

# 4.



Vormundschaftsgerichtstag e.V.

## VORMUNDSCHAFTSGERICHTSTAG

Brunhilde Ackermann  
Heinz Friedrich Benner  
Jutta Bienwald  
Prof. Dr. Werner Bienwald  
Dr. Michael Bloedorn  
Niek de Boer  
Veronika Brennfleck  
Lothar Bressemer  
Prof. Dr. Wolf Crefeld  
Martin Eckert  
Peter Eickhoff  
Prof. Dr. Asmus Finzen  
Rainer Funke  
Claus Fussek  
Gertraud von Gaessler  
Jürgen Hallen  
Peter Helfrich  
Franz-Johannes Hoffmann  
Dr. Andreas Jürgens  
Andrea Kaminski  
Prof. Dr. Thomas Klie  
Dr. Annemarie Knauer-Berlinger  
Dr. Bernhard Knittel  
Jutta Knoerzer  
Prof. Dr. Heinrich Kunze  
Klaus Lachwitz  
Gisela Lantzerath  
Dr. Rolf Marschner  
Arndt May  
Brigitte Neumann-Latour  
Rüdiger Pohlmann  
Barbara Pulhan  
Dr. Wolfgang Raack  
Dr. Manfred Rösner  
Waltraud Sama  
Prof. Dr. Hans-Jürgen Schimke  
Dr. Walter Seitz  
Thomas Sobottka  
Jutta Trautmann  
Joachim Welge  
Alfons Wenker  
Wolfgang Wessels  
Peter Winterstein  
Dr. Dirk K. Wolter-Henseler  
Walter R. Zahn

vom 12. bis 15.  
Oktober 1994

**Materialien und  
Ergebnisse**

**Bundesanzeiger · Köln**

Lantzerath Schimke

# Finanzierungsleitfaden

## für Betreuer und Verfahrenspfleger

- 1. Auflage 1994
- ISBN 3-88784-529-3
- 1994, 200 Seiten, A5,  
kartoniert, DM 36,-

In dem neuen Leitfaden sind die Grundsätze der Finanzierung für Betreuer und Verfahrenspfleger erläutert, d.h.

- die Rechtslage im Bereich der Vergütung und des Aufwendungsersatzes wird systematisch und vollständig dargestellt,
- dadurch wird eine Arbeitshilfe sowohl für Laien als auch für berufserfahrene Betreuer und Verfahrenspfleger formuliert,
- und schließlich werden Impulse gesetzt für eine angemessene finanzielle Ausstattung der betreuenden Personen.

Weiterhin werden Fragen der Finanzierung aller Betreuungsarten sowie die des Verfahrenspflegers jeweils für sich gesondert und umfassend dargestellt.

Ergänzt wird der Leitfaden durch entsprechende Materialien aus Gesetzgebung und Rechtsprechung.

**Bundesanzeiger** · Postfach 10 05 34 · 50445 Köln



**Vormundschafts  
Gerichts  
Tag e.V.**

44787 Bochum  
Kurt-Schumacher-Platz 9

**4. Vormundschaftsgerichtstag**  
**vom 12. bis 15. Oktober 1994 in Friedrichroda**  
**Materialien und Ergebnisse**

herausgegeben vom  
Vormundschaftsgerichtstag e. V.

**Bundesanzeiger**

**Vormundschaftsgerichtstag «4, 1994, Friedrichroda:**  
Materialien und Ergebnisse / 4. Vormundschaftsgerichtstag :  
vom 12. bis 15. Oktober 1994 in Friedrichroda / hrsg. vom  
Vormundschaftsgerichtstag e.V. [Brunhilde Ackermann ...]. -  
Köln : Bundesanzeiger, 1995

ISBN 3-88784-638-9  
NE: Vormundschaftsgerichtstag; Materialien und Ergebnisse

ISBN 3-88784-638-9

Alle Rechte vorbehalten. Auch die fotomechanische Vervielfältigung des Werkes (Fotokopie/Mikrokopie) oder von Teilen daraus bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlages.

© 1995 Bundesanzeiger Verlagsges. mbH., Köln

Satz: Satzzentrum Jung GmbH

Druck und buchbinderische Verarbeitung: Druckerei Locher GmbH, Köln

Printed in Germany

## Vorwort

Keiner der rund 500 Teilnehmer des 4. Vormundschaftsgerichtstags in Friedrichroda sah bei unserem Thema „Betreuungsrecht in der Praxis – Traum oder Alptraum“ Anlaß, sich Träumereien hinzugeben.

Die Realität unseres beruflichen Alltags wurde zwar nicht als Alptraum, aber als große Gefahr für die Umsetzung des Betreuungsgesetzes erlebt.

Unsere einstimmig verabschiedete Abschlußerklärung „Reform in Gefahr“ zeigt, wie sehr die betreuungsrechtliche Praxis von den Zielen des Betreuungsgesetzes abweicht.

Viel zu oft bleiben Grundrechte und Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen nahezu unbeachtet, weil im betreuungsrechtlichen Bereich

- die personelle und finanzielle Ausstattung unzureichend ist,
- die Reformunwilligkeit zunimmt und
- die Aus- und Fortbildung der beteiligten Berufsgruppen große Mängel zeigt.

Es ist außerordentlich besorgniserregend, wenn sich nahezu 500 Experten einig sind, daß die Umsetzung dieser Reform derartige Mängel aufweist.

Anlaß zur Sorge ist vor allem das Fazit dieser Erkenntnis, daß nämlich einem Großteil Hilfsbedürftiger und Hilfloser ein sozial- und rechtsstaatliches Handeln vorenthalten bleibt.

Eine „Reform der Reform“, die zur Zeit in der Justiz diskutiert wird und bei der offensichtlich aus Gründen der Kostenersparnis auf Rechtspositionen verzichtet werden soll, die dem Schutz der Betroffenen vor unnötiger Entrechtung dienen, kann nicht der Weg zur Verwirklichung von Grundrechten sein.

Vielmehr muß insoweit die Diskussion des 4. Vormundschaftsgerichtstags fortgesetzt und überlegt werden, warum Verfahrensgarantien – wie z. B. die Bestellung von Verfahrenspflegern – nicht die beabsichtigte Schutzfunktion entfalten können. Wir waren uns einig, daß leerer Formalismus den Betroffenen in ihrer Notlage nicht weiterhilft und sie letztendlich teuer zu stehen kommt. Aber erst aus der fachlichen Auseinandersetzung aller am Betreuungs- und Unterbringungsverfahren beteiligten Berufsgruppen können Forderungen entwickelt werden, die umfassend die Situation der Betroffenen berücksichtigen. Eine „Reform der Reform“ kann nur dann den Bedürfnissen der Betroffenen gerecht werden, wenn dieser interdisziplinäre Austausch zustande kommt und über einen längeren Zeitraum die Auswirkungen des neuen Rechts beobachtet werden konnten. Noch ist das Betreuungsgesetz ein sehr junges Recht.

In unserem Materialienband liegt nun der gesamte Inhalt des 4. Vormundschaftsgerichtstags vom 12. 10. bis 15. 10. 94 vor. Er soll nicht nur den Inhalt unseres Erfahrungsaustauschs darstellen und unsere Thesen dokumentieren, sondern soll vor allem dazu beitragen, daß die notwendigen Forderungen zur Umsetzung des Betreuungsgesetzes an die sozial und politisch Verantwortlichen herangetragen und auch durchgesetzt werden. Gerade jetzt, wo wir alle die Gefahren für die Reform erkannt haben, kommt insoweit den Teilnehmern des VGT eine wichtige Funktion zu. Unsere Tagung darf deshalb nicht nur ein Forum für einen Erfahrungsaustausch unter Experten sein, sondern muß nun dazu führen, daß unsere Forderungen transportiert und politisch durchgesetzt werden. Dies ist Aufgabe von uns allen, und hierbei möge Ihnen der vorliegende Materialienband eine Hilfe sein.

Der 5. Vormundschaftsgerichtstag wird voraussichtlich im November 1996 in Bonn stattfinden.

Ich wünsche Ihnen, daß Sie bis dahin Ihren Mut und Ihre Kraft bei Ihrer Arbeit behalten, und würde mich sehr freuen, Sie 1996 in Bonn wiederzusehen.

Ihre

Gertraud von Gaessler

## INHALTSVERZEICHNIS

|  |     |
|--|-----|
| Autoren- und Moderatorenverzeichnis .....  | 9   |
| Abkürzungsverzeichnis .....  | 11  |
| Eröffnungsansprache von Gertraud von Gaessler, Erste Vorsitzende, Leiterin<br>der Betreuungsstelle München .....   | 13  |
| Grußworte: Rainer Funke, Parlamentarischer Staatssekretär<br>im Bundesministerium der Justiz .....   | 15  |
| Heinz Friedrich Benner, Staatssekretär beim Thüringer Ministerium<br>für Soziales und Gesundheit .....   | 18  |
| Eröffnungsvortrag von Claus Füssek, München, Diplom-Sozialpädagoge:<br>Betreut – bestens versorgt? .....   | 20  |
| Niek de Boer, Haarlem/Niederlande, Psychologe: Lebenswertes Leben<br>für demente alte Menschen .....   | 32  |
| Klaus Lachwitz, Justitiar, Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e. V.<br>Marburg: Menschen mit geistiger Behinderung im Spannungsfeld<br>zwischen Selbst- und Fremdbestimmung – Die Auswirkungen des<br>Betreuungsgesetzes und der Unterbringungsgesetze der neuen Bundesländer<br>auf das Leben geistig behinderter Menschen .....                    | 35  |
| Jürgen Halten, Southampton/England, Sozialwissenschaftler:<br>Reformbestrebungen in England und Wales – Betreuungsgesetz (kein Vorbild?) .....   | 51  |
| Prof. Dr. Hans-Jürgen Schimke, Ev. Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe:<br>Datenschutz und Betreuungsrecht .....  | 57  |
| Dr. Andreas Jürgens, Kassel, Richter am Amtsgericht:<br>Antidiskriminierungs- und Gleichstellungsgesetz für Behinderte (Tonbandabschrift) .....  | 71  |
| Jutta Trautmann, Behindertenpädagogin, Martin Eckert, Sonderpädagoge,<br>Rüdiger Pohlmann, Diplom-Sozialpädagoge, Hamburger Spastikerverein:<br>Biographien entscheiden – Lebenswirklichkeit unter den Bedingungen<br>schwerster Behinderung .....   | 79  |
| Dr. Andreas Jürgens, Kassel, Richter am Amtsgericht:<br>Grundzüge und Probleme der sozialen Pflegeversicherung .....   | 86  |
| Gedächtnisprotokoll über die Podiumsdiskussion auf dem<br>4. Vormundschaftsgerichtstag „Betreuungsrecht, Traum oder Alptraum?“<br>Teilnehmer: Professor Werner Bienwald, Gertraud von Gaessler,<br>Dr. Wolfgang Raack, Jutta Bienwald, Gisela Lantzerath, Dr. Andreas Jürgens<br>Moderation: Professor Dr. Thomas Klie<br>Protokoll von Andreas Jürgens, Hamburg ..... | 96  |
| Prof. Dr. Heinrich Kunze, Psychiatrisches Krankenhaus Merxhausen, Kassel:<br>Weiterentwicklung regionaler Versorgungsstrukturen als Aufgabe von Betreuern? .....   | 99  |
| Abschlußerklärung des 4. Vormundschaftsgerichtstages 1994<br>in Friedrichroda: Reform in Gefahr .....  | 112 |
| <i>Arbeitsgruppen (Protokolle, Thesen, Referate und Materialien)</i>   |     |
| I. Die geschlossene Unterbringung – Krisenintervention, Verhinderung, Vollzug<br>Protokoll von Ansgar Fischer<br>Moderation: Dr. Rolf Marschner/Waltraud Sarna/Jutta Knoerzer .....  | 114 |
| II. Fortentwicklung des Betreuungsrechts in der obergerichtlichen Rechtsprechung<br>Protokoll von Friedemann Karl<br>Moderation: Prof. Dr. Werner Bienwald/Dr. Walter Seitz .....  | 120 |

|       |   |     |
|-------|---|-----|
| III.  | Sozialpolitik des örtlichen Betreuungswesens – Errichtung und Organisation von Betreuungswesen/Betreuungsverein/Förderrichtlinien<br>Protokoll von Konni Gutzeit-Löhr<br>Moderation: Brunhilde Ackermann/Thomas Sobottka .....  | 124 |
| IV.   | Entscheidung über schwerwiegende Heilmaßnahmen<br>Protokoll von Jürgen Thar<br>Moderation: Prof. Dr. Asmus Finzen/Dr. Dirk K. Wolter-Henselet/<br>Andrea Kaminski .....   | 131 |
| V.    | Patientenverfügung/Betreuungsverfügung/Vorsorgevollmachten<br>sozialethische Bedeutung und rechtliche Verbindlichkeit<br>Protokoll von Prof. Dr. Konrad Stolz<br>Moderation: Dr. Bernhard Knittel/Arndt May .....   | 150 |
| VI.   | Handlungsmaximen für Berufsbetreuer versus Erwartung der Betroffenen<br>An der A. G. nahmen Betroffene und ihre Betreuer teil.<br>Protokoll I. Teil von Veronika Osslander-Crefeld<br>Moderation: Jutta Bienwald/Peter Helfrich/Dr. Manfred Rösner .....  | 154 |
| VII.  | Zusammenarbeit von Vereins-, Behördenbetreuern<br>und ehrenamtlichen Betreuern<br>Protokoll von Uwe Brucker<br>Moderation: Wolfgang Wessels/Peter Eickhoff .....  | 157 |
| VIII. | Das Vormundschaftsgericht im Spannungsfeld<br>zwischen Beratung und Kontrolle<br>Protokoll von Prof. Dr. Verena Fesel<br>Moderation: Gisela Lantzerath/Alfons Wenker/Franz-Johannes Hoffmann .....  | 163 |
| IX.   | Beistand für Betroffene im Verfahren<br>Protokoll von Catharina Rogalla<br>Moderation: Brigitte Neumann-Latour/Holger Zimmer .....  | 170 |
| X.    | Unterstützung des Vormundschaftsgerichts mittels Gutachten<br>und Sachverhaltsaufklärung<br>Protokoll von Joachim Welge<br>Moderation: Prof. Dr. Wolf Crefeld/Joachim Welge<br>Teilnehmer: 12 Vertreter von Betreuungsstellen, 1 Psychiater, 1 Jurist an der<br>Fachhochschule, 1 privater Berufsbetreuer .....   | 172 |
| XI.   | Sucht und Betreuung<br>Protokoll von Ulrich Engelfried<br>Referenten: Michael Bloedorn/Lothar Bresslem<br>Teilnehmer/innen: ca. 40, überwiegend aus dem sozialtherapeutischen<br>Berufsfeld, aber auch Mediziner/innen und Jurist/innen .....   | 180 |
| XII.  | Alternativen zur Betreuerbestellung bei nicht einwilligungsfähigen Patienten?<br>Protokoll von Elisabeth Kraß-Köhler<br>Moderation: Veronika Brennfleck/Prof. Dr. Thomas Klie/Peter Winterstein<br>Die Teilnehmer/innen waren überwiegend tätig in Betreuungsbehörden<br>bzw. Betreuungsvereinen, außerdem nahmen eine Fachärztin<br>und Vormundschaftsrichter/innen teil ..... | 182 |
| XIII. | Umgang mit Sprache – unverständlicher und diskriminierender<br>Sprachgebrauch im Betreuungsverfahren.<br>Protokoll von Dr. Wolfgang Raack<br>Moderation: Prof. Dr. Hans-Jürgen Schimke/Dr. Wolfgang Raack .....   | 190 |
| XIV.  | Bedeutung der Beziehung zwischen Betreuer und Betreutem<br>Protokoll von Willi Reichel<br>Moderation: Barbara Pufhan/Walter R. Zahn .....   | 198 |

## Autoren- und Moderatorenverzeichnis

- Ackermann*, Brunhilde, Leiterin der Betreuungsbehörde Kassel  
*Benner*, Heinz Friedrich, Staatssekretär beim Thüringer Ministerium für Soziales und Gesundheit, Erfurt  
*Bienwald*, Jutta, Dipl.-Sozialarbeiterin/Vereinsbetreuerin, Winsen/Luhe  
*Bienwald*, Prof. Dr. Werner, Jurist, Evangelische Fachhochschule Hannover  
*Bloedorn*, Dr. Michael, Oberarzt Zentralkrankenhaus Bremen-Ost  
*de Boer*, Niek, Psychologe, Haarlem/Niederlande  
*Brennfleck*, Veronika, Stud. jur., Freiburg  
*Bresslem*, Lothar, Dipl.-Sozialarbeiter, Hamburg  
*Crefeld*, Prof. Dr. Wolf, Psychiater, Evangelische Fachhochschule Bochum  
*Eckert*, Martin, Sonderpädagoge, Hamburger Spastikerverein  
*Eickhoff*, Peter, ehrenamtlicher Betreuer, Bochum  
*Finzen*, Prof. Dr. Asmus, Psychiater, Basel/Schweiz  
*Funke*, Rainer, Parlamentarischer Staatssekretär im Bundesministerium der Justiz, Bonn  
*Fussek*, Claus, Dipl.-Sozialpädagoge, München  
*von Gaessler*, Gertraud, Leiterin der Betreuungsbehörde, München  
*Halten*, Jürgen, Sozialwissenschaftler, Southampton/England  
*Helfrich*, Peter, Dipl.-Betriebswirt, Marburg  
*Hoffmann*, Franz-Johannes, freiberuflicher Betreuer, Köln  
*Jürgens*, Dr. Andreas, Richter am Amtsgericht, Kassel  
*Kaminski*, Andrea, Vormundschaftsrichterin, Wuppertal  
*Klie*, Prof. Dr. Thomas, Jurist, Evangelische Fachhochschule Freiburg  
*Knauer-Berlinger*, Dr. Annemarie, Juristin, Psychologin, Patientenanwältin, Hall/Tirol/  
Österreich  
*Knittel*, Dr. Bernhard, Jurist, Ministerialrat, München  
*Knoerzer*, Jutta, Fachbereichsleiterin Patientenanwaltschaft, Wien/Österreich  
*Kunze*, Prof. Dr. Heinrich, Psychiatrisches Krankenhaus Merxhausen  
*Lachwitz*, Klaus, Justitiar Bundesvereinigung Lebenshilfe, Marburg  
*Lantzerath*, Gisela, Dipl.-Rechtspflegerin, Bochum  
*Marschner*, Dr. Rolf, Rechtsanwalt, München  
*May*, Arndt, Student der Philosophie, Bochum  
*Neumann-Latour*, Brigitte, Dipl.-Sozialarbeiterin, München  
*Poblmann*, Rüdiger, Dipl.-Sozialpädagoge, Hamburg  
*Pufhan*, Barbara, Dipl.-Rechtspflegerin, Lünen  
*Raack*, Dr. Wolfgang, Direktor des Amtsgerichts Kerpen  
*Rösner*, Dr. Manfred, Oberarzt, Zentralkrankenhaus Bremen-Ost  
*Sarna*, Waltraud, Dipl.-Pädagogin, Wolfsburg  
*Schimke*, Prof. Dr. Hans-Jürgen, Jurist, Evangelische Fachhochschule Bochum  
*Seitz*, Dr. Walter, Richter am bayerischen Obersten Landesgericht, München

*Sobotka*, Thomas, Dipl.-Sozialarbeiter, Bremen  
*Trautmann*, Jutta, Behindertenpädagogin, Hamburg  
*Wedge*, Joachim, Vormundschaftsrichter, Hamburg  
*Wenker*, Alfons, Dipl.-Rechtspfleger, Steinfurt  
*Wessels*, Wolfgang, Dipl.-Pädagoge, Bochum  
*Winterstein*, Peter, Leiter der Landesbetreuungsstelle Hamburg  
*Wolter-Henseler*, Dr. Dirk K., Oberarzt für Gerontopsychiatrie, Langenfeld  
*Zahn*, Walter R., Rechtsanwalt, Bremen

## ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

|          |  |
|----------|--|
| AFG      | Arbeitsförderungsgesetz  |
| AG       | Amtsgericht  |
| BayObLG  | Bayerisches Oberstes Landesgericht   |
| BDSG     | Bundesdatenschutzgesetz  |
| BGB      | Bürgerliches Gesetzbuch  |
| BGH      | Bundesgerichtshof  |
| BGHZ     | Entscheidungen des BGH in Zivilsachen (Band und Seite)                       |
| BMJ      | Bundesministerium der Justiz   |
| BRAGO    | Bundesrechtsanwaltsgebührenordnung   |
| BtBG     | Betreuungsbehördengesetz   |
| BT-Drs.  | Bundestags-Drucksache  |
| BtG      | Betreuungsgesetz   |
| BtMG     | Betäubungsmittelgesetz   |
| BtPrax   | Betreuungsrechtliche Praxis (Zeitschrift)                                    |
| BVerfG   | Bundesverfassungsgericht   |
| DAVorm   | Der Amtsvormund (Zeitschrift)  |
| DJT      | Deutscher Juristentag  |
| EuGRZ    | Europäische Grundrechte (Zeitschrift)  |
| FamRZ    | Zeitschrift für das gesamte Familienrecht                                    |
| FGG      | Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit             |
| FuR      | Familie und Recht (Zeitschrift)  |
| GKV      | Gesetzliche Krankenversicherung  |
| Hrsg.    | Herausgeber  |
| i.V.m.   | in Verbindung mit  |
| JZ       | Juristen Zeitung   |
| KG       | Kammergericht Berlin   |
| NDV      | Nachrichtendienst des deutschen Vereins (Zeitschrift)                        |
| NJW      | Neue Juristische Wochenzeitschrift   |
| PsychKG  | (Landes-)Gesetze über Hilfen und Schutzmaßnahmen gegenüber psychisch Kranken |
| Rpfleger | Der Deutsche Rechtspfleger (Zeitschrift)                                     |
| RpflG    | Rechtspflegergesetz  |
| RVO      | Reichsversicherungsordnung   |
| Rz       | Randziffer   |
| SGB      | Sozialgesetzbuch   |
| VGT      | Vormundschaftsgerichtstag  |
| VormG    | Vormundschaftsgericht  |
| ZJ       | Zeitschrift für Jugendrecht  |
| ZPO      | Zivilprozeßordnung   |
| ZRP      | Zeitschrift für Rechtspolitik  |

## ERÖFFNUNGSANSPRACHE

Gertraud von Gaessler  
Erste Vorsitzende, Leiterin der Betreuungsstelle München

Liebe Teilnehmerinnen und Teilnehmer des 4. Vormundschaftsgerichtstags, ich darf Sie herzlich begrüßen, insbesondere Herrn Parlamentarischen Staatssekretär Funke vom Bundesministerium der Justiz und Herrn Staatssekretär Benner vom Thüringer Ministerium für Soziales und Gesundheit.

Ich bin froh, daß Sie an dem 4. Vormundschaftsgerichtstag so zahlreich teilnehmen. Es ist ermutigend, wenn sich Fachleute mit dem Ziel treffen, der Umsetzung des Betreuungsgesetzes den Weg zu ebnen. Weiterhin müssen wir uns jedoch mit tatsächlicher Entmündigung und Bevormundung hilfloser Menschen auseinandersetzen.

Vor zwei Jahren hat meine Vorgängerin Ulrike Mahnkopf den 3. Vormundschaftsgerichtstag mit den Worten eröffnet: „Wie stehe ich da? Ernüchtert, eigentlich enttäuscht.“

Mir ging es damals nicht anders. Groß waren meine Erwartungen an ein Gesetz gewesen, dessen Inhalt soziales Engagement und Rechtsstaatlichkeit für Kranke und Behinderte gewährleisten soll. Die Realität war in der Tat ernüchternd. Meine Enttäuschung über den Umgang mit den hohen Ansprüchen, die dieses Gesetz stellt, ist inzwischen der Empörung gewichen. Empörend ist die Haltung politisch Verantwortlicher, die menschliche Not ignorieren und immer mehr dort sparen, wo Protest nicht zu erwarten ist. Offensichtlich fließt bei Haushaltsdebatten die Hilflosigkeit der Betroffenen in ein politisches Kalkül ein. Wählerstimmen sind hier nicht zu holen.

Nur gemeinsam mit einer interessierten Öffentlichkeit werden wir den notwendigen Druck auf politische Instanzen herstellen können, um einem weiteren Sparkurs zu Lasten von Kranken und Behinderten entgegenzusteuern. In der Öffentlichkeit existiert jedoch knapp drei Jahre nach Inkrafttreten des Betreuungsgesetzes kaum mehr als eine vage Vorstellung von seinem Inhalt.

Wenn von Betreuungen die Rede ist, wird außerhalb der Fachwelt an die Pflege von alten und behinderten Menschen gedacht. Selbst sozialpolitisch engagierten Journalisten ist das Thema nur dann nahezubringen, wenn man sie darauf hinweist, daß durch diese Reform die Entmündigung abgeschafft wurde. Das aber lenkt die Gedanken genau in die falsche Richtung. Denn es entsteht der Eindruck, die Reform habe für die Betroffenen tatsächlich eine wesentliche Verbesserung gebracht. Entmündigt zu sein galt immer als abschreckende Vorstellung. Betreut zu sein erweckt im Gegensatz dazu positive Assoziationen.

Betreuung signalisiert menschliche Zuwendung. Entmündigung verdeutlicht den Zustand der Entrechtung und Bevormundung. Vor Inkrafttreten des Betreuungsgesetzes lauteten die Schlagzeilen „Entmündigt – abgeschoben ins Heim“. Eine Schlagzeile über einem Artikel desselben Inhalts nach Inkrafttreten des Betreuungsgesetzes „Betreut – abgeschoben ins Heim“ wäre allein schon wegen der widersprüchlich erscheinenden Aussage nicht denkbar. Dennoch ist es Realität, daß Betreute gegen ihren erklärten Willen in Heime abgeschoben werden. Ist gar von einer Betreuungsbehörde die Rede, denken Außenstehende an die Aufblähung der Verwaltung, an ein überflüssiges Amt im Bereich ambulanter Dienste. Kommen dann auch noch Vereinsbetreuer und Verfahrenspfleger zur Sprache, kapituliert auch der gutwilligste Zuhörer. Mit dem Gebrauch dieser Begriffe wird bei einem Laien schnell Verwirrung gestiftet.

Dahinter lauert die Gefahr, daß sich der Öffentlichkeit die Brisanz dieses Themas immer mehr verschließt. Selbst zum Objekt eines Betreuungs- oder Unterbringungsverfahrens degradiert zu werden, mit dieser Möglichkeit beschäftigt sich kaum jemand. So wird derzeit nahezu unbemerkt von der Öffentlichkeit die „Reform der Reform“ vorbereitet.

Im Interesse der Betroffenen fordert der bayerische Justizminister Hermann Leeb einschneidende Korrekturen am Betreuungsverfahrenrecht. Unterstützt wird er hierbei von

dem Bayerischen Richterverein. Dieser will – wie nach altem Recht – auf den Schutz der Betroffenen durch Verfahrenspfleger eigentlich völlig verzichten. Den als Rechtsanwälten tätigen Verfahrenspflegern wird kurzerhand unterstellt, sie seien deswegen unzureichend engagiert, weil „man sich mit psychisch Kranken und dementen Leuten nun eben mal nicht so gerne befaßt“.

Bei physisch schwer beeinträchtigten Menschen, mit denen eine Verständigung nicht möglich sei, könne man nicht nur auf Anhörung, sondern auch auf den unmittelbaren Eindruck durch den Richter verzichten.

Die zeitlich vorgeschriebene Überprüfung der angeordneten Betreuungen sei ebenfalls verzichtbar. Erfahrungsgemäß würden die Betroffenen selbst die Aufhebung der Betreuung beantragen, wenn sich ihr Gesundheitszustand verbessert habe.

Die Wahl des Anhörungsortes müsse in das Ermessen des Richters gestellt werden. Es dürfe nicht der Willkür der nicht selten böswilligen Betroffenen überlassen bleiben, den Vormundschaftsrichter vergebens zu Terminen antanzen zu lassen.

Dieses Beispiel zeigt, daß die Vermittlung der Inhalte dieses Gesetzes in zweifacher Hinsicht erschwert wird:

Zum einen müssen wir täglich feststellen, daß Forderungen der engagierten Fachwelt von mangelndem Reformwillen auch in den eigenen Reihen unterlaufen werden, und zum andern wird die Entmündigung und Bevormundung der Betroffenen oft mit dem Argument verschleiert, es geschehe alles im Interesse der Betroffenen.

Wie können wir dazu beitragen, daß sich dies ändert?

Unser Thema „Das Betreuungsrecht in der Praxis – Traum oder Alptraum?“ weist bereits darauf hin, daß es Beispiele gibt, die uns zeigen, wie der Verlauf der Reform positiv beeinflusst werden kann.

Wir haben engagierte Rechtspfleger, die den Inhalt und den Sinn des Betreuungsrechtes praktizieren. Wir haben kritikfähige Richter, die Mißstände in aller Öffentlichkeit anprangern und Diskussionen mit anderen Berufsgruppen nicht mit dem Hinweis auf richterliche Unabhängigkeit aus dem Weg gehen. Wir haben Sozialarbeiter und Rechtsanwälte als Betreuer und Verfahrenspfleger, die die Interessen der Betroffenen vehement vertreten. Wir haben Ärzte und Pflegekräfte, die für das Wohl der Betroffenen überzeugend eintreten und das neue Recht nicht als Behinderung ihrer Arbeit empfinden.

Wir haben ein Bundesland, Rheinland-Pfalz, in dem Betreuungsvereine einen Rechtsanspruch auf Förderung haben. Es gibt Kommunen, in denen der Aufbau und die Arbeit der Betreuungsbehörden sachgerecht und ernsthaft betrieben wird.

Wir führen konstruktive Diskussionen über die Umsetzung des neuen Rechts in Fachpresse und Arbeitskreisen. So war für mich kürzlich die Erfahrung bei einem Treffen mit den Vertretern der Landesarbeitskreise für Betreuung der neuen Bundesländer in Magdeburg beeindruckend. Ungehindert von verkrusteten Strukturen aus Vormundschafts- und Pflegschaftsrecht waren hier Engagement, Solidarität zwischen den beteiligten Berufsgruppen und Phantasie bei der Umsetzung dieser Reform deutlich spürbar.

Ich freue mich, daß wir uns in einem neuen Bundesland treffen und der Austausch auch zwischen den alten und neuen Bundesländern stattfindet.

Unser Erfahrungsaustausch muß dazu führen, daß wir aus positiven Beispielen lernen, wie dem Alptraum der Entmündigung und Bevormundung hilfloser Menschen entgegen gewirkt werden kann.

Eine unserer wichtigsten Aufgaben wird es sein, den politisch Verantwortlichen und vor allem der Öffentlichkeit unsere Forderungen ohne den Gebrauch schmeicheilhafter Begriffe in verständlicher Sprache nahezubringen.

Ich hoffe, daß der 4. Vormundschaftsgerichtstag dazu beiträgt. Ich wünsche uns allen ein gutes Gelingen und vor allem auch Freude an dieser Tagung.

## GRUSSWORTE

Rainer Funke,  
Parlamentarischer Staatssekretär im Bundesministerium der Justiz

Sehr geehrte Frau Vorsitzende, meine sehr geehrten Damen und Herren!

Zunächst darf ich Ihnen die herzlichsten Grüße von Frau Bundesministerin Leutheusser-Schnarrenberger ausrichten. Sie wäre gern selbst heute nach Friedrichroda gekommen. Doch so wenige Tage vor einer so wichtigen Bundestagswahl kann man als Politiker nicht immer seine Termine nach seinen Neigungen ausrichten. So bitte ich um Verständnis dafür, daß Frau Leutheusser-Schnarrenberger durch wichtige andere Termine in Bonn heute verhindert ist und mich gebeten hat, ihre Grüße zu überbringen.

Der Einladung zum Vormundschaftsgerichtstag bin ich gerne gefolgt; nicht zuletzt deshalb, weil im Zentrum Ihrer Beratungen wieder einmal das Betreuungsgesetz steht. Diese Materie ist mir besonders wichtig, denn zum einen geht es hier um das Schicksal vieler Menschen, die bisher am Rande der Gesellschaft gestanden haben und denen das neue Betreuungsrecht unter Vermeidung unnötiger Bevormundung die erforderliche Hilfestellung sichern soll. Zum anderen bin ich als damaliger Berichterstatter meiner Fraktion im Rechtsausschuß des Deutschen Bundestages zum Betreuungsrecht an seinem weiteren Schicksal besonders interessiert.

Bayern war damals bereits gegen das Betreuungsgesetz.

Der Vierte Vormundschaftsgerichtstag will untersuchen, wie sich das Betreuungsrecht in der Praxis bewährt. Damit sind die entscheidenden Fragen angesprochen: „Funktioniert“ die Betreuung? Wird die Arbeit der Beteiligten in der wünschenswerten Weise erleichtert und gefördert? Und vor allen: Hat sich die Lebenssituation der Betroffenen verbessert?

Das Betreuungsrecht ist jetzt seit fast drei Jahren in Kraft. Seine „Erprobungsphase“ dürfte damit noch nicht endgültig abgeschlossen sein. Das Bild hat sich jedoch inzwischen soweit geklärt, daß sich die im Tagungsmotto aufgeworfene Frage jedenfalls im Grundsatz beantworten läßt: Ein Alptraum für die Betroffenen und Beteiligten ist das geltende Betreuungsrecht sicherlich nicht. Vielmehr hat es sich im wesentlichen bewährt und nach meinem Eindruck eine Reihe von Verbesserungen gegenüber dem früheren Rechtszustand bewirkt. Das heißt nicht, daß ich dem Betreuungsrecht das Prädikat „traumhaft“ verleihen möchte. Dem Anspruch, Träume zu verwirklichen, kann ein Gesetzgeber nie genügen. Das Betreuungsrecht macht hier keine Ausnahme; es hat aber ein Recht darauf, mit einem realistischen Maßstab gemessen zu werden. Eine solche Prüfung ist dann nicht nur legitim, sondern im Interesse der Betroffenen dringend nötig. Inzwischen sind manche Regelungen kritisiert worden. Und sicher werden Sie auch auf Ihrer Tagung noch einige neue Gesichtspunkte finden, die zum Nachdenken – auch zum legislativen Nachdenken – Anlaß bieten. Lassen Sie mich einige Probleme hier beispielhaft kurz ansprechen:

So sind zunächst die Klagen nicht zu überhören, die über einige verfahrensrechtliche Vorschriften des Betreuungsgesetzes geführt werden:

Beklagt wird hier nicht ein Mangel an Rechtsstaatlichkeit. Im Gegenteil! Aus der Praxis ist zu hören, daß in dieser Richtung die eine oder andere Vorschrift etwas überzogen sei. Ich möchte diesen Auffassungen insoweit nicht widersprechen, als der Gesetzgeber hier Nägel mit Köpfen gemacht hat. Es galt, die Stellung der Betroffenen, die zu den Schwächsten in der Gesellschaft zählen, zu stärken und insbesondere ihre verfassungsmäßigen Rechte zu wahren. Wenn nunmehr nach fast drei Jahren seit Inkrafttreten des Betreuungsgesetzes die Praxis sagt, daß im Verfahrensrecht insbesondere die Regelung über

– die zwingende Beiordnung des Verfahrenspflegers,

- die persönliche Anhörung des Betroffenen,
- die Äußerungsgelegenheit für die Angehörigen und
- die regelmäßige Überprüfung der Vereinsbetreuung nach fünf Jahren

einen zu hohen und teilweise überflüssigen Aufwand erforderten, so ist dies Anlaß zu einer Überprüfung.

Sollten die Untersuchungen ergeben, daß ohne Beeinträchtigung der Rechte der Betroffenen der Aufwand für die Praxis gesenkt werden kann, so sehe ich einen Handlungsbedarf für den Gesetzgeber, der dabei allerdings die von der Verfassung gezogenen Grenzen im Auge behalten muß.

Auch im materiellen Recht finden sich Anlässe zu kritischer Auseinandersetzung. Dies betrifft insbesondere die Frage nach der Vergütung der Betreuungstätigkeit, vor allem der Vergütung für Berufs- und Vereinsbetreuer. Die mehrfach artikulierte Besorgnis, die Spruchpraxis der Gerichte gefährde die wirtschaftliche Existenz von Betreuungsvereinen, nehme ich sehr ernst. Die Gerichte urteilen dabei auf der Grundlage einer Regelung, die ihre endgültige Gestalt erst infolge einer Intervention der Bundesländer erhalten hat: Während der Gesetzentwurf der Bundesregierung eine eher großzügige Rahmenregelung für die Betreuervergütung vorgesehen hatte, ist der Spielraum der Gerichte hier durch den Bundesrat eingeengt worden. Auch auf der Basis der nun Gesetz gewordenen Fassung ist jedoch eine für Berufsbetreuer und Vereine ausreichende Vergütungsbemessung möglich, zumal die hier maßgeblichen Bemessungsgrößen durch das Kostenrechtsänderungsgesetz mit Wirkung vom 1. Juli 1994 deutlich erhöht worden sind. Wenn die Zeichen nicht trügen, sind die Gerichte auch zunehmend bereit, den ihnen zur Verfügung stehenden Spielraum im Interesse der Berufsbetreuer und Vereine und damit letztlich im Interesse eines funktionierenden Betreuungsrechts zu nutzen. Gerichtliche Entscheidungen, die ausweislich ihrer Gründe sehenden Auges Beträge festgesetzt haben, mit denen die Betreuungsvereine in den wirtschaftlichen Ruin getrieben würden, sind zum Glück vereinzelt geblieben. Die stärkere Berücksichtigung von Sinn und Zweck des Gesetzes sollte solche Entscheidungen künftig ausschließen.

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

einer der Leitgedanken des Betreuungsgesetzes ist es, eine Entrechtung des Betroffenen möglichst zu vermeiden. Dem Betreuer wird deshalb grundsätzlich nur eine ergänzende Rechtsmacht eingeräumt, um ihn in die Lage zu versetzen, hilfreich an die Seite des Betreuten zu treten. Hier liegt eine der für das Selbstverständnis der Betroffenen wichtigsten Verbesserungen des neuen Rechts, die auch - soweit ich sehe - grundsätzlich nicht in Frage gestellt wird. Für einzelne Bereiche wie insbesondere Heilbehandlungen oder Heimaufenthalte herrscht über die Reichweite der Betreuerbefugnisse jedoch zum Teil Unsicherheit. Auch insoweit wird die Praxis vom Bundesministerium der Justiz aufmerksam verfolgt werden.

Gestatten Sie mir abschließend noch einige Bemerkungen zum Recht der Vormundschaft und Pflegschaft für Minderjährige. Insoweit hat der Bundesrat bei der Verabschiedung des Betreuungsgesetzes einen Reformauftrag erteilt, den es in der nächsten Zeit zu erfüllen gilt. Eine - derzeit noch nicht abgeschlossene - Befragung der forensischen Praxis hat allerdings ergeben, daß hier wohl eher ein Bedarf nach einzelnen Korrekturen des geltenden Rechts, nicht dagegen nach seiner grundlegenden Umgestaltung besteht.

Besondere Aufmerksamkeit verdient hier der Vorschlag, Minderjährigen einen Rechtsanspruch auf eine Bezugsperson bzw. einen Einzelvormund einzuräumen. Dieses Ziel ist sicher erstrebenswert. Allein durch Änderungen des Vormundschaftsrechts kommen wir ihm jedoch kaum näher. Bereits jetzt besteht von Rechts wegen ein Vorrang des Einzelvormundes vor dem Jugendamt. Steigert man diesen Vorrang zu einem Anspruch auf den Einzelvormund, so läuft dieser Anspruch trotzdem so lange leer, wie nicht in ausreichender Zahl Einzelvormünder zur Verfügung stehen.

Letztlich begrenzt hier wie auch schon im Betreuungsrecht die Situation der Landeshäushalte mittelbar den Entscheidungsspielraum des Bundesgesetzgebers. Um so wichtiger wird es sein, Rahmenbedingungen für die Arbeit von Einzelvormündern zu verbessern, dadurch zusätzliche Einzelvormünder zu gewinnen und das derart gefüllte Reservoir dann auch weitestgehend auszuschöpfen.

Vieles hängt - im Vormundschaftsrecht wie im Betreuungsrecht - von der praktischen Umsetzung ab. Der Vierte Vormundschaftsgerichtstag will gerade dies erörtern. Er leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Lebenssituation der Betroffenen. Dafür danke ich Ihnen, und dafür wünsche ich Ihnen gutes Gelingen. Wir werden Ihre Erörterungen aufmerksam verfolgen.

Heinz Friedrich Benner,  
Staatssekretär beim Thüringer Ministerium für Soziales und Gesundheit

Im Namen der Landesregierung begrüße ich Sie sehr herzlich in Thüringen und übermittle Ihnen die herzlichsten Grüße vom Sozialminister Dr. Frank-Michael Pietzsch und vom Justizminister Dr. Hans Joachim Jentsch.

Die Umsetzung des Betreuungsrechts in Thüringen hat gute Fortschritte gemacht. Das bedeutet nach der Wende, daß die gesamte soziale Infrastruktur des Betreuungswesens – Vormundschaftsgerichte, Betreuungsbehörden und -vereine – Schritt für Schritt aufgebaut werden mußte. Bereits nach nur vier Jahren läßt sich feststellen: Diese Aufbauarbeit war erfolgreich, und ich danke allen Verantwortlichen, die daran mitgewirkt haben.

Die Thüringer Landesregierung ist sich ihrer Verantwortung bewußt und hat *gemeinsam* mit allen Betroffenen und Verantwortlichen die Ausführung des Betreuungsgesetzes diskutiert. Ich hebe hervor, daß wir nicht einfach ein Gesetz der alten Bundesländer abschreiben wollten oder „nach Aktenlage vom grünen Tisch“ aus entscheiden wollten. Aus diesem Grund ist das Thüringer Gesetz zur Ausführung des Betreuungsgesetzes erst im Juli dieses Jahres in Kraft getreten.

Das Thüringer Gesetz zur Ausführung des Betreuungsgesetzes bestimmt – wie die Mehrzahl der Bundesländer – als örtlich zuständige Betreuungsbehörden die Landkreise und kreisfreien Städte. Das Landesamt für Soziales und Familie ist als überörtliche Betreuungsbehörde neben der Anerkennung, fachlichen Beratung und Förderung von Betreuungsvereinen dafür zuständig, auf ein ausreichendes Angebot von Betreuern hinzuwirken und die örtlichen Betreuungsbehörden bei ihrer Aufgabenerfüllung zu unterstützen.

Die Einrichtung von Arbeitsgemeinschaften auf örtlicher und überörtlicher Ebene soll die Zusammenarbeit der mit Betreuungsangelegenheiten befaßten Personen, Behörden, Gerichte, Vereine und Organisationen auf örtlicher bzw. überörtlicher Ebene koordinieren und fördern. Da das Verfahren der Anerkennung von Betreuungsvereinen im Betreuungsgesetz nur rudimentär geregelt ist, normiert das Thüringer Ausführungsgesetz – wie die weit überwiegende Zahl der Ausführungsgesetze in anderen Bundesländern – zusätzliche Voraussetzungen für die Anerkennung. Diese sichern im Interesse der Betreuten bestimmte Qualitätsstandards.

Neben der Gemeinnützigkeit ist eine persönlich und fachlich qualifizierte und im Verhältnis zu Anstalten, Heimen u. ä. Einrichtungen, in denen Betreute wohnen, unabhängige Leitung der Betreuungsarbeit Anerkennungsvoraussetzung. Schließlich ist vorgesehen, daß ein Verein, der die Anerkennung beantragt, den Nachweis erbringen muß, daß seine Arbeit auch im Hinblick auf den Einsatz der finanziellen Mittel auf Dauer eine Anerkennung rechtfertigt. Die Anerkennung erfolgt jeweils unter Beteiligung der Landkreise und kreisfreien Städte, wobei das Land Thüringen bisher 18 Betreuungsvereine anerkennen konnte.

Da die erfolgreiche Umsetzung des Betreuungsrechts nur gelingen kann, wenn eine ausreichende Zahl ehrenamtlicher Betreuer in den Betreuungsvereinen zur Verfügung steht, fördert das Land Thüringen anerkannte Betreuungsvereine durch Zuwendungen zu den Personal- und Sachausgaben. Damit sollen die Betreuungsvereine insbesondere in die Lage versetzt werden, ehrenamtliche Betreuer zu gewinnen, sie fortzubilden, zu beraten und einen Erfahrungsaustausch zwischen den Mitarbeitern zu ermöglichen.

Neben dem Land stehen auch die Landkreise und kreisfreien Städte in der finanziellen Verantwortung. Die entsprechenden Ausführungsbestimmungen sehen folgendes Modell zur Finanzierung der hauptamtlichen Mitarbeiter in den Betreuungsvereinen vor:

- 40 v. H. Landeszuwendungen,
- 40 v. H. Zuwendungen durch die Kommunen,
- 20 v. H. Vergütungen aus der Justizkasse.

Die Landesregierung ist sich ihrer Verantwortung gegenüber den Betreuungsvereinen bewußt und hat daher im Haushaltsjahr 1994 Fördermittel in Höhe von 410 000,00 DM bereitgestellt. Ziel ist es, pro Landkreis bzw. kreisfreier Stadt mindestens einen Betreuungsverein finanziell unterstützen zu können.

Eine wesentliche Verbesserung für die etwa 7850 bei den Landgerichtsbezirken gemeldeten ehrenamtlichen Vormünder, Pfleger und Betreuer wird der voraussichtlich noch dieses Jahr erfolgende Abschluß einer Sammelversicherung sein.

Damit sind gerichtlich bestellte ehrenamtliche Betreuer, Vormünder, Pfleger und Beistände automatisch, ohne daß sie weitere Erklärungen abgeben müssen, gegen Schäden versichert, die sie dem Betreuten, Mündel oder Pflegling zufügen.

Auf der Grundlage der rechtlichen und organisatorischen Umsetzung, denke ich, sind wir in Thüringen auf dem richtigen Weg, um das bundesrechtliche Betreuungsgesetz zum Wohle der betreuungsbedürftigen Mitbürgerinnen und Mitbürger umzusetzen.

Ich wünsche Ihnen noch einen guten Verlauf der Veranstaltung und bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

## ERÖFFNUNGSVORTRAG

Claus Füsseck, Diplom-Sozialpädagoge, München

*Betreut – bestens versorgt?*

Was hat die „Jahrhundertreform“ Betreuungsrecht mit dem „Jahrhundertgesetz“ Pflegeversicherung gemeinsam?

Die politisch Verantwortlichen möchten mit einem Minimum an finanziellem Aufwand ein Maximum an Qualität erreichen. „Kostenneutralität“ ist das Zauberwort, und bei politischen Veranstaltungen werden sozialpolitische Forderungen (meistens kommen von uns sowieso nur „Bitten“ und „Appelle“) abgetan: „Nicht alles Wünschenswerte ist auch finanzierbar“ oder „Finanzierung ist nur möglich im Rahmen der verfügbaren Haushaltsmittel...“

„Im Mittelpunkt des neuen Betreuungsrechtes stehen das Wohl des Betreuten und die direkte bedürfnisgerechte Hilfe für ihn. Die persönliche Betreuung stellt oft hohe Anforderungen an die Belastbarkeit und die soziale Kompetenz des Betreuers. Der Erfolg der Reform hängt deshalb auch davon ab, ob es gelingt, dem einzelnen Betreuer kompetente und konkrete Hilfen zu vermitteln.“

Die Bundesministerin für Familie und Senioren, Hannelore Röntsch, betonte dies u. a. im April 1992 bei der Vorstellung des Modellprojektes „Förderung ehrenamtlicher Hilfe für Betreuungsbedürftige“ – zur praktischen Umsetzung des neuen Betreuungsrechtes. „Ganz wesentlich sei dabei“, so die Ministerin weiter, „daß viele engagierte Mitbürger bereit sind, eine ehrenamtliche Tätigkeit als Betreuer zu übernehmen.“ Die Modellmaßnahmen sollten u. a. aber auch „die infrastrukturellen und organisatorischen Initiativen auf kommunaler Ebene anregen und fördern (z. B. Kurzzeitpflege, betreutes Wohnen)“.

Die Intention des Gesetzes ist ähnlich wie die des neuen Pflegeversicherungsgesetzes verheißungsvoll. Aber wie der Journalist der Süddeutschen Zeitung Heribert Prantl in seinem Kommentar „Hilfe nur auf dem Papier“ (27. 12. 91) betonte: „Der Buchstabe des Gesetzes allein tut es nicht. Es fehlen Vormundschaftsrichter, es fehlen Helfer, es fehlt das Personal in den Sozialbehörden. Eine Infrastruktur, die das neue Recht anwenden könnte, ist nicht vorhanden. Mit dem gleichen Personal- und Geldaufwand wie bisher soll ein aufwendiges neues Recht umgesetzt werden.“

Prof. Dr. med. Wolf Crefeld meint in der BtPrax (5/94) u. a. dazu: „So mancher ist enttäuscht: Das neue Betreuungsgesetz scheint an der brutalen Realität in manchen Heimen und Kliniken, an der scheinbaren Rechtlosigkeit der von ihm Betreuten wenig zu ändern.“ Es sprechen heute viele bereits von einem Scheitern der Reform.

Selbstverständlich ist in den vergangenen Jahren „einiges passiert...“ es soll hier auch nicht „pauschalisiert“ und „verallgemeinert“ werden. Selbstverständlich existieren in der Bundesrepublik menschenwürdige Wohnformen und ambulante Dienste für pflegebedürftige, alte und behinderte Menschen. Die Rahmenbedingungen und Strukturen sind sicherlich auch regional verschieden.

Ich möchte den Verantwortlichen nicht den guten Willen absprechen, die Ansätze der Reform auch in die Tat umzusetzen. Doch der gute Wille allein, ständige Appelle für mehr ehrenamtliches Engagement, eine „neue Kultur des Helfens“, politische Absichtserklärungen und Hinweise auf die angeblich leeren Kassen genügen eben nicht.

Obwohl politisch Verantwortliche überall den Eindruck erwecken, als sei das Versorgungssystem flächendeckend ausgebaut, möchte ich Sie heute abend aus der praktischen Sicht eines Sozialarbeiters eines größeren ambulanten Dienstes für behinderte und pflegebedürftige Menschen in München mit den leider nach wie vor überwiegend trostlosen und z. T. katastrophalen Versorgungsstrukturen konfrontieren. (Die personellen Defizite

bei den Vormundschaftsgerichten, Betreuungsvereinen, deren unzureichende finanzielle Ausstattung, die fehlenden ehrenamtlichen BetreuerInnen usw. setze ich hier als bekannt voraus und werde sie in meinem Beitrag vernachlässigen.)

Mit konkreten Beispielen, aber auch mit „unverdächtigen“ wissenschaftlich anerkannten Aussagen möchte ich Ihnen verdeutlichen, daß eine praktische Umsetzung des zentralen § 1901 des Betreuungsrechtes häufig vollkommen unmöglich ist. Mein Beitrag ist bewußt einseitig, parteiisch und unausgewogen; nach zwanzigjähriger Tätigkeit an der Basis bitte ich auch um Verständnis, daß ich viele dieser Zustände und Mißstände, mit denen wir fast täglich konfrontiert werden, nicht mehr sachlich und mit Verständnis auf angebliche Sachzwänge schildern kann. Betonen möchte ich auch noch, daß es sich hier nicht, wie von manchen Politikern, Behördenvertretern – und bedauerlicherweise auch von Wohlfahrtsfunktionären – an solchen Stellen immer vorschnell betont wird, um „bedauerliche Einzelschicksale handelt, die man auf keinen Fall verallgemeinern darf“. Nach dem Motto: Weil nicht sein kann, was nicht sein darf.

(Wegen der vorgeschriebenen Zeit muß ich mich auf einige wenige Beispiel beschränken.) Die positiven Beispiele entnehmen Sie bitte den zahlreichen politischen Wahlreden, Hochglanzprospekten, Informationsbroschüren sowie den (z. T. geschönten) Jahresberichten der Wohlfahrtsverbände.

Frau B. erkundigt sich verzweifelt am Telefon, ob wir für ihren Mann, der nach einem schweren Schlaganfall in einem Pflegeheim liegt, nicht ab und zu einen Zivildienstleistenden zur Verfügung stellen könnten. Sie ist gesetzliche Vertreterin für ihren Mann, ist bereits über 70 Jahre alt, schwer herzkrank und leidet an Osteoporose. Jahrelang hat sie ihren Ehemann zu Hause gepflegt, „bis es einfach nicht mehr ging“. Sie muß täglich ca. eine Stunde „bei dieser Hitze“ ins Pflegeheim fahren, damit ihr Mann etwas zu essen und zu trinken bekommt. Das Personal ist einfach überlastet. Es muß immer schnell, schnell gehen... „zwei, drei Löffel Suppe, dann müssen sie schon wieder zum nächsten.“ Frau B. schildert verbittert und resigniert die Situation auf der Pflegestation eines „besseren Hauses“ in München. Sie fragt deprimiert, was denn mit den Menschen im Heim passiert, die keine Angehörigen haben. Sie berichtet von Menschen, die seit Monaten von keinem Menschen besucht worden sind. Frau B. geht unangenehm in Heim und erlebt immer wieder, daß die Menschen aus den Zimmern nach Getränken rufen und sich vom Personal niemand blicken läßt. „Ich kann es ja verstehen... bei meinem Mann und den anderen geht es beim Essen sehr langsam... dafür haben die Pfleger keine Zeit. Ich traue mich überhaupt nicht zu fragen, ob sie meinen Mann vielleicht einmal im Monat in den Garten schieben... Die Menschen liegen im Bett und starren an die Decke... Die sind doch lebendig begraben.“

Ein Einzelfall? „Bevor ich in ein Pflegeheim komme, mache ich Schluß...“, ein Ausspruch, den ich ständig bei Hausbesuchen oder am Telefon höre. Bei den meisten Menschen ist die Diagnose „Pflegefall“ verbunden mit der Angst vor Isolierung und Einsamkeit, dem Angewiesensein auf fremde Hilfe und der Befürchtung, ihre angestammte Umgebung aufgeben zu müssen. Die Begriffe „Pflegenotstand“, „Kampf mit den Behörden“ und Mißstände in der ambulanten und stationären Versorgung sind den meisten aus eigener Erfahrung oder aus nächster Umgebung hinreichend bekannt. Wir werden im ambulanten Dienst (!) ständig mit Anfragen konfrontiert, uns ab und zu mal um Menschen in Pflegeheimen zu kümmern. „Damit sie wenigstens einmal im Monat in den Garten kommen.“ Daß pflegebedürftige Menschen oft wochenlang „aus personellen Gründen“ nicht gebadet werden können, wird häufig bereits als „Normalität“ betrachtet. Wir erleben mit Bestürzung, daß Menschen gelernt haben, sich am Wenigen zu erfreuen. Zu viele alte Menschen sterben den sozialen Tod durch Vereinsamung. Oft ist der Fernsehapparat der einzige Gesprächspartner.

Erfahrungen, die übrigens nicht nur ältere pflegebedürftige, sondern auch viele behinderte und psychisch kranke Menschen machen müssen. Erschütternde Berichte, die leider

auch in den Medien kaum noch Beachtung finden, weil diese alltäglichen Mißstände längst nicht mehr als Skandale angesehen werden. Zustände, an die sich viele, allzu viele Menschen bereits gewöhnt haben, sie verdrängen, relativieren oder ganz einfach gleichgültig ignorieren.

Zur Erinnerung:

„Der Betreuer hat die Angelegenheiten des Betreuten so zu besorgen, wie es dessen Wohl entspricht. Zum Wohl des Betreuten gehört auch die Möglichkeit, im Rahmen seiner Fähigkeiten sein Leben nach seinen eigenen Wünschen und Vorstellungen zu gestalten“ („...“).

„Innerhalb seines Aufgabenkreises hat der Betreuer dazu beizutragen, daß Möglichkeiten genutzt werden, die Krankheit oder Behinderung des Betreuten zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern“ (§ 1901 Absatz 1 und 3 Betreuungsgesetz).

Frau W., deren 87jähriger Vater seit einem halben Jahr in einem 50-Betten-Haus in der Nähe von München liegt, erklärt mir, daß die vom Arzt verordneten Gehübungen für ihren Vater (Schlaganfall) wegen Personalmangels ausfallen müssen. Eine Krankengymnastin – fürs ganze Haus – kommt einmal in der Woche vorbei. Patienten bleiben tagelang im Bett und haben alle Windeln angelegt bekommen, da der Gang zur Toilette zu zeitintensiv sei. „Füttern und sauberhalten... das genügt, mehr lohnt sich nicht mehr...“, erklärte eine überlastete Schwester der Tochter. Die Nachtwache ist alleine... daher werden die Menschen nachts sediert, wenn sie unruhig werden. Die Tochter machte die Heimleiterin auf die Notwendigkeit der richterlichen Genehmigung aufmerksam. Die Antwort: Dann sollen die Richter mir halt mehr Personal genehmigen. Übrigens: Zahlreiche Schilderungen von Pflegekräften lauten ähnlich... Wir wissen auch von offiziellen Genehmigungen, deren Notwendigkeit einfach mit „Personalmangel“ begründet wird! Ich muß Sie beunruhigen...:

Auch das sind leider keine Einzelbeispiele... gehen Sie unangemeldet auf Pflegestationen, vor allem nachts... Vergleichen Sie das anwesende Personal mit der Anzahl der schwerpflegebedürftigen Bewohner auf der Station... Ohne Psychopharmaka und Fixierung ist die Versorgung bzw. Verwahrung nicht zu leisten... In der Zeitschrift „Altenpflege“ (6/94) („Zwangswaschen gehört verboten“) fordern Nachtwachen „die Abschaffung des nächtlichen Waschens und mehr Personal“.

Es geht mir hier nicht um eine pauschale Verurteilung der Pflegeheime: Wir müssen aber endlich registrieren, daß selbst mit den von den Kostenträgern genehmigten Personalschlüsseln eine menschenwürdige Versorgung der Menschen nicht möglich ist, Mißstände unvermeidbar sind. Der Personalschlüssel muß sich an den individuellen Bedürfnissen der pflegebedürftigen Menschen orientieren. Der couragierte Geschäftsführer der Arbeiterwohlfahrt in Fürth ging vor einigen Wochen an die Öffentlichkeit: „Viele Heime haben resigniert und geben bereits um 17 Uhr die Schlaftablette, weil dann nicht mehr genug Pflegepersonal da ist.“ Pflegeheime werden zu „Sterbeheimen“, da die schwerstpflegebedürftigen Menschen von den Kliniken abgeschoben werden. „Die jährliche Sterberate in den Pflegeheimen hat sich dadurch fast verdreifacht“, erklärte der Geschäftsführer und weist auf die enorme Zusatzbelastung für Personal und Bewohner hin.

„Personalmangel ist Körperverletzung“ betonte eine Altenpflegerin bei einer Tagung in Nürnberg. Ein Mitarbeiter des Caritasverbandes erklärte bei einer Veranstaltung im Juni 1993 in Augsburg, daß in vielen Einrichtungen in einer Betreuungsstunde von einer Mitarbeiterin bzw. einem Mitarbeiter zehn behinderte Menschen versorgt werden – das sind sechs Minuten pro Stunde für jede einzelne Bewohnerin bzw. Bewohner. Weiterhin wurde berichtet, daß in Schwerstbehindertengruppen aus Sicherheitsgründen sogar tagsüber Fixierungen und der Einsatz von Psychopharmaka notwendig sind, weil nur eine Betreuerin oder ein Betreuer pflegesatztechnisch eingesetzt werden kann.

Eine Krankenschwester aus einem Altenpflegeheim begründet das frühe Zubettgehen (täglich gegen 18 Uhr) der pflegebedürftigen Menschen, damit „die Station der einzigen Nachtwache liegend übergeben werden kann“. In einem Münchner Pflegeheim hat man sich einen besonders perfiden Trick ausgedacht, um die Bewohner früher ins Bett zu bringen... es werden ganz einfach die Uhren vorgestellt. In zahlreichen Heimen können die Menschen schon längst nicht mehr aus den Betten geholt werden: Personalmangel! Dies ist auch ein Grund, warum in vielen Pflegeheimen „Betten leer stehen...“

Ähnliche Zustände werden auch aus Psychiatrischen Krankenhäusern geschildert. Zwei Drittel der Langzeitpatienten müssen in einer Großeinrichtung in Oberbayern überwiegend in ihren Betten bleiben. Die Situation im Pflegebereich in den neuen Bundesländern schildert selbst Familienministerin Rönch als „dramatisch“.

Die Nationale Armutskonferenz, in der Gewerkschaften und Wohlfahrtsverbände organisiert sind, kritisiert die Situation auf dem Pflegemarkt: Die Personallage vieler Pflegeheime sei katastrophal und könne weder eine gefährliche Pflege noch eine menschenwürdige Abfertigung ausschließen. Selbstbestimmung der Heimbewohner werde praktisch ausgeschlossen, Chancen der Rehabilitation würden nicht genutzt.

Am schlimmsten aber seien die psychisch kranken Menschen von der mangelhaften Situation in der Pflege betroffen. Die stationären und ambulanten Hilfen seien, so die Armutskonferenz, nicht annähernd in der Lage, eine ausreichende Versorgung sicherzustellen.

Die Grenzen der Belastbarkeit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern werden ständig überschritten, und hohe Personalfuktuation, große „Aussteigerquoten“ und somit eine Verschärfung der ohnehin gespannten Personalsituation sind die hinreichend bekannten Folgen.

Sie werden nun sicherlich nach dem Verbleiben der Kostenträger und Heimaufsicht fragen. Unsere Erfahrungen mit diesen Kontrollorganen sind überwiegend negativ... Viele MitstreiterInnen und ich, die sich seit vielen Jahren gegen Menschenrechtsverletzungen in Pflegeheimen engagieren, haben es noch nicht erlebt, daß sich Vertreter von Kostenträgern oder der Heimaufsicht ernsthaft nach der Betreuungsqualität eines Alten- und Pflegeheimes erkundigt hätten. Konkreten Hinweisen auf Mißstände wurde, wenn überhaupt, nur zögerlich nachgegangen (Kontrollbesuche werden in der Regel sechs Wochen vorher angekündigt). Selbst Presseveröffentlichungen blieben meistens ohne Konsequenzen. Das eigentlich Skandalöse sind für die Verantwortlichen (auch bei den Heimträgern) nicht die Mißstände, sondern daß diese öffentlich gemacht worden sind. Ein Mitarbeiter der Heimaufsicht, auf Mißstände angesprochen, erklärte vertraulich: „Wir können es uns meistens nicht leisten, solche Häuser zu schließen. Wo sollen wir denn die Patienten unterbringen?“ Der Heimleiter eines „100-Betten-Hauses“ im oberbayerischen Gertsried (mit Zehn-Betten-Schlafsälen!) erklärte selbstbewußt: „Uns werden ständig Patienten geschickt, die anderen Häusern bereits vergeblich angeboten worden sind.“

Wo bleiben die Angehörigen bzw. die gesetzlichen Betreuer? Dann hören wir resigniert, meist in der Hoffnung, daß diese „Unterbringung“ nur vorübergehend ist: „Wir müssen froh sein, überhaupt einen Platz gefunden zu haben!“ Was sollen nun Angehörige oder/und Betreuer tun, wenn die Versorgung zu Hause nicht mehr möglich ist, weil auch die ambulanten Dienste, wenn überhaupt, nur noch das Nötigste abdecken können?

Vor einigen Jahren wurden die pflegebedürftigen Menschen einfach in ein Krankenhaus eingewiesen. Um die Angehörigen für ein paar Tage zu entlasten oder die Wartezeit auf einen Pflegeplatz zu überbrücken, gab es auch für den Hausarzt keine andere Möglichkeit. Diese „Sozialindikationen“ sind nach dem Kostendämpfungsgesetz nicht mehr möglich. Die „Bettenberge“ oder die „fehlbelegten Betten“, wie das in der zynischen Verwaltungssprache heißt, mußten in den Kliniken abgebaut werden.

Alternative Versorgungsstrukturen, wie der verstärkte Ausbau ambulanter Dienste, Tageskliniken u. ä., wurden allerdings nicht geschaffen. Dramatische Szenen spielen sich nun tagtäglich in den Kliniken ab: Notärzte weigern sich, behinderte oder pflegebedürftige Menschen mitzunehmen, da sie befürchten, daß die Kliniken sie ihnen nicht abnehmen. Ärzte drohen Angehörigen, ihre pflegebedürftigen Familienmitglieder „vor die Türe zu legen“, wenn sie nicht bald eine ambulante Versorgung oder einen Heimplatz gefunden haben. Sozialdienste in den Kliniken klagen, daß die „fehlbelegten Betten“ geräumt werden müssen. Als existentielle Bedrohung erleben alte kranke Menschen und ihre Angehörigen die wohl gefürchtetste Diagnose: „Ein Pflegefall, da können wir nichts mehr machen!“ „Pflegefälle“ sind im Krankenhaus unerwünscht... werden auch von den Krankenkassen „ausgemustert“... ab sofort sind andere Institutionen und Kostenträger zuständig...

Mir sind Beispiele bekannt, wo Menschen im Krankenwagen erfahren haben, daß sie ihre Wohnung nie wiedersehen werden, da diese inzwischen aufgelöst worden ist. Freiheitsberaubung...? Nur, wen interessiert dies, wenn es zum Pflegeheim aufgrund fehlender Infrastrukturen keine Alternative gibt...

Frau I., 66 Jahre alt, MS, wurde mit einer Druckstelle in die Klinik eingewiesen. Nach zwei Wochen ruft sie mich verzweifelt an und teilt mir mit, daß der Arzt meine, sie könne wegen der Pflegebedürftigkeit nicht mehr nach Hause. Da Frau I. nicht mehr allein zur Toilette gehen kann, wurde ihr sofort ein Dauerkatheter gelegt. „Wir haben einfach keine Zeit, mit den Patienten auf die Toilette zu gehen!“ ist häufig die lapidare Antwort des Personals. Abgesehen von der menschenunwürdigen und für die meisten Menschen zutiefst beschämenden Situation, werden hier Menschen „inkontinent gemacht“. Durch gezieltes Training und Unterstützung beim Gang zur Toilette könnten viele Menschen ihre Würde und Selbständigkeit wiedererlangen.

Für kritische Ärzte bedeutet die Versorgung mit Dauerkatheter und Windeln ohne medizinische Notwendigkeit eine Verletzung der körperlichen Unversehrtheit und damit der Menschenwürde. (Manche werden vielleicht annehmen, dieser Punkt sei doch nicht von Bedeutung, sollte nicht so dramatisiert werden... Frage an die Teilnehmer... Stellen Sie sich vor... bzw. versuchen Sie mal zwei Tage nur mit Windeln auszukommen...)

Bei vielen ambulanten Diensten ist der Satz... „Wenn einer stirbt, dann haben wir wieder Kapazität“... längst bitterer Alltag geworden.

Sie müssen sich sowieso meist auf das Notwendigste beschränken... sind mit den rein medizinischen und grundpflegerischen Aufgaben völlig überlastet... Minuten- und Fließbandpflege ist angesagt... Die Zahl der Pflegebedürftigen ist sehr hoch, aber auch die Sätze, die die Krankenkassen für die Pflege bezahlen, ermöglichen nur Grund- und Behandlungspflege. Mehrstündige Pflege und Nachdienste können ganz selten übernommen werden... Dienste, die auch am Wochenende – mit minimaler Personalbesetzung arbeiten – sind die Ausnahme. Wenn keine Angehörigen vorhanden sind, bleibt nur das Pflegeheim... diese sind oft viele Kilometer vom Heimatort entfernt. Schwestern, die am Tag zwischen 15 und 20 Patienten versorgen müssen, sind keine Seltenheit. Das Sicherstellen der ambulanten Versorgung, das Suchen nach Haushaltshilfen... häufig ein Alptraum für Angehörige und Betreuer.

Ich möchte an dieser Stelle öffentlich erklären, wie ich das auch schon ohne Konsequenzen seit Jahren immer wieder sage: Unsere Organisation vermittelt seit vielen Jahren jährlich zwischen 400 und 500 LaienhelferInnen zur Absicherung der elementaren Grundversorgung. Diese HelferInnen arbeiten „schwarz“... d. h., aufgrund der niedrigen Bezahlung (ca 12,- DM netto) bleibt überhaupt keine Alternative. Ca. 750 000 Pflegestunden allein 1993... die Dunkelziffer ist sicherlich doppelt so hoch. Viele pflegebedürftige Menschen müssen sich bereits mit Zeitungsannoncen ihre Helfer suchen. Unsere Organisation profitiert an dieser Vermittlung nichts; wir vermitteln auch erst dann, wenn alle Dienste in München

abgefragt worden sind. Täglich rufen völlig entnervte und verzweifelte Menschen an, die von einer Organisation zur anderen weitergereicht worden sind. Tagelang telefonieren, das Gefühl, niemand zu bekommen, ständiges Sich-rechtfertigen- und -erklären-müssen, zehrt an den meist schon überstrapazierten Nerven. Die Forderung nach einer qualifizierten Pflege haben die meisten schon aufgegeben. „Ich bin froh, wenn überhaupt jemand kommt. Ich muß mal in Ruhe einkaufen, mal zum Friseur oder mal eine Nacht durchschlafen.“ Ein freies Wochenende oder ein Kinobesuch nach monatelanger Pflege gilt häufig bereits als Anspruchshaltung. Eine überlastete Krankenschwester erklärte in einer Gesprächsrunde: „Das Anspruchsdenken der alten Menschen nimmt immer mehr zu... sie wollen inzwischen auch am Wochenende gewaschen werden!“

Um es noch einmal zu verdeutlichen: Die Grundversorgung und die Sicherstellung der elementarsten menschlichen Bedürfnisse ist häufig nicht gewährleistet! Dieser skandalöse Zustand ist, wie gesagt, bei allen zuständigen Behörden bekannt... und scheinbar geduldet. Ein leitender Mitarbeiter einer Krankenkasse meinte dazu:

„Wenn wir daran rühren... bricht der gesamte soziale Bereich zusammen“... Ein sozialpolitischer Offenbarungseid und eine gesellschaftliche Bankrotterklärung.

Zur Erinnerung:

„Zum Wohl des Betreuten gehört auch die Möglichkeit, im Rahmen seiner Fähigkeiten sein Leben nach seinen Wünschen und Vorstellungen zu gestalten.“

Ehrenamtliche, aber auch professionelle Betreuer sind angesichts solcher Versorgungsstrukturen völlig überfordert, den Wünschen des/der Betreuten nach einem selbstbestimmten Leben in der gewohnten häuslichen Umgebung nachzukommen. Viele ehrenamtliche Betreuer sind inzwischen schon längst auch zum praktischen Helfer geworden. Sie übernehmen pflegerische Dienste und hauswirtschaftliche Versorgung für ihren Betreuten.

Der Pflegenotstand wird verwaltet und verlagert: Die Kliniken sind mit kranken und pflegebedürftigen Menschen überfordert – die ambulanten Dienste bzw. deren personelle und finanzielle Strukturen können in der Regel nur eine vorübergehende, familienergänzende Hilfe leisten, und die Pflegeheime sind auch meist Endstation geworden, in denen die Menschen in Mehrbettzimmern „endgelagert“ werden.

Für die MitarbeiterInnen in den verschiedenen Bereichen wird der Druck immer größer: „Wir müssen inzwischen schon aussuchen und aussortieren... was wir hier machen, ist Sozialdarwinismus“, beschreibt eine engagierte Altenpflegerin resigniert ihren Alltag.

Ständige Notsituationen, immer wieder „Feuerwehr spielen“, den verzweiferten Angehörigen und betroffenen Menschen Mut und Hoffnung machen, sie trösten müssen... obwohl wir längst auch nicht mehr weiter wissen. Eine Sozialpädagogin einer Beratungsstelle meinte: „Eigentlich könnten wir unsere Stelle schließen. Wir verwalten nur noch den Mangel... die Dienste haben keine Kapazitäten... die rehabilitativen Angebote sind nicht oder nur vollkommen unzureichend vorhanden. Gleichzeitig aber ständig der Druck. Wir können die Menschen doch nicht einfach im Stich lassen.“ Auf ein gesellschaftliches Tabuthema, auf ein verschwiegenes Problem möchte ich hier aus zeitlichen Gründen nur kurz eingehen (wäre ein eigenes Thema): In vielen Fällen mit pflegebedürftigen Angehörigen kommt es immer wieder zu gewalttätigen Auseinandersetzungen. Durch Überforderung und Überlastung „rutscht ab und zu die Hand aus“, Pflegebedürftige werden eingeschlossen, erhalten große Dosen an Psychopharmaka, weil die pflegende Tochter „mal wieder durchschlafen muß“, Anschreien, Beschimpfen, Vernachlässigung, Drohen mit Pflegeheim usw. sind leider keine Seltenheit. Vielfältige Ursachen führen zu dramatischen familiären Katastrophen... Zahlreiche KollegInnen haben inzwischen „das Handtuch geworfen“. Eine Aussteigerin: „Wenn du andauernd absagen mußst, sich politisch nichts bewegt und du das Gefühl hast, nur gegen Wände zu laufen, dann hast du irgendwann mal keine Lust und keine Kraft mehr.“

„Wenn ich meinen Vater am Wochenende im Pflegeheim besucht habe, bin ich jedesmal fix und fertig“, schildert eine alleinstehende Frau (berufstätig, zwei schulpflichtige Kinder) ihre psychische Verfassung. Sie hat viele Monate ihren Vater zu Hause versorgt, „bis es einfach nicht mehr ging“. Mit Hilfe von Nachbarn, Freunden und Bekannten konnte sie eine gewisse Zeit überbrücken. „Der Arzt konnte mich doch nicht ständig krankschreiben, damit ich wegen der Pflege zu Hause bleiben kann. Die Sozialstation kommt nur ca. eine halbe Stunde . . . und als der Vater ständig wegläufen wollte, mußte ich ihn zu Hause einsperren, damit ich zum Einkaufen gehen konnte. Ich hatte ihm immer versprochen, daß er nie in ein Heim kommt . . . nun liegt er mit zwei anderen Männern, die völlig verwirrt sind, in einem Zimmer. Wenn ich unangemeldet komme, ist er auch öfters im Bett angebunden, da er versucht, aus dem Bett zu steigen. Wie soll ich ihm nur beibringen, daß ich ihn nie wieder nach Hause holen kann.“ Frau M. mußte sogar froh sein, daß sie auf die Schelle überhaupt einen Platz bekommen hat. Übrigens: „Obwohl ich die gesetzliche Betreuerin bin: beraten hat mich niemand. Ich bin von Pontius zu Pilatus gerannt . . . niemand war für mein Problem zuständig.“

Ein Beitrag zum Thema Lebensqualität oder strukturelle Gewalt: Pflegebedürftige Menschen werden in Mehrbettzimmern „untergebracht“ . . . ein alltäglicher, selbstverständlicher Vorgang . . . Bei der bereits erwähnten Tagung der Caritas wurde auch zu diesem Thema Position bezogen: „In den Einrichtungen der Behindertenhilfe teilen sich durchschnittlich vier BewohnerInnen ein Schlafzimmer, wobei es noch Schlafsäle bis 36 Betten gibt.“ „Der weitaus größte Teil der BewohnerInnen muß ein Leben lang ein Zimmer mit mindestens einem nicht selbst ausgesuchten und nicht verwandten Bewohner teilen.“

Das Kuratorium Deutscher Altenhilfe schätzt in den alten Bundesländern für den Pflegeheimbereich den „Anteil der Plätze in Ein-Bett-Zimmern bei gut 20 Prozent, in Zwei-Bett-Zimmern bei 60 Prozent und in Drei- und Mehrbettzimmern bei knapp 20 Prozent“. Diese Relation dürfte in den neuen Bundesländern noch weitaus ungünstiger sein. In zahlreichen Heimen sind die Schlafsäle provisorisch durch Rigipswände verändert worden. Es gibt für die Menschen keinerlei Privat- und Intimsphäre! Begründet werden diese Mehrbettzimmer immer noch mit dem Kommunikationsbedürfnis pflegebedürftiger Menschen und der Vereinfachung bzw. Rationalisierung der Pflege. Die Einigung von Kostenträger und Heimträger sieht häufig sog. „Standards“ auf unterster Ebene vor. Ein (an sich selbstverständlicher) Wunsch nach einem eigenen Zimmer des pflegebedürftigen Menschen bedarf in jedem Einzelfall einer nachhaltigen Begründung!

Erlauben Sie mir zum Thema Doppelzimmer noch einige persönliche Anmerkungen: Bei einer zweitägigen Tagung zum Thema „Wohnen für behinderte Menschen“ vor einigen Monaten in Augsburg sahen sich einige Vertreter von Kostenträgern und Wohlfahrtsverbänden außerstande, in der überbuchten Tagungsstätte eine einzige Nacht (!) in einem Doppelzimmer zu verbringen. Sie hätten sich ihr Zimmer mit einer für sie bekannten Person teilen können. Dieselben Menschen begründeten auch bei dieser Veranstaltung ungerührt die Notwendigkeit von Doppel- und Mehrbettzimmern für pflegebedürftige Menschen . . .

Auch bei diesem Vormundschaftsgerichtstag wurden einige TeilnehmerInnen mit dem Problem „Doppelzimmer“ konfrontiert. Es konnte noch eine Lösung gefunden werden . . . Zahlreiche Personen drohten mit Stornierung ihrer Anmeldung bzw. beabsichtigten abzureisen und waren unter keinen Umständen bereit, auch nicht mit einer für sie bekannten Person für diese paar Tage ein Zimmer zu teilen. „Unzumutbar“ und „skandalös“ waren nur einige entrüstete Reaktionen von zahlreichen TeilnehmerInnen. Vielleicht denken Sie daran, wenn Sie in Ihrer beruflichen Tätigkeit mit der „Notwendigkeit einer Unterbringung in Mehrbettzimmern“ konfrontiert werden. Kann sich eigentlich jemand von uns vorstellen, viele Jahre, u. U. für den Rest seines Lebens mit fremden Menschen auf engstem Raum, ohne eigene Möbel, sein Zimmer zu teilen?

Die Bundesrepublik Deutschland gilt nicht nur in der ambulanten Versorgung pflegebedürftiger Menschen als anerkanntes Entwicklungsland. Im Gegensatz zu vielen anderen

europäischen Nachbarländern bleiben wir weit hinter deren Standards zurück. Konzepte, die vor zwei Jahrzehnten bereits entwickelt wurden und heute noch aktuell sind, wurden noch nicht ansatzweise umgesetzt.

Dringend notwendige teilstationäre Einrichtungen sind die Ausnahme (es fehlen z. B. in Deutschland ca. 30 000 Tagespflegeplätze für ältere Menschen (Süddeutsche Zeitung 9. 12. 93); die ambulante Rehabilitation findet so gut wie gar nicht statt. In zahlreichen Ländern gehören diese Angebote seit vielen Jahren flächendeckend und bedarfsgerecht zu den selbstverständlichen Angeboten.

Im Bereich der Rehabilitation zu sparen ist völlig absurd und führt, neben dem Verlust an Lebensqualität und Würde, auch zu enormen Mehrkosten. In Amerika wurde z. B. errechnet, „daß ein Dollar, ausgegeben für Rehabilitation, zehn Dollar an Pflegekosten erspart“. Aber auch in Deutschland können wir auf ein paar – finanziell meist völlig ungesicherte – Modellprojekte verweisen. Unter Experten gilt längst als gesichertes Erkenntnis, daß zwischen 70 % und 80 % der 80- bis 90jährigen Menschen ihren Lebensabend zu Hause verbringen könnten (u. U. auch mit entsprechenden Hilfen), wenn ihnen dies durch frühzeitige Rehabilitationsmaßnahmen und eine geeignete Wohnung ermöglicht würde. Nach wie vor sei bei sehr vielen Menschen, die heute in Pflegeheime eingewiesen werden, die Pflegebedürftigkeit vermeidbar, wenn die Hilfen zur Rückgewinnung der Selbständigkeit vorhanden wären. Ca. 20 000 Krankenhausbetten sind ständig mit Patienten über 65 Jahre belegt; nur 4000 Klinikbetten stehen speziell für die Geriatriepatienten bereit, beklagen die Fachleute. „Rehabilitationsmaßnahmen verringern die Abhängigkeit“, erklärte auch Norbert Blüm und unterstrich, daß die „Leitsätze mit Gesetzesrang“: „Prävention vor Rehabilitation“ und „Rehabilitation vor Pflege“ auch im Pflegeversicherungsgesetz festgeschrieben worden seien. „Beim Aufbau einer geriatrischen Versorgungsstruktur seien die Bundesländer in besonderer Weise gefordert“, unterstrich Blüm. Nur: Die Vertreter der Bundesländer und auch der Kommunen winken bereits ab . . . angeblich kein Geld . . .

Nicht nur Praktiker bezeichnen inzwischen dieses Gesetz als „Mogelpackung“ und bezweifeln die Chancen des Pflegeversicherungsgesetzes. Sie erklären die verschiedenen Grundsätze und formulierten Qualitätsstandards als „Märchenbuch“ und „Lyrik“.

Aufgrund einer strengen finanziellen Budgetierung, einer restriktiven Anerkennungspraxis durch die medizinischen Dienste und einer erforderlichen „Beitragsstabilität“ seien die gesetzlichen Grundlagen, wenn überhaupt, nur in Ansätzen umsetzbar. Eine minimale Grundversorgung soll gesichert werden . . . Abgesehen davon, daß zwischen dem gesetzlichen Anspruch und den vorhandenen Angeboten der Rehabilitationsmaßnahmen nicht „Welten“, sondern „Galaxien“ liegen. Es fehlen Tausende von Kurzzeitplätzen, Tagesstätten, erforderlich wären einige hunderttausend Pflegekräfte, Tausende von Krankengymnasten, Logopäden und Ergotherapeuten . . . Der Altenreferent der Stadt München erklärte, daß die Chance, einen der seltenen Rehabilitationsplätze zu bekommen, einem Lottohauptgewinn gleichkomme.

Die politische Diskussion ist an Zynismus kaum mehr zu überbieten: Eine Studie des Familienministeriums hat ergeben, daß ca. 465 000 Menschen mehrmals wöchentlich Hilfe benötigen. Daraufhin wurde dieser Personenkreis aus dem Kreis der Leistungsempfänger gestrichen. Im ersten Entwurf hieß es noch, daß dieser Hilfebedarf für die Pflegestufe 1 ausreicht . . . Inzwischen wurde die Einstiegshöhe von ursprünglich 60 Minuten täglich (!) auf 90 Minuten (!) erhöht! Eine ungläubliche Verböhnung alter Menschen!

Das anerkannte „Kuratorium Deutscher Altenhilfe“ in Köln hat bereits 1989 festgestellt, daß wir eine Versechsfachung der Pflegekräfte benötigen, um auf den Standard von Holland zu kommen. Das Beispiel Dänemark getraue ich mich schon gar nicht mehr zu erwähnen . . . Politisch Verantwortliche verschiedenster Parteien und Behördenvertreter haben Pilgerfahrten in die skandinavischen Länder unternommen, um entsprechende Erkenntnisse zu sammeln. Die Reise- und Erfahrungsberichte liegen vor, wobei wahr-

scheinlich die meisten in den Schubladen der Ministerien ruhen. Alibi Reisen auf Kosten der Steuerzahler... außer Spesen nichts gewesen...

Es gibt auch in Deutschland zahlreiche Projekte, deren Ergebnisse sehr vielversprechend sind. So wurde vor einigen Wochen in München das Modellprojekt des bisher einzigen Gerontopsychiatrischen Dienstes erfolgreich beendet. Die Ergebnisse fanden auf allen Ebenen Zustimmung, die Versorgung von alten, psychisch kranken Menschen erwies sich als menschenwürdiger und zudem als kostengünstiger als die Verwahrung in geschlossenen Stationen von Pflegeheimen oder psychiatrischen Kliniken. Nun müßte eigentlich die logische Konsequenz eines anerkannten Projektes sein: Flächendeckende Einrichtung solcher Dienste in allen Stadtteilen und anderen Städten der Bundesrepublik. Solche Projekte gehören in anderen europäischen Ländern längst zur Grundversorgung!

Realität: Die bislang einzige Spezial-Ambulanz für psychisch kranke und altersverwirrte Senioren in Bayern kämpft nun, daß die einzige Arztstelle weiter finanziell gesichert wird... und nun sind zwei weitere Modellprojekte (!) in verschiedenen Orten von Oberbayern geplant... Außerdem „sollten“ (!) eine Nachtambulanz oder ambulante Nacht-Betreuung für Altersverwirrte eingerichtet werden. Tagespflege-Einrichtungen, die zunehmend gerontopsychiatrische Betreuung zu übernehmen hätten, „sollten“ (!) mit mehr Personal ausgestattet werden, und weitere Wohngruppen „sollten“ (!) errichtet werden. Jetzt fehlt eigentlich nur noch die Bildung eines Arbeitskreises mit wissenschaftlicher Begleitung, der dann feststellt, ob und wie hoch der tatsächliche Bedarf ist...!

Übrigens: Vor kurzem wurde eine neue Studie zu Depressionen im Alter der Universität Göttingen veröffentlicht. Ein Ergebnis war u. a., daß nun endlich wissenschaftlich festgestellt worden ist, daß bei älteren Menschen mit wenig Sozialkontakten die Depressionen zunehmen...!

(Was diese Studie wohl gekostet hat... bei solchen Untersuchungen stelle ich inzwischen bei mir zunehmend Depressionen fest...)

Ministerin Frau Rönsch hat ehrlicherweise vor einigen Monaten auf einer Fachtagung zugegeben, daß aus finanziellen Gründen eine Fortführung selbst erfolgreicher Modellprojekte kaum mehr möglich ist.

„Innerhalb seines Aufgabenkreises hat der Betreuer dazu beizutragen, daß Möglichkeiten genutzt werden, die Krankheit oder Behinderung des Betreuten zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.“

Diese düstere Einschätzung der ambulanten und rehabilitativen Strukturen betrifft auch die Versorgung von jüngeren behinderten Menschen. So ist die Versorgung z. B. von Menschen nach Unfällen ein riesiges Problem.

Der 24-jährige Gerhard H. lebt nach seinem schweren Autounfall zu Hause. Sein 66-jähriger Vater (gesetzlicher Vertreter), nach zwei Herzinfarkten „kräftemäßig am Ende“, pflegt seinen Sohn seit fast zwei Jahren „rund um die Uhr“. Die Mutter von Gerhard ist vor zwei Jahren gestorben. Gerhard hat eine Halbseitenlähmung und ein schweres Schädel-Hirn-Trauma. Ein zusätzliches Handicap... sie leben auf dem Land... eine bedarfsgerechte Versorgung ist vor Ort nicht vorhanden. Der Vater kämpft unermüdlich, damit das Altenpflegeheim seinem Sohn erspart bleibt. „Bevor er dort endgelagert wird, machen wir beide Schluß“, erklärt mir der Vater fest entschlossen beim Hausbesuch. Seine größte Angst: „Was geschieht mit ihm, wenn ich einmal nicht mehr bin? Was wird ein anderer Betreuer für Gerhard organisieren?“ Diese Sorge beschäftigt übrigens sehr, sehr viele, vor allem ältere Eltern, z. B. von geistig- und psychischbehinderten erwachsenen Menschen. Diese Eltern, inzwischen häufig selbst krank und nach z. T. jahrzehntelanger Pflege zum „Vergelt's-Gott-Tarif“ psychisch am Ende ihrer Kräfte, haben wenig Grund zur Hoffnung. Die Befürchtung, daß ihre „Kinder“ irgendwo in Altenpflegeheimen oder psychiatrischen Langzeitkrankenhäusern untergebracht werden, mangels menschenwürdiger Wohnformen... diese Ängste sind leider nicht unbegründet. Einige hundert Menschen warten -

meist vergeblich - auf „ein Bett“ oder Zimmer in einer Wohngruppe oder in einem Behindertenheim. Meist bleibt ihnen nur eine fragwürdige Situation zu Hause, oder sie verschwinden als sog. „Fehlbelegung“ in einer der genannten Anstalten.

Viele Betreuer stehen vor den grundsätzlichen Problemen, daß sie ihrem gesetzlichen Auftrag, „die Angelegenheiten des Betreuten so zu besorgen, wie es dem Wohl entspricht“, aufgrund der beschriebenen infrastrukturellen Angebote nicht oder nur unzureichend nachkommen können. Die Unterbringung eines pflegebedürftigen Menschen in einem Heim ist häufig problemloser als die Planung, Organisation und Koordinierung einer umfassenden Versorgung zu Hause. Selbst wenn die Suche nach entsprechenden Diensten erfolgreich war, folgt in der Regel der Kampf mit den Behörden. Wer ist zuständig für die Pflege? Wer übernimmt die Kosten für die notwendigen Hilfsmittel? Die eine Krankenkasse übernimmt die Kosten für die Windeln, andere lehnen ab. Komplizierte Abrechnungsverfahren und ein schier endloser Papierkrieg kosten Zeit und Nerven.

Der Hausarzt verordnet für Herrn M. nach dem zweiten Schlaganfall eine Decubitusmatratze... Kasse lehnt ab... Erst nachdem er zweimal wegen einer Druckstellenbehandlung in der Klinik war, wird eine andere, allerdings billigere Matratze genehmigt.

Der Hausarzt von Frau B. meint, daß sich ein Rollstuhl für eine 73-jährige Frau nun nicht mehr lohne. Viele Hausärzte sind mit den vielschichtigen Problemen alter Menschen überfordert. Zeit für Hausbesuche ist selten, Rezepte werden von der Sprechstundenhilfe nach telefonischer Rücksprache mit der Sozialstation oder dem Betreuer ausgestellt, und die Kasse wundert sich vielleicht über den hohen Verbrauch von Psychopharmaka. Geriater weisen auf das Problem der Vielfachmedizin bei alten Menschen hin, und die Erfahrungen zeigen, daß bei Krankenhausaufnahme eines alten Menschen oft das Absetzen von Medikamenten die nützlichste Maßnahme ist. Zudem ist bei vielen Ärzten aufgrund der Budgetierungsdiskussion die Bereitschaft, multimorbide Patienten zu versorgen, gesunken. Die Krankenkasse von Frau R. überlegt, ob das Gebiß, das in der Klinik verlorengegangen ist, noch einmal finanziert werden kann. „Die Frau kann doch auch Brei essen...!“ lautete die erste Absage wegen der Kostenübernahme am Telefon.

Frau D., 78 Jahre alt, nach zwei Oberschenkelhalsbrüchen wieder zu Hause, kämpft nun seit Monaten bei ihrer Kasse wegen der Übernahme der Kosten für die häusliche Pflege. Bei einer Ablehnung müßte sie die Kosten beim Sozialamt beantragen. Sie befürchtet die Heranziehung ihrer Kinder, „denen sie nicht zur Last fallen möchte“.

Sie hat sich nun bereit erklärt, Windeln zu tragen („das ist eine Horrorvorstellung für mich“), und trinkt nur noch einmal am Tag ihren geliebten Kaffee, damit „ich nicht so oft gewickelt werden muß“. - Wo leben wir eigentlich...?

Die gesetzlich vorgeschriebene Beratungspflicht könnte ersatzlos gestrichen werden. Niemand würde diese Paragraphen vermissen: Beratung findet bei den Behörden in der Regel nicht statt! Diese täglichen, zermürbenden und entwürdigenden Auseinandersetzungen mit Behörden, die oft monatelangen Bearbeitungszeiten der Anträge, die Kämpfe in dem administrativen Dschungel um die Finanzierung einer existentiellen und menschenwürdigen Versorgung übersteigen häufig die Kräfte der betroffenen Menschen, ihrer Angehörigen, aber auch der gesetzlichen Betreuer. „Zwei Weltkriege habe ich erlebt, aber daß ich im Alter noch betteln muß, das habe ich mir nicht träumen lassen“, schildert die 80-jährige, schwergebehinderte Frau M., als sie nach monatelanger Bearbeitungszeit den Ablehnungsbescheid der Kasse in den Händen hält. Sie fügt sarkastisch hinzu: „Wahrscheinlich spekulieren viele Politiker mit der biologischen Lösung des Altenproblems!“

Bedrohlich empfinden immer mehr pflegebedürftige Menschen die zunehmende „Kosten-Nutzen-Diskussion“, die angesichts hoher Betreuungskosten immer offener geführt wird. Schon einmal wurde die Würde des Menschen nach einer Kosten-Nutzen-Kalkulation bemessen...! Die Kosten für die ambulante Versorgung eines schwerbehinderten Kindes

lehnte ein Mitarbeiter einer Ersatzkasse mit den Worten ab: „Ihr Kind ist inzwischen ein Wirtschaftsfaktor geworden!!!“ Wieviel darf eine menschenwürdige Pflege kosten? Wieviel finanzieller Aufwand ist bei pflegebedürftigen Menschen noch gerechtfertigt? Manche Kostenträger äußern sogar schon öffentlich, daß das notwendige Maß bereits unverantwortlich überschritten sei, sprechen von „Übersorgung“!

Viele Menschen empfinden sich längst als „Ballastexistenz“, wenn ständig von „Betten- und Altenbergen“, von „Alterslasten“, von „fehlbelegten Betten“, von „Pflege- und Soziallasten“, von einer „Vergreisung der Gesellschaft“, von einer „demographischen Zeitbombe“ usw. lamentiert wird. In dem 20 Jahre andauernden Trauerspiel „Pflegekostenversicherung“ wurde meistens nur noch von Kosten, von der Finanzierbarkeit der pflegebedürftigen Menschen gesprochen.

Heribert Späth, der Präsident des Zentralverbandes des deutschen Handwerks, verstieg sich sogar zu der Drohung, die Einführung der Pflegeversicherung würde wegen der Kostenbelastung für die Arbeitgeber einer „Kriegserklärung“ gleichkommen (Bayer. Staatszeitung 19. 3. 93).

In der Vorlage des Europarates der Bioethik-Konvention sollen u. a. auch Experimente und Forschung an Behinderten und an hilflosen alten Menschen erlaubt sein.

Die Barmer Ersatzkasse betont in ihrer Mitgliederzeitschrift 2/94 u. a.: „Wenn hilfbedürftige Menschen sich nur noch als ‚Pflegeelast‘ empfinden, die unendliche Geschichte um die Pflegeversicherung resigniert und verbittert als ‚soziale Euthanasie‘ anprangern, dann sollten bei uns die Alarmglocken schrillen.“ Von den meisten betroffenen Menschen und ihren Angehörigen ist kein Widerstand zu erwarten. Resigniert, ohne Lebensperspektive, am Ende ihrer Kraft, fügen sich die meisten ihrem Schicksal.

Selbstverständlich richtet sich meine Kritik nicht nur an die Politik und die Kostenträger. Diese Situation ist nur möglich, wenn sich eine egoistische und gleichgültige, materialistische Ellenbogengesellschaft für diese existentiellen Probleme nicht interessiert. Alter, Krankheit, Behinderung wird einfach ausgeklammert, verdrängt, ignoriert. Immer häufiger müssen wir registrieren, daß sich sogar Initiativen bilden, die z. B. keine Wohngruppen für behinderte Menschen in ihrer Nachbarschaft haben wollen. Über eine Interessengemeinschaft gegen psychischkranke Menschen und Langzeitkranke berichtet die Fernsehsendung „Fakt“ (28. 3. 94). Die Anwohner befürchten eine „Wertminderung ihrer Häuser und Grundstücke“. Ähnliche Ängste haben Bewohner, die sich gegen ein Haus der Hospizhilfe engagieren. Das Klima in unserer Gesellschaft wird kälter... Ein 88jähriger, schwerpflegebedürftiger Mann verabschiedet mich mit den Worten: „Ich müßte eigentlich froh sein, daß die Asylbewerber in den Schlagzeilen stehen. Wenn die nicht wären, dann wären wir dran...“

Die meisten Menschen interessieren sich für dieses Thema erst, wenn sie selbst oder jemand in ihrer Familie davon betroffen sind.

Die demographischen Verschiebungen im Altersaufbau der Bevölkerung, die sprunghaft gestiegene Lebenserwartung, die Zunahme alter und hochbetagter Menschen, die Ausbreitung von altersbedingten Erkrankungen, die Multimorbidität und die zunehmende Pflegebedürftigkeit stellen die Medizin und die Gesellschaftspolitik vor neue Herausforderungen. Die Zunahme behinderter Mitbürger und der Langzeitpflegebedürftigen erfordern ein grundsätzliches Umdenken bei allen Verantwortlichen.

Es wird zunehmend eine Frage der Prioritäten in dieser Gesellschaft... die finanziellen Mittel sind vorhanden, die Frage ist, wofür sie verwendet werden sollen.

Milliarden DM werden für äußerst zweifelhafte Prestigeprojekte verwandt. Der Bund der Steuerzahler hat vor kurzem in seinem Schwarzbuch veröffentlicht, daß etwa 60 Milliarden DM durch Prunk, Planungspleiten und teure Staatsdiener von der Verwaltung Jahr für Jahr auf allen Ebenen verschwendet werden. Ca. 150–200 Milliarden DM entgehen dem Staat jährlich an Steuereinnahmen, weil die Finanzämter zuwenig Betriebsprüfer eingestellt haben.

Vor einigen Wochen wurde in der Nähe von München eine Tagungsstätte des Bezirkes von Oberbayern (Anmk.: Ein Kostenträger, der für Pflegegeschlüssel und Qualitätsstandards in Heimen verantwortlich ist!) eingeweiht; Renovierungskosten 58 Millionen DM! Kein Mensch weiß inzwischen, wie viele Milliarden DM die Treuhänder „in den Sand gesetzt hat“. Wirtschaftskriminalität und Subventionsbetrug gelten als Kavaliersdelikte... die gigantischen Kosten für den völlig überflüssigen „Jäger light“ nicht zu vergessen. Ich empfehle den KollegInnen das regelmäßige Studium der Wirtschaftsteile ihrer Tageszeitung... sie werden genügend Argumente finden, wenn uns Politiker die angebliche Nichtfinanzierbarkeit von Pflegepersonal, Vergütung von Betreuern und menschenwürdigen Wohnformen erklären wollen. Einige hunderttausend sinnvolle und dringend notwendige Arbeitsplätze könnten im Bereich der Pflege geschaffen werden. Kein Geld vorhanden...? Ca. 90000 DM kostet die Subventionierung eines Arbeitsplatzes in der Stahl- und Kohleindustrie.

Warum wird nicht offensiv und selbstbewußt deutlich gemacht, daß „unser Bereich“ nicht bloß Kosten verursacht, sondern die Wohlfahrtsverbände in der Volkswirtschaft als einer der größten Arbeitgeber und Konsumfaktoren fungiert? Wir müssen uns gemeinsam für die Umsetzung der „Jahrhundertgesetze und -reformen“ offensiver, leidenschaftlicher und selbstbewußter engagieren.

Wir müssen aufhören, ständig mit „der Schere im Kopf“ und mit vorauseilendem Gehorsam für die Durchsetzung der im Grundgesetz verankerten Menschenwürde zu bitten, zu appellieren, uns für Selbstverständliches zu rechtfertigen. Wir brauchen eine durchsetzungsfähige Lobby und einflußreiche Interessensvertreter... wir müssen und können umfassende Verbesserungen erreichen, wenn wir nur entschlossen genug auftreten. Bisher haben wir meistens nur moralisch, selten politisch argumentiert.

In den genannten europäischen Ländern haben auch die Wirtschaftspolitiker erkannt, daß z. B. eine frühzeitige Prävention und Rehabilitation auch Kosten einspart.

Wir müssen in der Öffentlichkeit deutlich machen, daß solidarisches Handeln gefordert ist, daß unsere Zukunft nicht nur in der Hand von Politikern, sondern auch in der Hand der Bürger liegt. Wir müssen verantwortungslose politisch Verantwortliche direkt, schonungslos und ungeschminkt mit den Realitäten konfrontieren, die Dinge beim Namen zu nennen: „Würden Sie in diesem Pflegeheim ihre Mutter unterbringen? Wie wollen Sie im Alter leben?“

Patentrezepte gibt es sicherlich nicht... aber die längst bekannten wissenschaftlichen Erkenntnisse, die Erfahrungen aus In- und Ausland müssen endlich umgesetzt und realisiert werden. Wir brauchen auch die Unterstützung und Hilfe der Medien; die Themen Alter, Armut, Krankheit, Behinderung usw. müssen ständig in die allgemeine Bevölkerung und Politik getragen werden. Familien- und Sozialpolitik muß in Gesellschaft und den Parteien einen zentralen Stellenwert erhalten. Eine menschengerechte Politik muß natürlich auch finanziert werden, daher wird dies nicht ohne grundsätzliches Umdenken, andere Prioritätensetzungen, größere finanzielle Umschichtungen in verschiedenen Bereichen (aber nicht ambulante Dienste statt Kindergärten!) möglich sein. Zu einer gesamtgesellschaftlichen Solidarität gibt es nicht nur nach meiner Überzeugung keine Alternative, wenn der soziale Friede in diesem Lande erhalten werden soll. Eine Sozialpolitik ist nicht vorrangig eine Frage der Finanzen, sondern des politischen Willens. Dieser Vormundschaftsgerichtstag, die große Anzahl engagierter und motivierter TeilnehmerInnen machen Mut! Wir müssen alle gemeinsam Anwaltschaft übernehmen, die Interessen dieser Menschen engagiert, konsequent und ggf. auch kompromißlos vertreten und endlich handeln... alte Menschen haben keine Zeit mehr zu warten!

Sonst müßten wir in dieser reichen Bundesrepublik konsequenterweise Art. 1 des Grundgesetzes ergänzen:

„Die Würde des Menschen ist unantastbar... solange sie keine unverhältnismäßigen Mehrkosten verursacht!“

Niek de Boer, Psychologe, Haarlem/Niederlande

## *Lebenswertes Leben für demente alte Menschen*

### *1 Einleitung*

Man hat mich eingeladen, Ihnen etwas zu erzählen über ein kleines experimentelles Wohn-Pflege-Projekt in Haarlem, Holland, das Ende 1989 eröffnet wurde. Das Projekt mit dem Namen „Anton Pieck-Hofje“ liegt inmitten eines modernen Wohnviertels mit vielen jungen Familien. Es handelt sich um sechs Häuser, angeordnet um einen Innenhof. In jedem Haus wohnen sechs alte demente Menschen zusammen. Jeder alte Mensch bewohnt ein Einzelzimmer in einer normalen Wohnung mit einem gemeinsamen offenen Wohnzimmer und halboffener Küche.

Die Menschen wohnen hier, leben und sterben hier.

Die alten Menschen leben ein ganz normales Leben, wie sie das in ihrem ganzen Leben schon gewohnt waren. Sie haben ihre eigenen Sachen wie Möbel, Fotos, Katzen und Hunde mitgenommen. Nur ist 24 Stunden pro Tag in jeder Wohnung Hilfe anwesend zum Haushalten, Versorgen und Pflegen, wenn notwendig. Diese alten Leute sind im letzten Stadium der Demenz, also psychisch sehr ernst behindert. Und doch leben sie wie normale Menschen mit denselben Rechten und Pflichten.

Also scheint unser Projekt nichts Besonderes zu sein, und das ist es auch nicht. Dennoch ist es derzeit weltberühmt. Zum Beispiel: Jetzt bin ich hier auf dem 4. Vormundschaftsgerichtstag in Thüringen eingeladen, um auch Ihnen etwas über dieses Projekt zu erzählen.

Was macht dieses Projekt so besonders? Ich denke, die Tatsache, daß es – besonders für professionelle Helfer im Gesundheits- und Pflegebereich – offenbar einfach ist, die Dinge sehr kompliziert zu machen, aber äußerst schwierig, sie einfach zu tun.

Wesentlich für unser Projekt ist unsere Philosophie. Zunächst aber werde ich Ihnen die traditionelle Philosophie des professionellen Gesundheits- und Pflegesystems vorstellen.

### *2 Philosophie der Einrichtung und Pflegeverständnis*

#### *2.1 Die traditionelle Institutionsphilosophie*

Im traditionellen System der Versorgungseinrichtungen für alte Menschen ist das Behandlungsmodell wesentlich. Dieses Modell hat zur Folge, daß in den Einrichtungen für alte Menschen vorrangig die Krankheiten behandelt werden und die Handicaps gemildert werden.

Diese Art der Hilfe ist keine informelle Hilfe, wie sie im täglichen Leben gefragt ist, sondern Hilfe durch eine professionelle Organisation, mit professionellen Betreuern, in professioneller Umgebung und mit professionellen Standards. Für die professionelle Organisation selbst scheint das logisch zu sein.

Die alten Menschen sind durch ihre Krankheiten und Handicaps nicht mehr fähig, sich selbst zu helfen. Die Organisation stellt dann die Experten für die Behandlung von Krankheiten und die Pflege bei Handicaps. Sie ist spezialisiert, Menschen mit diesen Krankheiten zu behandeln und ihnen zu helfen, und sie wird dafür bezahlt.

Deswegen definiert die Organisation, welche Hilfe gegeben wird und auf welche Weise, in welcher Quantität und Qualität, unter den Aspekten von: Nutzeffekt, Wirtschaftlichkeit, Dokumentation, Gleichberechtigung, und, am wichtigsten – objektiven Kriterien für Erfolg und Fehlschläge.

Alle diese Aspekte gelten nicht nur für Behandlung und Hilfe: sie gelten auch für alle anderen Bereiche der Institution: Hausregeln, Wohnumfeld, den persönlichen Lebensbereich. Tagesablauf, Beziehungen zwischen Patienten und Professionellen, finanzielle Möglichkeiten und Beschränkungen. Also geht es um Macht!

Im Grunde hat die Organisation sich objektive Ziele gesetzt, und die alten Menschen sollen diesen nicht entgegenarbeiten. Diese objektiven oder rationalen Ziele sind scheinbar zugunsten der Bewohner, aber sie sind definiert von der Organisation bzw. von dem Träger.

#### *2.2 Die neue Philosophie*

Es kann eine Zeit kommen, in der ein alter Mensch nicht länger wie ein unabhängiger Bürger in seinem eigenen Haus leben kann, in dem er verantwortlich ist für sein eigenes Leben und seine eigenen Entscheidungen.

Dies ist dann der Fall, wenn er durch körperliche oder geistige Handicaps nicht mehr in der Lage ist, den Alltag zu bewältigen. Wenn diese Handicaps nicht zu verändern sind, dann ist die eigentliche Ursache, in eine Einrichtung zu gehen, nicht die Krankheit bzw. das Handicap, sondern die Tatsache, daß der alte Mensch eine stützende Umgebung braucht, wo er leben kann.

Wie wir alle wissen, ist Leben keine professionelle Routine mit objektiven Zielen und Regeln, sondern ein ganz subjektives „Happening“. Und niemand, der geistig gesund ist, kann mit Sicherheit sagen, daß er ein Experte, und schon gar nicht, daß er der Experte für Leben ist.

Diese Erkenntnis muß sehr frustrierend sein für viele Leute und besonders für diejenigen, die denken, daß sie professionell ausgebildet sind, anderen Menschen zu helfen. Gleiches gilt auch für professionelle Organisationen.

Wir können nur Experten werden, wenn wir erstmals die objektiven Zwecke und Normen in Frage stellen. Denn Leben ist eine völlig subjektive Angelegenheit, mit persönlichen Normen, die zwischen Menschen sehr verschieden sind und nach Zeit und Situation wechseln.

Wenn wir voraussetzen, daß ein alter Mensch in unsere Einrichtung kommt, weil er nicht länger daheim bleiben kann, und wir seine Krankheiten und Handicaps nicht lösen können, dann sollen wir auch akzeptieren, daß er kommt, um bei uns zu leben, und zwar:

auf seine eigene Art und Weise, mit seinen eigenen Vorlieben und in seiner Verantwortung, mit seinen Charaktereigenschaften, seinen Möglichkeiten und Beschränkungen.

Wir als professionelle Organisation haben die Verpflichtung, es möglich zu machen, daß der alte Mensch sein Leben weiter auf seine Art und Weise gestalten kann. Nur dafür sind wir verantwortlich, aber wir sind nicht verantwortlich für die Person selbst, für ihre Entscheidungen, für ihr Leben.

Deswegen sollen wir versuchen, diese Person so gut wie möglich kennenzulernen und zu verstehen, zu respektieren und zu akzeptieren. Und das können wir nur, wenn wir uns selbst als Mensch einlassen, also in unserer eigenen subjektiven Art, mit unserer Lebenserfahrung, in einer persönlichen Beziehung mit dem anderen. Durch familienähnliches Zusammenleben können wir Angst und Streß der Dementen reduzieren: Sie sollen sich bei uns zu Hause fühlen, in Sicherheit. Das alles ist im Grunde nicht professionell gelernt, es kann nur subjektiv, auf emotionale Weise erfahren werden.

Das ist schön und leicht gesagt, aber was bedeutet das denn in der Praxis, werden Sie vielleicht fragen. Geht das denn? Gibt das kein Chaos?

Ja, das gibt manchmal Chaos, wie im normalen Leben.

Gibt das denn nicht Probleme und Risiken?

Ja, das gibt manchmal Probleme und Risiken, wie auch im normalen Leben.

Sind denn alle Menschen glücklich?

Nein, nicht alle Menschen bei uns sind immer glücklich; aber auch im normalen Leben sind nicht alle Menschen glücklich, und die Menschen haben manchmal sehr gute Gründe und deswegen auch das Recht, unglücklich zu sein.

Gibt es denn nicht viel Streit, wenn jemand tun kann, was er will?

Ja, es gibt manchmal Streit, wenn ein Individuum etwas tut, was ein anderes nicht mag, wie auch im normalen Leben.

Ist das denn nicht schwierig für die Mitarbeiter?

Ja, das ist manchmal sehr schwierig für die Mitarbeiter, aber niemand hat gesagt, daß das Leben und das Arbeiten immer einfach sein soll. Und jeder wählt selbst aus, ob er bei uns arbeiten möchte.

Ist das denn nicht sehr anstrengend für die Mitarbeiter, so persönlich und manchmal intim mit den alten Menschen zu sein?

Ja, das ist manchmal sehr belastend, aber gerade deswegen möchten viele Menschen bei uns arbeiten, weil sie dann das Gefühl haben, eine für die alten Menschen, aber auch für sich selbst wichtige Arbeit zu machen. Wir suchen Mitarbeiter nicht nach Diplomen, sondern nach Lebenserfahrung aus, am liebsten „Hausfrauen mit Falten im Gesicht“. Da es für Demente Therapie und Heilung nicht gibt, kann man sie nur sozial, somatisch oder psychologisch stützen.

Und so werden Sie hoffentlich verstehen, daß diese neue Philosophie so alt ist wie die ganze Menschheit. Sie und ich leben so: Wir entscheiden uns täglich in unserem Leben, ohne die Folgen zu kennen. Wir leben auf unsere eigene individuelle Weise, manchmal vernünftig, aber manchmal auch sehr unlogisch und emotional. Wir sind selbst verantwortlich, aber wir leben auch mit vielen Risiken, auch wenn wir uns dessen nicht bewußt sind. Manchmal sind wir vorsichtig, manchmal lieben wir das Abenteuer.

Manchmal sind wir weise, aber vielfach sind wir sehr dumm und treffen falsche Entscheidungen. Und vielleicht gerade deswegen hassen wir es, wenn ein anderer uns sagt, was wir zu tun haben und wie wir zu leben haben.

Weil wir lieben unsere Freiheit am meisten, und ohne die Unsicherheit und die Risiken des Lebens lernen wir nichts und können wir nicht leben.

Hat ein Mensch kein Recht mehr darauf, er selbst zu sein, nur weil er alt ist und ein körperliches oder psychisches Handicap hat, oder liegt das daran, daß wir Professionellen, die Familien und die Gesellschaft uns plötzlich verantwortlich fühlen für eine Person und ihr Leben, oder daß wir nicht mit Unsicherheit, Problemen, mit dem Tod leben können oder wollen, weil wir sogenannte Experten sind und plötzlich für jemand anderen wissen müßten, was für ihn gut oder schlecht ist, obwohl wir das für uns selbst oft gar nicht wissen?

#### Anmerkung

Im Anschluß an den Vortrag zeigte Herr de Boer ein Videoband, das wenige Monate nach der Eröffnung der Einrichtung 1990 gedreht wurde. Es vermittelte auf sehr eindrucksvolle Weise einen Einblick in das Gemeinschaftsleben im Anton-Pieck-Hofje. Dort bleiben schwer demente Menschen individuelle Personen, die in ihrer Persönlichkeit wahrgenommen und respektiert werden. Im November 1993 hatte eine Gruppe von Mitgliedern des Vormundschaftsgerichtstages e. V. auf ihrer Informationsreise durch Holland das Anton-Pieck-Hofje besucht und bewegende Eindrücke mit nach Hause genommen.

Klaus Lachwitz, Justitiar, Bundesvereinigung Lebenshilfe  
für geistig Behinderte e. V., Marburg

### *Menschen mit geistiger Behinderung im Spannungsfeld zwischen Selbst- und Fremdbestimmung*

#### *– Die Auswirkungen des Betreuungsgesetzes und der Unterbringungsgesetze der neuen Bundesländer auf das Leben geistig behinderter Menschen –*

Ich möchte das Spannungsverhältnis zwischen Selbstbestimmung und Fremdbestimmung zum Kern meiner Ausführungen machen und die Frage stellen, ob das Betreuungsgesetz und die Unterbringungsgesetze (PsychKGs) der neuen Bundesländer in Konzeption und praktischer Anwendung die Selbstbestimmungsmöglichkeiten geistig behinderter Menschen fördern oder beschneiden.

#### *1. Die Bedeutung des Rechts auf Selbstbestimmung für Menschen mit geistiger Behinderung*

Dabei stehe ich noch ganz unter dem Eindruck eines Kongresses, den die Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte vom 27. September bis 1. Oktober 1994 in Duisburg zum Thema: „Ich weiß doch selbst, was ich will! – Menschen mit geistiger Behinderung auf dem Weg zu mehr Selbstbestimmung“ veranstaltet hat. Erstmals in der Geschichte unserer Vereinigung – erstmals in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland – wurde geistig behinderten Menschen Gelegenheit gegeben, ihre Forderungen, Anliegen und Wünsche in einem eigens für sie organisierten Kongreß selbständig bzw. mit der Unterstützung von Begleitpersonen, Helfern und Freunden vorzutragen und zu diskutieren.

Das Ergebnis war beeindruckend: Es wurde deutlich, daß z. B. viele geistig behinderte Menschen, die in Werkstätten für Behinderte (WiBs) tätig sind, zu Vorgängen, die ihre Arbeit im Produktions- oder Dienstleistungsbereich der WiB betreffen, eine eigene Meinung haben und in der Lage sind, sich kritisch zu einzelnen Arbeitsabläufen und zum Verhältnis von Arbeit und Entlohnung zu äußern: Man muß ihnen nur die Gelegenheit geben, ihre Ansichten zu artikulieren; man muß zuhören und sich in Geduld üben können, für Rückfragen und Erklärungen zur Verfügung stehen und die Bereitschaft zu einer Kommunikation zeigen, die auf den Aufbau und die Pflege zwischenmenschlicher Beziehungen setzt und deshalb oft mehr Zeit beansprucht, als dies unter uns sogenannten „Nichtbehinderten“ üblich ist.

Es ist gar keine Frage: Geistig behinderte Menschen wollen mehr Selbstbestimmung vor allem im alltäglichen Leben, und je größer die Bereitschaft ist, ihre Möglichkeiten zur Selbstbestimmung zu fördern, desto schneller entwickelt sich ihre Fähigkeit zur Selbstbestimmung.

Zwischen Selbstbestimmung und dem Schweregrad einer geistigen Behinderung besteht ein unmittelbarer Zusammenhang. Der langjährige Vorsitzende der Lebenshilfe Wien, Vater eines erwachsenen geistig behinderten Sohnes, hat seine Erfahrungen im Umgang mit geistig behinderten Menschen wie folgt beschrieben: „Je stärker ein behinderter Mensch fremdbestimmt ist, desto höher ist der Grad seiner Behinderung. Und je schwächer er fremdbestimmt ist, je mehr er selber sagen kann, desto geringer ist seine Behinderung.“<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Egon Prinz, Selbstbestimmung – Fremdbestimmung, in: Tagungsbericht '92 „Schwerpunkt Menschenrechte“, Bedeutung für Menschen mit geistiger Behinderung in Österreich im Europa der Zukunft, 16.–18. Oktober 1992, Linz, veröffentlicht von der Lebenshilfe Österreich.

## II. Der Schutz geistig behinderter Menschen im Betreuungsgesetz

Ausgangspunkt meiner Überlegungen ist die Frage, welches Bild sich der Gesetzgeber bei den Beratungen des Betreuungsgesetzes von einem geistig behinderten Menschen gemacht hat, wie er ihn einschätzt, ob er ihn als entwicklungsfähige Person ansieht oder als ein Individuum, das durch eine dauernde – unveränderbare – Behinderung gekennzeichnet ist.

### 1. Vorgaben des Grundgesetzes für das Betreuungsrecht

Lassen Sie mich zunächst mit einer positiven Bewertung beginnen: Wer die jahrzehntelangen Reformdiskussionen, die dem Betreuungsgesetz vorausgegangen sind, aufmerksam verfolgt hat, wird mir darin zustimmen, daß der Gesetzgeber insbesondere mit der Abschaffung der Entmündigung das Ziel verfolgt hat, Menschen, die ihre Angelegenheiten nicht selbst besorgen können, im Bereich des Zivilrechts verstärkt unter den Schutz der Grundrechte zu stellen. Leitgedanke war die – eigentlich einfache, ja selbstverständliche – Erkenntnis, daß Artikel 2 Absatz 1 des Grundgesetzes die Formulierung enthält: „Jeder hat das Recht auf freie Entfaltung seiner Persönlichkeit.“ Auch wer einen Großteil seiner Angelegenheiten nicht selbständig regeln kann, hat das Recht, die ihm verbliebenen Teilfähigkeiten – mögen diese auch noch so eingeschränkt sein – zur Entfaltung zu bringen.

Artikel 2 Absatz 1 Grundgesetz ist Ausdruck eines Menschenbildes, das grundsätzlich jeden als individuelles menschliches Wesen anerkennt. Wie alle Grundrechte knüpft Artikel 2 des Grundgesetzes an den Schutz der Menschenwürde an. Die Menschenwürde gebietet es, einen geistig behinderten oder psychisch kranken Menschen „mit gleicher Achtung wie jeden anderen zu behandeln und nicht etwa als einen Minderwertigen mit minderen Rechten. Die Würde hängt nicht vom Intelligenzquotienten oder irgendeiner sozialen Rolle ab, sie setzt nicht voraus, daß man sie begreift.“<sup>2</sup>

Doch hält das Betreuungsgesetz diese Vorgaben des Grundgesetzes ein?

### 2. Zur Notwendigkeit der Verankerung des Begriffs der geistigen Behinderung in § 1896 Abs. 1 BGB

Schon wenn ich die Eingangsvorschrift des § 1896 BGB lese, kommen mir Zweifel: Der Gesetzgeber hat sich nicht damit begnügt, Betreuungsbedürftigkeit zu bejahen, wenn ein Volljähriger seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen kann, sondern macht das Erfordernis einer Betreuung davon abhängig, daß die Unfähigkeit zur Besorgung der eigenen Angelegenheiten wegen einer „psychischen Erkrankung oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung“ bestehen muß.

Fragt man nach dem Grund für die Anknüpfung des § 1896 an eine Krankheit oder Behinderung, so zeigt sich, daß der Gesetzgeber vor einem Dilemma stand: Er wollte einerseits das flexible Institut der Betreuung zur Anwendung bringen, ohne – wie vormals bei der Zwangspflegschaft – in jedem Einzelfall die Voraussetzungen der Geschäftsunfähigkeit prüfen zu müssen. Andererseits sollte eine Betreuung bei entsprechender Notwendigkeit auch gegen den Willen eines Betroffenen möglich sein.<sup>3</sup> Damit aber bestand die Gefahr, daß die Eingriffsschwelle zur Anordnung einer Betreuung im Verhältnis zum alten Vormundschaftsrecht abgesenkt wurde. Um eine ausufernde Anwendung des Betreuungsrechts zu vermeiden, entschied sich der Gesetzgeber deshalb dafür, das Vorliegen einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung als Grundbedingung für die Anordnung einer Betreuung in § 1896 Absatz 1 BGB zu verankern.

<sup>2</sup> H. L. Schreiber, Die Würde des Menschen; in: Die Würde des Menschen im psychiatrischen Alltag, Göttingen 1989, Seite 21.

<sup>3</sup> H. Rausch/J. Rausch, Betreuung Geschäftsfähiger gegen ihren Willen? NJW 1992, Seite 274 f.; A. Jürgens, Betreuung wider Willen, BPrax 1992, Seite 47 f.

Die ganz herrschende Meinung in Literatur und Rechtsprechung vertritt den Standpunkt, daß diese Verknüpfung zulässig ist und die Rechtsstellung der Betroffenen im Vergleich zur früheren Rechtslage bei der Zwangspflegschaft keine Schlechterstellung erfahren hat.<sup>4</sup> Doch wird diese „Sicherung“ der Eingriffsschwelle in § 1896 Abs. 1 BGB nicht mit einer Stigmatisierung geistig behinderter bzw. psychisch kranker Menschen erkauf?

Ich möchte dieser Frage im folgenden nachgehen, will mich dabei allerdings auf Überlegungen beschränken, die geistig behinderte Menschen betreffen.

### 3. Unterschiedliche Umschreibung des Begriffs „geistige Behinderung“

Der Gesetzgeber hat den Begriff der geistigen Behinderung nicht in § 1896 Abs. 1 BGB definiert, sondern geht davon aus, daß gefestigte Kriterien zur Beschreibung einer geistigen Behinderung vorliegen.

Ist dem wirklich so?

Ich darf dazu einige Zitate aus Literatur und Rechtsprechung vorstellen: Das Lehrbuch zum Betreuungsrecht von Schmidt und Böcker, in dem das Betreuungsgesetz aus juristischer und psychiatrischer Sicht kommentiert wird, definiert die geistige Behinderung wie folgt: „Unter diesen Begriff fallen die angeborenen oder frühzeitig erworbenen (frühkindlichen) Intelligenzdefekte der verschiedenen Schweregrade, also Debilität, Imbezillität und Idiotie“<sup>5</sup>.

Das Bayerische Oberlandesgericht hat in einem Beschluß vom 7. 10. 1993<sup>6</sup> zum Begriff der geistigen Behinderung im Sinne von § 1896 BGB Stellung genommen und ihn ebenfalls als „Intelligenzdefekt verschiedener Schweregrade“ definiert.

Winterstein weist darauf hin, daß es seit 1979 üblich ist, von Oligophrenien zu sprechen, „und zwar von leichter Oligophrenie bei einem IQ von 50–69, mittelgradiger bei einem IQ von 35–49, schwerer bei einem IQ von 20–45, hochgradiger bei einem IQ unter 20“. Im schul- und sozialrechtlichen Bereich werde von einer geistigen Behinderung bei einem IQ von unter 65, darüber von Lernbehinderung gesprochen.<sup>7</sup>

Damit wird deutlich, daß der Jurist in der Regel einem defektorientierten Denkmodell folgt, das von Nervenärzten/Psychiatern entwickelt worden ist. Danach wird die geistige Behinderung vor allem als Mangel bzw. Störung bezeichnet.

Demgegenüber bemühen sich Behindertenpädagogen, Sozialwissenschaftler, Psychologen u. a. um eine offene, wertfreie Würdigung: „Die geistige Behinderung eines Menschen wird als ein komplexer Zustand aufgefaßt, der sich unter dem vielfältigen Einfluß sozialer Faktoren aus medizinisch beschreibbaren Störungen entwickelt hat. Die diagnostizierbaren prä-, peri- und postnatalen Störungen erlauben keine Aussage zur geistigen Behinderung eines Menschen. Diese bestimmt sich vielmehr aus dem Wechselspiel zwischen seinen potentiellen Fähigkeiten und den Anforderungen seiner konkreten Umwelt. Behinderung, also auch geistige Behinderung, ist eine gesellschaftliche Positionszuschreibung aufgrund vermuteter oder erwiesener Funktionseinschränkungen angesichts gesellschaftlich als wichtig angesehener Funktionen.“<sup>8</sup>

Nach dieser Definition ist die geistige Behinderung kein Defekt, der prinzipiell als irreversibel gilt. „Es wird als realistisch betrachtet, daß negative Auswirkungen von organisch

<sup>4</sup> u. a. O. – siehe Fußnote 3.

<sup>5</sup> G. Schmidt/F. Böcker, Betreuungsrecht, eine systematische Einführung aus juristischer und psychiatrischer Sicht, München, 2. Aufl. 1993, RZ. 6.

<sup>6</sup> BayObLG, Beschluß vom 7. 10. 1993, Az.: 3 Z BR 192/93, FamRZ 1994, Seite 318 f.

<sup>7</sup> Jürgens/Kröger/Marschner/Winterstein, Das neue Betreuungsrecht, Eine systematische Darstellung des seit dem 1. Januar 1992 geltenden Betreuungsrechts, München, 3. Aufl. 1994, RZ. 48.

<sup>8</sup> W. Thimm, Epidemiologie und soziokulturelle Faktoren, in: Geistige Behinderung, Grundlagen, klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation, herausgegeben von G. Neuhäuser und H. C. Steinhausen, Stuttgart, 1990, Seite 10 f.

bedingten Funktionseinschränkungen (z. B. im intellektuellen Bereich) vermieden, schrittweise aufgehoben, zumindest aber begrenzt werden können.“<sup>9</sup>

Dem entspricht es, daß der Gesetzgeber mit der Eingliederungshilfe in den §§ 39 ff. Bundessozialhilfegesetz einen Rechtsanspruch geschaffen hat, der es geistig behinderten Menschen auf vielfältige Weise ermöglichen soll (vgl. den Maßnahmenkatalog des § 40 Abs. 1 BSHG), die Folgen ihrer Behinderung zu mindern und in die Gesellschaft eingliedert zu werden (vgl. § 39 Abs. 3 BSHG).

Als erstes – vorläufiges – Fazit stelle ich deshalb fest, daß die Beschreibung dessen, was eine geistige Behinderung ausmacht, nicht Angelegenheit eines bestimmten Berufsfeldes (etwa der Medizin und der Rechtswissenschaft) ist, sondern ein Phänomen, das sich erst durch die Vielfalt verschiedener Aspekte erschließt. Auch eine besonders schwere geistige Behinderung „ist nicht als Minusvariante des Menschen anzusehen, sondern als menschliche Daseinsform, die es anzunehmen gilt“<sup>10</sup>. Die pädagogischen Erfahrungen, die in den letzten Jahren auch – und gerade – in der Arbeit mit geistig schwerstbehinderten Menschen gewonnen werden konnten, zeigen, daß die konkrete Ausformung einer schweren Behinderung ein Prozeß ist, der „Zurückhaltung bezüglich prognostischer Aussagen nahelegt“<sup>11</sup>.

Ich möchte es bei dieser Gegenüberstellung völlig unterschiedlicher Definitionsversuche der „geistigen Behinderung“ belassen. Doch wenn ich zum Ausgangspunkt meiner Fragestellung zurückkehre, ob das Betreuungsrecht die Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung fördert oder einschränkt, verhehle ich nicht, daß die Stigmatisierung, die der Begriff der geistigen Behinderung bisher insbesondere aus psychiatrischer und juristischer Sicht durch defektorientierte Umschreibungsversuche erfahren hat, eher ein Hindernis auf dem Weg zu mehr Selbstbestimmung ist.

#### 4. Die Bedeutung des Erforderlichkeitsgrundsatzes für Betreuungen bei geistiger Behinderung

Es stellt sich deshalb die Frage, ob mögliche Fehlentwicklungen durch den Erforderlichkeitsgrundsatz (§ 1896 Abs. 2 BGB) aufgefangen werden können:

Der Grundsatz der Erforderlichkeit ist ein Korrektiv, das der Gesetzgeber in § 1896 Abs. 2 BGB eingefügt hat, um zu verhindern, daß Menschen vorschnell bzw. in überzogener Weise unter Betreuung gestellt werden.

Das Gesetz geht davon aus, daß eine Betreuung nicht erforderlich ist, wenn „die Angelegenheiten des Volljährigen

– durch einen Bevollmächtigten oder

– durch andere Hilfen, bei denen kein gesetzlicher Vertreter bestellt wird,

ebensogut wie durch einen Betreuer besorgt werden können“.

Greift dieser in § 1896 Abs. 2 BGB verankerte Grundsatz der Subsidiarität der Betreuung, wenn eine geistige Behinderung vorliegt?

##### 4.1 Privatrechtliche Vollmacht bei geistiger Behinderung

Gemäß § 1896 Abs. 2 BGB soll die Bestellung eines Betreuers gegenüber einer rein privatrechtlich organisierten Fürsorge für hilfebedürftige Volljährige durch Bevollmächtigte nachrangig sein. Das privatrechtliche, insbesondere mit Hilfe von Vollmachten gestaltete Fürsorgeverhältnis – die Literatur spricht von „privater Fürsorge“<sup>12</sup> – geht der Betreuung vor.

<sup>9</sup> W. Thimm, a.a.O. – siehe Fußnote 8, Seite 11.

<sup>10</sup> H. Bach, Zum Begriff „schwerste Behinderung“, in: Pädagogik bei schwerster Behinderung, herausgegeben von A. Fröhlich, Handbuch der Sonderpädagogik Bd. 12, Berlin 1991, Seite 13.

<sup>11</sup> H. Bach, a.a.O., Seite 13.

<sup>12</sup> D. Schwab, Betreuung und private Fürsorge, in: Festschrift für Joachim Gernhuber, herausgegeben von H. Lange, K. W. Nöer, H. P. Westermann, Tübingen, 1993, Seite 815 f.

Doch nicht jeder kann Vollmacht erteilen. Eine Vollmacht setzt eine wirksame Willenserklärung voraus. Wer geschäftsunfähig ist, kann keine derartige Erklärung abgeben, denn die Rechtshandlungen eines Geschäftsunfähigen sind nichtig (§ 104 Ziffer 2, § 105 Abs. 1 BGB). Ein von einer geschäftsunfähigen Person Bevollmächtigter handelt bei Abschluß eines Vertrages als Vertreter ohne Vertretungsmacht. Der Vertrag kann damit nur wirksam werden, wenn der Vertretene ihn genehmigt (§ 177 Abs. 1 BGB). Eine derartige Genehmigung kann ein Geschäftsunfähiger aber nicht erteilen, denn die Genehmigung ist ebenfalls eine einseitige empfangsbedürftige Willenserklärung, die Geschäftsfähigkeit voraussetzt.

Damit wird folgendes deutlich: Insbesondere schwer geistig behinderte Menschen müssen damit rechnen, daß die erste Alternative des § 1896 Abs. 2 BGB auf sie keine Anwendung findet, weil sie bei einem Streit über die Wirksamkeit der Bevollmächtigung in der Regel als geschäftsunfähig eingestuft werden und damit die Rechtsfolge des § 105 BGB (Nichtigkeit der Vollmachtserklärung) eintritt. Die Praxis bestätigt, daß geistig behinderte Menschen von einem mit Vollmachten gestalteten Fürsorgeverhältnis so gut wie keinen Gebrauch machen. So handeln z. B. die Eltern geistig behinderter Volljähriger entweder vollmachtlos, oder sie lassen sich zu Betreuern bestellen. Die private Vollmacht spielt in diesem Bereich so gut wie keine Rolle.

Damit erweist sich, daß die Reform des Vormundschaftsrechts nur als Teilreform bezeichnet werden kann: Sie hat zwar die Entmündigung beseitigt, nicht jedoch die Wirkungen der Geschäftsunfähigkeit gemäß §§ 104 f. BGB. Canaris hat 1987 zu der Feststellung in § 105 BGB, daß alle Willenserklärungen eines Geschäftsunfähigen nichtig sind, ausgeführt, dies verstoße gegen den verfassungsrechtlich geschützten Erforderlichkeitsgrundsatz und gegen das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit bzw. die allgemeine Handlungsfreiheit.<sup>13</sup> Seine Abhandlung bezog sich allerdings noch auf das alte Vormundschaftsrecht. Es müßte geprüft werden, ob sie auch nach dem Inkrafttreten des Betreuungsgesetzes Gültigkeit hat. Die Interessenvertreter geistig behinderter Menschen mahnen eine derartige Untersuchung an und stellen in diesem Zusammenhang die Frage, ob die mit der sogenannten natürlichen Geschäftsunfähigkeit einhergehende Rechtsfolge des völligen Ausschlusses der Betroffenen vom Rechtsverkehr nicht gegen die neue Verfassungsvorschrift verstößt: „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“ (Art. 3 GG).

##### 4.2 „Andere Hilfen“ gemäß § 1896 Abs. 2 BGB bei geistiger Behinderung

Relativ wenig haben sich Literatur und Rechtsprechung bisher mit der Frage auseinandergesetzt, welche „anderen Hilfen, bei denen kein gesetzlicher Vertreter bestellt wird“ (§ 1896 Abs. 2 BGB), einem geistig behinderten Menschen, der seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen kann, zur Verfügung stehen. Bevor ich mich dazu äußere, welche Hilfsmöglichkeiten in der Praxis mobilisiert werden können und ob das Potential denkbarer Hilfen überhaupt schon ausgeschöpft worden ist, muß die Vorfrage geklärt werden, ob mit diesen „anderen Hilfen“ nur tatsächliche Hilfen für den Betroffenen gemeint sind oder ob eine Betreuerbestellung auch dann nicht erforderlich ist, wenn durch die „anderen Hilfen“ auch rechtsgeschäftliches Handeln miterledigt werden kann.

Anknüpfungspunkt für diese Fragestellung ist ein Beschluß des Oberlandesgerichts Köln vom 25. November 1992.<sup>14</sup> Das Gericht hatte zu prüfen, ob von der Bestellung eines Betreuers mit dem Wirkungskreis der Vermögensvorsorge abgesehen werden kann, wenn der geistig Behinderte monatliche Barbezüge in Höhe von DM 300,- erhält, wovon ihm wöchentlich DM 49,-, d. h. insgesamt ca. DM 200,- im Monat zum alsbaldigen Verbrauch ausbezahlt werden. Obwohl der Betroffene, dessen Entmündigung im Juli 1992 aufgehoben

<sup>13</sup> Canaris, JZ 1987, Seite 933 f. (1996), JZ 1988, Seite 494 f. (1996).

<sup>14</sup> Beschluß vom 25. 11. 1992, Az.: 16 Wx 172/92, BPrax 1993, Seite 102 f.

und in eine Betreuung mit dem Wirkungskreis der Vermögensvorsorge und der Aufenthaltsbestimmung umgewandelt worden war, erklärt hatte, den Restbetrag von ca. DM 100,- pro Monat selbst verwalten zu wollen, und das Heim, in dem der Behinderte lebt, ebenfalls angeboten hatte, diesem bei der Verwaltung des Geldes zu helfen, hielt es das Gericht für erforderlich, eine Betreuung in Vermögensangelegenheiten anzuordnen. Die Entscheidung darüber, was mit dem unverbrauchten Rest des monatlichen Barbetrags von DM 300,- geschehen solle, bedürfe „regelmäßig der Abgabe von Willenserklärungen, erforderlichenfalls durch einen gesetzlichen Vertreter. Dies kann nicht allein durch tatsächliche Hilfen ersetzt werden.“

Hier wird meines Erachtens „mit Kanonen nach Spatzen geschossen“. Kein Mensch fragt uns sogenannte „Nichtbehinderte“ danach, ob wir ein persönliches Taschengeld von ca. DM 100,- pro Monat in Zigaretten anlegen, verschenken oder im Lotto verspielen. Unser Alltagsleben fordert uns ständig eine Vielzahl von Entscheidungen ab, in denen – wenn sie auf ihren rechtlichen Gehalt untersucht werden – zahlreiche Rechtshandlungen versteckt sind, doch der rechtliche Kern dieser Entscheidungen bleibt meistens verborgen bzw. spielt keine oder nur eine untergeordnete Rolle. Würde man der Auffassung des Oberlandesgerichts Köln folgen, so käme § 1896 Abs. 2 BGB, soweit er auf „andere Hilfen“ verweist, praktisch nur zur Anwendung, wenn es sich dabei um rein tatsächliche Hilfen ohne jede rechtliche Relevanz handelt, z. B. Hilfen beim Waschen, Kochen, Einkaufen, der Körperpflege usw.

Da – wie dargelegt – bei den meisten geistig behinderten Menschen die der Betreuung vorgehende Erledigung eigener Angelegenheiten durch einen Bevollmächtigten (§ 1896 Abs. 2 Satz 2 erste Alternative BGB) so gut wie keine Bedeutung hat, hätte die vom Oberlandesgericht Köln vertretene restriktive Anwendung der im Gesetz vorgesehenen Verweisungsmöglichkeit auf „andere Hilfen“ zur Folge, daß die Hürde, die der Gesetzgeber mit dem Erforderlichkeitsgrundsatz in die Vorschrift des § 1896 BGB eingebaut hat, für geistig behinderte Menschen praktisch ohne Wert wäre.

Anders ausgedrückt, ein Mensch, der als geistig behindert eingestuft wird, müßte damit rechnen, daß sich an die Feststellung seiner geistigen Behinderung im nächsten Schritt fast zwangsläufig die Anordnung einer Betreuung anschließt, ohne daß sich die Vormundschaftsgerichte gründlich und differenziert mit der Fragestellung auseinandersetzen, ob die Betreuung wirklich i. S. des § 1896 Abs. 2 BGB erforderlich ist.

Es liegt auf der Hand, daß auf diese Weise die Selbstbestimmungsmöglichkeiten geistig behinderter Menschen erheblich tangiert würden und die Fremdbestimmung auch in den Bereichen des alltäglichen Lebens um sich greifen würde, in denen sich geistig Behinderte mit gelegentlichen Hilfestellungen, Hinweisen und Anregungen durch Dritte relativ problemlos bewegen und entfalten können.

Die Entscheidung des Oberlandesgerichts Köln ist deshalb zu Recht auf Ablehnung gestoßen.<sup>15</sup> So wird in der Literatur darauf hingewiesen, daß die „anderen Hilfen“ im Sinne des § 1896 Abs. 2 BGB auch rechtlich relevante Handlungen umfassen können: „Solange die Rechtsgemeinschaft bereit ist, auch ein vollmachtloses Handeln von Eltern für ihre volljährigen behinderten Kinder oder von Kindern für ihre nicht mehr geschäftsfähigen betagten Eltern hinzunehmen, funktioniert die sogenannte tatsächliche Hilfe; eine Betreuerbestellung wird erst dann gebraucht, wenn die Umwelt dies nicht mehr toleriert und eine Legitimation der Helfer verlangt.“<sup>16</sup>

<sup>15</sup> z. B. Winterstein, in Jürgens/Kötger/Maescher/Winterstein, Das neue Betreuungsrecht, – siehe Fußnote 6, RZ. 66f.; anderer Auffassung auch das Landgericht Hamburg, Beschluß vom 22. 2. 1993, Az.: 301 T 387/92, BfPrax 6/93, Seite 209f.: „Kann die Aufnahme eines Betroffenen in eine Reha-Einrichtung und die damit verbundenen finanziellen Verpflichtungen durch Vermögens- und Einsatz z. B. des Sozialdienstes geregelt werden, so bedarf es nicht der Einrichtung einer Betreuung (Leitsatz).“

<sup>16</sup> W. Bienwald, Betreuungsrecht, Kommentar zum BtG/BtBG, Bielefeld, 2. Aufl. 1994, § 1896 Anm. 113.

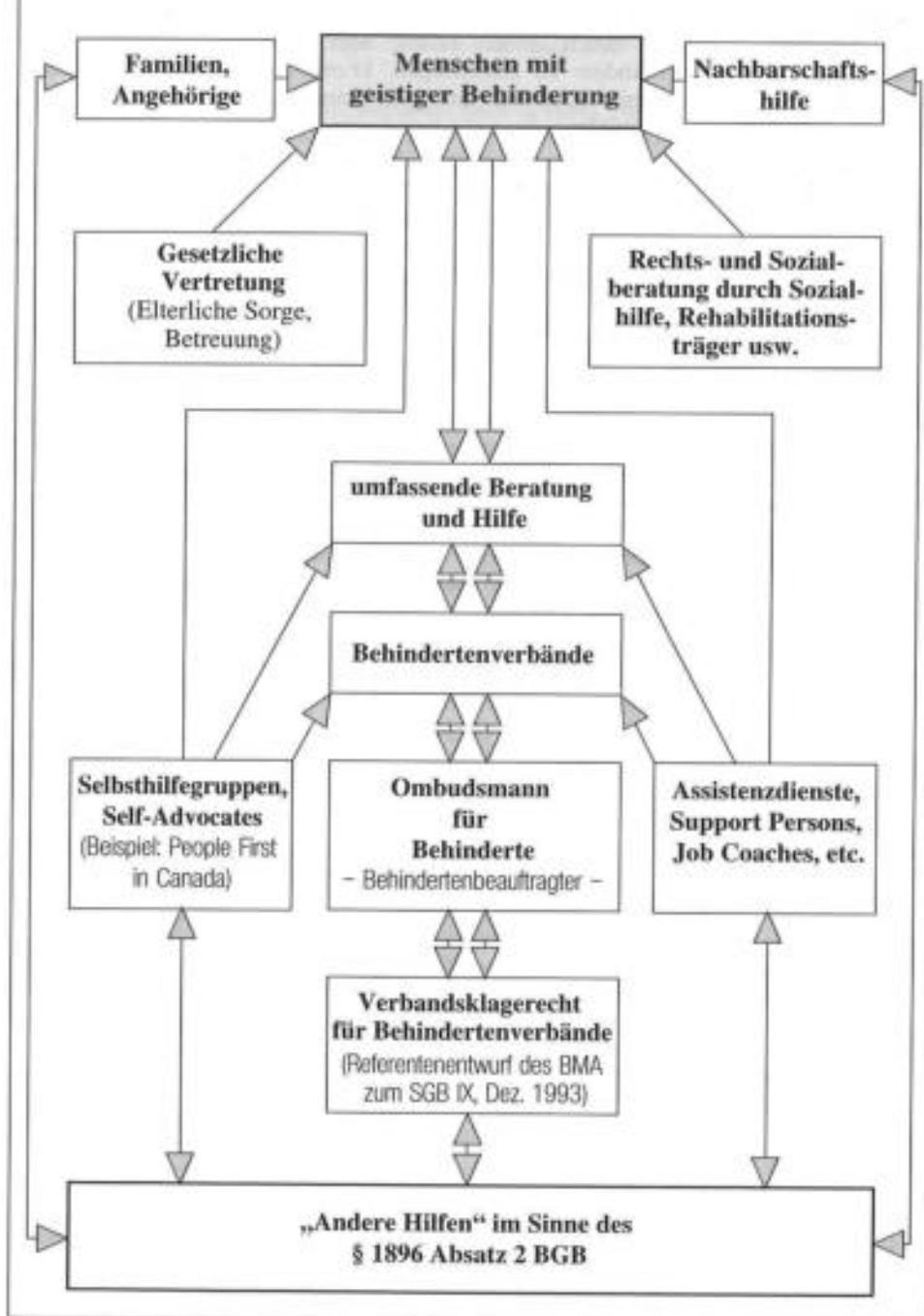
Ich schließe mich dieser Auffassung an: Der Gesetzeswortlaut des § 1896 BGB verlangt nicht, daß die „anderen Hilfen“, die ein geistig behinderter Mensch zur Besorgung seiner Angelegenheiten benötigt, *im rechtlichen Sinne* die gleiche Qualität haben müssen wie die Handlungen, die ein Betreuer in seiner Eigenschaft als gesetzlicher Vertreter für den Betreuten vornimmt. Die Handlungen müssen nur tatsächlich „ebenso gut“ sein. Der Gesetzgeber hat sich an dieser Stelle bewußt für eine eher unjuristische Wortwahl entschieden, die von der rechtlichen Begriffs- und Handlungsebene wegführt. Er begnügt sich damit, daß ein Mensch durch „andere Hilfen“ sein Alltagsleben bewältigt, ohne Schaden zu nehmen oder andere zu beschädigen. Er muß dabei keiner „Ideallinie“ folgen. Auch der Normalbürger „eckt an“ und geht manchmal ungewöhnliche Wege, über die andere die Nase rümpfen.

Die Umsetzung des Betreuungsgesetzes erfordert deshalb Toleranz. Fehlt dazu die Bereitschaft oder entpuppt sich die Anordnung der Betreuung als übertriebene Vorsorgemaßnahme, so kann sich das „zarte Pflänzchen der Selbstbestimmung“ nicht entwickeln. Dies macht deutlich, wie groß die Verantwortung ist, die auf dem Vormundschaftsrichter lastet, wenn er die Voraussetzungen für eine Betreuung oder den Umfang der Anordnungen für die Betreuung prüft.

In Zukunft muß den „anderen Hilfen“ im Sinne des § 1896 Abs. 2 BGB größere Bedeutung zukommen als bisher. Die Behindertenverbände sind hier besonders gefragt. Sie müssen nicht nur die herkömmlichen Serviceangebote weiterentwickeln, sondern sich insbesondere der Frage zuwenden, wie die „Selbsthilfe“ auch geistig behinderter Menschen gefördert werden kann. Besonders bedeutsam sind Beratungen, die auf die besonderen Belange geistig behinderter Menschen zugeschnitten sind, d. h. sich zum Ziel setzen, komplexe Zusammenhänge in einfacher Sprache und unter Verwendung von Bildern und praktischen Materialien zu erläutern. Insbesondere im angelsächsischen Raum gibt es schon heute Gruppen geistig behinderter Menschen, die sich als „Self-Advocates“ organisiert haben und ihre Interessen durch selbstgewählte Sprecher allein oder mit der Unterstützung von Fachleuten in der Öffentlichkeit erfolgreich vertreten.<sup>17</sup> Die Bundesrepublik Deutschland ist in diesem Bereich eher noch ein Entwicklungsland, das die Erfahrungen, die in anderen Ländern gesammelt werden konnten, noch nicht genutzt hat, sondern sich erst anschiebt, geistig behinderten Menschen Selbstbestimmung „zuzutrauen“.

<sup>17</sup> E. Knust-Potter, We can change the future, Self-Advocates-Gruppen in Großbritannien, Geistige Behinderung 4/94, Seite 319f.

### Strukturierung „Andere Hilfen“ im Sinne des § 1896 Absatz 2 BGB bei geistiger Behinderung



### III. Schutz vor Fremdbestimmung durch das Betreuungsrecht

Das, was ich bisher ausgeführt habe, ist kein Plädoyer gegen das Betreuungsgesetz. Ich habe auf Mängel hingewiesen, die sich vor allem dann negativ auf Menschen mit geistiger Behinderung auswirken können, wenn zu wenig auf die Besonderheiten ihrer Behinderung und die trotz dieser Behinderung vorhandenen Fähigkeiten Rücksicht genommen wird. Ich habe andererseits aber auch versucht, Wege aufzuzeigen, die aus einer restriktiven Anwendung des Betreuungsgesetzes zu Lasten behinderter Menschen herausführen können.

Die eigentliche Stärke des Betreuungsgesetzes liegt darin, daß es auf zweifache Weise dazu beitragen kann, Menschen, die aufgrund einer Entmündigung nach Maßgabe des früheren Vormundschaftsrechts aus rechtlicher Sicht jede Eigenständigkeit verloren hatten, wenigstens in Teilbereichen in die Gemeinschaft zurückzuholen und zu befähigen, eigene Entscheidungen zu treffen: Zum einen können die Betreuungsanordnungen so variabel gestaltet werden, daß sie den Betroffenen nur in dem Maße in seiner Handlungsfreiheit einschränken, wie dies unbedingt erforderlich ist. Zum anderen ist der Betreuer gehalten, alle ihm übertragenen Angelegenheiten zum Wohl des Betreuten zu besorgen und dabei seine Wünsche zu beachten (§ 1901, § 1897 Abs. 1 BGB).

Das Betreuungsgesetz will Menschen nicht ausgrenzen, sondern in ihrer individuellen Eigenart respektieren und erreichen, daß sie sich trotz einer evtl. erforderlichen Betreuung weiterhin als Mitglieder unserer Gesellschaft sehen können. Es ist damit Ausdruck eines Menschenbildes, das auf Integration und möglichst normale Lebensbedingungen auch für die Personen zielt, die zur Bewältigung ihres Lebensalltags auf die Hilfe eines Betreuers angewiesen sind.

Hat sich diese Denkweise, die grundsätzlich jedem Menschen das Recht auf freie Entfaltung seiner Persönlichkeit zubilligt, bereits durchsetzen können, oder gibt es noch immer geistig behinderte Menschen, die am Rande des gesellschaftlichen Geschehens stehen und deren Leben und Handeln weitgehend fremdbestimmt ist?

### IV. Fremdbestimmung geistig behinderter Menschen in psychiatrischen Einrichtungen der früheren DDR

Auch bei dieser Frage stehe ich noch unter dem unmittelbaren Eindruck eines Ereignisses, das bisher kaum öffentliche Beachtung gefunden hat. Der Landesverband der Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung in Brandenburg verfolgt seit geraumer Zeit das Ziel, geistig Behinderten, die jahrzehntelang ihr Dasein in geschlossenen Abteilungen psychiatrischer Kliniken der früheren DDR fristen mußten, neue Wohn- und Lebensmöglichkeiten zu verschaffen (Konzept der sogenannten Enthospitalisierung geistig Behinderter). Er setzt sich deshalb für den Erwerb bzw. Bau von gemeindenahen Wohnungen und Wohnheimen ein, in denen diese Menschen in Zukunft leben können, und hat am 24. September 1994 ein Expertengespräch in Hönow/Ost-Berlin unter dem Titel „Nicht ohne Not ins Krankenhaus“ veranstaltet. Zu Beginn der Diskussionsrunde wurde ein Fernsehfilm über die ehemals staatliche psychiatrische Kinder- und Jugendklinik Hubertushöhe vorgeführt, die von der Lebenshilfe Brandenburg Anfang 1994 übernommen worden ist. Der Film zeigt, in welchem Zustand geistig behinderte Kinder und Jugendliche noch im Frühjahr 1994, also mehr als 4 Jahre nach dem Beitritt der DDR zur Bundesrepublik Deutschland, in dieser Einrichtung angetroffen wurden: Die Kinder waren zwar ordentlich gekleidet und sauber, wirkten jedoch abgestumpft und hospitalisiert. Einige reagierten aggressiv, andere standen unter dem Einfluß starker Psychopharmaka. Ein etwa acht Jahre alter Junge fiel durch eine Körperhaltung auf, die darauf schließen läßt, daß er jahrelang fixiert wurde und noch gar nicht gewohnt ist, sich frei zu bewegen. Ein etwa zwölf Jahre alter Junge wurde als „offensichtlich nicht geistig behindert“ vorgestellt, doch niemand konnte erklären, warum er überhaupt in der Psychiatrie untergebracht

worden ist. Er hatte bis Anfang 1994 keinerlei schulische oder praktische Bildung erfahren und lernt erst jetzt – mit guten Fortschritten – lesen und schreiben. Eine Krankenschwester, die schon seit Jahren im Haus Hubertushöhe tätig ist, erklärte vor laufender Kamera, sie wäre wahrscheinlich schon längst tot, wenn sie alle Medikamente geschluckt hätte, die den behinderten Kindern und Jugendlichen täglich verabreicht worden sind.

Die Aufnahmen erinnern an die Szenen, die Ernst Klee in seinem Film „Die Hölle von Ueckermünde“ gezeigt hat: Geistig behinderte Erwachsene, die unter entwürdigenden Umständen in einer psychiatrischen Großklinik der DDR verwahrt wurden.<sup>18</sup>

Ich möchte den Eindruck vermeiden, mit dem Hinweis auf die beiden Filme über die Klinik Hubertushöhe und das inzwischen in gemeinnützige Trägerschaft übergegangene psychiatrische Krankenhaus Ueckermünde einseitige Schuldzuweisungen vornehmen zu wollen. Deshalb merke ich ausdrücklich an: Auch im Westen der Bundesrepublik gab es untragbare Zustände: So heißt es beispielsweise in einem 1986 veröffentlichten Bericht über das psychiatrische Krankenhaus Wiesloch, eine Einrichtung in der Nähe von Heidelberg mit damals etwa 1300 Betten, daß dort noch Anfang der 80er Jahre – also zu einer Zeit, als bereits von einer Wohlstandsgesellschaft gesprochen werden konnte – „ein Waschlappen für 10 Bewohner“ vorgefunden wurde und der Stationsarzt zur individuellen Ausstattung im körperhygienischen Bereich „die Anschaffung eigener Zahnbürsten“ für die Bewohner anfordern mußte.<sup>19</sup>

Ich beschreibe die Lebenssituation geistig behinderter Menschen im Haus Hubertushöhe, Brandenburg, vor allem deshalb, weil sie aufzeigt, welche Ausmaße die Fremdbestimmung behinderter Menschen annehmen kann. Wir sind noch heute mit den Spätfolgen dieser Fremdbestimmung konfrontiert und verpflichtet, die Ursachen und Hintergründe derartiger Entwicklungen festzustellen und aufzuarbeiten.

Es wäre nicht nur aus moralischen, historischen und gesellschaftlichen Gründen verfehlt, den Mantel des Schweigens über das Leben geistig behinderter Menschen unter den geschilderten psychiatrischen Bedingungen in einigen Kliniken der früheren DDR auszubreiten. Auch aus rechtlicher Sicht muß die Entwicklung analysiert werden. Jedes Einzelschicksal hat eine kritische Überprüfung verdient, und zwar sowohl hinsichtlich der Perspektiven, die sich dem Behinderten für sein weiteres Leben bieten, als auch unter der Fragestellung, ob die Unterbringung in der Psychiatrie möglicherweise unrechtmäßig war, ob und auf welcher Rechtsgrundlage die Unterbringung geistig behinderter Menschen in geschlossenen Abteilungen und Häusern aufzuheben oder fortzusetzen ist und ob es im Einzelfall geboten erscheint, die Rehabilitierung der Behinderten zu betreiben, die zu Unrecht in psychiatrischen Abteilungen/Kliniken ohne Aussicht auf Förderung und Beschulung verwahrt worden sind.

### 1. Aufarbeitung der Fakten

Die Analyse muß mit der Feststellung der Fakten beginnen:

Faktum ist, daß die Zahl geistig behinderter Menschen, die in psychiatrischen Einrichtungen leben, bundesweit auf ca. 19 000 geschätzt wird. Der ganz überwiegende Teil dieser Menschen ist in den westlichen Bundesländern anzutreffen.<sup>20</sup>

Für die DDR werden unter Bezugnahme auf das Jahr 1989 folgende Zahlen genannt: „Etwa 2000 bis 2500 Kinder, Jugendliche und jüngere Erwachsene mit schwerster geistiger Behinderung und/oder Mehrfachschädigungen“ lebten in Kinderkrankenhäusern, „etwa

18 vgl. dazu auch: Klaus Lachwitz, *Enthospitalisierung von Menschen mit geistiger Behinderung. Grund- und menschenrechtliche Aspekte zur Lage der Psychiatrie in den neuen Bundesländern*, Geistige Behinderung 3/94, Seite 206 f.

19 H. Höss/H. Goll, *Wege nach draußen, Reaktivierung und Revitalisierung in der Psychiatrie*, Heidelberg 1986.

20 Pressemitteilung der Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte vom 16. 12. 1993: *Ziel der Enthospitalisierung: Wohnen und arbeiten in „normaler Umgebung“*.

500 Kinder in Fachkrankenhäusern für Neurologie und Psychiatrie ohne Diagnostik- oder Therapienotwendigkeit“. Etwa 2000 Männer und Frauen waren unter vergleichbaren Bedingungen in Pflegeabteilungen für Erwachsene in neuropsychiatrischen Krankenhäusern untergebracht, teilweise viele Jahre, „weil entweder die Aufnahme seinerzeit aus Mangel an Wohnplätzen . . . stattfand oder weil extrem belastendes Verhalten zur Aufnahme führte, unter den hospitalisierenden Bedingungen oder aus anderen Gründen nicht beseitigt werden konnte oder ein Umzug einfach unterlassen wurde“<sup>21</sup>.

Nicht überall herrschten Mißstände. Doch die gute Arbeit, die in einigen psychiatrischen Einrichtungen unter teilweise schwierigen Bedingungen geleistet wurden, kann die untragbaren Zustände in anderen ehemals staatlichen Krankenhäusern, Psychiatrien usw. nicht vergessen machen. Wir müssen zur Kenntnis nehmen, daß viele geistig behinderte Menschen in einer ganzen Reihe von Einrichtungen oft jahrzehntelang verwahrt worden sind und die Lebensbedingungen, die dort z. T. noch nach der Vereinigung im Jahre 1989 angetroffen wurden, sogar die Frage aufgeworfen haben, ob gegen internationale Konventionen zum Schutz der Menschenrechte verstoßen worden ist: Vor einigen Jahren hat der deutsche Gesetzgeber die Europäische Konvention zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe ratifiziert.<sup>22</sup> Auf der Grundlage dieser Konvention ist ein europäischer Ausschuß etabliert worden, der die tatsächliche Lage in den Ländern, die der Konvention beigetreten sind, untersuchen soll.

Der Ausschuß hat die Bundesrepublik Deutschland im Dezember 1991 bereist und unter anderem die Psychiatrische Klinik Hochweitzchen in Westewitz/Sachsen besucht. Dem schloß sich ein Besuch der Psychiatrischen Einrichtung Waldheim/Sachsen an. Der vom Ausschuß vorgelegte Bericht enthält folgende Bemerkung: „In der Psychiatrischen Einrichtung Waldheim ließen sowohl die Lebensumstände der Patienten als auch die Behandlungsmethoden viel zu wünschen übrig. Folglich kann der Ausschuß die offizielle Schließung dieser Institution am 8. 5. 1992 nur begrüßen.“<sup>23</sup>

Der Ausschuß hat eine Anzahl von Empfehlungen zur Situation in der Psychiatrischen Klinik Hochweitzchen abgegeben. Unter anderem heißt es: „Insbesondere war deutlich, daß die Behandlung immer noch weitgehend vom Grundgedanken der ‚Verwahrung‘ der Patienten beherrscht wurde, wenn auch das Personal bemüht war, sich an neue professionelle Arbeitsmethoden, die auf die Rehabilitation des Patienten abzielen, anzupassen. Es liegt auf der Hand, daß jeder wesentliche Fortschritt in diesem Bereich von geeigneter Aus- und Fortbildung sowie von der Bereitschaft angemessener Ressourcen abhängen wird.“<sup>24</sup>

### 2. Rechtsgrundlagen der Unterbringung geistig behinderter Menschen in psychiatrischen Einrichtungen der DDR

Die meisten der sogenannten Langzeitpatienten in der DDR dürften nach Maßgabe des Gesetzes über die Einweisung in stationäre Einrichtungen für psychisch Kranke vom 11. 6. 1968 untergebracht worden sein. Dieses Gesetz gilt nach Artikel 9 Absatz 1 des Einigungsvertrages als Landesrecht in den neuen Bundesländern weiter, soweit es die materiellen Voraussetzungen der öffentlich-rechtlichen Unterbringung betrifft und noch keine neuen Landesunterbringungsgesetze bzw. Gesetze zum Schutz psychisch kranker Menschen (sog. PsychKGs) in Kraft getreten sind.

21 Rainer Roepke, *Zur Lebenssituation geistig behinderter Menschen in psychiatrischen Krankenhäusern, Pflegeheimen und isolierenden Großeinrichtungen in West- und Ostdeutschland*. In: Tagungsband „Nicht ohne Not ins Krankenhaus – Perspektiven der Enthospitalisierung geistig behinderter Menschen, Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte, 1993, Seite 4 ff.

22 EuGRZ 1989, 502 f.

23 Bericht des Europäischen Ausschusses zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT) vom 19. 7. 1993 über einen Besuch in Deutschland vom 8. bis 20. 12. 1991, in: EuGRZ 1993, Seite 329 f.

24 a.a.O. – siehe Fußnote 23.

Brandenburg ist das einzige Land, das bisher noch kein Gesetz zur öffentlich-rechtlichen Unterbringung erlassen hat. Zwar wird zur Zeit ein entsprechender Gesetzentwurf beraten. Bis zu dessen Verkündung gilt jedoch formal noch immer das Einweisungsgesetz der DDR von 1968. Dieses Gesetz wird von einem Teil der Literatur als verfassungswidrig eingestuft.<sup>25</sup> Andere sind der Auffassung, daß das Gesetz nur insoweit nicht mit dem Grundgesetz übereinstimmt, als es in § 6 Unterbringungen bis zu 6 Wochen ohne Einschaltung der Gerichte ermöglicht.<sup>26</sup>

Man ist versucht, diese Streitfrage nicht weiter zu vertiefen, weil in Kürze damit zu rechnen ist, daß Brandenburg sein schon seit längerer Zeit im Entwurf vorliegendes Psychisch-Kranken-Gesetz (BbgPsychKG) verabschiedet und das Einweisungsgesetz der DDR damit endgültig obsolet wird. Doch wenn man sich in die Situation der Betroffenen versetzt und berücksichtigt, daß viele geistig behinderte und psychisch kranke Menschen nicht nur bereits viele Jahre vor dem Beitritt der DDR zur Bundesrepublik Deutschland in psychiatrischen Einrichtungen eingewiesen worden sind, sondern z. T. bis zum heutigen Tag in sogenannten geschlossenen Einrichtungen/Abteilungen betreut werden, muß geklärt werden, welche rechtsstaatlichen Grundsätze in der Übergangszeit bis zum Inkrafttreten der neuen Unterbringungsgesetze (PsychKGs) einzuhalten waren bzw. aufgrund der besonderen Situation in Brandenburg noch heute zu beachten sind.

Unstreitig ist, daß bei allen geschlossenen Unterbringungen der Grundsatz des rechtlichen Gehörs zu wahren ist, der sowohl in Artikel 103 Grundgesetz geschützt ist als auch in Artikel 5 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK). Zwar kommt dieser Konvention in der Deutschen Rechtsordnung kein Verfassungsrang zu;<sup>27</sup> dementsprechend lehnt das Bundesverfassungsgericht die Zulässigkeit einer auf die Behauptung einer Verletzung von Normen der EMRK gestützten Verfassungsbeschwerde ab. Es zieht jedoch regelmäßig Regelungen der Konvention heran, um den Schutzbereich eines Grundrechts aus dem Grundgesetz auslegend zu bestimmen.<sup>28</sup>

Artikel 5 EMRK fordert in Absatz 2, einen Untergebrachten hinreichend über den Grund der Freiheitsentziehung zu informieren, und verlangt in den Absätzen 3 und 4 ein zügiges gerichtliches Verfahren zur Überprüfung behördlicher freiheitsentziehender Anordnungen. Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte, der sich wiederholt auch mit Fragen der Unterbringung in psychiatrischen Einrichtungen befaßt hat<sup>29</sup>, leitet hieraus einen Anspruch auf rechtliches Gehör und Akteneinsicht sowie das Erfordernis einer Ausgestaltung des gerichtlichen Verfahrens ab, das dem Untergebrachten Gelegenheit gibt, die Unterbringungsgründe unter Heranziehung eines Rechtsbeistandes seines Vertrauens anzugreifen.<sup>30</sup>

Es ist zweifelhaft, ob den geistig behinderten Menschen, die vor Jahren in Ueckermünde, Hubertushöhe und anderen psychiatrischen Einrichtungen untergebracht worden sind, jemals in einem rechtsstaatlichen Verfahren rechtliches Gehör gewährt worden ist. In vielen Fällen sind keine Akten auffindbar, und in anderen Fällen läßt der Akteninhalt keine Rückschlüsse zu, ob den behinderten Menschen wirklich Gelegenheit gegeben worden ist, sich selbst oder über einen ausschließlich in ihrem Auftrag und Interesse handelnden Vertreter/Beistand zur Notwendigkeit der Unterbringung zu äußern.

Hat ein Vormundschaftsrichter Zweifel an der Rechtsstaatlichkeit der noch auf der Grundlage des Einweisungsrechts der DDR von 1968 veranlaßten geschlossenen Unterbringung

25 W. Reckers, Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen des Landes Sachsen-Anhalt mit Erläuterungen und Auszügen aus weiteren einschlägigen Rechtsvorschriften, Erfurt 1993, Seite 1.

26 R. Marschner, in: Jürgens/Kröger/Marschner/Winterstein, Das neue Betreuungsrecht, RZ 490.

27 Ullsamer, in: Frohwein/Ullsamer, Europäische Menschenrechtskonvention und nationaler Rechtsschutz 1985, Seite 35 ff.

28 BVerfGE 74, 358 (370).

29 vgl. Dozani, Recht und Psychiatrie, 3/87, 82 f.

30 vgl. zusammenfassend Schweizerisches BGer.EuGRZ 1990, 155 (156).

in seinem Gerichtsbezirk bzw. erhält er entsprechende Hinweise, muß er Ermittlungen aufnehmen: Seit dem 3. 10. 1990 gilt in den neuen Bundesländern für die zivilrechtliche und öffentlich-rechtliche Unterbringung das Verfahrensrecht in der Fassung des Betreuungsgesetzes<sup>31</sup>. Es finden damit einheitlich für beide Unterbringungsarten die Vorschriften des Gesetzes über die Freiwillige Gerichtsbarkeit (FG) Anwendung. § 12 FGG trägt dem Gericht die Feststellung von Tatsachen „von Amts wegen“ auf und verpflichtet damit zum Handeln, sobald z. B. durch Mitteilungen dritter Personen, Berichte, Anzeigen von Gerichten und Behörden usw., Anhaltspunkte dafür vorliegen, daß einzelne Unterbringungen möglicherweise rechtswidrig sind. Der Vormundschaftsrichter muß in diesen Fällen die Einrichtungen aufsuchen und sich ein Bild von den behinderten Menschen und ihrer Lebenssituation machen. Notfalls muß er veranlassen, daß die geschlossene Unterbringung aufgehoben wird. Hält er eine geschlossene Unterbringung weiterhin für geboten, ist er jedoch der Auffassung, daß die seinerzeit erfolgte Unterbringung nach der Maßgabe des Einweisungsgesetzes der DDR jedenfalls ab dem Zeitpunkt des Beitritts der DDR zur Rechtsordnung der Bundesrepublik Deutschland rechtswidrig war, z. B. weil der Grundsatz des rechtlichen Gehörs verletzt worden ist, muß er der Frage nachgehen, ob das Verfahren wieder aufzurollen ist. Alternativ dazu kann er auch prüfen, ob die Voraussetzungen für eine zivilrechtliche Unterbringung nach § 1906 BGB erfüllt sind bzw. eine vorläufige Unterbringung nach § 1846 BGB in Betracht kommt, wobei in Literatur und Rechtsprechung umstritten ist, ob diese Vorschrift nur im Fall einer Verhinderung des Betreuers gilt oder auch in den Fällen, in denen noch gar kein Betreuer bestellt ist.<sup>32</sup> Dabei ist allerdings zu beachten, daß die zivilrechtliche Unterbringung nicht darauf gestützt werden darf, daß der Untergebrachte eine Gefahr für Dritte oder die Allgemeinheit darstellt: Die zivilrechtliche Unterbringung hat sich allein am Wohl des Betroffenen zu orientieren. Auch für einstweilige Unterbringungen ergibt sich dies aus dem Wortlaut des § 1846 BGB, der dem Vormundschaftsgericht die Pflicht auferlegt, „die im Interesse des Betroffenen erforderlichen Maßregeln zu treffen“.

Die Fortdauer einer geschlossenen Unterbringung wäre daher nach den Maßstäben des zivilrechtlichen Unterbringungsrechts nur gerechtfertigt, wenn die Gefahr besteht, daß der Untergebrachte sich selbst einen erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt.

Dieser Überblick zeigt, daß es aus der Sicht einer ganzen Reihe von geistig behinderten Menschen, die seit Jahren in geschlossenen Abteilungen psychiatrischer Einrichtungen leben, nicht damit getan ist, auf das Inkrafttreten der Unterbringungsgesetze (PsychKG) der neuen Bundesländer zu setzen und dann auf der Grundlage der neuen – nach rechtsstaatlichen Grundsätzen zustande gekommenen – Gesetze über die Fortdauer geschlossener Unterbringungen zu entscheiden. Die betroffenen behinderten Menschen haben nicht nur ein Anrecht darauf, daß ihre zukünftige Unterbringung mit den Anforderungen unserer Rechtsordnung in Einklang steht, sondern müssen auch rechtliche Konsequenzen daraus ziehen dürfen, daß ihre Unterbringung rückwirkend als rechtswidrig zu charakterisieren ist.

### 3. Rehabilitation rechtswidrig untergebrachter behinderter Menschen

Es ist nicht auszuschließen, daß in Einzelfällen Menschen mißbräuchlich als „geistig behindert“ eingestuft und in eine psychiatrische Klinik eingewiesen worden sind, um sie auf diese Weise aus dem Verkehr zu ziehen. Denkbar ist auch, daß geistig behinderte Menschen deshalb in der Psychiatrie untergebracht worden sind, weil man sich nicht die Mühe machen wollte, nach alternativen Betreuungsmöglichkeiten durch ambulante Träger oder Pflegestellen Ausschau zu halten. Soweit sich derartige Einweisungen als staatliche Willkürakte charakterisieren lassen, könnte das am 4. 11. 1992 in Kraft getretene

31 Marschner, in: Jürgens/Kröger/Marschner/Winterstein: Das neue Betreuungsrecht, RZ 490.

32 Marschner, a.a.O., RZ 505, 555, 564.

strafrechtliche Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG) eingreifen, das für Opfer des Psychiatriemißbrauchs in der DDR soziale Ausgleichsleistungen und Hilfsmaßnahmen vorsieht. Zwar zielt dieses Gesetz in erster Linie auf politisch Verfolgte, bezieht jedoch nach seinem Wortlaut auch Einweisungen „zu anderen sachfremden Zwecken“ ein. In der Literatur wird die Auffassung vertreten, daß § 2 StrRehaG über seinen Wortlaut hinaus alle i. S. von § 1 Abs. 1 StrRehaG rechtsstaatswidrigen und mithin auch alle unverhältnismäßigen Einweisungen für rehabilitationswürdig erklärt.<sup>33</sup> Diese Auslegung ist nicht unumstritten<sup>34</sup>, kann aber als Anknüpfungspunkt für Rehabilitierungsanträge dienen.

#### V. Unterschiedliche Einbeziehung geistig behinderter Menschen in die Unterbringungsgesetze (PsychKGs) der neuen Bundesländer

Lassen Sie mich den Schlußteil meiner Ausführungen dazu benutzen, noch etwas Grundsätzliches zu den Unterbringungsgesetzen in den neuen Bundesländern zu sagen.

Ich bin kein Experte auf dem Gebiet des Unterbringungsrechts, doch mir fällt auf, daß die Einbeziehung geistig behinderter Menschen völlig unterschiedlich geregelt ist.

##### 1. Die gesetzlichen Regelungen in Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen:

– Das PsychKG des Landes Sachsen-Anhalt (LSA) enthält in § 1 folgende Formulierung: „Dieses Gesetz regelt 1. Hilfen für Personen, die . . . an einer geistigen Behinderung leiden oder gelitten haben . . . ; 2. Schutzmaßnahmen bis hin zur Unterbringung für Personen, die an einer . . . Behinderung i. S. der Nr. 1 leiden.“

§ 1 PsychKG LSA knüpft damit an Formulierungen an, wie sie z. B. in § 1 des PsychKG Bremen, § 1 des Hamburgischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten und in § 1 des Niedersächsischen PsychKG anzutreffen sind.

– § 1 Abs. 3 des PsychKG Mecklenburg-Vorpommern enthält die Regelung, daß „dieses Gesetz auch Anwendung auf geistig behinderte Personen findet, bei denen ohne Behandlung keine Aussicht auf Besserung besteht“.

Auch dieser Text weist Parallelen zu entsprechenden Formulierungen in den alten Bundesländern auf. Beispiel: § 1 Abs. 3 PsychKG Berlin.

– § 1 Abs. 2 des Thüringer Gesetzes zur Hilfe und Unterbringung psychisch Kranker regelt, daß „psychisch Kranke Personen sind, bei denen eine geistige oder seelische

1. Krankheit  
2. Behinderung  
oder

3. Störung von erheblichem Ausmaß mit Krankheitswert einschließlich einer physischen oder psychischen Abhängigkeit von Rauschmitteln, Suchtmitteln oder Medikamenten vorliegt“.

Diese Formulierung wiederum ist weitgehend deckungsgleich mit § 1 Abs. 2 des PsychKG Schleswig-Holstein.

##### 2. Kritische Anmerkungen zur Einbeziehung geistig behinderter Menschen in die Unterbringungsgesetze der neuen Bundesländer

###### 2.1 Sachsen-Anhalt

§ 1 PsychKG LSA unterstellt in Anlehnung bzw. Übernahme entsprechender Formulierungen in einigen Unterbringungsgesetzen der alten Bundesländer, daß ein geistig behinderter Mensch an seiner Behinderung „leidet“. Es stellt sich die Frage, welcher „Leidensbegriff“ dieser Vorschrift zugrunde liegt.

<sup>33</sup> Bruns/Schröder/Tappert, *StRehaG*, § 2 Rz 14 ff.

<sup>34</sup> Pfister/Mütze, *Rehabilitierungsrecht*, § 2 *StRehaG*, Rz 26.

Leidet der geistig behinderte Mensch selbst, oder wird von der Gesellschaft unterstellt, daß er leidet, weil diese es noch nicht gelernt hat, die geistige Behinderung als besondere menschliche Daseinsform anzuerkennen, die Anspruch auf Schutz hat und auf die Art. 3 GG in seiner neuen Fassung Anwendung findet: „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.“?

„Das Problem des geistig behinderten Menschen liegt darin, daß das Phänomen der geistigen Behinderung für den Betroffenen selbst letztlich unvorstellbar ist.“<sup>35</sup> Alle Betrachtungsweisen zur geistigen Behinderung gründen deshalb auf Fremddefinitionen, weil Eigendefinitionen durch die betroffenen Menschen selbst in der Regel undenkbar erscheinen.

Natürlich lassen sich auch an geistig behinderten Menschen Leidenszustände feststellen, z. B. bei schweren Mehrfachbehinderungen oder zusätzlichen Erkrankungen. Aus einer geistigen Behinderung allein läßt sich jedoch regelmäßig kein Leidenszustand ableiten.

###### 2.2 Mecklenburg-Vorpommern

Auf den ersten Blick überzeugender wirkt die Definition in § 1 Abs. 3 PsychKG Mecklenburg-Vorpommern, die geistig behinderte Menschen erfaßt, „bei denen ohne Behandlung keine Aussicht auf Besserung besteht“. Es muß jedoch hinterfragt werden, warum eine Behandlung z. B. nur im Zusammenhang mit einer Unterbringung für notwendig und sinnvoll gehalten wird und worauf sich die Annahme stützt, daß Aussicht auf Besserung nur besteht, wenn die Behandlung im Rahmen einer geschlossenen Unterbringung erfolgt.

Ich will nicht behaupten, daß es diese Konstellationen nicht gibt, aber ich stelle die Frage, ob Menschen, die jahrelang unter Bedingungen untergebracht worden sind, wie sie z. B. Ernst Klee in seinem Film über Ueckermünde gezeigt hat, durch die Umstände der Unterbringung erst dazu gemacht worden sind, daß heute eine Aussicht auf Besserung nur bei Behandlung im Zusammenhang mit einer Unterbringung bejaht werden kann.

Was ist, wenn die Art und Weise der Unterbringung selbst die Ursache dafür ist, daß heute ohne Behandlung in der Einrichtung keine Aussicht auf Besserung besteht?

Hier gibt es noch eine Menge aufzuarbeiten, und es ist zweifelhaft, ob die seelischen Wunden, die einigen dieser Menschen zugefügt worden sind, jemals geheilt werden können.

###### 2.3 Thüringen

Zu beanstanden ist auch die Regelung in § 1 Abs. 2 des Thüringer Gesetzes zur Hilfe und Unterbringung psychisch Kranker, das einen umfassenden Begriff der psychischen Krankheit verwendet und die geistige Behinderung als Unterfall einer derartigen Erkrankung ansieht. In Fachkreisen ist seit Jahrzehnten anerkannt, daß psychische Erkrankungen und geistige Behinderungen unterschiedliche Ursachen haben und zu unterschiedlichen Erscheinungsweisen führen. Diese Unterschiede dürfen nicht einfach qua gesetzlicher Definition eingeebnet werden.

###### 2.4 Sachsen und Brandenburg

Bemerkenswert ist, daß das Sächsische Gesetz über die Hilfen und die Unterbringung bei psychischen Krankheiten die geistige Behinderung aus dem Anwendungsbereich der öffentlich-rechtlichen Unterbringung herausgenommen hat und lediglich Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke und von psychischer Krankheit Bedrohte regelt. Es folgt damit dem Österreichischen Unterbringungsgesetz, das ebenfalls auf die Einbeziehung geistig behinderter Menschen verzichtet hat.

<sup>35</sup> E. E. Kobi, *Vorstellungen und Modelle zur Wesenserfassung geistiger Behinderung und zum Umgang mit geistig Behinderten*, *Geistige Behinderung* 22 (1983), Seite 155 f.

Brandenburg schickt sich an, eine ähnliche Regelung zu treffen, denn der Entwurf zu einem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen sowie über den Vollzug gerichtlich angeordneter Unterbringungen für psychisch Kranke (BbgPsychKG) vom 15. 12. 1994 enthält folgenden Vorschlag: „Dieses Gesetz findet auch Anwendung auf geistig behinderte Menschen, die aufgrund binzutretender psychischer Störungen . . . besonderer Hilfe bedürfen.“

Diesem Ansatz ist zu folgen: Wenn Einigkeit darüber besteht, daß das Konkurrenzverhältnis zwischen öffentlicher und zivilrechtlicher Unterbringung dahin aufzulösen ist, daß bei Selbstgefährdung im Regelfall die zivilrechtliche Unterbringung zu betreiben ist, bleibt als Hauptanwendungsfall der öffentlich-rechtlichen Unterbringung der Schutz der Interessen der Allgemeinheit oder Dritter. Es gibt jedoch keinen Erfahrungswert, daß geistig behinderte Menschen mehr als andere dazu neigen, Dritten Schaden zuzufügen. Wenn dies so ist, so besteht keine Notwendigkeit, sie in den Unterbringungsgesetzen der Länder ausdrücklich als Personengruppe aufzuführen, auf die die Vorschriften der öffentlich-rechtlichen Unterbringung Anwendung finden sollen.

### 2.5 Schlußbemerkungen

Die neuen Unterbringungsgesetze (PsychKGs) sind schon fast alle in Kraft, doch die Diskussion über das Menschenbild, das der Charakterisierung einer „geistigen Behinderung“ zugrunde liegt, ist noch lange nicht beendet. Ich hoffe, daß meine Ausführungen dazu beitragen konnten, diese Diskussion im Kreis derjenigen anzuregen, die die Aufgabe übernommen haben, sich hauptberuflich oder ehrenamtlich mit der Betreuung geistig behinderter Menschen zu befassen.

Jürgen Halten, Sozialwissenschaftler, Southampton/England

### Reformbestrebungen in England und Wales Betreuungsgesetz (kein Vorbild?)

#### Vorbemerkung

Auf der Insel wird links gefahren, die Pommes frites mit Salz und Essig gewürzt, das Bier wird im Winter warm serviert, auch das Betreuungssystem in England und Wales ist anders. Ich habe deshalb bewußt darauf verzichtet, Fachausdrücke in eine deutsche Übersetzung zu pressen, da sich hoffentlich der Sinn durch den Zusammenhang erklärt.

Um mit der teilweisen Beantwortung der unbeantwortet gebliebenen Frage von Thomas Klie an Werner Bienwald beim Abschlußforum des Vormundschaftsgerichtstages in Friedrichroda zu beginnen: Als ich im Oktober 1992 mit John Ripley (*Receivership Officer* in Hampshire), Andy Newland (*Principal Adviser Mental Health* in Hampshire) und Robert Brown (*Mental Health Commissioner* für das Justizministerium) ein paar Tage nach Bochum kam, um ihnen das neue Betreuungsrecht anhand des „Bochumer Modells“ vorzustellen, waren sie vor allem von den modernen und flexiblen Rahmenbedingungen des Betreuungsgesetzes (z. B. BGB 1897, 1901, 1905; FGG 68, 69c; BtBG 4–7) beeindruckt, speziell davon, daß RichterInnen und RechtspflegerInnen Menschen auch in deren gewohnter Umgebung aufsuchen, bevor sie über die Einrichtung einer Betreuungsmaßnahme entscheiden. (Dieser positive Eindruck ist nicht zuletzt auch dadurch entstanden, daß zu diesem Zeitpunkt die Umsetzung des Betreuungsgesetzes in Bochum relativ fortgeschritten war.)

Das englische Betreuungssystem unterscheidet zwischen *purse* (Geldbörse) und *person*. So gibt es den *appointee*, der vom *Department of Social Security* befugt ist, staatliche Geldleistungen für eine *person who is unable to act* in Empfang zu nehmen. Ein *receiver* verwaltet dagegen das Einkommen bzw. Vermögen einer wohlhabenderen Person, wobei er dem *Court of Protection* rechenschaftspflichtig ist. Der *guardian* dagegen soll die medizinische Versorgung des Betreuten innerhalb der Kommune sicherstellen, dazu hat er bestimmte Befugnisse hinsichtlich der Aufenthaltsbestimmung. Zivilrechte wie z. B. das Wahlrecht werden übrigens durch die Einrichtung einer Maßnahme nicht eingeschränkt.

Darüber hinaus gibt es noch Regelungen zur Einweisung in eine psychiatrische Klinik und Bestimmungen zur Entfernung von Personen, die in „unhygienischen“ Verhältnissen leben, aus ihrer Wohnung. Darauf wird hier allerdings nicht näher eingegangen.

#### Vermögensverwaltung

##### *Court of Protection*

Historisch gesehen hatte die Krone das Recht und die Pflicht, das Vermögen von *lunatics* und *idiots* zu verwalten. Edward II. delegierte dieses Recht an den *Lord Chancellor* und später an spezielle Richter. Erst der *Mental Health Act 1959* etablierte den *Court of Protection* voll auf gesetzlicher Basis.

Der *Court of Protection* (mit Sitz in London) hat die Aufgabe, die Interessen von etwa 22 000 Erwachsenen wahrzunehmen, die aufgrund einer *mental disorder* (dieses allgemein gehaltene Krankheitsbild kann von jedem Arzt bescheinigt werden) nicht in der Lage sind, ihr Vermögen zu verwalten oder ihre finanziellen Angelegenheiten zu regeln. Der *Court* fühlte sich übrigens nicht verantwortlich für Menschen, die von staatlichen Geldern wie Sozialhilfeleistungen leben und sonst kein Vermögen haben. Er finanziert sich selbst durch progressiv steigende Gebühren, die der *patient* aus seinem Vermögen bezahlt, es sei denn, sein zur Verfügung stehendes jährliches Einkommen liegt unter £ 1000.

– *Receivership*: In den meisten Fällen ernennt der *Court* einen *receiver*, der alle finanziellen Angelegenheiten des *patient* regelt und dem *Court* rechenschaftspflichtig ist. Die Bestimmungen zur *receivership* entsprechen in etwa denen der früheren „Vermögenspflegschaft ohne Einwilligung“, die Betroffenen dürfen dann normalerweise auch keine alltäglichen Angelegenheiten mehr selbst regeln. Eine automatische Überprüfung der Sachlage ist nicht vorgesehen, pro Jahr werden etwa 60 meist erfolgreiche Aufhebungsanträge gestellt.

Beispiel Hampshire: John Ripley führt etwa 200 Betreuungen, die über ganz Hampshire (etwa so groß wie das Ruhrgebiet mit 1,5 Mio. Einwohnern) verstreut leben, und wird dabei von einem Assistenten unterstützt. Seine Klienten sieht er im Durchschnitt ein- bis zweimal pro Jahr, alle Besuche resultieren in konkreten Verbesserungen für die Klienten, z. B. wird ein Kopfhörer angeschafft, der einem Klienten ungestörtes Musikvergnügen (ungestört bleiben auch dessen Mitbewohner) ermöglicht, oder ambulante Hilfen werden eingeschaltet, damit der Verbleib einer Klientin in ihrer Wohnung ermöglicht wird. Obwohl die Rahmenbedingungen der *receivership* keine persönliche Betreuung fordern, bemüht sich John, durch z. B. Organisation von Besuchsdiensten das teilweise reichlich vorhandene Geld der Klienten sinnvoll auszugeben, und berücksichtigt dabei auch die Wünsche seiner Klienten.

– *Short Procedure Order*: Bei einem Vermögen von unter £ 5000 oder bei leicht zu verwaltendem Wohneigentum kann der *Court* eine einmalige Anordnung machen, die sogenannte *short procedure order*, anstatt einen *receiver* zu bestellen. Diese Anordnung wird in der Regel derjenigen Person gewährt, die den Antrag gestellt hat. Ein medizinisches Gutachten ist hier ebenfalls erforderlich. Es scheint jedoch hier die Praxis des *Court* zu sein, auf die Benachrichtigung des *patient* zu verzichten und erst *nach* der Anordnung zu veranlassen, daß dem *patient* eine Kopie der Anordnung zugestellt wird. Die Bearbeitung des Antrages läßt sich der *Court* mit £ 50 bezahlen.

– *Enduring Power of Attorney*: Auch die Erteilung einer Vollmacht verhinderte bis vor wenigen Jahren nicht, daß eventuell ein *receiver* bestellt wurde. Der Bevollmächtigte darf nur noch notwendige Handlungen vornehmen, sobald er von der Geschäftsunfähigkeit des Vollmachtgebers erfährt. Seit 1985 gibt es die *Enduring Power of Attorney*, die a) auf einem Standardformular erstellt werden muß, b) beim *Court of Protection* registriert werden muß, sobald der Bevollmächtigte von der Geschäftsunfähigkeit des *patient* erfährt (der *Court* kann den Bevollmächtigten kontrollieren), und c) sich nur auf finanzielle Angelegenheiten beziehen kann.

#### Department of Social Security

Das *Department of Social Security* (DSS) ist berechtigt, *appointees* zu benennen, die für die Berechtigten das Geld in Empfang nehmen, „if they are unable to act“. Es gibt keine allgemeinen Richtlinien, was unter „unable to act“ zu verstehen ist. Das Handbuch für Hilfe zum Lebensunterhalt (*income support*) definiert es ziemlich treffend als: „not to have the mental ability to understand and control their affairs, e. g. because of senility or mental illness.“

Das DSS kann ein medizinisches Gutachten verlangen, es ist aber keine Pflicht. Was die *appointees* mit dem Geld machen, wird nicht automatisch kontrolliert, das DSS wird erst aktiv, falls es Beschwerden oder Hinweise auf Mißbrauch gibt. Es gibt auch keine zeitliche Beschränkung für die Ernennung. Etwa 1 % der Sozialhilfeleistungen wurden 1988 an *appointees* gezahlt.

Wer in einem Krankenhaus oder einem Pflegeheim lebt, bekommt in der Regel Taschengeld (*personal allowance*), zur Zeit etwa £ 14 pro Woche. Nach den *Social Security Regulations 1975* kann das Taschengeld reduziert werden (1), falls der behandelnde Arzt der Meinung ist, daß der *patient* es nicht in voller Höhe für sein persönliches Wohl ausgeben kann.

Theoretisch soll das Taschengeld des *patient* für seine persönlichen Bedürfnisse ausgegeben werden. In der Praxis haben Heimleiter oder Stationsleiter (die oft als *appointees* tätig sind) kaum Zeit oder die Motivation, hier im Sinne der Patienten tätig zu sein. So werden Gelder oft für das „Gemeinschaftswohl“ ausgegeben oder bleiben ungenutzt auf den Konten liegen (im März 1991 lagen £ 65 Mio. auf Konten von Langzeitpatienten). Das damalige *Department for Health & Social Security* schlug 1981 vor, daß es die Möglichkeit geben sollte, eine Art von Beitrag an Patientenclubs zu entrichten, was allerdings als Freibrief für Mißbrauch hart kritisiert und auch letztlich nicht verwirklicht wurde.

#### Guardianship

##### Entwicklung

Der *Mental Health Act 1959* führte *guardianship* als Alternative zur Langzeitunterbringung ein, wobei der *guardian* die medizinische Versorgung des *patient* innerhalb der Kommune sicherstellte und dessen soziale Eingliederung fördern sollte.

Die Betroffenen mußten entweder *mental illness*, *mental impairment*, *psychopathic disorder* oder *severe mental impairment* als Krankheitsbild aufweisen, damit *guardianship* eingerichtet werden konnte.

Der 1959er Akt gab dem *guardian* dieselbe Gewalt über den *patient*, die ein Vater über ein Kind von unter 14 Jahren hatte. Diese zunächst als positive Errungenschaft begrüßte Maßnahme wurde in den 60er und 70er Jahren immer mehr als Stigma bewertet. Organisationen wie *MENCAP* (die sich um die Interessen von Menschen mit einer geistigen Behinderung kümmern) wollten ihr Klientel nicht mehr in einem Topf mit psychisch Kranken oder Psychopathen geworfen sehen, da deren Eingliederung in die Kommune relativ erfolgreich verlief. Zwischen 1960 und 1978 sank die Anzahl der *guardianships* von 1113 auf 133 Betreuungen, ihre Anwendung wurde faktisch sabotiert.

Der *Mental Health Act 1983* reduzierte daraufhin die Befugnisse des *guardian* und grenzte Menschen mit *mental impairment* und *severe mental impairment* von ihrer Anwendung aus, es sei denn, sie zeigten ein aggressives oder außerordentlich verantwortungsloses Verhalten. Eine alternative Maßnahme für diesen Personenkreis wurde allerdings nicht entworfen.

##### Gesetzliche Bestimmungen

Normalerweise ist ein *approved social worker* (ASW) der Antragsteller. Der ASW soll vorher den *nearest relative* des Betroffenen konsultieren und kann keinen Antrag stellen, falls dieser gegen die Einrichtung einer *guardianship* ist. Allerdings kann er dann beim *county court* beantragen, daß der *nearest relative* „ersetzt“ wird, weil dessen Weigerung unbegründet sei.

Der Antrag muß gestützt werden von zwei medizinischen Gutachten, davon ein Gutachten von einem Arzt mit psychiatrischer Erfahrung. Das letzte Gutachten darf nicht älter als 14 Tage sein, bevor es die örtliche Behörde erreicht, die dann über den Antrag entscheidet. Wenn der vorgeschlagene *guardian* eine Privatperson ist, so muß im Antrag stehen, daß sie bereit ist, die *guardianship* zu führen. Auch die örtliche Behörde muß zustimmen, falls sie vorgeschlagen wird (1). *Guardianship* tritt in Kraft, sobald die örtliche Behörde dem Antrag zustimmt.

Der *guardian* hat drei „Gewalten“ über den *patient*:

- Er kann bestimmen, daß der *patient* an einem bestimmten Ort wohnt. Allerdings kann der *patient* nicht gegen seinen Willen von „A“ nach „B“ transportiert werden, es sei denn, er hat sich vorher in „B“ aufgehalten und der *guardian* hat „B“ als Wohnort bestimmt.

- Er kann bestimmen, daß der Betreute zu medizinischer Behandlung, Ausbildung, Arbeit erscheint (allerdings kann er keine medizinische Behandlung anordnen).
- Er kann bestimmen, daß ein ASW, Ärzte oder benannte Personen Zutritt zum *patient* haben dürfen, z. B. ein *home carer*.

Diese Bestimmungen geben dem *guardian* im Prinzip nur die Möglichkeit, durch seine Autorität (im guten Sinne) den *patient* z. B. zur Einnahme seiner Medikamente zu bewegen. *Guardianship* wird nicht zuletzt deshalb so selten angewandt, weil die fachliche Meinung (und selbst der *Code of Practice*) ein *Catch-22*-Prinzip vertritt, das wie folgt aussieht: *guardianship* ist nicht nötig, wenn der *patient* willig ist, zu kooperieren - aber wenn der Patient sich weigert, zu kooperieren, dann ist die Maßnahme offensichtlich nicht *the most appropriate form of care* und soll beendet werden.

*Guardianship* gilt zunächst für sechs Monate, sie kann für sechs Monate und danach für jeweils ein Jahr verlängert werden. Ein Gutachten des Amtsarztes oder des Hausarztes des *patient* ist dann Grundlage für die Entscheidung der örtlichen Behörde, ob die Maßnahme verlängert wird. Erst *nachdem* die *guardianship* eingerichtet ist, hat der *patient* das Recht, vor dem *Mental Health Review Tribunal* die Aufhebung zu beantragen. Der *Adviser Mental Health* der örtlichen Behörde ist verpflichtet, dabei zu helfen.

Der *nearest relative* des *patient* kann die *guardianship* jederzeit aufheben, der Amtsarzt kann jedoch dann beantragen, daß der *county court* den *nearest relative* ersetzt, weil die Aufhebung nicht zum Wohle des *patient* oder der Öffentlichkeit erfolgte.

#### *Guardianship in der Praxis*

Die Untersuchung von Robert Brown über die Anwendung von *guardianship* hat die Meinung der *Mental Health Commission* bestätigt, daß die Änderungen im *Mental Health Act 1983* nicht zur häufigeren Anwendung von *guardianship* geführt haben, daß der Gebrauch immer noch rar (1993 etwa 350 Fälle) ist und von *county* zu *county* extrem unterschiedlich gehandhabt wird. So haben einige *counties* keine einzige *guardianship* seit 1983 eingerichtet, und auch die *counties* mit den meisten *guardianships* (Hampshire liegt mit 14 (!) Betreuungen mit an der nationalen Spitze) haben nur eine Handvoll neuer Fälle pro Jahr. Es gibt keine fachlich befriedigende Erklärung für diese Streuung. Der Anstieg bei der Anzahl von *patients*, die unter die Kategorie *mentally ill* fallen, scheint sich meist auf alte Menschen mit Altersdemenz zu beziehen und kaum auf Erwachsene mit einer psychischen Krankheit.

Die Befragung von 175 ASW ergab, daß die meisten eine sehr begrenzte Erfahrung mit *guardianship* haben (als Experte gilt bereits jemand, der einen ASW mit *guardianship*-Erfahrung kennt). Viele gaben an, noch nie eine Untersuchung, ob *guardianship* möglich/nötig ist, gemacht zu haben, ganz zu schweigen von einem Antrag auf *guardianship*. Das hohe Maß an Unwissen hat nicht zuletzt seinen Grund darin, daß bis vor kurzem *guardianship* kaum einen festen Bestandteil in der Ausbildung oder Weiterbildung von ASW hatte. Viele ASW sagten, daß ihr Arbeitgeber gegen die Anwendung von *guardianship* ist und daß deshalb ihre Anwendung behindert wird. Der Grund könnte nicht zuletzt darin liegen, daß *guardianship* personelle und damit finanzielle Ressourcen verlangt, die andernfalls bei der Gesundheitsbehörde hängenbleiben.

#### *Reformansätze*

*Gründe:* Die Beteiligten bewegte vor allem die Unsicherheit (z. B. Personen, die Familienangehörige pflegen und oft „Ersatzentscheidungen“ ohne gesetzliche Legitimation treffen [müssen]), die Lücken (z. B. bei *guardianship*), die Stigmatisierung (Degradierung der betreffenden Person zum *patient*) oder die fehlende Kontrolle durch eine neutrale Instanz (z. B. bei *appointees*) im geltenden Recht.

Die meisten Experten bevorzugen hier eine umfassende Reform statt einzelner Änderungen,

Pessimisten warnen allerdings vor einer zu lange dauernden Entwicklung dieser Reform und hohen Kosten. Den umfangreichsten Diskussionsbeitrag leistete die *Law Commission*, die im April 1991 einen Situationsbericht *„Mentally Incapacitated Adults and Decision-Making: An Overview“* veröffentlichte, dem 1993 drei Diskussionsentwürfe folgten.

#### *Einzelvorschläge*

- *Terminologie:* Alle Beteiligten suchten Alternativen zum Terminus *patient*, der als stigmatisierend betrachtet wird.

- *DSS appointees:* Ein Gericht soll zukünftig feststellen, ob jemand *incapacitated* ist, bevor das DSS einen *appointee* bestimmen kann, außerdem soll der *appointee* dem DSS Rechnung legen.

- *Enduring Power of Attorney:* Auch hier soll ein Gericht befugt werden festzustellen, ob jemand einsichtsfähig genug ist, diese Vollmacht zu gewähren. Die Vollmacht soll außerdem auch auf die Entscheidung über medizinische Behandlung ausgeweitet werden können.

- *Anordnungen von sogenannten „Ersatzentscheidungen“:* Ein Gericht soll Entscheidungen in Vertretung für eine *incapacitated* Person ab 16 Jahren in zwei verschiedenen Formen treffen. Wenn das Gericht *incapacity* festgestellt hat, ordnet es entweder a) eine *single issue order* an, die eine oder mehrere konkrete Handlungen autorisiert, oder b) es bestimmt eine Person, die (ähnlich wie bei der Betreuung) für bestimmte oder alle Aufgabenbereiche ernannt wird. Dies kann ein *financial manager*, ein *personal manager* oder ein *medical treatment proxy* (oder eine Person, die für alle Bereiche zuständig ist) sein. Falls keine geeignete Privatperson gefunden wird, kann auch der *Director of Social Services* vom Gericht ernannt werden.

- *Guardianship:* Die *Law Commission* schlägt vor, daß nur noch die örtliche Behörde als *guardian* auftreten soll. Der Effekt wäre minimal, da zur Zeit etwa nur 14 private *guardians* aktiv sind. Wenn die Vorschläge hinsichtlich der Bestellung eines *medical treatment proxy* und *personal manager* verabschiedet werden, besteht im Grunde sowieso keine Notwendigkeit mehr für private *guardianship*.

Die Befugnis des *guardian* soll dahin erweitert werden, daß er berechtigt ist, den *patient* von „A“ nach „B“ bringen zu lassen. Der Hintergrund ist vielleicht darin zu sehen, daß *guardianship* für „schwierige“ Klienten erhalten werden soll, für die weder eine geschlossene Unterbringung noch Betreuung durch einen *medical treatment proxy* angebracht wäre.

*Hampshire Social Services* vertreten die Meinung, daß auch Menschen mit einer geistigen Behinderung, die kein aggressives Verhalten zeigen, wieder in das *Guardianship*-Klientel aufgenommen werden sollten. Der Vorschlag, die Befugnis des *guardian* so zu erweitern, daß er den *patient* von „A“ nach „B“ bringen (lassen) kann, wird begrüßt.

#### *Abschließende Bemerkungen*

Der Vorschlag, daß ein Gericht entweder *single issue orders* erstellt oder eine Person ernannt, die für bestimmte Aufgabenbereiche zuständig ist, kommt dem Betreuungsgesetz nahe. Auch wird hier der Einzelbetreuung durch Privatpersonen Vorrang gegeben. Das Gericht kann auch den *Director of Social Services* bestellen, wenn keine Privatperson gefunden wird.

Warum die *Law Commission* hier nicht mutig genug war, für ein einheitliches Betreuungssystem zu plädieren, und weiterhin *receivership* und *guardianship* befürwortet, ist nicht ganz nachvollziehbar. Die Idee, die *Enduring Power of Attorney* auf medizinische Behandlung auszuweiten, ist gut, aber auch hier fehlt die Konsequenz, Wünsche des Vollmachtgebers hinsichtlich seines persönlichen Wohls einzubeziehen.

Seit der Veröffentlichung der drei Diskussionsentwürfe ist es ruhig um die Reformpläne geworden. Eine Antwort der Regierung auf die Vorschläge der *Law Commission* steht noch aus, das Thema soll im Herbst beraten werden.

Zur Zeit ist die (fehlende) Nachsorge für Menschen, die aufgrund der „*Care in the Community*“-Politik der Regierung aus psychiatrischen Krankenhäusern in die Kommune entlassen werden, Gegenstand der *Mental-Health*-Diskussion. Unter anderem machte der Tod eines an Schizophrenie leidenden Mannes, der in das Löwengehege des Londoner Zoos kletterte und dort tödliche Verletzungen erlitt, und der „grundlose“ Mord des psychisch kranken Christopher Clunis an Jonathan Zito auf einem Bahnsteig in der Londoner U-Bahn nationale Schlagzeilen in Presse und Fernsehen.

Eine Untersuchung der *National Schizophrenia Fellowship* zeigte darüber hinaus auf, daß etwa 160 an Schizophrenie leidende Menschen zwischen April 1991 und Juli 1993 Selbstmord begangen haben, davon 12 am Tage ihrer Entlassung aus der Psychiatrie und 22 innerhalb einer Woche.

Die Reaktion der Regierung auf diese Berichte und die anschließende Kritik (die in verschiedenen Studien zu *Care in the Community*, z. B. *Royal College of Psychiatrists*, *Mental Health Forum* wiederholt wurden) war auch dann lediglich die Ankündigung, ein *supervision register for some discharged psychiatric patients* einführen zu wollen, allerdings ohne dabei gleichzeitig eine wirksame Form der Supervision zu realisieren. Erst im September kündigte das *Department of Health* einen vorläufigen Stopp des Schließungsprogramms für psychiatrische Kliniken an und beugte sich damit dem Druck der öffentlichen/fachlichen Meinung.

Genau wie in Deutschland werden mehr als gute Worte oder geschriebenes Papier nötig sein, um eine umfassende Reform der Betreuung für Menschen mit einem *mental health problem* zu verwirklichen. Ich glaube nicht, daß signifikante Fortschritte in der bis 1996/97 andauernden Legislaturperiode erzielt werden. Die jetzige konservative Regierung wird kaum Steuermittel einsetzen wollen für eine Sache, die ihrem Motto „*everybody should have the opportunity to look after himself*“ im Grundsatz widerspricht.

Andy Newland geht für Hampshire von etwa 1500 Maßnahmen (zur Zeit etwa 250) aus, falls diese Reformen verwirklicht würden, wobei Menschen, die in einem Heim leben, noch nicht dazugerechnet wurden. Es müßten daher erhebliche höhere strukturelle Vorleistungen (der *Court of Protection* müßte in allen *counties* vertreten sein, Suche von Einzelbetreuern bzw. Einstellung von Behördenbetreuern) erbracht werden als bei der deutschen Reform.

Vielleicht stehen die Chancen für eine Reform besser, wenn die im Moment vieldiskutierte mögliche Allianz zwischen *Labour Party* und den *Liberal Democrats* bei den nächsten *General Elections* die politische Wende schaffen würde.

Viele „*patients*“ würden davon profitieren.

Prof. Dr. Hans-Jürgen Schimke,  
Ev. Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe

## Datenschutz und Betreuungsrecht

### 1. Spannungsfelder im Betreuungsverfahren

Datenschutz im Betreuungsrecht ist ein unglücklicher Titel. Er weckt Assoziationen an Computer, große EDV-Anlagen, Datenschutzbeauftragte, Datenbanken etc. Alles Dinge, die weder Juristen noch soziale Fachkräfte in ihren beruflichen Tätigkeiten wesentlich interessieren. So ist das Stichwort Datenschutz, soweit ich sehe, in der lang andauernden, intensiven Diskussion um die Reform des Betreuungsrechts nur von wenigen und nur am Rande aufgegriffen worden.<sup>1</sup> Dies ist bedauerlich, denn richtig verstanden beinhaltet Datenschutz den Schutz der wichtigsten Persönlichkeitsrechte der Betroffenen: dem Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit und auf ein selbstbestimmtes Dasein.<sup>2</sup> Diese Rechte sind ständig bedroht durch die Macht, die der Umgang mit Informationen über Menschen mit sich bringt.

Datenschutz stellt in diesem Verständnis die Frage danach, wie ernst die Fachleute die Beteiligung der Betroffenen meinen, ob es ihnen gelingt, die Menschen im Betreuungsverfahren nicht als Objekte von Informationsabläufen zu betrachten, sondern in ihrer Selbstbestimmung und Subjekthaftigkeit zu akzeptieren.

In der Beantwortung dieser Frage stoßen im Betreuungsrecht zwei völlig verschiedene Traditionen aufeinander: die Haltung von Ärzten, sozialen Fachkräften und Psychologen, die seit jeher von Berufs wegen mit Vertraulichkeit umgehen, und diejenige der Richter, für die öffentliches Handeln eine gewohnte Selbstverständlichkeit ist.

Beide Berufsgruppen widerspiegeln damit ihren ursprünglichen beruflichen Auftrag: Soziale Dienste, Krankenhäuser, Altenheime sind Instanzen sozialer Fürsorge um den einzelnen, Gerichte haben die gesellschaftliche Aufgabe, Eingriffe in die Rechte von Menschen rechtsstaatlich zu legitimieren oder abzuwehren.

Zwar ist die fürsorgerische Haltung nicht ohne (wenn auch teils verdeckten) Machtanspruch, und auch die Gerichte sind nicht nur eingriffsorientiert, dennoch trifft die vorgenommene Unterscheidung den Kernbereich dieser beiden gesellschaftlichen Systeme.

Dies drückt sich auch in dem sie prägenden Informationsverhalten ihrer Mitglieder aus: Soziale Fachkräfte, Ärzte u. a. arbeiten unter dem Schutz und mit der Problematik anvertrauter Berufsgeheimnisse. Sie müssen ständig abwägen, ob sie Informationen der Betroffenen weiterhin geheimhalten oder wegen schwerwiegender, übergeordneter Interessen weitergeben. Sie bauen in ihrer Arbeit Beziehungen auf, die sich auf Vertrauen in die Intimität der mitgeteilten Informationen stützen. Für sie ist es – bei allen immer wieder vorkommenden Mißbräuchen – ein Grundanliegen, diese Intimität zu wahren und damit die Menschen, mit denen sie zu tun haben, zu schützen.

Anders die Richter: Ihre Tätigkeit ist fast ausschließlich (mindestens für die Verfahrensbeteiligten) öffentlich. Sie sind verpflichtet, den Beteiligten im Rahmen des rechtlichen Gehörs alle Tatsachen mitzuteilen, auf die sie ihre Entscheidung stützen. Ihre Verantwortung besteht darin, Sachverhalte so vollständig wie möglich aufzuklären, um nicht falsche Urteile zu fällen. Damit wahren sie fundamentale rechtsstaatliche Prinzipien und verhindern Geheimjustiz und Urteile, gegen die sich die Betroffenen nicht mehr wehren können.

<sup>1</sup> Vgl. etwa Pardey, Aufklärungsinteresse contra Datenschutz, RPfeger 90, 397.

<sup>2</sup> Vgl. Gallwas, Der allgemeine Konflikt zwischen dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung und der Informationsfreiheit, NJW 92, 2785.

Im Betreuungsverfahren sind diese unterschiedlichen Denk- und Handlungssätze<sup>3</sup> aufeinander angewiesen. Die verschiedenen Berufsgruppen müssen zusammenarbeiten, um zu sachgerechten Entscheidungen zum Wohle des Betroffenen zu kommen. An verschiedenen Punkten widerspricht sich jedoch häufig ihre Informationspolitik, und es kommt notwendig zu Spannungen. Wenn die Inhalte von Gutachten im Betreuungsverfahren für alle möglichen interessierten Personenkreise öffentlich werden, stellt sich für die Gutachter die Frage, was sie denn noch in ein Gutachten schreiben können. Wenn ein Sozialarbeiter nach langem inneren Ringen Informationen an das Gericht gibt, ist er in der Regel wenig glücklich, wenn er diese Äußerung eingerückt im nächsten Beschluß wiederfindet.<sup>4</sup>

Daß es nicht zu erheblichen, die Verfahren belastenden Konflikten kommt, ist wohl hauptsächlich auf die empirisch belegbare Tatsache zurückzuführen, daß beide Berufsgruppen Informationen auch auf ungesicherter Grundlage weitergeben. Dies liegt zum einen an der weitverbreiteten Unsicherheit über Inhalt und Ausgestaltung der Schweigepflicht und des Sozialdatenschutzes, aber auch an unreflektierten Routinen von Informationsabläufen bei allen Beteiligten. Schließlich ist das Verfahren ohne die häufig störende Einbeziehung der Betroffenen viel einfacher zu handhaben, und so einigt man sich stillschweigend darauf, daß eine Informationsweitergabe ja nur dessen Wohl diene und deshalb sicher legitim sei. Was dabei nicht erkennbar wird, ist eine professionell reflektierte und rechtlich abgesicherte Umgangsweise mit den Informationen über Betroffene im Betreuungsverfahren.

Ich möchte im folgenden versuchen, einige Ansätze für eine solche Umgangsweise zu formulieren. Dazu sind zunächst die rechtlichen und begrifflichen Grundlagen des Datenschutzes darzustellen. Daraufhin sind die Auswirkungen für die Erhebung und Verarbeitung von Daten in diesem Verfahren zu schildern, bevor einige Schlußfolgerungen gezogen werden können.

## II. Rechtliche und begriffliche Grundlagen

### 1. Rechtliche Grundlagen

Die Beschränkung des Umgangs mit Informationen durch den Schutz persönlicher Daten betrifft alle Rechtsbereiche, wenn auch in unterschiedlicher Weise. Datenschutz ist also nicht begrenzt auf die „klassischen“ Datenschutzgesetze (Bundesdatenschutzgesetz/Landesdatenschutzgesetz)<sup>5</sup>. Jede Tätigkeit öffentlicher Gewalt (aber auch weite Bereiche privaten Handelns) muß sich dafür legitimieren, wenn sie die ihr zugänglichen Informationen verwendet. Grundlage und Ausgangspunkt für diese Legitimation ist die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 15. Dezember 1983, das sog. „Volkszählungs-Urteil“<sup>6</sup>. Hier hat das BVerfG das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung formuliert. Das Gericht hat dieses Recht aus dem Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit (Art. 2 Abs. 1 GG) und dem Recht auf Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG) hergeleitet und damit den Stellenwert des Datenschutzes für eine freiheitliche Gesellschaft deutlich gemacht.

Inhalt des informationellen Selbstbestimmungsrechts ist zunächst und vor allem, daß der einzelne grundsätzlich selbst über die Preisgabe und Verwendung seiner persönlichen Daten bestimmen kann. Damit wird das Interesse des einzelnen am Schutz seiner Daten verfassungsrechtlich schon dann geschützt, bevor es durch Erhebung oder ähnliches

zur Verletzung seines Persönlichkeitsrechts kommen kann.<sup>7</sup> Dieser Individualschutz kann jedoch in einer Gesellschaft, die notwendig auf Informationsverarbeitung angewiesen ist, nicht uneingeschränkt gelten. Wenn Gründe des Allgemeinwohls das Interesse des einzelnen überwiegen, muß dieser auch Einschränkungen seines Persönlichkeitsrechtes hinnehmen. Angesichts der Bedeutung des Datenschutzes für den Freiheitsraum der Menschen und der Gefahren, die von einer unkontrollierten Informationsverarbeitung ausgehen, stellt das BVerfG hohe Anforderungen an die Zulässigkeit solcher einschränkenden Regelungen.

Eingriffe in das Recht auf informationelle Selbstbestimmung bedürfen danach einer verfassungsmäßigen, bereichsspezifischen, normklaren gesetzlichen Grundlage. Zudem sind sie nur unter strikter Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes zulässig.

Staatliche Organe dürfen also Daten nur verwenden, wenn sie entweder eine wirksame Einwilligung dafür haben oder auf einer gesetzlichen Grundlage handeln, die für ihren Zuständigkeitsbereich spezifische Regelungen der Informationsverarbeitung getroffen hat.

Damit hat das BVerfG den Gesetzgeber verpflichtet, im Rahmen einer nicht näher bezeichneten Übergangsfrist („Übergangsbonus“) für alle Zweige der öffentlichen Verwaltung sog. „bereichsspezifische Datenschutzgesetze“ zu schaffen. Dieser hat deshalb bei der Neuformulierung von Gesetzen immer auch Vorschriften über den Datenschutz eingefügt. Vorreiter war hier das Sozialgesetzbuch-X (schon vor der Entscheidung des BVerfG); wichtige andere Bereiche sind das Melderecht, das Recht der Nachrichtendienste (Bundesverfassungsschutzgesetz von 1990) und in letzter Zeit das Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB-VIII KJHG) mit einer modernen Regelung für den Jugendhilfebereich<sup>8</sup>. Es ist völlig unverständlich, daß der Gesetzgeber des Betreuungsrechts nicht eine vergleichbare, adäquate Regelung getroffen, sondern sich mit einigen marginalen Vorschriften begnügt hat.

Aus dem Zusammenspiel von Individualinteresse und dessen normgebundener Durchbrechung ergeben sich folgende allgemeine Prinzipien für den Datenschutz<sup>9</sup>:

- Es ist alles verboten, was nicht im Einverständnis des Betroffenen geschieht oder gesetzlich erlaubt ist (Verbot mit Erlaubnisvorbehalt).
- Daten dürfen nur erhoben werden, wenn dies einem gesetzlichen Zweck dient, ihre weitere Verwendung ist nur zu diesem Zweck möglich. Soweit davon abgewichen werden soll, bedarf es präziser gesetzlicher Regeln oder der Einwilligung des Betroffenen (Zweckbindungsprinzip).
- Die von der Datenerhebung Betroffenen müssen nachvollziehen können, was mit ihren Angaben geschieht, wenn sie in deren Verwendung einwilligen (Prinzip der Nachvollziehbarkeit).
- Daten dürfen nur erhoben oder gesammelt werden, wenn dies zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung der erhebenden Stelle erforderlich ist (Prinzip der Erforderlichkeit).
- Die Betroffenen müssen die Möglichkeit haben, zu erfahren, was mit ihren Daten geschieht, und Mißbrauch ihrer Daten zu verhindern (Recht auf Aufklärung, Auskunft und Kontrolle der Daten).
- Die Datenverarbeiter müssen in ihrer Arbeit von unabhängigen Institutionen kontrolliert werden, die jederzeitigen Zugang zu den Daten haben (Kontrolle durch Datenschutzbeauftragte).

<sup>7</sup> Vgl. Gallwas, NJW 92, 2787.

<sup>8</sup> Vgl. dazu Moersberger, „Neues Jugendamt“. Zur Bedeutung der Datenschutzbestimmungen im neuen Kinder- und Jugendhilfegesetz, ZfJ 90, 365.

<sup>9</sup> Vgl. zum folgenden Schimke, Personenbezogene Daten im Bereich der Amtspflegschaft und Amtsvormundschaft-Auskunftsbegehren, Akteneinsicht, Datenschutz, Mitteilungen des Landesjugendamtes Westfalen-Lippe, 110, S. 78.

<sup>3</sup> Vgl. dazu auch Arndt/Oberloskamp, Die gutachtliche Stellungnahme in der sozialen Arbeit, 4. Aufl., 1989, S. 42.

<sup>4</sup> Beispiel bei Paesley, RPfleger 90, 398.

<sup>5</sup> Gallwas, NJW 92, 2787.

<sup>6</sup> BVerfG E 65, 1 = NJW 84, 419 ff.

## 2. Begriffliche Grundlagen

Eine einheitliche Terminologie ist im Datenschutzrecht nicht vorhanden. Die bereichsspezifischen Regelungen verstehen unter den zentralen Begriffen zum Teil unterschiedliche Vorgänge<sup>10</sup>. Im Bereich des Betreuungsrechts fehlt eine eigene Begrifflichkeit; lediglich die am Verfahren beteiligten Sozialleistungsträger arbeiten auf der Grundlage des Sozialgesetzbuches. Es scheint deshalb sinnvoll, auf die Begriffe im Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) zurückzugreifen und nur die wesentlichen Abweichungen im SGB darzustellen. Danach müssen im vorliegenden Zusammenhang insbesondere folgende Begriffe unterschieden werden<sup>11</sup>:

- „Personenbezogenes Datum: Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse einer bestimmten oder bestimmbarer natürlicher Person (Betroffener)“ (§ 3 Abs. 1 BDSG). In dieser Definition wird deutlich, daß es keine belanglosen Daten gibt. Jede Information über einen Menschen ist schützenswert, ihre Verwendung ein potentieller Eingriff in dessen Rechte. Im Bereich der Sozialleistungsträger entspricht dies dem Sozialgeheimnis des § 35 SGB-I, das ebenfalls umfassend für alle Daten gilt. Davon zu unterscheiden ist das Berufsgeheimnis des § 203 StGB, von dem nur besonders anvertraute und geheimhaltungsbedürftige Angaben über eine Person erfaßt werden. Diese Vorschrift gilt zudem nur für Mitglieder bestimmter Berufsgruppen (z. B. Sozialarbeiter/Sozialpädagogen mit staatlicher Anerkennung, Ärzte, etc.).
- „Erheben: Beschaffen von Daten über den Betroffenen“ (§ 3 Abs. 4 BDSG). Das Erheben von Daten gehört noch nicht zu der Phase der Verarbeitung. Gemeint ist hier jede zielgerichtete Tätigkeit zur Beschaffung von Daten. Werden Daten bei Dritten beschafft, so liegt darin gleichzeitig eine Übermittlung, die für sich wieder zulässig sein muß.
- „Verarbeiten: Speichern, Verändern, Übermitteln, Sperren und Löschen von Daten“ (§ 3 Abs. 5 BDSG).
- In diesen Begriffen werden die einzelnen Phasen der Verarbeitung von Daten definiert. Von besonderer Bedeutung für die Praxis ist dabei der Begriff der Übermittlung<sup>12</sup>. Dieser kann entweder durch die Weitergabe an Dritte erfüllt werden oder durch Einsicht des Dritten in Akten oder Dateien der speichernden Stelle. Im SGB-X und in der Jugendhilfe (SGB-VIII) wird im Zusammenhang der Übermittlung unterschieden zwischen Verwendung und Offenbarung. Unter Verwendung ist dabei die Verarbeitung von Daten zu dem ursprünglichen Zweck zu verstehen. Dagegen ist die Offenbarung durch die Zweckänderung gekennzeichnet. Bei einer solchen Zweckänderung reicht die ursprüngliche Rechtsgrundlage für die Datenerhebung nicht mehr aus, der Datenverarbeiter benötigt nun eine neue Legitimation.<sup>13</sup>

### III. Die wichtigsten Regelungskomplexe für den Datenschutz im Betreuungsverfahren

Für alle Bereiche staatlichen Handelns, aber auch für private Institutionen wie Krankenhäuser und Altenheime gilt das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung (vgl. oben unter II) als Grundlage des Datenschutzrechts. Ebenfalls generell gelten als Auffanggesetze das Bundesdatenschutzgesetz und die Datenschutzgesetze der Länder. Von diesen ist das Bundesdatenschutzgesetz für die Gerichte anwendbar, soweit es sich nicht um Verwaltungsangelegenheiten handelt (§ 1 Abs. 2 Ziff. 1 und 2 BDSG), die Datenschutzgesetze der Länder für die öffentlichen Stellen der Länder und die Gerichte, soweit sie Verwaltungsaufgaben erfüllen.

<sup>10</sup> Vgl. Kunkel, Der Sozialdatenschutz im Normengefüge von Sozialgesetzbuch, Bundes- und Landesdatenschutzgesetz, ZfS/SG 92, 347.

<sup>11</sup> Zu anderen Begriffen und deren Bedeutung vgl. §§ 2 und 3 BDSG.

<sup>12</sup> Zu den übrigen vgl. Ordemann/Schomerus/Gola, BDSG, § 3 Ziff. 7.

<sup>13</sup> Vgl. Schimke, Mitteilungen . . . S. 79; Maus, Die Regelungen zum Schutz personenbezogener Daten im Kinder- und Jugendhilfegesetz, NDV 90, 218.

Die Datenverarbeitung nichtöffentlicher Stellen unterliegt generell dem Bundesdatenschutzgesetz.

Die praktische Bedeutung der Datenschutzgesetze ist dadurch relativiert, daß sie prinzipiell nachrangig sind. Soweit andere Rechtsvorschriften auf personenbezogene Daten anzuwenden sind, gehen sie den „allgemeinen“ Datenschutzgesetzen vor. Im Betreuungsverfahren sind dies eine Reihe von Regelungskomplexen für die am Verfahren Beteiligten. Die wichtigsten sind

- für die Gerichte: §§ 12 (Amtsermittlung), 34 (Akteneinsicht), 69 a, 69 k-m (Mitteilungen) FGG
- für die Betreuungsbehörde: §§ 7 (Mitteilungen an das Gericht), 8 (Unterstützung des Gerichts) BtBG
- für die Sozialleistungsträger: § 35 SGB-I, §§ 67-78 SGB-X (Schutz der Sozialdaten)
- für geheimhaltungspflichtige Berufsgruppen: § 203 StGB, Zeugnisverweigerungsrechte
- für kirchliche Träger und Einrichtungen: Datenschutzgesetze der Kirchen
- für private Betreuungsvereine: Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung, evtl. Vertrag mit den Betroffenen.

### IV. Die Erhebung von Daten im Betreuungsverfahren

Bevor auf die Einzelheiten bei der Erhebung von Daten eingegangen wird, ein grundsätzlicher Hinweis. Es ist zweifelsfrei das Grundanliegen des neuen Betreuungsrechts, durch umfassende und kompetente Sachverhaltsaufklärung die Voraussetzungen einer Betreuerbestellung zu überprüfen. Es dient dem Wohl des Betreuten, wenn z. B. in seinem Umfeld nach Alternativen zu einer Betreuung gesucht wird, auch wenn dabei Informationen über ihn weitergegeben werden. Zu diesem legitimen Aufklärungsinteresse scheinen Beschränkungen der Erhebung durch Datenschutzgesichtspunkte im Widerspruch zu stehen. Dieser Widerspruch kann jedoch durch zwei Gedanken zumindest entschärft werden. Zum einen steht die Beschränkung der Informationserhebung nicht im Widerspruch zum Erforderlichkeitsprinzip, sondern ergänzt dieses. Auch bei der Informationssammlung soll nur das Notwendige unternommen und der Betroffene dadurch geschützt werden.<sup>14</sup> Zum anderen geht es in vielen Fällen nicht um das „ob“ einer Datenerhebung, sondern um das „wie“. Hier ist insbesondere die Beteiligung des Betroffenen von Bedeutung. Es ist das Grundanliegen des Datenschutzes, Informationen so weit wie möglich in Zusammenarbeit mit dem Betroffenen, zumindest aber mit dessen Kenntnis zu verarbeiten. Dies ist für sein Wohl mindestens genauso wichtig wie eine gute Entscheidung in der Sache. Datenschutz bedeutet also nicht die Verhinderung sinnvoller Informationserhebung, sondern fragt nach den Wegen, auf denen diese Informationen gewonnen werden.

Bei der Erhebung von Daten sind zwei Aspekte zu beachten: Das Gericht hat im Rahmen des § 12 FGG im Wege der Amtsermittlung den Sachverhalt aufzuklären. Damit ist es befugt, Fragen zu stellen, Gutachter und Behörden etc. einzuschalten. Soweit bei diesen Erhebungen Datenweitergaben über den Betroffenen erfolgen müssen, ist dieses prinzipiell durch § 12 FGG legitimiert. Auf der anderen Seite müssen jedoch die antwortenden Personen und Institutionen ebenfalls befugt sein, ihrerseits Informationen mitzuteilen. Dies richtet sich nicht nach der gerichtlichen Aufklärungsvorschrift des § 12 FGG, sondern nach den eigenen Mitteilungsnormen dieser Stellen. Es ist also immer beides zu prüfen: die Berechtigung zur Frage und die Berechtigung (oder Verpflichtung) zur Antwort.

<sup>14</sup> Vgl. Pandey, Datenschutzdefizite im Betreuungsverfahren, 2. Vormundschaftsgerichtstag, Materialien und Berichte, S. 58; Keidel/Kuntze/Winkler, FGG, Rz. 85 zu § 12.

### 1. Die Sachverhaltsaufklärung durch das Gericht

Hier ist zunächst festzustellen, daß das Betreuungsrecht erhebliche Defizite aufweist. Die Prüfung, ob eine Betreuung eingerichtet werden soll, soll nach wie vor unter der Geltung der unscharfen Normen des § 12 FGG vorgenommen werden. Es fehlen sowohl Standards für die Abstufung des Ermittlungsverfahrens<sup>15</sup> als auch Befugnisnormen für die an der Aufklärung beteiligte Betreuungsbehörde, aber auch für Sachverständige und andere beteiligte Personen. So ist versäumt worden zu regeln, unter welchen Voraussetzungen etwa Ärzte (außerhalb des § 68 FGG), Suchtberater und Kreditinstitute zur Mitwirkung bei der Feststellung des Sachverhalts befugt sind.<sup>16</sup>

§ 12 FGG muß vor diesem Hintergrund einschränkend ausgelegt und an die Standards des Datenschutzes angepaßt werden. Dies bedeutet zunächst, daß die Fragestellung des Gerichts und seine Aufklärungstätigkeit durch das Erforderlichkeitsprinzip begrenzt werden müssen. Es dürfen keine Daten „auf Vorrat“ (z. B. im Blick auf später evtl. einzurichtende Wirkungskreise) erhoben werden. Auch ein Einverständnis des Betroffenen entbindet das Gericht nicht von der Beachtung seiner Aufgabenstellung.

Weiterhin ist die Erhebung prinzipiell beim Betroffenen zu beginnen. Es ist mit dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz nicht zu vereinbaren, auf Anfangshinweise Dritter für die Notwendigkeit einer Betreuung sofort mit der Einschaltung der Betreuungsbehörde oder gar eines Gutachters zu reagieren. Eindrucksvoll schildert Coeppecus<sup>17</sup> Fälle, in denen Angaben über Betroffene eines Betreuungsverfahrens völlig aus der Luft gegriffen waren. Nicht nur in solchen Fällen ist es nicht gerechtfertigt, auf (z. T. recht unspezifische) Hinweise hin eine behördliche Untersuchung in Gang zu setzen. Der Betroffene muß hier die Chance erhalten, von dem laufenden Verfahren Kenntnis zu erhalten und zunächst einmal selbst zu der Problematik Stellung zu nehmen. Ist diese Stellungnahme unergiebig, sind andere Sachverhaltsermittlungen immer noch möglich.

Schließlich sollten bei der Erhebung von Daten keine „alten“ Informationen verwendet werden, ohne daß der Betroffene die Chance hat, davon zu erfahren. Dies gilt insbesondere für schon vorhandene Akten aus früheren Verfahren. Ohne Beteiligung der Betroffenen und die Möglichkeit zur Korrektur oder Aktualisierung alter Daten ist deren Verwendung ein ungerechtfertigter Eingriff in dessen Persönlichkeitsrecht und ein Verstoß gegen den Grundsatz des rechtlichen Gehörs.

Es wird Aufgabe der Vormundschaftsgerichte sein, durch vorsichtige Handhabung des Amtsermittlungsgrundsatzes die Rechte der Betroffenen angemessen zu wahren. Jede Information, die unnötig eingeholt wird, kann durch Akteneinsicht, gewollte oder ungewollte Datenübermittlungen später weiteren Schaden anrichten.<sup>18</sup>

### 2. Mitteilungen an das Gericht

Der Amtsermittlungsgrundsatz legitimiert nur Anfragen durch das Gericht und die notwendig damit verbundenen Mitteilungen. Die angefragten Stellen benötigen für die Beantwortung eigene Befugnisnormen. Angesichts der Vielfalt der potentiellen „Informanten“ für das Gericht (Kreditinstitute, Ämter, Betreuungsbehörde, Ärzte etc.) können hier nur die wesentlichen Befugnisnormen dargestellt werden.

– Die *Betreuungsbehörde* kann sich bei der Beantwortung gerichtlicher Anfragen und eigenen Mitteilungen auf die §§ 7 und 8 BtBG stützen.

Nach § 7 BtBG kann sie dem Vormundschaftsgericht Umstände in Betreuungssachen

<sup>15</sup> Pardey, 2. VGT, S. 60.

<sup>16</sup> So Krause in 2. VGT, S. 61.

<sup>17</sup> Coeppecus, Verschaffung des unmittelbaren Eindrucks vom Betroffenen, Anhörung in der üblichen Umgebung und Anhörung durch den ersuchten Richter nach dem BrG, FamRZ 92, 16.

<sup>18</sup> Vgl. Krause, 2. VGT, S. 62.

mitteilen, „soweit dies unter Beachtung berechtigter Interessen des Betroffenen nach den Erkenntnissen der Behörde erforderlich ist, um eine erhebliche Gefahr für das Wohl des Betroffenen abzuwenden“. Diese Weitergabebefugnis ist für die Betreuungsbehörde nicht unproblematisch, denn sie setzt eine Gefahr für den Betroffenen voraus. In vielen Fällen erfolgen aber Anregungen zur Einleitung eines Betreuungsverfahrens im Interesse Dritter. Die Betreuungsbehörde muß sich fragen, ob sie solche Anregungen überhaupt an das Gericht weitergeben darf.<sup>19</sup>

In § 8 BtBG ist die Aufgabe der Betreuungsbehörde beschrieben, das Gericht bei der Feststellung des aufklärungsbedürftigen Sachverhalts zu unterstützen. Diese Aufgabe ist jedoch nicht mit einer Befugnisnorm verbunden worden. Die Behörde leistet ihre Ermittlungshilfe vielmehr im Rahmen ihrer behördlichen Befugnisse und Beschränkungen. Die hierfür wesentlichste Befugnisnorm des § 7 BtBG wird also durch § 8 BtBG nicht erweitert.<sup>20</sup> Aus alledem ergibt sich, daß die Betreuungsbehörde nur im Interesse des Betroffenen („erhebliche Gefahr“) Mitteilungen an das Gericht machen darf.

– Sozialleistungsträger dürfen dem Gericht nur Mitteilungen im Rahmen von SGB-I und SGB-X, also unter Wahrung des Sozialgeheimnisses, machen. Der Sozialdatenschutz ist also „gerichtsfest“<sup>21</sup>.

Für das Betreuungsverfahren ist hier der neu eingeführte § 71 Abs. 3 SGB-X von besonderer Bedeutung. Nach dieser Vorschrift ist eine Offenbarung von Daten zulässig, soweit es nach dem Ermessen des Leistungsträgers erforderlich ist, um dem Vormundschaftsgericht die Bestellung eines Betreuers oder eine andere Maßnahme in Betreuungssachen zu ermöglichen. Der Anwendungsbereich dieser Befugnis wird dadurch eingeschränkt, daß nach § 71 Abs. 3 Satz 2 SGB-X § 7 BtBG entsprechend gilt. Für den Sozialleistungsträger gilt also dasselbe wie für die Betreuungsbehörde.

– Schweigepflichtige Berufsgruppen (Ärzte, staatlich anerkannte Sozialarbeiter/Sozialpädagogen) sind bei anvertrauten Berufsgeheimnissen nur im Rahmen von § 203 StGB mitteilungsbefugt. Dies bedeutet, daß sie im Regelfall ohne Einwilligung des Betroffenen keine Informationen übermitteln dürfen. Dies wirft insbesondere im ärztlichen Bereich viele Probleme auf. Anregungen auf Einrichtung einer Betreuung, Informationen in Gutachten etc. berühren immer Schweigepflichten. Sind Patienten einwilligungsunfähig, besteht oft keine rechtlich abgesicherte Möglichkeit der Informationsübermittlung. Für einige Fälle kann mit der Notstandsregelung oder der Figur der mutmaßlichen Einwilligung gearbeitet werden<sup>22</sup>, dies können aber nur Ausnahmen sein.

Eine klare Regelung der Befugnisse für die betroffenen Berufsgruppen wäre hier dringend notwendig gewesen.

Für die schweigepflichtigen Berufsgruppen ist noch darauf hinzuweisen, daß sie im Verfahren der freiwilligen Gerichtsbarkeit berechtigt sind, das Zeugnis zu verweigern. Das gilt auch für staatlich anerkannte Sozialarbeiter/Sozialpädagogen<sup>23</sup>.

### V. Die Verarbeitung von Daten im Betreuungsverfahren

Im Betreuungsverfahren werden die erhobenen Daten zunächst durch Speicherung in den Gerichts- und Behördenakten verarbeitet. Im weiteren stellt sich das Problem der Akteneinsicht in diese Akten durch Verfahrensbeteiligte und Dritte nach § 34 FGG.

<sup>19</sup> Vgl. zum ganzen Bienwald, *Betreuungsrecht*, Rz. 71. zu § 7 BtBG.

<sup>20</sup> Vgl. Bienwald, *Betreuungsrecht*, Rz. 12 zu § 8 BtBG.

<sup>21</sup> Vgl. 9. Bericht des Landesbeauftragten für den Datenschutz NW, S. 65 unter gleichzeitiger Ablehnung der entgegenstehenden Meinung von Haus, *Der Sozialdatenschutz im gerichtlichen Verfahren*, NJW 88, 3126.

<sup>22</sup> Skeptisch zu dieser Frage Pardey, 2. VGT, S. 59.

<sup>23</sup> Vgl. dazu OLG Hamm *JustizMinBl* NW 1991, S. 282.

### 1. Die Speicherung von Daten im Betreuungsverfahren

Das Betreuungsrecht hat weder für das Gericht noch für die Betreuungsbehörde Vorschriften für die Aufbewahrung von Daten vorgesehen. Es bleibt also bei den einschlägigen Vorschriften. Für die Gerichte sind dies die Aktenordnung<sup>24</sup>, für die Betreuungsbehörde die jeweiligen internen Geschäftsanweisungen.

Angesichts der Möglichkeit von Akteneinsicht auch durch Dritte (z. B. Rechtsanwälte) ist es empfehlenswert, in der Aktenführung Berufsgeheimnisse und vom Sozialdatenschutz erfaßte Informationen gesondert zu behandeln. Solche Daten unterliegen in besonderer Weise dem Zweckbindungsprinzip. Der Geheimnisschutz entfällt nicht mit der Übermittlung an das Gericht oder die Betreuungsbehörde, sondern bleibt auch beim Empfänger erhalten (vgl. § 39 BDSG und § 76 SGB-X).

Diese Zweckbindung kann nur sichergestellt werden, wenn medizinische Gutachten, Sozialberichte u. ä. in eigenen Heften geführt werden.<sup>25</sup>

In der Betreuungsbehörde bietet es sich an, nach den Grundsätzen des Deutschen Vereins für die Aktenführung in der kommunalen Sozialverwaltung (wenigstens sinngemäß) zu verfahren. Auch hier wird die Aufspaltung in verschiedene Akten vorgeschlagen.<sup>26</sup>

Nur am Rande sei bemerkt, daß in § 9 BDSG und der dazu ergangenen Anlage Vorschriften zum Schutz von Informationen durch technische und organisatorische Maßnahmen formuliert sind. Hier geht es um das, was vielfach allein unter Datenschutz verstanden wird, den Schutz der Datenträger (Akten, Dateien) vor ungerechtfertigtem Zugriff. Mir scheint fraglich, ob die dort geforderten Standards immer in der Praxis erreicht werden.

### 2. Die Akteneinsicht

Gemäß § 34 FGG kann „Einsicht in die Gerichtsakten jedem insoweit gestattet werden, als er ein berechtigtes Interesse glaubhaft macht“.

Dieses Interesse wird bei Verfahrensbeteiligten und ihren Bevollmächtigten in Auslegung des § 34 FGG ohne weiteres unterstellt. Eine besondere Glaubhaftmachung entfällt.<sup>27</sup> Insbesondere Pardey hat darauf hingewiesen, daß durch diese Privilegierung erhebliche Probleme entstehen können. Da der Begriff des Beteiligten im FGG-Verfahren außerordentlich diffus ist, können auch Dritte z. B. durch eine (evtl. unzulässige) Antragstellung sich „zu Beteiligten machen“. Auf diesem Weg kann etwa ein Kreditinstitut umfassende Informationen über die Verhältnisse von Kunden bekommen; Verwandte, die vergeblich versuchen, Betreuer zu werden, können sich über die bisher unter Betreuung verwalteten Vermögenswerte informieren.<sup>28</sup>

Es ist also im Betreuungsrecht notwendig, § 34 FGG verfassungskonform im Licht des informationellen Selbstbestimmungsrechtes auszulegen. Das bedeutet zunächst, daß die Stellung als Beteiligter nicht automatisch Einsicht in die gesamte Akte verschaffen kann. Vielmehr müssen Beteiligte ein berechtigtes Interesse geltend und glaubhaft machen. Im Umfang dieses Interesses und der darauf bezogenen Akteile kann dann Einsicht gewährt werden. „Der Anspruch auf rechtliches Gehör begründet kein Recht auf den Zugriff zu allen Informationen, die sich innerhalb desselben Aktendeckels befinden. Abzustellen ist vielmehr auf den inhaltlichen Zusammenhang.“<sup>29</sup> Im Rahmen der Ermessensentscheidung über die Akteneinsicht ist im übrigen das Geheimhaltungsinteresse der vom Verfahren Betroffenen gegenüber den Interessen der Gesuchsteller ab-

24 Vgl. Keidel/Kuntze/Winkler, FGG, Rz. 14 zu § 8.

25 So Pardey, Informationelles Selbstbestimmungsrecht und Akteneinsicht, NJW 89, 1650.

26 Vgl. Deutscher Verein, Aktenführung in der kommunalen Sozialverwaltung, Frankfurt, 1990.

27 Keidel/Kuntze/Winkler, FGG, Rz. 13 zu § 34.

28 Vgl. zum ganzen Pardey, NJW 89, 1650.

29 Pardey, NJW 89, 16.

zuwägen. In diesem Zusammenhang ist zu klären, ob die Betroffenen in die Einsicht einwilligen.<sup>30</sup>

Überwiegt das Geheimhaltungsinteresse, so ist dem Einsicht Begehrenden u. U. der ihn berührende Akteninhalt durch mündliche Unterrichtung oder auszugsweise Wiedergabe zur Kenntnis zu bringen.<sup>31</sup>

Um Mißverständnisse zu vermeiden: Wenn das Gericht Informationen seiner Entscheidung zugrunde legt oder zum Nachteil eines Beteiligten verwendet, dann gebietet es der Grundsatz des rechtlichen Gehörs, daß dieser diese vollständig kennt und nachvollziehen kann. Es geht nicht darum, diesen Anspruch einzuschränken. Wohl aber geht es darum, unreflektierte und oft auch unnötige Weitergabe vollständiger Akteninhalte zu verhindern.

Der Anspruch Dritter (nicht am Verfahren Beteiligter) auf Akteneinsicht muß unter diesen Prämissen restriktiv und am Verhältnismäßigkeitsgrundsatz ausgerichtet behandelt werden. Das bedeutet, daß die Einsicht nur zur Geltendmachung verfassungsrechtlich geschützter, rechtlicher (und nicht nur berechtigter) Interessen gewährt werden kann. Zudem sollte die Akteneinsicht verwehrt werden, wenn es andere Informationsmöglichkeiten gibt, denn sie ist dann nicht mehr erforderlich. Schließlich ist im Regelfall die Einsicht von der Zustimmung des Betroffenen abhängig zu machen, der sich auf das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung stützen kann. Ein Eingriff in dieses Recht bedarf dann ebenfalls einer verfassungsrechtlichen Legitimation.<sup>32</sup>

Aus dieser Sicht ist es auch nicht gerechtfertigt, dem zukünftigen Betreuer schon vor seiner Bestellung ohne weiteres Einsicht in die Gerichtsakten zu gewähren.<sup>33</sup> Besonders kritisch ist hier, daß der Betreuer sich aus den Akten (inkl. ärztliches Zeugnis und Gutachten) ein Bild über den Betreuten verschaffen soll.<sup>34</sup> Dies ist Aufgabe persönlicher Gespräche und Informationen unter Einbeziehung des Betroffenen. Sonst würde dem Betreuer eine Informationsmacht schon vor der Einrichtung des Betreuungsverhältnisses eingeräumt, die mit seiner Stellung als Vertreter des Betreuten nur schwer vereinbar ist. Zudem ist es widersprüchlich, wenn der Betreuer vor seiner Bestellung umfassende Akteneinsicht erhalten soll, danach aber nur im übertragenen Wirkungskreis.<sup>35</sup>

Für die Betreuungsbehörde stellt sich die Rechtslage nicht so schwierig dar wie für das Gericht. Informationen, die zum Betreuungsverfahren gehören, können nicht bei ihr eingesehen werden, sondern nur über das Gericht als Herrn des Verfahrens.

Soweit die Behörde für eigene Tätigkeiten Akten führt, gilt das Akteneinsichtsrecht des § 29 VwVfG, außerhalb von Verwaltungsverfahren steht die Einsichtsgewährung im Ermessen der Behörde.

### VI. Die Übermittlung von Daten nach Abschluß des Betreuungsverfahrens

Die Entscheidung über die Betreuerbestellung wird zunächst dem Betroffenen, dem Betreuer und der Betreuungsbehörde bekanntgegeben (§ 69 a FGG). Darüber hinaus werden Entscheidungen aber auch anderen öffentlichen Stellen gemäß den §§ 69 k–m FGG mitgeteilt. Mit Inkrafttreten dieser Regeln entfallen Mitteilungen nach der „Anordnung über Mitteilungen in Zivilsachen (MiZi)“, wenn sie den Regelungen des Betreuungsgesetzes widersprechen.<sup>36</sup> Nach § 69 k erfolgen Mitteilungen, soweit dies unter Beachtung berechtigter Interessen des Betroffenen erforderlich ist, „um eine erhebliche Gefahr für

30 Keidel/Kuntze/Winkler, FGG, Rz. 16 zu § 34.

31 Keidel/Kuntze/Winkler, FGG, Rz. 16 zu § 34.

32 Vgl. zum ganzen Pardey, NJW 89, 1651.

33 So aber Bienwald, Betreuungsrecht, Rz. 68 zu § 68 b FGG.

34 Bienwald, Betreuungsrecht, Rz. 68 zu § 68 FGG.

35 So Bienwald, Betreuungsrecht, Rz. 69 zu § 68 b FGG.

36 Bienwald, Betreuungsrecht, Rz. 4 zu § 69 FGG.

das Wohl des Betroffenen, für Dritte oder für die öffentliche Sicherheit abzuwenden" (§ 69 k Abs. 1 FGG).

Diese Regelung muß außerordentlich kritisch gesehen werden.<sup>37</sup> Dies betrifft zum einen die Vermischung von Funktionen, wenn das Vormundschaftsgericht Mitteilungen zum Schutz der öffentlichen Sicherheit oder Dritter machen soll. Nach der Begründung des Regierungsentwurfs sind dies Fälle, in denen der Betroffene im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit (Arzt, Apotheker, Rechtsanwalt, Notar o. ä.) Dritte schädigen kann oder als Inhaber eines Führerscheins, Waffenscheins oder Jagdscheins eine potentielle Gefahr für die Öffentlichkeit darstellt.<sup>38</sup> Hier treten ordnungsrechtliche Gesichtspunkte auf, die in dieser unbestimmten Form nicht in das Betreuungsverfahren gehören. Zu Recht macht Bienwald deutlich, daß diese Mitteilungen – als eine gerichtliche Unterstützung des Betreuers verstanden – erheblich genauer hätten formuliert werden können.<sup>39</sup> Die Vormundschaftsrichter geraten mit der gültigen Fassung in die Gefahr, im Wege der Verdachtsmitteilung z. B. an Straßenverkehrsbehörden oder Ordnungsämter überwunden geglaubte Register wieder zum Leben zu erwecken. Der Betroffene gerät entgegen den Zielsetzungen des Betreuungsrechts in die Rolle des potentiellen Störers der öffentlichen Sicherheit, das Verfahren dient nicht mehr ausschließlich seinem Schutz, sondern erhält zumindest zum Teil den Charakter der Gefahrenabwehr. Dies gilt um so mehr, als nicht geregelt ist, wer Adressat dieser Mitteilungen ist und wie dieser mit den erhaltenen Daten umzugehen hat.

Unbefriedigend ist auch, daß es keine Pflicht zur Richtigstellung falscher Übermittlungen bzw. zu Nachberichten gibt und daß die Unterrichtung des Betroffenen in bestimmten Fällen unterbleiben kann. Hier steht die Übermittlungsregelung zudem im Gegensatz zu § 66 FGG, wonach die Entscheidung dem Betroffenen unabhängig davon, ob er sie versteht, mitgeteilt wird.<sup>40</sup> Die Schwächen des § 69 k FGG, die hier nur zusammenfassend dargestellt werden können, sollten Anlaß für restriktive Begründungen der Entscheidungen über die Betreuerbestellung sein. Es sollten (nur) die genauen, aktuellen Defizite des Betroffenen beschrieben, Zitate aus Begutachtungen auf das Notwendige beschränkt werden. Die Wirkungskreise sollten auch deshalb eng zugeschnitten werden, um Mitteilungspflichten zu vermeiden. Es sollte in Entscheidungen, falls das angebracht ist, auch betont werden, daß weder Grund noch Anlaß besteht, weitergehende Bewertungen vorzunehmen. Damit wird die Entscheidung u. U. sachfremder Bewertung entzogen.<sup>41</sup>

Besondere Mitteilungspflichten an das Wählerverzeichnis und die Meldebehörde sowie an den Leiter von Unterbringungseinrichtungen sehen die §§ 69 l und m FGG vor. Hier ist kritisch anzumerken, daß eine Mitteilungspflicht an die Betroffenen, den Verfahrenspfleger oder den Betreuer völlig fehlt. Dies kann nicht dadurch gerechtfertigt werden, daß diese wegen des Automatismus bei der Mitteilung in jedem Fall von dieser wüßten.<sup>42</sup> Immerhin setzt dies bei den Betroffenen die Kenntnis der entsprechenden Vorschriften voraus.

Die Regelungen der §§ 69 k–m FGG werden demnächst durch das Justizmitteilungsgesetz teils überlagert, teils erweitert werden.<sup>43</sup> Nach dem Regierungsentwurf wird dann auch eine Mitteilung in Strafsachen und Ordnungswidrigkeitsverfahren möglich sein. Trotz einiger Verfahrensverbesserungen in anderen Teilen würde dies aus dem Gesichtspunkt des Datenschutzes einen Rückschritt gegenüber der jetzigen Regelung bedeuten. Nach

Auffassung des Landesdatenschutzbeauftragten NW hat damit der Gesetzgeber den vom BVerfG zugebilligten Übergangsbonus zur Schaffung bereichsspezifischer Datenschutzgesetze für den Bereich der Justiz bei weitem überzogen. Bis zum Inkrafttreten des Justizmitteilungsgesetzes handelt die Justiz bei ihren Mitteilungen demnach auf einer verfassungsrechtlich höchst zweifelhaften Basis.

### VII. Einige Schlußfolgerungen

Der Schutz personenbezogener Daten ist im Betreuungsgesetz nur unvollkommen geregelt. Nötig wäre eine bereichsspezifisch angepaßte Regelung, die den besonderen Anforderungen dieses Verfahrens gerecht wird. Hier ist der Gesetzgeber zum Handeln aufgerufen. Solange dies nicht geschehen ist, sollten folgende Punkte wenigstens den nötigen Respekt vor dem informationellen Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen deutlich machen, wenn schon ein wirklicher Schutz ihrer Persönlichkeitsrechte nicht gewährleistet werden kann:

- Erhebung von Daten zuerst (und so weit wie möglich) beim Betroffenen;
- Begrenzung der Sachverhaltsaufklärung durch das Verhältnismäßigkeitsprinzip;
- Beachtung der Berufsgeheimnisse an der Sachaufklärung beteiligter Personen und Institutionen;
- Verfassungskonforme Eingrenzung der Akteneinsicht;
- Zurückhaltende Übermittlung von Daten aus dem Betreuungsverfahren.

### Literaturhinweise

- Coeppicus, Rolf: Verschaffung des unmittelbaren Eindrucks vom Betroffenen, Anhörung in der üblichen Umgebung und Anhörung durch den ersuchten Richter nach dem BtG, FamRZ 92, 16;
- Gallwas, Hans-Ulrich: Der allgemeine Konflikt zwischen dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung und der Informationsfreiheit, NJW 92, 2785;
- Haus, Karl-Heinz: Der Sozialdatenschutz im gerichtlichen Verfahren, NJW 88, 3126;
- Kürschner, Wolfgang: Parteiöffentlichkeit vor Geheimschutz im Zivilprozeß, NJW 92, 1804;
- Pardey, Klaus-Dieter: Informationelles Selbstbestimmungsrecht und Akteneinsicht, NJW 89, 1647;
- ders.: Aufklärungsinteresse contra Datenschutz, Rpfleger 90, 397;
- ders.: Datenschutzdefizite im Betreuungsverfahren, in: Materialien und Ergebnisse des 2. Vormundschaftsgerichtstages, 1991, 57;
- Schimke, Hans-Jürgen: Personenbezogene Daten im Bereich der Amtspflegschaft und Amtsvormundschaft-Auskunftsbegehren, Akteneinsicht, Datenschutz, Mitteilungen des Landesjugendamtes Westfalen-Lippe, Nr. 110, S. 78;
- Rechtsprechung: BVerfG, Urteil vom 15. Dezember 1983, BVerfGE 65, 1 = NJW 84, 419 (Volkszählungs-Urteil);
- BVerfG, Beschluß vom 9. März 1988, NJW 89, 2031 (Bekanntmachung einer Entmündigung);
- BGH, Urteil vom 20. Mai 1992, NJW 92, 2348 (Keine stillschweigende Einwilligung in Weitergabe der Abrechnungsunterlagen).

<sup>37</sup> So auch 2. Vormundschaftsgerichtstag, S. 55; Bienwald, *Betreuungsrecht*, Rz. 5 zu § 69 k FGG.

<sup>38</sup> Vgl. Begründung zum Regierungsentwurf BT-Drucksache 11/4528, S. 182.

<sup>39</sup> Bienwald, *Betreuungsrecht*, Rz. 7 zu § 69 k FGG.

<sup>40</sup> Vgl. Bienwald, *Betreuungsrecht*, Rz. 22 zu § 69 k FGG.

<sup>41</sup> Zum ganzen Pantley, 2. VGT, S. 60.

<sup>42</sup> Jürgens/Kröger/Marschner/Winterstein, *Das neue Betreuungsrecht*, Rz. 480.

<sup>43</sup> Entwurf der Bundesregierung für ein Justizmitteilungsgesetz, BRat-Drucksache 206/92.

## Das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung

(nach: BVerfG, Urteil v. 15. 12. 83, BVerfGE 65, 1)

|  |  |
|--|--|
| <p>Jeder ist befugt, grundsätzlich selbst über die Preisgabe und Verwendung seiner persönlichen Daten zu bestimmen.</p> <p>Einschränkungen dieses Rechts bedürfen einer verfassungsmäßigen, bereichsspezifischen, normklaren gesetzlichen Grundlage</p> <p>und sind nur bei strikter Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes zulässig.</p> | <p>Daraus ergeben sich folgende Prinzipien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbot mit Erlaubnisvorbehalt</li> <li>• Prinzip der Erforderlichkeit</li> <li>• Zweckbindungsprinzip</li> <li>• Prinzip der Nachvollziehbarkeit</li> <li>• Recht auf Aufklärung, Auskunft und Kontrolle der Daten</li> <li>• Kontrolle durch Datenschutzbeauftragte</li> </ul> |
|--|--|

*Begriffliche Grundlagen im Datenschutz*

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <i>Personenbezogenes Datum:</i> | Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse einer bestimmten oder bestimmbarer natürlichen Person (Betroffener) |
| <i>Erheben:</i>                 | Beschaffen von Daten über den Betroffenen  |
| <i>Verarbeiten:</i>             | Speichern, Verändern, Übermitteln, Sperren und Löschen von Daten   |

In den bereichsspezifischen Gesetzen ist die Terminologie uneinheitlich

## Die wichtigsten Regelungskomplexe für den Datenschutz im Betreuungsverfahren

*Art. 1 Abs. 1, 2 Abs. 1 GG: Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung*

*Bereichsspezifische Datenschutzgesetze*

|  |         |                             |                 |
|--|---------|-----------------------------|-----------------|
| Fgg                                      | BtBG    | SgB I                       | Strafgesetzbuch |
| §§ 12, 34, 69k-m                         | §§ 7, 8 | § 35                        | §§ 203, 34      |
| dennächst:                               |         | SgB X                       |                 |
| Justizmitteilungsgesetz                  |         | §§ 67-78                    |                 |
| (Entwurf der BReg: BR-Drucksache 206/92) |         | Verwaltungsverfahrensgesetz |                 |
|  |         | §§ 4-8 (Amtshilfe)          |                 |

Subsidiäre Auffangvorschriften: Bundesdatenschutzgesetz (anwendbar in der Gerichtsbarkeit); Landesdatenschutzgesetze (anwendbar in der Betreuungsbehörde)

## Die Erhebung von Daten im Betreuungsverfahren

*Sachverhaltsaufklärung durch das Gericht*

- Begrenzung der Fragestellung und der Aufklärung durch das Erforderlichkeitsprinzip
- Erhebung prinzipiell (zumindest zunächst) beim Betroffenen
- Keine Erhebung von Daten „auf Vorrat“
- Keine Verwendung alter Daten ohne Kenntnis des Betroffenen

*Mitteilungen an das Gericht*

- Betreuungsbehörde aufgrund von § 7 BtBG nur bei erheblicher Gefahr für das Wohl des Betroffenen und nach Abwägung mit dessen Interessen, aufgrund von § 8 BtBG Unterstützung des Gerichts bei der Feststellung des aufklärungsbedürftigen Sachverhalts
- Sozialleistungsträger nur im Rahmen von SGB-I und X (beachte: Mitteilungen in Betreuungssachen nach § 71 SGB-X)
- Andere Behörden im Rahmen der Amtshilfe
- Private Dritte sind ohne Einschränkung mitteilungsbefugt (außerhalb der gewerblichen Datenverarbeitung)
- Schweigepflichtige Berufsgruppen nur im Rahmen von § 203 StGB

## Die Verarbeitung von Daten im Betreuungsverfahren

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <i>Die Aufbewahrung von Daten</i>   | <i>Akteneinsicht durch Verfahrensbeteiligte (außer dem Betroffenen)</i>  | <i>Akteneinsicht durch Dritte</i>   | <i>Berufsgeheimnisse und Beteiligtenöffentlichkeit</i>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktenführung unter Beachtung von Berufsgeheimnissen und Sozialdatenschutz</li> <li>• Gesonderte Haftung von medizinischen und sozialen Begutachtungen</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einsicht (nur) in den verfahrensrechtlich selbständigen Abschnitt, auf den sich das Interesse bezieht</li> <li>• Einsicht nur zulässig zur Wahrnehmung verfassungsrechtlich geschützter Interessen</li> <li>• Bei Verweigerung der Einsicht andere Mitteilungsformen</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einsicht nur bei glaubhaft gemachtem rechtlichem Interesse</li> <li>• Keine Akteneinsicht bei anderen Informationsmöglichkeiten</li> <li>• Einwilligung des Betroffenen im Regelfall erforderlich</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Verwertung von Berufsgeheimnissen zum Nachteil des Beteiligten ohne dessen Kenntnis</li> <li>• Einsicht des Betroffenen in den gesamten Akteninhalt</li> </ul> |

## Die Übermittlung von Daten aus dem Betreuungsverfahren

|  |   |
|--|---|
| <p><i>Die Entscheidung über die Betreuerbestellung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• genaue, aktuelle Beschreibung der Defizite des Betroffenen</li> <li>• evtl. Verwertungsverbote für Dritte</li> <li>• Zitate aus Begutachtungen auf das Notwendige beschränken</li> <li>• enger Zuschnitt der Wirkungskreise, um Mitteilungspflichten zu vermeiden</li> </ul> | <p><i>Übermittlungen an Dritte</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• §§ 69k: Mitteilungen an öffentliche Stellen bei Gefahr für das Wohl des Betroffenen, Dritter oder für die öffentliche Sicherheit (problematisch); auch schon vor Abschluß des Verfahrens; im Regelfall Unterrichtung des Betroffenen; keine Pflicht zur Richtigstellung falscher Tatsachen</li> <li>• § 69l: Wählerverzeichnis: Meldebehörde</li> <li>• § 69m: bei Unterbringung Mitteilung an Leiter der Einrichtung</li> <li>• geplant: Justizmitteilungsgesetz: § 69k Abs. 5 und 6 fällt weg; Verweis auf die allgemeinen Mitteilungsregeln</li> </ul> |
|--|---|

## Einige Schlußfolgerungen für das Betreuungsverfahren

- Erhebung von Daten so weit wie möglich (und zuerst) beim Betroffenen
- Begrenzung der Sachverhaltsaufklärung durch das Verhältnismäßigkeitsprinzip
- Beachtung der Berufsgeheimnisse an der Sachaufklärung beteiligter Personen und Institutionen
- Verfassungskonforme Eingrenzung der Akteneinsicht Dritter
- Übermittlung von Daten aus dem Betreuungsverfahren nach den Standards des Entwurfs zum Justizmitteilungsgesetz
- (außerhalb des Verfahrens) Erhebung und Weitergabe von Daten durch den Betreuer nicht ohne Einverständnis des Betreuten

Dr. Andreas Jürgens, Richter am Amtsgericht, Kassel

*Antidiskriminierungs- und Gleichstellungsgesetz für Behinderte (Tonbandabschrift)*

Die Idee oder Überlegung, derartige Vorschriften für die Bundesrepublik vorzuschlagen oder einzufordern, ist im wesentlichen von Behinderten entstanden, die teilweise längere Zeit in den USA sich aufgehalten haben. Es gibt in den USA, aber auch in Kanada, so behauptet man auch im amerikanischen Rechtskreis, eine sehr viel stärkere Tradition, was die Diskussion über Bürgerrechte und Menschenrechte anbelangt, und es gibt dort auch eine sehr lange Tradition von Gesetzgebung über das Diskriminierungsverbot zugunsten Behinderter.

In einem kleinen Kreis von verschiedenen Leuten, die daran Interesse hatten, Derartiges auch für Deutschland einzufordern und voranzubringen, ist dann die Idee entstanden, zunächst erst mal als ersten Schritt sich einzuklinken in die gerade entstehende Verfassungsdiskussion. Aus Anlaß der Vereinigung der beiden deutschen Teile war ja die Verfassungskommission gebildet worden aus Vertretern des Bundestages und der Länder, die Änderungen des Grundgesetzes beraten sollten. Aus Anlaß der Vereinigung lag eigentlich nichts näher, als sich in diese aktuelle verfassungspolitische Diskussion einzuklinken, um Benachteiligungsverbote für Behinderte voranzubringen.

Ich will jetzt nicht im einzelnen die ganze Kampagne schildern, die wir gehabt haben. Es hat uns jeweils einiges an Kraft und politischem Durchsetzungswillen und Durchsetzungsfähigkeit gekostet, um schließlich das zu erreichen, was wir dann im Schluß endlich vor 2, 3 Wochen mit der endgültigen Zustimmung des Bundesrates erreicht haben, daß nämlich nunmehr ins Grundgesetz aufgenommen worden ist der Satz „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“.

Sie wissen, im Art. 3 Abs. 3 haben bisher schon verschiedene Benachteiligungsverbote gestanden, „Niemand darf wegen seines Geschlechts, seiner Herkunft, Rasse, Sprache usw. bevorzugt oder benachteiligt werden“. Wir hatten ursprünglich vorgeschlagen, daß dort ebenfalls aufgenommen wird „Niemand darf wegen seiner körperlichen, geistigen oder seelischen Beeinträchtigung bevorzugt oder benachteiligt werden“. Wegen dieser Formulierung hat es dann sofort einen gewissen Aufschrei gegeben, weil angeblich mit der dann auch verbotenen Bevorzugung Behinderter die Rehabilitationsrechte zur Disposition ständen. Wir haben immer gedacht, das ist natürlich Unsinn, weil ja nicht etwas eine Bevorzugung darstellen könnte gegenüber Nichtbehinderten, was diese gar nicht brauchen. Nichtbehinderte sind auf Rehabilitationsleistung z. B. gar nicht angewiesen, deswegen kann es auch keine Bevorzugung sein, wenn für diejenigen, die solche Leistungen brauchen, diese gewährt werden. Gleichviel ist jedenfalls auf Grund dieser Diskussion dann der neue Satz aufgenommen worden „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“.

Das entscheidende Argument oder die entscheidende Kraft, die zu der Durchsetzung dieser Forderung geführt hat, war nicht eine weit verbreitete Überzeugung der Parlamentarier, daß dieses so sinnvoll ist. Im Gegenteil: Ich vermute, daß die Mehrheitsfraktionen jedenfalls in ihrer Mehrheit nach wie vor der Formulierung eines Benachteiligungsverbotes im Grundgesetz sehr distanziert gegenüber stehen, weil ja auch in der Verfassungsdiskussion im Februar im Bundestag noch alle Vertreter von Union und FDP strikt gegen die Aufnahme eines Benachteiligungsverbotes waren. Wir konnten aber etwas erreichen, weil in einer einmaligen Geschlossenheit alle Behinderten in der Bundesrepublik, sowohl die Organisierten wie die Nichtorganisierten, die kleinen, die großen und die ganz großen Organisationen, alle gemeinsam an einem Strick gezogen haben und vor allem auch – und das war etwas Neues sozusagen – in die gleiche Richtung, weil sehr häufig es auch in diesem Bereich wenig neue Tendenzen gibt. Wir haben hier erleben können, daß alle

wirklich in einer großen Geschlossenheit alles überarbeitet haben. Die erste Frage, die sich im Zusammenhang mit den Diskriminierungsverboten ergibt, ist natürlich die Frage, was eigentlich dieser neue Satz in der Verfassung bedeutet. Es wird in den folgenden Jahren darauf ankommen, in der praktischen Umsetzung auszuloten, welche Möglichkeiten dieser neue Satz in der Verfassung, diese sieben Worte, die da jetzt neu drinnstehen, tatsächlich bietet. Ich bin auch sicher, wie bei allen anderen Verfassungsnormen, bei denen es die Frage ist, ob sie in die Verfassungswirklichkeit umgesetzt werden können, daß diese Umsetzung im wesentlichen davon abhängen wird, ob die Betroffenen selbst wie bei der Durchsetzung dieser Vorschrift dann auch bei der Umsetzung die gleiche Geschlossenheit und die gleiche Initiative und Kraft zeigen werden.

Es hat ein Interview vom Westdeutschen Rundfunk gegeben mit den Geschäftsführern der Bundesarbeitsgemeinschaft für Behinderte, was nun auf Grundlage dieser Verfassungsergänzung eigentlich zu erwarten sei an Änderungen der Politik oder überhaupt an Änderungen in der Gesetzgebung und Rechtsprechung. Da wurde gleichzeitig darauf hingewiesen, daß auf Nachfragen verschiedene Vertreter, insbesondere der Union, gesagt haben, es werde sich überhaupt nichts ändern und ob es nun drinnsteht im Grundgesetz oder nicht. Es würde eigentlich in der Verfassungswirklichkeit überhaupt keine Änderung mit sich bringen, weil es ein schlichter, unverbindlicher Programmsatz sei.

Wenn man sich das mal richtig anschaut, „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“, stimmt dieses natürlich nicht. Schon deswegen, weil es ja auch schon jetzt verschiedene Rechtsprechungen des Bundesverfassungsgerichts zu den anderen Benachteiligungsverboten gibt, die durchaus praktische Relevanz haben. Die letzte Entscheidung, die zum Benachteiligungsverbot ergangen ist, die Aufhebung des Nachtarbeitsverbots für Frauen durch das Bundesverfassungsgericht als verfassungswidrig, ist ein letztes Beispiel in einer längeren Kette von Rechtsprechung zu den Benachteiligungsverboten.

Ich denke einmal, aus dieser Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts kann man auch für den neuen Satz „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“ erste Schlußfolgerungen ziehen, was er bedeuten könnte. Wichtig ist festzuhalten, daß Behinderte nicht Objekte staatlichen Handelns sind, sondern mit dieser Vorschrift zu Subjekten der eigenen Lebensgestaltung werden sollen.

Die Gleichstellung Behinderter ist jetzt bereits von Verfassungen wegen ausdrücklich garantiert. Dies ist ein wesentlicher Unterschied zum Sozialstaatsprinzip. Danach wäre eine Gleichstellung Behinderter in der Zukunft irgendwann einmal anzustreben.

Es ist von vielen Politikern gesagt worden, Artikel 1 – Die Menschenwürde – und Artikel 20 – Das Sozialstaatsprinzip – würden bereits ausreichen, um eine Benachteiligung von Behinderten von Verfassungen wegen auszuschließen. Allerdings ist da zu beachten, daß der Sozialstaat für sie sozusagen eine Perspektive in die Zukunft bietet, daß durch sozialrechtliche Maßnahmen bestimmte Gestaltungen vorgenommen werden müssen, um sozial dem Ziel der Gleichstellung näher zu kommen, wohingegen jetzt vorgeschrieben ist, daß von Verfassungen wegen bereits Behinderte nicht benachteiligt werden. Es sind nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts die besonderen Benachteiligungsverbote eine Konkretisierung des allgemeinen Gleichheitssatzes des Artikel 1, wobei allerdings bei dem Satz „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“ zu berücksichtigen ist, daß eben die Bevorzugung, die auch verboten sein soll, bei diesem Merkmal nicht aufgenommen worden ist, sondern allein eine Benachteiligung ausgeschlossen ist. Denn es wurde ja immer wieder versucht, z. B. bei Gleichstellungsvorschriften zugunsten von Frauen, von Männern, einzuwenden, das sei eine Bevorzugung, eine ebenfalls verfassungsmäßig verbotene Bevorzugung auf der Grundlage eines Geschlechts. Das wäre hier im Rahmen des Merkmals Behinderung kein Problem, weil eben eine Bevorzugung von Verfassungen wegen nach dieser Formulierung erlaubt ist und nur eine Benachteiligung auf Grund der Behinderung verboten ist. Die verbotene Benachteiligung ist natürlich entscheidend.

Was ist überhaupt eine Benachteiligung? Das wird sicherlich die entscheidende Diskussion bei der Auslegung dieser neuen Norm auch in den nächsten Jahren sein. Welcher Vergleichsmaßstab wird sozusagen als die übliche Behandlung herangezogen, und was ist demgegenüber eine Benachteiligung? Auch da kann man schon erste grundsätzliche Details feststellen. Zunächst einmal: eine verbotene Benachteiligung kann auch in einer Unterlassung bestehen. Wir haben die internationale Diskussion über Diskriminierungsverbote, überhaupt über Diskriminierung, die ja im angloamerikanischen Rechtskreis z. B. viel weiter fortgeschritten ist als hier in unserem deutschen Rechtskreis. Dort wird z. B. auch als Diskriminierung verstanden, wenn Leistungen vorenthalten werden, die vernünftigerweise erwartet werden können, oder wenn überhaupt Maßnahmen zur Beseitigung von bestimmten Gegebenheiten unterlassen werden, die vernünftigerweise erwartet werden können, also nicht irgendwelche Dinge, die nur mit unvernünftigem Aufwand eine Gleichstellung herstellen könnten, sondern jedenfalls diejenigen Dinge, die vernünftigerweise erwartet werden können. Ich nehme mal ein kleines Beispiel: Sicherlich kann kein Rollstuhlfahrer vernünftigerweise erwarten, daß eine Rampe von nur 6 % Steigung – das ist so für Rollstuhlfahrer vorgesehen nach der entsprechenden DIN-Norm – zur Zugspitze gebaut wird. Man muß wahrscheinlich an der Nordsee anfangen, damit man da auch mit dem Rollstuhl hochkommt. Das ist vernünftigerweise nicht zu erwarten. Daß die öffentlichen Verkehrsmittel, bei denen die technischen Gegebenheiten inzwischen so weit vorangeschritten sind, daß es Fahrzeuge gibt, die alle Behinderten auch mitnehmen können, auch entsprechend eingesetzt werden, kann man sicherlich vernünftigerweise erwarten, so daß es also von daher gerade in diesem Bereich Auswirkungen gibt, wie es sie in anderen Bereichen nicht gibt.

Die entscheidende Frage wird sein: Was ist eine solche Benachteiligung? Das Bundesverfassungsgericht hat auch ausgesprochen, daß als verbotene Benachteiligung jede benachteiligende Wirkung in Betracht kommt. Also nicht nur eine rechtliche Benachteiligung, sondern jede wirtschaftliche, jede ideelle oder emotionale Beeinträchtigung von irgendwelchen Interessen, und es ist auch nicht beschränkt auf sachliche Benachteiligungen. Das Bundesverfassungsgericht hat also immer gesagt, es geht nicht darum, ob eine Benachteiligung, die festgestellt ist, sachwidrig ist oder ob es vernünftige Gründe dafür gibt oder ob sie u. U. durch Bevorzugungen im anderen Bereich ausgeglichen wird, so daß dann man m. E. sagen könnte, eine Aussonderung von Behinderten in Sondereinrichtungen ist verglichen mit der üblichen Lebenssituation von Nichtbehinderten, die man als Vergleichsmaßstab wohl wird heranziehen müssen, eine Benachteiligung, und diese Benachteiligung kann nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts auf jeden Fall auch nicht gegengerechnet werden mit irgendwelchen Vorteilen, die man da rauszieht. Es wird ja üblicherweise z. B. im Zusammenhang mit der Sonderbeschulung von behinderten Kindern gesagt, es ist zwar eine Ausgrenzung, eine Aussonderung aus der Regelschule, aber andererseits ja verbunden mit dem Vorteil der besonderen Förderung.

Nach dem Gegenrechnungsverbot des Bundesverfassungsgerichts dürfte man dieses nicht mit berücksichtigen, sondern es ist einfach zu beurteilen: Ist die Aussonderung in die Sonderschulen eine Benachteiligung gegenüber nichtbehinderten Schülern, ja oder nein? Sie darf deswegen unter Umständen nur mit Zustimmung der Betroffenen und der Eltern vorgenommen werden, aber nicht gegen deren Willen. Ein interessanter Aspekt, der vielleicht für die Frage der Schulgesetze der Länder, die in einigen Bundesländern im Augenblick ja überarbeitet werden, ich weiß es von Nordrhein-Westfalen, aber auch von Bremen, von Interesse sein könnte, diesmal mehr auszuloten.

Es ist vor allem auch nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes so, daß nicht nur eine unmittelbare Benachteiligung, eine gezielte oder zweckgerichtete, sondern auch eine mittelbare Benachteiligung rechtswidrig ist. Es geht also nicht darum, daß jetzt in einer Vorschrift z. B. ausdrücklich reingeschrieben wird, Behinderte, um beim Beispiel zu bleiben, dürfen im öffentlichen Personenverkehr nicht Zug fahren, sondern es muß ausreichen die faktische mittelbare Benachteiligung. Wenn das Personenbeför-

derungsgesetz wie im Augenblick vorschreibt, daß zwar eine Personenbeförderungspflicht für alle Unternehmen des öffentlichen Personenverkehrs besteht, diese sich darauf beschränkt, daß sie mit den üblichen Beförderungsmitteln möglich ist – so steht es ja heute im Personenbeförderungsgesetz drinnen –, so ist das eine Benachteiligung.

Es hat einen sehr interessanten Rechtsstreit auch in den USA gegeben auf der Grundlage der dortigen Diskriminierungsverbote. Da hatte ein Behinderter gegen ein öffentliches Busunternehmen geklagt, weil dieses Fahrzeuge einsetzte, die für ihn nicht zu nutzen waren. Er war auch Rollstuhlfahrer und hat gesagt, es ist eine Benachteiligung, eine Diskriminierung, er wolle Schadenersatz haben, und vor allem wollte er das Busunternehmen verpflichtet sehen, künftig nur noch behindertengerechte Fahrzeuge anzuschaffen. Das Busunternehmen hat sich damit verteidigt und hat gesagt, das ist ja gar keine Benachteiligung dir gegenüber. Wir behandeln dich ja genauso wie jeden anderen Fahrgast auch. Wenn du in unseren Bus kommst wie jeder andere Fahrgast auch, nehmen wir dich mit wie jeden anderen Fahrgast auch, und deswegen ist es keine Benachteiligung, sondern es ist eine Gleichbehandlung, wir behandeln dich genauso gleich wie alle anderen. Und da hat der Oberste Gerichtshof der USA gesagt, das ist natürlich eine Diskriminierung. Eine faktische Benachteiligung, wenn du nur Fahrzeuge einsetzt, die nur einen Teil deiner Fahrgäste, nämlich nur diejenigen, die gut laufen können oder sonst irgendwie in den Bus reinkommen aus eigener Kraft, nutzen können, wenn es die Alternative gibt – und die gibt es technisch –, daß du dazu auch andere Fahrzeuge einsetzen kannst, die wirklich allen den Zutritt erlaubt. Also hier eine nicht zweckgerichtete und bewußte und gewollte Benachteiligung, sondern eine faktische Situation, die sich benachteiligend und diskriminierend ausgewirkt hat und daher nach der dortigen Rechtsprechung jedenfalls verboten war. Es wird interessant sein abzuwarten, ob auf der Grundlage des Artikel 3 Absatz 3 Satz 3, „Niemand darf wegen seiner Behinderungen benachteiligt werden“, auch hier in der Bundesrepublik sich diese Erkenntnis durchsetzen wird.

Eins ist allerdings natürlich festzuhalten, die grundgesetzlichen Vorschriften, insbesondere Grundrechte, gelten natürlich zunächst einmal nur im Verhältnis zwischen Staat und Bürger. Sie sind subjektive Rechte des Bürgers gegenüber staatlichem Handeln. Sie binden damit auch auf der anderen Seite, wie es im Grundgesetz ausdrücklich heißt, alle staatliche Gewalt, also die Rechtsprechung, die Gesetzgebung und die vollziehende Gewalt auf allen Ebenen. Länder und Gemeinden und auch Körperschaften öffentlichen Rechts sind unmittelbar an die Grundrechtsordnung gebunden. Wichtig z. B. in unserem Bereich für viele Rehabilitationsträger, Sozialversicherungsträger usw., die auch unmittelbar an das Grundgesetz gebunden sind.

Aber im gesamten Privatrechtsverkehr findet ja eine unmittelbare Bindung an das Benachteiligungsverbot nicht statt. Nach übereinstimmender Auffassung ist allerdings bei der Auslegung auch von Generalklauseln die wertsetzende Grundordnung der Grundrechte mit zu berücksichtigen, so daß also bei der Anwendung auch zivilrechtlicher Vorschriften das Benachteiligungsverbot künftig zu beachten wäre. Das vielleicht bekannteste Beispiel, das sogenannte Flensburger Behindertenurteil; da war ja eine Vorschrift, die zunächst einmal mit Behinderten gar nichts zu tun hat, nämlich der Anspruch des Reisenden auf Minderung des Reisepreises, auch angewandt worden für den Fall, daß ein Reisender im gleichen Speisesaal wie Behinderte speisen mußte. Da war ihm eine Minderung, ich glaube ein Viertel des Reisepreises, zugesprochen worden.

Die Auslegung dieser Vorschrift mit der Folge, daß sie Behinderte diskriminiert, wäre nach meiner Auffassung jedenfalls mit der nunmehr im Grundgesetz enthaltenen Formulierung „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“ nicht mehr zu vereinbaren. Es ist auch von den Zivilgerichten bei der Auslegung von den entsprechenden Vorschriften die Verfassung jeweils zu berücksichtigen. Es ist, so denke ich, ganz entscheidend in der Zukunft, ob es uns gelingen wird, bei jeder Gelegenheit

dieses Benachteiligungsverbot auch einzufordern. Es wird weniger allein von der Rechtsprechung, weniger allein von der Gesetzgebung, als vielmehr von uns selbst abhängen, ob wir gestützt auf diese Vorschrift auch tatsächlich in der Praxis etwas erreichen können. Es ist ja schon immer so gewesen: Ohne Reformbewegung wäre sicherlich der Gleichberechtigungsgrundsatz des Grundgesetzes (Art. 3 Abs. 2 GG) noch weniger wirksam geworden.

Es gibt ja auch eine ganze Reihe von Vorschriften, wenn man das Grundgesetz durchblättert, die keinerlei praktische Relevanz entwickelt haben, weil sich da keiner drum kümmert.

Es wird in diesem Zusammenhang, das sage ich immer wieder vor allem auch den Betroffenen selbst, ganz entscheidend davon abhängen, was wir selbst, gestützt auf diese Vorschrift, durchsetzen können und wie wir nachweisen, wo überzeugend auch in der Öffentlichkeit erklären können, was tatsächlich Benachteiligungen im Sinne dieser Vorschrift sind, denn das kann niemand für uns machen. Wir werden darauf angewiesen sein, es für uns selbst zu tun.

Ich möchte es damit erst mal bei der Darstellung der neuen Verfassungsvorschrift bewenden lassen.

Wir haben immer auch bei der Diskussion über die neue Verfassung über das Benachteiligungsverbot im Grundgesetz gesagt, daß folgen müssen einfache gesetzliche Vorschriften auf der Ebene der einfachen Gesetze unterhalb der Verfassung, durch die das entsprechend ausgefüllt und dann umgesetzt wird.

Zu einfachgesetzlichen Vorschriften, die jetzt unser Ziel sind, nachdem wir die Verabschiedung des Benachteiligungsverbot im Grundgesetz erreicht haben: Im Bericht der Bundesregierung über die Lage der Behinderten vom April oder Mai 1994 steht, daß die Bundesregierung keine rechtliche Benachteiligung von Behinderten sieht.

Ich habe mich darüber gewundert, weil eigentlich bei unseren Diskussionen mittlerweile mit Händen zu greifen ist, daß viele Vorschriften direkt Diskriminierungen von Behinderten enthalten, daß eine ganze Reihe von Vorschriften jetzt als diskriminierend wirken und daß andere Vorschriften wiederum in der konkreten Anwendung jedenfalls diskriminierend von der Rechtsprechung angewandt werden. Ich habe mich eigentlich deswegen über die Geschichte, was da im Bericht der Bundesregierung stand, sehr gewundert.

Für alles ein paar Beispiele.

Es gibt z. B. im Bereich des Haftungsrechts § 828 Abs. 2 BGB eine Vorschrift, nach der Gehörlose, dort heißt es in der Gesetzessprache der Jahrhundertwende noch Taubstumme, mit Kindern gleichgesetzt werden. Es steht also im § 828 Abs. 2, der Haftungsumfang bei Kindern richte sich nach der Einsichtsfähigkeit, und in Satz 2 steht drin, das gleiche gilt für Gehörlose, und zwar unabhängig vom Alter (der Taubstumme steht da drin). Das bedeutet also: Gehörlose werden haftungsrechtlich immer mit Kindern gleichgesetzt.

Es gibt auch eine Vorschrift im Gerichtsverfassungsgesetz, § 187 GVG, wonach es dem Ermessen des Vorsitzenden obliegt, ob ein Gehörloser in der mündlichen Verhandlung gehört werden soll oder nicht. In der Praxis, muß ich gleich hinzufügen, ist es üblich, einen Gebärdensprachdolmetscher oder sonstwie Übersetzungsmöglichkeiten für Gehörlose hinzuzuziehen, wenn eine Verständigung in der Lautsprache nicht möglich ist. Im Gerichtsverfassungsgesetz steht aber auch immer noch drin, daß dieses dem Ermessen des Vorsitzenden obliegt, also ob rechtliches Gehör gewährt wird, sozusagen im Ermessen des Gerichts, das kann eigentlich nicht sein.

Es gibt nach wie vor die Verpflichtung zur Ablegung eines medizinisch-psychologischen Tests vor Führerscheinprüfungen für Körperbehinderte.

Der medizinisch-psychologische Test steht in der Verkehrszulassungsordnung. Da steht

auch nur, daß in bestimmten Fällen ein medizinisch-psychologischer Test verlangt werden kann. U. a. bei Doppelbehinderten wird es üblicherweise auch verlangt.

Gegen den medizinischen Test, in dem z. B. überprüft wird, ob ausreichend Kraft überhaupt vorhanden ist, um ein Kraftfahrzeug zu führen, sicher zu führen vor allem, oder ob auch die richtige Reaktionsfähigkeit z. B. vorhanden ist, wird sicherlich in vielen Fällen nichts einzuwenden sein.

Ein psychologischer Test, der aber die psychische Situation überprüft, ist in der Tat eine Benachteiligung gegenüber anderen. Ich selbst mußte, mittlerweile vor ungefähr 20 Jahren, als ich den Führerschein erworben hatte, einen solchen medizinisch-psychologischen Test ablegen. Der Psychologe sagte auf meine Frage, weshalb denn so viele Intelligenztests und so etwas gemacht würden, es sei eben sicherzustellen, daß die Beeinträchtigungen im körperlichen Bereich durch besondere Fähigkeiten im psychischen Bereich ausgeglichen werden. Eine Überprüfung, die also bei keinem anderen Kraftfahrer vorgenommen wird. Wenn man sich das Verhalten im Straßenverkehr, mein eigenes eingeschlossen, ansieht, kann man wirklich nur wieder Bedenken haben, ob nicht dieses sinnvollerweise von jedem verlangt werden könnte. Aber das ist eine ganz andere Frage, jedenfalls wird es von einem Teil verlangt und vom anderen Teil nicht, deshalb halte ich das für eine Diskriminierung.

Es gab auch, das ist mittlerweile geändert, einen Ausschluß von Sehbehinderten und Blinden als Physiotherapeuten, und es gibt auch andere verschiedene Prüfungsordnungen, in denen Behinderte offenbar von verschiedenen Berufen ausgeschlossen sind, und zwar pauschal ausgeschlossen sind, also ohne Überprüfung im Einzelfall, ob die Fähigkeiten vorliegen oder nicht. Gerade in dem Bereich haben ja viele Behinderte nach und nach sich auch Berufsbereiche erobert, die früher undenkbar gewesen wären. Es gibt mittlerweile eine ganze Reihe von Rollstuhlfahrern auch oder von sonstigen Behinderten, die z. B. Medizin studiert haben, was noch vor 20 oder 25 Jahren völlig undenkbar gewesen wäre. Bis es dann auch mal solche gemacht haben, und in verschiedenen anderen Bereichen ist unheimlich viel dadurch schlicht und ergreifend erreicht worden, daß die Betroffenen es einfach gemacht haben, sich von irgendwelchen Verboten oder Regularien nicht haben abhalten lassen.

Es gibt sicherlich noch andere Vorschriften, die unmittelbar tatsächlich auch Diskriminierungen von Behinderten enthalten.

Aber es gibt noch eine ganze Reihe von anderen Vorschriften, die in der Tat auch diskriminierend gegenüber Behinderten wirken. Das bereits erwähnte Beispiel des Personenbeförderungsgesetzes, um das noch einmal aufzugreifen. Es steht ja auch im Personenbeförderungsgesetz, daß die Verkehrsunternehmen verpflichtet sind, jeden Fahrgast mitzunehmen, ein sogenannter Kontrahierungszwang. Sie können nicht einfach jemanden an der Bushaltestelle stehenlassen oder an der Straßenbahnhaltestelle, weil ihnen die Nase nicht paßt, aber eingeschränkt darauf, daß mit den üblichen Beförderungsmitteln eine Mitnahme auch tatsächlich möglich ist. Hier streben wir in der Tat an, daß diese allgemeinen bereits enthaltenden Verpflichtungen, alle Fahrgäste mitzunehmen, auch auf Behinderte erstreckt wird.

Es gibt die weit verbreitete Ansicht auf der Grundlage des Schwerbehindertengesetzes und der Werkstättenverordnung, daß die Mitarbeiter in Werkstätten für Behinderte keine Arbeitnehmer sind. Dort also sämtliche Arbeitnehmerschutzrechte nicht bestehen, Lohnfortzahlung im Krankheitsfalle oder Urlaubsanspruch nach dem Bundesurlaubsgesetz, Mutterschutz, was man noch immer nennen könnte, sogar das Schwerbehindertengesetz selbst, der Zusatzurlaub und der Kündigungsschutz sind auch für die Mitarbeiter in den Werkstätten für Behinderte nach üblicher Auffassung nicht anwendbar. Auch das ist eine klare rechtliche Benachteiligung gegenüber anderen Arbeitnehmern in anderen Betrieben. Möglicherweise wird sich dort mit der Diskussion über ein Sozialgesetzbuch 9. Buch etwas tun. Sie wissen vielleicht, daß schon in der letzten Legislaturperiode ein

Referentenentwurf aus dem Bundesarbeitsministerium vorgelegt worden ist, mehrfach überarbeitet inzwischen. Dort ist in dem letzten Referentenentwurf enthalten, daß verschiedene Arbeitnehmer-Schutzvorschriften auf Mitarbeiter in Werkstätten für Behinderte in gleicher Weise Anwendung finden sollen. Es gibt also auch dort, auch von konservativer Seite, schon eine Überlegung in Richtung Verbesserung in der Rechtstellung von Behinderten in Werkstätten für Behinderte. Man wird schauen müssen, wie weit es gehen kann und inwieweit die besondere Rehabilitationssituation von Mitarbeitern in Werkstätten für Behinderte, die ja nicht in der gleichen Art und Weise wie Mitarbeiter in anderen Betrieben ihre Mitarbeit leisten, sondern mit bestimmter entsprechender Anleitung usw., dort, wo es die Situation notwendig macht, anders behandelt werden muß. Vom Prinzip her aber jedenfalls ist es, denke ich, eigentlich Diskriminierung, daß sämtliche Arbeitnehmerschutzrechte für die Mitarbeiter nicht anwendbar sind.

Es gibt den Grundsatz der Privatautonomie bislang und Vertragsfreiheit. Wenn man von dem Kontrahierungszwang z. B. beim Personenbeförderungsgesetz absieht. Jeder, der einen Vertrag abschließt, kann also selbst entscheiden, ob er mit einer bestimmten Person, die gern einen Vertrag mit ihm abschließen möchte, abschließt oder ob er dies, aus welchen Gründen auch immer, zurückweist, ohne daß es einer besonderen Rechtfertigung bedarf. Es gibt, gestützt auf diesen Grundsatz, der auch Verfassungsrang genießt, die weitverbreitete Praxis verschiedener Versicherungsunternehmen, z. B. mit Behinderten keine Versicherungsverträge abzuschließen, und zwar grundsätzlich unabhängig auch vom Versicherungsrisiko. Insbesondere mit geistig Behinderten oder auch Spastikern oder sonstigen eingeschränkten oder festgelegten Behinderungsgruppen werden keine Versicherungsverträge abgeschlossen. Das ergibt sich nicht aus den allgemeinen Geschäftsbedingungen, sondern vielfach aus den Kernanweisungen der Versicherungsunternehmen. Es ist wieder in der Lebenshilfe ein Beispiel veröffentlicht worden. Da war ein junger Mann, Mitarbeiter in der Werkstatt für Behinderte, der bei seinen Eltern schon seit längerem krankenversichert war. Er wollte nunmehr eine eigene private Krankenversicherung oder Zusatzversicherung abschließen. Das wurde ihm von dem Versicherungsunternehmen verwehrt, einfach auf der Grundlage, daß er behindert ist, obwohl in diesem Fall ja auf Grund der langjährigen Versicherung des Versicherungsnehmers oder bzw. des Kindes des Versicherungsnehmers der Versicherung ja bekannt war, daß dort ein Höchststrisiko nicht vorlag. Im Gegenteil ist es ja so, wie ich mittlerweile erfahren habe, bei meiner Wahlkampfrunde bin ich in verschiedenen Werkstätten gewesen, daß üblicherweise die Mitarbeiter in Werkstätten für Behinderte in sehr viel geringerem Maße krank sind als allgemein üblich.

Allerdings wird das, fürchte ich, auch bei der deutschen Rechtstradition, die ja sehr vorsichtig ist mit Verbandsklagerechten, auf erhebliche Schwierigkeiten stoßen. Immerhin hat auch das Bundesarbeitsministerium in seinem Entwurf für das Sozialgesetzbuch 9. Buch die Möglichkeit von einem Verbandsklagerecht – allerdings sehr oberflächlich – formuliert. Aber immerhin ist es im Referentenentwurf mit aufgenommen, so daß ich Hoffnung habe, daß sich auch dort etwas tut.

Zur praktischen Umsetzung stelle ich mir vor, oder überhaupt für die Erarbeitung der einzelnen Vorschläge und Vorschriften, die in einem Antidiskriminierungsgesetz oder im Gleichstellungsgesetz stehen könnten, daß nach der nächsten Bundestagswahl eine fraktionsübergreifende Arbeitsgruppe eingerichtet würde zur Beteiligung vor allem auch unabhängiger Fachleute und der Betroffenen, die solche Vorschläge ausarbeiten können, ungefähr in Anlehnung an die Arbeitsgruppe, die den ersten Diskussionsentwurf für das Betreuungsrecht ausgearbeitet hat. Weil wir sicherlich in ähnlicher Weise wie beim Betreuungsrecht auch darauf angewiesen sind, daß das auf breite Akzeptanz über alle politischen Gruppen und über alle Bevölkerungskreise hinwegstößt. Wir wollen ja mit diesen Vorschriften im Grundsatz und im Endziel erreichen, daß die Situation von Behinderten in der Gesellschaft verbessert wird. Das kann man natürlich nicht unmittelbar durch Gesetze erreichen. Es ist ja nicht möglich, daß durch ein Gesetz per Klickschalter

sozusagen die diskriminierende Einstellung verändert wird. Man kann nur die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen mitbeeinflussen, auf Grund deren sich dann wiederum Bewußtsein bildet. Das wollen wir versuchen. Ich hoffe, unabhängig davon, ob ich nun selbst dort als Abgeordneter beim nächsten Bundestag das verfolgen kann oder auch von außen her, daß wir dieses in der nächsten Legislaturperiode voranbringen. Ich darf mich erst einmal für Ihre Aufmerksamkeit bedanken.

Jutta Trautmann, Behindertenpädagogin, Martin Eckert, Sonderpädagoge, Rüdiger Pohlmann, Diplom-Sozialpädagoge, Hamburger Spastikerverein

*Biographien entscheiden –  
Lebenswirklichkeit unter den Bedingungen schwerster Behinderung*

Der Hamburger Spastikerverein versteht sich seit seiner Gründung im Jahre 1956 als Interessenvertretung für behinderte Menschen und ihre Angehörige.

Ziel ist zum einen die Integration behinderter Menschen entsprechend ihren Wünschen und Bedürfnissen und zum anderen die Begleitung und Unterstützung von Angehörigen behinderter Menschen.

Die Angebote und Arbeitsfelder im Hamburger Spastikerverein umfassen u. a. juristische, sozialrechtliche und psychosoziale Beratung für Eltern/Angehörige und behinderte Menschen, familientlastende Dienste, Freizeitclubs, integrative Kulturarbeit – z. B. ein Projekt *Menschen mit und ohne Behinderung spielen gemeinsam Theater* –, Erwachsenenbildung für behinderte Menschen – z. B. Deutsch- und Rechenkurse –, Beratung für behinderte Frauen mit sexuellen Mißbrauchserfahrungen, Wahrnehmung der Aufgaben nach dem Betreuungsgesetz, d. h. Beratung, Begleitung, Werbung ehrenamtlicher BetreuerInnen, und Übernahme von Betreuungen.

Der Hamburger Spastikerverein unterstützt und wirbt BetreuerInnen ausschließlich für behinderte Personen – schwerst mehrfach, körperlich oder geistig behinderte Menschen. Entsprechend dieser Zielgruppe werden auch von uns nur Betreuungen für behinderte Personen übernommen. Wir haben die Erfahrung gemacht, daß die Arbeit mit nur einer Zielgruppe zu einer besseren gesetzlichen Vertretung führt. Obwohl eine Vielzahl behinderter Menschen eine Betreuung hat oder benötigt, besteht bei den professionell Tätigen im Betreuungswesen oft Unsicherheit und Unwissenheit über die differenzierten Lebenssituationen behinderter Menschen.

Wie in allen anderen Aufgabenfeldern des Vereins haben wir uns auch in der Betreuungsarbeit das Ziel gesetzt, über die Lebenswirklichkeit der behinderten Menschen zu informieren. Eine Zielsetzung für uns ist hierbei, daß differenzierte Aufgabenkreise in Betreuungen ausgesprochen werden und Betreuungen vermieden werden, wo sie nicht erforderlich sind.

Aufgrund unseres beschriebenen Selbstverständnisses haben wir – *MitarbeiterInnen aus den unterschiedlichen Arbeitsbereichen des Hamburger Spastikervereins* – gern ein Plenum übernommen.

Hauptbestandteil unseres Beitrages war eine Ton-Bild-Serie. Diese Ton-Bild-Serie ist das Ergebnis eines Kursangebotes im Rahmen der Erwachsenenbildung für Menschen mit Mehrfachbehinderungen, in dem sich die TeilnehmerInnen mit ihrer Lebensgeschichte auseinandersetzen. Die Erzählungen und Berichte der TeilnehmerInnen ergaben die Textbeiträge, zusammengetragene Fotos wurden in Dias umgesetzt, die TeilnehmerInnen legten die einzublendenden Musikstücke selbst fest. Nach Erstellung der Serie war es der ausdrückliche Wunsch der TeilnehmerInnen, daß die Ton-Bild-Serie auch immer wieder öffentlich vorgeführt wird. Auf dem VGT wurden zwei Lebensgeschichten gezeigt.

Weitere Bestandteile des Plenums waren eine Darstellung der Normalisierungsgrundsätze und des Diskriminierungsverbots – *siehe Anlage, Handreichung für die PlenumsteilnehmerInnen* – und der Bericht über unsere Befragung zur Lebenssituation behinderter Menschen.

Von uns waren in Hamburg Menschen ohne Behinderung befragt worden, ihre Gedanken zur Lebenssituation behinderter Menschen aufzuschreiben. Im Vordergrund der Antworten stand die angenommene Hilflosigkeit und Abhängigkeit wie auch die eigene Befremdung/Unsicherheit gegenüber behinderten Menschen.

Parallel wurden behinderte Menschen befragt, was ihnen zu ihrem Leben einfällt und wie ihnen ihr Leben gefällt. Die Antworten waren absolut persönlich und sehr positiv geprägt. Eine Gegenüberstellung der Antworten – siehe Anlage – macht auch deutlich, wie subjektiv die Wahrnehmung von uns Nichtbehinderten ist, und zeigt auch das Recht aller Menschen auf subjektive Betrachtung des eigenen Lebens.

#### Anlage 1

##### *Befragung bei Menschen ohne Behinderungen:*

Was fällt Ihnen zur Lebenssituation von mehrfachbehinderten Menschen (körperliche und geistige Behinderung) ein? Bitte schildern Sie kurz drei Ihrer Gedanken.

Nicht selbständig. Immer unter Betreuung. Immer auf Hilfe angewiesen.

Aus der Gesellschaft ausgegrenzt. Berührungängste, die aus der Ausgrenzung entstanden sind. Starke Einschränkung. Starke Abhängigkeit von der Hilfe anderer.

Mitleid empfinden aufgrund der besonderen Situation (körperlich und geistig), daß sie nicht am normalen Alltagsleben teilnehmen können.

Neugier empfinden. Ist das eine andere Existenzform? Wie kann man helfen?

Sie brauchen Hilfe. Sie sind unselbständig. Sie gehören dazu.

Sie verdienen unser verständnisvolles Mitgefühl. Sie sind genauso Menschen wie angeblich normale. Sie verdienen es, voll unterstützt zu werden.

Fremdheit. Lachen und Lebensfreude. Probleme.

##### *Befragung bei Menschen mit Mehrfachbehinderungen:*

Was fällt Ihnen zu Ihrem Leben ein? Wie gefällt Ihnen Ihr Leben?

Mir geht es gut. Ich bin glücklich. Ich habe zwei Freunde. Ich brauche viel Liebe, und die kriege ich auch. Meine Hobbys bringen mir Spaß. Es gibt nichts in meinem Leben, was mir nicht gefällt. Ich bin zufrieden und glücklich.

Mein Leben ist sehr schön, gut, interessant, nett. Ich habe Gesundheit und Fröhlichkeit im Leben.

Ich freue mich über meine Familie. Ich bin froh über meine Arbeit in der Werkstatt für Behinderte.

Schwierig ist es nur, wenn ein Betreuer mal den Chef spielt. Ich mag meine Freundin/meinen Freund sehr gern.

Ganz gut. Ich fühle mich jetzt wohler. Früher habe ich mich nicht so wohl gefühlt, es kamen immer Sachen auf mich zu, die ich nicht wollte. Früher hat mich etwas abgehalten zu tun, was ich wollte, jetzt nicht mehr. Im Moment habe ich keine Probleme.

Ich finde mein Leben gut. Ich bin so zufrieden, weil ich anderen helfen kann. Ich kann Rollstühle schieben und den Tisch decken. Ich habe Tiere gern. Ich mag gern Tiere beobachten, dadurch lernt man auch etwas.

Gut. Selbständig sein. Ich bin in der Wohngruppe selbständig, in der Werkstatt ist es nicht so, aber auch gut. Ich kann nicht allein einkaufen gehen. Wenn es mir nicht so gut geht, habe ich viele Anfälle. Das ist mein einziges Problem.

Mein Zimmer in der Wohngruppe gefällt mir gut. Ich habe nette Kollegen in der Werkstatt. Ich habe ein sagenhaftes Gedächtnis.

#### Anlage 2

##### *Hamburger Spastikerverein Verein zur Förderung und Betreuung spastisch gelähmter Kinder e. V.*

*Es ist normal, verschieden zu sein und trotzdem normal zu leben.*

Die Lebensqualität eines Menschen, auch eines schwerbehinderten Menschen, bemißt sich nicht am Urteil anderer, sondern an der Verwirklichung seiner Bedürfnisse und an der Gestaltung seiner Beziehungen zur Umwelt. Der dänische Jurist *N. E. Bank-Mikkelsen* hat 1959 als Maßstab formuliert: „Letting the mentally retarded obtain an existence as close to normal as possible.“ *Bank-Mikkelsen* gilt als Begründer des sogenannten Normalisierungsprinzips, das von Skandinavien kommend zur anerkannten Grundlage der Arbeit für und mit behinderten Menschen im westlichen Mitteleuropa wurde.

Soweit sich in der Bundesrepublik Deutschland die Gestaltung von Leben unter der Bedingung körperlicher und geistiger Beeinträchtigung von der pflegerischen Aufbewahrung oder mitleidiger Nothilfe zu differenzierten und individuellen Betreuungsformen entwickelt hat, liegt die Akzeptanz des Normalisierungsprinzips zugrunde.

Normalisierung bedeutet:

„Einsatz von kulturell üblichen Mitteln (gewöhnlichen, geachteten Verfahren, Hilfsmitteln, Methoden) mit dem Ziel, Menschen Lebensbedingungen (Einkommen, Wohnbedingungen, Gesundheitsdienste usw.) zu ermöglichen, welche wenigstens so gut sind wie die der anderen Bürger und soweit wie möglich Verhaltensweisen (Fähigkeiten, Kompetenzen usw.), ihr Erscheinungsbild (Kleidung, äußere Erscheinung usw.), ihre Erfahrungen (Anpassung, Gefühle usw.) und ihren Status und ihr Ansehen (Kennzeichnungen durch andere, Einstellungen der anderen usw.) fördern und unterstützen“ (*Wolfensberger*)

oder nach einer Aufgliederung von *Bank-Mikkelsen*:

- Es ist normal, daß man an einem Ort wohnt und daß die übrigen Aktivitäten an einem anderen Ort ausgeführt werden (das Zwei-Milieu-System).
- Es ist normal, daß Kinder zu Hause wohnen und daß man das Heim verläßt, wenn man erwachsen wird.
- Kann dies nicht erfüllt werden, muß man den Betroffenen Institutionen anbieten, in denen sie wohnen sollen wie andere wohnen, d. h. in kleinen Einheiten mit eigenem Zimmer etc.
- Es ist normal, daß Kinder zur Schule gehen und Erwachsene sich fortbilden.
- Es ist normal, daß Erwachsene eine Arbeit haben.
- Diejenigen, die keine Arbeit bekommen können oder nicht arbeiten können, empfangen kompensierende Unterstützung oder Pension.
- Es ist normal, daß man Freizeit und Ferien hat.
- Es ist normal, daß man in einem zweigeschlechtlichen Milieu wohnt und daß man heiratet, wenn man Lust und den Drang verspürt.

Das Anlegen eines relativ einfachen Fragenkatalogs an die Lebenswirklichkeit behinderter Menschen, ausdrücklich auch schwerstbehinderter Menschen, zeigt, wie wenig der von uns allen beanspruchten gesellschaftlichen und individuellen Normalität für von Behinderung Betroffene als gesichert angesehen werden kann.

- Leben Sie in einem normalen Haus mit Ihren eigenen Familien?
- Haben Sie ähnliche Freizeit- und Erholungsmöglichkeiten wie andere Menschen in ähnlichem Alter?
- Haben Sie die gleichen Möglichkeiten, Freunde zu finden, Beziehungen zum anderen Geschlecht zu erleben?

- Können Sie heiraten oder eine feste Beziehung aufbauen und Eltern werden?
- Können Sie eine bezahlte Beschäftigung finden?
- Können Sie erwarten, Ausbildung und Unterstützung beim Lernen von Fertigkeiten zu erhalten, die benötigt werden, um in Ihrer jeweiligen Umgebung zu leben und akzeptiert zu werden?
- Wenn Sie keine bezahlte Stelle haben, haben Sie den gleichen Anspruch auf soziale Sicherheit wie jeder andere Bürger? (Mittler)

## Anlage 3

Hamburger Spastikerverein  
Verein zur Förderung und Betreuung spastisch gelähmter Kinder e. V.

## Zur Notwendigkeit eines Gleichstellungsgesetzes zum Schutz behinderter Menschen

Nachdem Bundesrat und Bundestag dem Votum der Verfassungskommission gefolgt sind und ein Diskriminierungsverbot behinderter Menschen in das Grundgesetz aufgenommen wurde, steht nun der notwendige zweite Schritt an: Wenn das Diskriminierungsverbot behinderter Menschen nicht nur deklamatorischen Wert haben soll, sondern tatsächlich die Grundlage für die Beseitigung der vielfältigen Benachteiligungen behinderter Menschen bilden soll, muß ein Gleichstellungsgesetz geschaffen werden, das umfassend die Möglichkeiten ausschöpft, mit gesetzlichen Normierungen die Lebenswirklichkeit behinderter Menschen zu verbessern.

Anläßlich der Fachtagung „Gleichstellung für Behinderte – Perspektiven für die Zukunft“, die im April 1993 stattfand, wurden in einer Resolution die in einem Gleichstellungsgesetz zu regelnden Punkte benannt. Im folgenden werden Teile dieser EntschlieÙung dokumentiert (zitiert nach BtPrax 4/93):

## A) Materielles Recht

## 1. Zivilrecht

Das Recht der *Geschäftsunfähigkeit* muß mit dem Ziel stärkerer Selbstbestimmung für psychisch kranke und geistig behinderte Menschen überarbeitet werden. Insbesondere die unheilbare Nichtigkeit von Rechtsgeschäften Geschäftsunfähiger bedarf der Reform.

- Im *Vertragsrecht* bedarf es einer Vorschrift, nach der die Ausübung eines Rechts unzulässig ist, wenn Behinderte hierdurch diskriminiert werden (z. B. Geltendmachung von Reisemängeln wegen Anwesenheit von Behinderten im Hotel).
- Die Ablehnung Behinderter als Vertragspartner allein aufgrund der Behinderung muß untersagt werden, ggf. verbunden mit einer Umkehr der Beweislast.
- Im *Schadenersatzrecht* sollte die Geltendmachung von schädigungsbedingtem Mehraufwand für Behinderung etwa durch entsprechende Anwendung sozialrechtlicher Vorschriften erleichtert werden.
- Die geltende Regelung der *Deliktsfähigkeit* nach § 827 BGB kann in der Praxis dazu führen, daß durch geistig oder seelisch behinderte Menschen Geschädigte ohne Ersatzanspruch selbst bei bestehender Haftpflichtversicherung bleiben, was die verstärkte Integration dieses Personenkreises beeinträchtigen kann. Eine kollektive Absicherung der Geschädigten etwa nach dem Vorbild des Opferentschädigungsgesetzes, unabhängig von einer Haftung des Schädigers, sollte hier in Betracht gezogen werden.
- Im *Unterhaltsrecht* ist die Sicherstellung eines behinderungsspezifischen Bedarfs anzustreben, sowohl für den Unterhaltspflichtigen wie für den Unterhaltsberechtigten.

- In Ergänzung zu entsprechenden Vorschriften des öffentlichen Rechts sollte bei der elterlichen Sorge eine Pflicht zur integrativen Erziehung behinderter Kinder verankert werden.
- Das *Betreuungsrecht* muß im Hinblick auf einige Diskriminierungen überprüft werden. Dies gilt für die rechtlichen Folgen eines angeordneten Einwilligungsvorbehalts, des Ausschlusses einiger Betreuer vom Wahlrecht und der notwendigen obligatorischen Bestellung eines Pflegers für das Verfahren, z. B. bei freiheitsentziehenden Maßnahmen.

## 2. Öffentliches Recht

- Im *Baurecht* ist sicherzustellen, daß bauliche Anlagen so herzustellen und zu unterhalten sind, daß sie auch von Behinderten ohne fremde Hilfe zweckentsprechend genutzt werden können. Dies betrifft insbesondere für den allgemeinen Verkehr zugängliche Gebäude und Wohnraum in Gebäuden ab einer noch festzulegenden Größe, soweit nicht besondere Umstände entgegenstehen.
- Im *öffentlichen Personenverkehr* muß der Einsatz behindertengerechter Beförderungsmittel verpflichtend werden.
- Der *öffentliche Verkehrsraum* muß verpflichtend behindertengerecht gestaltet werden, wenn nicht unausweichliche örtliche Gegebenheiten entgegenstehen. Insbesondere ist anzustreben, daß alle Fußgängerampeln auch mit akustischen Signalen ausgerüstet werden.
- Öffentliche *Kommunikationseinrichtungen* und Kommunikationsmittel müssen auch für Behinderte, insbesondere Schwerhörige und Gehörlose sowie Blinde und Sehbehinderte, nutzbar sein.
- Die Voraussetzungen für *integrative Erziehung*, Beschulung und Ausbildung behinderter Kinder und Jugendlicher müssen gewährleistet werden. Eine Sonderbeschulung gegen den Willen der Eltern muß ausgeschlossen sein.
- Prüfungsordnungen müssen Nachteilsausgleiche zur Herstellung der Chancengleichheit Behinderter vorsehen.
- Im *Strafrecht* müssen die bestehenden Lücken im Schutz geistig Behinderter gegen sexuelle Belästigungen geschlossen werden.

## 3. Arbeits- und Sozialrecht

In einem Rehabilitationsgesetzbuch (*SGB IX*) muß ein gemeinsamer nicht-diskriminierender Behinderungsbegriff formuliert werden, der die Ebenen – Schädigung, Beeinträchtigung, Behinderung – nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO unterscheidet und einen Beseitigungs- bzw. Unterlassungsanspruch gegenüber Behinderungen beinhaltet.

- Hierin soll auch ein *Benachteiligungsverbot* und ein Gleichstellungsangebot verankert werden, das mit konkreten verfahrensrechtlichen Möglichkeiten ausgestattet werden soll.
- Rehabilitationsansprüche sind final, das heißt, unabhängig von der *Ursache der Schädigung* zu gewähren. Unterschiedliche finanzielle Trägerschaften bei Rehabilitationsmaßnahmen dürfen nicht zu unterschiedlichen Rehabilitationsleistungen führen.
- Bei sämtlichen sozialen Leistungen müssen Behinderte das Recht haben zu entscheiden, wer die Hilfen erbringt (Personalkompetenz), wie die Hilfen erbracht werden (Anleitungskompetenz), wie die Hilfen in den Alltag eingebunden werden (Organisationskompetenz), und sie müssen die Kontrolle über die Finanzen ausüben können (Finanzkompetenz).
- Beschäftigte in *Werkstätten für Behinderte*, Umschüler in Berufsförderungswerken und Auszubildende in Berufsbildungswerken müssen volle Arbeitnehmerrechte erhalten.

- Die Ausgleichsabgabe für unbesetzte Pflichtplätze nach dem Schwerbehindertengesetz soll auf ein *Durchschnittsgehalt* angehoben werden bei Verwendung der Mittel für die Beschäftigung Behinderter auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (z. B. Lohnkostenzuschüsse).
- Die Rechte der Schwerbehindertenvertretung im Einstellungsverfahren sollen verbessert werden, und Schwerbehinderte sollen ein individuelles Klagerecht für den Fall erhalten, daß sie aufgrund ihrer Behinderung nicht eingestellt wurden.

#### B) Verfahrensrecht

- Den einzelnen Behinderten muß durch *Beweiserleichterungen* bis hin zur Beweislastumkehr im Prozeß gegen Diskriminierungen die Wahrnehmung ihrer Rechte erleichtert werden. Zugleich sollten die Möglichkeit des Verfahrensbeitritts von Verbänden sowie einer Verbandsklagemöglichkeit zugunsten der Betroffenen bereits im geplanten SGB IX vorgesehen werden.
- Bei Verstößen Dritter gegen das Verbot der Diskriminierung Behinderter in Rechtsverhältnissen, an denen Behinderte selbst nicht beteiligt sind, müssen Möglichkeiten der Beteiligung von Organisationen und Verbänden Betroffener im Verfahren eingeführt werden (vergleichbar der Nebenintervention im Zivilprozeß, der Beiladung im Verwaltungsstreitverfahren und der Beteiligung Dritter im Verwaltungsverfahren).
- Bei Ausschluß Behinderter von einer ansonsten dem allgemeinen Verkehr zur Verfügung stehenden Einrichtung muß der Betreiber von Verbänden auf *Unterlassung* in Anspruch genommen werden können, vergleichbar der Regelung bei Wettbewerbsverstößen.
- Diskriminierende *Normen* des privaten (z. B. Allgemeine Geschäftsbedingungen, Allgemeine Versicherungsbedingungen etc.) oder öffentlichen Rechts (Gesetze, Rechtsverordnungen) müssen von Verbänden angefochten werden können.

#### Anlage 4

*Hamburger Spastikerverein  
Arbeitsstelle Betreuungsgesetz*

Vierter Vormundschaftsgerichtstag in Friedrichroda  
vom 12. bis 15. Oktober 1994

*Informationen und Auskunft* zu Fragen der Behindertenhilfe erhalten Sie beim:

Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e. V.  
Brehmstraße 5-7  
40239 Düsseldorf  
Tel.: 02 11/62 66 51  
Fax: 02 11/61 39 72

Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte  
Raiffeisenstraße 18  
35043 Marburg  
Tel.: 0 64 21/4 91-0  
Fax: 0 64 21/4 91-1 67

Beide Verbände können Ihnen auch Ihren örtlichen Ansprechpartner benennen.

#### Anlage 5

##### *Literaturliste*

- |                              |  |
|------------------------------|--|
| Alles geregelt?              | - Tips zur rechtlichen Vorsorge für Menschen mit chronischen Krankheiten und Behinderungen<br>Deutsche AIDS-Hilfe e. V., 1993/5,- DM<br>ISBN 3-930425-00-9 |
| Alt und geistig behindert    | - Ein europäisches Symposium<br>Lebenshilfeverlag Marburg, 256 Seiten, 29,50 DM<br>Große Schriftenreihe - Band 26  |
| Gegen jedes Recht            | - Senn, Charlene<br>Verl. Donna Vita, Berlin 1993  |
| Katze fängt mit S an         | - Aphasie oder der Verlust der Wörter<br>Tropp Erbland, Ingrid, 1988/7,80 DM<br>Fischer Taschenbuch<br>ISBN 3-596-23293-7                                  |
| Kein Kind zum Vorzeigen?     | - Bericht über eine Behinderung<br>Häusler, Ingrid, 1979/8,80 DM<br>ISBN 3-499-14524-3   |
| Mehr als ich erwarten durfte | - Auch Behinderte werden erwachsen<br>Ruppert, Johanna, 1979<br>ISBN 3-87760-262-2   |
| Menschen mit Behinderungen   | - Berichte, Erfahrungen, Ideen zur Präventionsarbeit<br>Schriftenreihe Sexueller Mißbrauch 5, 1993<br>Verl. Donna Vita<br>ISBN 3-927796-22-0               |
| Stumme Stimmen               | - Reise in die Welt der Gehörlosen<br>Sacks, Oliver, 1990/12,90 DM<br>rororo<br>ISBN 3-499-191989  |

## Grundzüge und Probleme der sozialen Pflegeversicherung

### 1. Grundsätze der Pflegeversicherung

#### a) Neuer Zweig der Sozialversicherung

Die soziale Pflegeversicherung wird als neuer Zweig der Sozialversicherung eingeführt neben den traditionellen Bereichen gesetzliche Krankenversicherung, gesetzliche Rentenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung und Arbeitslosenversicherung. Geregelt ist die Pflegeversicherung im Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI). Damit hat sich das Sozialversicherungsmodell gegen andere Absicherungsmodelle (z. B. „steuerfinanziertes Leistungsgesetz“) durchgesetzt. Gleichzeitig werden die privat krankenversicherten Bürger verpflichtet, eine private Pflegeversicherung abzuschließen, bei der erstmals im Privatversicherungsrecht auch Elemente einer Sozialversicherung eingeführt werden, in der z. B. bei der Bemessung der Prämie, die nicht höher liegen darf als der Höchstbeitrag in der sozialen Pflegeversicherung, Vorerkrankungen nicht berücksichtigt werden dürfen.

#### b) Vorrang der häuslichen Pflege

Ebenfalls dem Selbstbestimmungsrecht entspricht die Verpflichtung der Pflegeversicherung, mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn zu unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können (§ 3 Satz 1 SGB XI). Die vollstationäre Pflege kann daher nach § 39 Abs. 1 SGB XI auch nur ausnahmsweise gewährt werden, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des Einzelfalles nicht in Betracht kommt. Ambulante Pflegeleistungen werden auch übernommen, wenn Pflegebedürftige „täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen“ (Pflegestufe III, § 13 Abs. 1 Nr. 3 SGB XI). Dies macht deutlich, daß nicht etwa ein bestimmter Grad an Pflegebedürftigkeit, ein konkreter Umfang des täglichen Bedarfs an Hilfe oder gar eine Kostenabwägung Grund für eine Unterbringung im Pflegeheim sein darf, sondern allein die faktischen Möglichkeiten der häuslichen Hilfgewährung durch Angehörige, Nachbarn oder auch professionelle Pflegedienste entscheidend sind. Nur subsidiär, wenn alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft sind, kann auch die Pflege in einem Heim als ultima ratio in Betracht kommen.

#### b) Selbstbestimmung

Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten (§ 2 Abs. 1 SGB XI). Dieser Grundsatz ist sowohl bei allen Einzelentscheidungen in Ausführung des Gesetzes als auch bei der Formulierung unterschiedlicher Ausführungsvorschriften von allen hieran Beteiligten zu beachten. Eine größtmögliche Kontinuität in der Lebensführung Pflegebedürftiger, das „Prinzip der Normalisierung“, also der Orientierung des Lebensumfeldes am Leitbild nichtpflegebedürftiger Menschen, die möglichst weitgehende Unabhängigkeit von fremder Hilfe und die Erbringung notwendiger Pflege- und Unterstützungsleistungen in Unterordnung unter die Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen sind Bestandteile des Grundsatzes der Selbständigkeit und Selbstbestimmung. Konkrete Ausprägungen sind etwa der Vorrang von Prävention und Rehabilitation (§ 5 SGB XI), der Eigenverantwortung (§ 6 SGB XI) und der Aufklärung und Beratung (§ 7 SGB XI) der Versicherten durch die Pflegekassen.

#### c) Altersunabhängige Leistungen

Auch wenn möglicherweise das Leitbild des pflegebedürftigen älteren Menschen die Motive des Gesetzgebers weitgehend geprägt hat, werden alle Pflegebedürftigen unabhängig von ihrem Alter und der Ursache ihrer Pflegebedürftigkeit erfaßt. Ausdrücklich geht das Gesetz in §§ 13 Abs. 2, 21 Abs. 2, 29 Abs. 2 Satz 3 SGB XI davon aus, daß auch Kinder pflegebedürftig i. S. d. Gesetzes sein können. Dies bedeutet, daß Behinderte jeden Alters pflegebedürftig sein können und daß andererseits pflegebedürftige Behinderte durchaus die Schule besuchen, einer Ausbildung oder einem Beruf nachgehen und am öffentlichen Leben teilnehmen können und nicht etwa ständiger oder auch nur überwiegender Aufenthalt im häuslichen Bereich bei Pflegebedürftigen angenommen werden kann. Ob Pflegebedürftigkeit i. S. d. Gesetzes vorliegt, ist vielmehr unabhängig von den sonstigen allgemeinen Lebensumständen zu beurteilen.

#### d) Teil-Bedarfsdeckung

Immer und in jedem Falle decken die Leistungen der Pflegeversicherung nur einen Teil des konkreten Hilfebedarfs eines Pflegebedürftigen ab, die Deckung des gesamten Bedarfs ist nicht vorgesehen. Dies ergibt sich nicht nur aus den vorgesehenen limitierten Leistungen (hierzu), sondern auch aus § 4 Abs. 2 SGB XI, wonach bei häuslicher und teilstationärer Pflege die Leistungen der Pflegeversicherung lediglich die familiäre, nachbarschaftliche oder sonstige ehrenamtliche Pflege und Betreuung *ergänzen*. Da die §§ 68 ff. n. F. BSHG dagegen am Prinzip der (nachrangigen) Bedarfsdeckung festhalten, kommen *in jedem Falle festgestellter Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI* bei Vorliegen der sozialhilferechtlichen Voraussetzungen (insbesondere Bedürftigkeit i. S. d. BSHG) daher auch weiterhin ergänzende Leistungen nach dem BSHG in Betracht. Zudem können wesentliche Leistungen der Sozialhilfe auch bereits dann erbracht werden, wenn solche der Pflegeversicherung (noch) nicht in Betracht kommen (zu den Einzelheiten sogleich unter 2.). Ein wesentliches Ziel des Gesetzgebungsvorhabens, Pflegebedürftige unabhängig von Sozialhilfe zu machen, konnte damit jedenfalls nicht erreicht werden. Der Grundsatz der Beitragsstabilität und der Wirtschaftlichkeit der zu erbringenden Leistungen wurde hier vom Gesetzgeber höher bewertet als der Wunsch nach umfassender Absicherung des Pflegeisikos.

#### e) Abgrenzung zu anderen Leistungen

Die bereits vor Inkrafttreten der Pflegeversicherung bestehenden Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach dem Bundesversorgungsgesetz (Kriegsopfer), der Gesetzlichen Unfallversicherung (Arbeits- und Wegeunfälle) sowie öffentlicher Kassen für Unfallversorgung und Unfallfürsorge gehen den Leistungen der Pflegekasse vor. Gleichrangig mit der Pflegeversicherung sind die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege. Nachrangig schließlich sind die Fürsorge- und Sozialhilfesysteme, also die Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz, dem Lastenausgleichsgesetz und der Kriegsopferfürsorge. Allerdings gehen insbesondere die Leistungen der Hilfe zur Pflege nach §§ 68 ff. BSHG über den (beschränkten) Leistungsrahmen der Pflegeversicherung hinaus, so daß bei Vorliegen der allgemeinen sozialhilferechtlichen Voraussetzungen (insbesondere Bedürftigkeit) weitergehende Leistungen beim Sozialamt in Anspruch genommen werden können.

#### f) Ruben der Ansprüche

Nach § 34 SGB XI ruhen die Leistungen der Pflegeversicherung u. a. „solange sich Versicherte im Ausland aufhalten“, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthaltes pflegebedürftig werden. Das würde dem Wortlaut nach bedeuten, daß auch während vorübergehender Auslandsaufenthalte, z. B. bei Urlaubs- oder Dienstreisen, Pflegebedürftige ohne die Leistungen der Pflegeversicherung auskommen müßten. Wir haben dies immer als faktisches Ausreiseverbot für Behinderte/Pfle-

gebedürftige bezeichnet. Der Bundesarbeitsminister und inzwischen ihm folgend auch die Pflegekassen haben allerdings die Ansicht vertreten, daß die Vorschrift nicht eingreift bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten für die Dauer von bis zu sechs Wochen. Diese „leistungsbezieherfreundliche“ Interpretation hat allerdings im Wortlaut der Vorschrift keinen Anhaltspunkt. Motiv ist vielmehr die Tatsache, daß bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten kürzerer Dauer der Verwaltungsaufwand für die Kürzung der Ansprüche wesentlich teurer wird als die Weitergewährung der Leistung. Es wirft allerdings ein bezeichnendes Licht auf die „Qualität“ der Gesetzgebung, wenn durch den zuständigen Bundesminister eine gerade verabschiedete Vorschrift noch vor ihrem Inkrafttreten wieder „uminterpretiert“ werden muß.

#### g) Vorversicherungszeiten

Mit Beginn der Leistungen zur häuslichen Pflege am 1. 4. 1995 kann sofort die Leistungen in Anspruch nehmen, wer zu diesem Zeitpunkt Mitglied der Pflegeversicherung oder dort familienversichert und natürlich pflegebedürftig ist. Die Zurücklegung einer Vorversicherungszeit wird zunächst nicht verlangt. In den folgenden Jahren wird allerdings schrittweise eine pro Jahr jeweils um ein weiteres Jahr verlängerte Vorversicherungszeit eingeführt. Ab 1. 1. 1996 kann nur ein Pflegebedürftiger Leistungen beziehen, der mindestens ein Jahr bereits versichert war, ab 1. 1. 1997 müssen dies zwei Jahre sein etc., bis schließlich ab 1. 1. 2000 Leistungen nur beziehen kann, wer in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung mindestens 5 Jahre in der Pflegeversicherung versichert war. Bei Kindern kommt es auf die Versicherungszeit der Eltern an. Folge wird v. a. sein, daß Ausländer mindestens fünf Jahre in Deutschland leben und versicherungspflichtig beschäftigt sein müssen, bevor sie Leistungen der Pflegeversicherung beziehen können.

#### 2. Versicherte in der gesetzlichen Pflegeversicherung

Als Faustregel läßt sich festhalten: nach dem Prinzip „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ sind in der Pflegeversicherung alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen pflichtversichert. Dies sind zunächst die Pflichtversicherten der GKV, also:

- Arbeiter, Angestellte, zur Berufsausbildung Beschäftigte
- Bezieher von Arbeitslosengeld, -hilfe und anderen Leistungen nach dem AFG
- Landwirte
- selbständige Künstler und Publizisten
- Rehabilitanden
- Mitarbeiter in Werkstätten für Behinderte
- in Heimen mitarbeitende Behinderte, wenn sie wenigstens ein Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten erbringen,
- Studenten
- Auszubildende ohne Arbeitsentgelt, Praktikanten
- Rentner der Gesetzlichen Rentenversicherung

Daneben aber auch diejenigen, die in der GKV lediglich freiwillig versichert sind. Diese können sich allerdings auf Antrag von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen, wenn sie eine anderweitige gleichwertige private Absicherung nachweisen.

Mitversichert sind Ehegatten und Kinder von Mitgliedern nach den gleichen Grundsätzen wie in der GKV, nämlich wenn sie

- im Inland wohnen,
- nicht selbst in der Pflegekasse versicherungspflichtig sind oder in einer Privatversicherung,

- nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und
- kein Gesamteinkommen von mehr als 1/7 des Durchschnittsentgelts aller Versicherten haben.

Kinder sind mitversichert

- bis zum 18. Lebensjahr,
- bis zum 23. Lebensjahr, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
- bis zum 27. Lebensjahr, wenn sie sich noch in Ausbildung befinden, und schließlich
- ohne Altersgrenze, wenn sie wegen einer Behinderung zum eigenen Unterhalt außerstande sind und vorher schon als Familienangehörige mitversichert waren.

#### 3. Pflegebedürftigkeit

Neben der Mitgliedschaft oder Familienversicherung in der Pflegeversicherung ist selbstverständlich eine bestehende Pflegebedürftigkeit Voraussetzung für den Leistungsbezug. Diesen Versicherungsfall der Pflegeversicherung definiert § 14 Abs. 1 SGB XI: „Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.“

Im Gegensatz zu vergleichbaren Definitionen in anderen Gesetzen werden im SGB XI allerdings die einzelnen Merkmale nunmehr im Gesetz selbst näher definiert:

a) Als Krankheit oder Behinderung werden dabei angesehen:

- Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat
- Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane
- Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

b) Die erforderliche Hilfe kann bestehen in der Unterstützung, der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen oder auch in einer Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen. Letzteres ist insbesondere für geistig behinderte und psychisch kranke Menschen von Bedeutung, die zwar physisch durchaus in der Lage sind, die täglichen Verrichtungen selbst vorzunehmen, die aber wegen Antriebsschwäche oder aus sonstigen Gründen der Anleitung oder Beaufsichtigung bedürfen. An der Formulierung des Gesetzes wird teilweise kritisiert, daß die Beaufsichtigung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme erfolgen muß, obwohl viele Behinderte auf Dauer zur eigenständigen Verrichtung nicht in der Lage sein werden. Nach meinem Verständnis ist aber mit dieser Formulierung auch nicht sozusagen der Rehabilitationsaspekt gemeint, dem Behinderten irgendwann einmal Eigenständigkeit „beizubringen“, sondern sie ist nur bezogen auf die jeweiligen Verrichtungen, die in den gemeinten Fällen ja von den Behinderten selbständig vorgenommen werden, allerdings nur unter entsprechender Anleitung. Problematischer ist dabei schon, daß nur die Anleitung und Beaufsichtigung bei den unter c) beschriebenen Verrichtungen berücksichtigt wird, nicht jedoch ein darüber hinausgehender allgemeiner Bedarf an Beaufsichtigung, z. B. zur Abwehr von Eigengefährdungen.

c) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens sind nur die im Gesetz ausdrücklich aufgeführten. Ein Bedarf an Hilfe bei anderen als den im Katalog des § 14 Abs. IV SGB XI enthaltenen Verrichtungen ist für die Beurteilung einer Pflegebedürftigkeit unerheblich. Genannt wird zunächst im Bereich der Körperpflege: das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung. Im ursprünglichen Entwurf war auch noch das Haare-

waschen und die Nagelpflege enthalten. Letztere wurde im Gesetzgebungsverfahren mit der Begründung gestrichen, hierbei handele es sich nicht um eine täglich anfallende Verrichtung. Das würde aber bei vielen Männern auf das Rasieren z. B. auch zutreffen, nicht jeder duscht und/oder badet zudem jeden Tag. Beachtenswert ist jedenfalls noch, daß z. B. die Monatshygiene fehlt, was von manchen als Beleg dafür genommen wird, daß vor allem Männer an der Ausarbeitung des Gesetzes beteiligt waren.

Aus dem Bereich der Ernährung wird das mundgerechte Zubereiten und die Aufnahme der Nahrung genannt, im Rahmen der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung. Nach den Richtlinien der Pflegekassen kommen Gehen, Stehen etc. nur insoweit in Betracht, als sie im Zusammenhang mit einer der anderen Verrichtungen steht. Zudem bleibt offen, was eigentlich nach der Hilfe beim „Verlassen der Wohnung“ bis zu deren „Wiederaufsuchen“ passiert. Begleitende Hilfe z. B. im Straßenverkehr ist nämlich nicht vorgesehen.

Schließlich werden bei der hauswirtschaftlichen Versorgung berücksichtigt Hilfen beim Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung sowie das Beheizen der Wohnung.

Es fehlt der gesamte Bereich der sogenannten Behandlungspflege. Blutdruckmessen, Spritzen setzen, Einreibungen, Wechsel von Verbänden etc. gehört also nicht zum Leistungsbereich der Pflegeversicherung, hierfür kommt nach wie vor allenfalls die – nur unter engen Grenzen mögliche – häusliche Krankenhilfe durch die Krankenkasse auf.

#### 4. Pflegestufen

Der Hilfebedarf muß in erheblichem oder höherem Maße vorliegen. Hierzu werden drei Pflegestufen geschaffen, in die alle Pflegebedürftigen eingeteilt werden:

a) Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit) liegt vor, wenn mindestens einmal täglich Hilfe für wenigstens zwei der o. g. Verrichtungen aus den Bereichen Körperpflege, Mobilität und Ernährung benötigt wird und darüber hinaus mehrfach in der Woche hauswirtschaftliche Hilfe. Nach den Richtlinien der Pflegekassen ist zudem ein zeitlicher Aufwand von durchschnittlich 90 Minuten pro Tag erforderlich. Geleistet werden in der Pflegestufe I Pflegeeinsätze bis zu 750,- DM im Monat oder ein Pflegegeld von 400,- DM.

Deutlich wird hier zweierlei: zum einen fallen diejenigen Pflegebedürftigen aus dem Bereich der Leistungsberechtigten heraus, die zwar mehrmals in der Woche, aber nicht täglich Hilfe brauchen oder deren täglicher Hilfebedarf nicht 90 Minuten erreicht. Nach einer Untersuchung des BMFuS haben etwa 40 % aller Pflegebedürftigen einen mehrfach wöchentlichen, aber nicht täglichen Hilfebedarf, diese würden dann keine Leistungen der Pflegeversicherung bekommen. Auch Betroffene, die wie z. B. psychisch Kranke häufig einen ständig wechselnden Hilfebedarf zwischen fast gar nicht bis ständig haben, fallen vermutlich heraus, weil sie keinen regelmäßigen täglichen Hilfebedarf haben.

Zum anderen wird hier bereits die Diskrepanz zwischen dem Bedarf auf der einen Seite und den Leistungen auf der anderen deutlich: in die Pflegestufe I kommt nur, wer regelmäßig im Monat (30 Tage x 90 Min. =) 45 Stunden Hilfe benötigt. Mit den vorgesehenen 750,- DM könnten dann pro Stunde nur 16,66 DM eingesetzt werden. Die ambulanten Hilfsdienste müssen aber heute schon für den Personaleinsatz i. d. R. mindestens 35,- bis 40,- DM einsetzen. Mit dem Stundenentgelt muß ja nicht nur das Arbeitsentgelt für den Helfer (Arbeitgeber-Brutto!) abgedeckt werden, sondern auch Ersatz für Ausfallzeiten (Urlaub, Krankheit etc.) des Helfers sowie die sogenannten Regiekosten für Anleitung, „Anwerbung“ und Einsatzplanung der Helfer. Dies bedeutet im Ergebnis, daß mit den vorgesehenen Leistungen der reale Bedarf in keinem Falle gedeckt werden kann, sondern immer nur ein Teil (s. o. Prinzip der Teil-Bedarfsdeckung).

b) Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftigkeit) liegt vor bei Pflegebedürftigen, die mindestens dreimal täglich Hilfe bei den Verrichtungen der Körperpflege, Ernährung und Mobilität benötigen sowie mehrfach hauswirtschaftliche Hilfen. Notwendig ist ein tagesdurchschnittlicher Hilfebedarf von drei Stunden, gewährt werden dann Pflegeeinsätze bis zu 1800,- DM oder 800,- DM Pflegegeld.

Hier wird auch das Problem der Pflegestufen deutlich. Die Leistungen der Stufe I bekommt nicht nur, wer einmal pro Tag, also 30mal im Monat, Hilfe braucht. Genau die gleichen Leistungen bekommt auch, wer 40-, 50-, 60-, 70-, 80- oder 89mal Hilfe braucht. Erst wer dreimal pro Tag und damit 90mal im Monat der Hilfe bedarf, kommt in die Pflegestufe II mit erhöhten Leistungen. Die ganze Bandbreite unterschiedlicher Lebensrealitäten von alten und behinderten Pflegebedürftigen wird in die drei Schubladen der Pflegestufen gepreßt. Dies muß notwendigerweise zu Ungerechtigkeiten führen.

Wer bisher Leistungen der Krankenkasse für Schwerpflegebedürftige nach dem SGB V bezog, wird mit Beginn der Leistungen der Pflegekassen am 1. 4. 1995 automatisch in die Pflegestufe II eingestuft, ohne daß insoweit eine Überprüfung stattfindet. Wer dagegen in die Pflegestufe III will, muß dieses gesondert beantragen.

c) Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftigkeit) setzt nach dem Gesetz einen Hilfebedarf rund um die Uhr, auch nachts und mehrfach in der Woche, bei hauswirtschaftlichen Verrichtungen voraus. Gewährt werden dann Pflegeeinsätze bis zu 2800,- DM oder ein Pflegegeld von 1300,- DM. Nach dem allgemeinen Sprachgebrauch versteht man unter „rund um die Uhr“, daß 24 Stunden am Tag ein Helfer anwesend oder jedenfalls in Bereitschaft oder Rufbereitschaft stehen muß. Allerdings gehen die Richtlinien der Pflegekassen von der Pflegestufe III bereits bei einem tagesdurchschnittlichen Hilfebedarf von fünf Stunden aus.

d) Bei Kindern richtet sich die Pflegestufe nach einem Vergleich mit „gesunden“ Kindern. Nur wenn der über den „normalen“ Hilfebedarf von Kindern hinausgehende Bedarf eine der genannten Pflegestufen erreicht, ist das Kind pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung.

e) Die Einstufung in die jeweilige Pflegestufe wird vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen vorgenommen. Diese sollen künftig nicht nur mit Ärzten besetzt sein, sondern auch mit Pflegefachkräften, weil nicht nur medizinische Fragen beurteilt werden müssen, sondern auch solche sozialer und fachpflegerischer Art. Die Richtlinien der Pflegekassen beinhalten einen umfangreichen Muster-Fragebogen, anhand dessen der Medizinische Dienst die Pflegebedürftigkeit ermitteln soll. Auf fünf eng bedruckten Seiten sind etwa 100 Fragen zu beantworten.

#### 5. Leistungen bei häuslicher Pflege

Grundsatz bei der häuslichen Pflege: die Leistungen der Pflegeversicherung sollen die familiäre, nachbarschaftliche oder sonstige ehrenamtliche Pflege und Betreuung ergänzen. Hier wird ebenfalls das Prinzip der Teil-Bedarfsdeckung deutlich. Vorausgesetzt wird die ehrenamtliche Pflege, die Leistungen durch hauptamtliche Pflegekräfte sollen hier nur unterstützend wirken.

##### a) Pflegesachleistungen

Pflegebedürftige, die in ihrem Haushalt gepflegt werden, erhalten Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Sachleistung (§ 36 Abs. 1 S. 1 SGB XI). Diese häusliche Pflegehilfe wird geleistet durch geeignete Pflegekräfte, die bei der Pflegekasse angestellt sind – dies dürfte nur ausnahmsweise der Fall sein – oder bei einer ambulanten Pflegeeinrichtung, die einen Versorgungsvertrag mit der Pflegekasse abgeschlossen hat. Die Leistungen können auch durch Einzelpersonen erbracht werden, mit denen die Pflegekasse einen entsprechenden Vertrag abgeschlossen hat. Unter den Vertragsdiensten und -einzel-

personen hat der Pflegebedürftige die freie Wahl, vergleichbar mit der freien Kassenarztwahl. Wer immer die Voraussetzungen für den Abschluß eines Versorgungsvertrages erfüllt (Organisationen der freien Wohlfahrtspflege ebenso wie private Anbieter), hat einen Anspruch darauf. Es findet ausdrücklich keine Bedarfsplanung oder Bedarfslenkung statt, vielmehr sollen Marktmechanismen im Pflegebereich eingeführt werden. Das Gesetz legt nämlich nicht den Aufwand fest, den ein Pflegebedürftiger der unterschiedlichen Stufen in Anspruch nehmen darf, sondern nur den Höchstbetrag dessen, was die Pflegekasse im Monat für Pflegesachleistungen ausgeben darf. Dies sind in der Pflegestufe I 750,- DM, in der Pflegestufe II 1800,- DM und in der Pflegestufe III 2800,- DM. Welche Leistungen für diese Beträge von den Pflegeeinrichtungen angeboten werden können, wird sich erst aus den zwischen ihnen und den Pflegekassen abzuschließenden Vergütungsvereinbarungen ergeben. Hierin werden die Grundsätze der Pflegevergütungen festgelegt. Danach wird sich dann ergeben, daß die Dienste für den festgesetzten Höchstbetrag unterschiedlich viel Leistungen anbieten können und natürlich auch unterschiedlicher Qualität, z. B. je nach Qualifikation des eingesetzten Personals. Die „geeigneten Pflegekräfte“, durch die die tägliche Pflege erbracht werden soll, sind übrigens zu unterscheiden von den „ausgebildeten Pflegefachkräften“, die die ständige Verantwortung – sozusagen die Oberaufsicht – übernehmen müssen, wenn eine Pflegeeinrichtung einen Versorgungsvertrag bekommen will. Die im Haushalt eingesetzten Kräfte brauchen also weder „ausgebildet“ noch Pflege„fach“kräfte zu sein, es genügen z. B. durch Anleitungen der Aufsichtskraft erworbene Kenntnisse im Pflegebereich. Auch hier werden allerdings die Pflegekassen und die Anbieter von Dienstleistungen in Rahmenverträgen und Qualitätsstandards Anhaltspunkte vereinbaren müssen, wer als „geeignete Pflegekraft“ angesehen werden kann.

In der Pflegestufe III gibt es noch die Möglichkeit, in Härtefällen Sachleistungen bis zu einem Wert von 3750,- DM zu gewähren bei außergewöhnlich hohem Pflegeaufwand, der das übliche Maß weit übersteigt, „beispielsweise wenn im Endstadium von Krebserkrankungen regelmäßig mehrfach auch in der Nacht Hilfe geleistet werden muß“. Die Pflegekassen haben allerdings sicherzustellen, daß dieser Härtefall für nicht mehr als 3 % aller Pflegebedürftigen der Stufe III Anwendung findet. Wie sie dies erreichen sollen, ist derzeit noch offen. In jedem Falle bestehen erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken gegen diese Härtefallregelung, weil völlig gleiche Lebenslagen unterschiedlich behandelt werden, wenn einer gerade noch in die 3 % „hineinrutscht“, ein anderer aber außen vorbleibt, weil die Quote bereits erfüllt ist.

Betonen möchte ich an dieser Stelle noch, daß die Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Bundessozialhilfegesetz nicht den Restriktionen der Pflegesachleistungen unterliegen. Sie sind insbesondere nicht nach oben „gedeckt“, sondern folgen weiter dem Prinzip der Bedarfsangemessenheit. Zudem werden sie auch für Einrichtungen erbracht, die im Katalog der Pflegeversicherung nicht auftauchen, und auch schon bei einem Grad von Pflegebedürftigkeit, der unter dem der Pflegestufe I liegt.

#### b) Pflegegeld

Statt der Pflegesachleistung kann der Pflegebedürftige ein Pflegegeld – also einen pauschal zu zahlenden monatlichen Geldbetrag – in Anspruch nehmen (§ 37 SGB XI). Voraussetzung ist, daß seine Pflege durch mindestens eine Pflegeperson sichergestellt ist. Pflegepersonen sind nach der Legaldefinition des § 19 SGB XI Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen wenigstens 14 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegen. Gedacht ist v. a. an Familienangehörige, aber auch an andere ehrenamtlich tätige Personen. Der medizinische Dienst soll bei seiner Überprüfung auch feststellen, ob die Pflege durch solche Personen tatsächlich sichergestellt ist. Das Pflegegeld beträgt in der Pflegestufe I 400,- DM, in der Pflegestufe II 800,- DM und in der Pflegestufe III 1300,- DM.

Wer Pflegegeld in Anspruch nimmt, muß gleichwohl hin und wieder Pflegeeinsätze einer ambulanten Pflegeeinrichtung abrufen, und zwar in den Stufen I und II einmal halbjährlich und in der Pflegestufe III einmal vierteljährlich. Dies soll der Überwachung dienen, ob tatsächlich auch die notwendige Pflege durch die Pflegepersonen geleistet wird. Die Kosten dieser Einsätze werden vom Pflegegeld abgezogen.

Neu ist, daß nunmehr auch die Kombination von Pflegesachleistungen und Pflegegeld möglich ist. Der Pflegebedürftige kann also z. B. Pflegesachleistungen bis zur Hälfte des Höchstbetrages abrufen und daneben das halbe Pflegegeld beanspruchen oder Pflegeleistungen bis zu zwei Drittel des Höchstbetrages und daneben ein Drittel Pflegegeld. An eine entsprechende Aufteilung ist der Pflegebedürftige wenigstens sechs Monate gebunden, danach kann er eine andere Kombination wählen oder sich auf eine der beiden Leistungen beschränken.

In der Sozialhilfe werden die Pflegegeldbeträge an diejenigen der Pflegekasse angepaßt, und auch die Voraussetzungen sind die gleichen. Allerdings wird in der Sozialhilfe wie bisher auch das Pflegegeld neben den dort allerdings nicht so genannten Sachleistungen erbracht, in diesem Fall kann das Pflegegeld allerdings auf bis ein Drittel gekürzt werden. Dies bedeutet zugleich, daß jeder Pflegebedürftige, der die Sachleistungen der Pflegekasse in Anspruch nimmt, daneben auch – anteiliges – Pflegegeld vom Sozialamt beziehen kann, wenn die entsprechenden Voraussetzungen (v. a. Bedürftigkeit) vorliegen. Im übrigen ist das Sozialamt an die Feststellungen der Pflegekasse hinsichtlich der Einstufung in die verschiedenen Stufen gebunden.

#### c) Verbindungspflege

Die Pflegekasse übernimmt die Kosten für eine erforderlicher Ersatzpflegekraft, wenn die (ehrenamtliche) Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen vorübergehend an der Pflege gehindert ist. Voraussetzung ist, daß die Pflegeperson vor der Verhinderung den Pflegebedürftigen wenigstens 12 Monate gepflegt hat. Die Ersatzpflegekraft wird dann für höchstens vier Wochen gestellt, die Gesamtaufwendungen dürfen 2800,- DM im Kalenderjahr nicht übersteigen. In Betracht kommt auch eine Verteilung der vier Wochen über das Jahr – z. B. zweimal Urlaub für je zwei Wochen. Auch dann dürfen aber natürlich die Gesamtaufwendungen nicht über 2800,- DM liegen. Wie bei der entsprechenden Vorschrift im SGB V ist auch hier nicht Voraussetzung, daß es sich um eine Pflegefachkraft oder sonst eine professionelle Kraft handelt, auch andere Familienangehörige, Freunde, Nachbarn etc. kommen als „Ersatzpflegekraft“ in Betracht.

#### d) Pflegehilfsmittel und technische Hilfen

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden beitragen oder ihm eine selbständigere Lebensführung ermöglichen, soweit diese Hilfsmittel nicht von der Krankenkasse übernommen werden (§ 40 SGB XI). Gedacht ist z. B. an Pflegebetten, Lifter, Badewanneneinsätze, Unterlagen etc. Der Anspruch umfaßt auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch. Technische Hilfsmittel sollen vorrangig leihweise überlassen werden. Pflegebedürftige über 18 Jahre müssen eine Zuzahlung von 10 %, höchstens jedoch 50,- DM leisten. Die Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel (Windeln, Binden etc.) dürfen den Betrag von 60,- DM monatlich nicht übersteigen.

Schließlich können auch finanzielle Zuschüsse zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes (Verbreiterung von Türen, Beseitigung von Stufen etc.) gewährt werden, je Maßnahme gilt ein Höchstbetrag von 5000,- DM.

## 6. Leistungen für Pflegepersonen

## a) Pflegekurse

Die Pflegekassen sollen für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen Schulungskurse unentgeltlich anbieten, in denen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermittelt werden.

## b) Unfallversicherung

Durch eine Ergänzung der Vorschriften über die gesetzliche Unfallversicherung in der Reichsversicherungsordnung sind Pflegepersonen nunmehr während ihrer Pflegetätigkeit genauso abgesichert wie Arbeitnehmer gegen die Folgen von Arbeits- oder Wegeunfällen. Auch bei den Pflegepersonen umfaßt der Versicherungsschutz den Weg zum Pflegebedürftigen und wieder zurück.

## c) Rentenversicherung

Für Pflegepersonen, die neben der Pflegetätigkeit nicht mehr als 30 Stunden die Woche erwerbstätig sind, übernimmt die Pflegekasse Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung. Deren Höhe bemißt sich nach einem Prozentsatz der Bezugsgröße. Diese ist das jährlich vom Bundesarbeitsministerium festgesetzte Durchschnittsentgelt aller Versicherten und betrug 1994 in den alten Bundesländern 3920,- DM monatlich bzw. 47 040,- DM jährlich.

Der Prozentsatz ist abhängig von der Pflegestufe des Pflegebedürftigen einerseits und dem Zeitaufwand der Pflegeperson andererseits. Dies ergibt sich aus folgender Tabelle:

| Pflegestufe | Zeitaufwand pro Woche | Prozentsatz d. Bezugsgröße | Summe pro Jahr 1994 |
|-------------|-----------------------|----------------------------|---------------------|
| III         | mind. 28 Std.         | 80                         | 37 632 DM           |
|             | mind. 21 Std.         | 60                         | 28 224 DM           |
|             | mind. 14 Std.         | 40                         | 18 816 DM           |
| II          | mind. 21 Std.         | 53,3333                    | 25 088 DM           |
|             | mind. 14 Std.         | 35,5555                    | 16 725 DM           |
| I           | mind. 14 Std.         | 26,6667                    | 12 544 DM           |

Beispiel: Die Pflegeperson pflegt einen Pflegebedürftigen mindestens 21 Stunden pro Woche. Dann werden Rentenversicherungsbeiträge nach einem fiktiven Einkommen von 60 % der Bezugsgröße gezahlt, 1994 wäre dies in den alten Ländern ein Jahreseinkommen von 28 224 DM. Aus den Prozentzahlen ergibt sich, daß ein nennenswerter Rentenanspruch allein aufgrund der Pflege nur selten zusammenkommen dürfte. Die Rentenbeiträge werden aber auch neben einer Erwerbstätigkeit von nicht mehr als 30 Stunden pro Woche gezahlt und wirken dann neben der Teilzeitbeschäftigung rentensteigernd. In vielen Fällen kann dies ein wichtiger Anreiz zur Übernahme der Pflegetätigkeit sein.

## 7. Ausblick

Es fehlen zur Zeit noch die meisten Ausführungs- und Umsetzungsvorschriften, so daß im einzelnen noch nicht beurteilt werden kann, was für die Pflegebedürftigen tatsächlich am Ende herauskommt. Zwei Dinge lassen sich aber bereits jetzt festhalten: durch die Pflegeversicherung wird ein für die meisten Betroffenen nicht mehr überschaubares bürokratisches Gestrüpp geschaffen. Die wesentlichen Entscheidungen werden auf Bundes- oder Landesebene, jedenfalls weit weg von den Betroffenen gefällt. Zum anderen wird zwar in der „Gesetzeslyrik“ das Selbstbestimmungsrecht der Pflegebedürftigen als

wichtiges Ziel genannt. In der Umsetzung werden aber die Betroffenen in keiner Weise beteiligt. Die Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen werden ohne Beteiligung der Leistungsempfänger zwischen den Kassen und den Anbietern geschlossen. Lediglich auf Bundesebene bei den Pflegebedürftigkeits-Richtlinien und den Qualitätssicherungsmaßstäben müssen Verbände der Behinderten zuvor gehört werden, alte Menschen sind als zu Beteiligende überhaupt nicht vorgesehen. Die Sachleistungen werden im wesentlichen über die Köpfe der Betroffenen hinweg abgewickelt, diese können nur unter den Angeboten verschiedener Dienste wählen, sind ansonsten aber an die vertraglichen Vorgaben gebunden.

Ich habe erhebliche Zweifel, ob mit dieser Form der Pflegeversicherung der angekündigte große sozialpolitische Entwurf gelungen ist.

## Gedächtnisprotokoll über die Podiumsdiskussion auf dem 4. Vormundschaftsgerichtstag „Betreuungsrecht, Traum oder Alptraum?“

Teilnehmer: Professor Werner Bienwald, Gertraud von Gaessler,  
Dr. Wolfgang Raack, Jutta Bienwald, Gisela Lanzerath, Dr. Andreas Jürgens,  
Moderation: Professor Dr. Thomas Klie  
Protokoll von Andreas Jürgens, Hamburg

### Eingangsstements:

*Professor Bienwald:* Es gibt skandalöse Entwicklungen im Betreuungsrecht. Den Eltern betreuter Kinder wird eine Vergütungspauschale vorenthalten. Ist es richtig, daß man in dem Versuch, ehrenamtliche Betreuer zu gewinnen, nachläßt und statt dessen professionelle Betreuer, mit welchen Qualifikationen auch immer, akzeptiert?

Betreuungsvereine werden nur unzulänglich unterstützt und haben keine klaren gesetzlichen Vorgaben. Hierin liegt ein entscheidendes Versäumnis der Länder.

Die §§ 1835 ff. BGB müssen eine spezielle betreuungsrechtliche Neuregelung erfahren.

*Gertraud von Gaessler:* Das Betreuungsrecht kann nicht Defizite der Sozialpolitik kompensieren.

Das Angebot an ambulanten Pflegediensten reicht bisher in keiner Weise aus. Pflegende Angehörige werden ohne Beratung alleingelassen.

*Dr. Wolfgang Raack:* Mit dem neuen Recht hatte man auf eine Innovation im Justizverständnis für die Betroffenen gehofft. Diese Hoffnung hat getrogen. Das Gespenst der Zwangspflegschaft taucht wieder auf.

Der sprachliche Umgang der Gerichte mit den Betroffenen ist diskriminierend. Nach wie vor ist Sensibilisierung im Umgang mit Sprache nicht Teil der juristischen Ausbildung. Es scheint dabei geblieben zu sein: Interdisziplinäre Zusammenarbeit haben Richter nicht nötig.

*Jutta Bienwald:* Die Umsetzung des Betreuungsrechts gerät zum Alptraum. Die Vergütungsregelungen sind unzureichend. Die Kommunikationsmängel zwischen Richtern, Rechtspflegern, Revisoren, Sozialen Diensten, Betreuern usw. haben sich kaum verändert. Betreuungsvereine können ihre Querschnittsaufgaben nicht erfüllen, weil sie Betreuung leisten müssen, um finanziell zurechtzukommen.

*Gisela Lanzerath:* Es gibt auch Ermutigendes. Bei den Amtsgerichten wird überwiegend in Sachen Freiheitsentziehung der Betroffenen restriktiv entschieden. Auch im Vermögensbereich wird den Betroffenen Handlungsspielraum belassen, Einwilligungsvorbehalte werden sehr selten angeordnet. Die Oberlandesgerichte bemühen sich, die Verfahrensgarantien für die Betroffenen ernst zu nehmen. Bei Gutachtern hat ein Umdenken stattgefunden im Sinne der Kriterien, die Prof. Dr. Wolf Crefeld, aufgestellt hat.

*Dr. Andreas Jürgens:* Eine kurzfristige Veränderung in der Betreuungslandschaft war politisch nicht zu erwarten.

Behinderte haben es aber zunehmend geschafft, selbstbestimmt zu leben, mit oder ohne einen Betreuer, und diese Entwicklung wird nicht zurückzudrehen sein.

### Gang der Diskussion:

*Gertraud von Gaessler:* In München mußte ein funktionierendes Modell eingestellt werden, das sich die Fürsorge für psychisch gestörte alte Menschen zur Aufgabe gemacht hatte, weil mangelnder politischer Wille, Sparmaßnahmen und Tabus die weitere Arbeit verhindert haben. Es besteht ein großer Erklärungs- und Vermittlungsbedarf im Bereich der Vorsorgeverfügungen.

*Dr. Wolfgang Raack:* Offenbar leiden die Gerichte an Paranoia. Sie gehen davon aus, daß Betreuer sich ungerechtfertigt bereichern wollen. Die Vormundschaftsgerichte bewilligen niedrige Sätze und zudem in außerordentlich verzögerten Verfahren, obwohl Mittel im Justizhaushalt für die Belange des Betreuungsgesetzes vorgesehen sind. Richter schalten Betreuungsbehörden einfach nicht ein.

Den Berufsbetreuern wird auch eine sozialpolitische Aufgabe anvertraut. Dem wird bei Vergütungsentscheidungen in keiner Weise Rechnung getragen. In diesem Bereich herrscht Willkür. Das sieht man z. B. im Bereich der nicht zugebilligten Mehrwertsteuer.

Bei der Bewertung von Schwierigkeit des Falles und Umfang der Arbeitsleistung des Betreuers herrscht bei den Gerichten völlige Unkenntnis.

Die Diskriminierung durch die Ost-West-Ungleichheit der Vergütung ist nicht tragbar.

Es gibt in Deutschland 6 Millionen psychisch Kranke und geistig Behinderte. Nur 500 000 davon werden bisher gesetzlich betreut. Auch bei genauer Prüfung des Betreuungsbedarfs wird man mit 1,5 bis 2 Millionen Betreuungsfällen in Zukunft zu rechnen haben. Der Bedarf für eine Betreuung wegen ärztlicher Heilbehandlung und Fixierung dürfte alptraumartig hoch sein.

*Professor Bienwald:* Es muß dafür gesorgt werden, daß rechtsstaatlich geordnete Verfahren laufen. Dafür sind Muster zu entwerfen und Checklisten bereitzustellen.

Langfristig ist daran zu denken, das Betreuungsrecht zu verändern und das Verfahren des Assessments, wie es multidisziplinär in England üblich ist, einzuführen.

*Gisela Lanzerath:* Nach wie vor ist die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen ein Problem. Man spricht immer noch verschiedene Sprachen und billigt der anderen Profession keine Kompetenz zu.

Unerträglich ist die Unsicherheit für Betreuer, wie ihre Arbeit vergütet wird. Dabei spielen die Vertreter der Landeskassen eine unrühmliche Rolle.

Es müssen tragbare Verträge mit den Kommunen abgeschlossen werden, damit die Querschnittsaufgaben der Vereine gewährleistet bleiben. Sonst werden Amtspflegschaften in Vereinsregie, wie nach altem Muster, weitergeführt.

Folgender Satz darf nicht richtig sein:

„Wer viele ehrenamtliche Betreuer wirbt und wenig selbst betreut, der muß seinen Laden dichtmachen.“

### Forderungen an den Vormundschaftsgerichtstag:

*Gisela Lanzerath:* Es muß gesetzlich gesichert sein, daß für die Betroffenen eine Freibetragsgrenze bis zu 50 000,- DM gilt. Die Betreuer wüßten dann auch, an wen sie sich bezüglich ihrer Vergütung zu wenden haben.

Die Berufsbetreuer fordern zu Recht eine angemessene Gebührenordnung. Diese Forderung müßte durch eine Arbeitsgruppe des Vormundschaftsgerichtstags unterstützt werden.

Der Vormundschaftsgerichtstag sollte eine Beschwerdekommision einrichten, an die sich Vereine und Betreuer wenden können.

*Dr. Wolfgang Raack:* Auf diesem Vormundschaftsgerichtstag waren zu wenig Juristen vertreten. Sie müßten gezielt über die Fortbildungsreferenten der Bundesländer eingeladen werden.

Zur Vergütung hat bereits der Städtetag vor Inkrafttreten des Gesetzes bündige Grundsätze erarbeitet. Mit entsprechenden Forderungen muß an politische Stellen herangetreten werden.

*Gertraud von Gaessler:* Es gibt eine gefährliche Entwicklung, die Betreuungsvereine betreiben nur noch, machen aber ihre eigentlichen Schularbeiten nicht mehr. Ehrenamtliche

Betreuer werden nicht effektiv geworben, nicht beraten und unterstützt und steigen nach kurzer Zeit aus.

Bei Richterfortbildungen werden offenbar nur Rezepte zur Arbeitsvermeidung gesucht. Jede Fortbildung ist unsinnig, die nicht interdisziplinär ausgestaltet ist.

*Professor Biemwald:* Der Vormundschaftsgerichtstag muß eine Kommission zur Vergütung und Neuregelung der §§ 1835 ff. BGB einsetzen.

Es müssen zu verschiedenen Sachthemen Kommissionen des Vormundschaftsgerichtstags einberufen werden, die Fachleute zusammenführen, die sich jeweils mit bestimmten Themen befassen. Es wird genannt die Vergütung, die Stellung des Verfahrenspflegers, das Anforderungsprofil des Betreuers, die Aufgabenkreise mit den notwendigen Grenzbeziehungen, die Vernetzung zur übrigen Sozialarbeit, die Standards von Sozialberichten und Gutachten, sozialpolitische Anstöße, das Verhältnis der Sozialarbeit zu den Wohlfahrtsverbänden.

Es muß eine ständige Kommission geben, die zu Reformvorschlägen, aus welcher Ecke sie auch immer kommen, Stellung nimmt. Die Reform der Reform ist nötig, muß aber ständig vom Vormundschaftsgerichtstag begleitet werden.

Es muß ein Deutsches Institut für Betreuungswesen gegründet werden.

Es müssen die Ministerpräsidenten der Länder angeschrieben werden, damit eine Ausweitung der interdisziplinären Fortbildung z. B. auch an den Richterakademien stattfindet.

Der Vormundschaftsgerichtstag muß sich überall einmischen und sich rebellisch zeigen.

Prof. Dr. Heinrich Kunze,  
Psychiatrisches Krankenhaus Merxhausen, Kassel

*Weiterentwicklung regionaler  
Versorgungsstrukturen als Aufgabe  
von Betreuern?*

Sie werden denken, was sollen wir denn noch alles machen? Das BtG definiert doch schon eine Fülle von Aufgaben, und die finanzierten personellen und sachlichen Mittel stehen in keinem Verhältnis dazu. Damit Sie meinen Vortrag nicht mit innerer Abwehr aussitzen, will ich vorweg erklären:

- Es geht nicht um zusätzliche Aufgaben heute und morgen, sondern um langfristige Perspektiven. Die Psychiatrie-Reform in Deutschland ist schon 25 Jahre im Gange, und ein Ende ist noch nicht abzusehen. (Das sage ich überhaupt nicht resigniert.) Und die Realisierung der Ziele des BtG ist wohl (leider) auch nur in solchen Zeitdimensionen zu sehen. Ich gehöre nicht zu denen, die kurzatmig davon ausgehen: Was bis morgen nicht geht, geht nie – und die damit ihrer eigenen, sich selbst erfüllenden negativen Prophezeiung verfallen.
- Ich schreibe BetreuerInnen nicht einfach Aufgaben zu, sondern ich möchte Ihnen Entwicklungs- und Problemlinien der Psychiatrie-Reform verdeutlichen – damit Sie Ihre Arbeit besser zuordnen und abgrenzen können von den Aufgaben anderer. Allerdings lege ich Ihnen auch die Frage vor, ob, wann, wie Sie gegebenenfalls in eigener Zuständigkeit sich einmischen und mit anderen Gruppierungen verbünden.
- Das zentrale Problem besteht doch gerade darin, daß Menschen, die am schwersten krank und behindert sind, auch am wenigsten Kompetenz haben, sich selber aktiv die Hilfen zu beschaffen, die sie brauchen. Daraus ergibt sich die generelle Frage, wie BetreuerInnen Rechte und Interessen ihrer betreuten KlientInnen vertreten
  - auf der individuellen Ebene gegenüber Therapeuten, Nachbarn, Hausbesitzern, Einrichtungen und Diensten, Leistungsträgern usw. und
  - auf der strukturellen Ebene bei der regionalen Psychiatrie-Reform, damit die notwendigen Hilfen auch geschaffen werden.

Im Titel des Vortrages ist nur von Strukturen die Rede. Ich will aber auch die Wechselwirkung zwischen Strukturen und personalen Beziehungen beleuchten.

*1. Personale Ebene: Eigenverantwortlichkeit und fürsorglicher Zwang*

Als erste Orientierungslinie für meine weiteren Ausführungen will ich das Kontinuum darlegen, das in bezug auf den Patienten/Klienten\* durch die beiden Extrempunkte, einerseits *Eigenverantwortlichkeit* und andererseits *fürsorglicher Zwang*, gekennzeichnet wird.

Früher war das Verhältnis zwischen Eigenverantwortlichkeit und Zwang eher ein Entweder-Oder, sowohl aus therapeutischer wie aus rechtlicher Sicht. Wechselseitig sich beeinflussend, entwickelten sich zunehmend differenziertere Sichtweisen und Abstufungen. Die rechtlichen brauche ich hier nicht darzulegen. In der Psychiatrie wurde früher Krankheitsverständnis, Behandlungseinsicht und die Fähigkeit, für sich selbst zu sorgen, als allein von der Krankheit determiniert angesehen. Heute gilt: diese Fähigkeiten hängen auch und vor allem davon ab,

\* PatientInnen/KlientInnen: Ich verwende beide Begriffe austauschbar, da sich der Vortrag nicht an einen nur medizinischen oder sozialtherapeutischen Zuhörerkreis richtet.

- wie Therapeuten mit Patienten umgehen,
- wie die psychiatrischen Hilfen entwickelt sind.

Rollen definieren die wechselseitigen Erwartungen. In der traditionellen Arzt-Patienten-Rolle weiß der Arzt, was für den Patienten gut ist, der Patient vertraut blind. Diese patriarchalische oder autoritäre Beziehungsdefinition entspricht aber immer weniger dem Selbstverständnis heutiger Menschen (sowohl auf Seiten von Patienten wie auch Therapeuten). Vielmehr akzeptieren Patienten in bezug auf Behandlung und andere Hilfen immer mehr nur noch das, was sie nach eigenen Vorstellungen, Wünschen, Werten, Zielen für sich akzeptieren wollen. Daraus folgt: *Behandlung muß verhandelt werden* zwischen Therapeut und Patient. Als Therapeut muß ich den Patienten abholen, da wo er steht, und nicht: Der Patient muß sich auf das Territorium des Therapeuten begeben. Dies ist nicht nur räumlich gemeint, sondern auch in bezug auf Krankheitsverständnis, Begriffe, Ziele, Werte, geschätzte Aktivitäten usw.

Mit „... Abholen, da wo der Patient steht...“ ist auch ein besonders wichtiges und schwieriges Problem in bezug auf seine Fähigkeit zur Selbstverantwortung angesprochen. „Behandlung muß verhandelt werden“ unterstellt, daß der Patient im Verhältnis zum Therapeuten auftritt wie ein informierter, entscheidungsfähiger Kunde. Diese Prämisse ist ja in unserem Bereich manchmal teilweise oder zeitweise nicht gegeben. Vom Therapeuten ist zu fordern, daß er diese Selbstverantwortungsfähigkeit des Patienten ganz individuell einschätzt und berücksichtigt. Dabei sind verschiedene Einflüsse anteilig zu unterscheiden: Krankheit, Sozialisation und Persönlichkeit, Akzeptanz von Hilfen infolge ihrer Qualität und ihres Rufes und vor allem die Qualität der Beziehungsarbeit des Therapeuten, einschließlich der Vorerfahrungen, die der Patient mit der Psychiatrie gemacht hat.

Die Angehörigen, gegebenenfalls auch andere Bezugsgruppen aus den Lebensfeldern Arbeit, Freizeit... , sollten einbezogen werden, einerseits als Mitbetroffene, andererseits als oft sehr wichtige Meinungsbildner für den Patienten (Abb. 1).

Ziel ist eine Behandlung, die sich auf die individuelle Persönlichkeit des Kranken, seine spezifische Variante von Erkrankung sowie seine konkrete soziale Situation bezieht; Ziel ist es, daß die Kranken und ihre Angehörigen die Krankheit möglichst begreifen und in ihre Biographie einbeziehen, daß sie lernen, be- und entlastende Situationen selber zu erkennen und zu beeinflussen, daß sie lernen, die Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten einzuschätzen - und so ein Stück *Steuerungsmöglichkeit und Eigenverantwortlichkeit für die Krankheit und Behandlung übernehmen*.

Und damit bin ich schon bei einem ersten, Sie betreffenden Fazit:

Ob wenig oder viel Zwang nach dem Betreuungsgesetz (oder dem Landesunterbringungsgesetz) ausgeübt werden muß, wird entscheidend beeinflußt von der Qualität therapeutischer Arbeit und den Versorgungsstrukturen, die diese ermöglichen.

Wer die ärmlichen bis schrecklichen Verhältnisse der alten Anstaltspsychiatrie noch kennt, der kann nachvollziehen,

- daß psychisch kranke Personen und ihre Angehörigen alles daran setzten, daß eine Aufnahme dort nicht zustande kam.
- daß das Rechtssystem (Gesetzgeber und Gerichte) ihr Augenmerk vor allen Dingen darauf richteten, nicht gerechtfertigte Zwangseinweisungen zu verhindern, auch auf die Gefahr hin, notwendige Zwangsbehandlungen zu unterlassen. Deshalb wurden in den alten Unterbringungsgesetzen die rechtlichen Anforderungen für Zwangseinweisungen in bezug auf Kriterien der Störung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung sehr hoch geschraubt und andere Gründe im Sinne von fürsorglichem Zwang nicht zugelassen.

Abb. 1

## INTE RVENTIONS-ZIELE

Mit erkrankter Person und ihren Bezugspersonen Krankheitsverständnis, Therapieziele und -mittel, Kränkungen, Enttäuschungen unter Berücksichtigung von Selbstbild und Lebenszielen bearbeiten

Heilung, Symptom-/Defizit-Reduktion

Wahrnehmung der Beeinträchtigungen schärfen

medikamentöse } Behandlung:  
psychotherapeutische } Wirkungen und  
soziotherapeutische } Nebenwirkungen  
verstehen und belastende und entlastende  
Situationen erkennen und steuern lernen

verbliebene } Fähigkeiten  
kompensatorische } fördern

verbleibende Defizite ausgleichen:  
soziales Netzwerk stabilisieren durch  
Hilfen in den Lebensbereichen Wohnen,  
Arbeit, Freizeit

soziale Benachteiligungen ausgleichen  
(z. B. **kein[e]** Arbeit, Sozialversicherung,  
Geld, Wohnung, Angehörige, Freunde ...)

unter Berücksichtigung der situations-/umfeldspezifischen subjektiven Bedeutungen und Wechselwirkungen in den Lebensbereichen Wohnen/Arbeit/Freizeit

## 2. Strukturelle Ebene: Psychiatrische Versorgung

Ich will nun in einigen Grundzügen die entscheidenden Veränderungen in der psychiatrischen Versorgung skizzieren, die mit der *Psychiatrie-Reform* herbeigeführt werden sollen, um dann daraus mögliche Aufgaben für BetreuerInnen

- auf der individuellen Ebene für die betreute Person,
- auf der strukturellen Ebene in der Interessenvertretung bei der Schaffung der strukturellen Voraussetzungen für angemessene Hilfen deutlich zu machen.

Entscheidend ist der *Paradigmenwechsel: von der Anstalts- zur Gemeindepsychiatrie*.

Das bedeutet: die Anstalt ist nicht mehr der Ort zum Leben für chronisch psychisch kranke oder geistig behinderte Personen. Vielmehr ist das Ziel von Gemeindepsychiatrie: die Wohn- und Lebensverhältnisse zu schaffen und die Hilfen bereitzustellen, daß diese Personen in ihrem Kreis/in ihrer Stadt leben bleiben können.

Dies Ziel erfordert einen *Paradigmenwechsel* in der Ausrichtung und Organisation von Hilfen: *von der einrichtungs- zur personenzentrierten Hilfe*. Das bedeutet: die hilfebedürftige Person geht nicht auf Dauer in die Einrichtung, sondern die Hilfe (Behandlung, Rehabilitation) kommt zur Person in deren Lebensfeld (Abb. 2).

Das aus dem vorigen Jahrhundert auf uns überkommene Anstaltsparadigma geht davon aus: wenn eine Person mehr Hilfe braucht, als die herkömmlich geringen ambulanten medizinischen oder ambulanten sozialen Hilfen hergeben, dann muß sie sich in das Bett einer Einrichtung legen, um aufwendigere Hilfeformen auszulösen. Dies gilt sowohl für Krankenhausbehandlung in unserem heutigen Sinne wie auch für Rehabilitation und Eingliederung nach unseren heutigen sozialrechtlichen Begriffen.

Zwischen psychiatrischer Krankenhausbehandlung einerseits und Rehabilitation, Eingliederung andererseits gibt es aber einen entscheidenden Unterschied.

Wer ins *Krankenhaus* geht, hat einen Lebensmittelpunkt außerhalb. Das ist bei somatischen Erkrankungen völlig selbstverständlich, bei psychiatrischen zunehmend selbstverständlich. Der Wohnplatz und der Platz in verschiedenen sozialen Rollen (Familienmitglied, Nachbar, Berufstätiger, Freundeskreis . . .) bleibt erhalten und wird bis zur Rückkehr in absehbarer Zeit freigehalten.

In eine *komplementäre Einrichtung* geht eine Person, die in ihrem eigenen Lebensfeld nicht zurechtkommt - oder deren Lebensfeld nicht mit ihr zurechtkommt -, weil eine psychische Erkrankung mit ihren Folgen mit den herkömmlichen Mitteln ambulanter Behandlung oder ambulanter Beratung nicht ausreichend stabilisiert werden kann. Je länger der Aufenthalt in der komplementären Einrichtung dauert, desto mehr wird die Person aus ihrem eigenen, natürlichen Lebensfeld ausgegliedert, desto mehr wird das Leben in der Einrichtung zum eigentlichen Leben und Lebensmittelpunkt. D. h., die Eingliederungshilfe führt zur Ausgliederung aus dem eigenen Lebensfeld und dann auch zur Ausbürgerung aus der politischen Gemeinde, wenn die Einrichtung wohnortfern liegt.

Die politische Bedeutung des Begriffs *„Gemeindepsychiatrie“* ist: der Kreis/die Stadt hat die politische Verantwortung dafür, daß nicht nur gesunde und somatisch kranke Menschen in der Kommune leben können, sondern auch die schwerer psychisch kranken und geistig behinderten Personen Mitbürger bleiben können.

Dies entspricht im Grunde der in SGB I § 10 schon in den 70er Jahren niedergelegten Norm für die Eingliederung Behinderter.

„Wer körperlich, geistig oder seelisch behindert ist oder wem eine solche Behinderung droht, hat unabhängig von der Ursache der Behinderung ein Recht auf die Hilfe, die notwendig ist, um

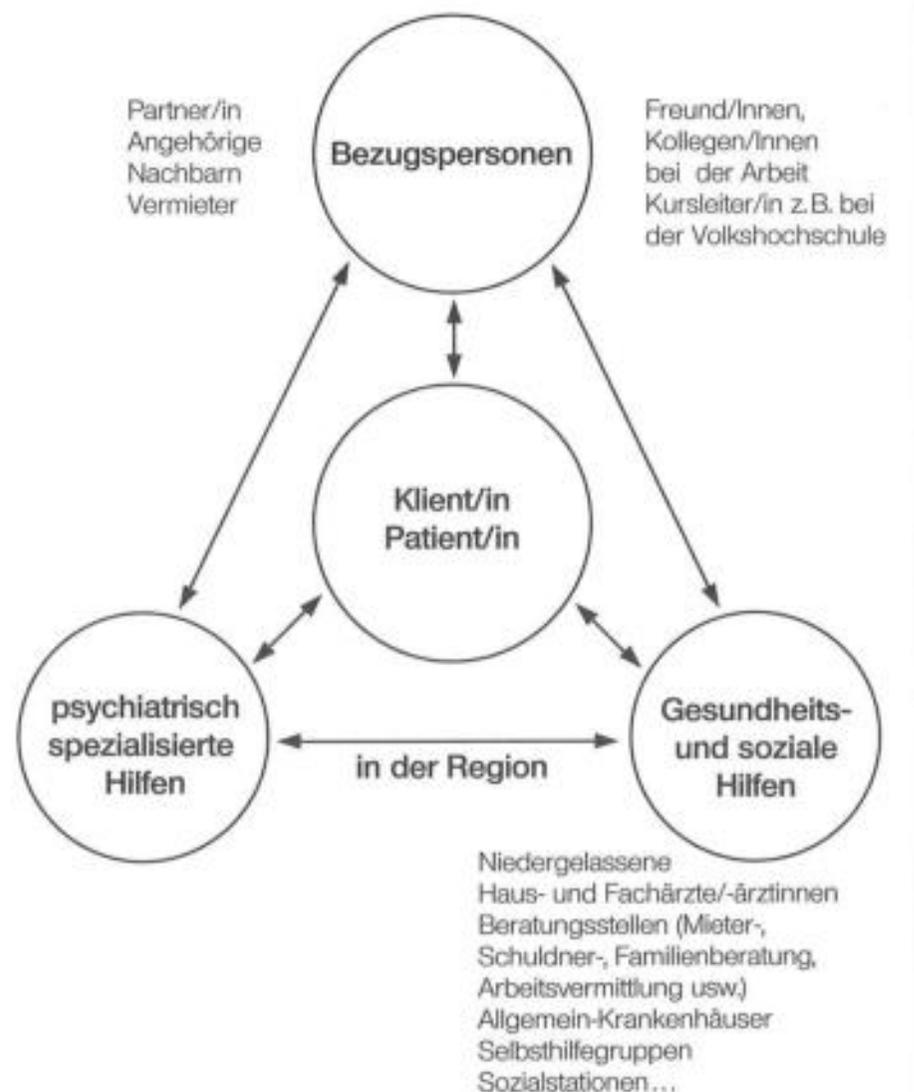
- 1) die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu bessern und ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern,
- 2) ihm einen seinen Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gemeinschaft, insbesondere im Arbeitsleben, zu sichern.“

Dies entspricht einem von BENNETT schon Anfang der 70er Jahre aus England berichteten

Rehabilitationsverständnis. Der dort verwendete fachliche Reha-Begriff ist weiter als der bei unseren Reha-Trägern kostentechnisch verwendete. Rehabilitation in England bezeichnet einen Prozeß, „der eine körperlich oder psychisch behinderte Person befähigt, in einem soweit als möglich normalen sozialen Kontext den bestmöglichen Gebrauch von ihren verbliebenen Fähigkeiten zu machen“. Im Sinne dieses fachlichen Reha-Begriffes,

Abb. 2

### Behandlung, Rehabilitation und Eingliederung im eigenen Lebensfeld



der weiter ist als der kostentechnisch Reha-Begriff, ist niemand zu gestört, zu krank, zu behindert, um vom Leben in der Gemeinde ausgeschlossen zu werden.

### 3. Das WHO-Konzept der Krankheitsfolgen

Zur Überwindung der traditionellen, anstaltsorientierten Hilfeleistungen ist das WHO-Konzept der Krankheitsfolgen sehr nützlich (Abb. 3), das sowohl für somatische wie für psychische Erkrankungen bzw. Behinderungen gilt. Das WHO-Konzept ermöglicht eine komplexe Diagnostik, Therapie und Rehabilitation, die auf das Individuum in seinem Lebensfeld gerichtet ist:

- Schädigung/Schadensbild (IMPAIRMENT):** Damit wird das äußere Erscheinungsbild der zugrundeliegenden Krankheit bezeichnet. (Bei psychischen Erkrankungen die Störung von z. B. Affektivität, Antrieb, Wahrnehmung, Konzentration, Merkfähigkeit usw.)
- Die funktionelle Einschränkung (DISABILITY)** ist die Folge der Schädigung auf der personalen bzw. Verhaltensebene (z. B. betroffen sind die Fähigkeiten zur Erfüllung beruflicher Anforderungen, zur Erfüllung sozialer Rollen, zur Alltagsbewältigung usw.)
- Soziale Beeinträchtigung (HANDICAP)** ist die Folge der beiden vorigen Ebenen, insbesondere Umfeldreaktionen (z. B. Verlust des Arbeitsplatzes, Ausgliederung aus dem Wohnbereich, aus den Sozialversicherungen, soziale Isolation, Stigmatisierung und Diskriminierung).

Zwischen den 3 Ebenen besteht ein Wirkzusammenhang inklusive Rückkoppelungseffekten im negativen wie im positiven Sinne.

**Behandlung** im kostentechnischen Sinne, ambulant oder stationär, richtet sich in traditioneller Weise auf die Beseitigung der Schädigung. Allerdings gehört es auch zur Aufgabe von klinisch-psychiatrischer Behandlung (Psychiatrie-Personalverordnung), funktionelle Einschränkungen oder soziale Beeinträchtigungen als Folgen der Krankheit zu verhindern.

Wenn eine psychische Erkrankung nicht kurzfristig abklingt, sondern Störungen weiter bestehen, so soll dennoch die vollstationäre Behandlung so kurz wie möglich sein. Dies setzt voraus, daß der Patient auch teilstationär oder ambulant multiprofessionell psychiatrisch behandelt werden kann und daß so früh wie möglich darauf hingearbeitet wird, daß der Patient andere in seinem Lebensfeld vorhandene medizinische, fachpsychiatrische oder soziale Hilfen zu seiner Stabilisierung in Anspruch nimmt (vgl. Abb. 2). Damit komme ich zurück auf die zweite und die dritte Ebene des WHO-Konzeptes der Krankheitsfolgen.

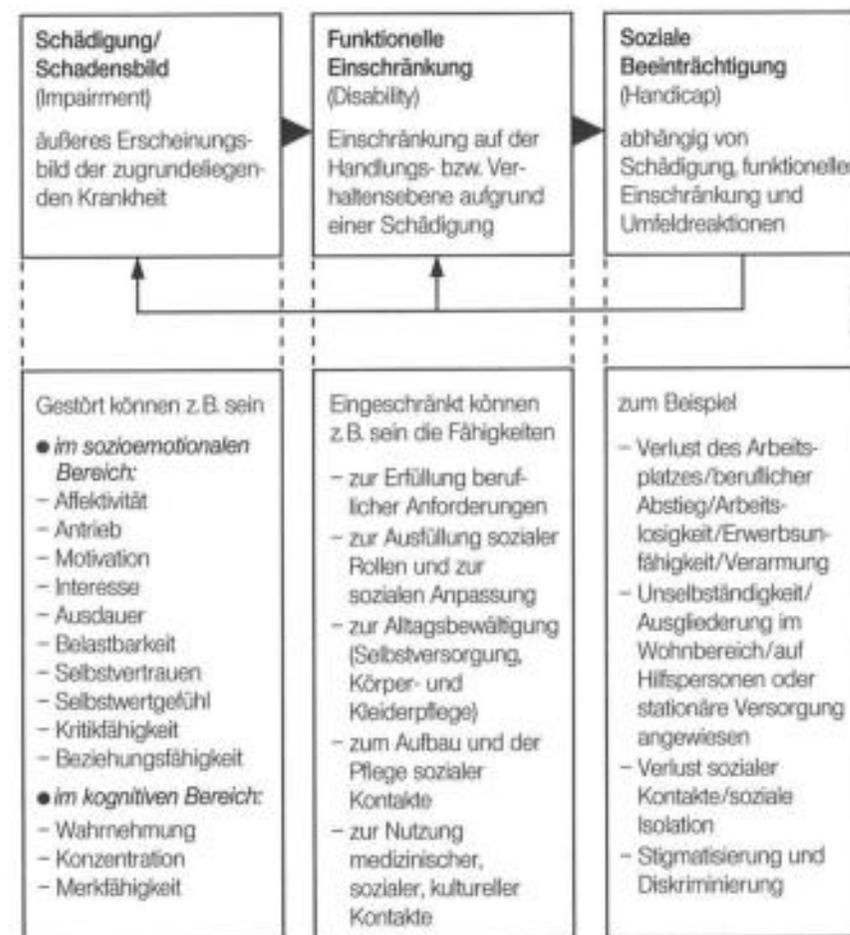
Mit dem Begriff der funktionellen Einschränkung (b) wird die Person in ihren Alltagsrollen thematisiert. Für eine Stabilisierung im eigenen Lebensfeld gibt es damit zwei miteinander verschränkte Ansatzpunkte:

- die Handlungsfähigkeit der erkrankten Person in bezug auf ihre Alltagsrollen zu bessern;
- die Rollenerwartungen der Rollenpartner in den Alltagssituationen den Einschränkungen der erkrankten Person (unter sorgfältiger Beachtung der verbliebenen Fähigkeiten) anzupassen.

Von zentraler Bedeutung ist, daß zwischen erkrankter/behinderter Person und den für sie wichtigen Bezugspersonen Übereinstimmung in der Sichtweise und der Einschätzung der Bedeutung der Erkrankung/Behinderung in bezug auf die Bewältigung des Alltags und die Perspektiven der weiteren Lebensplanung erreicht wird. Ob eine längerfristig psychisch gestörte Person in ihrem eigenen Lebensfeld weiter integriert bleiben kann, hängt also auch und entscheidend davon ab, wie die verschiedenen Bezugspersonen im realen Lebensfeld damit umgehen können und wie sie dabei gefördert, unterstützt und entlastet werden. Wenn Profis in einer Einrichtung damit umgehen können, so hilft das den Bezugspersonen im realen Lebensfeld zunächst gar nichts, d. h., die Stabilisierung ist an die Einrichtung gebunden und nicht übertragbar.

Bei den sozialen Beeinträchtigungen (HANDICAP) (c) geht es um Umfeldreaktionen und Ausgrenzungsprozesse im Berufsleben, im Wohnbereich, in der Nachbarschaft, dem Freundeskreis sowie aus den sozialen Sicherungen, wie z. B. Krankenversicherung, Arbeitslosenversicherung. Es kommt darauf an, diese Ausgrenzungsprozesse möglichst früh zu verhindern (u. a. auch durch klinische Behandlung) und erfolgte Beeinträchtigungen spezifisch auszugleichen (z. B. Übernahme der Mietkosten für eine Wohnung, Finanzierung einer Haushaltshilfe), damit das Leben in der Anstalt oder einer anderen Einrichtung nicht zum einzig möglichen Lebensraum wird.

Abb. 3 Psychische Erkrankungen und Behinderungen



Das Konzept der Krankheitsfolgen ermöglicht eine differenzierte Betrachtung und Erfassung von Schädigung, funktioneller Einschränkung und sozialer Beeinträchtigung sowie deren Wechselwirkung. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, daß die wissenschaftliche Diskussion der Abgrenzungen und Zusammenhänge noch im Gange ist.

zur ARBEITSTHEIE für die Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter –  
Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Heft 9/1992)

Mit dem Leben in einer Einrichtung sind die funktionellen Einschränkungen und die sozialen Beeinträchtigungen ausgeglichen, denn die Einrichtung bietet Wohnung, Ernährung, Arbeit und Beschäftigung, Tagesstrukturierung, materielle Grundsicherung usw. Aber diese Stabilisierung ist an die Einrichtung gebunden und nicht übertragbar. Wenn eine Person mit funktionellen Einschränkungen (b) und sozialen Beeinträchtigungen (c) durch das Hilfspaket in einer Einrichtung stabilisiert wird, so könnte diese Person von der Einrichtung nur unabhängig werden, wenn ihre psychische Störung (vgl. a) im Sinne des WHO-Konzepts sich nachhaltig bessern würde, d. h., solche Einrichtungen warten unausgesprochen doch auf Heilung der Krankheit – wie Kliniken – oder verlieren irgendwann die Geduld und gehen mit der immer noch nicht gesund gewordenen Person um, wie traditionelle Kliniken mit sogenannten Pflegefällen.

#### 4. Lebensfeldzentrierte Eingliederungshilfe

Der traditionelle einrichtungszentrierte Ansatz koppelt Wohnen (d. h. die Bereitstellung von Wohnraum) mit Hilfen, die umfangreicher sind als herkömmliche ambulante Hilfen. Man kann das eine nicht ohne das andere haben. Da hier der Hilfeaufwand auch räumlich starr mit dem Wohnen verbunden ist, folgt daraus bei Wechsel der Hilfe auch ein Wechsel des Wohnraumes und umgekehrt.

Die anstaltszentrierte Lösung psychiatrischer Probleme heißt, der Patient/die psychisch gestörte Person verläßt sein/ihr Lebensfeld, die Anstalt/die Einrichtung ersetzt das Lebensfeld und bietet standardisiert die notwendigen Hilfen.

Diesem Anstaltsparadigma ist auch das Konzept der Reha-Kette noch verpflichtet. Die Glieder der „Reha-Kette“ strukturieren sich nach

- Kostenträgern und Paragraphen (Krankenkassen oder Reha oder Sozialhilfe . . .)
- Einrichtungsträgern (Diakonie, Caritas, DPWV, AWO usw.)
- Angeboten (Therapieprogramm mit Indikations- und Ausschlußkriterien).

Dabei geht es darum, nach diesen und weiteren Kriterien (z. B. Altersstufe) möglichst viele gleichartige Fälle gleichzeitig zu haben: das gibt maßnahmengemessene Kästchen als Strukturmuster. So entstehen viele verschiedene, jedoch jeweils in sich homogene Standard-Hilfpakete. Personen mit einem bestimmten Hilfebedarf gehen zu dem jeweiligen Standard-Hilfpaket, das ihrem individuellen Bedarf am nächsten kommt – und wenn sich ihr Hilfebedarf ändert,

- müssen sie zum nächsten Standard-Paket weiterwechseln („Reha-Kette“), damit werden aber tragende soziale und therapeutische Beziehungen unterbrochen: Entwurzelung,
- oder sie geraten in den Zustand der Fehlplatzierung, ohne sich bewegt zu haben,
- oder sie entwickeln (sozusagen, um bleiben zu können) den für das Standard-Paket passenden Hilfebedarf (einrichtungsinduzierte = sekundäre Behinderungen, vgl. Hospitalismus).

Es geht aber um eine Umkehrung der Richtung: Statt daß die Person in die Einrichtung geht, sollen die Hilfen zur Person in ihr Lebensfeld ergänzend, stützend hinzukommen. Das bedeutet, die üblicherweise in Einrichtungen standardisierten Hilfpakete müssen aufgeschnürt werden, damit die unterschiedlichen Hilfebestandteile nach Art, Umfang und Kombination der Veränderung des individuellen Bedarfs entsprechend verändert werden können, ohne daß jedesmal die Wohnung und das soziale sowie therapeutische Umfeld auch wechseln muß.

Zum Beispiel jemand braucht:

- eine Wohnung, Problem des Mietvertrages und der Mietzahlung
- Hilfe bei der Reinigung der Wohnung
- Hilfe bei der Organisation von Essen

- Hilfe bei der Reparatur der Wohnung (Glühbirne kaputt, Wasserhahn tropft usw.)
- Hilfe bei der Tagesstrukturierung durch Arbeit oder sinnvolle Beschäftigung
- Hilfe bei der Durchsetzung von Rechten und Ansprüchen beim Sozialamt, der Krankenkasse usw.
- Hilfe bei Konflikten und Reibereien mit Nachbarn
- psychiatrische Behandlung
- allgemeinärztliche Behandlung.

Die Liste ließe sich sicher auch noch erweitern.

Ich will an dieser Stelle nicht das Problem weiter diskutieren: Als Hilfpaket einer Einrichtung läßt sich dies relativ einfach über Pflegesitze finanzieren – aber wenn die Hilfen einzeln in ambulanter Form bezahlt werden sollen, dann wird es sehr schwierig (Es gilt: stationär vor ambulant!). Vielmehr geht es mir hier um die Koordination und den Beziehungsaspekt:

In einem Krankenhaus, in einem Heim oder in einer Einrichtung sind diese unterschiedlichen Hilfen als Paket verschnürt, und damit ist die Koordination der Hilfen hierarchisch standardisiert vorgegeben.

Wenn aber jetzt ein Klient in seinem eigenen Lebensfeld lebt, stellt sich die Frage, wer koordiniert die unterschiedlichen Hilfen? Idealerweise ist ein Patient/Klient selbständig wie ein Kunde. Aber angesichts unserer komplexen Verhältnisse müßte er ein Sozialarbeiterstudium absolviert haben, um die Notwendigkeit der verschiedenen Hilfen für sich kompetent koordinieren zu können; und er müßte die Erfahrung eines sozialrechtlich spezialisierten Anwalts haben, um die Leistungszuständigkeiten bei den verschiedenen Kostenträgern und Behörden für sich durchzusetzen.

Die Engländer haben dafür die Begriffe „case manager“ und „care manager“. Mit *case manager* ist die Funktion gemeint, langfristig (unter Berücksichtigung des Willens des Klienten) die unterschiedlichen Hilfen miteinander zu koordinieren, insbesondere auch unter ihrem Beziehungsaspekt: Welcher Therapeut hat die langfristige Hauptfunktion, Steuerungsfunktion, und welche anderen therapeutischen Beziehungen sind dem unter- oder nebengeordnet, aber nicht übergeordnet? Dies muß zwischen den beteiligten Helfern geklärt sein. Primär sollten die verschiedenen Helfer die Entscheidung des Klienten respektieren. Aber es stellen sich oft die Fragen:

- Wieviel Eigenverantwortung kann dem Klienten belassen werden?
- Wieviel Motivation wird für ein Hilfebedürfnis vorausgesetzt?
- Ist die Fähigkeit zum eigenverantwortlichen Hilfebündnis krankheitsbedingt beeinträchtigt?
- Erfordert die Gefahrenabwehr aktiv aufsuchende, gegebenenfalls fürsorglichen Zwang ausübende Hilfe?

Für Helfer ist es verführerisch, durch einseitige Betonung von Selbstbestimmung und Motivation auf seiten der Klienten sich der schwierigsten Klienten zu entledigen und sie aus der eigenen Therapeuten-Verantwortung auszugrenzen, indem man die Akzeptanz von Hilfen durch den Klienten allein zu seinem und nicht auch zum eigenen Problem des Helfers macht.

Mit der Funktion des *care managers* bezeichnen die Engländer eine Funktion, bei der es darum geht, für einen Patienten/Klienten die für ihn notwendigen Hilfen einzukaufen im Sinne von Finanzierung. Das ist in England bei den dortigen Finanzierungsstrukturen, National Health Service usw., anders als bei uns. Auf unsere Verhältnisse übertragen, würde dies bedeuten, die Finanzierbarkeit von Hilfen bei Sozialhilfeträgern, Kassen, Reha-Leistungsträgern usw. per Antragsverfahren, notfalls auch gerichtlich durchzusetzen.

Sie kennen sicher die Problematik, daß es bei uns üblich ist, daß die Einrichtungen

mit dem Kostenträger über den Kopf des Patienten, Heimbewohners usw. hinweg die Kosten verrechnen, nicht immer zum Vorteil des Betroffenen.

Im Krankenhausbereich kenne ich mich besonders gut aus. Daß ein Krankenhaus bzw. der Träger des Krankenhauses sich für die Übernahme der Behandlungskosten durch die Kasse massiv einsetzt, hat aus unterschiedlicher Sicht ganz unterschiedliche Bedeutung. Für den Patienten geht es darum, daß er bei dem teuren Krankenhausaufenthalt nicht zu früh vom Kassenpatienten zum Selbstzahler wird und damit in der Regel zum Sozialhilfeempfänger mit allen finanziellen Folgen der Heranziehung. Unser Krankenhaus mit der Rechtsabteilung des Trägers hat in früheren Jahren massiv die Krankenkassen verklagt und einen Prozeß sogar vor dem Bundessozialgericht gewonnen. Aber eigentlich ist die Durchsetzung dieser individuellen Rechtsansprüche eine Angelegenheit des Patienten bzw. seiner Rechtsvertretung und keine Aufgabe von Therapeuten. Analoges gilt für Leistungen im rehabilitativen und Sozialhilfebereich bis hin zur Heimpflege.

Die Problematik des Dreiecksverhältnisses zwischen Patient, Einrichtung und Kostenträger ist ja vor einigen Jahren in bezug auf die Kurzschlüsse zwischen Heimen und Sozialhilfeträger über die Köpfe der Heimbewohner hinweg rechtlich problematisiert worden.

##### 5. Einflußnahme auf die Entwicklung der Versorgungsstrukturen

Ich will mit zwei Beispielen noch einmal die Verknüpfung der individuellen mit der strukturellen Ebene verdeutlichen: Die aktuelle Notwendigkeit von BiG-Entscheidungen (u. a. nach Landesunterbringungsgesetzen) im Einzelfall ist oft die indirekte Folge von unzulänglicher Struktur und Qualität verfügbarer Hilfen.

###### Z. B.: Wohnortferne Heimunterbringung

Eine psychisch gestörte Person lehnt die Unterbringung in einer wohnortfernen Einrichtung ab. Diese Einrichtung ist weit weg, fremd, die Person müßte noch vorhandene Bezüge aufgeben usw. Die aktuelle Notsituation läßt aber keine andere Wahl, also muß Zwang ausgeübt werden. Doch die RichterIn, der Betreuer, kann sich vorstellen, wenn es wohnortnahe Hilfen gäbe, die ergänzend zum eigenen Lebensfeld hinzukämen, oder eine Einrichtung in der Nähe, von der aus die Kontakte zum eigenen bisherigen Lebensfeld weiter aufrechterhalten werden können, dann würde die betroffene Person auch ohne Zwang die notwendige Hilfe akzeptieren.

###### Z. B.: Verwirrte ältere Menschen im Heim

Hier ergibt sich oft die Notwendigkeit, Fixierungen z. B. nachts rechtlich „abzusegnen“. Was kann der Richter, die BetreuerIn, tun, wenn er/sie erkennt oder vom Gutachter darauf hingewiesen wird: Diese nächtliche Unruhe ließe sich vermeiden, wenn dieser alte Mensch entsprechend seinen verbliebenen bzw. aktivierbaren Fähigkeiten tagsüber beschäftigt würde in einer Weise, die er/sie selber als sinnvoll erlebt. Dadurch würde eine natürliche Müdigkeit entstehen, die den Schlaf fördert. Oder die Unruhe nachts hat etwas mit quälendem Hunger, Durst, mit Unterzuckerung zu tun, weil das Abendbrot nachmittags zu früh und das Frühstück morgens zu spät sind, d. h., daß die Mahlzeiten viel zu weit auseinanderliegen und eine Zwischenmahlzeit nicht gereicht wird. Um diese Mängel in der Heimbetreuung abzustellen, reicht sicher in der Regel ein Appell an das Heimpersonal nicht aus, sondern es geht u. a. darum, mehr und besser qualifiziertes Personal finanzierbar zu machen.

In unserem Staatswesen, in unserer Gesellschaft sind Veränderungen, Reformen, die Resultate von komplexen Entwicklungs- und Entscheidungsprozessen, in denen ganz unterschiedliche Interessen und Bedingungsfaktoren zusammenkommen: Finanzen, traditionelle Zuständigkeiten, Eigeninteressen und Rivalitäten von Kostenträgern, von Einrichtungsträgern und Berufsgruppen und schließlich die Interessen und Bedürfnisse von Betroffenen, wobei unter Umständen die der erkrankten/behinderten Person und der

mitbetroffenen Angehörigen auch nicht ganz identisch sind. Die Betroffenen sind bei ihrer Interessenvertretung häufig dadurch behindert, daß sie in dem Geflecht von konkurrierenden Interessen und Zuständigkeiten die schwächsten Beteiligten sind: die erkrankte und behinderte Person in Folge der Erkrankung/Behinderung, die erkrankte Person und die Angehörigen durch Mangel an Erfahrung, Rechtskompetenz und Durchsetzungsvermögen. Therapeuten sprechen zwar häufig von den Interessen der Patienten und Klienten, aber dies ist auch nicht immer frei von Eigennutz, d. h., die Patienteninteressen legitimieren die Eigeninteressen. – HART, ein Engländer, hat 1971 mit einem Wortspiel „The inverse care law“ gesagt, daß die Qualität und Verfügbarkeit von medizinischen und sozialen Hilfen der Tendenz nach umgekehrt proportional zum Bedarf der zu versorgenden Zielgruppen ist. HART weist anhand vieler Beispiele darauf hin, daß dieses „Gesetz“ um so ausgeprägter gilt, je mehr die Gesundheits- und Sozialdienste dem freien Kräftespiel des Marktes überlassen sind.

Hilfebedürftige Personen benötigen in diesen Verhältnissen um so dringender Beistand, je mehr sie krankheits-/behinderungsbedingt nicht dazu in der Lage sind, sich die für sie notwendigen Hilfen selber aktiv zu holen. Diese Menschen benötigen deshalb Unterstützung und Beistand zur Durchsetzung von Hilfsansprüchen und der Einlösung sozialer Rechte sowie bei der Realisierung der strukturellen Voraussetzungen, damit diese Hilfen im Einzelfall auch verfügbar sind. Dies geht über die traditionelle Funktion von Vormundschafts- bzw. Betreuungsrecht sowie Unterbringungsgesetzen hinaus,

- die öffentliche Sicherheit und Ordnung vor Störungen durch psychisch kranke oder geistig behinderte Personen zu schützen, mit der Fehlergefahr der ungerechtfertigten Freiheitsbeschränkung für Bürger,
- ungerechtfertigte Freiheitsbeschränkungen zu vermeiden mit der Gefahr, notwendige Hilfeleistungen für psychisch kranke Personen zu unterlassen.

##### 6. Die Realisierung der Gemeindepsychiatrie als vielschichtiger Prozeß

Als Therapeut beginne ich bei den Helfern:

###### 1. Von der Angebots- zur Bedarfsorientierung der Therapeuten

Statt für geschätzte Therapiemethoden die geeigneten Patienten auszuwählen – und das gegebenenfalls von weit her mit der Konsequenz, daß die Patienten mit komplexeren Problemen wohnortnah nicht akzeptiert werden –, kommt es darauf an, es als therapeutische Herausforderung zu begreifen, von den regional vorhandenen psychisch kranken und behinderten Personen auszugehen und für sie bedarfsgerechte Hilfen zu realisieren.

###### 2. Einrichtungsträger in die regionale Versorgungsverpflichtung einbinden

Das gilt insbesondere für den freien Träger, die ja bei uns gerade im komplementären Bereich eine große Rolle spielen. Insbesondere bei christlich motivierten Trägern verstehe ich die immer noch vorherrschende angebotsorientierte Selektion von passenden Patienten nicht. Es geht darum, auch die freien Träger in die regionale komplementäre Versorgungsverpflichtung vertraglich einzubinden, weil sonst die Heil- und Pflegeanstalt und die großen kirchlichen Anstalten überregional für all die Personen zuständig bleiben, die in die wohnortnahen Angebote nicht passen (überregionale komplementäre Ersatzfunktion): zuständig für all die Problemfälle, für die alle anderen vor Ort sich nicht (mehr) für zuständig halten.

###### 3. Bestehende Leistungsgesetze offensiv ausschöpfen

Die Kosten- und Leistungsträger verwenden oft viel mehr Energie darauf, ihre Nichtzuständigkeit zu begründen, als ihre Aufgaben zu erfüllen. Sie wären aber eigentlich verpflichtet, ihre Aufgaben und Zuständigkeiten offensiv wahrzunehmen, um die sozial-

rechtliche Gleichstellung von psychisch kranken und behinderten Personen mit somatisch kranken und behinderten Personen zu realisieren.

#### 4. Defizite der Leistungsgesetze beheben

Auch bei wohlwollender und offensiver Nutzung der bestehenden Leistungsgesetze bleiben große Schwierigkeiten, gemeindepsychiatrische Versorgungsstrukturen zu realisieren. Insbesondere geht es darum, Hilfen, die in vollstationärer Form als Behandlung und Rehabilitation leistungsgesetzlich anerkannt sind, auch teilstationär und ambulant zu ermöglichen.

#### 5. Bedarfsplanung der Länder regionalisieren

Üblicherweise planen die Länder (mit Folgewirkung für die Bereitstellung von Investitionsmitteln) maßnahmengemessen: Landesplanung je getrennt für Werkstätten für Behinderte, für Altenheime, für Tagesstätten, für Kontakt- und Beratungsstellen, für betreutes Wohnen usw. Es kommt aber darauf an, die Planung zu regionalisieren, d. h. für die in einer definierten Region (Kreis/Stadt) vorhandenen Personen die für sie notwendigen Hilfeleistungen aufeinander abgestimmt zu realisieren.

#### 6. Die Kommune als politische Interessenvertretung auch für psychisch kranke und geistig behinderte BürgerInnen

Grundlage ist das Recht und die Pflicht zur Daseinsvorsorge der Kreise und Städte, die sich jedoch nicht nur auf gesunde und somatisch kranke BürgerInnen beziehen darf. Z. B. könnten die Kreise und Städte bei Kostenträgern und Einrichtungen jährlich erfragen und ihrem Parlament berichten, wie viele Personen mit welchen Erkrankungen und Behinderungen welche Hilfen nur außerhalb des Kreises/der Stadt fanden. Dieses Ergebnis müßte die Grundlage für die nächsten Planungsschritte sein. Es geht nicht darum, die nächste Fachklinik zur Entwöhnung oder die nächste BfA-Klinik für Psychosomatik, die überregional aufnehmen, ins Land zu holen. Aber in welchem Kreis/in welcher Stadt gibt es schon ein öffentliches Klima, in dem Kommunalpolitiker ihre Wahlchancen dadurch erhöhen, daß sie sich für die Integration psychisch kranker und geistig behinderter Menschen einsetzen? Meist besteht doch noch die Gefahr, daß sie sich damit ins Abseits manövrieren. Deshalb stelle ich die Frage, ob es nicht auch Aufgabe von BetreuerInnen ist, in der Öffentlichkeit, in den Medien, in politischen Gremien und Verwaltungsinstanzen die Interessen ihrer betreuten Personen zu vertreten. Dafür wäre es sicher wichtig und hilfreich, dies nicht als Einzelkämpfer zu tun, sondern sich vor Ort und auf Landesebene zusammenzutun sowie mit anderen Interessenvertretungen, z. B. der Angehörigen sowie der Psychiatrie-Erfahrenen, zu verbünden.

#### Literatur

##### Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.):

- Personalbemessung im komplementären Bereich – Von der institutions- zur personenbezogenen Behandlung und Rehabilitation.
- Tagung am 27./28. April 1994, Bonn-Bad Godesberg. (Tagungsbericht erscheint Ende 1994)

##### Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.):

- Arbeitshilfe für die Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter
- Schriftenreihe Heft 9, Frankfurt, Walter-Kolb-Str. 9–11, 1992

##### Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.):

- Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR – Bestandsaufnahme und Empfehlungen.
- Aktion Psychisch Kranke, Bonn, 1991

##### Crefeld, W.:

- Das Betreuungswesen als Aufgabe kommunaler Sozialpolitik.
- *Betreuungsrechtliche Praxis* 3 (1994), 147–152

##### Hart, J. T.:

- The inverse care law.
- *Lancet* 1 (1971) 406

##### Kunze, H.:

- Bürgerrechte psychiatrischer Patienten in den USA – Medizinische und verfassungsmäßige Minimalstandards für angemessene Behandlung.
- *Psychiatrische Praxis* 3 (1976), 77–86

##### Kunze, H.:

- Funktionswandel des Psychiatrischen Krankenhauses.
- In: Thoma, A., Wulff, E. (Hrsg.): *Psychiatrie im Wandel*, S. 195–214
- *Psychiatrie-Verlag*, Bonn, 1990

##### Kunze, H.; Lutze, P.; Stumme, W.:

- Wahlrecht psychiatrischer Patienten – Umfrage bei 15 Psychiatrischen Krankenhäusern in Hessen und Rheinland-Pfalz aus Anlaß der Wahl zum Deutschen Bundestag am 5. 10. 1980.
- *Psychiatrische Praxis* 9 (1982), 42–50

##### Shepherd, G.:

- „Ward in a House“ und „Case Management“
- Zwei Konzepte zur langfristigen Behandlung schwer psychisch Kranker in der Gemeinde.
- In: Kunze, H.; Picard, W.; *Aktion Psychisch Kranke* (Hrsg.):
- Administrative Phantasie in der psychiatrischen Versorgung – von antitherapeutischen zu therapeutischen Strukturen.
- *Tagungsbericht Band 18*, Rheinland-Verlag, Köln, 1992

Abschlußerklärung  
des 4. Vormundschaftsgerichtstages 1994  
in Friedrichroda

*Reform in Gefahr*

Der Kerngedanke des seit drei Jahren gültigen Betreuungsgesetzes ist es, die Rechtsstellung alter, behinderter und psychisch kranker Menschen zu verbessern. Er ist in Gefahr, zwischen Rotstift und Reformunwilligkeit zerrieben zu werden. Die Beratungen des 4. Vormundschaftsgerichtstages vom 12. bis 15. Oktober 1994 in Friedrichroda unter dem Thema „Betreuungsrecht in der Praxis – Traum oder Alptraum“ zeigten, daß wesentliche Elemente der Reform nicht oder nur unzureichend in die Praxis umgesetzt worden sind.

Zu dieser interdisziplinären Fachveranstaltung haben sich 480 BetreuerInnen, ÄrztInnen, PsychologInnen, RechtspflegerInnen, RechtswissenschaftlerInnen, RichterInnen, SozialarbeiterInnen und SozialpädagogenInnen zusammengefunden. Sie verlangen, daß die Umsetzung der Gesetzesreform nicht länger verzögert wird. Es darf nicht der Ausweg versucht werden, Umsetzungsdefizite dadurch zu beseitigen, daß Inhalte des Betreuungsgesetzes auf Kosten der Betroffenen zur Disposition gestellt werden.

Im einzelnen wurde festgestellt:

- Zum Teil sind die Vormundschaftsgerichte immer noch so unterbesetzt, daß die Anhörung der Betroffenen nicht gewährleistet werden kann; aus dem gleichen Grunde werden Sachverhalte nicht hinreichend ermittelt. Überprüfungen der Erforderlichkeit bestehender Betreuungen werden verzögert. RechtspflegerInnen können keine ausreichende Beratung und Kontrolle der BetreuerInnen gewährleisten. Aus- und Fortbildungsdefizite sowie mangelndes Problembewußtsein gefährden weiterhin in erheblicher Weise die Einhaltung der Verfahrensgarantien (z. B. die Bestellung von notwendigen VerfahrenspflegerInnen) und damit die Umsetzung des Betreuungsrechts. Im Umgang mit den betroffenen Bürgern benutzen die Gerichte häufig noch eine juristisch verklausulierte Sprache und stigmatisierende Begriffe, die der Lebenssituation der betroffenen Menschen diskriminierend und unsensibel begegnen. Der Vormundschaftsgerichtstag weist die Fortbildungsreferenten der Bundesländer auf diese Notstände hin.
- Ehrenamtliche BetreuerInnen bedürfen der Beratung und Unterstützung, Einführung und Fortbildung. Dieses wird, von vereinzelten regionalen Ausnahmen abgesehen, weder ausreichend von Behörden noch von Vereinen geleistet.
- Den Betreuungsbehörden fehlen die Mittel, ein differenziertes Angebot von Betreuungsvereinen, ehrenamtlichen BetreuerInnen und BerufsbetreuerInnen zu etablieren. Die Kapazitäten reichen vielerorts nicht aus, um die Gerichte bei der Sachverhaltsaufklärung zu unterstützen. Es werden sogar Kürzungen in der personellen Ausstattung der Betreuungsbehörden vorgenommen, bevor die im Gesetz vorgesehenen neuen Strukturen entstanden sind.
- Obwohl den Betreuungsvereinen in der Umsetzung des neuen Rechts eine zentrale Aufgabe zufällt, ist bis auf wenige regionale Ausnahmen die finanzielle Grundlage ihrer Arbeit ungesichert. Die Werbung und Beratung ehrenamtlicher BetreuerInnen kann wegen fehlender Mittel nur unzureichend stattfinden. Die Wahrnehmung notwendiger Betreuungen durch VereinsmitarbeiterInnen ist durch die nicht kostendeckende Vergütung unmittelbar gefährdet. Es ist widersinnig, daß Vereine ihre Arbeit einstellen mußten, obwohl sie erfolgreich ehrenamtliche BetreuerInnen geworben hatten. Eine solche Entwicklung muß Protest herausfordern.
- BerufsbetreuerInnen müssen die Gelegenheit erhalten, berufsbegleitend Zusatzqualifikationen zu erwerben und über die Zugehörigkeit zu einem Berufsverband Quali-

tätsstandards in ihrer Arbeit zu garantieren. Sie müssen ebenso wie die MitarbeiterInnen der Betreuungsvereine und -behörden ihre Fallzahlen gegenüber den Gerichten offenlegen und Rechenschaft über die persönliche Führung der Betreuungen legen.

- Die ärztlichen bzw. psychologischen Gutachten beschränken sich häufig noch auf eine defizitorientierte Kurzdiagnose, die die lebensrelevanten psychosozialen Gegebenheiten der Betroffenen ausblendet. Die Fachverbände sind aufgefordert, für eine Information ihrer Mitglieder über die Zielsetzungen des Betreuungsgesetzes zu sorgen sowie eine ausreichende Anzahl qualifizierter GutachterInnen sicherzustellen.
- Behinderte, alte und psychisch erkrankte Menschen werden in unerträglicher Weise mit den Kosten der gesetzlichen Betreuung belastet. Allenfalls ist es akzeptabel, das Vermögen wie in der Kostenordnung (Freigrenze DM 50 000,-) und das Einkommen nach den im BSHG vorgegebenen Regelungen für die Hilfen in besonderen Lebenslagen (§§ 79, 81) heranzuziehen.
- Zur Durchsetzung der notwendigen Vergütungsansprüche beruflich geleisteter Betreuungsarbeit ist die Überprüfbarkeit bis zum Bundesgerichtshof herzustellen.
- Die Hochschulen sind aufgefordert, spezielle Ausbildungsgänge zum Betreuungsgesetz und berufsbegleitende Fortbildungen für freiberufliche BetreuerInnen anzubieten.
- Die aus dem Einigungsvertrag hergeleitete finanzielle Schlechterstellung der Betreuungsarbeit in den neuen Bundesländern muß beendet werden. Zudem gibt es hier besonders im Bereich der Gerichte dringend zu beseitigende Defizite in der Besetzung mit RichterInnen und RechtspflegerInnen und deren Qualifizierung.
- Alle beteiligten Berufsgruppen sind aufgerufen, Initiativen zu interdisziplinärer Zusammenarbeit und Fortbildung zu ergreifen.
- Es müssen endlich, wie dieses bereits in der Psychiatrie-Enquete gefordert worden ist, die Angebote psychosozialer Versorgung vor Ort verbessert werden, damit unnötige Betreuungen vermieden werden. Nur wenn ein differenziertes Hilfsangebot ortsnahe vorhanden ist, können die BetreuerInnen ihren gesetzlichen Rehabilitationsauftrag erfüllen.

## I. Die geschlossene Unterbringung – Krisenintervention, Verhinderung, Vollzug

Protokoll von Ansgar Fischer

Moderation: Dr. Rolf Marschner / Waltraud Sarna / Jutta Knoerzer

Von den 36 Teilnehmer(innen) der Arbeitsgruppe ist der überwiegende Teil ehrenamtlich oder bei der Betreuungsbehörde als Betreuer(in) tätig. Ansonsten waren nahezu alle Berufsgruppen vertreten, die in der Praxis mit dem Betreuungsrecht zu tun haben, so mehrere Vormundschaftsrichter, als Betreuer tätige Rechtsanwälte, Berufsbetreuer, Mitarbeiter(innen) sozialer Dienste und Heime sowie des Sozialpsychiatrischen Dienstes und Ärzt(innen). Sieben Teilnehmer(innen) sind in den neuen Bundesländern tätig.

Alle Teilnehmer(innen) werden in ihrer beruflichen Praxis unmittelbar mit den mit einer zwangsweisen Unterbringung verbundenen Problemen konfrontiert. Bereits in der Vorstellungsrunde kam deutlich zum Ausdruck, daß eine Unterbringung nur als letztes Mittel für die Betroffenen in Frage kommen soll, da vor allem an dem Sinn der Unterbringung gezweifelt wird. Es besteht ein großes Bedürfnis, eine Unterbringung aufgrund der einschneidenden Wirkungen für die Betroffenen zu vermeiden und sinnvollere Hilfen zu bieten, die weniger belastend, zugleich aber wirkungsvoller sein sollten. Da es häufig an solchen fehlt, wurden auch aus der Richterschaft Bedenken geäußert, ob die gegenwärtig geübte Rechtspraxis bei Unterbringungen rechtmäßig ist oder nicht vielmehr aus Mangel an Alternativen Unterbringungsbeschlüsse erlassen werden, die eigentlich unverhältnismäßig sind.

Die Arbeitsgruppe diskutierte die drei Themenkomplexe

- Verhinderung der Unterbringung, Krisenintervention,
- Gewalt bei der Durchführung der Unterbringung  
und
- Vollzug der Unterbringung

anhand von Thesen und Fragestellungen, die die Leiter(innen) der Arbeitsgruppe vorbereitet hatten.

Nachdem Dr. Marschner eine kurze Einführung in das Unterbringungsrecht gegeben hatte, tauschten die Teilnehmer(innen) zunächst ihre persönlichen Erfahrungen mit Unterbringungen aus.

Die Teilnehmer(innen) empfinden ihre Rolle bei der Unterbringung als sehr belastend, vor allem, sofern sie als Betreuer(innen) tätig sind. Wer in dieser Funktion eine Unterbringung veranlaßt, will zwar helfen, übt jedoch aus Sicht der Betroffenen Zwang aus, so daß es zu einer Zerstörung der Vertrauensgrundlage kommen kann. Diese Gefahr besteht insbesondere, wenn eine Unterbringung durch Verwandte als Betreuer veranlaßt wird, weshalb diesen etwa in München dieser Wirkungskreis gar nicht erst übertragen wird. Andererseits kann das persönliche Verhältnis zu dem Betreuten die Akzeptanz der Unterbringung stärken und die schweren Folgen für diesen mildern. So wird in München die Beteiligung des Betreuers bei der Unterbringung eingefordert, auch um eine optimale Vertretung des Betroffenen zu gewährleisten. Auch in Hamburg sollen die Betreuer bei der Unterbringung anwesend sein. Wichtig ist allgemeiner Meinung nach ein authentisches Verhalten, also eine klare Position des Betreuers und der Betreuerin zur Notwendigkeit und Durchführung der Unterbringung, die auch nach außen kenntlich gemacht wird.

### 1. Verbindung der Unterbringung, Krisenintervention

Allgemeiner Ansicht nach könnten Unterbringungen in vielen Fällen bereits dann vermieden werden, wenn die Frage, ob eine Unterbringung sinnvoll und geboten ist, generell in jedem Fall sorgfältiger geprüft würde.

Zur Zulässigkeit der Einweisung zum Zwecke der Heilbehandlung wurde vertreten, daß diese jedenfalls nicht zur Behandlung der sogenannten „Anlaßkrankheit“, also der die Einrichtung einer Betreuung rechtfertigenden Krankheit, in Betracht komme, so daß keine Möglichkeit zur zwangsweisen Behandlung einer psychischen Krankheit bestehe. Dagegen wurde eingewandt, daß dann derartige Krankheiten auch nicht in ihren Erschwerungen zwangsbehandelt werden könnten und das durch diese Krankheiten verursachte Leid faktisch nicht mehr behandlungsfähig sei. Hier ergab sich kein einheitliches Meinungsbild. Aus ärztlicher Sicht erscheint eine Unterbringung zur Behandlung jedenfalls dann durchaus sinnvoll, wenn bereits eine Verbesserung durch ähnliche Maßnahmen erfahren worden ist. Dies kommt häufig auch bei jugendlichen Ersterkrankungen in Betracht. Wenig sinnvoll ist eine Unterbringung dagegen bei altersbedingten Psychosen, weil hier eine Behandlung kaum anzuschlagen vermag.

Allgemein waren die Teilnehmer(innen) der Ansicht, daß die Gefährlichkeit psychischer Erkrankungen für Dritte häufig überschätzt wird und zu oft lediglich an äußeren, für die Außenwelt als Störung empfundenen Erscheinungsbildern festgemacht wird. Die Schwere der Erkrankung für die Betroffenen spielt demgegenüber zu oft eine untergeordnete Rolle. Als prägnantes Beispiel wurde der Fall einer schweren Depression mit manischen Schüben genannt, bei dem erst bei Auftreten der Manien an eine Behandlung, dann verbunden mit einer Unterbringung, gedacht worden ist.

Zu häufig ist die Unterbringung ein Weg, um die Betroffenen aus dem Konflikt mit ihrem sozialen Umfeld herauszunehmen. In diesen Fällen scheint eine Unterbringung zwar das geeignete Mittel zu sein, das soziale Umfeld des Betroffenen zu erhalten, bevor dies durch die mit der Erkrankung verbundenen Belastungen „gesprengt“ wird. Liegt der Zündstoff für die Erkrankung jedoch – wie etwa bei einer Psychose aufgrund sexuellen Mißbrauchs – in dem sozialen Umfeld selbst begründet, verliert die Unterbringung ihre Rechtfertigung, sofern es um das Wohl des oder der Betroffenen geht. Dies gilt auch in den Fällen, in denen – gerade auch auf die Betreuer – Druck von außen, so etwa durch Nachbarn, ausgeübt und die Unterbringung betrieben wird.

Die Beurteilung der „Gefährlichkeit“ einer Krankheit für die Betroffenen und Dritte hängt folglich nicht nur sehr stark von der subjektiven Einschätzung der Betreuer ab. Sie ist auch davon abhängig, wieviel Druck die Betreuer von dritter Seite aushalten können, wie risikofreudig und geduldig die Betreuer sind und wann die Hemmschwelle des einzelnen gegenüber abweichendem Verhalten, etwa einer Verwahrlosung, überschritten ist. Um Gefahren richtig einschätzen zu können, benötigen Betreuer ein hohes Maß an Kompetenz, auch um sich mit Ärzten und sozialen Diensten fachlich auseinanderzusetzen zu können und sinnvolle Maßnahmen treffen zu können, die einer Unterbringung vorbeugen könnten. Dafür muß allerdings auch ein System sozialer Hilfen zur Verfügung stehen, welches zur Vorbeugung einer Unterbringung eingesetzt werden kann. Die Verantwortung für das Schicksal der Betroffenen muß geteilt und von allen Beteiligten wahrgenommen werden, weshalb u. a. auch ein informeller Austausch über Sinn und Zweck einer Unterbringung noch vor Stellung des Antrags mit dem/der zuständigen Richter(in) stattfinden sollte. Wichtig ist auch eine interdisziplinäre Diskussion über den Einzelfall hinaus.

Ob und unter welchen Voraussetzungen eine Unterbringung veranlaßt und angeordnet wird, hängt auch sehr stark von den örtlichen Verhältnissen ab. Wie verschiedene Erfahrungsberichte aus unterschiedlichen Bundesländern belegten, steigt die Zahl z. B. der Einweisungen zum Wochenende um so mehr, je grobmaschiger das Netz sozialer Dienste vor Ort ist, da dann in der Krise häufig kein milderes Mittel als eine Unterbringung zur Verfügung steht. In größeren Flächenstaaten, in denen das nächste Landeskrankenhaus

z. B. 80–90 Kilometer entfernt ist, wird andererseits eine Abwägung des zu betreibenden Aufwandes für eine Einweisung mit dem Sinn der Unterbringung eher zu einer Entscheidung gegen eine Unterbringung führen können, zumal wenn dieser Aufwand am Wochenende noch steigt. Dadurch mag vielleicht die Zahl der Unterbringungen sinken; eine allein am Wohl der Betroffenen ausgerichtete differenzierte Entscheidung, die allein wünschenswert wäre, findet allerdings auch in diesem Fall nicht statt.

Der sozialpsychiatrische Dienst nimmt je nach Bundesland unterschiedliche Funktionen wahr. Während etwa in Thüringen Sozialarbeiter tätig sind, die psychiatrische Gutachten – möglichst bei dem behandelnden Arzt – einholen und auch Unterbringungsanträge stellen können, wird der sozialpsychiatrische Dienst in München in freier Trägerschaft unterhalten und ist die Ordnungsbehörde antragsberechtigt. In Hamburg ist der Dienst dem Bezirksamtsgesundheitsamt angegliedert, ohne antragsberechtigt zu sein. Inwiefern die Tätigkeit des Dienstes vorbeugend wirkt, konnte nicht abschließend diskutiert werden. Es bestand jedoch Einigkeit, daß der Einsatz von mehr Personal und die Einrichtung eines Bereitschafts- und Nachtdienstes in diesem Bereich prophylaktisch wirken könnte.

Vor allem auf dem Land stellen dagegen häufig die Betreuer das soziale Netz für die Betreuten dar und übernehmen Aufgaben, die eigentlich sozialen Diensten vorbehalten sein müßten, und eine Einrichtung einer Betreuung angesichts des Vorrangs derartiger Hilfen (Erforderlichkeitsgrundsatz) zur Erfüllung dieser Aufgaben nicht angebracht wäre. Ob dadurch die Zahl der Unterbringungen erhöht oder eher vermindert wird, blieb offen.

## 2. Gewalt bei der Durchführung der Unterbringung

Die bei der Unterbringung angewandte Gewalt zur Überwindung des Widerstandes der Betroffenen gegen eine Unterbringung empfinden die Teilnehmer(innen) als starke persönliche Belastung, aber auch als erhebliche Belastung des Verhältnisses zu den Betreuten. Einen besonders schweren Eingriff stellt nicht nur die Ausübung körperlicher Gewalt, sondern auch das Aufbrechen der Wohnungstür dar. Als Gewalt wird auch die mit der Unterbringung verbundene Stigmatisierung der Betroffenen empfunden, wenn – für alle Nachbarn ersichtlich – Krankenwagen, Feuerwehr, Notarzt und Polizei eingesetzt werden. Allen Teilnehmern ist zwar bewußt, daß der Einsatz von Gewalt und Schutzkräften häufig zum Schutz der an der Unterbringung beteiligten Personen, aber auch – etwa bei Suizidgefahr – der Betroffenen selbst erforderlich ist, zumal das Risiko bei psychischen Erkrankungen oft kaum kalkulierbar ist. Jedoch werden die Möglichkeiten, eine Unterbringung als weniger massive und schockierende Maßnahme durchzuführen, häufig nicht genug genutzt. So wäre der Einsatz ziviler Beamter, die im Umgang mit psychisch kranken Menschen erfahren sind, wünschenswert, wie es in Hamburg durch die Einrichtung eines besonderen Zufuhrdienstes bereits geschieht. Es muß sorgfältiger zwischen dem Bedürfnis nach Bewältigung und Abschirmung der von den Betroffenen ausgehenden Gefahr und dem Grundsatz größtmöglicher Schonung des Betroffenen abgewogen und mehr Rücksicht auf die persönlichen Umstände der Betroffenen genommen werden.

Die Erfahrungen mit den Betroffenen selbst sind sehr unterschiedlich. Eine Aufarbeitung der Unterbringungssituation findet selten statt. Einige Betroffene erinnern sich nicht an die Unterbringung, andere sind nicht bereit, über ihre Erfahrungen zu sprechen; Betreuer(innen) sind häufig froh, daß die meist als Belastung des Vertrauensverhältnisses empfundene Situation nicht thematisiert wird. Erfahrungen der Betroffenen selbst waren den Teilnehmer(innen) nur in wenigen Einzelfällen bekannt; hier wären wissenschaftliche Studien wünschenswert. Ob die Situation der Unterbringung überhaupt zusammen mit den Betroffenen aufgearbeitet werden soll, war umstritten. Es bestand jedoch Einigkeit darüber, daß den Betroffenen wenigstens die Möglichkeit eines Gesprächs geboten werden müßte. Nur so besteht die Chance, für die Betroffenen individuelle Lösungen zu entwickeln und spezielle persönliche Belastungen für die Betroffenen bei später folgenden Unterbringungen so weit wie möglich zu vermeiden.

## 3. Vollzug der Unterbringung

Zu Beginn berichtete Frau Knoerzer über das österreichische System der Patienten-anwaltschaft.

Die Patientenanwälte werden mittels eines Verteilungsplans vom Gericht Patienten in der Psychiatrie als gesetzliche Vertreter zugeordnet, wenn eine öffentlich-rechtliche Unterbringung vorliegt. Die Patientenanwälte sind von den Sachwaltern zu unterscheiden, welche eine ähnliche Stellung wie die hiesigen Betreuer(innen) haben. Sie sind von den Krankenhäusern unabhängig, verfügen dort jedoch über feste Büroräume. Die Finanzierung erfolgt über den Verein für Sachwalterschaft und Patienten-anwaltschaft, der wiederum durch das Justizministerium finanziert wird. Den Patientenanwälten steht ein Beschwerderecht für den Patienten zu, womit eine unabhängige Wahrnehmung derer Interessen ermöglicht werden soll.

Eine Unterbringung liegt in Österreich bereits bei jeder nicht nur vorübergehenden Einschränkung der Bewegungsfreiheit vor, so beim Abschließen eines Zimmers oder dem Anbinden an ein Bett. Auch dort gibt es das Problem der Feststellung von Zwang, wenn eine Schutzmaßnahme wie das Angurten oder das Anbringen eines Bettgitters getroffen wird. Derartige Maßnahmen müssen gemeldet und in ein Pflegebuch eingetragen werden, so daß zumindest nachträglich eine Kontrolle durch die Patientenanwälte möglich ist. Bei Zwangsbehandlungen besteht dagegen keine Eingriffsmöglichkeit, was als sehr belastend empfunden wird.

In der Diskussion über die Verhältnisse in Deutschland beklagten die Betreuer(innen) übereinstimmend ein erhebliches Informationsdefizit bei dem Vollzug der Unterbringung in psychiatrischen Kliniken. Häufig werden ärztliche Entscheidungen über ihre Köpfe hinweg getroffen, keine Informationen über Therapiemaßnahmen und Medikation gegeben oder die Betreuer nicht rechtzeitig über Entlassungstermine und die Gewährung von Ausgang am Wochenende benachrichtigt. Aus Sicht der teilnehmenden Ärzt(innen) beruht dies oft auch auf der Schwierigkeit, die Betreuer zu erreichen. Zudem habe das Betreuungsrecht erheblichen Aufwand mit sich gebracht, weil nicht nur der Patient, sondern auch noch Betreuer, Richter, Verfahrenspfleger und Betreuungsbehörde über die medizinische Situation aufgeklärt werden wollen und müssen. Zwar ist klar, daß die Vornahme medizinischer Eingriffe ohne vorherige Aufklärung und wirksame Einwilligung der Betroffenen, die oft nur die Betreuer erteilen können, strafrechtlich eine Körperverletzung darstellt. In der Praxis erhöht ein entsprechender Hinweis des Betreuers an den Arzt vielleicht dessen Bereitschaft zur Aufklärung, jedoch nicht unbedingt auch die Qualität der so erzwungenen Information. Allen Teilnehmer(innen) ist mehr an einem freiwilligen Informationsaustausch gelegen, der allein dem Wohl der Betroffenen dient. Dazu wäre es sinnvoll, wenn die Betreuer über eine größere Kompetenz im Bereich der Behandlung psychischer Krankheiten und der Medikamentenkunde verfügten. Die Betreuungsvereine sollten für mehr Schulung in diesem Bereich sorgen und die Betreuer sich eigenverantwortlich Kenntnisse über Behandlungsmethoden und Medikation aneignen.

In Bayern soll mehr Transparenz der Unterbringung dadurch erreicht werden, daß die Unterbringung meist nur zusammen mit einem konkreten Behandlungsplan genehmigt wird. Dies ist allerdings nicht ganz unproblematisch, da den behandelnden Ärzten damit vom Gericht zum Teil ein weiter Spielraum zur Behandlung eingeräumt wird, der schwer überwacht werden kann, so daß der Sinn einer derartigen Maßnahme noch zu untersuchen wäre.

Letztlich hängt die Transparenz des Vollzugs der Unterbringung wesentlich von der Bereitschaft der behandelnden Ärzte ab, die Betreuer an der Behandlung zu beteiligen. Ist diese nicht vorhanden, werden die Betreuer eine Aufklärung und Beteiligung offensiv einfordern müssen.

Im Verhältnis zwischen Betreuer(innen) und Betreuten ergibt sich immer wieder das Problem, inwiefern die Betreuten einwilligungsfähig sind und die Betreuer deren Einwilligung ersetzen können. Die Betreuer sind meist sowohl von der Beurteilung der

Einwilligungsfähigkeit als auch der Behandlungsnotwendigkeit durch die Ärzte abhängig; auch hier müssen die Betreuer darauf drängen, daß eine umfassende Aufklärung erfolgt. Existiert ein Patiententestament, wird es die Aufgabe der Betreuer sein, den erklärten Willen des Betreuten auch im Krankenhaus durchzusetzen.

#### Thesen:

##### Themenkomplex 1: Verbinderung der Unterbringung, Krisenintervention

1. Ob ein Betroffener untergebracht wird, hängt nicht nur von den gesetzlichen Voraussetzungen, sondern ebenso von äußeren Umständen ab:

z. B. von der Versorgungsstruktur vor Ort, der Entfernung zum nächsten psychiatrischen Krankenhaus, der Behördenstruktur und Personalausstattung aller beteiligten Institutionen.

2. Eine Unterbringung durch einstweilige Anordnung kommt bei § 1906 Abs. 1 Ziff. 2 BGB (notwendige Heilbehandlung) nicht in Betracht.

3. Eine Unterbringung hängt auch davon ab, wie alle beteiligten Berufsgruppen mit dem persönlichen Druck einer Krisensituation umgehen.

##### Themenkomplex 2: Gewalt bei der Durchführung der Unterbringung

1. Wichtig ist authentisches Verhalten der Person, die die Unterbringung veranlaßt, gegenüber dem Betroffenen (Rollentransparenz).

2. Zwangsmittel bei der Unterbringung sind zu vermeiden und nur einzusetzen, wenn unbedingt erforderlich. Die Interessen des Betroffenen sind zu wahren (z. B. Polizei in Zivil, Fachpersonal).

3. Es wird empfohlen, daß der Betreuer mit dem Betroffenen die Zwangssituation nachträglich bespricht und, wenn möglich, mit den beteiligten Institutionen reflektiert.

##### Themenkomplex 3: Vollzug der Unterbringung

1. Es wird festgestellt, daß die Betreuer im Fall einer Unterbringung zu spät oder teilweise ungenügend seitens der Ärzte über die durchgeführte bzw. beabsichtigte Behandlung informiert werden. Der Betreuer mit dem entsprechenden Aufgabenkreis hat ein umfassendes Informations- und Akteneinsichtsrecht und trifft die Entscheidung über die Behandlung, wenn der Betroffene einwilligungsunfähig ist und soweit keine Zwangsbehandlungsregelung greift.

2. Der Betreuer hat im Innenverhältnis bei Einwilligungsunfähigkeit auf die Wünsche des Betroffenen auch hinsichtlich der Medikation Rücksicht zu nehmen.

3. Gefordert werden eine Fortbildung der Ärzte über Rechte und Aufgaben der Betreuer sowie eine Fortbildung der Betreuer über psychiatrisches und pharmakologisches Grundwissen.

#### Anlage zum Protokoll der Arbeitsgruppe I Rolf Marschner

##### Die geschlossene Unterbringung – Krisenintervention, Verbinderung, Vollzug

##### Themenkomplex 1: Verbinderung der Unterbringung, Krisenintervention

Ob es zu einer Unterbringung kommt, hängt entscheidend von der administrativen und praktischen Organisation des Unterbringungsverfahrens und in diesem Zusammenhang auch von dem Bestehen von alternativen Versorgungsangeboten insbesondere der Kri-

senintervention ab. Die unterschiedlichen Unterbringungszahlen in vergleichbaren Städten und Regionen belegen, daß auf eine psychische Krise und eine Gefährdungssituation sehr unterschiedlich reagiert werden kann. Es stellen sich die folgenden Fragen:

1. Welche vorsorgenden Hilfen und welche Maßnahmen stellen die Unterbringungs- bzw. Psychisch-Kranken-Gesetze zur Vermeidung einer Unterbringung zur Verfügung? Werden diese tatsächlich genutzt?

2. Wenn Hilfen und Maßnahmen zunächst nicht greifen, wie kann der Ablauf des Unterbringungsverfahrens so organisiert werden, daß eine Unterbringung noch verhindert wird? Welche Einrichtungen sind hierfür nötig (z. B. Krisendienste, psychiatrische Notfalldienste)?

3. Wie kann der Verlauf eines Unterbringungsverfahrens organisiert werden, damit die Unterbringungsbedingungen möglichst zweifelsfrei festgestellt werden (z. B. Gewährleistung von Begutachtung und richterlicher Anhörung vor der Unterbringungsentscheidung)? Wie kann gewährleistet werden, daß die in der Praxis hohe Zahl sofortiger Unterbringungen durch die zuständige Behörde wenigstens durch gerichtliche einstweilige Anordnungen ersetzt wird?

4. Ausgehend von der grundsätzlichen Gleichwertigkeit von öffentlich-rechtlicher und zivilrechtlicher Unterbringung: Welche Kriterien sind dafür ausschlaggebend, daß eine öffentlich-rechtliche oder eine zivilrechtliche Unterbringung mit gleichzeitiger Einleitung eines Betreuungsverfahrens angestrebt wird?

##### Themenkomplex 2: Gewalt bei der Durchführung der Unterbringung

Jede Gewaltanwendung wird von den Betroffenen als traumatisch erlebt. Dies erfordert einen möglichst schonenden Ablauf der Unterbringung.

Wie kann eine Unterbringung durch die zuständige Behörde bzw. den Betreuer und die Betreuungsbehörde so durchgeführt werden, daß einerseits den gesetzlichen Unterbringungsgründen Rechnung getragen wird, andererseits psychische Schäden für den Betroffenen vermieden werden? Welche (Fach-)Personen sollen an der Unterbringung beteiligt werden?

##### Themenkomplex 3: Vollzug der Unterbringung

Die Unterbringung hat in aller Regel weitere Eingriffe in die Rechte der Betroffenen zur Folge (Zwangsbehandlung, Beschränkung des Kontakts nach außen usw.). Die rechtliche Gestaltung des Vollzugs der Unterbringung hängt von der Rechtsgrundlage ab (öffentlich-rechtliche oder zivilrechtliche Unterbringung).

1. Wie kann auch im Fall einer Unterbringung eine Zwangsbehandlung nach Möglichkeit vermieden werden? Ist eine Zwangsbehandlung in jedem Fall der Unterbringung rechtlich zulässig? Wer entscheidet über die Zulässigkeit der Behandlung?

2. Wie kann der Betroffene seine Rechte auf Kontakt nach außen (z. B. Besuch) sowie Vollzugslockerungen (Urlaub, Ausgang) gegen die Einrichtung bzw. den Betreuer durchsetzen?

3. Welche Rechte und Pflichten hat der Betreuer gegenüber psychiatrischen Krankenhäusern und Heimen?

#### Literatur:

Saage/Göppinger: Freiheitsentziehung und Unterbringung, 3. Aufl., München 1994, Verlag C. H. Beck

Wienberg, Günther: Bevor es zu spät ist... – Außerstationäre Krisenintervention und Notfallpsychiatrie, Bonn 1993, Psychiatrie-Verlag

Finzen, Asmus, u. a.: Hilfe wider Willen – Zwangsmedikation im psychiatrischen Alltag, Bonn 1993, Psychiatrie-Verlag

## II. Fortentwicklung des Betreuungsrechts in der obergerichtlichen Rechtsprechung

Protokoll von Friedemann Karl

Moderation:

Prof. Dr. Werner Bienwald / Dr. Walter Seitz

Teilnehmer des Arbeitskreises 2 waren 11 Richter, 8 Vereinsbetreuer, 7 Berufsbetreuer, 5 Mitarbeiter von Betreuungsbehörden, 3 Juristinnen in Leitungsfunktionen, 3 Rechtsanwältinnen, 1 Professor und 1 Nervenarzt, insgesamt 39.

Die Arbeitskreisleiter hatten vor dem Vormundschaftsgerichtstag bei den Teilnehmern, die sich für den Arbeitskreis 2 gemeldet hatten, schriftlich angefragt, welche Probleme des Betreuungsrechts von Interesse wären und diskutiert werden sollten. Es wurden annähernd 80 [davon hatten 65 aufgelistet, später angemeldete waren davon noch nicht erfaßt] Fragen gestellt bzw. Themenkreise genannt. Im Vordergrund standen Fragen der Auslagenerstattung und Vergütung. Alle 65 Fragen bzw. Themenkreise konnten naturgemäß in der Kürze der Zeit nicht erörtert werden. Der Arbeitskreis hat daher Schwerpunkte gesetzt und eine ganze Reihe von Einzelfragen, die hier nicht verzeichnet werden, am Rande oder in anderem Zusammenhang mit beantwortet.

Allgemein riefen die Arbeitskreisleiter die Teilnehmer dazu auf, zur Fortentwicklung des Rechts selbst Aufsätze zu schreiben und im Rahmen der Landesarbeitsgemeinschaften zu prüfen, ob nicht häufiger weitere Beschwerde an die Oberlandesgerichte einzureichen sei und ein entsprechendes Vorgehen abgestimmt werden sollte.

Folgende Schwerpunktthemen sind diskutiert worden:

### 1. „Vorratsbetreuung“ versus Erforderlichkeitsgrundsatz

Gem. § 1896 Abs. 2 BGB darf ein Betreuer nur für Aufgabenkreise bestellt werden, in denen die Betreuung erforderlich ist. Das bezieht sich auch auf den Umfang des Aufgabenkreises. In der Praxis sind jedoch weitgefähte Aufgabenkreise (wie nach altem Pflegschaftsrecht) üblich, z. B. „Vermögenssorge“, „Aufenthaltsbestimmung“. Das BayObLG, z. B. BtPrax 1993, 171 = FamRZ 1994, 319, vertritt dazu eine einschränkende Meinung: „Gesundheitsfürsorge und Aufenthaltsbestimmung zum Zwecke nervenärztlicher Behandlung“. Zu denken ist z. B. auch an eine betragsmäßige Abschtung des Einwilligungsvorbehalts gem. § 1903 BGB.

Bei der Bestimmung des Aufgabenkreises kommt es auf eine sorgfältige, interdisziplinäre Vorermittlung dessen an, was zu regeln ist. In diesem Zusammenhang ist auch der Verfahrenspfleger von Bedeutung. Das gilt auch für die Erweiterung des Aufgabenkreises, die gem. § 69 i Abs. 1 FGG nur, wenn sie als unwesentlich bezeichnet werden kann, mit Verfahrenserleichterungen verbunden ist. Hierbei ist aber auch in Betracht zu ziehen, daß bei einer Erweiterung des Aufgabenkreises das erneute Verfahren eine Belastung für den Betroffenen sein kann. Das Wohl des Betroffenen muß im Auge behalten werden.

Als Grundsatz gilt also: Konkret zu erwartender Handlungsbedarf, etwa aufgrund einer Erkrankung des Betroffenen, ist bei der Bestimmung des Aufgabenkreises einzubeziehen. Ansonsten müssen dem Betroffenen seine Kompetenzen überlassen bleiben.

### 2. Zwangsbetreuung (Geschäftsunfähigkeit)

§ 1896 BGB setzt Geschäftsunfähigkeit des Betroffenen nicht voraus. So kann z. B. auf Antrag eines Volljährigen, der lediglich körperbehindert ist, ein Betreuer bestellt werden (§ 1896 Abs. 1, S. 3 BGB). Die Bestellung eines Betreuers gegen den Willen des Betroffenen

oder ohne seine Zustimmung setzt jedoch voraus, daß dieser aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer geistigen oder seelischen Behinderung seinen Willen in dem gewählten Aufgabenkreis nicht frei bestimmen kann. Dieses hat das BayObLG mehrfach entschieden:

BayObLG BtPrax 1994, 59 zu § 1896 BGB

BayObLGZ 1994, Nr. 41 zu § 1896 BGB

BayObLGZ 1993, S. 63 zu § 1903 BGB

BayObLGZ 1993, S. 346, 347 zu § 1903 BGB

BayObLGZ 1993, S. 18 zu § 1906 BGB

BayObLGZ 1993, S. 208, 209 zu § 1906 BGB

Prof. Holzhauser möchte eher auf die mangelnde Einsichtsfähigkeit des Betreuten in die Erforderlichkeit der Betreuung abstellen. Ein ergänzendes Merkmal de lege ferenda in dieser Richtung ist von allen Teilnehmern befürwortet worden.

### 3. Zwangsbefugnisse des Betreuers (Grundrechtseingriffe)

Das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Art. 13 GG) verbietet es dem Betreuer, gegen den Willen des Betreuten dessen Wohnung zu betreten, etwa zum Zwecke der Entmüllung. Auch das Gericht kann den Betreuer aufgrund der jetzigen Rechtslage nicht dazu ermächtigen, gewaltsam in die Wohnung einzudringen, da eine Ermächtigungsnorm fehlt. Für das „schwächere“ Grundrecht des Brief-, Post- und Fernmeldegeheimnisses ist dagegen eine Eingriffsnorm in § 1896 Abs. 4 BGB enthalten. Die Notwendigkeit eines Eingriffs in das Grundrecht des Art. 13 GG hat der Gesetzgeber übersehen. Auch hierauf ist er hinzuweisen.

Das LG Frankfurt/M. hat in einer kürzlich getroffenen Entscheidung jedes Betreten der Wohnung gegen den Willen des Betreuten als unzulässig bezeichnet. Hierin wurde von den Teilnehmern ein Fall gesehen, der durch Einlegung weiterer Beschwerde einer obergerichtlichen Entscheidung zugeführt werden müßte. Zu dieser Problematik erscheint in einer der nächsten Ausgaben der FamRZ ein Aufsatz von Axel Bauer.

Übersehen hat der Gesetzgeber ferner die Notwendigkeit einer Ermächtigungsnorm zur zwangsweisen Unterbringung des Betreuten in einem offenen Altenheim. In einem solchen Fall hat das LG Bremen, BtPrax 1994, S. 102, § 1906 BGB analog angewendet.

Die direkte Anwendung dieser Vorschrift für das Betreten der Wohnung des Betreuten gegen seinen Willen könnte in der Praxis helfen, wenn die Voraussetzungen für eine kurze Unterbringung vorliegen. Die analoge Anwendung des § 1906 BGB wurde vorgeschlagen unter Hinweis auf den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit, weil das Betreten der Wohnung, das bei einer Unterbringung inzidenter mit genehmigt wird, ein geringerer Eingriff ist als die Unterbringung selbst. Prof. Bienwald schlug vor, § 1896 BGB als Eingriffsgeneralklausel mit Hinweis auf § 1902 BGB zu sehen, der wiederum Art. 2 Abs. 1 GG einschränkt.

### 4. Anspruch auf persönliche Betreuung

Die persönliche Betreuung ist in § 1897 Abs. 1 BGB geregelt. Sie bedeutet nicht, daß der Betreuer etwa die tägliche Pflege des Betreuten zu leisten hat. Er muß aber im Rahmen seines Aufgabenkreises die Angelegenheiten des Betreuten besorgen, vor Ort präsent sein und den Kontakt zu dem Betreuten halten.

Die Teilnehmer waren sich darin einig, daß allgemeine „Standards“ für eine persönliche Betreuung nicht aufgestellt werden können. Prof. Holzhauser empfahl jedoch, einen sog. „Hilfeplan“, den er schon in seinem Gutachten zum 57. Dt. Juristentag vorgeschlagen

hatte, auszuarbeiten, ähnlich wie er im KJHG vorgesehen ist. Ein solcher Hilfeplan sollte zweckmäßigerweise schon bei der Vorbereitung der Betreuerbestellung aufgestellt werden. Er müßte angeben, welche individuelle Zuwendung der Betreute benötigt. Die Einhaltung dieses Planes könnte zugleich Maßstab für das Gericht sein hinsichtlich einer Entlassung des Betreuers wegen Ungeeignetheit.

Vorgeschlagen wurde auch das sog. „Tandem-Modell“ oder die Co-Betreuung, wonach z. B. ein Profi und ein ehrenamtlicher Betreuer zusammenarbeiten, indem der eine die gesetzliche Vertretung übernimmt und der andere den persönlichen Kontakt hält.

Die obergerichtliche Rechtsprechung hat sich – soweit ersichtlich – noch nicht mit dem Problem der persönlichen Betreuung befaßt. Das liegt daran, daß der Tatrichter ein Auswahlmessen bei der Bestellung und Entlassung eines Betreuers hat, das nur auf Ermessensfehlgebrauch nachprüfbar ist.

#### 5. Vertretung des Betreuers

Dieses Problem ist von großer praktischer Bedeutung. Es wird in der Praxis aber unterschiedlich, z. T. unterhalb der rechtlichen Ebene gelöst. So vertreten sich z. B. Vereinsbetreuer gegenseitig bei Bankgeschäften, wenn die jeweiligen Unterschriften der Bank vorliegen. Es wird auch mit Vollmachten z. B. in der Urlaubszeit gearbeitet, obwohl das rechtlich bedenklich ist. Eine Übertragung der Entscheidungsbefugnis des Betreuers auf eine andere Person ist unzulässig. Allenfalls kann der Vertreter als Bote „in Vollmacht“ des Betreuers auftreten.

Grundsätzlich nötig und rechtlich einwandfrei ist die Bestellung eines Ersatzbetreuers gem. § 1899 Abs. 4 BGB, in Eilfällen durch einstweilige Anordnung gem. § 69 f PGG. Die Ersatzbetreuerbestellung sollte daher der Regelfall sein, während allenfalls für untergeordnete Tätigkeiten eine Vertretung kraft Vollmacht in Betracht kommt. Aber auch hier können sich Abrechnungsprobleme ergeben und Datenschutzbelange relevant werden.

Auch insoweit liegen Entscheidungen der Obergerichte noch nicht vor.

#### 6. Haftung des Betreuers

Konkrete Entscheidungen zur Frage der Betreuerhaftung sind nicht bekannt. Dennoch sehen viele Betreuer hierin ein Risiko für ihre Tätigkeit. Im Rahmen der Aufgabenkreise „Aufenthaltsbestimmung“ und „Personensorge“ besteht zwar eine Aufsichtspflicht des Betreuers. Diese ist aber – insoweit herrschte bei den Teilnehmern Übereinstimmung – begrenzt. Gleichwohl empfiehlt es sich, eine Haftpflichtversicherung abzuschließen.

Aufsichtspflicht und Haftung sind zu sehen im Zusammenhang mit § 1901 BGB, wonach der Betreuer den Wünschen des Betreuten weitgehend entsprechen muß. Das bedeutet, daß er eben nicht restriktiv gegenüber dem Betreuten handeln darf. Ohnehin kann der Betreuer nicht alle Lebensrisiken ausschließen.

Das Handeln des Betreuers im Rahmen seiner Aufgabenkreise liegt in seinem Ermessen. Handlungszwang, etwa die Unterbringung des Betreuten oder die Erweiterung der Aufgabenkreise, besteht nur bei einer Ermessensreduzierung auf Null. Eine Dokumentation über die im Rahmen der Betreuung getroffenen Maßnahmen kann im Haftungsfall hilfreich sein.

#### 7. Aufwendungsersatz, Vergütung

Gem. § 1908 e Abs. 1 BGB kann ein Betreuungsverein Aufwendungsersatz und eine Vergütung verlangen, erhält aber allgemeine Verwaltungskosten nicht ersetzt. Das sind z. B. Kosten für Räume, Heizung, Strom, Abschreibungen etc., also alle Kosten, die einer

einzelnen Betreuung nicht direkt zugeordnet werden können. Eben diese mangelnde Zurechenbarkeit ist auch der Grund, weswegen der Gesetzgeber diese Kosten nicht ersetzen will, zumal er davon ausgeht, daß die Vereine Spenden und globale Zuschüsse bekommen, die sie für die laufenden Kosten verwenden.

Bei einem Berufsbetreuer, der einen Vermögenden betreut, sind die vorgenannten Kosten jedoch zu berücksichtigen. Nach BayObLGZ 1992, 151, sind der Zeitaufwand und alle in der Kanzlei eines Rechtsanwaltes als Berufsbetreuer anfallenden Bürokosten einschl. der Personalkosten und der MwSt. zu berücksichtigen. Das gilt nach BayObLGZ 1993, 323, auch für Berufsbetreuer, die keine Rechtsanwälte sind.

Bei der Diskussion der Vergütungsfragen bei mittellosen Betreuten wurde deutlich, wie problematisch es ist, daß der Gesetzgeber zwischen armen und reichen Betreuten unterscheidet, wie überhaupt die Betreuungsarbeit unter den unzulänglichen Regelungen von Aufwendungsersatz und Vergütung leidet.

Prof. Bienwald sprach sich nachdrücklich dafür aus, daß im Falle einer Novellierung der VGT angehört werden und sich „einmischen“ sollte. Es wurde vorgeschlagen, schon bei der Betreuerbestellung die Bedingungen (auch in bezug auf die Vergütung) festzulegen.

### III. Sozialpolitik des örtlichen Betreuungswesens – Errichtung und Organisation von Betreuungswesen/Betreuungsverein/Förderrichtlinien

Protokoll von Konni Gutzeit-Löhr

Moderation:  
Brunhilde Ackermann / Thomas Sobottka

#### 1. Einführung, Struktur der Arbeitsgruppe und Teilnehmererwartungen

Die AG setzt sich (in den ersten Stunden . . .) aus 25–30 Personen zusammen. 8 Teilnehmer(innen) kommen von örtlichen und überörtlichen Betreuungsbehörden, 11 Mitarbeiter(innen) von Betreuungsvereinen und 4 von „sonstigen“ (Ministerien, andere Ämter und Wohlfahrtsverbände), sie sind angereist quer durch alle Bundesländer, aber mit einem gewissen süddeutschen Minus. Es ist ein halber Berufsbetreuer (spezielle Konstruktion) und es sind keine aktiven Richter, Rechtsanwälte und Mediziner anwesend. Die Hälfte der Teilnehmer(innen) dürfte Sozialarbeiter(in) gewesen sein, des weiteren: Psychologe, Lehrer(in), Juristen, Finanzbeamte, Verwaltungsbeamte u. a.

Nach der Eröffnung und Begrüßung der AG-Teilnehmer(innen) wird in den Eröffnungsbeiträgen von Herrn Sobottka und Frau Ackermann bereits sehr schnell die grundlegende Schwierigkeit dieser Arbeitsgruppe klar – ihre starke Heterogenität –, indem zwei vollkommen unterschiedlich angelegte Eingangsbereiche bzw. „Inputs“ gegeben werden.

Herr Sobottka, mit der Eingangsbemerkung zu „produktivem Chaos“ bereit zu sein, stellt einige allgemeine Thesen, Ziele und Grundsätze zur Situation und zur Integration und Verbesserung der Lebenslage behinderter bzw. ihren Lebensalltag erschwert bewältigender Menschen vor. Diese der Phantasieanregung dienenden und leitbildhaften Gedanken entsprechen dem eher abstrakten 1. Teil der AG-Überschrift, während der konkrete Situations- und Strukturbericht über die Betreuungsbehörde in Kassel mehr die Erwartungen des 2. Teils der AG-Thematik abdeckt.

Die angesprochenen allgemeinen Ziele und Grundsätze für und mit der Politik für Behinderte (hier übertragen auf Klienten im Betreuungsbereich und entnommen aus einer entsprechenden Diskussion und Konzeption in der Bremer Senatsverwaltung) durch Herrn Sobottka lauten:

- Nicht ein Mensch an sich ist behindert, sondern seine Entfaltungsmöglichkeiten in einzelnen Funktions-, Entwicklungs- oder Lebensbereichen sind eingeschränkt.

Daraus ergeben sich die Forderungen:

- Normalisierung der gesellschaftlichen Lebens- und Teilhabemöglichkeiten behinderter Menschen
- Vorrang der Prävention
- Vorrang der Rehabilitation
- Verbesserung der Chancengleichheit
- Qualifizierung als Voraussetzung von Integration und Partizipation
- Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt
- Erhöhung der Selbständigkeit durch Verbesserung räumlicher Umweltbedingungen
- Vorrang ambulanter Hilfen
- Bereitstellung gemeindenaher regionalisierter Hilfen
- Förderung partnerschaftlicher Hilfekonzepte

#### Zusammenfassend:

Behinderte Menschen sind nicht als Objekt, sondern als autonom handelndes Subjekt behinderungsbedingt notwendiger Hilfen zu sehen. Dies heißt weiter, Hilfemaßnahmen müssen sich an den individuellen Möglichkeiten und Lebensperspektiven Betroffener ausrichten, und das Sozialleistungsrecht, vorgesehene Maßnahmenformen und Angebotsstrukturen, die auf tradierten Vorstellungen vom Umgang mit Behinderung beruhen, bedürfen einer kontinuierlichen Innovation und Anpassung.

Frau Ackermann, Leiterin der Betreuungsbehörde Kassel, knüpft in ihrem Bericht über die Struktur und die Ausgangssituation der Betreuungsbehörde in Kassel zunächst an diese allgemeine Einführung an, indem sie fragt: „Kann die Betreuungsarbeit Ausfallbürge sein?“ (für defizitäre oder konventionell-reformbedürftige Vorstellungen der Behindertenarbeit), stellt dann aber doch „nur“ die groben Fakten und aktuelle Aktivitäten in Kassel bzw. Hessen dar. So sei ihre Dienststelle in Kassel in der glücklichen Lage gewesen, bereits zu Beginn der BtG-Praxis mit einer vorhandenen und gut organisierten Betreuungsbehörde starten zu können. Diese umfaßt(e) 8 Mitarbeiter/innen (5 Behördenbetreuer, 1 Verwaltungsfachkraft, 1 spezielle Kraft für vormundschaftsgerichtliche Hilfen, eine Leiterin). Insgesamt werden in der ca. 220 000 Einwohner zählenden Stadt 2000 Betreuungen geführt, die Betreuungsbehörde ist nach außen eigenständig und intern dem Sozialamt angegliedert. Bei einer gewünschten Fallzahl von durchschnittlich 55 Betreuungen pro Fachkraft gehen aktuelle Beobachtungen der Betreutenstruktur dahin, daß eine (obligatorische) Zunahme älterer dementer Menschen, jüngerer psychisch kranker Menschen und schwieriger Einzelbetreuungsverhältnisse zu verzeichnen ist.

Der inzwischen eingerichtete Betreuungsbeirat habe einen Vorläufer in Form eines „runden Tisches“ gehabt, an dem durchaus auch kontrovers diskutiert wurde und auch unterschiedliche Motivationen für die Mitarbeiter bestanden haben. Da Hessen keine überörtliche Betreuungsbehörde im Landesrecht vorgesehen habe, hat sich beim Landkreistag/Städtetag eine entsprechende Arbeitsgemeinschaft der kreisfreien Städte und Kreise gebildet, die gegenüber der Landesregierung aktuell und sehr besorgt kritisiert habe, daß sich bei den Behörden abzeichne, in fataler Weise „die alten Fälle zu halten“, weil man sich Abgaben „nicht leisten“ könne, weil wiederum sich die Personalplanung nur auf Fallzahlen beziehe und die Allgemein- und Querschnittsaufgaben der Betreuungsbehörden außen vorlasse.

2 Eingangsbereiche – 2 Moderatorinnen und eine AG-Überschrift, die allen Assoziationen und Hoffnungen Raum läßt:

Eine prächtige Grundlage für eine babylonische Erwartungsvielfalt, für die Entfaltung enormer Erfahrungsklüfte und für äußerst zahlreiche Vorgehensvorschläge in den nächsten 1½ Tagen . . . Auch die gutgemeinte und durchaus angenommene Strukturierung der Vorstellungsrunde (jede/r Teilnehmer/in äußert innerhalb von 3 Minuten eine Negativerfahrung, eine Positiverfahrung, eine Hoffnung für die Betreuungsarbeit und informiert über die eigene Herkunft und Institution) konnte der ausgestreuten Menge an Fragen, Themen und Erwartungen natürlich keine Grenze setzen oder diese kanalisieren . . .

#### 2. Probleme und Chancen, Irritationen und Prozesse der AG

Die Eingangsinformationen und die einzelnen Berichte der AG-Teilnehmer(innen) hinterließen ein Bild, das einem Hallenboden entspricht, in dem zuvor stundenlang ein großes Rock-Konzert stattgefunden hatte. Über eine große Fläche verteilt viele kleine Hinterlassenschaften, hier nicht als leere Bierdosen, Zigarettenschachteln und Wunderkerzen, sondern als Ärger, Hoffnung, Freude und Erwartung bisheriger und zukünftiger Betreuungspraxis vor Ort. Mehr durch Zufall als abgestimmt taten sich hin und wieder mehrere Teilnehmer(innen) mit ihren Besen zusammen und versuchten eine breitere gemeinsame Schneise durch diesen über und über bedeckten Boden zu kehren (um

somit wenigstens Teilergebnisse für eine „Sozialpolitik des örtlichen Betreuungswesens“ zu erbahnen), aber oft genug schüttete ein mit seinem Besen entgegenkommender oder schräg kehrender Kollege/Kollegin den vorher gereinigten Streifen nebenan wieder zu... Insofern vollkommene Stimmigkeit des Ablaufs dieser AG nur zur äußerst breiten Auslegungsfähigkeit ihrer Überschrift, die entgegen fast allen Arbeitsgruppen des 4. Vormundschaftsgerichtstages keine thematische oder organisatorische bzw. abschnittshafte Begrenzung aufwies, womit alles, aber auch wirklich alles einfließen konnte!

Gleichwohl bestand aber doch auch die Chance, beim stundenlangen Marsch mit dem Besen durch vielfältige Begegnungen mit gleichfalls eifrigenkehrern(innen) viele Informationen zu erhalten, Erfahrungen zu reflektieren und Orientierung für eigene weitere Bahnen zu erhalten. Ein anderer Ablauf einer Arbeitsgruppe mit solch offenem Thema, mit solch heterogener Zusammensetzung und teilweise auch unterschiedlichen Interessenslagen wäre aber auch nicht erwartbar und sehr unrealistisch gewesen.

### 3. Die Autobahn der „Sozialpolitik des örtlichen Betreuungswesens“ ist die örtliche Arbeitsgemeinschaft, ein Betreuungsrat oder ein ähnliches Konstrukt

3.1 Vor den genaueren Hinweisen auf diesen total dominierenden Schwerpunkt sind aber auch andere Abschnitte und kleinere Merkposten zur Gestaltung des örtlichen Betreuungswesens und seiner aktuellen Probleme zu nennen:

- Da ist zunächst die Frage der Kommerzialisierung und der Einzug der Monetarisierung ins örtliche Betreuungswesen. Einerseits über den Wust und die Kompliziertheit örtlicher und überörtlicher Förderung für Betreuungsvereine, aber auch über das unklare, widersprüchliche und stets zu Sorge und fast Existenzangst führende Vergütungsgebaren der Vormundschaftsgerichte. Am ehesten bricht diese Monetarisierungsdebatte über die Gruppe der Berufsbetreuer auf, wo die Palette der Erfahrungen und Prognosen von „guter Praxis“ und „positivem Bewußtseinswandel“ bis zum Erfordernis der Kontrolle bzw. zu einem Plädoyer für Qualifikationsnachweise und für Durchführungsstandards reicht, aber auch deren „Zulässigkeit“ generell hinterfragt wird, da sie Betreuungsarbeit aus reinen Profitgründen tätigen würden und insofern eher mehr Staat und mehr öffentliche bzw. frei gemeinnützige Träger erforderlich seien. Abgerundet wird dieser Komplex durch eine Position, daß sich die Berufsbetreuer entsprechende „Betreuungsrosinen rauspicken würden“.
- Widersprüche in Positionen und konkreten Erfahrungen betreffen ebenso die Zusammenarbeit mit den Vormundschaftsgerichten allgemein. Hier wird von guter Kooperation und aufgeschlossenen Richtern gesprochen und andererseits eine willkürliche Bestellungspraxis und hinhaltende Vergütungsentscheidungen genannt, aber auch fehlerhafte richterliche Beschlüsse werden verwundert mitgeteilt.
- Auch bei der Zusammenarbeit der örtlichen Betreuungsbehörden mit Betreuungsvereinen und anderen Beteiligten werden einmal die Bahnen sauber und problemlos gekehrt (gute Kooperation, qualifizierter und kontinuierlicher Informationsaustausch, Fairneß bei der „Verteilung von Fällen“) und andererseits von kehrenden Fachkräften und formalistischen Behörden berichtet, die die Arbeit zum Teil erheblich erschweren. In diesem Zusammenhang wird mehrmals (auch allgemein) das Problem des Bürokratismus im Betreuungswesen angesprochen, das sich hier aber mehr auf komplizierte Förderrichtlinien, Abrechnungkomplikationen und ähnliches bezieht als etwa auf Verfahrensmodalitäten (FGG-Vorschriften) bei der Betreuungserrichtung.
- Verstärkte Medienarbeit und allgemein für wichtig gehaltene öffentliche Informationen über das materielle Betreuungsrecht und die organisatorische und örtliche Durchführung werden ebenfalls mehrmals genannt, aber nicht weiter vertieft.
- Einen eher moralisch-ethischen Ausgangspunkt hat der Vorschlag, das örtliche Betreuungswesen vorrangig „vom Betreuten her“ anzugehen und das organisierte, mone-

taire, formalistische und juristische Handeln in der Betreuungsarbeit zurückzuweisen. Diese Kritik an (vermeidbaren?) Symptomen der aktuellen Praxis führt zu einer der beiden Untergruppen der Arbeitsgruppe 3 („bildet Banden und Beiräte im Betreuungswesen“ war hierzu die Sprachregelung in der AG), die in sehr sensibler und detaillierter Weise persönliche, psychologische und methodische Fähigkeiten auflistet, welche die verschiedenen Betreuer gegenüber den Erwartungen der und des Betreuten – zumindest erheblich besser als bisher – zu erbringen hätten.

- Eine weitere Bande bildet sich als Untergruppe zum sogenannten Thema „praktisches Handwerkszeug“. Hier werden durch Frau Ackermann die Förderrichtlinien des Bundeslandes Hessen, die Organisation der dortigen Betreuungsbehörde im Detail und ähnliche Dinge mehr besprochen, um somit dem 2. Teil der Thematik dieser Arbeitsgruppe etwas konkreter zu entsprechen.

Ganz am Rande lagen und somit auch nicht aufgekehrt werden konnten einige Gegenstände bzw. Ideen und Probleme, deren Behandlung und Diskussion sich aber – wie und wo auch immer – dennoch lohnen würde:

- Gibt es schon eine bzw. wie kommen wir zu einer Qualitätskontrolle von Betreuungsarbeit, die aber nicht identisch ist mit der (formaljuristischen) Kontrolle und Aufsicht der Vormundschaftsgerichte?
- Dies auch in besonderer Weise in den neuen Bundesländern, wo teilweise ein doppelter Neubeginn und eine mehrfache Neustrukturierung immer noch ansteht (neues Betreuungsgesetz, (Kreis)gebietsreformen u. ä. m.).
- (Un)nötiger Datenschutz in den Arbeitsabläufen zwischen Betreuungsbehörden und Betreuungsvereinen? Hier scheint/ist offensichtlich alles möglich... Was ist hierbei sinnvoll, richtig – falsch?
- Der Klammergriff der Betreuungsbehörden an die Fallarbeit und damit gleichzeitig die Abwertung bzw. Defensive bei sogenannten Querschnittsaufgaben. Diese sind keine Freiwilligkeitsleistungen bzw. Wahlmöglichkeiten, eine qualifizierte Sachverhaltsaufklärung z. B. ist ein unbedingtes Muß.
- Können Abrechnungs- und Vergütungsmodelle für Vereine eher auf Zeitstundenbasis als auf Fällen (Fallkategorien) vorgenommen werden (Erfahrungen dazu bei den Bochumer Vereinen)? Und immer wieder: (wann) werden die verschiedenen Förderrichtlinien in den Bundesländern zugunsten der Vereine insgesamt verbessert, plausibler und zielgerichteter ausgestaltet?

3.2 Ein wie auch immer organisierter bzw. sich verstehender und mit unbestimmter „Machtfülle“ ausgestatteter *Betreuungsrat bzw. eine entsprechende örtliche Arbeitsgemeinschaft ist aber der eigentliche Schwerpunkt dieser Arbeitsgruppe 3*. Im Bericht dürfte die hierzu gelaufene Diskussion und Vielfalt geradezu praxisfähig und strukturiert erscheinen, gleichwohl ist bzw. war dem in Friedrichroda beileibe nicht so:

- So enthalten nicht alle Landesführungsgesetze eine örtliche Arbeitsgemeinschaft, ebenso differierend sind die Vorschläge für deren Beteiligte, die Dimension und Tiefe ihres Vorgehens und für ihre Themenpalette.
- Als Eckpfeiler des Betreuungswesens im kommunalen Geflecht sind zwar Vormundschaftsgerichte, Betreuungsbehörde und Betreuungsvereine unstrittig, und gleichzeitig sind sie der Kern einer örtlichen Arbeitsgemeinschaft oder eines Beirats. Sie haben jedoch die Wahl (in dieser Struktur wurden die verschiedenen Ebenen und Dimensionen genannt), ob ihre örtliche AG-Arbeit aus der Sicht des Betreuten (Betroffenen) unter engem Bezug auf das BtG gestaltet wird oder ob – ebenfalls unter Bezug auf das BtG – mehr allgemeine Standards für das Betreuungswesen in der Region entwickelt werden oder ob – viel weitergehend – auch auf die angrenzenden sozialen Hilfesysteme unter Bezug auf BSHG, SGB u. a. eingegangen wird?
- Die Welten, die zwischen den vorgenannten Ansätzen liegen, führen – verdeutlichend –

zur Frage, ob eine örtliche Arbeitsgemeinschaft nur einer gewissen Strukturausprägung vorhandener Elemente des sozialen Gefüges in der Region dienen soll oder ob sie auch deren Defizite und Qualifizierung angehen kann? Insofern könnte das Betreuungsrecht durchaus zum „Ausfallbürgen“ für fehlende soziale Strukturen werden (Stichwort: andere Hilfen); andererseits wird argumentiert, daß diese „anderen Hilfen“ sehr fragwürdig seien und im Grunde nur sehr knappe Schnittstellen zum Erforderlichkeitsgrundsatz für eine Betreuung aufwiesen.

- In der Arbeitsgruppe wird der Grobeinteilung der Aufgaben einer örtlichen Arbeitsgemeinschaft (Öffentlichkeitsarbeit, Fortbildung, Zusammenarbeit und Kooperation – Koordination) mehrheitlich zugestimmt, während über die Beteiligung Betroffener (also Einbeziehung ehemaliger oder aktuell Betreuer) kontrovers diskutiert wird. Ein Zwischenton hierzu lautet, die Situation der Betroffenen und deren Gefühlslage für jede Station eines Betreuungsgeschehens jedoch immer wieder als eigenes Thema in die örtliche Arbeitsgemeinschaft einzubringen.
- Daß die Gerichte, die örtliche Behörde und die Betreuungsvereine den Kern des örtlichen Betreuungswesens ausmachen, wird immer wieder allseitig bestätigt, auch daß die örtliche Behörde eine besondere Geschäftsführungs- und Steuerungsfunktion für die regionale Ausgestaltung des Betreuungswesens hat, ist weitestgehend anerkannt (weil es sonst ja niemand macht). Allgemeine Zustimmung findet auch die Erweiterung um Sozialpsychiatrische Dienste, ASDs, die Ärzteschaft, die Wohlfahrtsverbände, psychiatrische Krankenhäuser und das Gesundheitsamt im Einzugsbereich. Darüber hinaus kann – je nach regionaler Besonderheit – auch an freiberufliche Betreuer, an die Alten- und Pflegeheime, an die PSAG, an die Sozialämter und Ämter für öffentliche Ordnung und andere mehr gedacht werden. Es fallen hierzu die Stichworte: „Formenvielfalt“, Prozeß- und Entwicklungschancen einer AG, sowie der „Ökonomiegedanke“, daß auch Betreuungsanliegen in anderen, bestehenden Gremien vertreten werden können.

#### 4. *Schlussbemerkung*

In einer Richtung, in der der AG-Berichtersteller auch schon in Friedrichroda mehrfach seinen Besen aufsetzte, jedoch dafür keine Mitstreiter fand. Diesen Vorschlag versuchten die Aufsätze der Professoren Wolf Crefeld und Rainer Pitschas in der BtPrax Nr. 3 und 5/94 und den Samstagvormittagsvortrag von Professor Heinrich Kunze zur Grundlage der Diskussion in der Arbeitsgemeinschaft zu machen.<sup>1</sup>

Diese Aufsätze vor allem haben ja auf allgemeinem Hintergrund und sehr wissenschaftlich (bzw. nur wissenschaftlich und teilweise unrealistisch, was kommunale Praxis in der BRD-Fläche anbelangt) durchaus einen Zusammenhang zum Thema „Sozialpolitik des örtlichen Betreuungswesens“ aufzuweisen. Wobei zugegebenermaßen in dieser praktischen Arbeit vor Ort sicher viele Defizite im Vorstellungsvermögen (auch im Selbstverständnis) und vor allem bezüglich der Veränderung des konkreten Aufgabenprofils bei Betreuungsbehörden i. S. d. Betreuungsbehördengesetzes bestehen. Insofern wäre Friedrichroda durchaus eine Chance gewesen, zu „vermitteln“ bzw. sich anzureichern zwischen den sehr abgehobenen und auch sehr allgemeinen o. g. Aufsätzen und der teilweise klein-karierten, stark pragmatisch ablaufenden und höchst subjektiven Diskussion in der AG 3 und damit auch mit der alltäglichen Vor-Ort-Praxis innerhalb der extrem unterschiedlichen BRD-Verhältnisse der Betreuungsarbeit in einen Prozeß zu gelangen.

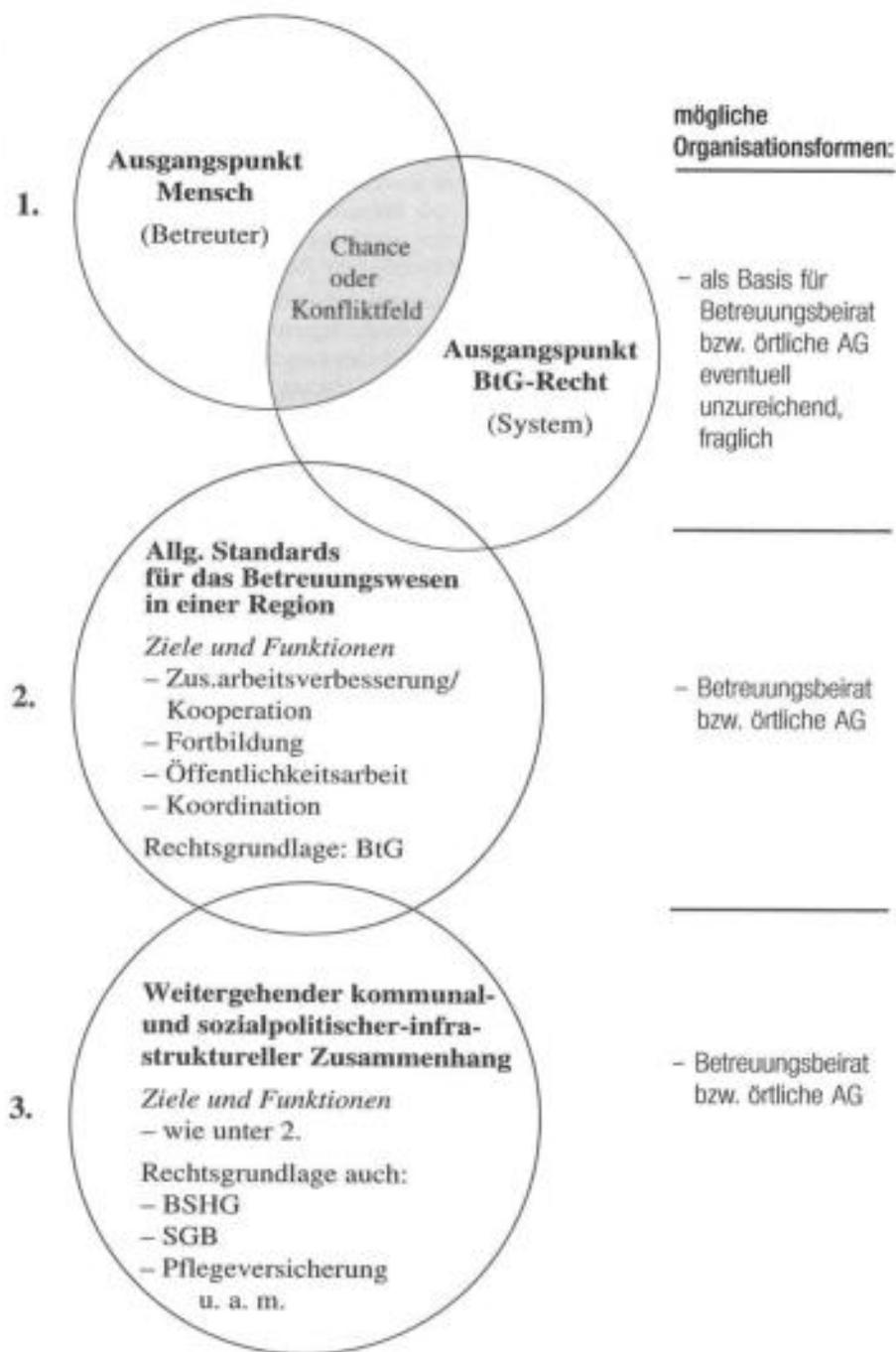
Da sich die Entwicklung des Betreuungsrechts aber nicht (nur) auf Vormundschaftsgerichtstagen abspielt, ist dieser Vorschlag möglicherweise auch nicht verloren und kann

für die Zwischenzeiten und alle Zwischenorte evtl. weiterentwickelt und fortgesetzt werden (z. B. kontinuierliche Arbeitsgruppe beim Deutschen Vormundschaftsgerichtstag, bei den Kommunalen Spitzenverbänden, im Fortbildungs- und Wissenschaftsbereich, bei den überörtlichen Betreuungsbehörden und natürlich auch an der Basis selbst).

Für die Entwicklung eines guten örtlichen Betreuungswesens – kehren wir allzeit tapfer weiter!

<sup>1</sup> Heinrich Kunze: „Weiterentwicklung regionaler Versorgungsstrukturen als Aufgabe von Betreuern“. V. S. 100 ff.  
Wolf Crefeld: „Das Betreuungswesen als Aufgabe kommunaler Sozialpolitik“.  
Rainer Pitschas: „Funktionen und Folgen formaler Organisation der Betreuung“.

### Drei Dimensionen und Zugänge zum Thema „Sozialpolitik des örtlichen Betreuungswesens“



### IV. Entscheidung über schwerwiegende Heilmaßnahmen

Protokoll von Jürgen Thar

Moderation:

Prof. Dr. Asmus Finzen / Dr. Dirk K. Wolter-Henseler / Andrea Kaminski

Die Arbeitsgruppe setzte sich zusammen aus

- Ärzt(inn)en
- Psychiater(innen)
- Richter(innen)
- Anwalt(inn)en
- Leiter(innen) von Betreuungsstellen
- Leiter(innen) von Betreuungsvereinen
- Betreuer(innen)

#### 1 Einstieg in die Thematik

Frau Kaminski begrüßte die Gruppe. Mit Blick auf die große Unsicherheit der Praxis formulierte sie als allgemeines Ziel der kommenden Arbeit, einen Beitrag zu einer strukturierten Grundlage bei der Anwendung des § 1904 BGB zu leisten.

Im folgenden sollten die Teilnehmer(innen) durch Zuruf ihre persönliche Fragestellung einbringen. Es wurden genannt:

- Wann ist die Unfähigkeit des/der Betreuten zur Einwilligung gegeben?
- Was ist ein schwerer gesundheitlicher Schaden?
- Sind unter den im Gesetz genannten schwerwiegenden Schäden nur solche, die als Nebenwirkung entstehen oder auch Schäden, die als Ziel der Behandlung definiert sind (Amputation), zu verstehen?
- Benötigt die/der Betreuer(in) für die Einwilligung in eine Amputation die Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes?
- Wie lange müssen die schwerwiegenden Folgen einer medizinischen Maßnahme andauern, um genehmigungspflichtig zu werden?
- Wer leitet das Verfahren zur Genehmigung einer medizinischen Maßnahme ein?
- Wann benötigt die/der Betreuer(in) für ihre/seine Zustimmung zu der medikamentösen Behandlung insbesondere mit Psychopharmaka, dabei spezifiziert auf die Behandlung mit Neuroleptika, eine Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes?
- Unterliegt die Entscheidung der/des Betreuer(in)s, die/den Betreute(n) *gegen ihren/seinen Willen* (unter stationären als auch unter ambulanten Bedingungen) medizinisch zu untersuchen bzw. medikamentös zu behandeln, insbesondere wenn die Behandlung mit Neuroleptika erfolgen soll, der gerichtlichen Zustimmung?
- Unterliegt die Zustimmung zu einer Untersuchung/Behandlung mit einer Magensonde (PEG) der Pflicht zur Genehmigung durch das Vormundschaftsgericht?
- Unterliegt die Zustimmung zu einer Behandlung mit Katheter (Blase, Herz usw.) der Pflicht zur Genehmigung durch das Vormundschaftsgericht?
- Unterliegt die Zustimmung zu einer Behandlung mit Depot Antikonzeptiva der Pflicht zur Genehmigung durch das Vormundschaftsgericht?
- Unterliegt die Zustimmung zu einem Schwangerschaftsabbruch der Pflicht zur Genehmigung durch das Vormundschaftsgericht?

- Wie weit muß die/der Ärztin/Arzt die/den Betreuer(in) über die Untersuchungen und medizinischen Maßnahmen informieren? Wie weit reicht das Recht des Betreuers die Krankenunterlagen einzusehen?
- Wann muß die Weigerung, in eine medizinische Maßnahme einzuwilligen, vom Gericht genehmigt werden?

Die genannten Fragestellungen waren thematisch so umfangreich, daß nicht alles in der gebotenen Ausführlichkeit behandelt werden konnte.

## 2 Die Pflicht zur Aufklärung

Aus den Berichten der Betreuer(innen) ist bekannt, daß einige Ärzte(innen) sich geweigert haben, der/dem Betreuer(in) Auskunft zu erteilen. Es wurde festgestellt, daß die/der Betreuer(in) an Stelle der/des Betreuten tritt und somit in gleichem Umfang aufgeklärt und informiert werden muß. Zu dieser Frage wurde der im Ergebnisteil vorhandene Leitfadens für das Gespräch zwischen Ärztin/Arzt und Betreuer(in), entwickelt. Das Gespräch sollte nicht zwischen „Tür und Angel“, sondern nach vorheriger Terminabsprache erfolgen. Sollte die/der Ärztin/Arzt sich weigern, mit der/dem Betreuer(in) zu sprechen, besteht die Möglichkeit, sich bei der kassenärztlichen Vereinigung oder der Ärztekammer, bei Krankenhäusern, den Vorgesetzten oder dem Träger zu beschweren. Die Beschwerde sollte der/dem Ärztin/Arzt vorher angekündigt werden. Alternativ könnte ein informelles Gespräch zwischen Ärztin/Arzt und Richter(in) klärend wirken.

Nicht diskutiert wurden methodische Fragen wie z. B.: „wann die/der Betreute von diesen Gesprächen ausgeschlossen werden muß, kann oder darf.“ Hierzu wird auf die Ergebnisse der anderen Arbeitsgruppen verwiesen.

Im weiteren Verlauf wurde weiter davon ausgegangen, daß die/der Betroffene nicht in der Lage ist, die notwendige Einwilligung zu erteilen. Im Zweifelsfall wird die/der Ärztin/Arzt bemüht sein, die notwendige Einwilligung von der/dem Betreuten und der/dem Betreuer(in) zu bekommen.

## 3 Betreuungsrecht und Arzneimittel\* von Dr. Dirk K. Wolter-Henseler

3.1 Infolge des wachsenden gesamtgesellschaftlichen Wohlstandes und der demographischen Entwicklung, aber auch im Zusammenhang mit dem rasanten Anwachsen der Möglichkeiten der modernen Medizin wächst in unserer Gesellschaft die Zahl der Menschen, bei denen medizinische Maßnahmen sinnvoll und geboten erscheinen, die jedoch gleichwohl hierin nicht tragfähig einwilligen können. Der Gesetzgeber hat bei der Formulierung des Betreuungsrechtes versucht, dieser Problematik gerecht zu werden; Ergebnis ist u. a. der § 1904 BGB, der für „eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff (...)“ die Hürde der vormundschaftsrechtlichen Genehmigungspflicht aufstellt für den Fall, daß „die begründete Gefahr besteht, daß der Betreute aufgrund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet“.

Der unbestimmte Rechtsbegriff des schweren gesundheitlichen Schadens bietet naturgemäß einen breiten Interpretationsspielraum. Hilfestellungen für die angemessene Beurteilung der Risikoträchtigkeit medizinischer Maßnahmen sind für Juristen wie Betreuer, die als medizinische Laien beständig diesbezüglich Entscheidungen zu treffen haben, unerlässlich.

Angesichts der Diversifikation und Spezialisierung in der Medizin<sup>1</sup> erscheint es kaum möglich, solche Hilfestellungen für die gesamte Medizin aus einem Guß zu formulieren.

\* BtPrax 1994, S. 183 ff.

<sup>1</sup> Die vom Deutschen Ärztetag 1992 verabschiedete Musterweiterbildungsordnung weist 41 Gebiete („Fachärzte“), 18 Teilgebiete sowie 22 Zusatzbezeichnungen aus.

Denkbar ist allein, daß solche Hilfestellungen sich jeweils auf einzelne Teilbereiche oder Aspekte beziehen können, wobei zunächst noch offenbleiben muß, nach welchen Gesichtspunkten hier differenziert werden sollte (z. B. operative vs. konservative Behandlungsmethoden, eingreifende diagnostische Verfahren, Aufgliederung nach Krankheitsgruppen usw.).

Solche Hilfestellungen wurden jedoch bislang praktisch nicht vorgelegt. Eine verdienstvolle Ausnahme stellt Schreibers<sup>2</sup> Versuch dar, Handreichungen für die Behandlung mit Arzneimitteln zu geben, der entsprechend auch von nicht medizinischen Autoren in Kommentaren und Ratgebern zum Betreuungsrecht, z. T. ausgerichtet auf ein breites (Laien-) Publikum<sup>3</sup> aufgegriffen wurde. Stolz gibt dabei auf 2 1/2 Spalten die ganze Aufstellung der laut Schreiber genehmigungsbedürftigen Medikamente wieder, weist allerdings darauf hin, daß sie sich nicht „aus dem Gesetz ergibt“, sondern nur auf Schreibers Aufsatz zurückgeht; Klie hingegen versieht sie durch den auszugsweisen ganzseitigen Abdruck in Form einer farblich unterlegten Tabelle als „Schreiber-Liste“ mit einem offiziellen Anstrich, und Jensen/Röhling ebenso wie Holzhauser/Reinicke zitieren Schreibers Schlußfolgerungen apodiktisch und ohne kritisches Hinterfragen so, als handelte es sich um einen allgemein akzeptierten und benutzten Gesetzeskommentar.

Allerdings weisen Schreibers Überlegungen bei näherem Hinschauen eine Reihe von Schwachstellen auf, die es außerordentlich bedenklich und verfrüht erscheinen lassen, seine Schlußfolgerungen ohne erhebliche Revisionen zur Beurteilungsgrundlage zu machen. Diese Schwachstellen sollen im folgenden aufgezeigt werden, wobei die Kritik zunächst innerhalb der Logik von Schreibers Ansatz erfolgt, der in einem zweiten Schritt im Grundsatz in Frage gestellt wird. Zum Schluß folgen einige Überlegungen, die zu einer angemessenen Beurteilung der Frage der Risikoträchtigkeit von medizinischen Maßnahmen und damit der vormundschaftlichen Genehmigungspflicht hinführen können.

Das Hauptaugenmerk gilt dabei der Gruppe alter Menschen mit Demenzerkrankungen (ugs. mitunter mißverständlich als „Altersverwirrtheit“ bezeichnet). Die Angaben über Arzneimittelspezialitäten beziehen sich – wenn nicht anders angegeben – auf die Marktsituation im Jahr 1991, dem Erscheinungsjahr von Schreibers Aufsatz.

3.2 Seinem Titel zufolge beschäftigt sich Schreibers Aufsatz nur mit der „medikamentösen Versorgung“. Unklar ist, warum er dennoch an den Anfang Überlegungen hinsichtlich verschiedener Verfahren zur „Untersuchung des Gesundheitszustandes“ stellt, die einerseits angesichts der o. e. Differenzierung der Medizin zwangsläufig grotesk unvollständig ausfallen müssen, die darüber hinaus aber auch einige medizinische Fehler und Fehleinschätzungen enthalten:

*So sind viele Röntgenuntersuchungen im Rahmen der modernen „interventionellen Radiologie“ mit nicht unerheblichen Risiken verbunden. Die Dauerkatheterisierung der Harnblase ist kein diagnostisches Verfahren zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, sondern eine palliativ-therapeutische Maßnahme. Magen-Darm-Spiegelungen bergen durchaus nennenswerte Risiken (Induktion von Herzrhythmusstörungen, Perforationen/Blutungen), ebenso wie die von Schreiber irrigerweise als barmlos eingeschätzte Arthroskopie, die aufgrund der geringen Regenerationsfähigkeit wie auch der Infektionsanfälligkeit der Gelenkinnenräume keinesfalls barmlos ist. Im Gegensatz dazu überschätzt er die Risiken der Liquorentnahme um ein Vielfaches. (Schreiber begründet diese Einschätzung in seiner*

<sup>2</sup> Schreiber, L. H. (1991): Die medikamentöse Versorgung als Heilbehandlung gemäß § 1904 BGB n. F. im zukünftigen Betreuungsrecht. FamRZ 9/91: 1014–1022.

<sup>3</sup> Holzhauser, H., und Reinicke, M. (1993): Betreuungsrecht. Aschendorf, Münster.

Jensen, R. und Röhling, H.-W. (1993): Das neue Betreuungsrecht. Schlütersche Verlagsbuchhandlung, Hannover. Klie, T. (1993): Recht auf Verwirrtheit. Das Betreuungsrecht für die Altenarbeit – eine Arbeitshilfe. Vincentz Verlag, Hannover.

Stolz, K. (1994): Medikamentöse Versorgung von Heimbewohnern nach dem Betreuungsrecht. BtPrax 2/94: 49–52.

Replik<sup>4</sup> auf Nedopil<sup>5</sup> mit den Risiken der „Suboccipitalpunktion“, d. h. der Liquorentnahme unmittelbar unter dem Hinterkopf; dieses Verfahren ist in der Tat risikobehaftet, wird aber praktisch überhaupt nicht (mehr) angewendet. Das gängige Verfahren ist vielmehr die in der Risikoträchtigkeit tatsächlich einer venösen Blutentnahme weitgehend vergleichbare Liquorentnahme im Bereich der Lendenwirbelsäule – „Lumbalpunktion“ –.) Die Herzkatheterisierung schließlich dient in aller Regel der Röntgenkontrastdarstellung bzw. Druckmessung innerhalb des Herzens und der großen Arterien; die von Schreiber beschriebene „Inspektion der Herzböble“ im Rahmen der Herzkatheterisierung ist gerade erst dem Experimentalstadium entwachsen und lediglich an einigen Universitätskliniken verfügbar. – Die Charakterisierung von geistig-seelischen Einbußen infolge eines „vorzeitigen Alterungsprozesses“ als „also zerebralsklerotisch bedingt“ wirft schließlich die Frage auf, ob Schreiber über den gegenwärtigen Wissensstand auf diesem Gebiet informiert ist; denn diese Störungen werden einerseits ausdrücklich nicht als „geistige Behinderungen“ (die seit Geburt oder früher Kindheit bestehen) bezeichnet, sondern als im späteren Leben erworbene „Demenzen“ hiervon ausdrücklich abgegrenzt, und die mit Abstand zahlenmäßig bedeutsamste Demenzform, die „(senile) Demenz vom Alzheimer-Typ“, hat überhaupt nichts mit Durchblutungsstörungen oder „Zerebralsklerose“ zu tun, vielmehr handelt es sich um eine „primär degenerative“ Demenz.

Ohne daß er es ausdrücklich erklärt, läßt sich aus vielen Formulierungen schließen, daß Schreiber im wesentlichen alte Menschen mit Demenzerkrankungen (ugs. „Altersverwirrtheit“) im Blick hat. Unzutreffend ist jedoch seine implizite, z. T. auch explizite Gleichsetzung von Demenz und körperlicher Gebrechlichkeit; im Gegenteil sind viele Demenzerkrankte körperlich ausgesprochen rüstig, und der von Schreiber postulierte Automatismus eines generell erhöhten Risikos gängiger Untersuchungsmaßnahmen für diese Personen ist unzutreffend.

Im folgenden diskutiert Schreiber allgemein „Heilbehandlung und ärztlichen Eingriff“, wobei er zu Recht feststellt, daß – dosisabhängig – prinzipiell jedes Pharmakon zum tödlichen Gift werden kann. Völlig zu Recht betont er auch, daß die Dauer der Behandlung von Bedeutung ist. Zumindest mißverständlich ist allerdings die Behauptung, „eine kurzzeitige Therapie von etwa 2 bis 3 Wochen birgt in der Regel keine oder geringe Gefahren in sich“; zwar schränkt Schreiber die Aussage wieder ein, allerdings mit kaum überzeugenden Beispielen (insbesondere die Kortikoide – d. h. Kortison enthaltende Medikamente – sind hier ein schlechtes Beispiel). Medikamente aus den verschiedensten medizinischen Disziplinen können schon bei der Erstanwendung oder innerhalb weniger Tage gravierende, z. T. lebensbedrohliche Nebenwirkungen nach sich ziehen (s. u.).<sup>6</sup>

Erst danach beginnt Schreibers eigentliche Beschäftigung mit Arzneimitteln; der Titel des Aufsatzes sowie die Formulierungen: „werden nur Pharmaka mit relativ eindeutigen gefährlichen Nebenwirkungen aufgezählt“ (1017) und: „die Arzneimittel werden in Gruppen geordnet und für die verschiedenen therapeutischen Anwendungsgebiete getrennt (...) aufgeführt“ (1017) erwecken den Eindruck, als befaßte Schreiber sich mit der Gesamtheit aller Arzneimittel und trafe nur eine begründete Auswahl. Tatsächlich trifft er jedoch eine willkürliche Auswahl, die lediglich Psychopharmaka inklusive Schlaf- (Hypnotika) und Beruhigungsmittel (Tranquilizer/Sedativa), Aufputschmittel (Psychostimulantien) sowie Schmerzmittel, Antiepileptika und Antiparkinsonmittel einbezieht; dabei ordnet er aus unverständlichen Gründen die beiden letztgenannten Gruppen nicht dort ein, wo sie ohne Zweifel hingehören, nämlich unter die „Heilmittel in der Neurologie“, die er im übrigen lediglich kurz streift. Schreiber begründet diese Auswahl nicht im Aufsatz selbst, sondern erst in seiner Replik auf Nedopil<sup>5</sup> mit dem Hinweis auf Suchtgefahr und Betäubungsmittelrecht. Er übersieht dabei jedoch, daß der allergrößte Teil der von

ihm aufgelisteten Arzneimittel überhaupt nicht unter die Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes fällt; dies trifft selbstredend zu für Antidepressiva, Neuroleptika, Antiepileptika und Antiparkinsonmittel. Es trifft aber auch zu für alle von ihm aufgelisteten Schlaf- und Beruhigungsmittel vom Benzodiazepintyp<sup>7</sup>; hier sind zwar sämtliche Inhaltsstoffe in Anlage III Teil C des BtMG aufgeführt, alle auf dem Markt befindlichen Arzneimittelzubereitungen unterliegen jedoch als sog. „ausgenommene Zubereitungen“ eben nicht mehr diesen Bestimmungen.

Bei der Lektüre von Schreibers Liste fällt auf, daß sie eine Fülle von Wirkstoffen enthält, die auf dem Arzneimittelmarkt praktisch überhaupt keine Rolle (mehr) spielen, wohingegen einige Substanzen von entscheidender Bedeutung gar nicht aufgeführt sind: So fehlt bei den Antiepileptika der Wirkstoff Carbamazepin, Substanz der ersten Wahl für eine große Gruppe von Anfallskrankheiten. Unter den Antiparkinson-Medikamenten vermißt man die Kombinationen aus L-Dopa und einem peripheren Decarboxylasehemmer (Madopar<sup>®</sup> und Nacom<sup>®</sup>), die die zentrale Säule der Parkinsonbehandlung darstellen; weiterhin fehlt hier das ebenfalls wichtige Amantadin (z. B. PK-Merz<sup>®</sup>), das darüber hinaus in der Behandlung von Demenzerkrankten Bedeutung besitzt. Diese Auslassungen können nicht mit einer besseren Verträglichkeit oder geringeren Risiken zusammenhängen, denn in allen diesen Fällen sind die Nebenwirkungen vergleichbar mit den Nebenwirkungen der Substanzen, die Schreiber auflistet. Noch überraschender aber ist, daß Schreiber in der Gruppe der Neuroleptika („psychosedämpfende Mittel“) das Clozapin (Leponex<sup>®</sup>) nicht erwähnt, das jedem Psychiater in diesem Zusammenhang wohl zuallererst einfällt, weil es nur unter strengen Auflagen verordnet werden darf.<sup>8</sup>

Bei der Diskussion der stimmungsaufhellenden Mittel ist die von Schreiber behauptete Einschränkung der Indikation von Antidepressiva auf lediglich endogene Depressionen ebenso falsch wie die Behauptung, „andere Melancholien können durch Tranquillantien oder Neuroleptika beseitigt werden“. In der Auflistung der Nebenwirkungen wird das Lithium den eigentlichen Antidepressiva gleichgestellt, obwohl es sich in Wirkungsweise wie auch Nebenwirkungen erheblich davon unterscheidet und auch ein differentes Indikationsgebiet besitzt. Auch die Einschränkung der Indikation für Neuroleptika ist unzutreffend, gleichfalls die Behauptung, Antiepileptika wären „auch Beruhigungsmittel“.

Schließlich kann die Art und Weise, wie Schreiber das Risiko der Induktion von suizidalen Verhaltensweisen durch eine medikamentöse antidepressive Behandlung diskutiert, nur als groteske Dramatisierung eines in der Psychiatrie wohlbekanntes Problems bezeichnet werden, das allerdings lediglich für die Untergruppe der (stark) aktivierenden Antidepressiva zutrifft und im übrigen nur zu Beginn der Behandlung beobachtet wird.<sup>9</sup> Er übersieht dabei völlig, daß die Suizidrate bei unbehandelten depressiven Patienten sehr viel höher ist als bei behandelten! Im übrigen spielt diese Überlegung für den Zusammenhang des § 1904 BGB keine Rolle, da Behandlungsmaßnahmen ohne Einwilligung des Patienten bei depressiven

<sup>7</sup> Bekannteste Vertreter sind z. B. Valium, Tavor, Lexotanil u. a.

<sup>8</sup> Grund für diese vom Bundesministerium verfügte sog. „kontrollierte Anwendung“ ist ein gegenüber anderen Medikamenten etwas erhöhtes Risiko für gefährliche, potentiell lebensbedrohliche Veränderungen des weißen Blutbildes (Agranulozytose). Die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten dieser Blutbildveränderungen ist zu Beginn der Behandlung am größten – ein Argument gegen Schreibers o. g. Behauptung über die angeblich gewöhnlich gegebene Gefährlosigkeit einer kurzzeitigen Behandlung. Das Agranulozytoserisiko von Clozapin ist im übrigen in der Vergangenheit deutlich überschätzt worden: Unter Einhaltung der vorgeschriebenen Überwachungsmaßnahmen (v. a. Blutbildkontrollen) lag in einer US-amerikanischen Studie mit 11 555 Patienten das kumulative Agranulozytoserisiko im ersten Behandlungsjahr bei 0,8 %, und nur bei zwei Patienten (0,02 %) war der Ausgang tödlich – ein Risiko, das dem anderer medizinischer Maßnahmen vergleichbar ist (Ahv, J. M. J. u. a. [1993]: Clozapine-induced agranulocytosis. *New Engl J Med* 329: 162–167). Andererseits besitzt Clozapin kein Risiko für die Entwicklung von Spätdyskinesien.

<sup>9</sup> Auch damit setzt Schreiber sich selbst in Widerspruch zu seiner Behauptung von der Gefährlosigkeit einer kurzfristigen medikamentösen Behandlung. Im übrigen ist seine Argumentation hier jedoch vergleichbar der Forderung, ein Kfz-Mechaniker-Meister dürfe einen Reifenwechsel nur mit gerichtlicher Genehmigung vornehmen, weil er vergessen könnte, die Radmutter festzuziehen!

<sup>4</sup> Schreiber, L. H. (1993): *Schlusswort*. FamRZ 1/93: 26–27.

<sup>5</sup> Nedopil, N. (1993): Diskussion: Die medikamentöse Versorgung als Heilbehandlung gemäß § 1904 BGB. *Erwiderung auf den Beitrag von Schreiber*. FamRZ 1/93: 24–26.

<sup>6</sup> Schreiber (1993), a. a. O.

Erkrankungen nur extrem selten vorkommen<sup>10</sup> bzw. da sich bei der Behandlung von einwilligungsunfähigen dementen Patienten mit Antidepressiva – in hier nicht näher zu diskutierenden Indikationen – das Problem der Suizidalität nicht stellt.

Schreiber wiederholt seine Warnung vor dem Abhängigkeitsrisiko (Suchtgefahr) bestimmter Medikamente in mehreren Abschnitten seines Aufsatzes. Dabei geht er leider sehr undifferenziert vor, so daß beispielsweise das wegen seiner guten Verträglichkeit und seiner juckreizstillenden Eigenschaften bei Hautkrankheiten in der Kinderheilkunde breit angewendete Promethazin (Atosil®) in einem Atemzug mit verschiedenen Barbituraten aufgelistet wird. Dabei fehlt jeder Hinweis darauf, daß das Promethazin überhaupt kein Abhängigkeitsrisiko, die Barbiturate hingegen ein hohes Abhängigkeitsrisiko besitzen. Ohne daß das Risiko der Entwicklung einer Medikamentenabhängigkeit bagatellisiert werden soll, muß in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen werden, daß das Wiederauftreten von Krankheitssymptomen nach dem abrupten Absetzen eines Medikaments nicht als Beleg für eine Arzneimittelabhängigkeit fehlgedeutet werden darf! Solche „Absetz-“ oder „Reboundphänomene“ können prinzipiell bei jedem Pharmakon auftreten, bei dem der Organismus auf Dauer mit Gegenregulationsmechanismen reagiert; sie sind z. B. wohlbekannt bei vielen blutdrucksenkenden Medikamenten<sup>11</sup>, aber auch bei den über jeden suchterzeugenden Effekt erhabenen Antidepressiva<sup>12</sup>. Schreibers einseitige Betonung der Suchtgefahr von Arzneimitteln läßt ihn offenbar übersehen, daß das Hauptrisiko der Anwendung von Benzodiazepin-Schlaf- und Beruhigungsmitteln bei älteren Menschen – auf die er sich ja eingangs mehrfach ausdrücklich bezieht – nicht in der Entwicklung einer Medikamentenabhängigkeit besteht, sondern in der Kumulation des Wirkstoffs mit der Folge, daß aus den angestrebten Wirkungen, Beruhigung, Angstlösung, Entspannung und muskuläre Entkrampfung, die unerwünschten Wirkungen, Tagesmüdigkeit, emotionale Gleichgültigkeit, Konzentrationsminderung sowie Muskelschwäche und Koordinationsstörungen, entstehen – die natürlich gerade bei alten Menschen das Risiko der Sturzgefahr mit ihren Folgen erhöhen.<sup>13</sup>

Schließlich bedarf Schreibers pauschale Warnung vor dem Einsatz von „Kortison enthaltenen Medikamenten“ der Korrektur, denn er übersieht völlig, daß diese Substanzen z. B. in der Behandlung der chronisch-obstruktiven Atemwegserkrankungen (Lungenemphysem, Asthma bronchiale) heute die zentrale Säule der Behandlung darstellen.<sup>14</sup> Seine hierauf bezogene Aussage „Hier ist zwischen ihren stark geschädigten Nebenwirkungen und dem Erfolg, den sie bringen, zu entscheiden“ ist ebenso ein für jegliche ärztliche Behandlung geltender Grundsatz wie die im Zusammenhang mit der o. e. irrigen Interpretation des Betäubungsmittelrechts erhobene Forderung, „diese Mittel nur in begründeten Fällen zu verschreiben“.

Zusammenfassend muß festgestellt werden, daß Schreibers Aufsatz aus medizinischer Sicht eine Fülle von Unrichtigkeiten, Auslassungen, Fehleinschätzungen und Wissenslücken aufweist, so daß er ohne eine gründliche Überarbeitung nicht als Handreichung zur Anwendung des § 1904 BGB dienen kann.

10 Finzen, A., Haug, H.-J., Beck, A., Lüthy, D. (1993): Hilfe wider Willen. Zwangsmedikation im psychiatrischen Alltag. Bonn, Psychiatrie-Verlag.

11 Dukes, M. N. G. und Kimbel, K. H. (1985): Arzneimittelrisiken in der Praxis. München, Wien, Baltimore, Urban & Schwarzenberg: 258.

12 Fritze, J. (1993): Behandlung affektiver Psychosen – Unerwünschte Begleitwirkungen der Antidepressiva und ihre Behandlung. In: Möller, H.-J. (Hrsg.): Therapie psychiatrischer Erkrankungen. Stuttgart, Enke: 298.

13 Berzewski, H. (1986): Risiken und Komplikationen bei der Behandlung des alten Menschen mit Benzodiazepinen. In: Hippus, H., Engel, R. R., Laakmann, G. (Hrsg.): Benzodiazepine. Rückblick und Ausblick. Berlin usw., Springer.

14 Laus, G. (1992): Pharmakopsychiatrie. Stuttgart, Jena, G. Fischer.

Müller, W. E. (1992): Klinische Pharmakologie von Psychopharmaka im höheren Lebensalter. In: Häfner, H., und Hennerici, M. (Hrsg.): Psychische Krankheiten und Hirnfunktionen im Alter. Stuttgart, Jena, New York, G. Fischer.

14 Arzneimittelkunbuch (1992). Eine Arzneitelegramm-Publikation. Arzneimittel-Verlags GmbH, Berlin: 109.

3.3 Der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) gibt jährlich in Form der sogenannten „Roten Liste“ ein Verzeichnis der von seinen Mitgliedsfirmen angebotenen Arzneimittel heraus. Die Ausgabe 1994 weist bei ca. 2900 verschiedenen arzneilich wirksamen Substanzen 8082 Präparateeinträge mit 10 656 Darreichungsformen aus.<sup>15</sup> Hinzu kommen die Arzneimittel der Hersteller, die nicht Mitglied des BPI sind; diese machen zwar nach BPI-Angaben nur ca. 5 % des Wertes der deutschen Arzneimittelproduktion aus, ihr Anteil an der Zahl der angebotenen Arzneimittelspezialitäten ist jedoch sehr viel höher und in Teilbereichen gar nicht unbedeutend. In Deutschland tätige Ärzte sehen sich damit einer sehr viel größeren Anzahl von Arzneimittelspezialitäten gegenüber als Ärzte in vergleichbaren westlichen Industriestaaten.<sup>16</sup>

Ein Charakteristikum des deutschen Arzneimittelmarktes ist, daß bei profitversprechenden Wirkstoffen, deren Patentschutz abgelaufen ist, viele Hersteller miteinander konkurrieren: „Nicht nur, daß wir zwischen vielen Betarezeptorenblockern wählen können, allein Propranolol kann unter dreißig verschiedenen Bezeichnungen verordnet werden, wozu noch einige Dutzend weitere Präparate kommen, die diesen Stoff in Kombination mit anderen Wirkstoffen (...) enthalten. (...) Der Arzt kann unter mehr als dreißig Nifedipin-Fertigarzneimitteln wählen (...), das Antirheumatikum Diclofenac gibt es in über siebenzig Zubereitungen unter verschiedenen Bezeichnungen, und das Sekretolytikum Ambroxol gibt es gar in über einhundert Fertigarzneimitteln.“<sup>17</sup> Diese verwirrende Vielfalt bestimmt auch den von Schreiber ausgewählten Bereich der Psychopharmaka, wo beispielsweise das Neuroleptikum Haloperidol von 9 verschiedenen BPI-Mitgliedsfirmen angeboten wird, das Benzodiazepin Diazepam von 12 und das Antidepressivum Maprotilin von 10 verschiedenen – natürlich jeweils unter unterschiedlichen Namen, und hinzu kommen in jedem Fall auch noch Präparate von nicht dem BPI angeschlossenen Herstellern.

Da dies für den größten Teil der von Schreiber aufgeführten Wirkstoffe gilt, wäre eine „vollständige“ Liste um ein vielfaches länger, als sie in dem Aufsatz ausgefallen ist. Die in den eingangs genannten Publikationen<sup>18</sup> wiedergegebenen Auszüge der „Schreiber-Liste“ sind insofern grotesk unvollständig. Unvollständigkeit ist aber durch Struktur und Funktionsweise des deutschen Arzneimittelmarktes vorprogrammiert, denn immer wieder stoßen Hersteller mit unter jeweils neuem Namen angebotenen Parallelpräparaten vor bereits auf dem Markt verfügbaren Wirkstoffen nach, während andere bei wirtschaftlicher Erfolglosigkeit ihre Präparate vom Markt nehmen; unter identischen oder verwirrend ähnlichen Namen werden die Inhaltsstoffe von Arzneimitteln ausgetauscht oder Arzneimittel vom einen Hersteller auf einen anderen übertragen – in der Regel Tochterfirmen der vielfältig ineinander verschachtelten multinationalen Konzerngebäude –, wobei meist auch die Aufmachung verändert wird. Neben Parallelpräparaten kommen in jedem Jahr

15 Rote Liste 1994, S. 13: Präparate-Statistik.

16 Die Kritik an der im internationalen Vergleich zu konstatierenden Unübersichtlichkeit des deutschen Arzneimittelmarktes, am Arzneimittelgesetz und damit an Zulassungs- und Überwachungspraktiken, aber auch an überhöhten Preisen wird bereits seit Jahren von Experten verschiedener politischer Couleur formuliert; vgl. z. B.:

Büchel, K. (1976): Die weißen Magier. Das Milliardengeschäft mit der Krankheit. Frankfurt, Fischer.

V. Ferber, C., Reinhardt, U. E., Schaefer, H., Thieme, T., Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (Hrsg.) (1985): Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen. München, B. Oldenbourg.

Filgraff, G., und Quiring, K. (1989): Arzneitherapie – Was gibt es Neues? Stuttgart, New York, G. Fischer.

Reichel, H. (1980): Rationalität weitgehend Fehlanzeige. Daten zur Arzneitherapie in der Bundesrepublik Deutschland. In: Jahrbuch für Kritische Medizin 13. Argument-Verlag, Berlin.

Rosenbeck, R. (1979): Staatliche Reformpolitik im Gesundheitswesen am Beispiel der Arzneimittelversorgung. In: Soziale Medizin VIII. Argument-Verlag, Berlin.

Schwabe, U., und Puffrath, D. (Hrsg.) (1995): Arzneiverordnungsreport '95. Stuttgart, Jena, G. Fischer (Fort. Reihe).

Westphal, E. (1982): Arzneimittelmarkt und Verbraucherinteresse. Köln, Pahl-Rugenstein.

17 Filgraff/Quiring, a. a. O.: 21. Das erwähnte Antirheumatikum bzw. Schmerzmittel Diclofenac taucht bei Schreiber nur in Form eines einzigen Präparates auf.

18 Klie (1993), a. a. O., und Stolz, a. a. O.

aber auch noch tatsächlich neue Wirksubstanzen auf den Markt, deren Eigenschaften und Risiken naturgemäß zu Beginn nur schwer einschätzbar sind.<sup>19</sup> Eine Medikamentenliste als Entscheidungsgrundlage zur Anwendung des § 1904 BGB müßte dementsprechend regelmäßig engmaschig aktualisiert werden, wenn man sie als Nachschlagewerk benutzen wollte.

Und diese Aktualisierung müßte nicht nur für die von Schreiber ausgewählten Arzneimittelgruppen erfolgen, sondern sie müßte die Gesamtheit aller Arzneimittel einbeziehen; denn erhebliche Risiken gibt es auch bei einer Fülle von Medikamenten, die in der somatischen Medizin eingesetzt werden (und bei denen z. T. der angestrebte Nutzen noch nicht einmal erreicht wird: z. B. führen Lipidsenker – als rein präventive Medikation bei Menschen ohne zusätzliche Risikofaktoren – bei den meisten Patienten, namentlich Frauen und älteren Menschen, ebenso wenig zu einer Senkung der kardiovaskulären Morbidität und Mortalität wie Antiarrhythmika, zeigen aber dafür ihrerseits z. T. erhebliche Nebenwirkungen<sup>20</sup>).

Natürlich ist unbestritten, daß die Behandlung mit Arzneimitteln selbst zur Gesundheitsgefährdung werden kann, insbesondere bei älteren Menschen. So hat ein renommierter Geriater jüngst noch darauf hingewiesen<sup>21</sup>, daß Medikamentennebenwirkungen in ca. 15 % der Fälle wesentliche (Mit-)Ursache für die Krankenhausaufnahme alter Menschen sind – doch auch hier machen Psychopharmaka nur einen Teil der verursachenden Arzneimittel aus. Problematisch ist vielmehr vor allem die Vielfachmedikation mit einer Fülle verschiedener Arzneimittel, deren Neben- und Wechselwirkungen schließlich kaum noch zu überblicken sind; im ambulanten Bereich und in Altenheimen erfolgt die Verordnung häufig auch durch unterschiedliche Ärzte verschiedener Fachrichtungen, die sich nicht miteinander abstimmen. (In der Geriatrie ist es mittlerweile geradezu ein wichtiger Behandlungsgrundsatz, daß bei der Krankenhausaufnahme eines alten Menschen das Absetzen von Medikamenten die nützlichste Maßnahme sein kann.)

In diesem Zusammenhang ist es schließlich sicher auch nicht uninteressant darauf hinzuweisen, daß etwa im Zeitraum 1990 bis 1993 mehrere Medikamente zur Behandlung körperlicher Erkrankungen aufgrund von gravierenden Nebenwirkungen vom Markt genommen werden mußten (das Antibiotikum Temafloxacin, das Vaginaltherapeutikum Tercospor, das urologische Spasmolyticum Terolidin, das Antirheumatikum Ketorolac, der Lipidsenker Beclofibrat, das Antirheumatikum Pirofen, der Knorpel-Knochenextrakt Arumalon<sup>®</sup>, der Sepsis-Antikörper Centoxin<sup>®</sup> sowie der Entzündungshemmer (aus Rinderextrakt) Peroxicom<sup>®</sup>, hingegen nur ein einziges Psychopharmakon (das atypische Neuroleptikum Remoxiprid).<sup>22</sup> Daß dabei auch „natürliche“ Wirkstoffe keineswegs unbedenklich sind, zeigt die vom Bundesgesundheitsamt verfügte Zulassungswiderrufung für eine große Zahl von krappwurzelhaltigen Arzneimitteln im Jahre 1993 ebenso wie die Berichte über schwerwiegende immunologische Nebenwirkungen der als unspezifisches Immunstimulans recht beliebten Echinacea-Präparate.<sup>23</sup> Auch das zur Behandlung von milden Depressionen und Schlafstörungen (mit unsicherem Effekt) eingesetzte

19 Vgl. Anm. 16.

20 Berger, M. (1993): Der Cholesterin-Non-Konsensus in der Primärprävention der koronaren Herzkrankheit. *Z. Kardio* 82 (1993): 399–405.

Arzneiverordnungen. Hrg. v. den Mitgliedern der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag. 17. Aufl. 1992: 319.

21 Schütz, R.-M.: Aspekte der Pharmakotherapie im Alter. *Dtsch. Med. Wochr.* 118 (1993): 1652–1654.

Vgl. Coper, W., und Schulze, G. (1991): Pharmakotherapie. In: W. D. Oswald, W. M. Herrmann, S. Kanowski, U. M. Lehr und W. Thomae (Hrsg.): *Gerontologie*. Stuttgart, Berlin, Köln, Koblenz, 2. Aufl.

sowie Glaeske, G. (1991): *Arzneimittelverbrauch von Menschen im höheren Alter unter besonderer Berücksichtigung von Arzneimitteln mit Abhängigkeitspotential*. Düsseldorf, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW.

22 Nach Schwabe/Paffrath, a. a. O., und Arzneitelegamm, Jahrgänge 1990–1995.

23 Arzneitelegamm, a. a. O.

L-Tryptophan – eine natürlicherweise beim Menschen vorkommende Aminosäure – mußte Ende 1989 wegen gravierender immunologischer Nebenwirkungen vom Markt genommen werden, die allerdings wahrscheinlich auf Verunreinigungen im Zusammenhang mit dem gentechnologischen Herstellungsverfahren zurückzuführen waren.<sup>24</sup>

Dabei zeigt die Tatsache, daß bestimmte Arzneimittel in Deutschland zugelassen sind, in anderen Staaten hingegen nicht (in Einzelfällen aber auch umgekehrt), daß auch diese behördlich getroffenen Entscheidungen von der (willkürlichen) Festsetzung einer noch tolerablen Risikogrenze ebenso abhängen wie von der Interpretation der über die Nebenwirkungshäufigkeit zur Verfügung stehenden Daten. Das Beispiel Contergan, aber auch der jüngste Skandal um HIV-verseuchte Blutprodukte schließlich demonstrieren eindringlich, auf welchem schwankendem Boden man sich hier bewegt, wenn ein bis dahin als sicher geltendes Arzneimittel sich plötzlich als höchst bedenklich entpuppt.

Des weiteren gilt es stets, die jeweilige individuelle Behandlungssituation in Rechnung zu stellen. So kann ein einzelnes Arzneimittel, das normalerweise sicher und gut verträglich ist, bei Menschen mit bestimmten Vorerkrankungen problematisch sein, so daß eine sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung erforderlich wird, ohne daß deshalb aber dieses Arzneimittel pauschal als gefährlich gebrandmarkt werden darf. Umgekehrt kann die Anwendung eines mit einem etwas höheren Risiko behafteten Medikamentes, wie z. B. des oben genannten Clozapin (Leponex<sup>®</sup>), dann nicht überdurchschnittlich bedenklich sein, wenn aus der Vergangenheit bekannt ist, daß der betreffende Mensch das Medikament bei guter Wirksamkeit problemlos vertragen hat.

Schließlich ist das Problem der Dosierung in Rechnung zu stellen, das – wie Schreiber zu Recht anmerkt – für die eventuelle Gefährdung durch Arzneimittel von Bedeutung ist. Allerdings sind die Zusammenhänge hier kompliziert und wiederum von der individuellen Situation abhängig, „die ‚Waschzettel‘ (...) können Hinweise auf die Obergrenze geben, sind aber keinesfalls zu verallgemeinern“<sup>25</sup>; so kann beispielsweise die dem „Waschzettel“ zu entnehmende normale Erwachsenenosis eines Digitalispräparates<sup>26</sup> für einen Menschen mit einer Niereninsuffizienz lebensbedrohlich sein.

Noch komplizierter sind die Verhältnisse im Bereich der Psychopharmaka, wo aufgrund hier im einzelnen nicht zu diskutierender pharmakologischer Faktoren die Zusammenhänge zwischen Dosis und Blutspiegeln eines Medikaments sehr variabel sind, so daß bei identischer Dosis bis um ein Vierfaches oder noch darüber abweichende Blutspiegel erreicht werden können<sup>27</sup>; darüber hinaus ist aber auch noch der Zusammenhang zwischen den Blutspiegeln und der klinischen Wirksamkeit ausgesprochen unterschiedlich<sup>28</sup>, und die „individuelle Ansprechbarkeit variiert gerade bei den Neuroleptika sehr“<sup>29</sup>. Gerade bei der Behandlung mit Psychopharmaka muß die erforderliche bzw. therapeutisch sinnvolle Dosierung in aller Regel individuell „ausgetitriert“ werden. Eine starre Orientierung an Dosierungsempfehlungen des „Waschzettels“ ist von den zugrundeliegenden Fakten her in keiner Weise gerechtfertigt. Interessanterweise fallen auch die Dosierungsempfehlungen für ein und dieselbe Wirksubstanz in den Beipackzetteln verschiedener Anbieter zum Teil extrem unterschiedlich aus, so z. B. im Fall von Dapotum<sup>®</sup> und Lyogen<sup>®</sup>.

Die zwangsläufige Schlußfolgerung aus diesen Überlegungen ist, daß es „praktisch kein

24 Kasper, S., und Nedopil, N. (1993): Präkursoren-Klinik. In: Biederer, P., Laux, G., Pöldinger, W. (Hrsg.): *Neuro-Psycho-Pharmaka*, Bd. 3: Antidepressiva und Phasenprophylaktika. Wien, New York, Springer. Arzneitelegamm, Jahrgänge 1989/90.

25 Maschner, R. (1985): Rechtsgrundlagen zur Zwangsbehandlung. *Recht & Psychiatrie* 1/85, 3–6.

26 Medikament zur „Herzstärkung“ bei Herzinsuffizienz, z. B. Novodigal<sup>®</sup> oder Lanitop<sup>®</sup>.

27 W. E. Müller: Therapie mit Psychopharmaka. In: Möller, H.-J. (Hrsg.): *Therapie psychiatrischer Erkrankungen*. Stuttgart, Enke, 1993, 32–53.

28 W. E. Müller, a. a. O.

29 Benkert, O., Hippus, H. (1992): *Psychiatrische Pharmakotherapie*. Berlin usw., Springer, 5. Auflage, S. 177.

Medikament (gibt), (...), bei dem eine derartige Gefahr auszuschließen ist".<sup>30</sup> Soll hieraus aber die Konsequenz gezogen werden, jedwede medikamentöse Behandlung von nicht einwilligungsfähigen Betreuten von der Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes abhängig zu machen?

Die Gefährdung durch Arzneimittel entsteht allerdings im Grunde nicht durch die Substanz an sich, sondern durch deren unsachgemäße Anwendung (Nichtbeachtung von Gegenanzeigen, fehlerhafte Dosierung, Nichtbeachtung von Arzneimittelinteraktionen bei der Kombination verschiedener Medikamente). Zweifellos müssen hier vielerorts Mängel konstatiert werden, die neben individuellen Fehlern oder Ausbildungsdefiziten der behandelnden Ärzte auch mit der oben skizzierten Unübersichtlichkeit des Arzneimittelmarktes zu tun haben. Aus eigener Anschauung sind dem Autor gerade in der Betreuung von Altenheimbewohnern solche Fälle bekannt geworden. Dabei ist insbesondere eine häufig leider nur sehr schlechte Kooperation zwischen Ärzten verschiedener Fachgebiete feststellbar. Doch selbst bei Psychiatern und Nervenärzten gibt es mitunter mangelnde Kenntnisse hinsichtlich einer zweckmäßigen psychopharmakologischen Behandlung älterer Patienten.

Es stellt sich jedoch die Frage, ob solchen Mängeln hinsichtlich Ausbildungsstand, Organisation/Kooperation und Qualitätssicherung durch das Betreuungsrecht abgeholfen werden kann. Gefragt ist hier neben Fortbildung vielmehr die Förderung einer individuell bezogenen Kommunikation zwischen Betreuern (im juristischen Sinne), betreuendem Personal und behandelnden Ärzten. Viele Ärzte müssen sich sicherlich den Vorwurf gefallen lassen, daß sie nicht den Anschein erwecken, als ob ihnen an einer solchen Zusammenarbeit gelegen sei; umgekehrt muß aber auch betont werden, daß der Arzt häufig einen Gesprächspartner schmerzlich vermisst!

Zweifellos ist der § 1904 BGB auch „aus einem gewissen Mißtrauen gegenüber einem unkontrollierten Zusammenwirken von Betreuer und Arzt“<sup>31</sup> entstanden, und „man gewinnt beim Lesen (...) den Eindruck, daß man hier von einem Mitarbeiter ausgeht, der, wenn er nicht ständig kontrolliert wird, nur Unheil für den Betreuten bringen würde. (...) Die vorgesehenen engmaschigen Kontrollen von Alltagsentscheidungen nehmen den Mitarbeitern dieser Einrichtungen tendenziell ihre Verantwortung und stören die Beziehung zu dem Betreuten.“<sup>32</sup> Es fragt sich, ob ein solches Ausmaß an Kontrolle von der Justiz überhaupt leistbar ist, denn dann „müßte am Bett eines jeden alten und schwerkranken Menschen der Vormundschaftsrichter stehen, eine übertriebene Maßnahme, die der Gesetzgeber sicherlich nicht gewollt hat“.<sup>33</sup>

Es fragt sich aber auch, ob ein solches Ausmaß an Kontrolle sinnvoll und im Interesse der Betreuten ist, denn es würde ein therapeutisch angemessenes Vorgehen gerade in den Fällen erschweren, die einerseits nicht zu den im § 1904 BGB ausdrücklich ausgenommenen Eilfällen, aber auch nicht zu problemlos aufschiebenden Wahleingriffen gehören; Schreiber selbst deutet die durch die Schwerfälligkeit und Langwierigkeit des Verfahrens vorprogrammierten Schwierigkeiten für diese Fälle an. Nedopil<sup>34</sup> hat in seiner Erwiderung auf die Probleme aufmerksam gemacht, die sich bei medizinisch sinnvollen Präparatewechseln, Dosierungsänderung oder Zusatzmedikamentationen ergeben; außerdem ist ja sehr häufig gar nicht im voraus zu entscheiden, wie nun im Detail eine Lang-

30 Gaedt, C., Lang, J. (1992): Enttäuschte Hoffnungen – Schwierigkeiten mit dem Betreuungsgesetz bei ärztlichen Behandlungen und freiheitsentziehenden Maßnahmen. *Blätter der Wohlfahrtspflege. Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit* 7 und 8/92, 218–221. Die Autoren leiten diese Schlussfolgerung aus Schreibers Aufsatz ab.

31 Münchener Kommentar zum BGB, zitiert nach Kern, B.-R. (1995): *Arzt und Betreuungsrecht. Medizinrecht* 7/95: 245–251.

32 Gaedt/Lang, a. a. O.

33 Bergmann, E. E. (1991): Das Betreuungsgesetz: Persönliche Betreuung statt Entmündigung. *Deutsches Ärzteblatt* 23/91: B-1342–1345.

34 Nedopil, a. a. O.; vgl. auch Kern, a. a. O.

zeitbehandlung aussehen soll.<sup>35</sup> Es besteht die Gefahr, daß in solchen Fällen entweder Maßnahmen unterbleiben, die eigentlich im Sinne des Betroffenen wären, oder aber daß das Genehmigungsverfahren zur Farce degeneriert. Gaedt/Lang<sup>36</sup> haben in ihrem Artikel, der für jeden mit dieser Materie befaßten Juristen Pflichtlektüre sein sollte, die grotesken Paradoxien dieser Situation eindringlich dargestellt; sie warnen vor einer mystifizierenden Überhöhung der vermeintlichen Sachkompetenz der Richter, aber auch der Gutachter – von denen es im übrigen bei einer breiten Auslegung des § 1904 viel zu wenige geben dürfte.

Bei der Entscheidung der Frage, ob das Risiko eines „länger dauernden“<sup>37</sup> und „schweren gesundheitlichen Schadens“ besteht, geht es doch nicht nur um die abstrakte Quantifizierung in Form von Prozent- oder Promille-Größen<sup>38</sup> – über die sich in der Medizin, die keine Erfolgsgarantien geben kann, ohnehin trefflich streiten läßt –, sondern vor allem auch um die jeweils nur individuell zu beantwortende Frage, ob „die Gefahr der (...) Behandlung für den Patienten größer ist als die ohne Behandlung bestehende Gefahr“<sup>39</sup> – die schließlich ohne Betreuer (im juristischen Sinne) und Angehörige bzw. betreuendes Personal ebensowenig entschieden werden kann wie ohne behandelnde Ärzte, auf deren Kenntnisse natürlich ein eventueller Gutachter ohnehin zurückgreifen müßte.<sup>40</sup>

Wenn aber – wie dargelegt – die potentielle Gefährlichkeit von Arzneitherapie weniger in den Wirksubstanzen an sich als vielmehr in der Art und Weise ihrer Anwendung begründet ist, so gilt auch hier Kerns<sup>41</sup> Aussage zum Bereich von Risikooperationen, daß die Sinnhaftigkeit der „Erstellung von verbindlichen Listen eher zweifelhaft“ erscheint. Solche Listen – sollen sie wirklich sinnvoll und unumstritten sein, d. h. nur solche medizinischen Maßnahmen umfassen, die regelhaft und unabhängig von individuellen Risikokonstellationen gefahrenträchtig sind – können allenfalls eine eng begrenzte Zahl von medizinischen Maßnahmen umfassen (z. B. stereotaktische Operationen und die Kastration aufgrund ihrer – im ersten Fall je nach Art des Eingriffs möglichen bis sicheren, im zweiten Fall sicheren – irreversiblen Persönlichkeitsverändernden Auswirkungen; oder die Behandlung mit nicht zugelassenen oder evtl. auch mit nur unter Auflagen verordnungsfähigen Arzneimitteln<sup>42</sup>). Eine Hilfestellung kann sich dabei durch die im Zuge des Gesundheitsstrukturgesetzes vorgesehene Erstellung einer „Liste verordnungsfähiger Arzneimittel“<sup>43</sup> („Positivliste“) ergeben, durch die obsoletere und in ihrer Wirksamkeit zweifelhafte Arzneimittel sowie bedenkliche Kombinationspräparate ausgesondert werden sollen.

Zusammenfassend muß deshalb einerseits festgestellt werden, daß hochdiffizile und im jeweiligen Einzelfall erheblich variierende Fragen der medizinischen Behandlung nicht durch starre „Checklisten“ geregelt werden können, wobei die Frage der niemals er-

35 Leider geht Schreiber in seinem wenig sachlichen Schlußwort – a. a. O. – auf diese wesentlichen von Nedopil aufgeworfenen Fragen nicht ein, sondern setzt sich nur mit Nebensächlichkeiten auseinander – und dies in z. T. sehr inkompetenter Weise, wie das erwähnte Beispiel der Liquorenahme zeigt.

36 Gaedt/Lang, a. a. O.

37 Zur Diskussion dieses zeitlichen Kriteriums vgl.: Jürgens, A., Kröger, D., Marschner, R., Wintstein, P. (1991): Das neue Betreuungsrecht. Beck, München: 206 f.

sowie Röchling, W. (1995): Aufhebung der Entmündigung. *Deutsches Ärzteblatt* 33/95: B1600–B1604.

38 Vgl. hierzu: Jensen/Röchling, a. a. O.: 28; Jürgens u. a., a. a. O.: 206 f.; Kern, a. a. O.

39 Wagner, B. (1990): Psychiatrische Zwangsbehandlung und rechtfertigender Notstand. *Recht & Psychiatrie* 4/90: 166–170.

40 Gaedt/Lang, a. a. O.

41 Kern, a. a. O.

42 Vgl. Marschner, a. a. O. Ein erster Entwurf einer solchen Liste wurde von der Arbeitsgruppe „Entscheidung über schwerwiegende Heilmaßnahmen“ beim 4. Vormundschaftsgerichtstag erarbeitet. Er soll in Abstimmung mit den medizinischen Fachgesellschaften weiterentwickelt werden.

43 Rüfner, W. (1995): Das Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der Gesetzlichen Krankenversicherung. *NJW* 12/95: 753–757.

reichbaren Vollständigkeit solcher Listen nur einen eher unbedeutenden Aspekt des Problems darstellt; andererseits muß festgestellt werden, daß unbestreitbar vorhandene Mängel der Arzitherapie, die mit der Struktur des Pharmamarktes ebenso zusammenhängen wie mit der Organisation der medizinischen Versorgung inklusive Ausbildung und Qualitätssicherung und die schließlich eingebettet sind in einen bestimmten sozioökonomischen Kontext (es sind nicht nur „die Ärzte“, die zuviel Medikamente verordnen, sondern auch „die Patienten“, die danach verlangen), kaum durch den indirekten Hebel des Betreuungsrechts erfolgreich angegangen werden können. Das Betreuungsrecht ist zur Eindämmung der häufig beklagten Übermedikalisierung ebensowenig ein geeignetes Mittel wie zur Bekämpfung der Medikamentenabhängigkeit, und es sollte auch nicht benutzt werden, um durch die Hintertür die Zulassungspraktiken des Bundesgesundheitsamtes – das ja aus der Auswahl aller Arzneimittelwirkstoffe die sicheren auszuwählen hat – auszuhebeln.

3.4 Es erscheint weder sinnvoll noch auch nur annähernd realisierbar, in jedem Fall der Anwendung von Medikament X, Operation Y oder Untersuchung Z (für den Fall, daß X, Y und Z in einer Liste von der Art der „Schreiber-Liste“ enthalten sind) bei einem Betreuten die Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes einzuholen. Das Verfahren kommt in der Praxis natürlich nur dort in Gang, wo ein „Fall“ publik und dem Gericht vorgetragen wird. Individuelle Ungleichbehandlung wäre die Folge. Das würde zwar Ungleichheit vor dem Gesetz bedeuten, was jedoch in vielen Rechtsbereichen zwangsläufig der Fall ist und angesichts der angestrebten normativ-verhaltensformenden Auswirkung des Betreuungsrechts<sup>44</sup> womöglich in Kauf zu nehmen wäre.

Dem muß jedoch entgegengehalten werden, daß eine zu rigorose Gängelung den Mitarbeitern in der Altenhilfe/-pflege, in der Psychiatrie usw. „tendenziell die Verantwortung (nimmt) (...) und die Beziehung zu den Betreuten (stört)“<sup>45</sup>, daß eine zu rigorose Gängelung die Mitarbeiter demotiviert und in einen „Dienst nach Vorschrift“ im negativen Sinn zwingt – eine Konsequenz, die nicht vom Betreuungsrecht angestrebt sein kann. Eine menschenwürdige Betreuung von hilfsbedürftigen Menschen ist nicht ohne diese Mitarbeiter möglich, und sie kann nicht von der Justiz gegen diese Mitarbeiter durchgesetzt werden.

Im übrigen sei die Frage erlaubt, ob nicht der o. g. angestrebte normativ-verhaltensprägende Effekt ohnehin auch anders erreicht wird; dort, wo ein Kläger ist, ziehen Behandlungsfehler (und zunehmend auch Dokumentationsmängel) ohnehin zivil- und ggfs. auch strafrechtliche Konsequenzen nach sich – und nur dort, wo ein „Kläger“ ist, kann andererseits auch der § 1904 BGB zur Anwendung kommen.

Es besteht durchaus die Gefahr, daß infolge der eben angesprochenen Risiken – unter Ärzten kursiert nicht umsonst das geflügelte Wort, daß sie bei vielen Teilen ihres Alltagshandelns „mit einem Bein im Gefängnis stehen“ – ein zunehmend defensives Verhalten Raum greift. Die Auswirkungen des Gesundheitsstrukturgesetzes mit ihren vielfältigen Rationierungen im Verein mit den sattsam bekannten sozialpolitischen Diskussionen insgesamt – man denke etwa an das häßliche Wort von der „Alterslastquote“ – könnten durchaus zur Folge haben, daß es in Zukunft weniger darum geht, alte, unter Betreuung stehende Menschen vor einem Zuviel an evtl. schädlicher Medizin zu schützen, sondern ein für sie sinnvolles und machbares, aber „leider zu teures“ Maß an Medizin gegen diesen Einsparungsdruck durchzusetzen!

In beiden eben erwähnten Aspekten – im Verhindern des schädlichen Zuviel ebenso wie im Einklagen des lebenserhaltenden Notwendigen – liegen die Aufgaben der Betreuer!

Im Alltag von Institutionen schleifen sich leicht routinierte Arbeitsabläufe ein, denen

44 Klee, T. (1991) Das neue Betreuungsgesetz. Neuorientierung für die Gerontopsychiatrie? Die Kerbe (Fachzeitschrift für Sozialpsychiatrie der Diakonie) 4/91: 27–29.

45 Gaedt/Lang, z. a. O.

individuelle Bedürfnisse nur allzu leicht untergeordnet werden. Dem Autor ist dies aus eigener Anschauung nur zu gut bekannt – doch es betrifft ja nicht nur die Institutionen Krankenhaus und Altenheim, sondern auch Gerichte und Verwaltungen. Eine Intention des Betreuungsrechts ist es, solchermaßen – gerade für die Schwächsten – schädliche Alltagsroutine aufzubrechen. Doch wenn die Vorschriften zu starr und rigoros sind, besteht die Gefahr, daß sie die Initiative der Helfer lähmen und – wie erwähnt – zum „Dienst nach Vorschrift“ führen; sind sie zu allgemein, zu dehnbar und zu weit von der Realität entfernt, so besteht die Gefahr, daß sie als drohende Chimäre verdrängt oder als ohnehin unerreichbar ignoriert werden. Die moralische Anklage und der juristische Vorwurf der Freiheitsberaubung, Körperverletzung usw., dem sich die Mitarbeiter von Altenhilfe/-pflege, Psychiatrie usw. zunehmend ausgesetzt sehen, muß ausbalanciert sein mit der Bereitstellung der erforderlichen Ressourcen (bauliche Voraussetzungen, Materialien, Personal, Vergütung, Ausbildung, Supervision usw.); man kann von Menschen nichts Menschenunmögliches verlangen!

Das Aufbrechen der die Individuen überrollenden Alltagsroutine – daran besteht kein Zweifel – ist notwendig, und dies ist sicherlich kaum möglich ohne „Hürden“, die im Alltags-Lauf aufschrecken lassen und zum Überdenken der Routine zwingen. Doch nach Erfahrung des Autors ist es bereits eine solche heilsame Hürde, wenn Betreuer oder Angehörige Fragen stellen, Wünsche äußern oder Alternativen vorschlagen. Die Erfordernis, eine gerichtliche Genehmigung zu beantragen oder – wie von Gaedt/Jung<sup>46</sup> vorgeschlagen, jedoch ebenso bürokratisch aufgeblasen und kaum praktikabel – einen „Betreuungsausschuß“ zu informieren, erscheint in keiner Weise nützlicher; im Gegenteil besteht hier ebenfalls die große Gefahr, daß die Abläufe – insbesondere bei breiter Anwendung – ebenfalls zur uniformen Routine verkommen; bei der Auseinandersetzung mit lebendigen Menschen – Betreuern und Angehörigen, aber auch z.B. Supervisoren – hingegen ist diese Gefahr sehr viel geringer.

Daraus folgt, daß es einzig sinnvoll ist, die Position der Betreuer zu stärken<sup>47</sup>, durch

- Einführung, Fortbildung und Beratungsmöglichkeiten (s. u.);
- Klärung ihrer Rechte gegenüber den behandelnden Ärzten (Aufklärung, Akteneinsicht);
- Sanktionen gegen Ärzte, die sich der Diskussion und Aufklärung mit/von Betreuern verweigern.

Erforderlich ist es aber sicherlich auch, den Standard in den Institutionen und Diensten der Krankenversorgung, der Altenhilfe/-pflege, der Psychiatrie usw. zu sichern und noch anzuheben, was in der Konsequenz gerichtliche Eingriffe vielfach erst gar nicht erforderlich werden läßt; dies ist möglich durch

- Stärkung der Aufsichtsorgane in fachlicher Hinsicht;
- Transparenz und „Nutzerkontrolle“ durch Einbeziehung von Öffentlichkeit, „Laienorganisationen“, Angehörigen usw. (Heimbeiräte);
- Fortführung der seit einigen Jahren vielerorts in Entwicklung begriffenen Kriterien- und Maßnahmenkataloge zur Qualitätssicherung;
- qualifizierte Aus- und Fortbildungsangebote, Rotationsmöglichkeiten für Mitarbeiter und verstärkte Verzahnung/Austausch zwischen ambulanten und stationären Bereichen, vor allem aber Supervisionsmöglichkeiten.

Vor einem solchen Hintergrund können behandelnde Ärzte und Betreuer Für und Wider abwägen, zu wohlbegründeten Entscheidungen kommen. Die Einschaltung des Gerichts zwecks Genehmigung einer geplanten Maßnahme käme als letzte Möglichkeit in Betracht, wenn entweder beide Seiten sich nicht einigen können oder aber wenn eine (oder

46 Gaedt/Jung, z. a. O.

47 Diese Schlussfolgerung zieht im übrigen auch Stofz, z. a. O.

beide) Seite(n) so schwerwiegende Bedenken haben, daß sie ihre Entscheidung „abgesegnet“ wissen wollen. Dabei werden solche Bedenken nach Erfahrung des Autors häufig nicht nur von den Betreuern, sondern auch von Ärzten geäußert. Die oben angedeutete Entwicklung der zunehmenden Ahndung von Behandlungsfehlern, Aufklärungs- oder Dokumentationsmängeln hat auch unabhängig vom Betreuungsrecht dazu geführt, daß Ärzte in der Durchführung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen immer zurückhaltender und kritischer werden.

Vor der eben erwähnten Einschaltung des Gerichts als letzter Möglichkeit könnten aber durchaus Zwischenstufen stehen, die sich vom Prinzip her am Beispiel des Schiedsmanns orientieren könnten. Sinnvoll wären vor allem praktikable Informations- und Beratungsmöglichkeiten hinsichtlich medizinischer Fragen, die Betreuer ohne bürokratischen Aufwand und hohe Zugangsschwellen nutzen können – sei es in Form von regelmäßigen öffentlichen Sprechstunden, die Ärzte bei Gericht analog den Rechtspflegern abhalten, sei es in Form von im Einzelfall zu vereinbarenden Konsultationen bei Ärzten mit besonderer Fachkunde an deren Arbeitsplatz (Praxis, Krankenhaus), oder sei es die Inanspruchnahme des öffentlichen Gesundheitsdienstes. In allen Fällen müßte natürlich eine angemessene Vergütung sichergestellt sein, deren Gesamtvolumen jedoch – bei größerer Effizienz – deutlich niedriger ausfallen dürfte als bei einer breiten Anwendung des Begutachtungs-Genehmigungsverfahrens. „Die Vorschrift des § 1904 BGB könnte dann getrost eng ausgelegt und auf „extreme“ Fälle beschränkt werden.“<sup>48</sup>

3.5 Schreibers Aufsatz wird ausdrücklich als Werk eines Volljuristen und Arztes angekündigt, womit für die Leser der juristischen Fachzeitschrift der Eindruck erweckt wird, daß hier in kompetenter Weise Übersetzungsarbeit zwischen den so unterschiedlichen Denk- und Categoriesystemen von Justiz und Medizin geleistet würde. Weiterhin schüren – wie oben dargelegt – verschiedene Formulierungen und bereits der Titel die Hoffnung, daß der gesamte Bereich der Arzneibehandlung umfassend abgehandelt würde. Beide Erwartungen werden jedoch nicht erfüllt, statt dessen wird eine medizinisch wenig kompetente Darstellung geboten, die leicht das Mißverständnis entstehen lassen kann, im wesentlichen nur Psychopharmaka könnten „schwere gesundheitliche Schäden“ im Sinne des § 1904 BGB hervorrufen.

Doch nicht nur Schreiber verfährt so, ähnlich auch Klie<sup>49</sup>, für den „hochpotente Neuroleptika (...) krankheitsanstoßend und sogar tödlich wirken können“, andere Arzneimittel jedoch keiner Erwähnung wert sind. Klie, aber auch Jürgens u. a.<sup>50</sup> beschwören vor allem die Gefahr „persönlichkeitsverändernder“ Nebenwirkungen von Psychopharmaka herauf. Sie übersehen dabei, daß psychische Erkrankungen – schizophrene und schizophrenieartige Psychosen, Wahnkrankheiten, manische und depressive Psychosen, aber auch Demenzerkrankungen – für die Zeit ihres Bestehens die Persönlichkeit der betroffenen Menschen massiv beeinträchtigen, verändern, so daß eine „persönlichkeitsverändernde“ Wirkung von Medikamenten im Sinne einer Rücknahme der krankheitsbedingten Veränderungen in diesen Fällen doch gerade erwünscht ist!<sup>51</sup> Sie übersehen weiterhin, daß eine sehr große Zahl von Arzneimitteln zur Behandlung körperlicher Erkrankungen (im Bereich von Herz-Kreislauf-System, Verdauungstrakt, Atemwegen und Lunge, Harn- und Geschlechtsorganen, besonders von Infektions- und allergischen Erkrankungen) auch erhebliche psychische Nebenwirkungen verursachen können und damit ebenfalls „persönlichkeitsverändernd“ wirken; das Handbuch „Vom Verdacht zur Diagnose“<sup>52</sup> weist unter den Stichworten „Depression“, „Halluzination“, „Psychose“ oder „Verwirrheitszustand“ jeweils Dutzende von Wirkstoffen in den Bereichen der Nicht-Psychopharmaka aus, die als mögliche Ursache in Frage kommen.

48 Stolz, a. a. O.

49 Klie (1993), a. a. O., 48 f.

50 Jürgens u. a., a. a. O., 205.

51 Hierauf hat auch bereits Nedopil (a. a. O.) in seiner Erwiderung auf Schreiber hingewiesen. Vgl. Anm. 35.

52 „Vom Verdacht zur Diagnose“ (1992). Eine Arzneitelegramm-Publikation. Arzneimittel-Verlags GmbH, Berlin.

Schießlich provozieren Klie, Jürgens u. a. sowie Schreiber mit der Warnung vor „persönlichkeitsverändernden“ Nebenwirkungen das Mißverständnis, es bestünde regelhaft die Gefahr dauerhafter, irreversibler „Persönlichkeitsveränderungen“. Das ist jedoch mitnichten der Fall; Wagner<sup>53</sup> hat in anderem Zusammenhang vor einem zu breiten und damit mißverständnisträchtigen Gebrauch des Begriffes gewarnt, der im wesentlichen für „die vor allem durch operative Eingriffe hervorgerufenen Persönlichkeitsstörungen oder auch die sog. Gehirnwäsche“ reserviert bleiben sollte. – Bar jeder sachlichen Grundlage ist schließlich Klies<sup>54</sup> willkürliche Auswahl eines einzigen Medikamentes (Truxal<sup>®</sup>) – noch nicht einmal eines Wirkstoffes –, das er als besonders gefährlich brandmarkt und dem bereits erwähnten Clozapin (Leponex<sup>®</sup>) gleichstellt.<sup>55</sup>

Wer in solcher Weise verfährt – insbesondere beim Abfassen von Ratgebern für ein breites Publikum wie im Fall von Klies Buch –, setzt sich dem Vorwurf der verantwortungslosen *Desinformation* aus, die das überkommene Klischee von der unheimlichen Schlangengruben-Psychiatrie weitertransportiert. Unterschwellig wird ohne sachliche Rechtfertigung einseitig ein Feindbild aufgebaut: die Psychiatrie; und in der Konsequenz wird dem eigentlichen Anliegen, der Verbesserung bzw. Sicherung der Versorgung von hilfsbedürftigen Menschen – das Jürgens u. a. Klie und Schreiber sicherlich im Sinn haben –, ein Bärendienst erwiesen!

#### 4 Ausgangspunkt für die Diskussion von Prof. Dr. Asmus Finzen

##### 4.1 Handwerk Medizin

Mediziner üben ein Handwerk aus. Die Ausübung dieses Handwerks unterliegt festgelegten und allgemein verbindlichen Normen. Die Entscheidungskette bis zur Wahl der medizinischen Maßnahme beginnt bei den von der/dem Patient(in) entwickelten Symptomen. Die Untersuchungen führen zu einer Diagnose. Nach der Diagnose kommt die Aufklärung der/des Patient(in). Die Behandlung einer Krankheit ist dabei immer eine Abwägung von Nutzen und Risiko. Die Aufklärung informiert über die möglichen Behandlungen bis hin zu den Auswirkungen für den Fall, daß die Behandlung unterbleibt. Danach empfiehlt die/der Ärztin/Arzt eine Behandlung. Die/Der Patient(in) entscheidet sich für eine der Möglichkeiten und erteilt entsprechend ihre/seine Einwilligung.

Wurde für die/den Betroffenen ein(e) Betreuer(in) bestellt, ist die/der Betreuer(in) analog an dem Entscheidungsprozeß beteiligt.

##### 4.2 Qualitätssicherung in der Medizin

Die Sicherung der Qualität in der Medizin geht einher mit einer fachgerechten und ausführlichen Aufklärung der/des Patient(in) bzw. Betreuer(in)s. Hier gilt es, eine gute Aufklärung durchzusetzen.

Wird zwischen psychischer und somatischer Erkrankung unterschieden, unterliegt das Vertrauen in die Qualität ärztlichen Handelns einer unterschiedlichen Bewertung. Dies zeigt sich in der gerichtlichen Praxis, wo die gerichtliche Genehmigung zur Behandlung psychischer Erkrankung mit Psychopharmaka, im Gegensatz zur medikamentösen Behandlung somatischer Erkrankungen, deutlich häufiger beantragt wird. Dabei kann nicht davon ausgegangen werden, daß Psychopharmaka mehr oder schlimmere Nebenwirkungen haben als andere Medikamente.

Es ist wenig bekannt, daß auch psychische Erkrankungen wie zum Beispiel tiefe De-

53 Wagner, a. a. O.

54 Klie (1993), a. a. O., 49.

55 Die fehlende Sachkenntnis wird auch deutlich in der fehlerhaften Schreibweise von Medikamentennamen – z. B. „Akitinon“ anstatt „Akineton“ (45), was Klie jedoch nicht davon abhält, sich zu diesen Fragen in einer Weise zu äußern, die Kompetenz suggeriert.

pressionen oder Anfallsleiden sofortige Behandlung erfordern. Die Folgen dieser Krankheiten können den Tod (z. B. Suizid) oder größere länger andauernde Schäden nach sich ziehen. Eine Unterlassung oder Verzögerung der Behandlung würde einem ärztlichen Kunstfehler gleichkommen.

#### 4.3 Neuroleptika

Neuroleptika sind in der Behandlung der Schizophrenie als segensreiches Medikament mit schlechter Presse zu verstehen. Vor der Einführung der Psychopharmaka haben 60 % der zum erstmalig eingewiesenen Menschen die Klinik nicht wieder verlassen. Diese Zahl ist auf unter 10 % gesunken.

Die Nebenwirkungen neuroleptischer Behandlung sind sicher weniger harmlos als Aspirin. Bei fachgerechter Anwendung von Neuroleptika besteht kein besonderes Risiko für einen schweren länger andauernden Schaden. Die erforderlichen Kontrollen lassen Nebenwirkungen frühzeitig erkennen. Die Medikamente können dann abgesetzt werden.

Spätdyskinesie treten bei etwa 40 % der Langzeitbehandlungen auf. Bei Patienten unter 60 Jahren treten diese nicht vor dem Ablauf von einem Jahr neuroleptischer Behandlung auf. Bei Patienten unter 30 Jahren nicht vor Ablauf von 3 Jahren. Sie entwickeln sich langsam und sichtbar. Werden die Medikamente abgesetzt, wenn die ersten Anzeichen von Spätdyskinesien erkennbar sind, sind die meisten Folgen reversibel oder stellen zumindest keinen schweren Schaden dar.

Zeigen sich die ersten Anzeichen einer Spätdyskinesie ist eine erneute Abwägung von Nutzen und Risiko zu treffen. In der Regel hat die Behandlung bis zu diesem Zeitpunkt so viel Erfolg gehabt, daß der Patient wieder in der Lage ist, die Tragweite und die Folgen der Behandlung zu erkennen, und entsprechend selbst entscheiden kann, ob die Behandlung fortgesetzt werden soll. In den Fällen, wo die/der Patient(in) nicht in der Lage ist, diese Entscheidung zu treffen, muß die/der Betreuer(in) für seine Einwilligung in die weitere Behandlung die Genehmigung des Gerichts einholen. Die Weiterbehandlung ist dann möglicherweise mit schweren, länger andauernden Schäden verbunden.

Das Argument, Neuroleptika hätten persönlichkeitsverändernde Wirkungen, muß auf dem Hintergrund der Krankheit, die ohne Behandlung schlimmere Wirkung hat, gesehen werden. In diesem Zusammenhang ist auch auf die richtige Anwendung der Medikamente zu verweisen. Das Ausmaß der erwünschten Wirkung und der unerwünschten Wirkung ist abhängig von Dosierung und Dauer der Behandlung.

Die Kritik muß da ansetzen, wo Mißbrauch oder Überdosierung vorliegen. Neuroleptika gehören zu den am häufigsten mißbräuchlich, das heißt von fraglicher Indikation, eingesetzten Substanzen. So werden mitunter Beruhigungsmittel zur dauernden Behandlung geistig behinderter Menschen oder überdosiert zur Behandlung schizophrener Menschen ohne die nötige individuelle Anpassung gegeben. Diese unsachgemäße Behandlung ist nicht Grundlage des § 1904 BGB. Die Definition des schweren länger andauernden Schadens muß sich an der fachgerecht durchgeführten Behandlung orientieren. Wollte man damit fehlerhafte Behandlung unterbinden, müßte in der Konsequenz jede Behandlung vom Gericht genehmigt werden.

#### 4.4 Zwangsbehandlung

Eine besondere Bedeutung erhält das gerichtliche Verfahren bei der medikamentösen (stationären wie auch ambulanten) Behandlung gegen den erklärten Willen der/des Betroffenen. In der Diskussion wird festgestellt, daß zwangsweise Behandlung vom Gesetzgeber generell unzureichend geregelt worden ist. In diesem Zusammenhang besteht auch hinsichtlich der Bedeutung eines Einwilligungsvorbehaltes zum Aufgabenkreis „Gesundheitsfürsorge“ weiterer Klärungsbedarf.

#### 5 Behandlungsplan

Im vorletzten Teil befaßte sich die Arbeitsgruppe mit der Form des Antrags und des Beschlusses zum § 1904 BGB. Zunächst wurde darauf hingewiesen, daß es die Aufgabe der/des Betreuer(in)s ist, sich für eine Maßnahme zu entscheiden. Das Gericht hat lediglich dieser Entscheidung der/des Betreuer(in)s zuzustimmen oder zu widersprechen.

Der Antrag der/des Betreuer(in)s sollte sich auf einen mit der/dem behandelnden Ärztin/Arzt entwickelten Behandlungsplan gründen. In Zusammenarbeit mit der/dem Ärztin/Arzt, der/dem Betreuten und der/dem Betreuer(in) sollte die beabsichtigte Medikation in bezug auf Substanz, Dosis, Dauer und mögliche Alternativen enthalten sein. Dabei ist darauf zu achten, daß genügend Spielraum für notwendige Anpassungen gegeben ist, die Behandlung jedoch konkret beschrieben bleibt.

Kontrovers diskutiert wurde die Stellung eines zusätzlichen Gutachtens. Auf der einen Seite wurde dem Gutachten deutlicher Vorrang vor der Entscheidung der/des Betreuer(in)s insoweit auch vor dem Rat der/des Ärztin/Arztes eingeräumt. Auf der anderen Seite muß bedacht werden, daß die Gutachten in der Regel nur auf einem kurzen persönlichen Eindruck der/des Gutachter(in)s von der/dem Betreuten basieren.

#### 6 Die verweigerte Einwilligung

Den Abschluß der Diskussion bildete die Frage, ob für die Verweigerung der Einwilligung in eine medizinische Maßnahme die Genehmigung des Gerichts erforderlich ist. Die Tragweite einer solchen Entscheidung kann mit schweren und länger andauernden Schäden verbunden sein oder den Tod des Betreuten zur Folge haben. In diesem Zusammenhang wurde auch die Frage passiver Sterbehilfe angesprochen. Die Möglichkeit einer gerichtlichen Überprüfung besteht lediglich dann, wenn die Begriffe „Heilbehandlung“ bzw. „ärztlicher Eingriff“ dahingehend interpretiert werden, daß hier auch die Nichtbehandlung gemeint ist. Diese Interpretation leitet sich aus der oben beschriebenen Entscheidungskette ab. Nach der Diagnose und der Aufklärung folgt die Entscheidung zur Wahl der Maßnahme. Eine der möglichen Maßnahmen ist es, alle anderen Formen der Behandlung zu unterlassen. Es ist fraglich, ob die Formulierung des § 1904 BGB diese Interpretation zuläßt. Ein Konsens konnte nicht gefunden werden.

#### 7 Ergebnisse:

§ 1904 BGB kann nicht Mittel der Qualitätssicherung ärztlichen Handelns sein. Die Betreuer(innen) können durch qualifizierte Fragen an die/den Ärztin/Arzt oder auch durch ergänzende Befragung eine(r)s anderen Ärztin/Arzt auch außerhalb des Verfahrens nach § 1904 BGB bei ihrer Entscheidung Hilfen erhalten. Der Wunsch von Betreuer(inne)n oder Arzt(innen) nach Absicherung durch richterliche Genehmigung darf nicht zu einer extensiven Auslegung von § 1904 BGB führen, die durch seinen Wortlaut nicht mehr gedeckt ist.

Im Bereich der medikamentösen Behandlung beschränkt sich der Anwendungsbereich des § 1904 BGB nicht nur auf Psychopharmaka oder Neuroleptika, sondern findet auch Anwendung auf eine Vielzahl anderer Medikamente, die schwere und länger andauernde Schäden verursachen können.

Insbesondere zur Frage des Risikos von Spätdyskinesien bei der neuroleptischen Behandlung ist die Arbeitsgruppe zu dem Ergebnis gekommen, daß die Weiterbehandlung erst nach Auftreten der ersten Anzeichen von Spätdyskinesien genehmigungsbedürftig ist.

Die Arbeitsgruppe geht davon aus, daß bei einer Behandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst auch diese ersten Anzeichen von Spätdyskinesien rechtzeitig erkannt werden sollten.

*Der Arbeitsgruppe erschetnen die Risiken bei folgenden ärztlichen Eingriffen generell, das heißt unabhängig von der spezifischen individuellen Risikokonstellation, als besonders hoch:*

- Gefäßchirurgische Eingriffe an großen (arteriellen) Gefäßen
- Operationen im Gehirn und am Rückenmark
- Operationen am offenen Thorax
- Transplantationen von unpaaren Organen (z. B. Herz, Leber) und Knochenmark
- radikale Eingriffe und Behandlungsmaßnahmen bei fortgeschrittenen Krebserkrankungen
  - systemische Chemotherapie/Bestrahlung
  - unter Umständen die Entfernung von inneren Organen oder Organteilen
- Intravasale Diagnostik mit Ausnahme einfacher Rechtsherzkatheteruntersuchungen, interventionelle Radiologie
- Behandlung mit in Deutschland nicht zugelassenen Medikamenten (individueller Heilversuch)

Kontrovers diskutiert wurden

- Amputationen und
- Elektrokrampfbehandlungen.

Die Liste ist nicht vollständig und versteht sich nicht als abschließende Empfehlung, weil der Arbeitsgruppe insbesondere im nichtpsychiatrischen Bereich der Medizin der nötige Sachverstand gefehlt hat. Medizinische Notfall-/Sofortmaßnahmen sind selbstverständlich von der Pflicht zur Genehmigung ausgeschlossen.

*Die Arbeitsgruppe fordert den Vorstand auf, die wichtigen medizinischen Fachgesellschaften – z. B. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, Deutsche Gesellschaft für innere Medizin – um eine eingehende Risikobeurteilung der in ihr Fachgebiet fallenden ärztlichen Maßnahmen zu ersuchen.*

Ärztliche Maßnahmen bei Menschen, die zu einer Selbstbestimmung nicht mehr in der Lage sind, erfordern ein besonders verantwortliches Entscheiden durch den Arzt und Betreuer. Um dem Betreuer eine verantwortliche Entscheidung zu erleichtern, haben wir die folgende Arbeitshilfe entwickelt. Die Beantwortung der Fragen dient auch als Grundlage für die Entscheidung, ob das Gericht um eine Genehmigung der Einwilligung ersucht wird.

Ansprechpartner sind:

- die/der behandelnde Ärztin/Arzt,
- die/der durchführende Ärztin/Arzt,
- die/der Anästhesist(in)
- die/der Internist(in)

*Leitfaden für das Gespräch zwischen Arzt und Betreuer*

- Was liegt vor? (Problemdefinition/Symptombeschreibung, Verdachtsdiagnose/Differentialdiagnose, Komplikationen, Verlaufsvarianten)
  - Behandlungsmöglichkeiten/Alternativmöglichkeiten
- Was ist hinsichtlich der Diagnose noch zu klären?
  - Welchen Fragen soll noch nachgegangen werden?
  - Welche Untersuchungen/Beobachtungen sind noch erforderlich?
  - Welche Risiken sind damit verbunden?
- Welche weiteren (früheren) Erkrankungen und Behandlungserfahrungen sind bekannt?
  - Was ist davon für die aktuelle Situation relevant?

- Was ist über die Medikamentenanamnese bekannt?
  - Dauereinnahme von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential?
  - Frühere Nebenwirkungen, Allergien?
- Welche Erkrankungen/Symptome sollen Ziel der Behandlung sein?
  - Wie soll die Behandlung aussehen?
  - Wie lange soll die Behandlung dauern?
  - Hierarchie geplanter Maßnahmen, Reihenfolge möglicher Alternativen? (Behandlungsplan)
- Risiken der Behandlung?
  - Wie häufig treten die Risiken auf?
  - Welche Kontrollen/Vorsichtsmaßnahmen gibt es?
  - Wer muß im Risikofall hinzugezogen werden?
- Welche Risiken bestehen bzw. wie wird der wahrscheinliche weitere Krankheitsverlauf sein, wenn die vorgeschlagene Behandlung nicht erfolgt?
- Woran soll Erfolg gemessen werden?
- Will der Arzt noch etwas fragen?
- Will der Betreuer noch etwas sagen?

*Inhalt der Genehmigung bei Dauermedikationen*

In den Fällen des § 1904 BGB sollten Antrag der/des Betreuer(in)s und gerichtliche Genehmigung auch mögliche Änderungen der Substanz und eine Höchstdosierung der Medikation umfassen. Voraussetzung ist die Vorlage eines konkreten Behandlungsplans. Die Arbeitsgruppe hält mehrheitlich eine Befristung der Genehmigung für erforderlich.

## V. Patientenverfügung / Betreuungsverfügung / Vorsorgevollmachten sozialethische Bedeutung und rechtliche Verbindlichkeit

Protokoll von Prof. Dr. Konrad Stolz

Moderation:

Dr. Bernhard Knittel / Arndt May

Die ca. 30 Teilnehmer(innen) der Arbeitsgruppe gehörten folgenden Berufsgruppen an:

- Sozialarbeiter/Sozialpädagoginnen
- Juristen/Juristinnen (Ministerialbeamter, Richterinnen, Rechtsanwältinnen, Fachhochschullehrer u. a.)
- Referentinnen/Referenten aus Ministerien und Verbänden
- wissenschaftliche Assistentinnen
- Theologen
- Ärzte
- Studenten

Herr Dr. Knittel führte in die Problematik ein und erläuterte die im Thema aufgeführten Begriffe.

In einer *Patientenverfügung* kann im voraus für den Fall der Einwilligungs- und Entscheidungsunfähigkeit auf ärztliche Behandlungen Einfluß genommen werden. Sie kann Teil einer *Betreuungsverfügung* oder einer *Vollmacht* sein oder isoliert ohne Bezug zum *Betreuungsverfahren* getroffen werden.

In einer *Betreuungsverfügung* können für den Fall der *Betreuungsbedürftigkeit* Wünsche bezüglich der Person des Betreuers und der Art und Weise, wie die Betreuung geführt werden soll, geäußert werden. Das Gesetz weist in § 1901 Abs. 2 Satz 2 BGB auf diese Möglichkeit hin. In einigen Bundesländern, z. B. Bayern, können *Betreuungsverfügungen* amtlich hinterlegt werden.

Durch eine *Vollmacht* kann einer selbst ausgewählten Vertrauensperson für bestimmte Bereiche oder generell Vertretungsmacht eingeräumt werden. Die Bestellung eines Betreuers kann dann im Fall krankheits- oder altersbedingter Geschäftsunfähigkeit entbehrlich sein, worauf das Gesetz im Zusammenhang mit der Betonung des Erforderlichkeitsgrundsatzes hinweist (§ 1896 Abs. 2 S. 2 BGB).

Zunächst wurde die Frage der *Rechtsverbindlichkeit* von *Patientenverfügungen* und deren ethische Bedeutung diskutiert: Es gibt keine höchstrichterliche Rechtsprechung zur *Rechtsverbindlichkeit*; in der Literatur geht die wohl überwiegende Meinung dahin, daß die *Patientenverfügung* als Indiz für den mutmaßlichen Willen des einwilligungsunfähig gewordenen Patienten herangezogen werden kann. Ein *Patientenanwalt* hätte die Aufgabe, auf Grund einer *Vollmacht* dem in einer *Patientenverfügung* niedergelegten Willen des Patienten Geltung zu verschaffen. Von ärztlicher Seite wird darauf hingewiesen, daß man trotz bestimmter in gesunden Tagen vorgenommener Äußerungen eines Patienten, der im Verlauf einer Krankheit äußerungsunfähig geworden ist, nie sicher sagen könne, was aktuell in ihm vorgehe und was er (noch) empfinde. Dies sei z. B. bei Demenzkranken ein häufiges Problem: sollte z. B. Nahrungsverweigerung als parasuizidale Handlung akzeptiert oder wegen der Verpflichtung des Arztes, Menschen nicht verhungern oder verdursten zu lassen, verhindert werden? Herr May erläutert die *medizinisch-ethischen* Fragen einer *Patientenverfügung* und stellvertretender Entscheidung und weist auf Arbeiten des Zentrums für Medizinische Ethik der Ruhr-Universität Bochum zu diesen Fragen hin (Kielstein, Rita/Sass, Hans-Martin: Wertanamnese und *Betreuungsverfügung* - Instru-

mente zur Selbstbestimmung des Patienten und zur Entscheidungshilfe des Arztes und Betreuers -, Bochum 1993). In den USA sei eine größere Sensibilisierung für ethische Fragen im Zusammenhang mit *Patientenverfügungen* festzustellen. Es empfehle sich, durch Beschäftigung mit verschiedenen ausgewählten Krankengeschichten „wertanamnestische *Betreuungsverfügungen*“ zu erstellen. Herr May wendet sich gegen die Tendenz, schwierige Entscheidungen dann doch dem Arzt zuzuschieben und den Willen des Patienten und seines Bevollmächtigten nicht zu berücksichtigen.

Die Arbeitsgruppe befaßte sich dann mit verschiedenen *Formulierungsvorschlägen für Patientenverfügungen*, z. B. in einer Information des Bayerischen Staatsministeriums der Justiz zum neuen *Betreuungsrecht* und im „*Patientenschutzbrief*“ der „*Deutschen Gesellschaft für humanes Sterben*“. Es fragt sich, ob eine allgemein gehaltene *Verfügung* in gesunden Zeiten ohne Bezug zu einer konkret bevorstehenden Entscheidung verbindlich sein kann. Dem Wunsch, Schmerz zu lindern, kann jedenfalls auch dann nachgekommen werden, wenn dadurch Leben verkürzt wird. Dies ist in der Rechtsprechung anerkannt und entspricht der *Schmerzlinderungspflicht* des Arztes.

Diskutiert wurde daraufhin der mögliche *Inhalt einer Vollmacht* und ihre Kontrollierbarkeit. Entscheidet der Bevollmächtigte frei auf Grund seiner eigenen Ethik oder soll er an allgemeingültige ethische Grundsätze (sofern es solche gibt) oder an ethische Vorgaben des Vollmachtgebers gebunden sein? Umstritten ist die Reichweite der *Vollmacht*: während sie sich unbedenklich auf alle vermögensrechtlichen Angelegenheiten beziehen kann, ist fraglich, ob auch höchstpersönliche Angelegenheiten wie z. B. Einwilligung in Freiheitsentziehungen oder Heilbehandlungen von ihr umfaßt sein können. Die Rechtsprechung hat sich bisher nur vereinzelt zu dieser Frage geäußert; während das LG Wiesbaden (FamRZ 1994, 778) sich mit der Bedeutung des Vorliegens einer *Generalvollmacht* für die *Betreuerbestellung* befaßt, ohne auf die genannte Problematik einzugehen, kann nach einer neuen Entscheidung des OLG Stuttgart (BtPrax 1994, 99) durch *Altersvorsorgevollmacht* die Befugnis zur Entscheidung über freiheitsentziehende Maßnahmen ohne vormundschaftsgerichtliche Genehmigung geregelt werden. Die Arbeitsgruppe war mehrheitlich der Auffassung, daß der Bereich *Gesundheitsfürsorge* von einer *Vollmacht* umfaßt sein könne, während eine Einbeziehung des Bereichs freiheitsentziehende Maßnahmen (wenn ja, warum dann nicht auch Unterbringung?) verfassungsrechtlich bedenklich erscheint.

Weiter befaßte sich die Arbeitsgruppe mit der Frage, ob eine staatliche *Kontrolle von Bevollmächtigungen* eingeführt werden solle, um Mißbrauch vorzubeugen. Sollten *Vollmachten* z. B. wenigstens an notarielle Beurkundung geknüpft werden, sofern höchstpersönliche Bereiche von ihr umfaßt werden, oder sollte eine *Mitteilungspflicht* für den Fall einer *Freiheitsentziehung* statuiert werden, damit die Frage einer *Kontrollbetreuung* gerichtlich geprüft werden kann?

Um dem Einwand mangelnder *Geschäftsfähigkeit* zu begegnen, empfiehlt es sich für die Praxis auf jeden Fall, die *Vollmacht* notariell beurkunden zu lassen.

Im *Heimbereich* ist fraglich, ob *Vollmachten* an *Heimbedienstete* gegeben werden dürfen oder sollen. Diskutiert wurde eine Regelung dieser Frage im *Heimgesetz*. Wegen des bestehenden *Abhängigkeitsverhältnisses* und möglicher *Interessenkollisionen* wandte sich die überwiegende Mehrheit der Arbeitsgruppe gegen eine *Bevollmächtigung* von *Heimbediensteten*.

### Zusammenfassung der Diskussionsergebnisse:

#### 1. *Patientenverfügung*

ist ein geeignetes Mittel, um eine weitgehende Verwirklichung des Willens und des Selbstbestimmungsrechts des Patienten in existentiellen Grenzsituationen des Sterbevor-

ganges zu erreichen. Sowohl im Strafrecht als auch im Zivilrecht wird eine Patientenverfügung nach überwiegender Meinung bisher nicht als letztverbindliche Entscheidung des Patienten anerkannt. Sie kann allerdings ein wichtiges Indiz für den mutmaßlichen Patientenwillen sein, auf den es im Strafrecht ankommt, wenn ein wirklicher Wille nicht mehr geäußert werden kann. Eine Willensäußerung in einer Patientenverfügung ist um so beachtlicher, je zeitnäher und konkret krankheitsbezogener sie nach eingehender ärztlicher Aufklärung formuliert wurde. Zeitlich weit zurückliegende abstrakte Festlegungen ohne konkreten Krankheitsbezug können späteren Zweifeln ausgesetzt sein, ob sie noch dem aktuellen Willen des Betroffenen entsprechen, vor allem in Hinblick auf den tatsächlichen Verlauf einer späteren Krankheit oder angesichts medizinischer Fortschritte (Beispiel: Infusionen durch Mund-Rachenraum sind für viele Menschen ein Schreckbild; vielfach können aber diese heute durch neuartige, wenig beeinträchtigende Magensonden ersetzt werden).

Abstrakt gehaltene Formulierungen für einen noch nicht konkret absehbaren späteren Krankheitsverlauf sollten sich auf einen wesentlichen Kern beschränken, der z. B. lauten könnte:

„Die Anwendung bzw. Fortsetzung lebenserhaltender Maßnahmen und die Therapie interkurrent auftretender Krankheiten lehne ich ab, wenn zwei Ärzte diagnostiziert haben, daß ein unumkehrbarer Sterbeprozess eingetreten ist.“

Die Durchsetzung des Patientenwillens in einer entsprechenden Situation kann besonders dann gewährleistet werden, wenn ein Vertreter des nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten gegenüber den Ärzten auftritt. Dies kann ein Betreuer mit Aufgabenkreis Gesundheitsfürsorge sein. Ob auch ein Bevollmächtigter dieselbe Rechtsmacht hat, ist umstritten. Hiergegen wird eingewandt, daß höchstpersönliche Angelegenheiten einer gewillkürten Stellvertretung nicht zugänglich seien. Es ist aber auch die Gegenauffassung begründbar, insbesondere im Hinblick auf das enge Vertrauensverhältnis zu dem stets persönlich ausgewählten Bevollmächtigten.

Schriftliche Festlegungen – sei es in einer Vollmacht oder in einer Betreuungsverfügung – und mündliche Äußerungen des Patienten sind wichtige Handlungsvorgaben für den Vertreter. Andere allgemeingültige ethische Entscheidungshilfen stehen ihm allenfalls in allgemeinen Prinzipien zur Verfügung. Auch unterliegt die Entscheidung eines Betreuers über einen Behandlungsabbruch jedenfalls nach dem Wortlaut des § 1904 BGB nicht einer gerichtlichen Kontrolle.

## 2. Vollmacht

### – Reichweite

Sehr umstritten ist, ob eine Vollmacht auch für Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen erteilt werden kann. Eine neue Entscheidung des OLG Stuttgart (BtPrax 1994, 99) hält dies jedenfalls für unterbringungsähnliche Maßnahmen grundsätzlich für möglich. Hiergegen bestehen jedoch im Hinblick auf die verfassungsrechtlich gebotene richterliche Kontrolle bei Freiheitsentziehung erhebliche Bedenken. Ob diese Bedenken durch regelmäßige Bestellung eines Kontrollbetreuers ausgeräumt werden können, erscheint noch nicht abschließend geklärt.

### – Wirksamwerden

Der zeitliche Wirksamkeitsbeginn einer Vollmacht sollte nicht von der Voraussetzung „Eintritt der Geschäftsfähigkeit“ des Vollmachtgebers abhängig gemacht werden. Dies würde im Rechtsverkehr erhebliche Zweifels- und Beweisfragen aufwerfen. Es empfiehlt sich in geeigneten Fällen, zwei Bevollmächtigte zur gegenseitigen Überwachung zu bestellen. Andernfalls muß der Vollmachtgeber darauf bauen, daß der Bevollmächtigte sein Vertrauen nicht mißbraucht.

### – Form

Die Vollmacht ist zwar formfrei. Dennoch empfiehlt sich mindestens notarielle Beglaubigung der Unterschrift; noch besser ist die – allerdings gebührenpflichtige – notarielle Beurkundung, die im Regelfall auch Zweifel an der Geschäftsfähigkeit des Vollmachtgebers zum Zeitpunkt der Errichtung nicht aufkommen läßt.

### – Bevollmächtigung von Heimbediensteten

Häufig werden Heimbewohnern bei der Aufnahme ins Heim weitgehende formularmäßige Bevollmächtigungen von Heimbediensteten abverlangt. Vielfach sind zwar Heimbedienstete bei alleinwohnenden Bewohnern die einzigen Vertrauenspersonen. Dennoch sollte aus mehreren Gründen – u. a. zur Vermeidung von Interessenkollisionen – im Regelfall von derartigen Vollmachten abgesehen werden.

## 3. Öffentlichkeitsarbeit

Die Errichtung einer Betreuungsverfügung und in geeigneten Fällen einer Vorsorgevollmacht (beide können Patientenverfügungen enthalten) ist eine gute Möglichkeit, später den Willen eines nicht mehr äußerungsfähigen Menschen festzustellen und durchzusetzen. Die rechtzeitige Befassung mit der Thematik ist jedem Bürger anzuraten, zumal es die Sensibilität für den Umgang mit Krankheit und Tod erhöhen kann. Betreuungsbehörden und -vereine sollten daher in ihrer Öffentlichkeitsarbeit verstärkt auf die gegebenen Möglichkeiten der Vorsorge hinweisen und entsprechend beraten.

## VI. Handlungsmaximen für Berufsbetreuer versus Erwartung der Betroffenen

An der A. G. nahmen Betroffene und ihre Betreuer teil.  
Protokoll I. Teil von Veronika Ossiander-Crefeld

Moderation:  
Jutta Bienwald / Peter Helfrich / Dr. Manfred Rösner

### Vorüberlegungen der Moderatoren:

*Leitgrundlagen zur Erfassung der Handlungsmaxime:*

1. § 1901 BGB
2. die Aussagen der Betreuten, die an der A. G. teilnehmen; da sie ausschließlich psychisch krank sind, werden sich die Handlungsmaximen an den Auswirkungen ihrer Krankheiten/Behinderungen orientieren. Für die Handlungsmaximen bei anderen Hilfebefähigkeiten müssen die A. G.-Teilnehmer/innen Analogieschlüsse ziehen.

*Überlegungen zur Vorgehensweise bei der Zusammenarbeit mit Betroffenen, ihren Betreuern und den übrigen A. G.-Mitgliedern:*

1. Die Betreuer wurden gebeten, ihre Betreuten vorbereitend darin zu ermuntern und zu bestärken, ihre Wünsche und Vorstellungen zu einer Betreuung zu nennen und zu erläutern.
2. Die Betreuer sollten sich in ihrem Part in Abwesenheit ihrer Betreuten auf die Darlegung ihrer Aufgaben und die Schwierigkeiten bei deren Erfüllung konzentrieren.
3. Die übrigen A. G.-Teilnehmer/innen wurden gebeten, während dieses Teils der A. G. auf eigene Fallschilderungen zu verzichten, um statt dessen in den Dialog mit den anwesenden Betreuten zu treten.
4. Sie wurden ferner gebeten, in der übrigen Zeit bei eigenen Falldarstellungen auf Fallschilderungen zu verzichten und sich auf die Problembenennung zu beschränken.

### Ergebnisse

*„Handlungsmaxime der Berufsbetreuer sind die Ergebnisse von Entscheidungsprozessen (Emotions-Erkennnis-Entscheidungsprozeß)“*

*Handlungsmaxime der Betreuer*

- Lust an der Arbeit auch bei schwierigen Fällen,
- Achtung vor der Intimsphäre der Betreuten,
- Geduld mit den Betreuten,
- Erhaltung größtmöglicher Selbstständigkeit des Betreuten,
- Initiativen ergreifen,
- das Wissen um die Lebensgeschichte des Betreuten erwerben, um die Empathie für den Betreuten zu erhalten.

*Das Wohl der Betreuten als Handlungsmaxime – seine Varianten*

- das durch die persönliche Betreuung erfaßte Wohl,
- das vom Betreuer feststellbare Wohl,
- die Veränderungen der Vorstellung des Wohls im Laufe der Zeit, sowohl des Betreuers als auch des Betreuten,

- das Wohl in Konkurrenz zu Handlungszwängen,
- „die drei W's“: Wunsch, Wille, Wohl im Konflikt miteinander,
- Wohl, Wohlbefinden, Wohlbefindlichkeit,
- hat der Betreuer die Definitionsmacht für das Wohl des Betreuten?

*Vorstellungen von Betroffenen, die Handlungsmaxime ihrer Betreuer sein sollen*

- alles Angstmachende abnehmen,
  - in der „Kinderwelt“ bleiben,
  - die Familie ersetzen,
  - „das Nimmersatt-Syndrom: mehr... mehr... mehr und immer mehr... Betreuung!“
- Die A. G. stellte einmütig fest, daß diese Vorstellungen keine Grundlage für ihre Handlungsmaxime sind.

*Forderungen der Berufsbetreuer/innen zur Sicherung ihrer Existenz*

- Gleichstellung der Bewertung ihrer Arbeit und ihrer Vergütung,
- Identität des Berufsverständnisses schaffen,
- Anerkennung der je individuellen Qualifizierung und Tätigkeit,
- Beendigung der Diskriminierung des Berufes durch Ost-West-Ungleichheit,
- Ausarbeitung einer Gebührenordnung in Zusammenarbeit mit dem VGT und dem Bundesverband der Berufsbetreuer/innen und anderen Vereinigungen, die daran arbeiten,
- Loslösung vom ZSEG,
- Einrichtung einer Beschwerdekommision, die Beschwerden prüft und Rat erteilt,
- eine „Kultur des Erstreitens“ (von Stundensätzen) schaffen,
- „Vergütungsvorschuß“ für Vereinsbetreuer/innen,
- Verbindliche Verträge zwischen Kommunen und Vereinen zur Defizitdeckung,
- Abschaffung der Bewertung der Arbeitsinhalte durch die Rechtspfleger/Revisoren,
- die Vergütung darf nicht mehr Ermessensfrage bleiben, sondern soll neu gesetzlich geregelt werden,
- einheitliche Handhabung bei der Anerkennung der Mehrwertsteuer,
- Erhöhung der Armutsgrenze der Betreuten.

*Mitschrift der AG „Handlungsmaximen...“  
des 4. Vormundschaftsgerichtstages in Friedrichroda*

9.00–12.00 Uhr am 14. 10. 94

*Möglichkeiten und Grenzen des gesetzlichen Auftrags in der Praxis*

Der Begriff der persönlichen Betreuung steht nicht ausdrücklich im Gesetz, steht aber im Zentrum des neuen Gesetzes.

Das Problem ist, daß es verunsichert, weil nicht klar ist, was gemeint ist damit (Standard).

*Was ist persönliche Betreuung?*

- Wenn ich am Schreibtisch etwas regele, mache ich persönliche Betreuung.
- Ein Vertrauensverhältnis aufbauen – erst dann ist Voraussetzung für rechtliches Handeln zum Wohle des Betreuten möglich.

Literaturhinweis: Verena Kaast „Bewältigungshaltung und liebevolle Haltung sind in jedem Tun“

*Besprechen der Handlungsmaximen vom Vortag*

- Aus dem Gesetz: – Wohlbefinden des Betreuten  
– Wohlbefinden des gesetzlichen Vertreters (GV)
- Einsicht fehlt – GV weiß, was für ihn gut ist.
- Wenn es GV gut geht, geht es dem B auch gut?!
- Unwohlsein des GV kommt durch zu viel Administration.
- Die drei W's (Wohl, Wille, Wunsch).

Wir lassen uns leiten von:

- Die drei W's und die Konflikte.
- Konkurrenzen zum Wohl der Betreuten (wer ist der bessere, wer nimmt wem was weg?).
- Welche Positionen Dritter unterstütze ich?

Handlungsmaximen als Ergebnisse von Entscheidungsprozessen?

- Emotionaler Prozeß → Erkenntnisprozeß → Entscheidungsprozeß

Konfliktbewältigungsprozeß

- Momentanes Wohl, mittelfristiges – langfristiges Wohl des Betreuten

Werden Handlungsmaximen von Entscheidungszwängen geleitet bzw. bestimmt?

- Nach dem für mich feststellbaren Wohl . . .
- Die Vorstellung des persönlichen Wohl's verändert sich mit der Zeit.
- Wir, die GV, *müssen* es entscheiden.
- Mut zum Risiko – Berufsrisiko: wenn ich mich gegen Aussagen von Richtern und Ärzten stelle, ginge es mir nicht gut. Angst, den Job zu verlieren!
- Handlungsrisiko wird dabei nur verlagert, und wieviel kann ich mir als GV selbst zutrauen?!

Existenzsicherung

- deckt Grundbedürfnisse ab
- Bezahlung dokumentiert den Wert von Arbeit
- es sollte eine Kommission geben, die Beschwerden der GV entgegennimmt (Beratung, Überprüfung, politische Konsequenzen daraus zieht)
- Forderung: Gleichstellung der Bewertung der Arbeit (zwischen Ehrenamt und Berufsbetreuern)
- Forderung einer angemessenen Bezahlung der Tätigkeiten unabhängig von der Berufsausbildung
- Forderung nach einer Gebührenordnung
- Gesetzliche Veränderung – die Rechtspfleger reglementieren zu stark

Welche Handlungsmaximen lehnen sie ab, welche halten sie für wichtig?

*(Wurde auf den Wandzeitungen vom Vortag gepunktet)*

*Fragen klären:*

- Das Landgericht gibt die Entscheidung, der Bezirksrevisor ist nur Beteiligter.
- Eigenverantwortlichkeit der Betreuer
- MWSt. ist strittig
- Armutsgrenze anheben!

## VII. Zusammenarbeit von Vereins-, Behördenbetreuern und ehrenamtlichen Betreuern

Protokoll von Uwe Brucker

Moderation:

Wolfgang Wessels / Peter Eickhoff

Die Arbeitsgruppe bestand aus rund 25 Teilnehmerinnen und Teilnehmern und dem Moderator; die überwiegende Mehrzahl war in Betreuungsvereinen oder Betreuungsbehörden angestellt; zwei Teilnehmer kamen aus überörtlichen Betreuungsbehörden, jeweils einer von einem bundeszentralen Fortbildungsträger und aus einem Landesministerium. Die Betreuerarbeit in ihrer professionellen und in ihrer ehrenamtlichen Ausübung, das Verhältnis der Profis zu den Ehrenamtlichen und das der Ehrenamtlichen zu den beruflich tätigen Betreuern waren die Kristallisationsthemen der Diskussion.

Der Gesetzgeber will sowohl die ehrenamtliche als auch die beruflich ausgeübte Betreuung. Gesetzliches Leitbild ist der ehrenamtlich tätig werdende Betreuer. Der im Verein bzw. in der Betreuungsbehörde tätige Profi erfährt seine Aufgaben aus dem BtG und dem Bt-Behördengesetz der Länder. Der Auftrag, besonders schwierige Betreuungen einen beruflich damit befaßten Betreuer durchführen zu lassen, und die Übertragung der Querschnittsaufgaben an den Berufsbetreuer ändern nichts an seiner „subsidiären“ Bedeutung im Verhältnis zum ehrenamtlichen Betreuer.

Der Gesetzgeber hat eine Pluralisierung der Betreuerlandschaft gewollt; das Nebeneinander von ehrenamtlicher und beruflicher Betreuung ist nicht als ein gleichgewichtiges gemeint, sondern als eines, das dem Ehrenamt den prinzipiellen Vorrang erteilt. Bei der Organisation und dauerhaften Installation dieses Vorrangs der ehrenamtlichen Betreuung hat der Berufsbetreuer fortwährend „Geburthelfer“ und „Heger“ zu sein.

### *Zur Betreuerkompetenz*

Zur Kompetenz des Betreuers schweigt sich das Gesetz in dem Sinne aus, als es sich nicht ausdrücklich auf eine bestimmte z. B. sozialarbeiterische Kompetenz festlegt, sondern auf die Geeignetheit abstellt. Diese ist nicht an eine spezifische, beruflich erworbene Kompetenz gebunden, sondern soll sich an den Erfordernissen, die in der Lage und Person des Betreuten liegen, orientieren.

An dieser Stelle wird eine Aufgabe des beruflich tätigen Betreuers deutlich: Er ermittelt auf seiten des Betroffenen/Betreuten dessen Bedürfnisse und Bedarfslagen, um daraus einen in der Regel ehrenamtlichen Betreuer zu ermitteln, der die Kompetenz hat oder bereit und in der Lage dazu ist, sich diese anzueignen, diesen Bedürfnissen und Bedarfen in seiner Betreuer Tätigkeit gerecht zu werden. Die Schwierigkeit wird darin gesehen, diese benötigten Kompetenzen auf seiten des Betreuten zu eruieren, die vorhandenen des künftigen Betreuers zu erfassen und ggf. bei interessierten künftigen Betreuern diese vorzuhalten.

Regelmäßig wird der Ehrenamtliche nicht nach dem Kriterium der Passung zum zu Betreuenden ausgesucht, wie es das Gebot der „Geeignetheit“ verlangt. Als Grund hierfür werden nicht vorhandene Kooperationsstrukturen der einzelnen Stellen benannt: Formelle wie informelle Kooperationsformen vor Ort zu entwickeln, sowohl zwischen einzelnen Betreuern als auch zwischen den mit den Querschnittsaufgaben befaßten Stellen und anderen in der Arbeit mit freiwillig engagierten Personen und Vereinigungen, wird als notwendig angesehen. Als eine heikle Frage wird auch empfunden, daß Hauptamtliche gerne über die Kompetenz der Ehrenamtlichen reden, ohne ihre eigene Kompetenz zum Gegenstand der Diskussion zu machen.

### *Ehrenamt und Hauptamt*

Die Motivationen, eine Betreuung in Form des Ehrenamtes zu übernehmen, sind vielfältig und unterschiedlich. Es lassen sich sowohl innere wie auch äußere Anreize benennen, die Personen veranlassen, sich freiwillig sozial zu engagieren.

Die Frage, ob als äußerer Anreiz der Aufwandsersatz in Höhe von derzeit DM 375,- als hinreichende Triebfeder anzusehen ist, ehrenamtlich eine Betreuung zu übernehmen, wurde einhellig verneint. Regelmäßig liegen die Motivlagen im nicht-monetären Bereich.

Die aus den neuen Bundesländern berichteten Einzelfälle, wonach pflegende Angehörige nur aus dem einen Grund eine Betreuung angeregt haben, um so an die DM 375,- Aufwandsersatz und an den Versicherungsschutz zu gelangen, wurden mißbilligt. Eine so verstandene Funktionalisierung von Pflege und Betreuungsrecht entspricht weder dem Erforderlichkeitsgrundsatz noch dem Verhältnismäßigkeitsgebot und ist darüber hinaus auch sozialpolitisch nicht wünschenswert. Pflegenden Angehörigen kann hier geraten werden, sich ab dem 1. 4. 1995 bei der örtlich zuständigen Pflegekasse um Anerkennung als Pflegeperson im Sinne von § 19 SGB XI zu bemühen.

Als äußerer Anreiz, sich ehrenamtlich als Betreuer zu engagieren, spielt der Aufwandsersatz eine eher untergeordnete Rolle. Als beliebtes Reizthema scheint er dagegen gerne von manchen Rechtspflegern bei Meinungsverschiedenheiten als dem Ehrenamtlichen vorrechenbare Größe (DM 375,- p. a.!) und vorhaltbares „Argument“ ins Spiel gebracht zu werden.

Gerade bei Meinungsverschiedenheiten im Einzelfall mit Rechtspflegern ist im Umgang mit ehrenamtlich tätigen Betreuern auffällig, daß es hier Unterschiede in der Akzeptanz und der (Hoch-)Achtung gibt zu anderen im Gericht tätigen Ehrenamtlichen, den Schöffen. Die Honorierung der Ehrenamtlichkeit ist regelmäßig keine Sache, die sich in Mark und Pfennig beziffern läßt, sondern eine Frage der Haltung und Einstellung, des Renommées und seiner Verankerung wie hier in der Justizverwaltung.

Es wurde auch darauf hingewiesen, daß, wenn schon die ehrenamtliche Betreuer Tätigkeit als Sparmaßnahme gesehen und behandelt wird, die Betreuung vielerorts „billig eingekauft werden soll“, seine Tätigkeit sich für den ehrenamtlichen Betreuer nicht als eine wirtschaftliche Zuschußveranstaltung erweisen darf. Hierzu gehört auch der Hinweis, daß der ehrenamtliche Betreuer in der Regel nicht mehr Zeit für die Betreuung zur Verfügung hat als der beruflich tätige Betreuer. Gelegentlich beobachtete Konkurrenzsituationen zwischen ehrenamtlich und hauptberuflich tätigen Betreuern können dadurch entschärft werden, daß die jeweiligen Kompetenzen und die notwendigen Passungsverhältnisse zwischen Betreutem und Betreuer sorgfältig geprüft und abgewogen werden.

### *Die „Gewinnung“ von ehrenamtlichen Betreuern*

Die Gewinnung von ehrenamtlichen Betreuern gehört zu den Querschnittsaufgaben des hauptamtlichen Betreuers. Die Diskussion in der Arbeitsgruppe hat allerdings gezeigt, daß die Frage, ob ehrenamtliche Betreuer gewonnen werden sollen, mittlerweile nicht mehr unumstritten ist. Es geht in einigen Ämtern um die Quotenerhaltung der hauptamtlich tätigen Betreuer, so daß hier die weitere Gewinnung von Ehrenamtlichen tendenziell beim Hauptamtlichen die Existenzfrage aufwirft.

Bei der Werbung ehrenamtlicher Betreuer wird unterschieden in:

#### *1. Zielgruppen*

Personen, die sich in persönlichen, biographischen Umbruchsituationen befinden, lassen sich in der Regel gut werben. So z. B. Frauen in der nachberuflichen Familienphase, wenn die Kinder aus dem Hause sind; oder Frührentner. Das gilt auch für Interessenten, die einen sozialen Bezug haben; wenig Erfolg wurde von den Versuchen, Studenten

zu werben, berichtet. In vielen Seniorenbüros melden sich Leute von sich aus, die etwas tun wollen. Hier sind unter Umständen Betreuer im Wartestand zu finden.

#### *2. Mittel*

Die Diskussion um die geeigneten Werbemittel war auch immer geprägt von der Forderung, die Kosten hierfür niedrig zu halten. Erfolgreiche und zur Nachahmung empfohlene Beispiele: Werbeprofis in die ehrenamtliche Tätigkeit mit einzubeziehen.

Die Kooperation mit der Kommune und der Kirchengemeinde vor allem im logistischen Bereich hat sich vielerorts als erfolgreich und kostengünstig erwiesen. (Zu den Mitteln: Siehe Plakat 2 im Anhang.)

### *Vergütung: Bei uns kann man nichts verdienen, nur gewinnen*

Ehrenamtliche Tätigkeit vollzieht sich regelmäßig nicht nach Erwerbsgesichtspunkten des Arbeitslebens. So gehen z. B. „gefährliche“ Situationen in den gegenseitigen Erfahrungsaustausch der Betreuer ein, und man freut sich, wenn man beim nächsten kollegialen Austausch selbst auch über etwas Vergleichbares berichten kann. Daß alte Menschen eine Vergangenheit haben, über Erfahrung und Können verfügen, die dem Ehrenamtlichen viel geben können, kann auch in der Werbung den Vorbildeffekt evozieren.

### *Die Reputation des Ehrenamtlichen*

Erfahrungsberichte aus den Betreuungsvereinen sprechen dafür, daß durch die Betreuung der Ehrenamtliche etwas lernt, was er in seinem Leben wieder brauchen kann. Das Erlebnis von Dankbarkeit und menschlicher Nähe ist auch nicht als gering einzuschätzen. Zu den notwendigen, von den Profis zu fordernden Gratifikationsleistungen gehört es, dem Ehrenamtlichen das Gefühl zu geben, daß auch etwas für ihn getan wird. Als Teil der „Vergütung“ der Betreuungsvereine bzw. der Behörden sind auch Fortbildungen, Gespräche, der institutionalisierte Stammtisch und der Jahresausflug anzusehen. Wenig bedacht wird auch die Situation, wenn der Ehrenamtliche seine Betreuer Tätigkeit beendet: Seine Verabschiedung und das Dankeschön vor anderen sind gute Voraussetzungen dafür, daß diese Person ihre ehrenamtliche Tätigkeit in guter Erinnerung behält und sich möglicherweise bei anderer Gelegenheit wieder für ein Ehrenamt zur Verfügung stellt.

### *Kooperation*

Hier wurden verschiedene Problemfelder angezeigt, analysiert und Lösungsansätze aufgezeigt.

### *Örtliche Arbeitsgemeinschaften*

Nach dem Landesausführungsgesetz NRW „sollen“ örtliche Arbeitsgemeinschaften eingerichtet werden, die alle am Betreuungsgesetz Beteiligten mit einbeziehen. Die Erfahrungen sind regelmäßig positiv; in einzelnen Kommunen sperren sich die Behörden dagegen mit der Befürchtung, daß bei einer Fallreduzierung in der Behörde und der damit verbundenen Abgabe von Betreuungen an die Vereine in der Behörde betriebsbedingte Kündigungen zu gewärtigen seien.

### *Die Förderung der Betreuungsvereine*

In Sachsen-Anhalt erhalten die Vereine unter bestimmten Bedingungen eine Landesförderung: Unter anderem müssen die Vereine pro Jahr 10 Namen möglicher ehrenamtlicher oder hauptamtlicher Betreuer nennen, um Landesfördergelder zu erhalten. Darüber hinaus

muß der Verein 50 Betreuungen führen, um förderungswürdig zu sein. Die Landesbehörde fordert auch einen qualitativen Tätigkeitsbericht, in dem die Maßnahmen der Querschnittsaufgaben (Presseartikel, Werbung, Fortbildung und Begleitung) dokumentiert, Aktenzeichen und zuständiges Gericht vermerkt sein sollen. Man verspricht sich davon, die Effizienz der Arbeitsweise der Vereine prüfen zu können.

In NRW wird die Förderung als Zuschuß an mehrere Vereine gewährt; diesen obliegt dann die Aufgabe, untereinander die Fördergelder autonom aufzuteilen. Themen in diesen Arbeitsgemeinschaften waren: Die Vergütung und die Entscheidung des Rechtspflegers entscheidet darüber, die Delegation hoheitlicher Aufgaben und die Gutachtenerstellung.

Aus Baden-Württemberg wird berichtet, daß Kommunen mit Betreuungsvereinen Verträge abschließen. Deren Inhalt bestimmt sich zum einen aus den Bedingungen der Förderung. Daneben ist die Teilnahme an Arbeitsgemeinschaften Teil des Vertrags. Dort, wo Vereine ohne Förderung und ohne vertragliche Bindung arbeiten, stehen die unkalkulierbaren wirtschaftlichen Gesichtspunkte oft im Mittelpunkt der Entscheidungen. Beim Nichtvorhandensein öffentlicher Förderung für die Vereinsbetreuung besteht aus wirtschaftlichen Gründen keine Motivation des Vereins, auch nur einen Fall an einen ehrenamtlichen Betreuer abzugeben.

Übereinstimmend wurde festgelegt, daß die bisherige Kooperation vor allen Dingen über das Geld läuft.

Die Kooperation zwischen den Betreuungsstellen und den Gerichten wird als verbesserungswürdig bezeichnet. Die Rahmenbedingungen sind örtlich unterschiedlich und haben großen Einfluß auf klappende bzw. mißlingende Kooperationsformen.

Positiv wurde über die überörtlichen Arbeitsgemeinschaften in NRW berichtet. Die Landesarbeitsgemeinschaft der Betreuungsvereine und die Landesarbeitsgemeinschaft der Betreuungsbehörden tagen dort unter Federführung der Betreuungsbehörden. Diese Arbeitsgemeinschaften sind vielfach verankert und funktionieren nach übereinstimmender Einschätzung der Beteiligten recht gut. Eine Abstimmung in der Wahrnehmung von Querschnittsaufgaben, das Thema der Fallverteilung und das der freien Kapazitäten bildeten dort die bisherigen Themen.

Von den örtlichen Arbeitsgemeinschaften aus Lippstadt und Soest, an der alle Richter, alle Rechtspfleger, Betreuungsverein und Betreuungsbehörde teilnehmen, wurde als besonders positive Beispiele berichtet.

#### *Sachkontrollaufklärung und Gutachtenerstellung*

Weil Sozialarbeiter eher auf die vorhandenen Fähigkeiten des Betroffenen und sein soziales Umfeld schauen, wird vielfach die Sachverhaltsaufklärung und Begutachtung dort in guten Händen sein. Der Mediziner mit seinem regelmäßig auf gesundheitliche Defizite ausgerichteten Menschenbild ist hier oft eher bereit, der Betreuung das Wort zu reden, als der Sozialarbeiter, der hier die Erforderlichkeit, auch den Aufgabenkreis der Betreuung eher etwas mutiger, im Zweifel für die Selbstbestimmung, betrachtet.

In Bochum läuft die Akte über die Kette Amtsgericht – Behörde – Verein und wieder zurück. Zwischen der Stadt Bochum und den Bt-Vereinen besteht Einigkeit, daß die Stadt Bochum die Sachverhaltsaufklärung an den Verein gibt. Dafür erhält der Verein DM 400,- (für einen in der Regel dreiseitigen Bericht). Die Beratung und das Verhindern von Betreuung ist Vereinsaufgabe (beim SKM) und nicht wie oft in anderen Vereinen die Mitgliederwerbung. In der intensiven Mitgliederwerbung wird die Gefahr gesehen, daß der Verein, anstatt Betreuungen zu verhindern, tendenziell eher welche „an Land zieht“. Hier wurde auch die Frage virulent, wessen Motive sollen denn mit der Einrichtung der Betreuung verwirklicht werden? Diese Frage ist auch Grund und Inhalt der hohen Motivation des Vereinsermittlers, die Betreuung zu verhindern. Als negative Folge wird

gesehen, daß das Gericht die Behörde mit einer Vielzahl von Fällen eindeckt (weil die Stadt ja DM 400,- zahlen muß) und das Gericht so Gutachterkosten einsparen kann. Kritisch wird vom Geschäftsführer des Vereins bemerkt, daß von Seiten des Gerichts immer mehr in die Sachverhaltsaufklärung geschoben wird und die Aufklärung wie ein Sozialgutachten gewertet wird, das zwar extra zu bezahlen sein müßte, aber nicht bezahlt wird. Hier erging der Rat, die Sachverhaltsaufklärung mit dem lapidaren Satz enden zu lassen: „Wir regen an, ein sozialpädagogisches Gutachten einzuholen.“ Allerdings wurde auch davon berichtet, daß hier die Gerichte oft sauer werden, weil sie gerne sich ihre Gutachter selbst aussuchen.

#### *Weitere Problemfelder*

Vielorts verweigern sich die württembergischen Notare der Kooperation mit Vereinen und Behörden.

Ein Problem aus dem Datenschutz wird in Dortmund so gelöst, daß z. B. die Einladungsbriefe (Querschnittsaufgaben) von den Betreuungsvereinen verfaßt und eingetütet werden und die Behörde lediglich noch die Adressen auf die Umschläge klebt. Es bestand Einigkeit, daß weitere Experimente zur Kooperation in Zukunft noch folgen und publiziert werden müssen.

#### *Ehrenamtliche Betreuer*

##### *Gewinnung*

- Veröffentlichung in Printmedien, Pressegespräche, Lokalzeitung, Seniorenzeitung  
→ „Sommerloch“
- Fernseh- und Radioberichte
- Infostände und Wandausstellungen, Infoveranstaltungen
- Falhblätter/Broschüren in Behörden etc. auslegen
- Füllanzeigen, Mund-zu-Mund-Propaganda

##### *Zielgruppen*

- Personen in Umbruchphasen (Vorrühständler; Personen in der vor- oder nachfamiliären Phase)
- Altbetreuer

##### *Gratifikation*

- Versicherung
- Erfahrung mit komplexen Lebenssituationen
- Dankbarkeit und Nähe; Belobigung
- Soziales Engagement; Wunsch nach Gemeinschaft
- Anwaltsfunktion; anspruchsvolle Tätigkeit

##### *Beratung und Begleitung*

- persönlicher Kontakt
- Erfahrungsaustausch zwischen ehrenamtlichen Betreuern (Stammtisch), Ausflüge
- Fortbildung: z. B. Veranstaltungen zu spezifischen Themen; Wochenendseminare
- Supervision

Betreuer und Betreute müssen miteinander harmonieren!!

*Kooperation*

Formen und Ebenen sind unterschiedlich

- Städtisch (> 60 000 Einwohner NRW Kreisangehörige)
- Kreise
- Land

*Spannungsverhältnisse*

- Datenschutz (Erreichbarkeit und Passung Vermittlung)
- Querschnittsdilemma: Gewinnenmüssen von ehrenamtlichen Betreuern und nicht wollen können aus eigenen Existenzsorgen: Ehrenamtliche Betreuung kontra Finanzierung
- Behördendilemma (Stellenabbau, Aufgaben)
- Professionelles Selbstverständnis ↔ Ehrenamt
- Spannung zwischen den Vereinen
- Gerichtsdilemma
- Umgang mit Betreuern
- Hierarchieverlust der Rechtspfleger
- Unabhängigkeit der Richter
- Finanzierungsdilemma

*Formen:* - Förderrichtlinien Verträge (Kommunen)  
- Arbeitsgemeinschaften  
- Betreuungsbeirat

*Inhalte:* - Finanzierung  
- Beteiligung an behördl. Aufgaben / Sachverhaltsaufklärung, Sozialgutachten  
- Werbung, Öffentlichkeitsarbeit

*Noch offene Fragen:*

- Dienst- und Fachaufsicht – bei wem liegt sie?  
- für hauptamtl. Mitarbeiter und ehrenamtl. Mitarbeiter  
- beim Verein  
- beim AG?

Inwieweit erschwert sie die Kooperation

- Social Sponsoring z. B. in Form der Unterstützung von PR-Abteilungen ortsansässiger Firmen.

## VIII. Das Vormundschaftsgericht im Spannungsfeld zwischen Beratung und Kontrolle

Protokoll von Prof. Dr. Verena Fescl

Moderation:

Gisela Lantzenath / Alfons Wenker / Franz-Johannes Hoffmann

*1. Statement Alfons Wenker*

Die Aufgabe des Vormundschaftsgerichts im Betreuungsrecht besteht darin, dafür Sorge zu tragen, daß den Menschen, bei denen die Voraussetzungen des § 1896 BGB vorliegen, ein „passender“ Begleiter zur Seite gestellt wird und sichergestellt ist, daß dieser seine Aufgaben zum Wohl des Betreuten wahrnimmt.

Die Beratungspflicht des Vormundschaftsgerichtes beginnt bereits dann, wenn Angehörige oder Freunde des Betroffenen bei Gericht erscheinen und nach Hilfsmöglichkeiten für diesen nachfragen. Hier darf das Gericht es sich nicht einfach machen und dem Ratsuchenden per Formular einen „Antrag“ auf Einrichtung einer Betreuung stellen lassen. Da bekanntlich jeder Fall anders liegt, muß zunächst eine Einzelfallberatung erfolgen, am besten durch den Rechtspfleger. Bedingt durch die hohen Pensenzahlen ist es dem Rechtspfleger kaum möglich, sich hierfür die notwendige Zeit zu nehmen. Andererseits zeigt jedoch die Erfahrung, daß ein ausführliches Beratungsgespräch – das gleiche gilt für das spätere Verpflichtungs- oder Einführungsgespräch – sich in der nachfolgenden Zusammenarbeit zwischen Betreuer und Gericht zeitsparend auswirken kann.

Auch den Richter trifft eine Beratungspflicht im Verfahren der Bestellung von Betreuern. Stellt er z. B. fest, daß andere Hilfsmöglichkeiten, z. B. Vollmachten bestehen, die eine Betreuung in bestimmten Aufgabenkreisen überflüssig machen, sollte er das intensiv mit den Ratsuchenden besprechen. Der Richter muß auch seine Rechtsauffassungen, z. B. der Genehmigungsbefähigung bei Maßnahmen nach § 1906 BGB deutlich machen. Betreuer müssen Klarheit und Sicherheit durch das Gericht erhalten.

Oberste Maxime des Vormundschaftsgerichts bei der Beratung und Kontrolle des Betreuers ist die Wahrung des Wohls des Betreuten. Hinweise, was darunter zu verstehen ist, ergeben sich aus § 1901 BGB.

Bei der Wahrung seiner Kontrollfunktion muß sich das Vormundschaftsgericht im klaren sein, daß der Betreuer eigenverantwortlich handelt. Das ergibt ein Spannungsfeld, in welchem folgende Fragen entstehen:

- Wie will das Vormundschaftsgericht beurteilen, wann ein Handeln oder Nichthandeln des Betreuers dem Wohl des Betreuten zuwiderläuft?
- Welche Maßstäbe sind dabei anzusetzen?
- Inwieweit sind die vom Richter oder Rechtspfleger angewandten Maßstäbe unzulässigerweise subjektiv beeinflußt?

Erschwert wird die Situation des Vormundschaftsgerichtes bei der Entscheidung noch dadurch, daß in den meisten Fällen wenige Daten aus der Biografie des Betreuten bekannt sind. Wie kann etwa der Rechtspfleger im Rahmen der Prüfung nach § 1907 BGB feststellen, ob der Verlust der Wohnung entgegen der Meinung des Betreuers unzumutbar schmerzhaft für den Betreuten ist, wenn er kaum etwas aus dem Leben desselben kennt? Oder, wie kann er sichergehen, daß der Betreute die angebotenen ambulanten Hilfen tatsächlich annehmen wird? Erschwerend kommt hinzu, daß Richter und Rechtspfleger in ihrer Ausbildung nichts über den Umgang mit Menschen, besonders mit behinderten Menschen erfahren haben. In einer solchen Situation kann subjektives Empfinden, gepaart mit fehlender Information und Unsicherheit im Umgang mit Menschen zu Entscheidungen führen, die sich später als Fehlentscheidungen herausstellen, so daß

das Vormundschaftsgericht nicht zum Wohle des Betreuten gehandelt hat. Andererseits darf die selbständige Stellung des Betreuers aber auch nicht zu einer „laisser-faire“-Haltung des Vormundschaftsgerichts führen, dies würde erst recht nicht dem Wohl des Betreuten dienen.

Die Arbeit des Vormundschaftsgerichtes zwischen Kontrolle und Beratung kommt einer Gratwanderung gleich. Was muß gewährleistet sein, damit alle Beteiligten – vor allem der zu Betreuende – zu ihrem Recht kommen:

1. Das Vormundschaftsgericht muß im Vorfeld der Betreuung, u. a. für das erste Beratungsgespräch beim Rechtspfleger, so viele Informationen wie möglich erhalten.
2. Der Rechtspfleger muß – seitens der Justizverwaltungen – in die Lage versetzt werden, sich für ein ausführliches Beratungs-, Verpflichtungs- und Einführungsgespräch Zeit zu nehmen.
3. Die „Sozialberichte“ müssen soviel Biografisches und Spezielles über die betroffene Person enthalten, wie es für spätere Entscheidungen des Betreuers und des Vormundschaftsgerichtes notwendig ist.
4. Die Berichte des Betreuers nach § 1840 BGB dürfen nicht auf die formularmäßige kurze Beantwortung von Fragen beschränkt sein; ggfs. sollte Rücksprache mit dem Rechtspfleger genommen werden.
5. Richter und Rechtspfleger müssen anerkennen, daß der Betreuer selbständig handelt, daß aber auch eine gerichtliche Kontrolle und Beratung unerlässlich ist, wobei subjektive Einschätzungen nicht den „Durchblick“ verstellen dürfen.
6. Richter und Rechtspfleger müssen jederzeit in der Lage sein, den Betreuer zu beraten, z. B. auch bei der Frage der Genehmigungsbedürftigkeit und Genehmigungsfähigkeit von Entscheidungen des Betreuers, andererseits darf sich dieser auch nicht hinter den Entscheidungen des Gerichts verstecken.
7. Richter und Rechtspfleger müssen bereit sein zu lernen, wie man mit Menschen – besonders mit Menschen mit Behinderungen – spricht und wie man ihnen zuhört. Die Justizverwaltungen müssen für eine entsprechende Fortbildung Sorge tragen.
8. Beratung und Kontrolle ist nur möglich, wenn zwischen dem Vormundschaftsgericht und dem Betreuer ein Vertrauensverhältnis besteht; d. h., daß beide Seiten offen miteinander umgehen müssen.

Ziel dieser Arbeitsgruppe könnte es sein, die derzeitige Situation im Verhältnis zwischen Betreuer und Vormundschaftsgericht darzustellen, daraus Forderungen herzuleiten und Wege aufzuzeigen, wie dieses Verhältnis zum Wohle des Betreuten verbessert werden kann.

## 2. Statement Franz-Johannes Hoffmann

Aus Sicht des Betreuers sind zum Thema Beratung und Kontrolle zunächst nochmals die „Betreuertypen“ zu unterscheiden:

- a) Berufsbetreuer
- b) „Echte“ ehrenamtliche Betreuer
- c) Ehrenamtliche Betreuer

### Beratung:

Hinsichtlich der Berufsbetreuer darf Beratung wohl als überflüssig angesehen werden. Diese Gruppe sollte in der Lage sein, eine Betreuung selbständig und, soweit vorhanden, mit Hilfe der Gerichtsakte zu erarbeiten.

Gleichzeitig sollte der Berufsbetreuer in der Lage sein, ein „Einführungsgespräch“ mit dem Betroffenen und den weiteren Beteiligten zu führen.

Als Ausnahme dürften hier allenfalls Hinweise auf besonders eilige oder ähnliche Anlässigkeiten in Frage kommen, die ein besonderes Augenmerk erfordern.

Hinsichtlich der Gruppe zu b) ist die Erforderlichkeit und der Umfang von Beratung anhand der bereits vorhandenen Erfahrung zu bemessen.

Der „Neuling“ wird eine erheblich umfangreichere Beratung benötigen, als der bereits seit Jahren in Betreuungen erfahrene Ehrenamtliche.

Hinsichtlich der Gruppe zu c) ist ein Einführungsgespräch und persönliche Beratung wohl immer notwendig. Hier kann nicht vorausgesetzt werden, daß die Normen des BtG bekannt sind und deren Umsetzung mittels einer Einführung in den konkreten Fall überflüssig sei.

Als Ausnahmefall ist hier allenfalls der entsprechend vorgebildete und informierte Angehörige (z. B. Anwalt, o. ä.) denkbar.

Erforderlichkeit und Umfang von Beratung bemißt sich auch nach dem persönlichen Beratungsbedarf des ehrenamtlichen Betreuers.

Für die ehrenamtlich tätigen Betreuertypen besteht daher geradezu ein gesetzlich normierter öffentlich-rechtlicher Anspruch auf Beratung gegenüber dem Gericht und der Betreuungsbehörde, sowie ein zivilrechtlicher Anspruch gegenüber den Betreuungsvereinen.

Da der Gesetzgeber die Erfüllung dieses Beratungsbedarfs zumindest teilweise den Berufsbetreuern zugewiesen hat, ist wohl davon auszugehen, daß dem Berufsbetreuer nur in o. a. Ausnahmefällen ein eigener Beratungsanspruch zusteht.

§ 1837 Satz 2 BGB weist den Gerichten jedoch auch die Mitwirkung an der Fortbildung der Berufsbetreuer zu (Bt.-Drucks. 11/4528 S. 113).

Die Fortbildung der Berufsbetreuer unter Mitwirkung der Gerichte dient damit letztlich als Multiplikator zur Erfüllung der bestehenden Beratungsansprüche.

Es ist zu beachten, daß die o. a. Beratung im Hinblick auf die Frage der Eignung des ausgewählten Betreuers gleichzeitig bereits Bestandteil von Kontrolle im Sinne von Überprüfung ist bzw. sein kann.

### Kontrolle:

Der Aufsicht und Kontrolle unterliegen alle Betreuertypen gleichermaßen. Lediglich Form und Umfang werden durch die Befreiungsnormen modifiziert.

Kontrolle ist nach hiesiger Erfahrung auch bitter notwendig. Ein härteres Durchgreifen nach entsprechender Beratung und Belehrung wäre oftmals geradezu wünschenswert.

Ziel von Beratung und Kontrolle soll nach dem Willen des Gesetzgebers jedoch eine gedeihliche Zusammenarbeit aller Beteiligten zum Wohl des Betroffenen sein (Bt.-Drucks. 11/4528 S. 113).

Wie kann dieses Ziel mit diesem Instrumentarium erreicht werden?

Beratung kann zu Beginn einer Betreuung nur sehr allgemein (juristisch) gehalten werden. Berater ist in der Regel der Rechtspfleger.

Diese Beratung gerät daher schon aufgrund der in der Praxis geübten Form und des Inhalts (z. B. Formblätter, Schriftlichkeit des Verfahrens, Pflichten des Betreuers) leicht in den Verdacht einer obrigkeitstaatlichen *Belehrung* und wird z. B. von dem Angehörigen als ein Eingriff in die Entscheidungsfreiheit und Eingriff in die Familie verstanden.

Kontrolle, z. B. nach § 1839 BGB, ist lästig, weckt den Verdacht, daß die Kompetenz, Redlichkeit und Eigenständigkeit des Betreuers in Frage gestellt sei (vgl. die Diskussion der Berufsbetreuer hinsichtlich der Wirkung der Genehmigungsvorbehalte).

Kontrolle weckt damit insgesamt wiederum Mißtrauen und wirkt einer gedeihlichen Zusammenarbeit entgegen.

Verallgemeinernd und übereinstimmend darf aber wohl behauptet werden, daß Beratung vorbeugt, während Kontrolle wohl überwiegend zu spät kommt.

#### *Konsequenzen:*

Entscheidungserhebliche Umstände (z. B. lebensbezogene, biografische Aspekte und Argumente) sollten m. E. neben medizinischen, sozialen u. a. Perspektiven bereits im Verfahren zur Einleitung einer Betreuung in die Akte einfließen.

Entscheidungserhebliche Umstände in o. a. Sinne können sein:

Bindung an die Familie oder an das soziale Umfeld, verbliebene Fähigkeiten, Perspektiven zum Verlauf und Behandlung einer Erkrankung, Reha-Maßnahmen, finanzielle Eckdaten etc.

*Inbesondere aber auch unabhängig von einer evtl. Betreuungsverfügung mit Gültigkeit für die Zukunft vererbene eigene Willensäußerungen des Betroffenen.*

Diese Umstände werden deshalb als entscheidungserheblich formuliert, weil sie Maßstab für Entscheidungen sein werden und müssen.

Diese Umstände sollte der Betreuer fortlaufend vervollständigen, um zu einer Perspektive zu gelangen.

Ein *Anfangsbericht* ist m. E. daher unverzichtbar.

In diesem Bericht sollten sowohl die entscheidungsrelevanten Umstände als auch das Ziel der Betreuungsmaßnahmen, wenn auch vorläufig, erkennbar werden.

Dieser Anfangsbericht sollte mit Hilfe wechselseitiger Beratung aller Beteiligten im Laufe der Betreuung so vervollständigt werden, daß eine Art von *Hilfeplanung* möglich wird.

Es ist bekannt, daß diese Formulierung bereits durch das Kinder- und Jugendhilferecht besetzt ist. Dennoch soll dieser Begriff hier verwandt werden.

Diese Hilfeplanung sollte für alle Beteiligten als *selbstbindend* verstanden werden.

Widerspricht eine Entscheidung diesem „Hilfeplan“, ist sie nur insofern genehmigungsfähig, als sie argumentativ durch neu hinzutretende Einflüsse, Ereignisse o. ä. die bestehende Selbstbindung aufhebt.

Ein solches Vorgehen erfordert bereits ein erhebliches Maß an Eigenkontrolle und Einsicht in die Notwendigkeit von Kontrolle.

Mit diesem Hilfeplan erhält Kontrolle auch den erforderlichen (nicht nur juristischen) Maßstab.

Einen Maßstab, der durch wechselseitige Beratung und Argumentation den sehr allgemeinen Begriff vom Wohl des konkret betroffenen Menschen definiert.

Einen Maßstab, der die Biographie und die Selbstbestimmung des Menschen beachtet.

Einen Maßstab, der vorbeugende, wechselseitige Beratung am konkreten Fall möglich macht und geradezu fordert.

Hilfeplanung kann jedoch nur dann wirklich sinnvoll zum Zuge kommen, wenn Betreuung nicht weiterhin als Notfallinstrument geradezu mißbraucht wird, sondern der „Antrag“ auf Einrichtung einer Betreuung unter den Voraussetzungen des § 1896 BGB *frühzeitig* und damit rechtzeitig gestellt wird.

### *3. Diskussion der Teilnehmer(innen)*

Die 30 Teilnehmer(innen) der Arbeitsgruppe waren alle Experten(innen) des Themas; Rechtspfleger(innen), Sozialarbeiter(innen), Berufsbetreuer, Richter(innen) und Rechtsanwälte.

Zu Beginn der Diskussion stellte Frau Lantzerath einen Fall aus ihrer Praxis als Rechtspflegerin eines Amtsgerichts vor:

*Betr.: Lotta G., geb. am 5. 5. 1913*

Am 1. 12. 1992 wird ein Antrag auf Betreuung gestellt. Diagnose des Arztes: „Schwächung des hirnganischen Leistungsvermögens, Verwahrlosung, Verweigerung der Nahrungsaufnahme und der Medikamente, akute Gesundheitsgefährdung, da nur noch 30 kg Gewicht.“

Am 2. 12. 1992 ergeht folgender Beschluß: Durch einstweilige Anordnung wird die Schwägerin Marlies G. zur vorläufigen Betreuerin bestellt für den Wirkungskreis „Aufenthaltsbestimmung einschließlich Unterbringung und Gesundheitsfürsorge“.

Durch das Gericht werden zwei weitere Gutachten eingeholt. Das psychiatrische Gutachten bescheinigt der Betreuten: Senile Demenz mit hochgradiger lebenspraktischer Inkompetenz. Sie könne keine Angelegenheiten selbst besorgen, auf Dauer geschäftsunfähig, da eine sinnvolle Verständigung nicht möglich. Das Sozialgutachten urteilt: Eigenständiges Leben unmöglich. Für die Betreuerin wird folgender Aufgabenkreis vorgeschlagen:

Aufenthaltsbestimmung, Mietangelegenheiten, Anlage von Kapital, Angelegenheiten gegenüber Ämtern. Frau Marlies G. wird als Betreuerin ihrer Schwägerin als geeignet angesehen.

Am 8. 6. 1993, nachdem eine Rechtsanwältin als Verfahrenspflegerin für Frau Lotta G. bestellt worden war, ergeht der Beschluß des Vormundschaftsgerichtes: – Frau Marlies G. wird zur Betreuerin mit dem Wirkungskreis Gesundheit, Aufenthalt einschließlich Unterbringung, Vermögen, Wohnungsauflösung und Behördenangelegenheiten bestellt. –

Die Kontakte zwischen Gericht (Rechtspflegerin) und der Betreuerin entwickeln sich wie folgt:

25. 6. 1993: Einführungsgespräch – die Betreuerin stellt den Antrag, am Bett der Betreuten wegen Sturzgefahr ein Bettgitter anbringen zu lassen. (Die Betreute befindet sich seit dem 24. 6. in einem Pflegeheim.)

2. 7. 1993: Anhörung der Rechtspflegerin im Pflegeheim. Die Betreute ist desorientiert, sie kennt nur ein Haus, in dem sie als junges Mädchen gewohnt hatte. Auf Befragen erinnert sie sich allerdings auch an ihr letztes Wohnhaus. Im Laufe des Juli erfolgt noch eine Vermögensaufteilung der Betreuten. Insgesamt beläuft sich das Vermögen auf ein Haus im Werte von ca. DM 800 000,-, Schmuck und eine monatliche Rente von DM 5000,-.

15. 10. 1993: Beschluß des Vormundschaftsgerichtes, Bettgitter und Beckengurt für den Rollstuhl werden für 2 Jahre genehmigt.

Die Betreuerin hat häufig Kontakt mit dem Gericht. Sie beschwert sich über die Pflege und das Personal im Altenheim der Betreuten. Im Heim geht sie in die Küche, kontrolliert das Gewicht der Betreuten, da diese angeblich nicht genügend zum Essen angehalten werde, und macht Vorschriften, wie die Verpflegung auszusehen habe. Die Heimleitung berichtet dem Gericht, daß die Betreuerin autoritär mit der Betreuten umgehe und diese Angst vor ihr habe. Die Betreute werde von Frau Marlies G. häufig angeherrscht, denselben Ton schlage diese auch dem Pflegepersonal gegenüber an. Die Versuche des Gerichts, auf die Betreuerin einzuwirken, sich um ein besseres Verhältnis zur Leitung des Altenheimes zu bemühen, bleiben ziemlich erfolglos. (vgl. Anhörungsprotokoll v. 25. 8. 1994)

Schließlich wird durch die Betreuerin ein Heimwechsel der Betreuten angekündigt, dieser ist gem. § 1907 BGB genehmigungspflichtig durch das Gericht. Vom Gericht wird ein Verfahrenspfleger bestellt, nach dessen Aussage *„sich die Betreuerin vorbildlich um die Betreute kümmere und für ihre Belange einsetze. Sie habe zu Recht auf die Mängel der*

*Versorgung der Betreuten hingewiesen. Eine Verlegung der Betreuten sei zwar nicht optimal, aber vertretbar, da die Betreute völlig desorientiert sei.*

Die Heimleitung ist andererseits der Auffassung, daß „*sich die Betreute im Heim wohlfühle, beliebt sei und mit dem Pflegepersonal und den anderen Heimbewohnern gut auskomme. Nur die Betreuerin behandle die Betreute zu autoritär, ein Heimwechsel sei schlecht für diese, da sie sich nun an das Heim, Personal und Bewohner gewöhnt habe.*“

(Rechtsprechung z. B. LG Köln, Beschluß v. 27. 4. 92, BtPRAX 92, S. 112)

„Es ist die Entscheidungsfreiheit des Betreuers, über den Aufenthaltsort des Betreuten und die Art der Unterbringung zu entscheiden, sofern er keine Pflichtwidrigkeit begeht.“ Das Vormundschaftsgericht darf in Zweckmäßigsfragen keine bindende Anordnung treffen.

(Ist die Verlegung allerdings pflichtwidrig, kommt Entlassung gem. § 1908b Abs. 1 BGB in Betracht.)

Gemeinsamer Termin mit der Richterin, bei dem diese auch auf § 1908b Abs. 1 BGB hinweist.

Die Betreuerin Marlies G. läßt sich auf den Vorwurf der Heimleitung, daß nach ihren Besuchen die Betreute stets erheblich eingeschüchert und verstört wirke, wie folgt ein: „*Ich bin nur bemüht, das Beste für die Betroffene zu wollen. So muß ich täglich vor Ort sein, damit meine Schwägerin überhaupt ausreichend ist. Ich bemühe mich auch immer darum, daß z. B. in der Küche berücksichtigt wird, daß die Betroffene nicht stets dasselbe Brot bekommt. Dies habe ich dann auch schließlich erreicht. Ich muß mich um das Essen meiner Schwägerin kümmern, weil diese stets nein sagt, und zwar auch dann, wenn sie tatsächlich Hunger hat.*“

Mit der Betreuerin wurde erörtert, daß in Zukunft versucht werden solle, nicht mehr derart massiv auf die Betroffene einzuwirken, damit sie esse. Dies schließt nicht den Fall ein, daß die Gewichtsabnahme wieder so erheblich ist, daß mit einem lebensbedrohenden Zustand zu rechnen ist. Dennoch sollte versucht werden, auf die Betroffene weniger massiv einzuwirken, es sollte mehr ihr eigener Wille respektiert werden. Die Betreute müsse nicht immer wieder gefragt werden, ob sie etwas trinken wolle, es könnte vielmehr auch ein Glas Saft vor sie hingestellt werden. Die Betreuerin hat nämlich die Erfahrung gemacht, daß die Betroffene dann nach dem Glas greift, um zu trinken.

Ergebnis der Anhörung: Die Betreuerin nimmt den Antrag auf Genehmigung des Heimwechsels der Betreuten zurück.

Auf der Grundlage dieses Praxisfalles schälten sich in der sehr lebhaften Diskussion folgende zentrale Fragestellungen heraus:

a) Wie weit darf das Gericht Eigeninitiativen der Betreuer kontrollieren, inwieweit werden Betreuer durch Eigeninitiativen oder Nichthandeln ungeeignet i. S. von § 1897 BGB?

Nach Meinung der in der Arbeitsgruppe versammelten Experten(innen) ist eine Grenze in Einzelfällen schwierig zu bestimmen, insbesondere dann, wenn zwischen Betreuer und Betreutem familiäre Beziehungen bestehen. Die Herausnahme eines Betreuten aus seinem langjährigen sozialen Umfeld, um mehr persönliche Kontakte zum Betreuer und seiner Familie zu ermöglichen, kann, muß aber nicht, gegen das Wohl des Betreuten verstoßen. In solchen Fällen sollten den Betreuern aus dem Familienkreis ein Berufsbetreuer zur Beratung an die Seite gestellt werden. Auch eine Teilentlassung, beispielsweise aus dem Aufgabenkreis Vermögenssorge, sei im Einzelfall zu überlegen.

b) Welche Anforderungen sind an das Erstgespräch zwischen Gericht und Betreuer und an die spätere Berichtspflicht des Betreuers zu stellen?

Alle Teilnehmer(innen) der Arbeitsgruppe plädierten für ein sehr ausführliches Erstgespräch, allerdings müßten die Inhalte dieser Erstberatung dahingehend unterschieden

werden, ob es sich um einen ehrenamtlichen Betreuer oder um einen Berufsbetreuer handelt. Im Mittelpunkt des Gesprächs zwischen Vormundschaftsrichter, Rechtspfleger und Betreuer muß immer das unmittelbare Wohl des Betreuten stehen, ein Vertrauensverhältnis ist daher zwischen den Beteiligten anzustreben.

Das Gericht muß nach *angemessener Frist* von dem Betreuer Berichte über seine Tätigkeit einfordern, diese Frist sollte je nach Einzelfall berechnet werden, nicht jedoch allgemein gesetzlich vorgeschrieben sein. Bei der Berichterstattung sind unterschiedliche Anforderungen an den ehrenamtlichen und den Berufsbetreuer zu stellen. Die Berichterstattung muß persönlich, nicht formularmäßig erfolgen. Inhalt der Berichterstattung müssen in allen Fällen wesentliche Veränderungen bei der Lebensgestaltung des Betreuten sein, aber auch kleine persönliche Dinge (vgl. Eingangsfall: Darbietung des Essens) können wichtig sein.

c) Welche weiteren Personen sind in die Zusammenarbeit einzubeziehen?

Nach Meinung der Teilnehmer(innen) alle weiteren Personen, die für das unmittelbare Umfeld des Betreuten wichtig sind. Damit das Gericht keine Fehlentscheidungen trifft, sollten z. B. in vermehrtem Maße auch Ärzte, Pflegepersonal, Mitarbeiter von Sozialstationen etc. bei Einzelentscheidungen befragt werden, da ihr unmittelbarer Kontakt oft ein anderes Bild ergebe, als die alleinige Darstellung des Betreuers. In diesem Zusammenhang wurde darauf hingewiesen, daß es bisher keine Untersuchungen zu der Frage des Einflusses durch Ärzte oder Betreuer auf richterliche Entscheidungen gäbe, diesem Problem sollte forschungsmäßig dringend nachgegangen werden.

Im Ergebnis forderten die Mitglieder der Arbeitsgruppe 8 für die Zusammenarbeit zwischen Richtern, Rechtspflegern und Betreuern:

- Vertrauen solle Kontrolle ersetzen,
- kontinuierliche Gespräche zwischen den Beteiligten zur besseren gegenseitigen Beratung und nicht nur bei anstehenden richterlichen Entscheidungen sowie
- bessere gegenseitige Informationen, um Fehlentscheidungen zum Wohle des Betreuten zu vermeiden.

## IX. Beistand für Betroffene im Verfahren

Protokoll von Catharina Rogalla

Moderation:

Brigitte Neumann-Latour / Holger Zimmer

Der Arbeitskreis 9 setzte sich aus einem freiberuflichen Berufsbetreuer, einer Rechtsanwältin und im übrigen Behörden- und Vereinsbetreuern zusammen, die alle regelmäßig auch Verfahrenspflegschaften führen. Ein Mitarbeiter des BMJ war zugegen.

Eingangreferate hielten Frau Dr. Annemarie Knauer-Berlinger, Patientenanwältin in Österreich, und Herr Jürgen Halten, Sozialwissenschaftler, zum englischen Recht.

Frau Knauer-Berlinger berichtete, den österreichischen Patientenanwalt gäbe es, gesetzlich verankert, seit 1991. Seine Bestellung hat zwingend bei jeder Unterbringung zu erfolgen, nicht aber im Rahmen der Verfahren zur Anordnung der Sachwalterschaft (wo ggf. auch Angehörige und sogar Schreibkräfte des Gerichts als „pro forma“-Verfahrenshelfer benannt werden und den Betroffenen in der mündlichen Verhandlung vertreten).

Der österreichische Patientenanwalt ist in der Regel Jurist, Sozialarbeiter oder Psychologe. Er ist beim Verein für Sachwalterschaft und Patientenanwaltschaft angestellt. Der Verein wird vom Bundesministerium für Justiz finanziert und ist völlig unabhängig. Die Mitarbeiter des Vereins erfahren Aus- und Fortbildung und Supervision bei ihrer Arbeit. Der Patientenanwalt arbeitet im Krankenhaus. Er ist bei jeder Anhörung dabei, ebenso bei den Arztgesprächen und bei der Erstellung eines Behandlungsplanes. Er vertritt den Patienten in gerichtlichen Unterbringungsverfahren sowie gegenüber dem Krankenhaus und versucht, möglichst die Interessen und Bedürfnisse des Patienten durchzusetzen. Während des gesamten Krankenhausaufenthaltes hinterfragt er Zwangsmaßnahmen und fordert umfassende Informationen des Patienten durch Ärzte und Personal ein. Er kann das Gericht zu einer Überprüfung von Zwangsmaßnahmen auffordern. Er tritt für die Anerkennung der Persönlichkeit des Betroffenen, für seine Rechte und seine Anliegen ein und kümmert sich gemeinsam mit dem Betroffenen um ihre Durchsetzung.

Für die Referentin unvorstellbar war es, ihren Beruf auch unter der Bedingung auszuüben, daß der Betroffene sie bei Vorhandensein eigener Mittel selbst zu bezahlen hätte. Die Frage der tatsächlichen, praktischen Effizienz im Einzelfall tritt immer wieder auf und würde dann erhebliche Schuldgefühle auslösen. Patientenanwälte sehen sich eindeutig als „subjektive“ Interessenvertreter und als Sprachrohr der Betroffenen. Sie haben aber das Recht, Unzumutbares nicht zu verfolgen.

Der Referent Halten stellte das gegenüber dem deutschen und österreichischen Recht gänzlich andere englische Rechtssystem vor.

Betreuungsmaßnahmen in England und Wales gliedern sich in drei große Bereiche: die Unterbringung (a.), die guardianship (b.) und die receivership (c.).

a. Für eine Unterbringung sind zwei ärztliche Gutachten und die Zustimmung des aufnehmenden Krankenhauses erforderlich. Von einer Unterbringung muß der „nearest relative“, der nicht immer ein Verwandter ist, sondern auch ein Freund, Lebensgefährte oder Vertrauter sein kann, verständigt werden.

Der „nearest relative“ hat das Recht, den Betroffenen aus dem Krankenhaus herauszuholen, muß dies dem Krankenhaus allerdings 72 Stunden vorher melden (das Krankenhaus kann wiederum dann, wenn der Betroffene eine Gefahr für sich oder andere darstellt, die Entlassung verhindern).

Der Betroffene selbst kann beim Mental Health Review Tribunal (MHRT), einer Kommission, die sich aus Ärzten, Laien und spezialisierten Sozialarbeitern zusammensetzt, gegen seine Unterbringung Beschwerde einlegen, was eine persönliche Anhörung zur Folge hat.

b. Die guardianship ist eine sogenannte Behandlungsbetreuung, die praktisch jedoch nur eine geringe Rolle spielt. Zwangsmaßnahmen sind in diesem Rahmen nicht möglich, übernommen wird die guardianship meist von einem Behördenangestellten. Auch hier hat der nearest relative das Recht, den Betroffenen aus der guardianship herauszunehmen, und auch hier kann der Betroffene selbst beim MHRT die Aufhebung der guardianship beantragen.

c. Die receivership entspricht einer Vermögensbetreuung. Sie wird in Fällen vermöglicher Betroffener vom Court of protection, mit Sitz in London, angeordnet, eine vorherige persönliche Anhörung findet ebensowenig statt wie eine persönliche Betreuung nach ihrer Anordnung. Für vermögenslose Personen übernimmt das Sozialamt die Geldverwaltung.

Das Gericht spielt seit 1959 in England keine Rolle mehr, ein der Verfahrenspflegschaft ähnliches Institut gibt es nicht.

Die medizinische Behandlung liegt ausschließlich in den Händen der Ärzte. Am ehesten erklärbar ist dieses Rechtssystem nach Ansicht des Referenten mit einer gewissen „Kauzigkeit“ der Engländer. Eingriffe in das Persönlichkeitsrecht würden nur ungerne gesehen, nähere gesetzliche Regelungen, vor allem auch zu Zwangsmaßnahmen, gäbe es daher nicht. Es gibt jedoch Reformbestrebungen, das englische Verfahren dem deutschen Recht anzupassen.

Im Kreis der Teilnehmer waren Schwerpunkte der Diskussion die Defizite, die immer noch die Arbeit des Verfahrenspflegers erschweren. Es wurden vor allem die Arbeitsüberlastung der Gerichte, bei einzelnen Richtern aber auch deren Haltung dem Betreuungsrecht und insbesondere den Verfahrenspflegschaften gegenüber gerügt.

Teilweise wird eine Einsichtnahme in die vollständige Gerichtsakte mit Hinweis auf den Datenschutz verweigert. Oft werden Betreuer- bzw. Unterbringungsbeschlüsse zusammen mit der Bestellung zum Verfahrenspfleger übersandt. Eine Mitteilung von Anhörungsterminen findet nicht statt. Hier werden Verfahrenspfleger seitens des Gericht zu Statisten degradiert.

Problematisiert wurde die Möglichkeit der Richter, sich „ihre“ Verfahrenspfleger auszuwählen. Unkritische Richter neigen dazu, sich auch unkritische Verfahrenspfleger zu suchen. Die Regelung in Österreich, wo der Richter nur den Verein mit der Übernahme der Patientenanwaltschaft beauftragt und der dann zuständige Patientenanwalt nach dem Geschäftsverteilungsplan des Vereins bestimmt wird, wurde begrüßt.

Im Ergebnis zeigte sich eine immer noch große Uneinheitlichkeit in der Ausübung des Amtes als Verfahrenspfleger, die von der bloßen An- und Ablage einer Akte einerseits bis hin zur ausufernden Ermittlungstätigkeit andererseits reicht.

Reformbestrebungen in bezug auf Verfahrenspflegschaften wurden vom Mitarbeiter des BMJ vorgestellt und vom Teilnehmerkreis erörtert.

Entgegen den Reformvorstellungen wurde auch in den Fällen, in denen keine Äußerung des Betroffenen möglich scheint, eine Verfahrenspflegerbestellung für unabdingbar gehalten. Es hat sich oft gezeigt, daß bei einem Besuch des Betroffenen doch Verständigungsmöglichkeiten gegeben sind, die deutlich ergiebiger waren als die im Rahmen einer Anhörung.

### *Politische Forderungen des Arbeitskreises waren:*

- Der Verfahrenspfleger ist in allen Betreuungsverfahren zwingend zu bestellen;
- Anhörungen sind zwingend im Beisein des Verfahrenspflegers durchzuführen und
- die Kosten des Verfahrenspflegers sind vom Staat zu tragen.

## X. Unterstützung des Vormundschaftsgerichts mittels Gutachten und Sachverhaltsaufklärung

Protokoll von Joachim Welge

Moderation:

Prof. Dr. Wolf Crefeld / Joachim Welge

Teilnehmer:

12 Vertreter von Betreuungsstellen, 1 Psychiater,  
1 Jurist an der Fachhochschule, 1 privater Berufsbetreuer

Thesen von Prof. Crefeld zur sozialpsychiatrischen Beratung der Vormundschaftsgerichte in Betreuungssachen wurden vorgestellt (Anlagen 1–3).

Die Diskussion beginnt mit der Frage, ob das VormG zwingend auf ein ärztliches Gutachten zur Entscheidung über eine Betreuerbestellung angewiesen ist.

Ist in jedem Fall ein medizinisches Gutachten notwendig? Welche anderen Berufsgruppen könnten ebenfalls ein Gutachten erstatten? Warum ziehen Richter es vor, Mediziner zu beauftragen?

Ärzte durchlaufen eine standardisierte Ausbildung, die das Ziel hat, alle Krankheiten erkennen zu können, um dann eine Diagnose zu stellen. Diese Diagnose soll – auf die Situation des Krankenhauses ausgerichtet – eine akute Behandlung ermöglichen.

Das Betreuungsrecht fordert bei Beurteilung der Frage, ob für eine Person ein Betreuer zu bestellen ist, nicht allein eine medizinische Diagnose, sondern eine weitergehende Beurteilung der verbliebenen oder wieder erlangbaren Handlungskompetenz, der Fähigkeiten sowie eine Abschätzung möglicher Gefährdungen.

Diese Gesichtspunkte werden in der ärztlichen Ausbildung nicht vermittelt. Darum müssen Ärzte sich weitergehende Kompetenzen aneignen.

Diese Beurteilungskompetenz kann bei anderen Berufsgruppen, z. B. Sozialarbeitern, bereits vorhanden sein. Sie haben in ihrer Ausbildung eine differenzierte Beurteilung von Lebenslagen aus unterschiedlichen Perspektiven gelernt.

Krankheit definiert sich nicht allein als Regelwidrigkeit gegenüber einer gesundheitlichen Norm – was durch den Arzt festgestellt wird –. Sie bestimmt sich auch aus dem subjektiven Eindruck des Betroffenen und seiner Angehörigen sowie den sonstigen gesellschaftlichen Vorgaben. Darum muß immer wieder die Frage gestellt werden nach dem Kontext, in dem jemand krank ist, den noch bestehenden Handlungskompetenzen und den Hilfen, die eine Betreuerbestellung entbehrlich machen können.

Die Eignung als Sachverständiger setzt Erfahrung auf verschiedenen Gebieten mit jeweils unterschiedlichen Problemkreisen und ambulanten Hilfsangeboten voraus.

Beispiele: alte Menschen (Demenz), Alkohol/Drogen-Kranke, psychiatrisch Kranke (Psychosen), geistig Behinderte.

Die Neigung von Richtern, allein Ärzte als Sachverständige zu beauftragen und nicht auch Sozialarbeiter, läßt sich mit der Suche nach einer gewissen Sicherheit erklären. Richter müssen unbestimmte Rechtsbegriffe anwenden, für die es keine klar definierten Lebenssachverhalte gibt. Ärzte können da durch die von ihnen gestellten Diagnosen Fakten anbieten. Die Kompetenz von Sozialarbeitern ist dagegen für viele Richter noch nicht einschätzbar. Ihre Antworten stellen sich aus richterlicher Sicht als „Bewertung“ des auch vom Richter zu beurteilenden Lebenssachverhaltes dar. Sozialarbeiter werden ihre besonderen Kompetenzen in Zukunft deutlicher machen müssen und dabei darauf zu achten haben, daß die von ihnen herangezogenen Kriterien und wissenschaftlichen Erkenntnisse offengelegt und für den entscheidenden Richter nachvollziehbar werden.

Den weiteren Schwerpunkt der Arbeitsgemeinschaft bildeten Berichte über das praktische Zusammenwirken der Gerichte mit den örtlichen Betreuungsstellen, -Vereinen, Sozialpsychiatrischen Diensten etc. . . .

Von allen Teilnehmern wurde eine interdisziplinäre Zusammenarbeit gefordert. Dabei ist das örtliche Betreuungswesen als ein System zu begreifen, das von jedem der daran Beteiligten beeinflußt werden kann.

Zwingend notwendig ist, daß sich alle Beteiligten in einem überschaubaren Bereich in ihrer jeweiligen Kompetenz kennen und voneinander abzugrenzen wissen.

Gemeinsam ist allen am Betreuungsverfahren Beteiligten das Ziel, zum Wohl des Betroffenen zu handeln und dabei dessen speziellen Lebenssachverhalt zu ermitteln. Jedem kommt aus seiner Fachlichkeit eine eigene Wahrnehmungskompetenz zu.

Anders als im Strafverfahren, wo der Sachverständige in seinem Gutachten an die Feststellungen des Gerichts über den Sachverhalt gebunden ist, kommt ihm im Betreuungsverfahren die Aufgabe zu, die Lebensumstände des Betroffenen umfassend zu ermitteln und dann zu begutachten.

Es gehört zur Aufgabe des Vormundschaftsgerichts, für einen Qualitätsstandard bei den Gutachten von Ärzten und Sozialarbeitern zu sorgen.

### Thesen der AG:

Das örtliche Betreuungswesen ist als System zu begreifen, das von jedem der Beteiligten durch Kommunikation beeinflußt werden kann.

§ 1896 BGB bedeutet:

Kann ein Volljähriger auf Grund mangelnder gesundheitlicher Kompetenz seine Angelegenheiten ganz oder zum Teil nicht mehr besorgen, so kann ihm ein Betreuer bestellt werden. Um dieses festzustellen sind ärztliche und sozialarbeiterische Kompetenz gleichberechtigt heranzuziehen.

### Anlage 1

Wolf Crefeld

### Übersicht

#### Grundsätze der Begutachtung

1. Es muß **nachvollziehbar** und hinsichtlich seiner Schlußfolgerungen **überzeugend** sein.
2. Es muß **vollständig** sein.
3. Es muß **dem Beratungsbedarf des Gerichtes entsprechen**.
4. Es muß **fachlich-wissenschaftlich verlässlich** sein.
5. Es muß **aus sich selbst verständlich** sein.
6. Es muß **Fakten** von deren **Interpretation** (Bewertung) unterscheidbar machen.
7. Es muß **„objektiv“** sein.
8. Es muß **engagiert** sein für das Wohl der möglicherweise betreuungsbedürftigen Person.
9. Es ist in seiner Ausdrucksweise **rücksichtsvoll** gegenüber den vom Gutachten betroffenen Personen.

### Zur Form des Gutachtens

Das Gutachten läßt sich zweckmäßigerweise in vier Abschnitte gliedern:

1. Kurze Zusammenfassung der **Sachlage**
2. **Untersuchungen**
3. **Bewertung** der Untersuchungsergebnisse
4. **Zusammenfassende** Darstellung der Ergebnisse

#### Orientierungsraster zur Abklärung der Notwendigkeit von Betreuung

Stufe 1: Inwieweit besteht eine Behinderung?

Einschränkungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) und im sozialen Feld („handicaps“), funktionelle Einschränkungen („disabilities“), Gesundheitsliches Schadensbild („impairments“).

Stufe 2: Bewältigungsmöglichkeiten (Coping-Ressourcen) und aktuelle Gefährdungen des behinderten Menschen:

- Genutzte oder bisher ungenutzte Möglichkeiten und Fähigkeiten des Behinderten, die sich aus seiner Persönlichkeit, Lebenserfahrung und Biografie ergeben.
- Sein soziales Netzwerk und dessen Funktionalität und Gestaltbarkeit im Interesse der behinderten Person, vorhandene Vollmachten.
- Vorhandene materielle Sicherung der Bedürfnisse; Ansprüche gegenüber Dritten und Ansprüche oder Zugriffe anderer.

Stufe 3: Verbleibender professioneller Interventionsbedarf

Stufe 4: Lösungen mit Hilfe einer Betreuung

### Anlage 2

Wolf Crefeld, Hans-Jürgen Schimke

#### Die Beratung des Gerichts in Betreuungssachen

##### Grundsätze der Begutachtung

Ein Gutachten sollte folgende Eigenschaften aufweisen:

- Es muß **nachvollziehbar** und hinsichtlich seiner Schlußfolgerungen **überzeugend** sein.  
Das Gericht, das die Verantwortung für seine rechtliche Entscheidung trägt, muß die Ausführungen seiner Berater kritisch aufnehmen, auf ihre Schlüssigkeit prüfen und zu seinen eigenen Erfahrungen in Beziehung setzen können. Fachausdrücke sollen deshalb auch vermieden oder erläutert werden. Komplizierte Sachverhalte oder Zusammenhänge müssen verständlich gemacht werden.
- Es muß **vollständig** sein.  
Sachverhalte, die für das Ergebnis des Gutachtens bedeutsam sind, müssen abgeklärt sein; es darf nicht etwas Wichtiges übersehen oder vergessen oder eine für das Gericht bzw. die gerichtliche Entscheidung wichtige Feststellung verschwiegen werden. Umfang der Untersuchung und angewandte Verfahrensweisen sind an der Sorgfaltspflicht des Sachverständigen zu orientieren.
- Es muß **dem Beratungsbedarf des Gerichtes entsprechen**.  
Es muß sich hinsichtlich Umfang, Inhalt und Darstellungsweise an den Beratungsbedürfnissen des Auftrag gebenden Gerichts ausrichten. Nach Maßgabe der vom Gericht

gestellten Fragen muß die Untersuchung auf das für die gerichtliche Entscheidung Wesentliche fokussiert sein; gefragt sind nicht enzyklopädische Abhandlungen und inhaltsleere Sprechbühnen scheinbarer Fachlichkeit, sondern eine auf die Entscheidung konzentrierte Beratung. Das setzt auch ein Verständnis für den rechtlichen bzw. institutionellen Kontext voraus, in dem die Entscheidung zu treffen ist, ohne daß in die Aufgabe des Gerichts, Rechtsbegriffe anzuwenden, eingegriffen wird.

- Es muß **fachlich-wissenschaftlich verlässlich** sein.  
Das Gericht braucht zu seiner Entscheidung einen Berater, der dank seiner besonderen fachlichen Kompetenz wichtige Sachverhalte wahrzunehmen und Zusammenhänge zu interpretieren vermag. Dazu muß es sich darauf verlassen können, daß sein Berater die notwendigen Standards seines Faches beherrscht und anwendet.
- Es muß **aus sich selbst verständlich** sein.  
Für die übrigen Verfahrensbeteiligten muß das Gutachten kritisch lesbar sein, auch wenn ihnen die Gerichtsakte nicht zur Verfügung steht.
- Es muß **Fakten** von deren **Interpretation** (Bewertung) unterscheidbar machen.  
So schwierig dies bei sozialen bzw. psychischen Sachverhalten ist: Die Darstellung, was gegeben und gehört wurde, und mögliche Folgerungen daraus sollen getrennt werden.
- Es muß **„objektiv“** sein.  
Jedes Gespräch, jede Beschäftigung mit einem Menschen spricht Gefühle und unbewusste Erinnerungen an; „neutral“ sein zu können, ist eine naive Einbildung, sich den Anschein der Emotionslosigkeit zu geben, dilettantisch. Der Sachverständige muß seine emotionalen Reaktionen reflektieren und sich mit ihnen auseinandersetzen können, um die ihm vom Gericht gestellte Aufgabe mit der notwendigen Nüchternheit wahrnehmen zu können.
- Es muß **engagiert** sein für das Wohl der möglicherweise betreuungsbedürftigen Person.  
Auch als Sachverständiger ist man Arzt, Sozialarbeiter usw. und hat sich als solcher für das Wohl der behinderten Person zu interessieren.
- Es ist in seiner Ausdrucksweise **rücksichtsvoll** gegenüber den vom Gutachten betroffenen Personen.  
Der alte Grundsatz „fortiter in re, suaviter in modo“ gilt auch hier: Man kann notwendige Aussagen auch so ausdrücken, daß die Ehre und Privatsphäre der Personen, über die berichtet wird, nicht beschädigt werden.

##### Zur Form des Gutachtens

Nach der Überschrift (z. B. „Sozialpsychiatrisches Gutachten“) und der Bezeichnung der Person des Betroffenen sowie des Aktenzeichens des Gerichts (z. B. „... über Herrn N.: N., geb. ... aus ...“) wird zunächst die Fragestellung des Auftraggebers (des Gerichts) angegeben.

Danach werden die benutzten Erkenntnisinstrumente angegeben, z. B. „Das Gutachten beruht auf meinen Erfahrungen mit Frau N. N. im Rahmen einer Betreuung seit drei Jahren, zwei Hausbesuchen, Gesprächen mit ihren nächsten Bezugspersonen und der Kenntnis der Behandlungsberichte aus dem Krankenhaus A.“

Das Gutachten läßt sich dann zweckmäßigerweise in vier Abschnitte gliedern:

##### 1. Kurze Zusammenfassung der Sachlage

Hierher gehören in der Regel nur wenige erläuternde Sätze, damit auch andere Leser, die nicht die Gerichtsakten kennen, den weiteren Inhalt **nachvollziehen** können. Von Interesse kann hier sein, wer die Anregung zu dem Betreuungsverfahren gegeben hat und welche Gründe dafür genannt wurden.

##### 2. Untersuchungen

Die **Untersuchungsmittel** sind zunächst einmal das Gespräch mit der betroffenen und mit anderen relevanten Personen, ferner die für das zu beratende Problem („braucht

der Proband Betreuung?) diagnostisch relevanten eigenen Beobachtungen (z. B. Feststellungen im Rahmen eines Hausbesuches oder einer Behandlung), schließlich die für die Abklärung der Fragestellungen verwendbaren Berichte und Zeugnisse von anderen Institutionen, Ärzten und sozialen Diensten.

Im Gespräch mit der betroffenen Person muß die sich entwickelnde **Beziehung** zwischen Proband und Gutachter reflektierend wahrgenommen werden. Der eigene emotionale Prozeß ist dabei stets ebenso eine mögliche Fehlerquelle wie auch eine Chance für die Qualität der Begutachtung. Zugleich muß sich aber die Exploration inhaltlich soweit an Untersuchungsprotokollen oder vielleicht auch **Check-Listen** orientieren, daß alle für die Fragestellung des Gerichts wesentlichen Sachverhalte genügend abgeklärt werden.

Das anliegende „**Orientierungsraster** zur Abklärung der Notwendigkeit einer Betreuung“ soll weder ein Gliederungsschema für ein Gutachten noch eine solche Check-Liste bieten. Es soll vielmehr anregen, den Untersuchungsgang an einer anderen Logik zu orientieren: Die Aufgabe der Untersuchung ist nicht das differentialdiagnostisch motivierte Sammeln von Symptomen (die stets nur Defizite der betroffenen Person aufzeigen), um zu einer Krankheitsdiagnose zu gelangen. Diese ist zwar für die Behandlung akuter Krankheitszustände notwendig, doch kann sie für die Fragestellungen in einem Betreuungsverfahren in der Regel nur die Funktion erfüllen, die festgestellten Handikaps und Gefährdungen unter medizinischen Gesichtspunkten zu erklären. Es geht vielmehr um die Suche nach der **Lösung** für ein individuelles oder vielleicht familiäres bzw. institutionelles Problem, das möglicherweise in Zusammenhang mit einer psychischen Störung aufgetreten ist.

Die Gründlichkeit und der Umfang der Untersuchung werden von der **Sorgfaltspflicht** des Gutachters gegenüber dem Gericht und der betroffenen Person bestimmt. Die Länge und Art der Darstellung des Untersuchungsganges und der Untersuchungsergebnisse bemessen sich dagegen an den Beratungsbedürfnissen des Gerichts, das die Untersuchungen seiner Berater nach Möglichkeit nachvollziehen und kritisch hinterfragen soll, für das aber weitschweifige (für die Entscheidung überflüssige) und aufgrund spezieller Fachausdrücke unverständliche Fachsimpeleien ohne Informationswert und somit wertlos sind.

### 3. Bewertung der Untersuchungsergebnisse

Hier werden die Beobachtungen und Feststellungen auf die Fragestellungen hin fachlich **interpretiert**. Dazu wird zusammenfassend das individuelle Behinderungsbild in seinem jeweiligen Kontext beschrieben. Welche wichtigen Angelegenheiten sind im Interesse der Betroffenen zu besorgen? Welche Wege sind erkennbar, diese Probleme ohne Eingriffe in Persönlichkeitsrechte zu lösen? Wie groß sind die Chancen, mit Hilfe eines gesetzlichen Vertreters (Betreuers) für die genannten Probleme eine Abhilfe zu schaffen? Am Schluß muß dem Leser plausibel sein, wie Gutachterin bzw. Gutachter zu der Maßnahme, über die zu entscheiden ist, stehen und welche fachlichen Gründe sie für ihren Standpunkt haben.

### 4. Zusammenfassung

Auf der Basis der zuvor schon geleisteten Interpretation der Untersuchungen werden hier die Fragen des Gerichts beantwortet. Es wird nicht mehr argumentiert, sondern nur noch Quintessenz für das Gericht zusammengefaßt. Mit einer oder evtl. auch zwei Unterschriften wird die Verantwortung für die fachlichen Wahrnehmungen und deren Interpretation im Gutachten übernommen.

#### Orientierungsraster zur Abklärung der Notwendigkeit von Betreuung

Für die Abklärung des Sachverhalts im Einzelfall ist das folgende Orientierungsraster zur Untersuchung der Notwendigkeit einer Betreuung nützlich. Es sieht ein **stufenweises**

Vorgehen vor, wobei in jeder Stufe zu entscheiden ist, ob nach dem bisherigen Ergebnis die nachfolgende überhaupt noch zu betreten ist.

#### Stufe 1: Inwieweit besteht eine Behinderung?

Hier geht es zunächst um die Untersuchung und Beschreibung der individuellen Lebenssituation der behinderten Person. Sie umfaßt die Einschränkungen bei der Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens (Pflegebedarf, s. Juchli 1991) und bei der Teilhabe am sozialen Leben (Handicaps, s. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 1984) sowie die bisher schon praktizierten Bewältigungsverfahren der behinderten Person. Aus diesen Feststellungen ergibt sich das Bedürfnis, nach den zugrunde liegenden funktionellen Einschränkungen (disabilities, s. o.) und gesundheitslichen Schädigungen (impairments) zu suchen, welche die Pflegebedürftigkeit und die Handicaps medizinisch erklären können. Viele nach medizinischen bzw. psychologischen Normerwartungen behinderte Menschen sehen ihren Zustand keineswegs als eine interventionsbedürftige Einschränkung an. Die Bewertung eines Zustandes als Beeinträchtigung oder Gefährdung muß daher soweit wie möglich mit der behinderten Person zusammen erfolgen. Allerdings können insbesondere psychisch behinderte Menschen Einschränkungen und Bedrohungen im Hinblick auf ihre Interessen und Rechte, wie z. B. das Streitigmachen eines Wohnrechts oder die Notwendigkeit einer treuhänderischen Verwaltung vorhandenen Vermögens, nicht immer angemessen einschätzen.

#### 1. Einschränkungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) und im sozialen Feld („handicaps“)

##### 1.1 Wohnbereich (Schlafen, Essen, Körperpflege, Recht auf Privatsphäre u. a.)

##### 1.2 Freizeitbereich (Bedürfnis nach sozialer Kommunikation und Aktivität)

##### 1.3 Arbeitsbereich (Materielle Sicherung, soziale Perspektiven, Selbstverwirklichung)

#### 2. Funktionelle Einschränkungen („disabilities“)

Beispiele: Gehstörungen, Blindheit, Störungen des Antriebs, der Merkfähigkeit, der zwischenmenschlichen Beziehungsfähigkeit, der Einschränkung des sozialen Kontaktes infolge Entstellung oder chronischer Schmerzzustände.

#### 3. Gesundheitsliches Schadensbild („impairments“)

Beeinträchtigungen oder Verlust von normalerweise vorhandenen physischen, psychischen oder geistigen Strukturen und Funktionen in einer mehr oder weniger medizinischen Terminologie. Behandlungsmöglichkeiten und Prognose für die weitere Entwicklung, soweit sich diese aus dem benannten Krankheitsbild ableiten lassen.

#### Stufe 2: Bewältigungsmöglichkeiten (Coping-Ressourcen) und aktuelle Gefährdungen des behinderten Menschen:

Chancen und Risiken in der Lebenslage der behinderten Person. Wo wesentliche Beeinträchtigungen oder Gefährdungen aufgrund einer anhaltenden Gesundheitsstörung bestehen, sind die in der behinderten Person und in ihrem sozialen Netzwerk vorhandenen Ressourcen zur Bewältigung der Behinderung (Coping) zu entdecken. Ohne spezifische Felderfahrungen und Fachkenntnisse für die Arbeit mit der jeweiligen Behinderungsgruppe (wie Altersdemenz, geistige Behinderung, chronische Psychosen) bleiben vorhandene Kompensationsmöglichkeiten oft unerkannt und ungenutzt.

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

2. Sein soziales Netzwerk und dessen Funktionalität und Gestaltbarkeit im Interesse der behinderten Person, vorhandene Vollmachten.

3. Vorhandene materielle Sicherung der Bedürfnisse; Ansprüche gegenüber Dritten und Ansprüche oder Zugriffe anderer.

Stufe 3: Verbleibender professioneller Interventionsbedarf:

Hier wird nach der Lösung des Problems mittels professioneller Hilfen gefragt. Evtl. sind Rehabilitations-, Pflege- oder Therapiepläne notwendig oder Lösungen durch Inanspruchnahme sozialer Unterstützungen – persönliche Hilfen, Geld- und Sachleistungen – oder das Beauftragen bzw. Bevollmächtigen entsprechender Dienstleistungsberufe, um z. B. Vermögens- oder Wohnungsprobleme zu regeln. Früher von der behinderten Person erteilte Vollmachten und Betreuungsverfügungen sind auf dieser diagnostischen Stufe einzubeziehen. Bei defizitären sozialen Netzwerken der behinderten Person ist oft der Bedarf an Unterstützungsmanagement (case management, Wendt 1991) der Anlaß für ein Betreuungsverfahren.

Stufe 4: Lösungen mit Hilfe einer Betreuung

Dies ist die Stufe, auf der Betreuung als ultima ratio zur Diskussion steht, nachdem anders keine Lösung gefunden werden konnte. Aus dem verfassungsrechtlich genormten Verständnis der Erforderlichkeiten folgt, daß ein unbefriedigendes Ergebnis von Stufe 3 (es konnte keine Lösung gefunden werden) allein keineswegs die Notwendigkeit einer Betreuung begründet werden kann. Es muß vielmehr bei realistischer Betrachtung speziell über eine rechtliche Vertretung eine Verbesserung erreicht werden können.

### Anlage 3

Wolf Crefeld

#### Thesen zur sozialpsychiatrischen Beratung der Vormundschaftsgerichte in Betreuungssachen

1. Die sachverständigen Beraterinnen und Berater in Betreuungssachen haben zwei Rollen gerecht zu werden: Sie haben ihre vom Gericht übernommene Aufgabe wahrzunehmen, dieses **fachkompetent und verlässlich zu beraten**. Gleichzeitig haben sie ihrer berufsethische Grundhaltung als Ärzte und Sozialarbeiter entsprechend **um das Wohl der betroffenen Person besorgt** zu sein und denkbaren Schaden von ihr abzuwenden. Dagegen gehört es – entgegen geläufigen Erwartungen – nicht zu ihren Pflichten, den Bedürfnissen behandelnder bzw. pflegender Institutionen zu entsprechen oder eine formelle Legitimation für den Fortgang eines Verfahrens zu liefern.

2. Die Entscheidung über die Bestellung eines Betreuers hat für die betroffene Person oft so **weitreichende Folgen** wie das Urteil eines Strafgerichts. Die sachverständige Beratung in Betreuungssachen gebietet daher ein hohes Maß an **beruflicher Erfahrung** und **Sorgfalt** in der Abklärung der Sachverhalte und Zusammenhänge. Die Justiz bewertet diese Aufgabe nicht immer dementsprechend.

3. Die Grundlage einer sachverständigen Beratung in Betreuungssachen ist eine eingehende Untersuchung der gesundheitlich bedingten **Gefährdungen und Einschränkungen in der Lebensführung** und der **Möglichkeiten ihrer Überwindung** oder Milderung. Eingeschränkt sein können die Fähigkeiten zur Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens [Pflegebedürftigkeit] und zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft [behinderungsrelevante Handicaps]. Dies erfordert eine an der Fragestellung orientierte Untersuchung der Lebenslage, der Persönlichkeit und Biografie, der psychopathologischen Merkmale einer vorhandenen seelischen Störung wie auch physischer Funktionsstörungen.

Die herkömmlichen Krankheitsdiagnosen sind notwendig, um das Zustandsbild medizinisch zu erklären; die oben genannten Gefährdungen und Einschränkungen in der Lebensführung können aus ihnen nicht abgeleitet werden.

4. Die **Eignung** zur sachverständigen Beraterin und zum Berater ergibt sich zunächst aus der notwendigen beruflichen Erfahrung in der Arbeit mit psychisch behinderten Menschen. Darüber hinaus sind Kenntnisse gefordert über den rechtlichen und institutionellen Kontext der zu treffenden Entscheidung sowie Übung, die gefragten Sachverhalte und deren fachliche Bewertung in nachvollziehbarer und überzeugender Weise darzustellen.

5. Der **Umfang der Untersuchung** orientiert sich vorrangig an der **Sorgfaltspflicht** der Berater, denn oberflächliche oder unvollständige Untersuchungen und voreilige Schlüsse führen zu einer fehlerhaften Beratung. Umfang und **Inhalt des Gutachtens** orientieren sich an dem **Beratungsbedarf** des Auftraggebers – denn unnötige und weitschweifige Ausführungen sind kommunikationsfeindlich.

6. Dem rehabilitativen Charakter der in einem Betreuungsverfahren notwendigen Diagnostik entsprechend sollte diese **multiprofessionell** und mit eingehenden **Kenntnissen des örtlichen Hilfeangebots** erfolgen. Leistungsfähige Sozialpsychiatrische Dienste und Zentren können dafür besonders geeignet sein. Sachverständigentätigkeiten für Vormundschaftsgerichte gehen derzeit auf Kosten von gesetzlich gebotenen Hilfeleistungen für die Klientel dieser Dienste. Von ihren Trägern ist daher zu erwarten, daß sie den örtlichen Bedarf an Dienstleistungen für Vormundschaftsgerichte, deren Kostendeckung gesetzlich geregelt ist, angemessen einschätzen und ihre **Dienste dementsprechend ausstatten**.

7. Es gehört nicht zu den Beratungsaufgaben von Ärzten und Sozialarbeitern, **Rechtsbegriffe** auf den konkreten Fall **anzuwenden**. Sie können z. B. nicht Geschäftsfähigkeit feststellen. Statt dessen können sie untersuchen, wie weit eine Person zu einem realitätsbezogenen Verhalten in der Lage ist, und eine Einschätzung treffen, welche Auswirkungen sich daraus unter den konkreten Umständen für den Lebensalltag ergeben.

8. Von den **Betreuungsbehörden** ist in Zukunft soviel fachliche Kompetenz zu erwarten, daß durch sie die Zahl notwendiger Begutachtungen wesentlich vermindert werden kann. **Rechtspfleger** sollten in geeigneten Fällen anregenden Personen vor Entgegennahme eines Antrags eine fachkompetente Beratung empfehlen können. **Richter** sollten dank entsprechender Beratung durch die Betreuungsbehörde in die Lage versetzt werden, die Fragestellungen an weitere sachverständige Berater wesentlich einzugrenzen oder überhaupt auf eine weitere Begutachtung bei der betroffenen Person zu verzichten.

## XI. Sucht und Betreuung

Protokoll von Ulrich Engelfried

Referenten:

Michael Bloedorn / Lothar Bressemer

Teilnehmer/innen:

ca. 40, überwiegend aus dem sozialtherapeutischen Berufsfeld,  
aber auch Mediziner/innen und Jurist/innen

1. Zunächst wurde in einer erweiterten Vorstellungsrunde über die Erfahrungen und Erwartungen der Teilnehmer/innen gesprochen. Dabei wurde immer wieder eine Unsicherheit bei dem Thema deutlich, auch bei denjenigen, die über Erfahrung mit der Problematik verfügen, z. B. „Wie gehe ich mit dem Druck der Angehörigen um“ – „Wie vermeide ich, Co-Süchtiger zu werden?“ Es wurde thematisiert, was eine Betreuung bewirken könnte.

2. Es wurden sodann einzelne Themenschwerpunkte gesammelt und folgende inhaltliche Struktur gewählt:

### Voraussetzungen

- a. juristisch
- b. medizinisch
- c. Zeitpunkt

### Aufgabenkreise

#### Ziel der Betreuung

- Abstinenz
- „betreutes Trinken“
- Ersatz für Komplementärversorgung

#### Behandlungsmöglichkeiten

- wer stellt Anforderungen
- welche Unterstützungsmöglichkeiten
- Sucht und Psychose
- Zwangsbehandlung

#### Grenzen des Betreuerhandelns

- Ausgrenzung durch Betreuerhandeln
- Co-Abhängigkeit
- Zielkonflikt

3. Anhand dieser Struktur wurde dann diskutiert, wobei sich im Verlauf die Gewichtung jedoch veränderte.

Zunächst wurde festgestellt, daß es wichtig ist zu beachten, daß auch bei Suchtabhängigen die allgemeinen juristischen Voraussetzungen für die Einrichtung einer Betreuung i. S. v. § 1896 BGB gegeben sein müssen. Die Abgrenzung zu einem krankheitswerten Zustand wird in der Praxis als schwierig beschrieben. So ist es insbesondere als schwierig angesehen worden, eine „alkoholbedingte Wesensveränderung“ zu erkennen. Im Hinblick auf die gesellschaftliche Relevanz der Problematik und dem häufig aus Hilflosigkeit ausgeübten Druck von Angehörigen sollte immer wieder realisiert werden, daß es nicht reicht, wenn es einfach nur „besser“ wäre für den Betroffenen, mit dem Suchtverhalten aufzuhören, denn einfaches Suchtverhalten ist noch keine Krankheit nach den Kriterien der Rechtsprechung. In diesem Zusammenhang wurde auch betont, daß darauf zu achten ist, bei dem persönlichen Umfeld der Betroffenen keine falschen Hoffnungen zu wecken.

Zur Frage der „Erforderlichkeit“ i. S. v. § 1896 BGB wurde angesprochen, daß es wesentlich sei, was die sozialen Dienste vor Ort leisten könnten, wobei Einigkeit darüber bestand, daß ein funktionierendes Netz von sozialen Diensten nicht immer zur Verfügung steht. Ferner wurde die Frage einer PsychKG-Unterbringung zur Unterstützung einer Suchttherapie angesprochen, wobei jedoch darauf verwiesen wurde, daß dies nur im Rahmen einer Einzelfallbetrachtung vertieft werden könnte.

Es wurde davor gewarnt, die Betreuung als Alibi für andere Möglichkeiten zu sehen und zu benutzen. Die Schaffung und Erhaltung von anderen Hilfsmöglichkeiten wurde mehrfach gefordert.

Diskutiert wurde ferner die Frage, wie sich der Betreuer verhalten soll. Es wurde auf die Kriterien des § 1901 BGB („Wohl des Betroffenen“, Verbesserungsgebot) hingewiesen. Kontrovers diskutiert wurde, ob die Betreuungsperson Distanz wahren oder eine persönliche Beziehung aufbauen solle. Hierzu wurden unterschiedliche persönliche Erfahrungen berichtet. Einvernehmlich wurde diskutiert, daß nach der Krisenintervention eine Ablösung erforderlich sei. Hierbei wurde in der Debatte vertreten, daß es zu den Qualitätsstandards für die Betreuer/innen gehören müsse, daß eine Fähigkeit, sich abzugrenzen, vorhanden sei. In diesem Zusammenhang wurde die Frage der Auswahl der Betreuungsperson diskutiert. Mehrheitlich bestand Skepsis gegenüber Angehörigen – wegen der Abgrenzungsschwierigkeiten –, und das Bestellen einer professionellen Betreuungsperson wurde als wünschenswert erachtet oder aber im Einzelfall einer ehrenamtlichen Betreuungsperson, die begleitend eingebunden und in besonderem Maße zu kritischer Selbstreflexion fähig sein sollte.

Im Verlauf der Diskussion wurde einvernehmlich herausgearbeitet, daß das Ziel der Betreuung als solcher nicht die Abstinenz sein kann, schon deswegen nicht, weil die Betreuung die fehlende notwendige Mitwirkung nicht ersetzen könne. Denkbar könnte als Ziel die Schaffung einer gewissen Motivation zur Therapie sein, die Sicherung der Lebensgrundlagen umfassend – unabhängig von der Therapiewilligkeit und ggf. als Begleitung. Es wurde gefordert, daß der Betroffene nicht zum Objekt von Therapieversuchen werden dürfe. Kontrovers diskutiert wurde die Frage, inwieweit sich eine Betreuungsperson lediglich auf die „rechtlichen Aspekte“ der Betreuung zurückziehen dürfe.

Die Frage wurde in den Raum gestellt, aber zumindest mehrheitlich verneint, ob die Schwelle für die Bestellung eines Betreuers vom Gesetzgeber niedriger angesetzt werden sollte.

Für das Betreuungsverfahren wurde gefordert, daß in derartigen Fällen besonders differenzierte ärztliche Sachverständigenutachten – ggf. ergänzt durch sozialpädagogische Fachgutachten – eingeholt werden.

4. Nach abschließender Diskussion wurden die nachfolgenden *Forderungen und Ergebnisse* formuliert:

- (1) Die Betreuung kann nicht mit dem Ziel der Abstinenz eingerichtet werden
- (2) Das Ziel der Betreuung muß individuell und konkret formuliert werden
- (3) Betreuung ist kein Ersatz für sozialpolitische Defizite
- (4) Ausbau von komplementären Einrichtungen; s. Psychiatrie-Enquete
- (5) Ein stärkerer Austausch der beteiligten Berufsgruppen ist notwendig
- (6) Genaue Überprüfung der Notwendigkeit ist geboten
- (7) Realitätsbezogene Kooperation mit den Angehörigen
- (8) Fortbildung und Begleitung von Betreuern (z. B. Supervision)
- (9) Finanzierung von Fortbildungsmaßnahmen
- (10) Gezielte Öffentlichkeitsarbeit über Möglichkeiten und Grenzen der Betreuung.

## XII. Alternativen zur Betreuerbestellung bei nicht einwilligungsfähigen Patienten?

Protokoll von Elisabeth Kraß-Köhler

Moderation:

Veronika Brennfleck / Prof. Dr. Thomas Klie / Peter Winterstein

Die Teilnehmer/innen waren überwiegend tätig in Betreuungsbehörden bzw. Betreuungsvereinen, außerdem nahmen eine Fachärztin und Vormundschaftsrichter/innen teil.

Ausgangspunkt der Diskussion war die Überlegung, daß in der Praxis häufig einwilligungsunfähige Patienten in Krankenhäusern und ambulant behandelt werden, ohne daß zuvor ein Betreuer bestellt wurde.

Der Begriff der Einwilligungsfähigkeit ist in der Rechtsprechung vor allem an Konfliktfällen entwickelt worden.

Die juristische Auseinandersetzung um die ärztliche Behandlung einwilligungsunfähiger Patienten führt zu einer zunehmenden Verunsicherung in den Krankenhäusern, ohne daß die Juristen befriedigende Antworten geben können. Die Lösung kann nicht darin gesehen werden, alle einwilligungsunfähigen Patienten unter Betreuung zu stellen. Dies würde den Intentionen des Gesetzes, nämlich Verringerung der Betreuungen, zuwiderlaufen und zudem kaum praktikabel sein.

Gibt es Alternativen zu der fortschreitenden Verrechtlichung? Können diese Alternativen in dem bislang wohl funktionierenden tatsächlichen System gefunden werden?

Im Vordergrund aller Bemühungen muß jedoch stehen, daß der Wille des Patienten selbst zum Ausdruck kommt und seine Rechte gewahrt bleiben.

Die Teilnehmer/innen berichten von Problemen bei der Entscheidung über die Krankenbehandlung im Rahmen der Betreuung. Keiner will Verantwortung und Verpflichtung übernehmen, wenn sich eine Krebspatientin z. B. gegen den Rat der Ärzte gegen die Chemotherapie entscheidet bzw. eine demente Patientin sich gegen die Amputation des Beines wehrt. In welchem Umfang muß der Betreuer den zuvor geäußerten Wunsch akzeptieren, so (im Rollstuhl) möchte ich nicht leben. So hat sich ein Betreuer gegen den zuvor geäußerten Wunsch des Betreuten entschieden, nicht an ein Atemgerät angeschlossen sein zu wollen. Dieser junge Mann hat heute eine Berufsausbildung abgeschlossen.

Niemand möchte in diesem System gern die Verantwortung übernehmen. Diskutiert wird das Problem an dem Beispiel einer 90jährigen Frau, die eine Dialyse-Behandlung ablehnt. Die Ärzte regen eine Betreuung an, um eine Zustimmung zu erhalten. Die Tochter wird vom Gericht nicht als Betreuerin eingesetzt, da diese bereits vorab erklärt, die Entscheidung der Mutter akzeptieren zu wollen. Zu häufig wird, nach Ansicht der Teilnehmer, die Ablehnung einer Behandlung mit der (krankhaften) Uneinsichtigkeit gleichgesetzt.

Aus ärztlicher Sicht wird in der Gruppe die Einsichtsfähigkeit wie folgt bestimmt:

Jeder, der keine psychiatrische Erkrankung hat, ist einsichtsfähig. Hat er eine psychiatrische Erkrankung, so ist zu fragen nach Art (psychiatrischer, internistischer, chirurgischer Eingriff) und Schwere des Eingriffs. Ist es gerade die krankhafte Vorstellung, die hier zur Ablehnung führt? So kann die Angst vor Verfolgung bzw. Vergiftung zur Ablehnung der Behandlung führen.

Bei der geistigen Behinderung muß Grad und Ausmaß der Behinderung festgestellt werden, ebenso wie Art und Weise der Maßnahme. Bei geistig Behinderten sollte ein Pädagoge zugezogen werden, um den Patienten auf seinem sprachlichen Niveau erreichen zu können. Die Entscheidung über die Einwilligungsfähigkeit sollte von einer interdisziplinär zusammengesetzten Gruppe getroffen werden, in der alle oben angegebenen Gesichtspunkte berücksichtigt werden können.

Auch in der anschließenden Diskussion wird deutlich, daß immer wieder Abgrenzungsprobleme entstehen. Wie geht man um mit der Ablehnung einer Krebsbehandlung durch die depressiv Erkrankten? Hilft hier eine Vollmacht für den Fall der späteren Erkrankung?

Anhand der als Anlage beigefügten Darstellung wird die Person des Vertrauens und die Vorsorge-Vollmacht als Alternative zur Betreuerbestellung diskutiert. Die Gruppe ist bald einig, die Überlegungen als sinnvolle Alternative ernst zu nehmen. Die Person des Vertrauens soll den mutmaßlichen Willen transportieren.

Sie kann gewonnen werden aus dem Kreis der nächsten Angehörigen, so z. B. Eltern, Kinder, Ehegatten, vielleicht ist es aber auch eher ein Freund bzw. Lebenspartner.

Die Gruppe hält auch eine Anregung für sinnvoll, daß eine Gruppe aus Ärzten und Angehörigen über die Einwilligungsfähigkeit und darüber entscheidet, ob die Maßnahme im Interesse des Patienten durchzuführen ist.

Die Einrichtung des Patientenanwalts, bzw. des Ombudsmanns, wird in diesem Zusammenhang für wenig hilfreich angesehen, da diese der Interessenvertretung dienen und bei der Notwendigkeit einer rechtlichen Vertretung nicht hilfreich sind.

Professor Klie beginnt mit der Fragestellung, ob es eine Akzeptanz von Entscheidungen der nahen Angehörigen gibt und ob dies für wünschenswert gehalten wird.

Es ist von einer Praxis auszugehen, bei der Behandlung einwilligungsunfähiger Patienten die Entscheidung der nahen Verwandten zu akzeptieren. Der Eingriff (durch das Betreuungsrecht) in diese gewachsenen Strukturen wird als Angriff erlebt und verändert bzw. zerstört die Praxis. Können wir uns vorstellen, die bestehende Praxis rechtlich abzusichern? Ist es von unserem Rechtsgefühl her in Ordnung, wenn nahe Angehörige entscheiden? Die Gruppe ist weitgehend einig, daß die bisher sozial gewachsenen und akzeptierten Bindungen belassen werden sollen, da sie wohl funktionieren. Die Praxis ist zu flankieren mit einem professionellen Verfahren, z. B. sollte man im Team nicht nur über die Einwilligungsfähigkeit entscheiden, sondern auch über die Frage der Person des Vertrauens.

Das Betreuungsrecht als Steuerungsmittel funktioniert nach Ansicht der Beteiligten nicht. Zu viele rechtliche Prozeduren werden hineingetragen. Die Wertung des Gesetzes muß jedoch aufgegriffen und auf andere Bereiche transformiert werden.

Als Alternative wird auch diskutiert die Vorsorgevollmacht als höchstpersönliche Rechtsausübung. Generell wird auch im Bereich der Krankenbehandlung eine gewillkürte Vertretung für möglich gehalten. Der Staat soll sich in diesem Bereich zurückhalten und deshalb der Vorsorgevollmacht einen Vorrang einräumen.

Die rechtliche Vollmacht setzt Kontrolle voraus, was, wenn diese nicht mehr gegeben ist? Auf jeden Fall entsteht eine Bindung an den geäußerten Willen. Auch der „falsche“ Wille ist beachtlich. Problematisch ist die immer notwendige Überprüfung, ob der einmal geäußerte Wille auch heute noch dem Willen des Betroffenen entspricht.

Läßt sich dieses Problem der Sicherung des Willens des Betroffenen durch ein Verfahren lösen, z. B. durch die Notwendigkeit, die Vorsorgevollmacht in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und wieder zu zeichnen?

Ausgehend von der Überlegung, daß der Kenntnisstand des Betroffenen ausreichend sein muß und auch eine Ernsthaftigkeit gesichert werden muß, könnte eine förmliche Errichtung mit Beratung gefordert werden, z. B. notarielle Form, oder Errichtung in der Betreuungsbehörde. Dies wird jedoch von der Gruppe abgelehnt.

Es soll jedoch erreicht werden, daß eine Offenheit für die Entwicklung im Alterungsprozeß und bei Krankheit oder Behinderung besteht. Gerade in jungen Jahren wird zu schnell gesagt: „So möchte ich nicht leben.“ Es ist auch eine Frage des Menschenbildes und der Erkenntnis, daß auch mit Behinderung und bei Pflegebedürftigkeit ein menschenwürdiges Leben möglich ist. Vielleicht lautet die Entscheidung anders, wenn ich weiß, daß ich gut versorgt werde.

Wir brauchen weniger ein Betreuungsrecht als eine Wertung, die in der Gesellschaft als Kontrolle wirksam ist.

Bei der Vorsorgevollmacht wird eine möglichst genaue Festlegung für wünschenswert gehalten. Die Regelungen sollten im Wirkungskreis dem Betreuungsrecht entsprechen. Auch der § 1904 BGB kann dann geregelt werden.

Einigkeit bestand darin, daß entsprechend der Regelung für das Testament auf jeden Fall eine schriftliche Form zu fordern ist. Die mündliche Erklärung sollte nicht ausreichend sein, um auch die Ernsthaftigkeit zu gewährleisten.

Die Gruppe ist abschließend darüber einig, daß die Steuerungskraft des Gesetzes im Bereich der Behandlung nicht einwilligungsfähiger Patienten negiert wird. Es besteht eher die Gefahr, daß das Recht zunehmend zum Störfaktor einer bisherigen Praxis wird. Die bisherige Praxis ist jedoch zu reflektieren. Durch eine Professionalisierung und Hilfen für die Familie ist eine Qualitätssicherung zu erreichen.

Rechtlicher Anknüpfungspunkt ist die Rechtsfigur des mutmaßlichen Willens. Voraussetzung ist weiter, daß eine ebenso gute Möglichkeit wie die Betreuung geschaffen wird, um dem Selbstbestimmungsrecht und den Wünschen des Betroffenen Rechnung tragen zu können.

Es bleibt daher die Notwendigkeit, aus Untersuchungen der bisherigen Praxis, Rechtsvergleichen, Überlegungen etc. Standards zu entwickeln, die bestehende Praxis abzusichern.

#### Anlage 1

Prof. Dr. Thomas Klie  
Ev. Fachhochschule Freiburg  
Peter Winterstein  
Landesbetreuungsstelle Hamburg

#### AG 12: Alternativen zur Betreuerbestellung bei nicht einwilligungsfähigen Patienten?

##### Problemstellung:

Die Heilbehandlung eines Patienten ist nur mit seiner Einwilligung zulässig. Ist er nicht mehr einwilligungsfähig, z. B. infolge einer entsprechend ausgeprägten Demenz, ist die Erklärung eines befugten Stellvertreters einzuholen (außer in eiligen Notfallsituationen). In der Arbeitsgruppe soll erörtert werden, ob eine solche Stellvertretung nur über eine Betreuerbestellung oder (ggfs. inwieweit) über eine gewillkürte Stellvertretung (Vollmacht) zulässig ist oder ob insbesondere unter Berücksichtigung pflegerischer und medizinischer Erfordernisse alternative Lösungen angezeigt sind.

Sind Forderungen an den Gesetzgeber zu stellen?

##### Rechtsvergleichende Betrachtungen:

Patientenanwalt, Ombudsleute u. ä. Institute stellen zumeist Unterstützung in Verfahren und gegenüber Institutionen dar, ohne in die Autonomie des Patienten eingreifen zu dürfen. Sie können nicht das Problem lösen, aber durch eine wirksame Interessenvertretung des Patienten Probleme reduzieren.

Ist die Diskussion um die Institution eines Patientenanwalts trotz der klaren Ablehnung auf dem 56. Deutschen Juristentag 1986 wieder aufzunehmen?

##### Patiententestament:

Vorab-Einwilligungen oder Vorab-Weigerungen gegenüber Heilbehandlungen können, da sie situationsbezogen abgegeben werden, allenfalls spezielle Einwilligungsfragen lösen helfen, nicht aber generell einen Ersatz für eine Stellvertretung geben.

##### Mutmaßlicher Wille:

Aus einem Patiententestament oder aus sonstigen, vom Patienten eindeutig stammenden Äußerungen sowie aus den Umständen läßt sich mitunter der mutmaßliche Wille des Patienten ermitteln. Welche Bedeutung kommt ihm zu, ohne daß die Entscheidung des Arztes oder des Pflegepersonals in Wirklichkeit an die Stelle der Patientenentscheidung tritt (Stichwort: Rechtfertigung lebensnotwendiger Eingriffe bei verweigerter Einwilligung)?

##### Person des Vertrauens:

Sind nahestehende Personen mit ausdrücklicher Ermächtigung seitens des Patienten oder nahe Familienangehörige bis zum Beweis des Gegenteils zu ersatzweisen Einwilligungen als befugt anzusehen?

##### Vollmacht:

Voraussetzungen einer wirksamen Vollmachtserteilung im Bereich der Heilbehandlung, Formerfordernisse und inhaltliche Grenzen nach gegenwärtiger Rechtsprechung, aber auch rechtspolitisch wünschenswerte Erweiterungen sollen erörtert werden.

Ist eine Grenze der Vorsorge durch Vollmacht da zu ziehen, wo das Gesetz für einen Betreuer gerichtliche Genehmigungsvorbehalte vorsieht? Oder ist es – so wie es LG und OLG Stuttgart für den Bereich der Freiheitsentziehung entschieden haben – durchaus zulässig, durch detaillierte Bestimmungen private Vorsorge unabhängig von staatlicher Aufsicht auch in allen höchstpersönlichen Heilbehandlungsentscheidungen zu treffen?

##### Betreuerbestellung:

Auf eine Betreuerbestellung dürfte dann nicht zu verzichten sein, wenn die Gefahr besteht, daß der tatsächliche Wille des Patienten nicht ernst genommen wird.

##### Literaturhinweise:

Uhlenbrock, Vorab-Einwilligung und Stellvertretung bei der Einwilligung in einen Heileingriff, MedR 1992, S. 134 ff.; Verhandlungen des 56. DJT Berlin 1986 Bd. II Teil M; Füllmich, Der Tod im Krankenhaus und das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, 1990; OLG Stuttgart BtPrax 1994, S. 99 ff.

## Anlage 2

Veronika Brennfleck

Zur Frage nach Alternativen zur Betreuerbestellung  
bei nicht einwilligungsfähigen Patienten

|   | I.<br>Person des Vertrauens   | II.<br>Vorsorgevollmacht  | III.<br>Weder I. noch II.  |
|---|---|---|--|
| 1. Ist eine Betreuung erforderlich?       | Betreuung nicht erforderlich  | Betreuung nicht erforderlich  | Bestellung eines Betreuers   |
| 2. Wie wird dem Schutzbedarf entsprochen? | <p>in Familien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hilfe von außen</li> <li>• Förderung sozialer Kontakte</li> </ul> <p>kontrollierende und begleitende Maßnahmen</p> <p>in Heimen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Veränderung institutioneller Routinen</li> <li>• Entwicklung von Pflegestandards</li> <li>• selbstverständliche professionelle Reflexion</li> <li>• Verantwortungstransparenz</li> <li>• Generalprävention durch Maßstäbe der Rechtsordnung auch im Heim</li> <li>• Spezialprävention durch Hilfe, Verantwortung, soziale Kontrolle</li> <li>• Heimaufsicht</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grenze:<br/>Bsp.: § 1904 BGB</li> </ul> <p>Wenn das Gesetz für die mit Gefahr verbundenen Heilbehandlungen einen Betreuer nicht ausreichen läßt und eine gerichtliche Genehmigung verlangt, dann kann erst recht allein eine Vertretung nicht ausreichen.</p> <p>In diesem Fall ist eine gerichtliche Entscheidung auch bei einer Vertretung geboten (Pal-Heinrichs § 1896 RZ 21).</p> <p>Weiteres Bsp.: § 1906 Abs. 2 BGB</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vollmachtbetreuung</li> <li>• mehrere Bevollmächtigte, die sich gegenseitig kontrollieren</li> </ul> | <p>Kontrolle durch das BG:</p> <p>§§ 1896 ff. BGB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Beistandschaft (Betreuer) und</li> <li>2. Vormundschaftsgericht</li> </ol> <p>a) Aufhebung unterschiedlicher Entscheidungen / Fallbearbeitungen der RichterInnen durch Vernetzung der zuständigen Richter – Kontaktmöglichkeiten.</p> <p>b) Verbesserung der Entscheidungsgrundlagen durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortbildung der HeimleiterInnen</li> <li>• aktive Fallbeschaffung</li> <li>• differenzierte Entscheidungen durch Berücksichtigung des Einzelfalles</li> <li>• hohe Anforderungen an Gutachten</li> <li>• Heimpyschiatern</li> <li>• Erarbeitung einer kreativen Lösung durch Mitarbeit; Anhörung von Gutachter, Betreuer, Heimpersonal</li> <li>• verstärkte Kontrolle durch Dokumentationsmappe</li> </ul> |

## Anlage 3

Ergebnisse der Arbeitsgruppe 12

## Heilbehandlung: Alternativen zur Betreuerbestellung

## Thesen

## 1. Grauzone Heilbehandlung

Die Entscheidung über die Heilbehandlung bei nicht einwilligungsfähigen Patienten erfolgt heute weitgehend unter Ausblendung der rechtlichen Maßstäbe und betreuungsrechtlich vorgesehenen Verfahren. Damit verhält sich das System „Gesundheitswesen“ funktional: Die konsequente Anwendung des Betreuungsrechtes im Sinne einer regelmäßigen Betreuerbestellung für den Aufgabenkreis Heilbehandlung bei nicht einwilligungsfähigen Patienten würde sowohl die Routinen im Gesundheitswesen grundlegend in Frage stellen als auch das Betreuungswesen überfordern. Darüber hinaus widerspricht die verfahrensrechtliche „Verrechtlichung“ der Einwilligungen in Heilbehandlung einem weitverbreiteten Rechtsgefühl in der Bevölkerung, nachdem „Personen des Vertrauens“ von Ärzten bei der Entscheidung über Heilbehandlung einbezogen werden. Durch die Diskrepanz zwischen rechtlich vorgesehenen Verfahren einerseits und der praktizierten und weitgehend tolerierten Praxis im Gesundheitswesen andererseits droht der Anspruch des Betreuungsrechtes auf wirksamen Schutz der Patienten verloren zu gehen. Weder bei den Akteuren des Gesundheitswesens noch bei den Betroffenen und ihren Angehörigen stoßen die betreuungsrechtlichen Verfahren auf Akzeptanz. Sie stehen vielmehr in der Gefahr, vorhandene Strukturen und „Institutionen“ zu zerstören. Gleichzeitig gilt es zu konstatieren, daß der Rechtsschutz der Betroffenen im Bereich der Heilbehandlung nicht als gewährleistet angesehen werden kann.

## 2. Vorrang anderer Hilfen

Das Betreuungsgesetz verlangt die Ausschöpfung „anderer Hilfen“ und „Hilfen im Rahmen der Vollmachtserteilung“, bevor die Bestellung eines gesetzlichen Betreuers erfolgt. Auch die Bestellung eines gesetzlichen Betreuers ist als Grundrechtseingriff zu werten. Alle „anderen Hilfen“, die das Anliegen des Betreuungsrechtes ebenso oder noch wirksamer erfüllen, sind der Betreuerbestellung vorzuziehen. Hieraus ergibt sich eine Verpflichtung, mögliche „andere Hilfen“ auszuschöpfen und gegebenenfalls zu institutionalisieren sowie handhabbar zu machen, die in diesem Sinne vorrangig sind. Die Diskussion darf sich nicht nur auf die Frage der Substitution der Betreuerbestellung durch Vollmachtserteilung beschränken, sondern muß andere tatsächliche Hilfen in Betracht ziehen. Hierzu gehören: Patientenverfügungen, professionelle Hilfeangebote sowie Unterstützung und Entscheidungen aus dem familiären Umfeld sowie in anderen sozialen Netzen.

## 3. „Person des Vertrauens“

Wir empfehlen zu prüfen, ob durch die Institutionalisierung einer „Person des Vertrauens“, die in der sozialen Wirklichkeit existiert und akzeptiert ist, dem Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen in besonderer Weise Rechnung getragen werden kann. Die „Person des Vertrauens“ kann den mutmaßlichen Willen der Betroffenen bei der Entscheidung über Heilbehandlungen zur Geltung bringen. Aus der Nähe zum Betroffenen, aus der besonderen Kenntnis und dem gewachsenen Vertrauensverhältnis erwächst die Eignung und Fähigkeit zur Formulierung des mutmaßlichen Willens der Betroffenen in Fragen der Heilbehandlung. Schon beim sogenannten Patiententestament wird an den mutmaßlichen Willen des Betroffenen angeknüpft. Die „Person des Vertrauens“ könnte über die anerkannten Situationen des Patiententestamentes hinaus die Beachtung des mutmaßlichen Willens des Betroffenen in Fragen der Heilbehandlung gewährleisten. Es ent-

spricht sozialer Übung, nahe Angehörige und andere „Personen des Vertrauens“ bei Entscheidungen über Heilbehandlungsmaßnahmen hinzuzuziehen. Diese Praxis wird durch das Betreuungsrecht jedoch zunehmend problematisiert. Als „Person des Vertrauens“ kommen in Betracht: nahe Angehörige und Freunde. Von der Betroffenenenseite kommen in Betracht: geistig Behinderte, dementiell Erkrankte, weniger psychisch Kranke.

#### 4. *Ebensogut?*

Das Betreuungsrecht läßt tatsächliche Hilfen anderer nur dann als Substitut für eine gesetzliche Betreuung zu, wenn sie „ebensogut“ die Besorgung der Angelegenheiten des Betroffenen gewährleisten. Das Betreuungsrecht verpflichtet die gesetzlichen Betreuer auf das Wohl des Betroffenen inklusive der Berücksichtigung seiner Wünsche. Es schreibt ferner Kontrollverfahren bei schwerwiegenden und folgenreichen Entscheidungen vor (vgl. § 1904 BGB). Die Einbeziehung der „Person des Vertrauens“ ist nur dann ebensogut, wenn gewährleistet ist, daß sowohl die Orientierung an Wohl und Wünsche des Betroffenen gewährleistet als auch der Mißbrauch der Entscheidungsmacht verhindert wird. Dies bedeutet: Für alle Formen von Zwangsmaßnahmen bleibt die Legitimation über die „Person des Vertrauens“ ausgeschlossen. Weiterhin gilt: Es müssen bei schwerwiegenden Entscheidungen und Unklarheiten über den mutmaßlichen Willen Schutzverfahren vorgesehen werden. Hierzu gehören insbesondere Verfahren, die eine interdisziplinäre Entscheidungsfindung unter Berücksichtigung des Willens des Betroffenen sicherstellen. Anzuknüpfen wäre an die professionellen Verfahren der Hilfekonferenz, Assessment, Konsultationen. Es bietet sich an, die sich etablierenden professionellen Qualitätssicherungsverfahren als „Schutzverfahren“ im oben genannten Sinne zu integrieren. Dabei ist auch an die im Ausland bekannten interdisziplinären Fall- und Entscheidungskonferenzen zu denken, die in besonders schwierigen Entscheidungssituationen angerufen werden könnten. Ein in diesem Sinne entwickeltes System von Schutzvorkehrungen könnte auch recht weitgehend Institutionen der „Person des Vertrauens“ als tatsächliche Hilfe im Sinne des § 1896 BGB erscheinen lassen. Inwieweit dennoch eine gesetzliche Betreuung einzuleiten ist, bleibt im Einzelfall von den Beteiligten zu prüfen.

Zu klären wäre die Frage, ob als Grenze für die mutmaßliche Einwilligung die Genehmigungsbefähigkeit von Heilmaßnahmen nach § 1904 BGB anzusetzen ist. Hier wäre regelmäßig davon auszugehen, daß der mutmaßliche Wille mit Hilfe einer Vertrauensperson nicht ermittelt werden kann. Ob hier eine Vorsorgevollmacht weiterhelfen könnte, ist derzeit nicht geklärt und wäre gesondert zu prüfen.

#### 5. *Perspektive*

Wir gehen davon aus, daß der Rechtsschutz der Betroffenen nur durch das System „Gesundheitswesen“ gewährleistet werden kann. Eine weitgehende gerichtliche Kontrolle der Subkultur „Gesundheitswesen“ ist bei Auseinanderklaffen von normativen Vorstellungen „innen und außen“ nicht wirksam zu gewährleisten. Perspektivisch geht es darum, die dem Gesundheits- und Sozialwesen auferlegten Qualitätssicherungsverpflichtungen so auszugestalten, daß durch Rechtsschutzaspekte aufnehmende Handlungsstandards die vom Betreuungsrecht in den Vordergrund gestellten Belange der Betroffenen in den Routinen der Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens verankert werden. Das Betreuungsrecht bietet Maßstäbe und Verfahren als Modell an, kann aber nicht Mängel der Qualitätssicherung unter Rechtsschutzaspekten im Gesundheitswesen kompensieren.

#### 6. *Handlungsauftrag*

- Zu prüfen wäre, inwieweit die höchstrichterliche Rechtsprechung zum mutmaßlichen Willen eine regelhafte Einbeziehung des mutmaßlichen Willens über die „Person des Vertrauens“ zuläßt oder ausschließt.

- Unabhängig von der Rechtsprechung wäre die Tragfähigkeit der Konstruktion über den mutmaßlichen Willen zu prüfen.
- Die Abgrenzung zwischen Vorsorgevollmacht und „Person des Vertrauens“ ist näher zu bestimmen.
- Die Verbindung zwischen Qualitätssicherungsverfahren und Schutzvorkehrungen bei der „Person des Vertrauens“ wäre darzustellen.
- Zu denken wäre an modellhafte Darstellungen von Erfahrungen mit der Institution „Person des Vertrauens“.
- Bei erfolgreicher Erprobung wären bei gegebenenfalls notwendigen Rechtsänderungen de lege ferenda Forderungen an den Gesetzgeber zu erheben. Sollte die „Person des Vertrauens“ im Rahmen des geltenden Rechts sich etablieren lassen, so wären entsprechende Praxishilfen zu entwickeln.

### XIII. Umgang mit Sprache – unverständlicher und diskriminierender Sprachgebrauch im Betreuungsverfahren

Protokoll von Dr. Wolfgang Raack

Moderation:

Prof. Dr. Hans-Jürgen Schimke / Dr. Wolfgang Raack

#### *Einführung*

Um die Grundlage für eine konstruktive Auseinandersetzung mit dem Thema zu schaffen, wurde der folgende Einstieg gewählt. Die Teilnehmer bekamen den Auftrag, sich in Anlehnung an ein vorgegebenes Fragenraster\* paarweise gegenseitig zu interviewen. Anschließend sollten die Teilnehmer in die Rolle ihres Interviewpartners schlüpfen und – hinter diesem stehend – in der Ich-Form über ihn berichten.

Der Einstieg über das Partnerinterview, erweitert mittels der dem Psychodrama entlehnten Technik des Rollentausches, verfolgte mehrere Zielrichtungen.

Zum einen sollte über ein gegenseitiges Kennenlernen eine günstige Atmosphäre für die weitere Arbeit in der Gruppe grundgelegt werden. Vor allem sollte das Verlassen der eigenen Rolle, das Hineinschlüpfen in die Rolle des Gegenübers, die Fähigkeit des Perspektivwechsels eingeübt werden. Diese sollte ermöglichen, den Sprachgebrauch im Betreuungsverfahren immer wieder aus der Wahrnehmungsperspektive der Betroffenen zu beleuchten.

Darüber hinaus sollten in der anschließenden Auswertungsrunde die einzelnen Partnerinterviews genauer betrachtet werden.

Die eigene Kommunikation wurde zum Thema (Metakommunikation). Dadurch sollte ein Nachdenken über den eigenen Kommunikationsstil angeregt werden.

So ergab die Auswertung des modifizierten Partnerinterviews Auslassungen von Gesagtem, Schwerpunktverschiebungen in der Gewichtung von Äußerungen, Hinzufügungen (z. B. von Deutungen), Mißverständnisse (z. B. durch ein versäumtes Nachfragen).

Die Notwendigkeit einer „Kommunikativen Basiskompetenz“ wurde deutlich. Dieser Kompetenz ist sowohl das Verstehen des anderen wie auch das eigene Sich-Verständlich-Machen hinzuzurechnen.

Transformiert man das Gesagte auf die Anhörungssituation im Betreuungsverfahren oder auch auf den Sprachgebrauch im Betreuungsbeschuß, so läßt sich schlußfolgern, daß eine am Bemühen, den anderen zu verstehen und sich selbst verständlich zu machen, orientierte Kommunikation – sei sie sprachlich oder schriftsprachlich – unmittelbarer Ausdruck von Achtung und Respekt vor der Person des Betroffenen ist.

#### *Arbeitsphase I: Kommunikation*

Die erste Arbeitsphase wurde dann durch die folgenden, an Modellen von SCHULZ VON THUN (1981) und GROND (1993) angelehnten Überlegungen, eingeleitet.

Jede Kommunikation ist mehr als der bloße Austausch von Sachinformationen. In jeder Kommunikation gibt man etwas von sich selbst zu erkennen, sei es beabsichtigt oder ungeplant; auch trete ich immer in Beziehung zu meinen Kommunikationspartnern; die Art, in der ich kommuniziere, ist Ausdruck meiner Einschätzung des Gegenüber bzw. meiner Beziehung zu ihm. So kann ich bevormundend, Überlegenheit ausdrückend,

\* siehe Anhang.

ungeduldig, aber auch respektvoll und wertschätzend kommunizieren und entsprechend bei meinem Gegenüber eher Abwehr oder Kooperation bewirken.

Bedenke: Das Verhalten unseres Gegenüber ist immer auch als Reaktion zu verstehen, als ein Produkt unserer Interaktion.

Etwas bewirken zu wollen ist ein weiterer Aspekt jeder Kommunikation: So ist in jeder Äußerung auch ein mehr oder weniger bewußter oder auch ein verdeckter Appell enthalten.

Körpersprachliche Begleitsignale geben oftmals Aufschluß über die eigentliche Bedeutung des Gesagten.

Jedes Verhalten hat Mitteilungscharakter – auch das Schweigen: „Man kann nicht nicht kommunizieren“ (Watzlawick, 1969).

In unserer Kommunikation sind wir gewissermaßen ‚Sender und Empfänger von Nachrichten‘. Als Empfänger entscheiden wir, auf welchen der o. g. Aspekte wir den Schwerpunkt legen, d. h. welche Bedeutung wir der Nachricht zuschreiben. Ursache für eine mißlungene Kommunikation („Mißverstehen“) ist die Nichtübereinstimmung von gesendeter und empfangener Nachricht.

Aus den obigen Überlegungen läßt sich die grundsätzliche Möglichkeit einer Kommunikation mit behinderten Menschen ableiten. Kommunikation mit Behinderten ist vor allem behinderte Kommunikation. An ‚behinderter Kommunikation‘ ist nicht allein der Behinderte beteiligt, sondern auch ein *behindernder Kommunikationspartner*, welcher über eine nur unzureichende kommunikative Kompetenz verfügt.

Für eine gelingende Kommunikation müssen wir umso mehr tun, je eingeschränkter unser Gegenüber in seinen Möglichkeiten ist.

Bei vielen behinderten oder psychisch veränderten älteren Menschen sind die Fähigkeiten zum Sprachverständnis und zur Sprachproduktion, wie auch das Sehen und das Hören eingeschränkt. Sprechen, Schreiben, Lesen und Verstehen sind in unterschiedlichem Ausmaß beeinträchtigt.

Wir sind gefordert, uns in der sprachlichen, nicht-sprachlichen und schriftsprachlichen Kommunikation darauf einzustellen.

Die mündliche Anhörung wie auch die schriftlichen Beschlüsse sind kommunikative Akte.

Sie können den Gegenüber nur dann als Partner einbeziehen und über die reine Selbstzweckerfüllung hinausgehen, wenn sie an Verstehen und an Verständlichkeit interessiert sind.

Nach dieser Richtungsvorgabe wurde mithilfe eines Videobeispiels eine Anhörungssituation kommunikationstheoretisch analysiert. Ein kurzer Erfahrungsaustausch schloß sich an.

#### *Arbeitsphase II: Sprachgebrauch im Betreuungsbeschuß*

Ziel der nachfolgenden und zeitintensivsten Arbeitsphase sollte sein, das Formular „Betreuungsbeschuß“ in seinem Sprachgebrauch derart umzuarbeiten, daß für die Betroffenen ein möglichst hoher Grad an Verständlichkeit ermöglicht wird.

Als Arbeitsmaterial hierzu dienen

- das bislang benutzte Formular „Betreuungsbeschuß“
- ein bereits verständlich umgestaltetes Formular aus einem anderen Bereich
- Kriterien für die Verständlichkeit von Texten (aus: Büter/Schimke, 1993)
- das Skript eines auf die Zielgruppe ‚Menschen mit geistiger Behinderung‘ ausgerichteten Kurzvortrages (C. von Looz, 1994).

Die Umarbeitung des o. g. Formulars wurde angestoßen durch ein Rollenspiel, dessen Vorgabe war, einer betroffenen Person den Betreuungsbeschuß in verständlicher Sprache mitzuteilen. Das bewußte In-den-Vordergrund-rücken der Perspektive des Betroffenen sollte für den weiteren Verlauf bestimmend sein.

Zu diesem Zeitpunkt war sich die Gruppe in ihren Erwartungen hinsichtlich des Fortgangs uneins: Einige Teilnehmer äußerten den Wunsch, das Thema ‚Kommunikation in der Anhörungssituation‘ zu vertiefen, andere hingegen waren interessiert an einem konkreten und präsentierbaren Arbeitsergebnis wie der Umarbeitung des Formulars ‚Betreuungsbeschuß‘.

Es konnte eine Einigung in Richtung der letztgenannten Erwartung erzielt werden.

*Vorschlag der Arbeitsgruppe 13  
für einen veränderten Beschluß zur Betreuerbestellung*

Bei dem folgenden Entwurf handelt es sich um die Überarbeitung eines Formulars für einen Betreuungsbeschuß. Dieses Formular dient als Grundlage für die Erstellung des eigentlichen Beschlusses im Schreibdienst. Die Arbeitsgruppe hat diese Form übernommen, obwohl auch Bedenken gegen eine solche Routinisierung der Arbeitsabläufe, insbes. gegen die Möglichkeit, auf diese Weise den Beschluß quasi im Ankreuzverfahren zu fertigen, bestanden. Die vorgelegte Alternative enthält deshalb zwar die Möglichkeit des Ankreuzens, bietet jedoch genügend Raum für eine individuelle Begründung, wobei die Auseinandersetzung mit Alternativen für die Betreuung angeregt wird.

Die Aufgaben des Betreuers sind möglichst individuell und konkret gefaßt, wobei allerdings von den Berufsbetreuern in der Gruppe Bedenken gegen eine zu große Einschränkung der einzelnen Aufgabenkreise geäußert wurden.

Formalen Bedenken gegen Gerichtsentscheidungen in „Briefform“ ist entgegenzuhalten, daß sogar die für Urteile in der ZPO aufgestellten Anforderungen berücksichtigt sind. Aufmachung und Überschrift deuten auf einen gerichtlichen Hoheitsakt hin. In der Anschrift findet sich das Rubrum und der die Betreuung aussprechende Satz ist unschwer als Tenor zu erkennen. Die Gründe sind in Tatsachenfeststellung und rechtliche Würdigung gegliedert. Die Abfassung in Briefform hat sich im übrigen bei Ständen und Kreisen bei Verwaltungsakten und Widerspruchsbescheiden bewährt. Diese Form der Abfassung und Übermittlung der Gerichtsentscheidung führt schließlich bei dem Verfasser zu einem Perspektivwechsel, insofern er nicht *über* den sondern *mit* dem Betroffenen korrespondiert.

Die folgenden Muster zeigen einmal ein Blankomuster und einmal ein konkretisiertes Beispiel des Betreuungsbeschlusses. Letzteres läßt die Wichtigkeit und den Hoheitscharakter des „Briefes“ für den Betroffenen und die übrigen Empfänger ohne weiteres durch die Aufmachung und Überschrift erkennen. Beide sind als Diskussionsgrundlage gedacht und sollen möglichst umfassend erprobt werden, damit beim nächsten Vormundschaftsgerichtstag eine verbindlichere Empfehlung erarbeitet werden kann.

Diskussionsentwurf für einen Betreuungsbeschuß

Amtsgericht XY  
AZ: ... XVII ... /94  
Vormundschaftsrichter/in XY

15. 10. 1994  
Tel.: ...

Frau XY  
Beta-Str.  
1234 X-Stadt

*Betreuungsbeschuß*

Sehr geehrte/r Frau/Herr XY,

ich bestelle für Sie (auf Ihren Wunsch) Herrn/Frau ... zum/zur Betreuer/in. Er/sie ist Mitarbeiter/in der X-Behörde/des Y-Vereins.

Er/sie hat die Aufgabe, Sie bei folgenden Angelegenheiten zu unterstützen:

|  |  |
|--|--|
|  | wie Sie ärztlich behandelt werden  |
|  | wo Sie wohnen  |
|  | wie mit Ihrem Geld umgegangen wird. Das bedeutet in Ihrem Fall, ...                |
|  | Wenn ein Gericht dies beschließt, kann der/die Betreuer/in auch gegen Ihren Willen |
|  | Sie in einem Krankenhaus unterbringen  |
|  | Sie daran hindern, sich frei zu bewegen  |
|  | Ihre Wohnung auflösen  |

Wenn Sie keine Unterstützung mehr benötigen, werde ich die Betreuung aufheben. Spätestens bis zum ... werde ich über Ihre Betreuung wieder entscheiden.

*Gründe:*

*Sachverhalt:*

|  |   |
|--|---|
|  | Sie haben beantragt, ...  |
|  | Herr/Frau ... hat darum gebeten, für Sie eine/n Betreuer/in zu bestellen. |

Daraufhin habe ich geprüft, ob es notwendig ist, daß Sie eine/n Betreuer/in bekommen.

Dazu habe ich

|  |  |
|--|--|
|  | Sie am ... in Ihrer Wohnung/im Heim/im Krankenhaus besucht |
|  | Sie am ... angehört  |
|  | die Betreuungsstelle befragt                               |
|  | das Gutachten von Herrn/Frau ... eingeholt                 |

|  |   |
|--|---|
|  | Sie haben bei der Anhörung gesagt, ...  |
|  | Bei meinem Besuch am ... habe ich festgestellt, ...                           |
|  | Herr/Frau von der Betreuungsstelle hat folgendermaßen Stellung genommen: .... |
|  | Herr/Frau ... als Gutachter/in hat ausgeführt: ...                            |

*Rechtliche Würdigung*

Ich muß eine/n Betreuer/in für Sie bestellen. Denn ohne Unterstützung können Sie Ihre Angelegenheit zur Zeit in folgenden Bereichen nicht mehr allein bewältigen:

Ursache dieser Schwierigkeiten ist nach meiner Überzeugung, wie die/der Gutachter/in ... und Herr/Frau ... von der Betreuungsstelle ausgeführt haben:

Ich habe die folgenden Möglichkeiten geprüft, um eine Betreuerbestellung zu vermeiden:

Zur Zeit kann dadurch eine Betreuerbestellung nicht ersetzt werden.

|  |  |
|--|--|
|  | Ich habe daher den/die Betreuer/in ausgewählt, den Sie vorgeschlagen haben.      |
|  | Ich habe Herrn/Frau ... aus folgenden Gründen als Betreuer/in ausgewählt:<br>... |

Aus dem Gutachten des/r Herrn/Frau ... ergibt sich, daß Sie wahrscheinlich für die Dauer von ... die Betreuung brauchen.

*Rechtliche Grundlagen*

Dieser Beschluß beruht auf den §§ ... BGB und den §§ ... FGG (genaue Angabe der Gesetze mit Fundstelle)

*Ihre Rechte*

Gegen diese Entscheidung können Sie sich beschweren, und zwar beim Amtsgericht ... oder beim Landgericht ...

schriftlich oder mündlich zur Niederschrift bei der Geschäftsstelle des Gerichts.

Mit freundlichem Gruß



**Amtsgericht Kerpen**  
Vormundschafterichter

Amtsgericht Kerpen, Postfach 21 60, 50151 Kerpen

Dienstgebäude:

Frau/Herrn

Nordring 2 - 8  
50171 Kerpen

Zu erreichen:

Buslinie 976

Haltestellen: Kerpen-Mitte bzw. Nordring

Tel.: (0 22 37) 50 80

Durchwahl: 50 82 14

Telefax: (0 22 37) 5 24 74

Geschäftsnummer

65 XVII

(Bitte bei allen Schreiben angeben)

Ihr Zeichen und Tag

Datum

**B E T R E U U N G S B E S C H L U ß**

Sehr geehrte(r) Frau/Herrn \_\_\_\_\_

ich bestelle für Sie - auf Ihren Wunsch - Herrn/Frau  
\_\_\_\_\_ zum/zur Betreuer(in).

Er/Sie ist Mitarbeiterin der Betreuungsstelle, des  
Betreuungsvereins \_\_\_\_\_.

Er/Sie hat die Aufgabe Sie bei folgenden Angelegenheiten zu  
unterstützen:

- wie Sie ärztlich behandelt werden
- wo Sie wohnen
- wie mit Ihrem Geld umgegangen wird. Das bedeuten in Ihrem Fall

\_\_\_\_\_

- wenn ein Gericht dies beschließt, kann der/die Betreuer(in) auch gegen Ihren Willen
  - Sie in einem Krankenhaus unterbringen
  - Sie daran hindern, sich frei zu
  - Ihre Wohnung auflösen

Wenn Sie keine Unterstützung mehr benötigen, werde ich die Betreuung aufheben. Spätestens bis zum \_\_\_\_\_ werde ich über Ihre Betreuung wieder entscheiden.

#### Gründe:

##### Sachverhalt:

- Sie haben beantragt \_\_\_\_\_
  - Herr/Frau \_\_\_\_\_ hat darum gebeten, für Sie einen Betreuer zu bestellen.
- Daraufhin habe ich geprüft, ob es notwendig ist, daß Sie einen Betreuer bekommen.
- Dazu habe ich am \_\_\_\_\_
- Sie in Ihrer Wohnung/im Heim/im Krankenhaus besucht.
  - Sie angehört
  - die Betreuungsstelle befragt
  - das Gutachten von Dr. \_\_\_\_\_ eingeholt.
- Sie haben bei der Anhörung gesagt, \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Bei meinem Besuch habe ich festgestellt, \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Herrn/Frau \_\_\_\_\_ von der Betreuungsbehörde hat Stellung genommen \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Herr/Frau \_\_\_\_\_ als Gutachter hat ausgeführt. \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

#### Rechtliche Würdigung:

Ich muß eine(n) Betreuer(in) für Sie bestellen, denn ohne Unterstützung können Sie Ihre Angelegenheiten zur Zeit in folgenden Bereichen nicht mehr allein bewältigen.

Ursache dieser Schwierigkeiten ist nach meiner Überzeugung, wie die/der Gutachter(in) und Frau/Herr von der Betreuungsbehörde ausgeführt haben, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich habe die folgenden Möglichkeiten geprüft, um eine Betreuerbestellung zu vermeiden.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Zur Zeit kann dadurch eine Betreuerbestellung nicht ersetzt werden.

- Ich habe daher den/die Betreuer(in) ausgewählt, den Sie vorgeschlagen haben
  - Ich habe Herrn/Frau \_\_\_\_\_ aus folgenden Gründen als Betreuer(in) ausgewählt.
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Aus dem Gutachten ergibt sich, daß Sie wahrscheinlich für die Dauer von \_\_\_\_\_ die Betreuung brauchen.

#### Rechtliche Grundlagen:

Dieser Beschluß beruht auf den §§ \_\_\_\_\_ BGB, FGG.

#### Ihre Rechte:

Gegen diese Entscheidung können Sie sich beschweren, und zwar beim Amtsgericht Kerpen oder Landgericht Köln schriftlich oder mündlich zur Niederschrift bei der Geschäftsstelle des Gerichts.

Mit freundlichen Grüßen

Direktor des Amtsgerichts/Richterin am Amtsgericht

## XIV. Bedeutung der Beziehung zwischen Betreuer und Betreutem

Protokoll von Willi Reichel

Moderation:

Barbara Pufhan / Walter R. Zahn

In der Arbeitsgruppe waren ca. 20 Teilnehmer, am stärksten vertreten die Berufsgruppe der Vereinsbetreuer. Es folgte die Gruppe der freiberuflichen Betreuer und Verantwortliche von Betreuungsstellen/Betreuungsbehörden, bzw. Betreuer in diesen Dienststellen. Des weiteren waren anwesend ein Richter vom Vormundschaftsgericht und eine Sozialarbeiterin, die gleichzeitig selbst Betreute ist.

Bei den Berufsbetreuern überwiegt der Beruf des Sozialarbeiters. Bei den Berufsbetreuern der Vereine waren teilweise freie Mitarbeiter tätig.

Eine Teilnehmerin ist dabei, einen kommunalen Betreuungsverein aufzubauen.

Eine Teilnehmerin (Rheinland-Pfalz) konnte über 80%ige Finanzierung der Querschnittsaufgaben berichten, und sie selbst braucht nur mit ca. 10 Betreuungen die Restfinanzierung abzudecken.

Ein Behördenbetreuer mußte 67 Betreuungen führen und wird damit der Intention des Betreuungsgesetzes nicht gerecht.

Außer den Referenten fehlte die Berufsgruppe der Rechtspfleger und Anwälte.

Motivationen für die Teilnahme in der Gruppe war bei etwa 5 Teilnehmern, daß die Wunschgruppen überfüllt waren.

Bei den anderen waren Motivationen:

- Probleme zwischen Distanz und Nähe in der Betreuung
- Schwierigkeiten beim Aufbau einer Beziehung in der Betreuung, wie eng oder wie weit kann die persönliche Beziehung in der Betreuung gehen
- wie gehe ich mit den Belastungen in der Beziehung zu dem Betreuten um, Hilfe für den eigenen Schutz, Austausch und interdisziplinäre Zusammenarbeit, oft nur Einzelkämpfer, Wunsch nach Feedback, Schwierigkeit, die Intention des Betreuungsgesetzes (persönlicher Kontakt) in der täglichen Arbeit umzusetzen.

Um über die Beziehung zwischen Betreuer und Betreutem nachzudenken, war es für die Arbeitsgruppe wichtig, durch Kommunikationsübungen eigene Erfahrungen zuzulassen.

Was heißt für mich Distanz und Nähe?

Geht es mir dabei gut, und was signalisiert mir der andere?

In drei kleinen Gruppen wurde nachgedacht:

Wann finde ich meine Betreuungsarbeit gut?

Was wünsche ich mir?

Was erhoffe ich?

Die Erkenntnisse wurden zusammengetragen. Danach entwickelte sich ein intensives Gespräch.

Dieses wurde bereichert durch eine Teilnehmerin, die als Sozialarbeiterin arbeitet und einen Betreuer zur Bewältigung einiger Aufgabenkreise zur Seite hat. Sie brachte wesentliche eigene Erfahrungen ein, wie es ihr in diesem Beziehungsfeld in den verschiedenen

Phasen der Betreuung erging. Die Erfahrungen dieses Beziehungsfeldes wurden noch verstärkt durch die Anwesenheit ihres Betreuers.

Inhalte des Gespräches waren:

- Verhältnis zwischen Betreuer und Betreutem nicht immer gleichwertig. Betreuer muß sich seiner „Machtbefugnis“ bewußt sein.
- Beziehung in der Betreuung in der Regel nicht freiwillig, Betreuer wählt sich nicht seinen Betreuten aus, Betreuter nicht seinen Betreuer.
- Aufbau von Beziehungen oft ein langer Weg; sie entwickelt sich, hat Höhen und Tiefen (z. B. wenn der Betreute erfährt, daß der Betreuer eine Zwangseinweisung veranlassen mußte), sie benötigt Zeit.
- Widersprüche zwischen Wünschen und Zielen bzw. Wertvorstellungen zwischen Betreuer und Betreutem und deren Einflüsse auf die Beziehungen.
- Es kann zu Handlungen kommen gegen den Willen des Betreuten, weil zum Zeitpunkt der Maßnahme keine Einsicht besteht - Krisenintervention.
- Gute Beziehungen aufbauen heißt nicht nur, dem Betreuten recht geben; Kontinuität in der Betreuung, Vertrauensaufbau, Dasein in Krisensituationen sind für die Beziehung wichtige Voraussetzungen. Dies heißt auch wissen, wo Grenzen gesetzt werden müssen.
- Probleme, wenn keine Zeit da ist, um eine Beziehung aufzubauen, aber aktueller Handlungsbedarf besteht, z. B. Räumungsklage, Unterbringungsmaßnahmen und ähnliches.  
Es muß gegebenenfalls gegen die Wünsche und geäußerten Interessen des Betreuten gehandelt werden.  
In Gesprächen dem Betreuten vermitteln, daß diese Entscheidung zu dem Zeitpunkt für ihn gut und richtig war.
- Beziehung entsteht durch Wahrnehmung des anderen, wertfreies Denken, ohne Wertung beobachten und wahrnehmen.  
Betreuer tritt in das Leben des Betreuten ein. Er hat seine Lebensweisen und seine Lebensvorstellungen zu akzeptieren.
- Zielstellungen in der konkreten Betreuung sind notwendig. Diese müssen immer wieder neu korrigiert werden und sich den jeweiligen Gegebenheiten der Betreuung anpassen. Dabei kann es zu Spannungsfeldern zwischen den Zielen (notwendigen) des Betreuers und den Zielen des Betreuten kommen. Diese Spannungsfelder werden teilweise durch widersprüchliche Wünsche des Betreuten oder Betreuers in der Betreuungsbeziehung belastet.
- Eine gute Beziehung in der Betreuung setzt auch Konsequenzen im Verhältnis von Distanz und Nähe voraus.
- Wichtige Erfahrungen:  
Mit dem zu Betreuenden über das Beziehungsfeld, in dem Betreuer und Betreuter stehen, sprechen.
- Probleme mit Angehörigen:  
Betreuer steht auf der Seite des zu Betreuenden und damit manchmal gegen die Interessen von Angehörigen.
- Das äußere Erscheinungsbild des Betreuers, z. B. seine Kleidung, kann in manchen Situationen Einfluß auf die Beziehung nehmen.
- Betreuung beenden, Voraussetzungen:  
Aufbau eines sozialen Netzes, u. a. Selbsthilfegruppen, Therapiemöglichkeiten, Umgang mit den eigenen Problemen lernen.

Abschließend ist die sehr angenehme Atmosphäre in der Arbeitsgruppe zu erwähnen. Durch die Übung zu Distanz und Nähe und die Teilnahme der unter Betreuung stehenden

Sozialarbeiterin an der Gruppe bleibt es nicht bei theoretischen Abhandlungen über das Thema „Beziehung“, vielmehr konnten die Teilnehmer eigene Erfahrungen mit diesem Thema machen. In der Gruppe war angesichts der kurzen Dauer der gemeinsamen Arbeit ein erstaunliches Vertrauensverhältnis und große Offenheit spürbar.

Anlage: Zusammengefaßte Ergebnisse der Arbeitsgruppe.

### Thesen der Arbeitsgemeinschaft 14

#### *Bedeutung der Beziehung zwischen Betreuer und Betreutem*

##### *Wege zur Beziehung zwischen Betroffenenem und Betreuer*

- Wahrnehmung des Betreuten ohne eigene Wertung
- Kontinuität im Kontakt - Verlässlichkeit
- Echtheit
- Konsequenz
- Zeit lassen und sich Zeit nehmen
- offen sein für die Lebenssituation des Betroffenen
- eine verständliche Sprache sprechen
- Risiken eingehen
- sich auf die Seite des Betreuten stellen
  - auch gegen die Angehörigen
- Fortbildung/Wissen aneignen und anwenden

##### *Äußere Bedingungen für positive Beziehung*

- Ruhe und nötige Zeit für persönliche Betreuung
  - \* Entlastung von unnötigen Verwaltungsaufgaben
- Austausch im Team
- Erfolg in der Arbeit
  - \* Durchsetzung von Ansprüchen gegenüber Behörden, Gerichten, Einrichtungen
  - \* motivierende Bezahlung
  - \* Erfolg trotz negativer Gutachten und Prognosen
- positive Resonanz aus dem Umfeld des Betreuten
- Akzeptanz in der Öffentlichkeit
- Auswahl des „richtigen“ zum Betreuten passenden Betreuers

##### *Spannungsfelder in der Beziehung*

- Verhältnis von Distanz und Nähe
- sich selbst als Betreuer überflüssig machen
  - \* Betreuung wieder aufheben
- eigene Ideale/Ziele versus Wünsche des Betreuten
- Wünsche des Betreuten versus dessen Wohl
- Umgang mit Macht
- Einleitung und Durchführung von Zwangsmaßnahmen
- Grenzen setzen und akzeptieren

# Wir betreuen das Betreuungsrecht

G 11027 F

## Betreuungsrechtliche Praxis

Zeitschrift für soziale Arbeit, gutachterliche Tätigkeit und Rechtsanwendung in der Betreuung

# BtPRAX

Ein Forum für Diskussion und Zusammenarbeit unter allen beteiligten Einrichtungen und Gruppen:  
Vormundschftsrichter, Rechtspfleger, Anwälte, Ärzte, Notare, Angehörige sozialer Berufe.

**Aus dem Inhalt**

|   |     |
|---|-----|
| J. Haben, Reformbestrebungen in England und Wales - Betreuungsgesetz (kein Vorbild)?                          | 79  |
| K.-D. Pardey, Alltagsprobleme im Betreuungsrecht, insbes. zu §§ 1904 und 1906 IV BGB                          | 81  |
| T. Welterling u. a., Betreuung von Süchtigen (Abhängigkeitskrankheit) - Psychiatrische Gesichtspunkte         |     |
| <b>Fordern Sie Probehefte an:</b><br>Bundesanzeiger - Öffentlichkeitsarbeit<br>Postfach 10 05 34 - 50445 Köln |     |
| BGH: Entscheidung des Betreuers   | 103 |
| BayOBLG: Zur Betreuerbestellung   | 105 |
| Kammergericht: Rechtsgrundsätze und Verfahren bei Betreuerauswahl   | 106 |

**Herausgeberbeirat**

Herausgegeben in Verbindung mit dem Vormundschaftsgerichtstag e.V.

Dr. med. Jens Bröder  
Prof. Dr. med. Wolf Ovelid  
Gefraut von Gaster  
Prof. Dr. Heinz Hübner  
Günter Jachau  
Dr. Andreas Jürgens  
Hans-Erich Jürgens  
Prof. Dr. Thomas Klo  
Karl-Heinz Klingebiel  
Klaus Lachetz  
Dr. Prof. Marschner  
Prof. Dr. Helge Oberwieskamp  
Dr. Klaus Oberndörfer  
Dr. Wolfgang Posch  
Prof. Dr. Walter Rufand  
Dr. Peter Schäfer  
Dr. Bernd Schulte  
Dr. Walter Selz  
Adons Werken  
Peter Wöhrstein

4. Jahrgang  
1. Juni 1992  
Seite 77-112

**3-95**  
Bundesanzeiger - Köln

Für alle Belange des neuen Rechts und dessen Umsetzung in die Praxis.  
Die neue interdisziplinäre Fachzeitschrift herausgegeben in Verbindung mit dem Vormundschaftsgerichtstag e.V.

## Partnerschaft zwischen Recht und Praxis

# Bundesanzeiger Köln

ISBN 3-88784-638-9