



VGT
Vormundschaftsgerichtstag e.V.

20. WESTDEUTSCHER VORMUNDSCHAFTSGERICHTSTAG AM 27.02.2007 IN DER EV. FACHHOCHSCHULE BOCHUM

UNTER DEM THEMA " ZWANGSBEBHANDLUNG NACH DEM BESCHLUSS
DES BGH VOM 1. FEBR. 2006"

Dokumentation herausgegeben von Karl-Heinz Zander

Einleitung	2
Statement aus ärztlicher Sicht: Zwangsbbehandlung nach dem Beschluss des BGH vom 1. Febr. 2006 Dr. Ralf Bettermann, Oberarzt der Psychiatrischen Abteilung des Martin-Luther- Krankenhauses in Bochum-Wattenscheid	2
Fallbeispiel aus sozialarbeiterischer Sicht: Klaus Niel, Geschäftsführer des Betreuungsvereins der Diakonie Düsseldorf	8
AG 1: Welche Perspektiven eröffnen qualifizierte Sozialgutachten bezüglich der Betreuungsvermeidung und der Organisation "anderer Hilfen"? <i>Ulrich Görris, Betreuungsstelle des Rhein-Kreis-Neuss, Bettina Kalthoff, Betreuungsstelle der Stadt Lippstadt, Simone Kort, Sozialgutachterin und Verfahrenspflegerin, Schwerin</i>	11
AG 2: Zwangsbbehandlung und ihre Alternativen <i>Carola von Looz, Vormundschaftsrichterin am Amtsgericht Kerpen Dr. Ralf Bettermann, Oberarzt der Psychiatrischen Abteilung des Martin-Luther- Krankenhauses in Bochum-Wattenscheid</i>	12
AG 3: Standards im Unterbringungsverfahren <i>Heiner Bulkins, Sozialpsychiatrischer Dienst der Stadt Bochum Jochen Kriegeskorte, Betreuungsverein der AWO Unterbezirk Ruhr-Mitte, Bochum</i>	15
AG 4: Nägel mit Köpfen machen! Nicht nur über Qualität diskutieren - wie können wir eine bessere Politik für das Betreuungswesen durchsetzen? <i>Diskussion im Rahmen des 20. Westdeutschen Vormundschaftsgerichtstages mit Gustav Arnold, Betreuungsstelle des Kreises Borken, Veronika Barth, Bundesverband der Berufsbetreuer (BdB), Ramona Möller, Verband freiberuflicher Betreuer (VfB), Stephan Sigusch, Bundeskonferenz der Betreuungsvereine (BuKo), Kalle Zander, Vormundschaftsgerichtstag (VGT) Moderation: Wolf Crefeld, VGT</i>	16

Einleitung

Mit Beschluss vom 1.2.2006 hat der Bundesgerichtshof klargestellt, dass er eine so genannte Zwangsbehandlung, also die Überwindung des entgegenstehenden natürlichen Willens eines Betreuten, im Rahmen einer geschlossenen Unterbringung nach § 1906 BGB unter bestimmten Voraussetzungen für zulässig erachtet. Der Bundesgerichtshof hat darüber hinaus empfohlen, in geeigneten Fällen im gerichtlichen Genehmigungsbeschluss Art und Umfang der Medikation, mit der zwangsweise behandelt werden soll, festzulegen.

Der Beschluss hat seitdem für eine lebhafte und kritische Diskussion in der Literatur und bei den Verfahrensbeteiligten auch vor Ort geführt. Diese soll auf unserer Veranstaltung nach sachkundiger Einführung vertieft werden. Dabei dürfte neben juristischen Fragen auch zu erörtern sein, ob der Beschluss des BGH praktisch umsetzbar, therapeutisch wünschenswert und ethisch vertretbar ist.

In zwei Arbeitsgruppen wurde das Thema Unterbringung und Zwangsbehandlung dann auch im zweiten Teil der Veranstaltung weiter bearbeitet. Weitere Arbeitsgruppen waren den qualifizierten Sozialgutachten im Betreuungsverfahren und der Strukturreform des Betreuungsrechts gewidmet.

Der Vortrag von Hr. Dodegge liegt als Aufsatz vor in NJW 2006, 1627 ff.: Georg Dodegge, Zwangsbehandlung und Betreuungsrecht

Statement aus ärztlicher Sicht:

Zwangsbehandlung nach dem Beschluss des BGH vom 1. Febr. 2006

Dr. Ralf Bettermann, *Oberarzt der Psychiatrischen Abteilung des Martin-Luther-Krankenhauses in Bochum-Wattenscheid*

Was ist eigentlich eine **Zwangsbehandlung**? Einfach definieren ließe sie sich als eine ärztliche Behandlung gegen den (natürlichen) Willen eines Betroffenen, wobei dieser Wille (aus seinen Äußerungen oder Handlungen) erkennbar sein muss.

In der Praxis kommt es zu Zwangsbehandlungen meist wegen verschiedener **Gefahren-tatbestände**, die dann als akute Eigen- oder Fremdgefährdung beschrieben werden. Seltener, aber rechtlich und ethisch weitaus problematischer, ist die Zwangsbehandlung wegen bloßer **Behandlungsbedürftigkeit**. Auf diese Differenzierung kommen wir später zurück.

Bei dem Beschluss des BGH vom 1.2.2006 geht es um eine medikamentöse Zwangsbehandlung; damit ist eine häufige, nicht aber die einzige Form von Zwang angesprochen. **Zwang in der Psychiatrie** hat, wie Sie wissen, viele Gesichter: neben der medikamentösen Behandlung gibt es Fixierungen, mancherorts auch Isolierungen. Aber schon eine Einweisung und Unterbringung kann Zwang bedeuten. Und Patienten erleben häufig auch den Stationsalltag als Zwang: die geschlossene Tür, die Beschränkung des Ausganges, die Verpflichtung zur Therapieteilnahme.

Wo Freiwilligkeit endet und Zwang beginnt, lässt sich nicht immer objektivieren und ist abhängig von der individuellen Wahrnehmung. Schon die subtile Andeutung von Sanktionen kann Zwang verursachen. Etwa wenn der Patient einer Behandlung zustimmt, in der Hoffnung, dass ihm Ausgangsmöglichkeiten eingeräumt werden, oder dass sich seine Unterbringungsfrist verkürzt.

Einer unserer stationären Patienten, ausgestattet mit einem entsprechenden richterlichen Beschluss, holte sich zweimal täglich sein Neuroleptikum zuverlässig und pünktlich im Dienstzimmer ab. Er legte aber großen Wert darauf zu betonen, dies sei seine "**Zwangsmedikation**", auch wenn von außen kein unmittelbarer Zwang ersichtlich war, wenn seine körperliche Integrität nicht verletzt wurde. Zwang beginnt also schon da, wo Machtmittel nicht angewendet, sondern nur angedroht, in Aussicht gestellt, vielleicht nur als Möglichkeit angedeutet werden.

Diese **weiche Grenze** zwischen Freiwilligkeit und Zwang erschwert sicherlich die Operationalisierung, die statistische Erfassung, die wissenschaftliche Untersuchung von Zwang.

Die **Geschichte der Psychiatrie** ist auch, und streckenweise vor allem eine Geschichte von Zwang und Gewalt. Und doch wird diese Problematik noch immer in merkwürdiger Weise tabuisiert, in **Wissenschaft und Lehre** jedenfalls weitgehend ausgeklammert. Was ein Blick in gängige Lehrbücher unmittelbar bestätigt.

Zwang und Gewalt haben die **Vorformen heutiger Psychiatrie** in grausamer, heute nicht mehr vorstellbarer Weise bestimmt und auch das **psychiatrische Anstaltswesen** bis weit in das vergangene Jahrhundert geprägt. Seit der **Psychiatrie-Enquete** ist aber ein Prozess der Befreiung psychisch Kranker in Gang gekommen, der bis heute nicht abgeschlossen ist.

Vor allem in den **letzten zehn bis zwanzig Jahren** haben sich Veröffentlichungen zu Zwangsmaßnahmen gehäuft; "Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie" war der Titel des Tagungsberichtes der Aktion Psychisch Kranke von 1997.

Gewaltfreie Psychiatrie als Utopie

Auch wenn die "gewaltfreie Psychiatrie" eine Utopie geblieben ist, gibt es inzwischen viele Möglichkeiten, das Ausmaß von Zwang und Gewalt zu reduzieren. Welche Strukturen hierbei hilfreich sein können, möchte ich stichwortartig aus Sicht unserer Klinik darstellen.

- Zunächst benötigen wir qualifiziertes, motiviertes **Pflegepersonal**. Der Stellenplan richtet sich nach der PsychPV. Wir fördern Fachweiterbildung, Fortbildung und Supervision, bieten seit Monaten ein Deeskalationstraining an und bieten einen Rahmen von Sicherheit und Schutz, in dem auch über Ängste vor Gewalteskalationen gesprochen werden kann.
- Entscheidend ist die **Behandlungskontinuität**. Es gibt keine Aufnahmestation, alle Stationen nehmen auf und behandeln die Patienten durchgängig. Es gibt ein Bezugspflege und -therapeutensystem. Wegen des überschaubaren Versorgungsgebietes sind chronisch Erkrankte gut bekannt, durch langjährige Beziehungsarbeit besteht oft ein Vertrauensverhältnis zwischen Team und Patient.
- Alle **Stationen sind offen**. Allein für die "Schwerkranken" gibt es eine fakultativ geschlossene Station, der Umgang mit der Tür wird durch ein kriteriengestütztes Verfahren zweimal täglich festgelegt und dokumentiert.
- Bei der Behandlungsplanung legen wir Wert auf Transparenz und **Partizipation** des Patienten; nach dem Motto: Verhandeln statt behandeln.
- Wir kümmern uns, vor allem mit Hilfe unserer Sozialarbeiter, um **Vernetzung und Kooperation**, arbeiten eng zusammen mit Betreuern, Fachärzten, Selbsthilfegruppen, dem Fachdienst Betreutes Wohnen, um nur einige wichtige ambulante Dienstleister zu nennen. In Runden Tischen werden mit allen relevanten Bezugspersonen Vereinbarungen zur nachstationären Betreuung getroffen. Der Arzt des SPD wird aus unserer

Abteilung rekrutiert und nimmt regelmäßig an unserer Morgenkonferenz teil., so dass wir in der Klinik schon frühzeitig wissen, wenn sich eskalative Entwicklungen anbahnen.

- Hierdurch ist es möglich, die Qualität der ambulanten Versorgung zu verbessern, was auch zu einer Reduzierung von **Zwangseinweisungen** führt, was ein niedriges Maß an Gewalt bei stationären Aufnahmen bedeutet.

Prävention

In der lesenswerten Publikation "**Seelische Krise und Aggressivität**" aus dem Psychiatrie-Verlag wird zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention von Zwang unterschieden.

Die **primäre Prävention** soll Anlässe für Zwang von vornherein verhindern und beginnt gewissermaßen schon außerhalb der Klinik, im privaten Lebensumfeld des Patienten. Hier gilt es, Konflikte zu entschärfen, Problemlösestrategien und Umgang mit Stress zu erlernen, frühzeitig auf Krisen zu reagieren. Auch die beschriebenen Merkmale einer fortschrittlichen, sozialpsychiatrisch fundierten stationären Psychiatrie dienen der primären Prävention von Gewalt und Zwang.

Sekundäre Prävention ist gefordert, wenn es um den konkreten Umgang mit eskalativen, aggressiv getönten Situationen geht. Im Mittelpunkt steht hier die Kompetenz von Therapeuten und Pflegepersonal in den Kliniken.

Manifeste Aggression ist ja fast immer der Gipfelpunkt einer in Phasen verlaufenden **eskalativen Entwicklung**, für die es meist einen Anlass, einen Auslöser gibt.

Die **Auslösephase** ist geprägt durch Anspannung, feindselige Grundstimmung, geringe Körperdistanz, drohende Gestik, verbale Beschimpfungen, gesteigerte Lautstärke. Hier gilt es, frühzeitig die Hintergründe dieser Entwicklung zu verstehen, das emotionale Erleben anzusprechen, empathisch zu sein, aber auch klar, lösungsorientiert mit dem Angebot, passende Entlastungsangebote zu entwickeln.

Gelingt dies nicht, so kommt es in der **Eskalationsphase** zur Steigerung der Erregung, mit verbalen Drohungen, Sachbeschädigungen. In ihrer Reaktion hierauf sollten die Mitarbeiter Übersicht bewahren, prägnant und eindeutig sein, auf mögliche Konsequenzen hinweisen und beruhigende Medikamente anbieten. Um Sicherheit auch für Mitpatienten und Personal zu gewährleisten, müssen ggf. weitere Mitarbeiter hinzugezogen werden, um eine "Übermacht" herzustellen.

Kommt es trotzdem zu einer **Krisenphase** mit Verlust der Selbstkontrolle und manifester Gewalt des Patienten, müssen häufig Gegenmaßnahmen wie Zwangsmedikation, Fixierung oder Isolierung ergriffen werden. Auch diese "Mittel der letzten Wahl", die ärztlich angeordnet und begleitet werden müssen, sollten professionell erfolgen, d.h. durch eindeutiges, schnelles, geübtes, koordiniertes Handeln. Alle Schritte müssen dem Betroffenen angekündigt, Art und Dosierung verabreichter Medikamente genannt werden, Würde und Intimsphäre des Betroffenen sind zu schützen.

Die lange vernachlässigte **tertiäre Prävention** findet nach den Zwangsmaßnahmen statt. Gemeint ist die Nachbereitung der Eskalation durch Gespräche. Vor allem mit dem Betroffenen sollte das Geschehene frühzeitig nachbesprochen werden, mit einfachen Fragen: (Wie geht es Ihnen jetzt? Wie haben Sie die Situation erlebt? Was hat zu ihrer Entstehung beigetragen? Wie hätte sich die Zuspitzung vermeiden lassen? Welche konkreten Vereinbarungen können wir treffen, um zukünftig ähnliche Eskalationen zu vermeiden?). Der

Patient sollte die Möglichkeit haben, Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit, Scham und Angst zu thematisieren, um die traumatisierende Wirkung des Geschehenen zu mildern.

Nachbereitende Gespräche müssen aber auch mit den beteiligten **Mitarbeitern**, mit dem **Stationsteam**, manchmal auch mit betroffenen Mitpatienten und Angehörigen geführt werden. Sie dienen der emotionalen Verarbeitung und Entlastung, der Fürsorge, und auch, unter Einbezug leitender Mitarbeiter, der Reflexion und **kritischen Überprüfung** der getroffenen Maßnahmen, der Wirksamkeit bisheriger Strategien im Allgemeinen.

Nur in Stichworten möchte ich ergänzen, dass Prävention Gegenstand **qualitätssichernder Maßnahmen** sein sollte: nützlich sind

- regelmäßige **Fortbildungen**
- die Einrichtung eines **Qualitätszirkels**
- die Entwicklung schriftlicher **Leitlinien** und Standards
- die Sicherung der **Dokumentation**
- die Entwicklung von **Kennzahlen** (z.B. nicht nur Häufigkeit, sondern auch Dauer von Fixierungen)
- die **Veröffentlichung** dieser Zahlen
- und der **Vergleich** mit anderen Kliniken.

Dies bedeutet viel Arbeit, hieraus kann aber auch viel Motivation der Mitarbeiter erwachsen. Die Reduktion von Zwang und Gewalt sollte im Übrigen "**Chefsache**" sein, d.h. in der Abteilung Priorität genießen und von der Leitung in hohem Maße unterstützt werden.

Medikamentöse Zwangsbehandlung

Medikamentöse Zwangsbehandlung in der Psychiatrie. Um diese geht es in dem BGH-Beschluss. Und so lautet auch der Titel eines **Übersichtsartikels** in der Psychiatrischen Praxis, 2006 von Steinert und Kallert veröffentlicht, aus dem ich einige Aspekte referieren möchte.

- Zwangsmedikationen betreffen ca. **5-10 % der stationär behandelten** Patienten, v.a. solche mit der Diagnose Schizophrenie. Die Zahlen, soweit bekannt, unterscheiden sich aber von Klinik zu Klinik nicht unerheblich.
- Es wird allgemein angenommen, dass die unfreiwillige Behandlung mit Medikamenten **genauso wirksam** ist wie die freiwillige, empirische Belege fehlen aber.
- Viele Untersuchungen gibt es zur **Sichtweise der Patienten**: Zwangsmedikationen werden retrospektiv häufig zwar akzeptiert, jedoch in weniger als 20% wirklich für notwendig oder hilfreich gehalten. Mehrheitlich wird die Meinung geäußert, die Zwangsmedikation wäre vermeidbar gewesen, durch Gespräche oder Rückzugsmöglichkeiten. Häufig werden Gefühle von Demütigung oder Kränkung erinnert. Interessanterweise stimmt die subjektive Erinnerung der Patienten an die Zwangsbehandlung nicht immer mit den Fakten überein, so wie übrigens auch die pflegerische Dokumentation oft die Realität nicht abbildet.
- eine **medizinische Leitlinie** für Zwangsmaßnahmen gibt es seit 2004 in der Schweiz. In Deutschland spielen Leitlinien nur in regionalen Arbeitskreisen eine Rolle.
- Im **Vergleich der europäischen Staaten** zeigt sich rechtlich gesehen eine uneinheitliche Situation hinsichtlich der Erlaubnis von Zwangsbehandlungen. Viele Länder haben im letzten Jahrzehnt ihre Gesetzgebung reformiert. Europaweit gibt es einen Trend, die unfreiwillige Behandlung nicht mehr in der unfreiwilligen Unterbringung in psychiatrische Krankenhäuser zu implizieren, sondern gesondert zu regeln.
- In der Diskussion konstatieren die Autoren, dass es auch in Deutschland den Trend gibt, **Zwangsausübungen restriktiver** zu handhaben und mögliche Gefährdungen,

bei fehlender Behandlung, bis zu einem gewissen Grad in Kauf zu nehmen. Es wird darauf hingewiesen, dass sich ethische Gewichtungen unter dem Gesichtspunkt der Nutzen-Risiko-Abwägung mit der **Weiterentwicklung der Therapiemöglichkeiten** in Zukunft ändern werden. Gefordert wird die Erstellung von **Leitlinien**, unter Einbeziehung von Betroffenen und Angehörigen. Betont wird auch ein erheblicher **Forschungsbedarf** (v.a. bezüglich der Epidemiologie, der sekundären Traumatisierung durch Zwang, der Gründe für die erheblichen Varianz in der Praxis).

Zum BGH-Urteil

Ich komme nun zum dem BGH-Beschluss. In dem vielbeachteten Artikel von **Marschner**, "Zwangsbehandlung in der ambulanten und stationären Psychiatrie", 2005 in Recht und Psychiatrie publiziert, verneint der Autor die Zulässigkeit einer Behandlung gegen den körperlichen Widerstand eines Betroffenen im Rahmen einer Unterbringung durch den Betreuer. Diese widerspreche den Zielen des Betreuungsrechtes und der Stellung des Betreuers zu dem Betreuten. Eine Rechtsgrundlage für einen **Eingriff in das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit** sei im Betreuungsrecht nicht ersichtlich.

Eine Regelungslücke bestehe nicht, so führt Marschner aus, da (Zitat) "die Problematik der Gewaltausübung richtigerweise im **öffentlichen Unterbringungsrecht** angesiedelt ist, das entsprechende Zwangsbefugnisse bei akuten psychiatrischen Krisen regelt".

Konstruieren wir den **Fall eines jungen Mannes** mit gutem Schulabschluss, der sich seit einem Jahr zurückzieht, seine Freizeitinteressen aufgibt, Kontakte zum Freundeskreis einstellt, hinter geschlossenen Fenstern und herabgelassenen Rollläden im Zimmer auf und ab geht, gegenüber den Eltern feindselig und misstrauisch auftritt, teilweise rätselhaft spricht, Befürchtungen äußert, das Essen sei vergiftet, er werde beobachtet und ferngesteuert, wisse aber genau, wer dahinter stecke. Und der jede Möglichkeit einer medizinischen Diagnostik oder Therapie vereitelt.

Nach der **Argumentation Marschners** wäre dieser Mensch nur dann zu behandeln, wenn eine akute Krise auftritt, beispielsweise durch eine Suizidankündigung, oder bei manifester Gewalt gegen die Eltern, und dann auf dem Wege der öffentlich-rechtlichen Unterbringung. Nach den Vorschriften des PsychKG in NRW wäre aber sowohl die Unterbringung als auch die Möglichkeit einer Zwangsmedikation an die Fortdauer der akuten Krise gebunden. Entfallen die Voraussetzungen der Unterbringung, nämlich die gegenwärtige erhebliche Eigen- oder Fremdgefährdung, so wäre der Patient zu entlassen. Das PsychKG legt explizit fest, dass die fehlende Bereitschaft, sich behandeln zu lassen, allein keine Unterbringung rechtfertigt.

Es wird aber **immer Fälle** geben, wo es aus ärztlicher Sicht medizinisch und ethisch vertretbar, sogar geboten erscheint, auch bei **bloßer Behandlungsbedürftigkeit** eine Zwangsbehandlung durchzuführen.

Stellen wir uns vor, der oben **skizzierte Patient** würde durch einen Betreuer mit richterlicher Genehmigung **in unserer Klinik** untergebracht, ohne die Möglichkeit einer Zwangsmedikation. Mit hoher Wahrscheinlichkeit würde sich der Patient auch auf der Station misstrauisch zurückziehen, Erlebnisse paranoid verarbeiten, unter den Umständen des Aufenthaltes erheblich leiden. Eine Beeinflussung seiner psychotischen Befürchtungen wäre durch verbale Interventionen vermutlich nicht möglich. Wenn alle Versuche einer Motivation zur freiwilligen Behandlung scheitern, wäre unter diesen Umständen die Unterbringung medizinisch nicht mehr indiziert, ethisch und rechtlich auch nicht mehr vertretbar. Die Betreuung als solche würde ins Leere laufen.

Aus **ärztlicher Sicht** ist deshalb die **Entscheidung des BGH** vom 1.2.2006 grundsätzlich zu begrüßen.

Kritisch könnte man anmerken, dass der BGH **keine explizite richterliche Genehmigung** einer Zwangsbehandlung fordert. Stattdessen soll die präzise Beschreibung der Behandlung (einschließlich Wirkstoff, Dosierung, Verabreichungshäufigkeit etc.) schon bei der Genehmigung der Unterbringung nach §1906 BGB angegeben werden.

Aus Kenntnis der **alltäglichen Praxis** halte ich dies aber für unrealistisch. Denn es bedeutet doch, dass schon unmittelbar nach Aufnahme ein verbindlicher **Behandlungsplan** vorgelegt werden soll, manchmal unter dem **Zeitdruck** einer kurzfristig terminierten richterlichen Anhörung, vielleicht in **Abwesenheit eines Facharztes** und vor allem, ohne dass vorher die Möglichkeiten einer Beeinflussung und **Motivation des Patienten zur freiwilligen Behandlung ausgeschöpft** wurden. Ist aber die Zwangsmaßnahme erst einmal genehmigt, so stellt sich auf Seiten des Betreuers und der Therapeuten ein Handlungsdruck ein, diese Genehmigung auch auszuschöpfen und, vielleicht im so verstandenen Sinne des Patienten, keine Zeit mehr zu verlieren.

Aus ärztlicher Sicht würde ich mir deshalb eine **gesetzliche Regelung wünschen**, in der Betroffene, sofern sie nach §1906 Abs. 1 Nr. 2 untergebracht werden, zunächst keine Zwangsbehandlung erdulden müssen, sofern dies nicht durch akute Eigengefährdung zwingend erscheint. Erst nach einer **angemessenen Frist** von ein oder zwei Wochen könnte dann mit dem Betreuer eine gründliche Prüfung der Verhältnismäßigkeit einer Zwangsbehandlung vorgenommen werden, mit einer **breiten Datenbasis** von Beobachtungen während des bisherigen stationären Aufenthaltes, von Eindrücken des Betreuers und von differenzierten Angaben Angehöriger. Sollte eine Zwangsbehandlung dann von Betreuer und Klinik befürwortet werden, so müsste hierüber ein differenziertes fachärztliches Zeugnis erstellt werden. Die Anwendung Zwang müsste das Amtsgericht dann, bestenfalls nach einer erneuten richterlichen Anhörung, genehmigen.

Auf diese Weise könnte verhindert werden, dass Zwangsbehandlungen wieder zur **Routineprozedur** nicht einwilligungsfähiger Patienten werden.

Fallbeispiel aus sozialarbeiterischer Sicht:

Klaus Niel, Geschäftsführer des *Betreuungsvereins der Diakonie Düsseldorf*

Frau S. 55 Jahre alt, ledig, allein lebend, chronisch paranoide Schizophrenie (F.20.0) und Mammakarzinom (Z.90.1)

Eine Betreuerin ist seit Anfang 2006 in den Aufgabenkreisen Gesundheitspflege, Vermögenspflege, Aufenthaltsbestimmungsrecht, Recht zur Unterbringung, Behördenangelegenheiten und Wohnungsangelegenheiten bestellt.

Bei Einrichtung der Betreuung befand sich Frau S. per PsychKG auf einer stationären psychiatrischen Station. Ursache: Schwer verwahrloste Wohnung, einschließlich eines toten Tieres potentielle Gesundheitsgefahr für sich und andere.

Frau S. verarbeitet die Situation wahnhaft: "Der Hund ist nicht tot, es muss nur eine Kopie davon gemacht werden, es kam ein Hundekadaver durch die Wand geflogen, mein Billie hat den eingeatmet, seit dem ist er nicht mehr fit. Für den Sommer wollte ich ihn sowieso ans Laufen bringen..."

Auch ihre Erkrankung verarbeitet sie wahnhaft: "Ich habe keinen Krebs, sondern nur ein Hämatom, dass durch einen Karateschlag verursacht wurde. Ich möchte zum Jiu-Jitsu-Masseur, der das weg massiert, es kann doch nicht angehen, dass jeder Karateschlag als Krebs diagnostiziert wird.

Das Mammakarzinom schimmerte schon durch die Haut. Die Klinik regte eine Betreuung an. Die Betreuung wurde mit obigen Aufgabenkreisen eingerichtet.

Die Umwandlung des PsychKG in eine betreuungsrechtliche Unterbringung wurde beantragt, weil die Behandlung der kranken Frau im Vordergrund stand und der Betreuer wenn man so will Herr des Verfahrens wird und nicht das Ordnungsamt.

In Kenntnis des Beschlusses des OLG Celle (17 W 132/05) vom 21.12.2005 und in Unkenntnis des schon existierenden BGH Beschlusse XII ZB 236/05 vom 01.02.2006 wurde ausdrücklich die Genehmigung zur zwangsweisen Durchführung von dringend erforderlichen gynäkologischen Diagnostiken gegen den Willen der einwilligungsunfähigen betroffenen Frau S. beantragt.

Ziel dieses Antrags war es, Rechtssicherheit zu erhalten.

Ohne die entsprechende Diagnostik, war keine Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustandes als Voraussetzung zu weiteren Behandlung möglich. Wie weit war das Karzinom fortgeschritten, welche Therapie ist sinnvoll, welche Schritte sind zu tun?

Der Antrag wurde abgelehnt mit Verweis auf die Argumentation des OLG Celle. Das PsychKG biete die entsprechenden Möglichkeiten, einen untergebrachten auch gegen seinen Willen zu behandeln. (§ 18 PsychKG NRW)

Hier wird deutlich, dass, wenn die Rechtsauffassung des OLG Celle sich durchgesetzt hätte, auf andere Gesetze ausgewichen wird. Das kann m. E. noch weniger im Interesse der Betroffenen sein.

Während des Aufenthaltes ging es zunächst immer darum, eine gewisse Einsichtsfähigkeit, neudeutsch compliance, von Frau S. zur Erkrankung herzustellen. PsychKG NRW Beschluss lief aus. Zustand unverändert. Verbleib unbedingt erforderlich, nach PsychKG

NRW aber nicht mehr möglich. Vorläufige Unterbringungen sind ohne Gutachten über 3 Monate hinaus nicht verlängerbar. (§ 70 h FGG)

Frau S. wurde daraufhin zunächst entlassen. Gutachten bei unabhängigem Gutachter wurde in Auftrag gegeben. Gutachter kommt zu dem Ergebnis (Untersuchung in der Wohnung einer Angehörigen von Frau S. In der eigenen Wohnung nicht anzutreffen): Einsichtsfähigkeit nicht vorhanden, Behandlung dringend erforderlich. Eigengefährdung gegeben. 8 Wochen erneuter Unterbringung empfohlen um Compliance zu erzielen und notwendige Untersuchungen durchführen zu können. Leitgedanke: Erhalt der mittel – langfristigen Lebensqualität ist höher zu bewerten als der Wunsch der Betroffenen auf Nichtbehandlung.

Das Gericht bestellte eine Verfahrenspflegerin und fasste dann einen Beschluss, jetzt nach Betreuungsrecht gemäß den Empfehlungen des Gutachters. Die Unterbringung zur Heilbehandlung wird genehmigt gemäß Vorschlag des Gutachtens. Die Durchführung allerdings nicht. Es bleibt der Klinik überlassen, bei der Betroffenen eine entsprechende Einsicht herzustellen, um die eigentliche Behandlung auch durchführen zu können.

Offensichtlich war allen handelnden Personen auch zu diesem Zeitpunkt die Existenz der BGH-Sichtweise nicht bekannt.

Frau S. wurde wieder untergebracht. Allerdings meinten die behandelnden Ärzte, aufgrund entsprechender Rechtsauffassung des LVR mit dem vorliegenden Beschluss nicht behandeln zu dürfen. (Die Rechtsabteilung des LVR hielt einen Einwilligungsvorbehalt für Gesundheitsvorsorge für erforderlich).

Inzwischen setzte sich der Beschluss des BGH in der Öffentlichkeit durch. Es gab zahlreiches Hin – und - Her zwischen den Kliniken (zwei Kliniken mit unterschiedlichen Fachrichtungen) und dem Gericht und dem LVR, in dem der Betreuer ständig vermitteln musste. Die Klinik befürchtete, aufgrund des vorliegenden Beschlusses nach wie vor nicht behandeln zu dürfen und verlangte gemäß des BGH Beschlusses Präzisierungen. Jede Heilbehandlungsmaßnahme sei im Beschluss aufzuführen. Zwangsmassnahmen in Frage gestellt.

Das Gericht kam diesem Wunsch insofern nach, dass ergänzend beide Erkrankungen und die Notwendigkeit von Diagnostiken und Therapien ausdrücklich erwähnt wurden.

Zu weiteren Spezifizierungen sah sich das Gericht (zu Recht) nicht in der Lage. Trotzdem war die Klinik jetzt bereit, die notwendige Behandlung endlich zu beginnen. Durch das ganze Hin - und Herr wurde der Aufenthalt von Frau S. immer länger, weil erst sehr spät mit der notwendigen Diagnostik begonnen wurde. Durchgeführt wurde die Diagnostik im Oktober 2006, fast sieben Monate nach der ersten Unterbringung.

Nachdem die Diagnostik abgeschlossen war, wurde erst eine Tumorkonferenz (behandelnden Ärzte) und danach ein Ethik-Konsil einberufen (behandelnde Ärzte einschließlich Chefärzten, Seelsorger, Betreuerin, Pflegefachkraft, Psychologe) mit der Fragestellung: Welche Therapien des Mammakarzinoms sind sinnvoll, verhältnismäßig und durchführbar unter medizinischen, pflegerischen, organisatorischen, psychosozialen und ökonomischen Gesichtspunkten.

Die Entscheidung dort wurde durch die Betreuerin nach Aufklärung durch die Ärzte und Abwägen aller Argumente) getroffen. Entfernung der rechten Brust einschließlich Lymphknoten. Diese OP war erforderlich, um die Metastasierungswahrscheinlichkeit zu senken und schwere Komplikationen durch Exulceration (Aufbrechen) des Karzinoms zu verhin-

dern. Hätte man sie ohne OP nach Hause entlassen wäre durch das durch die Haut aufbrechende Karzinom eine lebensbedrohliche Situation entstanden.

Erst jetzt erfolgte die Behandlung, eine OP. Dazu war ein erneuter Antrag zur Aufenthaltsbestimmung auf einer geschlossenen Station erforderlich mit Genehmigung zur Heilbehandlung, um sowohl die Anlasserkrankung als auch vor allem die Krebs -Behandlung durchführen zu können.

Eine letzte Unterbringungsverlängerung wurde notwendig, weil die Wundheilung kontrolliert werden musste.

Auf die von Ärzten empfohlene anschließende Chemotherapie wurde verzichtet. Sie wäre nur unter stationären Bedingungen zwangsweise durchführbar gewesen, weil mit schwersten Nebenwirkungen zu rechnen gewesen wäre. Das Stadium der Erkrankung war aber so weit fortgeschritten, dass hier die Verhältnismäßigkeit einer weiteren geschlossenen Unterbringung zu einer Behandlung mit nicht einmal guten Erfolgsaussichten eine für Frau S. nicht mehr zu vertretende Belastung gewesen wäre. Zu jedem Zeitpunkt musste abgewogen werden: Lebensqualität für Frau S gegenüber Selbstbestimmungsrecht:

Mit der gleichen Argumentation wurde auch auf eine Strahlentherapie verzichtet. Die angebotene Therapie hätte über einen Zeitraum von 6 Wochen laufen müssen. Täglich hätte Frau S. einige Zeit absolut still unter dem entsprechenden Gerät liegen müssen, was vermutlich ohne Sedierung nicht möglich gewesen wäre. Auch hierbei treten erhebliche Nebenwirkungen auf.

Leitgedanke war: Frau S. mittelfristig eine Rückkehr in ihre eigene Wohnung und möglichst langes Verbleiben dort zu ermöglichen.

Ergänzend zur OP wurde eine antihormonelle Therapie durchgeführt, die sowohl oral als auch als Depot verabreicht werden kann. Diese soll ein erneutes Wachstum des Brustkarzinoms verhindern.

Frau S. entwickelte insofern Einsichtsfähigkeit, dass sie die Behandlungen inzwischen mitmacht, absprachefähig ist, in die Wohnung zurückkehren konnte. Sie arbeitet mit dem Pflegedienst zusammen und lässt die Kontrolle der Wunde zu. Sie nimmt die verordnete Medikation.

Fazit. Ich glaube, dass es richtig war, Frau S. fast 10 Monate geschlossen untergebracht zu haben. Allerdings hätte bei größerer juristischer Klarheit der Aufenthalt wesentlich verkürzt werden können. Ärzte habe nach wie vor Angst vor strafrechtlicher Verfolgung.

Frau S. äußerte sich wie folgt: Sie habe keinen Tumor gehabt, die lange Zeit in der Klinik war nicht nötig, der behandelnde Arzt sei halber Jurist und halber Ökonom gewesen. Aber ihr ginge es gut und sie sei froh wieder zu Hause zu sein. Sie bewirbt sich um Stellen, lässt den Pflegedienst herein, freut sich für die Betreuerin, dass es der gut geht, weil es ihr gut geht.

AG 1:

Welche Perspektiven eröffnen qualifizierte Sozialgutachten bezüglich der Betreuungsvermeidung und der Organisation "anderer Hilfen"?

*Ulrich Görriß, Betreuungsstelle des Rhein-Kreis-Neuss,
Bettina Kalthoff, Betreuungsstelle der Stadt Lippstadt,
Simone Kort, Sozialgutachterin und Verfahrenspflegerin, Schwerin*

Simone Kort stellte die von ihr erarbeiteten Gliederungspunkte eines Sozialgutachtens vor.

1. Angaben zur Identität
2. Anlass der Gutachtenerstellung
3. Grundlagen des Gutachtens (Erkenntnisquellen)
4. Die betroffene Person in ihrem sozialen Kontext
 - 4.1 Biografie, Ausbildung, beruflicher Werdegang
 - 4.2 Familiäre Situation, nächste Angehörige, soziales Netzwerk
 - 4.3 Wohn- und Lebensverhältnisse
 - 4.4 Einkommen, Unterhalt, Rente, Vermögen, laufende finanzielle Verpflichtungen
 - 4.5 Die Gesundheitssituation der betroffenen Person
5. Die zu bewältigende Problemsituation und mögliche Lösungswege
 - 5.1 Welche tatsächlichen Schwierigkeiten hat die betroffene Person bei der Bewältigung ihrer Angelegenheiten?(Beeinträchtigung der teilhabe an verschiedenen Lebensbereichen, bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, Einschränkungen psychischer Funktionen, Wünsche der betroffenen Person ans eigene Leben.)
 - 5.2 Ressourcen, über die die betroffene Person verfügt
 - 5.3 Ziele einer Intervention und mögliche Lösungsansätze einschließlich Einstellung zu der Betreuerbestellung
 - abgestimmte Ziele zw. Gutachter u. betr. Person u. entwickeln von Lösungswegen
 - Lösungsmöglichkeiten ohne rechtliche Betreuung
 - Lösungsmöglichkeiten im Rahmen einer rechtlichen Betreuung
 - 5.4 Maßnahmenkatalog (Hinweise und Vorschläge für einen möglichen Betreuungsplan)
6. Entscheidungsvorschlag für das Gericht

Abschließend stellt die Arbeitsgruppe als Ergebnis fest:

- Sozialgutachten sind Instrumente zur Betreuungsvermeidung, weil durch sie andere Hilfen erkannt, aufgezeigt und initiiert werden können;

- je höher die Qualität eines Sozialgutachtens ist, umso größer ist die Chance das Betreuungen nicht eingerichtet werden, die vermieden werden können und die Betreuung an sich ernst genommen wird;
- Sozialgutachten sollen anhand der aufgezeigten defizitäreren Verhaltensweisen ganz konkret den Rahmen und Wirkungskreis des betreuenden Handelns aufzeigen;
- es soll immer der Erforderlichkeitsgrundsatz - insbesondere im Hinblick auf Dritt-Interessen - im Vordergrund stehen und eine saubere und seriöse Recherche durchgeführt werden.

Weiterführende Literatur:

- Crefeld, W.: Festschrift Beinwald, Sachverständige Beratung in Betreuungsentscheidungen, 2006
- Crefeld, W. (2005/ 1990): Der Sachverständige im Betreuungsverfahren, Familie und Recht 5/90, S. 272-281
- Crefeld, W.: Sachverständige Beratung von Gerichten und Behörden (Auszug aus dem Kapitel 14 des Lehrbuchs von A. Trost und W. Schwarzer (Hg) Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie für psycho-soziale und pädagogische Berufe, 3. Auflage 2005)
- Halfen, Marita: Betreuungsgutachten aus der Sicht einer Sozialarbeiterin, BtPrax 4/2004, S.135-136
- Oberloskamp, H. (2004): Qualität von (medizinischen) Gutachten und Sozialberichten, BtPrax 4/2004, S. 123-128
- Kersten, H. (1994): Sachverhaltsermittlung bei Anregung einer Betreuerbestellung, BtPrax 2/94, S. 53-54

AG 2:

Zwangsbehandlung und ihre Alternativen

Carola von Looz, *Vormundschaftsrichterin am Amtsgericht Kerpen*

Dr. Ralf Bettermann, *Oberarzt der Psychiatrischen Abteilung des Martin-Luther-Krankenhauses in Bochum-Wattenscheid*

Die Arbeitsgruppe schloss sich in der sehr dicht und vertieft geführten Diskussion an die zuvor von Richter am AG Georg Dodegge und Oberarzt Dr. Ralf Bettermann gehaltenen Vorträge sowie an die Fallvorstellung durch Klaus Niel zum Beschluss des BGH vom 1.2.2006 zur stationären Zwangsbehandlung an.

In der Arbeitsgruppe gab es insoweit Konsens darüber, dass es sowohl hinsichtlich der Anlasserkrankungen wie auch bei den somatischen Begleiterkrankungen Situationen gibt, in der BetreuerInnen eine angezeigte Behandlung auch durchsetzen wollen, weil das Wohl betroffener Menschen sonst erheblich gefährdet wäre.

Als Beispiel für eine Anlasserkrankung wurde die psychische Ersterkrankung eines jungen Menschen genannt, der im Studium schon weit fortgeschritten ist, sich plötzlich von allen Mitmenschen zurückzieht, nicht mehr arbeitsfähig ist und Gefahr läuft, aus allen bisherigen Strukturen herauszufallen und Zukunftschancen aufgeben zu müssen. Diese Ersterkrankung ist gut behandelbar und sollte um Chronifizierung zu vermeiden, auch alsbald behandelt werden, ohne zuzuwarten, bis sich eine akute Gefährdung für Leben oder Gesundheit ergibt.

Als behandlungspflichtige Begleiterkrankungen wurden immer wieder Fälle von Krebs genannt, bei denen betreute Menschen als Folge der psychischen Erkrankung, die Krebserkrankung negieren bzw. auf völlig wirkungslose Eigenbehandlung vertrauen.

Die TeilnehmerInnen schilderten, dass sie mit Beziehungsaufbau zu Betroffenen und Gesprächen auf gleicher Augenhöhe, in denen die Ängste und Argumente der Betroffenen ernst genommen werden, gute Erfahrungen gemacht haben. In solchen Gesprächen können BetreuerInnen ihre Solidarität mit Betroffenen zeigen, in dem sie sagen, dass sie die Zuführung zur Klinik mit Gewalt (sprich mit der Polizei) ebenfalls als quälend empfinden. Eine Teilnehmerin führte aus, dass sie für sich selbst bei der Diagnose Brustkrebs zunächst untersuchen lassen würde, ob bereits Metastasen gebildet seien und sich in diesem Fall nicht operieren lassen würde. Das würde sie auch nicht von einer psychisch erkrankten Frau erwarten. Dies entspricht der Forderung des BGH im oben genannten Beschluss nach strenger Prüfung des therapeutischen Nutzens der geplanten Behandlung.

Dr. Bettermann berichtete, dass sich die Frage nach dem Zwang in der Behandlung vornehmlich in der Aufnahmephase stelle. Hier sei vor allem deeskalierendes Verhalten der Helfer gefragt. Er verwies dabei auf die in seinem Vortrag beschriebenen drei Stufen der Aggressionsprävention. Selbst wenn der Patient schon hochgradig aggressiv sei, könne man häufig noch intervenieren, etwa durch die Unterbrechung der Situation mit: Komm, lass uns eine rauchen. Angst könne bei Aggression ebenso wie bei Zwang eine Rolle spielen. Oft komme es zu Zwang, weil das Helfersonal Angst habe. Dies sollte in Schulungen bearbeitet werden.

Es sei statistisch erfasst, dass die Zahl der Zwangsanwendungen in der Aufnahmesituation zwischen den einzelnen Kliniken stark variierte, zwischen 5 und 20 %. Einige Kliniken arbeiteten an Leitlinien zur Vermeidung von Zwang.

Ein Teilnehmer berichtete von seinem Eindruck, dass Kliniken unter dem Druck der Krankenkassen lieber gleich – ggf. mit Zwang – behandelten, statt den Patienten erst kennen zulernen und sich um seine Compliance zu bemühen.

Dr. Bettermann trat dem entgegen. Bei schwer kranken Patienten sei, auch im Hinblick auf die Krankenkassen, genügend Zeit, um eine Behandlung angemessen vorzubereiten. Hier wünsche er sich mehr Präsenz der Betreuer, die sich nach der Unterbringung nicht zurückziehen sollten. Jeder Patient sei anders, eine sorgfältige Betrachtung seiner Lebensgeschichte und der Ausbildung seiner Erkrankung vonnöten. Dies gelte auch für die Frage, ob Zwang traumatisierend wirke. Auch für Patienten, die im Nachhinein angeben, der Zwang sei o.K. gewesen, könne er sich sehr wohl schädlich auswirken. Hier sei eine sehr sorgfältige Abwägung aller Faktoren erforderlich. Betreuern empfahl er, sich bei der jeweiligen Klinik nach den Leitlinien zum Umgang mit Zwang zu erkundigen.

Die Arbeitsgruppe lehnte der Vorschlag des BGH, in geeigneten Fällen schon in der Unterbringungsentscheidung die ggf. unter Zwang zu gebenden Medikamenten mit Namen und Dosierung zu beschreiben und zu genehmigen, entschieden ab. Behandlung sei nicht nur Medikamentengabe und auch diese sei vom Betreuer und vom behandelnden Arzt zu verantworten, nicht vom Gutachter und vom Gericht. Folgte man dem Vorschlag des BGH, käme es zu einer unerwünschten Verschiebung der Aufgaben innerhalb des Betreuungs- bzw. Unterbringungsverfahrens.

Abschließend wurde wieder einmal deutlich, dass der angemessene Umgang mit schwer erkrankten betreuten Menschen neben Geduld und professionelle Sicherheit vor allem Zeit braucht, Zeit, die wegen der Pauschalierung oft nicht vorhanden ist. Daraus resultiert die Gefahr, Zwang einzusetzen um die Prozesse der Überzeugung, der Deeskalation und der Angstbewältigung abzukürzen.

AG 3:

Standards im Unterbringungsverfahren

Heiner Bulkins, Sozialpsychiatrischer Dienst der Stadt Bochum

Jochen Kriegeskorte, Betreuungsverein der AWO Unterbezirk Ruhr-Mitte, Bochum

Thesenpapier zu Standards im Unterbringungsverfahren

I. Der Betreuer ist verpflichtet, alle Maßnahmen zur Unterbringungsvermeidung zu prüfen und aktiv zu betreiben.

II. Eine Krisenvereinbarung ist ein praktisches Mittel zur Prävention.

III. Der Betreuer ist als Hauptakteur für das Unterbringungsverfahren verantwortlich. Er wägt Entscheidungen und Risiken ab, leitet die Vorbereitungen ein und beantragt die Unterbringung. Er koordiniert, begleitet und beendet die Maßnahme in Absprache mit den Beteiligten.

IV. Die Unterbringungsmaßnahme muss Teil einer konzeptionellen Betreuungsführung sein und ausschließlich dem Wohl des Betreuten dienen. Jedes Drittinteresse muss ausgeschlossen sein.

V. Während der stationären Unterbringung bespricht der Betreuer die erforderliche Behandlung und weitere Maßnahmen wie Ausgang mit den behandelnden Ärzten unter höchstmöglicher Einbeziehung des Betreuten und trifft Entscheidungen.

VI. Im Verlauf der Behandlung sollte eine Fallkonferenz mit dem Betreuten und allen relevanten Beteiligten (z.B. Ärzte, Pflegepersonal, ambulante Dienste) stattfinden, um die Unterbringungssituation, den Behandlungsverlauf und die Behandlungsziele zu besprechen.

AG 4:

Nägel mit Köpfen machen!

Nicht nur über Qualität diskutieren -

wie können wir eine bessere Politik für das Betreuungswesen durchsetzen?

Diskussion im Rahmen des 20. Westdeutschen Vormundschaftsgerichtstages mit

Gustav Arnold, *Betreuungsstelle des Kreises Borken,*

Veronika Barth, *Bundesverband der Berufsbetreuer (BdB),*

Ramona Möller, *Verband freiberuflicher Betreuer (VfB),*

Stephan Sigusch, *Bundeskonzferenz der Betreuungsvereine (BuKo),*

Kalle Zander, *Vormundschaftsgerichtstag (VGT)*

Moderation: Wolf Crefeld, VGT

1.1 Verwirklichung von Recht durch Infrastruktur

Den Betreuten dienende Qualität im Betreuungswesen fordern inzwischen viele. Doch von Forderungen allein haben die Betreuten noch nichts, Qualität muss auch verwirklicht werden. Dazu bedarf es einer aufgabengerechten Infrastruktur, in der die als notwendig erkannten Qualitätsstandards überhaupt erst Realität werden können. Was hilft zum Beispiel ein gesetzlicher Anspruch auf qualifizierte Pflege, solange nicht entsprechend ausgestattete Sozialstationen und genügend qualifiziert ausgebildete Pflegekräfte dem Pflegebedürftigen verfügbar gemacht werden.

Damit Recht verwirklicht wird, bedarf es einer entsprechenden Infrastruktur. Mit dem Hinweis, Rechtsetzung allein bewirke noch keinen Wandel der gesellschaftlichen Verhältnisse, kritisierte Rainer Pitschas, Professor an der Deutschen Hochschule für Verwaltungswissenschaft in Speyer, bereits 1990 das weitgehende Fehlen von Regelungen zur Organisation und Qualifizierung im Betreuungsgesetz. Die Autoren des Gesetzentwurfs haben dies seinerzeit auch so gesehen, doch die damalige politische Situation erlaubte am Ende nicht mehr als ein dürres Betreuungsbehördengesetz, das sich im Wesentlichen auf einige grundsätzliche Aufgabenzuweisungen beschränkte.

Acht Jahre später griff unter der Federführung der Abgeordneten Margot von Renesse die SPD-Bundestagsfraktion das Thema auf. Wie zum Kindschaftsrecht ein Kinder- und Jugendhilferecht geschaffen worden sei, gehöre zur Verwirklichung der Reformideen des Betreuungsgesetzes 1990 neben dessen zivil- und verfahrensrechtlichen Regelungen ein Betreuungshilfegesetz. Doch die Arbeit der darauf gebildeten interfraktionellen Arbeitsgruppe im Deutschen Bundestag wurde dann überrollt von der Initiative der Justizministerkonferenz zur Kostendämpfung durch das 2. Betreuungsrechtsänderungsgesetz. Dagegen konnte sich auch die Sozialministerkonferenz nicht durchsetzen, die 2003 mit gleichgerichteter Intention eine Strukturreform des Betreuungswesens forderte. Zurzeit herrscht in Berlin bei Justiz- und Sozialpolitikern zum Thema Strukturreform im Betreuungswesen Funkstille. Man wartet die Ergebnisse der Evaluation des 2. BetrÄndG ab, zu der für Juni 2007 ein Zwischenbericht angekündigt ist.

Danach aber ist mit einer erneuten Diskussion um die Strukturreform zu rechnen, wie sie die Bundestagsabgeordneten und die Sozialminister gefordert haben. Dabei wird es am wenigsten um die zivilrechtlichen Vorschriften des Betreuungsrechts gehen, denn für die Regelung von Infrastrukturproblemen eignet sich das BGB kaum. Hauptthema wird vielmehr die unter dem Schlagwort Strukturreform geforderte Weiterentwicklung der Infrastruktur sein: Es wird vor allem um die Wahrnehmung sozialstaatlicher Verantwortung durch Steuerung des Betreuungswesens und um die Qualifizierung von Betreuer Tätigkeit gehen. Und man wird sich streiten, ob die Justiz für die Finanzierung der Betreuer Tätigkeit weiter zuständig bleibt.

1.2 Eine gemeinsame Argumentationsplattform schaffen

Wenn die Verbände und Organisationen des Betreuungswesens auf die zu erwartende Diskussion um ein viertes Betreuungsänderungsgesetz Einfluss nehmen wollen, sollten sie sich schon jetzt darauf vorbereiten. Denn Politik ist in der Regel nur dann mit Aussicht auf Erfolg ansprechbar, wenn man zuvor geklärt hat, was man realistisch von ihr fordern kann und will. Dabei sollten Praxis und Wissenschaft mit nachvollziehbaren Argumenten und soweit wie möglich „mit einer Stimme“ sprechen. Dass zum Beispiel über das Psychotherapeutengesetz fast 20 Jahre diskutiert wurde, bis es Realität werden konnte, lag im Wesentlichen daran, dass sich die relevanten Verbände und Sachverständigen nicht einig wurden. Besser wäre gewesen, man hätte es schon früher geschafft, sich zusammenzurufen, denn die Politik wollte schon lange eine gesetzliche Regelung.

Das Ziel der Arbeitsgruppe auf dem 20. Westdeutschen Vormundschaftsgerichtstag war daher, in einem ersten Gespräch zwischen den Verbänden und Organisationen des Betreuungswesens die Chancen zu klären, ob eine gemeinsame Vorbereitung auf die zu erwartende Diskussion um eine Strukturreform gelingen kann. Als Arbeitsgrundlage waren den zur Diskussion eingeladenen Vertretern der fünf wichtigsten Organisationen im Betreuungswesen bereits vor der Tagung acht Thesen (siehe Anlage) zugesandt worden.

Der Verlauf der Diskussion, an der etwa 25 weitere Tagungsteilnehmer mitwirkten, ließ deutlich die grundsätzliche Bereitschaft der Verbände zu einer programmatischen Zusammenarbeit erkennen.

Zur Notwendigkeit von Infrastrukturregelungen wurde darauf hingewiesen, dass in den letzten 15 Jahren mangels verbindlicher Regelungen landauf landab ein bunter Flickteppich divergierender örtlicher Verfahrensweisen und Qualitätskriterien entstanden sei. Verbindliche Vorgaben zur Zusammenarbeit der örtlichen Akteure des Betreuungswesens habe der Gesetzgeber ja kaum gemacht.

Die Notwendigkeit, dass die örtliche Betreuungsbehörde Ordnungsfunktionen wahrzunehmen hat, fand bei allen grundsätzliche Zustimmung. Bisher finde mancherorts kaum eine Steuerung durch die Betreuungsverwaltung statt, weil es dazu an verbindlichen Regelungen und Aufträgen des Gesetzgebers mangle. Einvernehmen bestand auch darin, dass die Betreuungsbehörde als Fachbehörde eigenständig zu arbeiten habe.

Auch die Notwendigkeit der Professionalisierung des Betreuerberufs und – damit zusammenhängend – der Entwicklung verbindlicher fachlicher Standards für das Betreuungswesen wurden grundsätzlich bejaht. Die hohe Verantwortung eines Betreuers erfordere viel

Fachwissen, doch derzeit existierten faktisch keine verbindlichen Regelungen zur fachlichen Qualifizierung des berufsmäßig tätigen Betreuers. Auch Art. 12 des Grundgesetzes erfordere einen Auftrag des Gesetzgebers zur Feststellung der Eignung eines Betreuers. Ein Studium der Sozialarbeit reiche sicher nicht. Langfristig sei eine geeignetere Ausbildung zum Berufsbetreuer anzustreben. Das Berufsregister des BdB sei nur ein erster Schritt bei den Bemühungen um Qualifizierung von berufsmäßig tätigen Betreuern.

Gewarnt wurde davor, ehrenamtliche und beruflich tätige Betreuer gegeneinander auszuspielen. Ehrenamtliche brauchten Unterstützung und Schulung, damit sie den Anforderungen des ihnen übertragenen Einzelfalls gerecht werden können. Unter der Voraussetzung, dass er fachlich kompetente Unterstützung erhält, könne sich ein ehrenamtlicher Betreuer sogar als der für seinen betreuten Menschen bestmögliche Betreuer erweisen.

Der Inhalt der Thesen 5 bis 8 konnte angesichts der sehr knapp bemessenen Zeit nicht mehr erörtert werden.

Als vorläufiges Fazit kann festgestellt werden: Die Verbände und Organisationen des Betreuungswesens sind an einem gemeinsamen sozialpolitischen Vorgehen im Hinblick auf die zu erwartende Debatte um eine Strukturreform des Betreuungswesens interessiert. Die Erwartungen gehen in die Richtung, dass verbindliche Regelungen der Infrastruktur zur Umsetzung des Betreuungsrechts zu schaffen sind. Dazu besteht grundsätzlich die Bereitschaft, ein gemeinsames, vom Vormundschaftsgerichtstag moderiertes Forum zu bilden. Dieses Forum sollte eine gemeinsame Argumentationsplattform für die anstehenden Diskussionen mit dem Gesetzgeber schaffen. Dabei sollte auch die Möglichkeiten der Einbeziehung weiterer Organisationen - genannt wurde insbesondere die Liga - geprüft werden.

1.3 Anlage: Thesen zur Strukturreform des Betreuungswesens

1. Betreute müssen darauf vertrauen können, dass ihre Angelegenheiten sorgfältig und mit der gebotenen Kompetenz besorgt werden. Damit die Normen des Betreuungsrechts unabhängig von den Zufälligkeiten örtlicher Gegebenheiten erfüllt und durchgesetzt werden, hat der Gesetzgeber die Voraussetzungen für eine entsprechende Infrastruktur zu schaffen. Das ist bisher unzureichend geschehen.
2. Die Betreuungsbehörde sind vom Gesetzgeber zu beauftragen, für das örtliche Betreuungswesen wirksam Steuerungsaufgaben wahrzunehmen, um auf eine erfolgreiche Umsetzung des Betreuungsrechts hinzuwirken. Die Kooperation zwischen Gerichten, Behörde, Vereinen und Betreuern ist verbindlich regeln und darf nicht im wesentlichen der persönlichen Einstellung einzelner überlassen bleiben.
3. Angesichts der hohen Verantwortung von Betreuern für das Schicksal der ihnen anvertrauten Menschen ist der von den Berufsverbänden eingeleitete Professionalisierungsprozess für die berufsmäßig tätige Betreuer konsequent fortzusetzen. Sein Ergebnis sind die wissenschaftlich fundierte Entwicklung berufsfachlicher Standards und damit die berufsfachliche Autonomie der Betreuungspraxis. Unter dieser Voraussetzung erhält die berufsständische Selbstverwaltung der Betreuer die Aufgabe, Qualifikationsstandards für berufsmäßig tätige Betreuer zu definieren

und dem einzelnen Berufsbetreuer die Möglichkeit zu bieten, seine Qualifikation gegenüber den anderen Akteuren des Betreuungswesens nachzuweisen.

4. Die Betreuungsbehörde hat als sozialpädagogische Fachbehörde unter Berücksichtigung des unter Pkt. 3 angesprochenen Nachweises seiner fachlichen Voraussetzungen die Eignung eines Betreuers im Einzelfall festzustellen bzw. dem Gericht gegenüber darzulegen. Dazu bedarf sie eines gesetzlichen Auftrags.
5. Um den Nachrang der Betreuung gegenüber anderen Hilfen sicher zu stellen, sind die Betreuungsbehörden grundsätzlich vor jeder Betreuerbestellung zu beteiligen. Dazu werden von ihnen selbst oder von einer von ihnen beauftragten Stelle Sozialgutachten zur Feststellung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs erstellt. In diesen Sozialgutachten werden ggf. Sozialleistungsansprüche festgestellt. Im Übrigen sollten die Sozialgutachten sich als Basis für ein ggf. notwendiges planvolles Betreuungsmanagement eignen.
6. Bürgerschaftliches Engagement im Rahmen einer ehrenamtlichen Betreuung bedarf der verlässlichen und fachlich kompetenten Unterstützung. Hierzu bedarf es qualifiziert tätiger Betreuungsvereine, deren Begleitung ehrenamtlichen Engagements nicht allein über Spenden und freiwillige kommunale Zuwendungen zu finanzieren sind.
7. Wie für die Umsetzung des Kindschaftsrechts ein Kinder- und Jugendhilferecht notwendig ist, so erfordert die Umsetzung des Betreuungsrechts ein „Betreuungshilfegesetz“ (von Renesse), zum Beispiel als Teil des SGB IX. Es wäre die gesetzliche Grundlage für die Infrastruktur zur Umsetzung des Betreuungsrechts und würde zugleich deren Finanzierung regeln.
8. Das Betreuungswesen, durch das 1,2 Millionen behinderte oder psychisch kranke Menschen betreut werden, bedarf angesichts der offenkundigen Gefahr regelmäßig festzustellender Vollzugsdefizite einer regelmäßigen parlamentarischen Berichterstattung für das Ziel einer lernenden Gesetzgebung.

Wolf Crefeld