation darf erst zwei Wochen nach Wirksamkeit der Genehmigung durchgeführt werden.

Zu Absatz 1 Ziffer 1:

Die vom Bundesjustizminister gewählte Formulierung, nach der ein Betreuer nur einwilligen kann, wenn „die Sterilisation dem Willen des Betreuten nicht widerspricht“, hat zu Mißverständnissen geführt, die u. a. in der Frage zum Ausdruck gekommen sind, inwieweit eine einwilligungsunfähige Person überhaupt in der Lage sein kann, einen gegen die Sterilisation gerichteten Willen zu äußern. Der Vorschlag der Lebenshilfe dient der Präzisierung der auch vom BMJ so gemeinten Voraussetzung.

Zu Absatz 1 Ziffer 3:

Während das BMJ die Unzulässigkeit der Sterilisation Minderjähriger durch § 1631 c BGB-E festschreiben will, schlägt die Lebenshilfe vor, diese Bestimmung aus Gründen der Übersichtlichkeit direkt in § 1905 BGB-E zu übernehmen.

Zu Absatz 1 Ziffer 4 und 5:

Nach Auffassung der Lebenshilfe sollten die Ziffern 3 und 5 des Formulierungsvorschlags des BMJ hintereinandergestellt werden, weil sich die Prüfung der **Zumutbarkeit anderer Verhütungsmethoden** empfiehlt, bevor **Feststellungen darüber zu treffen** sind, ob eine Indikation gegeben ist, die eine **Einwilligung des Betreuers** in eine Sterilisation gestattet.

Zu Absatz 1 Ziffer 6:

Der Diskussionsentwurf des BMJ verweist zur Eingrenzung der Indikationen, die vorliegen müssen, um einem besonders zu bestellenden Betreuer die Einwilligung in die Sterilisation einer einwilligungsunfähigen Person zu ermöglichen, auf die medizinische, die genetische sowie auf die allgemeinen Notlagenindikation in § 218 a Absatz 1, Absatz 2 Nr. 1, 3 StGB. Für jede einzelne Indikation muß die Frage gestellt werden, ob sich der damit verfolgte Zweck auf die Problematik der Sterilisation einwilligungsunfähiger Personen übertragen läßt:

- **Soweit vorauszusagen** ist, daß der Eintritt einer **Schwangerschaft schwerste gesundheitliche Schäden** für eine **einwilligungsunfähige Frau bewirken würde**, kann eine Güterabwägung zwischen der **Fortpflanzungsfähigkeit** und der körperlichen Unversehrtheit gebieten, die Sterilisation aus medizinischen Gründen zuzulassen. Umstritten ist dabei, ob das Ausmaß der Gesundheitsgefährdung im Einzelfall einer „**lebensbedrohlichen Gefahr**“ gleichkommen muß. Eine solche Eingrenzung ist nach Auffassung der Bundesvereinigung Lebenshilfe nicht sachgerecht. Bei der Abwägung gesundheitlicher Gefahren ist vielmehr auch die Frage zu stellen, ob sich eine Sterilisation nicht z. B. gegenüber einer Langzeitbehandlung mit hormonellen Verhütungsmitteln (Dreimonatsspritze) als gesundheitlich unbedenklichere

Maßnahme erweisen kann. Überdies würde durch eine Beschränkung auf „**lebensbedrohliche Zustände**“ einwilligungsunfähigen Personen eine Möglichkeit verwehrt, die einwilligungsfähigen Personen von unserer Rechtsordnung (vgl. § 200 f. RVO – zukünftig § 66 SGB V) zugebilligt wird: **Die Übernahme der Kosten einer nicht rechtswidrigen Sterilisation durch die gesetzliche Krankenversicherung ist möglich, ohne daß der Nachweis einer möglichen Lebensgefährdung im Falle einer Schwangerschaft geführt werden muß. Im Ergebnis erscheint daher die Anlehnung an die medizinische Indikation des § 218 Abs. 1 Ziffer 2 StGB sachgerecht. Es muß allerdings betont werden, daß diese Indikation nicht eingreifen kann, wenn nicht auszuschließen ist, daß die betroffene Person irgendwann doch in der Lage sein könnte, eine Schwangerschaft ohne gesundheitliche Probleme durchzustehen.**

- Entgegen dem Vorschlag des Bundesjustizministeriums spricht sich die Bundesvereinigung Lebenshilfe dagegen aus, die sogenannte genetische Indikation des § 218 a Abs. 2 Ziffer 2 StGB in den Indikationskatalog des § 1905 BGB-E zu übernehmen. Zum einen dürfte schwer nachzuweisen sein, daß ein einwilligungsunfähiger Mensch mit geistiger Behinderung aufgrund der zu erwartenden körperlichen oder geistigen Behinderung eines Kindes subjektiv so schwerwiegenden Belastungen ausgesetzt sein wird, daß eine genetisch indizierte Sterilisation angebracht erscheint. Darüber hinaus besteht die Gefahr, daß die Einbeziehung einer genetischen Indikation als Vorwand dienen könnte, Sterilisationen von geistig behinderten Menschen aufgrund **bevölkerungspolitischer Argumente** durchzuführen, zumal eine **sichere Grenzziehung** zwischen schwerwiegenden und weniger **schwerwiegenden Erbkrankheiten** und Schädigungen kaum möglich ist.
- Anstelle des Verweises auf die sogenannte allgemeine Notlagenindikation des § 218 a Absatz 2 Ziffer 3 StGB schlägt die Bundesvereinigung Lebenshilfe vor, denkbare Fallkonstellationen als genau umschriebene gesetzliche Notlagenindikation zu erfassen. Eine solche Indikation läßt sich auf der Grundlage einer Rechtsgüterabwägung ableiten, die auf den Gesamtzusammenhang der Grundrechte des Einzelnen abstellt: Nach Artikel 6 Absatz 2 GG ist die „**Pflege und Erziehung der Kinder das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht**“. Kommen die Eltern dieser Verpflichtung nicht nach, so dürfen die Kinder auch gegen den Willen der Eltern von der Familie getrennt werden (vgl. Artikel 6 Absatz 3 GG). Nach § 1666 BGB reicht bereits unverschuldetes Versagen der Eltern für die Aberkennung des Sorgerechts durch das Vormundschaftsgericht aus. Nach § 1748 Absatz 3 BGB kann ein durch **schwere geistige Behinderung hervorgerufen**es unverschuldetes Elternver-

sagen auch bewirken, daß ein Kind durch gerichtliche Einwilligung zur Adoption freigegeben wird. Aufgrund des Vorrangs des Kindeswohls muß also die Trennung des Kindes von seinen leiblichen Eltern in Kauf genommen werden, soweit sich die Gefährdung des Kindeswohls „auch nicht durch öffentliche Hilfen“ (§ 1666 a BGB) beseitigen läßt. Von diesen gesetzlichen Regelungen dürften Menschen mit geistiger Behinderung besonders betroffen sein. Es gibt in der Praxis Anhaltspunkte dafür, daß die Wegnahme des eigenen Kindes für geistig behinderte Menschen – wie für alle Eltern – geradezu traumatische Auswirkungen haben kann. In einem solchen Fall kann im Rahmen einer Rechtsgüterabwägung im Interesse des betroffenen Menschen die Sterilisation als der weniger einschneidende Eingriff erscheinen. Zwar ist zuzugeben, daß der sichere Nachweis der gegenwärtigen und künftigen Erziehungsunfähigkeit eines geistig behinderten Menschen schwer zu führen sein wird. Andererseits wird das gesetzliche Erfordernis einer sicheren Prognose dazu führen, daß die Zahl der Sterilisationen von Menschen mit geistiger Behinderung spürbar abnehmen wird, weil nur in Einzelfällen der gesamte Katalog gesetzlicher Voraussetzungen des § 1905 BGB-E erfüllt sein wird.

Es kann nicht akzeptiert werden, wenn Verbotsbefürworter diese Vorschläge als Neuauflage der Freigabe einer „Zwangssterilisation“ bezeichnen. Der Begriff der Zwangssterilisation ist aufgrund der unmenschlichen NS-Praktiken eindeutig als Überwindung fremden Willens oder die Manipulation einer angeblich „freien Zustimmung“ definiert. Gerade dies aber schließt der genannte Regelungsvorschlag ausdrücklich aus, in dem klargestellt wird, daß jegliche Form der Ablehnung oder Gegenwehr eines geistig behinderten Menschen dessen Sterilisierung unzulässig macht. Die Befürworter einer Verbotsregelung müssen sich zudem den Vorwurf gefallen lassen, in der bisherigen Diskussion die Problematik der Sterilisation isoliert betrachtet zu haben. Unsere Rechtsordnung muß sich aber bei allen Eingriffen in die körperliche Integrität eines Menschen die Frage stellen, wie sie mit Menschen umgeht, die zu keiner Einwilligung fähig sind. Nach der Logik der Verbotsbefürworter müßte jeder körperliche Eingriff (Schwangerschaftsabbruch, Operation, Medikation) als Zwangsoperation bzw. Zwangseingriff gewertet werden, wenn er ohne geäußerten Willen der betroffenen Person vorgenommen wird.

Bei der rechtlichen Beurteilung von Eingriffen in die körperliche Unversehrtheit einwilligungsunfähiger Menschen ist aber zu beachten, daß im Gesamtzusammenhang gesetzlicher Regelungen, die unterschiedliche Fallkonstellationen betreffen, keine Wertungswidersprüche entstehen. Hinsichtlich der Sterilisationsproblematik ist von besonderer Bedeutung, daß nach allgemeiner Auffassung für den Schwangerschaftsabbruch bei dauernder Einwilligungsunfähigkeit der Schwangeren noch

nicht einmal gefordert wird, daß das Vormundschaftsgericht die Einwilligungserklärung eines Vormundes oder Pflegers (in Zukunft: Betreuers) genehmigt. Mit dieser Rechtslage wäre schwerlich vereinbar, wenn der Gesetzgeber die Sterilisation einwilligungsunfähiger Personen generell verbieten und damit in Kauf nehmen würde, diese Frauen einmal oder mehrfach Schwangerschaften auszusetzen, die vorhersehbar mit einer Notlage im Sinne von § 218 a StGB einhergehen und zur Abtreibung mit Einwilligung des Betreuers führen könnten. Würde man nun auch ein Verbot des Schwangerschaftsabbruchs bei einwilligungsunfähigen Personen fordern, so hätte dies zur Folge, daß Frauen mit geistiger Behinderung Notlagen durchstehen müßten, die nichtbehinderten Frauen – denen die Möglichkeit des Schwangerschaftsabbruchs offensteht –, nicht zugemutet werden. Der aufgezeigte Wertungswiderspruch würde also durch eine solche Konsequenz nicht aufgehoben, sondern nur verlagert.

Gegenstand des aktuellen Meinungsstreits ist in erster Linie die Frage, welche Lösung besser geeignet ist, der gegenwärtigen, in einer Grauzone des Rechts – oftmals ohne gerichtliche Kontrolle – ablaufenden Sterilisationspraxis, die auch einwilligungsfähige sowie minderjährige Personen erfaßt, wirksam Einhalt zu gebieten. Die Positionen liegen also nicht so weit auseinander, wie es in der häufig emotional geführten Debatte manchmal den Anschein hat. Für eine eng umschriebene Indikationslösung spricht die Überlegung, daß ein ausnahmsloses Verbot der Sterilisation einwilligungsunfähiger Menschen jegliche Auseinandersetzung mit den Umständen des Einzelfalles im Keim ersticken und aufgrund des offenbar real existierenden sozialen Bedürfnisses nach Sterilisationen die Fortdauer einer illegalen Sterilisationspraxis wahrscheinlich machen würde. Demgegenüber könnte der beschriebene Regelungsvorschlag im Zusammenhang mit vermehrter Aufklärung, Beratung sowie Schaffung öffentlicher Hilfen, die eine Elternschaft geistig behinderter Menschen unterstützen, eine Begrenzung der Sterilisationen auf die Fälle ermöglichen, in denen eine solche Maßnahme im Interesse der Betroffenen nachweisbar erforderlich ist.

*Sterilisierung nichteinwilligungsfähiger Behinderter im Diskussionsentwurf zu einem neuen Vormundschaftsrecht*

Mein Schreiben zum Sterilisierungsproblem im Gesetzentwurf vom 20. 3. 1988 hat aus den Behinderten-Verbänden, den Parteien, anderen gesellschaftlichen Gruppierungen und zahlreichen einzelnen Einrichtungen zu einer Fülle unterschiedlicher Reaktionen geführt – einerseits mit Sympathie für die von mir vorgeschlagene Position, andererseits abwartend, zurückhaltend, den noch unfertigen eigenen Reflexionsprozeß signalisierend. Diese Reaktionen und einige weitere Diskussionen, an denen ich in der Zwischenzeit teilnehmen konnte, sind jedoch geeignet, meinen Positionsvorschlag in einigen wichtigen Punkten zu präzisieren:

An sich würde ich weiterhin am liebsten bei meinem Vorschlag nach einem Moratorium bleiben. Dieser ist sachlich am ehesten gerechtfertigt: Wir haben bisher immer noch zu wenig Wissen, haben noch keineswegs genügend Erfahrungen gesammelt, und die öffentliche Diskussion ist bei weitem noch nicht hinreichend gewesen. Selbst die Frage, was Menschen mit geistiger Behinderung eigentlich sind und was sie brauchen, ist noch lange nicht von alten, wissenschaftlich und moralisch überholten Vorurteilen gereinigt. So spricht auch aus dem Gesetzentwurf teilweise noch die veraltete Auffassung, daß die Position von Menschen mit Behinderung gegenüber „normalen“ Menschen quantitativ mit einem „Minus“ angegeben werden könne, obwohl wir alle inzwischen wissen könnten, daß die Besonderheit der Menschen mit geistiger Behinderung gegenüber anderen Menschen zutreffender mit „Andersartigkeit“ zu beschreiben wäre. Vermutlich hat es auch noch nie einen Gesetzentwurf gegeben, dem so wenig Wissen über die zu behandelnde Materie zur Verfügung steht – kognitives Wissen ebenso wie Handlungswissen. Anders als für die psychisch kranken Menschen hat es eben für Menschen mit geistiger Behinderung in der Bundesrepublik bisher keine Psychiatrie-Enquete gegeben. Aus diesen Gründen wäre es in der Tat am sympathischsten, wenn wir die öffentliche Diskussion über eine längere Zeit vertiefen könnten, uns Wissen beschaffen und Erfahrungen sammeln würden, um in einem Prozeß der demokratischen Meinungsbildung allmählich zu dem Ziel zu reifen, daß wir alle uns die Möglichkeit der Sterilisierung nichteinwilligungsfähiger Behinderter selbst verbieten, weil wir diese Möglichkeit dann nicht mehr benötigen und weil wir durch denselben Akt uns den verfassungskonformen Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung erkämpfen.

Nun bin ich von verschiedenen Seiten belehrt worden, daß ein Moratorium politisch nicht durchsetzbar sei. Da ein Gesetzentwurf auf dem Tisch liege, bestehe ein unabweisbarer Handlungsbedarf, um die in der Zwischenzeit entstandene allgemeine Verunsicherung (die ich eigentlich als konstruktiv empfinde) zu beseitigen. Für diesen Fall formuliere ich meinen Positionsvorschlag jetzt wie folgt:

Die unfreiwillige Sterilisierung von Menschen mit geistiger Behinderung ist – ausnahmslos – unzulässig, a) weil kein Bedarf besteht und daher das Erforderlichkeitsprinzip nicht gilt und b) weil das Erlaubtsein der unfreiwilligen Sterilisierung ein ebenso schwerwiegender wie überflüssiger Rückschritt hinsichtlich der Rechtsstellung der Menschen mit geistiger Behinderung bedeuten würde.

Zu a):

Wo ein Bedarf vermutet wird, handelt es sich um einen Scheinbedarf, geboren aus der Verunsicherung der verschiedenen beteiligten Gruppen und ihrer Sprecher zum Zwecke ihrer Absicherung:

1. Ärzte haben Sorge, wegen einer Sterilisierungsoperation ins Gefängnis zu kommen; daher die – wenn auch überzogenen und der Verfassung entgegenstehenden – Richtlinien der Bundesärztekammer.
2. Psychosoziale Mitarbeiter in Einrichtungen stellen sich unter den gesellschaftlichen Erwartungsdruck der sexuellen Emanzipation auch der Behinderten, meinen, schnell und ohne Rücksicht auf die gegebenen Bedingungen darin Erfolg haben zu müssen und wollen sich wegen möglicher Folgen absichern.
3. Eltern sind in einem Ausmaß mit ihren Nöten und Sorgen allein gelassen, wie auch mir es erst seit einiger Zeit klar geworden ist. Weder die Mitarbeiter in den Einrichtungen noch die örtlichen Initiativgruppen der „Lebenshilfe“ beteiligen regelhaft und systematisch gerade diejenigen Eltern, die aus sich heraus nicht selbsthilfefähig sind, etwa durch das Angebot von Angehörigengruppen, wie dies inzwischen beim Umgang mit Familien von psychisch Kranken zur Regelversorgung gehört. Solche Eltern kämpfen wegen ihrer Isolation und ihrer Schuldgefühle leicht für die Sterilisierung ihrer Kinder, zumal sie überwiegend noch davon überzeugt sind, daß zu erwartende Enkel ebenfalls behindert seien und sie für diese auch noch geradestehen müßten.

Die von Bodelschwingschen Anstalten (Bethel) haben in ihrem jüngsten „Arbeitstext“ zu dieser Frage trotz verfassungsrechtlicher Bedenken die Ermöglichung der Sterilisierung nicht ganz ausschließen wollen, obwohl die Verantwortlichen gleichzeitig sagen, daß kein Fall für eine solche Maßnahme mehr aufgetreten sei, seit dieses Thema öffentlich und intensiv diskutiert wird. Die Alsterdorfer Anstalten (Ham-



burg) erklären durch ihren leitenden Arzt, daß es in dieser Einrichtung, obwohl sie in der letzten Zeit vielen geistig Behinderten das Wohnen außerhalb der Anstalt ermöglicht hätten, keinen Bedarf für die Sterilisierung nichteinwilligungsfähiger Behinderter gebe; wo eine solche Indikation gestellt werde, sei dies ein Zeichen dafür, daß man sich mit dem betroffenen Menschen bisher nicht hinreichend beschäftigt habe.

In die 70 psychiatrischen Landeskrankenhäuser der Bundesrepublik kommen meist nur solche Menschen mit geistiger Behinderung oder mit Verhaltensstörungen, die wegen ihrer mangelhaften Triebkontrolle in jeder Hinsicht im Rahmen der bei ihnen meist verlängerten Pubertät vom „normalen“ Netz der Einrichtungen für geistig Behinderte nicht aufgefangen werden können. Solche Menschen kommen dann per Zwangseinweisung ins psychiatrische Krankenhaus. Wenn überhaupt, dann müßten bei diesem Personenkreis am ehesten Indikationen für die unfreiwillige Sterilisierung gestellt werden. Von den 60 Menschen dieser Art mit besonders erschwerter Triebkontrolle des Landeskrankenhauses Gütersloh ist aus den letzten 8 Jahren folgendes zu sagen: eine junge Frau wollte bei der Entlassung und beim Eingehen einer festen Freundschaft sterilisiert werden; sie war eindeutig einwilligungsfähig. Eine andere junge Frau wurde im Rahmen einer längerfristigen Freundschaft schwanger, trug ihr Kind selbst aus, erkannte später selbst ihre Erziehungsunfähigkeit und gab ihr Kind zur Adoption frei; seither sagt sie, daß sie trotz des Schmerzes das Erleben der Schwangerschaft und des Mutterseins nicht missen möchte. Ein drittes, mehrfach behindertes Paar hat sich gegen uns alle durchgesetzt, ein Kind zur Welt gebracht, das jetzt mit 2 Jahren trefflich gedeiht und auch die Eltern in erstaunlicher Weise hat reifen lassen, wenn auch einzuräumen ist, daß die durchaus notwendige Betreuung schwierig und aufwendig war und – heute noch abgeschwächt – ist. Einen Bedarf nach unfreiwilliger Sterilisierung hat es in Gütersloh nicht gegeben. Gleichsinnig haben sich die Leiter von 12 weiteren Landeskrankenhäusern geäußert, die ich bisher befragt habe. Nunmehr hat der „Arbeitskreis der ärztlichen Leiter der öffentlichen psychiatrischen Krankenhäuser“ eine Umfrage in Auftrag gegeben, um zu einem repräsentativen Ergebnis zu kommen.

Die Initiatoren des Gesetzentwurfes im Bundesjustizministerium schätzen, daß von den jetzt unterstellten jährlichen 1000 Sterilisierungen nach ihrem strengen Indikationskatalog etwa 100 jährlich noch übrig bleiben. Wenn man einmal davon absieht, daß sie die große Gefahr der Inflationierungstendenz des Gebrauchs eines solchen Gesetzes, wenn es denn nun einmal da ist, sträflich unterschätzen, ist ihre Schätzung realistisch. Andererseits ist zwischen meiner Null-Vermutung und ihrer Schätzung von 100 Fällen kein großer Unterschied mehr. Sollte es nicht möglich sein, für 100 möglicherweise besonders schwierige Fälle in der Bundesrepublik alternative Problemlösungen zu finden? Da

die Arbeitsgruppe des Bundesjustizministeriums selbst nicht davon ausgeht, daß es bei Minderjährigen eine medizinische Indikation (lebensbedrohliche Gefahr) für eine Sterilisierung gibt, darf man wohl davon ausgehen, daß eine solche Indikation auch bei volljährigen Menschen mit geistiger Behinderung nicht zu erwarten ist. Deshalb mein Vorschlag nach einem ausnahmslosen Verbot – dies abweichend von den bisherigen Vorstellungen der SPD (Bundestagsdrucksache 11/669).

Trotz all meiner Bemühungen und vielfältiger Fragen hat mir noch niemand einen Menschen mit geistiger Behinderung zeigen können, bei dem auch ich zu der Überzeugung kommen müßte, daß es eine Alternative zur unfreiwilligen Sterilisierung nicht gebe.

Wenn aber schon jetzt kein Bedarf besteht, um wieviel weniger wird dies in der Zukunft der Fall sein, wenn ich allenthalben die Bereitschaft zu folgenden Verhaltensänderungen und Maßnahmen erkennen kann:

1. Die Eltern, gerade auch die nicht selbsthilfefähigen Eltern werden systematisch in die Diskussion einbezogen und damit von ihrem Alleingelassensein befreit.
2. Sexualpädagogik, die man zwar unschön, aber treffender Liebespädagogik nennen sollte, kommt zunehmend in den Konzepten des Umgangs mit geistig Behinderten zum Zuge, was weitaus mehr bedeuten würde als kurzatmige sexuelle Emanzipation.
3. Es ist zu erwarten, daß sich das Spektrum möglicher Verhütungsmittel in den nächsten Jahren erheblich erweitert.
4. Psychosoziale Hilfen zur Begleitung des Wohnens und Lebens außerhalb von Einrichtungen (allein, zu zweit oder in einer Wohngruppe) verbessern sich in den nächsten Jahren erheblich, wie etwa das Beispiel Hessen heute schon deutlich macht.
5. Offenbar haben wir schon angefangen zu lernen, daß nach dem Grundgesetz Menschen mit Behinderung ebenso wie Menschen ohne Behinderung zunächst einmal das Recht haben, Kinder zu kriegen, auch wenn dies bei jedem konkreten Einzelfall in der Regel schnell an Grenzen stößt. Wer diesen Satz zum ersten Mal ausspricht oder hört, spürt an seinem eigenen Erschrecken, wieviel schwieriger Umdenken ihm noch bevorsteht. Immerhin haben wir aber endlich angefangen, bereits vorliegende Erfahrungen in dieser Richtung zur Kenntnis zu nehmen, zu sammeln und zu vergleichen.

Zu b)

Dieser letzte Punkt leitet schon über zum Komplex der Verunmöglichung der unfreiwilligen Sterilisierung aus verfassungsrechtlichen Gründen, wegen der Rechtsstellung und der Rechtssicherheit der Menschen mit geistiger Behinderung. Besonders präzise kommt dies in der

Stellungnahme des Diakonischen Werkes an das Bundesjustizministerium vom 10. 5. 88 zum Ausdruck: „Die (mit der Sterilisation) zusammenhängenden ethischen und rechtlichen Fragen sind noch nicht genügend durchdacht. Bei der sonst deutlich erkennbaren Grundtendenz des Reformwerkes, die hier betroffenen Menschen uneingeschränkt als Träger von Grundrechten anzuerkennen, bedeutet diese Vorschrift eine Durchbrechung der Zielsetzung und einen Rückschritt. Vor allem aber ist die in dieser Vorschrift angedeutete Einschätzung geistig behinderten Lebens als minderwertig aus christlich-ethischer Sicht strikt abzulehnen. „Ähnlich äußert sich die „Humanistische Union“ am 4. 5. 88: „Dennoch kann kein Sterilisierungsgesetz so gut sein, daß es Mißbrauch völlig ausschließt. Eine klare Grenzziehung zwischen Personen, denen Mutter- oder Vaterschaft noch zugestanden werden kann und solchen, die dazu zeitlebens nicht in der Lage sein werden, ist praktisch unmöglich. Die Sterilisation aber fällt ein endgültiges Urteil, sie ist eine Negativprognose für alle Entwicklungsmöglichkeiten zu einer weitgehend eigenständigen Persönlichkeit und damit zur möglichen Elternschaft. Sie schafft darüber hinaus eine Klassifizierung Behinderter, auf deren unterster Stufe gewiß jene stehen, denen Fortpflanzung definitiv verwehrt wird.“ Zum gleichen Ergebnis kommt sowohl aus verfassungsrechtlicher Sicht als auch aus Sicht der katholischen Morallehre Hans Reis in einem Aufsatz, der in Kürze in der „Zeitschrift für Rechtspolitik“ erscheint: Das Grundrecht der freien Entfaltung der Persönlichkeit ebenso wie das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit machen die unfreiwillige Sterilisation unmöglich.

Eben dieses Ziel aber wollen wir doch gerade erreichen, daß Menschen mit Behinderung ebenso wie Menschen ohne Behinderung als Träger von Grundrechten uns selbstverständlich werden, so lange es auch noch dauern mag, dieses Ziel zu erreichen. Weil aber die Zugehörigkeit der Menschen mit Behinderung zum Grundgesetz und zu dem Schutz, der diese Zugehörigkeit bedeutet, uns noch lange nicht selbstverständlich ist, ist eben diese Zugehörigkeit zur Zeit mit Sicherheit das höhere und schutzbedürftigere Rechtsgut, selbst um den Preis, daß einzelne Menschen darunter zu leiden haben.

Man könnte fast sagen, daß in einer späteren Zeit, wenn es uns in Fleisch und Blut übergegangen sein wird, daß Menschen mit Behinderung Träger von Grundrechten sind, die auch Pflichten und Härten zur Folge haben, wenn wir alle zu einer wirklichen Solidargemeinschaft gereift sein werden, ein Verbot der unfreiwilligen Sterilisation überflüssig geworden sein wird und fallen kann.

Man hat fast den Eindruck, daß die Befürwortung der unfreiwilligen Sterilisation im Gesetzentwurf aus dem menschenfreundlichen Motiv des Mitleides mit den „armen Behinderten“ gespeist ist, die Sexualität ohne Furcht genießen sollen, wie es in der Begründung des Gesetzent-

wurfs heißt. Mitleid war aber immer schon eines der gefährlichsten, bisweilen auch tödlichen Motive in der Geschichte im Umgang mit Behinderten, zumal man dieses Gefühl eigentlich nur Tieren, bestenfalls Kindern gegenüber haben kann, wo es schon fragwürdig wird. Oder ist man hier dem – heute freilich gängigen – Denkfehler verfallen, daß man Sexualität einerseits, Furcht, Angst, Schmerz und Leiden andererseits voneinander trennen könne? Weiß nicht jeder von sich selbst, daß er im Rahmen seiner unterschiedlichen Liebeserfahrungen gerade an dem mit diesen Erfahrungen verbundenen Leiden in seiner Persönlichkeit am meisten gereift ist? Klammern wir das Ziel der Leidensfähigkeit aus dem Leben eines Menschen mit Behinderung aus, so halten wir ihn für minderwertiger als uns selbst und klammern ihn gleichzeitig damit auch ein Stück weit aus dem Geltungsbereich und Schutz des Grundgesetzes aus. Hierzu eine Veranlassung zu sehen, wäre in der Tat ein Rückschritt.

Die Möglichkeit der Analogie zum § 218 einschließlich der eugenischen Indikation und einschließlich der mit ihr verbundenen fundamentalen Ungleichbehandlung von Frauen und Männern zu Lasten der ersteren ist inzwischen schon so umfassend kritisiert worden, daß die Arbeitsgruppe des Bundesjustizministeriums sich von ihr mit Recht zurückziehen scheint. Auch die Verdammung zu einer lebenslangen Notlage durch Richterspruch scheint ein nicht mehr denkbarer Gedanke zu sein. Damit ist aber noch eine weitere Überlegung verbunden, die bisher noch keine Berücksichtigung gefunden hat: bei einem Menschen mit geistiger Behinderung finden wir in der Regel einmal die Behinderung selbst, die so ist, wie sie ist. Zum anderen finden wir bei ihm die sogenannten Verhaltensauffälligkeiten. Es ist zu vermuten, daß Gründe zur Indikation zur Sterilisation zumeist im Bereich dieser Verhaltensauffälligkeiten zu finden sind. Diese Verhaltensauffälligkeiten sind aber grundsätzlich vorübergehender Natur, nämlich der Therapie bzw. Pädagogik zugänglich, wie dies inzwischen auch alle Kostenträger gern voneinander unterscheiden. Sind aber die Indikationsgründe vorübergehender Art, kommt auch nach dem Willen der Initiatoren des Gesetzentwurfes eine Sterilisation nicht in Betracht.

Alle genannten Bedenken wiegen aber in einer Zeit besonders schwer, in der über die Entwicklung der Gen-Technologie und der vorgeburtlichen Diagnostik Eltern schon in der Gefahr sind, sich gesellschaftlich vorwerfen zu lassen, wenn sie überhaupt einen Menschen mit geistiger Behinderung zur Welt bringen.

Zusammenfassend und aus all den genannten Gründen schließe ich mit dem Wunsch, daß ein Rechtshistoriker im Jahre 2030 über das Jahr 1988 folgendes befinden möge: „Es war ein segensreicher Verdienst des Diskussionsentwurfes zum neuen Vormundschaftsrecht, daß ein Vorschlag zum Sterilisierungsproblem gemacht wurde; denn erst dies hat al-

le Beteiligten sensibel gegenüber den damit zusammenhängenden Problemen gemacht. Deshalb war es auch nicht mehr nötig und ebenfalls ein Segen, daß das anschließend verabschiedete Betreuungsgesetz (oder besser: Beistandsgesetz) den Indikationskatalog zur Sterilisation gestrichen und durch ein ausnahmsloses Verbot der unfreiwilligen Sterilisation ersetzt hat.“

Richter am Amtsgericht Dr. Andreas Jürgens, Kassel

### *Rechtliche Fragen der Sterilisation geistig Behinderter*

Der von einer Arbeitsgruppe aus dem Bundesjustizministerium vorgelegte Entwurf einer Reform des Vormundschafts- und Pflegschaftsrechts enthält in § 1905 auch einen Vorschlag für die Regelung der Sterilisation geistig Behinderter, oder genauer: der ersatzweisen Einwilligung des Betreuers in eine Sterilisation des/der Betreuten.

Wie von der Arbeitsgruppe vorausgesehen, ist dies einer der umstrittensten Teile der ansonsten weitgehend begrüßten Reformvorschläge. In allen veröffentlichten Reaktionen wird zunächst die Tatsache begrüßt, daß die Sterilisation einer gesetzlichen Regelung zugeführt werden soll, die von der Arbeitsgruppe vorgeschlagene Lösung wird aber wahlweise als zu weitgehend oder nicht weitgehend genug, zu ungenau oder zu sehr ins Einzelne gehend kritisiert.

Erst seit kurzer Zeit ist überhaupt die Sterilisation geistig Behinderter verstärkt Gegenstand der rechtswissenschaftlichen Diskussion, nachdem auch eine breitere Öffentlichkeit endlich zur Kenntnis genommen hat, was Insider seit Jahrzehnten wußten: daß nämlich die Sterilisation geistig Behinderter, teilweise noch Minderjähriger, gängige Praxis und in vielen Einrichtungen ständige Übung ist, daß Sterilisationen vielfach ohne Wissen der Betroffenen, ohne ihre Zustimmung und ohne rechtliche Überprüfung in den letzten Jahren massenhaft vorgenommen wurden.

Eine ausdrückliche gesetzliche Regelung der Sterilisation gibt es nicht mehr, seit das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ von 1933 nicht mehr in Kraft ist. Daraus darf allerdings nicht geschlossen werden, daß es sich hier um einen rechtsfreien Raum handelt, auch wenn das passive Verhalten des Rechtsstaats und seiner Institutionen in den letzten vierzig Jahren eine solche Vermutung nahelegen könnte. Obwohl nach den Schätzungen der Arbeitsgruppe jährlich etwa 1000 Sterilisationen vorgenommen werden und die meisten hiervon rechtswidrig sein dürften, ist eine strafrechtliche Verfolgung der hierfür Verantwortlichen nicht bekannt geworden.

Nach allgemeinen strafrechtlichen Grundsätzen ist eine Sterilisation tatbestandsmäßig eine beabsichtigte schwere Körperverletzung, darauf gerichtet, die Zeugungsfähigkeit des oder der Betroffenen zu unterbinden, und als solche mit Freiheitsstrafe von wenigstens zwei Jahren bedroht.

Schon in den sechziger Jahren hat der Bundesgerichtshof entschieden, daß eine Sterilisation wie andere ärztliche Eingriffe aber dann

nicht rechtswidrig und somit straffrei ist, wenn der Betroffene wirksam eingewilligt hat. Neben anderen, kaum bedeutsamen Rechtfertigungsgründen ist also die Einwilligung der wesentliche Aspekt, der über Strafbarkeit oder Strafflosigkeit entscheidet. Jedenfalls alle Sterilisationen der Vergangenheit, die ohne jede Einwilligung der Betroffenen vorgenommen wurden, waren rechtswidrig – gleichwohl in aller Regel straflos, weil die Strafverfolgungsbehörden entweder nicht informiert waren oder untätig blieben.

Bei den Einzelfragen der alles entscheidenden Frage wirksamer Einwilligung gehen wie in vielen juristischen Fragen die Auffassungen weit auseinander, die Literatur hierzu füllt ganze Bücherschränke; in zwei wesentlichen Fragen aber ist man sich hier einig:

1. Eine Einwilligung ist nur wirksam, wenn der Einwilligende zuvor über die Tragweite des Eingriffs und seine Folgen für ihn verständlich informiert worden ist und er hierauf aufbauend seine Entscheidung eigenverantwortlich getroffen hat. Bei Fehlen der notwendigen ärztlichen Information ist die Einwilligung ebenso unwirksam wie in denjenigen Fällen, in denen der Betroffene behinderungsbedingt nicht in der Lage ist, Art, Bedeutung und Tragweite der Maßnahme zu erfassen und seinen Willen hiernach zu bestimmen. Ist der Betroffene aber selbst einwilligungsfähig, kommt eine ersatzweise Einwilligung von Eltern oder Vormund in keinem Falle in Betracht – schon gar nicht, um eine Entscheidung gegen eine Sterilisation durch ersatzweise Einwilligung zu korrigieren.
2. Die Einwilligung in eine Sterilisation ebenso wie in eine Heilbehandlung oder sonstige tatbestandsmäßige Körperverletzung ist kein Rechtsgeschäft, hat daher mit der Rechtsfähigkeit des Betroffenen nichts zu tun. Wer bei Minderjährigen als Elternteil oder bei Volljährigen als Vormund zur rechtsgeschäftlichen Vertretung berechtigt ist, kann diese Vertretungsmacht nicht zu einer wirksamen Einwilligung in eine Sterilisation nutzen. Die vielfach gehörte Empfehlung, geistig Behinderte mit Zustimmung der Eltern noch vor dem Volljährigkeitsalter zu sterilisieren, ist somit schlicht falsch, auch Eltern können nicht automatisch in eine Sterilisation ihres Kindes einwilligen.

Rechtlich unterschiedlich beurteilt wird allerdings die dann alles entscheidende Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen bei sog. Einwilligungsunfähigen ersatzweise eine Einwilligung durch einen gesetzlichen Vertreter vorgenommen werden kann. Hier hat die Arbeitsgruppe im Bundesjustizministerium eine Rechtsunklarheit ausgemacht, die sie zu ihrem eigenen Vorschlag veranlaßt hat.

Veröffentlichte Urteile zu dieser Frage stammen allerdings nicht von Strafgerichten, sondern von Vormundschaftsgerichten, die jeweils über einen Antrag des Vormunds auf Genehmigung der Zustimmung zu einer Sterilisation zu entscheiden hatten.

Das LG Berlin<sup>1</sup> entschied 1971, daß auf eine Sterilisation einer geistig behinderten Frau das Kastrationsgesetz von 1969 entsprechend anzuwenden sei. Zwar handele es sich nicht um eine Kastration zur Behandlung eines abnormen Geschlechtstriebes, aber in § 4 des Kastrationsgesetzes seien auch ähnliche Behandlungsmethoden, worunter auch die Sterilisation falle, den gleichen Voraussetzungen unterworfen worden. Danach könne eine Sterilisation auch gegen den Willen der Betroffenen durchgeführt werden, wenn diese unfähig ist, die Folgen der Behandlung einzusehen, und wenn ein Vormund oder Pfleger, zu dessen Aufgabenkreis die Einwilligung in Behandlungsmaßnahmen gehöre, ersatzweise einwillige. Dieser Argumentation folgte noch 1979 das LG Zweibrücken<sup>2</sup>.

In den übrigen veröffentlichten Entscheidungen wird eine entsprechende Anwendung des Kastrationsgesetzes zu Recht abgelehnt. Insbesondere das OLG Hamm<sup>3</sup> hat hierzu festgehalten, daß die eng begrenzte Zweckrichtung des Kastrationsgesetzes eine Ausdehnung seiner Anwendung im Wege der Analogie auf körperliche Eingriffe, die nicht der Behandlung eines abnormen Geschlechtstriebes gelten, nicht zulasse.

Allerdings gehen auch bei diesen Entscheidungen die Argumentationen auseinander: übereinstimmend gehen sie davon aus, daß eine vormundschaftsgerichtliche Genehmigung der ersatzweisen Einwilligung mangels Rechtsgrundlage nicht in Betracht kommt. Das AG Kaiserslautern<sup>4</sup> hält diese allerdings für überflüssig, weil die Einwilligung des Vormundes oder Pflegers ausreiche; das AG Alzey<sup>5</sup> hält eine solche nur zur Abwendung einer lebensbedrohenden Gefahr für wirksam. Das LG Düsseldorf<sup>6</sup> schließlich und das OLG Hamm<sup>7</sup> stellen die Wirksamkeit einer ersatzweisen Einwilligung generell in Frage. Insbesondere die ausdrückliche Aufforderung des OLG Hamm an den Gesetzgeber, die ersatzweise Einwilligung in eine Sterilisation gesetzlich zu regeln, war wohl auch mitbestimmend für die nunmehr im Rahmen der Reform des Vormundschaftsrechts angestrebte Normierung.

Dabei handelt es sich allerdings nicht um den ersten Versuch. Bereits im Regierungsentwurf eines 5. Gesetzes zur Reform des Strafrechts war eine Regelung zur Sterilisation vorgesehen, die jedoch nicht Gesetz geworden ist<sup>8</sup>. Es war vorgesehen, daß Einwilligungsunfähige nur sterili-

<sup>1</sup> FamRZ 1971, 668

<sup>2</sup> MDR 1979, 758

<sup>3</sup> FamRZ 1983, 310

<sup>4</sup> MDR 1981, 229

<sup>5</sup> FamRZ 1984, 208

<sup>6</sup> FamRZ 1981, 95

<sup>7</sup> vgl. Anm. 3

<sup>8</sup> BT-Drucks. VI/3434

sirt werden dürften, wenn sie notwendig wäre, die Gefahr des Todes oder des völligen Gesundheitsverfalls abzuwenden. Diesen damaligen Vorschlag hat die SPD-Bundestagsfraktion erst vor kurzem wieder aufgegriffen. In einem Entschließungsantrag forderte sie, die unfreiwillige Sterilisation von Volljährigen nur zur Abwehr lebensbedrohlicher Gefahren zuzulassen<sup>9</sup>.

Auch in der juristischen Literatur wird mittlerweile – soweit ich sehe – überwiegend die Auffassung vertreten, daß nach geltendem Recht eine ersatzweise Einwilligung zur Sterilisation nur bei einer wie auch immer festzulegenden medizinischen Indikation in Betracht kommen kann<sup>10</sup>.

Bei Unterschieden im einzelnen ist die Begründung hierfür in etwa folgende: die Sterilisation ist ein schwerwiegender Eingriff in die körperliche Integrität und in das Persönlichkeitsrecht der hiervon Betroffenen, ist – da in der Regel nicht wieder rückgängig zu machen – als Beeinträchtigung der gesamten künftigen Lebensführung in hohem Maße belastend und bestimmend für das gesamte weitere Leben. Sie kommt daher nur in Betracht, wenn es sich bei der Sterilisation um das kleinere Übel gegenüber ansonsten zu befürchtenden Gefahren handelt, wenn sie im Interesse des Betroffenen unvermeidbar ist.

In der Praxis führen meist völlig andere Interessenlagen zur Sterilisation: Die Eltern geistig Behinderter fürchten, für die Kinder ihrer Kinder wiederum in die Pflicht genommen zu werden und sehen in einer Sterilisation den einzig sicheren Ausweg. Den im Falle unterbliebener Sterilisation geborenen Kindern soll ein Leben mit erziehungsunfähigen Eltern erspart werden. Die finanziellen Lasten der Allgemeinheit oder eugenisch motivierte Unterscheidungen zwischen „wertvollem“ und „weniger wertvollem“ Leben spielen ebenso eine Rolle.

All diese Motive dürfen jedoch nicht – so die überwiegende Meinung in der Literatur – zu einem so schwerwiegenden Eingriff wie einer Sterilisation führen.

Diese Position wird von einer Arbeitsgruppe des Bundesjustizministeriums geteilt. In der Begründung zum Entwurf wird auch festgehalten, daß eine Sterilisation Einwilligungsunfähiger nur in Betracht kommen soll, wenn diese im Interesse der Betroffenen geboten ist. Dennoch

<sup>9</sup> BT-Drucks. 11/669

<sup>10</sup> vgl. z. B. Finger, *Recht & Psychiatrie* 2/88, 14; Mahnkopf/Spengler-Sadkowski, *Recht & Psychiatrie* 84, 132; Horn, in: Neuer-Miebach/Krebs (Hrsg.), *Schwangerschaftsverhütung bei Menschen mit geistiger Behinderung – notwendig, möglich, erlaubt?* Schriftenreihe der Lebenshilfe für geistig Behinderte, Band 18, 1987, Seite 127 ff.; ders., *Demokratie und Recht* 1988, 62 ff.; Reis, in: Neuer-Miebach/Krebs, a.a.O., S. 150 ff.; ders., *ZRP* 88, 318 ff.; vgl. auch Schumacher/Jürgens, *Recht & Psychiatrie* 2/88, 2 ff. (insbes. S. 6 f.)

geht sie in ihrem Vorschlag über die reine medizinische Indikation hinaus.

Die Sterilisation Minderjähriger soll zunächst grundsätzlich verboten werden. Eine ersatzweise Einwilligung bei Einwilligungsunfähigen soll so dann nur zulässig sein, wenn

1. die Sterilisation dem Willen des Betreuten nicht widerspricht
2. der Betreute auf Dauer einwilligungsunfähig bleiben wird
3. anzunehmen ist, daß es ohne die Sterilisation zu einer Schwangerschaft kommen würde
4. in diesem Falle der Schwangerschaftsabbruch wegen medizinischer, embryopathischer oder sozialer Indikation erlaubt wäre und
5. die Schwangerschaft nicht durch andere zumutbare Mittel verhindert werden kann.

Diese Voraussetzungen soll das Vormundschaftsgericht unter Hinzuziehung entsprechender Gutachter prüfen, ein besonders hierfür zu bestellender Pfleger kann dann wirksam in die Sterilisation einwilligen.

An diesem Vorschlag fällt zunächst auf, daß bei näherem Hinsehen eigentlich nur geregelt ist, wann eine Sterilisation zu unterbleiben hat. Nämlich dann, wenn sie dem sogenannten „natürlichen Willen“ der Betroffenen widerspricht, andere zumutbare Verhütungsmittel zur Verfügung stehen, der Betreute in absehbarer Zeit wieder einwilligungsfähig bleibt etc. etc. Wenn diese Ausschlußgründe alle nicht vorliegen, kann der bestellte Betreuer in eigener Verantwortung über die Einwilligung entscheiden, nach der Begründung der Arbeitsgruppe soll ja auch gerade nicht das Vormundschaftsgericht über die Sterilisation selbst entscheiden, sondern dies soll im Verantwortungsbereich des Betreuers liegen. Welche Motive diesen zu einer Einwilligung letztendlich bewegen, oder er tatsächlich nur das Wohl der Betreuten in seine Überlegungen einbezieht – wie es nach der allgemeinen Vorschrift im neuen Recht seine Pflicht wäre – entzieht sich letztlich jeder Überprüfung. Es wäre letztendlich nicht zu verhindern, daß auch die Interessenlagen, die nach den Ausführungen in der Begründung gerade nicht zu einer Sterilisation führen dürfen, bei der Entscheidung des Betreuers doch wieder eine Rolle spielen.

Die grundsätzliche Schwierigkeit besteht eben darin, daß der Betreuer beurteilen soll, ob die Sterilisation zum Wohle des Betreuten notwendig ist, in seinem Interesse liegt und er selbst sich für eine Sterilisation entscheiden würde, wenn er einwilligungsfähig wäre. Wenn man sich einmal vergegenwärtigt, daß in Vergangenheit und Gegenwart jede Ausgrenzung und Diskriminierung von Behinderten mit deren eigenem Wohl begründet wurde, kann man eigentlich nicht mehr guten Gewissens das Vertrauen darin haben, daß nichtbehinderte Betreuer schon wissen werden, was dem Wohle der Behinderten dient.

Der in dem Entwurf enthaltene Bezug auf den § 218 a StGB wird in den meisten Stellungnahmen als verfehlt kritisiert. Die einen Schwangerschaftsabbruch rechtfertigenden Notlagen einer schwangeren Frau beschreiben eine ganz andere Lebenssituation und sind gerade auf eine eigenverantwortliche Entscheidung zugeschnitten. Sie können daher wohl kaum einen Maßstab für eine ersatzweise Einwilligung zur Sterilisation abgeben.

Schließlich sind nach dem Vorschlag der Arbeitsgruppe eine ganze Reihe von Zukunftsprognosen zu stellen, die teilweise die künftige Lebenssituation der Betroffenen über Jahre voraussehen müssen. Die Einwilligungsunfähigkeit muß auf Dauer bestehen, es muß ohne die Sterilisation zu einer Schwangerschaft kommen etc. etc.

Im Rahmen dieser jeweiligen Zukunftsprognosen werden auch wieder notwendigerweise Beurteilungsspielräume eröffnet, die eine Entscheidung für oder gegen eine Sterilisation abhängig machen von der Einschätzung der hiermit befaßten Ärzte, Gutachter, Betreuer, Richter etc. Und diese werden, darauf kann meines Erachtens nicht oft genug hingewiesen werden, die gleichen sein, die schon bisher die massenhafte Sterilisation geistig Behinderter ermöglicht, zugelassen oder sogar gefördert haben.

Maßstab einer zweifellos notwendigen Regelung der ersatzweisen Einwilligung zur Sterilisation muß die Frage sein, wie können die Betroffenen vor dem ungerechtfertigten Zugriff auf ihre körperliche Integrität wirksam geschützt werden. Nach meiner Überzeugung kann dies nur durch ein grundsätzliches Verbot der ersatzweisen Einwilligung erreicht werden, allenfalls eine medizinische Indikation halte ich für bedenkenswert.

## ARBEITSGRUPPE 6

*Gewinnung und Betreuung von Einzelvormündern und Pflegern –  
neuer Auftrag für Vereins- und Amtsvormünder?*

### *Protokoll*

Richter am Amtsgericht Peter Winterstein, Seevetal

Moderation: Frau Petra Hülshoff – Sozialdienst katholischer Frauen  
Dr. Peter Schläffer – Verein für Sachwalterschaft/Wien  
Peter Winterstein – Bundesministerium der Justiz.

Zu Beginn führen Hülshoff und Winterstein durch ein Streitgespräch zu dem Thema „Pro und contra Ehrenamtliche“ in den Problembereich ein.

In der nachfolgenden Diskussion wird zunächst der Begriff „ehrenamtlich“ problematisiert. Es wurde die Meinung vertreten, daß es ein Trugschluß sei, wenn man glaube, daß Ehrenamtliche „billiger“ seien: Die Unterstützung, die sie bräuchten, und die Fehler, die sie machten, die dann ausgebügelt werden müßten, führten zu einem großen Aufwand. Zudem ließen Angehörige oftmals sich nicht helfen. Besonders in dieser Situation seien sie überfordert.

Es wurde Einigkeit darüber erzielt, daß fachliche Begleitung sinnvoll sei für ehrenamtliche Tätige. Der beruflich tätige Vormund oder Pfleger müsse dafür sorgen, daß anfängliche Ängste vor einem „Amt“, einer „Verpflichtung“ überwunden würden. Ehrenamtliche müßten einen Beratungsanspruch erhalten und dürften nur bei absoluter Freiwilligkeit als Vormund/Pfleger bestellt werden. Ihnen müsse die Möglichkeit zur Supervision im Team gegeben werden.

Durch viel mehr Vereine und Beratungsstellen müßten bessere Unterstützungsstrukturen zur Verfügung gestellt werden. Nur durch Fallzahlbegrenzungen bei den beruflichen Vormündern/Pflegern sei zu erreichen, daß auch noch genügend Zeit für diese bliebe, sich der Unterstützung Ehrenamtlicher zu widmen.

Welcher Berufsgruppe der berufliche Vormund/Pfleger angehören müsse, der einen Einzelfall übernehme, habe sich nach den individuellen Problemen des Betroffenen zu richten. Da im Augenblick der Einrichtung alle Probleme gar nicht zu übersehen seien, könne es zunächst

notwendig sein, ein Team zu beschäftigen. Ein Gremium aus beruflichen Betreuungspersonen, das sich um den Betroffenen kümmere, berge aber auch die Gefahr einer übermächtigen Kontrolle.

Sodann gab Dr. Peter Schlaffer einen Bericht über Gewinnung und Betreuung ehrenamtlicher Sachwalter sowie Erfahrungen mit ehrenamtlicher Sachwalterschaft im österreichischen Verein für Sachwalterschaft ab: Der Bericht ist in Anlage beigefügt.

In der anschließenden Diskussion wurden insbesondere die Frage der Übertragbarkeit österreichischer Erfahrungen auf die Bundesrepublik und die Unterschiede der Ausgangssituation in Österreich beim Inkrafttreten des neuen Sachwalterrechts im Juli 1984 erörtert. Vor der Sachwalterschaftsreform waren in Österreich weder Amtsvormünder und -pfleger noch Vereinsvormünder und -pfleger in einem nennenswerten Umfang vorhanden. Durch die Schaffung eines einheitlichen Vereins konnten klare Strukturen vorgegeben werden. In der Bundesrepublik mit einem heute schon sehr vielfältigen und sehr unterschiedlichen Angebot wird dies schwieriger sein. Kontrovers wurde die Frage diskutiert, ob wie in Österreich nur ein einzelner Mitarbeiter oder aber der Verein oder das Amt als Institution zur Betreuungsperson bestellt werden sollen.

Nach der Mittagspause berichtete Frau Hülshoff über Erfahrungen mit der Konzeption der organisierten Einzelvormundschaft sowie zu Problemen bei Gewinnung und Begleitung und zu strukturellen Problemen und Defiziten der beruflichen Vormünder, Pfleger und Betreuer aus der Sicht des Sozialdienstes katholischer Frauen: Das Referat ist als Anlage beigefügt.

In der anschließenden Diskussion wurde herausgestellt, daß es wegen des geringen Ansehens des Amtes „Vormund/Pfleger“, wegen der Angst vor Überforderung zunehmend Schwierigkeiten des Gewinnens von Ehrenamtlichen gebe. Es müsse den Laien vermittelt werden, daß Grundlagenwissen auf pädagogischem und psychologischem Gebiete für ihn ganz allgemein von Vorteil sei. Als Fazit wurde festgehalten, daß eine komplementäre Kooperation zwischen beruflichen und ehrenamtlichen Vormündern und Pflegern notwendig ist, daß der berufliche Vormund/Pfleger aber auch Unterstützung bei reinen Verwaltungsarbeiten, besonders bei Scheu vor „Behördenkram“ leisten könne und hin und wieder den Ehrenamtlichen zu überwachen habe.

Abschließend berichtete Winterstein über Grundzüge der beabsichtigten Reform des Vormundschaftsrechts und die damit verbundenen Veränderungen für berufliche und ehrenamtliche Vormünder/Pfleger:

Der Bericht ist in Anlage beigefügt.

Am Freitag, dem 28. Oktober 1988 wurden sodann die beigefügten Thesen erarbeitet.

## Thesen

1. Gewinnung und Betreuung von Einzelvormündern ist *alter* und *neuer* Auftrag für Vereins- und Amtsvormünder.
2. Zur Gewinnung von geeigneten und engagierten Einzelvormündern ist die Freiwilligkeit der Übernahme wichtige Voraussetzung.
3. Wichtige Voraussetzung für die Gewinnung von Einzelvormündern ist ein *Rechtsanspruch* des Einzelvormunds auf Anleitung, Beratung, Begleitung und Fortbildung.
4. Zur Erfüllung dieses Anspruchs müssen die dafür erforderlichen personellen und finanziellen Mittel bereitgestellt und – unter Beachtung des Subsidiaritätsgrundsatzes – neue Strukturen geschaffen und vorhandene gestützt werden. Nur so können Angebote zur Anleitung, Beratung, Begleitung und Fortbildung in ausreichender Zahl vorgehalten werden.
5. Zur Gewinnung von Einzelvormündern ist es wichtig, daß die Amts- und Vereinsvormünder ausreichend Zeit hierfür zur Verfügung haben. Dies ist nur möglich über eine Fallzahlbegrenzung. Die Zahl sollte 30 nicht überschreiten. Die Fallzahlbegrenzung ist für die Betroffenen noch wichtiger als für die Vormünder.
6. Die Gewinnung von Einzelvormündern wird durch das Offenhalten möglichst vieler Formen der Vormundschaft, auch der der Amts- und Vereinsvormundschaft erleichtert. Künftigen Einzelvormündern ist es so eher möglich, in ihre Aufgabe hineinzuwachsen.
7. Die Gewinnung zusätzlicher Einzelvormünder ist durch die Intensivierung der Suche im sozialen Umfeld des Betroffenen schon während des Verfahrens möglich.
8. Die Werbung von Einzelvormündern wird gefördert, wenn der persönliche immaterielle Gewinn, der mit der Führung einer Vormundschaft verknüpft ist, herausgestellt wird:
  - sozialer Inhalt der Arbeit als sinngebendes Lebenselement
  - neue soziale Kontakte
  - Vermehrung von Kenntnissen und Fertigkeiten (z. B. das Üben von Geltendmachung von Rechten und Ansprüchen).
9. Damit mehr Menschen zur Übernahme einer Vormundschaft motiviert werden, ist das gesellschaftliche Ansehen dieser Tätigkeit, z. B. durch Öffentlichkeitsarbeit und Qualifizierung, zu fördern.
10. Durch Steuererleichterungen, z. B. Freibeträge, Anerkennung in der Rentenversicherung und Aufwandsentschädigung ist die Bereitschaft zur Übernahme einer Vormundschaft zu fördern.

11. Das Haftungsrisiko eines Einzelvormundes ist dadurch zu verringern, daß die Bestellung mit dem Abschluß einer Versicherung verknüpft ist.
12. Die Gewinnung von Einzelvormündern wird durch die Einführung eines ansprechenden Begriffs für ihre Aufgabe erleichtert. Die Mehrheit der AG spricht sich für den Begriff „Beistand“ aus.

Dr. Peter Schlaffer, Wien

*Bericht über das System der Gewinnung und Betreuung ehrenamtlicher Sachwalter sowie über die Bedeutung der ehrenamtlichen Sachwalterschaft und die Erfahrungen mit ihr im Verein für Sachwalterschaft*

1. Einleitung

Mit dem 1. 7. 1984 ist in Österreich das Bundesgesetz über die Sachwalterschaft für behinderte Personen (BGBl 1983/136) in Kraft getreten (I) und hat insoferne die aus dem Jahre 1916 stammende Entmündigungsordnung abgelöst. Der zweite Teil der geplanten Rechtsform (II), der vorsieht, daß das (öffentlich-rechtliche) Anhalteverfahren (Unterbringungsrecht, welches ebenfalls in der diesbezüglich nach wie vor geltenden Entmündigungsordnung sowie im österreichischen Krankenanstaltengesetz geregelt ist) (III), einer Neuregelung zugeführt werden soll, läßt nach wie vor auf sich warten. Im Jänner des Jahres wurde neuerlich eine Regierungsvorlage für ein „Bundesgesetz über die Rechtsfürsorge für psychisch Kranke in Krankenanstalten“ (464 BlgNR XVII.GP), wie die gesetzliche Regelung über die Zwangsanhaltung (Unterbringung) etwas beschönigend genannt werden soll, im Nationalrat eingebracht. Ein mittlerweile vom Justizausschuß eingesetzter Unterausschuß wird in Kürze die Beratungen darüber aufnehmen. Die Regierungsvorlage betont insbesondere den Schutz der Persönlichkeitsrechte psychisch Kranker, die in eine Krankenanstalt aufgenommen werden und sieht vor, daß jedem zwangsweise aufgenommenen Patienten ein sogenannter Patientensachwalter zur Seite gestellt werden soll.

I) Vgl. Ent-Hopf, „Das Sachwalterrecht für Behinderte mit Hinweisen zur Auslegung, den Materialien, und den Bestimmungen über die Anhaltung“, Wien, 1983;

Kremzow, „Österreichisches Sachwalterrecht, Eine kommentierte Darstellung“, Eisenstadt 1984;

Maurer, „Sachwalterrecht in der Praxis“, Wien 1984

II) Vgl. Recht und Psychiatrie, Neuere Tendenzen des Persönlichkeitsschutzes und der Rechtsfürsorge – das österreichische Modell, Kriminalsoziologische Bibliographie 1985/Jg. 12, Heft 47/48 Spezial

III) Vgl. zur derzeitigen Rechtslage: Kopetzki, Das Anhalterrecht in Österreich in: Recht und Psychiatrie, 3/86, 88 ff.



### 1.1. Grundzüge des Sachwalterschaftsgesetzes (IV)

- Um eine psychisch kranke oder geistig behinderte Person vor Nachteilen bei der selbständigen Besorgung ihrer Angelegenheiten zu schützen, kann ihr das Gericht einen Sachwalter bestellen.
- Die Sachwalterschaft soll die letzte aller Möglichkeiten sein (Subsidiarität).
- Durch die individuelle Festlegung der Aufgaben des Sachwalters soll der behinderten Person eine gezielte, ihren tatsächlichen Bedürfnissen entsprechende Hilfestellung durch einen Sachwalter gewährt werden. Falls erforderlich, kann er allerdings auch für alle Angelegenheiten bestellt werden.
- Bei jeder Sachwalterbestellung wird die Geschäftsfähigkeit des Betroffenen je nach Umfang des Wirkungskreises des Sachwalters beschränkt (das Gericht kann innerhalb des Aufgabenkreises des Sachwalters der behinderten Person das freie Verfügungsrecht und die freie Verpflichtungsfähigkeit hinsichtlich bestimmter Sachen oder Einkünfte einräumen). Die Beschränkung soll jedenfalls nur soweit gehen, wie das Wohl des Behinderten es im Einzelfall erfordert.
- Unabhängig vom Wirkungskreis ist der Sachwalter zur Personensorge, d. h. insbesondere zur Sicherstellung der ärztlichen und sozialen Betreuung, verpflichtet.
- Der behinderten Person ist im Rahmen des Verfahrens zur Bestellung eines Sachwalters ein Rechtsbeistand beizugeben, der ihre Geschäftsfähigkeit bzw. ihre Verfahrensrechte nicht beschränkt.
- Um den Mangel an geeigneten Personen für die Betreuung und Vertretung psychisch Kranker und geistig Behinderter zu beseitigen, sieht das Sachwalterschaftsgesetz vor, daß sich privatrechtliche Institutionen konstituieren, die die Aufgabe haben, Sachwalter auszubilden und den Gerichten zur Verfügung zu stellen (Vereins-sachwalter-

---

IV) Eine ausführliche Darstellung aus deutscher Sicht, vgl. Schulte, Das österreichische Bundesgesetz über die Sachwalterschaft für behinderte Personen; die Reform des Entmündigungs-, Vormundschafts- und Pflschaftsrechts für Volljährige in Österreich – in: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, Heft 2/1988; Zu einem Vergleich der österreichischen Neuregelung und dem deutschen Reformkonzept und etwaigen Lehren für die deutsche Reformdiskussion vgl. Schulte, Erste Erfahrungen mit dem österreichischen Sachwalterrecht – Lehren für die Reformdiskussion hierzulande?, in: „Vormundschaft, Pflschaft, Unterbringung Erwachsener – Bestandsaufnahme, Konsequenzen für die soziale Arbeit“. Fachtagung des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge in Zusammenarbeit mit der Bundesarbeitsgemeinschaft Hochschullehrer des Rechts an Fachhochschulen/Fachbereichen des Sozialwesens in der Bundesrepublik Deutschland (Frankfurt/M. 30. 11.–2. 12. 1987), Veröff. i. Vorb. für 1988

- schaft). Auch hier erfolgt eine persönliche Bestellung des einzelnen Vereinssachwalters. Eine Vereinsbestellung ist ausgeschlossen.
- Nach wie vor sind aber, falls vorhanden, vorrangig geeignete, dem Betroffenen nahestehende Personen zum Sachwalter zu bestellen, bzw. wenn überwiegend Rechtsangelegenheiten zu erledigen sind, Rechtsanwälte oder Notare.
  - Die Erforderlichkeit bzw. der Umfang der Sachwalterschaft ist in angemessenen Zeitabständen zu überprüfen.

### 1.2. Kritik am Sachwalterschaftsgesetz aufgrund der bisherigen Erfahrungen (V)

- Mit Jahresende 1987 waren nahezu 90% aller Sachwalterschaften für alle Angelegenheiten ausgesprochen. Das ist vor allem auf die Übergangsbestimmungen – die vorsehen, daß alle mit Inkrafttreten des Sachwalterschaftsgesetzes bestehenden Entmündigungspflegschaften in Sachwalterschaften für alle Angelegenheiten übergeführt werden – und auf die mangelnde Überprüfung der Erforderlichkeit und des Umfangs der Sachwalterschaft (im Gesetz ist keine ausdrückliche Frist vorgesehen) zurückzuführen.
- Die Zahl der erstmaligen Sachwalterbestellungen liegt um ca. 50% über den jährlichen Durchschnittswerten an Entmündigungen in den letzten 5 Jahren vor der Reform (obwohl aufgrund der enger gefaßten Voraussetzungen für eine Sachwalterschaft mit einem deutlichen Rückgang gerechnet wurde).
- Auch bei den neuen Sachwalterbestellungen erfolgte die Mehrzahl ( $\frac{2}{3}$ ) undifferenziert für alle Angelegenheiten.
- Der Anteil der von Vereinssachwaltern geführten Sachwalterschaften betrug Ende 1987 nur 6% (bei einer Vollversorgung mit Vereinssachwaltern wird mit einem Anteil von mindestens 30% gerechnet), dies ist auf die mangelnde Finanzierung zurückzuführen.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß die vorgesehene Möglichkeit der Bestellung eines Sachwalters für alle Angelegenheiten zum Regelfall geworden ist, womit sich die im Rahmen der Gesetzesdiskussion geäußerten Zweifel, ob eine derartige Möglichkeit überhaupt vorgesehen werden soll, bestätigt hat. Die Verpflichtung zur Überprüfung der Erforderlichkeit und des Umfangs der Sachwalterschaft bleibt wirkungslos,

---

V) Die statistischen Daten sind entnommen: Forster/Laburda/Vyslouzil, Sozialwissenschaftliche Begleitforschung eines Modellprojekts Sachwalterschaft, Jahresbericht 1987, Ludwig Boltzmann-Institut für Medizinsoziologie, Wien, 1988; vgl. eine ausführlichere und m. E. nach wie vor aktuelle Zusammenfassung der Erfahrungen mit der Sachwalterschaft in Österreich: Forster/Pelikan, in: Recht und Psychiatrie, 3/86, 95 ff.

solange nicht im Rahmen der Geschäftsverteilung der Gerichte ausreichend Kapazitäten für Sachwalterschaftssachen zur Verfügung gestellt bzw. keine ausdrücklichen Fristen zur Überprüfung vorgegeben werden.

Darüber hinaus wäre zu überlegen, ob nicht die Sachwalterschaft selbst nur befristet anordnenbar sein sollte. Die unzureichenden Bestimmungen über die Finanzierung der Vereinssachwalterschaft – es besteht keine Förderungsverpflichtung des Bundes – führen dazu, daß Vereinssachwalter in einem viel zu geringen Ausmaß zur Verfügung stehen. Dort wo Vereinssachwalter tätig sind, wird ein wesentlich höherer Prozentsatz an Differenzierung der Angelegenheiten sowie an Einstellungen von Sachwalterschaftsverfahren (Subsidiarität) erreicht.

Einem Kritikpunkt am Sachwalterschaftsrecht konnte inzwischen auf Initiative des Vereins Rechnung getragen werden: Die Bestimmung, daß alle Personen, denen ein Sachwalter bestellt ist, vom Wahlrecht ausgeschlossen sind, wurde vom Verfassungsgerichtshof (ZfVb 1988/3/-10335) als verfassungswidrig aufgehoben. Die Aufhebung ist mit Ablauf des 30. 9. 1988 in Kraft getreten. Vom Gesetzgeber wurde keine neuerliche Ausnahmeregelung für Personen, die einen Sachwalter haben, geschaffen.

### 1.3. Verein für Sachwalterschaft

Neben dem Verein für Sachwalterschaft sind in Österreich noch zwei regional tätige Vereine vom Bundesministerium für Justiz als geeignet anerkannt worden, Sachwalter den Gerichten namhaft zu machen. In diesem Zusammenhang ist hervorzuheben, daß in Österreich ganz andere Bedingungen als in der Bundesrepublik Deutschland bestanden haben, weil vor dem Sachwalterschaftsgesetz keine Vereine bzw. Verbände auf diesem Gebiet tätig waren.

Der Verein für Sachwalterschaft hat bereits seit 1981 ein Modellprojekt, welches von einer vom Bundesministerium für Justiz in Auftrag gegebenen sozialwissenschaftlichen Begleitforschung (VI) betreut wurde, durchgeführt. Die wesentlichen Kriterien für die Tätigkeit der Vereinssachwalter wurden im Rahmen dieses Modellprojektes erarbeitet.

VI) Eine Liste der Publikationen der sozialwissenschaftlichen Begleitforschung eines Modellprojekts Sachwalterschaft ist erhältlich beim Ludwig Boltzmann-Institut für Medizinsoziologie, Stumpergasse 56, A-1060 Wien/Österreich; Zu den bis 1984 entstandenen Texten vgl. Rechtsfürsorge für psychisch und geistig Behinderte, Sozialwissenschaftliche Begleitforschung des Ludwig Boltzmann-Instituts für Medizinsoziologie zum Modellprojekt Sachwalterschaft 1978 bis 1984, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Justiz Nr. 20, Wien 1984

Der Verein für Sachwalterschaft unterhält zur Zeit 11 Geschäftsstellen (in allen Bundesländern mit Ausnahme von Vorarlberg, wo ein eigener Verein tätig ist) und beschäftigt 38 hauptberuflich betreuende (das entspricht 32 Sachwalterstellen) und 163 ehrenamtliche Mitarbeiter.

Auf eine Sachwalterstelle entfallen mit Ende September d. J. 22 mittelbar betreute und zusätzlich 12 mittelbar über ehrenamtliche Mitarbeiter betreute Betroffene, insgesamt somit 34. Von den 1073 zu Monatsende September d. J. anhängigen Fällen entfallen 375 auf die 163 ehrenamtlichen Sachwalter, somit durchschnittlich 2,3 Fälle pro ehrenamtlichen Mitarbeiter.

Vom Kandidaten für eine hauptberufliche Mitarbeit werden vom Verein die folgenden Qualifikationsvoraussetzungen verlangt:

#### a) Fachliche Voraussetzungen

Als fachlich qualifiziert für die Tätigkeit eines hauptberuflichen Sachwalters werden vom Verein für Sachwalterschaft die folgenden Ausbildungen anerkannt:

- abgeschlossene Ausbildung zum diplomierten Sozialarbeiter und Berufserfahrung bzw. einschlägige Praktika,
- abgeschlossenes Studium der Rechtswissenschaften, absolviertes Gerichtsjahr (möglichst Außerstreitabteilung) und Praxiserfahrung im Sozialbereich,
- abgeschlossenes Studium der Psychologie, der Soziologie und praktische Tätigkeit im sozialen bzw. psychosozialen Bereich.

Darüber hinaus können verwandte, einschlägige oder ähnliche Ausbildungen im Zusammenhang mit einer beruflichen Tätigkeit im sozialen Bereich anerkannt werden.

#### b) Persönliche Voraussetzungen

Neben fachlichen Voraussetzungen muß der Kandidat folgende persönliche Voraussetzungen mitbringen:

- Verständnis für die Probleme Behinderter und ihrer Angehörigen und die Bereitschaft zur persönlichen Begegnung mit den Betroffenen,
- Kooperationsfähigkeit und Bereitschaft zur Teamarbeit einschließlich der Bereitschaft, sich juristisch und psychiatrisch beraten zu lassen,
- Rollenflexibilität und Bereitschaft, längerfristige Rollenkonflikte zu bewältigen,
- Fähigkeit und Einverständnis, die eigene Tätigkeit in den ersten Jahren im Rahmen einer Einzelsupervision zu reflektieren und kontrollieren zu lassen,
- Kritik- und Konfliktfähigkeit,

- Bereitschaft, sich in schwierige juristische Bereiche einzuarbeiten und den oft sehr umfangreichen bürokratischen und administrativen Teil der Arbeit zu übernehmen,
- Bereitschaft und Fähigkeit, als Leiter eines ehrenamtlichen Teams tätig zu werden.

Die Tätigkeitsschwerpunkte hauptberuflicher Vereinsfachwörter liegen vor allem in folgenden Bereichen, die einzeln oder kombiniert auftreten können:

- Vertretung der Betroffenen im Verfahren
- Vertretung der betroffenen Personen gegenüber Ämtern und Behörden, aber auch gegenüber privaten Vertragspartnern
- Unterstützung der materiellen Absicherung hin zur Einkommenssicherung und der Verwaltung von Einkommen und Vermögen
- Sicherstellung und Kontrolle der erforderlichen sozialen und medizinischen Dienste
- persönliche Beratung und Unterstützung bei Lebensproblemen verschiedenster Art (Wohnen, Arbeit, persönliche Beziehung, Alltagsversorgung).

## 2. Ehrenamtliche Sachwörter

Zur Begriffsklärung erscheint es wichtig zu betonen, daß unter ehrenamtliche Sachwörter alle im Rahmen des Vereins für Sachwörtertschaft tätigen, nicht entlohnten Mitarbeiter, im Gegensatz zu den angestellten (hauptberuflich betreuenden) Mitarbeitern, verstanden werden. Dem ehrenamtlichen Sachwörter wird sein Aufwand mit einer Aufwandsentschädigung pauschal abgegolten, die zur Zeit S 500,- (rund DM 70,-) pro Klient beträgt.

### 2.1. Grundlage für die Tätigkeit ehrenamtlicher Sachwörter

Das Sachwörtertschaftsgesetz regelt im Artikel IX (Bestimmungen über die Vereinsfachwörtertschaft) den Einsatz ehrenamtlicher Mitarbeiter in einer einzigen Bestimmung folgendermaßen: ...; setzt der Verein auch ehrenamtliche Sachwörter ein, so muß für deren fachgerechte Anleitung und Überwachung besonders vorgesorgt werden.

Der ehrenamtliche Sachwörter wird ebenso wie der hauptberufliche vom Verein dem Gericht namhaft gemacht und von diesem zum Sachwörter für eine bestimmte Person bestellt. Er ist unmittelbar dem Gericht verantwortlich. Der ehrenamtliche Sachwörter wird somit nicht im Auftrag bzw. zur Unterstützung hauptberuflicher Sachwörter tätig. Der Verein für Sachwörtertschaft hat für seine hauptberuflichen und ehrenamtlichen Mitarbeiter eine Haftpflichtversicherung abgeschlossen,

die bei den ehrenamtlichen Mitarbeitern mit Übernahme des ersten Falles wirksam wird.

### 2.2. Gewinnung und Betreuung ehrenamtlicher Sachwörter

Die folgenden Ausführungen sind im wesentlichen einer in Vorbereitung befindlichen Richtlinie des Vereins über ehrenamtliche Sachwörtertschaft entnommen und beruhen auf den bisherigen Erfahrungen.

Die Gewinnung ehrenamtlicher Sachwörter erfolgt über die hauptberuflichen Mitarbeiter der Geschäftsstellen des Vereins für Sachwörtertschaft. Bei der Anwerbung ehrenamtlicher Sachwörter werden vom Verein folgende Vorgangsweisen empfohlen:

- Erfahrene und bereits länger tätige Sachwörter werden gebeten, Interessenten aus ihrem Bekanntenkreis dem Verein zu melden.
- Ehrenamtliche Sachwörter werden über Kontaktpersonen in anderen Institutionen und Organisationen ausfindig gemacht.
- Die Suche durch gezielte Informationen in Lokalmedien bzw. Fachmedien.

Die dem Verein bekannt gegebenen Interessenten an einer ehrenamtlichen Mitarbeit werden sodann zu einem Gespräch eingeladen, in welchem ihre Eignung für die in Aussicht genommene Tätigkeit geklärt werden soll. Wird ein Interessent grundsätzlich für geeignet gehalten, soll er im Rahmen einer sogenannten Motivationsphase vorerst unverbindlich zur Teilnahme an den Besprechungen des ehrenamtlichen Teams eingeladen werden. Ehrenamtliche Mitarbeiter werden in Teams mit 5 bis 10 Teilnehmer zusammengefaßt, die je nach Größe von einem bis zwei hauptberuflichen Sachwörtern angeleitet werden.

Wird der Bewerber weiterhin für geeignet gehalten und ist weiterhin an einer ehrenamtlichen Mitarbeit interessiert, müssen verschiedene Unterlagen (Strafregisterauszug, Lebenslauf sowie eine Erklärung, womit die Rechte und Pflichten in bezug auf die Tätigkeit als ehrenamtlicher Sachwörter zur Kenntnis genommen werden) beigebracht werden.

Insgesamt ist bei Aufnahme von Bewerbern auf folgende Auswahlkriterien zu achten:

- Bereitschaft, sich für die Rechte psychisch kranker und geistig behinderter Personen einzusetzen und gleichzeitig deren Möglichkeiten, sich selbst zu vertreten und für sich selbst zu sorgen, zu fördern;
- Bereitschaft zu sozialem Engagement für gesellschaftliche Randgruppen;
- Bereitschaft, sich mit psychisch kranken/geistig behinderten Menschen im Rahmen ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit auf eine persönliche Beziehung einzulassen;
- Bereitschaft, gemachte Erfahrungen in Gruppen mitzuteilen und in einem Team zu arbeiten;

- Bereitschaft, die sich aus der Sachwaltertätigkeit ergebenden Rollenkonflikte zu bewältigen;
- Bereitschaft, sich in juristische Bereiche einzuarbeiten und den bürokratisch-administrativen Teil der Tätigkeit zu erfüllen;
- Bereitschaft, für mindestens 3 Jahre zur Verfügung zu stehen;
- Bereitschaft, regelmäßig an den monatlich stattfindenden Teambesprechungen teilzunehmen;
- Bereitschaft, möglichst mehr als nur eine einzige Sachwalterschaft zu übernehmen.

Die folgenden Maßnahmen haben das Ziel, die fachliche Qualifikation und Betreuungskompetenz ehrenamtlicher Sachwalter sicherzustellen, zu erweitern, aber auch zu kontrollieren:

- a) Einschulung
- b) regelmäßige Teilnahme an Teambesprechungen
- c) Anleitung durch den/die Teamleiter
- d) Fortbildung

- ad a) Die Einschulung der neuen ehrenamtlichen Sachwalter/innen erfolgt im Rahmen des jeweiligen Teams bzw. der Geschäftsstelle durch den/die Teamleiter. Jede/Jeder neu aufgenommene ehrenamtliche Sachwalter/in soll über folgende Bereiche seiner/ihrer künftigen Tätigkeit ausreichend informiert werden:
- Aufgaben des Vereins für Sachwalterschaft, Organisation des Vereins speziell im Bereich der jeweiligen Geschäftsstelle;
  - juristische Grundlagen der Sachwalterschaft, Bestimmungen des „BG über die Sachwalterschaft für behinderte Personen“, „Anhalterecht“;
  - Aufgabenspektrum des Sachwalters (Einkommens- und Vermögenssicherung bzw. -verwaltung / Vertretung des Betroffenen gegenüber Ämtern, Behörden, Gerichten, sozialen Einrichtungen und privaten Vertragspartnern / Sicherstellung der erforderlichen Personensorge, insbesondere der sozialen und medizinischen Betreuung / Aufbau und Gestaltung einer persönlichen Beziehung zum Betroffenen);
  - Rechte und Pflichten des Sachwalters;
  - Psychiatrische Grundlagen der Sachwalterschaft (Sozialpsychiatrie, Psychopharmakologie) durch psychiatrische Kurse der Geschäftsstellen;
  - Berichte des ehrenamtlichen Sachwalters: Gelbe Blätter und Berichte / Abrechnungen/Anträge / Rechtsmittel an das Gericht;
  - Anwendung der Richtlinie zur Inanspruchnahme von Belohnungen und Barauslagensatz;
  - Doppelte Aktenführung und Administration;
  - Haftpflichtversicherung.

Diese Informationen sollen in geeigneter Form im Verlauf der ersten Teambesprechungen, durch Einzelgespräche des/der Teamleiter, durch Exkursionen und durch schriftliche Materialien weitergegeben werden.

- ad b) Jede/jeder ehrenamtliche Sachwalter/in hat an den monatlich stattfindenden Teambesprechungen teilzunehmen. Die Teilnahme ist grundsätzlich verpflichtend, worauf beim Aufnahmegespräch hingewiesen werden soll.
- In einem ehrenamtlichen Team sollen 5 bis 10 ehrenamtliche Sachwalter/innen, welche gemeinsam maximal 25 Betroffene betreuen, tätig sein, wobei der/die einzelne ehrenamtliche Sachwalter/in in der Regel nicht mehr als 3, maximal jedoch 5 Sachwalterschaften gleichzeitig übernehmen darf.
- In einem ehrenamtlichen Team, das anstaltsbezogen arbeitet, sollen die ehrenamtlichen Sachwalter/innen gemeinsam nicht mehr als maximal 30 Betroffene gleichzeitig betreuen.
- Ehrenamtliche Teams werden von Teamleitern geleitet, wobei empfohlen wird, Teams, die mehr als 5 ehrenamtliche Sachwalter umfassen, zu zweit zu leiten.
- Der/die Leiter eines ehrenamtlichen Teams muß/müssen berücksichtigen, daß in einem ehrenamtlichen Team kein übereinstimmender Rahmen einer sozialarbeiterischen Berufsmethodik und -ethik vorhanden ist. Der/die Teamleiter/in muß berücksichtigen, daß er/sie die Organisation des Vereins für Sachwalterschaft repräsentiert, der/die Koordinator/in der Zusammenarbeit zwischen ehrenamtlichen und hauptberuflichen Sachwalter/innen ist und die Einhaltung organisatorischer und fachlicher Mindeststandards des Vereins für Sachwalterschaft zu kontrollieren hat. Der/die Teamleiter/in soll somit durch seine/ihre Leitung die Einhaltung vereinsinterner Standards gewährleisten und für eine Teamleitung sorgen, in der offene Aussprache, Bestätigung, Anerkennung und Kritik möglich sind. Im einzelnen haben die Teambesprechungen folgende Aufgaben:
- Einschulung;
  - Fallvergabe;
  - Fallbesprechung: Reflexion der Betreuungsarbeit und der Betreuungsverläufe, Erfahrungsaustausch, gegenseitige Beratung;
  - Austausch und Weitergabe von für ehrenamtliche Sachwalter/innen bedeutsame Informationen;
  - Reflexion der Durchführung der Vereinssachwalterschaft im allgemeinen;
  - gemeinsame Planung von regionalen Fortbildungsveranstal-

tungen für die ehrenamtlichen Sachwalter/innen eines Teams bzw. mehrerer ehrenamtlicher Teams einer Geschäftsstelle;

- ad c) Jeder ehrenamtliche Sachwalter hat auch zwischen den Terminen für die monatlichen Teambesprechungen die Möglichkeit, sich mit Fragen und Problemen die übernommenen Sachwalterschaften betreffend, an den/die jeweiligen Teamleiter zu wenden. Einmal jährlich soll der/die Teamleiter/in in einem ausführlichen Gespräch – eventuell anlässlich der bevorstehenden Berichtserstattung (und Rechnungslegung) an das Gericht – mit dem/der einzelnen ehrenamtlichen Sachwalter/in alle seine/ihre Fälle besprechen.

Neuen ehrenamtlichen Sachwalter/innen hat der Teamleiter im Rahmen der Einschulung anlässlich des ersten von ihnen zu erstellenden Berichtes (und Rechnungslegung) an das Gericht besonders ausführliche Unterstützung anzubieten.

- ad d) Auf der Ebene der Geschäftsstellen sollen den ehrenamtlichen Sachwalter/innen regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen angeboten werden.

Die Fortbildung wird im Rahmen des jeweiligen ehrenamtlichen Teams oder für mehrere ehrenamtliche Teams einer Geschäftsstelle durch die Teamleiter/innen, eventuell unter Mitwirkung von Referent/innen durchgeführt. Dabei sollen die Betreuungskompetenz der Teilnehmer/innen erweitert werden, allgemeine und spezielle Fragen der Sachwalterschaft aufgeworfen und behandelt und die Identifikation mit dem Verein für Sachwalterschaft und seinen Anliegen gestärkt werden.

Abschließend soll noch darauf hingewiesen werden, daß die Betreuung ehrenamtlicher Sachwalter beim hauptberuflichen Sachwalter zu einem Fallabzug von seiner durchschnittlich zu erreichenden Fallzahl führt und damit anerkannt wird, daß diese Tätigkeit nicht „nebenbei“ ausgeführt werden kann. In der Regel wird für 3 ehrenamtlich betreute Fälle dem hauptberuflichen Sachwalter ein Fall von der regional nach Erreichbarkeitsverhältnissen differenzierten Durchschnittsfallzahl (sie bewegt sich um 26 pro Sachwalterstelle) abgezogen.

### 2.3. Profil der ehrenamtlichen Mitarbeiter des Vereins zum 31. 12. 1987

#### Altersstruktur

Ein Drittel der ehrenamtlichen Mitarbeiter des Vereins für Sachwalterschaft ist jünger als 30 Jahre, 84% sind jünger als 50 Jahre. Nur 7% der ehrenamtlichen Sachwalter sind älter als 60 Jahre. Der jüngste ehrenamtliche Sachwalter ist 21, der älteste 68 Jahre alt.

#### Verteilung der Geschlechter

Nur ein schwaches Drittel der ehrenamtlichen Sachwalter sind Männer, die Frauen machen einen Anteil von ca. 70% aus.

#### Berufsstruktur

Den im weiten Sinn unter dem Begriff „Soziales“ zusammenfaßbaren Berufsgruppen gehören ca. 58% der ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen an. Die zweitgrößte Berufsgruppe, mit 19%, sind die Büro- und Verwaltungsberufe, gefolgt von den Juristen mit knapp 10%. Etwa 13% der ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen sind Studenten.

### 2.4. Bedeutung der und Erfahrungen mit ehrenamtlicher Sachwalterschaft

Das Sachwalterschaftsgesetz sieht einerseits eine Professionalisierung der Sachwalterschaft vor, andererseits war in der Konzeption der Vereinsachwalterschaft immer schon enthalten, daß auch ehrenamtliche Sachwalter eingesetzt werden können und sollen. Da die Professionalisierung die Antwort auf einen wesentlichen Mangel, nämlich die bestehende Unter- und Fehlbetreuung vieler entmündigter Personen aufgrund ungeeigneter gesetzlicher Vertreter ist, stellte sich die Frage, warum zugleich wieder Laienarbeit betrieben wird. Insbesondere folgende Gründe sprechen für den Einsatz ehrenamtlicher Sachwalter:

- Bei Betroffenen, wo die persönliche Beziehung (die überhaupt Voraussetzung für eine „erfolgreiche“ Sachwalterschaft ist) im Vordergrund steht und weniger komplizierte Vertretungshandlungen zu setzen sind, ist der ehrenamtliche Mitarbeiter bei ausgewählten Betroffenen besser geeignet als der hauptberufliche Sachwalter. Dies insbesondere deshalb, weil er mehr Zeit aufwenden kann als der hauptberufliche Sachwalter, der doch einem gewissen „Fallzahl-Druck“ unterliegt, während der ehrenamtliche Mitarbeiter in der Regel nicht mehr als zwei bis drei (maximal fünf) Betroffene betreut, wodurch eine individuelle, nicht professionelle Beziehung ermöglicht wird.
- Diese Argumentation gilt besonders für Anstaltspatienten, wo in aller Regel keine komplexen Angelegenheiten wahrzunehmen sind. Gerade in diesem Bereich hat sich der Einsatz ehrenamtlicher Sachwalter besonders bewährt. Durch das gemeinsame Auftreten mehrerer ehrenamtlicher Mitarbeiter eines Teams in Großanstalten (anstaltsbezogene ehrenamtliche Teams) konnten substantielle Verbesserungen der Lebenssituationen von Anstaltspatienten erreicht werden.
- Durch ehrenamtliche Mitarbeiter wird das Verständnis für psychisch kranke und geistig behinderte Menschen in andere Institutionen, Berufsgruppen und soziale Felder transportiert.

– Der ehrenamtliche Mitarbeiter stellt seine persönlichen Ressourcen unentgeltlich zur Verfügung (er erhält nur eine Aufwandsentschädigung). Man kann diesen Umstand natürlich auch unter dem Titel „Privatisierung sozialer Arbeit“ kritisch diskutieren, zugleich ist aber hervorzuheben, daß die Grundlage der Tätigkeit ehrenamtlicher Sachwalter damit ausschließlich das Engagement für gesellschaftliche Randgruppen ist. Das wegen der Unentgeltlichkeit für die ehrenamtliche Arbeit ins Treffen zu führende Kostenargument ist allerdings nur bedingt richtig, nachdem auch ehrenamtliche Arbeit ihren (mittelbaren) Preis hat. Die anteiligen Personalkosten der hauptberuflichen Mitarbeiter für Anwerbung, Auswahl, Einschulung, laufende Unterstützung und Anleitung, sowie die Kosten für regelmäßige Fortbildungen sind hier zu veranschlagen.

Zum Abschluß meines Berichtes möchte ich noch zu einer grundsätzlichen Frage Stellung nehmen: Soll es neben der persönlichen Bestellung auch eine Vereinsbestellung geben?

Nach der österreichischen Rechtslage ist diese Art der Bestellung auch bei der Vereins Sachwalterschaft ausgeschlossen und ich sehe darin, auch wenn dieser Umstand arbeitsrechtliche Probleme aufwirft, einen großen Vorteil zu anderen betreuenden Einrichtungen, weil dadurch gewährleistet ist, daß eine konstante und nicht so leicht auswechselbare Bezugsperson, die außerdem über einen umfassenden autonomen Bereich gegenüber der Trägerorganisation verfügt, für den Betroffenen zur Verfügung steht.

Damit möchte ich schließen und der Hoffnung Ausdruck verleihen, daß in meinen Ausführungen einige Anregungen für das deutsche Modell enthalten waren.

Dipl.-Päd. Petra Hülshoff, Bochum

### *Anleitung, Beratung, Begleitung und Fortbildung von ehrenamtlichen Vormündern im Sozialdienst katholischer Frauen*

#### *I. Der Sozialdienst katholischer Frauen*

Der Sozialdienst katholischer Frauen (SkF) ist ein Fachverband für Jugend und Gefährdetenhilfe im Deutschen Caritasverband. Der Gesamtverband umfaßt die in Deutschland bestehenden ca. 230 Ortsgruppen mit ihren 60 Heimen und sonstigen Einrichtungen und die Zentrale (Bundesgeschäftsstelle) in Dortmund. Mit seinen hauptberuflichen und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern engagiert sich der SkF in vielen Arbeitsfeldern. Eines davon ist die Vormundschaftsarbeit, die vom SkF bereits seit der Vereinsgründung im Jahre 1899 geleistet wird.

#### *II. Die Vormundschaftsarbeit*

Die Vormundschaftsarbeit wird im Sozialdienst katholischer Frauen in zwei Organisationsformen geleistet, die miteinander verbunden sind.

Die eine Form ist die der *organisierten Einzelvormundschaft*. Ihre Konzeption wurde bereits zu Beginn des Jahrhunderts von Agnes Neuhäuser, der Gründerin des SkF, entwickelt und verbreitet. In der organisierten Einzelvormundschaft erhält der Hilfsbedürftige eine individuelle Betreuungsperson, die für das Amt einer Vormundschaft bzw. Pflegschaft geeignet ist und sich dafür freiwillig zur Verfügung stellt. Sie führt ihr Amt jedoch nicht isoliert und auf sich allein gestellt, sondern in enger Rückbindung an den jeweiligen Ortsverein des SkF. Hier wird der ehrenamtliche Vormund bzw. Pfleger angeleitet und in praktischen Fragen unterstützt. Durch kontinuierliche fachliche Begleitung und Fortbildungsangebote wird ein hohes Maß an fachlicher Qualifikation der ehrenamtlichen Vormundschaftsarbeit sichergestellt. Ferner besteht für die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine Haftungsabsicherung durch den Abschluß von Sammel-Haftpflicht- und Sammel-Vermögensschaden-Haftpflichtversicherungen. Ohne die notwendige Kooperation mit hauptberuflichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern stünden die ehrenamtlichen Vormünder und Pfleger in der Gefahr, durch ihre Aufgabe überfordert und enttäuscht zu werden.

Die ehrenamtliche Vormundschaftsarbeit hat einen hohen Stellenwert in den Ortsgruppen des Verbandes. Wegen der häufig zu beklagenden Arbeitsüberlastung der beruflichen Vormünder und Pfleger kommt in der ausschließlich professionell geleisteten Vormundschaft die personale Beziehung zum Mündel oder Pflegling häufig zu kurz. Ein

tragfähiges zwischenmenschliches Verhältnis zwischen Vormund und Pfleger und Betreutem ist jedoch notwendig, um dem Hilfebedürftigen in seiner häufig im Vordergrund stehenden seelisch-geistigen Not beizustehen und ihm pädagogische Hilfe leisten zu können, die ihn zu einer – soweit wie jeweils möglich – selbstbestimmten und selbstverantwortlichen Lebensführung befähigt.

Aus mehreren Gründen sind Ehrenamtliche oft besser geeignet, diese wichtige personale Beziehung einzugehen: Sie verfügen über größere zeitliche Kapazitäten und sie handeln – wenn sie nicht im Rahmen einer Berufsrolle tätig sind – nicht weisungsgebunden und erhalten keine Bezahlung. Da sie nicht durch fachliche Spezialaspekte „belastet“ sind, haben sie es einfacher, auf den Hilfebedürftigen als ganzen Menschen zuzugehen, dem sie mit natürlicher Herzlichkeit begegnen und aus sozial-ethisch oder religiös begründeter Motivation heraus Partner sein wollen.

Wegen ihrer besonderen Möglichkeiten zu personaler Hilfe sind die ehrenamtlichen Vormünder und Pfleger gleichberechtigte Partner der beruflichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Keinesfalls dürfen sie als Ersatz für fehlende professionelle Mitarbeiter und als Mittel zur Kosteneinsparung „mißbraucht“ werden. Beide Mitarbeitergruppen müssen zusammenwirken, damit sich Fachwissen und methodisches Können der beruflichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf der einen Seite und die „natürliche“ menschliche Zuwendung der Ehrenamtlichen auf der anderen Seite gegenseitig ergänzen und eine optimale Hilfe für den Mündel oder Pflegling ermöglichen können.

Die zweite Form der Vormundschaftsarbeit im SkF ist die der *Vereinsvormundschaft*. Auch in ihr kommt die wechselseitige fruchtbare Ergänzung von professioneller und ehrenamtlicher Vormundschaftsarbeit in besonderer Weise zum Tragen. In vielen Fällen wird die Vereinsvormundschaft bzw. -pflegschaft mit dem Ziel der späteren Umwandlung in eine Einzelvormundschaft bzw. -pflegschaft übernommen. Im Falle akuten Handlungsbedarfs aber können die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter des Vereins sofort tätig werden. Bei vielen Klienten des SkF besteht aufgrund des Schwierigkeitsgrades ihrer Problemlage die Notwendigkeit der professionellen Hilfe durch die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter des Vereins. Ergänzend dazu wird durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein Besuchsdienst durchgeführt.

Der Schwerpunkt der Vormundschaftsarbeit im SkF liegt bei jeder der beiden Organisationsformen in der personalen Betreuung der Hilfebedürftigen, deren Wünsche und Vorstellungen mit Selbstverständlichkeit weitestmöglich berücksichtigt werden. Auch sorgen die Betreuer dafür, alle therapeutischen und rehabilitativen Möglichkeiten für den Betreuten auszuschöpfen.

### III. Schwierigkeiten und Probleme der Kooperation

Verschiedene Ursachen sind dafür verantwortlich zu machen, daß in vielen Ortsgruppen des SkF ein Rückgang im Bereich der ehrenamtlichen Vormundschaftsarbeit zu verzeichnen ist. So klagten die hauptberuflichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über fehlende bzw. unzureichende Kenntnisse und Fertigkeiten in bezug auf Methoden der Gewinnung Ehrenamtlicher und die anschließende Kooperation mit ihnen. Zudem fühlen sich viele von ihnen durch eine Vielzahl von eigenen Vormundschaften und Pflegschaften, die sie führen müssen, sowie durch parallele oder vorrangige Zuständigkeit für andere Aufgabefelder derart überlastet, daß ihnen zu wenig Zeit für die Suche nach geeigneten ehrenamtlichen Mitarbeitern und die erforderliche Zusammenarbeit mit ihnen bleibt.

In denjenigen Ortsgruppen jedoch, wo ein Angebot qualifizierter fachlicher Begleitung und Fortbildung ehrenamtlicher Vormünder und Pfleger existiert, lassen sich rückwirkend leichter neue Ehrenamtliche zur Mitarbeit motivieren, da es sich herumspricht, daß man mit der Amtsführung nicht allein gelassen wird. Zudem führt die Möglichkeit, sich fachliches Wissen aneignen und vermehrt soziale Kompetenz erwerben zu können, zu einer Aufwertung der Vormundschaftsarbeit. Zusammen mit der Aussicht, in einer Gruppe Gleichgesinnter zu arbeiten und freundschaftliche Kontakte knüpfen zu können, stellt das verbesserte „Image“ der Vormundschaftsarbeit einen Anreiz zur Mitarbeit dar.

### IV. Schritte zur Verbesserung der Zusammenarbeit in der organisierten Einzelvormundschaft

Seit mehreren Jahren führt die Zentrale des SkF in Zusammenarbeit mit zwei Dozenten einer Fachhochschule sog. Werkwochen durch. Dazu sind interessierte Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter eingeladen, die ihre Kenntnisse und Fertigkeiten in bezug auf verschiedene Formen und Methoden der Kooperation verbessern wollen. Die Veranstaltungen orientieren sich an dem didaktischen Prinzip, daß Formen der Zusammenarbeit mit anderen Menschen am besten gelernt werden, wenn sie nicht nur theoretisch vermittelt, sondern auch praktisch erfahren und erprobt werden können. So wurden z. B. bestimmte Methoden sozialer Gruppenarbeit während der Werkwochen praktisch erprobt, um sie später in der Zusammenarbeit mit den ehrenamtlichen Vormündern und Pflegern besser anwenden zu können. Im folgenden sollen ein paar der Überlegungen und Arbeitsergebnisse dargestellt werden.

Bei der Werbung ehrenamtlicher Vormünder und Pfleger gilt es, alte, ausgetretene Pfade zu verlassen und nach neuen, erfolgversprechenden Wegen zu suchen. Ein solcher könnte darin bestehen, ein attrakti-

ves Angebot für Personen zu schaffen, die möglicherweise für die Vormundschaftsarbeit zu interessieren wären. Gedacht ist vor allem an Frauen, die entweder keine eigene Familie haben oder durch Partner und Kinder nicht mehr sehr stark beansprucht werden, so daß sie einerseits über freie Zeit verfügen, andererseits aber auch Umgang mit Menschen suchen und ihre Zeit sinnvoll füllen möchten. Das Angebot sollte den Wünschen und Bedürfnissen dieser Personengruppe entsprechen und frei von der Verpflichtung sein, sich für den Verband engagieren zu müssen.

Die mit konventionellen Werbemethoden verknüpfte Forderung an potentielle Vormünder und Pfleger, etwas leisten und Verantwortung übernehmen zu sollen, ohne gleichzeitig einen eigenen Nutzen daraus ziehen zu können, wirkt erfahrungsgemäß auf manche grundsätzlich geeignete Personen abschreckend. Gute Erfolge dagegen wurden beispielsweise mit einer Freizeitgruppe für Alleinstehende erzielt, die für unverheiratete, verwitwete oder geschiedene Frauen angeboten wurde und auf reges Interesse stieß. Viele alleinstehende Frauen konnten durch die Teilnahme ihre Isolation durchbrechen und neue Kontakte knüpfen. Nebenbei hatten sie Gelegenheit, den Verband und seine Arbeit unverbindlich kennenzulernen. Mehrere äußerten nach einiger Zeit den Wunsch, sich sozial zu engagieren. Sie konnten für die Vormundschaftsarbeit gewonnen werden.

Als ebenfalls erfolgreich stellte sich das in Zusammenarbeit mit einem Bildungswerk angebotene Seminar „Menschen für Menschen“ dar, in dem Interessenten an jeweils 4 Vormittagen psychologische Grundkenntnisse in bezug auf soziale Beziehungen vermittelt wurden. Es ging dabei u. a. um Möglichkeiten der Kontaktaufnahme, Probleme von Nähe und Distanz, Umgang mit psychisch belasteten Menschen usw. Auch hier erwuchs bei einigen Teilnehmern der Wunsch, das Gelernte im Rahmen einer Vormundschaft oder Pflegschaft anzuwenden.

Vorträge und Diskussionen in Pfarrgemeinden und Frauengruppen verschiedener Art können zur Gewinnung ehrenamtlicher Vormünder und Pfleger beitragen, wenn es gelingt, die Vormundschaftsarbeit interessant darzustellen. Dabei ist es wichtig, die durch die Arbeit mögliche eigene innere Befriedigung glaubhaft zu verdeutlichen, die aus dem Bewußtsein resultiert, wirkungsvolle mitmenschliche Hilfe zu leisten. Um dies zu erreichen, ist es sinnvoll, daß bei solchen Veranstaltungen ehrenamtliche Vormünder und Pfleger authentisch von ihren Erfahrungen berichten. Ohnehin erweist sich die Orientierung an dem Prinzip „Vormünder werben Vormünder“ als sehr wertvoll. Wenn ehrenamtliche Vormünder und Pfleger neben aller Belastung auch Freude an ihrer Arbeit haben und die notwendige fachliche Begleitung erfahren, sprechen sie meist auch im Bekanntenkreis über ihre Tätigkeit und sind bereit, nach neuen Vormündern und Pflegern Ausschau zu halten bzw.

geeignete Personen für die Vormundschaftsarbeit zu motivieren. Dies gelingt leichter, wenn gezielt für bestimmte einzelne Hilfebedürftige ein Vormund oder Pfleger bzw. Betreuer gesucht und nicht pauschal „für die Vormundschaftsarbeit“ geworben wird.

Öffentlichkeitsarbeit dient dazu, der Werbung ehrenamtlicher Vormünder und Pfleger den Boden zu bereiten. In der Regel können durch Presseartikel direkt keine neuen Mitarbeiterinnen gewonnen werden, jedoch wächst durch die Informationen über die verbandliche Vormundschaftsarbeit in der Öffentlichkeit ein Bewußtsein von der Notwendigkeit dieser Tätigkeit. Gleichzeitig wird Verständnis für die Probleme der betroffenen Personengruppen, also der Menschen mit psychischen Krankheiten, mit geistiger Behinderung oder mit altersbedingter Einschränkung ihrer Handlungsfähigkeit, geweckt.

Bei der Auswahl neuer Vormünder und Pfleger sollte gezielt vorgegangen werden. Nicht jeder zur Mitarbeit bereite Ehrenamtliche eignet sich als Vormund oder Pfleger für jeden Hilfebedürftigen. Hier gilt es, die Vielfalt der Begabungen, Ausbildungen sowie der unterschiedlichen Lebens- und Berufserfahrungen der Ehrenamtlichen zu nutzen und für jeden Hilfebedürftigen den jeweils individuell passenden Betreuer auszusuchen. Es empfiehlt sich, beiden Partnern zunächst die Möglichkeit zu geben, sich im Rahmen einer informellen Betreuung kennenzulernen, ehe die Übernahme einer Vormundschaft oder Pflegschaft erfolgt. Dadurch lassen sich spätere Enttäuschungen und Überforderungen eher vermeiden, als wenn der Ehrenamtliche sein Amt übernimmt, ohne abschätzen zu können, was ihn erwartet. In jedem Fall gilt es, das Grundprinzip freitätiger Arbeit ernstzunehmen, nach der zeitliche, physische, psychische und finanzielle Überforderungen der ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen unbedingt zu vermeiden sind.

Die unverbindliche Einführungsphase kann bei bestehendem Interesse des potentiellen Vormunds bzw. Pflegers bereits zur Anleitung genutzt werden. Zum Zwecke der Einarbeitung macht die berufliche Mitarbeiterin bzw. der Mitarbeiter den Ehrenamtlichen mit den wichtigsten rechtlichen Bestimmungen vertraut, vermittelt ihm grundlegende Fachkenntnisse und läßt ihn bei bestimmten Tätigkeiten wie Klientengesprächen, Behördengängen usw. hospitieren.

Auch nach einer intensiven Anleitung des Ehrenamtlichen treten erfahrungsgemäß im Laufe der späteren Arbeit immer wieder Situationen auf, in denen der Ehrenamtliche auf Beratung und Hilfe der Sozialarbeiterin bzw. des Sozialarbeiters angewiesen ist. In einigen Ortsgruppen des SkF besteht daher ein fester Termin, an dem eine „Vormünder-sprechstunde“ abgehalten wird. Dort kann der ehrenamtliche Vormund bzw. Pfleger auch Unterstützung bei der Abfassung von Berichten für das Vormundschaftsgericht sowie bei sonstigen Verwaltungsaufgaben erhalten. Darüber hinaus sollte aber auch die Möglichkeit beste-



hen, sich in dringenden Fällen außerhalb der Sprechstunden mit der Sozialarbeiterin bzw. dem Sozialarbeiter der jeweiligen Ortsgruppe in Verbindung setzen zu können.

Eine Kartei, in der Namen und Anschriften aller Vormünder und Pfleger sowie der Mündel und Pfleglinge vermerkt sind, erleichtert die Arbeit, wenn Informationsmaterialien oder Einladungen zu Veranstaltungen verschickt werden sollen.

Um die Zugehörigkeit der ehrenamtlichen Vormünder zum SkF Behörden und Institutionen gegenüber zu dokumentieren, empfiehlt sich für die Ehrenamtlichen die Benutzung des SkF-Briefkopfbogens. Soll Korrespondenz nicht an die Geschäftsstelle des SkF, sondern an die Privatadresse des Vormunds oder Pflegers gehen, kann er außer seinem Namen auch seine Adresse zusätzlich in den Briefkopf einfügen. Durch Benutzung des SkF-Briefkopfbogens werden den Adressaten der Korrespondenz der fachliche Hintergrund der Vormundschaftsarbeit sowie die rechtliche und versicherungsmäßige Absicherung der ehrenamtlichen Vormünder und Pfleger deutlich. Zudem wird die Möglichkeit der Durchsetzung von Ansprüchen bei Behörden verbessert, wenn der Vormund oder Pfleger nicht als isolierte Privatperson, sondern als freitätiger Mitarbeiter des Verbandes auftritt. Für die SkF-Ortsgruppe ist es ein Stück Öffentlichkeitsarbeit, wenn die Vormünder und Pfleger in ihrem Namen in Erscheinung treten.

Für bestimmte Zwecke ist in der organisierten Einzelvormundschaft Gruppenarbeit günstig. Bei Fallbesprechungen können die Teilnehmerinnen beispielsweise unterschiedliche Sichtweisen zu einem Problem einbringen, wodurch sich oft ein abgerundetes Bild ergibt und praktikable Lösungsmöglichkeiten entwickelt werden. Durch die Vielfalt ihrer Erfahrungen und Kenntnisse sind die Teilnehmerinnen meist in der Lage, sich gegenseitig zu beraten, anzuregen und den Rücken zu stärken. Gemeinsam lassen sich bestimmte Aktivitäten besser durchführen, wie z. B. das Verfassen von Presseartikeln oder Beschwerdebriefen sowie das Planen und Durchführen von Ausflügen und Feiern mit den Betreuten.

Die gemeinsame Arbeit mit Gleichgesinnten verschafft einen moralischen Rückhalt bei evtl. auftretenden Problemen, ermöglicht die Gewinnung neuer Kontakte und macht ganz einfach Freude. Zudem führt die Gruppenarbeit zur fachlichen Qualifizierung der Arbeit und entlastet den beruflichen Kooperationspartner, der die in einer Gruppe zusammengefaßten Vormünder und Pfleger als Multiplikator schneller und intensiver mit Informationen versorgen und fachlich begleiten kann als in der Einzelberatung. Für die thematische Arbeit lassen sich in der Gruppe gelegentlich Medien, z. B. Filme, einsetzen oder Referenten einladen.

Ein großes Problem stellt die Anfangsphase der Zusammenarbeit in

der organisierten Einzelvormundschaft dar, weil während dieser Zeit für die ohnehin überlasteten Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter entschieden mehr Arbeit anfällt.

Durch Absprachen mit dem Arbeitgeber und den Kollegen müssen sie sich zunächst einen Freiraum schaffen, um diese Aufgabe in Angriff nehmen zu können. Evtl. ist auch die Begrenzung der Anzahl eigener Vormundschaften und Pflegschaften erforderlich.

Später, wenn sich der Kreis der ehrenamtlichen Vormünder und Pfleger konsolidiert hat, stellt er eine Entlastung für die beruflichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dar, weil die Vormünder und Pfleger sich gegenseitig helfen können und auch ihrerseits selbst neue ehrenamtliche Mitarbeiter anwerben. Die berufliche Mitarbeiterin bzw. der Mitarbeiter muß zunehmend weniger Kraft und Zeit für die Ehrenamtlichen investieren und kann zudem die Zahl der eigenen „Fälle“ reduzieren, indem sie bzw. er sie an die ehrenamtlichen Vormünder und Pfleger abgibt.

In einigen Ortsgruppen ist es gelungen, für den Aufbau der organisierten Einzelvormundschaft eine Arbeitsbeschaffungsmaßnahme (ABM) durch das Arbeitsamt bewilligt zu bekommen. In diesen Ortsgruppen kann sich die betreffende ABM-Mitarbeiterin bzw. der ABM-Mitarbeiter speziell der Aufgabe der Gewinnung, Anleitung und fachlichen Begleitung von ehrenamtlichen Vormündern und Pflegern widmen.

### V. Ausblick

Die Diskussions-Teilentwürfe eines „Gesetzes über die Betreuung Volljähriger“ verpflichten die in der Vormundschaftsarbeit tätigen Verbände, geeignete Betreuer zu suchen und zu motivieren sowie sie fachlich anzuleiten, zu begleiten und fortzubilden. Damit ist eine Aufgabe angesprochen, die in den meisten Ortsgruppen des Sozialdienstes katholischer Frauen bereits seit Jahrzehnten ausgeübt wird. Aufbau und Weiterqualifizierung der organisierten Einzelvormundschaft ermöglichen, daß mehr Hilfebedürftige als bisher Schutz und Betreuung durch eine individuelle Bezugsperson erhalten, die sich ausreichend und wirkungsvoll um sie kümmern und sie, wo dies möglich ist, zu mehr Selbstbestimmung und Selbstverantwortlichkeit führen kann. Auf diese Weise wird verhindert, daß Hilfebedürftige von überlasteten Amts- oder Berufsvormündern und -pflegern lediglich „verwaltet“ werden.

Um ehrenamtliche Vormünder und Pfleger im erforderlichen Ausmaß gewinnen, anleiten und fachlich begleiten zu können, müssen finanzielle Mittel bereitgestellt werden, mit denen neue Planstellen für diese Aufgaben geschaffen sowie Fortbildungsangebote finanziert werden können. Ehrenamtliche Vormünder und Pfleger des SkF, die man

nach ihren Vorstellungen fragt, wünschen sich in der Regel keine Bezahlung ihres Engagements, sondern eine qualifizierte Zurüstung und begleitende Unterstützung für ihre Tätigkeit und die gesellschaftliche Anerkennung, die ihrem sozialen Einsatz und der damit verbundenen Verantwortung entspricht.

Richter am Amtsgericht Peter Winterstein, Seevetal

*Veränderungen für berufliche und ehrenamtliche Vormünder und Pfleger durch die beabsichtigte Reform des Vormundschaftsrechts*

*I. Bestandsaufnahme*

Gegenwärtig gibt es in der Bundesrepublik etwa 250 000 Vormundschaften und Pflegschaften über Erwachsene sowie 700 000 Vormundschaften und Pflegschaften über Minderjährige. Bei den Erwachsenen werden etwa 80% der Vormundschaften und Pflegschaften von Einzelpersonen wahrgenommen, 14% von Ämtern, 6% von Vereinen. Ein ganz wesentliches Problem der gegenwärtigen Vormundschaftsarbeit ist das Finden von ausreichend motivierten Einzelvormündern und Pflegern. Hier gibt es Probleme in allen Bundesländern. In regional höchst unterschiedlicher Intensität sind heute bereits Vereine tätig. Systematische Bemühungen zur Gewinnung von ehrenamtlichen Vormündern und Pflegern gibt es bei Behörden selten oder gar nicht.

*II. Grundzüge der Diskussions-Teilentwürfe eines Gesetzes über die Betreuung Volljähriger*

Die Reformbestrebungen des Bundesministeriums der Justiz sehen vor, daß die organisierte Einzelbetreuung als die geeignetste Betreuungsform der gesetzliche Regelfall werden sollte. Dabei sollen weder Angehörige, die heute den weit überwiegenden Anteil der Arbeit leisten, noch berufliche Vormünder und Pfleger verdrängt, sondern im Gegenteil durch Unterstützungsmaßnahmen neu motiviert und gewonnen werden.

1. Der Vorschlag des Betroffenen soll bei der Auswahl der Betreuungsperson grundsätzlich Vorrang haben. Eine dem Betroffenen nahestehende Person wird jedoch nur dann bereit sein, die Arbeit zu übernehmen, wenn ihr genügend Unterstützung zuteil wird, das einzugehende Risiko überschaubar ist und die Kontrolle nicht überbürokratische Hemmnisse aufbaut. Selbsthilfegruppen und Vereine sowie vor Ort arbeitende Ämter sind gut geeignet, durch professionelle Anleitung und Beratung, Unterstützung bei Verwaltungstätigkeit und durch Supervisionsangebote Einzelpersonen zu motivieren. Anreize im Vergütungs- und Aufwendersatzbereich müssen die Maßnahmen begleiten. Der Abbau von Rechnungsvorlegungsvorschriften ist geeignet, Bürokratie zu verringern.
2. Wenn der Betroffene keinen geeigneten Betreuer vorschlagen kann, ist in der Reihenfolge – sonstige Einzelperson – Vereinsbetreuer –

einzelner Behördenbetreuer – und wenn eine Betreuung durch einen einzelnen nicht möglich ist – Verein – Behörde vorzugehen.

3. Die Betreuung soll durch persönlichen Kontakt gekennzeichnet sein. Dem Betreuer wird die gesetzliche Verpflichtung auferlegt, wichtige Angelegenheiten mit dem Betreuten zu besprechen. Er hat bei der Erfüllung seiner Aufgaben Wünschen und Vorstellungen des Betreuten zu entsprechen, es sei denn, daß dieser dadurch geschädigt würde. Dieser Willensvorrang des Betroffenen im Innenverhältnis erhöht in Zukunft die zeitliche Inanspruchnahme des Betreuers und erschwert naturgemäß sein Amt. Im Interesse des Betroffenen erscheint dies jedoch unabdingbar.
4. Besonders schwerwiegende Entscheidungen der Personensorge wie gefährliche ärztliche Eingriffe und Sterilisation sowie die Wohnungsauflösung bedürfen der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts. Auch dies bringt zusätzliche Erschwernisse für die Betreuer. Bei diesen Genehmigungsvorbehalten ist jedoch durch die Beratungsverpflichtung des Gerichts gesichert, daß der Betreuer in seinen Entscheidungen auch unterstützt wird.  
Der Betreuer hat regelmäßig über die persönlichen Verhältnisse des Betroffenen zu berichten. Vereine und Behörden, Vereinsbetreuer und Behördenbetreuer, aber auch nahe Angehörige, können von der Rechnungslegungspflicht befreit werden.
5. Im Verfahren soll schon dafür gesorgt werden, daß in der Umgebung des Betroffenen nach geeigneten Einzelpersonen gesucht wird. Es soll nicht mehr möglich sein, eine Betreuung anzuordnen und dann erst später nach einer geeigneten Person zu suchen. Da für den Betroffenen häufig ausschlaggebend ist, *wer* eine Betreuung ausführt, wird ihm im materiellen Recht nicht nur ein grundsätzlich bindendes Vorschlagsrecht, sondern im Verfahrensrecht eine gesonderte Anfechtungsmöglichkeit gegen die Auswahl gegeben.  
Im *Ergebnis* werden durch das neue Betreuungsrecht erheblich höhere Anforderungen an ehrenamtliche und berufliche Betreuer gestellt, im wesentlichen, um stärker auf die persönlichen Bedürfnisse und Wünsche des Betroffenen einzugehen.

### III.

Der 57. Deutsche Juristentag in Mainz hat sich Ende September 1988 mit der Vormundschaftsreform beschäftigt. Unter anderem hat er in einem Appell an den Gesetzgeber beschlossen, ehrenamtliche Beistands-tätigkeit dadurch attraktiv zu machen, daß Beistände durch professionelle Fachkräfte angeleitet, informiert und unterstützt würden, daß sie entlastet würden durch Beratung bei Behördenkontakten, Rechtsbera-

tung und Schreibdienste und daß die gesellschaftliche Anerkennung der Übernahme ehrenamtlicher Beistandsverhältnisse durch Steuererleichterungen und Anerkennung in der Rentenversicherung zu fördern sei. Vereins- und behördenangehörige Beistände müßten fachlich und persönlich qualifiziert sein und dürften nicht mehr als 25 Beistandsverhältnisse gleichzeitig führen. Vereine, die das Gewinnen, Anleiten, Fortbilden und Begleiten von Beiständen durch ihre Arbeit und durch hauptamtliche angestellte Fachkräfte gewährleisten, sollten mit öffentlichen Mitteln unterstützt werden.

## ARBEITSGRUPPE 7

*Probleme der Pflegschaft/Betreuung – mehr Personen –  
weniger Vermögensorientiertheit*

### *Protokoll*

Richter am Amtsgericht Manuel *Bronisch-Holtze*, Hannover/  
Elke *Schumann*, Hamburg

Aus den einführenden Stellungnahmen ging hervor, daß bei der Betreuung der psychisch Kranken und Behinderten dringend eine Verbesserung eintreten müsse.

Deutlich wurde, daß die Amtspfleger / – Vormünder aufgrund von hoher Fallzahlen häufig nicht in der Lage sind, die erforderliche Zeit für die Betroffenen aufzubringen.

Beklagt wurde auch von den Mitarbeitern der entsprechenden Pfllegschaftsbehörden, daß es schwierig sei, geeignete Einzelpfleger/ – Vormünder zu gewinnen.

In diesem Zusammenhang wurde diskutiert, ob das neue Betreuungsgesetz eine Verbesserung dieser Lage bringen wird.

Einerseits wurde die Befürchtung laut, daß durch die Einführung von Verfahrenspflegern sehr viel mehr Pflegerbestellungen erforderlich würden und sich dadurch die Situation weiter zuspitzen könne. Bereits jetzt gäbe es einzelne Gemeinden, in denen ein Amtspfleger bis zu ca. 180–220 Pfllegschaften zu führen habe.

Andererseits wurden Bedenken geäußert, daß aufgrund der Vergütungs- und Aufwandsentschädigungsregelung im Betreuungsgesetz nicht genügend Einzelbetreuer oder Vereine, die die Vereinsbetreuung übernehmen wollen, sich zur Verfügung stellen werden. Die gesetzliche Regelung wurde als unzureichend angesehen, um hier einen genügend großen Anreiz für den Aufbau derartiger Betreuungsvereine bzw. für Einzelpersonen zu schaffen.

Bei der Diskussion über die Gewinnung von Einzelbetreuern wurde weiter überlegt, wie durch Vereine oder andere Institutionen dem Betreuer Hilfestellung gewährt werden könnten, wie z. B. durch Supervision o. ä.

In diesem Zusammenhang wurde mitgeteilt, daß es wohl vereinzelt

schon Vereine gebe, in denen Fortbildung und Unterstützung gewährt würde (z. B. Verein für Beistandschaften in Göttingen).

Weiter wurde die Frage diskutiert, ob bei künftiger Amtsbetreuung bzw. Vereinsbetreuung die Auswahl einer Einzelperson durch den Richter erfolgen sollte oder ob dies innerhalb der Behörde oder des Vereins zu entscheiden ist. Bei der Diskussion hierüber wurde einerseits ausgeführt, daß für die Bestellung durch den Richter spreche, daß damit die Fallzahlen der einzelnen Betreuer durch den Richter bestimmt würden. Andererseits wurde ausgeführt, daß dies gerade nicht geschehen solle, da dadurch in unzulässiger Weise in die Personalangelegenheit der Pflugschaftsbehörde bzw. der Vereine eingegriffen werde. Die Bestimmung solle daher durch den jeweiligen Verein bzw. die Behörde erfolgen.

Innerhalb der Gruppe wurde weiter überlegt, wie die Interessen der Heiminsassen besser wahrgenommen werden könnten. Hierbei wurden die Fragen von Medikation, Fixierung, Behandlung und Taschengeldkontrolle erörtert. Darüber hinaus auch die Vertretung gegenüber dem Heim bei Geschäftsunfähigen.

Einerseits wurde hierzu ausgeführt, daß durch Heimbeiräte bzw. Förderkreise der Vereine hinreichende Aufsicht und Unterstützung der Heiminsassen erfolge. Andererseits wurde bemängelt, daß für Heimbewohner zu wenig Pflugschaften eingerichtet würden, die eine Kontrolle gegenüber schlecht geführten Heimen ermöglichten. Die Einführung einer Pflugschaft zur Kontrolle der Taschengeldausgabe wurde überwiegend abgelehnt.

Diskutiert wurde in diesem Zusammenhang aber auch die Frage, inwieweit das künftige Betreuungsrecht Möglichkeiten eröffne, durch Ausschöpfen ambulanter Hilfen eine Heimunterbringung entbehrlich zu machen bzw. auf einen späteren Zeitpunkt hinauszuschieben.

Das Betreuungsgesetz bietet als Anhaltspunkt einerseits den Vorrang der Willensentscheidung des Betroffenen sowie die Genehmigungspflicht zur Wohnraumkündigung an.

In diesem Zusammenhang wurde bezweifelt, daß durch die Genehmigungspflicht zur Wohnraumkündigung eine Veränderung zum gegenwärtigen Rechtzustand eintrete, da bislang sich die Pfleger bereits primär um eine Rückkehr der Betroffenen in ihre Wohnumgebung gekümmert hätten.

Die Frage

„kann der Betreuer durch Druck auf den Betreuten erreichen, daß dieser sich in ambulante Behandlung begibt, damit so eine sonst immer wieder erforderliche stationäre Unterbringung vermieden wird“ wurde kontrovers diskutiert.

Allgemein wurde die Meinung vertreten, daß dies nur möglich sein wird, wenn ohnehin ein persönliches Vertrauensverhältnis zwischen

Betreuer und Betreutem besteht. Die Einrichtung einer Betreuung nur mit dem Wirkungskreis „Zuführung zur ärztlichen Behandlung“ wird als wenig sinnvoll angesehen.

Nach dem Entwurf zum BtG ist künftig die persönliche Betreuung als alleinige Form vorgesehen.

Es wurde diskutiert, inwieweit diese Forderung umgesetzt werden kann, wenn nicht erheblich mehr Betreuer geworben werden können. Sonst wird es weiterhin die „berufsmäßigen“ Betreuer mit hohen Fallzahlen geben, die im wesentlichen die Aufgaben delegieren.

Die Dauer des künftigen Verfahrens wird angesprochen, bei dem normalerweise drei Termine vorgesehen sind. Dabei kommt die Befürchtung zum Ausdruck, daß bei Eilbedürftigkeit ohne Anhörung eine Betreuung im Wege der einstweiligen Anordnung eingerichtet wird und damit im Grunde die gesetzlichen Vorschriften unterlaufen werden.

Die Zeitspanne zwischen dem Antrag und der Einrichtung erscheint zu lang.

Einig war man sich schließlich aber, daß das Gesetz Maximalforderungen aufstellen müsse, damit der Versuch zur Verbesserung der z. T. bestehenden Praxis gemacht werde.

Diskussion mit dem Vertreter des BMJ, Herrn Wolf, über die vorgesehenen Verbesserungen:

- 250-300 Mio DM jährlich als Pauschale für die Betreuer; Anspruch auf die Bezahlung einer Versicherung
- Stärkung der Vereine und Verbände
- Verbesserung der Stellenzahlen bei den Gerichten
- Notwendigkeit einer Bewußtseinsänderung in der Bevölkerung

Wichtiger Punkt: der Wille des Betreuten ist immer zu beachten, bis an die Grenzen der Zumutbarkeit für den Betreuer.

Wenn das Verfahrensrecht als mit zu hohen Anforderungen versehen erscheint, dann muß darüber diskutiert werden, wo Abstriche zu machen sind.

Als Übergangsregelungen sind vorgesehen:

Umwandlung der Vormundschaften in Betreuungen mit umfassendem Wirkungskreis, von Pflugschaften in solche mit entsprechendem besonderen Wirkungskreis.

In ca. 2 Wochen soll ein Referentenentwurf vorgelegt werden; in Kraft treten kann das Gesetz voraussichtlich etwa 1992.

Von dem Vertreter des BMJ wurde weiter ausgeführt, daß im Referentenentwurf eine Altersfürsorgevollmacht mit Betreuung (Mißbrauchsaufsicht) vorgesehen sei. Diese Betreuung solle durch den Rechtspfleger eingerichtet werden und sich auf die Aufsicht des Bevollmächtigten beschränken. Damit werde weiter dem Subsidiaritätsgrundsatz Rechnung getragen, wonach Betreuung nur eintreten solle, wenn

anderweitige Maßnahmen nicht ausreichen. Andererseits könne dadurch dem Mißbrauch derartiger Vollmachten vorgebeugt werden.

Kontrovers wurde sodann noch die Frage der Bestellung von Verfahrenspflegern diskutiert. Zum einen wurde ausgeführt, daß Verfahrenspfleger nur in schwierigen Fällen bestellt werden sollten, da sie zusätzliche Kosten verursachten. Darüber hinaus sollten nicht in erster Linie Rechtsanwälte bestellt werden, sondern auch andere Personen, die hinreichend Rechts- und sonstige Kenntnisse besitzen. So wurde beispielhaft die Personengruppe der Sozialarbeiter genannt, die das soziale Umfeld besser abklären könnten. Die Sozialarbeiter könnten durch Fortbildungsmaßnahmen auch hinreichend rechtskundig gemacht werden, um den Betroffenen auch im gerichtlichen Verfahren ausreichend zu vertreten. Bedenken wurden weiter daran geäußert, daß die Gerichte die Verfahrenspfleger bestellen. Hierbei bestünde allzuleicht die Gefahr, daß Verfahrensbetreuer bestellt würden, die dem Gericht keine allzu großen Schwierigkeiten im Verfahren machten.

Als Gegenargument wurde ausgeführt, daß die Verfahrenspfleger eine wichtige Rolle in dem neuen Verfahren spielten, da sie zur Kontrolle des Gerichts notwendig seien und für wichtige Entscheidungen als Rechtsvertreter benötigt würden. Fragen der Finanzierung müßten dabei unberücksichtigt bleiben. Der Verfahrenspfleger solle auch als späterer Betreuer ausgeschlossen sein, um eine Interessenkollision zu vermeiden.

Einvernehmen bestand dahingehend, daß die Unabhängigkeit eines Verfahrenspflegers dadurch gestärkt würde, wenn die Auswahlbestellung nicht durch das Gericht, sondern durch die Behörde oder einen Verein erfolge.

Zum Abschluß wurde nochmals festgestellt, daß eine Betreuung nur eintreten solle, wenn sie unabweislich sei. Aus diesem Grunde sollte ein Ausbau der sonstigen Hilfen erfolgen.

Ferner waren sich die Teilnehmer der Arbeitsgruppe einig, daß eine verstärkte interdisziplinäre Fortbildung erfolgen müsse. Dies käme ganz entschieden den Betroffenen zugute.

Bei der Frage der funktionellen Zuständigkeit wurde eine Beschränkung der richterlichen Tätigkeit auf die erstmalige Bestellung eines Betreuers einschließlich der Bestimmung des Aufgabenkreises sowie der Anordnung eines Einwilligungsvorbehaltes angeregt. Darüber hinaus sollte sich die richterliche Tätigkeit auf rechtlich relevante Eingriffe beschränken wie z. B. auf die vormundschaftsgerichtliche Genehmigung zur Heilbehandlung und zur Unterbringung mit Freiheitsentzug und auf die Frage der Beendigung der Betreuung, wenn diese vom Betroffenen beantragt wird.

## Thesen

1. Die an der Hilfe für psychisch Kranke und Behinderte beteiligten Berufsgruppen sind sich einig, daß die Rechte eines Hilfsbedürftigen gegenüber Eingriffen in seine Selbstbestimmungsrechte deutlich gestärkt werden müssen und die bisherige Betreuungsarbeit unter einer Belastung durch zu hohe „Fallzahlen“ leidet. Als besonders verbesserungsbedürftig werden der interdisziplinäre Erfahrungsaustausch und das Angebot an gemeinsamer Fortbildung gesehen.
2. Der Entwurf des Betreuungsgesetzes wird begrüßt. Er trägt dem Bedürfnis Rechnung, den ständigen Kontakt zu einem Hilfsbedürftigen mehr in den Mittelpunkt der Betreuungsarbeit zu stellen. Die Anforderungen des Gesetzes an die Sozialarbeit, an die Justiz und an die Ärzte/Psychologen, eine mehr auf die Bedürfnisse des Betroffenen ausgerichtete Hilfe zu leisten, werden aber nur realisiert werden können, wenn finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden, die es ermöglichen, daß
  - a) ein Betreuer eine intensive Betreuungsarbeit leisten kann;
  - b) die an den notwendigen gerichtlichen Entscheidungen Beteiligten aufgrund einer sensiblen, sorgfältigen und umfassenden Erhebung des medizinischen und sozialen Tatbestandes zu einer den Bedürfnissen des Betroffenen gerecht werdenden Entscheidung gelangen;
  - c) neben professionellen Betreuern in Vereinen und Behörden ehrenamtliche Betreuer gefunden, geschult und begleitet werden;
  - d) alle Beteiligten sich ständig austauschen und interdisziplinär fortbilden.
3. Die Bestellung eines Betreuers soll nur erfolgen, wenn sie unabweislich ist. Dies setzt eine Organisation von sonstigen Hilfen voraus, welche die Bestellung eines Betreuers vermeiden sollen.
4. Verfügungen der Betroffenen, die für den Fall einer eventuell eintretenden Hilfsbedürftigkeit getroffen worden sind, müssen grundsätzlich anerkannt werden. Eine Kontrolle dieser Hilfe soll nur erfolgen, soweit konkrete Anhaltspunkte vorliegen, die Unzulänglichkeiten oder einen Mißbrauch befürchten lassen.
5. Die Bestellung eines Verfahrenspflegers muß der Regelfall sein. Seine Unabhängigkeit wird gestärkt, wenn die Auswahl und Bestellung eines nicht vom Betroffenen vorgeschlagenen Pflegers nicht durch das Gericht, sondern durch die Behörde oder einen Verein erfolgt. Die Bestellung eines Rechtsanwalts sollte auf die Fälle beschränkt sein, in denen die Vertretung durch einen Rechtskundigen unabweislich ist.
6. Bezüglich der Aufteilung der funktionellen Zuständigkeit wird eine

Beschränkung der richterlichen Tätigkeit auf grundrechtlich relevante Eingriffe empfohlen. Dem Richter sollen danach folgende Entscheidungen vorbehalten bleiben:

- erstmalige Bestellung eines Betreuers einschließlich der Bestimmung des Aufgabenkreises;
- Anordnung eines Einwilligungsvorbehaltes;
- vormundschaftsgerichtliche Genehmigung zur Heilbehandlung, zur Unterbringung mit Freiheitsentzug;
- Beendigung der Betreuung, sofern sie auf Antrag des Betroffenen erfolgt.

## ARBEITSGRUPPE 10

### *Zwangsmaßnahmen gegen AIDS-Kranke*

#### *Thesen*

1. Für vormundschaftsrichterliche Entscheidungen ist eine HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung an sich nicht ausschlaggebend. Maßgeblich ist die Schwere der Erkrankung. Mit AIDS vergleichbar in der Schwere der Krankheit und Übertragbarkeit der Infektion ist z. B. die Hepatitis B, deren Infektionsrisiko jedoch ca. zehnmal höher ist.
2. In Wohneinrichtungen für Behinderte und Jugendliche muß zum Schutz dieser Personen vor einer HIV-Infektion primär sexualpädagogische Aufklärung stattfinden, um das Infektionsrisiko weitgehend auszuschließen. Eine Aussonderung HIV-Infizierter ist grundsätzlich kein vertretbares Mittel. Dritte sind durch vormundschaftsrichterliche Maßnahmen *nur* dann zu schützen, wenn sie nicht im Stand sind, sich selbst zu schützen.
3. Ein Vormund kann bei einem Betroffenen nur dann einen HIV-Test veranlassen, wenn dieser nicht die Fähigkeit zur Einsicht in die Bedeutung und besondere Notwendigkeit des Tests besitzt.
4. Ein HIV-Infizierter oder AIDS-Erkrankter darf aufgrund vormundschaftsrichterlicher Genehmigung zum Schutz Dritter allein nicht untergebracht werden.
5. Eine HIV-Infektion der Eltern ist allein kein Grund, die Personensorge der Eltern für ihr Kind gem. § 1666 BGB einzuschränken oder zu entziehen.
6. Im Adoptionsverfahren darf von den potentiellen Adoptiveltern ein HIV-Test nicht verlangt werden. Eine bekannte HIV-Infektion kann jedoch zur Versagung der Adoption im Hinblick auf das Kindeswohl führen.
7. Es bestehen Bedenken, die Landesunterbringungsgesetze auf HIV-Infizierte anzuwenden, weil
  - a) das Bundesseuchengesetz eine Spezialregelung darstellt im Hinblick auf alle Gefahren, die für andere von übertragbaren Krankheiten ausgehen und

- b) die unmittelbare Fremdgefährdung durch das Handeln eines Gefährdeten auf eigene Gefahr in den oft genannten Fällen einverständlichen Geschlechtsverkehrs von infizierten Prostituierten mit ihren Freiern entfällt.
8. § 37 Bundesseuchengesetz stellt eine nicht hinreichend konkretisierte Eingriffsform für die Unterbringung HIV-Infizierter dar im Hinblick auf die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, daß freiheitsentziehende Regelungen meßbar, kontrollierbar und vorhersehbar sein müssen. Deswegen müßte eine dem § 10 Abs. 2 Bundesseuchengesetz entsprechende Regelung auch in § 37 Bundesseuchengesetz getroffen werden.
9. Eine freiheitsentziehende Maßnahme gegenüber HIV-Infizierten kommt *nur* als letztes Mittel nach Ausschöpfung aller anderen Möglichkeiten in Betracht. Vor einer eventuellen Unterbringung HIV-Infizierter, insbesondere Obdachloser und Prostituiertes, ist es notwendig zu prüfen, ob der Gefahr nicht eher durch eine Sicherstellung der Lebensbedürfnisse, wie durch Gewährung von Sozialhilfe und Wohnung und mildere Zwangsmaßnahmen, als durch eine Unterbringung begegnet werden kann.

Richter am AG Jürgen Rink, Frankfurt

*Überlegungen zu der Frage der freiheitsentziehenden Unterbringung (Zwangsabsonderung) von HIV-Infizierten, die der Prostitution nachgeben*

*I. Notwendigkeit der einschränkenden Auslegung der Absonderungsvorschrift des § 37 Bundes-Seuchengesetz (BSeuchG)*

§ 37 Abs. 1 Satz 2 BSeuchG bezieht sich mit der Formulierung „sonstige Kranke“ (Ansteckungsverdächtige) auf die Generalklausel des § 1 BSeuchG. Diese Generalklausel umfaßt ihrem Wortlaut nach alle erdenklichen<sup>1</sup>, auch die banalsten infektiösen Erkrankungen, wie z. B. Schnupfen, somit auch die HIV-Infektion. Diese weitgehende Definition der Generalklausel mag zwar als Grundlage für die meisten Maßnahmen nach dem Bundesseuchengesetz ausreichend sein, jedoch bestehen erhebliche Zweifel hinsichtlich freiheitsentziehender Eingriffe.

Freiheitsentziehende Normen unterliegen vielmehr nach der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 13. 10. 1970 einem besonderen, strengeren Bestimmtheitsgrundsatz:

„Aus der Verschärfung des schon in Artikel 2 Abs. 2 Satz 3 GG enthaltenen Gesetzesvorbehalts durch Artikel 104 Abs. 1 GG, der noch unterstützt wird durch die formalen Garantien des Artikel 104 Abs. 2 GG, ist zu entnehmen, daß es dem Grundgesetz im Bereich der Freiheitsentziehungen auf eine besonders rechtsstaatliche, förmliche Regelung ankommt. Der Gesetzgeber soll gezwungen werden, Freiheitsentziehungen in berechenbarer, meßbarer und kontrollierbarer Weise zu regeln.“<sup>2</sup>

Zwar war es die erklärte Absicht des Gesetzgebers anlässlich der Novellierung des Bundesseuchengesetzes vom 18. 12. 1979, von der Enumerierung der Krankheiten in der früheren Fassung abzugehen und mit der Generalklausel des § 1 BSeuchG auch unbekanntes künftig auftretende Krankheiten zu erfassen. Dieses Bestreben darf jedoch im Hinblick auf die freiheitsentziehende Eingriffsnorm nicht dazu führen, daß hierdurch das rechtsstaatliche Bestimmtheitsanfordernis beeinträchtigt wird. In Übereinstimmung mit Seewald bestehen daher vor allem Bedenken „angesichts der offensichtlichen Unbestimmtheit der Ermächtigungsgrundlage“<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Schumacher-Meyn, BSeuchGf, 3. Aufl. (1987), S. 8

<sup>2</sup> BVerfGE 29, 183 (195, 196)

<sup>3</sup> Zur Verantwortlichkeit des Bürgers nach dem Bundesseuchengesetz, NJW 1987, 2265 (2270)



Bruns<sup>4</sup> spricht insoweit von „uferlosen Begriffen“ und „fast uferlosen Eingriffsbefugnissen“ der Gesundheitsbehörden, die nur durch den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit beschränkt seien. Da Bruns die Absonderung aus allgemein gesundheitspolitischen Gründen ablehnt, nimmt er leider nicht zu der Verfassungsmäßigkeit der „uferlosen Begriffe“ Stellung, insbesondere nicht zu einer möglicherweise notwendigen einschränkenden Auslegung.

Dieses Bestimmtheitserfordernis betont auch Schumacher-Meyn<sup>5</sup>, wenn im Hinblick auf das Bundesseuchengesetz festgestellt wird:

„Das Gesetz enthält ferner eine Reihe abgestufter Eingriffsmaßnahmen, z. B. von bloßer Beobachtung bis zu strenger Absonderung von Personen, von Desinfektion bis zur Vernichtung von Sachen. Dies alles setzt im Interesse der Rechtssicherheit auch im Interesse einer gleichmäßigen Anwendung des Gesetzes exakte Definitionen voraus.“

Für die Zwangsabsonderung zieht Schumacher-Meyn<sup>6</sup> allerdings aus dieser Feststellung nicht die sich ergebende Konsequenz. Vielmehr erklärt er ohne weitere Begründung im Hinblick auf Aids, der Behörde stünde zur Bekämpfung dieser Krankheit das volle Instrumentarium der §§ 34 ff. BSeuchG zur Verfügung.

Eben diese exakte Definition im Sinne einer Meßbarkeit, Vorhersehbarkeit und Kontrollierbarkeit ergibt sich durch den Rückbezug auf die Generalklausel jedoch nicht. Eine verfassungskonforme Auslegung der Eingriffsnorm erscheint daher geboten und durch Reduktion auch möglich.

## II. Möglichkeiten der verfassungskonformen Auslegung der Eingriffsnorm

### 1. Verfassungsrechtliches Übermaßverbot

Die Berücksichtigung des allgemeinen verfassungsrechtlichen Übermaßverbotes<sup>7</sup> läßt die Vorschrift des § 37 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 BSeuchG nicht berechenbarer, meßbarer und kontrollierbarer erscheinen. Das Übermaßverbot setzt vielmehr eine ausreichend bestimmte Eingriffsgrundlage voraus und begrenzt sodann das Ausmaß des Eingriffs, insbesondere, soweit der Behörde ein Ermessen eingeräumt ist.

Die sich aus dem Übermaßverbot ergebenden Prinzipien der Geeignetheit, Erforderlichkeit und Verhältnismäßigkeit<sup>8</sup> (im engeren Sinn) mögen die *nicht* freiheitsentziehenden Normen des Bundesseuchenge-

<sup>4</sup> Aids, Alltag und Recht, MDR 1987, 353 (354)

<sup>5</sup> a.a.O. (Fn. 1), S. 9

<sup>6</sup> a.a.O. (Fn. 1), S. 97

<sup>7</sup> sog. Verhältnismäßigkeitsprinzip im weiteren Sinn im Gegensatz zu Fn. 8

<sup>8</sup> s. Fn. 7

setzes ausreichend bestimmen, den oben genannten besonderen Bestimmtheitsgrundsätzen für freiheitsentziehende Normen können sie jedoch nicht genügen.

### 2. Allgemeine Grundsätze des Polizeirechts

Es fragt sich, ob nicht die allgemeinen Grundsätze des Polizeirechtes zur Konkretisierung der Generalklausel herangezogen werden können, insbesondere die Rechtsprechung zum Störerbegriff. Loschelder<sup>9</sup> hält diesen Rückgriff unter Hinweis auf Gallwas<sup>10</sup> und das BVerwG<sup>11</sup> für unzulässig. Diese Verweise sind jedoch inhaltlich unzutreffend. Das BVerwG lehnt zwar in Seuchensachen die Anwendbarkeit der polizeilichen Generalklausel ab, insofern soll die Regelung des Bundesseuchengesetzes abschließend sein, hält aber die allgemeinen Grundsätze des Polizeirechts, insbesondere die Inanspruchnahme des Störers bzw. des Nichtstörers gerade für anwendbar.

Die polizeirechtlichen Grundsätze zur Inanspruchnahme des Störers und des Nichtstörers vermögen die Generalklauseln ebenfalls nicht in der geforderten Weise einzugrenzen. Wie Seewald gezeigt hat, führt vielmehr die hier geltende Theorie der unmittelbaren Verursachung, wonach der in Anspruch zu nehmende Störer derjenige ist, „der verantwortlich die in der Kausalkette auch zeitlich letzte Ursache gesetzt hat“<sup>12</sup>, zu dem Ergebnis, daß der Freier der verantwortliche Störer ist. Er hat verantwortlich und im Hinblick auf die zwischenzeitliche Aufklärung auch bewußt auf Schutzmittel verzichtet, somit selbst die zeitlich letzte Ursache gesetzt.

Diese Auffassung vertritt auch Bruns speziell bezüglich der Stricher und Prostituierten. Im Hinblick auf den Straftatbestand der Körperverletzung spricht er vom „Handeln auf eigenes Risiko“<sup>13</sup>. Jeder habe sich heute im Zweifel so zu verhalten, als ob sein Partner infiziert sei. Dagegen ist Arloth<sup>14</sup> der Auffassung, erst bei einer Durchseuchung der Bevölkerung oder einer Risikogruppe zu 100 Prozent müsse jeder mit einem positiven Befund rechnen. In diesem Fall liegt jedoch Gewißheit zumindest des Ansteckungsrisikos vor, der Freier hat dann nicht mehr nur noch mit einer Möglichkeit zu rechnen.

Im Ergebnis führt die Argumentation Seewalds zur letztverantwort-

<sup>9</sup> Gesundheitsrechtliche Aspekte des Aids-Problems, NJW 1987, 1467 (1468)

<sup>10</sup> Gesundheitsrechtliche Aspekte der Bekämpfung von Aids, AIFO 1986, 32

<sup>11</sup> BVerwGE 39, 190 (192)

<sup>12</sup> a.a.O. (Fn. 3), S. 2273

<sup>13</sup> a.a.O. (Fn. 4) und AIDS, Prostitution und das Strafrecht, NJW 1987, 693, sowie: Nochmals Aids und Strafrecht, NJW 1987, 2281 (2282)

<sup>14</sup> MedR 1987, 292, Fn. 26 (Anm. zum Urteil des LG München I v. 20. 7. 87 – 6 Kls 123 Js 3265/87)

lichen Störereigenschaft der Freier allerdings zur gleichen Kontroverse wie die zum strafrechtlichen Tatbestand der Körperverletzung geführte Diskussion über das von Bruns<sup>15</sup> so genannte Handeln auf eigenes Risiko, nämlich, ob die passive Mitverursachung die Prostituierten von der strafrechtlichen Verantwortung freistellt. Diese Argumentation Seewalds hat auch zur Konsequenz, daß die Prostituierte als nicht letztverantwortliche Störerin unter keinen Umständen abgesondert werden könnte, dagegen die „Privatperson“, die den Geschlechtspartner nicht aufklärt mit der Absonderung bedroht wäre, da der Partner nicht mit der Ansteckung rechnen mußte. Dies bedeutete letztlich eine Privilegierung der Risikogruppen. Die Anwendung der allgemeinen polizeirechtlichen Grundsätze führt daher auch nicht zu einer sachgerechten – einschränkenden – verfassungskonformen Auslegung des § 37 Absatz 1 Satz 2 BSeuchG.

### 3. Reduktion

Die zur verfassungskonformen Auslegung notwendige Reduktion läßt sich vielmehr sachgerecht durch den Rückgriff auf Konkretisierungen erzielen, die im Gesetz selbst an anderer Stelle enthalten sind, also durch systematisch-vergleichende Betrachtung.

Hierbei fällt zunächst auf, daß der Gesetzgeber an zwei Stellen selbst derartige Reduktionen vorgenommen hat, nämlich in § 10 a und § 30 BSeuchG. Nach § 30 unterliegen nur die in § 3 aufgeführten (oder ihnen durch Rechtsverordnung gemäß § 7 gleichgestellten) Krankheiten dem ärztlichen Behandlungsmonopol. Die von der Generalklausel umfaßten, aber in § 3 BSeuchG nicht aufgeführten Krankheiten dürfen somit auch von Heilpraktikern<sup>16</sup> behandelt werden. Solche Krankheiten zur Grundlage für Freiheitsentziehungen zu machen ist äußerst zweifelhaft. (Für die ebenso einschneidende Zwangsbehandlung bedurfte es keiner entsprechenden Regelung, da sie ohnedies nach § 34 Abs. 1 Satz 3 BSeuchG verboten ist.)

In § 10 a BSeuchG wird bei der Vernichtung von Gegenständen sogar genau zwischen meldepflichtigen und nicht-meldepflichtigen Krankheiten unterschieden. Nach § 10 a Absatz 1 BSeuchG dürfen ausdrücklich nur Gegenstände vernichtet werden, wenn sie mit Erregern meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten behaftet sind. Für die nicht-meldepflichtigen Krankheiten ist dagegen in § 10 a Absatz 3 BSeuchG eine verschärfte Sonderregelung getroffen worden, nach der die Vernichtung nur zulässig ist, wenn diese Krankheiten in epidemi-

<sup>15</sup> s. Fn. 13

<sup>16</sup> so auch Bachmann, Seuchenrechtliche Aspekte der HIV-Infektion, AIFO 87, 100 (102)

scher Form auftreten oder nicht nur vereinzelt bösartig verlaufen. Der Gesetzgeber hat hier dem Grundrecht des Eigentums seine volle Aufmerksamkeit gewidmet und etwaige Beeinträchtigungen detailliert geregelt, dies allerdings bei dem nicht minder schützenswerten Grundrecht der Freiheit aus nicht ersichtlichen Gründen unterlassen. Hier böte sich eine im Ergebnis sachgerechte Analogie zugunsten des von der Absonderung Betroffenen an, hätte nicht das Bundesverfassungsgericht auch diese Möglichkeit bei freiheitsentziehenden Normen mit der Feststellung beschnitten:

„Ebenso wie aus diesem Grunde Gewohnheitsrecht als „gesetzliche Grundlage“ ausscheidet, gilt dies auch für die analoge Heranziehung von Normen<sup>17</sup>.“

Es zeigt sich hier deutlich die Gefahr, die entsteht, wenn dem Drängen insbesondere der Verwaltungen nachgegeben wird, statt immerhin rechtssicherer enumerativer Aufzählungen Generalklauseln zu formulieren, jedenfalls wenn diese Eingriffe in besonders geschützte Grundrechte beinhalten.

Mangels anderer konkretisierender Bestimmungen bietet sich der Rückgriff auf die Liste der Krankheiten in § 3 BSeuchG an. Die dort aufgeführten Krankheiten sind jedenfalls ausreichend bestimmt und als Grundlage für einen freiheitsentziehenden Eingriff kontrollierbar und vorhersehbar.

Eine derartige Reduktion ist auch sachgerecht, da der Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit bzw. die Landesregierungen es gemäß § 7 BSeuchG in der Hand haben, in kürzester Zeit die verfassungsmäßig gebotene Klarheit herzustellen (Meldung des Todes entsprechend § 3 Abs. 3 BSeuchG würde bereits ausreichen und nicht diskriminierend wirken).

### III. Ergebnis

Aids ist zwar eine nichtmeldepflichtige Krankheit im Sinne des § 1 BSeuchG, die Absonderung ist zur Zeit jedoch aufgrund der Unbestimmtheit der Eingriffsnorm des § 34 BSeuchG wegen verfassungsrechtlicher Bedenken nicht zulässig.

### IV. Unterbringung nach dem Hessischen Freiheitsentziehungsgesetz (HFEG)

Von seiten der Stadt Frankfurt am Main wurde die Überlegung an das Gericht herangetragen, den genannten Personenkreis wegen etwaiger Rauschgiftsucht und der hieraus resultierenden Fremdgefährdung

<sup>17</sup> a.a.O. (Fn. 2), S. 196

nach § 1 HFEG unterzubringen. Die Rauschgiftsüchtigen müßten zur Befriedigung ihrer Sucht der Prostitution nachgehen, die wiederum ursächlich für die lebensbedrohliche Gefährdung der Freier sei. Diese äquivalente Verursachung der Gefährdung rechtfertige eine Unterbringung, die im übrigen gemäß § 17 Satz 2 HFEG auch die Behandlung mittels eines Heil- oder Entziehungsverfahrens umfasse. Durch Anwendung des HFEG wären also wesentlich einschneidendere Möglichkeiten gegeben.

Aufgrund des spezialgesetzlichen Charakters<sup>18</sup> des Bundesseuchengesetzes, das gerade alle Gefahren aus übertragbaren Krankheiten regeln sollte, erscheint jedoch die subsidiäre Anwendung des Hessischen Freiheitsentziehungsgesetzes zweifelhaft. Insbesondere ergibt sich auch hier die Frage, welche Bedeutung dem Verhalten des selbstverantwortlichen Freiers zukommt, der als letzter in der Kausalkette die Gefährdung herbeigeführt hat und sie durch Schutzmittel abwenden konnte.

Hingegen besteht keine Veranlassung, den genannten Personenkreis bezüglich der *Selbstgefährdung* anders zu behandeln als sonstige Rauschgiftsüchtige. Nach ständiger Rechtsprechung sind diese Personen wegen der lebensbedrohlichen Begleiterscheinungen des körperlichen Entzuges für etwa zwei bis drei Wochen auch gegen ihren Willen geschlossen unterzubringen.

<sup>18</sup> aml. Begründung zu 10 BSeuchG und BVerwG a.a.O. (Fn. 11)

Dr. Ingo Michels, Berlin

*„Produktive Psychosen mit endomorpher Symptomatik“<sup>1</sup>  
AIDS wird als psychiatrisches Krankheitsbild salonfähig gemacht*

Im Jahr 1987 verstärkte sich in den Fachzeitschriften für die HIV/AIDS-Problematik und für Psychiatrie die Diskussion um die sogenannte HIV-Enzephalopathie“ oder „AIDS Dementia Complex“ – die Psychiater hatten ihr neues Steckenpferd gesattelt<sup>2</sup>.

So waren insbesondere im deutschsprachigen Raum die Diagnosen recht schnell bei der Hand: „Bereits frühzeitig sind neurologische Ausfälle und psychopathologische Auffälligkeiten festzustellen; schleichend setzt ein intellektueller Abbau mit Vergeßlichkeit, Konzentrationschwäche, . . ., Apathie ein“<sup>3</sup>, heißt es da u. a. recht harmlos formuliert.

Zweifellos bekannt sind spezifische neurologische Krankheitsbilder bei einem AIDS-Vollbild – insbesondere aus den schon längeren ätiologischen Erfahrungen aus den USA –, vor allem durch den Befall des Zentralnervensystems (ZNS) mit *Toxoplasma gondii* oder des Hirnstammes mit Herpes-simplex-Viren<sup>4</sup>.

Dies hat u. a. dazu geführt, daß seit dem 1. 1. 1988 in der Statistik des AIDS-Zentrum im Bundesgesundheitsamt unter den klinischen Erstmanifestationen des Immundefekts (aufgrund der Neufassung der CDC-Definition) auch die „neurologische Symptomatik“ benannt wird. Von den am 30. 4. 1988 gemeldeten 1973 manifesten AIDS-Erkrankungen wird ihr Anteil mit 52 bzw. 2,6% angegeben<sup>5</sup>.

Erstaunlich dabei ist, wie schnell daraus Schlüsse gezogen werden,

<sup>1</sup> Gawlitzner/Reuter; siehe Anm. (5)

<sup>2</sup> vgl. u. a.: Kovh, González; Enzephalopathie und Hirnantrophie mit Demenz; AIFO 10/87; 556

Koyanagi et al.: AIDS-Enzephalopathie mit Störungen des ZNS; AIFO 10/87; 558

Rübsamen-Waigmann; Progressive multifokale Leukoenzephalopathie mit Verwirrtheit und Desorientiertheit; sog. Neuro-AIDS AIFO 10/87, 572

vgl. auch: Fischer/Schlote (Hrsg.): AIDS und Nervensystem; Berlin/Heidelberg/New York 1988

<sup>3</sup> Clarenbach et al.; AIDS und Nervensystem; Akt. Neurol. 14 1987; 113

<sup>4</sup> Krämer et al.; Infektionen des ZNS mit *toxoplasma gondii* oder des Hirnstammes mit Herpes-simplex-Virus; AIFO 10/87; 587 ff.

<sup>5</sup> Interessanterweise waren in der Statistik vom 29. 1. 1988 von damals 1760 schon 53 als neurologisch symptomatisch gemeldet, d. h. 3%; ein Hinweis auf die Schwierigkeit offenbar in der Differenzialdiagnostik

daß „davon auszugehen (ist), daß mit zunehmender Häufigkeit solche Patienten im psychiatrischen Akutbereich zu behandeln und eventuell auch langfristig zu betreuen sein werden“<sup>6</sup>, wie erst kürzlich in der März-Nummer der AIDS-Forschung (AIFO) behauptet wird.

In diesem Artikel zweier Psychiater der Universitätsnervenklinik Homburg/Saar wird davon ausgegangen, daß „aufgrund des breiten Spektrums und der fehlenden Spezifität HIV-assoziiertes psychiatrischer Syndrome . . ., sich schon jetzt eine *erhebliche* Erweiterung des Indikationsbereichs für den HIV-Antikörpertest in der Psychiatrie (ergibt)“<sup>7</sup>.

Dies ist um so erstaunlicher, als sich eben gerade im März dieses Jahres 48 Wissenschaftler aus 17 Ländern auf Einladung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Genf trafen, um über den Zusammenhang von „AIDS und Geisteskrankheit“ zu beraten. Jonathan Mann bekräftigte dabei vor der Presse, daß es „keine Beweise für mehr neurologische oder neuropsychologische Anomalien bei HIV-infizierten Menschen“ gebe<sup>8</sup>, und bei der 94. Tagung der Gesellschaft für Innere Medizin im April 1988 in Wiesbaden stellte Dieter Naber von der Psychiatrischen Universitäts-Klinik in München fest, daß „nur im Spätstadium“ bei HIV-Infizierten „in bezug auf Gedächtnisleistung und Konzentrationsfähigkeit“ „statistisch signifikante Unterschiede“ zu Gesunden festgestellt werden konnten<sup>9</sup>. „Bei zahlreichen Patienten, so Naber, spielen andere Faktoren als die HIV-Infektion – Lebensumstände, Alkohol, Drogen, Prostitution – eine größere Rolle für Depression oder geistige Schwäche“<sup>10</sup>. Depressionen, Selbstmordgedanken und Hoffnungslosigkeit seien oft das Resultat eines positiven Testergebnisses; ein Ergebnis, das auch Matthias Gawlitza/Peter Reuter im o.g. AIFO-Artikel in Rechnung stellen: „maniforme Bilder und paranoide Syndrome werden unterschiedlich ätiologisch gedeutet, z. B. auch als Reaktion auf die Mitteilung eines positiven HIV-Antikörpertests“<sup>11</sup>.

<sup>6</sup> Gawlitza/Reuter; Schizophrenieforme Psychosen bei HIV-Infektionen; AIFO 3/1988; 153

<sup>7</sup> ebenda; Hervorhebung durch mich

<sup>8</sup> dpa-Meldung vom 18. 3. 1988

<sup>9</sup> Neurologische Störungen bei AIDS; Süddeutsche Zeitung vom 18. 4. 1988

<sup>10</sup> ebenda

<sup>11</sup> a.a.O.; 150 f.

vgl. auch: Ergänzung R. Rosenbrock  
Rolf Rosenbrock; Brief vom 3. 5. 1988 an die AIDS-Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages: „Bis zur Hälfte derer, denen ein positives Testergebnis mitgeteilt wird, erkranken psychisch und bedürfen z. T. langanhaltender Behandlung und Betreuung in erheblichem Umfang auch zur Suizidabwendung. In zirka 0.1 Prozent der Fälle scheint es trotzdem zum Suizid zu kommen. Ob

Dennoch behaupten sie einen „chronisch progredienten Verlauf“ und einen, bezogen auf die HIV-Infektion, „primären Neurotopismus“<sup>12</sup>.

Dies ist insbesondere verwunderlich, als sie selbst lediglich zwei (sic!) Fallbeispiele präsentieren, bei denen sie *keine* neurologischen Auffälligkeiten diagnostizieren konnten und dennoch zu dem Schluß gelangen, daß hier einmal die Diagnose „einer organischen Psychose bei zerebralen AIDS-Manifestationen zu stellen“ sei und beim zweiten Fall eine „unspezifische zerebrale Funktionsstörung“: es sei beide Male „zwanglos eine Einordnung in die Gruppe von Patienten mit endogenen Psychosen gestattet“<sup>13</sup>. Dies bleibt nun mehr als beliebig: keine neurologischen Befunde, aber dennoch die Behauptung organischer Ursachen; Ansprechen in beiden Fällen auf Neuroleptika: also muß wohl eine Psychose vorliegen, notfalls „endogen“, also im Grunde genommen nicht erklärbar. Psychopathologisch interessant sind die „Auffälligkeitsbeschreibungen“ der beiden genannten Patienten: „primärpersönlich verschlossen, einzelgängerisch“ bzw. „primärpersönlich sonderlinghaftes Wesen“<sup>14</sup>. Hier wird also „Normalabweichung“ zum psychiatrischen Diagnostikum!

Wäre diese Auffassung lediglich dem Profilierungsdrang von psychiatrischer Nosographie geschuldet, die sich in gewisser Weise darin ausdrückt, daß der paranoide Wahn eben spiegelbildlich auf die Diagnostiker selbst abfärbt (wo sie den Patienten als besonders sonderhaft empfinden, beschreiben sie sich selbst als besonders innovativ), so könnte eine solche Beschreibung „schizophreniformer Psychosen bei HIV-Infektionen“ getrost ad acta gelegt werden.

Leider aber wird eine solche Beschreibung vor dem Hintergrund des „Bayerischen Maßnahmenkatalogs“ gegen AIDS seuchenpolitisch virulent. Ähnlich übrigens, wenn auch als „ultima ratio“ definiert, in nordrhein-westfälischen Überlegungen zu seuchenrechtlichen Maßnahmen bei „Uneinsichtigkeit“<sup>15</sup>, wenn die Symptomatik „starker Erregtheit,

zusätzlich durch die Mitteilung eines positiven Testergebnisses der Krankheitsprozeß selbst beschleunigt oder verschlimmert wird, ist zwar – ‚psychoimmunologisch‘ – hoch plausibel, aber bislang nicht schlüssig belegt. Immerhin: ein Arzneimittel mit derartigen Quantitäten und Qualitäten von unerwünschten Wirkungen hätte als Heilmittel wohl kaum eine Chance, vom Bundesgesundheitsamt zugelassen zu werden, es sei denn für Krebstherapie in der letzten Phase o. ä.

<sup>12</sup> a.a.O.; 151

<sup>13</sup> a.a.O.; 153

<sup>14</sup> a.a.O.; 151 bzw. 152

<sup>15</sup> vgl. Bericht der Kommission „Rechtliche Aspekte der HIV-Infektion und der AIDS-Erkrankung“ des Landes NRW; gebilligt vom Kabinett am 15. 3. 1988

Ungesteuertheit, zielloser Antriebssteigerung und konkret aggressivem Verhalten“ im „Hinblick auf die HIV-Infektion als erhebliche Gefährdung“ gesehen wird<sup>16</sup>.

Mag dies bislang auch in der Fachwelt und auch der Praxis als eher marginales Problem erscheinen, vor dem Hintergrund der öffentlichen Gedanken über die „Absonderung“ HIV-Infizierter, insbesondere drogenabhängiger Frauen, die der Beschaffungsprostitution nachgehen<sup>17</sup>, wird die Brisanz der fachwissenschaftlichen medizinisch-psychiatrischen Diskussion doch deutlich.

Ich habe bereits im Artikel über „AIDS als psychiatrisches Stigma“<sup>18</sup> darauf hingewiesen, daß in psychiatrischen Krankenhäusern z. T. breite HIV-Antikörpertestungen, insbesondere bei i.v. Drogenabhängigen durchgeführt wurden. Ich habe ebenfalls darauf verwiesen, daß in verschiedenen Arbeitspapieren der Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen bereits von einer „der Dynamik der somatischen Erkrankung entsprechenden eigenständigen Psychopathologie“<sup>19</sup> gesprochen wurde. Im Zuge der immer häufiger geführten Diskussion um die sog. „Uneinsichtigen“, die „Desperados“ wird aber diese Debatte ganz praktisch problemhaft; insbesondere dort, wo etwa bei i.v. Drogenabhängigen, „bei denen überwiegend soziale Bindungslosigkeit gegeben ist“, ein „herabgesetztes Einsichtsvermögen und Verantwortungsbeußtsein“<sup>20</sup> angenommen wird.

Gerhard Eckstein von der Münchener Drogenberatungsstelle Con-Drohs hat zurecht jüngst das Konzept der Zwangstherapie nach den §§ 63 und 64 StGB kritisiert und dabei darauf hingewiesen, daß insbesondere Psychiater und Psychologen bei in der Psychiatrie untergebrachten Drogenabhängigen neben der Sucht eine spezifische psychiatrische Symptomatik vermuten<sup>21</sup>. Vor diesem Hintergrund muß m. E.

---

„Deshalb ist es derzeit nur in einzelnen Fällen nicht mehr sozialverträglicher Uneinsichtigkeit, in denen Infizierten aus Bequemlichkeit bewußter Gefährdungsabsicht oder mangelnder Einsichtsfähigkeit trotz eingehender Beratung und angebotener Hilfen ihre Sexualpartner einem Infektionsrisiko aussetzen, vorübergehend vertretbar, auf § 37 BSeuchG zurückzugreifen“, d. h. konkret, nach gerichtlicher Entscheidung „Absonderung“ von längstens *einem* Jahr. (S. 13)

<sup>16</sup> a.a.O.; 152

<sup>17</sup> Nordrhein-Westfalen plant Absonderung einer AIDS-erkrankten Prostituierten; Tagesspiegel vom 17. 3. 1988; zuvor wurde gleiches schon für Frankfurt diskutiert

<sup>18</sup> vgl. DGSP-Rundbrief (Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie) vom März 1988; 18 f.

<sup>19</sup> Berichtsvorlage des LVR vom 18. 3. 1987; 7

<sup>20</sup> Sauer et al.; HIV-Infektion in der JVA Frankfurt/M 1; AIFO 9/87; 506

<sup>21</sup> Eckstein; Die abgeschobenen Süchtigen; Suchtreport 3/88; S. 35 ff.

in der Tat eine „Psychiatisierung“ der von AIDS bedrohten und an AIDS erkrankten Menschen befürchtet werden.

Nach der Einschätzung der vorliegenden epidemiologischen Studien zur HIV-Prävalenz unter i.v. Drogengebrauchern ist zu befürchten, daß ein Viertel bis zu einem Drittel dieser Gruppe bereits mit dem HIV infiziert ist<sup>22</sup>. Ein erheblicher Teil davon in prekärer Lebenssituation – kriminalisiert, stigmatisiert, oft wohnungslos, ohne Perspektive, nicht selten mit langer Hafterfahrung bzw. konkreter Haftgeschichte, mit riesigem Schuldenberg usw. Nach langjährigem Drogenkonsum unter diesen Bedingungen – dazu oft mit polytoxikomanem Gebrauch von jeglichen euphorisierenden, halluzinogenen und/oder sedierenden Drogen – sind „psychopathologische Auffälligkeiten“ kein Wunder. Paranoide Persönlichkeitsstrukturen können sich dabei zunehmend bei vielen Drogenabhängigen verfestigen. Im übrigen wird ja auch vermutet, daß latent neurotisch bzw. psychotisch veranlagte Personen eher zum Konsum spezifischer Drogen neigen<sup>23</sup>, zum Teil auch als Moment von „Selbstmedikation“.

Vor diesem Hintergrund habe ich Anfang des Jahres einen Brief an die ärztlichen Leiter von 109 psychiatrischen Kliniken in der Bundesrepublik und West Berlin geschrieben, vornehmlich von psychiatrischen Krankenhäusern in staatlicher Trägerschaft. In diesem Brief habe ich einerseits die Diskussion um einen Zwangstest bzw. einen Test ohne Einverständnis des Patienten auf HIV-Antikörper verwiesen, ebenso auf die z. T. von Trägern der Psychiatrien befürwortete „Nachforschungspflicht“ der Kliniken auf besondere Infektionsgefährdung insbesondere bei i.v. Drogenabhängigen und die problematische Weitergabe von Informationen des HIV-Status an Ordnungsbehörden bzw. Gesundheitsämter und auch auf eine mögliche Erweiterung der Indikation für eine Zwangsunterbringung HIV-infizierter Drogenabhängiger oder anderer HIV-infizierter und AIDS-erkrankter Patienten. Ich habe darauf hingewiesen, daß ich derartige Überlegungen „für einen gefährlichen Weg der „Psychiatisierung“ der AIDS-Problematik (halte) und befürchte, daß hier der Verletzung von Grund- und Menschenrechten von HIV-infizierten und AIDS-erkrankten Menschen Tür und Tor geöffnet wird“<sup>24</sup>.

Bis Anfang Mai 1988 antworteten 21 Kliniken bzw. Träger von psychiatrischen Einrichtungen (etwa 20%).

---

<sup>22</sup> Bornemann/Kalina/Bschor; AIDS- und HIV-Progression 1982 – 1987 bei i.v. Drogengebrauchern und -abhängigen in Europa; Studie im Auftrag der Deutschen AIDS-Hilfe; Berlin 1988

<sup>23</sup> vgl. Schmidbauer/v. Scheidt; Handbuch der Rauschdrogen; Ffm 1980; 182 ff.

<sup>24</sup> Brief vom 18. 1. 1988

Inwieweit durch die zunehmende Diskussion um das sog. „Neuro-AIDS“ rechtliche Voraussetzungen für eine Zwangsunterbringung nach den länderspezifischen Psychriegesetzen gegeben oder konstruierbar wären, ist zwar bislang noch wenig diskutiert worden, stößt aber momentan sowohl bei Vormundschaftsgerichten als auch bei Leitern von psychiatrischen Krankenhäusern noch auf Ablehnung.

Nahezu einhellig wird hier die Auffassung vertreten, daß eine Zwangsunterbringung nur bei Vorliegen einer Psychose oder psychoseähnlichen Störung – sei sie HIV-assoziiert oder als Angstpsychose aufgrund einer HIV-Infektion ausgelöst oder aufgrund schon vor einer HIV-Infektion vorliegenden psychischen Erkrankung diagnostiziert – gerechtfertigt wäre, und zwar *nur* bei *nachweislicher* Eigen- oder Fremdgefährdung.

In diesem Sinn ist auch die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde vom 6. 2. 1988 ausgerichtet, die noch ergänzt, daß „eine Unterbringung von HIV-infizierten Personen in klinischen psychiatrischen Einrichtungen, ohne eine entsprechende psychiatrische Indikation lediglich zum Zweck der in § 37 BSeuchG vorgesehenen Absonderung nicht stattfinden darf“<sup>25</sup>.

In verschiedenen Briefen wird diese Position noch verdeutlicht: So heißt es u. a.: „Wir sind am Krankenhaus einstimmig der Meinung . . . , daß Zwangsuntersuchungen bestimmter Gruppen von Menschen kategorisch abzulehnen sind . . . Dies bezieht sich auch auf Abhängige . . . Wir vertreten, wie viele andere, mit denen wir uns in ihren Absichten und Bemühungen solidarisch fühlen, daß nur durch Aufklärung und genügend Hilfsangebote letztendlich eine wirklich effektive Verhinderung der Ausbreitung von AIDS erreicht werden kann“<sup>26</sup>.

Auch der Landeswohlfahrtsverband Hessen hat sich in einer Erklärung vom 26. 1. 1988 gegen die Pläne des Frankfurter Stadtrats Prof. Dr. Peter Rhein gewandt, „uneinsichtige HIV-infizierte Prostituierte“ in psychiatrischen Krankenhäusern „als außerordentlich geeignete Einrichtungen“ abzusondern und bei der „vorgeschlagenen ‚Abschiebung‘ in die Psychiatrie“ darauf verwiesen, daß hier „auch deren furchtbarer Mißbrauch in der NS-Zeit bedacht werden muß“<sup>27</sup>.

Zur AIDS-Prophylaxe wird in psychiatrischen Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) empfohlen, Kondomautomaten aufzustellen<sup>28</sup>. Allerdings wird in einigen Briefen auch auf spezifische Probleme mit der

<sup>25</sup> Stellungnahme der DGPN; Erlangen, 15. 2. 1988

<sup>26</sup> Brief vom 22. 1. 1988

<sup>27</sup> Mitteilung des LW Hessen vom 26. 1. 1988

<sup>28</sup> Brief des MAGS vom 10. 3. 1988

HIV-Infektion hingewiesen. So erklärt z. B. der Oberarzt eines Universitätsklinikums, daß HIV-Tests nur mit Zustimmung von „einwilligungsfähigen Patienten“ erfolgen und eine „Relativierung der Schweigepflicht“ erwogen wird „in u. E. sehr seltenen Ausnahmefällen eines rechtfertigenden Notstandes . . . zum Schutz anderer Rechtsgüter z. B. bei dauerhaft uneinsichtigem Verhalten eines schwergestörten Patienten“<sup>29</sup>. In dieser allgemeinen Formulierung bleibt offen, welche konkreten Verhaltensweisen hier gemeint sind.

Konkreter wird da lediglich ein ärztlicher Leiter eines bayerischen Bezirkskrankenhauses in seinem Brief, der der Auffassung ist, daß die Problematik der HIV-infizierten und AIDS-erkrankten Patienten in meinem Schreiben „deutlich verkürzt“ behandelt sei und „oberflächlich“ und „sorglos“:

„Die praktische Erfahrung in den Häusern zeigt zunehmend, daß nicht selbstverantwortliche Infizierte, die zudem noch in der Öffentlichkeit oder im häuslichen Milieu erhebliche aggressive Verhaltensweisen zeigen, auf den beschützten Aufnahmeabteilungen unserer Häuser zur Aufnahme kommen. Wie soll die Kommunikation dieser Patienten mit anderen ebenfalls nicht verantwortlich handelnden Patienten sorgfältig organisiert werden? Was soll mit einem, an einer Psychose erkrankten und affektiv völlig nivellierten Bluter geschehen, der auch in einer krankheitsfreien Phase völlig unkontrolliert gleichgeschlechtlich HWG hat? Was soll mit einem HIV-positiven, manisch-depressiven Kranken geschehen? Was geschieht mit einem Patienten mit einem Hirntumor, der in Erregungszuständen Pfleger gebissen hat? Dies sind keine denkbaren Konstruktionen, sondern konkrete Beispiele der Aufnahmestationen eines Bezirkskrankenhauses“<sup>30</sup>. Er hat auch spezifische Lösungsvorschläge:

„Es wird notwendig sein, besondere Einrichtungen (Wohngemeinschaften, betreute Wohngruppen, Hospize und gegebenenfalls auch Kliniken für die spezifischen Fragestellungen) zu errichten, die mit dem entsprechenden Personal, insbesondere auch sozialpädagogisch und psychologischen Erfahrungen ausgestattet sind, die aber auch (!) in der Lage sein müssen, schwere Verhaltensstörungen und unverantwortliche Verhaltensweisen der betroffenen Kranken zu bewältigen“<sup>31</sup>.

Eine immer noch unpräzise Formulierung, die aber im Klartext nichts anderes bedeutet: Einsatz von Gewalt – physischer (Fixierungen) wie psychopharmakologischer (Neuroleptika, Sedativa)! Eine Praxis, wie sie letztlich auch in allen länderspezifischen Psychriegesetzen un-

<sup>29</sup> Brief vom 29. 1. 1988

<sup>30</sup> Brief vom 25. 1. 1988

<sup>31</sup> ebenda (Hervorhebung im Brief)

ter dem Terminus „unmittelbarer Zwang“ bzw. „Heilbehandlung“ abgesichert ist, wenngleich mit erheblichen Unterschieden in der Enge bzw. Weite der Auslegbarkeit<sup>32</sup>.

Problematisch ist m. E., daß in allen Landesunterbringungsgesetzen die „Abhängigkeit von Rauschmitteln“ oder „Suchtkrankheit“ in Zusammenhang mit einer Selbst- bzw. Fremdgefährdung (und in Baden-Württemberg auch bei einer „erheblichen gegenwärtigen Gefahr für die Rechtsgüter anderer“ bzw. in Bayern bei einer „Gefährdung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung in erheblichem Maße“; in Hamburg bei „drohender Gefährdung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung“; der Gefährdungstatbestand der „Öffentlichen Sicherheit und Ordnung“ gilt auch in Rheinland-Pfalz und im Saarland) als Unterbringungsgrund angeführt werden.

Dies könnte in der Tat eine Sonderbehandlung von Drogenabhängigen zur Folge haben, etwa eine zwangsweise oder unter psychischem Druck erfolgte Durchführung eines HIV-Antikörpertests. So antwortet z. B. der niedersächsische Sozialminister auf eine kleine Anfrage des Abg. Hansen (Grüne) am 16. 9. 1987, daß HIV-Tests ohne Einwilligung des Patienten „grundsätzlich rechtswidrig“ seien, andererseits jedoch u. U. „zur diagnostischen Abklärung erforderlich“. So seien solche Tests bis Anfang 1987 im NLKH Moringen bei nach den §§ 63, 64 StGB untergebrachten Patienten angeordnet, „bei denen das Krankheitsbild einen Zusammenhang einer HIV-Infektion nahelegte“<sup>33</sup>.

Noch besteht überwiegend die Bereitschaft bei psychiatrischen Einrichtungen, sich gegen solche Sonderbehandlungen und gegen Absonderungen von HIV-Infizierten zu wehren.

Ich kann nur hoffen, daß diese Bereitschaft auch der Prüfung durch die Praxis standhält.

Einstweilen möchte ich hier auf einen Beitrag von Ute Canaris hinweisen, die sich mit „unserem Umgang mit AIDS und den HIV-Infizierten“ befaßt hat<sup>34</sup>, wo sie darauf verweist, daß die Angst vor AIDS dazu führen kann, daß „vernünftiges Sicherheitsstreben ... zum Sicherheitsfetischismus (pervertiert), ein guter Nährboden auf autoritäre Problemlösungsmodelle“<sup>35</sup>.

Menschen, die heute akut von AIDS bedroht sind, werden „wegen ihres Anders-seins“ nun vom Staat bedroht, in einer Weise, die an unsere historische Hypothek erinnern läßt, die „Vernichtung“ anderer, abwei-

<sup>32</sup> vgl. auch: Crefeld/Schulte (Hrsg.); Das Recht der Hilfen und Zwangsmaßnahmen für psychisch Kranke; Bonn 1987

<sup>33</sup> Niedersächsischer Landtag; Drucksache 11/1988

<sup>34</sup> Canaris; Über unseren Umgang mit AIDS und den HIV-Infizierten; In: Deutsche Krankenpflegezeitschrift 3/1988; 188 ff.

<sup>35</sup> a.a.O.; 188

chender Verhaltensmuster oder auch von sog. „unwertem Leben“. Hier steht, so Ute Canaris, die Bedrohung der Freiheit und der Würde des Menschen auf dem Spiel: „Es geht um die offensive Bewahrung der Grundwerte unserer Gesellschaft“<sup>36</sup>. Klaus Dörner und Ursula Ploog formulieren in ihrem „Lehrbuch“ der Psychiatrie „Irren ist menschlich“:

„Im Laufe der letzten Jahrzehnte haben wir gelernt, einen anderen Aspekt psychischer Erkrankung zu sehen: daß ein Mensch, der krank, abweichend, irre, verrückt ist, in Beziehung zu anderen, zu sich selbst, zu seinem Körper, den Anforderungen am Arbeitsplatz, zu seinen Gefühlen verfehlt handelt ... Eine solche Sichtweise (auch die anderen Teile des Geflechts mitzusehen) ermöglicht, dem Begriff „krank“ eine breitere Bedeutung zu geben: Die Suche nach den kranken Anteilen in einem Menschen wird zur Suche nach den derzeitigen Möglichkeiten und Unmöglichkeiten seiner Beziehungsaufnahme“<sup>37</sup>.

In bezug auf AIDS aber beginnt sich die Angst durchzusetzen vor der Beziehung, einer schmerzlichen, bedrohlichen Beziehungsstruktur, bei der immer die tödliche Bedrohung im Hintergrund offenbleibt; insbesondere ist dies deshalb problematisch, weil Sexualität mit im Spiel ist. „Sexualität ist eine umfassende Möglichkeit des Erlebens“ (Ploog/Dörner). In bezug auf das HIV und AIDS aber wird Sexualität zur tödlichen Gefahr definiert. Gerade am Umgang mit diesen irrationalen Ängsten muß sich aber auch die demokratische Kultur dieser Gesellschaft beweisen.

<sup>36</sup> a.a.O.; 191

<sup>37</sup> Dörner/Ploog; Irren ist menschlich; Rehbürg-Loccum 1984; 34

Richter am Amtsgericht Dr. Ulrich Schumacher, Münster  
Richter am Amtsgericht Dr. Andreas Jürgens, Kassel

*Anmerkungen zum Betreuungsgesetzentwurf<sup>1</sup>*

Im November 1987 hat eine Arbeitsgruppe aus dem Bundesjustizministerium den ersten Diskussions-Teilentwurf eines „Gesetzes über die Betreuung Volljähriger“ vorgelegt, der die bisherigen Vorschriften über Entmündigung, Vormundschaft und Pflegschaft über Volljährige ablösen soll. Die Autoren des vorliegenden Aufsatzes, Richter an den Amtsgerichten in Dortmund bzw. Kassel, stellen die wesentlichen Grundzüge dieses Entwurfs dar und unterziehen ihn der Kritik.

*A. Betreuung statt Vormundschaft/Pflegschaft*

*I. Mängel des geltenden Rechts*

Das geltende Recht der Entmündigung, Vormundschaft und Pflegschaft gilt seit dem Inkrafttreten des BGB am 1. 1. 1900 fast unverändert fort. Während insbesondere im Schuldrecht und im Familienrecht immer wieder Anpassungen an die gesellschaftlichen Entwicklungen vorgenommen wurden, „hat der Gesetzgeber bisher im Bereich des Vormundschaftsrechts keinen ernsthaften Versuch unternommen, über den Bewußtseinsstand der Jahrhundertwende hinauszukommen“<sup>1a</sup>.

Die Rechtsfolgen einer Entmündigung sind zu statisch, sie widersprechen mit dem Ausschluß der Betroffenen aus dem Rechtsverkehr modernen Therapie- und Rehabilitationsbestrebungen. Eine angemessene und flexible Reaktion auf die unterschiedliche Lebenssituation geistig behinderter, psychisch kranker und alter Menschen ist nicht vorgesehen – auch nicht bei der Gebrechlichkeitspflegschaft nach § 1910 BGB.

Entgegen der ursprünglichen gesetzlichen Konzeption wird heute die Pflegschaft meist ohne den Willen der Betroffenen angeordnet als sogenannte „Zwangspflegschaft“. Da die herrschende Rechtsprechung die

---

<sup>1</sup> Der folgende Aufsatz – zunächst veröffentlicht in *Recht & Psychiatrie* 2/88, S. 2 ff. – ist allen Teilnehmern des 1. Vormundschaftsgerichtstages als kritische Einführung in den Betreuungsgesetzentwurf vom November 1987 zugänglich gemacht worden. Die Herausgeber haben sich daher entschlossen, die „Anmerkungen zum Betreuungsgesetzentwurf“ auch in den vorliegenden Materialienband über den 1. Vormundschaftsgerichtstag aufzunehmen.

<sup>1a</sup> Positionspapier „Überlegungen zur Reform des Vormundschafts- und Pflegschaftsrechts aus der Sicht der Lebenssituation von Menschen mit geistiger Behinderung“, hrsg. von den Verbänden der Einrichtungen für Geistigbehinderte, S. 7



Unmöglichkeit der Verständigung i.S.d. § 1910 Abs. 3 BGB mit der Geschäftsunfähigkeit gleichsetzt, ohne hierbei den natürlichen Willen zu berücksichtigen<sup>2</sup>, kann nämlich „bei geschäftsunfähigen Gebrechlichen die Pflegschaft gegen deren erklärten Willen angeordnet und aufrechterhalten werden“<sup>2a</sup> – auch im ausschließlichen Interesse eines Dritten<sup>3</sup>. Der Wirkungskreis des Pflegers wird üblicherweise sehr weit angesetzt, so daß die Folgen oft die gleichen sind wie bei einer Entmündigung. Das geltende Recht will den Schutz des Einzelnen vor allem verwirklichen durch seinen Ausschluß vom Rechtsleben<sup>4</sup>. Es bedient sich zudem auch der Sprache der Jahrhundertwende. Begriffe wie „Vormund“, „Mündel“, „Pflebling“, „Geistesschwäche und Geisteskrankheit“ werden zu Recht als diskriminierend empfunden.

Die Handhabung von Entmündigung wegen Geisteskrankheit und wegen Geistesschwäche, freiwilliger- und Zwangspflegschaft in der Praxis hat zudem zu einer regional völlig unterschiedlichen Anwendung dieser Rechtsinstitute geführt, die weder mit der gesetzlichen Konzeption noch mit der angemessenen Bewältigung der Lebenssituation der Betroffenen noch etwas zu tun hat<sup>5</sup>.

## II. Neuregelungen im BtG-DiskE

### 1. Das Institut der „Betreuung“

Nach dem Diskussionsteilentwurf eines Gesetzes über die Betreuung Volljähriger soll nun das gesamte Recht der Entmündigung, Vormundschaft und Pflegschaft grundlegend reformiert werden. An seine Stelle soll das einheitliche Rechtsinstitut der „Betreuung“ treten. Unverändert bleiben soll allerdings das Recht der Vormundschaft über Minderjährige, auch wenn die Arbeitsgruppe eine einheitliche Reform in einem Zuge für wünschenswert hält und noch unklar ist, ob die vorgeschlagenen Regelungen für Volljährige auch eine teilweise Änderung des Minderjährigenrechts notwendig machen<sup>6</sup>.

<sup>2</sup> vgl. nur RGZ 65, 199; BGHZ 70, 252; 48, 147; BayObLG FamRZ 80, 81

<sup>2a</sup> BGHZ 70, 252 (259)

<sup>3</sup> BGH FamRZ 85, 276

<sup>4</sup> vgl. Zenz, v. Eicken, Ernst, Hofmann, Vormundschaft und Pflegschaft für Volljährige, Eine Untersuchung zur Praxis und Kritik des geltenden Rechts, Köln 1987, S. 33 m. w. Nw.; neuerdings wird diese Situation mit beachtlichen Gründen wegen Verstoßes gegen das Übermaßverbot für verfassungswidrig gehalten, vgl. Canaris, Verstöße gegen das verfassungsrechtliche Übermaßverbot im Recht der Geschäftsfähigkeit und im Schadensersatzrecht, JZ 1987, S. 993 (996 f.)

<sup>5</sup> Diskussions-Teilentwurf „Gesetz über die Betreuung Volljähriger (Betreuungsgesetz – BtG)“, hrsg. vom Bundesminister für Justiz, Köln 1987 (im folgenden zitiert als BtG-DiskE), S. 23 ff.

<sup>6</sup> BtG-DiskE, S. 94

Das Vormundschaftsgericht bestellt nach dem Entwurf auf Antrag oder von Amts wegen für einen Volljährigen, der aufgrund einer psychischen Krankheit, einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht zu besorgen vermag, einen Betreuer (§ 1896 Abs. 1 Satz 1 BGB-E). Im Falle einer körperlichen Behinderung ist die Bestellung eines Betreuers von Amts wegen nur vorgesehen, wenn der Betroffene seinen Willen nicht kundtun kann (§ 1896 Abs. 1 Satz 3 BGB-E).

Gleichzeitig mit der Bestellung des Betreuers bestimmt das Vormundschaftsgericht den Kreis der Aufgaben, für den dieser zuständig sein soll. Nur soweit es erforderlich ist, kann als Aufgabenkreis auch die Sorge für die Person oder das Vermögen des Betreuten oder die Besorgung aller seiner Angelegenheiten bestimmt werden. Besonders wichtige Aufgaben wie eine Entscheidung über Unterbringung eines Betreuten als freiheitsentziehende Maßnahme oder eine unterbringungsähnliche Maßnahme, Entgegennahme oder Anhalten und Öffnen der Post oder Einwilligung in eine Sterilisation des Betroffenen sollen vom Aufgabenkreis des Betreuers nur umfaßt sein, wenn das Gericht es ausdrücklich angeordnet hat (§ 1897 BGB-E).

Die Einordnung einer Betreuung soll künftig keinen Einfluß auf die Geschäftsfähigkeit des Betreuten haben. Die sogenannte „natürliche“ Geschäftsunfähigkeit nach § 104 Nr. 2 BGB soll jedoch aufrechterhalten bleiben. Dies erfordern nach Ansicht der Autoren schon Praktikabilitätsgründe, da sonst das gesamte Recht der Willenserklärungen im Allgemeinen Teil des BGB überarbeitet werden müßte.

Der Betreute kann daher weiterhin rechtsgeschäftlich tätig sein, der Betreuer vertritt ihn allerdings gerichtlich und außergerichtlich im Rahmen seines Aufgabenkreises (§ 1902 BGB-E). Nur soweit erforderlich, ordnet das Vormundschaftsgericht an, daß der Betreute zu einer Willenserklärung, die den Aufgabenkreis des Betreuers betrifft, dessen Einwilligung bedarf (Einwilligungsvorbehalt). In diesem Falle sollen die §§ 108–113 und 131 Abs. 2 BGB über die beschränkte Geschäftsfähigkeit bei Minderjährigen entsprechend angewendet werden (§ 1903 Abs. 1 BGB-E).

Für Willenserklärungen, die auf Eingehung einer Ehe gerichtet sind und auf Verfügungen von Todes wegen, darf ein Einwilligungsvorbehalt nicht angeordnet werden (§ 1903 Abs. 2 BGB-E). Auch insoweit soll es allerdings bei den allgemeinen Regelungen der §§ 1 ff. EheG für die Ehefähigkeit und des § 2229 BGB für die Testierfähigkeit verbleiben, soweit darin nicht auf Entmündigungen Bezug genommen wird.

Schließlich soll auch bei Anordnung eines Einwilligungsvorbehalts eine Einwilligung des Betreuers nicht notwendig sein für eine Willenserklärung, die dem Betreuten lediglich einen rechtlichen Vorteil bringt. Auch für Willenserklärungen, die eine geringfügige Angelegen-

heit des täglichen Lebens betreffen, bedarf es einer Einwilligung des Betreuers nur, wenn dies das Vormundschaftsgericht ausdrücklich angeordnet hat (§ 1903 Abs. 3 BGB-E).

## 2. Einstufigkeit und Erforderlichkeit

Als wesentliche Prinzipien der geplanten Neuregelung sind die Einstufigkeit und das Erforderlichkeitsprinzip hervorzuheben. Das abgestufte System von Entmündigungen und Pflegschaften soll durch ein einheitliches Rechtsinstitut ersetzt werden, das für alle Volljährigen gelten soll, die ihre Angelegenheiten nicht zu besorgen vermögen. Die Arbeitsgruppe ist sich dabei bewußt, daß es sich hierbei um einen sehr unterschiedlichen Personenkreis handelt. Den unterschiedlichen Bedarfslagen will der Entwurf durch den jeweils hierauf abgestimmten Umfang der angeordneten Betreuung, den vom Vormundschaftsgericht festgelegten Aufgabenkreis des Betreuers und über die im Einzelfall zu treffende Entscheidung über die Anordnung eines Einwilligungsvorbehalts gerecht werden.

Die Bundesregierung hatte bereits in ihrer Antwort auf eine Große Anfrage der SPD-Fraktion angekündigt, daß künftig die Teilnahme der Betroffenen am Rechtsverkehr nur soweit erforderlich eingeschränkt werden solle<sup>7</sup>. Nach dem Entwurf soll bereits die Bestellung eines Betreuers nur angeordnet werden, soweit dies erforderlich ist. Eine Bestellung soll insbesondere nicht erforderlich sein, soweit die Angelegenheiten des Volljährigen durch Hilfen, bei denen kein gesetzlicher Vertreter bestellt wird, ebenso gut besorgt werden können (§ 1896 Abs. 2 BGB-E). Auch der auf den Betreuer zu übertragende Aufgabenkreis soll sich nach der Erforderlichkeit richten und ebenso die Anordnung eines Einwilligungsvorbehalts.

Die Arbeitsgruppe verspricht sich von dieser Differenzierung im Einzelfall eine unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse weitest mögliche Einhaltung der Selbstbestimmung der Betroffenen. Der gänzliche Ausschluß der Betroffenen vom Rechtsverkehr wie gegenwärtig bei der Entmündigung wegen Geisteskrankheit soll – da nicht erforderlich – künftig nicht mehr stattfinden.

### III. Stellungnahme

#### 1. Geschäftsfähigkeit bleibt erhalten

Der vorgelegte Diskussionsteilentwurf ist erkennbar von dem Bemühen getragen, die Rechte der Betroffenen möglichst wenig einzuschränken und ihnen die Möglichkeit einer Teilnahme am Rechtsverkehr weitgehend zu erhalten. Dem entspricht vor allem der Verzicht auf jeg-

<sup>7</sup> BT-Drucks. 10/5970, S. 10

liche mit einer Anordnung der Betreuung verbundene konstitutive Feststellung der Geschäftsunfähigkeit. Künftig soll im Rahmen des § 104 Ziff. 2 BGB die Geschäftsfähigkeit Volljähriger im Einzelfall beurteilt werden.

Für den Verzicht auf eine konstitutiv wirkende Feststellung der Geschäftsunfähigkeit oder beschränkten Geschäftsfähigkeit bringt die Arbeitsgruppe überzeugende Argumente vor<sup>8</sup>. Eine große Zahl der künftig Betreuten wird ohnehin kaum in der Lage sein – etwa wegen Altersabbauerscheinungen – am Rechtsverkehr teilnehmen zu können oder zu wollen. Soweit rechtsgeschäftliche Erklärungen abgegeben werden, werden sich diese vielfach auf geringfügige Geschäfte des täglichen Lebens beziehen, die auch heute schon im Rechtsverkehr ganz allgemein unabhängig von der Geschäftsfähigkeit akzeptiert werden. Schließlich wird die Behinderung einer Reihe Betroffener so offensichtlich sein, daß der Rechtsverkehr ihre Erklärungen jedenfalls dann nicht akzeptieren wird, wenn sie erkennbar gegen die eigenen Interessen gerichtet sind.

Das vielfach für eine gerichtliche Feststellung der Geschäftsunfähigkeit ins Feld geführte Argument eines Schutzes des Rechtsverkehrs wird nach Ansicht der Arbeitsgruppe in der Regel stark überschätzt. Gegenwärtig werden zwar Entmündigungen im Bundeszentralregister eingetragen (§ 9 Abs. 1 BZRG), dem privaten Geschäftsverkehr werden aber keine Auskünfte aus dem Zentralregister erteilt (§§ 30 ff. BZRG). Schon gegenwärtig ist daher die Publizität einer Entmündigung nur gering. Da die Rechtsordnung einen guten Glauben an die Geschäftsfähigkeit des Vertragspartners nicht kennt, geht bereits jetzt der Schutz des Rechtsverkehrs nicht sehr weit und erfordert keine auf Dauer angelegte Feststellung der Geschäftsunfähigkeit.

Diese wäre im Gegenteil für alle Rehabilitationsbemühungen nur kontraproduktiv. Es wäre etwa für einen geistig Behinderten oder psychisch Kranken wenig sinnvoll, die Teilnahme am Leben der Gemeinschaft zu erlernen, wenn gleichzeitig jedes rechtsgeschäftliche Handeln unwirksam bliebe.

Schließlich erfordert auch nicht ein Schutz des Betroffenen die Feststellung der Geschäftsunfähigkeit. Die Fälle, in denen durch rechtsgeschäftliches Handeln der Betreute seinem Vermögen Schaden zufügt, dürften relativ selten sein. Hier dürfte die Geschäftsunfähigkeit nach § 104 Ziff. 2 BGB ausreichend sein, zumal sie anders als bei den Beweisschwierigkeiten heute, durch die im Betreuungsverfahren angeordneten Sachverständigengutachten und den persönlichen Kontakt zwischen dem Betreuer und dem Betreuten leichter nachgewiesen werden kann.

<sup>8</sup> BtG-DiskE, S. 50 ff.

Der darüber hinaus mögliche Einwilligungsvorbehalt nach § 1903 BGB-E bietet zudem weiteren Schutz vor Selbstschädigung.

## 2. Was ist „erforderlich“?

Mit dem zu den zentralen Gestaltungsgrundsätzen des vorliegenden Entwurfs gehörenden Erforderlichkeitsgrundsatz hat die Arbeitsgruppe den Versuch unternommen, das Institut der Betreuung flexibel und individualbezogen zu gestalten.

So sehr das hiermit verbundene Grundanliegen zu begrüßen ist, so unklar bleibt dieser Grundsatz aber in seinen Konturen. Die Arbeitsgruppe hat hier eine Anleihe beim Verhältnismäßigkeitsgrundsatz des öffentlichen Rechts gemacht. Danach ist ein eingesetztes Mittel zur Erreichung eines bestimmten Zwecks nur dann erforderlich, wenn es kein für den hiervon Betroffenen weniger belastendes und in seine Rechte eingreifendes Mittel gibt<sup>9</sup>. Bei dem Diskussionsentwurf bleibt unklar, welcher Zweck letztendlich mit dem Mittel „Betreuung“ verfolgt werden soll. Gewisse Anhaltspunkte hierfür gibt es noch bei der Frage der Anordnung einer Betreuung, weil diese zu unterbleiben hat, wenn andere ebenso gute Möglichkeiten zur Verfügung stehen, bei denen der Betreute keinen gesetzlichen Vertreter bekommt. Ziel der Betreuung ist die Erledigung derjenigen Angelegenheiten, die der Betroffene allein nicht zu besorgen vermag, für deren Besorgung es aber ein tatsächliches Bedürfnis auf Seiten des Betroffenen gibt.

Allerdings steht auch bei der Betreuung weiterhin im Vordergrund, daß dem Betreuten ermöglicht werden soll, angemessen am Rechtsverkehr teilzunehmen. Dies ergibt sich schon aus der Vertreterstellung des Betreuers. Damit ist die Grundfrage aufgeworfen, wie die Rechtsordnung mit Menschen umgeht, die dem Menschenbild des auf Privatautonomie gegründeten Vertragsrechts des BGB nicht entsprechen. Es ist für den Rechtsverkehr zweifellos einfacher, nicht mit einem behinderten oder altersgebrechlichen Menschen direkt verhandeln zu müssen, sondern mit einem nichtbehinderten Betreuer. Es sollte aber nicht der wesentliche Zweck einer Betreuung sein, den Betroffenen für den Rechtsverkehr „handhabbar“ zu machen.

Die Vorschrift über die Festlegung des Aufgabenkreises des Betreuers (§ 1897 BGB-E) soll zwar ebenfalls dem Erforderlichkeitsgrundsatz zum Durchbruch verhelfen und gewährleisten, daß dem Betreuer nicht Aufgaben zugewiesen werden, die von dem Betroffenen noch selbst wahrgenommen werden können. Allerdings bietet die Gesetzesformulierung keinen ausreichenden Schutz davor, daß auch künftig Gerichte den Aufgabenkreis eines Betreuers etwa durch Verwendung allgemei-

<sup>9</sup> vgl. etwa für gesetzgeberische Maßnahmen BVerfGE 7, 377 (410 ff.); 19, 330; 39, 210 (230)

ner Begriffe wie Angelegenheiten der Personensorge oder der Vermögenssorge zu weit fassen. Insoweit zeigen die Erfahrungen mit dem österreichischen Sachwalterrecht, das eine ähnliche Formulierung kennt, daß in ca. 70% aller Fälle der Sachwalter für alle Angelegenheiten bestellt wurde, obwohl dies vom Gesetz eigentlich als Ausnahme vorgesehen ist<sup>10</sup>. Aus den Erfahrungen mit der gegenwärtigen Praxis wird zwar teilweise gerade die Forderung erhoben, den Aufgabenbereich möglichst weit zu bestimmen, um dem Betreuer zu überlassen, welche Aufgaben er dann tatsächlich wahrnimmt<sup>11</sup>. Dennoch sollte auf eine möglichst genaue und an den Bedürfnissen des Betreuten orientierte Festlegung des Aufgabenkreises nicht verzichtet werden. Eine jedenfalls beispielhafte Beschreibung dessen, was als Aufgaben des Betreuers in Betracht kommt, könnte hierfür u. U. für die spätere Rechtsanwendung hilfreich sein. Die Erhaltung der Wohnung, Regelung von Rentenansprüchen, Sicherstellung der täglichen Hilfe und Pflege, Verwaltung einzelner Vermögensteile, Durchsetzung oder Abwehr eines einzelnen Anspruchs und sonstiges kommen als einzelne Angelegenheiten in Betracht. Immerhin sind in dem Entwurf bestimmte besonders wichtige Angelegenheiten an eine ausdrückliche Anordnung des Gerichts gebunden. Hiermit kann aber salvatorischen Klauseln in den Anordnungsbeschlüssen nur zum Teil entgegengewirkt werden.

Vollkommen unklar bleibt, unter welchen Voraussetzungen ein Einwilligungsvorbehalt nach § 1903 BGB-E angeordnet werden kann. Hier bleibt der Bezugsrahmen, an dem sich die Erforderlichkeit einer solchen Maßnahme zu orientieren hat, vollkommen offen. Dies ist deswegen besonders bedenklich, weil der Einwilligungsvorbehalt sämtliche rechtsgeschäftliche Handlungen des Betreuten betrifft, wenn sie ihm nicht lediglich einen rechtlichen Vorteil bringen oder zu den geringfügigen Angelegenheiten des täglichen Lebens gehören.

## 3. Denkbare Alternativen

Es wäre zu überlegen, ob nicht die Anordnung eines Einwilligungsvorbehalts grundsätzlich beschränkt sein sollte auf besonders wichtige Rechtsgeschäfte, wie z. B. Grundstücksgeschäfte, Eingehung und Abwicklung von Dauerschuldverhältnissen (insbesondere Arbeits- und Mietverhältnissen) oder vielleicht auf Verfügungs- und Verpflichtungsgeschäfte, die das Vermögen des Betreuten über einen bestimmten Betrag hinaus belasten. Jedenfalls bedarf es einer genaueren Festlegung der Voraussetzungen für die Anbindung des eigenen rechtsgeschäftlichen Handelns an die Einwilligung des Betreuers. Ansonsten besteht die Ge-

<sup>10</sup> Forster/Pelikan, Erfahrungen mit der Sachwalterschaft in Österreich, Recht & Psychiatrie 3/86, S. 95 (96)

<sup>11</sup> Stellungnahme des Sozialdienstes Katholischer Frauen, Mai 1986

fahr, daß über den Umweg über den Einwilligungsvorbehalt doch wieder eine quasi-Entmündigung wegen Geistesschwäche mit beschränkter Geschäftsfähigkeit eingeführt wird.

In gleicher Weise sollte die mit der Anordnung einer Betreuung immer verbundene Vertretung des Betroffenen (§ 1902 BGB-E) noch einmal überdacht werden, wenn mit dem Anspruch Ernst gemacht werden soll, daß der Betroffene Subjekt des eigenen Handelns bleibt. Schon nach geltendem Recht ist der Vormund nicht zum Vertreter berufen, wenn bei beschränkter Geschäftsfähigkeit im Rahmen der §§ 110, 112, 113 BGB selbständig gehandelt werden kann. Der Entwurf geht in diesem Punkt also noch über das geltende Recht hinaus.

Das Nebeneinander des Betreuers und des Betreuten, die in gleicher Weise wirksam Erklärungen mit Wirkung für und gegen den Betreuten abgeben können, kann im Einzelfall durchaus zu widersprechenden Erklärungen führen, die nicht nur das Verhältnis zwischen Betreuer und Betreuten belasten, sondern auch zur Rechtsunsicherheit beitragen. Die obligatorische Vertretung sollte abgelöst werden durch die Möglichkeit einer vormundschaftsgerichtlichen überwachenden rechtsgeschäftlichen Vollmacht und – soweit dies nicht ausreichend ist – durch eine vormundschaftsgerichtliche angeordnete gesetzliche Vertretungsmacht, die allerdings auf die Fälle beschränkt sein sollte, in denen der Betroffene selbst nicht am Rechtsverkehr teilnehmen kann oder will. Der nach dem Entwurf mögliche „Erklärungsdualismus“ wäre so vermieden.

#### 4. Beistandschaft statt Betreuung?

Abschließend bleibt noch anzumerken, daß die Wahl des Begriffs „Betreuung“ für das vorgeschlagene neue Rechtsinstitut sicher alles andere als glücklich ist. Die alten diskriminierenden Begriffe werden durch einen neuen ersetzt, der im allgemeinen Sprachgebrauch ein Verhältnis der Über- und Unterordnung ausdrückt. Der anderweitig<sup>12</sup> vorgeschlagene Begriff der „Beistandschaft“ würde dem Anliegen der beabsichtigten Neuregelung wesentlich besser entsprechen. Der hiergegen von der Arbeitsgruppe vorgebrachte Einwand, dieser Begriff tauche bereits in §§ 1685, 1686 BGB auf und stehe daher nicht mehr zur Verfügung<sup>13</sup>, vermag schon deshalb nicht zu überzeugen, weil diese in der Praxis wenig bedeutsamen Vorschriften problemlos geändert werden könnten.

<sup>12</sup> vgl. Positionspapier (Anm. 1 a); Entschließungsantrag der SPD-Fraktion, BT-Drucks. 11/669, S. 4

<sup>13</sup> BtG-DiskE, S. 39 ff.

## B. Heilbehandlung und Sterilisation

### I. Neue Regelungen im BtG-DiskE

In besonderen Vorschriften regelt der Entwurf die Voraussetzungen, unter denen ein Betreuer an Stelle des Betreuten in eine Heilbehandlung oder eine Sterilisation einwilligen kann.

Nach § 1904 Abs. 1 BGB-E kann der Betreuer nicht an Stelle eines Betreuten in eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff einwilligen, wenn der Betreute selbst einwilligen kann. Die Ersetzung einer Einwilligung bei ärztlichen Maßnahmen kommt somit nur bei Betreuten in Betracht, die nicht einwilligungsfähig sind. Einwilligungsfähig ist nach den Ausführungen der Arbeitsgruppe in der Begründung, wer Art, Bedeutung und Tragweite – auch die Risiken – einer Maßnahme zu erfassen und seinen Willen hiernach zu bestimmen vermag<sup>14</sup>. Der Diskussionsentwurf selbst enthält keine Definition der Einwilligungsfähigkeit.

Bei Einwilligungsunfähigen bedarf die Einwilligung des Betreuers darüber hinaus der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts, wenn die Maßnahme mit der Gefahr des Todes oder einer schweren länger andauernden gesundheitlichen Schädigung verbunden ist. In diesem Fall darf die Maßnahme ohne diese Genehmigung nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist (§ 1904 Abs. 2 BGB-E).

Der Entwurf macht auch Vorschläge für eine Ersetzung der Einwilligung des Betreuten bei einer Sterilisation. Zunächst soll sichergestellt werden, daß Eltern nicht in eine Sterilisation eines Minderjährigen einwilligen können (§ 1631 c BGB-E). Dies ist die einzige von dem Diskussions-Teilentwurf vorgeschlagene Änderung des Minderjährigenrechts. Die Ersetzung einer Einwilligung zur Sterilisation soll somit nur bei Volljährigen in Betracht kommen und auch dann nur, wenn diese einwilligungsunfähig sind. Dann kann der Betreuer in eine Sterilisation einwilligen, wenn

- die Sterilisation dem Willen des Betreuten nicht widerspricht,
- der Betreute auf Dauer einwilligungsunfähig bleiben wird,
- anzunehmen ist, daß es ohne die Sterilisation zu einer Schwangerschaft kommen würde,
- anzunehmen ist, daß ein Abbruch dieser Schwangerschaft nach § 218 a Abs. 1, Abs. 2 Nr. 1, 3 StGB nicht strafbar wäre und
- die Schwangerschaft nicht durch andere zumutbare Mittel verhindert werden kann (§ 1905 Abs. 1 BGB-E).

<sup>14</sup> BtG-DiskE, S. 66

Die Einwilligung zur Sterilisation bedarf immer der Einwilligung des Vormundschaftsgerichts (§ 1905 Abs. 2 BGB-E) und es ist stets ein besonderer Betreuer hierfür zu bestellen (§ 1900 Abs. 2 BGB-E).

## II. Stellungnahme

### 1. Heilbehandlung

Die vorgeschlagene Regelung für eine Einwilligung in eine Heilbehandlung begegnet keinen durchgreifenden Bedenken. Es wird allerdings in der Praxis wie auch bisher schon erhebliche Probleme aufwerfen, die Einwilligungsfähigkeit des Betreuten zu beurteilen. Die Frage der Folgenabschätzung einer geplanten ärztlichen Maßnahme wird in vielen Fällen auch von der Qualität der ärztlichen Aufklärung abhängen.

Jedenfalls entspricht der Ausschluß einer Ersetzung der Einwilligung bei vorhandener Einwilligungsfähigkeit dem Anspruch auf weitestmögliche Selbstbestimmung der Betroffenen.

### 2. Sterilisation

#### a) Die Argumente der Arbeitsgruppe

Bezüglich der vorgeschlagenen Neuregelung über die Einwilligung in eine Sterilisation ist sich die Arbeitsgruppe dessen bewußt, daß wegen dieser in der Fachöffentlichkeit sehr kontrovers beurteilten Frage das ganze Reformwerk, für das im übrigen ein weitgehender Konsens in den wichtigsten Zielen erwartet wird, in Frage gestellt werden kann<sup>15</sup>.

Ausgangspunkt der Überlegungen ist die Tatsache, daß nach der Rechtsprechung des BGH<sup>16</sup> eine freiwillige Sterilisation keinen Straftatbestand erfüllt. Soweit ein Betreuer einwilligungsfähig ist, kommt daher eine Ersetzung der Einwilligung durch den Betreuer von vornherein nicht in Betracht. Darüber hinaus ist die Sterilisation ein so weitgehender und meist nicht mehr zu korrigierender Eingriff in die körperliche Integrität und die gesamte spätere Lebensführung, daß diese Maßnahme – wie von der Arbeitsgruppe vorgeschlagen – bei Minderjährigen in der Tat ausgeschlossen werden sollte.

Für einwilligungsunfähige Volljährige, die unter Betreuung stehen, sieht die Arbeitsgruppe durch die gegenwärtige Rechtsprechung der Vormundschaftsgerichte eine Rechtsunsicherheit bezüglich der Einwilligungsersetzung durch Vormund und Pfleger. Einige Gerichte<sup>17</sup> haben unter entsprechender Anwendung des Kastrationsgesetzes eine vertretungsweise erklärte Einwilligung für zulässig gehalten, wenn diese vor-

<sup>15</sup> BtG-DiskE, S. 68 ff.

<sup>16</sup> BGHSt 20, 81

<sup>17</sup> LG Berlin, FamRZ 71, 668; LG Zweibrücken MDR 79, 758

mundschaftsgerichtlich genehmigt ist. Andere Gerichte<sup>18</sup> haben eine solche vormundschaftsgerichtliche Genehmigung in neuerer Zeit überwiegend abgelehnt, weil es hierfür an einer Rechtsgrundlage fehle. Allerdings wurde die zum Teil auch ohne Genehmigung erteilte Zustimmung des Vormunds für wirksam gehalten, jedenfalls dann, wenn eine lebensbedrohende Gefahr abzuwenden sei<sup>19</sup>. Dagegen wurde teilweise die vertretungsweise Einwilligung grundsätzlich in Frage gestellt<sup>20</sup>.

Fehlt es bei einer Sterilisation an einer wirksamen Einwilligung des Betroffenen, so ist dies eine strafbare schwere Körperverletzung (§ 224 StGB). Nach strafrechtlichen Grundsätzen kommt es für die Einwilligung nicht auf die Geschäftsfähigkeit, sondern auf den sogenannten natürlichen Willen an. In der strafrechtlichen Literatur zu Fragen der Sterilisation ist allerdings umstritten, ob nach der gegenwärtigen Rechtslage etwa die Eltern eines Minderjährigen oder der Vormund bei einer Entmündigten für diese in die Sterilisation einwilligen kann<sup>21</sup>.

#### b) Rechtsentwicklung und Ausblick

Seit einigen Jahren sind immer wieder Beispiele von Zwangssterilisationen vor allem geistig behinderter Frauen an die Öffentlichkeit gedrungen<sup>22</sup>. Vor allem die Eltern geistig behinderter Mädchen und Frauen wollen damit der Situation vorbeugen, auch noch die Enkelkinder großziehen zu müssen. In manchen Behinderteneinrichtungen sind Zwangssterilisationen an der Tagesordnung und auch heute noch wird die Sterilisation geistig Behinderter aus eugenischen Gründen befürwortet<sup>23</sup>. In der Begründung zum Reformentwurf des § 226 StGB hieß es u. a.: „Aus der ärztlichen und gerichtlichen Praxis sowie der Sozialarbeit ist der Wunsch nach einer Vorschrift laut geworden, die die Sterilisation schwachsinniger Frauen auch dann zuläßt, wenn die strafrechtliche Einwilligungsfähigkeit infolge des Schwachsinn ausgeschlossen ist.“ Allerdings wurde damals noch von einer solchen Regelung Abstand genommen, weil befürchtet wurde, daß sich „der gesetzliche Vertreter und der Pfleger bei ihrer Einwilligung nicht nur vom Wohl der Betroffenen, sondern von sachfremden Problemen leiten las-

<sup>18</sup> AG Kaiserslautern, MDR 81, 229; LG Düsseldorf, FamRZ 81, 95; OLG Hamm, FamRZ 83, 310; AG Alzey, FamRZ 84, 208

<sup>19</sup> AG Kaiserslautern, a.a.O.; AG Alzey, a.a.O.

<sup>20</sup> LG Düsseldorf, a.a.O.

<sup>21</sup> hierzu Mahnkopf, Zwangssterilisation in der BRD, Betrifft Justiz 1/85, S. 4 ff.

<sup>22</sup> Mahnkopf, a.a.O.; vgl. auch grundlegend Köbsell, Eingriffe – Zwangssterilisation geistig behinderter Frauen, München 1987

<sup>23</sup> vgl. entsprechende Nachweise bei Mahnkopf, a.a.O.

sen<sup>24</sup>. Mit dem vorgelegten Diskussions-Teilentwurf wird nun ein neuer Versuch unternommen, die Sterilisation behinderter Frauen auf eine rechtliche Grundlage zu stellen. Auch dieser neue Entwurf bringt bei aller Zurückhaltung der Autoren Mißbrauchsmöglichkeiten. Die Behauptung der Arbeitsgruppe, die Zwangssterilisation würde mit ihrem Entwurf verboten, weil eine Sterilisation gegen den Willen der Betroffenen nicht möglich sein soll<sup>25</sup>, verschleiern die Situation allerdings. Die Unterscheidung zwischen „gegen“ und „ohne“ Willen der Betreuten ist lediglich ein semantischer Kunstgriff. Auch eine Sterilisation ohne den Willen der Betroffenen ist natürlich eine Zwangssterilisation.

Die Arbeitsgruppe will Sterilisationen im Interesse der Allgemeinheit aus eugenischen Gründen, im Interesse der Verwandten zur Vermeidung eines weiteren Betreuungsaufwandes und auch im angeblichen Interesse des ungezeugten Kindes, dem ein Leben mit einer Behinderung „erspart“ bleiben soll, ausschließen. Lediglich das Interesse der Betreuten und deren Bedürfnisse sollen bei der Sterilisation eine Rolle spielen<sup>26</sup>. Diese in der Begründung zum Entwurf enthaltenen Einschränkungen finden allerdings im Gesetz selbst keine Stütze. Es kann auch schlechterdings nicht ausgeschlossen werden, daß der Betreuer aus gerade diesen angeblich ausgeschlossenen Gründen in eine Sterilisation einwilligt. In der Praxis kommen die Forderungen nach einer Legalisierung der Zwangssterilisation gerade aus diesen Motiven, und es gibt keine Anhaltspunkte dafür, daß eine teilweise Legalisierung der Zwangssterilisationen hier eine Änderung bewirken würde. Im Gegenteil ist zu befürchten, daß trotz der relativ eng formulierten Voraussetzungen im Diskussionsentwurf, dieser zu einer weiteren Verbreitung der Zwangssterilisationen beitragen würde. Dies vor allem auch deshalb, weil die einzelnen Voraussetzungen mit einer ganzen Reihe nur schwer zu stellenden Prognosen verbunden ist. Die Erwartung dauernder Einwilligungsunfähigkeit, die Erwartung einer eintretenden Schwangerschaft, die nicht durch andere geeignete Mittel verhindert werden kann und deren Abbruch gerechtfertigt wäre, muß das Vormundschaftsgericht unter Hinzuziehung von Sachverständigen (§§ 69 c Abs. 2 i.V.m. 68 ff. FGG-E) beurteilen. Klare Entscheidungsgrundlagen sind hierfür kaum zu bekommen und so steht zu befürchten, daß sich die gegenwärtige – bereits ohne rechtliche Grundlage entwickelte – Praxis von etwa 1000 Zwangssterilisationen Behinderter<sup>27</sup> eher noch verschärfen wird.

<sup>24</sup> BT Drucks. VI/3434, S. 41, zitiert nach Köbsell, a.a.O., S. 65/66

<sup>25</sup> BtG-DiskE, S. 73

<sup>26</sup> BtG-DiskE, S. 72 f.

<sup>27</sup> so die Schätzung der Arbeitsgruppe, BtG-DiskE, S. 71

### c) Gefahren der legalisierten Zwangssterilisation

Die Einstellung, Nachwuchs geistig Behinderter sei grundsätzlich zu verhindern, die auch dem Entwurf zugrunde liegt, wird sich auch durch eine gesetzliche Neuregelung nicht ändern. Immer wenn die Einwilligung durch einen Dritten ersetzt werden kann, wird sich dessen Einstellung zu der Behinderung der Betreuten durchsetzen und nicht deren eigenes Interesse.

Ebenso ist der Verweis auf § 218 a StGB verfehlt. Hier ist geregelt, unter welchen Voraussetzungen ein Schwangerschaftsabbruch straffrei ist. Die hierbei genannten Situationen, unter denen einer Schwangeren ein Austragen der Leibesfrucht nicht zugemutet werden soll, ist allerdings mit denen bei einer Sterilisation nicht zu vergleichen. Im einen Fall geht es um eine konkrete Situation, die mit Einwilligung der Schwangeren bewältigt werden soll, im anderen Fall um eine gegen den Willen der Betroffenen durchzusetzende prophylaktische Maßnahme. In dem einen Fall wird eine Schwangerschaft abgebrochen, in dem anderen wird sterilisiert, um einen möglichen Schwangerschaftsabbruch gerade zu vermeiden.

Es sollte auch nicht vergessen werden, daß es sich bei der Sterilisation um eine ausgesprochen patriarchalische Maßnahme zur Steuerung des erwünschten und unerwünschten Nachwuchses handelt. Auch die Arbeitsgruppe räumt ein, daß Sterilisationen fast ausschließlich bei behinderten Frauen vorgenommen werden<sup>28</sup>.

Schließlich sollten auch die historischen Zusammenhänge nicht vergessen werden. Die Zwangssterilisation geistig behinderter Menschen wurde 1933 mit dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ legalisiert, das damals noch ein quasi-rechtsstaatliches Verfahren zur Durchführung der Zwangssterilisationen enthielt<sup>29</sup>. Das war ein wesentlicher Teil des später folgenden Vernichtungsprogramms der Nationalsozialisten. Natürlich will keiner den Befürwortern eine teilweise Legalisierung der Zwangssterilisation ähnliche Motive unterstellen. Die grundsätzliche Lehre auch aus der damaligen Situation sollte jedoch sein, daß niemals und unter keinen Umständen eine Einwilligung in eine Sterilisation durch einen Dritten ersetzt werden darf. Sterilisation ohne den Willen der hiervon Betroffenen dürfen nicht legalisiert werden. Dies ist die einzige mögliche, jede Rechtsunsicherheit ausschließende Neuregelung, die im Interesse der Betroffenen auch so klar bestimmt werden sollte. Es ist zu hoffen, daß in der weiteren Diskussion des vorgelegten Teilentwurfs sich ein grundsätzliches Verbot der Zwangssteri-

<sup>28</sup> ebenda; vgl. auch Köbsell, a.a.O.; Mahnkopf, a.a.O.

<sup>29</sup> vgl. Wunder, Was wir verdrängen, kommt wieder, in: Lutz/Meyer (Hg.), Alle NS-Opfer anerkennen und entschädigen, Berlin 1987, S. 103 ff.

lisationen durchsetzen kann<sup>30</sup>. Nur so ist jegliche Mißbrauchsgefahr ausgeschlossen.

### C. Verfahren

Im Rahmen der Gesamtreform kommt der Ausgestaltung des Verfahrensrechts wesentliche Bedeutung zu. Im Verfahren wird sich entscheiden, ob die im materiellen Recht festgelegten Zielvorstellungen zum Schutz der Behinderten verwirklicht werden.

#### I. Mängel des geltenden Rechts

In der Begründung des BtG-DiskE werden die zentralen Mängel des geltenden Verfahrensrechts noch einmal deutlich gemacht:

1. Die gesplante Zuständigkeit von Prozeßgericht (Entmündigungen) einerseits und Vormundschaftsgericht ((vorl.) Vormundschaften und Pflugschaften) andererseits führt zum unproduktiven und schwerfälligen Verfahrensablauf. Außerdem ist das Nebeneinander von ZPO- und FGG-Verfahren nicht sinnvoll.
2. Die Verfahrensfähigkeit der Betroffenen ist unzureichend und unbefriedigend gesetzlich geregelt bzw. von der Rechtsprechung ausgestaltet worden<sup>31</sup>.
3. Die Bestellung eines Verfahrenspflegers ist im Entmündigungs- und Pflugschaftsverfahren gesetzlich nicht vorgesehen. §§ 14 FGG, 121 Abs. 2 S. 1 ZPO (Beiordnung eines Rechtsanwalts) haben in diesen Verfahren nur geringe praktische Bedeutung<sup>32</sup>.
4. Die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung entwickelten Verfahrensgarantien für die Pflugschaftsanordnung hinsichtlich Anhörung und Sachverständigengutachten werden in der Praxis vielfach mißachtet<sup>33</sup>.

<sup>30</sup> im Ergebnis ebenso schon Mahnkopf, a.a.O.; mit Ausnahme der Sterilisation aus medizinischen Gründen ebenso auch Horn, Die Sterilisation geistig Behinderter – strafbar?, DuR 1988, S. 62 ff.

<sup>31</sup> vgl. Bienwald, Empfiehlt es sich, die gesetzlichen Regelungen über Vormundschaft und Pflugschaft grundlegend zu ändern?, in: Hellmann (Hrsg.), Beiträge zur Reform des Vormundschafts- und Pflugschaftsrechts für Menschen mit geistiger Behinderung, Marburg 1986, S. 74 ff.; Bumiller/Winkler, FGG, 4. Auflage, 1987, Vorbem. 3 vor § 13

<sup>32</sup> vgl. LG Berlin, Recht & Psychiatrie 3/87, 118

<sup>33</sup> vgl. Zenz, v. Eicken, Ernst, Hofmann a.a.O. (Anm. 4), S. 22 ff.; Gutachten zu einer Neuordnung des Entmündigungs-, des Vormundschafts- und des Pflugschaftsrechts, hg. vom Bundesminister für Justiz, Köln 1986, S. 23

5. Vernehmungen bzw. Anhörungen im Entmündigungs- bzw. Pflugschaftsverfahren werden häufig nicht persönlich durchgeführt, sondern erfolgen durch einen ersuchten Richter<sup>34</sup>.

#### II. Zur Neuregelung des Verfahrens im BtG-DiskE

Der Reform des Verfahrens kann man attestieren, daß wesentliche rechtsstaatliche Defizite des geltenden Rechts eliminiert werden.

1. Die gesplante Zuständigkeit des Prozeßgerichts sowie des Vormundschaftsgerichts wird durch eine Konzentration aller „Betreuungssachen“ beim Vormundschaftsgericht abgelöst. Gleichzeitig wird das Nebeneinander von ZPO- und FGG-Verfahren durch ein einheitliches FGG-Verfahren ersetzt.
2. Ohne Rücksicht auf die Geschäftsfähigkeit wird die Verfahrensfähigkeit des Betroffenen auf alle die Betreuung betreffenden Verfahren ausgedehnt (§ 66 FGG-E). Der Betroffene ist damit – im Gegensatz zum geltenden Recht – etwa auch bei der Bestellung und Entlassung des Betreuers und bei Genehmigung bestimmter Rechtsgeschäfte verfahrens- und damit interventionsfähig.
3. Zum Schutz des Betroffenen wird in Betreuungssachen das Rechtsinstitut des „Pflgers für das Verfahren“ eingeführt (§ 67 FGG-E), der zu bestellen ist, „soweit dies zur Wahrnehmung der Interessen des Betroffenen erforderlich ist“. Die Bestellung ist in der Regel bei schwerwiegenden Eingriffen erforderlich (u. a. Einwilligungsvorbehalt; Genehmigung einer Einwilligung in eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff); ebenso u. a. dann, wenn der Betroffene an Verfahrenshandlungen nicht teilnehmen kann (Absehen von der persönlichen Anhörung). Ein Pflger ist ausnahmslos in Verfahren zu bestellen, die die Genehmigung einer Einwilligung des Betreuers in eine Sterilisation zum Gegenstand haben.

Danach ist nur in Sterilisationsverfahren die Bestellung eines Verfahrenspflegers obligatorisch, in allen anderen Betreuungssachen ist sie dagegen mehr oder weniger fakultativ. Gerade nach den Erfahrungen in Österreich, wo „viele Richter zur ‚Verkürzung‘ des aufwendigen Sachwalterbestellungsverfahrens in Richtung eingespielter Routi-

<sup>34</sup> Das AG Dortmund hat in einem Entmündigungsverfahren (auch) unter Berufung auf § 650 ZPO das Rechtshilfeersuchen eines Amtsgerichts einer 8 km entfernten Stadt als rechtsmißbräuchlich zurückgewiesen. Das OLG Hamm – vom ersuchenden Gericht gem. § 158 Abs. 1 S. 1 GVG zur Entscheidung angerufen – hat das AG Dortmund angewiesen, dem Rechtshilfeersuchen nachzukommen.

nen“ tendieren<sup>35</sup>, muß aber eine effiziente Verfahrensvertretung durch obligatorische Regelungen sichergestellt werden.

Demgemäß muß in ausnahmslos allen Betreuungssachen die Bestellung eines Verfahrenspflegers zwingend gesetzlich vorgeschrieben werden. Dies sollte entweder ein bereits tätiger Betreuer oder ein Rechtsanwalt sein<sup>35a</sup>.

4. Durch § 68 und § 69 b Abs. 2 FGG-E soll der Kontakt zwischen Gericht und dem Betroffenen entscheidend verbessert werden: Die persönliche Anhörung des Betroffenen wird – von zwei eng gefaßten Ausnahmefällen abgesehen – vor der Bestellung eines Betreuers und der Anordnung eines Einwilligungsvorbehaltes obligatorisch. Die persönliche Anhörung darf nicht durch einen ersuchten Richter erfolgen. Angesichts der z. Zt. bei Gebrechlichkeitspflegschaften weit verbreiteten Praxis, Anhörungen entweder überhaupt nicht oder durch einen ersuchten Richter durchführen zu lassen<sup>36</sup>, sind diese Neuregelungen zu begrüßen. Es muß dann allerdings im gerichtlichen Alltag vermieden werden, daß „eher *über die* behinderte Person verhandelt, als daß *mit ihr* verhandelt wird“<sup>37</sup>.

Gem. § 68 Abs. 5 FGG-E sollen das Ergebnis der Anhörung, das Sachverständigengutachten bzw. das ärztliche Zeugnis, der etwaige Umfang des Aufgabenkreises und die Person des Betreuers in der Regel mit dem Betroffenen mündlich erörtert werden (Schlußgespräch). Darüber hinaus soll das Gericht gem. § 69 Abs. 2 FGG-E nach der Bestellung des Betreuers in der Regel mit dem Betroffenen ein Einführungsgespräch führen. Diese vorgeschlagene gesetzliche Konzeption mit zwei auf die Anhörung folgenden jedenfalls nicht zwingenden („in der Regel“) Erörterungsgesprächen erscheint problematisch und sollte weiter diskutiert werden. Nach den bisherigen Erfahrungen hier und in Österreich muß damit gerechnet werden, daß die Praxis sich von strikt verfahrensökonomischen Überlegungen leiten läßt. „Schlußgespräch“ und „Einführungsgespräch“, die ja nicht zwingend vorgeschrieben sind, werden dementsprechend – in Umkehrung des gesetzlichen Regel-Ausnahme-Verhältnisses – nur in seltenen Fällen stattfinden. Angesichts dessen sollte das Schlußgespräch obligatorisch gemacht und hierzu auch der in Aussicht ge-

<sup>35</sup> Forster/Pelikan, a.a.O. (Anm. 10), S. 97

<sup>35a</sup> Diese Auffassung habe ich modifiziert, vgl. Schumacher, Hypertrophie der Verfahrensgarantien im Betreuungsgesetzesentwurf? ZRP 1989, S. 7 (9)

<sup>36</sup> vgl. die Nw. in Anm. 33

<sup>37</sup> Trompisch, Praxisbericht über erste Erfahrungen mit dem neuen Sachwalterrecht, in: Hellmann (Hrsg.) a.a.O. (Anm. 31), S. 46 (48) (Hervorhebungen im Original)

nommene Betreuer hinzugezogen werden. Da die wesentlichen Ermittlungsergebnisse regelmäßig bereits vor dem Schlußgespräch vorliegen dürften, wird das Ergebnis des Schlußgesprächs damit auch nicht unzulässigerweise präjudiziert. Nach einem obligatorischen Schlußgespräch im Beisein des mutmaßlichen Betreuers dürfte ein Einführungsgespräch regelmäßig überflüssig sein.

5. § 68 b Abs. 1 FGG-E stellt klar, daß ein Betreuer erst dann bestellt werden darf, nachdem das Gutachten eines Sachverständigen eingeholt worden ist, das sich auf die medizinischen, psychologischen und sozialen Gesichtspunkte der Notwendigkeit der Betreuung erstreckt. Der Sachverständige hat den Betroffenen persönlich zu untersuchen oder zu befragen. Damit soll eine Begutachtung ausgeschlossen werden, die lediglich auf Aktenkenntnissen oder Befragungen Dritter basiert. Das Gutachten muß auch Aussagen zum Umfang des Aufgabenkreises und zur voraussichtlichen Dauer der Betreuungsbedürftigkeit enthalten. Angesichts der Tatsache, daß in Gebrechlichkeitspflegschaftsverfahren vielfach ärztliche Atteste von 3–10 Zeilen mit entsprechender Aussagekraft zur Entscheidungsgrundlage gemacht werden<sup>38</sup>, ist die Regelung in § 68 b Abs. 1 FGG-E sicher zu begrüßen. Zwei Problemkreise sollten allerdings weiter diskutiert werden: Die Begründung zu § 68 b FGG-E konzediert, daß es „im Einzelfall“ erforderlich sein kann, im Hinblick auf die medizinischen, psychologischen und sozialen Gesichtspunkte mehrere Gutachten einzuholen. Demgegenüber wird hier die Auffassung vertreten, daß mehrere (zwei) Gutachten nicht im Einzelfall, sondern im Regelfall erforderlich sind. Auch nach Inkrafttreten des Betreuungsgesetzes werden nämlich in der Praxis die Probleme alter Menschen mit „geistigen Gebrechen“ (nach heutiger Terminologie) quantitativ die größte Bedeutung haben und damit den Regelfall der Betreuungssachen darstellen<sup>38a</sup>. Jedenfalls für diese Fallgruppe sollte über ein medizinisch/psychologisches Gutachten hinaus ein weiteres Gutachten zwingend gesetzlich vorgeschrieben werden, das das soziale Umfeld des Betroffenen erhellt und Entscheidungsalternativen aufzeigt. Nur so kann die soziale Dimension von altersbedingten Behinderungen zuverlässig abgeklärt und damit die wünschenswerte „mehrdimensionale Diagnostik“ erreicht werden<sup>39</sup>.

<sup>38</sup> vgl. Zenz, v. Eicken, Ernst, Hofmann a.a.O. (Anm. 4), S. 23 f.

<sup>38a</sup> vgl. die Zahlenangaben bei Schumacher, Vom Umgang der Justiz mit Alten und Gebrechlichen, Recht & Psychiatrie 2/86, S. 53

<sup>39</sup> vgl. Crefeld, Die Begutachtung im Entmündigungsverfahren, Recht & Psychiatrie 3/86, S. 84 (86); Crefeld fordert die mehrdimensionale Diagnostik allerdings bereits im medizinischen Gutachten.



Hierfür ist u. E. allerdings weiter erforderlich, daß in § 68 b FGG-E bei altersbedingten Behinderungen (mit Ausnahme körperlicher Behinderungen) bestimmte Qualifikationsanforderungen für die medizinischen Sachverständigen aufgestellt werden. Einen Rückfall hinter die von der Rechtsprechung geforderten Qualifikationsanforderungen im Zwangspflegschaftsverfahren („psychiatrische Vorbildung und Erfahrung“)<sup>40</sup> darf es nicht geben. In Anlehnung an § 70 e FGG-E sollte daher bei altersbedingten Behinderungen (mit Ausnahme von körperlichen Behinderungen) das Gutachten eines Arztes für Psychiatrie oder eines Arztes mit Erfahrungen auf dem Gebiet der Psychiatrie gefordert werden.

6. Durch materielle und formelle Regelungen soll sichergestellt werden, daß die Betreuung nur so weit und so lange aufrechterhalten bleibt, wie dies erforderlich ist. Die Betreuung ist deshalb von Amts wegen ganz oder teilweise aufzuheben, wenn ihre Voraussetzungen für die gesamte Betreuung oder für einen Teil der Aufgaben des Betreuers wegfallen (§ 1908 d Abs. 1 BGB-E). Angesichts der Tatsache, daß der geltende § 1919 BGB mit entsprechendem Regelungsinhalt für das Pflegschaftsverfahren bisher kaum praktische Bedeutung erlangt hat, würde allein der vorgesehene § 1908 d Abs. 1 BGB-E wenig nützen. Es muß daher als wesentlicher rechtsstaatlicher Fortschritt angesehen werden, daß gem. § 69 Abs. 1 Nr. 5 FGG-E Betreuerbestellungen zu befristen sind. Der Zeitpunkt, zu dem die Betreuung endet, „darf höchstens fünf Jahre nach Erlaß der Entscheidung liegen“ (§ 69 Abs. 1 Nr. 5 FGG-E). Wird danach erneut ein Betreuer bestellt, so gelten die verfahrensrechtlichen Vorschriften für die erstmalige Bestellung (§ 69 h Abs. 5 Satz 1 FGG-E).

Die Dauer der Befristung erscheint allerdings nicht unproblematisch. Hier muß berücksichtigt werden, daß prozeßökonomische Erwägungen in der gerichtlichen Praxis mit Sicherheit dazu führen werden, daß aus der Höchstfrist die Regelfrist wird.

7. Die Regelung des Beschwerdeverfahrens in § 69 f Abs. 5 FGG-E erscheint äußerst fragwürdig und gehört sicher nicht zu den gelungenen Teilen des Gesamtreform. § 69 f Abs. 5 Satz 1 FGG-E, wonach für das Beschwerdeverfahren die Vorschriften über den ersten Rechtszug **entsprechend gelten**, kann angesichts der folgenden Regelungen nur **als unverbindlicher Programmsatz** angesehen werden. Daß die **persönliche Anhörung** gem. § 69 f Abs. 5 Satz 2 FGG-E nicht durch den beauftragten Richter erfolgen soll, bedeutet im Klartext, daß die persönliche Anhörung durch den beauftragten Richter

<sup>40</sup> KG, Recht & Psychiatrie 2/87, 76 (78)

erfolgen kann und in der Praxis auch durch den beauftragten Richter erfolgen wird. Der unmittelbare Eindruck vom Betroffenen i. S. d. § 68 Abs. 1 Satz 1 u. 2 i. V. m. § 69 f Abs. 5 Satz 1 FGG-E ist damit beim gesamten Beschwerdegericht nicht mehr gewährleistet. Die rechtsstaatlichen Garantien des § 68 Abs. 1 Satz 1 u. 2 i. V. m. § 69 f Abs. 5 Satz 1 FGG-E werden schließlich durch § 69 f Abs. 5 Satz 3 FGG-E völlig entwertet. Danach ist im Beschwerdeverfahren ein Verzicht auf die persönliche Anhörung möglich, wenn von einer erneuten Anhörung keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten sind. Ob eine erneute persönliche Anhörung zusätzliche Erkenntnisse bringt, kann u. E. allerdings nicht vor, sondern erst nach einer erneuten Anhörung beurteilt werden. Die Erkenntnisprognose des § 69 f Abs. 5 Satz 3 FGG-E, die sich unkritisch an die bisherige Rechtsprechung anlehnt<sup>41</sup>, ermöglicht den Beschwerdegerichten auch weiterhin, in nicht hinnehmbarer Weise von der persönlichen Anhörung der Betroffenen abzusehen.

Strikt abzulehnen ist auch die Regelung in § 69 f Abs. 5 Satz 4 FGG-E, wonach das Beschwerdegericht seine Entscheidung auf im ersten Rechtszug eingeholte Gutachten stützen kann. Dabei muß daran erinnert werden, daß in der Beschwerdeinstanz „nicht nur eine Nachprüfung des in der ersten Instanz bereits gewürdigten Materials“<sup>42</sup> stattzufinden hat, sondern eine „neue Prüfung des gesamten Sachverhalts“<sup>43</sup> vorzunehmen ist. Gerade angesichts der langen Dauer der Beschwerdeverfahren gehört hierzu zwingend die Einholung neuer Gutachten.

Das Beschwerdeverfahren gem. § 69 f Abs. 5 FGG-E ist in rechtsstaatlicher Hinsicht bedenklich, läßt sich mit den Intentionen der Gesamtreform nicht vereinbaren und muß daher dringend „nachgebessert“ werden. Angesichts der Tatsache, daß § 69 f Abs. 5 FGG-E für alle Betreuungssachen und gem. § 70 m Abs. 3 FGG-E auch im Unterbringungsverfahren gilt, ist dies besonders vordringlich.

#### D. Unterbringung und Unterbringungsverfahren

##### I. Mängel des geltenden Rechts

Hinsichtlich der freiheitsentziehenden Unterbringung werden im BtG-DiskE „grundlegende Verbesserungen gegenüber dem geltenden Recht“<sup>44</sup> angestrebt. In der Tat sind die rechtsstaatlichen Defizite de

<sup>41</sup> vgl. BVerfG NJW 84, 1025; BGH DAVorm 1982, 460 jew. m. w. Nw.

<sup>42</sup> Habscheid, Freiwillige Gerichtsbarkeit, 7. Auflage München 1983, S. 241

<sup>43</sup> Habscheid, ebd.

<sup>44</sup> BtG-DiskE, S. 77

lege lata unübersichtbar, wobei hier nur auf zwei besonders problematische Aspekte eingegangen werden soll:

1. Unter welchen Voraussetzungen die Genehmigung zur sog. zivilrechtlichen Unterbringung eines Mündels oder Pflégelings vom Vormundschaftsgericht zu erteilen oder zu versagen ist, ist im Gesetz nicht ausdrücklich geregelt. Mittelbar ergibt sich aus § 1631 b Satz 3 (i. V. m. §§ 1800, 1897 Satz 1, 1915 Abs. 1) BGB, daß die Unterbringung nur zulässig ist, wenn das Wohl des Betroffenen sie erfordert. Diese vage Regelung der materiellen Unterbringungsvoraussetzungen ist verfassungsrechtlich problematisch<sup>45</sup>. Unabhängig hiervon ist die gesetzliche Konkretisierung der materiellen Unterbringungsgründe aus Gründen der Rechtssicherheit dringend geboten.
2. Das geltende Verfahrensrecht für die zivilrechtliche Unterbringung ist im FGG, das geltende Verfahrensrecht für die öffentlich-rechtliche Unterbringung in elf verschiedenen Landesunterbringungsgesetzen geregelt. Die Verfahrensgarantien – insbesondere Regelungen über die Erforderlichkeit eines Pflégers für das Verfahren, die Einholung eines Gutachtens, die Anhörung und die Höchstdauer der Unterbringung – sind unterschiedlich<sup>46</sup>. Dies kann dazu führen, „daß die Wahl zwischen den beiden Unterbringungsmöglichkeiten nicht ausschließlich nach sachlichen Gesichtspunkten getroffen wird, sondern etwa danach, welche verfahrensrechtlichen Regelungen einen geringeren Aufwand erfordern“<sup>47</sup>. Besonders unaufwendig und besonders kritikwürdig ist die durchaus verbreitete Praxis der Gerichte, nach Einleitung einer Zwangspflegschaft (ohne vorherige Anhörung)<sup>48</sup> mit dem Wirkungskreis Aufenthaltsbestimmungsrecht vor Bestellung eines Pflégers gem. §§ 1846, 1915 BGB die Unterbringung selbst gerichtlich anzuordnen.

## II. Neue Regelungen im BtG-DiskE

1. Die Neuregelung der materiellen Unterbringungsvoraussetzungen  
In § 1906 Abs. 1 Nr. 1 u. 2 BGB-E werden die Voraussetzungen aufgestellt, unter denen eine zivilrechtliche Unterbringung des Betreuten

<sup>45</sup> Das BVerfG hat im Beschluß v. 24. 2. 1987 (FamRZ 1987, 675) die Frage, ob dies mit der Verfassung vereinbar ist, dahingestellt sein lassen, weil die dem Verfahren zugrundeliegende Vorlage des AG Frankfurt (Recht & Psychiatrie 3/86, 116) unzulässig war.

<sup>46</sup> vgl. etwa Marschner, Plädoyer für die Abschaffung der zivilrechtlichen Unterbringung, Recht & Psychiatrie 2/86, S. 47 (48 f.)

<sup>47</sup> BtG-DiskE, S. 78

<sup>48</sup> s. hierzu C I.4. u. C II.4.

durch den Betreuer, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, zulässig sein soll.

Nach § 1906 Abs. 1 Nr. 1 BGB-E ist eine solche Unterbringung zulässig, wenn aufgrund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung des Betreuten die Gefahr besteht, daß er sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt. Nach § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB-E ist eine Unterbringung zulässig, wenn eine notwendige Heilbehandlung, ein ärztlicher Eingriff oder eine Untersuchung des Gesundheitszustandes ohne die Unterbringung nicht durchgeführt werden kann. Zusätzlich wird vorausgesetzt, daß der Betreute aufgrund einer psychischen oder geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann. Weiter ist hier § 1904 Abs. 1 BGB-E zu beachten. Danach kann der Betreuer nur dann anstelle des Betreuten in eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff einwilligen, wenn der Betreute nicht einwilligungsfähig ist.

### 2. Die Neuregelung des Unterbringungsverfahrens

Aus dem Unterbringungsverfahren sollen hier nur die wesentlichen neuen Regelungen kurz vorgestellt werden.

#### a) Einbeittliches Verfahrensrecht

Im BtG-DiskE wird vorgeschlagen, das Verfahrensrecht für die zivilrechtliche und die öffentlich-rechtliche Unterbringung durch Bundesgesetz einheitlich zu regeln. Die vorgeschlagene Regelung in §§ 70 ff. FGG-E soll an die Stelle der Verfahrensvorschriften im FGG und in den Landesunterbringungsgesetzen treten.

#### b) Rechtsposition der Betroffenen

Die Verfahrensfähigkeit der Betroffenen wird ausdrücklich geregelt (§ 70 a FGG-E). Minderjährige sind von der Vollendung des 14. Lebensjahres an verfahrensfähig. Auf die Geschäftsfähigkeit der Betroffenen kommt es nicht an.

Den Betroffenen soll grundsätzlich ein „Pfleger für das Verfahren“ bestellt werden. Von einer Pflegerbestellung soll nur abgesehen werden können, wenn dies „zur Wahrnehmung seiner Interessen offensichtlich nicht erforderlich ist“ (§ 70 b Abs. 1 FGG-E).

Soll eine Unterbringung über eine Gesamtdauer von mehr als vier Jahren hinaus verlängert werden, so hat das Gericht in der Regel einen Gutachterwechsel vorzunehmen (§ 70 i Abs. 2 FGG-E).

#### c) Ermittlungen

Vor einer Unterbringungsmaßnahme hat das Gericht den Betroffenen persönlich anzuhören, sich von ihm einen unmittelbaren Eindruck

zu verschaffen und die Sache mit ihm abschließend mündlich zu erörtern (§ 70 c i. V. m. § 68 FGG-E).

Eine vorläufige Unterbringungsmaßnahme durch einstweilige Anordnung kann gem. § 70 h Abs. 1 i. V. m. § 69 e Abs. 1 FGG-E jedoch vor Anhörung des Betroffenen erfolgen.

Vor einer Unterbringungsmaßnahme muß das Gericht das Gutachten eines Sachverständigen einholen, der den Betroffenen untersucht hat (§ 70 e Abs. 1 Satz 1 FGG-E). Der Sachverständige soll in der Regel Arzt für Psychiatrie sein; in jedem Fall muß er Erfahrungen auf dem Gebiet der Psychiatrie haben (§ 70 e Abs. 1 Satz 2 FGG-E).

#### d) Sonstiges

Gem. § 1908 e Satz 2 BGB-E ist auf die Unterbringung des Volljährigen § 1846 BGB nicht anzuwenden. Dadurch wird ausgeschlossen, daß das Gericht – anstatt im Genehmigungsverfahren den Unterbringungsantrag des Betreuers zu bescheiden – den Betreuten selbst unterbringt.

### III. Stellungnahme

1. In § 1906 Abs. 1 BGB-E wird die rechtspolitische Intention erkennbar, die materiellen Unterbringungs Voraussetzungen wesentlich enger als bisher zu regeln. Gerade angesichts der unübersehbar vorhandenen Tendenzen in der Praxis wie auch in der Literatur, die zivilrechtliche Unterbringung immer weiter auszudehnen<sup>49</sup> – sogar eine erhebliche Belästigung Dritter soll ausreichen<sup>50</sup> – ist diese Intention sicher zu begrüßen.

Durch die Gesamtfassung des § 1906 Abs. 1 BGB-E wird zunächst klargestellt, daß die zivilrechtliche Unterbringung de lege ferenda nicht dem Zwecke dienen darf, Straftaten des Betreuten zu verhindern oder sonstige Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung abzuwehren. Jedenfalls nach Inkrafttreten des BtG ist der Schutz von öffentlichen Interessen oder Drittinteressen ausschließlich durch die öffentlichrechtliche Unterbringung zu gewährleisten. Das Betreuungsverhältnis wird damit insoweit von der ambivalenten Interessenwahrnehmung befreit, die z. Z. noch das Verhältnis Vormund/Mündel bzw. Pfleger/Pflegling belastet. Durch die Gesamtfassung des § 1906 Abs. 1 BGB-E wird damit einer der wesentlichen Kritikpunkte am geltenden Recht ausgeräumt.

§ 1906 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 2 BGB-E müssen im übrigen differen-

<sup>49</sup> vgl. Marschner a.a.O. (Anm. 46), S. 47 ff. m. w. Nw.; Bergener, Die zwangsweise Unterbringung psychisch Kranker, Berlin 1986, passim

<sup>50</sup> vgl. Parnsen, Die Unterbringung Geistes- und Suchtkranker, München 1972, Einl. II 1 a), S. 106 f. m. w. Nw.

ziert betrachtet werden. Dabei begegnet die in § 1906 Abs. 1 Nr. 1 BGB-E geregelte Unterbringungsmöglichkeit bei Suicidgefahr oder Gefahr eines erheblichen gesundheitlichen Schadens – die entsprechende Vorschriften der Landesunterbringungsgesetze zum Vorbild hat<sup>51</sup> – keinen Bedenken.

Fraglich ist allerdings, ob § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB-E den Ansprüchen einer rechtsstaatlich gebotenen engen Regelung der materiellen Unterbringungs Voraussetzungen genügt. Hierbei ist daran zu erinnern, daß der Gesetzgeber gehalten ist, Freiheitsentziehungen in berechenbarer, meßbarer und kontrollierbarer Weise zu regeln<sup>52</sup>. In Verfahren, in denen notwendigerweise ein Arzt bzw. Psychiater als Sachverständiger beteiligt ist, wird u. E. diesen Anforderungen nur genügt, wenn die tatbestandlichen Voraussetzungen der Freiheitsentziehung/Unterbringung so gefaßt sind, daß „die Definitionsmacht nicht allein dem Psychiater überlassen bleibt“<sup>53</sup>, sondern die Entscheidung mit ihren verfassungsrechtlichen Implikationen tatsächlich vom Richter getroffen werden kann. Unter diesem Aspekt ist die Regelung in § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB-E keineswegs bedenkenfrei. Mit der Formulierung „notwendige Heilbehandlung“ wird die Entscheidung über die Unterbringung weitgehend dem ärztlichen Sachverständigen im Unterbringungsverfahren überantwortet. So lange die Notwendigkeit einer Heilbehandlung nicht erheblich restriktiver, präziser und konkreter gesetzlich umschrieben wird, ist eine sachgemäße richterliche Entscheidung nicht möglich. Das gleiche gilt für die Notwendigkeit der Unterbringung i. S. d. § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB-E.

Bei der jetzigen Gesetzesformulierung ist außerdem zu befürchten, daß die de lege lata herrschende „Zwangsfürsorge“<sup>54</sup> durch Unterbringung mit Hilfe des § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB-E fortgesetzt werden kann. Auch den Betreuten muß aber die „Freiheit zur Krankheit“<sup>55</sup> belassen werden. Angesichts etwa der erheblichen persönlichkeitsverändernden Wirkungen von Neuroleptika ist dieses Recht für die Selbstbestimmung von betreuten Menschen unabdingbar.

2. Die Vereinheitlichung des Verfahrensrechts ist grundsätzlich zu begrüßen. Hierdurch wird ausgeschlossen, daß jeweils das Unterbringungsverfahren gewählt wird, das einen geringeren Aufwand erfordert. Die

<sup>51</sup> vgl. etwa § 11 Abs. 1 S. 2 NRW PsychKG; § 8 Abs. 1 S. 1 PsychKG Berlin

<sup>52</sup> BVerfGE 29, 183 (196)

<sup>53</sup> Marschner a.a.O. (Anm. 46), S. 48

<sup>54</sup> Mrozynski, Strafrechtliche Maßregeln und private Vormundschaft im Gesamtzusammenhang des Unterbringungsrechts, in: Crefeld (Hrsg.), Recht & Psychiatrie, Rehburg-Loccum 1983, S. 58 (74)

<sup>55</sup> BVerfGE 58, 208 (226)

einzelnen Regelungen des BtG-DiskE müssen sich jedoch an §§ 64 a ff FGG einerseits sowie am rechtsstaatlichen Standard der Landesunterbringungsgesetze andererseits messen lassen.

Dabei soll hier aus Raumgründen nur auf die Anhörung und die Interessenwahrnehmung im Verfahren eingegangen werden.

a) Gem. § 70 c i.V.m. § 68 Abs. 2 FGG-E kann die persönliche Anhörung des Betroffenen unterbleiben, solange nach ärztlichem Gutachten hiervon erhebliche Nachteile für die Gesundheit des Betroffenen zu besorgen sind oder der Betroffene nach dem unmittelbaren Eindruck des Gerichts offensichtlich nicht in der Lage ist, seinen Willen kundzutun. Aus dem Zusammenhang mit § 68 Abs. 1 FGG-E ergibt sich, daß das Gericht in diesen Fällen nur von der persönlichen Anhörung absehen darf, nicht aber davon, sich einen unmittelbaren Eindruck zu verschaffen. Diese Regelung, die über § 64 a Abs. 4 FGG hinausgeht und etwa § 16 Abs. 2 PsychKG NRW und § 21 Abs. 2 PsychKG Bremen entspricht, ist zu begrüßen, da das Gericht nur dadurch, daß es sich auf jeden Fall einen persönlichen Eindruck verschafft, seine Kontrollfunktion gegenüber Sachverständigen und Zeugen wahrnehmen kann. U. E. kommt aber diese Verpflichtung des Gerichts in § 68 Abs. 2 FGG-E nicht deutlich genug zum Ausdruck. Vorzuziehen ist demgegenüber eine Formulierung wie in § 21 Abs. 2 PsychKG Bremen<sup>56</sup>.

Darüber hinaus erscheint zweifelhaft, ob durch die persönliche Anhörung erhebliche gesundheitliche Nachteile für die Betroffenen verursacht werden können. Die Möglichkeit, von der Anhörung abzusehen, sollte ersatzlos gestrichen werden. Auch dies würde dazu führen, die Rechtsposition der Betroffenen auszubauen und die gerichtliche Kontrolle der Sachverständigen zu effektivieren.

Die Regelung der persönlichen Anhörung ist aber noch in einem weiteren Punkt kritikwürdig. Gem. § 70 h i. V. m. § 69 e Abs. 1 Satz 3 FGG-E kann eine vorläufige Unterbringungsmaßnahme durch einstweilige Anordnung auch vor der Anhörung des Betroffenen erlassen werden; die Anhörung ist „unverzüglich“ nachzuholen, ohne daß hierfür eine Höchstfrist festgesetzt wird. Demgegenüber schreiben § 64 g Abs. 2 FGG eine Anhörung spätestens innerhalb von zwei Wochen und § 18 Abs. 3 PsychKG NRW sowie § 17 Abs. 5 UnterbrG Bayern die Anhörung spätestens innerhalb von zehn Tagen vor.

Da in der Praxis die Vorstellung darüber, was „unverzüglich“ ist, erfahrungsgemäß recht weit geht, erscheint jedenfalls die Festlegung einer Anhörungsfrist unverzichtbar, um den bereits jetzt generell erreichten rechtsstaatlichen Standard zu halten. Darüber hinaus sollte die vorbild-

<sup>56</sup> „Die mündliche Anhörung, nicht aber das Verschaffen eines persönlichen Eindrucks von dem Betroffenen kann unterbleiben, wenn ...“

liche Regelung des § 25 Abs. 2 PsychKG Berlin übernommen werden, wonach auch vor einer vorläufigen gerichtlichen Unterbringung der Betroffene im Beisein eines ärztlichen Sachverständigen persönlich anzuhören ist, was Anhörungsfristen dann allerdings gänzlich überflüssig machen würde.

b) Gem. § 70 b Abs. 1 Satz 1 FGG-E bestellt das Gericht dem Betroffenen einen Pfleger für das Verfahren, es sei denn, daß dies zur Wahrnehmung seiner Interessen offensichtlich nicht erforderlich ist. Diese Regelung geht zwar über § 64 b Abs. 1 FGG hinaus, erreicht allerdings das rechtsstaatliche Niveau der meisten Landesunterbringungsgesetze nicht. In fast allen Landesunterbringungsgesetzen ist nämlich die Beordnung eines Rechtsanwalts obligatorisch (z. B. §§ 15 PsychKG NRW, 19 PsychKG Nieders., 14 PsychKG Hamburg, 17, 25 Abs. 2 PsychKG Berlin). In Bremen ist neben der fakultativen Beordnung eines Rechtsanwalts die obligatorische Interessenwahrnehmung durch einen Sozialarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes vorgesehen (§ 20 PsychKG Bremen).

Auch im Rahmen eines einheitlichen Unterbringungsverfahrens de lege ferenda muß eine effiziente Verfahrensvertretung sichergestellt werden. Dies ist aber nur durch obligatorische Regelungen zu erreichen. § 70 b Abs. 1 Satz 1 FGG-E, der die Bestellung eines Verfahrenspflegers eben nicht zwingend vorschreibt („es sei denn“), bedeutet gegenüber den entsprechenden Regelungen der meisten Landesunterbringungsgesetze einen Rückschritt und ist so nicht hinnehmbar. Weiter ist allerdings zu diskutieren, wer die Funktion des Verfahrenspflegers wahrnehmen soll. Die Beordnung eines Rechtsanwalts ist tatsächlich „keineswegs überzeugend, solange dieser schweigsam und eher etwas hilflos dem Verfahren beiwohnt“<sup>57</sup>, was in der Praxis die Regel ist. § 20 PsychKG Bremen erscheint insoweit als vorbildliche Regelung, deren Übernahme im weiteren Gesetzgebungsverfahren erwogen werden sollte.

Schon diese Ausführungen zeigen, daß gerade auch die Neuregelung des Unterbringungsverfahrens sicher noch der eingehenden Diskussion bedarf.

#### E. Fazit

Im Rahmen dieser kurzen Darstellung konnte nur auf die wichtigsten vorgesehenen Neuerungen im Bereich des materiellen und formellen Rechts eingegangen werden.

<sup>57</sup> Crefeld, Eingriffe in die körperliche Integrität aus psychiatrischer Sicht, unveröffentlichtes Manuskript 1988, S. 10

Insgesamt erweist sich der vorgelegte Diskussions-Teilentwurf als durchaus begrüßenswert. Seine Umsetzung würde – abgesehen von den hier erörterten Desiderata – die Situation der betroffenen Menschen insgesamt verbessern. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, daß jede rechtliche Reform nur umgesetzt werden kann, wenn die entsprechenden tatsächlichen Voraussetzungen geschaffen werden. Hier sollen nur zwei notwendige Bedingungen für das Gelingen der Gesamtreform genannt werden: Insbesondere die Justiz kann die neuen auf sie zukommenden Aufgaben nur bewältigen, wenn die Vormundschaftsgerichte aus ihrem Schattendasein „am Rande der Justiz“<sup>58</sup> befreit und personell besser ausgestattet werden<sup>59</sup>. Außerdem wird eine wesentliche Aufgabe darin bestehen, in ausreichendem Umfang Menschen für die Aufgabe eines „Betreuers“ zu gewinnen. Auch dies ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, daß die positiven Reformansätze verwirklicht werden können.

<sup>58</sup> Derleder, Ehesanierung statt Arbeitsplätze, DuR 1985, S. 20 (30)

<sup>59</sup> vgl. Schumacher, Vom Umgang der Justiz mit Alten und Gebrechlichen, Recht & Psychiatrie 2/86, S. 53 ff.  
ders., Zur Bedeutung und Bewertung von Gebrechlichkeitspflegschaften oder Wie die Justizverwaltung verfassungswidrige Verfahrensweisen provoziert, Betrifft Justiz, 12/1987, S. 154 ff.

## ABSCHLUSSDISKUSSION

Prof. Dr. Gisela Zenz, Frankfurt a. M.

*Zur Notwendigkeit interdisziplinärer Zusammenarbeit für die Qualität vormundschaftsgerichtlicher Entscheidungen – Ausbildungsdefizite, Fortbildungsbedarf*

Meine Damen und Herren, unser Thema heute ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit unter dem spezifischen Aspekt von Fortbildung. Interdisziplinäre Zusammenarbeit hat diese Tagung von Anfang an geprägt. Gleichwohl möchte ich mit einer provokatorischen Frage beginnen, die sich mir bei der Vorbereitung der heutigen Veranstaltung aufgedrängt hat: Wer – außer Ihnen und mir – glaubt eigentlich heute noch an interdisziplinäre Zusammenarbeit? Wissenschaft und Praxis sind voller gescheiterter oder zum Scheitern gebrachter Versuche. Ich erinnere nur an das besonders traurige Ende des Modellprojekts zur Reform der juristischen Ausbildung, bei der es ganz wesentlich darum ging, sozialwissenschaftliche Aspekte in das Studium zu integrieren. Zweifellos: interdisziplinäre Zusammenarbeit hatte ihren Boom in den siebziger Jahren, und sie war mit überzogenen Hoffnungen verknüpft. Die Schwierigkeiten wurden unterschätzt, die Schwierigkeiten nämlich, aus der eigenen Sozialisation sozusagen in eine andere hinüberzusteigen, einander zuzuhören und die richtigen Fragen zu stellen. So ist denn heute interdisziplinäre Zusammenarbeit vielfach verkommen zu einem Etikett für repräsentative Zwecke, zum marktgängigen Untertitel für Buchpublikationen oder auch Tagungen, bei denen Vertreter der verschiedenen Disziplinen mehr oder weniger nebeneinander oder aneinander vorbeireden.

Nicht viel besser, scheint mir, steht es mit der Fortbildung. Wer – so könnte man fragen – hält heute noch viel von Fortbildung? Natürlich gibt es einen ausgebauten Fortbildungsbetrieb, aber wozu, mit welchen Auswirkungen? Auch hier sind in der zurückliegenden Zeit überhöhte Erwartungen zu verzeichnen, auch hier wurden die Schwierigkeiten unterschätzt, wohl auch die menschliche Trägheit: wer hätte sich nicht schon gefragt, ob er sich denn immerfort und fort bilden müsse? Ob es nicht für freie Abende und Wochenenden auch andere lustvolle Beschäftigungen als Fortbildung gäbe? Und so ist auch Fortbildung

weithin verkommen zu einem Etikett für rationelle Vermittlung neuesten fachtechnischen Wissens, zur Anpassung also an eine immer schnellere Entwicklung innerhalb des eigenen Fachgebietes, bei Juristen zum Beispiel an immer neue Gesetzgebung und Rechtsprechung.

Nun: Wir alle säßen nicht hier, wenn wir nicht auch andere, bessere Erfahrungen hätten, wenn wir nicht glaubten, auch berechnete Hoffnungen auf interdisziplinäre Fortbildung setzen zu dürfen. Meine etwas grämlichen Eingangsbemerkungen, die vielleicht dem bisherigen Geist dieser Tagung wenig angemessen scheinen, gelten gleichwohl einer Realität, die man wohl im Blick behalten muß, wenn interdisziplinäre Zusammenarbeit nicht auf kleine Zirkel beschränkt bleiben soll. Es genügt nicht, dafür zu sein. Nötig ist vielmehr eine nüchterne Bestandsaufnahme über Erfolge und Mißerfolge, Möglichkeiten und Schwierigkeiten. Eben dies ist der Grundgedanke, die Konzeption für unser heutiges Gespräch.

Die Konstellation für solche Überlegungen ist günstig: Wir haben eine größere Gesetzesreform, die Vormundschaftsrechtsreform vor uns, und erfahrungsgemäß sind in diesem Zusammenhang auch die zuständigen Institutionen geneigt, Fortbildung zu fördern. Gerade hinter uns haben wir den Zusammenschluß der auf diesem Gebiet tätigen Vormundschaftsrichter, und der Vormundschaftsgerichtstag könnte ein Forum bieten und Energien bündeln, die sich sonst in Einzelinitiativen erschöpfen. Schließlich ist diese Konstellation nicht völlig neu, vielmehr stellt sie eine Art Neuauflage einer ganz ähnlichen Konstellation dar, die vor etwa zehn Jahren gegeben war: Die Reform des Eherechts und die Gründung des Familiengerichtstages brachten tatsächlich einen intensiven Austausch zwischen den verschiedenen Disziplinen zustande und führten zu weit gestreuten Fortbildungsaktivitäten. Nichts liegt näher, als diese Erfahrungen zu nutzen und mit neuen Anregungen zu verbinden, die speziell für die Vormundschaftsgerichtsbarkeit wichtig sein könnten. Aus diesem Grunde haben wir zum heutigen Gespräch zwei Teilnehmer geladen, die gewissermaßen als „Veteranen der Familiengerichtsbewegung“ gelten können sowie zwei Spezialisten nichtjuristischer Disziplinen, die Anregungen zu den beiden großen Teilbereichen der Vormundschaftsgerichtsbarkeit geben könnten: zum Kindeswohl einerseits und zum Interesse psychisch kranker, behinderter, insbesondere alter Menschen andererseits.

Ich darf Ihnen die Teilnehmer kurz vorstellen:

Herr Dr. Peter Eschweiler ist Vorsitzender Richter eines Familiensenats am Frankfurter Oberlandesgericht. Er war lange Jahre Fortbildungsreferent im Hessischen Justizministerium und ist selbst lange Teilnehmer einer Balintgruppe für Familien- und Vormundschaftsrichter gewesen.

Herr Dr. Alex Holder ist psychoanalytischer Therapeut für Kinder

und Jugendliche und Leiter der entsprechenden Forschungs- und Ausbildungsabteilung des Michael Balint-Instituts in Hamburg. Herr Holder war lange tätig an der Londoner Hampstead-Klinik, jener psychotherapeutischen Einrichtung für Kinder und Jugendliche, die von Anna Freud gegründet und lange geleitet wurde. Aus Herrn Holders Publikationen können Sie im übrigen alles das erfahren, was Sie schon immer über Psychoanalyse wissen wollten: Er ist Mitautor eines Buches über „Grundbegriffe der psychoanalytischen Therapie“, das demnächst in neuer Auflage erscheint. Herr Holder ist auch als Gutachter in familienrechtlichen Fragen mit der gerichtlichen Szene bekannt.

Herr Dr. Wolf Crefeld ist hier bereits wohlbekannt. Er ist Psychiater und Professor an der Fachhochschule für Sozialarbeit in Bochum. Herr Crefeld war langjähriger Leiter des sozialpsychiatrischen Dienstes der Stadt Bochum. Als Gutachter ist er mit der gerichtlichen Szene wohlvertraut. Darüber hinaus auch durch seine sehr grundsätzlichen Ausführungen, Anregungen und Forderungen an den Dialog zwischen Richter und Gutachter publizistisch bekannt geworden.

Herrn Hans-Erich Jürgens muß ich Ihnen nicht besonders vorstellen. Herr Jürgens ist Vormundschaftsrichter am Amtsgericht in Hamburg – einer der Gründungsväter des Vormundschaftsgerichtstages und eben auch einer der frühen aktiv Beteiligten am Familiengerichtstag. Herr Jürgens ist darüber hinaus – wie Sie alle wissen und hier wieder erfahren haben – Experte für eine Art Fortbildung, die den seltenen Vorzug hat, vergnüglich zu sein, ohne den Ernst der angesprochenen Probleme vergessen zu lassen.

Ich selbst fühle mich zur Hälfte den Juristen zugehörig und zur anderen Hälfte den Nichtjuristen. Ich versuche, Studenten der Sozialpädagogik und Jurastudenten an der Frankfurter Universität beizubringen, was ich für Familienrecht, Jugendhilferecht und Sozialhilferecht halte. Daneben bin ich praktizierende Psychoanalytikerin. Meine familienrechtlichen Forschungsinteressen galten in früheren Jahren vor allem den Kindesrechten und gelten in den letzten Jahren verstärkt den Rechten psychisch kranker und alter Menschen, insbesondere auch im Zusammenhang mit der Reformgesetzgebung.

Meine Damen und Herren, eine gewisse Einseitigkeit in der Zusammensetzung dieses Podiums wird Ihnen nicht entgangen sein: aus den beteiligten juristischen Berufsgruppen sind nur Richter vertreten, nicht Rechtspfleger, nicht Rechtsanwälte. Aus den kooperierenden Disziplinen sind wiederum nur Psycho-Fachleute hier, nicht Soziologen, nicht Sozialarbeiter, nicht Pädagogen und nicht Allgemeinärzte, obwohl alle diese Gruppen Wesentliches beizutragen hätten. Schon der zeitliche Rahmen heute macht freilich eine enge Beschränkung erforderlich. Gleichwohl gibt es meiner Meinung nach für die Konzentration auf das Gespräch mit Psychologen und Psychiatern gute Gründe. Lassen Sie

mich dies kurz erläutern und damit meinen inhaltlichen Beitrag zum Gespräch heute leisten. Ich sehe insbesondere drei Gründe.

1. Von einer Reform des Vormundschaftsrechts, so gut sie auch gesetzlich formuliert sein mag, sind keine wirklichen Änderungen zu erwarten, wenn es nicht gelingt, das Verständnis für die Lebenssituation psychisch kranker und behinderter Menschen zu erweitern und zu vertiefen, ja zum Teil erst neu wachsen zu lassen. Dabei ist es nötig, die unterschiedlichen Akzente, die von Recht und Therapie gesetzt werden, im Einzelfall sinnvoll miteinander zu verbinden. Nicht die *Zahl* der Anhörungen, die zweifellos gesteigert werden muß, wird ja letztlich für den Einzelnen entscheidend sein, sondern *wie* angehört wird. Nicht die *Zahl* der erstatteten Gutachten – auch sie muß steigen – bringt dem Einzelnen Vorteil, sondern es kommt darauf an, *wie* die Gutachten erstattet werden und ob sie verständig und kritisch verarbeitet werden können. Insoweit sind die Erfahrungen aus der Familiengerichtsbarkeit gerade mit Anhörungen und Gutachten sehr aufschlußreich.

2. Ein zweiter Grund für die Konzentration auf die psychologische Disziplin liegt, meiner Meinung nach, in den besonderen Bedingungen für einen sinnvollen Austausch und eine sinnvolle Fortbildung. Während sich wichtige Elemente soziologischen, medizinischen, auch ökonomischen Wissens durchaus in Vorträgen, Vorlesungen, Lektüre, das heißt intellektuell vermitteln lassen, gilt dies nicht in gleicher Weise für psychologisches Wissen, jedenfalls dann nicht, wenn es dazu verhelfen soll, Menschen, über die zu entscheiden ist, besser zu verstehen. Gerade, wenn es um das Verstehen von Verhaltens- und Erlebensweisen geht, die spontan „fremd“ anmuten, d. h. also, um das Verhalten und Erleben von Kindern, alten Menschen, psychisch kranken oder auch nur sozial anders lebenden Menschen, kann das abstrakte Wissen, die theoretische Kategorie nur zu leicht zum Schematismus werden, mit dem die Irritation, mit dem die Bedrohung durch das Fremdartige abgewehrt wird.

Schematische Klassifizierung ist aber das Gegenteil von individuellem Verstehen. Diese Gefahr geht freilich von jeder theoretisch ausdifferenzierten Diagnostik aus, ohne daß wir deshalb darauf verzichten können. Ihr entgegenzuwirken ist nur möglich, wenn es gelingt, Anknüpfungspunkte für das Verstehen des Fremden im eigenen Erleben zu finden, das eine Brücke schlägt zur Einfühlung in den anderen. Dies zu lernen ist möglich und reizvoll. Es setzt freilich die Bereitschaft voraus, die Bezüge zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung genauer zu ergründen, sich auch zu konfrontieren mit den eigenen Wahrnehmungseinengungen, -verzerrungen, also gewissermaßen den blinden Flecken, die die Einfühlung fehlleiten können. Die Annäherung an eine solche Verstehensweise ist auf verschiedene Weise möglich. Eine Möglichkeit, ein technisches Verfahren sozusagen, das mir für eine solche Art von

Fortbildung besonders geeignet erscheint, ist die bereits mehrfach erwähnte Balint-Gruppe. Michael Balint, ein ungarischer, in London praktizierender Psychoanalytiker, entwickelte diese Arbeitsform in Zusammenarbeit mit Allgemeinärzten, denen es darum ging, die psychischen Rahmenbedingungen der somatischen Erkrankungen besser zu verstehen, mit denen Patienten in ihre Praxis kamen, ohne daß sie deshalb Psychologie- oder Psychotherapieausbildungen machen wollten. Die Methode geht von der gemeinsamen Betrachtung und Reflexion einzelner Fallschilderungen aus, die Kollegen in einer von einem Psychoanalytiker angeleiteten Arbeitsgruppe vortragen. Das Gespräch in der Arbeitsgruppe bezieht die Gefühlsreaktionen des behandelnden Arztes aber auch der übrigen Gruppenmitglieder mit ein, um die Arzt-Patienten-Beziehung besser zu verstehen und um den Orientierungsrahmen des Arztes für die Behandlung zu erweitern. Balint-Gruppen gibt es inzwischen für Lehrer, für Pfarrer und eben auch für Juristen, z. B. in Frankfurt und Hamburg. Es braucht für diese Arbeit ein besonderes, auch längerfristiges Engagement. Wenn die Arbeit gut gelingt, bietet sie freilich dem Einzelnen auch mehr als nur berufliche „Qualifizierung“, sie ermöglicht auch eine Erweiterung des Selbstverständnisses.

3. Ein dritter Grund für die Notwendigkeit gerade des juristisch-psychologischen Dialoges liegt in einer etwas traurigen Aktualität. Die psychologische Gutachterpraxis im Familienrechtsverfahren ist öffentlich ins Gerede gekommen – und nicht zu Unrecht, wie ich meine. Im Mittelpunkt stehen dabei, wie wir alle aus den einschlägigen Medienveröffentlichungen wissen, die Gutachten im Sorgerechtsverfahren für Kinder. Die in den letzten Jahren enorm gewachsene Bereitschaft von Richtern zur Einholung psychologischer Gutachten und das ebenso in jüngster Zeit enorm gestiegene Interesse von Psychologen an der Gutachtertätigkeit haben ja einen unverkennbaren Zuwachs an Sensibilität in familienrechtlichen Verfahren gebracht. Sie ist ablesbar an einem ganz neuen Stil und Differenzierungsgrad familienrechtlicher Entscheidungsbegründungen – sogar bei Obergerichten. Der Vergleich mit Entscheidungen der frühen siebziger Jahre kann nur staunen machen. Daneben aber konstellieren sich in jüngster Zeit in nicht geringer Zahl unheilvolle Allianzen zwischen unerfahrenen, psychologisch unkritischen Richtern und unzulänglich, vor allem ohne zureichenden Praxisbezug ausgebildeten Psychologen. Die Folgen sind verheerend – in erster Linie natürlich für die betroffenen Kinder und Familien, aber auch für das Vertrauen in die Tätigkeit von psychologischen Gutachtern und in die Entscheidung der ihnen allzu oft ahnungslos folgenden Richter.

Beängstigend sind nach meiner Beobachtung insbesondere folgende Tendenzen:

- Eine Simplifizierung der diagnostischen Methoden.
- Eine Reduzierung der Klärung komplexer zwischenmenschlicher

- Vorgänge und innerpsychischen Erlebens auf wenige einfache Muster, die ubiquitär verwendet werden. Solche Vereinfachungen kommen natürlich dem Orientierungsbedürfnis von Richtern, die sich in das gesamte Gebiet neu einarbeiten müssen, sehr entgegen.
- Eine Überschreitung der Gutachteraufgabe ins Dogmatisch Normative. Gutachter beschränken sich nicht auf die Beschreibung und Erklärung psychischer Befindlichkeiten, Beziehungen, Bindungen und Gefühle, sondern sie unterscheiden apodiktisch zwischen „richtigen“ und „falschen“ Bindungen, Gefühlen und Verhaltensweisen. Verblüffend ist dabei eine Koinzidenz solcher Aussagen in Form und Inhalt mit einem juristischen Positivismus, den man im Familienrecht überwunden glaubte. Konkret: „Richtige Bindungen“ sind danach in aller Regel nur die Bindungen in und mit der biologischen Familie und in biologischer Anordnung.
  - Ein therapeutischer Wunderglaube von Gutachtern, der meint, auch schwierigste Situationen durch psychotherapeutische Begleitung so weit harmonisieren zu können, daß harte juristische Entscheidungen überflüssig werden. Standardformulierungen gehen dahin, daß ein Eingriff zugunsten des Kindes nicht nötig sei (z. B. eine Besuchsregelung oder eine Familientrennung), daß vielmehr die Eltern oder andere Beziehungspersonen der Kinder lernen müßten, anders zu sehen, zu verstehen, zu akzeptieren usw. Daß die Beteiligten dies nicht nur „müssen“, sondern auch „können“, scheint durch die angebotene oder geforderte psychotherapeutische Begleitung zwanglos gewährleistet. Auch diese Tendenz ist so gefährlich wie sie unrealistisch ist, insbesondere für den neu in diesem Bereich Tätigen. Welcher Richter kennt denn nicht den tiefen Wunsch angesichts schwierigster menschlicher Konfliktsituationen, den betroffenen Menschen, aber auch sich selbst harte Entscheidungen ersparen zu können, die – so notwendig sie sein mögen – doch immer auch verletzen, meist auch dem einen oder anderen unrecht tun. Die Versuchung, Kompromißlösungen zu akzeptieren, die scheinbar allen etwas geben, und niemandem etwas nehmen, ist daher groß, insbesondere, wenn sie mit psychologischer Fachkompetenz angeboten und „verantwortet“ wird.

Ich bin der Meinung, daß eine solche psychologische Gutachterpraxis, die freilich zum Glück keineswegs für die gesamte Szene, wohl aber in weiten Teilbereichen kennzeichnend ist, weit hinter den Stand psychologischer und familienrechtlicher Entwicklung zurückfällt. Wenn dem Einhalt geboten und ähnliche Entwicklungen bei der zu erwartenden Ausweitung der Gutachterpraxis im Betreuungsverfahren vermieden werden sollen, brauchen wir dringend eine Verständigung zwischen Juristen und Psychologen bzw. Psychiatern über elementare Voraussetzungen der Gutachtenerstattung und über den Stand theoreti-

schen und klinischen Wissens, der die Gutachtenerstattung prägen und ihre kritische Verarbeitung ermöglichen sollte.

Ich bitte nun die übrigen Podiumsteilnehmer, das Wort zu ergreifen, zunächst Herrn Eschweiler mit einem Rückblick auf die familiengerichtlichen Erfahrungen, dann Herrn Holder und Herrn Crefeld mit Anregungen aus der psychologischen bzw. psychiatrischen Perspektive und schließlich Herrn Jürgens mit einem Ausblick auf die Perspektiven für den Vormundschaftsgerichtstag.



## PRESSEERKLÄRUNG DES 1. VORMUNDSCHAFTSGERICHTSTAGES

1. Der Vormundschaftsgerichtstag (VGT) fordert die Reform des Vormundschafts- und Pflegschaftsrechts als Beitrag zur Humanisierung der Lebensverhältnisse von alten, gebrechlichen, psychisch kranken und geistig behinderten Menschen. Er begrüßt nachdrücklich den Entwurf eines „Betreuungsgesetzes“ (BtG-E) in seinen Grundpositionen.
2. Besonders die Vormundschaftsgerichte sind aufgerufen, Mißstände nicht weiter hinzunehmen, sondern aktiv zu werden.
3. Eine mehr auf die Bedürfnisse der Betroffenen ausgerichtete Hilfe ist nur zu verwirklichen, wenn die finanziellen Mittel für eine deutlich bessere personelle und sachliche Ausstattung der beteiligten Institutionen bereitgestellt werden.
4. Der Aufbau eines gemeindenahen psychosozialen Versorgungssystems ist notwendig.  
Der weitere Abbau von Betten in psychiatrischen Großkrankenhäusern könnte hierzu ein Mittel sein.  
Das derzeitige Finanzierungssystem in diesem Bereich wirkt als Hemmschuh.
5. Längst überfällig ist im Bereich von Vormundschaft und Pflegschaft die Hinwendung zu mehr persönlicher Betreuung. Bereits jetzt ist eine zentrale Frage der Umsetzung die Gewinnung von zusätzlichen Vormündern und Pflegern. Sie wird es erst recht nach Inkrafttreten des Betreuungsgesetzes sein.
6. Das massenhafte Angurten am Bett, Gitterbetten, Schutzdecken, Trickschlösser sind weder medizinisch noch pflegerisch zu rechtfertigen.  
Unumgängliche Maßnahmen zum Schutz der Patienten und Heimbewohner vor sich selbst bedürfen einer richterlichen Genehmigung.
7. Eine Zwangsbehandlung darf vor einer richterlichen Anhörung nur erfolgen, wenn sie zur Erhaltung des Lebens akut notwendig ist. Im Strafverfahren ist ein Verdächtiger solange unschuldig, wie es Zweifel an seiner Schuld gibt.  
Um so mehr muß der Betroffene im vormundschaftsgerichtlichen Verfahren so lange als gesund gelten wie dies nicht zweifelsfrei widerlegt ist.

Wird jemand zwangsweise in ein Krankenhaus gebracht, sollte er innerhalb von 24 Stunden von einem Richter angehört werden.

8. Die Bestellung eines Rechtsbeistandes muß im vormundschaftsgerichtlichen Verfahren der Regelfall sein.  
Dieser kann dazu beitragen, unnötige und zu aufwendige Betreuung zu vermeiden.  
Die Gutachten im Verfahren sind häufig unzulänglich, das soziale Umfeld wird fast nie einbezogen.  
Deshalb ist neben dem sorgfältigen psychiatrischen Gutachten gleichrangig ein Sozialgutachten einzuholen.
9. Der gegenwärtigen unkontrollierten Praxis der Sterilisation geistig Behinderter ist durch eine gesetzliche Regelung entgegenzutreten.  
Die Sterilisation Minderjähriger ist zu verbieten.  
Der Vormundschaftsgerichtstag hat sich mehrheitlich für ein Sterilisationsverbot bei Erwachsenen ausgesprochen.  
Eine Minderheit möchte Ausnahmen von einem Verbot nach einem restriktiven Indikationskatalog zulassen.
10. Die Teilnehmer des 1. Vormundschaftsgerichtstages haben die Erfahrung gemacht, daß die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Vormundschaftsrichtern, Psychiatern, Psychologen, Sozialarbeitern, Pädagogen, Altenpflegern, Rechtspflegern, Rechtsanwälten und verwandten Berufsgruppen intensiviert, ausgebaut und weiterentwickelt werden muß.

## STATT EINES NACHWORTS

Richter am Amtsgericht Hans-Erich *Jürgens*, Hamburg

„Kennst Du das Land, wo die Zitronen blühn?“

Vormundschaftsrichter/innen erleben die „Psicatria Democratica“ Italiens in der Toscana – eine mit den Verhältnissen der italienischen Psychiatrie vertraute Sozialarbeiterin hat uns eine tolle Reise vermittelt. Am 20. 11. 1987 besuchen wir das Zentrum für gemeindenaher Psychiatrie in Livorno, einer Hafenstadt von 200 000 Einwohnern. Gastgeber sind Prof. Dr. Pastore und seine Mitarbeiter.

Das Zentrum, eins von dreien in der Stadt, ist in einer großen, alten, zweckmäßig hergerichteten Villa mit freundlichen grünen Fensterläden untergebracht, nahe dem städtischen Krankenhaus. Es liegt in einem etwas wüsten, parkartigen Gelände, das frei zugänglich ist. Wir sitzen im Kreis auf einem gepflasterten Platz in der milden Novembersonne. Prof. Pastore berichtet über seine Arbeit, assistiert von einem sprach- und sachkundig dolmetschenden Nervenarzt aus Hamburg. Von einem mit einer halb verfallenen hochherrschaftlichen Mauer eingefassten Teich kommen laut quakend dicke weiße Enten herbeigewatschelt. Ein neben mir sitzender Krankenpfleger raunt mir entschuldigend zu: „Sono curiosi!“ So sind sie nun einmal, die Enten.

Durch den Garten stürmt, kreuz und quer laufend, ein Klagelaute ausstoßendes, halbwüchsiges Mädchen, sie umrundet mehrmals unseren Kreis. Sie tänzelt zu einer auf einem Baum an langen Seilen installierten Schaukel und schwingt sich juchzend hoch in die Lüfte. Abrupt springt sie ab und läuft mit tapsigen Sprüngen, trotzig singend auf unsere Gesprächsgruppe zu. Ich erkenne das Lied: „bandiera rossa, la voliamo si ...! Plötzlich verzerrt sich das Gesicht des Mädchens, sie schreit: „La guerra e male, maledetta la guerra, viva la pace, viva la libertà.“ Schließlich schmeißt sie sich, von Weinkrämpfen geschüttelt, auf den Boden. Ein Pfleger, in Jeans mit rotem Pullover, kommt aus der Villa herbei, beugt sich zu ihr nieder, spricht begütigend auf sie ein, will sie umarmen; sie reißt sich wieder los, rennt auf uns zu, mit Angstschreien: „Tedeschi, fascisti, andate al diavolo!“

Mit großer Freundlichkeit, fast Fröhlichkeit – die Wachsamkeit ist kaum spürbar – behalten unsere Gesprächsteilnehmer das Mädchen im Auge.

Der Bericht von Pastore geht ungestört weiter: „Das Zentrum für gemeindenaher Psychiatrie (Unità Sanitaria Locale, Servizio Igiene Menta-

le = USL) ist personell mit 5 Psychiatern, 5 Schwestern bzw. Pflegern sowie einem Psychologen besetzt. Es verfügt, in der Villa, über 10 Krankenbetten für die freiwillige Kurzzeit-Behandlung von Patienten; dadurch werden viele Krankenhausaufenthalte vermieden. Den 3 USL sind 15 Betten (von 1200) im Städtischen Krankenhaus zugeordnet, die auf alle Stationen verteilt sind, es gibt keine besondere psychiatrische Station.

Hervorzuheben ist, daß in Italien die Kranken durchgehend von einem Psychiater der USL betreut werden, d. h. wenn sie in ihren Familien leben, wenn sie die Ambulatorien aufsuchen müssen oder wenn stationäre Krankenhausbehandlung erforderlich wird; dadurch kann ein persönlich gewachsenes Vertrauensverhältnis von Arzt zu Patient hergestellt werden. Das Vorgehen des Psychiaters besteht in einer Beziehungsaufnahme zu dem Patienten; er bemüht sich um das Wiederknüpfen des bisherigen Netzes sozialer Beziehungen, stellt den Kontakt zu Lebenspartnern, Verwandten, Freunden, Arbeitgebern und Hausärzten des Patienten her. Es zeigt sich, daß niemand so völlig „verrückt“ ist, daß er außerhalb jeglicher Realität steht; es läßt sich immer ein Realitätsrest beim Patienten feststellen, über den der Psychiater Zugang zu ihm hat.

Im Zentrum erfolgt die ambulante Behandlung der Patienten; es werden therapeutische Gruppen gebildet. Die Kranken können sich tagsüber im USL aufhalten, sie können dort auch Mahlzeiten bereiten oder einnehmen. Die Familienangehörigen-Initiativen arbeiten in Livorno eng mit den USL zusammen (das ist andernorts nicht immer gewährleistet). Die Psychiater definieren die psychische Erkrankung des Patienten als Reaktion auf seine persönliche und gesellschaftliche Situation. Nur in Anknüpfung daran können Therapie geplant und Heilung erreicht werden.“

Die Enten sind unterdessen beruhigt auf ihren Teich zurückgekehrt. Eine alte Frau, mit dickem Wintermantel und wirren Haaren, läuft, beständig rauchend, im Garten ziellos hin und her. Ein Pfleger aus unserem Kreis winkt ihr ermutigend zu. Das Mädchen, das eben noch angstvoll geschrien hatte, hat jetzt einen Sportanzug an, läuft munter zu der alten Frau und umarmt sie heftig. Ein alter Mann steht am Teich, beugt sich mühsam zu den Enten herab, um sie zu streicheln. Junge Katzen tollten zwischen den Autos der Mitarbeiter auf dem Parkplatz herum.

Zum Mittagessen, vom Besten, werden wir von Prof. Pastore in die Kantine des Schwesternhauses eingeladen.

Nachmittags gehen wir in eine Wohngemeinschaft für jugendliche Patienten, die 6 Plätze hat. Die Betreuung erfolgt im 24-Stunden-Schichtdienst. Die Wohnung ist hübsch eingerichtet, gemütlich – normal. Die Patienten haben mehrjährige Aufenthalte in einer psychiatrischen Klinik hinter sich; sie wirken zufrieden, trinken mit uns Kaffee.

Arzt und Pflegerinnen gehen freundschaftlich mit ihnen um. Therapeutisches Ziel ist die völlige Verselbständigung. Die Nachbarschaft, mit der die Betreuer guten Kontakt halten, reagiert problemlos.

In der Abschlußbesprechung erfahren wir, daß die USL nur psychisch Kranke, nicht dagegen Drogenabhängige oder Alkoholranke betreut. In Italien werden demente, alte Menschen fast nie zwangsuntergebracht. Sozialstationen kümmern sich um ihre Probleme. Bedürfen sie der Pflege in einer betreuten Einrichtung, nehmen die Psychiater sie so lange Zeit, bis sie die Patienten von der Notwendigkeit der Heimunterbringung – evtl. nach Besichtigung des Heims – überzeugt haben.

Auf die besorgte Frage eines Vormundschaftsrichters, ob nicht zum Wohle der Betroffenen auch Zwangsunterbringungen nötig sein könnten, entgegnet Pastore:

„Geschlossene Unterbringung ist immer das Schädlichste für die Patienten. Richter dürfen sich nicht zu heimlichen Kontrolleuren bezüglich der angeblichen Gefährlichkeit der Patienten entweder für sich selbst oder für die Gesellschaft machen lassen. In Deutschland könnten die Richter durch Verweigerung von Unterbringungsentscheidungen Einfluß nehmen. Es ist ihre Aufgabe, den Staat dazu anzuhalten, andere Betreuungsmöglichkeiten, ohne Zwangseingriffe, zu schaffen. Richter sollten sich nirgendwo zum Vollstrecker allgemeiner Sicherheitsgedanken machen lassen; sie haben sich an den konkreten Bedürfnissen der betroffenen Bürger zu orientieren.“

Diese Worte des erfahrenen Psychiaters Pastore klingen uns Vormundschaftsrichtern seitdem in den Ohren. Wie sieht es bei uns aus: Fehlende ambulante psychiatrische Versorgung, mangelnde Abstimmung und Kooperation zwischen sozialen Diensten, dem Bezirk und Krankenhauspsychiatrie, zwischen Krankenhaus und niedergelassenem Arzt. Der Kranke stört eben, er wird von einer Institution achselzuckend an die nächste weitergereicht, wenn jeweils die Kostenträger ermittelt sind, irgendwann wird er schon im Pflegeheim landen, dann herrscht wenigstens Ruhe, notfalls wird die Tür (zur Außenwelt) endgültig verschlossen mit Hilfe eines vormundschaftsgerichtlichen Unterbringungsbeschlusses zum Wohl des Betroffenen.

Wenden wir uns wieder unseren Studien in Italien zu. Die Organisation der USL, wie wir sie in Livorno und an anderen Orten der Toscana kennengelernt haben, ist Teil der italienischen Psychiatrie-Reform von 1978. Mit dem Gesetz Nr. 180 wurde die allmähliche Schließung der großen Krankenanstalten (Manicomi) angeordnet. Die dort herrschenden Mißstände (von baulichen Mängeln, Unterbringung in großen Schlafsälen, katastrophalem Personalmangel und mangelnder Qualifikation von Ärzten und Pflegern bis hin zur menschenunwürdigen Fesselung und Zwangsjacken sowie Elektroschockbehandlung) waren von fortschrittlichen Psychiatern (z. B. Basaglia) in die Öffentlichkeit getra-

gen worden. Sie fingen an, die Anstalten von innen zu reformieren, orientiert an den Ideen der angelsächsischen Schule von therapeutischer Gemeinschaft und Gemeindenähe der ärztlichen Hilfe. Die Reformarbeit wurde in Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal und den Kranken versucht. Die politischen und kulturellen Veränderungen der 60er und 70er Jahre bildeten einen guten Nährboden für diese Ideen, so daß die von der Linken betriebene Gesetzesreform schließlich gegen den Widerstand der organisierten Ärzteschaft und der Gewerkschaft mit Unterstützung der bürgerlichen Parteien durchgesetzt werden konnte.

Das Gesetz Nr. 180 hat die nach dem Erstattungsprinzip arbeitenden Krankenkassen enteignet und ihre Mittel regionalen, staatlichen Fonds übertragen. Die vom Staat übernommene Gesundheitsvorsorge wird finanziert über für diesen Zweck bestimmte Sozialabgaben. Die Zentralregierung weist jährlich den Fonds der Regionen die Mittel für die Gesundheitsvorsorge zu; die einzelne Region bestimmt die Verwendung innerhalb der verschiedenen Bereiche gesundheitlicher Vorsorge je nach politischen Mehrheiten.

1980 waren noch 100 000 Patienten in geschlossenen Einrichtungen untergebracht, 1987 nur noch knapp 40 000, davon etwa 10 000 in privaten Einrichtungen. In den nördlichen Regionen sind die kommunalen psychiatrischen Dienste am weitesten ausgebaut, zu über 50%. Entsprechend gibt es nur noch wenige Zwangsunterbringungen. In der Region Toscana, in der seit 17 Jahren eine stabile linke Mehrheit regiert, ist seit 1980 niemand mehr auf Dauer in eine psychiatrische Einrichtung zwangseingewiesen worden.

Das Gesetz Nr. 180 geht davon aus, daß ein Psychiater allein nicht helfen kann, weil die psychische Erkrankung die Reaktion auf das persönliche und soziale Umfeld eines Patienten darstellt. Die Gesellschaft trägt infolgedessen Verantwortung dafür, daß der Kranke nicht ausgegrenzt werden darf.

Grundregel ist, daß psychiatrische Behandlung nur auf freiwilliger Basis erfolgen darf. Die Voraussetzungen für eine Zwangsbehandlung sind außerordentlich eng gefaßt:

1. Es darf keine andere Möglichkeit der Behandlung bestehen, d. h. es müssen alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft werden – der Kranke muß eine freiwillige Behandlung, z. B. mit Medikamenten, beharrlich ablehnen.
2. Der einweisende Arzt muß einen Antrag stellen. Der bei den psychiatrischen Diensten angestellte Arzt muß ein zweites Gutachten erstellen und begründen, warum eine freiwillige Behandlung nicht mehr in Frage kommt.
3. Die Anordnung der Zwangsbehandlung obliegt dem örtlichen Bürgermeister.

4. Die Zwangsbehandlung darf nicht länger als 7 Tage dauern; sollte ausnahmsweise eine längere Behandlung erforderlich sein, so ist ein neues Verfahren, wie zu Ziff. 1. bis 3. geschildert, einzuleiten.
5. Der Bürgermeister hat dem Vormundschaftsgericht von der angeordneten Zwangsbehandlung Mitteilung zu machen. Der Vormundschaftsrichter prüft die Anordnung auf ihre Gesetzmäßigkeit; er kann die Zwangsbehandlung jederzeit abbrechen.
6. Der Bürgermeister hat die Anordnung der Zwangsbehandlung seinem Gemeinderat mitzuteilen und sie auf die Tagesordnung der nächsten Ratssitzung zu setzen.

Mit dieser Regelung ist Öffentlichkeit der Anordnung einer Zwangsunterbringung hergestellt und das Problem individueller Krankheit mit der Folge anschließender Freiheitsberaubung zu einem politischen Problem gemacht worden. Die nach dem Gesetz mögliche gerichtliche Kontrolle findet nicht statt. Unseren Richterkollegen in Florenz und Mailand war in der Praxis kein einziger Fall bekannt, in dem ein Gericht eine Zwangsbehandlung abgebrochen hätte.

Bemerkenswert ist, daß das von uns häufig angesprochene, aus dem Polizeirecht stammende Element der Fremdgefährdung in Italien nicht Grundlage einer Zwangseinweisung sein kann. Es führt dort nach allgemeinen Vorschriften zu evtl. notwendigem polizeilichen Eingreifen. Im übrigen definierten unsere Gesprächspartner das Merkmal der Fremdgefährdung als das Problem der (Gesunden) sich gefährdet Glaubenden, das diese durch realitätsgerechtes Verhalten ihrerseits zu lösen hätten.

Mit dem Gesetz Nr. 180 wird versucht, das Leiden an psychischer Krankheit aus dem Abseits zurückzuholen und der Gesellschaft zur Behandlung/Heilung zurückzugeben. Z. B. werden psychiatrische Patienten in allgemeinen Krankenhäusern von Krankenschwestern ohne spezielle Vorbildung in psychiatrischer Krankenpflege betreut. Es wird deswegen nicht für sinnvoll angesehen, in den Schulen Klassen für Lernbehinderte einzurichten, Behindertenwerkstätten aufzubauen oder Freizeittreffs für psychisch Kranke einzurichten. In der Schule, am Arbeitsplatz, im Freizeitbereich sollen die Kranken integriert werden. Das kann für die Gesellschaft einen Lerneffekt haben dahingehend, die Regeln des Zusammenlebens mitmenschlicher zu gestalten und die Arbeitsnormen der Leistungsgesellschaft in Frage zu stellen.

Geistig behinderte Menschen sind von dem Reformgesetz bisher formell nicht betroffen, sie leben überwiegend noch in Langzeiteinrichtungen. Frau Dr. Basaglia, die Witwe des Reformpsychiaters, selbst Soziologin und Psychiaterin, unsere Gesprächspartnerin in Venedig, hat als Senatorin für Venetien kürzlich in Rom einen Gesetzentwurf einge-

bracht, der auch für geistig Behinderte die Anstalten in Richtung auf Wohngemeinschaften öffnen soll. Auch Drogenabhängige und Alkoholiker werden bisher von den Zentren für gemeindenahe Psychiatrie nicht betreut. Schließlich ist die Gesetzesreform von 1978 auch an den ca. 1500 im Maßregelvollzug untergebrachten, schuldunfähigen Straftätern vorbeigegangen, die nach wie vor in großen kriminalpsychiatrischen Einrichtungen untergebracht sind. Diese Anstalten sind wie Gefängnisse organisiert, psychiatrische Behandlung findet dort nicht statt. Sie sind dem zentralen Justizressort und nicht dem Gesundheitsressort der jeweiligen Region unterstellt. Die Region der Toscana versucht, eine der großen Anstalten dieser Art von innen heraus dadurch zu reformieren, daß sie es durch Vertrag mit dem Justizministerium übernommen hat, das ärztliche und pflegerische Personal in der Anstalt auszuwählen und zu besolden.

Die imponierende Reform der Psychiatrie in Italien ist regional noch sehr unterschiedlich weit durchgeführt; 1984 waren noch 8 Millionen Italiener ohne gemeindenahe psychiatrische Betreuung. In Rom gibt es nur 45 psychiatrische Betten in allgemeinen Krankenhäusern; gleichzeitig befinden sich aber 50% aller privaten Krankenhäuser Italiens im Raum um Rom.

Seit 1980 haben – in einer veränderten politischen Landschaft – Widerstände gegen das Gesetz Nr. 180 zugenommen. Durch Gesetzesänderungsanträge ist in den vergangenen 4 Jahren zwölfmal versucht worden, die Zwangseinweisung wegen Störung der öffentlichen Ordnung wieder einzuführen. Politische Polemik wirft den Reformpsychiatern vor, daß sie politisch seien, es ihnen aber an Wissenschaftlichkeit im Sinne klassischer Psychiatrie fehle. Psychiater der USL werden wegen des Vorwurfs unterlassener Hilfeleistung unter Anklage gestellt, wenn es zu einer tragischen Eskalation psychischer Krankheit kommt.

Dennoch sind die Auswirkungen der Reform unübersehbar: Sie hat offengelegt, daß die Psychiatrie klassenspezifisch vorgegangen war, für die armen Kranken waren die Manicomi mit ihren Zwangsjacken bestimmt, die wohlhabenden konnten sich in Privatpraxen und Privatkliniken heilen lassen. Die Klassenschanke in der Psychiatrie wird auch von den reaktionärsten Gegnern der Reform nicht wiederaufgebaut werden können, sie ist zu anstößig.

Die großen Anstalten alten Stils werden allerorten abgeschafft und auch in Italien nicht wieder ihre verhängnisvolle Funktion übernehmen können, Kranke einzusperrern und auszugrenzen und zu deprivieren. Nicht unbedingt, weil sie „in“ waren, sondern weil sie viel zu teuer sind. Die Praxis der 10jährigen Reform in Italien hat anhand von Wirtschaftlichkeitsgutachten klar gezeigt, daß die Kosten der gemeindenahe ambulanten psychiatrischen Versorgung wesentlich geringer sind als der Betrieb großer psychiatrischer Anstalten.

Die Prozedur der Zwangsunterbringung ist hinsichtlich ihrer polizeilichen Zielsetzung entlarvt worden; die Definition der Zwangseinweisung als politisch zu verantwortende und medizinisch zu begründende Entscheidung der Gesellschaft zum Zwecke der Behandlung des Betroffenen wird wegen ihrer demokratisch-humanitären Prägung schwer zu erschüttern bleiben.

Im italienischen Licht betrachtet, kann man als Vormundschaftsrichter die rauhe Wirklichkeit der Psychiatrie im eigenen Land nur schwer ertragen. Die Psychiatrie-Enquête von 1975 hat weitgehend nur zu baulichen, kosmetischen Verbesserungen geführt. Nach wie vor dominiert die Drehtür-Psychiatrie. Die Personalnot macht hohe Medikation und Fesselung schwerkranker Patienten fast unvermeidbar; es fehlen nach Berechnung der Klinikchefs ca. 10 000 qualifizierte Mitarbeiter, um eine angemessene Minimalversorgung zu garantieren, weitere 10 000, um therapeutisch arbeiten zu können. Nur ansatzweise ist es zu wirklichen Reformschritten gekommen. Immerhin: An Allgemeinkrankenhäusern gibt es z. Zt. ca. 80 psychiatrische Abteilungen; die Zahl der Tageskliniken, in deren Bezirken überall die Zahl der Zwangseinweisungen drastisch zurückging, ist auf 130 gestiegen; 80 Übergangsheime bieten z. Zt. ca. 3000 Plätze an; Wohngemeinschaften bestehen mit weiteren 3000 Plätzen (die Zahlen sind zitiert nach Ernst Klee, in „Die Zeit“ vom 2. 9. 88). Aber: Was ist damit geschafft angesichts 100 000 psychisch Kranker, die in 240 psychiatrischen Krankenhäusern leben, von denen 100 immer noch Großkrankenhäuser sind?

Eine Reform kann bei uns nicht zustandekommen, solange die sozialen Besitzstände der Krankenkassen und kassenärztlichen Vereinigungen politisch nicht zur Disposition gestellt werden. Die Behandlungsmonopole der Landeskrankenhäuser im stationären und der Kassenärzte im ambulanten Bereich mit ihren Einkommenssprüden behindern eine effektive psychiatrische Behandlung. Ambulante Dienste, die einen Puffer zwischen Kranken und Gesunden bzw. ein Bindeglied zwischen ambulanter ärztlicher Behandlung und stationärer Versorgung bilden könnten, fehlen weitgehend. So werden die Kranken Opfer einer zu lang dauernden vereinnahmenden Behandlung im Krankenhaus oder einer psychopharmakologisch ausgerichteten privatärztlichen Behandlung, die auch noch unverbunden nebeneinander stehen.

Eine heilsame psychosoziale Anknüpfung bleibt den Patienten bei uns verweigert. Politiker schweigen, Kommunen sind bankrott; aber, soll das alles so weitergehen dürfen? Der 1. Vormundschaftsgerichtstag wird versuchen, im Dialog zwischen Ärzten, Sozialarbeitern, Krankenpflegern und Richtern auf diese quälende Frage Antworten zu finden.