

Stellungnahme

Diakonie 
Bundesverband

Diakonisches Werk
der Evangelischen Kirche
in Deutschland e.V.

Freiheit, Sicherheit und Schutz der Unversehrtheit der Person – Konsequenzen der Artikel 14 und 17 der UN-Behindertenrechtskonvention für die Psychiatrie

Berlin, den 10. Oktober 2012

Vorstand Sozialpolitik

Maria Loheide
Caroline-Michaelis-Str.1
10115 Berlin
Telefon +49 (0)30 65211-1632
Telefax +49 (0)30 65211-3632
loheide@diakonie.de

Politische Forderungen und notwendige gesetzgeberische Änderungen aus Sicht der Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband

1. Einführende Bemerkungen

Die Zahl der Menschen mit seelischer Behinderung oder psychischer Erkrankung, die gegen ihren Willen in eine psychiatrische Klinik eingewiesen werden, steigt seit den 90er Jahren kontinuierlich an. Circa 10 Prozent der psychiatrischen Patientinnen und Patienten in Kliniken sind von Zwangsmaßnahmen betroffen¹. Vor allem Unterbringungen nach dem Betreuungsrecht steigen deutlich. Betroffen sind davon sehr oft Menschen mit psychischen Erkrankungen und mit (schweren) Abhängigkeitserkrankungen, die meist in prekären wirtschaftlichen Lagen leben. Auch freiheitsentziehende Maßnahmen in Heimen und Einrichtungen, in denen Menschen ohne Unterbringungsbeschluss leben, nehmen zu².

Die Diakonie fordert alle Akteure der Politik, der Justiz, der Leistungsträger und der Leistungserbringer dazu auf, gemeinsame Anstrengungen für eine weitestgehend zwangsfreie Psychiatrie zu unternehmen. Hierzu zählen neben konkreten Gesetzesänderungen im Betreuungsrecht und den Psychisch-Kranken- bzw. Unterbringungsgesetzen auch strukturelle Weiterentwicklungen im Gesundheitssystem- und den psychosozialen Hilfesystemen sowie die Etablierung ganzheitlicher Behandlungsstrategien mit Alternativen zu Zwangsmaßnahmen³.

Das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung trat mit Wirkung vom 26. März 2009 in Deutschland in Kraft, nachdem der deutsche Ratifikationsprozess mit Beschlüssen der Bundesregierung, des Bundestages und des Bundesrates im Dezember 2008 abgeschlossen wurde. Damit hat sich Deutschland zu einer verlässlichen Umsetzung der Konventionsrechte verpflichtet.

¹ Martin Driessen (2012): Traumatisierung im psychiatrischen System – sensible Gestaltung von therapeutischen Milieus, Prozessen und Interventionen. Vortrag auf der Psychiatriejahrestagung vom Bundesverband evangelische Behindertenhilfe und Diakonie Bundesverband.

² Martin Kristen (Bundesverband der Berufsbetreuer/ BdB) beim Fachtag der LIGA Thüringen und der DGSP LV Thüringen in Kooperation mit dem Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit am 25. November 2010.

³ Die Stellungnahme wurde im Rahmen einer Projektgruppe im Diakonie Bundesverband unter Mitarbeit von Doris Ayena, Astrid Giebel, Dr. Heiner Melchinger, Margret Osterfeld, Johannes P. Petersen, Dr. Katharina Ratzke, Ralph Sattler, Sieglind Scholl, Nina Skorobohaty und Sabine Wetzels-Kluge erstellt.

In den Artikeln 14 und 17 ist Folgendes niedergelegt:

Artikel 14 Freiheit und Sicherheit der Person

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

Artikel 17 Schutz der Unversehrtheit der Person

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

Die Diakonie sieht in dem menschenrechtlichen Ansatz der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) eine große Chance, um entsprechende Reformanliegen in der Psychiatrie voranzubringen.

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

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

Dabei ist zu beachten, dass Zwangsmaßnahmen immer äußerst belastend sind und zu (Re-)Traumatisierungen bei denjenigen führen (können), die ihnen ohnmächtig ausgesetzt und ausgeliefert sind⁴. Gegen den eigenen Willen untergebracht oder behandelt zu werden, kann bedeuten, das Vertrauen zu den Personen zu verlieren, die einem nahe stehen und auf die man besonders angewiesen ist. Es kann auch dazu führen, dass in weiteren Krisen- oder Krankheitsphasen Hilfen entweder gar nicht oder erst sehr spät in Anspruch genommen werden. Was wiederum dazu beitragen kann, dass Zwangsmaßnahmen zur Anwendung kommen.

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

In diesen Situationen sind, aus Sicht der Diakonie Deutschland, Zwangsmaßnahmen als ultima ratio legitim. Gleichzeitig wissen wir, dass es in der Psychiatrie nach wie vor zu viele vermeidbare und unzulässige

⁴ Vgl. die Ausführungen in dem Positionspapier der Verbände des Kontaktgesprächs Psychiatrie.

Zwangsmaßnahmen gibt. Neben diesem Problem besteht das Risiko, dass im Namen der Selbstbestimmung Menschen, die aufgrund ihrer Erkrankung oder anderer Gründe nicht aktiv nach Hilfe suchen bzw. diese ablehnen, in großer seelischer Not und schwierigen Lebenslagen sich selbst überlassen werden.

Die sehr unterschiedlichen Unterbringungsraten in den verschiedenen Regionen in Deutschland – auch bei gleichen rechtlichen Voraussetzungen und bei vergleichbaren Versorgungsgegebenheiten – verdeutlichen, dass die materiellen Rahmenbedingungen allein kein ausreichendes Instrument darstellen, um eine einheitliche Praxis herzustellen⁵.

Neben der konkreten Versorgungssituation vor Ort spielen Haltungen der beteiligten Professionellen, Qualitätsstandards und verbindliche Verfahren beim Vermeiden möglicher Zwangsmaßnahmen, aber auch beim Einsatz von Zwangsmaßnahmen eine große Rolle.

Durch die beiden Urteile des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2011 und die Beschlüsse des Bundesgerichtshofs zur Zwangsbehandlung aus dem Jahr 2012 hat die Debatte um die Grundrechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen noch einmal an Relevanz gewonnen.

Die Diakonie Deutschland fordert vor diesem Hintergrund den Bund und die Länder auf, sowohl das Betreuungsrecht als auch die einzelnen Psychisch-Krankengesetze unverzüglich so zu überarbeiten, dass nicht vermeidbare Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie mit Grundrechten und der UN-Behindertenrechtskonvention in Einklang stehen. Konkrete Formulierungsvorschläge für notwendige Änderungen des Betreuungsrechts werden im 4. Kapitel gemacht.

Doch nicht allein der Gesetzestext, sondern vor allem auch die gelebte Rechtpraxis bestimmen maßgeblich darüber, ob der menschenrechtliche Ansatz der UN-Konvention zur Wirkung kommt und mit Leben gefüllt werden kann. Welche Rahmenbedingungen in der Justiz und im Betreuungswesen und welche Qualifizierungen der Beteiligten hier erforderlich sind, wird im 5. Kapitel ausführlicher dargestellt. Auch hier mahnt die Diakonie dringende Reformen an.

Darüber hinaus lassen sich nach wie vor in zu vielen Fällen Zwangsmaßnahmen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere bei schweren und chronisch verlaufenden Störungen, auch auf bestehende Versorgungslücken im psychiatrischen Hilfesystem zurückführen. Diesen gesellschafts- und gesundheitspolitischen Missstand gilt es aus Sicht der Diakonie immer wieder in die politischen Diskussionen zu bringen. Es sind gesellschaftliche Wertediskussionen darüber zu führen, welche Bedeutung die Durchsetzung von Menschenrechten für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen in unserer Gesellschaft haben soll. Dabei steht außer Frage, dass eine ernsthafte Umsetzung der UN-BRK zur Folge haben muss, dass vorhandene, gesellschaftliche Ressourcen durch politische Prioritätensetzung anders verteilt und umgeschichtet werden.

Die Versorgungslücken beruhen z.T. auf fehlenden Angeboten im ambulanten Bereich und dort vor allem bei aufsuchenden und niedrigschwelligen Hilfen. Die Fehl- und Unterversorgung hängt oft mit finanziellen Fehlanreizen im Gesundheitssystem bzw. einer ungerechten Verteilung der zur Verfügung stehenden Ressourcen zusammen. Die Einführung von immer mehr Wettbewerbselementen im Gesundheits- und Sozialbereich hat dazu geführt, dass Angebote für leichter Erkrankte zunehmen, während Menschen mit chronischen und schweren Erkrankungen zunehmend ausgegrenzt werden.

Ein weiteres erhebliches Problem besteht in der Fragmentierung der Hilfestrukturen aufgrund unterschiedlicher zuständiger Sozialgesetzbücher und unterschiedlicher Finanzierungssysteme. Hilfen wie aus einer Hand sind nach wie vor die Ausnahme. Stattdessen werden die Hilfen zerstückelt und es kommt immer wieder zu Beziehungsabbrüchen. Doch gerade Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf brauchen tragende und haltgebende Strukturen, in denen eine konstante Bezugsperson verlässlich – auch über lange Zeiträume – zur Verfügung steht. Es braucht genug Zeit, um sich auf die besondere Situation von Menschen in großer seelischer Not einzulassen und mit ihnen gemeinsam einen für sie guten Weg zu finden.

Die mangelhafte Kooperation und Koordination der unterschiedlichen Leistungsträger im Verwaltungshandeln vor Ort unterlaufen und konterkarieren die Intentionen des SGB IX.

⁵ Vgl. Heiner Melchinger (2009): Zivilrechtliche Unterbringungen. In: BtPrax 2/2009, S. 59-61.

2. Die aktuelle (Versorgungs-)Situation

Folgende aktuelle Beispiele sollen deutlich machen, dass die Verletzung von Persönlichkeits- und Grundrechten bei Menschen mit psychischer Erkrankung nicht der Vergangenheit angehören. Andererseits wird aufgezeigt, wie eine Zwangsunterbringung neue Perspektiven eröffnen konnte.

Hilfeplankonferenz 2012

Herr Nielsen, der die Diagnose „paranoid-halluzinatorische Psychose“ erhalten hat, wohnt in einem offenen Wohnheim. Dort hat er sich gut eingelebt. Immer wieder kommt es jedoch zu Konflikten mit den Mitarbeitenden, da Herr Nielsen überall raucht, auch im Bett. Die Mitarbeitenden befürchten, dass Herr Nielsen nicht nur Brandflecken in der Bettwäsche verursachen könnte, sondern Schlimmeres passiert. Sein gesetzlicher Betreuer hat deshalb die Unterbringung nach § 1906 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) beantragt. Herr Nielsen kommt in ein Pflegeheim – weit entfernt von seinem bisherigen Lebensmittelpunkt, wo die Zigaretten für alle stündlich eingeteilt werden.

Das geschlossene Wohnheim

Herr Becker, 35 Jahre, fiel im Einkaufszentrum auf, weil er laut vor sich hin sprach, meist zu wenig bekleidet und stark unterernährt war. Immer wieder hatte ihn die Polizei in die Psychiatrie gebracht. Dort war eine „paranoid-halluzinatorische Psychose“ diagnostiziert worden. Sobald er wieder entlassen wurde, weil es ihm besser ging, lehnte er alle weiteren, ambulanten Betreuungsangebote ab und nahm seine Medikamente nicht mehr ein. Kurz danach fiel er wieder mit seinen Verhaltensweisen auf und wurde erneut eingewiesen. Dies ging ein paar Jahre so, bis sein gesetzlicher Betreuer für ihn die Unterbringung nach § 1906 BGB beantragte.

In einem geschlossenen Wohnheim der Eingliederungshilfe lebte Herr Becker die erste Zeit vor sich hin, sichtlich mit den inneren Verwicklungen beschäftigt. Nach zwei Jahren fing er an, die Kontakte mit den Mitarbeitenden zu schätzen und anzunehmen. Er verstand immer mehr, warum es wichtig ist, regelmäßig seine Medikamente zu nehmen. Aber vor allem konnte er nachvollziehen, dass es ihm nicht gut tut, stundenlang im Einkaufszentrum zu stehen und sich von den dortigen Reizen überfluten zu lassen. Inzwischen hat Herr Becker wieder Kontakt zu seiner Familie aufgenommen. Im Tagescafé des gemeindepsychiatrischen Zentrums knüpft er vorsichtig neue Kontakte und hat dabei auch sein altes Hobby, das Schachspiel, wiederentdeckt. Herr Becker ist nach vier Jahren in eine Wohngemeinschaft gezogen, in der er und seine Mitbewohner vom Wohnheim-Team ambulant weiter betreut werden.

Bericht einer Besuchskommission im psychiatrischen Krankenhaus

Acht Tage nach der Entbindung von ihrem zweiten Kind hatte die 25-jährige Frau Kramer in Begleitung ihrer Eltern freiwillig die Klinik aufgesucht. Frau Kramer war wie viele junge Mütter überfordert und zeigte depressive Symptome. Der „Fall“ wurde vom Stationsarzt vorgestellt mit der Erläuterung, Frau Kramer habe eine postpartale Psychose, daher habe sie initial zweimal zwangsweise ein Neuroleptikum gespritzt bekommen und sei fixiert worden. Jetzt werde sie mit einem anderen Neuroleptikum oral behandelt. Stillen würde sie nicht mehr, sie sei durch die Klinik medikamentös abgestellt worden. Der Antrag auf Unterbringung nach Psych-KG sei von der Klinik wegen Selbstgefährdung gestellt worden, weil die junge Frau verstummt, wahnhaft und krankheitsuneinsichtig sei. Eine konkretere Gefährdungsbegründung fehlte. Das Protokoll der gerichtlichen Anhörung hebt auf Fremdgefährdung ab, da „die Patientin beinahe ihr Kind fallen gelassen“ habe. Frau Kramer berichtete, sie habe in der Klinik „erst mal zur Ruhe kommen“ wollen, Medikamente habe sie wegen des Stillens abgelehnt. Es sei ihr nicht gesagt worden, dass sie Medikamente zur Unterdrückung der Milchproduktion bekäme. Offensichtlich gab es gar nicht den Versuch, mit der jungen Mutter ins Gespräch über Behandlungsmöglichkeiten und -ziele zu kommen. Eine Zwangsunterbringung wurde veranlasst, um die juristische Handhabe zur Zwangsmedikation zu haben. Das Gericht merkte zumindest, dass die Selbstgefährdung nicht haltbar ist und beschließt auf Fremdgefährdung. Die Rechte der jungen Frau finden kein Gehör⁶.

⁶ Das Beispiel wurde bereits in der Zeitschrift Psych Pflege 2012 veröffentlicht.

In Bezug auf Menschen mit langwierigen, psychischen Erkrankungen/seelischer Behinderung kann von einer Fehl- und Unterversorgung bei psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen und Angeboten der medizinischen Rehabilitation ausgegangen werden. Die defizitäre Behandlungssituation trägt oft zu einem nicht unerheblichen Anteil zur Chronifizierung psychischen Leidens bei.

In den letzten Jahren ist ein Rückzug niedergelassener Fachärztinnen und Fachärzte von der psychiatrischen Grundversorgung aus wirtschaftlichen Gründen zu verzeichnen. Darüber hinaus macht sich auch in diesem Bereich der ärztliche Fachkräftemangel zunehmend bemerkbar.

Es fehlt eine flächendeckende Versorgung mit Soziotherapie und häuslicher Krankenpflege für psychisch Kranke. Die traditionelle psychotherapeutische Versorgung geht vielfach an den Bedarfen und Bedürfnissen von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen vorbei. Ambulante komplexe Leistungen, die dem mehrdimensionalen Charakter gerade auch chronisch psychischer Erkrankungen gerecht werden würden und seelische Behinderungen zum Teil vermeiden könnten, fehlen weitestgehend. Auch die personelle und finanzielle Ausstattung der Sozialpsychiatrischen Dienste wird deren Aufgaben kaum noch gerecht. Darüber hinaus gibt es in Deutschland zu wenig Krisendienste, die rund um die Uhr und an allen Tagen Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Bezugspersonen in eskalierenden Krisensituationen zur Verfügung stehen.

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

Im Bereich der psychiatrischen Rehabilitation fehlen für Menschen mit psychischen Erkrankungen/seelischen Behinderungen ebenfalls flächendeckende Angebote.

Parallel zu den aufgezeigten Versorgungsdefiziten im Gesundheits- und Rehabilitationssystem lässt sich auch im Bereich der Eingliederungshilfe die Tendenz beobachten, dass Leistungsträger Teilhabeleistungen zunehmend restriktiver bewilligen. Sei es, dass der Anspruch negiert und auf vorrangige Leistungsträger verwiesen wird (ohne dass deren Leistungen überhaupt vorhanden wären), sei es, dass der Leistungsumfang in einer Art und Weise reduziert wird, die eine angemessene und individuell zugeschnittene Begleitung zum Teil nicht mehr möglich macht. Der Vorrang ambulanter vor stationärer Hilfen, der aus fachlicher Sicht durchweg zu unterstützen ist, setzt jedoch auch ein entsprechendes vor- und nachsorgendes Hilfesystem voraus. Fehlt dieses, lebt ein Teil der betroffenen Menschen ohne ausreichende Hilfe zu Hause. Andere werden entweder in Einrichtungen der Altenhilfe abgeschoben oder landen auf der Straße bzw. in Notunterkünften. Die Familien und Angehörigen sind – sofern noch Kontakte bestehen – oft die einzigen, die vielfach über lange Zeiträume Hilfestellung leisten. In vielen Fällen sind sie damit überfordert und erhalten ebenfalls zu wenig Unterstützung.

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

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

3. Notwendige Weiterentwicklung des Gesundheitssystems und der psychosozialen Hilfesysteme zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen

Im Fünften Sozialgesetzbuch ist im § 27 rechtlich normiert, dass bei der Krankenbehandlung den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen ist. Darüber hinaus formuliert Artikel 25 der UN-BRK das Recht von Menschen mit Behinderung auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung. Die Vertragsstaaten sind aufgefordert, Gesundheitsleistungen so gemeindenah wie möglich zu erbringen. Auch die Dienste und Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie/Eingliederungshilfe sind so auszustatten und vorzuhalten, dass sie gerade Menschen mit schweren und chronifizierten psychischen Erkrankungen ein Höchstmaß an Selbstbestimmung ermöglichen und die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens gewährleisten (vgl. Artikel 26 UN-BRK).

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

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

Konkret heißt dies:

1. Da die Anwendung von Zwangsmaßnahmen immer nur die ultima ratio sein darf, fordert die Diakonie den Gesetzgeber auf, im Rahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes eine bundesweite und einheitliche Regelung für regionale Krisendienste oder -zentren mit einer 24-Stunden-Präsenz und aufsuchenden Teams zu schaffen. Diese Dienste bzw. Einrichtungen sollen übergangsweise auch denjenigen offen stehen, für die zunächst und unter Zeitdruck in der Region keine geeignete Hilfe angeboten werden kann.
2. Eine ausreichende finanzielle und personelle Ausstattung der Sozialpsychiatrischen Dienste ist im Rahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sicherzustellen. Schon jetzt können viele freierwerdende Arztstellen nicht bzw. nur stundenweise besetzt werden. Die ambulante, aufsuchende Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte der Sozialpsychiatrischen Dienste ist über die Krankenversicherung zu finanzieren. Eine umfassende und bei Bedarf auch aufsuchende Behandlung durch niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater, auch ergänzend zur medikamentösen Behandlung, muss sich in der Honorierung widerspiegeln.
3. Soziotherapie und ambulante häusliche Krankenpflege für Menschen mit psychischer Erkrankung/seelischer Behinderung müssen durch entsprechende vertragliche Regelungen der Krankenkassen mit den Leistungserbringern flächendeckend angeboten werden. Zudem müssen die Richtlinien für diese Leistungen weiterentwickelt werden. Auch die ambulante Psychotherapie bei schweren psychischen Erkrankungen ist neu auszurichten und flächendeckend vorzuhalten. Um den bestehenden individuellen Rechtsanspruch auf diese Leistungen nach dem SGB V zu stärken, sollte der Zugang zu Gesundheitsleistungen beispielsweise durch das Patientenrechtegesetz normiert werden. Dies kann durch die Möglichkeit der Selbstbeschaffung der Leistungen bei gleichzeitiger Erstattung der Kosten erreicht werden. Denkbar ist auch eine Verpflichtung der Krankenkassen, ablehnende Bescheide zu veröffentlichen.
4. Bei der aktuellen Entwicklung und Umsetzung eines neuen Entgelts für psychiatrische und psychosomatische Kliniken ist mehr als bisher auf eine Flexibilisierung der Behandlungsmöglichkeiten zu achten und entsprechende Modellprojekte zu stärken. Neben dem notwendigen Ausbau von Home-Treatment-Angeboten sind darüber hinaus finanzielle Anreize für eine ausreichende Behandlung von vulnerablen Patientengruppen zu schaffen.

5. Die Diakonie spricht sich für die flächendeckende Einrichtung von unabhängigen, mit Psychiatrie-Erfahrenen, deren Angehörigen und in der Psychiatrie Tätigen triadisch besetzten psychiatrischen Beschwerdestellen im Rahmen des Patientenrechtegesetzes aus.
6. Kliniken sowie gemeindepsychiatrische Dienste und Einrichtungen sollten sich flächendeckend für den Abschluss von Behandlungsvereinbarungen einsetzen. In der Behandlungsvereinbarung können Patientinnen und Patienten u. a. festlegen, welche Medikamente sie erhalten, welche sie ablehnen und was bei Zwangsmaßnahmen, sollten diese zum Einsatz kommen, aus ihrer Sicht zu beachten ist. Das Angebot muss im Rahmen des Qualitätsmanagements dokumentiert werden. Patientenverfügungen sind auch im psychiatrischen Hilfesystem zu respektieren.
7. Darüber hinaus müssen innerhalb jeder Versorgungsregion hochstrukturierte und gleichzeitig niederschwellige, flexible Hilfen als Komplexeleistungen zur Verfügung stehen. Diese Hilfen umfassen neben personenzentrierten Leistungen zur Teilhabe bei Bedarf auch Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung. Derartige Komplexeleistungen könnten beispielsweise die bestehenden Defizite in einer kontinuierlichen und langfristigen Begleitung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und fremdgefährdendem Verhalten reduzieren.
8. Die Versorgungsverpflichtung muss lokal gewährleistet und eine verbindliche Kooperation der wesentlichen Akteure, vor allem auch der psychiatrischen Kliniken bzw. der Fachabteilungen, durch deren Beteiligung an Hilfeplankonferenzen verpflichtend vorgegeben sein. Die Betreuungsbehörden müssen ebenfalls an diesen Konferenzen beteiligt sein. So ließen sich beispielsweise Unterbringungen in (geschlossene) Pflegeeinrichtungen direkt vom Krankenhaus und am Verbund der anderen psychiatrischen Leistungserbringer vorbei, verhindern. Die verbindliche Kooperation ließe sich durch entsprechende Änderungen im SGB IX erreichen. Der individuelle Rechtsanspruch auf ein qualifiziertes Hilfeplanverfahren unter Beteiligung aller Leistungsträger sollte im SGB IX ausdrücklich normiert werden.
9. Um für die Versorgungsregion verlässliche Aussagen über die jeweiligen Defizite und unterversorgten Personengruppen zu erhalten, ist im Rahmen von Hilfeplankonferenzen zu dokumentieren, welche psychosozialen oder medizinischen Hilfen angeboten oder geleistet wurden oder werden müssten, um eine Unterbringung zu vermeiden. Diese Daten müssen in die öffentliche Gesundheitsberichterstattung einfließen.
10. Zwangsmaßnahmen, angefangen von der Unterbringung über die Fixierung bis hin zur Zwangsmedikation, sind zahlenmäßig zu erfassen und regelmäßig über Qualitätsberichte und die öffentliche Gesundheitsberichterstattung zu veröffentlichen. So können lokale Häufungen erfasst, Ursachen analysiert und gegensteuernde Maßnahmen ergriffen werden.
11. Für die Qualitätssicherung und -entwicklung sind Standards der geschlossenen Unterbringung in den Rahmenvereinbarungen nach § 75 SGB XII aufzunehmen und mit entsprechenden Vergütungen zu hinterlegen.
12. Die UN-Behindertenrechtskonvention erfordert eine Neuausrichtung des Leistungsrechts für die Teilhabeleistungen von Menschen mit Behinderung. Bei dem für die nächste Legislaturperiode angekündigten Bundesleistungsgesetz ist die Formulierung im § 53 SGB XII „solange ... Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann,“ daraufhin zu überprüfen, ob sie – wie ursprünglich geplant – tatsächlich geeignet ist, den Rechtsanspruch auf Eingliederungshilfe gerade für Menschen mit erheblichen Beeinträchtigungen durch- und umzusetzen. In der Rechtsauslegung und -praxis gibt es immer wieder Beispiele, bei denen der bestehende Anspruch mit Verweis auf diesen Satz ausgehöhlt wird. Fremdbestimmte und interessengeleitete, fiskalisch ausgerichtete Verschiebungen von Menschen mit seelischer Behinderung in Einrichtungen der Pflege sind abzulehnen.

4. Gesetzliche Änderungen im Betreuungsrecht und in den Landespsychiatriegesetzen

Seit Inkrafttreten der UN-BRK haben sich zahlreiche Verbände und Organisationen dafür ausgesprochen, sowohl das Betreuungsrecht als auch die Landespsychiatriegesetze und vor allem auch die gängige Rechtspraxis unverzüglich auf deren Kompatibilität mit dem Menschenrechtsansatz der BRK zu überprüfen. Aus Sicht der Diakonie sind einige Veränderungen in den jeweiligen Gesetzestexten erforderlich, um die Persönlichkeitsrechte von Menschen mit seelischen Behinderungen mehr als bisher zu schützen und zu wahren (s. u.). Eine entsprechende Änderung ist aber ohnehin aufgrund der neusten Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs unerlässlich. Dieser hat entschieden, dass es an einer den verfassungsrechtlichen Anforderungen genügenden gesetzlichen Grundlage für eine betreuungsrechtliche Zwangsbehandlung fehlt (BGH-Beschlüsse vom 20. Juni 2012 - XII ZB 99/12 und XII ZB 130/12). Solange Zwangsbehandlungen über das Betreuungsrecht geregelt werden, werden folgende Änderungen konkret vorgeschlagen:

§ 1906: Genehmigung des Betreuungsgerichts bei der Unterbringung

(1) Eine Unterbringung des Betreuten durch den Betreuer, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, ist zum Wohle des Betreuten nur zulässig, ~~solange sie zum Wohl des Betreuten erforderlich ist~~, weil und solange dieser sich in einem Zustand befindet, der seine freie Willensbestimmung verhindert und

1. auf Grund dessen ~~einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung des Betreuten~~ die Gefahr besteht, dass er sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt, oder

2. eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig ist, die bzw. der ohne die Unterbringung des Betreuten nicht durchgeführt werden kann und in die der Betreute ~~auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann~~ infolge des zum Ausschluss der freien Willensbestimmung führenden Zustandes nicht einwilligen kann.

(2) Die Unterbringung ist nur mit Genehmigung des Betreuungsgerichts zulässig. Ohne die Genehmigung ist die Unterbringung nur zulässig, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist; die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen.

(3) Die Unterbringung nach Abs. 1 Nr. 2 darf nur durchgeführt werden, wenn die dort genannten Maßnahmen auch tatsächlich erfolgen. Die Genehmigung der Unterbringung gem. Abs. 2 schließt die richterliche Genehmigung durch den Betreuer gestatteter medizinischer Maßnahmen gem. Abs. 1 Nr. 2 ein. Die Genehmigung darf jedoch nur erfolgen, wenn folgende Voraussetzungen gegeben sind: Zwangsbehandlungen sind vor ihrer Anwendung immer von einer dritten Seite zu überprüfen. Sie dürfen nur dann eingesetzt werden, wenn ihr potentieller Nutzen deutlich höher zu bewerten ist als der mögliche Schaden. Die negativen Folgen von Zwang auf den psychischen Zustand sind dabei zu berücksichtigen. Eine weniger eingreifende Maßnahme muss als aussichtslos gelten. Einer Zwangsbehandlung muss immer der ernsthafte Versuch vorausgegangen sein, ohne Druck eine Beratung und Zustimmung zur Behandlung zu erreichen. Zwangsbehandlungen dürfen ausschließlich durch einen Arzt durchgeführt und überwacht werden. (*Vorgaben BVerfG*)

Da es keine allgemeingültigen Maßstäbe für die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit und der freien Willensbildung gibt und der Schutz des Menschen mit Behinderung ebenso Bestandteil der UN-BRK (Art. 16 Absatz 4) ist, muss in jedem einzelnen Fall eine äußerst sorgfältige Abwägung zwischen dem Willen bzw. dem mutmaßlichen Willen der Person und anderen wesentlichen Rechtsgütern, z. B. dem Schutz des Menschen mit Behinderung stattfinden⁷.

Neben diesen vorgeschlagenen Änderungen im Betreuungsrecht sind die Psychiatriegesetze der Länder unverzüglich so zu überarbeiten, dass auch dort die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2011 eingehalten werden.

⁷ Vgl. hierzu auch die Stellungnahme der Verbände des Kontaktgespräches Psychiatrie zur UN-Behindertenrechtskonvention.

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

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

Um die Rechtsstellung, den Rechtsschutz sowie die Selbstbestimmungsrechte der Betroffenen im Verfahren deutlicher zu stärken, dürfen nur entsprechend qualifizierte Verfahrenspfleger/innen bestellt werden (verpflichtende Vorgabe). Der/die Verfahrenspfleger/in muss analog der Praxis des Werdenfeller Weges⁸ bzw. daraus zu entwickelnder Methoden, die Unterbringungen und Zwangsbehandlungen verringern können, bestellt werden.

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

Die Diakonie fordert eine systematische und gesetzlich geregelte Datenerfassung über freiheitsentziehende Maßnahmen, deren Dauer und rechtliche Grundlagen sowie anschließende Maßnahmen. Diese Berichtspflicht sollte bundesweit einheitlich geregelt und auf die Amtsgerichtsbezirke und Länder bezogen sein. Ohne aussagekräftige Daten zum Bedarf und zur Qualität vorhandener Angebote sind in der jeweiligen Versorgungsregion keine neuen „geschlossene Einrichtungen“ bzw. Plätze zu schaffen⁹.

Gleichzeitig sollte im Rahmen wissenschaftlicher Studien der Zusammenhang zwischen regionalen Versorgungsgegebenheiten und der Anzahl von Zwangsmaßnahmen erforscht werden.

5. Notwendige Weiterentwicklungen in Justiz und im Betreuungssystem

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

Vor diesem Hintergrund sind die folgenden Forderungen bzw. Empfehlungen zu sehen

- Es müssen mehr Fortbildungsangebote für Betreuungsrichter/innen mit entsprechenden Anreizen zu deren Wahrnehmung geschaffen werden. Auf die Pflicht der Richterinnen und Richter zur Fortbildung sollte hingewiesen werden.
- Die Erreichbarkeit eines Richters/einer Richterin möglichst rund um die Uhr muss sichergestellt sein.

⁸ Der sogenannte Werdenfeller Weg entstand aus einer Initiative von Vormundschaftsrichtern, Betreuern und der Heimaufsicht in Garmisch-Partenkirchen und hat das Ziel, freiheitsentziehende Automatismen dadurch zu vermeiden, dass die Fixierungsentscheidung und wichtiger noch die Nichtfixierungsentscheidung auf viele Schultern verteilt wird. Hierfür wird die Funktion des Verfahrenspflegers neu belebt.

⁹ Vgl. Wolfgang Bayer (2012): Wenn schon, dann aber richtig. Standards und Qualitätssicherung bei der geschlossenen Wohnheimunterbringung. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 3, 2012. S. 30-33.

- Um die jeweilige Situation angemessen beurteilen und einschätzen zu können, sind entsprechende Zeitbudgets unerlässlich. Eine bessere personelle Ausstattung der Gerichte würde geringere Fallzahlen pro Richter ermöglichen.
- Durch eine Stärkung der Position des Rechtsgebiets innerhalb der Justiz könnte dieses für engagierte und erfahrene Richterinnen und Richter attraktiv gemacht werden.
- Die Diakonie schlägt eine bessere Überprüfung der Geeignetheit von Betreuerinnen und Betreuern durch die Gerichte vor. Diese könnte u. a. durch ein obligatorisches qualifiziertes Gutachten der Betreuungsbehörde (s. Vorschläge der Interdisziplinären Arbeitsgruppe) vor Bestellung des Betreuers/der Betreuerin erreicht werden, das sich dann aber nicht nur auf den/die Betreute/n selbst, sondern auch auf den/die vorgeschlagene/n Betreuer/in bzw. auf die zu erwartende Funktionalität dieser Beziehung erstrecken müsste. Wenn ein/e ehrenamtliche/r Betreuer/in durch einen Betreuungsverein vermittelt wird, sollte diese Aufgabe auch an den Verein (selbstverständlich bei entsprechender Vergütung) delegiert werden. Die Geeignetheit muss in der Folge regelmäßig weiter kontrolliert werden und kann durch eine geänderte Form der Jahresberichte an die Gerichte (s. u.) geschehen.
- Ehrenamtliche Betreuerinnen und Betreuer sollten zwar nicht zu Fortbildungen verpflichtet werden, da die Anforderungen an die Übernahme einer Betreuung wegen der Gefahr der Motivationshemmung nicht zu hoch angesetzt werden dürfen. Aus Sicht der Diakonie sollte aber die Anbindung an die Betreuungsvereine verpflichtend sein. So ist zumindest gewährleistet, dass diese ihre Angebote allen Ehrenamtlichen zugänglich machen und versuchen können, zu einer Qualifikation zu motivieren. Außerdem sollten die örtlichen Betreuungsnetzwerke mit der Form der Tandem-Betreuung (<http://www.bit-projekt.de/>) vertraut gemacht werden. Diese Methode zur Qualifikation von Ehrenamtlichen und Bindung an den jeweiligen Verein sollte durch entsprechende Anreize verstärkt praktiziert werden.
- Die Form der Kontrolle der Betreuerinnen und Betreuer durch die Gerichte sollte ebenfalls überdacht werden. Bisher erfolgt diese mit dem Schwerpunkt auf die Abfrage von Daten und formalen Tätigkeiten. Der Fokus liegt nicht auf der inhaltlichen Arbeit. Da sich Qualifikationsmängel aber auch und gerade hier zeigen, sollte in den Berichten darauf deutlich mehr Wert gelegt werden. Die Mitarbeitenden der Gerichte, die hierfür zuständig sind, verfügen in der Regel über eine juristische, aber keine weitere Ausbildung. Da eine (psychoziale) Qualifikation in diesem Bereich wichtig ist, müssten entsprechende Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.
- Dementsprechend müssen die Berichte der Betreuerinnen und Betreuer an die Gerichte um eine Verpflichtung zur Dokumentation ergänzt werden. Diese muss keine dezidierte Tätigkeitsaufistung enthalten, aber doch ausführlich genug sein, um die Intentionen und Wirkungen des Betreuerhandelns erfassen und auf ihre Sinnhaftigkeit hin prüfen zu können. Für die Betreuer/innen dürfte damit kein Mehraufwand verbunden sein, da für eine/n gewissenhaft arbeitende/n Betreuer/in diese Dokumentation aus haftungsrechtlichen Gründen auch jetzt schon selbstverständlich sein sollte.
- Die Betreuungsvereine müssen so finanziert werden, dass sie die Arbeit mit den ehrenamtlichen Betreuern auch tatsächlich so leisten können wie dies für deren qualifizierte Arbeit Voraussetzung ist. Die Förderung dieser sogenannten „Querschnittstätigkeit“ der Vereine, die von den Bundesländern geregelt ist, hat derzeit eine Bandbreite von „sehr gut“ bis „überhaupt nicht“. Die Diakonie fordert eine Vereinheitlichung, die eine sachdienliche Arbeit erst möglich macht.
- Die Vergütung der Betreuerinnen und Betreuer sollte so bemessen sein, dass berufliche Betreuer/innen nicht gezwungen sind, so viele Betreuungen zu führen, dass für Fort- und Weiterbildung ebenso wie für die persönliche Betreuung jedes/r Betreuten keine Zeit bleibt. Unter dieser Voraussetzung setzt sich die Diakonie dafür ein, Betreuer/innen zu Fortbildungen hinsichtlich der unterstützenden Entscheidungsfindung zu verpflichten. Diese müssten in regelmäßigen, festzulegenden

Zeitabständen absolviert und als Grundlage der Geeignetheit zur Betreuungsführung gem. § 1897 Abs.1 BGB nachgewiesen werden.

- Die (finanzielle und qualitative) Ausstattung der Betreuungsbehörden muss im Betreuungsbehörden-gesetz (BtBG) gesetzlich verankert werden, um die Erfüllung ihrer Aufgaben in einer Form zu ermöglichen, die der UN-Behindertenrechtskonvention gerecht wird.
- Die Beteiligtenregelung des § 315 Abs. 4, Nr. 1 und 2 FamFG sollte von „kann“ zu „muss“ geändert werden, da diese Regelung zur Folge haben kann, dass diese Personen kein Beschwerderecht haben, das im Sinne einer besseren (externen) Kontrolle des Unterbringungsverfahrens jedoch gegeben sein sollte.
- Eine einheitliche Dokumentation muss für das Unterbringungsverfahren verpflichtend sein (s. Handreichung). Sie schafft Transparenz und ermöglicht, dass sich alle an Unterbringungen beteiligten Akteure, insbesondere die von einer Unterbringung Betroffenen und deren Bezugspersonen, darauf beziehen können.
- Des Weiteren spricht sich die Diakonie dafür aus, hinsichtlich der Gutachtenproblematik einen Anforderungskatalog wie den von einer Hamburger Arbeitsgruppe erarbeiteten (Qualitätskriterien für Gutachten, Bt-Prax 4/2011, S. 145-148) verbindlich vorzugeben. Von der Rechtsprechung gemachte Vorgaben wie z. B. den Anspruch auf Hinzuziehung einer Vertrauensperson bei der Gutachtenerstellung (OLG Zweibrücken, 3 W 35/00) sind in das FamFG mit aufzunehmen.

gez.
Maria Loheide
Vorstand Sozialpolitik
10.10.2012

Hinweis:

Der Verein „Evangelischer Entwicklungsdienst e.V.“ ist als übertragender Rechtsträger mit Wirkung zum 30. August 2012 mit dem Verein „Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.“ mit Sitz in Stuttgart verschmolzen unter dem neuen Namen „Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.“.

UST-Idnr.: DE 147801862
Steuer-Nr.: 99015/03670

Registergericht: Amtsgericht Stuttgart
Vereinsregister 3209