

5.



Vormundschaftsgerichtstag e.V.

VORMUNDSCHAFTSGERICHTSTAG

Axel Bauer
Dr. Wolfgang Berensmann
Michael Blum
Karl-Ernst Brill
Prof. Dr. Wolf Crefeld
Horst Deinert
Andrea Diekmann
Sabine Drumm-Becker
Dr. Angelika Ebbinghaus
Gisela Ehl
Lutz Eisel
Verena Florentz
Gertraud von Gaessler
Rita Maria Gänsbacher
Anke Gregersen
Christine Haseke
Dr. Andreas Jürgens
Prof. Dr. Thomas Klie
Dr. Bernhard Knittel
Prof. Dr. Ursula Koch-Straube
Gisela Lantzerath
Sylvia Lanzendörfer
Dr. Rolf Marschner
Arnd May
Thomas Niermann
Rüdiger Pohlmann
Felix Graf von Plettenberg
Barbara Pufhan
Dr. Heribert Prantl
Dr. Wolfgang Raack
Wilhelm Reichel
Margot v. Renesse
Gernot Reppmann
Chatharina Rogalla
Waltraud Sama
Prof. Dr. Hans-Jürgen Schimke
Dr. Anton Schlösser
Georg Schulte-Kemna
Karl-Heinz Schweitzer
Dr. Walter Seitz
Jürgen Thar
Ute Thar
Wolfgang Voeltzke
Dr. Thomas Wagenitz
Alfons Wenker
Wolfgang Wessels
Peter Winterstein
Anita Witt
Dr. Jan Wojnar
Karl-Heinz Zander

vom 21. bis 24.
November 1996

**Materialien und
Ergebnisse**



**Bundesanzeiger
Verlag**

5. Vormundschaftsgerichtstag

Materialien und Ergebnisse

5. Vormundschaftsgerichtstag
vom 21. bis 24. November 1996 in Bonn
Materialien und Ergebnisse

herausgegeben vom
Vormundschaftsgerichtstag e. V.

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Vormundschaftsgerichtstag <5, 1996, Bonn> :

Materialien und Ergebnisse / 5. Vormundschaftsgerichtstag : vom 21. bis 24.

November 1996 in Bonn / hrsg. vom Vormundschaftsgerichtstag e. V. [Axel Bauer

...]. – Köln : Bundesanzeiger, 1997

ISBN 3-88784-761-X

ISBN 3-88784-761-X

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

© 1997 Bundesanzeiger Verlagsges. mbH., Köln

Satz: Jung Satzcentrum GmbH, Lahnau

Druck und buchbinderische Verarbeitung: Köllen Druck + Verlag, Bonn

Printed in Germany

Vorwort

Beängstigend klingt die Überschrift der Erklärung zum Abschluß des 5. Vormundschaftsgerichtstags, der mit 400 Teilnehmern vom 21. 11.–24. 11. 1996 in Bonn stattfand:

5 Jahre Betreuungsgesetz – Fehlentwicklung einer Reform

Der vorliegende Materialienband zeigt jedoch, wie die Praxis trotz aller Widrigkeiten bei der Umsetzung des „jungen“ Rechts entschlossen ist, Fehlentwicklungen zu korrigieren.

Wir haben Ergebnisse und Thesen der Arbeitsgruppen vorliegen, die für unsere tägliche Praxis hilfreich sind und die zu einer Korrektur unseres beruflichen Verständnisses und Verhaltens beitragen können. Dies unterliegt unserem Einfluß und kann neue Möglichkeiten in unserem beruflichen Alltag eröffnen.

Eine ganz andere Dimension haben die politischen Einflüsse, die sich unter anderem besonders nachteilig in der geplanten Novellierung des Betreuungsrechts manifestieren. Diese Novellierung ist keine auch nur annähernd adäquate Antwort auf unsere Forderungen und Hinweise der vergangenen Vormundschaftsgerichtstage, sondern vergrößert vor allem die von uns längst benannten Mängel bei der Umsetzung des Betreuungsrechts.

Bei der Ehrenamtlichkeit im Betreuungsrecht, der bedrohten Existenz der Betreuungsvereine, der leistungsgerechten Vergütung professioneller Betreuer oder aber der Gewährung rechtsstaatlicher Verfahren bei besonders hilflosen Betroffenen – gerade hier wird beispielhaft demonstriert, was Heribert Prantl in seiner Eröffnungsrede kritisierte: „Es werden Demokratie- und Gerechtigkeitslücken geschlagen, die nicht geschlossen, sondern immer mehr ausgedehnt werden.“

Mit viel Engagement, auch mit viel Zorn, wurde die geplante Novellierung des Betreuungsgesetzes diskutiert. Zur Befriedung hatte nicht gerade beigetragen, daß die Bundesregierung ausgerechnet zur Eröffnung unseres 5. Vormundschaftsgerichtstages am 21. November den Entwurf des Betreuungsrechtsänderungsgesetzes beschlossen hatte.

Der Hinweis eines Ministerialrats aus dem Bundesjustizministerium, wir sollten die Mehrheitsverhältnisse im Bundestag nicht aus den Augen verlieren, sorgte für sicher berechtigten Ärger. Schließlich deutete diese Bemerkung an, was sich im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens immer mehr abzeichnete, nämlich daß der Sachverstand der Praxis weitgehend unberücksichtigt bleiben sollte.

Weitgehend unberücksichtigt blieben aber nicht nur unsere Einwände. Auch die unglaubliche Unkenntnis über die tatsächliche betreuungsrechtliche Situation, die sich so deutlich wie nie zuvor in der Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage widerspiegelte, war bisher kein Anlaß, die Novellierung zumindest so lange aufzuschieben bis gesicherte Erkenntnisse vorliegen. So wird – wie dies Margot von Renesse pointiert in ihrem Vortrag formulierte – „diese Novellierung kaum mehr sein können als die berühmte Stange im Nebel.“

Vor diesem Hintergrund ist daher nicht zu erwarten, daß sozial- und rechtspolitische Forderungen, die in unserem Materialienband enthalten sind, dem auf politisch/parlamentarischem Weg Durchsetzbaren entsprechen. Offensichtlich wird auch der Bereich des Betreuungsrechts nicht von Kürzungen verschont bleiben, und es werden wie überall – vorzugsweise im sozialen Bereich – Sparmaßnahmen die Leitlinien der Politik bestimmen.

Unser Materialienband enthält nun aber nur deswegen keine Ergebnisse und Forderungen, die auf Papier ein trauriges Dasein fristen, sondern Ziele, die wir unabhängig von der geplanten Novellierung weiter verfolgen werden. Es sind dabei nicht parlamentarische Mehrheiten, die uns den Weg weisen, sondern es sind die Anliegen der Betroffenen, die wir vertreten und nicht Opportunitätserwägungen opfern werden.

Hierfür wünsche ich Ihnen weiterhin die Energie und den notwendigen Optimismus. Ich würde mich sehr freuen, Sie beim nächsten Vormundschaftsgerichtstag, der voraussichtlich in Erkner bei Berlin vom 14. 10.–17. 10. 1998 stattfinden wird, wieder begrüßen zu dürfen.

Ihre Gertraud von Gaessler

Inhaltsverzeichnis

Autoren- und Moderatorenverzeichnis	9
Abkürzungsverzeichnis	11
Eröffnungsansprache: Gertraud v. Gaessler	13
Grußwort: Dr. Thomas Wagenitz	16
Eröffnungsvortrag: Dr. Heribert Prantl	18
Margot v. Renesse: Was kann Politik leisten, um die Autonomie und die Wahrung der Grundrechte von Kranken und Behinderten sicherzustellen?	24
Expertenstatements zur Podiums- und Plenumsdiskussion „Schutz der Grundrechte psychisch behinderter Menschen“ Wo ist Recht weiterzuentwickeln? Wo muß die Sozialpolitik stärker auf die besondere Situation der betroffenen Menschen eingehen? Welche Fähigkeiten müssen bei den Professionellen entwickelt werden? Moderation: Prof. Dr. Wolf Crefeld	
Selbsthilfe: Gernot Reppmann	28
Advokatorische Lösungen: Rita Maria Gänsbacher	34
Supervisorische Lösungen: Prof. Dr. Ursula Koch-Straube	45
Betreuung als Individuallösung: Karl-Heinz Zander	47
Verantwortung der Justiz: Gisela Lantzerath	49
<i>Arbeitsgruppen (Protokolle, Thesen, Referate und Materialien)</i>	
I. Begleitforschung – Ziele, Möglichkeiten und Inhalte Moderation: Karl-Ernst Brill, Rolf Marschner Protokoll von Verena Florentz	51
II. Ambulante (Zwangs-)Behandlung zur Vermeidung stationärer Zwangsbehandlung Moderation: Christine Haseke, Sylvia Lanzendörfer, Karl-Heinz Schweitzer Protokoll von Karl-Heinz Schweitzer	56
III. Entscheidungsspielräume von Betreuern am Beispiel lebensverlängernder Behandlung Moderation: Axel Bauer, Angelika Ebbinghaus, Arnd May Protokoll von Arnd May	74
IV. Erfahrungen in der Ehrenamtlichkeit Gesprächskreis mit ehrenamtlichen Betreuer(innen) Moderation: Barbara Pufhan, Rüdiger Pohlmann Protokoll von Rüdiger Pohlmann	78
V. Verlust der Ehrenamtlichkeit – Hat ehrenamtliche Betreuung noch eine Zukunft? Moderation: Wilhelm Reichel, Alfons Wenker Protokoll von Felix Graf von Plettenberg	80
VI. Chancen und Grenzen der organisierten Zusammenarbeit zwischen Gerichten, Behörden und Vereinen. Welche Qualitätskontrollen sind erforderlich? Moderation: Gisela Ehl, Georg Schulte-Kemna	87

VII.	Unverständlicher und diskriminierender Sprachgebrauch im Betreuungsverfahren Moderation: Michael Blum, Wolfgang Raack, Hans-Jürgen Schimke.....	88
VIII.	Pflegeversicherung Stufe II Moderation: Thomas Niermann, Dr. Andreas Jürgens Protokoll von Ute Thar	90
IX.	Anhörung, Kommunikation und Gesprächsführung mit dementen Menschen. Erfahrungen aus Modellprojekten und Pflegeheimbewohnern Moderation: Anita Witt, Jan Wojnar.....	109
X.	Berufsbetreuer zwischen Konkurrenz und Kooperation Moderation: Jürgen Thar, Wolfgang Wessels Protokoll von Wolfgang Wessels.....	110
XI.	Betreuung und Sucht Moderation: Dr. Wolfgang Berensmann, Dr. Anton Schlösser Protokoll von Sabine Drumm-Becker	115
XII.	Vermeidung von Betreuung – durch Vollmacht? Moderation: Thomas Klie, Dr. Walter Seitz Protokoll von Catharina Rogalla	117
XIII.	Behandlungsvereinbarung erarbeiten Betreuung und Zwangsmaßnahmen vermeiden Moderation: Lutz Eisel, Rita Maria Gänsbacher, Wolfgang Voelzke	120
XIV.	Was wird in Zukunft den guten Betreuer ausmachen? Sind Standards und Anforderungsprofile interdisziplinär definierbar? Moderation: Andrea Diekmann, Anke Gregersen, Waltraud Sarna Protokoll von Anke Gregersen.....	121
XV.	Ist die Reform reformbedürftig? Was sollte am Betreuungsgesetz verändert werden? Moderation: Dr. Bernhard Knittel, Peter Winterstein Protokoll von Horst Deinert.....	125

Autoren- und Moderatorenverzeichnis

- Bauer, Axel*, Richter am Amtsgericht Frankfurt/Main
- Berensmann, Dr. iur. Wolfgang*, Richter am Amtsgericht Marburg
- Blum, Michael*, Dipl.-Pädagoge, Köln
- Brill, Karl-Ernst*, Sozialwissenschaftler, Dachverband psychosozialer Hilfseinrichtungen, Bonn
- Crefeld, Prof. Dr. med. Wolf*, Psychiater, Evangelische Fachhochschule Bochum
- Deinert, Horst*, Behördenbetreuer, Betreuungsstelle Duisburg
- Diekmann, Andrea*, Richterin am Amtsgericht Berlin-Mitte
- Drumm-Becker, Sabine*, Dipl.-Sozialpädagogin, freiberufliche Betreuerin, Köln
- Ebbinghaus, Dr. Angelika*, Psychologin/Historikerin, Hamburger Stiftung für Sozialgeschichte des 20. Jahrhunderts
- Ehl, Gisela*, Dipl.-Sozialpädagogin, Betreuungsstelle Bochum
- Eisel, Lutz*, Rechtsanwalt, Bochum
- Florentz, Verena*, Vorsitzende Richterin am Landgericht München I
- von Gaessler, Gertraud*, Vorsitzende des Vormundschaftsgerichtstags, Leiterin der Betreuungsbehörde München
- Gänsbacher, Rita Maria*, Diplom-Soziologin, Verein für Sachwalterschaft, Wien
- Gregersen, Anke*, Dipl.-Rechtspflegerin, Amtsgericht Greifswald
- Haseke, Christine*, Dipl.-Sozialpädagogin, Gesundheitsamt Schwalm-Eder-Kreis
- Jürgens, Dr. iur. Andreas*, Richter am Amtsgericht Kassel
- Klie, Prof. Dr. iur. Thomas*, Evangelische Fachhochschule Freiburg
- Knittel, Dr. iur. Bernhard*, Ministerialrat im Bayerischen Staatsministerium der Justiz, München
- Koch-Stranbe, Prof. Dr. Ursula*, Evangelische Fachhochschule Bochum
- Lantzerath, Gisela*, Dipl.-Rechtspflegerin, Amtsgericht Bochum
- Lanzendörfer, Sylvia*, Ärztin für Psychiatrie, Leiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes Schwalm-Eder-Kreis
- Marschner, Dr. Rolf*, Rechtsanwalt, München
- May, Arnd*, Student, Ruhr-Universität Bochum
- Niermann, Thomas*, Referent im DPWV-Gesamtverband
- Plettenberg, Felix Graf von*, Dipl.-Sozialarbeiter, Landschaftsverband/Landesbetreuungsamt Münster
- Poblmann, Rüdiger*, Dipl.-Sozialpädagoge, Leben mit Behinderung Hamburg
- Pufhan, Barbara*, Dipl.-Rechtspflegerin, Amtsgericht Lünen
- Prantl, Dr. Heribert*, Ressortleiter Innenpolitik der Süddeutschen Zeitung
- Raack, Dr. Wolfgang*, Direktor des Amtsgerichts Kerpen

- Reichel, Wilhelm*, Dipl.-Sozialarbeiter, Güstrow
v. Renesse, Margot, Mitglied des Deutschen Bundestages, Bonn
Reppmann, Gernot, Dipl.-Informatiker, Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen, Bonn
Rogalla, Catharina, Rechtsanwältin, Hamburg
Sarna, Waltraud, Dipl.-Pädagogin, Betreuungsstelle Wolfsburg
Schimke, Prof. Dr. Hans-Jürgen, Evangelische Fachhochschule Rhl.-Westf.-Lippe
Schlösser, Dr. Anton, Psychiater in Hattingen
Schulte-Kemna, Georg, Dipl.-Soziologe, Gesundheitsamt Dortmund
Schweitzer, Karl-Heinz, Richter am Amtsgericht Melsungen
Seitz, Dr. Walter, Vorsitzender Richter am Oberlandesgericht München
Thar, Jürgen, Dipl.-Sozialarbeiter, Berufsbetreuer, Erfstadt
Thar, Ute, Erzieherin Erfstadt
Voelke, Wolfgang, Dipl.-Verwaltungswirt, Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen, Bonn
Wagenitz, Dr. Thomas, Ministerialrat im Bundesministerium der Justiz, Bonn
Wenker, Alfons, Dipl.-Rechtspfleger, Amtsgericht Steinfurt
Wessels, Wolfgang, Dipl.-Sozialpädagoge, Sozialdienst Kath. Männer, Bochum
Winterstein, Peter, Richter am Amtsgericht, Justizministerium Mecklenburg-Vorpommern, Schwerin
Witt, Anita, Pflegedienstleiterin, Landesbetrieb Pflegen und Wohnen, Hamburg
Wojnar, Dr. Jan, Leiter des Psychiatrischen Dienstes im Landesbetrieb Pflegen und Wohnen, Hamburg
Zander, Karl-Heinz, Dipl.-Sozialarbeiter, Verein für soziale Betreuung, Bochum

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)
 RpfG Rechtspfliegergesetz
 RVO Reichsversicherungsordnung
 Rz Randziffer

SGB	Sozialgesetzbuch
VGT	Vormundschaftsgerichtstag
VormG	Vormundschaftsgericht
ZfJ	Zeitschrift für Jugendrecht
ZPO	Zivilprozeßordnung
ZRP	Zeitschrift für Rechtspolitik

Eröffnungsansprache

Gertraud v. Gaessler

Der fünfte Vormundschaftsgerichtstag findet nur wenige Wochen vor einem bescheidenen Jubiläum statt: Am 1. Januar vor 5 Jahren ist das Betreuungsgesetz in Kraft getreten. Mit diesem Datum hatten wir alle große Hoffnungen verbunden. Die Aufbruchsstimmung, die beim ersten Vormundschaftsgerichtstag 1988 so deutlich zu spüren war, hatte sich im Januar 1992 noch nicht verflüchtigt. Die Idee, daß mit diesem Gesetz nun endlich nach jahrelanger mühevoller Vorarbeit die Grundrechte und das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen, alter, kranker und behinderter Menschen, zu realisieren seien, beflügelte so sehr, daß wir selbst über die ersten herben Dämpfer hinwegblickten: Die drohende Verschiebung des Starttermins aus finanziellen Gründen vereinte 1991 all unsere Kräfte in dem Bemühen, einen solchen herben Rückschlag zu verhindern. Die Erleichterung, es endlich geschafft zu haben, hielt aber nur für kurze Zeit an. Dann haben wir versucht, uns selbst Mut zuzusprechen: Es ist ja erst der Anfang, der Zeitraum noch viel zu kurz, um mit dem neuen Instrumentarium richtig umgehen zu können: Alles muß sich erst noch einspielen, dann wird es schon besser. Eine trügerische Hoffnung, und so forderte dann auch bereits der 3. Vormundschaftsgerichtstag im Oktober 1992 „Eine Reform braucht Hilfe“. Wurde uns damals Ungeduld vorgeworfen, so zeigt sich nun im Rückblick, daß unsere Sorge durchaus begründet war. Die Euphorie ist der Ernüchterung gewichen, Resignation macht sich bei vielen breit, die erwartet hatten, daß sich allein durch das Betreuungsgesetz die soziale Situation der Betroffenen schlagartig verbessern läßt.

Frühlingsstimmung verfliegen

„Blütenträume“ nannte dies Wolf Crefeld in einem Beitrag für die BtPrax vom Oktober 1994. Die Frühlingsstimmung ist längst verfliegen; angesichts der Kürzungen im Sozialbereich ist so mancher sozialpolitisch Engagierte in Gefahr, sich der Winterdepression zu ergeben. Was haben wir schon für die Betreuten erreicht? Fragen dieser Art stellen mir Fachkolleginnen und -kollegen immer wider, und manchmal, so muß ich zugeben, frage ich mich auch: War nicht alles vergebens? Was ist übriggeblieben von den hehren Zielen, die wir hatten, als 1988 der Verein Vormundschaftsgerichtstag gegründet wurde? Zumindest ist es der Durchhaltewillen, der lange Atem – das zeigt sich auch an dem nach wie vor ungebrochenen Interesse an unserer Tagung: Leider mußten wir 200 Absagen erteilen, da mit 400 Teilnehmern unsere Kapazität erschöpft ist.

Sich von Enttäuschungen nicht entmutigen zu lassen, das mußten in diesen fünf Jahren viele von uns lernen. Was kann schon ein neues Gesetz bewirken, wenn einzelne Richter sich nicht daran gebunden fühlen und Bestimmungen mangels Akzeptanz ablehnen? Trost boten immerhin einige „Highlights“ in der Rechtsprechung der höheren Instanzen, auch wenn sie im Verhältnis zur Zahl der Entscheidungen in den Betreuungs- und Unterbringungsverfahren der ersten Instanz leider noch immer relativ rar sind.

Finanznot

Gelegenheiten, sich frustriert, aber selbstverständlich sachlich begründet, von unserem Fachgebiet abzuwenden, gibt es mehr als genug. Die sattsam bekannte „angespannte Haushaltslage“ von Bund, Ländern und Kommunen läßt nicht erwarten, daß sich ausgerechnet über uns das Füllhorn ergießt und paradiesische Zustände schafft. Den Betreuten allerdings hilft es wenig, wenn wir auf die ach so widrigen Umstände verweisen und uns dann schmolend aus der Arbeit zurückziehen. Statt zu resignieren, sollten wir diesen 5. Vormundschaftsgerichtstag dazu nutzen, Wege zu suchen, auf denen sich die Durststrecke überwinden läßt. Die Satzung des VGT e. V. gibt das Ziel klar vor: Die Achtung der Rechte, Würde und Selbstbestimmung der Betroffenen zu gewährleisten. Ohne diesem VGT vorgreifen zu wollen, lassen sich unter dieser Vorgabe aus den Diskussionen der vergangenen fünf Jahre einige Themen herauskristallisieren, bei denen – wie die Politiker sagen würden – Handlungsbedarf besteht:

- Die Zahl der Betreuungen nimmt immer mehr zu. Bundesweit gibt es inzwischen rund 600 000 Betreuungen. Wir werden uns intensiv damit auseinandersetzen müssen, wie wir der weiter steigenden Tendenz entgegenwirken können: Dabei muß darüber nachgedacht werden, wie sich die Interessenvertretung der Betroffenen möglicherweise auch unabhängig von Betreuerbestellungen verwirklichen läßt. Ombudsstellen für alte, kranke und behinderte Menschen könnten einen ersten Ansatz dazu bilden.
- Wir werden uns vermehrt für die Gewinnung und Begleitung ehrenamtlicher Betreuer einsetzen müssen. Vielerorts ist die Fehlentwicklung zu beobachten, daß Vereine fast ausschließlich Betreuungen führen und Querschnittsaufgaben unzureichend wahrgenommen werden. Dieser Tendenz gilt es entgegenzusteuern, zumal dadurch oft hochqualifizierte Betreuer in Bereichen tätig sind, wo diese Qualifikation gar nicht oder nicht mehr benötigt wird.
- In diesem Zusammenhang werden wir die Diskussion über das Berufsprofil des professionellen Betreuers weiterführen und überlegen müssen, wie hier eine nicht mehr kontrollierbare Kommerzialisierung verhindert werden kann. Damit ist auch ein Dauerbrenner unter den Themen der letzten fünf Jahre eng verbunden: das ewige Tauziehen um die Vergütung der Berufsbetreuer. Satt hat so mancher diese Auseinandersetzung, die exemplarisch vor Augen führt, welche große Schwierigkeiten den im Betreuungsverfahren beteiligten Berufsgruppen die Zusammenarbeit noch bereitet. Wieviel Energie dieses Problem auf allen Seiten bindet, zeigt sich allein schon daran, daß der weitaus größte Teil der betreuungsrechtlichen Entscheidungen der höheren Instanzen zu Vergütungsfragen ergangen ist.

Hilfeplan für den Betroffenen

Klagen gibt es von den beteiligten Berufsgruppen: Die Berufsbetreuer sind, verständlicherweise, verärgert, wenn sie um ihre Vergütung feilschen müssen und dadurch die Qualifikation ihrer Arbeit in Frage gestellt und ihre Existenz gefährdet sehen. Rechtspfleger wiederum sind empört, wenn ein Berufsbetreuer einen Vergütungsanspruch in Höhe von DM 30 000,- für die Tätigkeit in nur einem Vierteljahr geltend macht, ohne daß dies plausibel erscheint. Auch die Empörung ist verständlich – schließlich hat der Rechtspfleger eine Kontrollfunktion im Interesse des noch vermögenden Betreuten.

Werden bei immer wieder gleichen Vergütungsfragen ständig Rechtsmittel gegen Entscheidungen eingelegt, obwohl der Sachverhalt bereits hinreichend juristisch geklärt ist, dann reagieren bisweilen auch damit belastete Rechtspfleger und Richter gereizt. Die Frage liegt auf der Hand, ob nicht eine klare und von allen Beteiligten akzeptierte Regelung dafür sorgen könnte, daß diese Arbeitszeit für mehr Lebensqualität zugunsten der Betroffenen genutzt werden könnte. Wie wäre es, wenn die am Verfahren Beteiligten zusammen einen Hilfeplan für den Betroffenen entwerfen, so wie dies in anderen Gebieten der Sozialarbeit längst üblich ist? Der Hilfeplan könnte nicht nur enthalten, in welcher Zeit der Betreuer welche Leistungen mit welchem Ziel erbringen soll, sondern auch die Kosten veranschlagen.

Gemeinsam für ein Ziel

Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit, wie sie der Vormundschaftsgerichtstag laut Satzung fördern will, könnte also Probleme wie jenes der Vergütung leichter aus der Welt schaffen. Natürlich setzt das voraus, daß alle beteiligten Berufsgruppen von den jeweils anderen akzeptieren, daß auch sie am Wohl des Betroffenen interessiert sind. Dazu müssen liebgewonnene Vorurteile aufgegeben werden: Juristen dürfen die Stellungnahme des Sozialpädagogen nicht als „Sozialarbeiterprosa“ abqualifizieren, Sozialpädagogen wiederum müssen damit fertig werden, daß sie nicht für alles Verantwortung tragen, und Ärzte müssen akzeptieren, daß nicht nur die medizinische Sichtweise entscheidend ist. Das Betreuungsrecht vereint juristische, medizinische und vor allem auch soziale Gesichtspunkte. Der Erfahrungsaustausch, wie ihn der VGT fördert, kann dabei helfen, die beteiligten Berufsgruppen zum gemeinsamen Ziel zu vereinen: sicherzustellen, daß durch eine Art vertrauensvoller gegenseitiger Kontrolle keine für das Wohl des Betroffenen wesentlichen Aspekte übersehen werden.

Vertrauensvolle gegenseitige Kontrolle setzt allerdings voraus, daß man den anderen als kompetenten Gesprächspartner akzeptiert und ihn mit seinen Bedenken entsprechend ernst nimmt. Entscheidungen treffen nur dann auf Akzeptanz, wenn sich darin die Argumente aller Beteiligten widerspiegeln.

Um so erstaunlicher mutet es an, wenn ein Fachorgan wie der Vormundschaftsgerichtstag mit seinen rund 1000 Mitgliedern zu der anstehenden Novellierung des Betreuungsgesetzes nicht befragt, geschweige denn in die Diskussion einbezogen wurde. Der partnerschaftlichen Zusammenarbeit, die wir so dringend bräuchten, bringt es uns auch nicht näher, wenn ausgerechnet heute, zu Beginn unserer Tagung, die Novellierung in der uns nicht bekannten Form vom Bundeskabinett beschlossen wurde. Und bei den Sozialpädagogen nährt es den Verdacht, daß die Juristen sie durch ihren Alleingang über den Tisch ziehen wollen. Was als „üblicher und bewährter Weg“ gilt, führt nicht unbedingt zur Akzeptanz in der Praxis. Das große Interesse, auf das die Arbeitsgruppe zur Frage „Ist die Reform reformbedürftig?“ gestoßen ist, sollte deshalb nicht ungenutzt bleiben – damit die Reform eine Chance hat. In diesem Sinne wünsche ich uns allen eine gute Zusammenarbeit.

Grußwort

Dr. Thomas Wagenitz

Zur Eröffnung des Fünften Vormundschaftsgerichtstags darf ich Ihnen den Gruß des Bundesministers der Justiz, Prof. Dr. Schmidt-Jorzig, überbringen. Der Herr Bundesminister bedauert sehr, hier nicht selbst zu Ihnen sprechen zu können; er bittet um Verständnis für die terminlichen Zwänge, die ihn daran hindern. Der Verzicht auf einen persönlichen Besuch des Vormundschaftsgerichtstags ist dem Herrn Bundesminister um so schwerer gefallen als er – ebenso wie der Vormundschaftsgerichtstag – die Entwicklung des Betreuungsrechts mit besonderer Aufmerksamkeit und nicht ganz ohne Sorge verfolgt.

Wenn dies noch eines Beweises bedürfte, hätte ihn das Bundeskabinett heute vormittag erbracht, als es den vom Bundesminister der Justiz vorgelegten Entwurf eines Betreuungsrechtsänderungsgesetzes beschloß. Um über Einzelheiten dieses erst Stunden alten Regierungsentwurfs zu sprechen, ist heute nicht die Zeit. Dies um so mehr, als zunächst einmal der Gesetzgeber – als der Adressat des Vorschlags – Gelegenheit erhalten muß, von dem Entwurf Kenntnis zu nehmen, bevor die Bundesregierung Details des Entwurfs einer breiteren Öffentlichkeit – auch Verbandsöffentlichkeit – vorstellt. Einige Grundsatzfragen sind freilich bereits öffentlich erörtert worden [und auch eine erste kritische Bewertung liegt seit fünf Minuten vor]. Ich möchte deshalb auch meinerseits nicht auf einige allgemeine Bemerkungen zur Änderungsbedürftigkeit des Betreuungsrechts verzichten:

Im Zusammenhang mit den Plänen für eine Änderung des Betreuungsrechts ist oft von einer „Reform der Reform“ gesprochen worden. Ich halte diese Bezeichnung weder für glücklich noch für sachlich treffend. Niemand beabsichtigt, Grundentscheidungen der Reform zu revidieren. Wir alle stehen vielmehr vor der Notwendigkeit, ihren Bestand angesichts schwieriger gewordener Rahmenbedingungen zu bewahren. Daß insoweit Handlungsbedarf besteht, ist kaum zu bestreiten. Die Zahl der Betreuungsverfahren steigt rapide an. Die Belastung der Gerichte nimmt damit ständig zu, ebenso wie die Belastung der Justizhaushalte der Länder, die bei Mittellosigkeit der Betroffenen die Betreuungskosten zu tragen haben. Die Grenzen der Belastbarkeit sind – das haben die Länder unmißverständlich signalisiert – erreicht. Um in dieser Situation die Substanz des Betreuungsrechts zu sichern, bedarf es einiger Änderungen.

- So müssen zunächst im Verfahrensrecht einzelne Überregulierungen korrigiert werden, die sich in der Praxis als unnötige Belastung aller Verfahrensbeteiligten erwiesen haben. Das wird nicht zu einer Schwächung, sondern zur Stärkung des Schutzes der Betroffenen führen, weil die Gerichte in die Lage versetzt werden, ihre beschränkten Arbeitskapazitäten auf die wirklich problematischen Fälle und Fragen zu konzentrieren.
- Dann müssen die Regelungen zur Bestimmung der Betreuervergütung praktikabler gestaltet werden. Derzeit wird eine Unmenge von Arbeitskraft bei Betreuern und Gerichten auf Vergütungsfragen verwendet – der Anteil einschlägiger Entscheidungen in der vom Vormundschaftsgerichtstag mitherausgegebenen Zeitschrift „Betreuungsrechtliche Praxis“ gibt hiervon beredtes Zeugnis. Gerade im Interesse der Betroffenen müssen die bislang in Abrechnungsfragen fehlgeleiteten Ressourcen wieder für die eigentliche Betreuungsarbeit freigesetzt werden. Sich im derzeitigen Stadium über Stundensätze zu streiten, ist müßig: In Zeiten knapper Ressourcen rangiert das Machbare vor dem Wünschenswerten. Was machbar ist, entscheiden letztlich die Länder im Bundesrat, denn sie müssen später auch die Rechnung begleichen.
- Regelungsbedarf besteht weiterhin hinsichtlich der noch immer streitigen Frage, in welchem Umfang die Betroffenen selbst zu den anfallenden Kosten beizutragen haben. Die Idee, daß die Übernahme von Betreuungskosten durch den Staat der Sache nach eine staatliche Sozialleistung darstellt, hat zur Konsequenz, den Betroffenen in gleichem Umfang wie bei vergleichbaren staatlichen Unterstützungsleistungen heranzuziehen. Welcher Vergleichsmaßstab hier angemessen ist, wurde in den letzten Monaten bereits öffentlich erörtert. Wenn ich

es recht sehe, wird hier derzeit überwiegend die Anwendung der Regelungen über die sozialrechtliche Hilfe in besonderen Lebenslagen befürwortet.

- Klar scheint mir darüber hinaus, daß jedenfalls der Nachlaß eines Betroffenen zur Deckung der Betreuungskosten heranzuziehen ist. Es mag gute Gründe dafür geben, daß Angehörige Betreuungen nicht immer selbst – ehrenamtlich – übernehmen konnten. Keine guten Gründe gibt es dafür, den Angehörigen auch in einem solchen Fall den ungeschmälernten Nachlaß – auf Kosten der Solidargemeinschaft – zu erhalten.
- Zwei letzte Aspekte möchte ich ansprechen:

Schon im geltenden Betreuungsrecht geht es in erster Linie um die Unterstützung des Betroffenen in Entscheidungssituationen. Diese Zielsetzung wird verfehlt – und das Betreuungsrecht überfordert – wo einzelne Betreuer das Leben des Betroffenen nicht nur organisieren, sondern regelrecht begleiten. So wünschenswert solche Zuwendung ist – und das nicht nur für Betreuungsbedürftige – sie bindet Ressourcen, die für die eigentliche Betreuungsarbeit gebraucht würden.

Ebenfalls ist es bereits dem geltendem Recht ein Anliegen, auf eine Betreuung dort zu verzichten, wo Vollmachten und anderen Hilfen ausreichen. Auch diese Intention des Reformgesetzgebers verdient, klarstellend bekräftigt zu werden.

Frau Vorsitzende, meine Damen und Herren, ich habe ein Grußwort zu halten, kein Referat. Ich will deshalb jetzt das Wort wieder freigeben für die weiteren Begrüßungen, aber vor allem auch für die Arbeit dieses Fünften Vormundschaftsgerichtstags, zu dem ich Ihnen auch im Namen des Bundesministers der Justiz alles Gute wünsche!

Eröffnungsvortrag

Dr. Heribert Prantl

Im starken Staat kommt der Schwache zuletzt

Fünf Jahre nach der großen Reform: Das Betreuungsgesetz bedarf selbst der Betreuung

Ich habe mich gefragt, wie ich eigentlich zu der Ehre komme, hier bei Ihnen, am Vormundschaftsgerichtstag, die Eröffnungsrede zu halten. Sicher: Ich habe Rechtswissenschaften studiert und in diesem Zusammenhang, eher oberflächlich, wie das in diesem Studium so ist, etwas vom Vormundschaftsrecht gehört. Bekanntermaßen ist aber in diesem Studium die Kenntnis der Theorien über die Rückabwicklung im bereicherungsrechtlichen Dreiecksverhältnis sehr viel wichtiger als das Erlernen des Gespürs für die soziale Dimension des Rechts. Ich war auch einige Jahre Richter und dabei unter anderem mit Vormundschaftssachen beschäftigt. Aber das ist schon einige Zeit her, und mit meinen wenigen praktischen Erfahrungen möchte ich hier auch gar nicht kokettieren. Von der Praxis wissen Sie, meine Damen und Herren, viel, viel mehr als ich – Sie sind die Expertinnen und Experten. Und das neue Betreuungsrecht kenne ich nur aus der journalistischen Begleitung seines Werdeganges.

Ich kann Ihnen also zum Auftakt ihres 5. Vormundschaftsgerichtstages nur meine Erfahrungen als Redakteur für Innenpolitik anbieten – diese Erfahrungen lehren mich freilich, daß es, und hier ist das Betreuungsrecht nur ein Beispiel, viel populärer ist, Kosten zu sparen, als Rechtsstaatlichkeit durchzusetzen; diese Erfahrungen lehren mich auch, daß die Sparpolitik zuallererst bei den Schwachen beginnt – und daß die sogenannte Sicherung des Standorts Deutschland derzeit offenbar viel wichtiger ist als die Sicherung der Grundrechte der Menschen, die dort leben.

Und damit bin ich eigentlich schon mitten im Thema: Knapp fünf Jahre nach Inkrafttreten einer Reform, die zu Recht als Jahrhundertreform gepriesen wurde, ist das so gepriesene Recht, das Betreuungsgesetz also, in einem so schwachen Zustand, daß es selbst der Betreuung bedarf. Das Betreuungsrecht ist an sich dafür da, alten, kranken und behinderten Menschen zu helfen – doch es braucht selbst Hilfe, Hilfe auch von der Öffentlichkeit; und weil Journalisten gemeinhin als Vertreter der Öffentlichkeit gelten, deshalb stehe ich wohl hier.

Bei den Schwachen sparen

Ich habe vorhin davon gesprochen, daß die Sparpolitik mit dem Sparen ausgerechnet bei den Schwachen beginnt. Das stimmt, und trotzdem stocke ich bei dem Wort „schwach“ – weil ich selbst als Kind erlebt habe, wie stark schwache Menschen sein können. Diese Erinnerung an eine starke schwache Frau hat einen Namen, sie heißt „Tante Babett“. Sie hatte, und erlauben Sie mir bitte, daß ich Ihnen das kurz erzähle, multiple Sklerose und lag, so lang ich denken kann, gelähmt im Bett im ersten Zimmer unseres umgebauten Bauernhauses, gleich nach der Haustür links. Und immer, wenn ich in ihr Zimmer kam, dann zog sie sich an einem weißen Strick, der ans Bett gebunden war, ein wenig hoch und sagte: „Schön, daß Du kommst, Bub“. Und dieser Bub kam oft, und die Tante hat ihm viel erzählt, und nie hat sie geklagt oder gejammert. Nur immer dünner und immer zerbrechlicher wurde sie im Laufe der Jahre. Nach dem heutigen Sprachgebrauch war sie ein klassischer „Betreuungsfall“, denn es gab nicht mehr viele Angelegenheiten, die sie selbst hätte besorgen können; selbst den Sonntagsgottesdienst im kleinen Radio neben dem Bett mußte man ihr anschalten. Tante Babett wurde betreut von zwei ledig gebliebenen Schwestern, meinen Tanten – und sie, die Kranke und Schwache, betreute, auf ihre stille Weise, mich. Sie ist schon lange tot, und ich will, wenn Sie mir das bitte erlauben, ihr die heutige Eröffnungsrede zum 5. Deutschen Vormundschaftsgerichtstag widmen.

Selten wurde ein Gesetz so gelobt und selten ist ein Gesetz so grandios gescheitert: Vor knapp fünf Jahren trat das neue Betreuungsrecht in Kraft. Es sollte die juristische Geringschätzung

alter und schwacher Menschen beenden. Dem Bürgerlichen Gesetzbuch sollte ein soziales Herz eingepflanzt werden. „Betreuen statt entmündigen“: Dieses Motto beschrieb den Geist der Reform, die der Versuch war, einen Geburtsfehler des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) zu korrigieren – weil der Mensch darin nur als Schuldner oder Gläubiger vorkommt. Das alte Vormundschaftsrecht kümmerte sich vornehmlich um das Vermögen von altersschwachen oder behinderten Menschen, ihre Persönlichkeit aber verkümmerte am Rande. Die Entmündigung war eine Art juristische Entsorgung. Man murmelte ‚altersschwach‘ oder ‚ausgeklinkt‘ und verfrachtete diese Menschen in Heime. Am Türschild stand ‚Psychiatrie‘ und in den juristischen Lehrbüchern ‚rechtliche Grauzone‘. Mit diesem alten Recht hatte sich eine falsche Beweislastverteilung in den Köpfen festgesetzt. Man tat so, als sei eine umfassende Unfähigkeit des behinderten oder alten Menschen die Regel und es dessen Sache, im Einzelfall nachzuweisen, daß er für sich selbst sorgen kann.

Viel Hoffnung

Mit dem neuen Recht sollte sich das alles ändern. Das neue Recht versprach, die Würde der Schwachen zu wahren. Es versprach umfassende Hilfen und persönliche Zuwendung. Es versprach Richtern, die nicht mehr per Einstweiliger Anordnung und Vordruck anordnen: ‚a) Anbinden im Bett und b) Fesseln der Arme‘. Es versprach, Alte und Behinderte nicht mehr als Nummern zu verwalten, sondern ihnen als Menschen zu helfen. Künftig also sollte der Richter die Betroffenen ausführlich anhören. Der Richter sollte individuelle Hilfe suchen und diese durch einen persönlichen Betreuer einleiten. Und dieser Betreuer sollte kein überlasteter Advokat sein, der in seiner Kanzlei schon zwei- oder dreihundert solche Schicksale verwaltet, sondern jemand, der sich Zeit nimmt. Ruckzuck-Einweisungen ins Heim sollte es nicht mehr geben. Ich erinnere mich noch gut, wie mein früherer Zivilrechtslehrer und Doktorvater Dieter Schwab beim Deutschen Juristentag von 1988 in Mainz das neue Recht lobte und rühmte.

All diese Ziele sind wunderbar, und die neuen Paragraphen sicherlich ein seltenes Glanzstück von Gesetzkunst – so kunstvoll, daß nicht wenige Richter den Aufwand für reichlich übertrieben halten, jedenfalls solange man ihnen, den Richtern, nicht die nötige Zeit gibt, um diesen Aufwand zu betreiben: Die Reform betrifft etwa 600 000 Menschen in Deutschland unmittelbar, bei stark zunehmender Tendenz: Die Alten werden immer älter, die Zahl psychisch kranker oder dementer alter Menschen steigt. Sie alle könnten von diesem neuen Recht profitieren. Indes: Auch fünf Jahre nach der Reform ist es so, daß nur die rechtlichen Voraussetzungen für eine Reform geschaffen sind, die tatsächlichen Voraussetzungen fehlen. Der Buchstabe des Gesetzes allein tut es nicht. Und so ist die Entmündigung zwar de jure abgeschafft, de facto gibt es sie nach wie vor. Entmündigung findet nach wie vor statt – nur auf subtilere Art und Weise wie früher.

Manchmal scheitern die legislativen Verheißungen schon ganz schlicht daran, daß bei den Gerichten Schreibkräfte fehlen. Es fehlen Vormundschaftsrichter, es fehlen Helfer, es fehlt das Personal in den Sozialbehörden, es fehlt die Logistik für die Reform. Betreuer berichten, daß sie Betreute gegen deren erklärten Willen in Heime abschieben müssen, weil keine ambulanten Hilfen zur Verfügung stehen. Immer noch werden alte Menschen gegen ihren Willen in Pflegeheime abgeschoben oder rechtswidrig in geschlossene Abteilungen der psychiatrischen Krankenhäuser eingewiesen. Die Gerichte sind in grotesker Weise unterbesetzt. Ein Amtsrichter gilt nach dem sogenannten Pensenschlüssel mit dem Pensum von 500 Neuzugängen im Jahr (also fünfhundert Menschen, die neu unter Betreuung gestellt werden) beziehungsweise mit dreitausend anhängigen Betreuungsverfahren als ausgelastet. Zum Vergleich: Dies entspricht der Auslastungszahl bei Ordnungswidrigkeiten: Auch mit 500 Bußgeldverfahren im Gewerbe- oder im Baurecht gilt der Richter als ausgelastet. Das ist eine merkwürdige, eine perverse Gleichung: 500 Bußgeldverfahren sind so viel wert wie 500 neue Betreuungsverfahren. In den einen Verfahren geht es darum, ob zum Beispiel ein Wirt die Sperrstunde überschritten oder ob er unerlaubt Spielgeräte aufgestellt hat – im Betreuungsverfahren geht es zum Beispiel darum, ob ein Mensch ins Heim muß.

Erfordert Geld und Zeit

Das neue Gesetz, so schätzen Experten, erhöht für die Richter den Arbeits- und Zeitaufwand pro ‚Fall‘ um vierzig Prozent. Zusätzliche Rechtspfleger oder Geschäftsstellenbeamte gibt es kaum; sozialpädagogisch geschultes Personal steht nicht zur Verfügung. Die Begründung dafür lautete vor vier, fünf Jahren so: Man müsse mit dem neuen Recht erst Erfahrungen sammeln, bevor man dafür Geld ausgibt. Das war ein besonders perfider Trick. Nach den nunmehr gewonnenen Erfahrungen behauptet man nunmehr, das neue Recht sei zu feinsinnig und zu personalintensiv, müsse also wieder gegenreformiert werden.

Ist es da ein Wunder, daß sich viele Gerichte nicht an die gesetzlich angeordneten Vorschriften halten: Sie akzeptieren Sachverständigengutachten, die allenfalls die Qualität ärztlicher Atteste haben. Sie verweigern rechtliches Gehör, sie halten Fristen nicht ein, sie verzichten wegen Überlastung auf notwendige Recherchen, sie sehen davon ab, Verfahrenspfleger zu bestellen, weil der Betroffene nicht ansprechbar sei (als ob er nicht gerade in diesem Fall einen Vertreter seiner Interessen besonders notwendig hätte). Eine überforderte Justiz ordnet nicht selten genauso wie ehemals per Vordruck mit leeren Formeln und unter Umgehung von Verfahrensvorschriften die ‚vorläufige geschlossene Unterbringung‘ an.

Ich hatte dieser Tage eine Entscheidung der 13. Zivilkammer des Landgerichts München vom 19. Juni 1996, eine Unterbringungssache betreffend, in der Hand (13 T 687/96), die einen Unterbringungsbeschluß des Amtsgerichts aufhebt. Diese Entscheidung des Obergerichts besteht nur aus der Auflistung von Verfahrensverstößen, die das Amtsgericht begangen hat: „Bei Erlass des Beschlusses ist Art. 104 Absatz 4 Grundgesetz nicht beachtet worden ...“ Und „das Amtsgericht hat gegen die Verfahrensvorschrift des Artikels 103 Absatz 1 Grundgesetz verstoßen ...“. Und: „Ein weiterer Verfahrensfehler liegt darin, daß der Amtsrichter auch das Anbinden der Betroffenen im Bett genehmigt hat, obwohl insoweit kein Antrag des Betreuers vorlag“. Und so weiter und so fort. Ergebnis des Beschwerdegerichts: „Aufgrund der zahlreichen Verfahrensfehler und mangels ausreichender erstinstanzlicher Ermittlungen sieht die Kammer sich nicht in der Lage, abschließend selbst zu entscheiden. Die Behebung der Mängel käme dem Verlust einer Instanz gleich. Unter Aufhebung des angefochtenen Beschlusses ist deshalb die Sache an das Amtsgericht München zurückzuverweisen“. In diesem Verfahren ging es nicht um irgendeine Lappalie – es ging um die Einweisung eines 84-jährigen Menschen in die stationäre Abteilung des Bezirkskrankenhauses Haar. Und man würde solche Entscheidungen gern für Einzelfälle halten, doch sie sind es nicht. Gertraud von Gaessler hat mir gesagt, sie habe in keinem anderen Rechtsgebiet „eine derartige Häufung von Rechtsverstößen erlebt wie in Betreuungs- und Unterbringungsverfahren“. Vielleicht kann sich überhaupt niemand vorstellen, was sich in einem Bereich abspielt, in dem sich die Betroffenen überhaupt nicht mehr artikulieren können. Es gibt die sogenannten Altfälle, bei denen die letzte Anhörung durch einen Richter vor 23 Jahren stattfand und bei denen die Rechtspfleger immer nur durch eine Formblattanfrage die Betreuung „überwachten“. Es mag sein, daß sich den Richtern gelegentlich der Sinn einer Anhörung nicht mehr erschließt – aber in welchem anderen Verfahren würden sie es wagen, ein Gesetz, das ihnen nicht gefällt, so rigoros beiseite zu schieben wie im Betreuungsverfahren. Aus einem Beschluß des Amtsgerichts Starnberg vom 20. März 1995 über die Bestellung eines Betreuers: „Von einer persönlichen Anhörung wird vorerst aus Vereinfachungsgründen abgesehen“. Aus Vereinfachungsgründen wird also das Grundgesetz beiseite geschoben, weil halt kein Hahn danach kräht.

Formeln für Menschen

Die Serienbeschlüsse auf dem Gebiet des Betreuungsrechts lassen vom Geist des neuen Rechts nicht einmal etwas ahnen. Diese Beschlüsse bestehen üblicherweise aus einem vierseitigen Vordruck, in den nur ein paar Wörter individuell eingefügt werden: „Betroffener macht keine verlässlichen Angaben ... leidet an Verwirrheitszustand ... muß untergebracht werden, weil er ansonsten in Freiheit Schaden nehmen würde.“ Mit derartigen Formeln werden – nach wie vor – Menschen, die ein Leben lang gerackert haben, am Lebensabend aus ihrer gewohnten Umge-

bung gerissen und in Heime verfrachtet. Bei Straftätern ist die Justiz penibler. In einem starken Staat, von dem viele Politiker ständig reden, kommt offenbar der Schwache zuletzt.

Es war ziemlich einfach, einen Menschen zu entmündigen. Es ist aber ziemlich schwer, ihn ernst zu nehmen. Das Betreuungsgesetz zeigt Respekt vor dem gebrechlichen Menschen – vor seinen Wünschen, die wir für unvernünftig halten, vor seinen Launen, die uns unsinnig scheinen. Das neue Gesetz hat auf dem Papier die Mängel eines Rechtssystems gebessert, das dem Porschefahrer, der falsch parkt, mehr Rechtsschutz eingeräumt hat als dem Menschen, der entmündigt wird. Indes: Es fehlt am politischen Willen zur Umsetzung der neuen Vorschriften – die Spardebatte kommt da gerade recht. Mit anderen Worten: Beim Versprechen einer Reform ist es geblieben. Man hat eine aufwendige Reform Gesetz werden lassen, mag aber kein Geld dafür ausgeben.

Den Ländern war die Reform von Anfang an zu teuer. Nordrhein-Westfalen wollte sie deshalb von vornherein auf Eis legen. Der vehementen öffentlichen Kritik wegen hat man sich das dann doch nicht getraut. Man hat die Reform Gesetz werden lassen und bleibt gleichwohl stur: Man gibt kaum Geld dafür aus. Im bayerischen Staatshaushalt ist es besonders kraß: 1995 sind zur Förderung von 125 Betreuungsvereinen ganze 850 000 Mark vorgesehen – das sind also 6800 Mark pro Verein. In diesen Vereinen sollen Sozialarbeiter ehrenamtliche Betreuer, mit denen die Reform steht und fällt, anleiten und begleiten. Diese Aufgabe ist also zum Beispiel dem Land Bayern also 566,66 Mark pro Betreuungsverein und Monat wert. Mit solch lächerlichen Beträgen kann man keinen Sozialarbeiter anstellen. So führt kein Weg von der anonymen Verwaltung hin zur persönlichen Hilfe. Unter solchen Bedingungen läßt sich der Mangel an ehrenamtlichen Betreuern nicht beseitigen. Unter solchen Bedingungen muß auf hauptamtliche Betreuer, auf Rechtsanwältinnen vor allem, zurückgegriffen werden. Und unter solchen Bedingungen kommt es, wie früher, zu Massenbetreuungen, gibt es Anwältinnen, die über hundert Betreuungen übernommen haben, gibt es Betreuer, die angeblich im Interesse des Betretenen, unsinnige Prozesse anzetteln, nur zu dem Zweck, sich zu bereichern – oder dies ganz einfach durch überzogene Rechnungen tun.

Das neue Recht droht so zum Musterbeispiel für eine bloß symbolische Gesetzgebung zu werden: Es verspricht viel – und hält nichts. Es ist ein Recht der schönen Worte. Papierene Hilfe.

Standort Aktiengesellschaft

Es bedarf großer Anstrengung, das zu ändern. Denn Deutschland befindet sich im Stadium der Umwandlung. Aus der Bundesrepublik Deutschland wird die Standort Deutschland Aktiengesellschaft. Wer bei der Umwandlung nicht funktioniert, wer dabei stört, der gilt schnell als Mißbraucher. Bürgerinnen und Bürger – das nämlich ist die Bezeichnung für Menschen, die Rechte haben und sie gebrauchen wollen und sollen. Mißbraucher – das ist die Bezeichnung für Menschen, die sich angeblich zu viel herausnehmen. Der Standort Deutschland wird, so behaupten Vorstand und Aufsichtsrat der Standort Deutschland AG, bedroht von den Menschen, die dort leben, und von den Grundrechten, die diese in Anspruch nehmen. Der bloße Gebrauch dieser Rechte sei ein Mißbrauch und gefährde die Produktivität des Standorts Deutschland. Deshalb wird die Verfassung der Republik umgewandelt in die Betriebsverfassung der Standort Deutschland AG. Diese Verfassungsreform sieht so aus: An die Stelle der alten Grundrechte tritt ein einziges neues, das Grundrecht auf ungestörte Investitionsausübung. Absatz 1: „Der Standort Deutschland ist unantastbar. Ihn zu schützen und zu fördern ist oberste Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“ Absatz 2: „Die ungestörte Investitionsausübung ist gewährleistet. Niemand darf gegen sein Gewissen zum Umweltschutz, zum Datenschutz, zum Kündigungsschutz oder zu sonst ihn beeinträchtigenden Maßnahmen gezwungen werden. Das Nähere regelt ein Bundesgesetz.“

Die Zeiten, in denen das politische Motto „mehr Demokratie“ hieß, sind lange her. Es ging um Chancengleichheit, soziale Gerechtigkeit, um Toleranz, um Schutz und Hilfe für die Schwachen. Jetzt geht es um „mehr Wachstum“, und dieses Wachstumsprogramm wird begleitet von Kampagnen, die suggerieren, das Land sei bevölkert von Millionen von Nichtsnutzern und

Schmarotzern, von Kampagnen, die versuchen, den Skandal der Massenerwerbslosigkeit zu relativieren. Mehr Wachstum – für mehr Wachstum bin ich auch. Ich meine aber nicht mehr Profite und mehr Zerstörung, sondern mehr Demokratie und mehr soziale Gerechtigkeit.

Ein Land, das sich nur als Industriestandort definiert, braucht Menschen, die funktionieren. Funktionieren sie nicht so, wie die Standort-Funktionäre dies wollen, sind sie entweder unbrauchbar oder sie gelten gar als Mißbraucher. Am Standort Deutschland gibt es nicht nur die angeblichen Asyl- und die Sozial-Mißbraucher. Eine Anmerkung: Es gibt die angeblichen Mißbraucher der Meinungsfreiheit, die Soldaten als Mörder bezeichnen. Es gibt die angeblichen Mißbraucher der Demonstrationsfreiheit, die zu Zehn- und zu Hunderttausenden gegen Gorleben oder gegen das Sparpaket protestieren. Es gibt die angeblichen Mißbraucher der Glaubensfreiheit, die sich gegen die staatlich verordnete Anbringung von Kreuzfixen im Klassenzimmer wehren. Es gibt die angeblichen Mißbraucher der Pressefreiheit, die Unregelmäßigkeiten in Staat und Verwaltung aufdecken, dabei Dienstgeheimnisse verletzen und deshalb von Polizei und Staatsanwaltschaft durchsucht werden müssen. Im Strafverfahren gibt es immer mehr angebliche Mißbraucher der Unschuldsvermutung, weil Beschuldigte einfach nicht gestehen wollen, daß sie schuldig sind. Überhaupt: Wer sich auf seine Grundrechte und Grundfreiheiten beruft, der macht sich neuerdings verdächtig. Ein guter Standort-Bewohner hat das nämlich nicht nötig. Er hat nichts zu verbergen und nichts zu befürchten. Wer sich also auf seine Rechte beruft, der wird schon wissen, warum. Er ist per se ein Risiko. Auf diese Weise wird jeder Mensch zum potentiellen Mißbraucher. Die wahren Mißbraucher freilich sind die, die am lautesten über den angeblichen Mißbrauch der Grundrechte klagen.

Solidargemeinschaft ade

Die Politik der Entdemokratisierung geht mit der Politik der Entsolidarisierung Hand in Hand. Konservative Politiker klagen gerne über den Verlust des Gemeinns. Dabei war es die Politik, die humanitäre Solidarität preisgegeben hat. Nirgendwo ist die Entsolidarisierung, die staatlich organisierte Entsolidarisierung, so weit gediehen wie auf zwei weit auseinanderliegenden Rechtsgebieten – im Bereich des Betreuungsrechts und im Bereich der Flüchtlings- und Asylpolitik. Damit fing es an. Wenn heute darüber geklagt wird, wie der Staat mit Sozialhilfe-Empfängern, Arbeitslosen, Kranken und Schwachen verfährt und wie wenig Widerstand das findet, dann muß man, um dies zu erklären, erstens auf die Flüchtlings- und Asylpolitik der letzten zwanzig Jahre und zweitens auf den staatlichen Umgang mit alten und dementen Menschen eingehen. Diese beiden Personengruppen eint etwas: Sie können sich in den Verfahren, die sie betreffen, kaum selber helfen. Deshalb haben die Behörden ein leichtes Spiel mit ihnen.

Im starken Staat kommt der Schwache zuletzt. Bei den Flüchtlingen wurde die Politik der Entsolidarisierung eingeübt – Opfer waren die Schwächsten der Schwachen. Jetzt folgen die anderen Schwachen. Erst war jeder Flüchtling ein potentielles Risiko für die Stabilität des Gemeinwesens. Jetzt werden andere Schwache und Schutzbedürftige, Ausländer, Minderheiten zu einem potentiellen Risiko für die Leistungsfähigkeit der Volkswirtschaft deklariert. Bundesverfassungsrichter Dieter Grimm definiert im Evangelischen Staatslexikon das Solidaritätsprinzip so: „Es verteidigt den Wert des Individuums unabhängig von der Sozialnützlichkeit.“ Wie dieser Wert vom Staat „verteidigt“ wird, das können Sie vor den Abschiebegefängnissen der Republik, aber auch in einigen stationären Bereichen der Bezirkskrankenhäuser besichtigen.

Sie können auch in das Sparpaket schauen oder in die jüngsten Reformen der Sozialhilfe – und dort weitere Beispiele für organisierte Verweigerung von Solidarität finden: Künftig werden fast 30 Prozent der Bewohner von Pflegeheimen ganz ohne Pflege bleiben. Wer morgen durch einen Unfall gelähmt wird und rund um die Uhr Pflege benötigt, der darf nicht mehr entscheiden, wie er leben möchte, ob im Heim oder zu Hause. Ausgrenzung wurde zum Gesetz, aus Kostengründen wird geistig Behinderten und desorientierten alten Menschen die notwendige Hilfe verweigert. Behinderte werden verschoben: für die Pflegeversicherung sind sie zu teuer. Die Frage nach den Kosten steht über der Menschenwürde. So ist das also, wenn sich die Politik mit dem Bundesverband der Industrie solidarischer fühlt als mit denen, die Hilfe wirklich brauchen.

Grundrechte als Luxus

Ein Teil der Gesellschaft hat sich daran gewöhnt, daß bestimmte Grundrechte als Luxus zu betrachten sind. Der Staat betrachtet soziale Gerechtigkeit und Rechtsstaatlichkeit für Schwache nicht mehr als Gebot, sondern als Zugabe, die man sich nur in besseren Zeiten leisten könne, und die Zeiten seien nun leider mal nicht so. Verantwortliche Sozialpolitik wird also abgelöst vom Paternoster-Prinzip: Der gesunde, gewandte und leistungsfähige Mensch kann aus den offenen Fahrkörben jederzeit ein- und aussteigen. Der Schwache oder Behinderte kann diesen Aufzug nicht benutzen. Er bleibt draußen, er wird nicht befördert.

Die Stärke eines Volkes mißt sich am Wohl der Schwachen, heißt es im Entwurf der Schweizerischen Verfassung. Wenn das so ist, dann ist die Stärke der Deutschen am schwinden. Die Demokratie- und Gerechtigkeitslücken, die geschlagen wurden, werden nicht geschlossen, sondern immer weiter ausgedehnt. Dies zu verhindern, ist ein Akt des solidarischen Widerstands. Darf man sich allein auf das Bundesverfassungsgericht verlassen? Ich glaube nicht. Gefordert ist eine neue Kultur der Solidarität, eine Kultur also, die sich der beschriebenen Unkultur, der Entrechtung der Schwachen, widersetzt. Diese Veranstaltung, der 5. Vormundschaftsgerichtstag, ist ein Teil dieser neuen Kultur der Solidarität. Ich wünsche Ihnen Kraft und Erfolg.

Was kann Politik leisten, um die Autonomie und die Wahrung der Grundrechte von Kranken und Behinderten sicherzustellen?

Margot v. Renesse

Der erste Artikel des Grundgesetzes beginnt mit dem Satz: „Die Würde des Menschen ist unantastbar.“ Als ihn die Mütter und Väter des Grundgesetzes aufschrieben, hatten sie eine geschichtliche Erfahrung hinter sich, die ihnen und aller Welt das Gegenteil deutlich vor Augen geführt hatte: Die Würde des Menschen ist überaus verletzlich. Genau dies wollten sie für die Zukunft des Staates, den sie neu schufen, ausschließen, sogar mit der „Ewigkeitsgarantie“ des Artikels 79 Absatz 3. Die historische Erfahrung mit dem Dritten Reich Adolf Hitlers durchwirkt das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland ebenso stark wie die vielen anderen geistesgeschichtlichen Wurzeln aller westeuropäischen Verfassungen. So ist im Absatz 3 des Artikels 3 (Gleichheit vor dem Gesetz) speziell der Menschen gedacht, denen die Anerkennung als Gleiche unter Gleichen von den Nationalsozialisten massenhaft und in grauenhafter Weise verweigert worden war: Menschen nämlich, die durch bestimmte Merkmale wie Abstammung, Rasse, Sprache, Heimat und Herkunft, Glauben, religiöse oder politische Anschauungen von der sie umgebenden Mehrheit unterscheidbar waren. Es handelte sich um „Risikogruppen“, die auch heute noch immer wieder von einer sich anders fühlenden Mehrheit ausgegrenzt werden. Die Merkmale, die in Artikel 3 Absatz 3 des Grundgesetzes aufgeführt sind, sind solche, die in der Zeit des Dritten Reiches geradewegs in Konzentrations- und Vernichtungslager geführt hatten.

Die Aufzählung im ursprünglichen Text von 1949 war, wie wir wissen, keineswegs vollständig. Damals hatte man noch nicht umfassende Kenntnis über das Ausmaß des Vernichtungswillens, mit dem die Nationalsozialisten auch chronisch Kranke und Behinderte als „lebensunwertes Leben“ zu Tode gebracht hatten. Bei der Verfassungsreform der letzten Legislaturperiode ging es unter anderem darum, den Artikel 3 des Grundgesetzes entsprechend zu vervollständigen. Wir alle haben in frischer Erinnerung, welche Anstrengung nötig war, damit es zu der Ergänzung um den letzten Satz kam: „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.“ Das Zick und Zack der politischen Auseinandersetzung in der Verfassungskommission war nachgerade fast peinlich.

Der neue Satz kam ins Grundgesetz. Wer geglaubt hatte, es handelte sich dabei um eine bloße Tautologie, die nichts grundsätzlich Neues bringe, konnte sich alsbald durch eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts eines Besseren belehrt finden: Ein behindertes Kind setzte seinen Anspruch auf Teilnahme an einer „normalen“ Schule unter Berufung auf den neuen Text des Artikels 3 durch, nachdem ihm das beklagte Land wegen seiner körperlichen Behinderung einen Platz in einer Sonderschule zuweisen wollte. Hinter dem allgemeinen Gleichheitssatz als Abwehr staatlicher Willkür schimmert – das zeigte sich an diesem Beispiel mit aller Deutlichkeit – etwas Neues durch: Die Pflicht des Staates zur Gewährleistung gleicher Lebensmöglichkeiten und Chancen.

Gleichstellung

Noch bedarf der Artikel 3, insbesondere der Artikel 3 Absatz 3 Grundgesetz, der Umsetzung in einem einfachen Gesetz. Daran muß sich zeigen und erweisen, wie ernst es der Staat, seine Rechtsetzung und -anwendung mit dem Benachteiligungsverbot des Artikels 3 Grundgesetz wirklich nimmt. Unsere eigene Verfassung, zusätzlich eine Vielzahl völkerrechtlicher Konventionen, die wir längst unterzeichnet haben, zwingt uns zu einer entsprechenden Gesetzgebung. Im Bereich der Gleichstellung von Frauen und Männern ist dieses – wenn auch im einzelnen heftig kritisiert – im Gleichstellungsgesetz ansatzweise geschehen. Für die „Risikogruppen“ des Artikels 3 Absatz 3 steht die einfach-gesetzliche Umsetzung noch aus.

Seit Jahren wird dieses Thema unter dem Stichwort „Antidiskriminierungsgesetz“, insbesondere von den Verbänden der Betroffenen, mit großem Engagement diskutiert. In meiner Partei

und Fraktion befindet sich ein Entwurf in der Diskussion, den ich selber vorgelegt habe. Da ich Fremdwortkombinationen nicht sehr liebe, habe ich meinen Entwurf nicht „Antidiskriminierungs-“, sondern Gleichbehandlungsgesetz genannt. Dabei geht es zunächst um einen effektiveren Schutz gegen Benachteiligungen, die vom Staat in seinen drei Gewalten selber ausgehen. Dabei sind sowohl behördliche Maßnahmen, wie Richtersprüche (man denke an das skandalöse Urteil zur Haftung eines Reiseunternehmers für die durch den Anblick von rollstuhlfahrenden Urlaubern eingeschränkte Urlaubsfreude) und durch Gesetze selbst gedacht. Auch etliche Gesetze werden daraufhin abgeändert, daß sie dem Gleichbehandlungsgebot des Artikels 3 des Grundgesetzes nicht widersprechen.

Ein zentraler Ansatzpunkt muß aber auch der Rechtsverkehr zwischen Bürgern sein. Auch in ihm muß das Benachteiligungsverbot seinen Niederschlag finden. Bei aller Anerkennung der Privatautonomie im Zivilrecht, die sich auf die Eingehung wie die Gestaltung von Verträgen erstreckt, bedarf es eines wirksamen rechtlichen Instrumentariums, um deutlich erkennbare Benachteiligungen der in Artikel 3 Absatz 3 genannten Menschen zu verhindern. Mit der Verabschiedung des Gleichstellungsgesetzes hat der Gesetzgeber die Frage bejaht, daß eine solche Einwirkung auf das Privatrecht erforderlich und möglich ist.

Keine Benachteiligung

Das Instrumentarium, das ich zur Durchsetzung des Benachteiligungsverbots in meinem Entwurf vorschlage, ist ein Zitat. Es stammt aus dem Wirtschaftsrecht, einem Bereich, wo der Gesetzgeber sich als sehr kreativ erweist, wenn es um die Erfindung effektiver Instrumente geht. So habe ich das Abmahnverfahren aus dem Gesetz zur Verhinderung des unlauteren Wettbewerbs übernommen, das dort seit vielen Jahren eingespielt und wirksam ist. Seine Übertragung auf den Bereich der Gleichbehandlung hat folgende Auswirkung: Ein Verbot der Benachteiligung wegen der Merkmale des Artikels 3 Absatz 3 Grundgesetz im Gesetz korrespondiert mit der Möglichkeit bestimmter fachlich kompetenter Verbände, analog zu § 13 UWG Abmahnungen (als privat hantierte einstweilige Verfügungen wegen Unterlassung) zu versenden, wenn gegen das Benachteiligungsverbot verstoßen wurde. Ein Beispiel mag das erläutern: Ein Reiseveranstalter verweigert einem Rollstuhlfahrer einen Pauschalreisevertrag, weil er den Körperbehinderten in der Gruppe der Urlauber nicht haben möchte. Der zuständige Verband, evtl. die Lebenshilfe e. V., kann daraufhin den Veranstalter anschreiben mit folgendem Text: „Sie haben unserem Mitglied X wegen seiner Behinderung den Abschluß eines Reisevertrages verweigert. Das verstößt gegen § 1 des Gleichbehandlungsgesetzes. Erklären Sie bitte binnen 14 Tagen, daß Sie dies in Zukunft unterlassen werden und sich für jeden Fall der Zuwiderhandlung einer Vertragsstrafe in Höhe von ... DM unterwerfen. Die Kosten dieser Abmahnung in Höhe von 175,- DM überweisen Sie bitte binnen 14 Tagen an das unten angegebene Girokonto unseres Verbandes.“ Was für einen zu Unrecht durchgeführten Schlußverkauf oder ein falsch ausgezeichnetes Preisschild im Wirtschaftsleben möglich ist, muß auch zur Durchsetzung eines Verfassungsgebots im Privatrechtsverkehr möglich sein. Das Instrumentarium des § 13 UWG hat sich im Wirtschaftsleben als außerordentlich wirksam, ja geradezu schneidig erwiesen. Der Vorteil liegt auf der Hand: Hier müssen nicht staatliche Behörden, wie Ordnungsamt und Staatsanwaltschaft, bemüht werden, sondern die Selbstorganisation innerhalb der Gesellschaft wird in die Lage versetzt, eigenständig für die notwendige rechtliche Hygiene zu sorgen. Die Rechtsprechung zu § 13 UWG hat bereits dafür gesorgt, daß Zweifelsfragen im Umgang mit dem Instrumentarium weitgehend geklärt sind. Es liegt nichts näher, als davon auch für das Benachteiligungsverbot des Artikels 3 Absatz 3 Grundgesetz Gebrauch zu machen.

Behandlung von nicht Einwilligungsfähigen

Ein weiterer Bereich, der die aktuelle Gesetzgebung beschäftigt, ist das Projekt des Europarats zur Verabschiedung einer „Konvention zur Einhaltung der Menschenrechte auf dem Gebiet der Biomedizin“. Im Zusammenhang unseres Themas interessiert zuvörderst der dort normierte Umgang mit nicht Einwilligungsfähigen bei Heilbehandlung, Transplantation und vor

allem der Forschung. Gerade auf dem Hintergrund der historischen Erfahrung in Deutschland mit der Verletzlichkeit der Menschenwürde Kranker und Behinderter geht die Diskussion in unserem Lande mit hohem Engagement auf allen Seiten vor sich. Ich kann die Sorgen derjenigen, die einen Rückfall in finstern Zeiten und grausame Barbarei befürchten, sehr gut verstehen. Das kann ich um so mehr, als ich zu meinem Schrecken erkennen mußte, daß auch wir in Deutschland trotz unserer vom Dritten Reich gezeichneten Erfahrung nicht gefeit sind davor, dem individuellen Grundrecht einzelner den höchsten Rang abzusprechen. So gibt es eine Broschüre der Deutschen Forschungsgemeinschaft, 1996 druckgelegt, deren Inhalt mich bestürzt hat: Dort wird argumentiert, das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit einzelner müsse unter Umständen gegenüber dem Grundrecht auf Forschungsfreiheit zurücktreten, weil diese im Interesse der Allgemeinheit handele. Für mich als Bundestagsabgeordnete steht fest, daß wir über diesen Punkt mit der Deutschen Forschungsgemeinschaft, die ein steuerfinanziertes Steuerungsmittel für Forschung in unserem Lande ist, in einen intensiven Dialog eintreten müssen. Ich halte die zitierte Aussage für verfassungsrechtlich unzutreffend und geeignet, das Mißtrauen gegen alle Herrgötter in Weiß und Schwarz zu vertiefen.

Wohlwissend, daß insbesondere beim Thema „ausschließlich fremdnützige Forschung an Nichteinwilligungsfähigen“ die Gefahr besteht, daß man sich auf eine schiefe Ebene in den Abgrund begibt, werde ich mich nicht für ein völliges Verbot aussprechen können. Ein Beispiel mag das verdeutlichen: Wir könnten heute die Beatmung von Frühgeborenen mit Sauerstoff nicht so genau justieren, daß die Gefahr der Erblindung ebenso wie die der zerebralen Schädigung vermieden wird, wenn nicht Gasuntersuchungen an Blut, das gesunden Neugeborenen entnommen wurde, uns die präzise Kenntnis der genau notwendigen Sauerstoffmenge vermittelt hätten. Es gilt für den Gesetzgeber, die Haltelinien auf der „schiefen Ebene“ zu finden und zu formulieren, die uns vor dem Abrutschen ins Chaos bewahren können. Diese Haltelinien müssen wir im Dialog mit Wissenschaft und betroffenen Verbänden ausfindig machen. Ein generelles steiles Nein würde uns zwar ethisch gut aussehen lassen, wäre aber schon deshalb nicht durchzuhalten, weil selbstverständlich die diagnostische und therapeutische Medizin auch bei uns von Ergebnissen Gebrauch machen wird, die andernorts mit den von uns abgelehnten Versuchen gewonnen werden. Das heißt, daß wir uns auf den Weg der Heuchelei begeben würden. Das kann nicht die Antwort sein, die ich für mich gelten lasse.

Bei der Diskussion über die Europarats-Konvention ist mir deutlich geworden, daß wir schon heute eine riesige Grauzone haben, die sich trotz unseres von Genehmigungspflichten durchzogenen Betreuungsrechts auf dem Gebiet der medizinischen Behandlung von betreuten Personen ausdehnt. Daher werde ich mich dafür einsetzen, daß wir bei der Diskussion der Novelle zum Betreuungsrecht (von einer Reform vermag ich nicht zu sprechen) im Rechtsausschuß auch diesem Bereich unsere Aufmerksamkeit zuwenden. Die dort auftauchenden Fragen können nicht ungeregelt bleiben, weil Betreuer und Betreute, Richter und Mediziner, eine klare rechtliche Grundlage brauchen. Menschenwürde ist hier erheblich in Gefahr.

Antwort bleibt aus

Damit bin ich beim Reformbedarf im Betreuungsrecht. Auf die Große Anfrage, die meine Fraktion zu Beginn des Jahres an die Bundesregierung gerichtet hat, werden wir erst nach Ablauf etlicher weiterer Monate Antwort bekommen. Es zeichnet sich schon ab, daß eine Vielzahl von Fragen wohl nicht beantwortet werden kann. Damit ist deutlich, daß die Wirklichkeit des Betreuungsrechts, die wir mit unseren Fragen auch nur unzulänglich eingefangen haben, der Regierung wie dem Parlament nicht bekannt ist. Unter diesen Umständen ist es unbegreiflich, wie die Regierung schon heute zu einer Novelle kommt, die sie auch noch „Reform“ nennt. Die Novelle kann kaum mehr sein als die berühmte Stange im Nebel. Notwendig wäre von Anfang an eine begleitende Forschung gewesen, die auf Fehlentwicklungen, Defizite und Verbesserungsmöglichkeiten aufmerksam gemacht hätte. Eine solche Forschung ist zum Schaden des Betreuungsrechts unterblieben. Was zutage getreten ist, beschränkt sich weitgehend auf justizielle Unzutraglichkeiten, die allerdings schlimm genug sind. Die Zersplitterung der Recht-

sprechung, insbesondere zum Vergütungsrecht zwischen Bad Segeberg und Passau, sind für die Betroffenen nicht hinnehmbar, auch nicht für die Rechtsprechung selbst. Das Problem aber ist, daß dem Betreuungsrecht im wesentlichen in den Justizministerien Aufmerksamkeit zuteil wird, während es in Wirklichkeit im wachsenden Maße einen Stoff für das Sozialrecht darstellt. Die Schwerpunktsetzung auf dem Gebiet der Justiz, um die auftretenden Probleme des sozialen Wandels, wie er uns etwa in den demographischen Verschiebungen entgegentritt, zu bewältigen, wird der Aufgabe nicht gerecht. Diese Aufgabe ist beim Übergang vom alten Vormundschafts- zum heutigen Betreuungsrecht nach wie vor richtig beschrieben: Statt körperlich und geistig Behinderte aus der Gemeinschaft auszugrenzen, sie mehr oder minder zu entsorgen, zu sanktionieren, kurz: zu entmündigen, sollten sie Hilfe zur sinnvollen Führung und Vollendung eines menschenwürdigen Daseins erhalten.

Grundrechte im Zentrum

Mir scheint, bei einer durchgreifenden Reform ist es sinnvoll, wieder auf ein anderes, in mancher Hinsicht paralleles System zu schauen: das Familien-, insbesondere das Kindschaftsrecht. Auch hier stehen im Zentrum des Rechts die Grundrechte und die Entwicklungsbedürfnisse von Menschen, die nicht in vollem Umfang, rechtlich und tatsächlich, ihre eigenen Angelegenheiten zielgerecht erledigen können. Hier hat niemals die Vorstellung geherrscht, es gehe um Ausgrenzung oder ein „Unschädlichmachen“. Dem entsprach, daß neben die Regelungen des BGB eine sozialrechtliche Materie, früher das Jugendwohlfahrtsgesetz, heute das Kinder- und Jugendhilferecht, trat. Während im BGB die jeweilige Rechtsmacht gesetzlicher Vertreter, Pfleger und Vormünder definierte, baute das Sozialrecht eine Hilfsstruktur mit Begleitungs-, Beratungs- und Hilfsmöglichkeiten auf, die fachlich geschulte Angebote machen, damit Konflikte entschärft werden und Erziehung gelingt. Dieses System, so scheint mir, sollte man bei der Weiterentwicklung des Betreuungsrechts zum Vorbild nehmen. Ein „Betreuungshilfegesetz“ könnte die justizlastige Struktur des heutigen Betreuungsrechts wesentlich entrümpeln. Die Entlastung käme vor allem auch ehrenamtlichen Betreuern zugute, die gegenwärtig mit Formularen und Bürokratie, Überprüfungen und Genehmigungspflicht überlastet und entmutigt werden. Es wäre mir eine große Freude, wenn die Fachleute, die hier versammelt sind, eine solche Idee aufgreifen, inhaltlich weiter verfolgen und mit Leben erfüllen würden. Denn alle Abgeordneten des Bundestages sind darauf angewiesen, von Ihnen als denjenigen, die die Materie von Grund auf kennen, den Stoff angereicht zu bekommen, den sie zum Gesetzmachen benötigen.

Wenn es um den Erhalt der Menschenwürde für Kranke und Behinderte geht, so hat mich die Erfahrung gelehrt, daß sie im tiefsten nur gewahrt werden kann, wenn die Betroffenen nicht nur gesetzgeberische Zuwendung, sondern individuelle Liebe erfahren. Dies kann kein Gesetzgeber leisten oder gewährleisten. Ohne Liebe zum einzelnen wird Betreuung nach dem BGB, Pflege in der Pflegeversicherung oder Gesundheitsfürsorge nach dem SGB V kaum mehr leisten als kalte Leistung nach dem Prinzip „satt und sauber“. Gesetze können die emotionale Beteiligung, die mehr ist als kühle Professionalität, nicht bewirken. Sie können und müssen allerdings Rahmenbedingungen setzen, in denen Liebe und personale Zuwendung nicht verzagen oder sich totlaufen. Ich wünsche allen Betroffenen, daß ihnen die unverzichtbare Zuwendung von Mensch zu Mensch zuteil wird.

*Expertenstatements zur Podiums- und Plenumsdiskussion
„Schutz der Grundrechte psychisch behinderter Menschen“*

Wo ist Recht weiterzuentwickeln?

Wo muß die Sozialpolitik stärker auf die besondere Situation der betroffenen Menschen eingehen?

Welche Fähigkeiten müssen bei den Professionellen entwickelt werden?

Moderation: Prof. Dr. Wolf Crefeld

Selbsthilfe:

Gernot Reppmann

Zunächst einmal möchte ich mich im Namen der Psychiatrie-Erfahrenen bei Herrn Prof. Dr. Crefeld bedanken, daß er uns die Gelegenheit gibt, uns von dieser Stelle aus in Ihre Fachtagung einzubringen. Es freut mich, daß *zunehmend nicht mehr nur über uns, sondern mit uns gesprochen wird*, auch wenn das alles nur sehr langsam in Gang gekommen ist! Dadurch, daß ich bereits an einigen Ihrer Arbeitskreise an den letzten beiden Tagen teilgenommen habe, sehe ich mich gezwungen, mein vorbereitetes Skript zu kürzen zugunsten einiger mir wichtiger erscheinenden Aspekte.

Leider bin ich das Gefühl der „*Babylonischen Sprachverwirrung*“ [Babylon], die mit im Mittelpunkt des Hamburger Weltkongresses vor 2 Jahren stand, auch hier nicht ganz losgeworden! Deshalb habe ich mich kurzfristig entschlossen, Ihnen einmal 2 beschämende Beispiele aus unserer Verbandszeitung „*Apfelbäumchen*“ zu zitieren, wo sogenannte „Experten“ gehandelt haben.

Bsp. 1: [Apfel 1]

[Die Frau, die mir seinerzeit den Artikel zum Veröffentlichen gab, hat ihre persönliche Notlage mittlerweile bewältigt und ist inzwischen als Betreuerin eine Kollegin von Ihnen geworden; außerdem engagiert sie sich in der Angehörigenpolitik!]

*Ein besonders hartes Schicksal
„Zusammenfassung der Problemlage:*

- I. Der Ehemann und Vater ist krank
 - laut Gutachten des Amtsarztes und
 - des Gutachtens der Psychiatr. Klinik Sonnenberg [in Saarbrücken]
- II. Der behandelnde Arzt hält ihn für gesund.

daraus folgt:

Eine Zwangslage:

- a) laut amtsärztlichem Gutachten *Keine Wiederbeschäftigung* beim Kultusministerium als angestellter Fachlehrer
- b) laut Gutachten des behandelnden Arztes und des BfA-Arztbescheides (*aufgrund eines einmaligen therapeutischen Gespräches*) ist volle Erwerbsfähigkeit gegeben.

daraus folgt: ...“ [Ende des Zitats].

Meine sehr geehrten Damen und Herren, Sie geben sich alle so viel Mühe, wenn ich Ihnen hier zuhöre, und ich unterstelle Ihnen, daß Sie das auch tatsächlich mit besten Vorsätzen tun. Wer aber von Ihnen war jemals nur einen Tag in einer geschlossenen psychiatrischen Abteilung?

Bitte heben Sie mal den Arm! ... Ja, das überrascht mich nicht, abgesehen von den psychiatrischen Fachkräften, die natürlich so etwas aus ihrem Alltag heraus kennen, hat kaum jemand von Ihnen so etwas „genießen“ dürfen. Sind Sie sich eigentlich dessen bewußt, was Sie da für eine Macht über Mitmenschen haben und auch ausüben, ohne deren Lebenssituation jemals beobachtet zu haben? Wen wundert es, daß wir Psychiatrie-Erfahrenen da des öfteren emotional – quasi einem Vulkan gleich – gegenüber Ihnen „Professionellen“ einfach überschäumen, wenn nicht sogar explodieren!

Im übrigen wurde im Laufe der Tagung wiederholt von den hohen Kosten bei Begutachtungen gesprochen bzw. nach ärztlichen Experten-Gutachten gerufen, um eine juristische Entscheidung klar absichern zu können! Ich bitte Sie, sich anhand dieses zitierten Beispiels, das sicherlich kein Einzelfall ist, klarzumachen, daß auch die ärztliche Kunst sehr widersprüchlich sein kann und daß Sie selbst mitunter die Kosten (und Gutachten von Medizinern sind bekanntlich teuer) mit in die Höhe treiben. *Wann fragen Sie die Patienten endlich selbst einmal?*

Lassen Sie mich übergehen zum Beispiel 2, das wiederum von einem Ihrer Berufskollegen, einem Psychologen, stammt.

Bsp. 2: [Apfel 2]

Marco

(Ihm zum Gedenken, der Psychiatrie zur Mahnung)

„Es war einmal ein Mensch,
dem wurde übel vom Mittagstisch.
Er bat den Wärter, ein Fenster zu öffnen.
Der schnallte ihn am Bett fest.

Er erstickte an seinem eigenen Erbrochenen.
Im März 1984 im PLK Landeck.“

Peter Pirron, Dipl.-Psychologe, BPE (Mannheim)

[Der Autor hat auch eine Langform verfaßt, die wir in unserer Zeitung bisher noch nicht veröffentlicht haben; vom Autor haben wir die Genehmigung, dieses Gedicht zitieren zu dürfen!]

Nach diesem mich erschlagenden Beispiel möchte ich zu einem ausgearbeiteten Referat übergehen.

Im Rahmen einer Podiumsdiskussion zum Thema „*Damit die Krise nicht zum Notfall wird*“ (Anfang Oktober 1996/St. Wendel-Saar), mahnte der die klinischen Psychiater vertretende Oberarzt Dr. Rolf Thissen von der Landesnervenklinik Merzig:

„*Nennen wir nicht etwas ‚Therapie‘, was in Wirklichkeit eine ‚soziale Ausgrenzung‘ im Auftrag der Gesellschaft meint. ... Tatsache ist, daß viele Einweisungen überflüssig wären, wenn sonst was da wäre, um Hilfe/Unterstützung zu geben!*“ [Apfel 3].

Mein Bundesverbandfreund Wolfgang Voelzke, der bei dieser Tagung die Psychiatrie-Erfahrenen in der Arbeitsgruppe 13 aktiv vertritt, brachte es im Rahmen seines Referates vor der Bundesdirektorenkonferenz am 7. 6. 95 in Bethel noch deutlicher auf den Punkt: „*In keinem Zweig der Medizin (bis auf die Intensivmedizin) wird so viel ohne bzw. gegen den ausdrücklichen (natürlichen) Willen der Patienten behandelt wie in der Psychiatrie. Sie dient darüber hinaus nicht nur den Zwecken der Krankenhausbehandlung, sondern nimmt auch gesellschaftliche Funktionen zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung (nach den Psych-KGs, BtG, FGG) wahr.*“ [VÖ].

Gerade vor genau drei Wochen hörte ich hier im Hause mit Schrecken, wie sich dieser gesellschaftliche Ausgrenzungsprozeß hier in BONN darstellte: der Vorsitzende des Bonner Ange-

hörigenvereins, Edgar Holzer, nannte 1000 Zwangseinweisungen pro Jahr für BONN! Das liegt weit über dem Schnitt für Nordrhein-Westfalen, das im bundesweiten Vergleich schon ungünstig dasteht!

zum Vergleich:	Bundesland	Rate*	Spannweite
	Baden-Würtbg.	9,4	0,4– 28,0
	Berlin	108,8	93,7–123,9
	Nordrh.-Westf.	32,9	0,0– 83,9
	Saarland	18,0	3,0– 29,6

Quelle: Band 77; Schriftenreihe des BMA; S. 173

* Rate bezogen auf 100 000 Einwohner für das Jahr 1984;

Prof. Crefeld hat eine aktuelle Statistik (1995) erstellt, die grundsätzlich ein vergleichbares Bild ergibt; Anfragen können an den Autor, Ev. FFI Rhld. Westfalen-Lippe; 44 803 gestellt werden.

Wenn Sie nun in meinem Kurzreferat eindeutige juristische Forderungen bezüglich der Gesetzeslage erwartet haben, muß ich Sie leider enttäuschen, denn

1. bin ich zu wenig Jurist und will mich als Laie gar nicht erst auf das „§§§-Glatteis“ begeben – mit „§§§“ können Sie gewiß besser umgehen als ich; und

2. es gibt etliche Psychiatrie-Erfahrene, zum Teil studierte Juristen, die aus eigenem Erleben oder Sachkompetenz heraus expertengemäßer von hier aus Stellung beziehen können!

Was ich aber glaube zu können, ist das *Appellieren an den gesunden Menschenverstand!* Gerade wir im Westen, besonders in Deutschland, sind in vielen Belangen „Experten“; wir wissen alles (manchmal auch besser), und falls wir etwas wider Erwarten einmal nicht wissen sollten, geben wir keine Ruhe, bis wir es „erforscht“ haben. „Die Seele aber, meine sehr geehrten Damen und Herren, läßt sich nicht so einfach, wenn überhaupt, erforschen!“ Wenn dem so wäre, dann hätten wir ja auch die seelischen Krisen/Notfälle/„Erkrankungen“ „im Griff“, es müßte nicht so viel mit Medikamenten rumprobiert werden! „Etwas im Griff haben“, wie das schon rein sprachlich klingt! In diesem Sinne soll mich kein anderer Mensch mehr „im Griff haben“,

kein Verwandter,

kein Psychiater,

kein „Helfer“, aber auch

kein Jurist oder

kein Betreuer,

so gut es auch jeder dieser Menschen mit mir meinen möge!

Und damit bin ich bei der Hauptforderung angelangt, die meines Erachtens alles überlagert und leitet: *Überdenken wir alle, inklusive meiner selbst, unser Menschenbild!*

Die Art und Weise, wie jeder von uns

1. mit sich selbst und

2. mit anderen, den MITMENSCHEN, umgeht,

das ist das Entscheidende!

Es spielt dabei keine Rolle, ob da die Putzfrau, der Hilfsarbeiter, der Amtsrichter oder der Doktor xy oder der „Herr Professor“ vor einem steht!

Der „psychisch kranke“ Mensch – was ist überhaupt „psychisch krank“? – Ich spreche lieber von aus dem „seelischen Gleichgewicht geratenen Menschen“ oder einem „Menschen, der sich – warum auch immer – in einer verzweifelt seelischen Krise oder Notlage befindet oder befand“.

Bitte besinnen Sie sich also in Ihrem Alltag vor allem auf ein „gesundes Menschen-Bild“, das

Sie den „Psychisch Kranken“ primär als „Menschen“ erkennen läßt, der von niemandem als „Ver-rückter“ oder „Irrer“ abgestempelt werden darf!

*Nicht umsonst hat sich unser Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener
das Motto „WEG MIT DEM STEMPEL“
gegeben. [BPE-Faltblatt; s. Anlage 1]*

Mme. M. Wetsch-Banque, französische Psychiaterin, stellte als Forderung 7 bei der DGSP-Tagung in Bremen [RG] folgende Aussage in den Raum, die ich seither nicht vergessen kann und immer wieder zur Diskussion stelle:

„Jeder Mensch, der mit einem Patienten in Kontakt steht, sollte nicht vergessen, daß dieser nicht zu 100% krank ist, sondern auch teilweise gesund ist!“

Da ich gebeten worden bin, an Sie auch Forderungen (F1 bis F8) seitens der Psychiatrie-Erfahrenen heranzutragen, möchte ich dies nunmehr tun. Meines Erachtens können diese Vorstellungen allen Menschen, auch Ihnen, meine sehr geehrten Damen und Herren, eine Chance bieten, den menschlicheren, partnerschaftlichen Umgang mit uns Psychiatrie-Erfahrenen zu erlernen/zu probieren – ganz gleich, an welcher Stelle, in welchem Rollen-Spiel Sie sich im psychiatrischen System befinden.

F1: „Psychoseseinare als Kür“:

Beteiligen Sie sich bitte an den von unserer Ehrenvorsitzenden Dorothea BUCK gemeinsam mit Dr. Thomas BOCK an der Uniklinik Hamburg-Eppendorf entwickelten „Psychoseseinaren“, die einen Schlüssel für ein besseres Verständnis für das Psychose-Erleben darstellen [BOCK].

F2: „Psychoseseinare als Pflicht“:

Ich persönlich fordere seit ca. 2 Jahren, daß alle im psychiatrischen Bereich Tätigen die Auflage erhalten, die Beteiligung an Psychoseseinaren nachzuweisen, sei es im Rahmen der Hochschulausbildung oder durch ein Zertifikat an einer Volkshochschule [APK]. Für Neueinstellungen sehe ich darin ein „Muß“, sei es eine Sozialarbeiterin, ein Mediziner oder eine Führungskraft im Bereich Verwaltung/Organisation!

Auch Juristen, die sich von Amts wegen mit Menschen in seelischen Krisen/Notlagen beschäftigen, sollten ein Psychoseseinar als Qualifikationsmerkmal besucht haben. Und das gilt auch für professionelle ebenso wie für ehrenamtliche Betreuer!

F3: „Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen in Schulungen als „Experten““:

Wenn ich z. B. in meiner Heimatstadt die vom SKFM angebotenen Schulungen für Betreuer beleuchte, dann fällt mir immer wieder auf, daß selbstverständlich die Psychiater in den Schulungsplan als „Lehrer“ einbezogen werden; wo aber bleibt dabei die Sichtweise von uns Psychiatrie-Erfahrenen? In Saarbrücken sieht es beim Paritätischen Betreuungsverein meines Wissens nicht anders aus, aber ich habe mit unserer „Schwester-Vereinigung“ im Haus der Parität erste Kontakte geknüpft, um mit „langem Atem“ diese für Sie vielleicht theoretisch klingende Forderung in meiner Heimat „gemeindenah“ in die Tat umzusetzen. Was spricht eigentlich dagegen, Psychiatrie-Erfahrene ebenfalls als „Lehrer“ in fachgerechte Ausbildung einzubeziehen?

F4: „Hinweise auf Verbesserung der Ausbildung für Fachkräfte“:

In der Literatur gibt es eine Fülle von Forderungen zur Verbesserung der Ausbildung bzw. des Kenntnisstandes, was man leicht nachlesen kann. Als Beispiele nenne ich:

– den „Erlaß des Sozialministeriums Mecklenburg-Vorpommern vom 8. 12. 1995“:

„Ordnung über die Weiterbildung in der Sozialpsychiatrie“

[Amtsblatt Nr. 51, 1995, S. 1184–1190; Psychosoziale Umschau 4/96; S. 30]

– die Ergebnisse der Fachtagung „Hilfen zum Helfen!“ der Aktion Psychiatrie Saar am

24. 02. 1996; [„Drehscheibe“-Psychosoziale Information

Nr. 5; Mai 1996; Hg.: Aktion Psychiatrie Saar/Stiftung Demokratie Saarland]

– das „Grundsatzpapier der saarländischen Nervenärzte zu Fort- und Weiterbildung“; vorgelegt im Landespsychiatriebeirat des Saarlandes im Haus der Ärzte; März 1996

Zum Schluß nenne ich Ihnen noch vier weitere Forderungen, die ich in den letzten beiden Tagen hier im Gustav-Stresemann-Institut mit meinem BPE-Kollegen Wolfgang Voelzke, Bielefeld, erarbeitet habe:

F5: „Psychiatrie-Erfahrene in die politischen Gremien!“:

Psychiatrie-Erfahrene müssen in allen Gremien zugelassen werden – mit Stimmrecht –, die über psychiatrische Politik beraten!

Bsp: Bei uns im Saarland vertrete ich unseren Landesverband im Landespsychiatrie-Beirat, und in allen Kreisen/Stadtverband Saarbrücken ist mindestens ein/e Psychiatrie-Erfahrene/r aktiv in die Gremienarbeit einbezogen. Meines Wissens ist das noch in keinem anderen Bundesland flächendeckend der Fall.

F6: „Ombudsleute zur Interessenvertretung für Psychiatrie-Erfahrene“

Wir fordern Ombudsleute in Anlehnung ans holländische Modell, wobei die Ombudsleute möglichst Psychiatrie-Erfahrene sein sollten. Hier sehe ich Handlungsbedarf in Zusammenarbeit mit Ihnen, denn bei Ihnen taucht auch plötzlich dieser Fachbegriff auf, sicherlich mit anderen Inhalten! Darüber sollten wir uns unterhalten!

F7: „Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen in Ihre VGT-Arbeit“:

Wir bitten Sie, uns bei der inhaltlichen Weiterentwicklung spezieller Themen wie „Geschäftsfähigkeit“, „Unterbringung“, etc. partnerschaftlich in Ihre Arbeit einzubeziehen.

F8: „Zusammenarbeit bei der Weiterentwicklung von (Patienten-)Verträgen“:

Der Arbeitskreis 13 beschäftigte sich u. a. mit dem „Behandlungsvertrag“. In der AG 12 wurde der Vorschlag unterbreitet, die Vielfalt an Vorschlägen einmal im Sinne der Entwicklung eines „Basis-Vertrags“ zu sichten. Ich bitte Sie, den BPE darin einzubeziehen, wobei ich mir Herrn Voelzke als Experten sehr gut vorstellen kann.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit und wünsche Ihnen weiterhin einen guten Tagungsverlauf.

Literaturverzeichnis

Apfel 1-3: „Apfelbaumchen“-Selbsthilfezeitung

Hg.: Landesverband Psychiatrie-Erfahrener SAAR e. V., Saarbrücken

1. Nr. 7; S. 52ff.

2. Nr. 12/13; S. 71

3. Nr. 14/15, z. Zt. in Vorbereitung

APK: Aktion Psychisch Kranke; Band 22; Tagungsbericht 17./18. 5. 1995

Hg.: Crefeld, Kunze, Jagoda

Das Betreuungswesen und seine Bedeutung für die gemeindenahere psychiatrische Versorgung; S. 190

1996; Rheinland-Verlag GmbH Köln

Babylon: Abschied von Babylon – Verständigung über Grenzen in der Psychiatrie

Hg.: Bock, Buck, Gross, Maß, Sorel, Wolpert

Psychiatrie-Verlag; ISBN 3 - 88414 - 164 - 3

BMA: Bericht Nr. 77 des BMA zur Gesundheitsberichterstattung; Seite 173;

NOMOS-Verlag

Bock: T. Bock, J. E. Deranders, I. Esterer

1. „*Stimmenreich*“ – Mitteilungen über den Wahnsinn;

ISBN 3 - 88414 - 138 - 4; Psychiatrie-Verlag, 1994

2. „Im Strom der Ideen“ – Stimmenreiche Mitteilungen über den Wahnsinn

ISBN 3 - 88414 - 157 - 0; Psychiatrie-Verlag, 1995

BPE: Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V.; BONN – Faltblatt;

Thomas-Mann-Str. 49a; 53111 BONN (s. Anlage 1)

RG: Reppmann, Gernot; unveröffentlichtes Protokoll der DGSP-Tagung 1996

(16. 05.–18. 05. 1996 in Bremen („Krankheit als Krise – Krise als Chance“);

Saarbrücken, am 21. Mai 1996

VÖ: Völzke, Wolfgang; Referat auf der Bundesdirektorenkonferenz am 7. 6. 1995 in Bethel;

PsychoSoziale Umschau, Heft 1/1996, Seite VII; Psychiatrie-Verlag, BONN

Advokatorische Lösungen:

Rita Maria Gänsbacher

Gewährleistung des Schutzes der Grundrechte psychisch behinderter Menschen in psychiatrischen Krankenhäusern durch eine parteiliche Vertretung untergebrachter Patienten

Der Schutz der Grundrechte psychisch kranker Menschen in psychiatrischen Krankenhäusern – oder anders gesagt, die Einschränkung der verfassungsrechtlich garantierten Persönlichkeitsrechte gem. BGBl 1958/20 – ist in Österreich seit 1991 durch das Unterbringungsgesetz (UbG) geregelt. Präzise Formalvorschriften zur polizeilichen Zuweisung (§§ 8 UbG) und zur zwangsweisen Aufnahme in ein psychiatrisches Krankenhaus (§§ 10ff. UbG) sollen die Bedingungen, unter denen psychisch Kranke zu einem Krankenhausaufenthalt gezwungen werden können, eng gestalten. Ein zweigeteiltes gerichtliches Kontrollverfahren (§§ 19ff. UbG) und die parteiliche Vertretung des Patienten durch einen Patientenanwalt im Gerichtsverfahren sowie gegenüber der Krankenanstalt (§§ 13ff. UbG) gewährleisten die Einhaltung der strengen Vorschriften zur Durchführung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen durch die Psychiatrie. Bei der Übertretung der selbigen stehen dem Betroffenen über dem Weg des Antrages sofort abrufbare Rechtsschutzinstrumente zur Verfügung.

Im Zuge der Gesetzeswerdung verfolgte die österreichische Bundesregierung unter Bedachtnahme des besonderen Rechtsschutzbedürfnisses psychisch kranker Bürger folgende Zielsetzungen:

- die Verbesserung der Rechtstellung psychisch Kranker,
- die Gewährleistung der Persönlichkeitsrechte psychisch Kranker, die in psychiatrischen Krankenhäusern in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt werden,
- die Bestimmungen zur Aufnahme in psychiatrische Krankenhäuser gegen den Willen des Betroffenen in Übereinstimmung mit Art. 6 des Bundesverfassungsgesetzes zu bringen: Demnach hat jeder Bürger, der in seinen Freiheitsrechten beschränkt wird – dazu gehört auch die zwangsweise Aufnahme in eine psychiatrische Krankenanstalt, das Recht auf ein Verfahren durch ein Gericht oder eine andere unabhängige Behörde, die binnen einer Woche über die Rechtmäßigkeit des Freiheitsentzuges entscheidet,
- die rechtliche Ausgestaltung und Kontrolle der der Psychiatrie übertragenen staatlichen Zwangsbefugnisse,
- den veränderten Bedingungen der psychiatrischen Versorgung und deren Einbindung in die Rechtsordnung Rechnung zu tragen.

Demnach ist das Unterbringungsgesetz, das ausschließlich die der Psychiatrie übertragenen Zwangsbefugnisse regelt, kein umfassendes Psychiatriegesetz, wengleich die Unterbringung in den psychiatrischen Krankenhäusern einen wesentlichen Teil der psychiatrischen Versorgung darstellt. Insbesondere ist das Krankenhaus dann die erste Anlaufstelle, wenn extramurale psychiatrische Versorgungseinrichtungen fehlen. In Österreich trifft dies vorwiegend die Bürger der Bundesländer, insbesondere die des ländlichen Raumes.

1. Die Unterbringung

In einem psychiatrischen Krankenhaus untergebracht darf nur jener Bürger werden, welcher an einer psychischen Krankheit leidet und aufgrund dieser sein Leben oder seine Gesundheit oder das Leben oder die Gesundheit anderer ernsthaft und erheblich gefährdet. Weiter müssen sich die extramuralen psychosozialen Versorgungseinrichtungen als nicht geeignet erweisen, um die nachweisliche Gefährdung hintanzuhalten (§ 3 UbG). Reicht die Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Betroffenen aus, den Krankenhausaufenthalt als einzige Möglichkeit zur Gefähr-

renabwehr zu erkennen, und kann er sich entschließen, diesen für sich aus eigenem Willen mitzutragen, wird eine Unterbringung nicht mehr notwendig.

Die Situation der Unterbringung ist entsprechend der Gesetzesvorlagen und der bereits ergangenen oberstgerichtlichen Entscheidungen klar umrissen:

1. Jede minimale freiheitsbeschränkende Maßnahme ist ausschließlich als allerletzte Möglichkeit zum Schutz von Leben und Gesundheit in Betracht zu ziehen und darf nicht außer Verhältnis stehen.
2. Eine Unterbringung liegt bereits dann vor, wenn der Betroffene den Eindruck hat, daß er sich nicht frei nach seinem Willen bewegen kann, oder wenn dieser vorübergehend kurzfristigen körpernahen weiteren Beschränkungen gem. § 33 UbG unterworfen wird. *„Eine Beschränkung der Bewegungsfreiheit setzt nicht unbedingt die Anwendung physischen Zwanges voraus. Ein Freiheitsentzug liegt schon dann vor, wenn der Betroffene aus dem Gesamtbild des Geschehens den Eindruck gewinnen muß, keine beliebige Ortsveränderungen mehr durchführen zu können ... Auch Sicherungsmaßnahmen, Maßnahmen der Fürsorge etc. sind, wie § 33 UbG zeigt, Beschränkungen der Bewegungsfreiheit, mögen sie auch dem Wohl des Kranken dienen. Nach der zitierten Bestimmung können Behandlungs- und Betreuungsfunktionen eine Maßnahme rechtfertigen; sie schließen aber nicht das Vorliegen einer Beschränkung aus. § 2 UbG stellt weder auf den räumlichen noch auf den zeitlichen Umfang der Beschränkung ab; eine Unterbringung liegt schon dann vor, sobald ein Patient auch nur einer einzigen Beschränkung seiner Bewegungsfreiheit unterworfen wird“* (4 Ob 513, 514/93).

Unabhängig vom zeitlichen Ausmaß und von der Art der Einschränkung der Bewegungsfreiheit handelt es sich in jedem Falle um eine freiheitsbeschränkende Maßnahme und somit gleichzeitig um eine Unterbringung, die nach der Einhaltung der hierfür vorgesehenen Formalvorschrift (§§ 10ff. UbG) einschließlich der entsprechenden Rechtsschutzeinrichtungen für den Betroffenen (§§ 14ff. UbG) verlangt.

3. Die Gefährdung muß „ernstlich und erheblich“ sein, womit sowohl eine besondere Schwere der drohenden Schädigung als auch ein hohes Maß an Wahrscheinlichkeit des Schadenseintrittes gemeint ist. Es reicht nicht aus, daß eine Gefährdung lediglich nicht ausgeschlossen werden kann. Der Schadenseintritt muß aufgrund objektiver und konkreter Anhaltspunkte wahrscheinlich sein. *„Darunter ist eine hohe Wahrscheinlichkeit des ... Schadenseintrittes zu verstehen, darüber hinaus hat die Schädigung direkt aus der Krankheit zu drohen. Eine bloße vage Möglichkeit einer Selbst- oder Fremdschädigung ist nicht ausreichend.“* (7 Ob 610/91).

Eine Unterbringung wegen bloßer Behandlungsbedürftigkeit oder Verwahrlosungsgefahr ist nach dem Unterbringungsgesetz ebenfalls nicht möglich. Erst wenn die Behandlungsbedürftigkeit zu einer besonders schweren und ernstlichen Gefährdung der Gesundheit führt, kann diese eine Unterbringung rechtfertigen. *„Die Behandlungsbedürftigkeit kann eine Unterbringung erst dann rechtfertigen, wenn sie zu einer besonders schweren und ernstlichen Gefährdung der Gesundheit führt ... So wie die bloße Behandlungsbedürftigkeit eine Unterbringung nicht rechtfertigt, stellt auch jener Zustand, der durch das unbehandelte Fortbestehen der psychischen Grundkrankheit eintritt, für sich genommen noch keine hinreichende Selbstgefährdung im Sinne des § 3 UbG dar ... Diese, sowie auch jener Zustand, der durch das unbehandelte Fortbestehen des psychischen Krankheit eintritt, können ... eine Unterbringung erst dann rechtfertigen, wenn sie zu einer besonders schwerwiegenden und ernstlichen Gefährdung der Gesundheit führen; der Schadenseintritt muß aufgrund objektiver und konkreter Anhaltspunkte wahrscheinlich sein“* (2 Ob 542/92) oder *„Die Unterbringung psychisch Kranker wegen bloßer Behandlungsbedürftigkeit oder Verwahrlosungsgefahr ist ebensowenig zulässig, wie eine Unterbringung als Maßnahme der Fürsorge“* (2 Ob 600/92).

Die differenzierte Judikatur zur Unterbringung durch den Obersten Gerichtshof ging am Psychiatriealltag nicht wirkungslos vorbei. In einigen Abteilungen kam es in Folge zu einer Neuorganisation des Stationsablaufes, zu baulichen Veränderungen und zu einer neuen Begeg-

nungsform mit den Patienten. Unübersehbar ist jedoch auch, daß gerade die gerichtlichen Entscheidungen beim ärztlichen und pflegerischen Personal zu einer Sensibilisierung bezüglich der Auswirkungen von Zwangsmaßnahmen auf das Behandlungssetting und des Umganges mit Freiheitsbeschränkungen beitragen konnten.

2. Die Unterbringungsentscheidung

Die Unterbringungsentscheidung liegt zunächst in der Kompetenz der Fachärzte des Krankenhauses. Diese – zwei Fachärzte für Psychiatrie – haben zunächst Voraussetzungen einer Unterbringung auszuschließen oder gegebenenfalls durch jeweils ein eigenständiges ärztliches Zeugnis zu beurkunden und dem zuständigen Bezirksgericht sowie der Patientenanwaltschaft unverzüglich zur Kenntnis zu bringen. Die Entscheidung, zu der die Ärzte nach der Aufnahmeuntersuchung kommen, ist unabhängig von der Art und Weise wie die betroffene Person ins Krankenhaus gekommen ist. Ausschlaggebend für die Unterbringung ist das Ausmaß der Gefährdung aufgrund der Krankheit, das Fehlen alternativer Behandlungs- bzw. Betreuungsformen. Krankenhaus- oder Behandlungsbedürftigkeit allein reichen als Voraussetzung für einen so schwerwiegenden Eingriff in die Persönlichkeitsrechte – Freiheitsbeschränkungen, Eingriffe in das Selbstbestimmungsrecht betreffend der Heilbehandlung – wie es die Unterbringung darstellt, nicht aus. Auch die Art der Zuweisung wie etwa eine Zuweisung durch die öffentlichen Sicherheitsorgane gem. § 8 UbG müssen nicht unbedingt eine Unterbringung nach sich ziehen, denn der § 8 UbG regelt lediglich die Zulässigkeit von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen im Rahmen von Zwangszuweisungen.

Die Aufteilung der Entscheidungsbefugnisse zur Aufnahme gegen den Willen auf mehrere voneinander unabhängige Institutionen bzw. Personen, bildet für den Betroffenen bereits einen Schutz vor einer übereilten Unterbringung. Ist eine Person aufgrund einer psychischen Krankheit auffällig, wird sie von anderen als bedrohlich oder gefährdet erlebt und können keine für sie annehmbaren Unterstützungsangebote organisiert werden, dann erfolgt zunächst eine laienhafte Einschätzung der Ordnungsorgane. Bei Verdacht auf Vorliegen einer psychischen Krankheit haben diese den Amtsarzt oder einen anderen befugten Arzt, der in der Regel kein Psychiater ist, herbeizuholen. Liegen für diesen die Voraussetzungen einer Unterbringung vor, dann kann eine Zuweisung in eine Psychiatrie erfolgen, was jedoch weder eine Unterbringung noch eine Aufnahme mit sich bringen muß.

Im Jahr 1994 wurden ca. 3 % der polizeilich zugewiesenen Personen nicht im Krankenhaus aufgenommen und ca. 37 % ohne Unterbringung aufgenommen. Im selben Zeitraum waren 12 % der Unterbrachten nicht über eine polizeiliche Zuweisung ins Krankenhaus gekommen.

Im Jahr 1994 kam es österreichweit in den psychiatrischen Krankenhäusern insgesamt zu 42 296 Aufnahmen¹ und zu 9937 Unterbringungen². Das bedeutet in etwa 190 Aufnahmen und 140 Unterbringungen pro 100 000 Einwohner.

40 % der Unterbringungen des Jahres 1994 wurden von seiten des Spitals noch vor der gerichtlichen Erstanthörung, die das Gericht binnen vier Tage ab Kenntnisnahme durchzuführen hat (§ 19 UbG), aufgehoben. 20 % der Unterbringungen blieben bis zur mündlichen Verhandlung aufrecht, wobei der Großteil der Unterbringungsaufhebungen durch das Krankenhaus erfolgten. Lediglich 18 % der Unterbringungen wurden vom Gericht in der Erstanthörung für unzulässig erklärt. In der mündlichen Verhandlung, die längstens vierzehn Tage nach der Erstanthörung erfolgen muß (§ 22 UbG), liegt die Unzulässigkeitsrate ebenfalls bei 18 %³.

1 Quelle: Österreichisches Statistisches Zentralamt.

2 Forster 1996.

3 Forster 1996.

Die Bewertung einer mit der Behandlung einhergehenden freiheitsbeschränkenden Maßnahme, also Zwangsmaßnahme, als Unterbringung, führte vor allem in den ersten Jahren nach der Einführung des Unterbringungsgesetzes zu Unsicherheiten und zu Konflikten zwischen Ärzten und Patientenanwälten. Erst die oberstgerichtliche Entscheidung 7 Ob 639/91 führte zu einer Annäherung der häufig kontroversiell diskutierten Standpunkte. Insbesondere auch deswegen, weil die gerichtliche Überprüfung einer vermeintlichen oder tatsächlichen freiheitsbeschränkenden Maßnahme nicht ausschließlich von der Einhaltung der Formalvorschrift und der Bewertung der Ärzte abhängt, sondern von der tatsächlichen Situation. „Das Verfahren zur Überprüfung der Zulässigkeit der Unterbringung soll von Amts wegen eingeleitet werden, sobald das Gericht, von wem auch immer, von der Aufnahme des Kranken erfährt...“. Die Einleitung des Verfahrens von Amts wegen entspricht auch dem Rechtsfürsorgecharakter des Verfahrens zur Überprüfung der Zulässigkeit einer Unterbringung. Es fällt daher auch in den Aufgabenbereich des Patientenanwaltes, den – durch nicht offen gelegten Zwang – in seiner Bewegungsfreiheit eingeschränkten Patienten den gesetzlich garantierten Rechtsschutz zukommen zu lassen. Die von den Patientenanwälten bei Gericht eingebrachten Anträge auf Überprüfung der Zulässigkeit von wahrgenommenen „de facto“ Unterbringungen stieß vor allem bei den behandelnden Ärzten, zunächst jedoch auch bei den Erstgerichten, auf Ablehnung.

Durch die Möglichkeit, wahrgenommene, von den Ärzten jedoch nicht als solche bewertete, freiheitsbeschränkenden Maßnahmen einer gerichtlichen Kontrolle zu unterziehen, hat der Patientenanwalt ein wirksames Instrument zur Verfügung, einer möglichen Umgehung des Unterbringungsgesetzes entgegen zu wirken.

3. Über die Unterbringung hinausgehende Einschränkungen in der Bewegungsfreiheit und in der Zustimmung zur Heilbehandlung

Mit der Unterbringung in Verbindung stehen können weitere Beschränkungen wie die Beschränkung der Bewegungsfreiheit auf ein Einzelzimmer, auf ein Netzbett, die totale Einschränkung der Bewegungsfreiheit durch körpernahe Fixierungen, z. B. durch Gurte (§ 3 UbG), Einschränkungen des fernmündlichen und des Briefverkehrs (§ 34 UbG) und die Einschränkung der allgemeinen Patientenrechte (§ 5 Krankenanstaltengesetz, KAG⁴). Die Anordnung der im Unterbringungsgesetz angeführten weiteren Beschränkungen verlangt jedoch nach Einhaltung der hierfür vorgesehenen strengen materiellen und formellen Voraussetzungen:

- Sie müssen zur Abwehr einer ernstlichen und erheblichen Gefährdung unerlässlich sein, das heißt, keine gelinderen Mittel zur Verfügung stehen (§ 33 Abs 1 UbG);
- sie müssen vom behandelnden Arzt jeweils besonders angeordnet, in der Krankengeschichte unter Angabe des Grundes beurkundet, nur für einen unbedingt notwendigen Zeitrahmen festgelegt und dem für den Betroffenen zuständigen Patientenanwalt unverzüglich mitgeteilt werden.

Für nicht untergebrachte Patienten gelten dieselben Bestimmungen (im wesentlichen im Krankenanstaltengesetz (KAG), und im Ärztegesetz (ÄrzteG) festgelegt) wie für Patienten in allen anderen Abteilungen.

Ein mögliches Ausmaß der Einschränkungen der Rechte untergebrachter Patienten möchte ich am Beispiel von weiteren Beschränkungen und der Möglichkeit der Verabreichung einer Heilbehandlung gegen den Willen des Betroffenen aufzeigen.

4 Auszüge aus den Patientenrechten gem. § 5 KAG: „... daß, 1. Pflegelinge die ihnen zustehenden Rechte erhalten sowie ihr Recht auf Einsicht in die Krankengeschichte ausüben können, 2. Pflegelinge ihr Recht auf Aufklärung und Information über die Behandlungsmöglichkeiten samt Risiken ausüben können; ... 4. ausreichend Besuchs- und Kontaktmöglichkeiten mit der Außenwelt bestehen ... 5. auf Wunsch des Pflegelings eine seelsorgerische Betreuung möglich ist; ... 7. auch in Mehrbettzimmern eine ausreichende Wahrung der Intimsphäre gewährleistet ist; ...“.

3.1 Über die Unterbringung hinausgehende freiheitsbeschränkende Maßnahmen

Ein untergebrachter Patient kann über die eigentliche Unterbringung hinaus noch weitere Beschränkungen gem. § 33 UbG (z. B. Beschränkungen auf einem Raum oder Fixierungen) unterworfen werden. Hierbei gilt der Grundsatz, daß jede Beschränkung des Kranken in seiner Bewegungsfreiheit nur insoweit zulässig ist, als sie sowohl qualitativ, also in der Art der Gefahrenabwehr als auch quantitativ, also im Umfang und der Dauer zur Erreichung des Schutzzweckes (Gefahrenabwehr, Behandlung, Betreuung), geeignet sowie als „ultimo ratio“ unerlässlich ist, das heißt nicht außer Verhältnis steht. Beschränkungen gem. § 33 UbG sollen so wie die Unterbringung selbst, nur subsidiär als letztes Mittel in Verwendung kommen und zugleich eine gefahrenabwehrende und eine therapeutisch-betreuende Funktion aufweisen. Aus Gründen der Disziplinierung darf ein Patient nicht weiteren Beschränkungen unterworfen werden. Hierzu zwei Zitate aus Entscheidungen des Obersten Gerichtshofes:

a) Über die Zulässigkeit einer körpernahen Fixierung nach mißbräuchlicher Anwendung einer Alarmglocke. „... Diese Voraussetzungen sind bei einer mittelbaren Gefährdung, wie sie durch den Mißbrauch der Alarmglocke hervorgerufen wird, nicht erfüllt. Weder ist der Eintritt eines Schadens in hohem Maß wahrscheinlich ... noch folgt eine allfällige Schädigung direkt aus der Krankheit. Um zulässig zu sein, muß die Beschränkung darüber hinaus zur ärztlichen Behandlung oder Betreuung unerlässlich sein. Dieses Erfordernis ist nicht schon dann erfüllt, wenn die Beschränkung einen störungsfreien Behandlungs- und Pflegeverlauf beim Kranken und seinen Mitpatienten ermöglicht; sie muß das letzte Mittel sein, das in Betracht kommt. Im vorliegenden Fall ... müssen therapeutische Mittel ergriffen werden, um den Kranken am Mißbrauch der Alarmglocke zu hindern. Der mit solchen Mitteln, wie der Einzelbetreuung durch einen Pfleger, verbundene Aufwand mag hoch sein. Dies ändert nichts daran, daß eine Beschränkung der Bewegungsfreiheit zur Verhinderung eines Mißbrauches der Alarmglocke unerlässlich ist. Ihr fehlt die Verhältnismäßigkeit. Die Beschränkung der Bewegungsfreiheit durch Bauchgurt ist ein so schwerwiegender Eingriff, daß sie nicht schon dann angewandt werden kann, wenn der Kranke den Krankenhausbetrieb stört, ohne sein Leben oder seine Gesundheit oder das Leben oder die Gesundheit anderer unmittelbar zu gefährden ... Zu berücksichtigen ist aber, daß Diszipliniierungsmaßnahmen jedenfalls unzulässig sind ... Daraus ist ersichtlich, daß Störungen durch unangepasstes Verhalten durch andere Maßnahmen als durch Beschränkungen begegnet werden muß“ (2 Ob 605/92).

b) Über die Zulässigkeit weiterer Beschränkungen bei Nichtbeachtung des in der Anstaltsordnung festgelegten Rauchverbotes. „Die möglichst vollständige Gewährleistung von Grundrechten darf nicht an fehlenden Anordnungen (entsprechender Anstaltsordnungen) oder mangelhaften sachlichen und personellen Anordnungen der entsprechenden Krankenbausträger scheitern. Bevor eine geistig kranke Raucherin am Zigarettenrauchen in einer geschlossenen Abteilung, das bei dessen Vornahmen im Bett tatsächlich eine Brandgefahrenquelle bilden kann, durch vollständige Fesselung an Händen und Füßen und spätere Verschaffung in einen von ihr allein benutzten Raum gehindert und damit in einer objektiv erniedrigenden und menschenunwürdigen Weise (gleichsam durch Einzelhaft in vollständiger Bewegungsunfähigkeit) in ihrer Bewegungsfreiheit völlig eingeschränkt wird, soll und muß sich das Betreuungspersonal der betroffenen Krankenabteilung ... für eine weniger in die Freiheits- und Bewegungsrechte eingreifende Abwehrmethode entscheiden“ (2 Ob 2100/96).

Scheint eine weitere Beschränkung nicht dem Verhältnisgrundsatz zufolge ärztlich angeordnet zu sein und bleiben die Formalerfordernisse unbeachtet, so hat der Patient oder sein Patientenanwalt die Möglichkeit, diese auf ihre Zulässigkeit hin gerichtlich prüfen zu lassen – allenfalls auch unter Beiziehung eines anstaltsunabhängigen gerichtlich beeideten Sachverständigen. Die gerichtliche Überprüfung von weiteren Beschränkungen wird vom Patienten oder seinem Patientenanwalt relativ selten beantragt, denn allein die Möglichkeit, vorläufige Beschränkungen einer gerichtlichen Prüfung unterziehen zu können und der damit verbundene Argumentationszwang, zwingen die verantwortlichen Ärzte, die Notwendigkeit der Verordnung einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme genau zu prüfen und nach weniger in die Integrität der

Person eingreifenden Schutzmaßnahmen zu suchen. Hinzu kommt, daß häufig durch sofortiges Intervenieren des Patientenanwaltes für den Patienten annehmbare Alternativen gefunden werden können.

In den Jahren von 1991–1995 wurden österreichweit 68 weitere Beschränkungen gem. § 33 UbG zur gerichtlichen Überprüfung gebracht. Das sind in etwa vierzehn Anträge zur Überprüfung einer Beschränkung pro Jahr (1995 wurden 11 064 Unterbringungen gemeldet). Von diesen wurden 60% (40) für zulässig erklärt und 40% (28) für unzulässig⁵.

3.2 Einschränkung der Selbstbestimmung betreffend der medizinischen Heilbehandlung – die Zwangsbehandlung

Grundsätzlich gilt nach den allgemeinen Bestimmungen des Straf-, Zivil- und Krankenanstaltenrechtes (§ 8 KAG, § 22 ÄrzteG, § 110 Abs 1 STGB, § 36 Abs 1 UbG), daß eine ärztliche Heilbehandlung nur nach Einwilligung eines einsichts- und urteilsfähigen Patienten zulässig ist. Ausnahmeregelungen gibt es für den Fall, daß ein Patient die Einsichts- und Urteilsfähigkeit verliert. Für untergebrachte Patienten sind die gesetzlichen Bestimmungen zur ärztlichen Heilbehandlung beim Verlust der Einsichts- und Urteilsfähigkeit in den §§ 36ff. UbG geregelt. Demnach können untergebrachte Patienten, die vorübergehend betreffend der Konsequenzen einer Unterlassung der notwendigen Behandlung nicht einsichts- und urteilsfähig sind, diesbezüglich in ihrer Selbstbestimmung eingeschränkt bzw. diese zur Gänze übergangen werden. In Extremsituationen können sie sogar unter Anwendung von Gewalt und unter Beachtung des Verhältnisgrundsatzes einer Behandlung gegen den Willen – Zwangsbehandlung – unterworfen werden. Das heißt, daß in den Ausnahmesituationen, in denen es auf die persönliche Zustimmung des Betroffenen nicht ankommen muß (§ 36 UbG), nicht nur eine Risikoabwägung zwischen dem therapeutischen Ziel und allfälligen Nebenwirkungen erfolgen muß (§ 35 UbG), sondern insbesondere auch eine Abwägung zwischen dem therapeutischen Effekt und dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten in jenen Fällen, in denen es auf die persönliche Zustimmung des Betroffenen nicht ankommen muß.

Bei nicht untergebrachten Patienten hat der Arzt im Aufnahmegespräch die Behandlungsschritte mit dem Patienten zu vereinbaren und ihn über mögliche Behandlungsformen aufzuklären (§ 35 Abs 2 UbG). Die Behandlungsvereinbarung verlangt bei Änderungen von seiten der Ärzte nach einer neuen Zustimmung vom betroffenen Patienten. Der Patient seinerseits kann jederzeit formlos aus der Vereinbarung aussteigen.

Bei untergebrachten Patienten gilt, daß, soweit der Patient betreffend seiner Krankheit einsichts- und urteilsfähig ist, keine Behandlung gegen seinen Willen erfolgen kann (§ 36 Abs 1 UbG) und analog zum nicht untergebrachten Patienten eine Behandlungsvereinbarung erzielt werden muß. Verliert der Betroffene vorübergehend die Einsichts- und Urteilsfähigkeit (Dispositions- und Diskriminationsfähigkeit), dann obliegt die Wahl der Behandlung der ärztlichen Entscheidung, sofern es sich um eine einfache Heilbehandlung handelt. Für den Kranken bedeutet dies im allgemeinen der Beginn einer medikamentösen Therapie. Die zuständigen Ärzte haben hierbei lediglich darauf zu achten, daß sie die am wenigsten in die Integrität der Person eingreifende Therapieform wählen. Besondere Heilbehandlungen bei einsichts- und urteilsunfähigen Patienten, hierzu zählen Elektrokrampftherapien, operative Eingriffe und die Verabreichung von Neuroleptika in Form eines Depots, sofern diese „... die psychische oder physische Verfassung des Kranken beeinträchtigen ... und mit schwerwiegenden Beeinträchtigungen (z. B.) wegen erheblicher Nebenwirkungen zu rechnen ist“ (4 Ob 549/94) dürfen ausschließlich erst nach einer gerichtlichen Zulässigkeitsklärung erfolgen (§ 36 Abs 2 UbG). Bei Gefahr in Verzug dürfen besondere Heilbehandlungen auch ohne gerichtliches Prüfverfahren erfolgen, wobei auch in solchen Situationen die Zulässigkeit der erfolgten Heilbehandlung vom Patienten oder seinem Patientenanwalt gerichtlich geprüft werden kann (§§ 37, 38 UbG).

⁵ Vgl. Forster 1996.

⁶ Vgl. Kopecki 1995, Bd. 2.

Der Schutz des Patienten, sowohl betreffend einer einfachen als auch einer besonderen Heilbehandlung gegen seinen Willen, liegt darin, daß er oder sein Patientenanwalt die Heilbehandlungen auf ihre Zulässigkeit hin durch das Unterbringungsgericht prüfen lassen kann (§ 36 Abs 2). Zusätzlich kann der Patient Vorsorge für den Fall des Verlustes der Einsichts- und Urteilsfähigkeit treffen und im einsichts- und urteilsfähigen Zustand eine Verfügung gem. § 10 Krankenanstaltengesetz verfassen und diese an geeigneter Stelle (Krankengeschichte, wenn bereits vorhanden, zuständiges Krankenhaus u.ä.) hinterlegen. Der behandelnde Arzt, so ihm diese Verfügung bekannt ist, hat bei einer unaufschiebbaren Behandlung gegen oder ohne den Willen des Patienten auf die dort angeführten Wünsche zur Unterlassung bestimmter Behandlungsmethoden Rücksicht zu nehmen. Die Verbindlichkeit einer solchen Verfügung ist gesetzlich nicht ausdrücklich festgelegt, gerichtliche Entscheidungen sind noch ausständig, jedoch muß man davon ausgehen, daß die Ablehnung einer Behandlung durch eine einsichts- und urteilsfähige Person auch dann verbindlich ist, wenn sie zu einem späteren Behandlungszeitpunkt diese Entscheidungsfähigkeit krankheitsbedingt verloren hat⁷. Obwohl grundsätzlich von einer Übereinstimmung darüber ausgegangen werden kann, daß diesen Willenserklärungen eine Verbindlichkeit zukommt, besteht im praktischen Umgang mit Verfügungen vor allem bei Ärzten, aber auch bei Patienten noch große Unsicherheit. Die Patientenanwaltschaft bietet daher den Patienten Beratungen über Verfassung (schlüssige, nachvollziehbare, begründete Ausführung zur Ablehnung bestimmter Behandlungsformen, Daten zur Person, Bestätigung der Einsichts- und Urteilsfähigkeit und der Authentizität durch Zeugen, Angaben zum Widerruf und Vermerke bezüglich Aktualität) und Hinterlegung einer Verfügung an.

Wird eine Verfügung vom behandelnden Arzt nicht beachtet, gibt es die Möglichkeit, das Gericht anzurufen.

Ähnlich den weiteren Beschränkungen zeigt sich betreffend der Heilbehandlung, daß bereits die Möglichkeit, eine erfolgte Behandlung ohne Zustimmung des Patienten einer gerichtlichen Zulässigkeitsprüfung unterziehen zu können, für den Betroffenen ein Schutz vor einer abwendbaren Zwangsbehandlung ist. Der mit einer gerichtlichen Überprüfung verbundene Argumentationszwang veranlaßt die verantwortlichen Ärzte, die Notwendigkeit einer Zwangsbehandlung genau zu prüfen und allenfalls diese so lange hinauszuschieben, bis die betroffene Person ihre Einsichts- und Urteilsfähigkeit wieder erlangt hat. Hinzu kommt, daß häufig durch sofortiges Intervenieren des Patientenanwaltes für den Patienten annehmbare Alternativen gefunden werden können.

In den Jahren von 1991–1995 entschieden die Gerichte 215 mal über die Zulässigkeit einer Heilbehandlung⁸. In 26 % (56) aller gerichtlichen Entscheidungen wurde die Heilbehandlung für unzulässig erklärt und in 74 % (159) für zulässig.

4. Die rechtliche Vertretung untergebrachter Patienten

Der Patientenanwalt war zunächst als Garant der Effektivität des durch das Unterbringungsgesetz eingerichteten gerichtlichen Kontrollsystem über die der Psychiatrie übertragenen staatlichen Zwangsbefugnisse gedacht. Durch die spezielle Ausgestaltung seiner Aufgaben öffnen sich neue Wege zur Wahrung von Bürgerrechten, nämlich der einer tendenziellen Ablösung von der traditionellen Rechtsstaatlichkeit, dem Rechtsverhältnisdanken und hin zur Partizipation, Ausübung von Parteienrechten in Form der gesetzlichen Vertretung. Die Geltendmachung subjektiver Rechte steht im Vordergrund des patientenanwaltschaftlichen Handelns (§ 15 UbG). Die Rechtsbegriffe „Geschäftsfähigkeit“ und „Einsichts- und Urteilsfähigkeit“ sind für die Vertretung zunächst unerheblich.

Die gesetzlich verankerten Aufgaben des Patientenanwaltes sind zum einem die Vertretung des

untergebrachten Patienten gegenüber der Krankenanstalt und zum anderen die Vertretung gegenüber dem Gericht im Unterbringungsverfahren. Darüber hinaus versteht sich die Patientenanwaltschaft als Beratungs- und Beschwerdeeinrichtung für Patienten psychiatrischer Krankenhäuser und deren Angehörige⁹.

4.1 Die Vertretung im Unterbringungsverfahren

Liegen bei einem aufzunehmenden oder bereits aufgenommenen Patienten die Unterbringungsvoraussetzungen gem. § 3 UbG vor, muß von seiten des Krankenhauses die Unterbringung eingeleitet werden. Infolge ist der Abteilungsleiter verpflichtet, unverzüglich das zuständige Bezirksgericht (§ 17 UbG) und die Patientenanwaltschaft (§ 10 UbG) davon in Kenntnis zu setzen. Der Patientenanwalt hat somit die Möglichkeit, mit dem Betroffenen ehestmöglich Kontakt aufzunehmen und bereits im Vorfeld Anliegen und Beschwerden auf außergerichtlichem Weg im Sinne des Betroffenen abzuklären. Das zuständige Gericht hat sich binnen vier Tage ab Kenntnis einer Unterbringung vom Kranken im Rahmen der Erstanthörung einen persönlichen Eindruck zu verschaffen (§§ 19 UbG) und über eine vorläufige Unterbringung zu entscheiden. Spricht das Gericht die Zulässigkeit einer Unterbringung aus, ist spätestens vierzehn Tage nach der Erstanthörung eine Verhandlung unter Beiziehung eines Sachverständigen anzuberaumen. Dieses zweigeteilte gerichtliche Verfahren dient der Überprüfung der Unterbringungsvoraussetzungen. Der Patientenanwalt vertritt den Patienten hierbei parteilich (§ 14 Abs 1 UbG) und kann – wie auch der Patient selbst oder seine Angehörigen – bei einer Zulässigkeit der Unterbringung dagegen einen Rekurs einlegen (§ 28 UbG).

Wird die Unterbringung vom Gericht für unzulässig erklärt, ist sie von seiten des Krankenhauses sogleich aufzuheben, es sei denn, der Abteilungsleiter erhebt Rekurs und das Gericht erkennt diesem aufschiebende Wirkung zu.

Mittels Antrag an das zuständige Gericht können Patientenanwalt und Patient weitere Einschränkungen der Persönlichkeitsrechte und Restriktionen gerichtlich prüfen lassen. Für den Patienten sind dies neue, zum Teil befremdende Wege, sich gegen Zwangsmaßnahmen auszusprechen und deren Legitimität prüfen zu lassen. Allein der unbürokratische, rasche Zugang zu einem gerichtlichen Kontrollverfahren, die umfassende rechtliche Aufklärung und das Wissen um die Verpflichtung des Arztes, seine von ihm verordneten Restriktionen vor dem Gericht gegebenenfalls begründen zu müssen, bieten dem Patienten einen gewissen Schutz vor übereilt gesetzten Zwangsmaßnahmen.

4.2 Vertretung gegenüber der Krankenanstalt

Die Vertretung des Kranken gegenüber dem Krankenhaus erfolgt zumeist in Form von Beratung über die Rechte untergebrachter und nicht untergebrachter Patienten oder durch Intervention und Unterstützung bei der Einforderung der Rechte, Anliegen und Wünsche der Patienten.

Grundsätzlich steht der Patientenanwalt allen Patienten, die sich in einem psychiatrischen Krankenhaus befinden oder befunden haben, beratend zur Seite. Im Jahr 1995 kam es zu 2056 Beratungskontakten. Die am häufigsten an die Patientenanwaltschaft herangetragenen Beratungs- und Unterstützungswünsche betrafen die Einsicht in die Krankengeschichte, die ärztliche Aufklärung, die Zustimmung zur Heilbehandlung und Fragen zur rechtlichen Situation von Ausgängen. Häufig reicht die Aufklärung über die rechtliche Lage und die Information über geeignete Ansprechpartner. Erst, wenn die Betroffenen ihre Rechte nicht autonom einfordern können, kommt es zu einer direkten Unterstützung durch den Patientenanwalt.

Außerhalb des Bereichs der Patientenrechte kann der Patientenanwalt die Betroffenen in rechtlichen und sozialen Fragen, die mit der psychischen Erkrankung oder mit dem stationären Auf-

⁷ Vgl. Kopetzki 1995, Bd. 2.

⁸ Die 215 gerichtlichen Entscheidungen zu Heilbehandlungsfragen beinhalten jedoch auch die von den Ärzten beantragten besonderen Heilbehandlungen (vorwiegend Anträge zur Zulässigkeit von Elektrokrampftherapien).

⁹ Vgl. Kopetzki 1996, Gänsbacher & Wagner 1996.

enthalt im Zusammenhang stehen, beratend unterstützen, wie etwa bei Problemen betreffend einer Sachwalterschaft, einem Führerscheinentzug, einem strafrechtlichen Verfahren oder einer drohenden Wohnsiedelung. Weiter steht der Patientenanwalt in beratender und informierender Funktion auch Angehörigen zu Verfügung.

5. Der Patientenanwalt

Der Patientenanwalt wird durch einen autorisierten Verein (Verein für Sachwalterschaft und Patientenanwaltschaft oder Institut für Soziale Dienste) beim zuständigen Bezirksgericht namhaft gemacht und vom Gericht für die Kranken eines psychiatrischen Krankenhauses bestellt (§ 13 Abs 1 UbG). Die Zuordnung des Patientenanwaltes zu den Patienten erfolgt nach abstrakten Kriterien, so daß dem Betroffenen der für ihn zuständige Patientenanwalt namentlich genannt werden kann.

Alternativ zum Patientenanwalt kann der Kranke einen eigenen Vertreter (Angehörige oder andere Vertrauenspersonen) wählen. Die Unterstützung durch den Patientenanwalt wird ihm in diesen Fällen zusätzlich geboten. Will der Patient auf die zunächst automatisch eintretende Vertretung durch den Patientenanwalt gänzlich verzichten, muß er einen selbstfinanzierten Notar oder Rechtsanwalt bevollmächtigen (§ 16 UbG). Von dieser Möglichkeit wird in der Praxis kaum Gebrauch gemacht.

Die Patientenanwälte arbeiten direkt im Krankenhaus in interdisziplinären Teams. Etwa die Hälfte der Patientenanwälte sind Juristen, die andere Hälfte Psychologen, Soziologen oder Sozialarbeiter.

5.1 Die Einrichtung der Patientenanwaltschaft

Gleichzeitig mit der Verabschiedung des Unterbringungsgesetzes wurde die Einrichtung der Patientenanwaltschaft in einem eigenen Gesetz, dem Vereinsanwaltschafts- und Patientenanwaltschaftsgesetz, BGBl 1990/156 (VSPAG) gesetzlich verankert und in Vereinen, dem Verein für Sachwalterschaft und Patientenanwaltschaft (VSP) und dem Institut für Soziale Dienste (IFS) auf privatrechtlicher, gemeinnütziger Basis organisiert. Die Aus- und Fortbildung sowie die Dienst- und Fachaufsicht obliegt diesen Vereinen. Die Finanzierung erfolgt nahezu ausschließlich durch Subventionen des Bundesministerium für Justiz.

5.2 Innenverhältnis Patient-Patientenanwalt

Die Ausgestaltung des Vertretungsverhältnisses zwischen Patientenanwalt und Patient ist in den wesentlichen Zügen im Unterbringungsgesetz (§ 15 Abs 1 UbG) geregelt. Die Akzentuierung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten durch den Gesetzgeber ist unübersehbar. Der Patient hat im Verfahren eine eigene Parteienstellung und kann alle Vertretungshandlungen auch unabhängig vom Patientenanwalt ergreifen. Voraussetzung für ein eigenständiges Handeln ist nicht nur eine gewisse psychische Stabilität, sondern auch das Wissen um die eigenen Rechte und um den richtigen Gebrauch der Rechtsschutzinstrumente. Die Weitergabe dieser Informationen (rechtlicher Status, Gerichtsverfahren, richterliche Entscheidungen, legale Einschränkungsmöglichkeiten der Persönlichkeitsrechte und des Selbstbestimmungsrechtes betreffend der Heilbehandlung und der Möglichkeiten, sich gegebenenfalls gegen diese zur Wehr zu setzen, allgemeine Patientenrechte) gehört im wesentlichen auch zum Inhalt der ersten Gespräche des Patientenanwaltes mit dem Patienten.

Im Kontakt mit dem Betroffenen müssen Art und Umfang der Aufklärung an die Aufnahme-fähigkeit des Betroffenen angepaßt werden, so daß für den Kranken eine eigenständige Entscheidungsfindung möglich ist.

Der Patientenanwalt ist verpflichtet, beabsichtigte Vertretungsverhandlungen (Erhebung von Rechtsmitteln u. ä.), Maßnahmen und Schritte zum Schutz der Persönlichkeitsrechte (Interventionen bei den verantwortlichen Ärzten, Beschwerden an den Abteilungsleiter, Anträge an das

Gericht u. ä.) mit dem Patienten zu besprechen und auf dessen Wünsche Rücksicht zu nehmen. Der Patientenanwalt muß soweit die Wünsche und Anliegen des Patienten in sein Handeln mit einbeziehen, soweit es weder das Wohl des Kranken gefährdet noch den Patientenanwalt in unzumutbarer Weise belastet. Im Zweifel geht der Wunsch des Patienten vor¹⁰.

Das Innenverhältnis zwischen Patientenanwalt und Patient ist weiter durch eine im Unterbringungsgesetz verankerte Verschwiegenheitspflicht geregelt (§ 15 Abs 2 UbG)¹¹. Der Patientenanwalt ist gegenüber jedermann – außer dem Unterbringungsgericht – zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Verschwiegenheit umfaßt, soweit die Geheimhaltung im Interesse des Kranken erforderlich ist und diesen nicht selbst eine Auskunftspflicht trifft, sämtliche Wahrnehmungen, die der Patientenanwalt im Rahmen der Ausübung seiner Tätigkeit macht. Die Verletzung der Verschwiegenheitspflicht wird strafrechtlich sanktioniert (§ 301 StGB).

6. Zusammenfassung

Für psychisch kranke Menschen, deren Handlungsfähigkeit und Bewegungsfreiheit aufgrund einer psychischen Erkrankung vorübergehend eingeschränkt ist, ist der Patientenanwalt nicht nur ein Garant für den Zugang zu den Rechtsschutzeinrichtungen, sondern auch eine wichtige Unterstützung bei der Einforderung der Patientenrechte. Insbesondere deshalb, weil das ärztliche und pflegerische Personal psychiatrischer Krankenhäuser sich ständig in einem sensiblen Spannungsfeld zwischen Fürsorge und den ihnen übertragenen staatlichen Zwangsbefugnissen bewegt.

Eine patientenbezogene, parteiliche Unterstützung scheint um so wichtiger zu sein, je weniger der Betroffene auf eine Unterstützung durch Verwandte und Freunde zurückgreifen kann, je größer die Isolierung und die Abhängigkeit von der Institution und je schwieriger es für den Patienten ist, elementare Wünsche und Bedürfnisse so zu äußern, daß sie auch gehört werden und ihnen entsprochen wird. Häufig fehlt den Betroffenen schlicht und einfach das Wissen über ihre Rechte, die sie trotz ihrer Hilfsbedürftigkeit oder gar Unterbringung ausüben können, oder sie kennen zwar ihre Rechte, sind aber aufgrund ihres Zustandes nicht in der Lage, diese ohne die Hilfe Dritter auszuüben.

Der Patientenanwalt als autorisierte Vertrauensperson und Fürsprecher der Patientenangelegenheiten kann die Betroffenen unterstützen und entlasten, aber auch das Selbstbewußtsein der Betroffenen stärken. Wesentlich dabei ist jedoch, daß Patient und Patientenanwalt im Bedarfsfall auf leicht zugängliche und sofort abrufbare Rechtsinstrumente zurückgreifen können.

Literatur:

- Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch (ABGB) vom 1. 6. 1811, JGS 946 i. d. F. BGBl. 1983/136
 Ärztegesetz (ÄrzteG), Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Landesvertretung der Ärzte
 Bundesgesetz vom 23. Jänner 1974 über die mit gerichtlicher Strafe bedrohten Handlungen (Strafgesetzbuch – STGB), BGBl. 1974/60
 Diskussionen im Nationalrat, 132. Sitzung am 1. 3. 1990, Stenographische Protokolle des Nationalrats (StProtNR), 17. Gesetzgebungsperiode

¹⁰ Analog dazu § 273a Abs 3 Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch (ABGB) vom 1. 6. 1811, JGS 946 i. d. F. BGBl. 1983/136: „Die behinderte Person hat das Recht, von beabsichtigten wichtigen Maßnahmen in ihre Person oder ihr Vermögen betreffenden Angelegenheiten vom Sachwalter rechtzeitig verständigt zu werden und sich hierzu, wie auch zu anderen Maßnahmen, in angemessener Frist zu äußern; diese Äußerung ist zu berücksichtigen, wenn der darin ausgedrückte Wunsch dem Wohl der behinderten Person nicht weniger entspricht.“

¹¹ Zusätzlich unterliegt der Patientenanwalt, so wie alle anderen in einem Krankenhaus beschäftigten Personen, einer umfassenden Verschwiegenheitspflicht gem. § 9 Abs 1 KAG.

- Emarcora Felix, Grundriß der Menschenrechte in Österreich, Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung, Wien 1988
- Finzen Asmus, Haug Hans-Joachim, Beck Adrienne, Lüthy Daniela (Hrsg.), Hilfe wider Willen. Zwangsmedikation im psychiatrischen Alltag, Psychiatrie-Verlag, Bonn 1993
- Feil Erich, Sachwalterrecht, Eisenstadt 1991
- Feil Erich, Feil Wolfgang, Ärztegesetz und einschlägige Nebenbestimmungen, Wien 1994
- Forster Rudolf, Medikalisierung und Verrechtlichung. Zwei Tendenzen in der Modernisierung der Psychiatrie, Habilitationsschrift eingereicht an der Grund- und Integralwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien, 1994
- Forster Rudolf, Statistische Informationen zur Vollziehung des Unterbringungsgesetzes, Teil 2: 1993-1995, Ludwig Boltzmann - Institut für Medizin und Gesundheitssoziologie, Wien 1996
- Forster Rudolf, Von der Anhaltung zur Unterbringung psychisch Kranker - eine Rechtsreform aus statistischer Sicht, in Mitteilungen der österreichischen Sanitätsverwaltung, Originalbeiträge Heft 1, Wien 1994
- Gänsbacher Rita M. & Wagner Martina, Die Patientenadvokatur in Österreichs psychiatrischen Krankenhäusern. Rahmenbedingungen und praktische Erfahrungen, S. 112-123 in Recht & Psychiatrie, Heft 3, 1996
- Hopf Gerhard, Aigner Gerhard, Unterbringungsgesetz, Wien 1993
- Herbst Ilona (unter Mitarbeit von Martina Wagner), Patientenrechtliche Aspekte bei der Behandlung von alten Menschen in der Psychiatrie - Ein Beitrag der Patientenadvokatur, S. 175-183 in Klientenrechte, Sozialpolitische Steuerung der Qualität von Hilfe und Pflege im Alter, Adalbert Evers, Kai Leichsenring & Charlotte Strümpel (Hrsg.), Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Schriftenreihe Soziales Europa, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Wien 1995
- Kopetzki Christian, Das neue Österreichische Unterbringungsrecht, S. 61-69 in Recht & Psychiatrie, Psychiatrie-Verlag, Bonn 1991
- Kopetzki Christian, Patientenvertretung in der Psychiatrie: ein Überblick über die österreichische Rechtslage, S. 103-111, in Recht & Psychiatrie, Heft 3, 1996
- Kopetzki Christian, Unterbringungsrecht, Bd. 1 und Bd. 2, Forschungen aus Staat und Recht, Wien, New York 1995

Supervisorische Lösungen:

Prof. Dr. Ursula Koch-Straube

Vorbemerkung:

Der Schwerpunkt meiner Beschäftigung mit psychischer Krankheit bzw. Behinderung liegt im Bereich der Gerontopsychiatrie. Dort sind es Fragen der psychosozialen Begleitung und Betreuung einerseits und die Suche nach angemessenen Konzepten und Versorgungsstrukturen andererseits.

Meine supervisorischen Erfahrungen in diesem Bereich beziehen sich auf Team- und Einzelsupervision in Pflegeheimen mit vorwiegend psychisch veränderten alten Menschen. Auf diesem Hintergrund ist mein Statement zur supervisorischen Lösung zu verstehen. Wobei Überlegungen auf andere Bereiche psychischer Versorgung meiner Einschätzung nach zulässig, möglich und empfehlenswert sind.

Supervision verstehe ich als einen berufsbezogenen Beratungsprozeß, der auf drei Ebenen der Praxis zielt. Erstens auf die Beziehungsebene zwischen Helfer/-in und Klient/Kunde, zweitens auf die Ebene der Kooperation und der Konflikte im (multiprofessionellen) Team und drittens auf die Ebene der institutionellen Rahmenbedingungen (bauliche, materielle, finanzielle und Personalausstattung, Konzeptionen der Einrichtung).

Schließlich muß Supervision den gesellschaftlichen Kontext, in den individuelles, professionelles und institutionelles Handeln eingebettet ist, reflektieren, wie z. B. Ausgrenzungsprozesse gegenüber alten, schwerpflegebedürftigen, psychisch veränderten Menschen.

Mit Hilfe eines Beispiels aus meiner supervisorischen Praxis möchte ich mein Statement verdeutlichen.

Heer W. ist etwa 86 Jahre alt, seit 10 Jahren im Heim. Eingeliefert wurde er, weil die Frau nicht mehr mit ihm fertig wurde, er zu verwahrlosen drohte. Das Verhältnis des Ehepaares ist gestört, sie beschimpfen sich gegenseitig als Hure und Hurenbock. Die Frau kommt nicht mehr zu Besuch, nur noch die Schwestern und der Sohn ab und zu. Er lebt jetzt in einem Dreierzimmer. Es gab schon viele Versuche, ihn an unterschiedlichen Orten im Heim unterzubringen, es gab immer wieder Streit. Die MitarbeiterInnen bezeichnen ihn als von Grund auf böse und widerwärtig. Wenn sie sich nicht um ihn kümmern würden, wäre er total verwahrlost, verdreckt. Er will sich nicht waschen, nicht baden lassen. An den Heimbewohnerinnen fummelt er herum, greift unter den Rock. „Der merkt ganz genau, welche Frau verwirrt ist, bei welcher er es leicht machen kann. Wenn ich das sehe, dann lass' ich ihn einen Schritt schneller laufen, denn wer das noch kann, der kann auch noch schnell laufen.“ Die Mitarbeiterinnen beschimpft er laufend und anhaltend als Drecksäue und Huren. Dann muß er ab und zu richtig zusammengestaucht werden, am besten noch vom Arzt, das hilft dann eine kurze Weile. Am liebsten würden sie ihn an den Ohren packen, schütteln, schlagen. Oder sie drohen mit der Einweisung in die Psychiatrie.

Er kotet sich ein, wenn er gerade frisch gemacht wurde, „dann habe ich ihn ins Bad geschmissen“.

Die Aggressionen sind massiv und werden von fast allen der Anwesenden geteilt.

Es ist jetzt nicht der Ort, den supervisorischen Prozeß nachzuvollziehen, ich will vielmehr an diesem Beispiel aufzeigen, welche Unterstützung Supervision für den Schutz der Grundrechte psychisch veränderter alter Menschen leisten kann, bzw. welche Fähigkeiten bei den MitarbeiterInnen gestärkt oder entwickelt werden müssen.

1. Verstehen der individuellen Situation der alten Menschen aus dem Zusammenhang ihrer Biographie und der gegenwärtigen Lebenssituation.

In unserem Beispiel: Unter anderem verstehen, daß Herr W. aufgrund der körpernahen Tätigkeiten in der Pflege, des Eingreifens in die Intimsphäre, das Altenheim als Puff betrachtet und dies bei Herrn W. sexuelles Begehren und Aggressionen auslöst.

2. Stärkung der interaktiven Fähigkeiten.

Das heißt in unserem Falle Distanz und Nähe ausbalancieren, eigene Grenzen wahren (z. B. im Falle sexueller Übergriffe seitens des Herrn W.), sich mit den alten Menschen auseinandersetzen, anstatt zu warten, bis das Faß des Erträglichen überläuft.

3. Reflexion der eigenen biographischen und situativ bedingten Einflüsse auf das eigene Erleben und Verhalten den alten Menschen gegenüber.

In unserem Falle: Unter anderem die Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität, mit Erfahrung von Gewalt.

4. Analyse der institutionellen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die sich negativ auf das Selbsterleben und Verhalten der alten Menschen auswirken.

In unserem Falle: Der geringe Bewegungsspielraum innerhalb und außerhalb des Heimes, Leben im Dreibettzimmer, häufiger Zimmerwechsel, Personalsituation.

Ausgehend von den Schwierigkeiten und Belastungen, die in der Begleitung älterer, psychisch veränderter Menschen entstehen, ist die Frage nach dem Konzept der Einrichtung zu stellen.

Z. B.: Wie wird die Heimübersiedlung gestaltet? Wie wird den Aktivitäten des täglichen und existentiellen Lebens Raum gegeben? Welches Verständnis von Pflege und Begleitung älterer Menschen herrscht in der Institution vor? Wie wird der Kontakt zu Angehörigen gestaltet?

Supervision kann, wie in meinem Beispiel auch geschehen, zur Verbesserung der Lebensqualität psychisch veränderter alter Menschen im allgemeinen und zum Schutz ihrer Grundrechte im besonderen führen. Sie hilft, die Beziehung zwischen den Helfenden und den von der Hilfe abhängigen Menschen zu verbessern. Sie entlastet MitarbeiterInnen aufgrund des wiedergewonnenen Verständnisses von Situationen. Sie gibt kräftige Anstöße und Unterstützung zur Veränderung von Rahmenbedingungen, einschließlich der Überprüfung organisatorischer Abläufe, Grund zur Entwicklung von Qualitätsstandards. Supervision hat somit eine psychohygienische und eine konzeptionelle Funktion. Supervision schützt MitarbeiterInnen vor dem Ausbrennen in ihrem Beruf und unterstützt sie darin, den Widerspruch zwischen eigenen Ansprüchen und der Realität des Alltags nicht nur auszuhalten, sondern auch zu verändern.

Betreuung als Individuallösung:

Karl-Heinz Zander

Die Rolle des Betreuers – Seine Möglichkeiten und Grenzen

Ich arbeite als Betreuer in einem Betreuungsverein im Ruhrgebiet. Wir führen Betreuungen für psychisch Erkrankte, wir beraten aber auch ehrenamtliche Betreuerinnen und Betreuer. In den Diskussionen der letzten Tage hat mich das Modell der österreichischen Patientenanwältinnen beeindruckt, nämlich: parteiliche Anwältin im Unterbringungsverfahren zu sein.

I. Ich möchte deshalb mein Selbstverständnis von der Rolle des Betreuers verdeutlichen: Der Betreuer soll nicht Vollzugshelfer von Institutionen sondern *Anwalt der Betroffenen sein*. Die Zuführung zur ärztlichen Behandlung und die Sicherstellung des bürgerlichen Geschäftsverkehrs galten für den Vormund lange als zentrale Aufgabe. Er war damit Öl im Getriebe der klassischen Anstaltspsychiatrie. Heute steht er wieder in der Gefahr zum Organisator der besseren Verwaltbarkeit alter Menschen zu werden. All dies soll er nicht sein! Der Betreuer hat den Wünschen der Betreuten zu entsprechen, er hat nach deren Wohl zu handeln. Dies sind seine gesetzlichen Aufgaben, sie gehören zur Grundlage seiner beruflichen Ethik.

II. Aber wie gelingt ihm die Verwirklichung dieser Aufgaben? Ich sage Ihnen einen Gedanken, den ich gerade in meiner Arbeit ausprobieren: *„Auf die Nutzer hören – von den Nutzern lernen.“* Die Betreuten selbst sind die Spezialisten für ihre Wünsche und Interessen, wir müssen sie nur danach fragen. Alle sozialarbeiterische, betreuerische Methodik soll doch nur dem einen dienen: diese Wünsche und Interessen genauer in den Blick zu bekommen und ihnen Verwirklichungschancen zu bieten. Gerade hier ist der Betreuer Fachmann: Er kennt den Betreuten meist länger als die behandelnde Institution. Er hat den Betreuten innerhalb und außerhalb des Krankenhauses erlebt. Er ist Spezialist für den lebensgeschichtlichen Längsschnitt. Er weiß um die Ressourcen und ungenutzten Möglichkeiten des Betreuten, die in einem Reha-Programm unterstützt werden könnten. Er hat sich „in guten Tagen“ die Zeit genommen, die Wünsche des Betreuten zu erfragen, und ist nicht erst als Krisenmanager eingesprungen.

III. Was aber tun Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen, wenn Sie durch offenes und eifriges Fragen die Wünsche derjenigen entdeckt haben, denen das Betreuungsrecht nutzen soll, der „Nutzer“ eben? Dann steht es meistens an, für die *Rechte der Betreuten* zu kämpfen oder sie in ihrem Kampf zu unterstützen.

Ich habe einfach die Rechte notiert, für die ich – oder Sie – in den letzten Wochen kämpfen mußten:

- das Recht auf eine angemessene menschliche Behandlung in der Klinik (Es ist würdiger, daß einem in der größten Not jemand die Hand hält, als daß die Hand ans Bettgitter gebunden wird. Das ist eine Frage von Menschenwürde, und die ist eher situativ als grundsätzlich zu beschreiben.)
- das Recht auf eine angemessene Medikation
- das Recht auf eine eigene Wohnung (Dafür hat sich die Sozialpsychiatrie der letzten zwanzig Jahre eingesetzt, und der Kampf ist nicht zu Ende. Durch die Wohnungsnot beginnt er eher neu.)
- das Recht auf Arbeit als alltägliche Verwirklichung sozialer Kontakte (Es geht dabei nicht nur ums Geldverdienen, es geht darum, als normal und leistungsfähig angesehen zu werden, es geht um das Recht, Arbeitskollegen zu haben.)
- das Recht auf den Platz in einer Reha-Einrichtung
- das Recht auf Bildung und soziale Teilhabe (das fängt mit dem Buch für den Deutschkurs an, dessen Kosten das Sozialamt nicht bezahlen will)

- das Recht auf einen 20%igen Mehrbedarf in der Sozialhilfe
- das Recht auf Partnerschaft und Sexualität

Das sind Freiheitsrechte und Rechte auf soziale Teilhabe – und wenn wir als Betreuer jemandem in der Verwirklichung dieser Rechte beigestanden haben, dann haben wir das Richtige getan!

IV. Um die Betreuten in ihren Rechten unterstützen zu können, müssen wir als *Betreuer handlungsfähig bleiben*. Wir müssen von den hohen Fallzahlen weg. Die Finanzierung für die Betreuer Tätigkeit und für die Beratung von ehrenamtlichen Betreuern muß gesichert sein. Supervision und Fortbildung muß ein selbstverständlicher Bestandteil der Qualitätssicherung im Betreuungswesen sein.

V. Und zum Schluß: Unsere Arbeit hat nur Sinn, wenn wir uns in eine *gesamsgesellschaftliche Perspektive von Solidarität* hineinbegeben. Es geht nicht darum, die Krümel zu verteilen, die vom Tisch der Standort-Deutschland-GmbH fallen, es geht immer noch darum, das Brot zu verteilen. Es geht immer noch um Freiheitsrechte und soziale Teilhabe für jeden in unserer Gesellschaft.

Den Betreuern fällt dabei meist die Detailarbeit zu. Aber es geht dabei nur vordergründig um Pflegegeldanträge und einmalige Beihilfen vom Sozialamt – es geht grundsätzlich immer um das Schicksal und die Lebensqualität von Menschen mit Handicaps. Es geht um den Prüfstein: Hat jeder in unserer Gesellschaft das Recht auf die bestmöglichen Lebenschancen?

Verantwortung der Justiz

Gisela Lantzerath

Das Betreuungsgesetz ist zwar unter der Federführung des Justizministers entstanden, aber es ist – anders als die meisten Gesetze, mit denen die Justiz umzugehen hat, eben nicht nur ein Justizgesetz, sondern ein sozialpolitisches Reformwerk mit eigenem sozialstaatlichem Auftrag.

Es hat deshalb dem Gericht eine ganz besondere Verantwortung auferlegt, die in der Praxis vielleicht nicht sofort erkannt worden ist und von ihr auch nicht uneingeschränkt und begeistert angenommen worden ist.

Die Rechtsanwendung hat immer sozialpolitische Folgen, um die sich – anders als in den meisten anderen Arbeitsbereichen – Richter/innen und Rechtspfleger/innen bei ihrer Entscheidung zu kümmern und für die sie Verantwortung zu übernehmen haben.

Die vom Gericht zu leistende Rechtsfürsorge ist mehr als der Vollzug eines Gesetzes, sie darf nicht eingengt werden auf juristische Argumentation oder die Praktikabilität rechtlicher Regelungen. Sie hat sich zu orientieren an dem Schutz der Rechte behinderter Menschen und der Wahrnehmung ihrer Interessen.

Jede Maßnahme des Gerichts ist immer auch ein Eingriff in die Autonomie eines Menschen, der für sein Schicksal weitreichende Bedeutung hat. Um sachgerechte Entscheidungen treffen zu können, ist das Gericht auf die Fachkenntnisse von Ärzten, Sozialarbeitern und Pädagogen, Psychologen und Mitarbeitern in Einrichtungen angewiesen. Erst die Kooperation mit den anderen am Verfahren Beteiligten ermöglicht dem Gericht eine dem Wohl des Betroffenen angemessene Entscheidung unter größtmöglicher Achtung seiner Selbstbestimmung.

Diese unverzichtbare Kooperation der beteiligten Berufsgruppen erfordert ein neues Selbstverständnis mit der Justiz. Thomas Klie hat das sehr treffend so ausgedrückt: Richter – und das gilt auch für Rechtspfleger – werden von Rechtsanwendern zu Vernetzern (BtPrax 93/38ff.).

Diese Vernetzung bedeutet eine produktive Unterstützung der jeweils anderen Beteiligten im gegenseitigen Respekt und gegenseitiger Anerkennung der jeweiligen Kompetenz und auch der jeweiligen Rolle in dem Koordinationsgeflecht. Ich habe den Eindruck, daß es gerade hieran in der Praxis häufig mangelt. Der Absolutheitsanspruch jeder Profession, selbst die fähigste zu sein, führt zu Kommunikationsproblemen im Betreuungswesen, die für die Betroffenen schädlich und für die Akteure ärgerlich sind.

Die Verantwortung der Justiz besteht darin, daß Richter/innen und Rechtspfleger/innen zwar unter Einbeziehung aller ihnen gelieferter Informationen, aber unabhängig und in freiem Ermessen die Entscheidungen zu treffen haben, nicht weil sie recht haben, sondern weil dies ihre Zuständigkeit, ihre ihnen vom Gesetzgeber zugewiesene Rolle ist. – Nur nebenbei möchte ich bemerken, daß die Unabhängigkeit des Richters und Rechtspflegers nicht deren Privileg, sondern ein Privileg der Rechtsuchenden und zu Betreuenden ist. Dieses Privileg legt dem Gericht eine besondere Verantwortung auf. – Ob und für welche Aufgabenkreise ein Betreuer bestellt werden muß und welche Fähigkeiten dieser haben muß, um einem psychisch und geistig kranken Menschen Hilfe und Zuwendung nach seiner Persönlichkeit und seinem Willen zu geben, entscheidet das Gericht unter Beachtung der im Gesetz normierten Voraussetzungen und Verfahrensgarantien. Richter/innen obliegt es auch, Betreuung zu verhindern, die Einrichtungen, Ärzte oder Behörden, die zunehmend das Recht für ihre eigenen Bedürfnisse zu instrumentalisieren versuchen, so gerne hätten. Richter/innen können Genehmigungen von Fixierungen ablehnen und einfordern, daß bessere Standards in Pflegeheimen solche Maßnahmen überflüssig machen. Sie sollten auch bei politisch Verantwortlichen auf Versorgungsmängel hinweisen. Richter/innen sind zuständig dafür, ungeeignete Betreuer zu entlassen bzw. sie gar nicht erst zu bestellen. So können sie Einfluß nehmen auf die Entwicklung von Qualitätsstandards für pro-

fessionelle Betreuung. Rechtspfleger/innen entscheiden über die Frage, ob die Kündigung oder der Verkauf der Wohnung oder des Hauses genehmigt wird. Sie beraten und beaufsichtigen die Betreuer. Verpflichtungs- und Einführungsgespräche sind unverzichtbar für die Weichenstellung einer Betreuung, die den Maßstäben des § 1901 BGB gerecht wird. Die Entscheidung, ob der psychisch, geistig oder seelisch behinderte Mensch ein Leben nach seinen Wünschen in seiner gewohnten Umgebung führen kann oder auf Dauer in einer Einrichtung leben muß, hat für ihn – und seine Lebensqualität – elementare Bedeutung.

Oberstes Leitbild jeden Eingriffs, jeder Entscheidung des Gerichts hat die Würde des zu betreuenden Menschen zu sein, die Achtung seiner Identität, seines Rechts, so zu sein, wie er ist – auch mit allen seinen Defiziten, und möglichst so zu leben, wie – und wo – er will.

Dieses zu garantieren – auch durch Kontrolle – ist die eigentliche Verantwortung der Justiz. Hier ist Engagement gefordert, das über Rechtsanwendung hinausgeht, persönliche Betroffenheit und Initiative, Mut, Phantasie, Kooperation und Interaktion, Kenntnis der Hilfen vor Ort, manchmal Bereitschaft zum Risiko, immer aber Achtung vor der Würde des Menschen, der Subjekt und nicht Objekt des Verfahrens sein muß.

Ich weiß, daß dies Forderungen sind, die angesichts der chronischen Überbelastung der Vormundschaftsgerichte und der Erfahrungen, die Sie alle täglich machen, utopisch klingen mögen.

Ich halte sie trotzdem für unverzichtbar, wenn Richter/innen und Rechtspfleger/innen ihrer Verantwortung gerecht werden wollen. Mit Verzicht auf Anhörungen und Einführungsgespräche, mit Abfassen standardisierter Beschlüsse und Beschränkung der Rechtspflegertätigkeit auf Prüfungen von Vergütungsanträgen und Rechnungslegungen mag zwar das Arbeitspensum besser und leichter zu bewältigen sein, die von dem Betroffenen zu beanspruchende Rechtsfürsorge im Sinne einer angemessenen Betreuung bleibt aber auf der Strecke.

Da wir hier von der Verantwortung der Justiz reden, möchte ich anmerken, daß die Justizverwaltung natürlich im Rahmen derselben für eine bessere personelle Ausstattung der Vormundschaftsgerichte sorgen sollte und daß sie – last not least – die angemessene Vergütung der Betreuungsarbeit verlässlich und auskömmlich regeln müßte, und zwar so, daß sich letztlich nicht der Betreute für die Bezahlung seines Betreuers in seiner ohnehin meistens bescheidenen Lebensführung einschränken muß. Aber das ist ein anderes Thema.

Arbeitsgruppen (Protokolle, Thesen, Referate und Materialien)

I. Begleitforschung – Ziele, Möglichkeiten und Inhalte

Moderation: Karl Ernst Brill, Rolf Marschner

Protokoll: Verena Florentz

Die ca. 28 Teilnehmer(innen) der Arbeitsgruppe gehörten folgenden Berufsgruppen an:

Sozialpädagogen, tätig als Berufs-/Vereinsbetreuer, Mitarbeiter von Betreuungsbehörden, Wissenschaftliche Assistentinnen, Mediziner(innen), Rechtspfleger(innen), Juristen, Richter(innen).

Nach der Begrüßung der Teilnehmer(innen) durch die Moderatoren stellten sich zunächst die einzelnen Teilnehmer(innen) namentlich unter Bezeichnung ihres Berufes vor und gaben eine kurze Begründung dafür, weshalb sie sich für die Arbeitsgruppe Begleitforschung entschieden haben. Berufsbezogene Erwartungen zum Inhalt einer Begleitforschung waren Anliegen jedes einzelnen Mitglieds der Arbeitsgruppe zu erfahren, inwieweit Begleitforschung bereits betrieben wird und welche Erkenntnisse hierzu vorliegen.

Herr Marschner gab einen Überblick über den Stand der Begleitforschung in Deutschland und Österreich¹² einschließlich der vorhandenen Literatur. Er führte aus, daß in Österreich im Rahmen der Reform des Entmündigungs- und Anhaltsrechts das Bundesministerium für Justiz in der Zeit von 1981 bis 1988 Forschungsaufträge vergab mit wechselnden Schwerpunktsetzungen und inhaltlichen Details wie

- a) Planung, Beratung, Dokumentation, Auswertung und Evaluation des Modellversuchs zur Erprobung von Vereinsverwaltungern, bzw. nach Inkrafttreten des Sachverwalterrechts analoge Aufgaben für den Aus- und Aufbau der Vereinsverwaltungerschaft;
- b) Beratung der legislativen Arbeiten zu den Gesetzesvorhaben;
- c) Durchführung von umschriebenen empirischen Erhebungen über Teilaspekte des Reformgesetzes.

Nach den Ergebnissen dieser Begleitforschung sind die Reformen in Österreich in der Praxis bisher nicht überzeugend umgesetzt worden.

In der Bundesrepublik besteht eine derartige Begleitforschung nicht. Es existieren im wesentlichen lediglich Geschäftsübersichten der Justizbehörden. Das Bundesministerium der Justiz hat Geschäftsübersichten der Amtsgerichte erstellt mit folgendem Ergebnis:

1. Betreuungen am Jahresende anhängig (alte BL)
1992: 18956
1995: 498873 (neue BL: 101150)
2. Betreuungen wurden anhängig (alte BL)
1992: 138404
1995: 150481 (neue BL: 34125)

¹² Von Eicken, Barbara u. a.: Fürsorglicher Zwang, Köln 1990

Forster, Rudolf: Die Reform des Entmündigungsrechts in Österreich. In: Forster/Pelikan: Psychiatrereform und Sozialwissenschaft, Wien 1989

Hoffmann, Peter Michael: Familienangehörige als vormundschaftsgerichtlich bestellte Betreuer, Köln 1996

Oberloskamp, Helga u. a.: Hauptamtliche Betreuer und Sachverständige, Köln 1992

Zenz, Gisela u. a.: Vormundschaft und Pflegschaft für Volljährige, Köln 1987

3. Verfahren auf Genehmigung der zivilrechtlichen Unterbringung von Betreuten (alte BL)
1992: 40369
1995: 52708 (neue BL: 2116)
4. Verfahren auf Anordnung der öffentlich-rechtlichen Unterbringung (alte BL)
1992: 52191
1995: 54093 (neue BL: 2540)

Nicht erfaßt in dieser Übersicht sind Verfahren betreffend vorläufige Unterbringungsmaßnahmen nach § 70 h FGG, § 1846 BGB.

Diskutiert wurde dann in der Arbeitsgruppe über Selbstverständnis und Ziele einer Begleitforschung mit dem Ergebnis, daß neben einer Sicherung der Gesetzesreform und einer Qualitätssicherung auch Gestaltung und Politikberatung Ziel dieser Forschung sein müssen.

Als mögliche Inhalte der Begleitforschung wurden sodann Themenkreise diskutiert: Während die Juristen erhöhtes Interesse an Untersuchungen über die Akzeptanz des Betreuungsverfahrens und die Entscheidung des Richters durch den Betroffenen sowie die Stellung des Verfahrenspflegers zeigten, interessierte sich die Medizinerin für eine Studie über die Erlebnisse des Betroffenen bei dessen gewaltsamer Unterbringung. Andere Teilnehmer der Arbeitsgruppe wiederum wollten die Frage geklärt wissen, was die Bestellung eines Betreuers an der Lebenssituation des Betroffenen verändert. Von Mitarbeitern der Betreuungsbehörde wurde angeregt, unter Bezugnahme auf die vorliegenden Geschäftsübersichten eine Untersuchung zum Grund des Anstiegs der Betreuerbestellungen und zum Bedarf von Betreuern zu initiieren. Eine Teilnehmerin wies darauf hin, daß an der Universität Bremen Forschungsprojekte zur Frage des Anspruchs des Richters an den Inhalt von Sachverständigengutachten sowie zum Berufsbild des Betreuers betrieben werden.

Es kristallisierte sich heraus, daß die sich entwickelnde Diskussion über Details einzelner Forschungsfragen zu keinem Ergebnis führt. Auf Vorschlag der Referenten wurden als möglicher Inhalt der Begleitforschung folgende Themenkomplexe besprochen:

- Differenzierung der Aufgabenkreise
- Zusammenhang zwischen Betreuungsanordnung und Versorgungsstruktur
- Akzeptanz der Betreuung durch die Betroffenen
- Beziehung zwischen den Beteiligten: Betroffener/Betreuer/Richter/Ärzte und Mitarbeiter von Einrichtungen
- Effizienz der Verfahrenspflegschaft
- Anwendung des § 1904 BGB - Anwendung des § 1906 Abs. 4 BGB

Die Arbeitsgruppe versuchte sodann, Forschungsfragen zu den angeführten möglichen Inhalten zu formulieren.

Die Referenten stellten hierzu drei Fragebögen vor:

1. Fragebogen zur Qualität in sozialen Einrichtungen (initiiert von einem lokalen Zeitungsverlag).
Mit der Aktion soll die Qualität der regionalen Versorgungsangebote für Betroffene erfragt werden, um regionale Hilfeangebote zu überprüfen und gegebenenfalls zu erweitern.
2. Fragebogen zur Charakterisierung des psychiatrischen Hilfesystems für den Hilfebedarf eines in psychiatrischer Behandlung befindlichen Betroffenen sowie
3. Integrierter Behandlungs-/Rehabilitationsplan (entwickelt von der „Kommission zur Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung“).
Hier wird nach der bisherigen (in den letzten sechs Monaten) und derzeitigen Behandlungs-/Betreuungssituation gefragt, nämlich zu Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen durch die psychische Erkrankung, bei der Aufnahme und Gestaltung persönlicher,

sozialer Beziehungen u. a., auch in den Lebensfeldern Wohnen, Arbeiten, Tagesgestaltung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, der Lebensqualität und der Zufriedenheit mit den in den letzten Monaten geleisteten Hilfen.

Diese Bögen sowie die dazugehörigen Anleitungen sind inzwischen in der Reihe "Psychosoziale Arbeitshilfen, Band 11, Volker Kauder, Aktion Psychisch Kranke (Hg.): Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Psychiatrie-Verlag, Bonn 1997, erschienen.

Im Verlauf der anschließenden Diskussion wurde einvernehmlich herausgearbeitet, daß der Behandlungs-/Rehabilitationsplan zur Demokratisierung insbesondere auch in Kliniken und Heimen beitragen kann. Anhand des Planes lassen sich nicht nur Defizite der Betroffenen, sondern gerade auch deren Fähigkeiten erkennen. Die Arbeitsgruppe kam zu dem Ergebnis, daß dieser Plan in modifizierter Form Grundlage einer Begleitforschung sein könnte.

Als mögliche Forschungsprojekte schälten sich folgende Themen heraus:

- a) Verändert die Betreuung etwas bei dem Betroffenen?
- b) Akzeptanz von Verfahren und Betreuung bei dem Betroffenen
- c) Zusammenarbeit von Betreuer, Betreutem, Vormundschaftsgericht und Arzt bei der Heilbehandlung
- d) Qualitätsstandard von Sachverständigengutachten und Ermittlungsberichten der Betreuungsbehörden
- e) Umsetzung des Betreuungsrechts vor Ort, regionale Unterschiede

Die Referenten stellten sodann die Frage nach den Methoden der Begleitforschung. Hier bietet sich an:

- a) Basisdokumentation
- b) Evaluationsforschung
- c) Entwicklung von Erhebungsinstrumenten
- d) Modellprojekte

Intensiv erörtert wurde die Basisdokumentation und überlegt, welche bereits vorhandenen Informationen hier erreichbar sind. Bei der Betreuungsbehörde in Potsdam soll nach Darstellung einer Teilnehmerin jedes im Zustellungsbereich liegende Betreuungsverfahren erfaßt und die Personalien sowie die Wohnsituation des Betroffenen gespeichert sein.

In Hamburg dagegen erfährt die Betreuungsbehörde nach Darstellung einer ihrer Mitarbeiterinnen lediglich in ca. 60 Prozent der Fälle von einer Betreuerbestellung. Die richterliche Entscheidung wird in diesen Fällen datenmäßig erfaßt, Veränderungen und Ende einer Betreuung aber mangels Mitteilung der Gerichte nicht. Bei den Vormundschaftsgerichten liegen Dokumentationen nicht vor. Hier ließe sich eine Dokumentation anhand der richterlichen Entscheidung erstellen, aus denen das Alter der Betroffenen, die Erkrankung, die erforderlichen Aufgabenkreise, der Betreuer sowie die Bestellung/Nichtbestellung eines Verfahrenspflegers erkennbar sein könnten.

Die Frage wurde in den Raum gestellt, ob eine Basisdokumentation nicht bei jedem Vormundschaftsgericht eingerichtet werden könnte. Die anwesenden Richter(innen) wiesen auf die Unmöglichkeit der Realisierung hin, da hierfür finanzielle Mittel nicht vorhanden seien und die Vormundschaftsgerichte ohnehin überlastet sind. Auch scheitere ein derartiges Projekt daran, daß diese Basisdokumentation dem Gericht keinen Nutzen bringe.

Erwogen wurde daher, die Betreuungsbehörden und Betreuungsvereine für die Erstellung einer Basisdokumentation zu gewinnen, da diese dadurch eine Übersicht über den Einsatz der Berufsbetreuer und der ehrenamtlichen Betreuer einschließlich der Aufgabenkreise erhalten würden.

Es wurde für wichtig gehalten, auch die Art der Erkrankung sowie den Zeitpunkt ihres Ausbruchs und der Dauer zu erfassen. Informationen aus richterlichen Entscheidungen allein bieten nach Auffassung der Arbeitsgruppe jedoch lediglich die Möglichkeit zur Erstellung einer Minimalstatistik.

Das Interesse einzelner Teilnehmer der Arbeitsgruppe an Ablauf und Dauer eines Betreuungsverfahrens sowie Anzahl und Ort der persönlichen Anhörungen, Beteiligung der Angehörigen, Bestellung eines Verfahrenspflegers, Beteiligung der Betreuungsbehörde sowie Anzahl und Inhalt der Sachverständigengutachten wird damit nicht erfaßt.

Ein Teilnehmer vertrat die Ansicht, es werde dann auch nicht erkennbar, wie viele Verfahren mit Anträgen nach §§ 1904, 1905 und 1906 BGB vom Vormundschaftsgericht abgelehnt werden.

Für die einen Teil der Arbeitsgruppe interessierende Frage der Akzeptanz eines Betreuers bei den Betroffenen und dessen Möglichkeiten, Veränderungen im Leben des Betroffenen herbeizuführen, erscheint es notwendig, über die Minimaldokumentation hinaus Fakten zu sammeln über Wohnungsaufösungen, Heimunterbringungen, finanzielle Situation und Durchführung von Heilbehandlungen. Hier müßte auch eine Befragung der Betreuer und Betroffenen einbezogen werden.

Als ideales Modellprojekt wurde von der Arbeitsgruppe angesehen, bei gleichem Krankheitsbild eine gleiche Anzahl von Betreuten und Nichtbetreuten zu befragen, um zu erkennen, welche Veränderungen in der Lebenssituation eingetreten sind. Dieses Thema könnte jedoch nur im Rahmen eines Forschungsprojekts realisiert werden.

Es wurden nochmals mögliche Inhalte der Begleitforschung angesprochen. Mehrheitlich abgelehnt wurde ein Projekt zum Thema inwieweit eine Vollmacht/Patientenverfügung eine Alternative zur Bestellung eines Betreuers sein kann; wegen der Schwierigkeit der Fragestellung in Anbetracht ungeklärter Rechtsfragen auch konkrete Fragen zu § 1906 Abs. 4 BGB.

Abschließend wurde Organisation, Finanzierung und Durchführung der Forschung debattiert. Ein Teilnehmer der Arbeitsgruppe wies darauf hin, daß im Gesetzgebungsverfahren die Notwendigkeit der Begleitforschung erkannt wurde (vgl. hierzu Bt-Drucks 11/6949 Seite 75 und 87).

Als Interessenten (innen) zur Bildung einer Arbeitsgruppe zum Thema Begleitforschung meldeten sich neben den Referenten 9 weitere Teilnehmer der Arbeitsgruppe.

Ergebnisse der Arbeitsgruppe:

Die Arbeitsgruppe hat im Bereich des Betreuungsrechts ein Forschungsdefizit festgestellt, das es zu beheben gilt. Dafür wird vorgeschlagen:

1. Der VGT benennt in seinem Vorstand ein zuständiges Mitglied für die Begleitforschung.
2. Der VGT bildet eine Arbeitsgruppe zum Thema Begleitforschung.
3. Der VGT erstellt eine Bestandsaufnahme abgeschlossener oder laufender Forschungsprojekte (Informationspool - Vernetzung).
4. Der VGT sucht für die Begleitforschung die Zusammenarbeit mit allen im Betreuungsrecht aktiven Verbänden.
5. Der VGT initiiert konkrete Forschungsvorhaben in Zusammenarbeit mit Fachhochschulen und Universitäten.
6. Der VGT fordert die Bundesländer auf, entsprechend ihrer Zusage im Gesetzgebungsverfahren Mittel für die Begleitforschung bereitzustellen.

Als konkrete Projekte werden vorgeschlagen:

1. Einführung einer Basisdokumentation, die über die Geschäftsübersichten der Amtsgerichte hinausgeht, bei den Vormundschaftsgerichten und/oder den Betreuungsbehörden mit folgendem Inhalt:
 - a) Basisdaten (Alter, Geschlecht, Diagnose usw.)
 - b) Verfahrensdaten
 - c) Entscheidungen nach §§ 1906 bis 1907 BGB
2. Übernahme der im Land Hessen bestehenden Basisdokumentation der Betreuungsbehörden auf Bundesebene
3. Initiierung qualitativer Forschungsprojekte, z. B. zu den folgenden Themen:
 - a) Verändert die Betreuung etwas bei den Betroffenen
 - b) Akzeptanz von Verfahren und Betreuung bei den Betroffenen
 - c) Zusammenarbeit von Betreuer, Betreutem, Vormundschaftsgericht und Arzt bei der Heilbehandlung
 - d) Qualitätsstandards von Sachverständigengutachten und Ermittlungsberichten der Betreuungsbehörden
 - e) Umsetzung des Betreuungsrechts vor Ort – regionale Unterschiede

II. Ambulante (Zwangs-)Behandlung zur Vermeidung stationärer Zwangsbehandlung

Moderation:

Christine Haseke / Sylvia Lanzendörfer / Karl-Heinz Schweitzer

Protokoll: Karl-Heinz Schweitzer

I. Problembeschreibung

Es sollte – auch unter dem Gesichtspunkt der Wahrung der Autonomie psychisch Kranker und der Sicherung ihrer Grundrechte, einem Leitmotiv dieses Vormundschaftsgerichtstages, – der Frage nachgegangen werden, ob eine zwangsweise durchgeführte ambulante Behandlung (d. h. Zwangsmedikation) eine im Interesse psychisch Kranker begrüßenswerte Alternative zur stationären Zwangsbehandlung (d. h. Unterbringung), auch zu ihrer Vermeidung, sein kann, oder eine abzulehnende Vorverlagerung des „fürsorglichen Zwanges“ in den ambulanten Bereich zu Lasten der Betroffenen darstellt.

Dabei sollte dieses Thema anhand der Fragen bearbeitet werden,

- ob ein psychiatrischer Bedarf ambulanter Zwangsbehandlung gesehen wird,
- wie dieser Bedarf gegenwärtig praktisch und rechtlich bearbeitet wird,
- ob eine gesetzliche Regelung der ambulanten Zwangsbehandlung für erforderlich gehalten wird, und
- an welche Voraussetzungen die Zwangsmaßnahmen gebunden sein sollten.

II. Die Teilnehmer(innen)

1. Entgegen der ursprünglichen Anmeldung von 70 Teilnehmern(innen), was das große Interesse an der Thematik belegt, nahmen an der Arbeitsgruppe zunächst 45, und zwar am Hauptteil der Diskussion und dann am folgenden Tag noch 34 Personen, teil.

Der Kreis von 45 Teilnehmern(innen) setzte sich zusammen aus:

- 14 freiberuflich tätigen Betreuern(innen),
- 10 Vertretern(innen) von Betreuungsvereinen (auch Vereinsbetreuer(innen)) und Organisationen der Wohlfahrtspflege,
- 9 Vertretern(innen) von Betreuungsbehörden (auch Behördenbetreuer(innen)),
- 7 Vormundschaftsrichtern(innen) sowie
- 4 Ärzten(innen) für Psychiatrie (davon je 2 aus dem Klinikbereich und dem Bereich der Sozialpsychiatrie).

2. Eine Befragung der Teilnehmer(innen) nach Ihrer Einstellung zu dem Thema vor den Eingangstatements der Moderatoren und der Diskussion ergab das folgende Meinungsbild (von 44 Teilnehmern(innen)):

(1) Ist nach Ihrer Auffassung eine ambulante Zwangsbehandlung auch derzeit schon rechtlich zulässig?

Ja 16/44 (36%)

Nein 21/44 (48%)

Unentschieden 7/44 (16%)

(2) Wird sie nach Ihrer konkreten Erfahrung gegenwärtig praktiziert, auch wenn sie nicht für „ganz“ zulässig gehalten wird? (Einschätzung der „Grauzone“)

Ja 39/44 (89%) [gegenüber nur 36%, (1), die sie für zulässig halten]

Nein 2/44 (4%)

Weiß nicht 3/44 (7%)

(3) Sollte die ambulante Zwangsbehandlung gesetzlich ausdrücklich geregelt werden? (Regelungsbedarf)

Ja 35/44 (80%)

Nein 0 (0%)

Unentschieden 9/44 (20%)

(4) Lehnen Sie eine ambulante Zwangsbehandlung grundsätzlich ab?

Ja 1/44 (2%)

Nein 36/44 (82%)

Unentschieden 7/44 (16%)

III. Eingangstatements der Moderatoren(innen)

Zur Einführung in die Problematik und als Impuls für die anschließende Diskussion stellten die Moderatoren(innen) sodann in kurzen Statements, die auch als Arbeitspapiere verteilt wurden, ihre Positionen dar (vgl. Anlagen zum Protokoll).

1. S. Lanzendörfer (Ärztin f. Psychiatrie/Sozialpsychiatrischer Dienst) vertrat die Auffassung, daß angesichts eines deutlichen psychiatrischen Handlungsbedarfes, der allerdings nur einen kleinen Personenkreis der Kranken betreffe, und der Tatsache, daß bereits gegenwärtig ambulant Behandlungszwang in einem rechtlich nicht gesicherten „Graubereich“ eingesetzt werde, eine gesetzliche Regelung dieses Problems auch zur Schaffung von mehr Rechtssicherheit für die Betroffenen dringend erforderlich sei. Dabei sollten allerdings strenge Voraussetzungen – und zwar strengere als die nach § 1906 Abs. 1 Ziff. 2 BGB – sowie konkrete inhaltliche Kriterien die gesehene Gefahr eines Mißbrauchs und eine Ausweitung des Zwangs zum Nachteil der Kranken verhindern.

2. K.-H. Schweitzer (Vormundschaftsrichter) stellte zu Beginn kurz die derzeitige Rechtslage aus seiner Sicht dar, nach der in Einzelfällen und unter den Voraussetzungen des § 1906 Abs. 1 Ziff. 2 BGB über § 70g Abs. 5 S. 2 FGG auch Zwang zur ambulanten Behandlung eingesetzt werden kann. Im Hinblick auf den von psychiatrischer Seite formulierten Bedarf erschien ihm jedoch eine gesetzliche Regelung einer über die Einzelanordnung hinausgehenden Zwangsbehandlung für einen begrenzten Zeitraum erforderlich und zunächst auch vertretbar. Dies setze allerdings zwingend voraus: die sicher festgestellte Einwilligungsunfähigkeit der Betroffenen, die konkrete Gefahr einer ernstlichen oder gewichtigen Gesundheitsschädigung im Falle der Nichtbehandlung und eine sichere Aussage über den Behandlungserfolg. Im Ergebnis äußerte er jedoch erhebliche Bedenken, ob eine gesetzliche Regelung wegen der notwendig abstrakt-generellen Fassung ausreichend rechtssicher und mißbrauchsgeschützt sein kann, um nur auf den kleinen Personenkreis der Kranken angewandt zu werden, bei dem die vorgenannten Voraussetzungen vorliegen. Fraglich sei vielmehr, ob nicht hierdurch die Gefahr eines „Dammbruchs“ in Richtung auf eine „flächendeckende“ Vorverlagerung der Zwangsbehandlung begründet werde.

3. C. Haseke (Dipl.-Sozialpädagogin/Betreuungsbehörde) war nach einer Schilderung des konkreten Ablaufszenarios einer solchen Maßnahme demgegenüber der Ansicht, daß eine ambulante Zwangsbehandlung im Hinblick auf die Intensität des Übergriffes in den privaten Bereich der psychisch Kranken auch in Beziehung zu dem realistisch zu erwartenden Behandlungserfolg grundsätzlich ethisch nicht vertretbar und daher abzulehnen sei. Hierbei wies sie auch auf die durchaus nicht seltenen negativen Wirkungen neuroleptischer Medikation hin.

IV. Die Diskussion

1. Zum psychiatrischen Bedarf

Von allen Teilnehmern(innen) wurde eindeutig ein Bedarf für eine günstige Beeinflussung des Krankheitsverlaufes chronisch psychisch Kranker im ambulanten Bereich zur Reduzierung häufiger Kurzzeitunterbringungen und zur Vermeidung der ihnen am Ende ihres Krankheitsverlaufes drohenden Dauerinternierung gesehen. Es geht dabei um psychisch kranke Menschen, die wiederholt zur Behandlung untergebracht werden müssen. Nach der Entlassung nehmen sie zunächst die verordneten Medikamente und erleben dabei ihre Krankheit als deutlich gebessert. Dann werden jedoch die Medikamente wieder abgesetzt, und man kann bzw. muß zusehen, wie sich ihre Symptomatik wieder derart verschlechtert, daß eine erneute stationäre Behandlung erforderlich wird.

Kritisch wurde hierzu angemerkt, daß ein Trend zur Verkürzung der Unterbringungsdauer unter Kostengesichtspunkten festzustellen sei, der dazu führe, daß der vorgenannte Effekt verstärkt werde, indem die Kranken vermehrt zu früh aus der stationären Behandlung entlassen und damit einem höheren Rezidivrisiko und einer Beschleunigung des Rückfalles ausgesetzt würden. Die Möglichkeit einer ambulanten Zwangsbehandlung könne diese Tendenz zur Kurzzeitunterbringung mit den nachteiligen Folgen für die Kranken auch unter dem Druck der Kostenträger noch verstärken. Weiter könne dieser Kostendruck auch zu einer vermehrten ambulanten Zwangsbehandlung führen.

Letztlich wurde jedoch ganz überwiegend vertreten, daß es wichtig sei, durch ambulante Maßnahme eine wiederholte stationäre Unterbringung mit ihren einschneidenden Folgen für die Kranken zu vermeiden. Eine Zwangsmaßnahme sollte dabei allerdings das letzte Mittel sein, sei jedoch in einem Gesamtkonzept mit einem zu fordernden stärkeren Ausbau des Komplementärbereichs zur nachhaltigen Verbesserung des Gesundheitszustandes chronisch psychisch Kranker und zur Vermeidung einer weiteren Chronifizierung in einigen Fällen unverzichtbar.

Dies betreffe den Personenkreis der Erkrankten mit besonders ungünstigem Krankheitsverlauf, d. h. mit chronisch-rezidivierendem bzw. primär chronischem Verlauf ohne Krankheitseinsicht.

Keinesfalls seien ambulante Zwangsmaßnahmen schon nach Ersterkrankungen oder in einem frühen Stadium des Krankheitsprozesses wegen der notwendig unsicheren Prognose hinsichtlich des weiteren Verlaufes vertretbar.

Deutlich wurde in diesem Zusammenhang hervorgehoben, daß es sich dabei nur um einen relativ geringen Prozentsatz der psychisch Kranken handele, bei dem eine dauerhafte, ambulante Zwangsbehandlung angezeigt und erforderlich sei.

Insbesondere in Ballungsgebieten würden diese Kranken, so wurde berichtet, durch ihre Erkrankung und die Reaktion der Umwelt hierauf, wenn sie nicht ausreichend – auch aus rechtlichen Gründen – behandelt werden könnten, häufig in die Wohnungslosigkeit gedrängt und damit bei einem „Leben auf der Straße“ einem statistisch nachgewiesenen höheren Todesrisiko ausgesetzt.

Insoweit wurden in der Diskussion regionale Unterschiede – besonders im Vergleich des großstädtischen mit dem eher ländlich strukturierten Bereich – deutlich im Hinblick auf die Qualität und Dichte sozialer Sicherungssysteme, des sozialen Problemdruckes und des gesellschaftlichen Umgangs mit der „Störung“ durch psychisch Kranke (soziale Kontrolle, Bereitschaft zur Akzeptanz).

Im Rahmen einer ambulanten Behandlung unter Zwang könne durch die Gabe von Depotneuroleptika, soweit dies medizinisch indiziert sei, der Krankheitsverlauf günstig beeinflusst werden. Gegenüber dieser grundsätzlich positiven Einschätzung der Neuroleptika, wurde aus dem Kreis der Teilnehmer(innen) von psychiatrischer Seite aber vor dem kritiklosen Einsatz dieser Medikamentengruppe gewarnt. Es seien nämlich durchaus Fälle bekannt, bei denen die

Wirkung der Neuroleptika, den Patienten den Wahn zu nehmen, dazu geführt habe, daß sie aus einem „Gefühl innerer Leere“ Suizid begangen hätten.

Letztlich sollten auch die Gründe, aus denen die Patienten die für erforderlich gehaltenen Medikamente absetzen, immer ernst genommen werden. Chronisch psychisch Kranke würden sich insoweit auch nicht anders verhalten als andere chronisch Kranke, wie etwa Diabetiker, die auch die Medikamente absetzen würden, wenn sie ihre Krankheit nicht angenommen hätten und sich nicht bewußt mit ihrer Krankheit auseinandersetzen würden. Dies zu erreichen sei aber ebenso Bestandteil der notwendigen ärztlich-therapeutischen Begleitung wie ein ständiges Ringen um die Compliance der Patienten. Behandlungszwang dürfe hiervon nicht entbinden.

Auch dürften Zwangsmaßnahmen keinesfalls dazu dienen, die „Normalität“ psychisch Kranker zu erzwingen.

2. Zur derzeitigen Rechtspraxis

a) Zunächst wurde einhellig hervorgehoben, daß die sicher festgestellte *Einwilligungsunfähigkeit* der Patienten eine unabdingbare Voraussetzung jeder Zwangsbehandlung (ambulant oder stationär) sei. Auch wenn eine sichere Feststellung insoweit oft mit großen Schwierigkeiten verbunden sei, könne dies nicht von einer genauen und gewissenhaften Prüfung befreien. Bei Zweifeln an der Einwilligungsfähigkeit habe der natürliche Wille der Betroffenen eindeutig Vorrang.

In diesem Zusammenhang wurde zur inhaltlichen Bestimmung der Einwilligungsfähigkeit auch auf den Ansatz von Amelung („Recht und Psychiatrie“ 1995, 20ff.) hingewiesen, der die gebräuchliche Formel von der Unfähigkeit, den Sinn und die Tragweite der Behandlung zu erfassen, erweitert wissen will, um die fehlende Fähigkeit im eigenen prämorbidem Wertesystem eine subjektiv angemessene Wertentscheidung zu treffen. Hierbei komme der Einschätzung der Betreuer(innen) auf Grund ihrer Kenntnis vom Krankheitsverlauf und den persönlichen Lebensumständen der Patienten eine entscheidende Bedeutung zu. Dies müsse um so mehr gelten, als die Betreuer(innen) ihre Entscheidung über die Durchführung der Zwangsbehandlung nicht zuletzt auch am „mutmaßlichen Willen“ der Betreuten auszurichten hätten.

b) In der gegenwärtigen Rechtspraxis, so wurde in der Diskussion durch die beteiligten Vormundschaftsrichter berichtet, wird das Problem der ambulanten Zwangsbehandlung in der Form eines unter Zwang verabreichten Depotneuroleptikums mangels einer eindeutigen Rechtsgrundlage im Rückgriff auf die Unterbringungs Vorschrift des § 1906 Abs. 1 Ziff. 2 BGB (die stationäre Zwangsbehandlung) gelöst.

Dabei reichen die Lösungskonzepte von einer Kurzunterbringung für einige Stunden in einem Psychiatrischen Krankenhaus, in dem dann die Depotspritze gegeben wird, bis zum Erlaß eines Unterbringungsbeschlusses, der aber nicht vollzogen, d. h. ausgesetzt, wird und unter dessen rechtlicher Legitimation die Zwangsbehandlung ambulant durchgeführt wird.

Überwiegende Zustimmung fand jedoch die wiedergegebene Praxis der Vormundschaftsgerichte in Hamburg, nach der die ambulante Zwangsbehandlung direkt, jeweils einzeln für jede Zwangsmaßnahme und zwar unter den Voraussetzungen einer Unterbringung nach § 1906 Abs. 1 Ziff. 2 BGB als minderschwerer Eingriff gegenüber dieser Unterbringung angeordnet bzw. genehmigt wird.

Insgesamt bestand Einigkeit dahingehend,

(1) daß dies nur zulässig ist, wenn die Unterbringungs Voraussetzungen des § 1906 Abs. 1 Ziff. 2 BGB konkret und aktuell gegeben sind,

(2) daß für jede Zwangsmaßnahme einzeln unter diesen Voraussetzungen und unter Einhaltung der Vorschriften des Unterbringungsverfahrens richterlich zu entscheiden ist, mithin ein Beschluß im Vorhinein über mehrere Zwangsbehandlungen in einem bestimmten Zeitraum für unzulässig gehalten wird, und

(3) die Vollstreckung über § 70 g Abs. 5 S. 2 FGG stattfinden kann, wenn sie ausdrücklich angeordnet ist.

Unklar blieb dabei allerdings, wie oft eine solche Anordnung wiederholt werden kann, und ob die rechtlich nicht begrenzbar Möglichkeit, ständig mit der auch nur einmaligen Anwendung des Zwanges drohen zu können, nicht bei den Betroffenen eine unkontrollierbare, dauerhafte Zwangssituation schafft.

Rechtlich noch ungeklärt erschien auch die Frage, ob zur Durchsetzung der Zwangsbehandlung in das Wohnungsgrundrecht der Betreuten aus Art. 13 GG eingegriffen werden kann. Wenn dies bei einem Eingriff zur Abwendung einer Eigengefährdung nach § 1906 Abs. 1 Ziff. 1 BGB zu bejahen sei, sei es jedoch äußerst fraglich bei einer auf der Grundlage von § 1906 Abs. 1 Ziff. 2 BGB durchzuführenden Zwangsbehandlung. Auf die insoweit unterschiedlichen Positionen in der Rechtsprechung (vgl. OLG Frankfurt/M BtPrax 1996, 71 und LG Berlin BtPrax 1996, 111ff.) wurde hingewiesen.

3. Zum gesetzlichen Regelungsbedarf

Die Arbeitshypothese, daß ein größerer psychiatrischer Bedarf für ambulante Zwangsbehandlungen bestehe, als bei der derzeitigen Rechtslage rechtlich umsetzbar sei und daher eine gesetzliche Regelung dieses Bereiches erforderlich sei, wurde in der Diskussion nicht bestätigt. Vielmehr wurde ein solcher Regelungsbedarf ganz überwiegend verneint.

Dies gilt insbesondere für eine geforderte Regelung zu einer für einen bestimmten Zeitraum möglichen längerfristigen ambulanten Zwangsbehandlung als eigenem Instrument neben der stationären Zwangsbehandlung nach § 1906 Abs. 1 Ziff. 2 BGB, wenn auch mit strengeren Eingriffsvoraussetzungen.

Einer solchen Überlegung wurde mehrheitlich entgegengehalten, daß die nach der gegenwärtigen Rechtslage möglichen Einzelentscheidungen unter Rückgriff auf §§ 1906 Abs. 1 Ziff. 2 BGB und 70g Abs. 5 S. 2 FGG (s. o. 2b) zum einen ausreichen, den gegebenen Behandlungsbedarf abzudecken, und zum anderen für die Betreuten einen besseren Schutz vor übergreifender Fürsorge böten.

Viele Teilnehmer(innen) hatten erhebliche Bedenken, bei der gegenwärtigen sozialpolitischen Lage solche Zwangsinstrumente auszubauen, da dies die unter zunehmendem Kostendruck stehenden Leistungsträger veranlassen könnte, die Leistungen im Rahmen stationärer Behandlung und im Komplementärbereich zugunsten einer dann ggf. leichter möglichen ambulanten Zwangsbehandlung noch stärker einzuschränken.

Soweit eine gesetzliche Regelung zum Schutz der Betroffenen einen rechtssicheren Raum schaffen solle, könne dies auch durch die Ausarbeitung genauer Kriterien für die Rechtsanwendung auf der Grundlage der bestehenden Rechtslage geschehen, wobei insbesondere den Obergerichten die Aufgabe zukomme, hier für mehr Rechtssicherheit und Rechtsanwendungs-gleichheit zu sorgen.

Gegenüber der Gefahr einer unvermeidbaren Ausweitung ambulanter Zwangsmaßnahmen durch eine gesetzliche Regelung müsse notfalls in Kauf genommen werden, daß ein kleiner Teil der Kranken, bei denen über die Einzelanordnungen der Zwangsmaßnahmen keine Veränderung ihres Widerstandes gegen die Behandlung bewirke, durch dieses Konzept nicht nachhaltig erreicht werden könnte.

4. Zu den Voraussetzungen einer ambulanten Zwangsbehandlung

Einigkeit bestand unter den Teilnehmern(innen) dahingehend, daß auf Grund der Übergreifensintensität ambulanter Zwangsmaßnahmen diese nur äußerst restriktiv angewandt werden sollten, was eine Erhöhung der Eingriffsschwelle erfordere.

a) Da diese Zwangsmaßnahmen gegenwärtig nur im Rückgriff auf die Unterbringungsvo-

schrift des § 1906 Abs. 1 Ziff. 2 BGB begründbar sind, stellte sich die Frage nach den Voraussetzungen einer stationären Zwangsbehandlung nach dieser Vorschrift und damit von dieser abgeleitet nach denen einer ambulanten Zwangsbehandlung.

Unter Hinweis auf verfassungsrechtliche Bedenken gegen diese Bestimmung, die keine ausreichenden und rechtssicheren Kriterien für die Freiheitsentziehung enthalte, sollte nach der überwiegenden Meinung der Teilnehmer(innen) dieser Eingriff über den Gesetzeswortlaut hinaus nur dann zulässig sein, wenn die Gefahr einer „schwerwiegenden Gesundheitsschädigung“ bestehe, die durch die Behandlung abgewandt werden soll und kann. Dies sollte auch aus verfassungsrechtlichen Gründen mit Hinweis auf die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes aus dem Jahr 1982 (BVerfG NJW 1982, 691, 692) die untere Eingriffsschwelle für Eingriffe in die Freiheitsrechte psychisch Kranker markieren.

Einem Teil der Teilnehmer(innen) erschien dies zu weitgehend.

Sie forderten, daß auch ohne drohende Gesundheitsschäden für die Kranken, gleichwertig hierzu die Gefahr „sozialer Schäden“ im Fall der Nichtbehandlung (wie die Gefahr von Obdachlosigkeit oder auch der drohende Arbeitsplatzverlust) zur Unterbringung berechtigten sollte. Ihnen erschien der derzeitige Gesetzeswortlaut ohne die Beschränkung auf die Unterbringung auf die Abwendung „schwerwiegender Gesundheitsschäden“ ausreichend.

In der Diskussion wurde dieser Auffassung aber entgegengehalten, daß dann das Ausmaß der sozialen Störung Dritter durch die Kranken zumindest mittelbar ausreichender Grund für die Freiheitsentziehung und den Behandlungszwang werde.

Eine zwischen diesen beiden Positionen vermittelnde Meinung, nur bei der Unterbringung die Gefahr schwerer Gesundheitsschäden zu fordern, die ambulante Zwangsbehandlung jedoch auch schon zur Abwehr sozialer Schäden zuzulassen, wurde ganz überwiegend abgelehnt, da damit der Boden der rechtlichen Legitimation der ambulanten Zwangsbehandlung unter den Voraussetzungen einer auch gleichermaßen möglichen stationären Zwangsbehandlung, d. h. Unterbringung (s. o. 2.), verlassen werde und dies rechtlich derzeit nicht zu begründen sei.

Bei einer Abstimmung über die beiden vorgenannten Grundpositionen waren von 34 Teilnehmer(innen) bei einer Enthaltung 22 für die Beschränkung der Unterbringung und damit auch der ambulanten Zwangsbehandlung auf die Abwehr schwerer gesundheitlicher Schäden und 11 gegen eine solche Einschränkung, d. h. für die Zulassung einer Unterbringung und damit auch der ambulanten Zwangsbehandlung zur Abwehr sozialer Schäden.

Nahezu 2/3 der Teilnehmer(innen) forderte damit, die Berechtigung zur stationären Zwangsbehandlung und folglich auch die der ambulanten Zwangsbehandlung, von einer den Kranken drohenden Gefahr einer schweren Gesundheitsschädigung im Falle der Nichtbehandlung abhängig zu machen, die durch die Behandlung vermieden werden soll und kann.

Diese Voraussetzung müßte gegenwärtig bereits im Wege einer verfassungskonformen, einschränkenden Auslegung des § 1906 Abs. 1 Ziff. 2 BGB Beachtung finden. Insoweit sei aber auch der Gesetzgeber aufgefordert, diese Vorschrift verfassungsgemäß zu präzisieren.

b) Einigkeit bestand dahingehend, daß über diese Zulässigkeitsvoraussetzungen hinaus bei einer ambulanten Zwangsbehandlung noch weitere inhaltliche Kriterien erfüllt sein müßten. Diese wurden anhand des als Arbeitspapier vorliegenden Statements von S. Lanzendörfer diskutiert.

Dabei wurden übereinstimmend folgende inhaltliche Voraussetzungen für eine ambulante Zwangsbehandlung gefordert:

- Einwilligungsunfähigkeit sowie deren Fortbestehen (Dies setze eine regelmäßige Überprüfung nach klaren Kriterien voraus.)
- ein chronischer bzw. chronisch rezidivierender Krankheitsverlauf (Aufgrund zu Beginn einer Erkrankung stets vorhandener prognostischer Unsicherheit sei

ein ungünstiger Krankheitsverlauf von in der Regel mehreren Jahren als Voraussetzung zu fordern.)

- individueller Wirksamkeitsnachweis mit anamnestisch deutlicher Besserung der Symptomatik
- Vor- und Nachteileabwägung für den Patienten unter Einbeziehung seines subjektiven Eindruckes von Wirkungen und Nebenwirkungen der Medikamente sowie seines subjektiven Wertesystems (drohender Wohnungsverlust, Obdachlosigkeit, Dauerunterbringung)
- Durchführung nur durch Fachärzte(innen), weil eine regelmäßige Beurteilung der Wirkung und Verträglichkeit der Medikation bei Kenntnis der Risiken erforderlich sei.

c) Abschließend wurde nochmals deutlich darauf hingewiesen, daß ambulanter Behandlungszwang nur das letzte Mittel sein dürfe, wenn andere, weniger eingreifende Maßnahmen (wie „aufsuchende“ fachärztliche Behandlung und ein nachhaltiges Bemühen um ein Behandlungsbündnis) versagt hätten.

Von besonderer Bedeutung sei auch ein ausreichender Ausbau des Komplementärbereiches und der sozialen Sicherungssysteme.

Als betreuungsrechtlicher Standard seien zumindest bei diesen problematischen Fällen auch „Helferkonferenzen“ mit einem interdisziplinären „case-management“ und einer „Hilfeplanung“ wie etwa nach dem KJHG oder §§ 39, 46 BSHG zu fordern. Derartige „Helferkonferenzen“ könnten auch für die Betreuer(innen) eine erhebliche Hilfe bei den sehr schwierigen und oft auch belastenden Entscheidungen bieten.

Auch sei in diesen problematischen Fällen der Einsatz professioneller Betreuer und zumindest im Umgang mit psychisch Kranken erfahrener Betreuer dringend geboten.

V. Die Einstellung der Teilnehmer(innen) nach der Diskussion

Nach Abschluß der Diskussion wurden die noch anwesenden 34 Teilnehmer(innen) nach ihrer Meinung unter erneuter Verwendung der eingangs gestellten Fragen (s. o. II. 2.) – mit Ausnahme der 2. Frage, da diese sich auf tatsächliche Erfahrungen bzw. Einschätzungen bezog – befragt.

Damit sollte überprüft werden, welche Wirkung die Diskussion in der Arbeitsgruppe auf die Teilnehmer(innen) hatte und ob die Einschätzung des Diskussionsstandes der tatsächlichen Einstellung der Teilnehmer(innen) entsprach.

Trotz des Umstandes, daß hieran nur noch 34 Personen, im Gegensatz zum 1. Meinungsbild mit 44 Personen, teilnahmen, sich somit die Grundgesamtheit reduzierte, was das Gewicht der Einzelstimme erhöhte und die Vergleichbarkeit einschränkt, ergab sich dennoch eine signifikante Veränderung.

Dazu im einzelnen zu den Fragen:

1. „Ist nach Ihrer Auffassung eine ambulante Zwangsbehandlung auch derzeit schon rechtlich zulässig?“
Ja 26/34 = 76 % (vorher: 36 %) Zunahme 40 %
Nein 5/34 = 15 % (vorher 48 %) Abnahme 33 %
Unentschieden 3/34 = 9 % (vorher 16 %) Abnahme 7 %
Dies belegt einen deutlichen Zuwachs an Sicherheit und Klarheit hinsichtlich der rechtlichen Zulässigkeit bezüglich der erörterten, begrenzten Anwendung der ambulanten Zwangsbehandlung
2. – entfällt –
3. „Sollte die ambulante Zwangsbehandlung gesetzlich ausdrücklich geregelt werden?“ (Regelungsbedarf)
Ja 3/34 = 9 % (vorher: 80 %) Abnahme: 71 %

Nein 26/34 = 76 % (vorher: 0 %) Zunahme: 76 %

Unentschieden 5/34 = 15 % (vorher: 20 %) Abnahme: 5 %

Hier fällt ein überaus deutlicher Einstellungswandel von der Befürwortung zur Ablehnung eines gesetzlichen Regelungsbedarfs auf.

4. „Lehnen Sie eine ambulante Zwangsbehandlung grundsätzlich ab?“

Ja 1/34 = 3 % (vorher: 2 %)

Nein 32/34 = 94 % (vorher: 82 %)

Unentschieden 1/34 = 3 % (vorher: 16 %)

Insoweit zeigt sich eine eher stabile Einstellung, Schwankungen sind nicht interpretierbar, da sie mit Abnahme der Zahl der Teilnehmer zu erklären sind.

VI. Das Arbeitsergebnis

Allgemein wurde in der Arbeitsgruppe folgendes Arbeitsergebnis gebilligt, und im Plenum vorgestellt:

1. Es wurde ein Bedarf gesehen für eine ambulante Zwangsbehandlung bei langjährig, chronisch, psychisch Kranken, die nicht einwilligungsfähig sind; allerdings nur ausnahmsweise, in Einzelfällen und nur bei einem geringen Prozentsatz der psychisch Kranken.
2. Die sicher festgestellte Einwilligungsunfähigkeit ist eine unabdingbare Voraussetzung.
3. Eine spezielle gesetzliche Regelung der ambulanten Zwangsbehandlung wurde allgemein abgelehnt; dies insbesondere im Hinblick auf die Gefahr einer mißbräuchlichen Ausweitung des ambulanten Behandlungszwangs, auch mit Blick auf die gegenwärtige sozialpolitische Lage.
4. Gegenwärtig wird in der Rechtsanwendung auf der Grundlage einer entsprechenden Anwendung der Unterbringungs Vorschrift des § 1906 Abs. 1 Ziff. 2 BGB – eine ambulante Zwangsbehandlung als geringerer Eingriff gegenüber der Unterbringung – für möglich gehalten. Die Behandlung kann dann über die Bestimmung des § 70 g Abs. 5 S. 2 FGG durchgesetzt werden.
5. Dabei wurde überwiegend vertreten, daß die Unterbringungs Vorschrift des § 1906 Abs. 1 Ziff. 2 BGB keine ausreichenden und rechtssicheren Kriterien für die Unterbringung enthält.

Dies bedeutet, daß die Zwangsmaßnahme jedesmal einzeln richterlich unter den Voraussetzungen, unter denen auch eine Unterbringung zulässig wäre und unter Beachtung der Verfahrensvorschriften des Unterbringungsrechtes angeordnet werden muß.

Diese sollten inhaltlich konkretisiert werden und zwar zumindest als Unterbringungs Voraussetzung durch den Begriff „einer schwerwiegenden Gesundheitsschädigung“, die durch die Behandlung abgewandt werden soll und kann.

Anderer Ansicht war ein Drittel der Teilnehmer. Ihnen erschien die derzeitige Regelung ohne das Erfordernis „einer schwerwiegenden Gesundheitsschädigung“ ausreichend, weil auch drohende soziale Schäden (wie Wohnungsverlust oder Arbeitsplatzverlust) zur Unterbringung ausreichen sollten.

Ganz überwiegend wurde festgestellt, daß allein das Vorliegen einer behandlungsbedürftigen Erkrankung bei fehlender Einsichtsfähigkeit keine ausreichende Voraussetzung für eine Zwangsbehandlung stationär oder ambulant sein kann.

6. Darüber hinaus sollten inhaltliche Voraussetzungen für eine ambulante Zwangsbehandlung sein:
 - Einwilligungsunfähigkeit sowie deren Fortbestehen
(Dies setzt eine regelmäßige Überprüfung nach klaren Kriterien voraus.)

- chronischer bzw. chronisch rezidivierender Krankheitsverlauf (Aufgrund zu Beginn einer Erkrankung stets vorhandener prognostischer Unsicherheit wird ein ungünstiger Krankheitsverlauf von in der Regel mehreren Jahren als Voraussetzung zu fordern sein.),
 - individueller Wirksamkeitsnachweis mit anamnestisch deutlicher Besserung der Symptomatik
 - Vor- und Nachteilsabwägung für den Patienten unter Einbeziehung seines subjektiven Wertesystems (drohender Wohnungsverlust, Obdachlosigkeit, Dauerunterbringung).
7. Die Durchführung einer ambulanten Zwangsbehandlung sollte nur Fachärzten(innen) übertragen werden, weil eine regelmäßige Beurteilung der Wirkung und Verträglichkeit der Medikation bei Kenntnis der Risiken erforderlich ist.
8. Behandlung im ambulanten Rahmen stellt ein letztes Mittel zur Hilfe dar, wenn alle anderen Bemühungen nachweislich gescheitert sind. Hierzu gehören auch zu fordernde betreuungsrechtliche Standards wie Helferkonferenzen und Hilfeplan.

Anlage 1

Sylvia Lanzendörfer

*Ambulante Zwangsbehandlung –
Erforderlichkeit und ethische Vertretbarkeit aus psychiatrischer Sicht*

1. Jede medizinische Maßnahme setzt eine wirksame Einwilligung des Patienten voraus. Die Entscheidung eines Einwilligungsfähigen ist unter allen Umständen zu respektieren; er entscheidet, ob und in welchem Umfang und mit welchen Methoden er behandelt werden will. Bei festgestellter Einwilligungsunfähigkeit wird die Willenserklärung des Betroffenen durch die Entscheidung eines vom Gericht bestellten Betreuers ersetzt.

Von besonderer Bedeutung ist die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit, hierzu wird auf die Ausführungen von Knut Amelung in Probleme der „Einwilligungsfähigkeit“, (R & P 1995, 13. Jg.) sowie auf die in Art. 12 § 2 der Prinzipien und Garantien zum Schutze psychisch kranker Personen (UN-Menschenrechtskommission, 16. 8. 1988) genannten Grundsätze zum „informed consent“ verwiesen.

Bei Verweigerung der erforderlichen Behandlung, d. h. im Falle notwendiger Gewaltanwendung bei der Durchsetzung der Betreuerentscheidung, fehlt im ambulanten Rahmen eine eindeutige Ermächtigungsgrundlage.

2. Es geht um den Personenkreis der chronisch schwer psychisch Kranken, denen die Krankheit die Einsichtsfähigkeit und somit die Möglichkeit genommen hat, sich für eine Behandlung entscheiden zu können. Im Wesentlichen handelt es sich um Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis.

Eine kausale Behandlung der Erkrankungen ist nach wie vor nicht möglich. Eine Kombination von psycho-, sozio- und pharmakotherapeutischen Maßnahmen entspricht dem Stand der Erkenntnis. Eine möglichst selbstbestimmte Lebensführung, auch und insbesondere was die Therapie der Erkrankung angeht, ist das Ziel.

Im Zentrum psychiatrischen Handelns steht das Ringen um ein tragfähiges Behandlungsbündnis. Kooperation, Mitbestimmung, Mitwirkung und Verhandeln bzgl. aller Belange der Behandlung sind Kernpunkte eines gewandelten psychiatrischen Denkens und verdrängen eine in der therapeutischen Praxis auch heute noch weit verbreitete „fürsorgliche Entmündigung“.

Viele Patienten sind nach oft bitteren Erfahrungen mit wiederholten Krankenhauseinweisungen, nach Versuchen, die verordnete Medikation abzusetzen, in der Lage zu erkennen, daß sie auf eine langfristige Medikamenteneinnahme angewiesen sind. Eine eigenverantwortliche Veränderung der Dosis je nach Bedarf wird möglich.

Insbesondere die Patienten, bei denen Symptomfreiheit bzw. eine wesentliche Verbesserung der Symptomatik erreichbar ist, lernen es, solchermaßen mit der Erkrankung umzugehen, Verantwortung für die Behandlung zu übernehmen.

Es gibt aber auch jene Patienten, die trotz aller Bemühungen um eine gute Compliance, trotz aller sie quälenden negativen Erfahrungen zu einer solchen Entwicklung nicht fähig sind. Es handelt sich hier um den Personenkreis mit besonders ungünstigem Krankheitsverlauf, mit chronisch-rezidivierendem bzw. primär chronischem Verlauf.

Es sind Erkrankte, bei denen die Akutbehandlung lediglich eine mehr oder weniger befriedigende Besserung der Symptomatik erreichen kann.

Diese Patienten mit chronisch verlaufenden Psychosen sind in der Regel nicht krankheitseinsichtig. D. h., ein wünschenswertes Verhandeln mit dem Patienten darüber, wieviel an Symptomatik er ertragen kann und wieviel an Nebenwirkungen er auf sich nehmen will, ist erheblich erschwert, wenn nicht unmöglich.

Der Patient verweigert eine längerfristige Medikamenteneinnahme. Es kommt zu häufigen akuten Exacerbationen der Erkrankung mit erneuten Zwangseinweisungen.

Die Akutbehandlung macht nicht selten hohe Neuroleptikadosen erforderlich, dies erhöht bei häufigen Wiederholungen die Gesamtdosis erheblich und damit die Gefahr von Spätdyskinesien. Häufige Schübe der Erkrankung bzw. länger andauernde akut psychotische Zustände erhöhen das Risiko von Persönlichkeitsveränderungen.

Am Ende einer solchen Entwicklung droht die Heimeinweisung mit dann in der Regel kaum hinterfragter permanenter Zwangsmedikation.

3. Vor diesem Hintergrund wird von Klinikpsychiatern, aber auch von Betreuern und Professionellen aus dem Komplementärbereich vermehrt eine rechtliche Grundlage zur Ermöglichung einer ambulanten Zwangsbehandlung gefordert. Mit unterschiedlichen Rechtsgrundlagen finden bereits heute ambulante medikamentöse Behandlungen gegen den Willen und den Widerstand der Betroffenen statt. Die Zulässigkeit der zugrundeliegenden richterlichen Entscheidungen ist umstritten.

Zur Zeit werden richterliche Anordnungen zur Vorführung z. B. in einer Institutsambulanz zur Verabreichung einer Depotinjektion erlassen. Grundlage für die Anordnung ist i. d. R. § 1906 Abs. 1 BGB mit Hinweis darauf, daß es sich um eine im Vergleich zur Zwangseinweisung in eine Klinik weniger eingreifende Maßnahme handele und diese deswegen gerechtfertigt sei.

Da es sich aber um einen permanenten, weil nur längerfristig sinnvollen Eingriff in Grundrechte der Betroffenen handelt, liegt eben *nicht* ein vergleichsweise geringerer Eingriff vor.

Wenn nicht zur Rechtssicherheit für die Betroffenen die Unzulässigkeit von Zwangsmedikationen außerhalb einer Unterbringung zwecks Behandlung festgestellt werden soll, bedarf es einer eindeutigen gesetzlichen Regelung, die Grundsätze nennt, unter denen eine ambulante Behandlung gegen den Willen des Patienten ermöglicht sein soll. Es gilt die Autonomie der Betroffenen, deren Recht auf Selbstbestimmung und körperliche Unversehrtheit zu schützen und die Verhältnismäßigkeit zu wahren.

4. Voraussetzungen, unter denen eine ambulante Zwangsbehandlung ethisch vertretbar scheint:

a)

- Einwilligungsunfähigkeit sowie deren Fortbestehen, dies setzt eine regelmäßige Überprüfung nach klaren Kriterien voraus;
- chronischer bzw. chronisch rezidivierender Verlauf, aufgrund zu Beginn einer Erkrankung stets vorhandener prognostischer Unsicherheiten wird ein ungünstiger Krankheitsverlauf von in der Regel mehreren Jahren als Voraussetzung zu fordern sein;
- drohende Dauerunterbringung in einer Einrichtung; nur durch den bei Unterlassung der Behandlung drohenden Verlust von Freiheitsgraden ist bei dem geplanten längerfristigen Eingriff die Verhältnismäßigkeit gewahrt;
- anamnestisch deutliche Besserung der Symptomatik unter Neuroleptikatherapie, individueller Wirksamkeitsnachweis;
- Kosten-Nutzen-Abwägung für den Patienten unter Einbeziehung seines subjektiven Eindrucks;

b)

- fachärztliche Durchführung, weil eine regelmäßige Beurteilung der Wirkung und Verträglichkeit der Medikation bei Kenntnis der Risiken erforderlich ist;

c)

- vormundschaftsgerichtliche Genehmigung des Betreuerantrags nach aktueller Anhörung;
- Gutachten durch den behandelnden Psychiater;

- Gutachten eines weiteren Psychiaters;
- Dauer der Genehmigung max. 1 Jahr, danach erneute Begutachtung;
- verfahrensrechtliche Garantien sind nicht niedriger anzusiedeln als die bzgl. der Vorschriften nach § 1904 BGB gültigen.

Diese hohen, über die Vorschriften zur stationären Unterbringung hinausgehenden Eingriffsvoraussetzungen sind erforderlich, um Mißbrauch zu verhindern und die Verhältnismäßigkeit zu wahren. Sie treffen nur für einen geringen Prozentsatz der chronisch psychisch Kranken zu. Behandlung unter Zwang im ambulanten Rahmen stellt ein letztes Mittel zur Hilfe dar, wenn alle anderen Bemühungen nachweislich gescheitert sind. Hier sind neben einer intensiven, nachgehenden ambulanten Behandlung (z. B. durch eine Institutsambulanz) Hilfen in den Bereichen Wohnen, Arbeit, Tagesstrukturierung und Freizeitgestaltung zu nennen. Aber auch niederschwellige Alternativen ohne Veränderungsdruck sind auf ihre Geeignetheit zur Erhaltung einer selbständigen Lebensführung zu überprüfen.

Eine prinzipielle Ablehnung einer ambulanten Zwangsbehandlung bei Einwilligungsunfähigkeit bedeutet, den Betroffenen eine mögliche Hilfe zu verweigern, die die Chance auf ein Leben außerhalb einer Einrichtung erhöhen würde.

5. Abschließend sei daran erinnert, daß die medikamentöse Behandlung nur ein Teil des Behandlungskonzeptes darstellt. Je qualifizierter die Therapie in ihrer Gesamtheit ist, um so eher erscheint es gerechtfertigt, einem Betroffenen diese Hilfe aufzuzwingen. Eine Psychiatrie, die unter dem allgemeinen Kostendruck eine kurze stationäre Verweildauer im Auge hat und die Langzeitprognose durch ambulante Zwangsbehandlungen verbessern will, ohne einen qualifizierten Komplementärbereich aufzubauen, wird erneut und mit Recht in die öffentliche Kritik geraten.

Anlage 2

Karl-Heinz Schweitzer

*Ambulante Zwangsbehandlung psychisch Kranker aus juristischer Sicht**1. Zwangsbehandlung nach gegenwärtiger Rechtslage*
(vgl. Schweitzer FamRZ 1996, S. 1317 ff.)

1.1. Eine fremdbestimmte Heilbehandlung ohne oder gegen den Willen der Patienten ist grundsätzlich nur zulässig, wenn diese *einwilligungsunfähig* sind („Freiheit zur Krankheit“/ BVerfG NJW 1982, 691, 692). Dies bedarf besonders strenger Prüfung und wird leider in der Praxis nur unzureichend beachtet.

Bei der Feststellung der Einwilligungsunfähigkeit sollte neben der fehlenden Fähigkeit, die objektiven Tatsachen zu erkennen bzw. Informationen hierüber zu verarbeiten, die Unfähigkeit im individuellen, prämorbidem Wertesystem die *subjektiv angemessene* Wertentscheidung zu treffen, entscheidende Bedeutung haben (vgl. neues Konzept v. Amelung R & P 1995, 20 ff.). Die Einwilligungsunfähigkeit wird damit als krankheitsbedingter Autonomiedefekt zu verstehen sein.

Weiter muß die Heilmaßnahme notwendig, d. h. geeignet sein.

Die Entscheidung obliegt dann dem Betreuer. Seine Einwilligung ersetzt die des Betreuten; sie ist jedoch am „mutmaßlichen“ Willen der Betreuten auszurichten. Hier haben „Patientenverfügungen“ eine besondere Bedeutung.

1.2. Soll die Behandlung *gegen den natürlichen Willen* der Betroffenen erfolgen, so ist zusätzlich eine besonders sorgfältige Abwägung im Einzelfall im Hinblick auf die Nähe und die Schwere der drohenden Gefahr, die abgewandt werden soll, sowie hinsichtlich der erlebten Übergriffsintensität und Autonomieverletzung vorzunehmen.

1.3. *Gegen den betätigten natürlichen Gegenwillen (Widerstand)* – einwilligungsunfähiger – Kranker ist eine Heilbehandlung jedoch *nur durchsetzbar* über § 70g Abs. 5 S. 2 FGG – (weil qualitativ gleicher, aber quantitativ geringerer Eingriff als bei der zwangsweisen Durchsetzung der Unterbringung / *argumentum a maiore ad minus*, vgl. HK-BUR-Rink § 1904 Rz. 19/ Schweitzer S. 1320 ff.) und *beschränkt auf einmalige oder in der Wiederholung seltene Maßnahmen* mit jeweiliger gerichtlicher Anordnung unter vollständiger Beachtung der Verfahrensgarantien der §§ 70 ff. FGG, wenn konkret und aktuell die strengen Voraussetzungen einer Unterbringung nach § 1906 Abs. 1 BGB in vollem Umfang gegeben sind.

Dies bedeutet jedoch im Ergebnis für die psychischen „Anlaßkrankheiten“, daß dann in der Regel eine ambulante Zwangsbehandlung nur äußerst selten ausreichen wird, um den Behandlungserfolg zu erreichen. Entgegen den Erwartungen von psychiatrischer Seite kann damit ambulant Zwang nicht im Vorfeld einer drohenden künftigen Unterbringung, sondern nur *anstelle einer aktuell gegenwärtig möglichen Unterbringung* eingesetzt werden.

1.4. Da jede Zwangsbehandlung einen Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht der Kranken darstellt, sind die Kriterien für ihre *Zulässigkeit an der Autonomie der Betroffenen zu orientieren*.

Dies gilt für die Begriffsbestimmung der Einwilligungsunfähigkeit als krankheitsbedingter Autonomiedefekt bezüglich der prämorbidem, individuellen Wertordnung der Betroffenen ebenso wie für die Maßstäbe der Fremdentscheidung, die diese Wertordnung zu respektieren und das Ausmaß der Autonomieverletzung in die erforderliche Abwägung einzustellen hat.

2. Kritik am gegenwärtigen Rechtszustand

2.1. Es ist wenig plausibel, daß die Rechtsordnung auf der einen Seite eine Heilbehandlung gegen den natürlichen Willen der einwilligungsunfähigen Betroffenen grundsätzlich zuläßt, auf der anderen Seite jedoch das gewaltsame Brechen des betätigten Widerstandes nur in Ausnahmefällen erlaubt. Noch weniger einleuchtend ist die strikte Grenzziehung, wenn man bedenkt, daß es bei einwilligungsunfähigen Kranken von Zufälligkeiten abhängt, ob ein natürlicher Gegenwille vorhanden ist, geäußert oder gar betätigt wird.

2.2. Der dogmatische Ansatz einer Durchsetzbarkeit der ambulanten Zwangsbehandlung (über § 70g Abs. 5 S. 2 FGG „zur einmaligen oder in der Wiederholung seltenen Anwendung, Ziff. 1.3.) hilft in der Praxis nicht wesentlich weiter und eröffnet eine unkontrollierbare „Grauzone“ vielfältiger Mißbrauchsmöglichkeiten durch zeitlich nicht begrenzbar Drohungen mit der Möglichkeit der einmaligen Durchsetzung. Häufig werden die Betroffenen auch nach der einmal erlebten Gewalterfahrung resignieren und künftig den Widerstand aufgeben.

2.3. Wegen des Zeitmomentes (ggf. für 1 Jahr) und der Häufigkeit der Übergriffe in der Privatsphäre (14tägige Depotspritze) stellt die ambulante Zwangsbehandlung ein *Zwangsinstrument eigener Art neben der Unterbringung* dar und kann nicht ohne weiteres als „geringerer Eingriff“ unterhalb der Eingriffsintensität der Unterbringung verstanden werden.

Es bedarf daher einer gesetzlichen Regelung.

3. Sollten rechtspolitisch Forderungen nach einer gesetzlichen Regelung ambulanten Behandlungszwanges erhoben werden?

Dies würde bedeuten, daß der Bereich staatlichen Zwangs zur Behandlung über die bestehende Rechtslage hinaus erweitert würde, was ethischen und verfassungsrechtlichen Bedenken begegnen mag.

3.1. Aber entspricht es nicht vielmehr auch einem ethischen Gebot und staatlicher Verpflichtung, schwerkranken, nicht zur Selbstbestimmung fähigen Menschen die Hilfe zukommen zu lassen, die medizinisch möglich wäre, um ihr Leiden zu mindern und ihnen wieder ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen.

3.2. Auch erscheint ein erheblicher ethischer Unterschied zwischen der Durchsetzung ambulanter Heilbehandlung gegen den betätigten natürlichen Willen der Patienten gegenüber der zulässigen, „schlichten“ Heilbehandlung gegen den lediglich erklärten Willen nur schwer begründbar, da bei der zu fordernden Einwilligungsunfähigkeit der Betroffenen begriffsnotwendig ihr Gegenwille jedenfalls rechtlich unerheblich ist, und dieser natürliche Wille gerade wegen der Einwilligungsunfähigkeit der Patienten vielfältigen und schwer faßbaren Einflüssen und auch Manipulationen unterliegen kann.

Konsequent, aber unvertretbar wäre es dann nur, auf die Heilbehandlung Einwilligungsunfähiger völlig zu verzichten.

3.3. Im Wesentlichen wird die ethische Kritik an einer Zwangsbehandlung psychisch Kranker bestimmt durch die Vorstellung einer gesellschaftlichem Konformitätsdruck folgenden medizinischen Gleichschaltung von Nonkonformisten oder zumindest vorgestellt einwilligungsfähigen Kranken.

Dies kann und darf jedoch nicht der Anwendungsbereich einer vertretbaren Zwangsbehandlung sein.

Denn ethisch und verfassungsrechtlich unabdingbare Grenzen einer gesetzlich geregelten Zwangsbehandlung müssen sein:

– auf der einen Seite: die *Einwilligungsunfähigkeit der Betroffenen* und

- die konkrete „Gefahr einer ernstlichen oder gewichtigen Gesundheitsschädigung“ im Falle der Nichtbehandlung (vgl. BVerfG NJW 1982, 691, 692) und
- auf der anderen Seite: die Geeignetheit des Behandlungsmittels, d. h. eine sichere Aussage über den Behandlungserfolg.

3.4. Insoweit wäre aber vorrangig, von psychiatrischer Seite, einen genauen Bedarf mit konkreten Indikationen und inhaltlichen Standards zu formulieren und Vorstellungen für ein schonendes Behandlungssetting zu entwerfen.

3.5. *Verfahrensrechtlich* müßte eine gesetzlich geregelte Zwangsbehandlung über die für die Unterbringung vorgesehenen Garantien hinaus, zumindest wie bei den gefährlichen Heilmaßnahmen nach § 1904 BGB abgesichert werden. Letztlich ist eine dauerhafte bzw. wiederholte und ggf. auch gewaltsame Autonomieverletzung psychisch Kranker nämlich durchaus vergleichbar mit den über § 1904 BGB geregelten gefährlichen Eingriffen.

4. *Schließlich* müssen diese Überlegungen auch zu einer Forderung

- nach einer gesetzlichen Präzisierung und Verschärfung der Voraussetzungen der stationären Zwangsbehandlung nach § 1906 Abs. 1 Ziff. 2 BGB (Erhöhung der Eingriffsschwelle) und
- einer überfälligen gesetzlichen Regelung des Behandlungsrechtes während der Unterbringung führen.

Zusatz:

Dieses Statement wurde in der Arbeitsgruppe als Arbeitspapier verteilt, und zwar mit dem anliegenden Diskussionsvorschlag zu einer gesetzlichen Regelung der ambulanten Zwangsbehandlung im Rahmen einer Neufassung des § 1904 BGB.

Nunmehr erscheint dem Verfasser, auch angeregt durch die Vorträge von H. Prantl u. M. v. Renesse (letzterer allerdings mit anderer Zielrichtung) eine gesetzliche Regelung zumindest im gegenwärtigen Zeitpunkt nicht verantwortbar.

Denn eine gesetzliche Regelung dieses Bereiches trägt durch die notwendige abstrakte, generelle Fassung immer auch die Gefahr eines Mißbrauches und einer unvermeidbaren Erweiterung der Anwendung ambulanten Behandlungszwanges in der Praxis in sich, auch wenn zu Beginn der Diskussion von einer restriktiven Anwendung und begrenzt auf einen relativ kleinen Personenkreis ausgegangen wird.

Anhang

Diskussionsvorschlag einer gesetzlichen Regelung

1. Eine gesetzliche Regelung der ambulanten Zwangsbehandlung wäre im Rahmen einer Neufassung des § 1904 BGB wie folgt denkbar:

§ 1904 BGB n. F.

(1) ¹Eine Heilbehandlung eines einwilligungsunfähigen Betreuten darf nur mit der Einwilligung seines Betreuers erfolgen. ²Diese Einwilligung ist nur zu erteilen, wenn die abzuwendende Gesundheitsgefährdung zu dem angestrebten Behandlungserfolg unter Berücksichtigung der Nebenwirkungen und dem Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht des Betreuten in einem angemessenen Verhältnis für ihn stehen, wobei dem mutmaßlichen Willen des Betreuten besondere Bedeutung zukommt.

(2) [= § 1904 a. F. = gefährliche Heilbehandlung] ¹Die Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts, wenn die begründete Gefahr besteht, daß der Betreute auf Grund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. ²Ohne die Genehmigung darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.

(3) [Zwangsbehandlung]

¹Eine Heilbehandlung gegen die nachhaltige Weigerung des Betreuten, der nicht untergebracht ist, bedarf, auch ohne daß die Voraussetzungen des Abs. 2 vorliegen, der vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung. ²Diese ist nur zu erteilen, wenn die begründete Gefahr einer gewichtigen Gesundheitsschädigung abgewandt werden soll und eine sichere Aussage über den Behandlungserfolg möglich ist.

2. Die Einfügung dieser Vorschriften in § 1904 BGB hätte dann zur Folge, daß auch für die genehmigungsbedürftige Zwangsbehandlung die *Verfahrensvorschriften* wie für § 1904 a. F. BGB gelten würden; d. h.

- persönliche Anhörung des Betroffenen (§ 69d Abs. 1 S. 3 FGG)
- Gutachten eines Sachverständigen, der nicht mit dem auszuführenden Arzt personengleich sein darf (§ 69d Abs. 2 FGG).
- Ggf. könnte ein *obligatorischer Verfahrenspfleger* durch Einfügung „... oder einer Genehmigung nach § 1904 Abs. 3 BGB ...“ in § 67 Abs. 1 Ziff. 3 BGB geschaffen werden.

3. *Vollstreckungsrechtlich* müßte § 69d FGG ein 4. Absatz angefügt werden:

¹Bei einer Heilbehandlung nach § 1904 Abs. 3 BGB findet § 70g Abs. 5 S. 2 entsprechende Anwendung. ²Die dort vorgesehenen Zwangsmaßnahmen sind bei entsprechender gerichtlicher Entscheidung in einem festgelegten Zeitraum auch wiederholt möglich. ³In diesem Fall ist der Zeitpunkt anzugeben, zu dem die gerichtliche Entscheidung ihre Wirkung verliert, wenn sie nicht vorher verlängert wird; dieser Zeitpunkt darf höchstens ein Jahr nach dem Erlass der Entscheidung liegen. [vgl. § 70f. Abs. 1 Ziff. 3 FGG]

Anlage 3

Christine Haseke

Argumentation gegen eine „ambulante Zwangsbehandlung“

Im Betreuungsgesetz ist besonders hervorgehoben, daß der Betreuer in Ausübung seiner Funktion das Wohl des zu Betreuenden wesentlich zu berücksichtigen hat.

Was aber ist das Wohl des zu Betreuenden?

Ist es der geäußerte Wille des Betreuten, der für sich eine ambulante Medikation ablehnt?

Oder

die fachärztliche Empfehlung des behandelnden Psychiaters, der eine weitere Medikation zur Abwendung eines drohenden Schadens des Patienten als unbedingt erforderlich ansieht?

Oder

die Meinung der Familienangehörigen, Nachbarn, die unter der immer wieder auftretenden Psychose ihres Angehörigen oder Nachbarn erheblich leiden und sich belästigt oder geschädigt fühlen und eine Änderung des Verhaltens des Betreuten herbeisehnen,

oder

die Ansicht des Betreuers, der sich auch auf Druck obengenannter Personen gezwungen fühlt, seine Entscheidung gegen den Willen des Betreuten zu treffen, um den Versuch zu unternehmen, durch eine ambulante Zwangsmedikation eine erneute Unterbringung im PKH oder eine erneute akute Psychose zu verhindern?

Alle genannten Ansichten sind nachvollziehbar und verständlich. Ist nicht aber der Ablehnung des zu Betreuenden gegen eine ambulante Medikation Folge zu leisten?

Handelt es sich hierbei nicht um sein Leben, seinen Körper und seine Psyche, die bis in die intimsten Bereiche durch die Vergabe von Neuroleptika beeinflusst werden?

Ist nicht die Erfahrung eines langjährigen, chronisch psychisch Kranken, der im Verlauf seiner Erkrankung immer wieder stationär in Psychiatrischen Krankenhäusern untergebracht und medikamentös mit oder gegen seinen Willen behandelt worden ist, anzuerkennen, und seine ablehnende Haltung gegenüber der Medikation – ob einwilligungsfähig oder unfähig – zu achten, ja zu respektieren?

Stellen wir und doch mal konkret die Umsetzung einer solchen richterlich genehmigten ambulanten Zwangsmedikation vor.

Der Betreuer stellt für den zu Betreuenden einen ausführlich begründeten Antrag auf Genehmigung der ambulanten Zwangsbehandlung beim zuständigen Amtsgericht. Nach genauer Prüfung des Richters, unter Einbeziehung eines unabhängigen und neutralen Psychiaters, der als Gutachter fungiert, sowie der richterlichen Anhörung des Betreuten, wird der Beschluß auf Genehmigung der ambulanten Zwangsmedikation (meistens zeitlich befristet) umgesetzt. Wir setzen hier die Voraussetzungen für eine solche Maßnahme als gegeben an – der Betroffene ist seit geraumer Zeit psychisch krank, er ist nicht einwilligungsfähig, und durch die Umsetzung der Zwangsmaßnahme soll erheblicher Schaden von ihm abgewendet werden.

Dem Betreuten wird dieser Beschluß ausgehändigt, und der Betreuer hat die Pflicht, den Inhalt des Beschlusses dem Betreuten in einem persönlichen Gespräch zu vermitteln.

Einige Betreute beugen sich dem Druck der richterlichen Macht und lassen sich die Medikation verabreichen. Lehnt der Betreute trotz dieser richterlichen Genehmigung die Medikation für

sich ab, hat der Betreuer die Möglichkeit, mit Hilfe der Polizei den Betreuten zu seinem behandelnden Psychiater oder ggf. in das zuständige Psychiatrische Krankenhaus zu bringen und ihm dort das im Beschluß angegebene Psychopharmakon, in Form eines Depots, verabreichen zu lassen. Sollte der zu Betreuende bei Erscheinen des Betreuers nicht bereit sein, die Tür zu öffnen, wird die Betreuungsbehörde mit Hilfe der Polizei die Tür von einem Schlüsseldienst öffnen lassen, um den Betroffenen mit polizeilicher Gewalt dem Psychiater vorzuführen. Ebenso wie bei einer stationären Unterbringung gibt es hierfür keine gesetzliche Handhabe. Häufig wird aber in der Praxis so verfahren. Mitunter kann diese Prozedur ca. alle 14 Tage bzw. vier Wochen erneut durchgeführt werden, wenn der zu Betreuende sich diesem Gewaltaufgebot nicht beugt.

Normalerweise kann eine solche Gewaltmaßnahme nur unter Berücksichtigung der Fremd- oder Selbstgefahr oder nach dem Betreuungsgesetz zum Wohl des Betreuten – zur Vermeidung von Eigengefährdung oder zur Heilbehandlung – durchgeführt werden. Die Behandlung erfolgt ausschließlich stationär und ist befristet.

Bei einer ambulanten Zwangsmedikation wird in den privatesten Bereich eines psychisch Kranken eingedrungen. Er hat keine Möglichkeit mehr, über seinen Körper, Geist, Seele selbst zu bestimmen. Diese Form der Zwangsbehandlung ist abzulehnen, weil sie in keinem angemessenen Verhältnis zu dem realistisch zu erwartenden Behandlungserfolg steht. Es ist ethisch und moralisch nicht zu vertreten und menschenverachtend. Wir müssen damit leben, daß es Krankheiten gibt, die nicht heilbar sind und dem Verrückten sein „verrückt sein“ zubilligen.

Eine stationäre Unterbringung ist ein fester Rahmen mit Befristung und läßt den Kranken hoffen, nach der Entlassung ein Leben nach seinen Vorstellungen führen zu können. Dies ist aber bei einer ambulanten Zwangsmedikation nicht gegeben, im Gegenteil, sie kann auch dazu führen, daß der Betreute aufgrund dessen in Resignation, Hoffnungslosigkeit und Depression fällt, was sich krisenhaft bis zur Suizidalität zuspitzen kann.

Zitat aus dem unveröffentlichten Manuskript Hartmut Bergert: „Sehr häufig treten pharmakogene Depressionen auf, die Angaben schwanken zwischen 15 und 70% aller mit Neuroleptika behandelten Patienten (27). Viel zu wenig Beachtung findet das sogenannte dyskognitive Syndrom, worunter Einschränkungen des Denkens, der Konzentration und des Sprachverständnisses ebenso wie die „Unfähigkeit zum Erleben eindeutiger Gefühlszustände“ (13) [Zitat Heinrich aus dem unveröffentlichten Manuskript Hartmut Bergert] zu verstehen sind. Beschwerden, die von vielen Patienten geklagt werden und die eine nennenswerte Einbuße von Lebensqualität bedeuten.“

Es ist zu befürchten, daß Richter, Ärzte und Betreuer eine solche gesetzliche Regelung leichtfertig handhaben könnten. Zum Schutz der psychisch Kranken sollte auf keinen Fall eine ambulante Zwangsbehandlung möglich sein, zumal die Verabreichung von Psychopharmaka umstritten ist und oft nicht den erhofften Erfolg verspricht.

III. Entscheidungsspielräume von Betreuern am Beispiel lebensverlängernder Behandlung

Moderation: Axel Bauer / Angelika Ebbinghaus / Arnd May

Protokoll: Arnd May

Die ca. 20 Teilnehmer(innen) der Arbeitsgruppe gehörten folgenden Berufsgruppen an: Sozialarbeiter(innen), Juristen(innen), Anwälte(innen), Richter(innen), Ärzte(innen), (Vereins-) Betreuer(innen), wissenschaftliche Assistenten(innen), Heimleiter(innen), Hochschullehrer(innen)

Die Moderatoren verteilten eine Literaturliste und führten in die Thematik ein:

Der gesetzliche *Betreuer* steht für die Respektierung und Verwirklichung des Selbstbestimmungsrechts des Betroffenen bei dessen ärztlicher Behandlung und Pflege. Seine Aufgabe nach dem Betreuungsgesetz ist es, dem Betroffenen ein humanes Leiden und bei irreversiblen Krankheitsverlauf auch ein menschenwürdiges Sterben zu ermöglichen.

Dabei steht der Betreuer nicht selten allein auf Seiten des Betroffenen; die Kooperationsbereitschaft und -fähigkeit von Medizin, Pflege und Justiz ist oft genug mangelhaft. So wird der Betreuer selbst zum „Betroffenen“ mangelnder interdisziplinärer Kooperation.

Fragen der Entscheidungskompetenz und des Selbstbestimmungsrechtes des Bürgers als Patienten und Pflegebedürftigen stehen im Mittelpunkt des Betreuungsrechts. Welche Handlungsspielräume der betroffene Patient selbst und sein Betreuer gegenüber Medizin, Pflege und Justiz haben, soll u. a. anhand von Fallbeispielen aus der Praxis Gegenstand des Arbeitskreises sein.

Welche Arten der Vorsorge des Bürgers/Betroffenen durch Vollmachten oder Patientenverfügungen sind denkbar und – im Sinne des Arbeitskreisthemas – erfolgversprechend?

Welche *Kooperationsformen* zwischen Betroffenen, Betreuer, Arzt, Pflegekraft, Sozialdienst und Gericht dem Anspruch des Betroffenen auf ein humanes Leiden und Sterben gerecht werden, kann ebenso Gegenstand der Erörterung sein wie die Frage, was Selbsthilfegruppen und Hospizbewegung in diesem Sinne leisten können.

In einigen Zeitungsartikeln der letzten Zeit und auch in der öffentlichen Diskussion wird eine Enttabuisierung von Sterben und Tod gefordert. Der Sterbeprozess hat sich aus der Familie in Heime und Krankenhäuser verlagert und zahlreiche Veröffentlichungen fordern eine neue „ars moriendi“. Die Entwicklung der Medizintechnik trifft zusammen mit einer Entsolidarisierung der Gesellschaft.

Eine Rückbesinnung auf Traditionen wie noch bis zum 2. Weltkrieg in Bayern existierende „Sterbehäuser“ kann helfen. Die wachsende *Hospizbewegung* stellt eine sinnvolle Initiative dar.

Bei den Möglichkeiten der Regelung seiner höchstpersönlichen Angelegenheiten durch verschiedene Instrumente wurde unterschieden für die Zeit der Einwilligungsfähigkeit und der Einwilligungsunfähigkeit. *Einwilligungsfähige bzw. geschäftsfähige* Personen können und sollten die Instrumente der Vorsorgevollmacht und der Patientenverfügung nutzen. Die Unterschiede zwischen Vollmacht, Patientenverfügung (Betreuungsverfügung) sind im Ergebnisband des IV. Vormundschaftsgerichtstages dargestellt. [Vormundschaftsgerichtstag et al. 4. VGT, Materialien, Ergebnisse, 1995:150].

Eine Bevollmächtigung in höchstpersönlichen Dingen birgt das Problem der internen Bindung und der Vollmachtnehmer ist prinzipiell frei, hat jedoch eventuell Bindungen an den Vollmachtgeber und die gerichtliche Kontrolle. Nach der neuen Fassung des § 1904 BGB soll die Überprüfung auch analog auf Vollmachten anwendbar sein. Die Anwendung einer Vollmacht ohne gerichtliche Kontrolle bietet Chancen und Risiken.

Ohne Informationen über die Wünsche und Vorstellungen des Vollmachtgebers ist der Vollmachtnehmer frei in seinen Entscheidungen. Welche Maßstäbe sollen dann gelten? Zur Feststellung des mutmaßlichen Willens sollten alle verfügbaren Anhaltspunkte berücksichtigt werden.

Betreuungsverfügungen könnten starr sein, da sie sich mit bestimmten Szenarien befassen. Es wurde die narrative Methode der Wertanamnese von Prof. Dr. Sass und Prof. Dr. Kielstein vorgestellt [Sass, Hans-Martin; Kielstein, Rita: Wertanamnese und Betreuungsverfügung, Bochum 1995: Medizinethische Materialien 81; Sass, Hans-Martin; Kielstein, Rita: Die Medizinische Betreuungsverfügung in der Praxis, Bochum 1996: Medizinethische Materialien 111].

In der Praxis scheint eine Vollmacht auch zu Mißbrauch zu führen und ist manchmal nicht gegenüber der Ärzteschaft und anderen Institutionen durchzusetzen. Hingewiesen wird in der Diskussion auch auf die Schwierigkeiten, eine Nulltherapie anzuordnen oder ihr zuzustimmen. Hier liegt in einigen Fällen ein Aktionismus zum Schaden des Betroffenen vor, der sich in der Abneigung erklären läßt, Unterlassen zu verantworten. Ein moralischer Unterschied zwischen Tun und Unterlassen jedoch wurde nicht gesehen, jedoch ein Unbehagen, nichts zu tun.

Als Ergebnisse lassen sich hierzu festhalten:

Eine Verfügung ist detaillierter und bietet Handlungsanweisungen im Gegensatz zu einer Vollmacht.

Eine schriftliche Vollmacht sollte nach Beratung durch Anwälte(innen), Notare(innen), Behörden, Betreuungsvereine möglichst konkret erteilt werden. Eine Kombination mit einer Betreuungsverfügung ist zu empfehlen, in welcher stehen sollte, daß die Vertrauensperson auch zum Betreuer bestellt werden sollte. Es sollten Zeugen diese Schritte schriftlich unter Angabe des Datums und des Ortes bestätigen.

Die Entscheidung der Notwendigkeit zur Betreuerbestellung bei *Nichteinwilligungsfähigen* ist von der Krankheit abhängig, und es wurde ein Fall eines „Locked in Syndrom“ dargestellt, bei dem der Betroffene die Nahrung verweigert hat und noch einwilligungsfähig ist, aber dies nur durch nonverbale Kommunikation mitteilen kann. Hier wurde keine Notwendigkeit einer Betreuerbestellung gesehen, es sei denn auf Antrag des Betroffenen. Mit Zustimmung des Betroffenen kann eine Betreuung sinnvoll sein. Schwierig sind Fälle bei dementen Patienten(innen), die sich nonverbal äußern und auf sich aufmerksam machen. Die Frage, ob diese Handlungen als Willenäußerungen zu werten sind, kann nicht pauschal beantwortet werden.

Nach der Entscheidung des BGH vom 13.09.1994 (NJW 1995, 204ff.) sind engere Anforderungen zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens anzulegen. So soll das Instrument des mutmaßlichen Willens nur als Auffanglösung gelten, wenn keine anderen Informationen vorliegen. Diesen mutmaßlichen Willen in unserer multikulturellen Gesellschaft über das „allgemein gültige Wertbild“ zu definieren, stellte sich als problematisch in Hinblick auf einen dann eventuell beginnenden gesellschaftlichen Druck auf die Betreuer heraus. Allgemeingültige Handlungsanweisungen kann es nicht geben. Es müssen Einzelfallentscheidungen anhand des persönlichen Wertesystems der Betroffenen getroffen werden. Die BGH-Entscheidung erweitert den Spielraum, Verfügungen zu treffen und stärkt so das Selbstbestimmungsrecht.

Betont wurde jedoch der Anspruch der Betroffenen auf Ausschöpfung aller erfolgversprechenden Maßnahmen, solange diese mit dem Willen der Patienten übereinstimmen. Wichtig ist dies im Zusammenhang mit knapper werdenden Mitteln im Gesundheitswesen.

Viele Menschen können sich in gesunden Tagen nicht vorstellen, wie sie unter anderen Umständen reagieren würden. Es wurde die Gefahr gesehen, in unserer Gesellschaft Sterben justitiabel machen zu wollen und ein Ausweg kann eine bessere Kommunikation am Krankenbett sein. Die Verweildauer von Pflegepersonal ist im Durchschnitt nur doppelt so lang wie die Ausbildungszeit. Hier dürfen Ärzte den Tod nicht als persönliche Niederlage betrachten, sondern im Team Entscheidungen treffen. Lösungen können auch Supervision und Änderung der Ausbil-

dungsordnungen der Mediziner und Schwestern sein. Dies ist ein Schritt zur geforderten Interdisziplinarität, in der die beteiligten Gruppen ein Brainstorming statt eines Machtkampfes durchführen. Es sollte ein Beratungsnetzwerk aufgebaut werden, das den Entscheidungsträger und Betreuer unterstützt. Hier könnte den Juristen(innen) die Rolle der Moderatoren zukommen und so eine Machtbalance schaffen. Es wurde auf den Wandel im Arzt-Patient-Verhältnis hin zu einem partnerschaftlichen Verhältnis mit Informationssymmetrie hingewiesen. Die Notwendigkeit eines Konsenses statt einer autoritären Entscheidungsfindung wurde betont.

Besondere Bedeutung hat die Möglichkeit von interdisziplinären Fallkolloquien und Fortbildungsveranstaltungen. Die Dynamik von Selbsthilfegruppen bei der Betreuung von HIV-Positiven ist ein Ansatz.

Thesenpapier: Entscheidungsspielräume von Betreuern am Beispiel lebensverlängernder Behandlung

- 1) Grundsätzlich scheint es möglich, das Selbstbestimmungsrecht auch des einwilligungsunfähigen Patienten bei ärztlicher Behandlung zu gewährleisten, wenn Betreuer, Sozialarbeiter, Arzt und Vormundschaftsgericht ihre gemeinsame Verantwortung für die Durchsetzung des Willens des Patienten erkennen und wahrnehmen.
- 2) Über die Vorsorge durch schriftliche Bevollmächtigung einer Vertrauensperson auch für die Heilbehandlung sind die Bürger bundesweit durch allgemein zugängliche Medien (z. B. Fernsehen) in geeigneter Form und an geeigneten Orten (z. B. in Krankenhäusern, Arztpraxen und Beratungsstellen) zu informieren.
- 3) Zu sinnvollen Vorsorgemaßnahmen gehört auch eine Patientenverfügung, in der eine Vertrauensperson als Betreuer benannt und Behandlungsmodalitäten (auch Abbruch lebensverlängernder und lebensverlängernder Maßnahmen) festgelegt werden. Dazu bedarf es einer Enttabuisierung von Leiden und Sterben in unserer Gesellschaft. Vorsorge auch für den Fall intensivmedizinischer Behandlung zu treffen, muß zu einem alltäglichen Vorgang werden.
- 4) Die richtungsweisende Entscheidung des Bundesgerichtshofes vom 13.09.1994 (NJW 1995, 204ff.) ermöglicht es, eine dem Willen des Patienten widersprechende medizinische Behandlung auch dann sanktionslos abzubrechen, wenn der Patient zum Zeitpunkt des Behandlungsabbruches entscheidungsunfähig geworden ist.
- 5) Eine genauere Auseinandersetzung mit dieser Entscheidung wird Betreuern, Ärzten und Vormundschaftsrichtern dringend angeraten. Insbesondere für die Feststellung des sogenannten „mutmaßlichen Willens“ müssen in der betreuungsrechtlichen Praxis hinreichend bestimmte Kriterien gefunden werden, die am persönlichen Wertesystem des Betroffenen zu orientieren sind.
- 6) Mit dem Informationsstand und der Durchsetzungsfähigkeit des gesetzlichen Betreuers als Garant des Willens des Patienten steht und fällt, ob humanes Leiden und Sterben unter dem BtG möglich ist. Gängige Praxis muß es werden, daß der Betreuer von den übrigen Beteiligten bei der Entscheidungsfindung und -umsetzung beraten und unterstützt und in seiner Funktion respektiert wird.
- 7) Dabei haben die Beteiligten die dem Rechtsschutz und der Richtigkeitsgewähr dienenden Verfahrensgarantien des Betreuungsrechtes zu beachten. Nach der genannten Entscheidung des BGH ist § 1904 BGB (Genehmigung risikoreicher Heilbehandlungen) analog auf die Entscheidung des Betreuers zum Behandlungsabbruch anzuwenden. Eine dahingehende Praxis ist zur Absicherung und Unterstützung des Betreuers sicherlich wünschenswert; eine gesetzliche Spezialregelung sollte zur Klärung dieser strittigen Materie auf den Weg gebracht werden.
- 8) Das Haftungsrisiko des Betreuers, des Arztes und des Vormundschaftsrichters darf nicht dazu führen, die Verantwortung für die Würde des Betroffenen von sich zu schieben oder den Betroffenen auf die nächste Instanz zu vertrösten. Denn es geht immer auch um Zeit, in der der Betroffene womöglich unnötig lange in unmenschlicher Weise leiden muß.

9) Die Zeit bis zur Entscheidung über den Behandlungsabbruch ist durch eine angemessene Schmerztherapie nach den Regeln modernster ärztlicher Kunst und im Einklang mit den Richtlinien der Bundesärztekammer für die ärztliche Sterbebegleitung zu überbrücken, um dem grundrechtlich geschützten Anspruch des Patienten auf eine menschenwürdige medizinische Behandlung und Pflege gerecht zu werden.

10) Interdisziplinäre Aus- und Fortbildung von Ärzten, Richtern, Betreuern und Pflegekräften muß die genannten Inhalte in Zukunft besser berücksichtigen und die beteiligten Berufsgruppen miteinander ins Gespräch bringen.

IV. Erfahrungen in der Ehrenamtlichkeit – Gesprächskreis mit ehrenamtlichen Betreuer(innen) –

Moderation: Barbara Pufhan / Rüdiger Pohlmann

Protokoll: Rüdiger Pohlmann

Die Arbeitsgruppe IV war ein erstmaliger Versuch auf dem bundesdeutschen Vormundschaftsgerichtstag, ein eigenes Angebot für ehrenamtliche Betreuer(innen) anzubieten. Voraussetzung war somit für die Moderatoren(innen) nicht mit Statements oder Einstiegsreferaten aufzuwarten, sondern entsprechend der Überschrift, mit seinen Kernbegriffen *Erfahrungen* und *Gesprächskreis*, den ehrenamtlichen Betreuer(innen) einen ihren Wünschen entsprechenden Erfahrungsaustausch zu ermöglichen.

Hierzu bot sich die *Moderationstechnik* an, eine Technik, die allen Arbeitsgruppenmitgliedern eine Beteiligung am Diskussionsprozeß erlaubt und sich ausschließlich an den Bedürfnissen der Teilnehmer(innen) orientiert.

Die Arbeitsgruppe IV setzte sich neben den Moderatoren(innen) aus sechs weiteren Personen zusammen. Davon waren drei Personen ehrenamtliche Betreuer. Die anderen Personen waren zwei Rechtspflegerinnen und eine Vereinsmitarbeiterin. In der ausführlichen Vorstellungsrunde wurde deutlich, daß auch die Hauptberuflichen im Betreuungswesen in anderen sozialen Kontexten engagiert sind.

Auf Grund des eigenen ehrenamtlichen Engagements der „Profis“ existierte eine gemeinsame Basis für den Erfahrungsaustausch. Eine Konfrontation zwischen sich bedrängt fühlenden Profis mit der irrigen Annahme, Motivation für ehrenamtliche Arbeit sei beabsichtigte Konkurrenz und Bedrängung hauptamtlicher Arbeit, blieb somit der Gruppe erspart.

Der erste Arbeitsschritt war die Themensammlung, die da lauteten:

- Praktischer Erfahrungsaustausch: Wie verhalten sich andere ehrenamtliche Betreuer(innen) in bestimmten Situationen?
- Welche Möglichkeiten der Weiterbildung gibt es?
- Wieviel Zeit muß/kann man für die persönliche Betreuung aufbringen?
- Hat Ehrenamtlichkeit – zumal im Betreuungswesen – noch Chancen ernstgenommen zu werden?
- Verdrängt die Professionalität die Ehrenamtlichkeit?
- Fragen und Probleme mit Angehörigen als ehrenamtliche Betreuer;
- Kann man über Ehrenamtlichkeit einen Wieder- oder Neueinstieg in das Berufsleben vornehmen?
- Welche Formen der Umsetzung gibt es, meine privaten und beruflichen Kenntnisse für die ehrenamtliche Aufgabe zu nutzen?
- Vor- und Nachteile des sozialen freiwilligen Engagements für alle Beteiligten.

Das letztgenannte Thema wurde von den Beteiligten als Diskussionsgrundlage ausgewählt, andere Punkte waren in diesem Thema z. T. enthalten.

In der Auseinandersetzung mit den Chancen und Nachteilen der Ehrenamtlichkeit wurde festgestellt, daß die Chancen (Vorteile) gegenüber den Nachteilen überwogen.

Festgehalten wurden drei Gruppen als sog. Nutznießer ehrenamtlichen Engagements im Betreuungswesen.

- Die Betreuer(innen)

- Die Betreuten
- Die Gesellschaft

Die Vorteile für die Betreuer sind:

- Beteiligung am gesellschaftlichen Leben (u. a.: aktives Gestalten des Gemeinwesens, in Kontakt sein mit anderen Menschen, der vielen freien Zeit als Rentner oder Arbeitsloser Struktur geben)
- Sinnggebung (u. a.: Schutz vor Vereinsamung und seelischer „Verwahrlosung“)
- Stolz, Zufriedenheit, über den Tellerrand schauen (Horizontenerweiterung)
- Wachsen des Selbstwertgefühles (ich werde angefragt, mein direktes Handeln führt zu Anerkennung, ich kann etwas Besonderes).

Das Ehrenamt deckt somit drei Grundbedürfnisse des Menschen ab:

- Sinnggebung → Wofür und wozu lebe ich?
- Kontakt → Der Mensch als soziales Wesen.
- Struktur → Die Sicherheit zu haben, sich nicht in der Zeit zu verlieren.

Die Vorteile für den Betreuten sind:

- Der/die ehrenamtliche Betreuer(in) hat viel mehr Zeit für den persönlichen Kontakt
- Vertrauen gewinnen können zum/zur Betreuer(in)
- Jemand traut mir – dem Betreuten – etwas zu
- Der Betreute erhält auch Zuwendung über den eigentlichen Aufgabenkreis der gesetzlichen Vertretung hinaus
- Der Betreute hat eine/n Ansprechpartner(in) für *alle* Lebenssituationen
- Keine evtl. Vermögensnachteile für die betreute Person.

Es gab eine längere Diskussion um die Begriffe:

Vertrauen/Zutrauen/Mißtrauen

Deutlich wurde, daß jeder Mensch Bestätigung, Selbstsicherheit und Durchsetzungsvermögen nur dann erlangen kann, wenn die Umwelt, sprich andere Menschen, einem etwas zutrauen (wer kennt z. B. nicht die Situation vor Prüfungen oder Bewerbungen, in der es hilfreich ist, Bestätigung und Zuspruch aus seiner Familie oder von seinen Freunden zu erhalten). Jemandem etwas zutrauen, z. B. nach Jahren des Psychiatrieaufenthaltes wieder in die Wohnung zu ziehen, findet im Profisystem viel zu selten statt. Wie oft treffen wir hier eher das Gegenteil an, jemandem *nicht etwas zutrauen zu können*.

Denn jemandem etwas nicht zuzutrauen, somit für ihn etwas regeln zu müssen, ist die Daseinsberechtigung für so manche/n professionelle/n Betreuer(in).

Die Bedeutung der Ehrenamtlichkeit für die Gesellschaft ist:

- Stärkung des Gemeinwesens und der Solidarität untereinander
- Ehrenamtlichkeit sichert Humanität.

Die Nachteile der ehrenamtlichen Betreuung, wie z. B. fehlende Kenntnisse der sozialen Institutionen oder die Lösung rechtlicher Probleme, können durch gute Beratung der Betreuungsvereine und der Gerichte aufgefangen werden.

V. Verlust der Ehrenamtlichkeit – Hat ehrenamtliche Betreuung noch eine Zukunft?

Moderation: Wilhelm Reichel / Alfons Wenker

Protokoll: Felix Graf von Plettenberg

Die Arbeitsgruppe bestand aus 21 Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die sich zu ca. 3/4 auf die Berufsgruppen Dipl.-Sozialarbeiterinnen und Dipl.-Sozialarbeiter sowie Dipl.-Sozialpädagoginnen und Dipl.-Sozialpädagogen verteilten. Das restliche Viertel setzte sich aus Lehrerinnen und Lehrern, Dipl.-Psychologinnen und Dipl.-Psychologen, Dipl.-Pädagoginnen und Dipl.-Pädagogen sowie Dipl.-Rechtspflegerinnen und Dipl.-Rechtspflegern zusammen. Eine Teilnehmerin dieser Arbeitsgruppe war ehrenamtliche Betreuerin und Vorstandsmitglied eines Betreuungsvereins. Die überwiegende Mehrzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer war bei Betreuungsvereinen beschäftigt und hier mit der Wahrnehmung der sog. Querschnittsaufgaben befaßt. Einige waren freiberuflich als Berufsbetreuerinnen und Berufsbetreuer tätig, andere bei der Justiz oder bei Betreuungsbehörden angestellt.

Herr Reichel und Herr Wenker führten mit einem Statement in die Thematik dieser Arbeitsgemeinschaft ein. Sie begannen mit einem Zitat aus der Begründung zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform des Rechts der Vormundschaften und Pflegschaften für Volljährige (Betreuungsgesetz – BtG): „Von besonderer Bedeutung für den Abbau anonymer Massenbetreuungen wird neben dem Zivilrecht und dem Verfahrensrecht vor allem die Umsetzung dieses Rechts durch organisatorische und finanzielle Maßnahmen sein. Diese können sich nicht auf bloße Maßnahmen zur Gewinnung von Betreuern beschränken. Wichtig ist vielmehr auch, die gewonnenen Betreuer hinreichend anzuleiten, fortzubilden, zu beraten und ihnen auch sonst in größtmöglichem Maße zu helfen.“¹³

Dieses Zitat aus den Materialien zum Betreuungsgesetz vom 12.09.1990 weist auf die Probleme hin, die sich in der praktischen Arbeit mit dem Betreuungsrecht ergeben. Der Gesetzgeber hat damals eine Stärkung des ehrenamtlichen Betreuers gewollt. Auf diesem Wege sollte eine persönliche Betreuung gesichert werden. Da, wo ehrenamtliches Engagement nicht ausreichend erschien, sollte durch die Arbeit professioneller Betreuer gesichert werden, daß behinderte und kranke Menschen ihre Rechte wahrnehmen können.

Seit Jahren ließ sich – nicht nur im Betreuungsbereich – beobachten, daß immer mehr gesellschaftliche Aufgaben, die früher ehrenamtlich wahrgenommen wurden, professionalisiert wurden. In jüngster Zeit wird besonders von staatlichen Institutionen der Ruf nach ehrenamtlichem Engagement wieder lauter. Es fragt sich, ob dieser Ruf nur angesichts leerer Kassen oder der Sache wegen erschallt. Grundsätzlich will der Gesetzgeber ehrenamtliche vor beruflich ausgeübter Betreuung. Das Nebeneinander von ehrenamtlicher und beruflicher Betreuungsarbeit ist aber nicht gleichwertig. Da der Gesetzgeber den ehrenamtlichen Betreuer als „Leitbild“ sieht, ist dieser vorrangig.

Besteht ein gesellschaftliches Interesse an ehrenamtlicher Betreuungstätigkeit?

Heute muß bezweifelt werden, ob der Gesetzgeber noch von der Priorität des ehrenamtlichen Betreuers ausgeht. Anlässlich der geplanten Novellierung des Betreuungsrechts fällt auf, daß zu recht die Position des beruflich tätigen Betreuers besonders in finanzieller Hinsicht verbessert werden soll. Es fehlen aber – begleitet z. B. durch Länderausführungsgesetze – Regelungen über eine verbesserte Finanzierung der Arbeit zur Gewinnung und Begleitung von ehrenamtlichen Betreuern. Es fehlen auch entsprechende Gratifikationen für die ehrenamtlichen Betreuer.

Was macht überhaupt einen guten ehrenamtlichen Betreuer aus?

Er sollte Lebenserfahrung und die Bereitschaft, auf Menschen zuzugehen, mitbringen. Er sollte in der Lage sein, sich in fremde Sachverhalte einzuarbeiten und frei von Interessenkonflikten sein, die die Betreuungsarbeit mit sich bringen könnte. Er sollte dem Betreuten nahe sein und gleichzeitig Distanz wahren können und die Kraft haben, auch loslassen zu können.

Nicht nur im Betreuungsbereich wird es zunehmend schwieriger, Menschen zu ehrenamtlicher Arbeit zu motivieren. Es geht hier aber nicht nur darum, überhaupt Bereitschaft zur Übernahme des Betreuungsamtes zu wecken, sondern vermehrt auch darum, bereits gewonnene Betreuer bei der Stange zu halten. Die auf diesem Gebiet tätigen Mitarbeiter in Betreuungsvereinen müssen wissen, mit welchem Problem die Betreuer vermehrt konfrontiert werden:

1. Undurchschaubarkeit behördlicher Vorgänge, immer mehr Rechtsvorschriften;
2. Konfrontation mit familiären Auseinandersetzungen, Eingebundenheit in Interessenkonflikte;
3. mangelnde Erfahrung im Umgang mit behinderten und kranken Menschen.

Leider zu oft passiert es dann, daß der Betreuer, der mit den genannten Problemen nicht fertig wird, die Arbeit schleifen läßt, zum einfachen Verwalter wird oder um seine Entlassung bittet.

Danach bleibt dem Gericht oft nur die Möglichkeit, doch einen Berufsbetreuer zu bestellen.

Hierin besteht aber eine gewisse Gefahr. „Mangels Masse“ und, da der Richter bei der Auswahl des Betreuers die genannten Schwierigkeiten befürchtet, werden immer mehr „Profis“ zu Betreuern bestellt. Die ehrenamtliche Betreuung verliert an Bedeutung. Auf Dauer könnte das wiederum bedeuten, daß sich die Betreuungsarbeit nur noch unter Fachleuten (Freiberufler, Verein, Gericht, Behörde) abspielt; sie wird verfachlicht und Ehrenamtlichen immer weniger zugänglich. Hinzu kommt, daß manche Berufsbetreuer ihre Fachlichkeit in jedem Fall als unverzichtbar herausstellen und somit die Betreuungsarbeit auf eine für einen Ehrenamtler unerreichbare Ebene heben.

Was kann getan werden, um die ehrenamtliche Betreuungsarbeit zu unterstützen?

Die Betreuungsvereine sollten mehr Gewicht auf die Querschnittsarbeit legen. Innerhalb dieses Arbeitsbereiches wiederum muß noch mehr als bisher die Begleitung und nicht nur die Gewinnung von Betreuern herausgestellt werden.

In der Praxis läuft es aber immer mehr darauf hinaus, daß der Verein darauf angewiesen ist, immer mehr Betreuung selbst zu führen, „damit die Kasse stimmt“. Auch im Hinblick darauf, daß immer mehr freiberufliche Betreuer auf den Markt drängen, muß sich mancher Verein allmählich fragen, ob er nicht an seinem eigenen Ast sägt, wenn er dem Gericht ehrenamtliche Betreuer überhaupt noch vorschlägt. Muß mancher Vorschlag nicht auch mit schlechtem Gewissen gemacht werden, wenn man nicht weiß, ob der Verein überhaupt noch in der Lage ist, den gewonnenen Betreuer adäquat zu begleiten? Hier rächt sich sofort die schlechter gewordene Finanzierung der Querschnittsaufgaben.

Natürlich wäre es auch angebracht, wenn der Verein einen Großteil seiner Arbeit darin sehen könnte, Betreuung überhaupt zu vermeiden, z. B. durch Aufklärung über die Möglichkeit von Vorsorgevollmachten u. ä. Dieses scheitert aber vielfach daran, daß hierfür nicht genügend Mittel zur Verfügung stehen.

Der Staat spart jährlich ca. 800 Mio. DM durch den Einsatz von ehrenamtlichen Betreuern. Wenn Verantwortliche in Landes- und Kommunalpolitik nicht nur die schwierigen finanziellen Ressourcen vor Ort sehen, sondern ihnen die Bedeutung der ehrenamtlichen Betreuungsarbeit und die Chancen einer Betreuungsvermeidung deutlich werden und daß damit letztlich langfristig erhebliche Mittel eingespart werden können, werden sie sich, auch wenn es nur aus fi-

¹³ Bundestagsdrucksache 11/4528, S.68.

nanziellen Zwängen ist, vielleicht für das Betreuungsrecht und dessen Umsetzungen interessieren. Es sollte auch einmal darüber nachgedacht werden, ob das Nebeneinander in der Finanzierung (für Querschnittstätigkeit durch Sozialministerium und Kommunen, für Vergütung und Aufwendung bei Mittellosigkeit aus Staatskasse – Justizministerium) der Betreuungsvereine effektiv ist. Der Justizbereich profitiert davon, wenn genügend qualifizierte Betreuer ihre Arbeit leisten. Wäre es da nicht angebracht, die Finanzierung der Querschnittsarbeit auch dem Justizbereich zuzuordnen?

Die tägliche Arbeit kann in manchen Bereichen aber auch effektiver gestaltet werden. Vom Verein oder Vereinsmitarbeiter geführte Betreuungen sollten regelmäßig daraufhin überprüft werden, ob sie an einen Ehrenamtlichen abgegeben werden können, wobei die weitere Unterstützung durch den Betreuungsverein natürlich gewährleistet sein muß.

Die Aufgabenverteilung zwischen Betreuungsbehörde, Verein und Gericht kann oft besser koordiniert werden; jeder sollte sich auf seine Position in diesem Geflecht besinnen; andererseits aber übergreifend „mitdenken“. Insofern könnte auch die Arbeit der örtlichen Arbeitsgemeinschaften verbessert werden. Die Gerichte sollten mehr als bisher in geeigneten Fällen von der Möglichkeit des § 1899 Abs. 4 BGB Gebrauch machen, wonach sich z. B. ein Ehrenamtlicher und ein Vereinsbetreuer ergänzen.

Für die Rechtspfleger bietet es sich oft an, das Verpflichtungs- bzw. Einführungsgespräch an zwei Terminen stattfinden zu lassen. Der Betreuer hat dann die Möglichkeit, sich weitere Informationen, z. B. über das Vermögen des Betreuten, zu besorgen. Beim zweiten Termin kann man dann konkret auf den jeweiligen Fall eingehen.

Manchmal könnte es sich auch empfehlen, einen Vereinsbetreuer zum Verpflichtungsgespräch mit einzuladen. Dann können anstehende Probleme gemeinsam erörtert, erste Kontakte geknüpft und Unterstützung durch den Verein gesichert werden.

Die Beratungsfunktion des Gerichts nach § 1837 BGB muß auch seitens der Justizverwaltung anerkannt werden. Dem Rechtspfleger muß die Möglichkeit gegeben werden, sich Zeit für Beratungsgespräche zu nehmen.

Die bei den Gerichten und Behörden und im Sozialbereich übliche Sprache wirkt in vielen Fällen abschreckend. Hier sind alle Beteiligten gefordert, sich selbst kritisch unter die Lupe zu nehmen.

Vorhandene Qualifikationen sind somit allein kein Garant für gute Betreuungsarbeit. Durch entsprechende Unterstützung kann Betreuungsarbeit verbessert werden. Die Betreuungsvereine müssen aber auch in die Lage versetzt werden, qualifizierte Betreuer zu finden und zu unterstützen. Das geht nun einmal nicht ohne eine ausreichende und gut organisierte Förderung der Querschnittsarbeit. Auf jeden Fall ist persönliches Engagement der Mitarbeiter in Betreuungsvereinen und in den Betreuungsbehörden sowie der Richter und Rechtspfleger gefordert. Betreuer können nur gute Betreuungsarbeit leisten, wenn sie von allen Seiten effektiv und engagiert unterstützt werden. ◀

Im Anschluß an dieses einführende Statement der beiden Moderatoren formulierten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihre Erwartungen an diese Arbeitsgruppe.

So wurde die Erwartung geäußert, man möge die betreuenden Familienangehörigen mit berücksichtigen. In diesem Zusammenhang wurde auch problematisiert, daß Familienangehörige von einigen (insbesondere Rechnungsprüfer, die die zweckentsprechende Verwendung der an die Betreuungsvereine für die Wahrnehmung der Querschnittsaufgaben gezahlten Fördermittel überprüfen) nicht als ehrenamtliche Betreuer betrachtet würden. Desweiteren äußerten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer den Wunsch, über Perspektiven und Zukunft des Ehrenamtes insgesamt zu diskutieren. Diesbezüglich wolle man überlegen, ob dieses „Amt“ überhaupt „Ehre“ mit sich bringt oder ob es eher ein „Ärger-Amt“ ist. Weiterhin wurde diskutiert, ob eine klare Definition von Ehrenamtlichkeit nicht auch dem Verlust der Ehrenamtlichkeit entgegen-

wirken könne. Insofern wurde schon zu diesem Zeitpunkt die Forderung erhoben, daß man das Ehrenamt als solches besser absichern müsse.

Hierdurch angeregt beschäftigten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit der Fragestellung: „Wie sehen wir das Ehrenamt?“

Insbesondere aus Neumünster wurde berichtet, daß dort Ehrenamtliche von anderen Ehrenamtlichen begleitet werden. Vermehrt kam der Vorschlag, daß das Ehrenamt „Betreuung“ in manchen Fällen sinnvoll sei zu teilen. So gebe es Ehrenamtliche, die lieber den persönlichen Kontakt mit den Betroffenen wahrnehmen würden, als sich auf schriftlichem Wege mit irgendwelchen Antragsstellungen bei Behörden oder Gerichten auseinanderzusetzen.

Die in der Arbeitsgruppe vertretenen freiberuflichen Betreuerinnen und Betreuer gaben an, daß sie in ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuern keine Konkurrenz für sich sehen.

Ganz im Gegenteil berichteten diese davon, daß sie schon mehrfach Betreuungen an Ehrenamtliche abgegeben und dann auch die entsprechende Beratung geleistet hätten. Letzteres könnten sie aber aus wirtschaftlichen Gründen (die Beratung kann nicht abgerechnet werden) und aus rechtlichen Hindernissen (möglicher Verstoß gegen das Rechtsberatungsgesetz) nicht auf Dauer durchführen.

Letztlich wurde von der ehrenamtlichen Betreuerin aus der Arbeitsgruppe, die gleichfalls Vorsitzende in einem Betreuungsverein ist, angegeben, daß ehrenamtlich Tätige auch Fälle mit „Pfiff“ haben möchten. In diesem Zusammenhang stellte sich die Frage: „Was kann man Ehrenamtlichen zumuten?“

Die 2. Phase der Arbeitsgruppe wurde von den Moderatoren eingeleitet durch ein Zitat von Prof. Dr. Christian von Ferber aus dem Abschlußbericht „Modellmaßnahmen zur Förderung der ehrenamtlichen Tätigkeit im Betreuungswesen: „Das Betreuungsgesetz kann für sich in Anspruch nehmen, von Seiten des Gesetzgebers dem Umgang mit hilfebedürftigen Menschen neue Wege gebahnt zu haben, ja einem hoffnungsvolleren Bild von Menschen und von der Hilfsbereitschaft seiner Mitmenschen die rechtlichen Rahmenbedingungen gegeben zu haben.“¹⁴ Das Betreuungsgesetz ist sozialgestaltend. Es will dem Hilfebedürftigen ausreichend rechtlichen Schutz gewährleisten, um seine Selbstbestimmung ausüben zu können.¹⁵

Hieraus ergab sich für die Arbeitsgruppe die Frage: „Wie definieren wir ehrenamtliche Tätigkeit im Betreuungswesen?“

In der sich hieran anschließenden Diskussion wurden mehrere Faktoren (Geld, Freizeit, Freiwilligkeit) genannt, die zur Definition von ehrenamtlicher Tätigkeit herangezogen werden können. Als das herausragendste Merkmal für ehrenamtliche Tätigkeit stellte sich dann die Freiwilligkeit heraus. Von verschiedenen Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Arbeitsgruppe wurde berichtet, daß dies ein ganz wichtiger Aspekt auch bei der Gewinnung von ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuern sei. Wenn man den freiwilligen Charakter dieses „Ehrenamtes“ deutlich herausstelle und damit gleichzeitig verbindet, daß ehrenamtliche Betreuerinnen und Betreuer ihr Amt auch jederzeit wieder zurückgeben können, wenn sie sich z. B. überfordert fühlen oder auch den Spaß an der Sache verloren haben, so erleichtert dieser Charakter der Freiwilligkeit den Ehrenamtlichen auch die Übernahme einer ehrenamtlichen Betreuung.

In diesem Zusammenhang wurde von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern genannt, daß es wichtig sei, daß man wesentliche Merkmale der Biographie der ehrenamtlichen Betreuer kennt, um auch ihre Motivation erforschen zu können. Vor allem sei wichtig, den ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuern die positiven Seiten, die ein solches Ehrenamt mit sich bringen kann, wie z. B. Spaß und Freude, an der Sache begeistert sein, für sich selbst eine bestimmte Heraus-

¹⁴ Ferber, Christian von in: Modellmaßnahmen zur Förderung der ehrenamtlichen Tätigkeit im Betreuungswesen; Abschlußberichte 1991–1995; Band 72 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Nomos, Baden-Baden, S. V.

¹⁵ Vgl. a. a. O.

forderung zu sehen, darzustellen. Hierbei sei von seiten der „Querschnittsmitarbeiter“ insbesondere Offenheit und Ehrlichkeit unbedingte Voraussetzung.

Wenn man etwas über die Biographie der ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuer bzw. der an einer ehrenamtlichen Betreuung Interessierten weiß, kann man ihnen auch weitere Perspektiven für sich selbst aufzeigen. Dazu kann z. B. gehören, daß eigene zusätzliche Kompetenzen hinzugewonnen werden, daß für das eigene Alter gelernt wird, daß soziale Kontakte, die sonst im Alltag fehlen, hier entwickelt werden.

Um einem weiteren Verlust der Ehrenamtlichkeit vorzubeugen, wurde von allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern übereinstimmend gesagt, daß hierfür nicht nur die Bereitschaft und Kompetenz auf seiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei den Betreuungsvereinen und den Betreuungsbehörden, sondern auch die Bereitschaft auf seiten der Gerichte und anderer Verwaltungen (z. B. Sozialamt, Krankenhaus, Pflegeheim etc.) zur Zusammenarbeit mit ehrenamtlich Tätigen gegeben sein muß. Um diese Forderung zu untermauern, wurde ein Fall aus dem Süddeutschen Raum geschildert, in dem ein ehrenamtlicher Betreuer über mehrere Stunden auf dem Flur eines Amtes sitzen mußte, bevor er einen Sozialhilfeantrag für seinen Betreuten abgeben durfte.

Im weiteren Verlauf ergab sich die Frage: „Wie können wir dem Amt wieder zur Ehre verhelfen?“

Hier wurde zunächst von der Arbeitsgruppe als besonders wichtig festgestellt, daß mehr Informationen über das Betreuungsgesetz dazu beitragen können, daß der ehrenamtlichen Betreuung wieder der Stellenwert zukommt, der ihr gebührt. Insbesondere in der Ausbildung, auch schon in den Schulen, sollte über das Betreuungsgesetz informiert werden. Aus Schleswig-Holstein wurde berichtet, daß die dortige Interessengemeinschaft der Betreuungsvereine dabei ist, eine Art Lobby für die ehrenamtlichen Betreuer zu bilden. Diese Interessengemeinschaft der Betreuungsvereine in Schleswig-Holstein (IGB) versteht sich auch als Sprachrohr der ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuer. Ihr Anliegen ist es, zur Aufwertung der in der Öffentlichkeit immer noch eher unbekannt oder mit negativen Bildern belegten Tätigkeit der ehrenamtlichen Betreuung beizutragen. Diese Interessengemeinschaft hat die Erfahrung gemacht, daß eine „bloße öffentliche Ehrung“ von den ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuern eher kritisch gesehen wird. Sie wünschten sich vielmehr eine überregionale Fortbildungsveranstaltung. Aufgrund dieser Erfahrung wurde im Januar 1996 in Schleswig-Holstein eine erste zentrale überregionale Fortbildungsveranstaltung für ehrenamtliche Betreuerinnen und Betreuer durchgeführt, die nach Angaben der Teilnehmer aus Schleswig-Holstein ein großer Erfolg war und wiederholt werden soll.

Im Zusammenhang mit der Frage, wie man dem Amt zu mehr Ehre verhelfen kann, wurde auch die Frage gestellt: „Was ist die ehrenamtliche Tätigkeit der Politik wert?“

Hier wurde insbesondere die Forderung aufgestellt, die ehrenamtliche Tätigkeit analog den anderen Feldern (z. B. im Sport), in denen ehrenamtlich gearbeitet wird, abzusichern.

Des Weiteren wurde vorgeschlagen, daß man auch andere Institutionen, die nur peripher mit dem Betreuungswesen in Verbindung geraten, in die Fortbildung und den Erfahrungsaustausch mit ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuern einbezieht. Dies könne den Effekt haben, daß ehrenamtliche Betreuerinnen und Betreuer ihre Probleme mit diesen Institutionen benennen könnten, die entsprechenden Mitarbeiter in einer etwas freieren und zwangloseren Atmosphäre kennenlernen würden, um so auch Schwellenängste abzubauen.

In diesem Zusammenhang wurde von einigen der Arbeitsgruppe angeführt, daß Familienangehörige, welche das Ehrenamt der Betreuung übernommen haben, eines speziellen Erfahrungsaustausches bedürfen. So wurde aus Berlin berichtet, daß diese Familienangehörigen in stärkerem Maße den Erfahrungsaustausch in der Gruppe in Anspruch nehmen als z. B. die Einzelberatung.

Aus einem anderen Bundesland wurde berichtet, daß dieser Personenkreis häufiger nur in Kri-

sensituationen zur Beratung beim Betreuungsverein kommt. Allgemein konnte festgestellt werden, daß insbesondere Familienangehörige oft unzureichend über ihre Rechte und Pflichten informiert sind. Es wurde geäußert, daß man den Familienangehörigen erklären müsse, daß die Verwandtschaft mit den Betroffenen nicht die Zwangsläufigkeit zur Folge hat, dieses Ehrenamt zu übernehmen. Übereinstimmend wurde in der Arbeitsgruppe geäußert, daß die familienangehörigen Betreuer die „Profis“ im Rahmen der Beratung ganz anders fordern als jene, die nicht zum familialen Umfeld gehören. Ebenso bestand Übereinstimmung darin, daß man sich diesem Personenkreis verstärkt zuwenden müsse. Aus einem Bundesland wurde berichtet, daß man beobachtet habe, daß, wenn man sich diesem Personenkreis intensiver angenommen habe, ehemals familienangehörige Betreuerinnen und Betreuer nach Beendigung dieser Betreuung auch sensibilisiert dafür seien, eine Betreuung für einen Menschen, der nicht aus dem familialen Umfeld kommt, zu übernehmen.

Im weiteren wandte sich die Arbeitsgruppe der Frage zu: „Tragen Verantwortliche im Betreuungswesen zu dem Verlust der Ehrenamtlichkeit mit bei?“ Hier wurde als eine große Schwierigkeit die Tatsache beschrieben, daß „Profis“ im Gegensatz zu Ehrenamtlichen Geld für die gleiche Tätigkeit erhalten. In diesem Zusammenhang wurde auch geäußert, daß besonders ehrenamtliche Betreuerinnen und Betreuer dazu in der Lage seien, die persönliche Betreuung zu gewährleisten. So könnten sie, aufgrund ihres Zeitbudgets, welches ihnen zur Verfügung stehe, z. B. an Geburtstagen, Sommerfesten, Weihnachtsfeiern etc. der Betreuten teilnehmen. Die „Profis“ könnten dies schon aufgrund der Vielzahl der Betreuungen, die sie zu führen haben, nicht gewährleisten.

Kritisch angemerkt wurde auch, daß „Profis“ z. B. bei einer neu eingerichteten Betreuung, wenn sie alle Schwierigkeiten, die dem Anfangsstadium einer Betreuung immanent sind, geregelt haben, auch die Früchte ihrer Arbeit genießen möchten und deshalb oftmals nicht motiviert sind, diese Betreuung jetzt an ehrenamtliche Betreuerinnen oder Betreuer abzugeben. Es wurde aber auch berichtet, daß Betreute selber oft dem Wechsel von professioneller Betreuung auf eine ehrenamtliche Betreuung nicht zustimmten, da sie sich an ihre professionellen Betreuer gewöhnt hätten und sie behalten möchten.

Letztlich überlegte die Arbeitsgruppe: „Was kann getan werden, um die ehrenamtliche Betreuungsarbeit zu unterstützen?“

Hier wurde zunächst gesagt, daß die Begleitung von familienangehörigen Betreuerinnen und Betreuern intensiviert werden müsse. Diese könnten dann auch als Multiplikatoren wirken. Ein weiterer Gesichtspunkt sei die Vermeidung von Betreuungen. Als hilfreich für die ehrenamtliche Betreuungsarbeit wurde auch mehrfach erwähnt, daß von der Möglichkeit des § 1899 BGB öfter Gebrauch gemacht werden sollte, wonach mehrere Betreuer für einen Betreuten bestellt werden können. Aus Frankfurt a. M. wurde in diesem Zusammenhang berichtet, daß der § 1899 Abs. 4 dort verstärkt eingesetzt wird, wonach mehrere Betreuer in der Weise bestellt werden, daß sie die Angelegenheiten des Betreuten nur dann wahrzunehmen haben, wenn der andere Betreuer verhindert ist.

Als gemeinsames Ergebnis der Arbeitsgruppe 5: „Verlust der Ehrenamtlichkeit – oder Hat ehrenamtliche Betreuung noch eine Zukunft?“ wurde folgendes festgestellt:

1. Die ehrenamtliche Betreuung hat eine Zukunft!
2. Die ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuer stellen mit Abstand die größte Gruppe der Betreuer dar, dabei soll es auch bleiben.
3. Familienangehörige Betreuerinnen und Betreuer sind ehrenamtliche Betreuerinnen und Betreuer, unabhängig von ihren moralischen oder gesetzlichen Verpflichtungen gegenüber dem Betreuten. Sie bedürfen als ehrenamtliche Betreuerinnen und Betreuer der besonderen Unterstützung durch die Institutionen des Betreuungswesens.
4. In der interdisziplinären Vernetzung bei der Unterstützung der ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuer kommt den Betreuungsvereinen eine zentrale und koordinierende Rolle zu.

5. *Der Rechtsanspruch auf kostendeckende Förderung für diese Querschnittsarbeit der Betreuungsvereine muß zukünftig in allen Bundesländern gewährleistet sein.*
6. Um den Verlust der Ehrenamtlichkeit auch zukünftig zu vermeiden, ist die Bildung von überregionalen Interessenvertretungen zu unterstützen.
7. Die ehrenamtliche Betreuungstätigkeit ist arbeitsrechtlich, steuerrechtlich, versicherungsrechtlich und gesellschaftspolitisch analog anderen ehrenamtlichen Tätigkeiten wie z. B. im Bereich des Sports und der Feuerwehr abzusichern.
8. Auch der Vormundschaftsgerichtstag ist aufgefordert, die ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuer mehr als bisher in seinen Focus einzubeziehen.

VI. Chancen und Grenzen der organisierten Zusammenarbeit zwischen Gerichten, Behörden und Vereinen. Welche Qualifikationen sind erforderlich?

Moderation: Gisela Ehl / Georg Schulte-Kemna

1. Die Betreuungsbehörde hat eine Leitungs- und Steuerungsfunktion für die Umsetzung des Betreuungsgesetzes auf der örtlichen Ebene. Dazu benötigt sie eine angemessene personelle und sachliche Ausstattung.
2. Ein zentrales Medium für die Koordination und Steuerung des Betreuungswesens muß der örtliche Runde Tisch (Beirat, Arbeitsgemeinschaft oder ähnliches) sein. In diesem Rahmen sind insbesondere auch Fragen des Qualitätsmanagements innerhalb und zwischen den Akteuren des Betreuungswesens zu behandeln. Dazu sollen Vereinbarungen auf der örtlichen Ebene erarbeitet werden.

Die Betreuungsbehörde hat speziell auch für diese Themen eine Initiativ- und Organisationsrolle. In den einzelnen Organisationen und Diensten muß Qualitätsmanagement als Leitungsaufgabe verstanden und ernstgenommen werden.
3. Dringend notwendig ist es, Qualitätsstandards zu formulieren und ihre Verbindlichkeit beziehungsweise Umsetzung auszuhandeln für die verschiedenen Teilbereiche des Betreuungswesens. Das gilt besonders für die Übernahme und Abgabe von Betreuungen sowie für die Eignung von Betreuern.
4. Die Betreuer und die übrigen Beteiligten des Betreuungswesens haben sich gleichzeitig auch zu verstehen als Beteiligte an Qualitätsmanagementprozessen in den Einrichtungen und Diensten des Hilfesystems (z. B. Krankenhäuser, Heime).
5. Diese Prozesse des institutionsübergreifenden Qualitätsmanagements sind als Beitrag zur Gestaltung örtlicher Sozialpolitik zu verstehen.
6. Notwendig sind interdisziplinäre Pilotprojekte zur Entwicklung von Qualitätsmanagement auf der örtlichen Ebene.

VII. Unverständlicher und diskriminierender Sprachgebrauch im Betreuungsverfahren

Moderation: Michael Blum / Wolfgang Raack / Hans-Jürgen Schimke

Darstellung des Verlaufs und der wesentlichen Ergebnisse der Arbeitsgruppen

1. Befragung bezüglich schriftlicher und mündlicher Kommunikation der Teilnehmer des Vormundschaftsgerichtstag e. V.
2. Ergebnisse:
 - a) der schriftlichen Kommunikation mit den Betroffenen wird keine Bedeutung beigemessen (Problem: keine schriftliche Fixierung von Zielen der Betreuung)
 - b) Eigeneinschätzung der Teilnehmer: meine Sprache ist verständlich
 - c) Fremdeinschätzung: vor allem Gerichte, Ärzte und Sozialleistungsträger äußern sich unverständlich
 - d) es wird hoher Schulungsbedarf für Kommunikation gesehen

Frage: Wie erklärt sich der Widerspruch zwischen der Eigeneinschätzung und der Fremdeinschätzung und der Schulungsbedarf, obwohl mit den eigenen Schreiben Zufriedenheit besteht?

Vermutung: „Es gibt ein Problem, aber es liegt nicht bei mir“, also ein diffuses Unbehagen bei der Verwendung von Sprache.

Frage: Wo könnte der Grund für dieses Unbehagen liegen?

Hypothese: Die im Betreuungsverfahren involvierten Personen befinden sich in einem Spannungsfeld, aus dem widersprüchliche Kommunikation resultiert.

Ergebnis der Diskussion zu diesem Punkt:

1. Die Justiz schwankt zwischen Grundrechtswahrung und fiskalischem Interesse. (Die Handhabung der Vergütungsregelungen durch Justiz und Politik ist ein wesentlicher Störfaktor für die Kommunikation im Betreuungsrecht ⇒ Kontrolle, Abwehr, gespannte Kommunikation)
2. Das Helfersystem (Betreuer, Ärzte, Gutachter etc.) schwankt zwischen Interessenvertretung für und Abschirmung des Betroffenen (Bevormundung).
3. Das soziale Umfeld schwankt zwischen dem Wunsch nach Integration und Ausgrenzung des Betroffenen.
4. Der Betroffene schwankt zwischen dem Wunsch nach Autonomie und Hilfe.
5. *Konsequenz: Der um Orientierung und Klarheit ringende Betroffene wird durch die Vielzahl der widersprüchlichen Botschaften zusätzlich verunsichert. Dies hat bekanntlich eine destabilisierende und für den Krankheitsverlauf eher ungünstige Wirkung. Die Folge ist ein zusätzliches Anheizen des Teufelskreises zwischen vermehrtem Betreuungsbedarf und zusätzlicher Abschirmung.*

Auswege:

1. Rollenklarheit: Interdisziplinäre Reflexion; Supervision
2. Bewußte Gestaltung der schriftlichen Kommunikation (keine Formulare, die Kommunikation vortäuschen, die nicht stattfindet).

3. Mündliche Kommunikation und Beziehungsaufnahme *aller* Beteiligten mit dem Betroffenen („Händchen halten“ als eine wichtige und notwendige Kommunikationsform auch für Richter).

VIII. Pflegeversicherung Stufe II

Moderation: Dr. Andreas Jürgens / Thomas Niermann

Protokoll: Ute Thar

Die Arbeitsgruppe setzte sich zusammen aus:

- Vormundschaftsrichter(in)
- Anwalt(inn)en
- Leiter(in) von Betreuungsvereinen
- Mitarbeiter(in) von Betreuungsvereinen
- Berufsbetreuer(in)
- ärztliche(r) Gutachter(in)

1. Einstieg in die Thematik

Herr Jürgens begrüßte die Gruppe. Nach einer kurzen Vorstellungsrunde sollten die Teilnehmer durch Zuruf ihre persönlichen Fragestellungen einbringen. Es wurden genannt:

- Wie wirkt sich die Pflegeversicherung Stufe II auf die Arbeit mit Behinderten aus?
- Allgemeiner Erfahrungsaustausch der verschiedenen Professionen zu diesem Thema
- Welche Rechte haben die Heimbewohner?
- Was ändert sich für die Heime durch die Pflegeversicherung Stufe II?
- Welche Nutzen haben psychisch Kranke durch die 2. Stufe der Pflegeversicherung?
- Verändert die Pflegeversicherung Stufe II das Verhältnis zwischen Angehörigen, Heimen, Betroffenen?
- Wie sieht die Abgrenzung zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe aus?
- Welche Fürsorgeleistung müssen die Heime erbringen?
- Allgemeine Problematik der Pflegeversicherung Stufe II

Da sich aus den Fragestellungen deutlich erkennen ließ, daß die Grundzüge der 2. Stufe der Pflegeversicherung zwar bekannt sind, die genauen Auswirkungen bis jetzt jedoch nur unzureichend für den Einzelnen geklärt werden konnten, schlug Herr Jürgens vor, die 2. Stufe der Pflegeversicherung nochmals darzustellen, siehe Anlage 2.

Danach stellte Herr Niermann die Auswirkungen der 2. Stufe der Pflegeversicherung dar, siehe Anlage 1.

Mittlerweile liegt eine Auftrags- und Erledigungsstatistik der Pflegekassen vor, die alle Anträge bis zum 31. 07. 1996 berücksichtigt. Bis zu diesem Stichtag sind 616 500 Anträge zur Feststellung der Pflegestufe gestellt worden. Davon sind 91,6% durch den medizinischen Dienst begutachtet worden. In Stufe I wurden 20,1%, in Stufe II wurden 31,6%, in Stufe III wurden 23,8% und in Stufe 0 wurden 24,5% der Betroffenen eingestuft.

Weiter wurden die Einstufungen in den einzelnen Bundesländern untersucht. Dabei stellte sich heraus, daß es innerhalb eines Bundeslandes regionale Unterschiede bei der Einstufung gibt. So wurden z. B. im Gebiet Westfalen-Lippe 28,0% der Betroffenen als nicht pflegebedürftig eingestuft, in Nordrhein-Westfalen waren es nur 21,9%. Aus diesen divergierenden Zahlen kann man schließen, daß das Instrumentarium der medizinischen Begutachtung sehr unterschiedlich ist.

Folglich sollten Betreuer prophylaktisch das Gutachten anfordern und es in seiner Plausibilität überprüfen, indem sie die Situation des Betroffenen betrachten und mit der Begutachtung ver-

gleichen. Weiter sollte der Betreuer oder das Pflegepersonal, welcher bei der Begutachtung zugegen ist, den Gutachter darauf hinweisen, daß er die Tagesverfassung des Betroffenen mitberücksichtigt. Hierbei ist es wichtig, daß der Betreuer oder das Pflegepersonal sich gut auf die Begutachtung vorbereiten, indem sie den Fragebogen des medizinischen Dienstes vorher besprechen und wirklich nur die tatsächlichen Defizite darstellen, d. h., es soll nicht unter-, aber auch nicht übertrieben werden.

Sollte sich ein berechtigter Zweifel an der richtigen Einstufung ergeben, sollte auf jeden Fall ein Widerspruch eingelegt werden. Der Betreuer sollte sich auch nicht scheuen, notfalls bis zum Sozialgericht mit seinem Widerspruch zu gehen. Häufig hat das Sozialgericht zugunsten des Betroffenen entschieden.

In vielen Fällen, in denen das Heim den Betreuer nötigt, Widerspruch gegen die Einstufung einzulegen, sollte dies genau in der oberen Weise überprüft werden, denn oft steht nur der Wunsch des Heimes, mehr Geld von der Pflegekasse zu bekommen, dahinter.

Bei der Heimsuche sollte der Betreuer beachten, welche Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskostenanteile, welche durch die Pflegeversicherung nicht gedeckt werden, entstehen.

Für geistig und psychisch Behinderte wirkt sich die Pflegeversicherung noch anders aus. Früher war es nicht von Bedeutung, ob jemand Eingliederungshilfe oder Hilfe zur Pflege bekommen hat. 16% der ca. 142 000 geistig Behinderten, die in stationären Einrichtungen leben, bekommen Hilfe zur Pflege. Der Rest (84%) bekommt Eingliederungshilfe. Was passiert jetzt mit diesen 84%? Gerade diese Gruppe ist aber doch auch pflegebedürftig. Hierzu gibt es noch keine endgültige Aussage.

Einrichtungen der Eingliederungshilfe müssen jetzt auf jeden Fall Pflegepersonal nachweisen, wenn die Pflegeversicherung greifen soll, auch wenn diese Kräfte konzeptionell nicht in diese Einrichtungen passen, da die Betreuung dahin führen soll, den Menschen zu befähigen, ein Leben in größtmöglicher Selbständigkeit zu führen.

Ein weiteres Problem ergibt sich für die Heime, daß sie überlegen müssen, ob sie jemanden, den sie zu mehr Selbständigkeit geführt haben, in eine andere Wohnform (z. B. Betreutes Wohnen) entlassen und dafür jemanden bekommen, der wieder ein hohes Maß an Pflegebedarf hat.

Um die Pflegeversicherung in Anspruch nehmen zu können, steht jetzt die Pflegedokumentation anstatt der Entwicklungsdokumentation für die Heime an erster Stelle.

II. Forderungen der Arbeitsgruppe an die Pflegeversicherung:

Die AG 8 des 5. Vormundschaftsgerichtstag e. V. hat gravierende Mängel des Pflegeversicherungsrechts und große Unsicherheiten bei der Umsetzung festgestellt. Im einzelnen ergeben sich als Ergebnisse mindestens folgende Forderungen und Empfehlungen:

Die Betreuer sollten das Recht der Selbstbestimmung, das im Pflegerecht verankert ist, ernstnehmen. Bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung bedeutet dies, daß die Ausstattung einer Einrichtung, die regionalen Besonderheiten, die auf die Betroffenen zukommenden finanziellen Belastungen und auch die religiöse Ausrichtung beachtet werden müssen. Die Betreuer sind weiter gehalten, die Entscheidungen der Pflegekassen über die Einstufung in die drei vom Gesetz vorgegebenen Pflegestufen zu überprüfen und ggf. mit Widerspruch und Klage anzufechten. Bei festgestellten Mängeln in der Einrichtung sollte auch die Heimaufsicht eingeschaltet werden.

Der Vorrang ambulanter und offener Hilfen gerät durch das vom Pflegeversicherungsrecht vorgegebene Finanzierungssystem in Gefahr. Um so wichtiger ist es, daß die Betreuer den Vorrang offener Hilfen auch im Einzelfall durchsetzen, unabhängig von den hierdurch für die Sozialleistungsträger entstehenden Kosten.

Die Vormundschaftsgerichte sollten in den Beschlüssen zur Betreuerbestellung in geeigneten Fällen klarstellend aufnehmen, daß auch die Wahrnehmung der Rechte des Betroffenen gegenüber der Pflegekasse und den Pflegeeinrichtungen zum Aufgabenkreis des Betreuers gehört.

Die Sozialhilfeträger werden aufgefordert, die Eigenständigkeit von pädagogisch ausgerichteten Einrichtungen der Behindertenhilfe nicht dadurch zu gefährden, daß sie zur Einrichtung von Pflegestationen gezwungen werden. Es muß sichergestellt werden, daß die weitergehenden Leistungen der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe für Behinderte auch gewährleistet sind und nicht weiter eingeschränkt werden.

Die Pflegekassen sind nach dem SGB XI zur Beratung und Aufklärung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen verpflichtet. Diese Aufgaben sollen sie im Interesse einer angemessenen Beratung auf Beratungsstellen delegieren, die von den Pflegekassen und den Pflegeeinrichtungen unabhängig sind. Hierdurch könnten auch Folgekosten durch teure Widerspruchsverfahren und Klagen gespart werden. Zugleich müssen für die Betroffenen und zur Entlastung der Betreuer unabhängige Ombuds-/Vertrauenspersonen für die Pflegeeinrichtungen bestellt werden. Ob diese mit den zuvor genannten Beratungsstellen verbunden werden können, muß geprüft werden.

Die Pflegeeinrichtungen dürfen ihre Verpflichtung zur sozialen Betreuung der Betroffenen nicht auf die Betreuer abwälzen. Auch der fortdauernde Streit zwischen Kostenträgern und Einrichtungsträgern sollte nicht auf dem Rücken der Betroffenen ausgetragen werden.

Anlage 1

Thomas Niermann

Pflege statt Bildung

Die Auswirkungen der Pflegeversicherung für Menschen mit Behinderungen, die in Einrichtungen leben, stellen eine Herausforderung für Betreuerinnen und Betreuer nach dem BtG dar.

Mit der Einführung der Pflegeversicherung, der von Kostenträgerinteressen geleiteten Umsetzung und der Novellierung des Bundessozialhilfegesetzes haben sich die Rahmenbedingungen, unter denen pädagogische Arbeit in Einrichtungen geleistet werden soll, gravierend verändert. Die ganzheitliche, nach pädagogischen Gesichtspunkten gestaltete Eingliederungshilfe und somit die Lebensqualität behinderter Menschen stehen auf dem Spiel, wenn trotz der aktuellen Novellierung des Pflegeversicherungsgesetzes Menschen mit Behinderungen immer noch fürchten müssen, in Pflegeeinrichtungen abgeschoben zu werden.

Mit Einführung der Pflegeversicherung erlangte eine Differenzierung Bedeutung, die bislang für Menschen, die in Einrichtungen der Eingliederungshilfe lebten, ohne praktische Relevanz war: Was ist Pflege, was ist Eingliederungshilfe?

Hilfe zur Pflege nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) hatte bis zur Einführung der Pflegeversicherung den Zweck, „... die begrenzten Möglichkeiten des Pflegebedürftigen zu erhalten und seine Beschwerden erträglich zu gestalten.“¹ Demgegenüber ist Eingliederungshilfe nach dem BSHG zu gewähren, um eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine vorhandene Behinderung beziehungsweise deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern beziehungsweise so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen. Im Gegensatz zum statischen Pflegebegriff des alten BSHG folgt die Eingliederungshilfe einer dynamischen Zielsetzung.²

Pädagogische und in ihnen eingebettete pflegerische Handlungen knüpfen an die individuelle Bildsamkeit und Entwicklungsfähigkeit eines Menschen an, fordern zur Selbsttätigkeit auf und haben die soziale Integration zum Ziel. Der gravierende Unterschied von Pflege und Eingliederungshilfe hatte jedoch für die 142 000 Menschen in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe keine praktischen Auswirkungen, weil in der Vergangenheit beide Leistungen vom selben Kostenträger, dem überörtlichen Träger der Sozialhilfe (Landeswohlfahrtsverband, Landschaftsverband oder Landesamt für Soziales) gewährt wurden. So erhalten derzeit 84 % der Bewohnerinnen und Bewohner ihre Hilfen in Einrichtungen als Eingliederungshilfeleistungen und nur 16 % als Hilfe zur Pflege. Diese Zuordnung resultiert weniger aus der Art oder Schwere der Behinderung als vielmehr aus dem Umstand, daß „... ältere, behinderte Menschen, die früher als ‚Pflegefälle‘ deklariert wurden, nach wie vor eine Kostenzusage vom Sozialhilfeträger als Hilfe zur Pflege“ haben.³ Praktische Konsequenzen hinsichtlich Art und Form der Förderung und Betreuung hatten die unterschiedlichen Kostenzusagen bislang in der Regel nicht.

Dieser Umstand begünstigte die fachlich gebotene Entwicklung ganzheitlicher Förderungs- und Betreuungskonzepte, die pädagogische, soziale, pflegerische und therapeutische Elemente integrieren, um dem Recht behinderter Menschen auf gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft so gut wie möglich zu entsprechen. Die Eingliederungshilfe ist im Vergleich zur Pflege die weitergehende Hilfe. Pflegeleistungen in Einrichtungen der Behindertenhilfe sind integrale Bestandteile pädagogisch orientierter Maßnahmen der Eingliederungshilfe. Pädagogisch betrachtet muß bei der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit geistig- oder mehrfach-behinderter Menschen stets von folgender Wechselwirkung ausgegangen werden: Die Schwere

einer Behinderung macht ein bestimmtes Maß an Pflege erforderlich. Gleichzeitig beeinflusst aber auch die Art der Betreuung und Pflege das Vorhandensein von lebenspraktischen Fertigkeiten und das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit. Ohne Förderung in der Pflege – als zielgerichtete pädagogische Handlung – kann bei geistig- und mehrfachbehinderten Menschen keine Selbstpflege ermöglicht werden. Die Motivierung zur Selbstpflege erfordert pädagogische Kompetenzen und Erfahrungen in der Pflege behinderter Menschen. Im Rahmen der Anleitung zur Selbstpflege ist der Pflegeprozess so zu gestalten, daß der behinderte, pflegebedürftige Mensch zum Erlernen von pflegerischen Fertigkeiten motiviert und befähigt wird. In diesen Kontext gehört auch die Ermöglichung zeitaufwendiger, ggf. auch spielerischer Selbstpflegeversuche. Durch weitere Förderung können – abhängig von der Schwere der Behinderung – sukzessive zielgerichtete und in den Tagesablauf sinnvoll integrierte Handlungen erreicht werden, so daß sich die Unterstützung der Betreuer auf die ständige Begleitung des Pflegevorgangs und eventuelle Korrekturen beschränken kann. Daß sich solche „Pflegehandlungen“ nicht in pflegerische und pädagogische Teilhandlungen differenzieren lassen und nicht im Rahmen von fixierten Zeitvorgaben für einzelne Pflegeleistungen geleistet, dokumentiert und womöglich abgerechnet werden können, dürfte offenkundig sein.

Kostengerangel zu Lasten behinderter Menschen?

Von der Einführung der Pflegeversicherung versprochen sich die überörtlichen Träger der Sozialhilfe nicht nur eine finanzielle Entlastung im Bereich der Hilfe zur Pflege nach dem BSHG, sondern auch in der Eingliederungshilfe. Obwohl das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung das Anliegen der Sozialhilfeträger mit der Begründung zurückwies, daß im Gesetzgebungsverfahren nicht davon ausgegangen worden sei, in Einrichtungen der Behindertenhilfe Einsparungen zu ermöglichen, verlangten die meisten überörtlichen Träger der Sozialhilfe von den Trägern der Behindertenhilfeeinrichtungen, die Beantragung der Anerkennung als Pflegeeinrichtung beziehungsweise den Bestandschutz als Pflegeeinrichtung geltend zu machen.⁴ Die Sozialhilfeträger beriefen sich auf die Etablierung eines neuen Pflegebegriffes in der Pflegeversicherung und im BSHG. Demnach sollen Pflegeleistungen Kommunikation berücksichtigen, der Aktivierung dienen und letztlich ein selbstbestimmtes Leben ermöglichen. Die lyrischen Formulierungen können allerdings bereits in der Altenpflege auf Grund der zur Verfügung stehenden Finanzmittel nur als Zynismus empfunden werden. Zahlreiche Sozialhilfeträger meinen jedoch auch heute noch, Menschen mit schwersten Behinderungen könnten, „aktivierend gepflegt“, auch ohne pädagogische Förderung in Pflegeeinrichtungen leben. Dem ist zu widersprechen.

Bei schwerstbehinderten Menschen ist häufig der Körperpflegebedarf sehr groß, und die verbale Kommunikationsmöglichkeit ist eingeschränkt. Die notwendigen Pflegeleistungen müssen gerade bei dieser Personengruppe ganzheitlich im Rahmen von Eingliederungshilfeleistungen begriffen und erbracht werden, weil pädagogische Beziehungen häufig nur über pflegerische Verrichtungen angebahnt und entfaltet werden können⁵ und Kompetenzerweiterungen und Kommunikation vor allem in der Pflege des Körpers erlebt werden können. Vermutlich „reine“ Pflegesituationen ermöglichen einem schwerstbehinderten Menschen, seine eigene, unmittelbare Lebenswelt, d. h., seinen eigenen Körper und die lebensnotwendigen Maßnahmen zu erschließen. Kompetenzerweiterungen, „... auch wenn die einzelnen ... selbst ausgeführten Tätigkeiten noch so gering sind, z. B. ‚nur‘ sich allein die Arme mit dem vorbereiteten Waschlappen abzuseifen“, unterstützen die Entwicklung des Selbstwertgefühls. Das Selbstwertgefühl, die Entscheidungsfähigkeit und Selbsttätigkeit sind Voraussetzung für die Entwicklung der eigenen Identität und sind damit notwendige Voraussetzung zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft. Die Entwicklung des Selbstwertgefühls und die Motivation zur Selbsttätigkeit sowie ihr Fortbestehen gründen auf ganzheitliche Lern- und Erfahrungsprozesse, die sich einer Aufspaltung in einzelne Lebensbereiche und -situationen entziehen und in keinem auch noch so modernen Pflegebegriff aufgehen.

Hätten sich die Sozialhilfeträger durchgesetzt, müßten in Eingliederungshilfeeinrichtungen Altenpflegerinnen und Krankenpfleger eingestellt und Pflegeabteilungen ausgegründet werden. Pflegebedürftige, behinderte Menschen hätten aus den bisherigen Wohngruppen ausziehen müssen und wären in Abteilungen abgeschoben worden, die den der Altenpflege angepaßten Anforderungen als Pflegeeinrichtung entsprächen: Krankenschwestern statt Sozialpädagoginnen und Heilerzieher, Pflegeplanung statt ganzheitlicher Förderplanung, soziale Betreuung im Rahmen der Pflege statt pädagogischer Förderung und Bildung, Pflegedokumentation statt Entwicklungsberichte...

Ganzheitlichkeit der Hilfe sichern

Gegen diese Entwicklung haben die Behindertenverbände und die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege engagiert protestiert und in der Jahreswende 1995/96 zur ersten Novellierung des Pflegeversicherungsgesetzes ihre Vorstellungen mit einem gemeinsamen Alternativ-Gesetzentwurf in die sozialpolitische Diskussion eingebracht. Unter Bezugnahme auf den gemeinsamen Alternativ-Gesetzentwurf hat der Gesetzgeber die Ganzheitlichkeit der Eingliederungshilfe anerkannt und im Mai dieses Jahres folgende Regelung beschlossen: Die Pflegekasse übernimmt für pflegebedürftige, behinderte Menschen in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe 10 v. H. der Heimentgelte – höchstens jedoch DM 500 im Monat –, die nach § 93 Abs. 2 BSHG vereinbart wurden. Dies gilt, obwohl klargestellt wird, daß es sich bei Einrichtungen der Behindertenhilfe nicht um Pflegeeinrichtungen handelt, diese also auch keinen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen abschließen und keine Pflegefachkräfte beschäftigen müssen. Ausdrücklich wird daher im § 71 Abs. 4 SGB XI auf die Konzeptionen der Einrichtungen beziehungsweise den Einrichtungszweck abgestellt: „Stationäre Einrichtungen, in denen die ... Rehabilitation, die berufliche oder soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung Kranker oder Behinderter im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen, sowie Krankenhäuser sind keine Pflegeeinrichtungen...“

Im Vordergrund des Zwecks der Wohnrichtungen für Menschen mit Behinderungen steht die Eingliederungshilfe. Hieran ändert der Umstand nichts, daß 55 % der Bewohnerinnen und Bewohner auch pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung sind und einzelne schwerstbehinderte Menschen neben den täglichen Förder- und Anregungsangeboten auch eine qualifizierte Pflege benötigen.⁷ Der Gesetzgeber wollte verhindern, daß behinderte Menschen wegen ihres auch vorhandenen Pflegebedarfs „ausortiert“ und in Pflegeeinrichtungen oder Pflegeabteilungen abgeschoben werden.

Trotzdem beabsichtigen einige Sozialhilfeträger aus finanziellen Gründen, behinderte Menschen nach ihrem Hilfebedarf zu unterscheiden und jene Menschen, bei denen die „Pflege im Vordergrund“ stehen soll, in Pflegeeinrichtungen abzuschieben; die Pflegekassen wären für die Finanzierung der Pflegeleistungen verantwortlich. Zu diesem Zweck sollen die Einrichtungen der Behindertenhilfe nun erneut gezwungen werden, Pflegeabteilungen als selbstständig wirtschaftende Pflegeeinrichtungen auszugründen und Alten- und Krankenpfleger einzustellen. Diese Pflegeabteilungen müßten strikt nach den Vorgaben der Pflegeversicherung organisiert werden. Die pädagogische Förderung würde aufgegeben. Bildungsangebote und Möglichkeiten der Freizeitgestaltung würden sich auf das Maß der sozialen Betreuung in Altenpflegeheimen beschränken.

Wachsamkeit der Betreuerinnen und Betreuer wie der Einrichtungen ist geboten

Der Lobbyarbeit der Behindertenverbände und der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege ist es zu verdanken, daß sich die Pflegekassen künftig mit einer Pauschale von 10 v. H. an den Heimentgelten der behinderten Menschen, die pflegebedürftig sind, beteiligen müssen. Hiervon profitieren vor allem die Sozialhilfeträger. Daher sollten die Sozialhilfeträger die Versuche beenden, weitere Einsparungen auf Kosten der Lebensqualität behinderter, pflegebedürftiger Menschen durchzusetzen.⁸ Gegebenenfalls müßten sich die Einrichtungsträger und die

Elternselbsthilfe, wie z. B. die Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte, die Bundeselternvereinigung für Anthroposophische Heilpädagogik und Sozialtherapie und der Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte gemeinsam gegen das Ansinnen der Sozialhilfeträger wehren. Einzelne Eltern bzw. BetreuerInnen können – unterstützt durch die Elternverbände – gegen die Umstellung der Hilfebescheide der schwerstbehinderten Menschen und älteren geistigbehinderten Menschen von Eingliederungshilfe auf Hilfe zur Pflege protestieren, Widerspruch einlegen und – falls erforderlich – den Rechtsweg beschreiten. Die Einrichtungsträger müssen sich der Ausgründung von Pflegeabteilungen widersetzen. Leichter gesagt als getan, denn sollten einige Sozialhilfeträger, wie in der Vergangenheit bereits einmal praktiziert, mit der Kündigung der Leistungs- und Entgeltvereinbarungen nach BSHG drohen, werden Einrichtungen um ihren Bestand fürchten müssen. Aus diesem Grunde ist an die Solidarität zwischen den Betreuerinnen und Betreuern, der Elternselbsthilfe und den Trägern der Einrichtungen ebenso zu appellieren wie an die Verantwortung der Sozialhilfeträger, für die Lebensqualität von Menschen mit Behinderungen einzustehen.

Literaturverzeichnis:

1. Dahlinger, E.: Die Eingliederung Behinderter, Eigenverlag des deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Frankfurt am Main 1991, S. 50.
2. Vgl. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.): Empfehlungen zur Abgrenzung von Arten der Sozialhilfe untereinander, 2. neubearb. Aufl., Frankfurt 1978.
3. Rademacker, O.: Auswirkungen der Pflegeversicherung auf Förderung, Assistenz und Pflege behinderter Menschen, in: Recht der Jugend und des Bildungswesens Heft 2, 1996, S. 228.
4. Vgl. Lachwitz; Niermann: Mißglückte Verknüpfung von Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe nach dem BSHG, in: NDV Heft 8, 1995.
5. Vgl. Frühauf, Th.: Thesen zur Qualifikation pädagogischer Fachkräfte für Pädagogik und Pflege geistig behinderter Menschen, in: Fachdienst der Lebenshilfe Heft 2, 1995.
6. Bichler; Fink; Pohl: Leistungsgerechtes Entgelt für ein Leben mit Behinderung, Freiburg 1995, S. 66.
7. Vgl. Fröhlich, A.: Überlegungen zum Förder- und Pflegebedarf schwerst mehrfachbehinderter Menschen. Fachdienst der Lebenshilfe Heft 2, 1995.
8. Vgl. Lachwitz, K.: Pflegeversicherung – Vermittlungsausschuß setzt positive Signale für behinderte Menschen, Rechtsdienst der Lebenshilfe Heft 2, 1996.

Anlage 2

Dr. Andreas Jürgens

Die zweite Stufe der Pflegeversicherung

Zum 1. 7. 1996 ist die zweite Stufe der Pflegeversicherung in Kraft getreten. Seitdem werden von den Pflegekassen auch Leistungen bei vollstationärer Pflege im Pflegeheim übernommen. Noch kurz vor Beginn der zweiten Stufe hat der Gesetzgeber durch das 1. SGB XI-ÄndG umfangreiche Änderungen im SGB XI vorgenommen, unter anderem wurde eine umfangreiche Übergangsregelung für die Leistungen bei stationärer Pflege eingeführt. Wie auch bereits bei Inkrafttreten der ersten Stufe der Pflegeversicherung ist die Unsicherheit in der Anwendung des neuen Rechts groß. Im folgenden sollen die Regelungen im einzelnen dargestellt werden.

1. Vollstationäre Pflege im Pflegeheim

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche Pflege oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheiten des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt (§ 43 Abs. 1 SGB XI). Dies entspricht dem Grundsatz des § 3 Abs. 1 SGB XI, wonach die Pflegeversicherung vorrangig die häusliche Pflege unterstützen soll, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Vollstationäre Pflege wird daher nur nachrangig gewährt, wenn andere Formen der Hilfe nicht in Betracht kommen. Vor allem, wenn Angehörige, Nachbarn, Freunde oder sonstige nahestehende Personen nicht zur Verfügung stehen oder die Hilfe nicht übernehmen können und auch durch ambulante Pflegedienste nicht ausreichend geholfen werden kann, kommt vollstationäre Pflege in Betracht.

Die Leistungen der Pflegeversicherung sind von vornherein nicht dazu gedacht, die vollständigen Kosten des Aufenthalts in einem vollstationären Pflegeheim zu übernehmen. Dies ergibt sich bereits aus dem Grundsatz des § 4 Abs. 2 Satz 2 SGB XI. Danach werden die Pflegebedürftigen von Aufwendungen entlastet, die für ihre Versorgung nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind, die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung tragen die Pflegebedürftigen selbst. Bei der vollstationären Pflege ist daher sogar in doppeltem Sinne nur eine Teilabsicherung vorgesehen: Kosten der Unterkunft und Verpflegung, die im Pflegeheim entstehen, werden überhaupt nicht übernommen und von den verbleibenden pflegerischen Leistungen auch wiederum – wie noch zu zeigen sein wird – nur ein Teil. Zudem können Investitionskosten, die nicht vollständig durch öffentliche Förderung gedeckt sind, den Pflegeheimbewohnern gesondert in Rechnung gestellt werden. Eine volle Absicherung für die Kosten einer vollstationären Pflege ist durch die Pflegeversicherung nicht vorgesehen. In vielen Fällen wird bereits für die bei den Pflegebedürftigen verbleibenden Kosten das eigene Einkommen in Form von Renten o. ä. nicht ausreichen. In diesen Fällen, ebenso wie für den nicht gedeckten Teil der pflegerischen Aufwendungen, können aber bei Bedürftigkeit weiterhin Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch genommen werden.

Kurz nach Verabschiedung des Pflegeversicherungsgesetzes und noch vor Inkrafttreten der zweiten Stufe wurde deutlich, daß eine klare Regelung darüber fehlte, wer für die in den Pflegeheimen ebenfalls bisher erbrachte Behandlungspflege und soziale Betreuung aufkommen sollte. Nach der Systematik des SGB XI konnten von den Pflegekassen nur Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung erbracht werden. Nur ein Bedarf an Hilfe bei den hiervon umfaßten Verrichtungen wird schließlich auch zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI herangezogen. Andererseits kann die Behandlungspflege und soziale Betreuung jedoch auch nicht zu den Kosten der Unterkunft und Verpflegung zählen. Diese sogenannten Hotelkosten beinhalten nur die Kosten des Wohnens sowie des Essens und Trinken, das in der Einrichtung erbracht wird. Die gesetzliche Krankenversicherung, die

bei der häuslichen Pflege ergänzend mit der häuslichen Krankenhilfe tätig werden kann, beteiligte sich bisher nicht an den Kosten der Pflegeheime und das SGB V, in dem die Leistungen der Krankenkassen geregelt sind, kennt auch keine ergänzende stationäre Behandlungspflege.

Es war daher notwendig, eine entsprechende Klarstellung zu treffen. Gerade bei der stationären Pflege hat die Behandlungspflege oft einen hohen Stellenwert. Viele Pflegebedürftige kamen in der Vergangenheit vor allem deshalb in ein Heim, weil eine notwendige Behandlungspflege von Angehörigen und/oder ambulanten Diensten zu Hause nicht geleistet werden konnte und ein weiterer Aufenthalt im Krankenhaus von den Krankenkassen deshalb nicht mehr finanziert wurde, weil kein akuter ärztlicher Behandlungsbedarf mehr vorlag.

Vielfach wurde gefordert, daß die Behandlungspflege in den Pflegeheimen auch von den Krankenkassen übernommen werden sollte, weil diese generell für die Krankenbehandlung und damit auch für die Behandlungspflege zuständig sein sollten. Dies hätte für die Krankenkassen eine erhebliche zusätzliche finanzielle Belastung und damit vermutlich einen weiteren Anstieg der Beiträge bedeutet. Das für die Krankenversicherung zuständige Bundesgesundheitsministerium wehrte sich daher gegen diese Lösung, die andererseits von den Sozialhilfeträgern stark befürwortet wurde. Diese versprachen sich nämlich ihrerseits eine weitere Kostenentlastung bei den bisher von ihnen allein getragenen Kosten der Pflegeheime, wenn sie nicht nur durch die Pflegekassen von den pflegerischen Kosten, sondern zusätzlich von den Krankenkassen von den Kosten der Behandlungspflege entlastet würden. Die Pflegeheime ihrerseits wollten vor allem eine Klarstellung, ob und von wem die Kosten dieser notwendigen Hilfen künftig übernommen werden sollten.

Die Bundesregierung und die sie tragenden Fraktionen sahen daher in ihrem Entwurf für das 1. SGB XI-ÄndG vor, daß die Pflegekassen auch die Kosten für die medizinische Behandlungspflege und die soziale Betreuung übernehmen sollten, ohne allerdings den vorgesehenen Höchstbetrag für die vollstationäre Pflege zu erhöhen. Vielmehr sollte nunmehr mit den gleichen Beträgen neben der Grundpflege auch noch die Behandlungspflege und die soziale Betreuung finanziert werden. Zwar wurde das 1. SGB XI-ÄndG zunächst vom Bundesrat abgelehnt, und die Mehrheit der Länder versuchte noch im Verfahren vor dem Vermittlungsausschuß eine Kostenbeteiligung der Krankenkassen zu erreichen. Diese Position konnte sich jedoch nicht durchsetzen. Vereinbart wurde vielmehr, daß zunächst bis zum 31. 12. 1999 die Behandlungspflege und die soziale Betreuung bei der teilstationären Pflege, der Kurzzeitpflege und der vollstationären Pflege Bestandteil der Leistungen der Pflegekassen ist. Im Laufe des Jahres 1999 müssen Bundestag und Bundesrat eine Neubewertung vornehmen und erneut darüber befinden, ob diese Regelung endgültig festgeschrieben oder eine Alternative verabschiedet werden soll.

Diese Neuregelung birgt allerdings erhebliche Probleme. Zum einen ist es natürlich eine faktische Leistungseinschränkung, wenn der monatlich zur Verfügung gestellte Betrag nunmehr für weit umfangreichere Leistungen eingesetzt werden muß. Dies wird zur Folge haben, daß noch mehr als bisher erwartet Pflegeheimbewohner weiterhin auf ergänzende Leistungen der Sozialhilfe angewiesen sind und die Pflegeversicherung sich insoweit lediglich als Verschiebebahnhof zwischen unterschiedlichen Kostenträgern ohne wirkliche Verbesserung für die Betroffenen darstellt. Vor allem aber wird ein Bedarf an Behandlungspflege und sozialer Betreuung nach wie vor bei der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit nicht berücksichtigt. Weiterhin wird bei der Untersuchung durch den Medizinischen Dienst und der Einstufung der Pflegekasse nur auf die Einrichtungen abgestellt, die in § 14 Abs. 4 SGB XI genannt sind, nämlich der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung. Ein Hilfebedarf bei Einrichtungen der Behandlungspflege (Einreibungen, Verbände, Blutdruckkontrolle, Medikamentenversorgung etc.) bleibt weiterhin unberücksichtigt.

Dies bedeutet, daß Betroffene mit einem relativ hohen Bedarf an Behandlungspflege gleichwohl die Pflegestufe I der Pflegeversicherung nicht erreichen, wenn sie nur geringe Hilfe bei der Grundpflege brauchen; andererseits erhalten diejenigen mit einem hohen Bedarf an Grundpflege bei der vollstationären Pflege auch noch die medizinische Behandlungspflege, die sie bei

der häuslichen Pflege wiederum nicht erhalten könnten. Dies wird zu weiteren Ungerechtigkeiten führen, die mit einer vernünftigen Logik nicht mehr erklärt werden können.

Beispiel:

Der 83jährige Herr W. ist seit dem 15. 5. 1994 nach einem Schlaganfall mit Halbseitenlähmung im Pflegeheim St. Marien. Er kann selbständig aufstehen und zu Bett gehen, kann noch selbst essen, zur Toilette gehen und die „kleine“ Körperwäsche erledigen. Täglich bekommt er vom Pflegepersonal einfache Hilfen beim Anziehen (Schuhe zubinden etc.) und zweimal in der Woche Hilfe beim Baden. Die gesamte hauswirtschaftliche Versorgung wird vom Pflegeheim übernommen. Darüber hinaus wird wegen seines Bluthochdrucks zweimal täglich der Blutdruck kontrolliert, und wegen seiner Alters-Diabetes bekommt er einmal täglich eine Insulinspritze. Sein teilweise gelähmtes linkes Bein muß täglich passiv bewegt, mit Salbe eingerieben und teilweise verbunden werden. Die Pflegekasse stuft Herrn W. in die „Pflegestufe 0“ ein, weil die gesamte Behandlungspflege bei der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit unberücksichtigt bleibt, die restlichen Hilfen aber keinen täglichen Aufwand von mindestens 90 Minuten erfordern.

Die Pflegekassen übernehmen ab dem 1. 7. 1996 die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie in der Zeit vom 1. 7. 1996 bis zum 31. 12. 1999 die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Gesamtbetrag von 2800,- DM monatlich (§ 43 Abs. 2 SGB XI). Dabei dürfen aber die jährlichen Ausgaben der einzelnen Pflegekasse für die bei ihr versicherten stationär Pflegebedürftigen im Durchschnitt 30 000,- DM je Pflegebedürftigen nicht übersteigen. Die Pflegekasse hat jeweils zum 1. 1. und zum 1. 7. eines jeden Jahres zu überprüfen, ob dieser Durchschnittsbetrag eingehalten ist. Sollte dies nicht der Fall sein, müssen die monatlichen Leistungen der Pflegekasse jeweils herabgesetzt werden.

Bei dem Betrag von bis zu 2800,- DM wird nicht nach Pflegestufen unterschieden, er gilt vielmehr für Pflegebedürftige der Pflegestufe I ebenso wie für solche der Pflegestufe III. Allerdings gilt auch hier: erst aus der Pflegesatzvereinbarung, die das jeweilige Pflegeheim mit den Pflegekassen und dem zuständigen Träger der Sozialhilfe abschließen muß, ergibt sich im einzelnen, in welchem Umfang mit den Leistungen der Pflegekasse tatsächlich der Hilfebedarf sichergestellt werden kann. Der Pflegesatz ist das Entgelt der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger für die voll- oder teilstationären Pflegeleistungen, einschließlich medizinischer Behandlungspflege und soziale Betreuung. Diese Pflegesätze müssen wiederum in drei Pflegeklassen aufgeteilt werden, die sich nach dem jeweiligen Versorgungsaufwand richten, den die Pflegebedürftigen nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit benötigen (§ 84 Abs. 2 SGB XI). Bei der Zuordnung der einzelnen Pflegebedürftigen zu den Pflegeklassen sind die Pflegestufen zugrunde zu legen, in die sie von ihrer Pflegekasse eingestuft wurden, wenn nicht nach der gemeinsamen Beurteilung des Medizinischen Dienstes und der Pflegeleitung des Pflegeheimes die Zuordnung zu einer anderen Pflegeklasse notwendig oder ausreichend ist.

Mit diesen vereinbarten Pflegesätzen sind nach der ausdrücklichen Regelung in § 84 Abs. 4 SGB XI alle allgemeinen Pflegeleistungen abgegolten. Nur diese Pflegesätze dürfen auch berechnet werden, ohne Rücksicht darauf, wer zu ihrer Zahlung verpflichtet ist. Die Pflegesätze sind daher für Pflegebedürftige in einer bestimmten Pflegeklasse in gleicher Höhe festzusetzen, unabhängig davon, ob die Pflegekassen, ein Sozialhilfeträger, der/die Pflegebedürftige selbst, ein Angehöriger oder ein anderweitiger Sozialleistungsträger die Kosten zu tragen hat. Da aber die Höchstleistungen der Pflegekasse in jedem Falle gleich sind, führt auch dies im Ergebnis zu weiteren Ungerechtigkeiten und vor allem einer Bevorzugung der weniger pflegebedürftigen Betroffenen gegenüber denjenigen mit höherem Hilfebedarf.

Allerdings können die Pflegekassen bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III über den Betrag von 2800,- DM im Monat und 30 000,- DM im Jahr hinaus Leistungen bis zu einem Gesamtbetrag von monatlich 3300,- DM übernehmen in sogenannten Härtefällen. Ein Härtefall liegt vor, wenn ein außergewöhnlich hoher und intensiver Pflegeaufwand erforderlich ist, der das Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, beispielsweise bei Apallikern, schwerer Demenz oder

im Endstadium von Krebserkrankungen. Diese Ausnahmeregelung darf bei der einzelnen Pflegekasse für nicht mehr als 5 % der bei ihr versicherten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, die stationäre Pflegeleistungen erhalten, Anwendung finden. In diesem Falle gilt auch der jährliche Betrag von höchstens 30 000,- DM nicht.

Im Gegensatz zur ambulanten Hilfe bedeuten die höheren Leistungen der Pflegekassen im Härtefall aber nicht etwa, daß hiermit bessere, weil zeitintensivere oder aufwendigere Hilfe erbracht werden kann. Die Pflegeheime, die diese Hilfe erbringen müßten, haben nämlich von der erhöhten Leistung der Pflegekassen nichts. Nach § 84 Abs. 2 SGB XI ist eine Einteilung der Pflegesätze nur in drei Pflegeklassen vorgesehen. Es gibt keine eigene Pflegeklasse für Härtefälle, nicht einmal einen Zuschlag in der Pflegeklasse III. Dies würde bedeuten, daß das Pflegeheim auch für „Härtefälle“ nur den Satz der Pflegeklasse III verlangen kann, den es auch für andere Pflegebedürftige in der Pflegestufe III, die nicht als Härtefälle eingestuft sind, erhalten würde. Der Unterschied kommt vielmehr den betroffenen Pflegebedürftigen zugute, die einen geringeren Anteil ihres Einkommens oder Vermögens einsetzen müssen, oder der Sozialhilfe, die ihrerseits von Leistungen entlastet wird.

Diese Entlastung eines kleinen Teils der Heimbewohner/innen wird zudem nach der Gesetzeslogik von allen anderen Pflegebedürftigen in der vollstationären Pflege mitgetragen. Denn die Pflegeheime müssen ihre Pflegesätze kalkulieren und dabei entsprechend in Rechnung stellen, daß ein bestimmter Prozentsatz von Pflegebedürftigen einen außergewöhnlich hohen Pflegebedarf hat, der auch entsprechenden Personaleinsatz erfordert. Wird dieser nicht durch eine entsprechend höhere Vergütung abgegolten, muß der allgemeine Pflegesatz entsprechend hoch sein, der von allen betroffenen Pflegebedürftigen bzw. ihren Kostenträgern gezahlt werden muß. Alle anderen Betroffenen müßten daher mit einem entsprechend kalkulierten Pflegesatz im Ergebnis die Entlastung der wenigen „Härtefälle“ bzw. ihrer Erben oder des Sozialhilfeträgers finanzieren. Es bleibt abzuwarten, ob in den Pflegesatzvereinbarungen Regelungen getroffen werden können, wonach in Härtefällen die erhöhten Aufwendungen des Pflegeheims auch tatsächlich durch höhere Leistungen der Pflegekassen abgegolten werden können.

2. Verbleibende Eigenkosten der Pflegebedürftigen

Wie bereits erwähnt, haben die Pflegebedürftigen bei der vollstationären Pflege die Kosten für Unterkunft und Verpflegung selbst zu tragen. Naturgemäß wird im Pflegeheim auch ein Zimmer bzw. ein Bett in einem Mehrbettzimmer zur Verfügung gestellt, in Einzelfällen auch ein kleines Appartement. Die Verpflegung mit Essen und Trinken wird ebenfalls vom Heim gestellt. Die hierfür entstehenden Kosten werden von der Pflegeversicherung nicht übernommen. Vielmehr müssen hierfür die Heimbewohner selbst aufkommen bzw. für diejenigen, die diese Kosten aus ihrem Einkommen oder Vermögen nicht selbst bestreiten können, die zuständigen Träger der Sozialhilfe.

Für die im Heim gewährte Unterkunft und Verpflegung wird ein eigenes Entgelt vereinbart neben dem Pflegesatz, der die pflegebedingten Aufwendungen und die Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung abgibt. Obwohl dieses Entgelt von den Heimbewohnern selbst getragen wird, vereinbaren die Parteien der Pflegesatzvereinbarung neben dem in drei Pflegeklassen aufgeteilten Pflegesatz auch das Entgelt für die Unterkunft und Verpflegung. Dies sind die Pflegekassen und der zuständige Sozialhilfeträger mit dem jeweiligen Träger des Pflegeheims. Im Gesetz festgelegt ist hierfür nur, daß das Entgelt in einem angemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen müsse. Das Entgelt ist wie der Pflegesatz auch für alle Heimbewohner nach einheitlichen Grundsätzen zu bemessen, eine Differenzierung nach Kostenträgern ist ausgeschlossen – wobei für das Entgelt für Unterkunft und Verpflegung ohnehin nur der Sozialhilfeträger in Betracht kommt.

Diejenigen, die das Entgelt schließlich bezahlen müssen, sind an der vertraglichen Vereinbarung nicht beteiligt. Die Pflegeheimträger und die Pflegekassen schließen vielmehr einen Vertrag zu Lasten Dritter, nämlich der Betroffenen. Lediglich der am Vertragsschluß ebenfalls

beteiligte Sozialhilfeträger hat ein eigenes wirtschaftliches Interesse an einem möglichst „preiswerten“ Abschluß, da er die Kosten für bedürftige Heimbewohner zu übernehmen hat. Dies kann in der Praxis wenigstens einen gewissen Ausgleich schaffen. Jedenfalls haben aber die Betroffenen keinerlei Möglichkeit, z. B. über den Abschluß besserer Vereinbarungen über das Entgelt auch eine Verbesserung von Unterkunft und/oder Verpflegung zu erreichen. Ihnen bleibt im Ergebnis nur übrig, die zwischen anderen getroffenen Vereinbarungen zu akzeptieren und das festgelegte Entgelt zu entrichten.

Der Pflegesatz und das Entgelt für Unterkunft und Verpflegung sind aber nicht alle Kostenbestandteile, die möglicherweise auf eine/n Heimbewohner/in zukommen. Vielmehr können die Pflegeeinrichtungen, wenn betriebsnotwendige Investitionskosten durch öffentliche Förderung der Bundesländer nicht vollständig gedeckt sind, diesen Teil der Aufwendungen den Pflegebedürftigen gesondert berechnen (§ 82 Abs. 3 SGB XI). Investitionskosten sind vor allem Aufwendungen für die Herstellung, Anschaffung, Wiederbeschaffung, Instandhaltung und Instandsetzung der notwendigen Gebäude, Einrichtungsgegenstände und sonstigen Anlagegüter. Auch Aufwendungen für Miete, Pacht, Nutzung (z. B. Leasingraten) von Grundstücken oder Gebäuden gehören hierzu. Die Länder sollten nach § 9 SGB XI zur finanziellen Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen Einsparungen einsetzen, die den Trägern der Sozialhilfe durch die Einführung der Pflegeversicherung entstanden. In den Landespflegegesetzen bzw. Ausführungsgesetzen zur Pflegeversicherung haben die Länder – soweit diese Gesetze bereits erlassen wurden – in unterschiedlichem Umfang eine Förderung der Investitionskosten von Pflegeeinrichtungen vorgesehen.

In den seltensten Fällen werden die Kosten durch diese Landesförderung jedoch vollständig gedeckt, so daß der verbleibende Teil auf die pflegebedürftigen Heimbewohner/innen umgelegt werden kann. Diese Umlage muß allerdings im einzelnen von den zuständigen Landesbehörden genehmigt werden. Diese prüfen Art und Höhe der entstandenen Kosten und des umlagefähigen durch öffentliche Förderung des Landes oder der Kommunen nicht gedeckten Teils. Im Gegensatz zum Pflegesatz und zum Entgelt für Unterkunft und Verpflegung wird dieser Teil des Heimentgelts nicht durch Vereinbarung der Pflegesatzparteien festgelegt. Das Erfordernis der behördlichen Genehmigung stellt daher ein gewisses Korrektiv für die ansonsten völlig einseitig von den Pflegeeinrichtungen vorzunehmende Umlage der nicht gedeckten Investitionskosten.

Das insgesamt für den Aufenthalt im Pflegeheim zu zahlende Entgelt setzt sich daher aus mindestens drei Bestandteilen zusammen: dem Pflegesatz, der nach drei Pflegeklassen gegliedert ist und bis zum vorgesehenen Höchstbetrag von den Pflegekassen übernommen wird, dem Entgelt für Unterkunft und Verpflegung, das von den Pflegebedürftigen selbst zu tragen ist, sowie der Umlage nicht gedeckter Investitionskosten, die ebenfalls von den Pflegebedürftigen übernommen werden müssen. Soweit ein/e Betroffene/r die auf ihn/sie entfallenden Kostenbestandteile aus dem eigenen Einkommen oder Vermögen nicht selbst aufbringen kann, tritt hierfür ergänzend der Sozialhilfeträger ein.

Es kann aber auch noch ein vierter Teil hinzukommen, nämlich die sogenannten Zusatzleistungen. Die Pflegeheime können nämlich mit den Pflegebedürftigen gesonderte Zuschläge vereinbaren für Leistungen, die über die im Versorgungsvertrag zwischen den Pflegekassen und den Heimträgern vereinbarten notwendigen Leistungen hinausgehen (§ 88 SGB XI). Dies können besondere Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung sein, wie z. B. ein Einzelzimmer gegen Aufpreis, eine besondere Zimmerausstattung (etwa ein eigenes Bad oder Toilette), ein größeres Zimmer oder ein Appartement, zusätzliche, reichhaltigere oder bessere Kost, eine zusätzliche Mahlzeit (zweites Frühstück, Nachmittagskaffee). Das Heim kann auch zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen anbieten, wie z. B. Begleitung beim Spaziergang, tägliche Duschhilfen, häufigere Fuß- und Nagelpflege etc.

Die Gewährung von solchen Zusatzleistungen ist nur zulässig, wenn dadurch die notwendigen Leistungen des Pflegeheims nicht beeinträchtigt werden. Sie müssen weiterhin nach Art, Um-

fang, Dauer und Zeitabfolge vorher schriftlich zwischen dem Pflegeheim und dem/der Pflegebedürftigen vereinbart worden sein. Die Vereinbarung muß auch die Höhe der von den Pflegebedürftigen zu zahlenden Zuschläge und die Zahlungsbedingungen regeln. Schließlich müssen das Leistungsangebot und die Leistungsbedingungen den Landesverbänden der Pflegekassen und den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe im Land vor Leistungsbeginn vom Pflegeheim schriftlich mitgeteilt werden.

Die Zusatzleistungen stehen nur denjenigen Pflegebedürftigen zur Verfügung, die die hierfür vorgesehenen Zuschläge entweder aus dem eigenen Einkommen oder Vermögen finanzieren können oder für die Angehörige die entsprechenden Kosten übernehmen. Da es sich jedenfalls um Leistungen des Pflegeheims handelt, die das Maß des Notwendigen übersteigen, besteht grundsätzlich kein Anspruch der Pflegebedürftigen gegen die Sozialhilfeträger auf Übernahme auch solcher Kosten. Es handelt sich hierbei also um eine echte Besserstellung für vermögende Pflegebedürftige, die neben dem Entgelt für Unterkunft und Verpflegung sowie der Umlage für die nicht gedeckten Investitionskosten auch noch den Zuschuß für Zusatzleistungen aus eigener Tasche bezahlen können.

3. Übergangsregelung bis zum 31.12.1997

Bis zur Einführung der Pflegeversicherung hatten die meisten Pflegeheime Entgeltvereinbarungen mit den zuständigen Trägern der Sozialhilfe abgeschlossen bzw. Einzelverträge mit den Heimbewohnern. Die nunmehr vom SGB XI vorgesehene Differenzierung zwischen verschiedenen Kostenbestandteilen war hierin in den meisten Fällen nicht vorgesehen. Zwar ist das SGB XI bereits zum 1. 1. 1995 in Kraft getreten, und die Pflegeheime hätten mit den Pflegekassen und den Sozialhilfeträgern auf der Grundlage des neuen Rechts Pflegesatzvereinbarungen abschließen können, die zum 1. 7. 1996 mit Inkrafttreten der zweiten Stufe der Pflegeversicherung wirksam werden konnten. Zudem sah Art. 49 PflegeVG zunächst vor, daß bis zum 30. 6. 1996 geltende Vergütungsregelungen für die Dauer von längstens sechs Monaten weitergelten sollten, wenn vorher keine Pflegesatzvereinbarung zustande gekommen wäre. In diesem Falle wäre aber unklar gewesen, für welchen Teil dieser Vergütungsvereinbarung nach neuem Recht die Pflegekassen überhaupt einzustehen hätten. Zudem war bis zuletzt unklar, ob die medizinische Behandlungspflege und die soziale Betreuung über die ursprüngliche Gesetzesfassung hinaus Bestandteil der von den Pflegekassen zu erbringenden Leistungen sein würden. Die Pflegesatzparteien hatten daher kurz vor Inkrafttreten der zweiten Stufe der Pflegeversicherung noch kaum Pflegesatzvereinbarungen abgeschlossen.

Aus diesem Grunde sieht der mit dem 1. SGB XI-ÄndG eingefügte Art. 49a PflegeVG nunmehr eine umfangreiche Übergangsregelung für die Zeit vom 1. 7. 1996 bis zum 31. 12. 1997 vor. Hierdurch wird sowohl § 43 SGB XI hinsichtlich der Leistungen der Pflegekassen modifiziert als auch die Vorschriften hinsichtlich der Gestaltung der Pflegesätze und der anderen Kostenbestandteile. In der Übergangszeit übernehmen die Pflegekassen die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung durch pauschale Zahlungen an die Pflegeheime, gestaffelt nach der jeweiligen Pflegestufe. Gezahlt werden monatlich

für Pflegebedürftige der Pflegestufe I	2000,- DM
für Pflegebedürftige der Pflegestufe II	2500,- DM
für Pflegebedürftige der Pflegestufe III	2800,- DM
für Härtefälle in der Pflegestufe III	3300,- DM.

Allerdings darf der von der Pflegekasse zu übernehmende Betrag 75 % des Heimentgelts nicht übersteigen. Hierbei wird zunächst von den am 30. 6. 1996 geltenden Heimentgelten für vollstationäre Pflege ausgegangen. Diese gelten bis zu ihrer Ablösung durch eine Pflegesatzvereinbarung weiter. Mit der Beschränkung auf 75 % soll pauschal der Tatsache Rechnung getragen werden, daß die „alten“ Heimentgelte auch Kostenbestandteile enthalten, die nach neuem Recht nicht von den Pflegekassen, sondern von den Heimbewohnern zu tragen sind. Die Re-

gelung gilt auch für nicht pflegebedürftige Heimbewohner. Auch für diese wird das bis zum 30. 6. 1996 geltende Heimentgelt weiter gezahlt, entweder von ihnen selbst oder von deren Kostenträgern, wobei die Pflegekassen als solche nicht in Betracht kommen, da sie nur für pflegebedürftige Heimbewohner eintreten.

Beispiel:

Für das Pflegeheim „St. Johannes“ galten bis zum 30. 6. 1996 Heimentgelte in vier Pflegeklassen. Herr N. zahlte in der Pflegeklasse I 1304,- DM, Frau P. in der Pflegeklasse II 2465,- DM, Frau W. in der Pflegeklasse III zahlte 3580,- DM, wovon der zuständige Sozialhilfeträger die Hälfte trug, und für den einkommens- und vermögenslosen Herrn Z. übernahm die Sozialhilfe den gesamten Pflegesatz von 4750,- DM in der Pflegeklasse IV. Alle vier beantragen mit Wirkung zum 1. 7. 1996 Leistungen der Pflegeversicherung.

Herr N. und Frau P. werden jeweils in die Pflegestufe I eingestuft. Herr N. bekommt von seiner Pflegekasse monatlich (75 % von 1304,- DM =) 978,- DM, er muß daher 326,- DM weiterhin selbst zahlen. Für Frau P. zahlt die Pflegekasse (75 % von 2465,- DM =) 1848,75 DM an das Pflegeheim, sie selbst muß die restlichen 616,25 DM zahlen. Frau W. wird von ihrer Pflegekasse in die Pflegestufe II eingestuft. 75 % des bisherigen Heimentgelts wären 2685,-, die Pflegekasse zahlt somit den Höchstbetrag von 2500,- DM an das Pflegeheim. Den Rest von 1080,- DM kann Frau W. nunmehr selbst aufbringen, das Sozialamt erbringt daher keine Leistungen mehr. Frau W. selbst „spart“ daher von den bisher von ihr zu tragenden 1790,- DM noch 710,- DM.

Herr Z. schließlich wird in die Pflegestufe III eingestuft. Da bereits zuvor 5 % der Pflegebedürftigen dieser Stufe von seiner Pflegekasse als Härtefall anerkannt waren, kommt Herrn Z. die Härtefallregelung nicht zugute. Die Pflegekasse übernimmt ab 1. 7. 1996 den Höchstbetrag der Pflegestufe III von 2800,- DM monatlich, die restlichen 1950,- DM trägt weiterhin die Sozialhilfe.

Diese Beispiele machen deutlich, daß wegen der Kombination von Pauschalbeträgen mit Höchstanteilen an den bisherigen Heimentgelten und der unterschiedlichen Abstufung nach bisherigen Pflegeklassen und neuen Pflegestufen höchst unterschiedliche Ergebnisse herauskommen können. Darüberhinaus wird von vielen als große Ungerechtigkeit und Verstoß gegen den Grundsatz des Vorrangs ambulanter Hilfen gewertet, daß bei der vollstationären Pflege bereits in der Pflegestufe I bis zu 2000,- DM von den Pflegekassen übernommen werden, während im ambulanten Bereich nur Pflegesachleistungen von bis zu 750,- DM gewährt werden. Noch in der Pflegestufe II übersteigen die Leistungen der vollstationären Pflege mit 2500,- DM diejenigen der ambulanten mit höchstens 1800,- DM. Erst in der Pflegestufe III sind die Höchstbeträge beider Leistungen gleich. Bei den „Härtefällen“ schließlich übersteigt sogar der Höchstbetrag für die ambulante Hilfe (3750,- DM) denjenigen bei der vollstationären Pflege mit 3300,- DM.

Eine etwas andere Regelung gilt für diejenigen Pflegebedürftigen, die erst nach dem 1. 7. 1996 neu in das Pflegeheim aufgenommen werden. Für diese wird auf der Grundlage der bis zum 30. 6. 1996 geltenden Vergütungssätze das Heimentgelt bestimmt, von dem dann die Pflegekasse höchstens 75 % bis zum festgelegten Höchstbetrag übernimmt. Soweit das weitergeltende Heimentgelt in zwei Vergütungsklassen (I und II) aufgeteilt war, werden Heimbewohner/innen der Pflegestufen I und II der Vergütungsklasse I und solche der Pflegestufe III der Vergütungsklasse II zugeordnet. War das Heimentgelt in drei Vergütungsklassen (I bis III) aufgeteilt, so werden die Pflegebedürftigen der jeweiligen Pflegestufe in die entsprechende Vergütungsklasse eingestuft. Wenn das Heimentgelt in vier Vergütungsklassen aufgeteilt war, werden pflegebedürftige Heimbewohner/innen der Pflegestufe I in die Vergütungsklasse I, diejenigen der Pflegestufen II und III in die Vergütungsklassen II und III eingestuft und diejenigen Heimbewohner/innen, die als Härtefälle anerkannt sind, werden der Vergütungsklasse IV zugeordnet. Auch wenn bei einer kleineren Anzahl von bisherigen Vergütungsklassen Aufschläge auf den Höchstbetrag wegen eines außergewöhnlich hohen und intensiven Pflegeaufwands vorgesehen waren, kann dieser nur noch für Härtefälle berücksichtigt werden.

Beispiel:

Wenn die vier pflegebedürftigen Heimbewohner/innen aus dem Beispiel bei Rz 34 erst nach dem 1. 7. 1996 in das Pflegeheim „St. Johannes“ kämen, ergäbe sich folgende Situation: für Herrn N. würde sich nichts ändern. Er würde dem Entgelt der ursprünglichen Vergütungskategorie I zugeordnet, die Leistungen der Pflegekasse blieben die gleichen wie oben angegeben. Auch Frau P. würde allerdings der ursprünglichen Vergütungskategorie I zugeordnet, da sie pflegebedürftige der Pflegestufe I ist. Das Pflegeheim könnte daher nur die 1304,- DM der bisherigen Vergütungskategorie I verlangen. Nach Zahlung durch die Pflegekasse braucht Frau P. daher nur die auch von Herrn N. zu zahlenden 326,- DM monatlich hinzuzuzahlen. Ihr verbliebe daher ein größerer Teil ihres Einkommens, das Pflegeheim müßte die Pflegeleistungen für Frau P. aber zu einem wesentlich geringeren Preis erbringen. Dies gilt auch für die beiden anderen. Frau W. würde wegen der Einordnung in die Pflegestufe II nur der Vergütungskategorie II zugeordnet und Herr Z. der Vergütungskategorie III. Das Pflegeheim erhielte daher für die Pflege bei Herrn Z. nur noch 3580,- DM statt der 4750,- DM in der ursprünglichen Vergütungskategorie IV. Die Pflegekasse würde zwar nicht den Höchstbetrag von 2800,- DM, sondern nur (75 % von 3580,- DM =) 2685,- als Pauschale an das Pflegeheim zahlen. Großer „Gewinner“ wäre hier dennoch das Sozialamt, das dann nur noch die restlichen 895,- DM übernehmen müßte.

Diese Beispiele zeigen, daß die getroffene Zuordnungsregelung gravierende Folgen für das Entgeltgefüge vieler Einrichtungen haben kann. So waren in Hessen über 50 % aller pflegebedürftigen Heimbewohner/innen in die höchste der vier Pflegeklassen eingestuft. Bei den Neuaufnahmen können aber nur noch „Härfälle“ und damit allenfalls 5 % der pflegebedürftigen der Pflegestufe III (also etwa 1–2 % aller Betroffenen) dieser höchsten Pflegeklasse zugeordnet werden. Viele Pflegeheime haben daher bereits angekündigt, das bisherige Leistungsniveau nicht halten zu können. Personaleinsparungen und sonstige Einschränkungen zu Lasten der Qualität werden vielfach die Folge sein.

Die Pflegeheime müssen den Heimbewohner/innen und ihren Kostenträgern bis spätestens zum 31. 7. 1996 die in dem bisherigen Heimentgelt enthaltenen nicht durch öffentliche Fördermittel gedeckten Investitionskostenanteile schriftlich mitteilen. Heimbewohner/innen, die später ins Heim aufgenommen werden, ist die schriftliche Mitteilung bei ihrer Aufnahme in das Heim auszuhändigen. Die Betroffenen und ihre sonstigen Kostenträger können sich dann darauf einstellen, daß jedenfalls diese Beträge künftig von ihnen übernommen werden müssen, weil sie nicht Bestandteil der Leistungen der Pflegekassen sind.

Die Pflegeheime, die durch diese Übergangsregelung massive Einbußen ihrer bisherigen Vergütung befürchten müssen, haben zwei Möglichkeiten, hierauf zu reagieren. Die eine ist der möglichst schnelle Abschluß einer Pflegesatzvereinbarung nach dem neuen Recht des SGB XI. Auch dann würde die Pflegekasse für die Heimbewohner/innen allenfalls die Höchstsätze der Übergangsregelung übernehmen und insgesamt nur 75 % des jeweiligen Heimentgelts. Als Heimentgelt wird dann aber berücksichtigt die Summe aus dem Pflegesatz der jeweiligen Pflegestufe, dem Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und der Umlage für nicht gedeckte Investitionskosten, jeweils nach der neuen Pflegesatzvereinbarung bzw. der nach Landesrecht genehmigten Umlage für Investitionskosten. Diese Regelung gilt dann sowohl für die bisherigen Heimbewohner/innen als auch für solche, die neu aufgenommen werden.

Beispiel:

Das Pflegeheim „St. Johannes“ schließt mit den Pflegekassen und dem zuständigen Sozialhilfeträger eine neue Pflegesatzvereinbarung ab, nach der in der Pflegeklasse I 1100,- DM, in der Pflegeklasse II 2750,- DM und in der Pflegeklasse III 4100,- DM vergütet werden. Als Entgelt für Unterkunft und Verpflegung wird ein einheitlicher Betrag von 650,- DM vereinbart und als ungedeckter Investitionskostenanteil ein solcher von 300,- DM pro Monat von den Landesbehörden genehmigt. Nunmehr ergibt sich folgende Rechnung: für Herrn N. und Frau P. (jeweils Pflegestufe I) müssen (1100,- + 650,- + 300,- =) 2050,- DM gezahlt werden. Hiervon übernimmt die Pflegekasse 75 %, also 1537,50 DM. Den Rest von 512,50 DM müssen Herr N. und

Frau P. dabei jeweils selbst zahlen. Herr N. steht sich damit im Ergebnis schlechter, Frau P. besser als nach der Übergangsregelung.

Für Frau W. in der Pflegestufe II müssen (2750,- + 650,- + 300,- =) 3700,- DM gezahlt werden. 75 % hiervon wären 2775,- DM, die Pflegekasse übernimmt aber nur den Höchstbetrag von 2500,- DM. Die restlichen 1200,- DM muß Frau W. selbst aufbringen. Dies ist etwas mehr als nach der Übergangsregelung.

Für Herrn Z. in der Pflegestufe III kann das Pflegeheim insgesamt (4100,- + 650,- + 300,- =) 5050,- DM verlangen. Die Pflegekasse zahlt 2800,- DM, die restlichen 2250,- DM zahlt der Sozialhilfeträger. Für alle vier pflegebedürftigen Heimbewohner/innen erhielt das Pflegeheim nach den alten Heimentgelten 12 099,- DM, nach der neuen Pflegesatzvereinbarung 12 850,- DM. Die Verteilung unter den einzelnen Betroffenen und ihren Kostenträgern hat sich aber gravierend verändert.

Das Pflegeheim kann aber auch von einer weiteren Möglichkeit Gebrauch machen: innerhalb der Übergangszeit zwischen dem 1. 7. 1996 und dem 31. 12. 1997 kann statt der üblichen Übergangsregelung auch die sogenannte alternative Übergangsregelung gewählt werden. Bei dieser wird das bisherige Heimentgelt in einem relativ komplizierten Umrechnungsprozeß in drei neue Pflegeklassen umgerechnet und in einen einheitlichen Heimkostensatz, mit dem die durch die Pflegesätze nicht abgedeckten Kostenbestandteile im Heimentgelt (nicht gedeckte Investitionskosten, Kosten für Unterkunft und Verpflegung) gleichmäßig auf alle Heimbewohner/innen verteilt werden. Hierzu werden von der Summe der für alle Heimbewohner/innen gezahlten Heimentgelte zum Stichtag 1. 6. 1996 (sogenannter Stichtagsbetrag) zunächst die hierin enthaltenen Anteile für nicht gedeckte Investitionsaufwendungen abgezogen. Von dem so bereinigten Stichtagsbetrag sind insgesamt 65 % für die Berechnung der neuen Pflegesätze heranzuziehen (pflegesatzwirksamer Betrag). Die restlichen 35 % bilden zusammen mit den nicht gedeckten Investitionsaufwendungen die Berechnungsgrundlage für den einheitlichen Heimkostensatz. Dieser wird dadurch gebildet, daß der pflegesatzwirksame Betrag vom Stichtagsbetrag abgezogen und der sich so ergebende Anteil durch die Anzahl der Heimbewohner/innen geteilt wird.

Die Pflegesätze für die einzelnen Pflegeklassen wiederum ergeben sich durch Aufteilung auf die einzelnen pflegebedürftigen Heimbewohner/innen. Hierbei wird die Anzahl der pflegebedürftigen der Pflegestufe I mit der um 1,4 vervielfältigten Anzahl derjenigen in der Pflegestufe II und mit der um 2,1 vervielfältigten Anzahl derjenigen der Pflegestufe III addiert. Der pflegesatzwirksame Betrag wird durch diese Zahl geteilt, dies ergibt den Pflegesatz für die Pflegeklasse I. Der Pflegesatz für die Pflegeklasse II ergibt sich wiederum durch Multiplikation dieses Betrages mit dem Faktor 1,4 und derjenige für die Pflegeklasse III durch Multiplikation mit 2,1.

Beispiel:

Hätte das Pflegeheim „St. Johannes“ in den vorgenannten Beispielen nur die vier bereits bekannten pflegebedürftigen Heimbewohner/innen, ergäbe sich folgende Rechnung: insgesamt erhielte das Pflegeheim für diese Bewohner/innen zum 1. 6. 1996 monatlich 12 099,- DM Heimentgelt. Hiervon werden zunächst die nicht durch öffentliche Förderung gedeckten Investitionskosten von monatlich 1200,- DM abgezogen. Von dem so errechneten Betrag von 10 899,- DM werden 65 %, also 7084,35 DM für die Berechnung des Pflegesatzes herangezogen. Hierfür werden die beiden in der Pflegestufe I (Herr N. und Frau P.) einfach berücksichtigt, Frau W. in der Pflegestufe II mit 1,4 und Herr Z. in der Pflegestufe III mit 2,1. Dies ergibt insgesamt 5,5. Durch diese Zahl wird der pflegesatzwirksame Betrag von 7084,35 DM geteilt. Dies ergibt 1288,06 DM als Pflegesatz für die Pflegeklasse I. Mit 1,4 multipliziert errechnet sich ein Pflegesatz von 1803,29 DM für die Pflegeklasse II und mit 2,1 multipliziert ein solcher von 2704,93 DM für die Pflegeklasse III.

Der nicht für die Pflegesatzberechnung herangezogene Anteil des bereinigten „Stichtagsbetrages“ von 10 899,- DM, also 3814,65 DM, und die nicht gedeckten Investitionskosten von 1200,- DM werden zusammengezählt (= 5014,65 DM) und auf die Anzahl der Heimbewohner/innen

verteilt. Dies ergibt für jede der vier Personen 1253,66 DM. Dies wird zum Pflegesatz hinzuge-rechnet. Mithin ergibt sich ein Gesamtheimentgelt in der Pflegeklasse I von 2541,72 DM, in der Pflegeklasse II von 3056,95 DM und in der Pflegeklasse III von 3992,99 DM.

Diese Beträge sind wiederum Grundlage für die von der Pflegekasse in der Übergangszeit zu lei-stenden pauschalen Zuschüsse. Für Herrn H. und Frau P. werden jeweils (75 % von 2541,72 =) 1906,29 DM gezahlt. Den Restbetrag von 635,43 DM müssen sie selbst binzuzahlen. Für Frau W. werden in der Pflegeklasse II (75 % von 3056,95 =) 2297,71 DM gezahlt. Der Höchstbetrag von 2500,- DM im Monat ist auch hier nicht ausgeschöpft. Den Rest von 764,24 DM muß sie selbst übernehmen. Für Herrn Z. schließlich in der Pflegeklasse III übersteigt der Betrag von (75 % von 3992,99 =) 2994,74 DM den Höchstbetrag von 2800,- DM in der Pflegestufe III, es wird daher von der Pflegekasse nur dieser übernommen. Der Rest von 1192,99 DM verbleibt beim zuständi-gen Sozialhilfeträger.

Es zeigt sich auch hier, daß je nach Verwendung der unterschiedlichen Übergangsmodelle teil-weise stark voneinander abweichende Ergebnisse in den unterschiedlichen Pflegeklassen her-auskommen. Bei denjenigen Pflegeheimen, in denen die bisherigen Heimentgelte für vergleich-bare Heimbewohner/innen in den Stufen I, II und III stärker voneinander abwichen als um den Faktor 1,4 bzw. 2,1 in den höheren Stufen, ergeben sich in der Regel höhere Entgelte für die Stufe I und niedrigere für die Stufe III. Wo der Unterschied bisher geringer war als diese Fak-toren, ergibt sich ein umgekehrtes Bild.

Zudem zeigt die Einstufungspraxis der Pflegekassen, daß viele Bewohner/innen von Pflegehei-men in die „Pflegestufe 0“ eingestuft werden und damit gar keine Leistungen der Pflegeversi-cherung erhalten. Häufig werden auch Bewohner/innen, die bisher in der höchsten Pflegeklasse geführt wurden, in die Pflegestufe I „herabgestuft“. Dies bedeutet ebenfalls nach der Umrech-nung in der alternativen Übergangsregelung, daß die Pflegesätze der untersten Pflegestufe er-heblich ansteigen müssen. Denn das Gesamtentgelt für das Pflegeheim bleibt grundsätzlich gleich – ohne Berücksichtigung jedenfalls der neu hinzukommenden Bewohner/innen. Steigt aber der Anteil derjenigen mit geringeren Pflegesätzen, müssen diese mathematisch entspre-chend höher ausfallen, als bisher.

Obwohl die Auswirkungen für die betroffenen Heimbewohner/innen – wie gesehen – teilweise gravierend sein können im Hinblick auf den ihnen verbleibenden Eigenanteil, ist eine Mitwir-kung der Betroffenen weder beim Abschluß einer Pflegesatzvereinbarung noch bei der Ent-scheidung, welches Modell der Übergangsregelung gewählt wird, vorgesehen. Die vom Gesetz-geber zur Verfügung gestellten Übergangsmodelle werden vom Träger der Einrichtung gewählt, die Pflegesatzvereinbarungen allein zwischen dem Einrichtungsträger und den Kos-tenträgern (Pflegekassen, Sozialhilfeträger u. a.) abgeschlossen. Die vereinheitlichte Über-gangsregelung dient nicht einmal einer stärkeren Vergleichbarkeit unterschiedlicher Einrich-tungen, weil das Ergebnis u. a. von der Struktur der Bewohner/innen – Anzahl je Pflegeklasse – und vom ungedeckten Teil der Investitionskosten abhängig ist.

4. Umstellungsverfahren zum 1. 7. 1996 für bisherige Heimbewohner/innen

Vor Inkrafttreten der zweiten Stufe der Pflegeversicherung zum 1. 7. 1996 übernahmen die So-zialhilfeträger für viele Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen die Kosten, soweit diese nicht aus eigenem Einkommen oder Vermögen der Betroffenen ausreichend gedeckt wa-ren. Vielfach zahlte der Sozialhilfeträger die gesamten Kosten direkt an das Pflegeheim und lei-tete z. B. einen Rentenanspruch des/der Heimbewohner/in auf sich über. D. h., die Rente wurde vom zuständigen Rentenversicherungsträger an den Sozialhilfeträger gezahlt. Dieser wiederum zahlte an die Heimbewohner/innen lediglich das diesen neben den Heimkosten zu-stehende Taschengeld aus. Vielfach wurde dieses vom Heim oder von einem gerichtlich bestell-ten Betreuer verwaltet, wenn der/die Betroffene hierzu selbst nicht mehr in der Lage war.

Durch die nunmehr zum 1. 7. 1996 eintretenden Leistungen der Pflegekassen können eine Reihe Pflegebedürftiger in den vollstationären Einrichtungen von Sozialhilfe unabhängig wer-den. Dies ist dann der Fall, wenn die Pflegeheimkosten durch die Leistungen der Pflegeversi-cherung und aus eigenen Rentenansprüchen vollständig gedeckt werden können. Die Vereini-gung der Träger vollstationärer Pflegeeinrichtungen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Rentenversicherungsträger und die Spitzenverbände der Pflegekassen auf Bundesebene haben daher gemeinsame Empfehlungen zur Umsetzung des SGB XI ab Inkrafttreten der zweiten Stufe beschlossen. Danach sollen zunächst die Pflegekas-sen auch dem zuständigen Sozialhilfeträger nach Inkrafttreten des Gesetzes und abgeschlosse-ner Begutachtung auf Anforderung unverzüglich die Einstufung der Pflegebedürftigen und die Höhe der tatsächlich gewährten Leistung aus der Pflegeversicherung mitteilen. Der Sozialhil-feträger prüft dann, ob aufgrund der Leistungen der Pflegekasse und der eigenen Einnahmen des/der Pflegebedürftigen künftig Sozialhilfebedarf entfällt. Ist dies der Fall, wird dies dem/der Pflegebedürftigen mitgeteilt und zugleich darauf hingewiesen, daß der Sozialhilfeträger beab-sichtigt, die Hilfegewährung mit Ablauf des auf diese Mitteilung folgenden vierten Kalender-monats einzustellen und ab diesem Zeitpunkt auf die Inanspruchnahme der Rente zu verzich-ten.

Dem Bescheid wird zugleich ein Antrag auf unbare Zahlung der Rente nunmehr an den/die Rentner/in selbst (statt wie bisher an den Sozialhilfeträger) beigefügt, der vom Sozialhilfeträger soweit möglich bereits ausgefüllt wurde. Die Pflegeeinrichtung verpflichtet sich, die Heimbe-wohner/innen bei der Beantragung auf unbare Zahlung der Rente zu unterstützen, insbeson-dere bei der Einrichtung eines notwendigen Girokontos. Der Rentenversicherungsträger wird vom Sozialhilfeträger entsprechend informiert. Durch diese Regelung soll erreicht werden, daß die Rente nach einer gewissen Übergangszeit direkt dem/der Rentner/in überwiesen wird und diese/r damit dann die von ihm/ihr selbst zu tragenden Anteile des Heimentgelts an das Pfl-egeheim zahlen kann.

Für Personen, die auch unter Berücksichtigung der Leistungen der Pflegeversicherung weiter-hin auf Sozialhilfe angewiesen sind, soll im Herbst 1996 ein Abwicklungsverfahren besprochen und von den beteiligten Spitzenverbänden in einer gemeinsamen Empfehlung festgehalten wer-den.

5. Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe

Die Beteiligung der Pflegekassen an den Kosten der Unterbringung von Behinderten in teil-oder vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe war kurz nach Verabschiedung des Pflegeversicherungsgesetzes hoch umstritten. Die Sozialhilfeträger bemühten sich darum, daß die Einrichtungen die Voraussetzungen einer Anerkennung als Pflegeeinrichtungen schaffen, um so die Leistungen der Pflegekassen auch in diesen Einrichtungen erbringen zu können. Bis dahin waren die meisten Einrichtungen über die Eingliederungshilfe für Behinderte nach dem BSHG gefördert worden. Die Pflegekassen und das Bundesarbeitsministerium traten dafür ein, daß die Einrichtungen der Behindertenhilfe auch weiterhin allein über die Eingliederungshilfe für Behinderte finanziert wurden. Wie offen zugegeben wurde, waren die Behinderten in diesen Einrichtungen bei der Kalkulation der Kosten der Pflegeversicherung nämlich schlicht „verges-sen“ worden. Im Gegensatz zu der vergleichbaren Situation in den teilstationären Einrich-tungen hätte dies allerdings bedeutet, daß die – oft durchaus pflegebedürftigen – Bewohner/innen der Behinderteneinrichtungen keinerlei Leistungen der Pflegeversicherung erhalten hätten. Neben dem Besuch einer teilstationären Einrichtung kann die häusliche Pflege durchaus in An-spruch genommen werden, während dies in einer vollstationären Einrichtung naturgemäß nicht der Fall ist.

In ihrem Entwurf für das 1. SGB XI-ÄndG hatten die Koalitionsfraktionen denn auch festge-schrieben, daß weiterhin allein die Sozialhilfe die Kosten der stationären Einrichtungen der Be-hindertenhilfe tragen sollte. Noch während des Gesetzgebungsverfahrens legten in einer bisher

einmaligen Geschlossenheit die Behindertenorganisationen und die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege einen eigenen Gesetzentwurf zur Änderung des SGB XI vor. Danach sollten sich die Pflegekassen mit einem Anteil von 20% an den Pflegesätzen in den stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe beteiligen. Der nunmehr vom Gesetzgeber verabschiedete § 43a SGB XI wurde im Vermittlungsausschuß in den Gesetzentwurf übernommen und stellt einen gewissen Kompromiß zwischen den unterschiedlichen Vorstellungen dar.

Danach bleibt es bei dem Grundsatz, daß die Einrichtungen der Behindertenhilfe keine Pflegeeinrichtungen sind und daher mit den Pflegekassen auch keinen Versorgungsvertrag abschließen können. Dies folgt aus der Neufassung des § 71 Abs. 4 SGB XI. Die Leistungen der Eingliederungshilfe für Behinderte nach dem BSHG bleiben auch nach der Neufassung des § 13 Abs. 3 Satz 2 SGB XI von den Leistungen der Pflegeversicherung unberührt und sind diesen gegenüber nicht nachrangig. Vielmehr muß in den in § 71 Abs. 4 SGB XI genannten Einrichtungen – hierunter fallen auch die Einrichtungen der Behindertenhilfe – die notwendige Hilfe einschließlich der Pflegeleistungen erbracht werden, die nicht gesondert über die Pflegekassen abgerechnet werden können.

Allerdings beteiligen sich die Pflegekassen mit einem Zuschuß an den Kosten der vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe. Für Pflegebedürftige in solchen Einrichtungen übernimmt die Pflegekasse zur Abgeltung der pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung 10% des nach § 93 Abs. 2 BSHG zwischen den Sozialhilfeträgern und den Einrichtungen vereinbarten Heimentgelts. Die Aufwendungen dürfen aber im Einzelfall je Kalendermonat 500,- DM nicht überschreiten. Für diese Leistung ist es ausreichend, daß Pflegebedürftigkeit mindestens nach Pflegestufe I vorliegt (§ 15 Abs. 1 SGB XI). Eine weitere Differenzierung nach Pflegestufen erfolgt weder hinsichtlich der Leistungsvoraussetzungen noch hinsichtlich der Leistungshöhe.

Beispiel:

Der 27jährige Holger F. ist geistig behindert und lebt in einer Wohngruppe zusammen mit fünf anderen Behinderten in einer Einrichtung der Diakonie. Tagsüber besucht er die Werkstatt für Behinderte im Nachbarort. Nach der vertraglichen Vereinbarung zwischen der Diakonie und dem überörtlichen Träger der Sozialhilfe zahlt dieser für den Platz in der Wohngruppe monatlich 2820,- DM. Die zuständige Pflegekasse stellt fest, daß Holger F. pflegebedürftig im Sinne des SGB XI ist. Sie beteiligt sich daher ab dem 1. 7. 1996 mit (10% von 2820,- =) 282,- DM monatlich an den Kosten des Wohngruppen-Platzes.

In einer Station für Schwerstbehinderte in der gleichen Einrichtung lebt der 52jährige Fritz K. Für seinen Platz zahlt der Sozialhilfeträger monatlich 6130,- DM. Die zuständige Pflegekasse übernimmt dabei ab 1. 7. 1996 einen Anteil von monatlich 500,- DM. Zwar sind 10% von 6130,- DM insgesamt 613,- DM, der Anteil der Pflegekasse ist aber auf 500,- DM pro Monat begrenzt.

Es bleibt abzuwarten, ob damit der Konflikt über die Finanzierung der Pflege von behinderten Menschen in Einrichtungen beendet ist. Immerhin erbringen die Pflegekassen für Behinderte in stationären Einrichtungen erheblich geringere Leistungen als für pflegebedürftige Menschen in Pflegeeinrichtungen, obwohl der pflegerische Aufwand in vielen Fällen vergleichbar sein dürfte. Zwar steht in den Einrichtungen der Behindertenhilfe in aller Regel die pädagogische Hilfe im Vordergrund. Viele Sozialhilfeträger könnten aber durchaus weiter versucht sein, diese pädagogische Hilfe zugunsten der rein pflegerischen Betreuung zurückzudrängen. Wäre dies erst einmal erreicht, könnten die Einrichtungen doch wieder als Pflegeeinrichtungen anerkannt werden und die vollen Leistungen der vollstationären Pflege über die Pflegekassen abrechnen. Es bleibt zu hoffen, daß eine solche Entwicklung den Einrichtungen der Behindertenhilfe und deren Bewohner/innen erspart bleibt.

IX. Anhörung, Kommunikation und Gesprächsführung mit dementen Menschen. Erfahrungen aus Modellprojekten mit Pflegeheimbewohnern

Moderation: Anita Witt, Jan Wojnar

1. Demenz

- Die Demenz schränkt die Fähigkeit des Kranken zur Anpassung an die Umwelt erheblich ein.
- Die Kranken verkennen ihre Situation, werden durch Konfrontation mit fremden Personen verunsichert, insbesondere wenn sie sich bedrängt, verhört oder unverstanden fühlen.
- Das Wissen über das Erleben und die Reaktionen der Demenzkranken ist inzwischen erheblich angewachsen und soll praktisch angewendet werden.
- Stresssituationen sollen vermieden werden, weil sie die Lebensqualität des Kranken unnötigerweise erheblich beeinträchtigen und die Entstehung von Verhaltensstörungen begünstigen.

2. Folgerungen im einzelnen

2.1 Rahmenbedingungen

- jede Anhörung sollte Gesprächscharakter haben
- jede Anhörung und jedes weitere Gespräch mit dem Demenzkranken soll möglichst persönlichen Charakter haben
- es soll in einem geeigneten Raum ohne Zeitdruck stattfinden
- die Zahl der Beteiligten soll auf ein notwendiges Minimum begrenzt bleiben
- der Kranke soll entsprechend vorbereitet sein (Toilettengang, Ernährung, Kleidung pp.)
- die Anhörungen und Gespräche sollen rechtzeitig angekündigt werden und der Zeitpunkt mit den beteiligten Personen (Pflegepersonal, Betreuer pp.) abgestimmt sein
- der „Fremde“, also Richter/in und Rechtspfleger/in, soll auf das Gespräch gut vorbereitet sein, um bei dem Kranken Vertrauen zu wecken (Informationen über die wichtigsten biographischen Daten, Verhaltensauffälligkeiten, Tagesschwankungen pp.)

2.2 Maßnahmen

- entsprechende Fortbildung für alle Beteiligten
- enge Zusammenarbeit zwischen Gerichten, Betreuern, Einrichtungen und Angehörigen
- Erstellung von Qualitätsstandards für die Einrichtungen (zur Anhörung)
- finanzielle Voraussetzungen in überschaubarer Zeit schaffen

Motto: Wenn diese Ziele erreicht sind, können wir uns alle auf unsere Altersdemenz freuen, denn dann ist der Augenblick alles („verweile doch!“).

X. Berufsbetreuer zwischen Konkurrenz und Kooperation

Gibt es einen (un)überbrückbaren Interessengegensatz zwischen freiberuflichen und angestellten Betreuern? Gibt es Modelle der Zusammenarbeit?

Moderation: Jürgen Thar / Wolfgang Wessels

Protokoll: Wolfgang Wessels

1. Erfahrungen der Teilnehmer

Bei einer Themen- und Stoffsammlung wünschen sich die Gruppenteilnehmer, daß erörtert wird, wie es zu den Gegensätzlichkeiten zwischen den Berufsbetreuern gekommen ist, welche Rolle die Finanzierung spielt, woher die Ängste kommen, wie die Modelle der Zusammenarbeit insbesondere bei der Vermittlung von Betreuungen an Ehrenamtliche aussehen, wie es zur Zusammenarbeit zwischen den freiberuflichen Betreuern kommen könnte und wie Vereine besser mit Freiberuflichen kooperieren. Wo liegen konkrete Erfahrungen in der Zusammenarbeit, wie sehen Berufsbilder aus und wie ist der Bedarf an professioneller Betreuung festzustellen?

Die Teilnehmer der Gruppe berichteten über ihre Erfahrungen mit der Zusammenarbeit in ihrem Amtsgerichtsbezirk bzw. ihrer Gemeinde:

- Bamberg** In der Stadt gibt es 14 freiberufliche Betreuer. Ihre Ausbildung ist durchgehend die eines Sozialarbeiters/Sozialpädagogen. Die bestehenden Vereine erhalten eine Pauschale von 900,- bzw. 600,- DM pro Fall/Jahr. Nachdem zeitweise die Vereine in der Zuteilung vorrangig behandelt wurden, werden nunmehr die Neuverfahren gleichmäßig auf alle beruflichen Betreuer verteilt.
- Bremen** Traditionell ist ein hoher Anteil von Anwälten zum Betreuer bestellt. Im übrigen kommen Sozialarbeiter, Erzieher, Psychologen etc. als Betreuer vor. Es gibt vier Betreuungsvereine und dreißig freiberufliche Betreuer. Inzwischen besteht ein Überangebot beruflicher Betreuer, so daß sich die beruflichen Betreuer um Neubestellungen bemühen müssen. Das Gericht hat offensichtlich keinen Überblick über die spezifischen Eignungen der Betreuer. Die Ausgaben der Landesjustizkasse für die Vergütung der beruflichen Betreuer steigen rapide an.
- Reims-Murr-Kreis** Im Kreis gibt es Berührungspunkte zwischen den freiberuflichen Betreuern und den Vereinsbetreuern. Der Betreuungsverein ist eine Ausgliederung der Betreuungsbehörde. Berufsbetreuer und Betreuungsbehörde treffen sich zu einem „Stammtisch“. Die Berufsbetreuer sind Anwälte und Sozialarbeiter.
- Stuttgart** Es gibt mehrere Betreuungsvereine, deren Mitarbeiter sich regelmäßig treffen. Zwischen Berufsbetreuern und Betreuungsvereinen gibt es kaum Kontakte. In Stuttgart gibt es gewerblich organisierte Betreuungsbüros.
- Moers** Innerhalb des Kreises sind alle Beteiligten bemüht, keine Berufsbetreuer zuzulassen.
- Köln** Neben 230 freiberuflichen Betreuern aller beruflichen Gruppen gibt es mindestens fünf Betreuungsvereine. Zwischen den Vereinen und freiberuflichen Betreuern besteht keine Kooperation. 34 freiberufliche Betreuer haben sich zu einem örtlichen Verband zusammengeschlossen.
- Cuxhaven** Im Kreis ist ein Verein anerkannt und eine Person als freiberuflicher Betreuer bestellt. Der Verein beschäftigt neben angestellten Betreuern auch Betreuer als Honorarkräfte. Deren Profession sind Altenpfleger, Erzieher usw.

- Löbau/Zittau** Im Bezirk gibt es 14 Vereinsmitarbeiter und fünf freiberufliche Betreuer. Es besteht eine Kooperation im Bereich der Fortbildung. Wegen des großen Bedarfs im Zusammenhang mit den örtlichen Großeinrichtungen gibt es keine Konkurrenz. Es werden nur wenige Angehörige und Ehrenamtliche zum Betreuer bestellt.
- Geestbacht b. Hamburg** Der örtliche Betreuungsverein bemüht sich um die Berufsbetreuer. Es gibt keine formalisierten Strukturen der Zusammenarbeit.
- Potsdam** Zwischen der Betreuungsbehörde, dem Betreuungsverein und den zwei Berufsbetreuern besteht eine gute, allerdings wenig formalisierte Zusammenarbeit.
- Stade** Im Bezirk gibt es einen Betreuungsverein mit angestellten Mitarbeitern und Honorarkräften sowie drei Berufsbetreuer, die eine Bürogemeinschaft bilden. Die Mitarbeiter des Vereines werden vorrangig auf Vorschlag der Behörde bestellt. Es gibt regelmäßige Gespräche auch mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst. Einzelabsprachen sind möglich.
- Reutlingen** Die Betreuungsbehörde ist Verteiler der anstehenden Verfahren auf die anerkannten zwei Vereine und Berufsbetreuer. Vereinsmitarbeiter und Berufsbetreuer begegnen sich mit einer gewissen Zurückhaltung. Mit den Vereinsbetreuern werden regelmäßige „Dienstgespräche“ geführt. Mit den Berufsbetreuern findet vierteljährlich ein Treffen statt. Die Anfragen bei der Betreuungsbehörde nach Bestellung zum freiberuflichen Betreuer nehmen rapide zu.
- Ostl. Rhein-Sieg-Kreis** Zwischen freiberuflichen Betreuern und Vereinen bestand zeitweise eine erhebliche Konkurrenz, die inzwischen durch eine gleichmäßigere Bestellung der Gruppen zum Betreuer gelindert werden konnte.
- Erfkreis** Wegen des großen Bedarfes an Betreuern gibt es wenig Konkurrenz, obwohl eine unterschwellige Zurückhaltung zwischen den Vereins- und freiberuflichen Betreuern besteht.

Der Arbeitskreis kommt zu dem vorläufigen Zwischenergebnis, daß so massive Probleme zwischen den angestellten und freiberuflichen Betreuern nicht zu bestehen scheinen.

2. „Der Markt wird's schon richten“ oder die Grenzen des Marktes bei der Betreuerbestellung

Nach der Vorstellung des Schemas von Jürgen Thar (siehe Anlage) setzte eine rege Diskussion über die Qualifikation der beruflichen Betreuer ein. Die Beteiligten berichteten von Ängsten, daß unkontrolliert Personen teilweise mit persönlichen und beruflichen Defiziten in die vergütete Betreuung fluten. Die Verteilungspraxis der Gerichte ist teilweise fraglich. In einigen Städten werden berufliche Betreuer nur nach ihrer Nähe zum Wohnort des Betreuten und nicht nach ihrer beruflichen und persönlichen Qualifikation bestellt. Eine Garantie, daß ein Betreuer einen für seine Situation qualifizierten Betreuer erhält, gibt es nicht. Auch in den Vereinen und Behörden bestehen Mängel in der Qualität der Betreuer.

Die Annahme, daß es der „Markt schon richten wird“, wer dauerhaft zum Betreuer bestellt wird, ist fragwürdig. Die Betreuerbestellung findet tatsächlich nicht in einem offenen Markt statt, der ausschließlich nach Gesetzen des Marktes funktionieren kann. Insbesondere wird darauf hingewiesen, daß der Betroffene in der Regel keinen Einfluß auf die Auswahl des Betreuers hat und der für einen freien Markt erforderliche freie Zugriff nicht gewährleistet ist. Der Begriff des Marktes für Betreuertätigkeiten ist problematisch.

Bei der Verteilung der vergüteten Betreuungen kommt neben den Richtern auch der Betreuungsbehörde eine besondere Bedeutung zu, da sie in vielen Städten und Bezirken dem Gericht Personen benennt. Die dort gemachten Vorschläge sollten systematischer nach vorher festgelegten Standards erfolgen.

Ein Teil der Gruppenteilnehmer sieht die Betreuungsvereine in ihrer Existenz mittelfristig gefährdet, weil sie wegen ihrer Doppelfunktion der Betreuungsführung und Gewinnungstätigkeit im Verteilungskampf nur begrenzt bestehen können.

Die Diskussion setzt sich mit der Frage nach dem Berufsbild der Betreuer fort. Offensichtlich scheint es für die sehr unterschiedlichen Betreuungstätigkeiten erforderlich zu sein, daß berufliche Betreuer aus unterschiedlichen Professionen stammen. Von einem beruflichen Betreuer ist jedoch zu erwarten, daß er mindestens über eine relevante Grundqualifikation verfügt und bereit und in der Lage ist, sich weitere Kenntnisse und Fertigkeiten über zusätzliche Qualifikationen anzueignen. Es werden in der Diskussion immer wieder Parallelen zum KJHG gezogen, wo entsprechende Standards für die einzelnen Tätigkeiten festgeschrieben sind.

Von den ehrenamtlichen Betreuern sind keine beruflichen Qualifikationen zu erwarten. Deren besondere Qualifikationen liegen auf der persönlichen und motivationalen Ebene.

3. Eignungsprofile von ehrenamtlichen, angestellten und freiberuflichen Betreuern

Die Gruppe erarbeitet im folgenden Eignungsprofile der einzelnen Betreuergruppen.

Ehrenamtliche Betreuer und Angehörige, die zum Betreuer bestellt sind, haben danach Zeit, übernehmen mehr Alltagshilfen, die über den Rahmen der gesetzlichen Vertretung hinausgehen, und bieten mehr persönliche Identifikation für den Betroffenen. Ehrenamtliche haben häufiger Schwierigkeiten, wenn die Betroffenen in schwere gesundheitliche Krisen geraten und wenn die Aufgaben in der Betreuung nicht beschreibbar sind.

Über die Mitarbeiter der Betreuungsvereine wird gesagt, daß ihnen insbesondere die Werbung und Begleitung der ehrenamtlichen Betreuer zufällt. Sie haben eine wichtige Funktion in der Transferierung der Gedanken des Betreuungsrechtes in die Öffentlichkeit. Sie sind inhaltlich und materiell eingebunden in ein größeres Ganzes. Ihre Tätigkeit ist wirtschaftlich gesicherter als die eines freiberuflichen Betreuers, auch wenn die Existenz der Vereine langfristig nicht gesichert erscheint. Sie arbeiten in der Regel in Zusammenhängen, in denen ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch möglich ist.

Eine kontroverse Diskussion entwickelte sich um die Frage der Flexibilität der Vereinsmitarbeiter im Rahmen ihrer Arbeitsstrukturen mit Geschäftsführungen und Vorständen.

Die Fallführung innerhalb der Vereine legitimiert sich u. a. dadurch, daß für eine effektive Vermittlungsarbeit auch auf eigene im Verein geführte Betreuungen zurückgegriffen werden kann. Vereine vermitteln auch Betreuungen, die von Freiberuflichen nicht mehr professionell geführt zu werden brauchen. In der Vermittlung sollten beide Gruppen eng zusammenarbeiten.

Die freiberuflichen Betreuer erleben sich als zielgerichteter, impulsgebender für organisatorische und technische Neuerungen, ihr „Auftauchen“ wird als positive Konkurrenz begriffen. Sie prägen das Berufsbild und sind flexibler als angestellte Betreuer.

Zum Abschluß des zweiten Abschnittes der Arbeitsgruppe wird die Frage erörtert, warum die Zusammenarbeit zwischen den Verbänden im Betreuungswesen so unzureichend funktioniert. Es werden die unterschiedlichen Zielsetzungen der Verbände wie der Berufsverband der freiberuflichen Betreuer, der Berufsverband der Betreuer und des zu gründenden Bundesverbands der Betreuungsvereine erörtert. Die Zusammenarbeit mit den Wohlfahrtsverbänden, in denen eine Vielzahl von Vereinen organisiert sind, wird nicht sachlich thematisiert.

4. Resümee

Zunächst findet eine kleine Nachlese zu nicht erörterten Themenbereichen statt. Bemängelt wird die fehlende Berücksichtigung der behördlichen Betreuer. Sie haben wie kaum eine andere Gruppe einen Wandel in ihrer Funktion im Betreuungswesen durchgemacht.

Der Arbeitskreis wurde von den Teilnehmern als ein Forum erfahren, in dem eine offene und sachorientierte Zusammenarbeit möglich war. Geht man im Alltag der Betreuer Tätigkeit und in den tatsächlichen Konkurrenzsituationen auch so „zäh“ miteinander um, wie es in dieser Gruppe möglich war? Offensichtlich ist vielen Personen in dem Prozeß der Entwicklung der Zusammenarbeit noch nicht klar, welche Rolle sie übernommen und wie sie diese auszufüllen haben. Das Betreuungswesen befindet sich noch in einem so starken Entwicklungsprozeß, daß abschließende Positionen der einzelnen Betreuergruppen und die Formen des Umgangs miteinander nicht vollständig gefunden werden konnten. Der Arbeitskreis erlebt sich in den zwei Tagen seines Bestehens selbst als ein Modell dieses Prozesses der Positionierung und Annäherung zwischen Kooperation, Koexistenz und Konkurrenz der einzelnen Betreuergruppen. Jede Gruppe der Betreuer hat ihre eigene inhaltliche und existentielle Berechtigung in einem Entwicklungsprozeß zur Optimierung der Betreuungsarbeit.

Alle Beteiligten sind sich bewußt, daß der bestehende Wettbewerb unter den Betreuergruppen als ein positiver Impulsgeber verstanden werden kann. Die Betreuer werden verstärkt in Zukunft ihre Arbeit als ein in sozialen Netzen ablaufendes Social Support begreifen müssen, in dem sie eigene Stellungen entwickeln müssen.

Aufgrund der Prozeßhaftigkeit der Arbeit und dem Ergebnis, daß die weitere Zusammenarbeit der Betreuergruppen nur in einem sich entwickelnden Ganzen verstanden werden kann, möchte die Gruppe auf eine Kurzdarstellung im Plenum des Vormundschaftsgerichtstages verzichten und verweist auf den Text des Protokolls.

Anlage: Schema Merkmale ehrenamtlicher und beruflicher Betreuung

Merkmale ehrenamtlicher und beruflicher Betreuung



	Berufliche Betreuung	ehrenamtliche Betreuung	Freiwillige	Angestellte
Berufliche Betreuung				
Berater	ist berufsrechtlich geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt
Fachliche	ist berufsrechtlich geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt
Profession	ist berufsrechtlich geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt
Selbstverständnis	ist berufsrechtlich geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt
Kollegiale Beratung	ist berufsrechtlich geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt
Darstellungsmöglichkeiten	ist berufsrechtlich geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt
Supervision	ist berufsrechtlich geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt
Fortbildung	ist berufsrechtlich geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt
Methodische Rückmeldung	ist berufsrechtlich geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt
Hilfsverantwortung	ist berufsrechtlich geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt
Fachaufsicht	ist berufsrechtlich geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt
Trägerkonzept	ist berufsrechtlich geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt
Zusammenarbeit im Rahmen der sozialen Infrastruktur	ist berufsrechtlich geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt
Querschnittsaufgaben	ist berufsrechtlich geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt
Aufgaben pers. Hilfen	ist berufsrechtlich geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt
Stützstellen	ist berufsrechtlich geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt
Erreichbarkeit / Arbeitszeiten	ist berufsrechtlich geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt
Verzögerung	ist berufsrechtlich geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt
personelle Flexibilisierung	ist berufsrechtlich geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt
Büroorganisation	ist berufsrechtlich geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt
Technik	ist berufsrechtlich geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt
Erneuerung der Aufwendungen	ist berufsrechtlich geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt
Vergütung	ist berufsrechtlich geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt
Rückkontrollierung	ist berufsrechtlich geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt
MWST	ist berufsrechtlich geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt	ist nach dem SGB VIII geregelt

XI. Betreuung und Sucht

Moderation: Dr. Wolfgang Berensmann / Dr. Anton Schlösser

Protokoll: Sabine Drumm-Becker

Die Arbeitsgruppe setzte sich aus ca. 30 Teilnehmern zusammen, von denen die überwiegende Anzahl mit der Führung von Betreuungen suchtkrank Menschen in der Funktion als *freiwillige Betreuer, Vereins- und Behördenbetreuer* beauftragt waren; ebenfalls nahmen zwei Richter an der Arbeitsgruppe teil.

Um Themenschwerpunkte festzusetzen, wurde von seiten der Moderatoren mit einer kurzen Vorstellungsrunde begonnen, die unabhängig von den Angaben zur Person und des Berufsbildes der Teilnehmer vor allem dazu dienen sollte, Erwartungen, die an die Arbeitsgruppe gerichtet wurden, zu benennen. Gleich zu Beginn war festzustellen, daß es den Teilnehmern überwiegend um Erfahrungsaustausch in der Arbeit mit Suchtkranken ging, wobei das Thema Sucht in der Gruppe maßgeblich an der Problematik *Alkoholabhängigkeit/-mißbrauch* erörtert wurde.

Hilf- und Ratlosigkeit wurde von den Teilnehmern angesprochen, die in der Praxis immer wieder mit der Frage konfrontiert werden:

- Wie gehe ich um
 - mit der *Distanzlosigkeit von Betreuten und deren Umfeld (ständige Krisenanrufe am Wochenende)?*
 - mit dem *Druck von Angehörigen?*
 - mit dem *eigenen Ärger über den betreuten Suchtkranken?*
 - mit der *selbstverspürten Verantwortung über den etwaigen Tod des Betreuten (muß ich eine Zwangseinweisung erwirken?)?*

Daraus resultierten Fragestellungen wie:

- Welche Möglichkeiten habe ich als Betreuer?*
- Wie helfe ich dem Betreuten am besten?*
- Was ist überhaupt meine Aufgabe?*
- Wo sind die Grenzen meines Betreueramtes (rechtlich, praktisch, abrechnungstechnisch)?*

Herr Dr. Schlösser referierte über seine Erfahrungen als früherer Leiter eines gemeindenahen Krankenhauses für Suchtkranke (Alkoholabhängige), wobei der Schwerpunkt auf dem Thema *Distanz zum Suchtkranken* angesiedelt war. Es wurde darauf hingewiesen, daß gerade das „Genußmittel“ Alkohol in unserer Gesellschaft unabdingbar zum Kulturgut gehört und man dementsprechend im Umgang mit alkoholkranken Menschen immer mit den eigenen Erfahrungen mit dem „Suchtmittel“ konfrontiert wird. Dies hat zur Folge, daß man sich vom Suchtkranken absolut distanziert, weil die Problematik paradoxerweise eine sehr nahe ist.

Gerade weil Alkohol ein „Kulturgut“ ist, werden in der therapeutischen Behandlung Alkoholabhängiger enorm hohe Anforderungen in den Bereichen Disziplin, Selbstbeherrschung etc. an den zu Therapierenden gestellt, welche lebenslange Begleiter Alkoholkranker sind.

Herr Dr. Berensmann referierte kurz einige rechtliche Grundlagen zur Einrichtung einer Betreuung suchtkrank Menschen. Auf Unverständnis stieß bei vielen Teilnehmern die obergerichtliche Rechtsprechung, wonach das Vorliegen einer Suchterkrankung als solche noch keine Betreuerbestellung rechtfertigt, sondern eine weitere seelische Erkrankung hinzukommen müsse (Demenz, Halluzinationen, mnestiche Störungen etc.). Aus Zeitmangel wurde dieser Aspekt nicht vertieft, zumal die Betreuer nach ihrer gerichtlichen Bestellung grundsätzlich von einem rechtmäßigen Betreuungsbeschluss ausgehen dürfen.

Nach Darstellung diverser Fallbeispiele und sehr lebhafter Diskussionen wurde von den Teilnehmern versucht, handlungsleitende Maximen in der Betreuungsarbeit aufzustellen, die im folgenden benannt werden:

- *Betreuer ist kein Therapeut bzw. Betreuung ist keine Therapie*
- *Betreuer darf sich nicht instrumentalisieren lassen*
- *Betreuer muß sich gegenüber der Erwartungshaltung des Umfeldes des zu Betreuenden abgrenzen*
- *Betreuer hat die Selbstbestimmung des Suchtkranken zu achten und die Eigenverantwortlichkeit des zu Betreuenden zu fördern und zu stärken*
- *Betreuer hat vor allem die Existenzgrundlagen des Betreuten zu erhalten und zu sichern*
- *Betreuer kann als Hilfsmittel einen Betreuungsplan in Absprache mit dem Betreuten erstellen, in welchem sich Maßnahmen und Ziele an der speziellen Situation des Betreuten orientieren, was gleichzeitig eine „Erfolgskontrolle“ möglich macht*
- *Betreuer wird zur professionellen Distanz, Eigenkontrolle und Reflexion aufgefordert*
- *Betreuer muß sich vor der Position des Einzelkämpfers schützen (gute Vernetzung innerhalb des Versorgungssystems und Therapiesystems)*
- *Betreuer wird herausgefordert, die Sucht und deren Folgen aushalten zu können*

Die Frage, ob eine Betreuerbestellung eine geeignete Hilfe für Suchtkranke ist, wurde abschließend in der Weise beantwortet, daß es eine geeignete Hilfe für Suchtkranke sein kann, aber nicht für alle Suchtkranke! Hervorgehoben dabei wurde die Forderung, daß im Vorfeld eine umfassende Sachverhaltsaufklärung von seiten des Gerichtes und dessen Beauftragter erfolgen müsse, woraus ein klar definierter Beschluß mit konkreten Aufgabenkreisen resultiert!

XII. Vermeidung von Betreuung – durch Vollmacht?

Moderation: Thomas Klie / Dr. Walter Seitz

Protokoll: Catharina Rogalla

Die Arbeitsgruppe 12 setzte sich aus ca. 25 Teilnehmern zusammen, die den verschiedensten Berufsgruppen angehörten (Mediziner, Psychologen, (Sozial-)Pädagogen, Richter, Rechtsanwälte u. a.). Ein Angehöriger des Bundesverbandes der Psychiatererfahrenen nahm ebenfalls an der Arbeitsgruppe teil. Die Moderatoren führten in das Thema der Arbeitsgruppe ein.

Herr Dr. Seitz wies darauf hin, daß nach geltender Rechtslage gemäß § 1896 BGB „andere Hilfen“ gegenüber der Einrichtung einer Betreuung vorrangig seien. Er warf die Frage auf, was alles an „anderen Hilfen“ vorstellbar wäre und wo, insbesondere hinsichtlich einer Vollmachtserteilung, die Grenzen dieser anderweitigen Hilfen zu sehen sein müßten. So sei zu überlegen, eine Vollmacht auch ohne Geschäftsfähigkeit des Vollmachtgebers anzuerkennen, wenn die zu tätigen Geschäfte eher unbedeutend und der zugrundeliegende Sachverhalt unstrittig sei. Der Begriff der Vollmacht sei dabei weit zu fassen und sollte alle vorsorgenden Willenserklärungen bzw. Verfügungen (Betreuungsverfügung, Patiententestament u. ä.) beinhalten.

Insbesondere unter dem Blickwinkel des Grundgesetzes (Artikel 1 und 2 GG) wurde erörtert, ob es überhaupt als nachteilig bzw. zweitrangig angesehen werden müsse, wenn ein Betreuer bestellt werde. Eine Betreuung sei Ausdruck der Pflicht des Staates, die Würde des Menschen zu schützen.

Im Sinne des Art. 20 GG müsse dabei jedoch das Prinzip der Erforderlichkeit (Subsidiaritätsprinzip), welches § 1896 BGB beinhalte, gewahrt werden. Dies wiederum könne nur bedeuten, daß es bei einer Betreuerbestellung jeweils an der Möglichkeit einer freien Selbstbestimmung fehlen müsse.

In diesem Zusammenhang sei insbesondere Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG zu berücksichtigen und in die allgemeine Diskussion aufzunehmen.

Herr Prof. Klie vertiefte und strukturierte die von den Teilnehmern zusammengetragenen Überlegungen zum Erforderlichkeitsgrundsatz des § 1896 BGB in der Weise, daß er zwischen einer „primären Prävention“ und einer „sekundären Prävention“ vor Betreuungsbedürftigkeit unterschied.

Die „primäre Prävention“ beziehe sich auf die genannten Aspekte der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. So seien beispielsweise mehr Toleranz, eine bessere Infrastruktur (d. h. eine bessere Ausstattung der betreffenden Stellen, wie z. B. der sozial-psychiatrischen Dienste) und Qualitätssicherung in der sozialen Arbeit (so insbesondere bei den freiheitsentziehenden Maßnahmen und den Standards in Krankenhäusern und Pflegeheimen) sowie möglicherweise auch Ombudsfrauen/-männer (entsprechend einem Modell aus Skandinavien als Beschwerdestelle, die sowohl einzelfall- als auch systembezogen arbeiten könne) zu fordern.

Bei der „sekundären Prävention“ sei auf den Einzelfall abzustellen. Hier sei zu unterscheiden zwischen informellen bzw. professionellen (anderen) Hilfen auf der einen und wirksamen Vollmachten bzw. Verfügungen auf der anderen Seite.

Bei den informellen Hilfen sei insbesondere an die Familie (in Frankreich z. B. gäbe es eine Fürsorgepflicht der Familie, in deren Entscheidungskompetenz, ähnlich unserem elterlichen Sorgerecht, nur bei Pflichtenmißbrauch eingegriffen werde), an Freunde und an Selbsthilfegruppen zu denken.

Bei der professionellen (anderen) Hilfe sei insbesondere auf assessment-Verfahren und Konzile hinzuweisen, welche im Ausland häufig im Zusammenhang mit casemanagement-Ansätzen

zum Tragen kommen (so werde bei Krankenhausaufnahmen regelmäßig auch die Geschäfts- und Einwilligungsfähigkeit der Patienten untersucht).

Bei der Erteilung einer Vollmacht sei zu klären, welche Kompetenz beim Vollmachtgeber vorhanden sein müsse (ggf. differenziert nach finanziellen und höchstpersönlichen Belangen). Es sei zu fragen, ob z. B. diejenigen, die nie geschäftsfähig gewesen seien, die Möglichkeit einer Vollmachtserteilung ebenfalls nutzen könnten und schließlich, ob und wann eine Vollmacht eine Betreuung auch ablösen könne.

Schwerpunkt der Diskussion bildeten die Überlegungen zur „sekundären Prävention“. Es wurde erörtert, ob die sekundären Hilfen bei den geltenden Prinzipien der Betreuung – die Wünsche des Betroffenen sind zu respektieren, es besteht eine Verpflichtung zur Reflexion und eine Kontrolle von außen – einer Betreuung überhaupt vorzuziehen seien. Dieser Erwägung stünde jedoch grundsätzlich das Subsidiaritätsprinzip und das Recht des Einzelnen auf eine freie Selbstbestimmung entgegen.

Es bestand sodann Einigkeit unter den Teilnehmern, daß auch im Rahmen der sekundären Hilfen die verfassungsrechtlichen Grundsätze der Art. 2, 104 GG beachtet werden müßten. Hieraus würden sich entsprechend die Grenzen einer Vollmacht ergeben, welche insbesondere im Bereich der Personensorge zum Tragen kämen.

Die Erteilung einer Vollmacht für eine umfassende Personensorge wurde zwar für möglich erachtet, aufgrund von Art. 104 GG dürften Unterbringungen jedoch nur mit gerichtlicher Genehmigung erfolgen. Bei Unterbringungen sogar gegen den Willen des Vollmachtgebers könne eine Vollmacht nicht mehr Entscheidungsgrundlage sein, vielmehr müsse dann ein Betreuungsverfahren eingeleitet werden.

Gleiches müsse bei Entscheidungen nach § 1904 BGB gelten, in dessen Rahmen auch die Problematik lebensverlängernder Maßnahmen zu diskutieren sei.

Es bestand darüber hinaus Einigkeit, daß für die Erteilung einer Vollmacht Standards und ein geregelter Verfahren gelten müssen. Die Betreuungsstellen und -vereine sollten zur Beratung verpflichtet und befugt, Betreuungsstellen und Notare auch zu einer Vollmachtsbeglaubigung befugt werden.

Eine entsprechende Ergänzung im Betreuungsbehördengesetz wurde als sinnvoll erachtet.

Eine Vollmacht überhaupt nur beglaubigt wirksam werden zu lassen, wurde nicht befürwortet.

Die Entwicklung von Standards hinsichtlich der Beratung und des Inhalts von Vollmachten müsse interdisziplinär erfolgen.

Die Diskussionsteilnehmer sprachen sich für eine grundsätzlich zu fordernde Geschäftsfähigkeit des Vollmachtgebers aus. Die jeweilige Vorlage eines Attestes zur Frage der Geschäftsfähigkeit bei Vollmachtserteilung wurde jedoch nicht als erforderlich angesehen. Hier sollte vielmehr der juristische Grundsatz gelten, daß ein jeder solange als geschäftsfähig angesehen wird, bis seine Geschäftsunfähigkeit nachgewiesen ist. Die Benennung mehrerer Bevollmächtigter sei ohne weiteres möglich.

Es wurde angeregt, Vollmachtsformulare durch einen Arbeitskreis des Vormundschaftsgerichtstages in den nächsten zwei Jahren ausarbeiten zu lassen, um einem „Wildwuchs“ an Formularen entgegenwirken zu können. Auf dem nächsten Vormundschaftsgerichtstag im Jahre 1998 könnte sich dann eine Arbeitsgruppe mit dem Thema „Vollmachtsformulare“ befassen.

Die Ergebnisse der Arbeitsgruppe 12 lauteten:

Die Notwendigkeit des Instituts der Betreuung wird anerkannt. Sie folgt aus den Schutzpflichten des Staates. Der verfassungsrechtliche Grundsatz der Verhältnismäßigkeit, aus dem der Grundsatz der Subsidiarität folgt, und der Schutz der Selbstbestimmung gebieten aber ein Nachdenken über Alternativen in jedem Einzelfall. Weil es um die Bewahrung der mensch-

lichen Würde auch auf der Basis der Solidarität geht, dürfen für den Staat entstehende Kosten bei Entscheidungen nicht im Vordergrund stehen.

1. Die *Erteilung* einer Vollmacht durch Geschäftsfähige für persönliche Angelegenheiten wird grundsätzlich als zulässig angesehen. Dies gilt insbesondere auch für die Erteilung einer Vollmacht für Unterbringung und für freiheitsentziehende Maßnahmen im Sinne von § 1906 BGB.
2. Die *Durchsetzung* der Vollmacht gegen den aktuellen Willen des Betroffenen ist abzulehnen. In einem solchen Fall ist notfalls ein Betreuungs- und Unterbringungsverfahren einzuleiten. Äußert sich der Betroffene nicht oder ist er einverstanden, dann bedarf die Entscheidung des Bevollmächtigten für eine Maßnahme nach Absatz 1 der Genehmigung des Gerichts.
3. Entsprechendes (Absätze 1 und 2) gilt für Einwilligungen in *risikoreiche Behandlungen* im Sinne von § 1904 BGB.
4. Solche Vollmachten (Absätze 1 und 3) sind nur *schriftlich* wirksam. Die Beratung und eine Beurkundung/Beglaubigung durch Notar oder Betreuungsbehörde wird empfohlen.
5. Die *Betreuungsbehörden und Betreuungsvereine* sind zur Beratung, die Betreuungsbehörden sind zur Beglaubigung solcher Vollmachten berechtigt und verpflichtet.

Zusätze:

1. Eine Verpflichtung zur Erteilung einer Vollmacht oder eine Obliegenheit hierzu besteht nicht.
2. Standards für die Beratung und für die Erteilung und Fassung von Vollmachten müssen entwickelt werden.
3. An eine Ersatzbevollmächtigung sollte gedacht werden.
4. Über die Stellung und Aufgaben von Patientenanwalt/Ombudsmann oder ähnlicher Institutionen sollte eingehend nachgedacht werden. Dabei sollten Stellung und Aufgaben der Rechtsanwälte (mit Beratungshilfe) und anderer Gesprächspartner berücksichtigt werden.

XIII. Behandlungsvereinbarung erarbeiten – Betreuung und Zwangsmaßnahmen vermeiden

Ergebnisse

Moderation: Lutz Eisel / Rita Gänsbacher / Wolfgang Voelzke

1. Juristisch ist zu raten, zwischen *Altersvorsorgevollmacht* (NJW 1996, S.1583–1585) und *Behandlungsvereinbarung* oder *Patientenverfügung* zu unterscheiden.
2. Wir fordern die Psychiatrischen Kliniken auf, mit „ihren“ PatientInnen, insbesondere denen, die wiederholt behandelt werden, *differenzierte schriftliche Behandlungsvereinbarungen* abzuschließen. Ziel ist es, in Zeiten, in denen es PatientInnen besser geht und sie einsehens- und urteilsfähig sind, mit den behandelnden Fachleuten auszuhandeln und festzulegen, wie bei einer erneuten Krise und Klinikaufnahme angemessener und gezielter behandelt werden kann. Dies kann therapeutische Wirkungen haben und allen Beteiligten helfen, mit zukünftigen psychischen Krisen besser umzugehen. Die BetreuerInnen können hier die Initiative ergreifen und vermittelnd tätig werden.
3. Die Trennung der Aufgaben von *Sachverwalter* (Betreuer im deutschen Recht) und *PatientenanzwältInnen* in Österreich erreicht es, daß während der Zwangsunterbringung und Behandlung in psychiatrischen Kliniken die Interessen der PatientInnen gegenüber der Klinik besser vertreten werden.
Für Patientenverfügungen sieht § 10 Krankenanstaltengesetz in Österreich die gesetzliche Pflicht der ÄrztInnen vor, Patientenverfügungen zu beachten.
4. Die Rolle des *Verfahrenspflegers* muß genau geprüft werden. Es darf nicht bei einer Alibifunktion bleiben. Die Aufgaben des Verfahrenspflegers müssen *inhaltlich* gefüllt werden.

XIV. Was wird in Zukunft den guten Betreuer ausmachen? Sind Standards und Anforderungsprofile interdisziplinär definierbar?

Moderation: Andrea Diekmann / Anke Gregersen / Waltraud Sarna

Protokoll: Anke Gregersen

A) Zusammensetzung der Arbeitsgruppe:

Für die Arbeitsgruppe¹⁴ hatten sich insgesamt (einschließlich der Moderatorinnen) 31 Teilnehmerinnen und Teilnehmer gemeldet.

Bis auf die Moderatorinnen Andrea Diekmann und Anke Gregersen waren alle Teilnehmer als Berufsbetreuer, teils in einer Behörde, teils im Verein und teilweise freiberuflich, tätig.

Der überwiegende Teil der Teilnehmer hatte eine sozialpädagogische bzw. sozialarbeiterische Ausbildung absolviert. Aber auch Familientherapeuten, Diplom-Pädagogen, Psychologen und Diplom-Wirtschaftler waren vertreten.

B) Zum Verfahren:

Um die Problemstellung klar definieren zu können, stellten die Moderatorinnen zunächst die derzeitige Gesetzeslage dar (siehe dazu unter C).

Die Teilnehmer erarbeiteten danach in Kleingruppen Anforderungskriterien und Qualitätsstandards für Berufsbetreuer.

Die Ergebnisse der Kleingruppen wurden in der Arbeitsgruppe vorgetragen, ausgewertet und diskutiert. Diese Vorgehensweise hat sich angesichts der relativ großen Teilnehmerzahl positiv auf die Effektivität der Gruppe ausgewirkt.

Eine weitere Diskussionsrunde beschäftigte sich mit der Frage, wie angesichts der derzeitigen Gesetzeslage Qualitätsstandards durchgesetzt werden können.

C) Einleitung:

1.) Was sagt das Betreuungsgesetz derzeit über die Geeignetheit des Betreuers aus?

In § 1897 Abs. 1 BGB heißt es:

„Zum Betreuer bestellt das Gericht eine natürliche Person, die geeignet ist, in dem gerichtlich bestimmten Aufgabenkreis die Angelegenheiten des Betreuten zu besorgen und ihn hierbei im erforderlichen Umfang persönlich zu betreuen.“

Aus diesem Wortlaut wird deutlich, daß als Betreuer nur geeignet ist, wer

- Kenntnisse in bezug auf Krankheiten und Behinderungen hat, die es ihm ermöglichen, den Betreuten zu verstehen, mit ihm zu kommunizieren und Rehabilitations- bzw. Hilfsmöglichkeiten auszuschöpfen.
- Kenntnisse in bezug auf den Aufgabenkreis besitzt. Dies umfaßt sowohl Kenntnisse auf dem Gebiet des Rechts, der Medizin, des sozialen Netzwerks und wirtschaftliche Kenntnisse.
- die Fähigkeit zur persönlichen Betreuung besitzt, d. h. mit dem Betreuten kommunizieren kann und bereit und in der Lage ist, sich für die Belange des Betreuten einzusetzen. Dazu gehören auch zeitliche Ressourcen.

In der BT-Drucksache 11/4528 heißt es zur Definition des Begriffs „persönliche Betreuung“ auf Seite 125:

„Bestandteil der Eignung des Betreuers ist die Möglichkeit zur persönlichen Betreuung. Persönliche Betreuung bedeutet nicht Ausübung der Personensorge, sie ist vielmehr eine Art und Weise der Betreuung, die in allen Aufgabenkreisen – auch bei der Vermögenssorge – anzustreben ist. Persönliche Betreuung ist der Gegensatz zu einer anonymen Verwaltung von Vormundschafts- und Pflschaftsfallen, ...“

2.) *Reicht die vom Gesetz definierte Geeignetheit aus oder müssen Anforderungsprofile und Qualitätsstandards definiert werden?*

Die Kriterien des § 1897 BGB gelten sowohl für ehrenamtliche wie auch für Berufsbetreuer.

Der Arbeitsgruppe ging es jedoch nur darum, Qualitätsstandards und Anforderungsprofile für Berufsbetreuer zu erarbeiten, und zwar anhand der folgenden Fragen:

- Was heißt „geeignet“ im Sinne von § 1897 BGB? (Wer ist als Berufsbetreuer geeignet?)
- Ob und wie sollten Anforderungsprofile institutionalisiert werden?

D) Keine einheitliche Antwort

Die Frage, ob die jetzige Gesetzeslage ausreiche oder ob nur durch fest definierte Qualitätsstandards und Anforderungsprofile eine professionelle Betreuung gewährleistet werden könne, wurde von den Teilnehmern unterschiedlich beantwortet.

I) Die Geeignetheitskriterien des § 1897 BGB sind ausreichend

Diese Meinung wurde von einem Teilnehmer vertreten.

Auf diese Weise haben Mitglieder aller Berufsgruppen die Möglichkeit, Berufsbetreuer zu werden. Es ist für den Richter einfacher, den für den Einzelfall geeigneten Berufsbetreuer zu finden, weil er unter Betreuern, die aus verschiedenen Berufszweigen kommen, wählen kann.

Durch mehr Vielfalt ist eine größere Kreativität bei der Problemlösung möglich.

Die Qualität der professionellen Betreuung wird durch die Gerichte, deren Aufgabe es ist, die Betreuer zu beraten und zu kontrollieren, gewährleistet.

Voraussetzung sei allerdings, daß die Gerichte diese Beratungs- und Kontrollfunktion verstärkt ausüben.

II) Qualitätsstandards und Anforderungsprofile sollten definiert werden

Diese These wurde von der Mehrheit der Arbeitsgruppe vertreten. Anders ist Wildwuchs nicht zu verhindern. Es kann nicht angehen, daß ungelernete Kräfte auf einem so sensiblen Gebiet wie dem der Betreuung, wo es um die gesetzliche Vertretung behinderter und kranker Menschen geht, als Berufsbetreuer tätig werden. Dies ist auch gegenüber der Öffentlichkeit auf lange Sicht nicht vertretbar.

Das Anforderungsprofil sieht wie folgt aus:

1.) Fachkenntnisse

Ein Berufsbetreuer sollte daher über Kenntnisse auf folgenden Gebieten verfügen:

- medizinische Kenntnisse:
insbesondere Psychiatrie und Psychotherapie

- rechtliche Kenntnisse:
insbesondere Betreuungsrecht, Sozialrecht, Rentenrecht und Arbeitsrecht
- sozialpädagogische Kenntnisse und Kenntnisse des sozialen Netzwerks

2.) Persönliche Voraussetzungen

sollten

- geordnete persönliche und wirtschaftliche Verhältnisse (Führungszeugnis und Schufa-Auskunft als mögliche Zulassungsvoraussetzungen)
- Bereitschaft zu Fortbildung und Supervision
- menschliche Qualitäten, wie z. B. Einfühlungsvermögen, Fähigkeit zum Umgang mit Behinderten
- hohe Frustrationstoleranz

sein. Evtl. kommt wegen der für die Übernahme des Betreueramts erforderliche Lebenserfahrung auch ein Mindestalter in Betracht.

3.) Organisatorische Voraussetzungen

sind:

- ein leistungsfähiges Büro
- Kenntnisse der Büroorganisation
- Sicherstellung der Vertretung bei Krankheit und Urlaub.

E) Gibt es Berufe, die dieses Anforderungsprofil erfüllen?

Die Gruppe war sich einig, daß diese Qualitätsstandards in erster Linie von Sozialpädagogen/ Sozialarbeitern erfüllt werden.

Aber auch Angehörige anderer Berufsgruppen, wie z. B.

- Juristen
- Psychologen
- Pädagogen
- Verwaltungsfachleute
- Kaufleute

kommen in Frage.

Fehlende Fertigkeiten müßten durch zusätzliche Lehrgänge erworben werden.

F) Institutionalisierung

Die Arbeitsgruppe war sich einig, daß eine Institutionalisierung unerlässlich ist, wenn man das Erfordernis von Qualitätsstandards und Anforderungsprofilen bejaht. Dies ist auch deshalb erforderlich, um gegenüber der Öffentlichkeit das Berufsbild des professionellen Betreuers sicherzustellen.

Dabei sind verschiedene Möglichkeiten denkbar:

- Berufsbetreuung als Zusatzqualifikation für Sozialpädagogen/Sozialarbeiter
- Betreuung als eigenständiger Studien- bzw. Ausbildungsgang
- staatlich anerkannte Zertifikate oder eine Prüfungsordnung
- Lehrgänge und Praktika

– Zulassungsordnung und berufsständische Ordnung.

Denkbar wäre, daß sich Berufsbetreuer bei der Betreuungsbehörde bewerben und ähnlich wie bei Rechtsanwälten eine Zulassung erhalten.

Diese Zulassung könnte in einem Verzeichnis der anerkannten Berufsbetreuer ihren Niederschlag finden und die Betreuer befähigen, im gesamten Bundesgebiet tätig zu sein.

Unverzichtbar ist jedoch in jedem Fall der Bestandsschutz der jetzt tätigen Berufsbetreuer.

G) *Wie kann qualitativ hochwertige Berufsbetreuung bei der jetzigen Gesetzeslage sichergestellt werden?*

Die derzeitige Gesetzeslage bietet keine Handhabe, Berufsbetreuer zum Nachweis bestimmter Qualifikationen zu zwingen.

Qualitätsstandards können jedoch durch eine enge Zusammenarbeit zwischen Betreuungsbehörde und Gericht gesichert werden, indem z. B. in regionalen Gremien Anforderungsprofile erarbeitet werden, an die alle Beteiligten sich zu halten bereit sind.

H) *Über die Bestellung des Betreuers entscheidet der Richter*

Im vorliegenden Regierungsentwurf des Betreuungsrechtsänderungsgesetzes ist eine Novellierung der Geeignetheitskriterien für Betreuer nicht vorgesehen. Die im Regierungsentwurf vom 21. 11. 1996 vorgeschlagene Dreistufigkeit der Vergütungshöhe erschwert die Definition eines einheitlichen Berufsbildes.

Auch wenn vielleicht in Zukunft durch Gesetz oder wie auch immer festgelegt ist, wer sich als Berufsbetreuer bezeichnen darf, liegt die Entscheidung, welcher (Berufs-)Betreuer im Einzelfall der Geeignetste ist, beim zuständigen Vormundschaftsrichter.

Die Zulassung als Berufsbetreuer begründet keinen Anspruch darauf, in jedem Fall als Betreuer bestellt zu werden. Allenfalls erleichtert es dem Richter die Auswahl, wenn er weiß, daß er bei Berufsbetreuern bestimmte Fertigkeiten und Kenntnisse voraussetzen kann.

Letzendliches Kriterium für die Geeignetheit des Betreuers bleiben jedoch immer die Bedürfnisse des Betreuten.

XV. Ist die Reform reformbedürftig? Was sollte am Betreuungsgesetz verändert werden?

Moderation: Dr. Bernhard Knittel / Peter Winterstein

Protokoll: Horst Deinert

An der Arbeitsgruppe wirkten bis zu 35 Teilnehmer/innen mit. Sie unterteilten sich wie folgt: 3 Richter/innen, 3 Rechtspfleger/innen, 6 Behördenbetreuer/innen, 7 Vereinsbetreuer/innen, 8 freiberufliche Betreuer/innen, 7 Mitarbeiter von Ministerien, 1 Bundestagsabgeordnete.

Themenvorschläge der Moderatoren:

Der Entwurf des Betreuungsrechtsänderungsgesetzes sieht eine Reihe von Veränderungen im materiellen Recht, insbes. im Vergütungsbereich und im Verfahrensrecht vor. Er enthält aber einige Vorschläge nicht, die in Literatur und Praxis erörtert werden, z. B.:

- Beseitigung des Nachrangs des Vereins als Institution bei der Betreuerbestellung, § 1900 Abs. 1 BGB,
- Reduzierung des Anwendungsbereichs des § 1904 BGB durch Erhöhung der Gefahrenschwelle,
- Schaffung einer materiell-rechtlichen Ermächtigung für
 - das zwangsweise Öffnen der Wohnung des Betreuten,
 - Anwendung von Zwang gegen den Betreuten, z. B. bei ärztl. Behandlungen,
- Übertragung der Auswahl des Betreuers auf den Rechtspfleger bei gleichzeitiger Unterteilung der Entscheidungen in eine „Anordnung der Betreuung“ und „Auswahl des Betreuers“ (Gegenmeinung: Übertragung der Überwachung des Betreuers und der Folgeentscheidungen auf den Richter),
- Schaffung eines „frühen ersten Termins“, um voreilige und überflüssige Gutachteneinholung zu vermeiden,
- Reduzierung der Voraussetzungen für eine Betreuerbestellung in § 68b FGG auf ein „ärztliches Zeugnis, das sich zu den Anlaßerkrankungen i. S. von § 1896 Abs. 1 BGB äußert“,
- Regelung von Mindestpflichten des Verfahrenspflegers (Ermittlungspflicht, Besprechungspflicht, Dolmetscherfunktion),
- im Medizinrecht gesetzliche Befugnis von dem nicht einwilligungsfähigen Betroffenen nahestehenden Personen zur stellvertretenden Entscheidung – alternativ: Schaffung einer patientenanwaltsähnlichen Institution.

Diskussionsverlauf innerhalb der Arbeitsgruppe

Unter Einbeziehung der obigen Themenliste äußerten die Arbeitsgruppenmitglieder zu Beginn der Arbeit anhand eigener praktischer Erfahrungen einen gesetzgeberischen Handlungsbedarf bei einigen Fragestellungen, die zu folgender Systematik zusammengefaßt wurden:

1. Materielles Recht
 - 1.1. Einheitsentscheidung
 - 1.2. Unterbringungsähnliche Maßnahmen (§ 1906 Abs. 4 BGB)
 - 1.3. Zwangsanwendung/Medikamentengabe
 - 1.4. Zulassung von Berufsbetreuern
2. Verfahrensrecht
 - 2.1. früher erster (Anhörungs-)Termin

- 2.2. Verfahrenspfleger effizient?
 2.3. Absehen von (überflüssigen?) Anhörungen
 3. Betreuungsbehördenrecht
 3.1. Bedarfsplanung/Datenerhebung
 3.2. Betreuungsbeirat
 3.3. Betreuungshilfegesetz

Das Thema Betreuungsvergütung sollte nach den Wünschen der Moderatoren aus der Arbeitsgruppensdiskussion herausgehalten werden, um es am nächsten Tag im Gesamtplenium zu diskutieren. Aufgrund der zahlreich geäußerten Wünsche und der Anwesenheit der zuständigen Referenten des BMJ wurde ein Teil der Arbeitsgruppenzeit mit der Vorstellung des aktuellen Regierungsentwurfs und einer Diskussion hierzu verbracht.

Diskussion zu den einzelnen Themen:

1. Materielles Recht

1.1. Einheitsentscheidung

Zu diesem Thema erfolgten Statements der Teilnehmer in folgender Weise:

- der Verwaltungsaufwand bei den Vormundschaftsgerichten sollte zurückgefahren werden, überflüssige Kontrollen der Betreuerfähigkeit sollten unterbleiben,
- das Betreuungsverfahren sollte vereinfacht werden, damit der Betreuer schneller als bisher mit der Hilfe für die betroffenen Personen beginnen kann,
- die Anhörungen durch den Vormundschaftsrichter sollten vor anderen Verfahrenshandlungen erfolgen, damit der Richter nicht, wie z. Zt. angeblich häufig, vor vollendeten Tatsachen steht,
- die Einheitsentscheidung (des Richters) sollte beibehalten werden (Auffassung Winterstein unter Bezug auf den Richtervorbehalt - Art. 97 GG) - in dieser Frage konnte kein Konsens erzielt werden.

1.2. Unterbringungsähnliche Maßnahmen (§ 1906 Abs. 4 BGB)

und 1.3. Zwangsanwendung/Medikamentengabe

Die Thematik wurde gemeinsam diskutiert.

- Es wurde eine gesetzgeberische Klarstellung in § 1906 Abs. 4 BGB verlangt, wonach Medikamente nicht zur Freiheitsentziehung eingesetzt werden dürfen;
- eine derartige Medikamentenanwendung widerspreche dem Arzneimittelgesetz;
- hiergegen wurde aus Praxissicht eingewandt, daß auch jetzt schon bei einer Ruhigstellung durch Medikamente stets andere medizinische Indikationen seitens der Ärzte genannt (vorgeschoben?) würden;
- kein Konsens konnte zu der Frage gefunden werden, ob der § 1906 Abs. 4 BGB abgeschafft werden sollte; diskutiert wurde auch die Frage, ob Fixierungsmaßnahmen auch im häuslichen Bereich in die gerichtliche Genehmigungspflicht aufzunehmen wären;
- bei der Frage der Zwangsmedikation und des Betretens der Wohnung gegen den Willen des Betreuten wurde die fehlende gesetzliche Grundlage bemängelt.

1.4. Zulassung von Betreuern

sowie 3. Änderungen im Betreuungsbehördenrecht

Die Themen wurden ebenfalls gemeinsam diskutiert.

- Die Forderung nach einer Konkretisierung der Betreuungsbehördenfähigkeit im BtBG

wurde mehrfach gestellt, insbesondere als Wunsch nach einem modernen Sozialleistungsgesetz für Betreuungsbehörden („Betreuungshilfegesetz“ in Anlehnung an das entsprechende Gesetz für Minderjährige, das Kinder- und Jugendhilfegesetz).

- Es wurde wiederholt eingewandt, daß sich aufgrund der Entscheidung der Landesgesetzgeber, die Behördenfähigkeit den Kommunen als Selbstverwaltungsaufgabe zu übertragen, eine buntscheckige Betreuungslandschaft im Behördenbereich entwickelt habe, die vielerorts zu Einzelkämpfertum geführt und Qualitätsstandards für die Behördenfähigkeit unmöglich gemacht habe.
- Die Betreuungsbehörde sollte eine Bedarfsprüfung durchführen können, nicht zuletzt, um die Existenzgrundlage der vorhandenen Betreuer/Vereine nicht zu gefährden; hierzu wurde eingewandt, daß aufgrund der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes zur Berufsfreiheit („Apothekenurteil“) Beschränkungen sowohl für Gerichte wie auch Betreuungsbehörden bestehen.
- Ggf. sollte eine Konkretisierung des § 8 BtBG bez. der Benennung „geeigneter“ Betreuer stattfinden. Es blieb kontrovers, ob die Beurteilung der Geeignetheit von Betreuern der Einzelfallentscheidung des Richters überlassen bleiben soll oder ob objektive Kriterien für den Vorschlag durch die Betreuungsbehörde festgelegt werden sollten.
- Die Betreuungsbehörde sollte zu einer Bedarfsplanung beitragen und dazu entsprechende Datenerhebungen durchführen. Herr Winterstein gab hierzu an, daß dies vom Gesetzgeber bislang als Selbstverständlichkeit für die Grundlage der Arbeit angesehen wurde, aber offenbar an vielen Orten nicht stattfindet.
- In das Betreuungsbehördenrecht sollten (analog zum KJHG) Bestimmungen aufgenommen werden zur Beschäftigung und Fortbildung von Fachkräften, zur Delegation von Aufgaben an Betreuungsvereine und zur Betreuungsarbeitsgemeinschaft (Betreuungsbeirat). Auch Mitarbeiter des Vormundschaftsgerichtes sollten ausdrücklich als Teilnehmer der Betreuungsarbeitsgemeinschaft genannt werden.
- Die Förderung ehrenamtlicher Betreuer im BtBG sollte konkretisiert werden.
- Die Beratungspflicht der Betreuungsbehörde (§ 4 BtBG) sollte auch auf Bevollmächtigte ausgeweitet werden.

Das Thema Verfahrensrecht konnte aufgrund der Diskussion zum aktuellen Regierungsentwurf nicht behandelt werden.

Zur Frage der Reformbedürftigkeit der Reform generell wurde mehrfach der Einwand vorgebracht, daß vor einer erneuten Reform zunächst einmal das bisherige Betreuungsrecht in die Praxis umgesetzt werden müsse und dies nur durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit der Beteiligten möglich sei. Wo dies nicht der Fall sei, sei Ursache meist eine mangelhafte Zusammenarbeit auf örtlicher Ebene.

Regierungsentwurf zur Betreuungsvergütung

Die im späteren Verlauf der Arbeitsgruppe anwesenden Referenten des BMJ (Wagenitz/Barth) erörterten auf Wunsch der Anwesenden den am gestrigen Tag vorgelegten Regierungsentwurf, insbesondere die Veränderungen gegenüber dem Referentenentwurf vom Februar 1996.

Die beiden Referenten des BMJ erörterten Intentionen und Grundzüge des Regierungsentwurfes, speziell der Vergütungsfrage. Danach waren die Vorgaben an das BMJ zum einen, Kosten zu sparen, und zum anderen, die Praktikabilität der Vergütungsregelungen zu verbessern.

Ein Hauptbestandteil der beabsichtigten Neuregelung ist, an die nutzbaren Fachkenntnisse des Betreuers anzuknüpfen, die er in erster Linie durch einen qualifizierten Berufsabschluß erworben hat. Hier soll ein dreistufiger Vergütungsrahmen erstellt werden, der nach Art der Vorbildung die Höhe der Vergütung festlegt. Fachkenntnisse, die durch eine Ausbildung erworben sind, werden nur berücksichtigt, wenn sie geeignet sind, die Betreuungsführung zu erleichtern.

Zugleich wird eine gesetzliche Vermutung der konkreten Erforderlichkeit dieser Kenntnisse verankert.

Die Vergütungshöhe beträgt nach dem Regierungsentwurf:

- wenn keine nutzbaren Fachkenntnisse vorliegen, 35,-DM/Std.,
- wenn durch eine Berufsausbildung (Lehrberuf) nutzbare Fachkenntnisse vorliegen, 45,-DM/Std.,
- wenn durch ein Hochschul-/Fachhochschulstudium nutzbare Fachkenntnisse vorliegen, 60,-DM/Std.

Bei außergewöhnlichen Schwierigkeiten – also bei erheblichen zusätzlichen Problemen, die nicht bereits bei der Auswahl des Betreuers Berücksichtigung fanden, ist eine Erhöhung um jeweils 15,- DM möglich (auf 50,- DM, 60,- DM bzw. 75,- DM).

Begründung für diese Regelung ist, daß eine sachgerechte Risikoverteilung stattzufinden hat; zum einen soll der Betreuer von vorneherein wissen, mit welcher Vergütung er kalkulieren kann, zum anderen soll eine gerichtliche Eignungsprüfung bereits bei der Bestellung auch Überqualifikationen (mit der Folge entsprechend hoher Vergütung) vermeiden. Fehlentscheidungen des Gerichtes sollten nicht zu Lasten des Betreuers gehen; auch soll der z. Zt. zumeist immense Dokumentationsaufwand (für den Nachweis konkreter Schwierigkeiten) entfallen.

Da in der Praxis aber auch der Fall gegeben sein kann, daß für eine „einfache“ Betreuung nur hochqualifizierte Betreuer zur Verfügung stehen, soll das Gericht künftig die Möglichkeit haben, bei der Betreuerbestellung den Betreuer geringfügiger als notwendig qualifiziert zu bestellen. Beispiel: Für eine Betreuung wäre nur ein Betreuer ohne Fachkenntnisse nötig; es stehen aber nur Betreuer mit Fachkenntnissen aufgrund einer Hochschulausbildung zur Verfügung. Hier soll der Richter den Hochschulabsolventen bestellen können mit der Vorgabe, daß er nur so vergütet wird wie ein Betreuer ohne Fachkenntnisse. Sollte der Hochschulabsolvent hiermit nicht einverstanden sein, kann er die Übernahme der Betreuung ablehnen oder, wenn er sie annimmt, sich grundsätzlich mit der niedrigeren Vergütung zufriedengeben. Die dann vorgegebene Vermutung der geringfügigeren Qualifikation kann durch Einzelnachweis durch den Betreuer widerlegt werden.

Des weiteren soll es möglich sein, Pauschalbeträge bei Berufsbetreuern (auch Zeitlimits) zu vereinbaren. Ein solches Zeitlimit (welches nur für die Zukunft festgesetzt werden kann) kann auf Antrag des Betreuers verlängert werden. Hier wurde als Begründung angegeben, daß z. Zt. große Probleme bestehen, zwischen abrechnungsfähigen und nicht abrechnungsfähigen Betreuertätigkeiten zu unterscheiden. Abrechenbar seien derzeit keine rein tatsächlichen Hilfen, jedoch die die eigentlichen Rechtsgeschäfte vorbereitenden vertrauensbildenden Maßnahmen. Ein fester Zeitrahmen solle auch hier für mehr Sicherheit auf beiden Seiten sorgen.

Für Verfahrenspfleger sollen künftig die gleichen Vergütungsbestimmungen wie für Betreuer gelten; die Geltung der BRAGO für anwaltliche Verfahrenspfleger werde ausgeschlossen. Um der Rechtszersplitterung zu begegnen, werde die Zulassungsbeschwerde eingeführt; dies gelte sowohl für Fälle mittelloser als auch vermöglicher Betreuer. Zulassungsbeschwerde bedeutet, daß das Landgericht bei der Beschwerdeentscheidung im Einzelfall (besonders in grundsätzlich gelagerten Fällen) die weitere Beschwerde zum OLG zulassen kann.

Bei der Definition der Mittellosigkeit der betreuten Person sieht der Regierungsentwurf – anders als der Referentenentwurf vom Februar – keine Anknüpfung an die Prozeßkostenhilfebestimmungen mehr vor, sondern statt dessen an die Sozialhilfe (Hilfe in bes. Lebenslagen, §§ 81, 88 BSHG). Während bei einer teilweisen Mittellosigkeit bisher strittig war, wie zu verfahren ist, wird künftig bei teilweiser Mittellosigkeit eine Vorschußzahlung aus der Staatskasse an den Betreuer erbracht. Die Staatskasse kann 10 Jahre lang Regreß gegen den Betreuten nehmen, wobei von den Referenten als Hauptanwendungsfall der Rückgriff in den Nachlaß des verstorbenen Betreuten genannt wurde. Begründung hierfür seien allgemeine Gerechtigkeitsabwägungen, da die erbberechtigten Familienangehörigen schließlich während der Laufzeit der Betreuung auf-

grund der Bestellung des familienfremden Berufsbetreuers von familiären Pflichten entlastet wurden und somit nach dem Tod nicht zusätzlich profitieren sollten. Zur Entlastung der Justizmitarbeiter ist weiterhin vorgesehen, daß die Staatskasse in einem vereinfachten Verfahren auf die Ansprüche verzichten kann, wenn die einzuziehenden Beträge außer Verhältnis zum Verwaltungsaufwand ständen.

In der darauf folgenden Diskussion zur Frage der Reform der Betreuervergütung wurden insbesondere Befürchtungen laut, daß die Regelungen de facto einen Verzicht auf den Primat der Ehrenamtlichkeit bedeuteten und daß aufgrund der weiterhin schlechten Landesförderung der Betreuungsvereine im Kontext mit der genannten Neuregelung diese um ihre Existenz fürchten müssen. Insgesamt sei eine erhebliche Verschlechterung der Qualität der Betreuungsarbeit zu befürchten, da mit massivem Auftreten unqualifizierter „Billigbetreuer“ gerechnet werden müsse. Diese Gefahr wurde von seiten der Referenten des BMJ durchaus geteilt, jedoch sei eine Ursache der Neuregelung auch, daß die Erwartungen, die in den letzten fünf Jahren in die Querschnittstätigkeit der Betreuungsvereine und -behörden gesteckt wurden, weitgehend nicht erfüllt wurden und die Landeshaushalte durch enorme Steigerungen der Vergütungszahlungen für Berufsbetreuer über Gebühr beansprucht würden.

Thesen der Arbeitsgruppe 15

Folgende Thesen wurden für das Plenum zusammengestellt:

1. Die Gründe für die *Einbeitsentscheidung*, d. h. die gleichzeitige Entscheidung über die Gründe der Betreuung und die Auswahl des Betreuers, bestehen fort. Ein Änderungsbedarf wird nicht gesehen.

2. Die richterliche Kontrolle von *unterbringungsähnlichen Maßnahmen* (z. B. Fixierungen, Bettgitter u. ä.) nach § 1906 Abs. 4 BGB wirft praktische Schwierigkeiten auf, weil die Gerichte häufig auf die Angaben der Einrichtung und des Sachverständigen als wesentliche Erkenntnisquelle angewiesen sind. Gegenwärtig sollte die Vorschrift bleiben, zumal sie auch dazu beiträgt, daß solche Maßnahmen von vorneherein unterbleiben oder aber zumindest in der Einrichtung selbst kritischer geprüft werden.

Unterbringungsähnliche Maßnahmen in der *häuslichen Umgebung* des Betroffenen sollten eine rechtliche Grundlage erhalten.

Ob *Medikamente* als unterbringungsähnliche Maßnahmen ausdrücklich aus dem Anwendungsbereich der Norm herausgenommen werden sollten, muß näher geprüft werden.

3. Die Befugnis des Betreuers zum *Betreteten der Wohnung* gegen den Willen des Betroffenen sollte gesetzlich geregelt werden.

Ob die Anwendung von *Zwang bei der Verabreichung von Medikamenten* gegen den Widerstand des einwilligungsunfähigen Betroffenen einer gesetzlichen Regelung und einer gesonderten gerichtlichen Genehmigung bedarf, sollte näher geprüft werden.

4. Zur Förderung der Vorsorgevollmacht als Alternative zur Betreuung sollte eine *Beratungspflicht auch gegenüber dem Bevollmächtigten* gesetzlich verankert werden.

Ferner sollte geprüft werden, ob die Pflicht zur *Bedarfsplanung* durch die Betreuungsbehörden in das Gesetz aufgenommen wird.

Ein verbindliches *Berufsbild* für Berufsbetreuer existiert bisher nicht. Ob über Mindestanforderungen hinaus ein Berufsbild festgelegt werden sollte, ist hoch strittig.

Näherer Prüfung bedarf, ob ein *Zulassungsverfahren* durch die Betreuungsbehörde gesetzlich vorzusehen ist.

Die Verpflichtung zur *Förderung der Ehrenamtlichkeit* sollte im Betreuungsbehördengesetz konkretisiert werden.

Reihe Rechtstatsachenforschung



Vaskovics/Rost/Rupp

Lebenslage nichtehelicher Kinder

Rechtstatsächliche Untersuchung zu
Lebenslagen und Entwicklungsverläufen
nichtehelicher Kinder

Das Werk gibt einen Überblick über die quantitative Bedeutung von nichtehelichen Kindern und die Entwicklung von nichtehelichen Geburten sowie den Forschungsstand und die Thematisierung der Elternschaft in der sozialwissenschaftlichen Forschungsliteratur.

Dabei wird auch auf die familien- und rechtspolitischen Diskussionszusammenhänge Bezug genommen. Im Anschluß daran werden theoretische Überlegungen für die Konzeption der Untersuchung erläutert und die daraus resultierenden Erkenntnisziele und Forschungsfragen der Studie beschrieben.

ISBN 3-88784-780-6

1997, 280 Seiten, 16,5 x 24,4 cm, gebunden,
DM 98,- zzgl. Versandkosten

 **Bundesanzeiger Verlag**
Postfach 10 05 34 - 50445 Köln

Peter Michael Hoffmann

Familienangehörige als vormundschaftsgerichtlich bestellte Betreuer

Das im Jahre 1992 in Kraft getretene
Betreuungsgesetz (BTG) hat ein fast 100 Jahre
geltendes Recht völlig neu gestaltet.

Damit wurde das damals geltende Recht der
Entmündigung, der Vormundschaft über
Volljährige und der Gebrechlichkeitspflegschaft
abgelöst. Dennoch ist das Betreuungsrecht
heute in seinen tragenden Grundsätzen kein
neues Rechtsgebiet. Es geht um erwachsene
Personen, die heute wie früher durch Krankheit
oder Behinderung in ihrer rechtlichen
Autonomie und in ihrer sozialen Kompetenz so
beeinträchtigt sind, daß sie persönlicher Hilfe
bedürfen. Zwei Drittel und mehr aller
Betreuungen wurden und werden ehrenamtlich
geführt und von diesen sind etwa drei Viertel
familienangehörige Betreuer.

Im Mittelpunkt des Werkes stehen Frage-
stellungen, die Zielsetzungen und Leitideen
des neuen Rechts in ihrer tatsächlichen
Geltung unter gesellschaftlichen und
ideologischen Einflüssen auszuleuchten
versuchen. Eine gesellschaftsbezogene und
ideologiekritische Betrachtungsweise will vor
allem deutlich machen, daß das neue Recht
nicht nur bindende Regeln setzt, sondern auch
gestaltungs offen ist, also implizit dazu
auffordert, bestehendes Recht in Frage zu
stellen und neue Wege zu beschreiben.

Der Einfluß
primärer Netzwerke und
sozialer Unterstützung
im Betreuungswesen

ISBN 3-88784-686-9
1996, 288 Seiten, 16,5 x 24,4 cm, kartoniert,
DM 46,- zzgl. Versandkosten

 **Bundesanzeiger Verlag**
Postfach 10 05 34 - 50445 Köln

Christa Schumacher

Freiheitsentziehende Maßnahmen mit mechanischen Mitteln bei der Betreuung gebrechlicher Menschen

Recht und Praxis der Fixierung

Erstmals im deutschen Recht sind seit dem Inkrafttreten des Betreuungsgesetzes 1992 freiheitsentziehende Maßnahmen gegenüber gebrechlichen Menschen mit der neu aufgenommenen Vorschrift des § 1906 Abs. 4 BGB normiert worden. Der Gesetzgeber hat mit diesem ersten Schritt auf die Bedeutung jeder einzelnen Fixierung als Freiheitsentziehung und auf deren Folgen aufmerksam gemacht. Seither ist die Praxis der Fixierung etwas aus der Grauzone eines praktisch rechtsfreien Raumes gerückt und hat die Verantwortlichen zunehmend sensibilisiert.

Das Werk befaßt sich eingehend mit

- den Ursachen, Notwendigkeiten und der Verhältnismäßigkeit von Fixierungen,
- der gegenwärtigen zivilrechtlichen Lage für freiheitsentziehende Maßnahmen,
- der Rolle des Verfahrenspflegers und des Betreuers bei Fixierungen und
- mit besonderen Rechtsproblemen bei deren Anwendung.

Die Verfasserin hat zehn ausführliche Fallbeispiele von Fixierungen recherchiert. Anhand von Einzelbiographien werden die individuell notwendigen Fixierungsmaßnahmen dargestellt und die Diskrepanz zwischen den bestehenden Genehmigungsvorschriften und der Wirklichkeit, wie sie durchaus im wohlverstandenen Interesse der Betroffenen durchgeführt wird, erörtert. Der aktuelle rechtspolitische Bezug ist der Zusammenhang von Freiheitsentziehung und Bevollmächtigung bzw. Vollmacht.

ISBN 3-88784-782-2

1997, 228 Seiten, 16,5 x 24,4 cm, kartoniert,
DM 39,80 zzgl. Versandkosten

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

Besuchen Sie uns auch auf im Internet! <http://www.bundesanzeiger.de>

ISBN 3-88784-761-X