



Betrifft: Betreuung Extra

Tagungsmaterialien zum 14. Betreuungsgerichtstag

vom 20.-22. November 2014

im Tagungshotel Bildungszentrum Erkner

Wunsch und Wille der Betroffenen

- Programm im Überblick
- Beiträge und Thesen zu den Einzelveranstaltungen
- Anfahrtsbeschreibung und organisatorische Hinweise

Herzlichen Glückwunsch den Preisträgern des BGT Förderpreises 2014

LOGO Datensysteme unterstützt auch dieses Jahr wieder den Förderpreis des BGT e.V. in Andenken an Lothar Kreyszig.

Wir wünschen den prämierten Vereinen viel Erfolg bei der Umsetzung der Projekte.

Microsoft | Partner

Apple Developer

BGT
Betreuungsgerichtstag e.V.
OF FIZIELLER KOOPERATIONSPARTNER

DER PARITÄTISCHE
OFFIZIELLER KOOPERATIONSPARTNER

KOOPERATIONSPARTNER
BdB
BUNDESVERBAND DER
BERUFSTREUER/INNIEN

BdB at work
Standard | Premium | Mobile

Abrechnung · Verwaltung · Korrespondenz
Betreuungsmanagement für Profis

BdB at work im Internet: Download · Updates · News
www.betreuung.de

Seit 20 Jahren
mehr als nur Software

14. Betreuungsgerichtstag vom 20.-22.11.2014
im Tagungshotel Bildungszentrum Erkner
Seestraße 39
15537 Erkner

Telefon: (03362) 769 – 0, Telefax: (0 33 62) 7 69 - 9 09

Inhalt

Die Mitwirkenden	7
Einladung zur Mitgliederversammlung des Betreuungsgerichtstag e.V.	7
Eröffnungsvorträge	8
Das Menschenrecht auf Autonomie. - Rechts- und Handlungsfähigkeit gem. Art 12 UN-BRK	8
Befähigung zur Willensbildung und Entscheidung	9
Thesen und einführende Gedanken zu den Teilplenen	10
TP 1: UN-Behindertenrechtskonvention und Betreuung – Der deutsche Staatenbericht zur Umsetzung der UN-BRK	10
TP 2: Aufgabenkreis Gesundheit – medizinische Versorgung	11
TP 3: Aufgabenkreis Aufenthalt – selbstbestimmtes Wohnen!	12
TP 4: Vermögenssorge nach wessen Willen?	13
TP 5: „Was Du nicht willst.....“ Open Space Ehrenamt, Teil 1	13
TP 6: Gesetz zur Stärkung der Funktionen der Betreuungsbehörde	14
TP 7: Einwilligungs(un)fähigkeit und Zwangsbehandlung	14
TP 8: Selbstbestimmung und Unterstützung bei Demenz – das Projekt EmMa	15
TP 9: Selbstbestimmte Teilhabeleistungen? Zum Spannungsfeld von Wunsch- und Wahlrecht und Steuerungsverantwortung	16
TP 10: „Da hüpf das Herz...“ Open Space Ehrenamt, Teil 2	16
Thesen und einführende Gedanken zu den Arbeitsgruppen	18
AG 1: Patientenrechtgesetz und Patientenwille	18
AG 2: Zwangsbehandlung im Betreuungsrecht und in den PsychKGen	18
AG 3: Verfahrenspflegschaft	25
AG 4: Sorgerechtsvollmacht	26
AG 5: Umsetzung des Gesetzes zur Stärkung der Funktionen der Betreuungsbehörde	26
AG 6: Eine Zwischenbilanz des Werdenfelser Weges	28
AG 7: Wunsch und Wille der Betroffenen in der Vermögenssorge	30
AG 8: Wunsch und Wille der Betroffenen im Betreuungsverfahren	30
AG 9: Wunsch und Wille des Vollmachtgebers in der Vorsorgevollmacht	31
AG 10: Unterstützte Entscheidungsfindung bei Menschen mit Demenz	32
AG 11: Kommunikationstraining bei Menschen mit Einschränkungen	32
AG 12: Ethische Grundlagen bei der Beratung zur Patientenverfügung	33
AG 13: Unterstützte Entscheidungsfindung bei Menschen mit psychischen Erkrankungen	34
AG 14: Existenznot der Vereine	37
Rahmenprogramm	38
Podiumsdiskussion: Unterstützung innerhalb und außerhalb der Betreuung	38
HK-BUR im Dialog: Begleiteter Suizid	38
Verleihung des BGT-Förderpreises	38
Organisatorische Hinweise und Anfahrtsbeschreibung	39



Liebmann & Bergmann
Erben- & Nachlass-Ermittlungen

Sie suchen? – Wir finden!

- Erbenermittlung
- Suche nach Miterben
- internationale Urkundenbeschaffung
- Klärung der Vermögensnachfolge bei Selbstzahlern

und das alles

- für Betreuer & Nachlasspfleger kostenfrei

Fordern Sie unsere Referenzen an!

Wolbecker Str. 1 · 48155 Münster · Tel. 0251 3959131 · Fax 0251 5799793 · www.nachlass-ermittlungen.de

Bremerhaven · Münster · Wiesbaden · Freiburg

Das Programm des 14. Betreuungsgerichtstags im Überblick

Donnerstag, den 20. November 2014

bis 13.30 Uhr: Anreise

14.00 Uhr: Plenum

Eröffnung und Begrüßung

Peter Winterstein

Grußworte

Eröffnungsvortrag

Das Menschenrecht auf Autonomie. Rechts- und Handlungsfähigkeit gem. Art. 12 UN-BRK
Marianne Schulze

Befähigung zur Willensbildung und Entscheidung. Ein Gespräch mit Statements von
Dagmar Brosey, Juristin, Hochschullehrerin
Christoph Lenk, Psychiater
Annette Loer, Richterin am Amtsgericht
Ruth Fricke, Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener
Moderation: Uwe Harm

16.30 Uhr – 18.00 Uhr: Teilplenen

- TP 1 UN-Behindertenrechtskonvention und Betreuung - Der deutsche Staatenbericht zur Umsetzung der UN-BRK**
Bettina Leonhard, Marianne Schulze,
Moderation: Volker Lipp
- TP 2 Aufgabenkreis Gesundheit – medizinische Versorgung**
Jörg Grotkopp, Heinrich-Walter Greuel,
Moderation: Volker Lindemann
- TP 3 Aufgabenkreis Aufenthalt – selbstbestimmtes Wohnen!**
Celine Müller, Jürgen Thar,
Moderation: Dagmar Brosey
- TP 4 Vermögenssorge – nach wessen Willen?**
Rainer Sobota, Uli Wöhler, Moderation: Uwe Harm
- TP 5 Open Space Ehrenamt, Teil 1**
Helga Steen-Helms, Michael Poetsch,
Moderation: Stephan Sigusch

20.00 Uhr: Kulturprogramm mit Barbara Lehner-Fallnbügl

„Aus dem Leben des Sachwalters“ - Lesung aus eigenen Texten

Freitag, 21. November 2014

9.00 Uhr – 10.30 Uhr: Teilplenen

- TP 6 Gesetz zur Stärkung der Funktionen der Betreuungsbehörde**
Brunhilde Ackermann, Andrea Diekmann,
Margrit Kanica
- TP 7 Einwilligungs(un)fähigkeit und Zwangsbehandlung**
Christoph Lenk, Volker Lipp

- TP 8 Selbstbestimmung und Unterstützung bei Demenz – das Projekt EmMa**
Julia Haberstroh, Thomas Klie, Tanja Müller
- TP 9 Selbstbestimmte Teilhabeleistungen? Zum Spannungsfeld von Wunsch- und Wahlrecht und Steuerungsverantwortung**
Roland Rosenow, Moderation: Sieglind Scholl
- TP 10 Open Space Ehrenamt, Teil 2**
Peter Gilmer, Sönke Wimmer,
Moderation: Stephan Sigusch

14.00 – 16.00 Uhr: Arbeitsgruppen (dazwischen Mittagspause)

- AG 1 Patientenrechtegesetz und Patientenwille**
Sybille Meier, Arnd May
- AG 2 Zwangsbehandlung im Betreuungsrecht und in den PsychKGen**
Georg Dodegge, Ruth Fricke, Jörg Holke,
Martin Zinkler, Moderation: Volker Lindemann
- AG 3 Verfahrenspflegschaft**
Uwe Harm
- AG 4 Sorgerechtsvollmacht**
Birgit Hoffmann
- AG 5 Umsetzung des Gesetzes zur Stärkung der Funktionen der Betreuungsbehörde**
Jörg Grotkopp, Klaus Gölz,
Moderation: Brunhilde Ackermann
- AG 6 Eine Zwischenbilanz des Werdenfelser Weges**
Sebastian Kirsch, Michael Poetsch,
Moderation: Rüdiger Pohlmann
- AG 7 Wunsch und Wille der Betroffenen in der Vermögenssorge**
Judith Assmann, Moderation: Gisela Lantzerath
- AG 8 Wunsch und Wille der Betroffenen im Betreuungsverfahren**
Ulrich Engelfried, Christoph Lenk,
Moderation: Gerold Oeschger
- AG 9 Wunsch und Wille des Vollmachtgebers in der Vorsorgevollmacht**
Eik Schieferdecker, Wolfgang Wittek
- AG 10 Unterstützte Entscheidungsfindung bei Menschen mit Demenz**
Julia Haberstroh, Tanja Müller
- AG 11 Kommunikationstraining bei Menschen mit Einschränkungen**
Bernd Albert, Susanne Kugler
- AG 12 Unterstützte Entscheidungsfindung bei Menschen mit geistigen Behinderungen**
Volker Benthien, Celine Müller
- AG 13 Unterstützte Entscheidungsfindung bei Menschen mit psychischen Erkrankungen**
Dieter Schax, Jürgen Thar
- AG 14 Existenznot der Vereine**
Stephan Sigusch

16.30 Uhr – 18.00 Uhr: HK-BUR Diskussionsforum

Begleiteter Suizid, Moderation: Thomas Klie

20.00 Uhr: Mitgliederversammlung des BGT e.V.

anschließend Disco

Impressum

Herausgeber: Betreuungsgerichtstag e.V.
Kurt-Schumacher-Platz 9, 44787 Bochum
Tel. 0234/640 65 72, Fax 0234/640 89 70
E-Mail: bgt-ev@bgt-ev.de, Geschäftsführer Karl – Heinz Zander
Redaktion und Schriftleitung: Gerold Oeschger, Satz und Layout: Max Karadeniz (max.karadeniz@gmail.com)
Druck: Digitaldruckhaus Konstanz GmbH
Versand: Arbeitstherapeutische Werkstatt der Paritätischen Sozialdienste Konstanz

Samstag, den 22. November 2014

9.00 Uhr: Plenum

Podiumsdiskussion: Unterstützung innerhalb und außerhalb der Betreuung

Thorsten Becker, Ruth Fricke, Bettina Leonhard, Jörg Tänzer, Peter Winterstein, Moderation: Gerold Oeschger

11.30 Uhr: Verleihung des BGT-Förderpreises
für Innovation und Netzwerkarbeit im Betreuungswesen im Gedenken an Lothar Kreyssig

12.15 Uhr: Abschlusserklärung

12:30 Uhr: Ende der Tagung

Verteilung der Wünsche zur Teilnahme an den Teilplenaren und den Arbeitsgruppen

AG	Thema	TN
TP 1	UN BRK Staatenbericht	61
TP 2	Aufgabenkreis Gesundheit	86
TP 3	Aufgabenkreis Aufenthalt	47
TP 4	Sorgerechtsvollmacht	64
TP 5	Open Space Ehrenamt	29
TP 6	Betreuungsbehörden	48
TP 7	Einwilligungsunfähigkeit und Zangsbehandlung	119
TP 8	Selbstbestimmung und Unterstützung Demenz	63
TP 9	Selbstbestimmte Teilhabeleistungen	40
TP 10	Open Space Ehrenamt	19
AG 1	Patientenrechtegesetz	20
AG 2	Zwangsbehandlung und PsychKG	50
AG 3	Verfahrenspflegschaft	16
AG 4	Sorferechtsvollmacht	5
AG 5	Betreuungsbehörden	25
AG 6	Werdenfelser Weg	15
AG 7	Wunsch und Wille Vermögenssorge	27
AG 8	Wunsch und Wille Verfahren	25
AG 9	Wunsch und Wille Vollmacht	18
AG 10	Unterstützte Entscheidungsfindung bei Demenz	18
AG 11	Kommunikationstraining	6
AG 12	Unterstützte Entscheidungsfindung mit geistig Behinderten	13
AG 13	Unterstützte Entscheidungsfindung mit psychisch Kranken	22
AG 14	Existenznot Vereine	21

In den vorstehenden Zahlen (Stand 10.10.2014) sind die Referenten und Moderatoren nicht enthalten. Die bei der Anmeldung angegebenen Wünsche bezüglich der Teilnahme an einem Teilplenum/ einer Arbeitsgruppe dienen der Zuordnung der verschiedenen großen Veranstaltungsräume. Eine Verteilung auf die einzelnen Arbeitsgruppen und Teilplenaren erfolgt durch die Teilnehmer selbst.

Die Mitwirkenden

Brunhilde **Ackermann**, stellv. Vorsitzende des BGT, Immenhausen
 Bernd **Albert**, Erwachsenenbildner, Lübeck
 Judith **Assmann**, Dipl. Rechtspflegerin, Norderstedt
 Thorsten **Becker**, Berufsbetreuer, Gießen
 Volker **Benthien**, Leben mit Behinderung, Hamburg
 Prof. Dr. Dagmar **Brosey**, FH Köln, Redakteurin der BtPrax
 Dr. Andrea **Diekmann**, Vizepräsidentin des LG Berlin
 Georg **Dodegge**, Richter am Amtsgericht, Essen
 Ulrich **Engelfried**, Richter am Amtsgericht, Hamburg
 Ruth **Fricke**, Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener, Herford
 Peter **Gilmer**, Dipl. Sozialwirt, Partenheim
 Klaus **Gölz**, Betreuungsbehörde Stuttgart
 Dr. Jörg **Grotkopp**, Direktor des Amtsgericht Bad Segeberg
 Dr. Heinrich-Walter **Greuel**, Arzt, Essen
 Dr. Julia **Haberstroh**, Psychologin, Frankfurt
 Uwe **Harm**, Dipl. Rechtspfleger, Bad Segeberg
 Prof. Dr. Birgit **Hoffmann**, Juristin / Hochschullehrerin, Freiburg
 Jörg **Holke**, Psychiatriereferent Gesundheitsm.NRW, Düsseldorf
 Margrit **Kania**, Senatsbehörde für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, Überörtliche Betreuungsbehörde, Bremen
 Dr. Sebastian **Kirsch**, Richter am Amtsgericht, Garmisch-Partenkirchen
 Prof. Dr. Thomas **Klie**, Evangelische Hochschule Freiburg
 Susanne **Kugler**, Betreuungsverein im Kreis Plön
 Gisela **Lantzerath**, Dipl. Rechtspflegerin a.D., Bochum
 Dr. Christoph **Lenk**, Psychiater, Hamburg
 Dr. Bettina **Leonhard**, Bundesvereinigung Lebenshilfe, Berlin
 Volker **Lindemann**, Vizepräsident OLG i.R., Schleswig

Prof. Dr. Volker **Lipp**, Universität Göttingen
 Annette **Loer**, Richterin am Amtsgericht, Hannover
 Dr. Arnd **May**, Medizinethiker, Halle (Saale)
 Celine **Müller**, Leben mit Behinderung, Hamburg
 Tanja **Müller**, Dipl. Psychologin, Frankfurt
 Sybille M. **Meier**, Rechtsanwältin, Berlin
 Gerold **Oeschger**, freiberuflicher Betreuer, Radolfzell
 Michael **Poetsch**, Lehrer für Pflegeberufe, Verfahrenspfleger
 Rüdiger **Pohlmann**, Leben mit Behinderung, Hamburg
 Roland **Rosenow**, Sozialrechtler, Freiburg
 Michael **Sandkühler**, Amtsrichter a. D., Recklinghausen
 Dieter **Schax**, Verein für Rehabilitation psychisch Kranker, Mönchengladbach
 Eik **Schieferdecker**, Betreuungsverein Merseburg
 Sieglind **Scholl**, Justitiarin Diakonie Deutschland, Berlin
 Dr. Marianne **Schulze**, Human Rights Consultant, Wien
 Stephan **Sigusch**, Betreuungsverein Oschersleben
 Rainer **Sobota**, Berufsbetreuer, Delmenhorst
 Helga **Steen-Helms**, Hess. Sozialministerium, Wiesbaden
 Dr. Jörg **Tänzer**, Rechtsanwalt, Berlin
 Jürgen **Thar**, Berufsbetreuer, Erfstadt
 Sönke **Wimmer**, Betreuungsverein Kiel
 Peter **Winterstein**, Vizepräsident des OLG Rostock, Vorsitzender des Betreuungsgerichtstags
 Wolfgang **Wittek**, Richter am Amtsgericht, Bad Segeberg
 Ulrich **Wöhler**, Dezernent für Soziales, Jugend, Sport und Gesundheit beim Landkreis Hildesheim
 Karl-Heinz **Zander**, Geschäftsführer des Betreuungsgerichtstags, Bochum
 Dr. Martin **Zinkler**, Psychiater, Heidenheim

Einladung zur Mitgliederversammlung des Betreuungsgerichtstag e.V.

Liebe Mitglieder,
 am Freitag, den 21. November 2014 findet um 20.00 Uhr die Mitgliederversammlung des Betreuungsgerichtstags e.V. im Plenumsaal des Bildungszentrums Erkner, Seestraße 39, 15537 Erkner (Tel. 03362/769-0) statt. Dazu lade ich Sie im Namen des Vorstands herzlich ein. Juristische Personen, die Mitglied des Betreuungsgerichtstag e.V. sind, werden gemäß § 4 Abs. 1 Satz 2 unserer Satzung aufgefordert, ihren Vertreter, der die Mitgliedsrechte auf der Mitgliederversammlung wahrnehmen soll, schriftlich gegenüber dem Vorstand zu benennen.

Gemäß der Wahlordnung des Betreuungsgerichtstag e.V. wird mitgeteilt, dass die Ämter des Vorsitzenden, der drei stellv. Vorsitzenden, des Schatzmeisters und von vier Beisitzern für eine Amtszeit von vier Jahren zur Wahl stehen. Die Satzung und die Wahlordnung sind unter http://www.bgt-ev.de/satzung_verein.html einzusehen.

Die Tagesordnung:

1. Eröffnung und Begrüßung, Feststellung der Beschlussfähigkeit
2. Bericht des Vorstands
3. Rechnungsbericht für die Jahre 2012/2013
4. Bericht der Kassenprüfer
5. Entlastung des Vorstands
6. Wahlen
7. Verschiedenes

Peter Winterstein, Vorsitzender



Vorträge

Das Menschenrecht auf Autonomie. - Rechts- und Handlungsfähigkeit gem. Art 12 UN-BRK

Dr. Marianne Schulze, Human Rights Consultant, Wien

Die Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) wurde in der Erkenntnis, dass „die individuelle Autonomie und Unabhängigkeit für Menschen mit Behinderungen, einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen“ wichtig ist, beschlossen (Präambel lit. n):

1. **Selbstbestimmung** ist der erste Grundsatz der Konvention: „die Achtung der dem Menschen innewohnenden Würde, seiner individuellen Selbstbestimmung, einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, sowie seiner Unabhängigkeit,“ (Art 3 lit. a). Die Verwirklichung von Selbstbestimmung – als Kern der Ausübung von Rechts- und Geschäftsfähigkeit – muss in den Blickpunkt rücken; die Unterstützung bzw. Assistenz ist der Modus und nicht ein eigenes Ziel.

2. Die **Verwirklichung der Selbstbestimmung aller Menschen hat Grenzen**, sie werden jedoch auf Grund gesellschaftlicher Mechanismen unterschiedlich gesetzt und gehandhabt. Eine sehr starre Grenze für Menschen mit Behinderungen – und andere Menschen – erwächst aus dem Paternalismus und seinen Spielvarianten, insbesondere „der guten Absicht“ und „den besten Intentionen.“

3. Die **Limitierung von Selbstbestimmung** hat dramatische, insbesondere soziale und psycho-soziale, aber auch rechtliche Konsequenzen: „Das Etikett der Inkompetenz wird für viele Menschen, die eine/n Sachwalter/in haben, zu einer selbsterfüllenden Prophezeiung, in der sie vor allem Hilflosigkeit und Abhängigkeit lernen,“ (MonitoringAusschuss.at, Stellungnahme „Jetzt entscheide ich!“).

4. **Jede Entscheidung ist im Kern ähnlich komplex**, es liegt jedoch vielfach Erfahrungswissen vor, auf das zurückgegriffen werden kann und mit dem Entscheidungen beschleunigt werden können. Für Menschen mit Behinderungen ist das Erfahrungswissen vielfach nicht gegeben, weil sie die Erfahrungen nicht machen konnten.

5. **Jeder Mensch nimmt für Entscheidungsprozesse regelmäßig Unterstützung oder Assistenz in Anspruch**: Das Abfragen oder Einholen von Erfahrungswissen wird unter „chronisch normalen Menschen“ vielfach als kulturelle Übung gelebt: gerade Konsumententscheidungen basieren oft auf der Vorinformationen Dritter. Die sozialen Barrieren, denen Menschen mit Behinderungen oftmals gegenüber stehen, insbesondere die Konsequenzen von gesellschaftlicher Exklusion, minimieren die Möglichkeiten, diese Kulturtechnik adäquat zu erlernen.

6. **Assistenz und Unterstützung werden je nach gesellschaftlicher Position anders beurteilt**: ein Beraterstab ist auch ein Ausweis von Macht und Prestige, ist im Kern jedoch nichts anderes als die Unterstützung in der Entscheidungsfindung. Die Auswahlmöglichkeit des Personals ist im Verhältnis zu BetreuerIn/SachwalterIn der eine, entscheidende, Unterschied. Die unterschiedliche

Bewertung von Assistenz und Unterstützung ist einer der deutlichsten Auswüchse des alten Paradigmas.

7. **Assistenz und Unterstützung** werden in der Konvention in der Bestimmung zur gleichberechtigten Teilhabe an Wahlen hilfreich präzisiert: Um die freie Willensäußerung der Wahl zu garantieren, dürfen sich WählerInnen auf Wunsch durch eine Person ihrer Wahl unterstützen lassen; (Art 29 lit. a Zif. iii). Die Bedeutung der Selbstbestimmung wird hier mehrfach betont: „freier Wille“, „auf Wunsch“ und „Person ihrer Wahl“ sind gleich drei explizite Formulierungen für die Manifestation der Entscheidungsfreiheit. Die Unterstützungsoption wird zwar hinzugefügt, sie ist aber klar als eine Möglichkeit und nicht als eine Notwendigkeit formuliert.

8. **Art 12 UN-BRK ist kein Solitär**: Die Bestimmung in der UN-BRK steht in einem menschenrechtlichen Kontext in dem sie interpretiert und implementiert werden muss; sie hat ihren unmittelbaren Vorläufer in Artikel 15 der Konvention zur Beseitigung jeglicher Diskriminierung der Frau: darin wird die rechtliche Gleichstellung von Frauen postuliert, insbesondere „dieselbe Rechtsfähigkeit wie Männer und dieselben Möglichkeiten zur Ausübung dieser Rechtsfähigkeit,“ (Abs. 2). Der gesellschaftspolitische, aber auch rechtliche, Wandel, den die Gleichstellungspolitik in Genderfragen bereits erreicht hat, jedoch auch der noch bestehende Änderungsbedarf in Bezug auf Geschlechtergerechtigkeit, machen das Potenzial von Art 12 UN-BRK noch einmal anders deutlich.

9. **Eine breite Diskussion ist notwendig**, die insbesondere die Verpflichtung der Partizipation von ExpertInnen in eigener Sache – SelbstvertreterInnen – gemäß Art. 4 Abs 3 UN-BRK in sämtlichen Phasen faktisch und auf Augenhöhe umsetzt.

10. **Würde ist ein Grundanspruch**, der sich auch durch die Ermöglichung von Risiko verwirklicht: zur Realisierung von Selbstbestimmung muss man auch Risiken eingehen können, paternalistische Haltungen und Strukturen müssen im Lichte des Paradigmas „Würde des Risikos“ radikal hinterfragt und bearbeitet werden.

11. **Voraussetzende Haftung** umschreibt vielfältige Regeln und Maßnahmen, die geschaffen wurden, um Menschen mit Behinderungen zu „schützen,“ um Risiken zu minimieren, um „Sicherheit“ zu schaffen. Viele dieser Haftungsbestimmungen widersprechen dem Paradigma der UN-BRK.

12. **Access to Justice**: Art 12 UN-BRK ist Teil eines größeren Ganzen, in dem es um die Gewährleistung im Zugang zum Recht geht – siehe insbesondere Art 13 UN-BRK. Nicht ernst genommen zu werden, Respektlosigkeit zu erleben ist die größte Barriere, die SelbstvertreterInnen im Zugang zum Recht monieren.

Befähigung zur Willensbildung und Entscheidung.

Ein Gespräch mit Statements von

Prof.Dr. Dagmar Brosey, Juristin(Hochschullehrerin), FH Köln

Dr. Christoph Lenk, Psychiater

Annette Loer, Richterin am Amtsgericht

Ruth Fricke, Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener

Moderation: Uwe Harm

Die Fähigkeit von betreuten Menschen, ihren Willen zu bilden kann durch Krankheitseinflüsse und schwerer Behinderung eingeschränkt sein. Das hat zur Folge, dass es unterschiedliche Willensqualitäten von betreuten Menschen gibt, die rechtlich unterschiedliche Verbindlichkeit besitzen und für Betreuer dennoch erster Maßstab ihrer Unterstützung sind. In der Gesprächsrunde mit einem Psychiater und einer Betreuungsrichterin, begleitet mit der durchaus kritischen Sicht Psychiatrie-Erfahrener sollen die nötigen Fragen aufgeworfen werden, die in den üblichen den Betreuern zugeordneten Aufgabenkreisen

zur Wunsch- und Willensbeachtlichkeit entstehen und zum Teil weder in der betreuungsrechtlichen Literatur noch in der Rechtsprechung einheitlich beantwortet werden. Dieser Gesprächskreis wird die Teilnehmer des Betreuungsgerichtstages auf die immer wiederkehrende Kernfrage nach „Wunsch und Wille“ in der unterstützten Betreuung verweisen und auf die entsprechenden Teilplenen sowie die vielen Arbeitsgruppen aufmerksam und ihre Teilnahme „spannend“ machen.

Die Teilplenaren

Teilplenum 1

UN-Behindertenrechtskonvention und Betreuung – Der deutsche Staatenbericht zur Umsetzung der UN-BRK

Dr. Bettina Leonhard, Bundesvereinigung Lebenshilfe, Berlin

Dr. Marianne Schulze, Human Rights Consultant, Wien

Moderation: Prof. Dr. Volker Lipp

Die Vereinten Nationen haben die BRK im Jahre 2006 verabschiedet; sie ist für Deutschland seit dem 26.3.2009 in Kraft. Die BRK soll den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch Menschen mit Behinderungen fördern, schützen und gewährleisten und die Achtung der ihnen innewohnenden Würde fördern (Art. 1 BRK). Eine besonders bedeutsame Vorschrift ist Art. 12 BRK. Sie regelt die gleiche Anerkennung vor dem Recht. Art. 12 Abs. 2 UN-BRK sieht vor, dass Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen gleichberechtigt mit anderen Rechts- und Handlungsfähigkeit genießen. Art. 12 Abs. 3 UN-BRK verpflichtet die Vertragsstaaten, geeignete Maßnahmen zu treffen, die Menschen mit Behinderungen den Zugang zu der Unterstützung verschaffen, die diese bei der Ausübung der Handlungsfähigkeit gegebenenfalls benötigen. Abs. 4 sieht für alle Maßnahmen, die die Ausübung der Rechts- und Handlungsfähigkeit betreffen, Sicherungsmaßnahmen vor, die gewährleisten, dass die Rechte, der Wille und die Präferenzen der Menschen mit Behinderungen geachtet werden. Abs. 5 bestimmt schließlich, dass die Vertragsstaaten geeignete und wirksame Maßnahmen treffen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen das gleiche Recht wie andere haben, Eigentum zu besitzen oder zu erben, ihre finanziellen Angelegenheiten selbst zu regeln und Zugang zu Kreditgeschäften zu haben.

Mit der Unterzeichnung der UN-BRK haben sich die Staaten verpflichtet, angemessene Vorkehrungen zu treffen, um diese Rechte behinderter Menschen aktiv zu fördern. Wie jeder Unterzeichnerstaat hat auch Deutschland regelmäßig in einem sogenannten Staatenbericht darzustellen, welche Maßnahmen und ergriffen worden sind,

um die UN-BRK in Deutschland umzusetzen. Deutschland hat im August 2011 bei der UN in Genf einen ersten Staatenbericht eingereicht.

Nichtregierungsorganisationen, also Verbände und Vereine, Gewerkschaften und andere Gruppen der Zivilgesellschaft, ergänzen und kommentieren diesen Staatenbericht durch einen sogenannten Parallelbericht. Die UN soll auf diese Weise ein vollständiges Bild über die Menschenrechtssituation eines Landes erhalten, um entsprechende Empfehlungen aussprechen zu können. In Deutschland haben sich zur Erstellung des Parallelberichtes 78 gesellschaftliche Organisationen zu einer BRK-Allianz zusammengeschlossen. Im Februar 2013 hat die BRK-Allianz ihren Parallelbericht bei der UN in Genf vorgelegt.

Im April 2014 hat der UN-Fachausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen im Rahmen der Prüfung des ersten deutschen Staatenberichts eine Frageliste („List of Issues“) an Deutschland gerichtet. Die vorgelegten Fragen müssen zunächst von der Bundesregierung schriftlich beantwortet werden. Die Zivilgesellschaft kann dann zu diesem Dokument bis Mitte März 2015 Stellung nehmen und weitere Parallelberichte einreichen, bevor es Mitte April 2015 in die eigentliche Staatenprüfung geht.

In diesem Teilplenum werden diese aktuellen Stellungnahmen zur Umsetzung der UN-BRK in Deutschland im Licht des Generalthemas „Wunsch und Wille der Betroffenen“ diskutiert.

Teilplenum 2

Aufgabenkreis Gesundheit – medizinische Versorgung

Dr. Jörg Grotkopp, Direktor des Amtsgericht Bad Segeberg

Dr. Heinrich-Walter Greuel, Arzt, Essen

Moderation: Volker Lindemann

In diesem Teilplenum soll die „Tagungsfrage“ für den oft schwierigen Aufgabenkreis Gesundheitsversorgung vertieft und erörtert werden.

Neben den rechtlichen Regelungen mit ihren möglichen Handlungsspielräumen und entsprechenden Ungewissheiten werden Probleme aus ärztlicher Erfahrung vorgestellt und zur Erörterung angeboten.

Statement Dr. Jörg Grotkopp

Der Betreuer muss sich nach § 1901 BGB bei seinem Handeln vorrangig nach den (subjektiv gebildeten) Wünschen des Betroffenen richten. Das (objektiv ausgerichtete) Wohl kann diesen Primat zwar begrenzen, aber nur dann, wenn an der Freiverantwortlichkeit der Äußerung des Wunsches Bedenken bestehen und bei seiner Beachtung gravierende Schäden für die Rechtsgüter des Betroffenen drohen. Alle am Betreuungsverfahren Beteiligten haben daher mit großer Sorgfalt den Versuch zu unternehmen, den Willen des Betroffenen, sei er aktuell oder früher geäußert, zu ermitteln und in seiner Verbindlichkeit zu bewerten (s. z.B. §§ 1901a Abs. 2, 1901b BGB).

Die vorstehenden Erwägungen gelten ganz besonders im gesundheitlichen Bereich, weil jeder ärztliche Eingriff sowohl unter zivilrechtlichen, aber auch unter strafrechtlichen Gesichtspunkten der Einwilligung des Patienten bedarf, auf der anderen Seite hier aus unterschiedlichen Gründen Äußerungen der betreuten Person vorliegen können, die den Empfehlungen der Ärzte pp. widersprechen. Ein ähnliches Dilemma ergibt sich, wenn vom Betroffenen keinerlei aktuelle Äußerung mehr zu erhalten ist.

Bei allen diesen Konstellationen stellt sich die Frage, wann der Entscheidung des Betreuers oder Vorsorgevollmachtnehmers Verbindlichkeit zukommt, wann sie sogar über den Willen des Betroffenen zu setzen und ob ggf. eine Genehmigung des Betreuungsgerichtes (§ 1904 BGB) erforderlich ist.

Statement Dr. Heinrich – Walter Greuel

In der Vergangenheit war die ärztliche Behandlung gemeinhin von paternalistischem Denken getragen.

Im Zusammenwirken der §§ 630 a-e, 1901, 1901 a und 1901 b sowie 1904 BGB hat der Gesetzgeber der Beziehung zwischen Patient, gesetzlichem Betreuer und behandelndem Arzt eine Grundlage gegeben, die heute klar regelt, wie Wunsch und Wille des Patienten zu berücksichtigen und umzusetzen sind.

Das Zusammenwirken von Arzt und Patient ist dadurch inzwischen grundlegend verändert worden.

Dennoch glaubt der Arzt oft, durch die Orientierung an naturwissenschaftlichen Erkenntnissen und ärztlicher Erfahrung, bestärkt durch die Teilnahme an qualitätssichernden Maßnahmen, besser zu wissen, was für den Patienten gut ist, als dieser selbst mit seinem subjektiven Blick auf seine Krankheit. In den letzten 10 Jahren haben wir eine hohe Spezialisierung in der Medizin erlebt. Dies führt dazu, dass der hoch spezialisierte Arzt oft den Focus seines Handelns auf einen organ- oder technikbezogenen Teilaspekt des kranken Menschen richtet. Dies erschwert oft die Kommunikation im Prozess der Umsetzung des Patientenwillens.

Viel schwerer noch wird aber dieser Prozess, wenn der Patient seinen Willen zum Zeitpunkt der anstehenden Entscheidungen nicht mehr selber benennen kann, auf früher getroffene Entscheidungen zurückgegriffen werden und der mutmaßliche Wille des Patienten von den Beteiligten ermittelt werden muss.

Hier sollen vor allem Beispiele aus der Praxis zeigen, wie Grenzen fließend werden und Unsicherheiten bei der Entscheidungsfindung nicht ausgeräumt werden können. Wichtig ist, dass die an diesem Entscheidungsprozess Beteiligten lernen, im Sinne der Gesetzgebung miteinander zusammenzuwirken.

1 <http://www.bmas.de/DE/Themen/Teilhabe-behinderter-Menschen/staatenbericht-2011.html>

2 Siehe www.brk-allianz.de

3 <http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/aktuell/news/meldung/article/un-behindertenrechtskonvention-un-fachausschuss-veroeffentlicht-list-of-issues-zu-deutschland-b.html>



Teilplenum 3

Aufgabenkreis Aufenthalt – selbstbestimmtes Wohnen!

Celine Müller, Leben mit Behinderung, Hamburg

Jürgen Thar, Berufsbetreuer, Erfstadt

Moderation: Prof. Dr. Dagmar Brosey

Einführung in das Thema

Prof. Dr. Dagmar Brosey

Der Aufgabenkreis Aufenthalt hat viele Facetten. Er ist geprägt von Fragen nach der Wohnform und der Finanzierung des Wohnens der betreuten Menschen. Viele betreute Menschen leben in Einrichtungen oder betreuten Wohnformen, bei Familienangehörigen. Betreute Menschen wohnen aber auch allein oder sie sind wohnungslos.

Die Pflichten des Betreuers ergeben sich aus § 1901 BGB mit dem Erfordernis die erforderlichen Angelegenheiten zum Wohl des betreuten Menschen zu besorgen und dabei dessen Wünschen zu entsprechen. Relevant ist im Bereich des Aufenthalts aber auch Artikel 19 der UN-Behindertenrechtskonvention, der das Recht auf „Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft“ regelt. Menschen mit Behinderungen haben danach gleichberechtigt die Möglichkeit, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und sind nicht verpflichtet, in besonderen Wohnformen zu leben. Ihre Rechte auszuüben, benötigen viele behinderte Menschen Unterstützung. Diese Unterstützung durch eine/n Betreuer/in muss den Willen, die Rechte und die Präferenzen achten und es darf nicht zu Interessenkonflikten und missbräuchlicher Einflussnahme kommen (Art. 12 Abs. 4 UNBRK).

Rechtliche Betreuung mit dem Aufgabenkreis Aufenthalt bietet eine umfassende Unterstützungsmöglichkeit. Zur Sicherstellung des Aufenthalts gehören aber unter Umständen auch weitere Aufgabenbereiche, wie das Beantragen von Sozialleistungen, die Gesundheitsvorsorge und die Organisation einer pflegerischen Versorgung. Ob es im Einzelfall möglich ist, die Wünsche über den Wohnort umsetzen zu können, hängt davon ab, ob Wohnraum verfügbar ist und ob dieser finanziert werden kann. Was aber heißt selbstbestimmtes Wohnen? „Das Teilplenum wird sich vorwiegend mit einer Veränderung der Wohnsituationen beschäftigen. Zum einen wird die vom betreuten Menschen gewünschte Veränderung fokussiert. Zum anderen wird die Frage thematisiert, wie selbstbestimmtes Wohnen realisiert werden kann, wenn eine Veränderungsnotwendigkeit wegen äußerer Faktoren im Raum steht, wie z.B. eine Wohnungskündigung oder einer erheblichen Vergrößerung des Pflegebedarfs.“

Céline Müller wird anhand der verschiedenen Methoden der Persönlichen Zukunftsplanung aufzeigen, wie Menschen mit Behinderung ganz praktisch dabei unterstützt werden können ihre Wünsche und Vorstellungen zu formulieren. Die Frage nach der gewünschten und geeigneten Wohnform und dem Ort kann dabei genauso im Mittelpunkt stehen, wie andere Themen auch. In diesem durchaus phantasievollen Prozess entwickelt die planende Person gemeinsam mit Freunden, Angehörigen,

Bezugs- und Berufsbetreuern, Mitarbeitern und anderen hilfreichen Personen eine eigene Vorstellung ihrer Zukunft entsprechend ihrer Vorstellungen, Fähigkeiten und Möglichkeiten. Mit diesem Unterstützerkreis wird, abgeleitet von den formulierten Zielen, nach gangbaren und gut umsetzbaren Wegen und Lösungen gesucht, um die Zukunftsplanung umzusetzen. Der Planungsprozess ermöglicht es dabei auch neue Wege zu finden und zu gehen.

Im Mittelpunkt von Zukunftsplanungen steht die planende Person mit ihren Stärken, Fähigkeiten und Interessen. Dieser Ansatz des Personenzentrierten Denkens liegt den Methoden der Zukunftsplanung zugrunde. Dabei geht es vor allem um ein verändertes „Wie“ der Methodenanwendung, eine veränderte Haltung und eine veränderte Sichtweise auf die „Dinge“ – weg von der Ausrichtung an den Defiziten des Menschen hin zu seinen Stärken. Diese zu entdecken und zu benennen wird in einer Persönlichen Zukunftsplanung möglich.

Jürgen Thar wird aus seiner Erfahrung als Berufsbetreuer verschiedene Fallkonstellationen erläutern und abschließend Thesen zur Diskussion stellen.

Herr P. wünscht sich eine Wohnung mit Katzenklappe entweder mit Zentralheizung, Solarheizung oder Öl- oder Gasheizung. Je eine Stube, Schlafzimmer, Küche, Bad mit Platz für die Waschmaschine und einen Garten für die Katze und die Wäsche. Kein Wohnblock nur ein kleines Haus oder ein Ein- bis Zweifamilienhaus. Herr P. möchte in einem Dorf leben in der Nähe soll es eine Busverbindung, Edeka oder/und Aldi geben. Der Wunsch kann mit den Mitteln des SGB XII nicht umgesetzt werden.

Herr G. lebt in einem 27 qm Einzimmerappartement. Die Wohnung ist bin in den letzten Winkel und bis unter die Decke vollgestellt mit Zeitung, Papier, Computerteilen und Plastiktüten über deren Inhalt ich nichts wissen will. Die Luft ist stickig, feucht und verraucht. Alle Gegenstände sind überzogen mit einem schmierigen Film aus Nikotin und dem Dreck der letzten Jahre. Das Badezimmer ist als solches nicht zu erkennen. Mit Mühe kann man sich durch die gelagerten Sachen zur Kloschüssel durchkämpfen. Die ehemals weiße Kloschüssel ist jetzt farbig braun. Für mich nicht zu benutzen. Herr G. scheint wasserscheu zu sein. Er selbst und seine Kleidung befinden sich im Zustand seiner Wohnung. Dabei ist er körperlich in gutem Allgemeinzustand. Er sieht seine Wohnung als seine Höhle und fühlt sich wohl. Ihm droht die Kündigung der Wohnung.

Herr M. lebt in einem Wohnblock erste Etage Wohnung Nr. 17. Herr M. leidet seit vielen Jahren an einer paranoid-halluzinatorischen Psychose. Die medizinische Behandlung ist erfolglos verlaufen. Er gilt als „austherapiert“.

Subjektiv erlebt er seine Umwelt in einem von ihm geschaffenen in sich geschlossenen logischen Erklärungsmodell. Dieses Modell kollidiert an verschiedenen Stellen mit der Realität. Er fühlt sich nicht verstanden. In Konfliktsituationen sieht er sich belästigt, angefeindet oder bedroht. Hiergegen will er sich zur Wehr setzen. Zu mehreren Gelegenheiten glaubte Herr M. die Klopfzeichen der Freundin (sie lebt tatsächlich in Polen) aus seiner näheren Umgebung zu hören. Er hat geglaubt, dass die Freundin in der Wohnung über ihm gefangen gehalten wird. Er hat die Freundin in der Wohnung über ihm befreien wollen. Zu diesem Zweck hat er an der heftig an der Tür geklopft. Die dort lebende Mieterin fühlte sich bedroht und hat die Polizei gerufen. Die Wohnung wurde vom Vermieter gekündigt.

Thesen von Jürgen Thar:

- Finanzierung und Angebot bestimmen die mögliche Wohnform.

Teilplenum 4

Vermögenssorge nach wessen Willen?

Rainer Sobota, Berufsbetreuer, Delmenhorst

Ulrich Wöhler, Dezernent für Soziales, Jugend, Sport und Familie im Landkreis Hildesheim

Moderation: Uwe Harm

Die „Vermögenssorge“ ist ein großer Bereich der Angelegenheiten eines betreuten Menschen. Für rechtliche Betreuer sind grundsätzlich zwei Zielrichtungen des Handlungsbedarfs gegeben. Bei vorhandenem Vermögen geht es in erster Linie um dessen Verwaltung mit Fragen z. B. um Geldanlagen, Immobiliengeschäfte und vor allem um die Partizipation des betreuten Menschen an seinem Vermögen. Bei mittellosen betreuten Personen geht es dagegen um Fragen der Versorgung und der Geltendmachung von Ansprüchen nach den Sozialgesetzbüchern u. a. Leistungsgesetzen.

In beiden Fällen stellt sich die Grundsatzfrage, ob und in welchem Maße Wünsche der betreuten Person Maßstab des Betreuerhandelns sind. Das Betreuungsrecht und verstärkend die UN-Behindertenrechtskonvention geben der Selbstbestimmung für alle Bereiche einer Unterstüt-

- Das Erfassen der eigenen Möglichkeiten, die Anpassung der eigenen Erwartungen und die Wohnungssuche sind ein erster Linie pädagogischen Aufgaben und über die sozialen Dienste zu unterstützen und ggf. vom Betreuer rechtliche zu erwirken.
- Insoweit ist rechtliche Unterstützung erforderlich, wenn der Prozess zur Erfassung der eigenen Möglichkeiten sowie die Anpassung der eigenen Erwartungen wegen Krankheit/Behinderung unwiederbringlich gestört ist und durch Vorauswahl/Vorentscheidung in Teilbereichen die weitergehende Willensbildung möglich wird.
- Vorauswahl und Vorentscheidung müssen frei von Drittinteressen die vom betreuten Menschen gewünschte Wohnsituation im Fokus haben.
- Der Mietvertrag und die Sorge für die Finanzierung sind rechtliche Angelegenheiten. Rechtliche Vertretung ist erforderlich, wenn der Prozess von der freien Willensbildung bis zu Umsetzung des als richtig Erkannten freien Willens durch körperliche, geistige, seelische Krankheit/Behinderung gestört ist.

zung – ob durch rechtliche Betreuer oder sozialrechtliche Hilfestellung – den Vorrang. Rechtliche Betreuer stehen deshalb immer wieder vor der Frage, ob für eine vermögensrechtliche Entscheidung Wunsch und Wille noch Maßstab sein soll oder ob zum Schutz des betreuten Menschen eine andere Entscheidung gerechtfertigt ist.

In der betreuungsrechtlichen Literatur wird zudem immer wieder die Ansicht vertreten, dass gerade im Bereich der Vermögenssorge nur die objektiven Interessen Maßstab sein können, weil andernfalls der rechtliche Betreuer in große Haftungsgefahren kommt. Unsicherheiten sind deshalb auch bei den Betreuungsgerichten festzustellen, wenn es um Genehmigungsverfahren zu Geldanlagen oder anderen Geschäften geht. Das Teilplenum will zu diesen Fragen Antworten finden und formulieren.

Teilplenum 5

„Was Du nicht willst.....“ Open Space Ehrenamt, Teil 1

Helga Steen-Helms, Hess. Sozialministerium, Wiesbaden

Michael Poetsch, Lehrer für Pflegeberufe, Verfahrenspfleger

Moderation: Stephan Sigusch

In der rechtlichen Betreuung stehen Wunsch und Wohl des betreuten Menschen immer wieder im Widerspruch. Dieses Dilemma gilt es bewusst zu machen und den Umgang damit zu lernen.

In diesem Teilplenum möchten wir Sie zunächst mitnehmen auf eine Reise in das Land Ihrer eigenen Wünsche.

Denn nur über die Selbstreflexion und das Zulassen eigener Betroffenheit kann die existentielle Bedeutung dieses Spannungsfeldes erfahrbar gemacht werden.

So wird es leichter, sich sowohl in die Lage der betreuten Menschen als auch ihrer Betreuer oder Bevollmächtigten hineinzusetzen.

Teilplenum 6**Gesetz zur Stärkung der Funktionen der Betreuungsbehörde**

Brunnhilde Ackermann, Leiterin Betreuungsbehörde Kassel i.R., Immenhausen

Dr. Andrea Diekmann, Vizepräsidentin des LG Berlin

Margrit Kanica, Senatsbehörde für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, Überörtliche Betreuungsbehörde, Bremen

Am 1. Juli 2014 ist das Gesetz zur Stärkung der Funktionen der Betreuungsbehörde in Kraft getreten. Ziel des Gesetzgebers ist es, der steigenden Zahl von Betreuungen durch die Stärkung des Erforderlichkeitsgrundsatzes in der praktischen Anwendung zu begegnen. Durch Änderungen im Verfahrensrecht und durch Änderungen im Betreuungsbehördengesetz sollen die Funktionen der Betreuungsbehörde sowohl im Vorfeld als auch im gerichtlichen Verfahren verfestigt werden, um die Bestellung eines rechtlichen Betreuers – soweit möglich – zu vermeiden und damit die Selbstbestimmung der Betroffenen noch mehr zu wahren.¹

Das Gesetz beinhaltet u.a. folgende Regelungen:

- Vor der Bestellung einer Betreuerin/eines Betreuers oder der Anordnung eines Einwilligungsvorbehalts hat das Gericht die Betreuungsbehörde anzuhören (sog. obligatorische Anhörung).
- Die Anhörung soll sich auf bestimmte Kriterien beziehen (z.B. die soziale Situation d. Betroffenen, die Erforderlichkeit der Betreuung etc.).
- Wenn im Einzelfall Anhaltspunkte für einen Betreuungsbedarf bestehen, soll die Behörde der betroffenen Person ein Betreuungsangebot unterbreiten.

Diese Beratung umfasst auch die Pflicht, andere Hilfen, bei denen kein Betreuer bestellt wird, zu vermitteln.

- Zur Durchführung der Aufgaben werden Personen beschäftigt, die sich hierfür nach ihrer Persönlichkeit eignen und die in der Regel entweder eine ihren Aufgaben entsprechende Ausbildung erhalten haben oder über vergleichbare Erfahrungen verfügen.

Im Teilplenum soll beispielhaft folgenden Fragen nachgegangen werden:

- Welche ersten Erfahrungen sind in der Praxis gemacht worden?
- Was bedeuten die Regelungen für die Betroffenen, die Behörden, die Gerichte, Betreuerinnen und Betreuer etc.?
- Ist feststellbar, dass der Erforderlichkeitsgrundsatz stärkere Beachtung erfährt – und wenn ja, wodurch?
- Welche Probleme und Schwachstellen sind sichtbar geworden?
- Wird die Rechtsanwendung evaluiert?
- Ist das 4. BTÄndG nur ein Schritt für eine (welche?) Weiterentwicklung im Betreuungswesen?

1 Vgl. BT-Drucks. 17/13419.

Teilplenum 7**Einwilligungs(un)fähigkeit und Zwangsbehandlung**

Dr. Christoph Lenk, Psychiater, Hamburg

Prof. Dr. Volker Lipp, Universität Göttingen

Thesen von Prof. Dr. Volker Lipp

1. Rechtliche Betreuung unterstützt behinderte und psychisch erkrankte Menschen bei der Ausübung ihrer Rechte und schützt sie davor, sich selbst zu schädigen. Sie ist orientiert an der Selbstbestimmung des einzelnen und seinen individuellen Bedürfnissen. Der Betreuer macht die Rechte des Betroffenen auf Zugang zur Gesundheitsversorgung und auf Schutz geltend – auch bei der Unterbringung und bei der Zwangsbehandlung!

2. Unterbringung und Zwangsbehandlung sind schwerwiegende Eingriffe in das Selbstbestimmungsrecht und deshalb nur als letzte Mittel zum Schutz des betreuten Menschen erlaubt (§ 1906 BGB). Eine Zwangsbehandlung ist dabei nur im Rahmen der Unterbringung möglich (§ 1906 Abs. 3 Nr. 3 BGB).

3. Voraussetzung für die Zwangsbehandlung wie für die Unterbringung ist unter anderem, dass der betreute Mensch einwilligungsunfähig ist. Die Unterbringung und die Zwangsbehandlung eines einwilligungsfähigen

Menschen sind sowohl betreuungsrechtlich wie verfassungsrechtlich ausgeschlossen. Die Feststellung der Einwilligungsunfähigkeit ist daher eine entscheidende Voraussetzung für die Zwangsbehandlung.

4. Jeder erwachsene Mensch ist von Rechts wegen einwilligungsfähig. Festgestellt werden muss nicht die Einwilligungsfähigkeit, sondern ob sie im Einzelfall ausgeschlossen ist.

5. Diese Grundsätze gelten auch für die Behandlung psychisch kranker und geistig oder seelisch behinderter Menschen. Es muss daher im Einzelfall für die jeweils geplante ärztliche Maßnahme festgestellt werden, ob der Patient

- aufgrund seiner psychischen Krankheit oder seiner geistigen oder seelischen Behinderung
- die Notwendigkeit der Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme nicht erkennen (fehlende Einsichtsfähigkeit) oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann (fehlende Steuerungsfähigkeit).

6. Die Einwilligungsfähigkeit kann insbesondere nicht schon deshalb verneint werden, weil

- ein Mensch an einer schweren psychisch Krankheit leidet oder erheblich geistig behindert ist;
- ein Betreuer für Gesundheitsangelegenheiten bestellt worden ist;
- ein früheres Gutachten die Aussage enthält, dass der Patient „einwilligungsunfähig ist“ oder „geschäftsunfähig ist“.

7. Auch wenn der betreute Mensch einwilligungsunfähig ist, bleibt der Betreuer verpflichtet (§§ 1901, 1901a, 1901b BGB), die Wünsche und den Willen betreuten Menschen im Rahmen der Behandlung einzubringen (Selbstbestimmungsprinzip) und diesen dabei zu unterstützen, nach Möglichkeit seine eigene Entscheidung zu treffen (Assistenzprinzip).

Deshalb

- muss der Betreuer vor einer Zwangsbehandlung versuchen, den betreuten Menschen von der Notwendigkeit der geplanten Behandlung zu überzeugen und dessen freiwillige Zustimmung zu erreichen (vgl. § 1906 Abs. 3 Nr. 2 BGB).
- darf der Betreuer nur dann in eine Zwangsbehandlung einwilligen, wenn diese Behandlung dem früher erklärten oder dem mutmaßlichen Willen des betreuten Menschen entspricht (§ 1901a BGB).

Thesen von Dr. Christoph Lenk

1. Ärztliches Handeln wird zunehmend von formalisierten Rahmenbedingungen bestimmt.

Diese Rahmenbedingungen tragen einerseits zu einer

Teilplenum 8**Selbstbestimmung und Unterstützung bei Demenz – das Projekt EmMa**

Dr. Julia Haberstroh, Psychologin, Frankfurt

Prof. Dr. Thomas Klie, Evangelische Hochschule Freiburg

Tanja Müller, Dipl. Psychologin, Frankfurt

Die Zahl von Menschen mit Demenz nimmt weltweit zu. Dies ist Folge des demografischen Wandels und einer Verlängerung der Lebensspanne und Lebenserwartung. Da die betroffenen Personen neben der Demenz durchschnittlich an 4-6 weiteren Grunderkrankungen leiden, sind sie auf medizinische Maßnahmen angewiesen.¹ Damit eine in die körperliche Unversehrtheit eingreifende medizinische Maßnahme nicht als Körperverletzung gilt, muss vorab eine wirksame Einwilligung (§ 630 d BGB) vorliegen.² Eine rechtlich wirksame Einwilligung setzt voraus, dass einem einwilligungsfähigen Patienten adäquate Informationen dargeboten werden und dieser daraufhin eine freiwillige Entscheidung treffen kann.³ Obwohl Ärzte gemäß § 630 e BGB verpflichtet sind, die

verbesserten Qualitätssicherung bei, führen andererseits aber auch zu einer Verunsicherung gerade junger Ärzte hinsichtlich juristischer Folgen des eigenen Handelns.

2. Betreuungsrechtliche Fragen werden im Medizinstudium nicht thematisiert, es besteht insoweit ein großes Wissensdefizit.

3. Beim Umgang mit betreuten Menschen besteht teilweise eine erhebliche Unsicherheit.

Teilweise ist nicht bekannt, dass ein betreuter Mensch nicht entmündigt ist, sondern – bei vorhandener Einwilligungsfähigkeit – selbst über die Vornahme beziehungsweise die Ablehnung eines medizinischen Eingriffs entscheiden kann.

4. Die Feststellung der Einwilligungsunfähigkeit stellt Ärzte teilweise vor erhebliche Probleme und führt zu einer Verlagerung des Problems in Richtung der Konsiliarpsychiatrie.

5. Hinsichtlich der Indikationsstellung für eine medizinische Maßnahme, gerade unter dem Einsatz von Zwang, fällt eine Unterscheidung zwischen Notwendigkeit aus rein ärztlicher Sicht und Erforderlichkeit im speziellen Fall teilweise schwer.

6. Bei bestehenden eindeutigen juristischen Rahmenbedingungen ist eine Schulung der Ärzteschaft dringend erforderlich.

Patienten und nicht nur ihre Vertreter umfassend aufzuklären, um die Grundlage für eine selbstbestimmte Entscheidung zu schaffen, ist es in der gängigen Praxis weit verbreitet, regelhaft den Betreuer resp. Bevollmächtigten anstelle eines kognitiv beeinträchtigten Patienten aufzuklären und von diesem eine stellvertretende Einwilligung einzuholen.

Seit dem 26.03.2009 gilt die UN-Behindertenrechtskonvention nach ihrer Ratifizierung in Deutschland als verbindliches Recht. Diese geht grundsätzlich davon aus, dass jeder Mensch mit Behinderung (hierzu zählen auch demenziell bedingte kognitive Einschränkungen) fähig ist, selbstbestimmt zu entscheiden und zu handeln;

1 Attems/König/Huber/Lintner/Jellinger, EUROJGER 2006, 115

2 § 228 StGB, sowie § 1901a Abs. 2 und 3, BGB; vgl. dazu Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht: Arztrecht, Arzneimittelrecht, Medizinproduktrecht und Transfusionsrecht, 2008, S. 162 ff.; Fischer, Strafgesetzbuch und Nebengesetze, 2010, § 228, Rn 9 und 13 ff.

3 Eschelbach, BeckOK StGB § 228 Rn 5-8 und 13-15.6 2013; Amelung, NSTZ 2006, 317 ff.

Demnach müssen die Vertragsstaaten davon abkommen, Menschen mit Behinderung ihre Rechtsfähigkeit abzusprechen; sie sollen stattdessen Menschen mit Behinderungen den Zugang zu Unterstützung bereitstellen, die sie eventuell benötigen, um zu rechtskräftigen Entscheidungen befähigt zu werden.⁴ Wie derartige Unterstützung aussehen kann und sollte, wird in der UN-Behindertenrechtskonvention jedoch nicht spezifiziert. Im Projekt EmMa sollen daher praxistaugliche Methoden entwickelt und evaluiert werden, mit deren Hilfe es möglich sein soll, Menschen mit leichter bis mittelschwerer

Demenz zu befähigen, ihr Recht auf Selbstbestimmung wahrzunehmen. Hierbei wird davon ausgegangen, dass die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit nicht nur durch die Eigenschaften des Patienten bedingt ist, sondern maßgeblich durch die Kontextbedingungen beeinflusst wird. Bisherige Studienergebnisse verweisen hierbei auf die Bedeutung einer ressourcenorientierten Kommunikation im Informed Consent Prozess (vgl. AG 10, Unterstützte Entscheidungsfindung bei Menschen mit Demenz, Julia Haberstroh und Tanja Müller).

4 Office of the High Commissioner for Human Rights, Convention on the rights of persons with disabilities, 2006, Art. 12

Teilplenum 9 Selbstbestimmte Teilhabeleistungen? Zum Spannungsfeld von Wunsch- und Wahlrecht und Steuerungsverantwortung

Roland Rosenow, Beratung für soziale Einrichtungen und Dienste, Teilhabeberatung,
Freiberuflicher Dozent für Sozialrecht, Freiburg
Moderation Sieglind Scholl

Das Recht der Teilhabeleistungen hat seine historischen Wurzeln im Fürsorgerecht und damit in einem Gebiet, das – vorsichtig gesagt – nicht besonders selbstbestimmungsaffin war. Seit den großen Sozialrechtsreformen der siebziger Jahre wurde das Recht auf Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung jedenfalls in den gesetzlichen Bestimmungen, nach denen Teilhabeleistungen zu bewilligen sind, immer weiter gestärkt. Ganz entscheidend ist hier das Wunsch- und Wahlrecht aus § 9 SGB IX, aber auch eine ganze Reihe weiterer Vorschriften. Seit März 2009 sind diese Vorschriften im Licht von Art. 12 UN-BRK auszulegen.

In einem einführenden Vortrag wird zunächst die geltende Rechtslage zusammengefasst um dann in einem zweiten Schritt zu untersuchen, inwieweit diese Rechtslage durch weitere Vorschriften des Rechts der Teilhabeleistungen und durch die Praxis der Rehabilitationsträger konterkariert wird. Im Ergebnis wird eine erhebliche Diskrepanz zwischen dem klaren gesetzlichen Anspruch auf selbstbestimmte Teilhabeleistungen einerseits und einer durch ergänzende und untergesetzliche Normen sowie durch zu hinterfragende Auslegungen gesetzlicher Vorschriften legitimierte Begrenzung dieses Anspruchs andererseits festzustellen sein.

Teilplenum 10 „Da hüpf das Herz...“ Open Space Ehrenamt, Teil 2

Peter Gilmer, Dipl. Sozialwirt, Partenheim
Sönke Wimmer, Betreuungsverein Kiel
Moderation: Stephan Sigusch

Ein Herzstück der Querschnittstätigkeit der Betreuungsvereine ist die strukturierte Begleitung der Ehrenamtlichen. In TP 10 haben Sie mit der Open Space Methode die Möglichkeit, sich mit den Chancen der Querschnittsarbeit (dieses mal unabhängig von der Frage einer Finanzierung) zu befassen:

- Querschnittsarbeit Last oder Lust?
- Epizentrum Wunsch und Wille!
- Emotionale Heimat Betreuungsverein.
- Netzwerkarbeit im örtlichen Bereich

Das betreuungsrechtliche Ehrenamt ist allererste Wahl in unserer Gesellschaft

Peter Gilmer

Menschen die eine rechtliche Betreuung benötigen, haben eine außerordentliche seelische Belastung, die das Leben in der Gemeinschaft schwer macht und es kann auch die körperliche Gesundheit beeinträchtigt sein. Oft liegen zusätzlich chronische Erkrankungen vor. Während

ruflichen Betreuerinnen und Betreuer bereit.

Damit ehrenamtliche Betreuerinnen und Betreuer gewonnen und – im besten Sinne – begleitet werden können, bedarf es der Hilfe von Betreuungsvereinen. Die ehrenamtlich geführten und gemeinnützigen Betreuungsvereine, sind in aller Regel Teil der freien Wohlfahrtspflege und sind durch ihre emotionale Nähe zu den Menschen in ihrem Tätigkeitsbereich dafür prädestiniert, die Brücke zwischen Betreuten und Betreuern zu bauen und dauerhaft zu halten. Niemand sonst ist näher an den Bürgerinnen und Bürgern und bietet eine personale Exklusivität für die Ratsuchenden, die es sonst nicht gibt.

Die Betreuungsvereine bieten den ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuern eine „emotionale Heimat“ um sich auszutauschen, sich fortzubilden und um wieder Kraft zu tanken für die schwierige Aufgabe – eine Art Supervision oder Mediation. Mit diesem Angebot sind sie einzigartig und helfen damit, die wichtigen ehrenamt-

lichen Betreuerinnen und Betreuer – sie sind in der gesetzlichen Reihenfolge die allererste Wahl – im Ehrenamt zu begleiten. Wie im Gesundheitswesen schon lange bekannt, sind diese emotionalen Beziehungen von immenser Wichtigkeit und vermögen mehr und erfolgreicher Menschen zu bewegen als es alle z.B. Medikamente tun.

Betreuungsvereine müssen allerdings in Stand gesetzt sein, die strukturierte und qualitätsgesicherte Begleitung der ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuer nachhaltig zu erbringen. Dazu gehört unabdingbar die notwendige finanzielle Ausstattung, um diese außerordentliche gesellschaftliche Dienstleistung bereit zu stellen. Sie muss auf Dauer angelegt sein - um nicht selbst ständig in Frage gestellt zu werden.

Für diese komplexe und vielschichtige Netzwerkaufgabe muss je Betreuungsverein eine ganze Stelle von der öffentlichen Hand finanziert werden, um der ersten Wahl im Betreuungswesen - dem betreuungsrechtlichen Ehrenamt - gerecht zu werden.

Die Arbeitsgruppen

Arbeitsgruppe 1

Patientenrechtegesetz und Patientenwille

Dr. Arnd May, Medizinethiker, Halle (Saale)

Sybillie M. Meier, Rechtsanwältin, Berlin

Ein rechtlicher Betreuer muss seine Tätigkeit am tatsächlichen Unterstützungsbedarf und an der Zentralnorm des Betreuungsrechts ausrichten: § 1901 BGB „(2) Der Betreuer hat die Angelegenheiten des Betreuten so zu besorgen, wie es dessen Wohl entspricht. Zum Wohl des Betreuten gehört auch die Möglichkeit, im Rahmen seiner Fähigkeiten sein Leben nach seinen eigenen Wünschen und Vorstellungen zu gestalten. (3) Der Betreuer hat Wünschen des Betreuten zu entsprechen, soweit dies dessen Wohl nicht zuwiderläuft und dem Betreuer zuzumuten ist. Dies gilt auch für Wünsche, die der Betreute vor der Bestellung des Betreuers geäußert hat, es sei denn, dass er an diesen Wünschen erkennbar nicht festhalten will. Ehe der Betreuer wichtige Angelegenheiten erledigt, bespricht er sie mit dem Betreuten, sofern dies dessen Wohl nicht zuwiderläuft.“

Damit eine individuelle Betreuung möglich wird, ist das Gespräch mit dem Betreuer zentral. In Situationen, in de-

Arbeitsgruppe 2

Zwangsbearbeitung im Betreuungsrecht und in den PsychKGen

Georg Dodegge, Richter am Amtsgericht, Essen

Ruth Fricke, Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener, Herford

Jörg Holke, Psychiatriereferent Gesundheitsm.NRW, Düsseldorf

Dr. Martin Zinkler, Psychiater, Heidenheim

Moderation: Volker Lindemann

In dieser Arbeitsgruppe sollen die Ausnahmeregelungen für das Handeln von Betreuer/innen, Ärzten und Ärztinnen in der Gesundheitsversorgung gegen den natürlichen Willen der Betroffenen vorgestellt und diskutiert werden.

Im Betreuungsrecht geht es dabei vor allem um die Erfahrungen mit den schon vor gut 1 ½ Jahren in Kraft getretenen Neuregelungen.

Bei den meisten PsychKGen der Bundesländer stehen immer noch die Kontroversen bei der Suche nach einer verfassungskonformen Neuregelung für ärztliche Zwangsmaßnahmen im Vordergrund.

Um den Nutzen und die Mitwirkungsmöglichkeiten für alle Teilnehmer/innen an dieser AG zu erhöhen, bietet sich u.a. das Studium der diese Themen betreffenden Stellungnahmen aus den Jahren 2013 und 2014 auf der Internetseite des BGT e.V.an.

Thesen- und Arbeitspapier

Georg Dodegge, Richter am Amtsgericht – als weiterer Aufsicht führender Richter Amtsgericht Essen

nen Menschen nicht mehr befragt werden können, muss der Wille auf andere Weise ermittelt werden. Dazu ist insbesondere eine Patientenverfügung hilfreich. Der Wille des Patienten ist mehr als nur das, was in der Patientenverfügung steht. Auch Aussagen von Angehörigen oder Vertrauenspersonen sind Bausteine des Patientenwillens. Solche Gespräche zu Wünschen und Werten des Patienten können mit einem Leitfaden vorbereitet werden. Auch können Menschen mit geistigen Einschränkungen zu ihren Behandlungswünschen befragt werden. Auch auf die Situation von psychischen Störungen und die Abfassung von Patientenverfügungen soll eingegangen werden. In dieser Situation stellt sich insbesondere die Frage nach der Verbindlichkeit der Willensäußerungen, da in einer Patientenverfügung möglicherweise Behandlungen abgelehnt werden, mit denen der Patient relativ einfach wieder in den Zustand der Einwilligungsfähigkeit gebracht werden kann.

I. Einleitung

Seit dem 26. 02. 2013 regelt § 1906 Abs. 3, 3a BGB die betreuungsrechtliche Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme. Die betreuungsrechtliche Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme bedarf einer gerichtlichen Genehmigung, die unter den Voraussetzungen des § 1906 Abs. 3 Nrn. 1-5 BGB erteilt werden kann. Will der Betreuer den Betroffenen zur (zwangsweisen) Heilbehandlung unterbringen, muss ihm die Kompetenz, für den Betroffenen in die Freiheitsentziehung einzuwilligen, ausdrücklich eingeräumt sein. Sein Aufgabenkreis muss daher die Befugnis zur Unterbringung bzw. als Oberbegriff die Aufenthaltsbestimmung einerseits sowie die (psychiatrische) Gesundheitsfürsorge andererseits umfassen, vgl. BGH, NJW 2013, 3781.

Der Gesetzgeber hat darauf hingewiesen, dass die gesetzlich geregelten Verfahrens- und Genehmigungsvoraussetzungen strengstens einzuhalten sind. Die bisherige Gerichtspraxis zeigt, dass dies im Einzelfall nicht immer beachtet wird und es darüber hinaus oftmals rein tatsächlich auch nicht möglich ist, die vom Gesetzgeber vorgegebenen Genehmigungsvoraussetzungen und die vom BGH dazu entwickelten Rechtsprechungsgrundsätze einzuhalten, vgl. Zimmermann, NJW 2014, 2479.

I. Verfahrensrechtliches

Der Gesetzgeber hatte zusätzliche Verfahrensregelungen geschaffen, um den Betroffenen möglichst umfassend im Verfahren auf die Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme zu schützen. Die gerichtliche Praxis zeigt nun, dass sich die Gerichte offenbar damit schwer tun, diesen verfahrensrechtlichen Anforderungen zu genügen. Genannt seien hier drei Punkte:

1. Inhalt und Umfang der Einwilligungserklärung des Betreuers

Der Betreuer muss zwar keinen ausdrücklichen Antrag auf Genehmigung der Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme bei Gericht stellen. Er muss allerdings im Vorfeld nach ärztlicher Aufklärung eine Entscheidung dazu treffen, in welche konkrete Behandlungsmaßnahme einwilligen will. Dem Gericht gegenüber muss er dann darlegen, in welche ärztliche Maßnahme er konkret eingewilligt hat. Das fehlt oft bzw. es wird pauschal auf den Therapieversuch des Arztes verwiesen. Zu einem Antragsmuster vgl. BtPrax 2014, 10 und 11

2. Dauer der Genehmigung

§ 329 Abs. 1 S. 2 FamFG beschränkt die Höchstdauer der Genehmigung für eine ärztliche Zwangsmaßnahme auf 6 Wochen. § 333 Abs. 2 S. 1 FamFG legt als Höchstfrist einer einstweiligen Anordnung 2 Wochen fest. In BGH NJW 2014, 2497, und BGH, Beschluss vom 30.07.2014 – XII ZB 169/14 – hatten die Vorinstanzen eine Genehmigung in der Hauptsache für fast zwölf Wochen(!) erteilt.

3. Beschlusstenor

Bei der Genehmigung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme muss die Beschlussformel enthalten, dass die Zwangsmaßnahme unter der Verantwortung eines Arztes durchzuführen und zu dokumentieren ist, was in der gerichtlichen Praxis übersehen wird. Dabei handelt es sich nämlich nicht nur um einen klarstellenden Ausspruch. Vielmehr wird durch den Beschlusstenor die Rechtmäßigkeit der ärztlichen Zwangsmaßnahme unabhängig von aus dem zivilrechtlichen Behandlungsvertrag folgenden Pflichten daran geknüpft, dass diese Vorgaben erfüllt sind, vgl. BGH NJW 2014, 2497, und BGH, Beschluss vom 30.07.2014 – XII ZB 169/14. Der BGH übersieht allerdings, dass eine ärztliche Dokumentation schon nach § 630f BGB geschuldet ist. Demzufolge kann es nur noch um Angaben zur Durchführung der ärztlichen Zwangsmaßnahme gehen. Inhalte dieser Angaben sind bislang weitgehend ungeklärt in der Rechtsprechung. Darüber hinaus zeigt sich in der Praxis häufig ein weiteres Problem in diesem Zusammenhang.

Nicht erforderlich ist nach der gesetzgeberischen Wertung nämlich die Angabe, welche Medikation im Einzelnen verabreicht werden darf bzw. welche ärztliche Maßnahme durchgeführt werden darf, Dodegge, NJW 2013, 1265, 1270, Zimmermann, FamRZ 2014, 2479, 2481; a. A. AG Michelstadt, FamRZ 2014, 692. Dem Betreuungsgericht obliegt nämlich allein die Genehmigung der Einwilligung des Betreuers. Demzufolge ist seitens des Betreuers

Inhalt und Umfang der eingewilligten ärztlichen Maßnahme darzulegen. Sofern die Angaben in der gerichtlichen Entscheidung trotzdem aufgeführt werden, besteht bei einer Abweichung von den gerichtlichen Vorgaben, z.B. weil eine andere Behandlung, ein anderes Medikament oder eine veränderte Dosierung erforderlich geworden sind, die Gefahr einer unerlaubten Handlung seitens des Arztes. Unterbleiben diese Ausführungen zur Medikation im Beschluss, besteht diese Gefahr nicht, sofern sich der Arzt vor der Änderung der Behandlung eine entsprechende Einwilligung des Betreuers eingeholt hatte. Der Betreuer ist dann seinerseits nach § 1906 Abs. 3a S. 2 BGB verpflichtet, dem Gericht einen Widerruf der Einwilligung gegenüber dem Arzt mitzuteilen bzw. eine Abänderung der Genehmigung anzuregen.

III. Materielle Voraussetzungen

Zunächst muss eine ärztliche Zwangsmaßnahme vorliegen. Der Gesetzgeber definiert den Begriff der Zwangsbehandlung als medizinische Behandlung des Betreuten gegen seinen natürlichen Willen, § 1906 Abs. 3 S. 1 BGB. Wie sich die Ablehnung manifestieren muss, ist durch den Gesetzgeber offen gelassen worden. Eine verdeckte Medikamentengabe von zuvor abgelehnter Medikation bedeutet aber eine Zwangsbehandlung, vgl. AG Ratzburg, BtPrax 2014, 93. Weiterhin muss die freie Willensbestimmung ausgeschlossen sein, weil anderenfalls schon keine Unterbringung nach § 1906 BGB zulässig ist, vgl. BGH, FamRZ 2014, 740. Ein freier Wille fehlt z.B. bei einem systematisierten Wahn mit fehlendem Realitätsbezug, LG Augsburg, Beschluss vom 12.9.2013 – 51 T 2592/13.

Da eine Zwangsbehandlung nur unter geschlossen stationären Bedingungen zulässig ist, verlangt der BGH, Beschluss vom 30.07.2014 – XII ZB 169/14, zusätzlich, dass die Voraussetzungen für eine Unterbringung zur Heilbehandlung nach § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB vorliegen. Nach dieser Vorschrift ist eine Unterbringung allerdings nur genehmigungsfähig, wenn eine erfolgversprechende Heilbehandlung durchgeführt werden kann, vgl. BGH, NJW 2013, 3781. Dies setzt aber voraus, dass der Betroffene die Heilbehandlung mit natürlichem Willen einwilligt oder die Überwindung seines entgegenstehenden natürlichen Willens nach der gesetzlichen Regelung des § 1906 Abs. 3, 3a BGB zulässig ist. Für die Praxis bedeutet das, dass die Genehmigung einer Unterbringung zur Heilbehandlung gem. § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB immer nur dann möglich sein wird, wenn von vornherein zumindest nicht ausgeschlossen ist, dass sich der Betroffene in der Unterbringung behandeln lassen wird, sein natürlicher Wille also nicht bereits der medizinisch notwendigen Behandlung entgegensteht, er aber die Notwendigkeit der Unterbringung nicht einsieht. Davon kann man aber nur sprechen, wenn sich die Weigerung des Betroffenen, sich behandeln zu lassen, noch nicht manifestiert hat, vgl. BGH, NJW-RR 2013, 1449. Hat der Betroffene indes einen entgegenstehenden natürlichen Willen manifestiert, ist auszuschließen, dass er eine Behandlung ohne Zwang vornehmen lassen wird. Dann ist nach dem BGH die Genehmigung der Unterbringung zur Durchführung der Heilbehandlung nur zulässig, wenn die Voraussetzungen für die Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaß-

nahme im Sinn des § 1906 Abs. 3 BGB vorliegen und diese rechtswirksam nach § 1906 Abs. 3a BGB genehmigt wird. Denn nur dann besteht für die eine Freiheitsentziehung rechtfertigende Heilbehandlung auch gegen den Willen des Betroffenen eine rechtliche Grundlage.

1. Einwilligungsunfähigkeit

Der Betreute darf auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln können. Diese Voraussetzung entspricht der des § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB, muss sich aber auf die Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme beziehen.

2. Versuch der Therapieeinwilligung

Bevor eine Genehmigung der Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme erteilt werden kann, muss intensiv versucht worden sein, den Betreuten von der Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme zu überzeugen. Das bedeutet, dass ein ernsthafter, mit angemessenem, also ausreichendem Zeitaufwand und ohne Druckausübung vorgenommener Versuch vorgeschaltet wird, bei dem Betreuten ein Therapieverständnis nebst -einwilligung zu erreichen.

In der Praxis zeigen sich hinsichtlich dieser Voraussetzung deutliche Schwierigkeiten. Im Einzelnen ist unklar:

- Welche Person den Überzeugungsversuch durchzuführen hat,
- wann der Überzeugungsversuch stattzufinden hat,
- welchen Inhalt der Überzeugungsversuch haben muss
- welche Standards in ärztlicher Hinsicht einzuhalten sind und
- welche Bedeutung in rechtlicher Hinsicht der Durchführung des Überzeugungsversuches zuzumessen ist.

Der Gesetzgeber war davon ausgegangen, dass der Überzeugungsversuch zunächst durch den Betreuer stattzufinden hat, da dieser wichtige Angelegenheiten mit dem Betreuten vorab zu besprechen hat. Da im Falle der tatsächlichen Verhinderung des Betreuers allerdings auch der Richter durch einstweilige Anordnung entscheiden kann, ist dies nicht zwingend bzw. der entscheidende Richter müsste dann den Überzeugungsversuch im Vorfeld vornehmen.

Der BGH verlangt darüber hinaus, dass der Überzeugungsversuch durch eine überzeugungsfähige und -bereite Person ausgeführt wird. Diese Einschränkung sah der Gesetzgeber nicht vor. Zimmermann weist zu Recht darauf hin, dass die Überzeugungsfähigkeit und -bereitschaft nur schwerlich festzustellen sein werden. M.E. kommen der ambulant behandelnde Arzt, Angehörige, Vertrauenspersonen und – im gerichtlichen Verfahren – der Verfahrenspfleger als Personen in Betracht, die einen Überzeugungsversuch vornehmen können. Nach LG Lübeck, Beschluss vom 09.07.2014 – 7 T 398/14 – kommt selbst der Sachverständige im gerichtlichen Verfahren als Person, die einen Überzeugungsversuch unternimmt, in Betracht. Für den nötigen Zeitaufwand des Überzeu-

gungsversuches genügt in der Regel dann aber nicht ein einziger Begutachtungstermin oder ein einziger Anhörungstermin.

Der BGH hat weiter ausgeführt, dass regelmäßig der ärztlich beratene Betreuer einen Überzeugungsversuch durchzuführen hat. Von daher dürfte es seitens der Berufsverbände der Betreuer Anstrengungen bedürfen, allgemein gültige Standards hinsichtlich der Art und Weise und des Inhaltes solcher Gespräche zwischen Betreuer und Betreutem zu entwickeln. Der Gesetzgeber ist darüber hinaus davon ausgegangen, dass dieser Versuch auch im Rahmen der stationären Unterbringung durch die dort tätigen Ärzte in einem Zeitraum von 10 – 14 Tagen nach der Unterbringung des Betreuten erfolgen sollte.

Der BGH hat inzwischen klargestellt, dass der Versuch zur Erzielung eines Therapieeinverständnisses eine materielle Genehmigungsvoraussetzung darstellt, vgl. BGH, NJW 2014, 2497. Zur Ausgestaltung des Überzeugungsversuchs hat der BGH nur ausgeführt, dass dies vom Krankheits- bzw. Behinderungsbild des Betroffenen im Einzelfall abhängt. Das LG Augsburg, Beschluss vom 12.9.2013 – 51 T 2592/13, erachtete nach erfolgter Unterbringung tägliche Überzeugungsversuche durch das Pflegepersonal und weitere Überzeugungsversuche in den unter der Woche täglich stattfindenden ärztlichen Visiten für ausreichend. Darüber hinaus fanden während der Unterbringung im Zeitraum von April bis Juni sechs intensive Gespräche innerhalb von Visiten mit der Betroffenen einerseits und der behandelnden Ärztin bzw. der behandelnden Psychologin und dem verantwortlichen Oberarzt statt, die jeweils mindestens 25 Minuten dauerten. In BGH, Beschluss vom 30.07.2014 – XII ZB 169/14 – wird ausgeführt, dass Zeitpunkt, äußerer Rahmen, Beteiligte, Umfang und Inhalt des Überzeugungsversuches im Genehmigungsbeschluss darzulegen sind. Nach LG Lübeck, Beschluss vom 09.07.2014 – 7 T 398/14 – gelten diese zeitlichen Vorgaben auch, wenn im Vorfeld bereits mehrfach Einwilligungen in ärztliche Zwangsmaßnahmen gerichtlich genehmigt worden sind.

Diese Entscheidungen zeigen, dass zumindest das Gericht in seinem Genehmigungsbeschluss darlegen muss, an welchen einzelnen Tagen, zu welcher Uhrzeit, an welchem Ort und durch welche Personen ein Überzeugungsversuch vorgenommen wurde.

Zum Inhalt der Gespräche verhalten sich die Entscheidungen nicht. Sie weisen nur darauf hin, dass für den Arzt im Krankenhaus mit der Forderung nach einem Überzeugungsversuch eine über die vertragliche Pflicht zur Aufklärung und Erläuterung, vgl. § 630c BGB, hinausgehende Verpflichtung besteht. Auch die Empfehlungen der DGGPN enthalten bislang keine ausreichenden Hinweise. Zu Recht weisen sie darauf hin dass der Fokus eines solchen Arzt-Patient-Gesprächs nicht primär auf einer rationalen Information und Argumentation liegen kann, da ein einwilligungsunfähiger Patient diese aufgrund seiner psychischen Erkrankung nur sehr eingeschränkt für seine Willensbildung nutzen kann. Wichtig seien daher eine Zeitinvestition, eine Zuwendung, eine

Wertschätzung und eine Vertrauensbildung im Hinblick auf den Patienten. Weitere Schwierigkeiten ergeben sich sicherlich daraus, dass die Grenzen zwischen einem Überzeugungsversuch, einer Überredung und einer – abzulehnenden – Manipulation unscharf sind. In diesem Graubereich besteht eine deutliche Missbrauchsgefahr. Die DGGPN weist darauf hin, dass insoweit Best – Practice – Beispiele, Fallsammlungen, Kommunikationshilfen und Fortbildungsmodule für die ärztliche Weiter- und Fortbildung helfen können. Dies fehle indes zurzeit; sie müssten noch entwickelt werden. Insofern hat sich die Erwartung des Gesetzgebers tatsächlich nicht erfüllt. Er war davon ausgegangen, dass solche ärztlichen Standards recht zügig nach der Verabschiedung des Gesetzes entwickelt werden würden, vgl. auch Dodegge, NJW 2013, 125, 1267.

In der Praxis kann die Rechtsprechung des BGH fatale Konsequenzen nach sich ziehen. Da der notwendige Zeitaufwand in jedem Einzelfall unterschiedlich ist, ist jeder Genehmigungsbeschluss mit einer Fehlerquelle behaftet. Kommen die Rechtsmittelinstanzen zu dem Ergebnis, dass angesichts des konkreten Einzelfalles der zeitliche oder inhaltliche Aufwand zur Erzielung eines Therapieeinverständnisses zu gering gewesen ist, ist die Einwilligung des Betreuers unwirksam, der Genehmigungsbeschluss des Gerichts rechtswidrig, da eine materielle Voraussetzung zur Durchführung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme gefehlt hat.

3. Erheblicher gesundheitlicher Schaden

Die ärztliche Zwangsmaßnahme muss im Rahmen der Unterbringung nach Absatz 1 zum Wohl des Betreuten erforderlich sein, um einen drohenden erheblichen gesundheitlichen Schaden abzuwenden. Bei der Prognoseentscheidung kann einfließen, inwieweit die Erkrankung die Willensbildungs- und Steuerungsfähigkeit des Betreuten beeinflusst. Je länger der erwartete erhebliche Gesundheitsschaden andauern wird, desto gewichtiger wird er sein. Das gilt umso mehr, wenn irreversible Schäden zu erwarten sind. Dabei kann auch auf die Situation abgestellt werden, die sich im Fall der Entlassung ergäbe. Für die Frage, ob ein erheblicher gesundheitlicher Schaden droht, kann auf die Rechtsprechung zu § 1906 Abs. 1 Nr. 1 BGB zurückgegriffen werden. Ein schwerer gesundheitlicher Schaden wird bei Unterlassen einer Medikation drohen, wenn der Betroffene wegen krankheitsbedingter Eigengefährdung längerfristig untergebracht bleiben muss, unfähig bleibt am sozialen Leben teilzunehmen und einen Leidensdruck verspürt, vgl. LG München II, FamRZ 2014, 418, weitere Fallbeispiele bei Dodegge, NJW 2013, 1265.

4. Zumutbarkeit

Der erhebliche gesundheitliche Schaden darf durch keine andere dem Betreuten zumutbare Maßnahme abgewendet werden können. Diese Voraussetzung stellt einen Ausfluss des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes dar und wurde zur Klarstellung in das Gesetz aufgenommen. Sie veranschaulicht, dass allein die Sicht des Betreuten, nicht die Dritter maßgeblich ist. Es darf keine aus der Sicht des

Betreuten zumutbare Behandlungsalternative geben, die das Behandlungsziel ebenso gut wie die geplante ärztliche Zwangsmaßnahme herbeizuführen vermag.

Theoretisch denkbar sind etwa

- Zurverfügungstellung von Raum und Zeit, Bewegungsmöglichkeiten, z.B. durch Gartennutzung, Kicker-spiel, Möglichkeit in Ruhe zur Beruhigung eine Zigarette zu rauchen, Zurverfügungstellung von Möglichkeiten des Aggressionsabbaus, die in England erprobten Halte-techniken, eine 1:1 Betreuung,
- das sog. weiche Zimmer,
- das Home Treatment,
- bessere Verzahnung von stationärem und ambulanten Bereich,
- die Förderung der gemeindenahen Versorgungsstrukturen,
- Begleitung durch Kriseninterventionsstellen
- bzw. Versorgungsforschung und qualitativ sowie quantitative gute personelle Ausstattung, vgl. auch Stellungnahme der DGPPN.

In der Praxis liegt hier ein großes Manko, da mildere Mittel als eine ärztliche Zwangsmaßnahme zumeist mit zusätzlichen Kosten verbunden sind, die weit gehend gescheut werden. Aktuell fehlt es daher an einer flächendeckenden Umsetzung solcher milderer Mittel zur Abwendung von ärztlichen Zwangsmaßnahmen im Vorfeld bzw. innerhalb von stationären Maßnahmen. Auch die DGPPN weist in ihrer Stellungnahme darauf hin, dass vorbeugende und mildere Mittel nur dann erfolgreich zum Einsatz kommen können, wenn auch die institutionellen Rahmenbedingungen verbessert und finanzielle Mittel für deren Realisierung zur Verfügung gestellt werden.

5. Risiko-Nutzen-Abwägung

Der zu erwartende Nutzen der ärztlichen Zwangsmaßnahme muss die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegen. Der Gesetzgeber will damit verdeutlichen, dass die ärztliche Zwangsmaßnahme immer „ultima ratio“ sein muss. Die Belastung des Betreuten durch eine ärztliche Zwangsmaßnahme darf nicht außer Verhältnis zu dem Nutzen der ärztlichen Zwangsmaßnahme stehen. Je schwerwiegender der Eingriff ist, etwa durch das mit ihm einhergehende Gefühl der Entwürdigung bzw. Traumatisierung oder in Hinblick auf unerwünschte Nebenwirkungen, desto deutlicher muss der Nutzen für den Betreuten hervortreten und die bei ihm eintretenden Nachteile wesentlich übersteigen. Unangenehme Nebenwirkungen sind im Gegensatz zu gefährlichen oder vital bedrohlichen eher zu vernachlässigen, wenn das Medikament in der Vergangenheit bereits zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes geführt hatte, vgl. LG München II, FamRZ 2014, 418. Nur zweifelhafte Besserungsaussichten genügen dagegen nicht, vgl. BGH NJW 2014, 2497.

6. Ort und Art der Unterbringung

Unklar ist, wo eine ärztliche Zwangsmaßnahme durchgeführt werden kann und ob eine Unterbringungsgenehmigung nach § 1906 Abs. 1 Nr. 1 BGB, also eine solche zur Abwehr einer Eigengefährdung, als Grundlage der Unterbringung innerhalb derer eine ärztliche Zwangsmaßnahme durchgeführt wird, ausreichend ist.

a. Unterbringungsort

Das AG Ratzeburg, BtPrax 2014, 93, geht davon aus, dass die ärztliche Zwangsmaßnahme nur in einem Krankenhaus erfolgen darf. Dies wurde vom LG Lübeck, Beschluss vom 23.07.2014 – 7 T 19/14 – bestätigt. Meines Erachtens hat der Gesetzgeber eine Unterbringung nach § 1906 I Nr. 2 BGB allerdings nicht auf Krankenhäuser beschränkt, sondern auch in anderen Einrichtungen mit Freiheitsentzug zugelassen. Demgemäß muss auch eine ärztliche Zwangsbehandlung in anderen Einrichtungen zulässig sein, sofern sichergestellt ist, dass sie dort unter ärztlicher Aufsicht und Anleitung durchgeführt wird. In Essen existiert eine geronto-psychiatrische Einrichtung mit geschlossenen Stationen, die von der Institutsambulanz des LVR Klinikums Essen betreut wird. Hier werden inzwischen auf Anordnung und unter Aufsicht eines Facharztes der Institutsambulanz ärztliche Zwangsmaßnahmen durchgeführt, aktuell bei einem Betroffenen.

b. Unterbringungsart

Unstreitig ist eine ärztliche Zwangsmaßnahme nur unter geschlossen stationären Bedingungen zulässig. M. E. wird die ärztliche Zwangsbehandlung vom Gesetzgeber nur im Rahmen der geschlossenen Unterbringung zur Heilbehandlung nach § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB zugelassen, vgl. Formulierungshilfe für einen Änderungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – BT-Drs. 17/10492, S. 6, anders noch in BT-Drs. 17/11513, S. 1, der davon sprach, dass die Zwangsbehandlung „nur im Rahmen einer Unterbringung nach § 1906 Abs. 1 BGB erfolgen kann“, also auch bei Unterbringungen nach Nr. 1. Der Gesetzestext ist insoweit allerdings nicht eindeutig, weil der Verweis in Abs. 3 auf Abs. 1 Nr. 2 so verstanden werden kann, dass er nur die ärztliche Maßnahme konkretisieren soll. Die Rechtsprechung ist uneinheitlich. LG Augsburg, Beschluss vom 12.9.2013 – 51 T 2592/13, lässt auch im Rahmen einer Unterbringung nach § 1906 Abs. 1 Nr. 1 BGB eine ärztliche Zwangsmaßnahme zu, LG Lübeck, Beschluss vom 23.07.2014 – 7 T 19/14 – nur im Rahmen einer Unterbringung nach § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB.

B. Zwangsbehandlung nach den Landesunterbringungsgesetzen

I. Gesetzliche Neuregelungen

Als problematisch könnten sich in den umgesetzten und geplanten Neuregelungen folgende Punkte erweisen:

1. Die Zulassung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme zur Abwehr einer Fremdgefahr

Dies lassen z. B. §§ 16 Abs. 3 Satz 1 Nr. 3, 2. Alt. 2 hbg PsychKG, 8 Abs. 3 Nr. 2 badwürtt UBG, 13 Abs. 2 Nr. 3, 2. Alt. saarUBG zu und ist in den Entwürfen der §§ 15 Abs. 1 Nr. 2 HUBG, § 14 Abs. 4 i.V.m. § 7 schlesholPsychKG vorgesehen. Das BVerfG hatte in seinen Entscheidungen zu den Maßregelvollzugsgesetzen der Länder entschieden, dass eine ärztliche Zwangsbehandlung zur Abwehr einer Fremdgefahr verfassungsrechtlich nicht zu rechtfertigen ist. Gefahren für Dritte und die Allgemeinheit könne durch die geschlossene Unterbringung begegnet werden. Auf die Zulassung von ärztlichen Zwangsmaßnahmen allein zur Abwehr einer Eigengefährdung beschränkt sich lediglich § 22 sächsPsychKG.

Die DGPPN verweist m.E. allerdings zu Recht darauf hin, dass ggfs. ethische Gesichtspunkte auch für diese Betroffenen ärztliche Behandlungsmaßnahmen mit Zwang erfordern könnten. Ich denke aber, dass man diesen ethischen Ansätzen dadurch gerecht werden könnte, dass man den Begriff der Fremdgefährdung hinterfragt. Letztlich sind kaum psychiatrische Krankheitsbilder denkbar, deren Auswirkungen sich allein in einer Fremdgefährdung manifestieren. Häufig wird die psychische Krankheit auch eigengefährdende Komponenten aufweisen. Genannt seien Leidensdruck durch optische und akustische Halluzinationen, insbesondere bei imperativen Stimmen, Persönlichkeitsveränderungen im Rahmen fortschreitender Erkrankung mit dem Verlust des Realitätsbezuges, der Gefahr eines Residuums mit sozialer Isolation und der Unfähigkeit, selbstständig und eigenbestimmt zu leben bzw. lang andauernde Unterbringung zur Gefahrenabwehr im Sinne einer Verwahrung.

2. Behandlung von anderen Krankheiten als der Anlasserkrankung

Der BGT vertritt in einer Stellungnahme vom 22.02.2013 die Auffassung, dass in den Landesunterbringungsgesetzen außer in Notfällen keine Eingriffsgrundlage zur zwangsweisen Behandlung anderer Krankheiten als die die für die Unterbringung Anlass waren, enthalten sein sollten. Eine solche Regelung findet sich z.B. in § 16 Abs. 1 Satz 1 hbgPsychKG. Da Notfälle regelmäßig über § 34 StGB gelöst werden können bzw. nicht wirklich Notfälle sind, bedürfte es der Einschränkung hinsichtlich der Notfälle an sich nicht.

M.E. sollte aber keine Beschränkung auf die Behandlung der Anlasserkrankung erfolgen, ebenso Henking/Mittag, JR 2013, 341, 350. Die Landesunterbringungsgesetze haben in den vergangenen Jahrzehnten ihren Regelungscharakter der polizeilichen Gefahrenabwehr zugunsten einer Zurverfügungstellung von vor- und nachsorgenden Hilfen für den Betroffenen und Eingreifen in Krisenfällen verändert. Sofern in Krisenfällen andere als die Anlasserkrankung ärztliche Maßnahmen gegen den natürlichen Willen des Betroffenen erfordert, sollte dies nach den Landesunterbringungsgesetzen möglich bleiben. Die Entscheidung, ob nach erfolgter Unterbringung im jeweiligen Einzelfall nach Betreuungsrecht oder Landesunterbringungsgesetz verfahren wird, sollte sich am Wohl des Betroffenen bemessen. Dabei kann dann die

Verfahrensweise gewählt werden, die die Situation zum Wohl des Betroffenen am effektivsten unter geringstmöglichem Eingriff zu lösen vermag, vgl. zum PsychKG NRW Dodegge/Zimmermann, PsychKG NRW, 3. Auflage, 2011, § 11, Rn. 17 m.w.N. Beispielsweise wäre es angesichts des mit einer Betreuerbestellung verbundenen Grundrechtseingriffes überlegenswert, die zwangsweise Behandlung im Rahmen der Unterbringung nach dem Landesrecht einzuleiten, wenn für den Betroffenen kein Betreuer bestellt, kein weiterer Betreuungsbedarf erkennbar und mit einer einmaligen ärztlichen Zwangsmaßnahme der Kriseninterventionsbedarf gedeckt ist.

Weiterer Diskussion bedarf es allerdings, ob eine solche Regelung verfassungsrechtlich zulässig wäre. Sofern die betreuungsrechtliche Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme nämlich als abschließende bundesrechtliche Regelung eingestuft wird, bestände keine landesrechtliche Regelungsbefugnis mehr, Art. 72 GG.

3. Fehlende gesetzliche Verankerung von mildereren Mitteln

Insoweit fehlt in Deutschland weitgehend die gesetzliche Verankerung und tatsächliche Umsetzung einer flächendeckenden und verpflichtenden Versorgung durch Sozialpsychiatrische Dienste. Diese müssten zudem ausreichend personell und finanziell ausgestattet und rund um die Uhr erreichbar sein. Sie könnten dann auch das Gebot der aufsuchenden Hilfe in der Praxis umsetzen. Weiter müssten Beistände, Lotsen oder wie man sie auch immer nennen mag zur Verfügung stehen, die im Einzelfall eine Koordinierung der Hilfen verlassen und überwachen können.

II. Gesetzliche Altregelungen

1. Verfahrensrechtliches

Die Landesgesetze sehen durchweg keine gerichtliche Überprüfung von ärztlichen Zwangsbehandlungen vor, soweit sie die Behandlung von der Einwilligung des gesetzlichen Vertreters abhängig machen, dürfte dies den verfassungsrechtlichen Forderungen nach einer unabhängigen Prüfung nicht genügen. Dies gilt umso mehr, als eine rechtzeitige Ankündigung von ärztlichen Zwangsmaßnahmen, die präventiven Rechtsschutz nach § 327 FamFG ermöglichen würde, nicht vorgesehen ist.

2. Materielle Regelungen

Verfassungsrechtlich bedenklich ist es aus meiner Sicht, dass die landesrechtlichen Regelungen der ärztlichen Zwangsbehandlung nicht ausdrücklich regeln, dass der Betroffene nur zwangsbehandelt werden darf, wenn ihm

die Einwilligungsfähigkeit bzgl. der konkret anstehenden ärztlichen Maßnahme fehlt, vgl. auch Henking/Mittag, JR 2013, 341, 345. Weiterhin fehlen Konkretisierungen in Hinblick auf den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz wie in § 1906 Abs. 3 Satz 1 Nrn. 2, 4, 5 BGB. Letztlich lassen die Gesetze ärztliche Zwangsmaßnahmen zur Abwehr einer Drittgefährdung zu, vgl. etwa § 18 Abs. 4 PsychKG NRW, was ebenfalls nicht verfassungskonform ist, vgl. Dodegge/Zimmermann, a.a.O., § 18 Rn. 4a. Die Altgesetze der Länder sind bzgl. einer ärztlichen Zwangsbehandlung daher als verfassungswidrig einzustufen, ebenso Henking/Mittag, JR 2013, 341, 345, auch zu den sich daran anknüpfenden Rechtsfolgen.

C. Fazit und Ausblick

Entbehrlichkeit von Zwangsbehandlungen oder Ausweitung von zwangsweisen Behandlungsmöglichkeiten sind die beiden Polen zwischen denen sich unsere Gesellschaft in Zukunft bewegen wird.

Nach meinen persönlichen Erfahrungen mit den gesetzlichen Regelungen des § 1906 Abs. 3, 3a BGB wird der Fokus zu sehr auf Betroffene gerichtet, die im Rahmen ihrer Erkrankung (immer wieder) die Medikamente absetzen, erneut erkranken und dann mit natürlichem Willen eine psychiatrische Medikation ablehnen. Genauso betroffen sind indes auch Personen, die von einer Depotmedikation profitieren, ohne diese aber im Leben nicht zurecht kommen, gleichwohl mit natürlichem Willen psychiatrische Medikamente ablehnen und aufgrund dessen oftmals langfristig geschlossen untergebracht bleiben. Letztlich ist ein dritter Personenkreis betroffen, die aufgrund ihrer psychiatrischen Erkrankung – oftmals leiden die Betroffenen an einer Demenz oder einer organisch wahnhaften Störung – ärztliche Behandlungen von somatischen Krankheiten ablehnen. Als Beispiele genannt seien Betroffene, die aufgrund ihrer Demenz bzw. einer wahnhaften Störung Herzmedikation, blutdrucksenkende bzw. -verdünnende Medikamente, Insulin, Dialyse etc. ablehnen und sich so akuter Gesundheits- bzw. Lebensgefahr aussetzen. Auch Patienten, die in ärztlichen Behandlungsmaßnahmen einwilligen, auf diese mit paradoxen Nebenwirkungen, z.B. stuporösen oder katatonen Zustandsbilder reagieren und alles ablehnen und zu versterben drohen, habe ich in den letzten Monaten kennenlernen können. Die Regelungen in § 1906 Abs. 3, 3a BGB wird diesen Menschen wenig gerecht. Es ist ihnen kaum zu vermitteln, dass sie mit ihrer somatischen Erkrankung geschlossen psychiatrisch behandelt werden müssen. Der Gesetzgeber hat hier einen weiten Graubereich hinterlassen, der m.E. noch einer Regelung bedarf.

Position Ruth Fricke, Bundesverband Psychiatrieerfahrene BPE e.V.

Schon bei der „Alle Inklusiv Tagung“ im Februar 2009 in Osnabrück, waren sich die Teilnehmer einig, das es künftig nur noch eine Rechtsgrundlage für Zwangseinweisungen und Zwangsbehandlung geben sollte, nämlich die öffentlich rechtliche.

Konsequenter Weise habe ich daher bei der Anhörung im Rechtsausschuss auch die ersatzlose Streichung des § 1906 BGB gefordert. Leider ist der Gesetzgeber dem nicht gefolgt.

Der § 1906 neu scheint auf den ersten Blick die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesgerichtshofes zu erfüllen, wirft aber viele Fragen auf, wie z.B.

- Hängt die Notwendigkeit der Zwangseinweisung von der Ausstattung der Versorgungsregion mit ambulanten Hilfen ab oder gibt es objektive Kriterien?
- Welche und wie viele Alternativen zur Zwangsbehandlung müssen vorher angeboten werden?
- Ist der zu erwartende Nutzen größer, wenn der Beipackzettel des Zwangsweise verabreichten Medikaments das Entstehen von Diabetes, Nierenversagen oder die Gefahr eines Herzinfarktes als mögliche Nebenwirkung ausweist? An einer Psychose oder Depression als solches ist m.E. noch niemand gestorben, an den genannten möglichen Nebenwirkungen schon.
- Ist für das Zweitgutachten ein Arzt aus derselben Klinik zulässig?

Das Größte Problem scheint mir zu sein, dass auch noch ein Eilverfahren vor gesehen ist, wodurch das ganze Verfahren mit Zweitgutachten außer Kraft gesetzt wird. Es steht zu befürchten, dass auch hier ähnlich wie bei den PsychKG's die Ausnahme zur Regel und die Regel zur Ausnahme wird.

Dass das Alles nicht im Einklang mit der UN-BRK steht, ist mehr als deutlich

- Nach Art. 12 der BRK sind auch Menschen mit Behinderungen stets rechts- und handlungsfähig. Dies schließt auch die Einwilligungsfähigkeit mit ein. Bei Bedarf steht den Betroffenen zur Durchsetzung ihres Willens eine Assistenz zu.
- Art. 14 BRK besagt, dass die Behinderung selbst kein Grund für eine freiheitsentziehende Maßnahme sein darf.
- Art. 15 der BRK verbietet Folter, dazu gehören nach Meinung des UN-Hochkommissariates Isolierung, Fixierung, Zwangsmedikation und Zwangsernährung.
- Art. 17 der BRK garantiert die körperliche und seelische Unversehrtheit. Zusammen mit Art. 12 folgt daraus, dass eine Medikation ohne Zustimmung des Patienten oder gar gegen dessen erklärten Willen nicht zulässig ist.

Unabhängig von den rechtlichen Vorgaben sollte auf Zwangsmaßnahmen jeder Art verzichtet werden. Jede Zwangsmaßnahme ist für den Betroffenen ein traumatisches Ereignis. Das durch die Zwangsmaßnahme erzeug-

te Trauma überlagert dann das die Krise auslösende Trauma, so das letzteres einer Aufarbeitung nicht mehr zugänglich ist. Dies führt letztlich zur Chronifizierung und in die Frühberentung. Derartige Verläufe sollten wir den Betroffenen aus schon humanitären Gründen und unseren Sozialkassen aus ökonomischen Gründen ersparen.

Zwangsbehandlung in den PsychKGen insbesondere in NRW

Jörg Holke – Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA)

Psych KG NRW:

In der letzten großen Novellierung des PsychKG in NRW wurde bereits 1999 eine Regelung zur Zwangsbehandlung aufgenommen.

§ 18 PsychKG NRW

Die Behandlung bedarf vorbehaltlich der Regelungen in den Absätzen 4 und 5 der Einwilligung der Betroffenen. Können die Betroffenen bei einer erforderlichen Einwilligung Grund, Bedeutung und Tragweite der Behandlung nicht einsehen oder sich nicht nach dieser Einsicht verhalten, ist die Einwilligung der gesetzlichen Vertretung oder der rechtsgeschäftlich Bevollmächtigten erforderlich.

§ 1904 BGB bleibt unberührt. Nur in den Fällen von Lebensgefahr, von erheblicher Gefahr für die eigene und für die Gesundheit anderer Personen ist die Behandlung ohne oder gegen den Willen Betroffener oder deren gesetzlicher Vertretung oder der rechtsgeschäftlich Bevollmächtigten zulässig.

Aktuelle rechtliche Diskussion in NRW:

Mit der Voraussetzung der „Einsichtsunfähigkeit“ und „nur bei Lebensgefahr oder erheblicher Gefahr für die eigene und für die Gesundheit anderer Personen“ ist bereits ein Teil des Korridors abgesteckt, der durch das BVG-Urteil von 2011 vorgegeben wurde bzw. der UN-BRK entspricht. Strittig ist die Frage, ob die Gefährdung der Gesundheit anderer Personen aufgeführt werden darf oder sogar aufgenommen werden muss. Für den Maßregelvollzug hatte das BVG diesen Aspekt verneint, da die Sicherheit der Allgemeinheit ja bereits durch die geschlossene Unterbringung gewährleistet ist. In NRW wird aktuell in der Diskussion der notwendige Schutz der Mitpatienten und des Personals an dieser Stelle angeführt. Argument ist hier, dass die Option der Notfallhilfe hier allein nicht ausreicht und Fixierungen aus Sicht manch eines/r Patientin/en nicht das mildere Mittel sind.

Zudem wird diskutiert, die engen fachlichen Voraussetzung auch im Gesetz klarstellend aufzuführen, wie sie das BVG-Urteil gesetzt hat:

- Letztes Mittel: weniger eingreifende Behandlung erfolglos oder nicht möglich
- Umfassender Versuch auf Vertrauen gegründete Zustimmung zu erreichen erfolglos
- Umfassende Aufklärung und erfolgversprechend
- Abwägung erwartbarer Nutzen gegenüber möglicher Schäden

- Dokumentationspflichten
- Hohe Übereinstimmung besteht in Bezug auf die aufzunehmende Genehmigung der Zwangsbehandlung durch das Betreuungsgericht.

Weitere Diskussionsaspekte aus anderen Bundesländern – soweit bekannt:

- Wiederherstellung der Einsichtsfähigkeit/freien Selbstbestimmung als Legitimation für die Zwangsbehandlung (z.B. BaWü, Berlin)
- Medikamentöse Sedierung im Rahmen der freiheits-einschränkende Maßnahmen (z.B. Berlin)
- Alternative zu Zwangsbehandlung und Fixierung: Patientenorientierte Deseskalation; Immobilisationskonzepte - Festhalten statt Fixieren (z.B. Ba-Wü)

Position Dr. Martin Zinkler, Psychiater, Klinikum Heidenheim

Der Verzicht auf medikamentöse Zwangsbehandlung nach den Urteilen des Bundesverfassungsgerichts in 2011 führte in der Heidenheimer Klinik nicht dazu, dass Patienten oder Mitarbeiter häufiger Opfer von aggressiven Übergriffen wurden oder dass vermehrt auf andere Formen von Zwangsmaßnahmen zurückgegriffen wurde.

Institutioneller Gewaltverzicht kann mit verschiedenen Variablen bestimmt werden: Anwendung von Zwangsmaßnahmen, Einsatz von Neuroleptika und Stations-

**Arbeitsgruppe 3
Verfahrenspflegschaft**

Uwe Harm, Dipl. Rechtspfleger, Bad Segeberg

Mit Inkrafttreten des Betreuungsrechts im Jahre 1992 wurde der Verfahrenspfleger zur Stärkung der Rechte der Betroffenen im Verfahren eingeführt. Die Betreuungsgerichte waren zunächst über die Funktion und Rolle der Verfahrenspfleger unsicher. Teilweise wurde von Richtern die Ansicht vertreten, dass der Verfahrenspfleger die Gerichte kontrollieren sollte, vielfach wurde dieses Rechtsinstitut auch als überflüssig und störend angesehen. Auch die Verfahrenspfleger selbst waren und sind manchmal heute noch unsicher über ihre Rolle und Aufgabe. Die Gründe dafür liegen zum Teil am wenig aussagefähigen Gesetzestext, der über die Rechtsstellung und Aufgabe kaum etwas Konkretes sagt. Allerdings hat der Gesetzgeber in seinen Motiven dazu Näheres ausgeführt. Diese ursprünglichen Aussagen wurden durch einige Reformen (und deren Begründungen) wie auch durch die Rechtsprechung relativiert. Mit Inkrafttreten des „FamFG“ wurden die Unsicherheiten insbesondere zur Rechtsstellung größer. Wurde der Verfahrenspfleger

schließungen. Gewaltverzicht gelingt dann, wenn sich institutionelle Bedingungen und therapeutische Haltungen verändern.

Präventive Möglichkeiten liegen im Einsatz von Behandlungsvereinbarungen, Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten, im Einsatz neuer Versorgungsformen wie Home Treatment, neuen Behandlungstechniken wie offener Dialog und in der Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen auf allen Ebenen der psychiatrischen Dienste.

Hindernisse für einen Gewaltverzicht sind Klinikstrukturen mit geschlossenen Stationen oder sogenannten »beschützten Bereichen«, spezialisierte Stationen, das Beharren auf biomedizinischen Krankheitsmodellen und das Festhalten an den Konstrukten Compliance und Krankheitseinsicht.

Die Behauptung, dass an dem Problem Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie nicht viel zu ändern sei, denn überall werde Zwang angewendet, und wenn weniger geschlossen behandelt würde, dann müsste häufiger festgebunden werden oder mehr medikamentöser Zwang angewendet werden, erweist sich angesichts der erheblichen Unterschiede in der Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen als unzutreffend. Aufgabe der Kliniken ist es, Zwangsmaßnahmen systematisch zu erfassen, die Daten zu veröffentlichen, von den besten zu lernen und Klinikstrukturen entsprechend zu entwickeln.

bisher doch überwiegend als inhaltlich eingeschränkter gesetzlicher Vertreter des Betroffenen gesehen, entwickelte sich nun ein anderes Verständnis mit Auswirkungen auf die dem Verfahrenspfleger zugesprochenen Verfahrensrechten.

Ganz neu entstand daneben als innovative Idee ein spezieller Verfahrenspfleger für die Genehmigungsverfahren zu Freiheit entziehenden Maßnahmen, der sich mit dem Begriff „Werdenfelser Weg“ verband, in der Literatur zwar begrüßt wegen der positiven Wirkung, aber auch kritisiert hinsichtlich der nicht vollständig bestehenden Gesetzesgemäßheit.

Die Arbeitsgruppe wird sich mit diesen Entwicklungen und deren Auswirkungen auf die Praxis beschäftigen und dabei versuchen, das Rollenverständnis des Verfahrenspflegers herauszuarbeiten und zu stärken.

Arbeitsgruppe 4

Sorgerechtsvollmachten von Eltern, für die eine Betreuung besteht

Prof. Dr. Birgit Hoffmann, Juristin / Hochschullehrerin, Freiburg

Das Erteilen einer Sorgerechtsvollmacht ermöglicht einem sorgeberechtigten Elternteil seit jeher, Dritte mit der Ausübung von Befugnissen aus der elterlichen Sorge zu betrauen. Veränderungen in den Lebensformen von Familien haben dazugeführt, dass Eltern diese Möglichkeit in stetig wachsendem Umfang nutzen. Auch Familiengerichte scheinen zunehmend häufiger vorzuschlagen, dass Eltern einem Dritten – etwa dem Jugendamt – eine Sorgerechtsvollmacht erteilen.

Speziell in Zusammenhang mit Eltern, für die eine Betreuung besteht, werden Sorgerechtsvollmachten selten diskutiert. Dabei wird der Anlass für die Bestellung eines Betreuers oft identisch mit den Gründen sein, die dazu führen, dass das Erteilen oder Nichterteilen einer Sorgerechtsvollmacht als Entscheidung im Raum steht – etwa in Fällen, in denen eine geistige Behinderung oder psychische Erkrankung der Mutter eines Kindes die Unterbringung des Kindes in einer Pflegefamilie erforderlich macht.

In der AG werden in einem einführenden Kurzreferat zunächst die rechtlichen Rahmenbedingungen von Sorgerechtsvollmachten dargestellt. Vor diesem Hintergrund

wird gemeinsam erarbeitet, in welchen Situationen das Erteilen einer Sorgerechtsvollmacht für einen Elternteil, für den eine Betreuung besteht, von Vorteil sein kann und welche Rolle dem Betreuer vor dem Erteilen einer Sorgerechtsvollmacht, bei der Abwehr eines eventuellen Drucks auf einen Elternteil eine Sorgerechtsvollmacht zu erteilen, sowie nach dem Erteilen einer Sorgerechtsvollmacht zukommen kann.

Die Verfasserin dieser Zeilen vertritt folgende Auffassung zu Sorgerechtsvollmachten: Sorgerechtsvollmachten können im Einzelfall geeignet sein, sorgeberechtigten Eltern, die nicht mit ihrem Kind zusammenleben, das Ausüben von elterlicher Sorge zu ermöglichen. Sie sind es jedoch nur unter bestimmten Voraussetzungen. Zu diesen zählen insbesondere der Wunsch und die persönlichen Fähigkeiten eines Elternteils sowie dessen tatsächlichen Möglichkeiten, elterliche Sorge auf diese Weise auszuüben. Dies impliziert insbesondere regelmäßige Kontakte zwischen dem Elternteil, dem Kind und dem Sorgerechtsbevollmächtigten und die Fähigkeit und Möglichkeit des Elternteils zur Aufsicht und Kontrolle über den Sorgerechtsbevollmächtigten.

Arbeitsgruppe 5

Umsetzung des Gesetzes zur Stärkung der Funktionen der Betreuungsbehörde

Klaus Gölz, Betreuungsbehörde Stuttgart

Dr. Jörg Grotkopp, Direktor am Amtsgericht Bad Segeberg

Moderation: Brunhilde Ackermann

Statement Dr. Jörg Grotkopp

Das am 1.7.2014 in Kraft getretene Gesetz schreibt den Gerichten die Einholung eines Sozialberichtes bei der Ersteinrichtung der Betreuung bzw. eines Einwilligungsvorbehaltes als zwingende Voraussetzung vor. Sofern der Bericht bereits vorliegt soll er im ärztlichen Gutachten Berücksichtigung finden. Es stellt sich daher die Frage, ob sich hieraus eine zwingende Reihenfolge der Verfahrensschritte ergibt oder es nicht geboten sein kann, Betreuungsbehörde und Gutachter gleichzeitig zu beauftragen.

Das zwingende Gebot der Berichtseinholung gilt überdies nicht bei den Entscheidungen, die der eingerichteten Betreuung regelhaft nachfolgend, wie z.B. Verlängerung, Erweiterung bzw. Einschränkung der Betreuung. Das Gesetz sieht hier als Kriterium für die Anhörung der Behörde die Notwendigkeit der Sachaufklärung vor. Ist hierunter auch die Prüfung der Erforderlichkeit i.S.d. § 1896 Abs. 2 BGB zu verstehen und hat der Sozialbericht dann die Voraussetzungen des § 279 Abs. 2 Satz 2 Ziff. 1, 2, 4 BGB zu erfüllen?

Sodann besteht auch in Eilfällen der Primat der Sozialberichterstattung nicht. Dann aber ist zu fragen, wann er nachfolgend sinnvoll durch das Gericht einzuholen ist.

Wie ist schließlich zu verfahren, wenn die Behörde Ihrer Pflicht nicht oder nur unzureichend nachkommt?

Statement Klaus Gölz

Mit In Kraft Treten des Gesetzes zur Stärkung der Funktionen der Betreuungsbehörde zum 01.07.2014 ist die Beratungs- und Informationspflicht der Betreuungsbehörde zum Rechtsgebiet der rechtlichen Betreuung bzw. zur rechtlichen Vorsorge (insbesondere über Vorsorgevollmachten und über andere Hilfen) im Vorfeld einer rechtlichen Betreuung bzw. während eines Betreuungsverfahrens (§ 4 Betreuungsbehördengesetz - BtBG) gestärkt worden.

Weiter ist einer betroffenen Person ein konkretes Beratungsangebot zu unterbreiten, wenn sich im Einzelfall Anhaltspunkte für einen Betreuungsbedarf nach § 1896 Abs. 1 BGB ergeben. Diese Beratung beinhaltet auch die Pflicht, andere Hilfen, bei denen kein Betreuer bestellt wird, zu vermitteln.

Die Beratung und Unterstützung von Betreuern und Bevollmächtigten auf deren Wunsch bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben wurde ebenfalls gestärkt.

Zur Feststellung des Sachverhalts im betreuungsgerichtlichen Verfahren ist die Betreuungsbehörde von dem Gericht vor der Bestellung eines Betreuers oder vor der Anordnung eines Einwilligungsvorbehalts bei allen neuen Betreuungsverfahren verpflichtend anzuhören (§ 279 II Satz 1 FamFG). Der Gesetzgeber hat dabei eine gesetzliche Festlegung von inhaltlichen Standards für die obligatorischen Sozialberichte bzw. Stellungnahmen der Betreuungsbehörde getroffen (§ 8 BtBG i. V. m. § 279 II Satz 2 FamFG).

Weiter bringt das neue Gesetz ein qualitative Sicherstellung der Fachlichkeit und des Erfahrungsumfangs bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von örtlichen Betreuungsbehörden (§ 9 BtBG n. F.) mit sich.

Was sind die Folgen? Stellen sich neue Aufgaben?

Die vier normierten Kriterien aus § 279 II FamFG zur Qualifizierung der Berichterstattung entsprechen den jetzt schon vielfältig praktizierten Verfahren zur Sachverhaltsaufklärung. (vgl. BAGüS Empfehlungen zur Sachverhaltsaufklärung von 2010).

Allerdings ergeben sich Aufgabenerweiterungen für viele Betreuungsbehörden, da diese bisher sehr unterschiedlich durch die Gerichte beteiligt wurden (im Bundesschnitt bei 40 bis 50%, die Spreizung liegt zwischen 20% und 100%)

Die betreuungsvermeidende Sichtweise sowie die Beachtung des Erforderlichkeitsgrundsatzes – Vorrang anderer Hilfen – in einem Betreuungsverfahren gehörte schon bisher zur selbstverständlichen Verpflichtung der Behörde. Beratung im Vorfeld einer Betreuung jedoch nur wenn es konkrete Anhaltspunkte für einen Betreuungsbedarf gibt (§ 4 II BtBG). Aufgabe ist die Beratung des Betroffenen - die Betreuungsbehörde soll keine allgemeine Erwachsenenhilfe leisten und übernimmt gegenüber anderen Trägern keine Vertretung des Betroffenen.

Im Bereich der Vermittlung soll bei nicht Vorliegen eines betreuungsrechtlichen Tatbestandes eine sorgfältige Eruierung des tatsächlichen Hilfebedarfes und die Ermittlung einer bedarfsgerechten Hilfe durch das soziale Sicherungssystem oder privatrechtliche Hilfen erfolgen, sowie die Unterstützung des betroffenen Menschen beim Zugang zu diesen Hilfen. Vermittlung bedeutet nicht Übernahme der Fallverantwortung (Casemanagement). Die Betreuungsbehörde hat dabei lediglich eine Verfahrensverantwortung.

Die notwendigen anderen Hilfen werden ausschließlich von den hierfür gesetzlich zuständigen Stellen und Diensten oder durch institutionsfreie Unterstützung geleistet.

Dort liegt die Fallverantwortung. Es besteht eine Pflicht zur Zusammenarbeit mit sozialen Leitungsträgern, aber umgekehrt keine Verpflichtung dieser zu Zusammenarbeit mit der Behörde.

Die Aufgabe erfordert das Einverständnis der betroffenen Person und die Beachtung der Datenschutzgesetze. Gegen den freien Willen des Betroffenen darf die Betreuungsbehörde nicht tätig werden.

Erforderlich wird in den Behörden:

- die Vernetzung und Kooperation mit sozialen Anbietern (intern/extern)
- eine ausreichende personelle und fachliche Ausstattung
- gute Kenntnisse der Sozialgesetze
- gute Kenntnis der kommunalen Sozialstruktur

Zur Vernetzung sind Absprachen zur Zusammenarbeit mit den Sozialleistungsträger und anderen Stellen, Kooperationsvereinbarungen mit Sozialdiensten etc. notwendig. Zur Vernetzung gehört m. E. auch die Vernetzung/Kooperation mit der Sozialplanung / Sozialpolitik vor Ort zur Schaffung der/einer notwendigen sozialen (betreuungsvermeidenden) Infrastruktur vor Ort.

In vielen Behörden ist eine Personalaufstockungen zwingend erforderlich. Wenn dies nicht erfolgt, müssen bisherige Standards in allen Bereichen „heruntergefahren“ werden bzw. notwendige Strukturen können erst gar nicht aufgebaut werden. Die betreuungsvermeidende Intention des Gesetzgebers läuft ins Leere.

Wie ist es hierzu mit der Akzeptanz der Gerichte bestellt? Sind entsprechende Vereinbarungen/Absprachen möglich?

Zur Sicherstellung der Fachlichkeit und des Erfahrungsumfangs bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von örtlichen Betreuungsbehörden (§ 9 BtBG) stellt sich die Frage:

Welche Profession entspricht dieser neuen gesetzlichen Forderung: nur noch Sozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen evtl. mit entsprechenden Zusatzqualifikationen? oder.....?

Arbeitsgruppe 6

Eine Zwischenbilanz des Werdenfelser Weges

Dr. Sebastian Kirsch, Richter am Amtsgericht, Garmisch-Partenkirchen
 Michael Poetsch, Lehrer für Pflegeberufe, Verfahrenspfleger
 Moderation: Rüdiger Pohlmann

Einführung in das Thema

Rüdiger Pohlmann

Das Wohl und die Wünsche der Betroffenen verstanden im Sinne von Selbstbestimmung der betreuten Menschen, erfährt eine starke Einschränkung und oft auch Nichtbeachtung bei der Anwendung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen (FeM). Die emanzipatorische Ausrichtung des Betreuungsgesetzes mit dem Ziel, es den betreuten Menschen zu ermöglichen sein Leben zu gestalten, wie er sich vorstellt und wünscht, einfach gesagt „so sein zu können wie man ist“, wird durch FeM fast immer verhindert. In der Pflege dementiell erkrankter Menschen werden Maßnahmen wie Sitzgurte, „Therapeutische“, Bettgitter etc. nur selten als Ausdruck der eigenen Lebensvorstellungen gewertet werden können. Die Wünsche dieser betreuten Menschen beziehen sich auf ihr Wohlempfinden und nicht auf von Dritten entschiedene „Zwangs“maßnahmen, die sie eher behindern.

Der Werdenfelser Weg als verfahrensrechtlicher Ansatz verhindert seit Jahren erfolgreich die Anwendung von FeM und trägt damit dem „Ursprungsgefühl“ eines jeden Menschen, sich durch Bewegung die Welt zu „erobieren“ und zu erfassen, Rechnung.

Nach zwei Einstiegsreferaten von Dr. Sebastian Kirsch und Michael Poetsch bietet die AG die Möglichkeit sich vertiefend mit dem Thema FeM und deren Vermeidung zu befassen, Ideen und Strukturen für das eigene Handeln zu entwickeln. Ideen die im sogenannten Einzelfall für zukünftige Entscheidungen hilfreich sein können. Ideen die im eigenen Handlungsfeld Vorort Netzwerkfunktionen erfüllen können, wie z.B. Bildung von Arbeitskreisen zum Thema FeM und deren Vermeidung oder zur Implementierung des Werdenfelser Weges. Aber auch zur Entwicklung von Ideen im bereits bestehenden Prozess und zur „Ausweitung“ des Werdenfelser Weges auf das System der medizinischen Versorgung, des ambulanten Unterstützungssystems und der Assistenzsysteme für Menschen mit Behinderung.

Bereiche die sicherlich einer teilweisen anderen und ergänzenden Betrachtung bedürfen.

Der Werdenfelser Weg – Eine Zwischenbilanz

Dr. Sebastian Kirsch, Richter am Amtsgericht Garmisch-Partenkirchen

Seit 2007 verbreitet sich der Werdenfelser Weg bundesweit als Ansatz, Fixierungen im stationären Bereich zu vermeiden. Zum einen werden pflegerisch erfahrene Verfahrenspfleger in gerichtlichen Genehmigungsverfahren für freiheitsentziehende Maßnahmen eingesetzt. Zum anderen arbeitet der Weg auf eine bewusste verantwortungsvolle Veränderung der Pflegekultur in der jeweiligen Region hin, wobei Gerichte und Behörden aktiv auf die Pflege zugehen.

Der Werdenfelser Weg macht sich bewusst, dass ein Defizit an pflegfachlichen Grundlagen im bisherigen Verfahrensablauf bestand. Gesetzliche Grundlage hierfür bildet § 317 FamFG. Der Werdenfelser Weg macht Menschen mit Pflegeerfahrung zu Verfahrenspflegern und nicht mehr wie früher Rechtsanwälte. Dies stärkt ausdrücklich die pflegfachliche Beurteilung.

Überall in Deutschland entstanden seit Sommer 2009 unter dem Schlagwort „Werdenfelser Weg“ lokale Initiativen zur verantwortungsvollen Reduzierung von Fixierungsmaßnahmen. Damit ist der Werdenfelser Weg zu einem Synonym für professionsübergreifende Ansätze zur Fixierungsreduzierung geworden. Etwa 150 Amtsgerichtsbezirke, Landkreise bzw. Städte bundesweit haben ihre Arbeitsweise dem Modell angeglichen.

Der Werdenfelser Weg steht auch für eine bundesweite Vernetzung von beteiligten Professionen durch das Amtsgericht Garmisch-Partenkirchen. Derzeit sind ca. 160 Betreuungsrichter aus allen Teilen der Bundesrepublik, ca. 50 Behördenmitarbeiter, etwa 500 spezialisierte Verfahrenspfleger bundesweit miteinander vernetzt und tauschen Sachinformationen aus.

Mit einer Analyse einer Umfrage, an der sich etwa 150 Teilnehmer aus allen Professionen im Sommer 2014 beteiligten, wird im Rahmen der AG eine Zwischenbilanz aus den verschiedenen Regionen der Bundesrepublik gezogen. Im Rahmen der Selbstbeschreibung der lokalen und professionsbezogenen Auswirkungen wurden teilnehmende Richterkollegen, Behördenmitarbeiter, aktiv Pflegenden und Verfahrenspfleger gebeten, die Auswirkungen und Veränderungen durch den Werdenfelser Weg in ihrem Arbeitsumfeld zu beschreiben.

Thesepapier zum Workshop

Michael Poetsch, Lehrer für Pflegeberufe, Verfahrenspfleger

Vorbemerkung:

Die Idee des „WW“ mit seinem verfahrensrechtlichen Ansatz und die Ergebnisse des Projektes „Redufix“ sind auch in Hessen für viele Regionen richtungsweisend. In meinem Statement beziehe ich mich, auch um Wiederholungen zu vermeiden, schwerpunktmäßig auf das Projekt des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration: „**Netzwerkarbeit von rechtlicher Betreuung, Medizin und Pflege zur Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen**“

Ausgangslage:

In Hessen existieren **14 Regionale Fachkreise im Betreuungsrecht (ReFaB)** die sich aus Mitarbeitern/innen der Betreuungsgerichte, der Betreuungsbehörden, der Betreuungsvereine und der Berufsbetreuer zusammenset-

zen und regional interessierende Themen lösungsorientiert bearbeiten. Weitere Berufsgruppen (Heimaufsicht, PDL, etc.) können themenbezogen hinzukommen. Darüber hinaus gibt es Landesarbeitsgemeinschaften der Betreuungsbehörden und der Betreuungsvereine. Eine Umfrage ergab, dass das Thema Vermeidung FEM in allen ReFaB diskutiert wurde. Hinzu kam das Inkrafttreten des **Hessischen Gesetzes über Betreuungs- und Pflegeleistungen (HGBP) vom 07.03.2012** mit konkreten Regelungen zur Vermeidung FeM (§§ 6, 9 und 16).

Projektziele:

- Motivation und Unterstützung der ReFaB bei individuellen regionalen Aktivitäten zur Vermeidung FeM,
- Vernetzung der beteiligten Professionen,
- Organisation von sechs berufsgruppenübergreifenden überregionalen Fortbildungswochen mit den Modulen **Recht, Medizin, Pflege, Kommunikation und Ethik** mit der Möglichkeit der
- Qualifizierung von Verfahrenspflegern/innen entsprechend dem regionalen Bedarf,
- Organisation und Durchführung von drei großen, überregionalen berufsgruppenübergreifenden Tagesveranstaltungen.

Arbeitsthese:

- Die vielfach postulierte „**Haltungsänderung**“ gegenüber FeM muss alle beteiligten Berufsgruppen und die ehrenamtlichen Betreuer/innen bzw. die Vorsorgebevollmächtigten (Angehörige) erreichen.
- Der **Fürsorgegedanke** mit dem Ziel der Sturz- oder Verletzungsprophylaxe verbunden mit vermeintlichen **Haftungsängsten** ist trotz vieler einschlägiger Urteile weiterhin sehr verbreitet und betrifft, neben den Pflegenden, insbesondere die Angehörigen. Neben der rechtlichen, medizinischen und pflegfachlichen Bewertung müssen auch **ethische Grundsatzfragen** offensiv und öffentlich kommuniziert werden.
- In stationären Pflegeeinrichtungen ist ein **Paradigmenwechsel** zwar vielerorts eingeleitet, aber noch nicht vollzogen. Die Gründe dafür können auch in mangelnder Ausstattung, fehlender Aus- und Fortbil-

dung und knappen personellen Ressourcen liegen. Hier hat die Betreuungs- und Pflegeaufsicht in Hessen mit dem HGBP jetzt ein wichtiges Instrument an der Hand.

- In Einrichtungen der Behindertenhilfe werden langjährig praktizierte FeM nicht immer hinterfragt oder gar nicht als solche wahrgenommen. Werden z. B. seitens der Gerichte FeM dort nicht mehr genehmigt bzw. verlängert, stehen die Mitarbeiter/innen dort vor großen Herausforderungen (Bsp.: Dekonditionierung FeM / Hessischer Konsulentendienst).
- FeM im häuslichen Bereich gehören (leider) zum Pflegealltag und müssen vermehrt in den Blick genommen werden. Ambulanten Pflegedienste und pflegenden Angehörige müssen für die Thematik sensibilisiert werden.
- Die Problematik „FeM durch Psychopharmaka“ (gewollt oder als gebilligte Nebenwirkung) ist noch ein großes Problem. Die stärkere Einbindung der Mediziner in die Netzwerkarbeit wäre wichtig (z.B. zertifizierte Ärzefortbildungen über die KV).
- Fragen nach dem Genehmigungsverfahren für FeM, wann und ob etwas eine FeM sei, ob die Betreuungsbehörde einbezogen wird oder ob die Bestellung einer Verfahrenspflege erfolgt, werden regional sehr unterschiedlich beantwortet. Es gibt einen erheblichen regionalen und überregionalen Abstimmungs- bzw. Klärungsbedarf.
- Die Auffassung, FeM wären immer und überall vermeidbar ist unrealistisch. Deswegen ist es unverzichtbar, dass in entsprechenden Einrichtungen geeignetes Material vorhanden ist oder kurzfristig beschafft werden kann und Mitarbeiter/innen in deren korrekter Anwendung geschult werden. Praktisch alle Todesfälle in Gurtsystemen hatten ihre Ursache in fehlerhafter Anwendung.
- **Erst die Vernetzung der Beteiligten schafft Synergien und eröffnet nachhaltige umfangreiche, alternative, - an den Bedürfnissen der Betroffenen orientierte - Lösungswege!!**

Arbeitsgruppe 7**Wunsch und Wille der Betroffenen in der Vermögenssorge**

Judith Aßmann, Dipl. Rechtspflegerin, Norderstedt
Moderation: Gisela Lantzerath

„Der Betreuer hat den Wünschen des Betreuten zu entsprechen, soweit dies dessen Wohl nicht zuwider läuft...“ § 1901 Abs. 3 Satz 1 BGB entspricht dem Thema dieses Betreuungsgerichtstags und gilt selbstverständlich auch und besonders für die Vermögenssorge. Diese Arbeitsgruppe wird sich mit dem Wohl und den Wünschen der Betroffenen bei der Ausübung der Vermögenssorge durch den Betreuer beschäftigen.

Welchen (auch mutmaßlichen) Wunsch des Betroffenen muss, sollte oder kann der Betreuer im Vermögensbereich beachten? Wie lässt sich dieses im Einzelfall umsetzen? Anhand von Fallbeispielen aus meiner gerichtlichen Praxis als Rechtspflegerin, insbesondere was die Genehmigungsfähigkeit von Geldanlagen und die Vermögensverwaltung durch den Betreuer im Zusammenhang mit dem Betroffenen betrifft, möchte ich mich der Umsetzung von Wünschen des Betroffenen im Betreueralltag annähern. Sicherlich haben die Teilnehmer/innen selbst Erfahrungen mit geäußerten Wünschen der Betroffenen. Wie wurden die Wünsche an sie herangetragen? Bestand die Möglichkeit einer Umsetzung? Bestand Unsicherheit bei dem Betreuer, ob die Wünsche dem Wohl der Betroffenen zuwider liefen? Welche (z.B. haftungsrechtliche) Konsequenzen bestehen für den Betreuer, wenn er Wünsche umsetzt bzw. nicht umsetzt?

Arbeitsgruppe 8**Wunsch und Wille der Betroffenen im Betreuungsverfahren**

Ulrich Engelfried, Richter am Amtsgericht Hamburg
Dr. Christoph Lenk, Psychiater, Hamburg
Moderation: Gerold Oeschger

Wunsch und Wille sind als Verbindlichkeiten im Gesetz fest verankert. § 1896 Abs.1a BGB „Gegen den freien Willen des Volljährigen darf ein Betreuer nicht bestellt werden“ und § 1901 Abs. 3 BGB mit der Trias: Wohl, Wille, Wunsch. Wer aber stellt fest, ob der Betroffene in der Lage ist, einen freien Willen zu bilden. Diese Frage zieht sich wie ein roter Faden durch das Betreuungsverfahren.

„Ich will keinen Betreuer mehr haben, ich kann das alles selbst“ oder „ich will nen anderen Betreuer, meiner macht nicht, was ich will“, das sind nur einige wenige der gängigen Aussagen Betroffener, die sich all zu oft im Verfahren finden. Die Schutzgarantie des Verfahrensrechtes zwingt das Gericht, die Frage des freien Willens auch zu prüfen und die Fähigkeit des Betroffenen, einen freien Willen zu bilden, auch entsprechend zu würdigen.

Die Feststellung des freien Willens bleibt aber unsicher, es fehlen tragfähige Begründungen genauso wie handfeste Kriterien, um den freien Willen sicher festzustellen. Ärztliche Diagnose und Prognoseentscheidungen im Bereich psychischer Krankheiten, geistiger oder seelischer

Anhand von Rechtsprechung und eigenen Überlegungen wird die Arbeitsgruppe analysieren, welche Geldanlagen genehmigungsfähig sind, wenn sie z.B. vom Betreuten gewünscht werden. Grenze bei der Umsetzung von Wünschen ist das objektive Wohl des Betroffenen. Im Betreueralltag ist gerade die Ermittlung des Wohles die größte Schwierigkeit.

Kernpunktfragen werden sein: Wie ermittelt der Betreuer die Wünsche des Betroffenen? Inwiefern muss der Betreuer die Wünsche des Betroffenen im Hinblick auf Immobilien, Mietwohnung oder Auswahl des Heimplatzes beachten? Was bedeutet es für die Rechnungslegungspflicht sowie Genehmigungspflicht, wenn der Betroffene im Alltag selbst Geldgeschäfte vornimmt und Vermögensgegenstände selbst verwaltet? Darf der Betreuer auf Wunsch des Betroffenen Schenkungen vornehmen? Muss der Betreuer Ersparnisse bilden, wenn der Betroffene sein Geld lieber ausgeben möchte? Wie muss der Betreuer die Wünsche des Betroffenen gegenüber dem Gericht vertreten (Beispiele: Antragstellung, Wiedergabe von Wünschen in Berichten)? Wie hat das Gericht auf die Wünsche des Betroffenen und das Umsetzen dieser Wünsche durch den Betreuer reagiert?

Beeinträchtigungen sind oft mit Unsicherheiten behaftet. Diese Problematik wurde bisher in der Rechtsprechung wenig problematisiert. Die Beantwortung der entscheidungsrelevanten vorwiegend psychiatrischen Fragestellungen blieb den Gutachern überlassen.

Der BGH hat in einer jüngst veröffentlichten Entscheidung handfeste Kriterien entwickelt, um der Frage näher zu kommen. Die beiden entscheidenden Kriterien zur Beurteilung der Fähigkeit zur freien Willensbildung sind die Einsichtsfähigkeit des Betroffenen und dessen Fähigkeit, nach dieser Einsicht zu handeln. Einsichtsfähigkeit im Sinne des § 1896 Abs. 1 a BGB setzt die Fähigkeit des Betroffenen voraus, im Grundsatz die für und wider eine Betreuerbestellung sprechenden Gesichtspunkte zu erkennen und gegeneinander abzuwägen. Handlungsfähigkeit als weitere Voraussetzung der freien Willensbestimmung liegt vor, wenn der Betroffene imstande ist, nach der gewonnenen Erkenntnis zu handeln, also die sich daraus ergebenden Schlüsse in Bezug auf die Einrichtung einer Betreuung umzusetzen.¹

In der Arbeitsgruppe wollen wir versuchen in der Diskussion mit einem praktizierenden Gutachter und einem Entscheidungsrichter auch auf dem Hintergrund der oben genannten BGH Entscheidung uns der Frage

Arbeitsgruppe 9**Wunsch und Wille des Vollmachtgebers in der Vorsorgevollmacht**

Eik Schieferdecker, Wolfgang Wittek

Über die äußere und die innere Selbstbestimmung

Die Themenstellung der Arbeitsgruppe hat zwei verschiedene Aspekte, die sich in der Zielsetzung und Umgehungsweise erheblich unterscheiden, im Kern jedoch am selben Aspekt anknüpfen.

- Zum einen geht es darum, die Selbstbestimmung des Vollmachtgebers zu akzeptieren, indem die „Außenwelt“ die Vollmacht und die mit ihr verbundenen Verhaltensanweisungen des Vollmachtgebers anerkennt und respektiert („äußere Selbstbestimmung“).
- Zum anderen geht es darum, die Selbstbestimmung im Innenverhältnis umzusetzen, indem der Vollmachtnehmer die Wünsche und Vorstellungen – aber auch Weisungen – des Vollmachtgebers umsetzt („innere Selbstbestimmung“).

Beide eint der Respekt vor dem geäußerten Willen eines Menschen, der selbst nicht mehr handeln und entscheiden kann, aber für diesen Fall im Rahmen seiner Möglichkeiten selbst Vorsorge getroffen hat.

Die äußere Selbstbestimmung fordert vom Bevollmächtigten u.U. erheblichen Aufwand, um die Akzeptanz der Vollmacht insgesamt und der Willensentscheidungen, die er transportiert (und ggf. als Stellvertreter trifft) gegenüber Dritten durchzusetzen.

Rechtlich stoßen die Vollmacht und der Bevollmächtigte an die Grenze, wenn der Verhandlungspartner die Vollmacht als gewillkürte Vertretung nicht akzeptiert und auf einer gesetzlichen Vertretung besteht (Ausfluss der Vertragsfreiheit, vgl. § 241 BGB).

Hier gilt es, weiter an der Akzeptanz von Vorsorgevollmachten zu arbeiten.

Die innere Selbstbestimmung fordert vom Bevollmächtigten eine konkrete Beachtung all dessen, was der Vollmachtgeber wollte und will. Dazu muss er

- wissen, was dies ist. D.h. der Vollmachtgeber muss in irgendeiner Form deutlich gemacht haben oder machen, wie er sich die Umsetzung der Arbeit vorstellt (Stichwort: Patientenverfügung, Handlungsanweisung, „Auftragsverhältnis“)
- differenzieren können zwischen seinen eigenen Werten und Vorstellungen und denen des Vollmachtgebers (Stichwort: Differenzierung)
- die Wünsche akzeptieren und vor sich selbst umsetzen können (Stichwort: Akzeptanz, Toleranz, Kompetenz)

nach objektivierbaren Kriterien und Fragestellung zur Klärung der freien Willensbildung anzunähern, getragen von den beiden anderen Vorgaben der Trias: dem Wunsch und dem Wohl der Betroffenen.

- sie Dritten gegenüber vertreten und durchsetzen können (Stichwort: Durchsetzungskraft)

Eine Kontrolle der Vollmachtausübung und der Umsetzung von Wunsch und Wille findet per se nicht statt.

Der Vollmachtgeber kann (und müsste) sie ggf. selbst installieren (Stichwort: Mehrfachbevollmächtigung, Kontrollbevollmächtigung).

Tut er dies nicht, kommt (ausnahmsweise) eine Kontrollbetreuung in Betracht (vgl. § 1896 Abs. 3 BGB). Sie setzt voraus, dass der Bevollmächtigte dem Wohl des Vollmachtgebers zuwider handelt. (zu den Einzelheiten vgl. statt aller Müller in Beck'scher Online-Kommentar BGB, Hrsg: Bamberger/Roth Stand: 01.08.2013, Rdnr. 42).

Überspitzt formuliert: Jede Kontrollbetreuung belegt, dass der Bevollmächtigte Wunsch und Willen des Vollmachtgebers nicht beachtet (hat).

Stärkung der inneren Selbstbestimmung

In der Arbeitsgruppe wollen wir versuchen, Modelle für die

- Beratung der Vollmachtgeber zu entwickeln, wie diese ihre Wünsche und Vorstellungen in die Ausübung der Vollmacht transportieren können, ohne die eigentliche Bevollmächtigung (Vollmachtsurkunde) zu überfrachten
- Beratung und Unterstützung der Bevollmächtigten zu entwickeln, wie diese mit den Wünschen und Willensäußerungen der Vollmachtgeber umgehen können
- Wunsch und Willen des Vollmachtgebers ermitteln können, wenn dieser nicht geäußert wurde

Dies alles transportieren können

- eine Sicherung der Selbstbestimmung des Vollmachtgebers zu entwickeln, die nicht notwendig mit einer Kontrollbetreuung verbunden ist.

Stärkung der äußeren Selbstbestimmung

Hier wäre ggf. die Frage zu diskutieren, ob eine gesetzliche Regelung, ggf. in welcher Richtung, sinnvoll wäre.

Arbeitsgruppe 10 Unterstützte Entscheidungsfindung bei Menschen mit Demenz

Dr. Julia Haberstroh, Psychologin, Frankfurt
Tanja Müller, Dipl. Psychologin, Frankfurt

Im Artikel 12 Absatz 3 der UN-Behindertenrechtskonvention wird gefordert, dass die Vertragsstaaten Menschen mit Behinderungen (auch: mit Demenz) den Zugang zu der Unterstützung verschaffen müssen, die sie gegebenenfalls benötigen, um ihre Rechts- und Handlungsfähigkeit ausüben und eine rechtskräftige Entscheidung treffen zu können.¹ Die Verantwortung für die Kompensation der einen Entscheidungsprozess behindernden Defizite liegt demnach nicht beim Patient selbst, sondern bei der sozialen Umwelt, die die eventuell notwendige Unterstützung bereitstellen soll.² Vor diesem Hintergrund rückt die Bedeutung des Betreuers resp. Bevollmächtigten als Assistent zur Ermöglichung der selbstbestimmten Entscheidung in den Fokus. Dieser hat sozusagen die Rolle des „Dolmetschers“ inne, der den Menschen mit Demenz dabei unterstützt, von seinem Recht auf Selbstbestimmung Gebrauch zu machen.³ Die Art und Weise, in der Menschen mit Behinderung im Allgemeinen und Menschen mit Demenz im Speziellen unterstützt werden sollten, um selbstbestimmte Entscheidungen zu ermöglichen, wird in der UN-Behindertenrechtskonvention nicht konkretisiert und wurde bislang nicht evidenzbasiert geklärt. Dies versetzt viele Betreuer, Bevollmächtigte und Ärzte

in eine missliche Situation, in der sie zwar den Auftrag zum Handeln erteilt bekommen haben, die Methoden zur Umsetzung des Auftrags jedoch nicht evident zur Verfügung stehen.⁴ Im Projekt EmMa wurden und werden daher auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse Maßnahmen entwickelt, die Menschen mit Demenz bei der Ausübung ihrer Handlungsfähigkeit bei medizinischen Entscheidungen unterstützen sollen. Ansatzpunkt dieser Maßnahmen ist es, die Situation des Informed Consent adäquat an die kommunikativen Ressourcen des jeweiligen Menschen mit Demenz anzupassen, um hiermit die Basis zu schaffen, dass dieser sein Recht auf Selbstbestimmung wahrnehmen kann.

In der AG werden Grundlagen einer ressourcenorientierten Kommunikation bei Demenz vermittelt. Die Konzepte der stellvertretenden und unterstützten Entscheidungsfindung werden in praktischen Übungen gegenübergestellt. Die im Projekt EmMa entwickelten Maßnahmen werden zur Diskussion gestellt, mit Hilfe der Expertise der AG-Teilnehmer weiterentwickelt, bedarfsgerecht angepasst und eingeübt.

1 Committee on the Rights of Persons with Disabilities, General comment No 1 (2014) Article 12: Equal recognition before the law, 2014, S. 4

2 Haberstroh/Oswald, IDA 2014

3 Raack/Thar, Leitfaden Betreuungsrecht, 2005, 93

4 Haberstroh/Knebel/Mueller, BtPrax 2014, 195 ff.

Arbeitsgruppe 11 Kommunikationstraining bei Menschen mit Einschränkungen Unterstützte Entscheidungsfindung statt stellvertretende Entscheidung

Bernd Albert, Erwachsenenbildner, Lübeck
Susanne Kugler, Betreuungsverein im Kreis Plön

Sie sind tätig als gesetzliche Betreuerin oder gesetzlicher Betreuer?

Dann kennen Sie die folgende Geschichte:

Sie sind in hohem Maße identifiziert mit der Idee des Betreuungsrechts:

Deutlich mehr Selbstbestimmung für Menschen, die aufgrund einer geistiger Behinderung, einer demenziellen Entwicklung, einer psychischer Erkrankung oder einer Suchterkrankung bedroht sind von Fremdbestimmung.

Und in der praktischen Betreuungstätigkeit?

Da kennen Sie schon diesen Zwiespalt:

Der Betreute erzählt seine Wünsche, verpackt in eine Geschichte, bei deren Realisierung Sie nun mitwirken sollen. Und während Sie diese Geschichte hören, nehmen Sie die Stimmen in sich wahr, die Argumente sammeln

für die These, dass das so nicht geht: Und schon „helfen“ Sie Ihrem Betreuten dabei, eine Entscheidung zu treffen,

- die Sinn ergibt
- die realistisch ist und
- die mit vertretbarem Aufwand umgesetzt werden kann.

Unter dem Druck von Effizienz und Zeitbudget erleben wir als Betreuer diese Geschichte alle ähnlich. Nicht selten stehen wir dabei nicht allein sondern werden unterstützt: Vom Hilfeplaner der Eingliederungshilfe. Vom Heimleiter der Behinderteneinrichtung. Von der Chefin des Sozialpsychiatrischen Dienstes.

Und wenn „vernünftigerweise“ der Betreute am Ende einnickt und sagt: „Hach Ja. Na Gut. Meinetwegen“: Dann haben wir das Gefühl, professionell gearbeitet zu haben.

Ohne es recht zu merken werden wir auf diese Weise zum verlängerten Arm des Behandlungssystems:

„Es ist ein sehr ernst zunehmender Befund sozialpsychologischer Erkenntnis, dass gerade der Helfende und Fürsorgende immer wieder in Gefahr ist, seine Hilfe in versteckter und sublimierter Form als Herrschen und Selbstzweck einzusetzen.“ (Stephanie Krenn: Die Herausforderung des Helfens)

Um das zu vermeiden bleibt nichts anderes übrig, als die Beziehung zwischen Betreutem und Betreuer immer wieder neu auszuhandeln. Und das wiederum erfordert, dass der Betreuer die eigene Perspektive immer wieder selbstkritisch reflektiert.

Genau dieser Selbstreflexion wollen wir uns in dieser Arbeitsgruppe widmen:

Wir werden uns auf die Suche machen nach den kleinen, (ein bisschen schmutzigen) Ecken in unserer „Helferpersönlichkeit“, in denen (versteckt unter dem Teppich mit der Aufschrift „Betreuen statt Entmündigen“) Stimmen zu hören sind

- die aufgrund ihrer Lebenserfahrung schon die größere Kompetenz haben
- die irgendwie dann doch besser wissen, wie man das jetzt regelt
- die sich im Zweifel dann doch ein „Vetorecht“ zugehen.

Arbeitsgruppe 12 Unterstützte Entscheidungsfindung bei Menschen mit geistigen Behinderungen

Volker Benthien, Celine Müller, Leben mit Behinderung, Hamburg

Bevor sich in unserem Leben etwas verändert, müssen wir unsere Träume kennenlernen und eigene Wünsche erkunden. Manchmal gibt es auch Wünsche, die so groß erscheinen, dass wir gar nicht wissen, wie und wo wir anfangen sollen, um sie zu verwirklichen.

In einer Persönlichen Zukunftsplanung werden Menschen (mit Behinderung) unterstützt, über ihre Wünsche und Ziele phantasievoll nachzudenken. Gemeinsam mit Freunden, Angehörigen, Bezugsbetreuern, Mitarbeitern und anderen hilfreichen Personen entwickelt die planende Person eine eigene Vorstellung ihrer Zukunft. Mit einem Unterstützterkreis wird nach Wegen und Lösungen gesucht, um die eigenen Ziele zu erreichen. Im Mittelpunkt steht die planende Person mit ihren Stärken, Fähigkeiten und Interessen.

Der planende Mensch entscheidet selbst, welche Unterstützter ihn bei der Persönlichen Zukunftsplanung begleiten sollen. Alle planen gemeinsam. Dabei entstehen

Wir, haben zusammen 40 Jahre Erfahrung als gesetzliche Betreuer.

Wir sind fasziniert von der UN-Behindertenrechtskonvention:

- „Die Grundsätze dieses Übereinkommens sind:
 - α) die Achtung der dem Menschen innewohnenden Würde, seiner individuellen Autonomie einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen sowie seiner Unabhängigkeit.“ (Art. 3)

Wir sind ein Fan vom § 1901 BGB:

- „Der Betreuer hat die Angelegenheiten des Betreuten so zu besorgen, wie es dessen Wohl entspricht. Zum Wohl des Betreuten gehört auch die Möglichkeit, im Rahmen seiner Fähigkeiten sein Leben nach seinen eigenen Wünschen und Vorstellungen zu gestalten.“ (Abs. 2)

Wir machen uns in dieser Arbeitsgruppe, die auf 20 Teilnehmer begrenzt ist, gemeinsam mit Ihnen auf die Suche nach Impulsen in uns, die uns drängen, zugunsten des Machbaren das Prinzip „Selbstbestimmung“ schon mal zu vernachlässigen.

Und wir suchen „gute“ Strategien, im täglichen Betreuungshandeln verantwortlich damit umzugehen.

Methodisch arbeiten wir zunächst in Kleingruppen an vorbereiteten Thesepapieren und üben dann in der Gesamtgruppe anhand des Modells „Das innere Team“ an der Frage, wie „Kommunikation bei Menschen mit Einschränkungen“ gelingen kann, ohne zu bevormunden.

spannende und ungewöhnliche Ideen. Ein Moderator für Persönliche Zukunftsplanung leitet die Planung. Er berät und hilft dabei, die Wünsche und Vorstellungen zu benennen. Es können kleine Wünsche sein, aber manchmal auch große Träume. Die planende Person bestimmt allein, welche der gesammelten Ideen umgesetzt werden. Die Ziele werden aufgezeichnet und festgehalten, damit sie nicht verloren gehen.

Personen aus dem Unterstützterkreis können aktiv bei der Umsetzung der Wünsche und Vorstellungen mitwirken. Die planende Person wird auch langfristig durch Menschen aus dem Unterstützterkreis begleitet. Träume können so Wirklichkeit werden. Eine Zukunftsplanung ist für alle Menschen spannend, deren Zukunft neue Perspektiven und Wege braucht. Für Betreuer, die Menschen mit geistigen Behinderungen begleiten, ist es eine nicht zu unterschätzende Hilfe, den Menschen in seinem Umfeld und mit den Wünschen und Zielen kennenzulernen.

Arbeitsgruppe 13 Unterstützte Entscheidungsfindung bei Menschen mit psychischen Erkrankungen

Dieter Schax, Verein für Rehabilitation psychisch Kranker, Mönchengladbach
Jürgen Thar, Berufsbetreuer, Erfstadt

Positionen von Dieter Schax

Input: Abgrenzung rechtliche Vertretung und psychosoziale Unterstützung (Beratung)

(Betreuung ist für die Gemeindepsychiatrie ein fremdes Rechtssystem, dessen man sich notgedrungen bedient, wenn man mit seinem Latein am Ende ist und eine Betreuung anregt, weil der Klient nicht kooperiert oder die begründete Sorge besteht, dass er nach seiner Entlassung niemanden hat, der sich um ihn kümmert! Frei nach Wolf Crefeld)

1. Allgemeines

Viele psychisch kranke Menschen werden von gemeindepsychiatrischen Organisationen versorgt, ohne das es einer gesetzlichen Betreuung bedarf. Solange die Defizite bei der Bewältigung des Alltags die Geschäftsfähigkeit nicht in Frage stellen, läuft das problemlos. Ist die Geschäftsfähigkeit aber berührt, **weil der Klient nicht mitmacht**, kommt die gesetzliche Betreuung ins Spiel. Die Indikation hierfür ist oft sehr unspezifisch. Sowohl gesetzliche Betreuer als auch gemeindepsychiatrische Unterstützer haben Verantwortung für verschiedene Lebensbereiche des Klienten. Hierbei gibt es Schnittmengen. Der Erforderlichkeitsgrundsatz des Betreuungsrechts schließt aus, dass Betreuer therapeutische, beratende oder pflegerische Aufgaben übernehmen dürfen. Bei den gemeinsam ist die Unterstützung der Klienten bei einer selbstbestimmten Lebensführung.

2. Abgrenzung

Aufgabe der gesetzlichen Betreuer ist das **Auftragsmanagement** im Rahmen des jeweiligen Aufgaben- und Kompetenzbereiches und unter Beachtung dessen, was der Klient selbständig regeln kann. Hier sei auf die nachstehenden Positionen von Jürgen Thar verwiesen.

Davon ab grenzt sich das **Leistungsmanagement**, welches die originäre Aufgabe der gemeindepsychiatrischen Fachkräfte ist.

Fallsteuerung und Fallkoordinierung

In der aktuellen, vorrangig ambulanten Versorgungssituation, werden häufig verschiedene Hilfsangebote eines oder auch mehrere Anbieter kombiniert. Gerade bei Menschen mit chronifizierten Krankheitsverläufen und/oder komplexen Hilfebedarfen ist dieses eine Voraussetzung, um ambulante Versorgung sicherstellen zu können. An einem derartig konzipierten Setting sind mitunter eine Menge Personen am Prozess beteiligt, so dass die Steuerung des Fallverlaufes und die Koordinierung der verschiedenen Tätigkeiten eine wichtige Kompetenz darstellt. Nicht zufällig sind in den letzten Jahren entsprechende Konzepte wie Fallmanagement, Case Management oder koordinierende Bezugsperson für die

Sozialpsychiatrie entwickelt worden.

Akquise und Bereitstellen von Wohnraum

Für viele psychisch kranke Menschen, vor allem bei denen mit auffälligen Verhalten, ist die Versorgung mit Wohnraum auch heute noch nicht unproblematisch. Lange Behandlungsphasen und Klinikaufenthalte führen immer wieder zu Verlust des Wohnraums. Psychiatrische Fachkräfte sind, gemeinsam mit den gesetzlichen Betreuern, diejenigen, die oft schon während der Klinikbehandlung mit den Klienten auf Wohnungssuche gehen. Je angespannter in einer Region der Wohnungsmarkt ist, umso schwieriger ist diese Aufgabe zu meistern. Viele psychisch Kranke fallen so, zumindest vorübergehend, in die Obdachlosigkeit. Aus diesem Grund haben gemeindepsychiatrische Anbieter bereits vor mehr als 25 Jahren damit begonnen, Wohnraum für ihre Klientel anzumieten oder gar zu erwerben. So konnte über einen langen Zeitraum eine gewisse Versorgungssicherheit erreicht werden. Das neue WTG NRW (Wohn- und Teilhabegesetz), welches den Gedanken des Verbraucherschutzes, abgeleitet aus der UN-Behindertenrechtskonvention, in die Versorgung behinderter Menschen einbringt, stellt Angebote wie das Betreute Wohnen unter den Schutz des Gesetzes. Ob die gewünschten positiven Effekte dadurch erreicht werden können oder ob durch allzu hohe Auflagen eher gegenteilige Effekte, evtl. gar eine Gefährdung dieses Wohnraums erreicht wird, bleibt abzuwarten (das Zusammenspiel zwischen gesetzlicher Betreuung und gemeindepsychiatrischer Versorgung in Bezug auf „Wohnraum“ wird in der AG am Beispiel eines anonymisierten Hilfeplans illustriert).

Begleitung im Lebensalltag und praktische Unterstützung in verschiedenen Lebensbereichen

Hier erfolgt eine Unterteilung sich in die Lebensbereiche Wohnen, Arbeit, Freizeit und soziale Kontakte, welche man heute in allen relevanten Plänen zu Bemessung der individuellen Hilfebedarfe (IBRP, IHP ...) wiederfindet.

Für die meisten psychisch erkrankten Menschen stellt die Strukturierung des Tages eine große Herausforderung dar. Oft recht früh berentet, fehlt die Arbeit als struktur- und haltbietendes Element im Tagesablauf. Mit Freizeitangeboten allein ist dieser Mangel nicht zu beheben. Daher haben viele gemeindepsychiatrische Anbieter Arbeits- und Beschäftigungsangebote konzipiert, die eine sinnvolle stundenweise Beschäftigung an mehreren Tagen in der Woche ermöglichen. Das Thema Zuverdienst spielt hierbei eine gewichtige Rolle.

Hilfen und Beratung bei der Auseinandersetzung mit der Erkrankung

Häufig kommt mit der gesundheitlichen Versorgung ein individueller Bereich hinzu. Es geht dabei in erster Linie um die Auseinandersetzung mit der Erkrankung und darum, auch z. B. in Krisensituationen einen adäqua-

ten Umgang miteinander zu verabreden. Kreative Beratungssettings ermöglichen es auch, Behandlungswünsche, Grenzen, Festlegungen bzgl. Medikation etc. für die Zeiträume zu vereinbaren, zu denen der psychisch kranke Mensch seinen freien Willen nicht oder nur bedingt äußern kann. Das routinemäßige Erarbeiten von Behandlungsvereinbarungen und Patientenverfügungen mit psychisch kranken Menschen steckt aber noch in den Kinderschuhen. Gemeindepsychiatrische Fachkräfte und gesetzliche Betreuer können hierzu die notwendigen Impulse geben und in enger Abstimmung zu Ergebnissen kommen.

Psychosoziale Beratung

Neben der täglichen Versorgungsarbeit ist die Beratung in sozialrechtlichen Angelegenheiten ein weiterer Arbeitsschwerpunkt, da die meisten Klienten gar nicht wissen, welche Rechte und Pflichten in ihrem Leben vorhanden sind. Sowohl die wohlwollende Unterstützung aber auch klare Abgrenzungen sind im Einzelfall nötig, um sich nicht „vor den Karren“ der Klienten spannen zu lassen. Da sich viele Klienten nicht trauen, ihre Rechte durchzusetzen, ist die Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Betreuern an dieser Stelle unerlässlich.

Versorgung von sog. Systemsprengern bzw. Menschen mit komplexen Hilfebedarfen

Eine der größten Herausforderungen auch einer modernen Sozialpsychiatrie stellt nach wie vor die Versorgung der Menschen dar, bei denen die Fachwelt gemeinhin zuerst einmal an eine geschlossene Unterbringung denkt. Das Problem verschärft sich in der Letzten Zeit von verschiedenen Seiten. Es steht zu befürchten, dass das neue PEPP (Pauschalisiertes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik), welches die Krankenhausfinanzierung aus dem somatischen Bereich auf die Psychiatrie überträgt, als Nebeneffekt eine vorzeitige, übereilte (blutige) Entlassung von Psychiatriepatienten mit sich bringt. Darüber hinaus verfolgen Organisationen wie der Landschaftsverband Rheinland (LVR) als überörtlicher Träger der Sozialhilfe, das Ziel eines verstärkten Abbaus stationärer Plätze im Bereich der Eingliederungshilfe. Schon vor einigen Jahren hat sich der LVR rigoros davon verabschiedet, neue Plätze für geschlossene Unterbringung zu schaffen. So wächst die Sorge, dass schwierige Psychiatriepatienten vermehrt der Forensik zugeführt werden. Entsprechende Fachvorträge oder Gesprächsforen werden in diesem Sinne mit „Forensik – Die Gemeindepsychiatrie der Zukunft?“ überschrieben.

Egal wie man/frau persönlich diese Entwicklung bewerten; es steht auf der anderen Seite auch fest, dass noch zu keiner Zeit in Deutschland derart viele Mittel in die ambulante Versorgung psychisch kranker Menschen geflossen sind. Demnach muss sich eine moderne Gemeindepsychiatrie in ihrer Region auch am Auftrag zur Pflichtversorgung messen lassen, den es heute in den meisten Regionen noch nicht gibt. Dieser Auftrag ist dann erfüllt, wenn für alle psychisch kranken Menschen in einer Region, inklusive der Schwierigsten, Versorgungsangebote vorgehalten werden und niemand in Nachbarregionen oder gar noch wohnortferner „verschickt“ werden muss. Dieses Ziel ist wiederum nur er-

reichbar, wenn die vorhandenen finanziellen Mittel richtig eingesetzt werden. Gesetzliche Betreuer können an dieser Stelle eine wichtige Überwachungsfunktion innehaben, wenn Versorgung jenseits der geschlossenen Unterbringung sichergestellt werden soll.

3. Kooperation

Um die Abgrenzung in der praktischen Arbeit realisieren zu können, bedarf es eines hohen Maßes an gegenseitiger Akzeptanz bzgl. der jeweiligen Aufgaben der anderen Akteure. Darauf basierend muss ein gegenseitiger Wille zu einer nachhaltigen Kooperation vorhanden sein.

- ergänzende Sichtweisen und Verständnis zum medizinischen Krankheitsverständnis zulassen
- die verschiedenen Funktionen in der praktischen Arbeit integrieren
- Augenhöhe herstellen
- Betreuer als Kooperationspartner in die gemeindepsychiatrischen Netzwerke einbinden (z. B. GPV)
- Betreuungsfunktionen auch als Teilhabeleistung verstehen – z. B. bei Beratung, Verwaltung und Abwicklung pers. Budgets
- Betreuer und koordinierende Bezugsperson bei der Fallsteuerung zusammenbringen – nichtzwei Personen das Gleiche machen lassen
- Differenzierung zwischen Auftrags- und Leistungsmanagement etablieren

Positionen von Jürgen Thar

An welchen Stellen sind (werden) Menschen mit psychischen Störungen bei der freien Willensbildung eingeschränkt?

- Gemeinschaft, Zusammenleben mit anderen, Nachbarschaft, Arbeitsstätte
- sehr eigenwillige Lebensführung: Verwahrlosung, Vermüllung, Lärm etc.

Beide Aspekte verdeutlichen die Problematik die entsteht, wenn einerseits die Eigenständigkeit der Persönlichkeit zu wahren ist und andererseits das Zusammenleben einer Gemeinschaft nicht zu stark beeinträchtigen werden soll.

- diverse Überredungstechniken, z. B. um Behandlung sicherzustellen
- Geld- und Sachmittelausgabe an Bedingungen knüpfen
- das Nicht-Wissen der Betroffenen ausnutzen um Versorgungsziele zu erreichen
- mit Krankenhauseinweisung oder Zwangsmedikation drohen, wenn der Klient nicht gefügig ist.

Diese Beispiele verdeutlichen die Schwierigkeit bei der Achtung des Menschenbildes und des Respektes vor der Entscheidung des betroffenen Menschen. Vor allem in Situation, in denen die Helfer vom Vorhandensein einer psychischen Erkrankung überzeugt sind und die (Fehl) Handlungen ausschließlic damit in Verbindung bringen.

- das Vorhandensein von Suizidalität wird häufig zur Einleitung von Zwangsunterbringung und -behandlung genutzt, obwohl eigentlich andere Krankheits-symptome die Notwendigkeit einer Behandlung erfordern § 1906 BGB lässt die Unterbringung nur bei Eigengefährdung zu. Deshalb muss der oft nicht klar einschätzbare Grad an Suizidalität herhalten, um Zwangsunterbringungen zu rechtfertigen.
- häufig führen soziale Probleme zu Unterbringungen nach Psych-KG. Hierbeigibt es eine Häufung von älteren und berenteten Menschen, sowie Menschen mit Migrationshintergrund. Hierbei wird deutlich, dass soziale Phänomene ausgeblendet und über medizinische Ansätze einer „Lösung“ zugeführt werden.
- psychisch kranke Menschen sind häufig kognitiv und intellektuell nicht beeinträchtigt
- Festhaltung an primär medizinisch/biologisch orientierten Krankheitsbild schränkt Sichtweise und individuelles Begreifen stark ein.
- Einfordern von Compliance und Krankheitseinsicht fördert eine Haltung zur Unterdrückung und Zwang.
- alle Formen institutioneller und struktureller Gewalt unterdrücken Selbstbestimmung und freie Willensbildung

Die geschilderten Aspekte führen dazu, dass Phänomene wie Übertragung / Gegenübertragung, Reinszenierung destruktiver Entwicklungskontexte, Frustration, erlernte Handlungen, Entfaltungsmöglichkeit für sadistische Persönlichkeitszüge, u. a. durch Hierarchien in psychiatrischen Kontexten weiterentwickelt, zumindest aber sorgsam gepflegt werden.

Was hilft ? – Ansatzpunkte

institutioneller Gewaltverzicht gelingt durch Veränderung der Strukturen und

- Haltungen
- Zwangsmedikation verringert nicht die Gewaltbereitschaft psychisch kranker
- Patienten/Klienten
- es gibt präventive Möglichkeiten wie Patientenverfügungen, Behandlungsvereinbarungen und Vorsorgevollmachten, von denen nicht ausreichend Gebrauch gemacht wird
- neue bzw. alternative Therapieformen wie z. B. Home Treatment, Open
- Dialoge verhindern Zwangsmedikation
- die Beteiligung Psychiatrieerfahrener bei der Behandlung und Versorgung psychisch kranker Menschen hilft nach ersten Erfahrungen beim Abbau von Zwang und Gewalt
- geschlossene Stationen, Kliniken mit vorrangig spezialisierten Stationen, das
- Festhalten an etablierten Konstrukten wie Krankheitseinsicht und Compliance besitzen eine gewaltfördernde Haltung
- offene, nicht spezialisierte Stationen und Abteilungen fördern eine Atmosphäre und ein Miteinander, welches zum Verzicht und Abbau von Zwang und Gewalt führt
- Bewusstsein über destruktive Haltungen schaffen

- Anteile von Unterdrückung benennen
- bewusst machen, wo Selbstbestimmung und eigene Willensbildung unterdrückt werden

Beispiel Patientenverfügung – Grenzen und Möglichkeiten

Patientenverfügung für Menschen mit psychischen Erkrankungen – Bewertung des Urteils des LG Augsburg vom 12.09.13

a) Sachverhalt

- das Urteil erging aufgrund einer Beschwerde einer Patientin des BZK gegen ärztlich Zwangsmaßnahmen (hier: Zwangsmedikation über einen Zeitraum von 6 Wochen)
- die Patientin wurde im Dezember 2012 per Unterbringungsbeschluss wegen konkreter Suizidabsichten eingewiesen. Die Unterbringung wurde durch ergänzende Beschlüsse bis insgesamt 02/2014 verlängert
- in Patientenverfügungen von 08/2012 sowie 01/2013 hat die Patientin eine psychiatrische Behandlung strikt abgelehnt bzw. untersagt
- nach erneuter Ablehnung der Behandlung im BZK wurde von der Betreuerin am 28.02.2013 die Genehmigung zur Behandlung beim zuständigen Amtsgericht beantragt
- auf Anforderung des AG wird durch zwei Ärzte aus dem BZK ein Gutachten erstellt. Beide Ärzte sind nicht in die Behandlung der Patientin involviert
- die Gutachter befürworten die Zwangsbehandlung, die Betroffene wird angehört, es ergeht ein Beschluss des AGs zur Zwangsbehandlung
- auf die Beschwerde der Betroffenen erfolgt die Ablehnung durch das LG

b) Was sagt das Gutachtenaus?

- die Patientin ist nicht krankheitseinsichtig
- Patientin ist wahnhaft, aggressiv, gereizt, fremdaggressiv, also ein klassisch psychotisches Krankheitsbild
- das Denken und Handeln und die Entscheidungen werden durch krankheitsbedingte Vorstellungen bestimmt
- ... somit ist die Patientin nicht in der Lage, einen freien Willen zu bilden ...
- das Gericht orientiert sich hierbei lediglich an ärztlich/medizinischen Aussagen
- ohne Behandlung droht Suizidalität
- Begründung der Unterbringung (und der Behandlung) erfolgt über die Suizidgefahr

c) Bewertung der Patientenverfügungen

- PV vom 25.01.13 vom Gericht als unwirksam eingeschätzt (nachvollziehbar)
- dergleichen die PV vom 31.08.12, (Patientin wurde am 14.03.12 ohne Krankheitseinsicht aus der Behandlung des BZK entlassen und hat sich nicht in ambulante Weiterbehandlung begeben; sie war vermutlich weiterhin psychotisch und somit nicht in der Lage einen freien Willen zu bilden) dieses ist nur bedingt nachvollziehbar und wirft einige Fragen auf:

Arbeitsgruppe 14

Existenznot der Vereine

Stephan Sigusch, Betreuungsverein Oschersleben

Existenznot der Vereine ... man kann es nicht mehr hören

Die Klage über die existentielle Bedrohung der Betreuungsvereine verhallt aus Sicht vieler Vereine ungehört. Ihr Versuch mit immer mehr Betreuungen und zu Lasten der Querschnittsarbeit die Situation zu kompensieren kann die Lösung nicht sein!

Viele Fachverbände und Organisationen haben sich bereits zur Finanzierung der Vereine positioniert.

In den einzelnen Bundesländern gibt es unterschiedliche Finanzierungsmodelle und entsprechend unterschiedlich werden auch die Existenznöte empfunden.

Wir wollen mit Ihnen gemeinsam die unterschiedlichen Ansätze diskutieren aber auch der Frage nachgehen,

- schließen sich psychotisches Erleben und freie Willensbildung generell aus?
- in welchen Phasen ihres Lebens können psychisch kranke Menschen mit paranoid/psychotischer und suizidaler Symptomatik einen freien Willen bilden?
- sind PV, zusammen mit Behandlungsvereinbarungen und Vorsorgevollmachten geeignete Instrumente, den freien Willen von psychisch kranken Menschen zu dokumentieren?
- wenn ja, wie könnte das aussehen?

welche Möglichkeiten den Betreuungsvereinen noch zur Verfügung stehen um ihre Existenz zu sichern.

Gleichzeitig sollen Argumente gesammelt werden die deutlich machen, dass nur eine flächendeckende Präsenz (Bewohner) von Betreuungsvereinen ein funktionieren der Querschnittsarbeit garantieren kann.

Die Querschnittsarbeit hat als originäre Arbeit der Vereine die hohen Anforderungen (z. B. der UN BRK) an die Qualität der ehrenamtlicher Betreuungsarbeit zu sichern.

Die Gesellschaft und wir selbst müssen festlegen ob es unser **Wunsch** ist, auf die Betreuungsvereine zu verzichten, oder ob wir deren Existenz als unverzichtbar definieren und dann auch ihre Finanzierung sicherstellen **wollen**.

Podiumsdiskussion

Unterstützung innerhalb und außerhalb der Betreuung

Ausgelöst durch die UN-BRK wird die Frage der Unterstützung von Menschen mit Behinderung in Bezug auf Artikel 12 der UN BRK geführt. Die Differenzierung von Systemen, die Entscheidungen ersetzt und Systemen, die Entscheidungen unterstützt, steht dabei im Vordergrund. Der General Comment No 1 zu Artikel 12 der UN-BRK hebt dies deutlich hervor.¹ Der Kommentar unterstreicht dabei nochmals deutlich, dass Systemen von ersetzender Entscheidung eine Absage zu erteilen sei.

Die Unterstützung muss einem Menschen mit Beeinträchtigungen dazu verhelfen, einen vorhandenen Willen für Dritte erkennbar zu machen. Wie die Unterstützung konkret auszusehen hat, das lassen sowohl die UN BRK als auch der General Comment offen. Letzterer gibt aber Kriterien vor, an denen die Frage der Unterstützung innerhalb und ausserhalb der rechtlichen Betreuung sich orientieren kann, an der das Betreuungsrecht in Deutschland sich messen und orientieren muss und an Hand derer auch die Frage geklärt werden kann, ob es weitere Unterstützungssysteme ausserhalb der Betreuung geben muss.

Die Verbände im Betreuungswesen haben für diese Unterstützung verschiedene Modelle entwickelt, die inner-

halb und ausserhalb der Betreuung liegen. Es wurden auch Positionen zur Einordnung des bestehenden Systems der rechtlichen Betreuung bezogen und Erfordernisse der Verbesserung aufgezeigt, nicht nur im gesetzgeberischen Bereich.²

Die Abschlussdiskussion will sich dem Stand der Diskussion um die verschiedenen Unterstützungsmodelle als auch Forderungen der Weiterentwicklung des Betreuungsrechts widmen.

Über diese Fragen werden

- Thorsten Becker, stellvertretender Vorsitzender BdB e.V., Gießen
- Ruth Fricke, Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener BPE e.V., Herford
- Dr. Bettina Leonhard, Bundesvereinigung Lebenshilfe, Referatsleiterin, Berlin
- Dr. Jörg Tänzer, Rechtsanwalt, fachlicher Geschäftsführer BVfB e.V. Berlin
- Peter Winterstein, Vizepräsident des OLG Rostock, Vorsitzender des Betreuungsgerichtstags diskutieren.

Moderation: Gerold Oeschger, freiberuflicher Betreuer, BGT e.V

¹ Siehe auch Brosey, Der General Comment No 1 zu Art. 12 der UN BRK und die Umsetzung im deutschen Recht, BtPrax 2014, S. 211- 215

² Siehe unter anderem Positionspapier des BGT e.V. unter http://www.bgt-ev.de/fileadmin/Mediendatenbank/Stellungnahmen/2012-2014/Unterstuetzen_Vertreten_140915.pdf; Betreuung 20+ Betreuung reformieren – Unterstützungsmanagement entwickeln Reformkonzept des Bundesverbandes der Berufsbetreuer/innen e.V., http://bdb-ev.de/69_Konzepte_und_Positionen.php; Rechtliche Betreuung und betreuungsvermeidende Hilfen, Grundsatzpapier des BVfB e.V. unter http://www.bvfbv.de/verbandspolitik_des_bundesverband_freier_berufsbetreuer/articles/betreuungsvermeidende-hilfen-sind-keine-beschaeftigungsalternative-fuer-berufsbetreuer.html

HK-BUR im Dialog: Begleiteter Suizid

Die Herausgeber des Heidelberger Kommentar zur Betreuungs- und Unterbringungsrecht (HK-BUR) pflegen traditionell mit einem Diskussionsforum zum Betreuungsgerichtstag beizutragen.

Unter der Leitung des Mitherausgeber Thomas Klie werden Podiumsteilnehmer und Zuhörer zu dem umstrittenen Thema „Assistierter Suizid“ diskutieren. Die damit verbundenen und auch für die Betreuungsarbeit wichtigen Fragestellungen sind durch Aktivitäten des Gesetzgebers wieder in den Blick einer breiteren Öffentlichkeit

gelangt. Union und SPD haben vereinbart, im Jahr 2015 verschiedene Vorschläge für gesetzliche Regelungen im parlamentarischen Verfahren zu behandeln und dann im Herbst des kommenden Jahres zur Abstimmung zu bringen. Die Diskussion ist zur Zeit sehr konträr - zum Teil wird ein Verbot einer geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung gefordert, die Kirchen lehnen jede Art von Hilfe zur Selbsttötung ab und andere Gruppen sehen entsprechende Verbote als Einschränkung einer wünschenswerten „Selbstbestimmung bis zum Lebensende“ an.

Verleihung des BGT-Förderpreises für Innovation und Netzwerkarbeit im Betreuungswesen

Der Preis wird alle zwei Jahre anlässlich des bundesweiten Betreuungsgerichtstags vergeben. Die erste Preisverleihung findet auf diesem Betreuungsgerichtstag statt. Mit dem Preis sollen Initiativen oder Projekte gewürdigt werden, die neue Wege gehen in der Anwendungspraxis des Betreuungsrechts und bei der Förderung von

Netzwerken im professionellen und ehrenamtlichen System des Betreuungswesens. Die Jury hatte keine leichte Wahl, aus den insgesamt neun Bewerbungen den/die ersten Preisträger zu küren. Die Bewerbungen können unter http://www.bgt-ev.de/bewerbung_foerderpreis_2014.html angeschaut werden.

Organisatorische Hinweise

Tagungsstätte ist das Seminar – und Tagungshotel Bildungszentrum Erkner, Seestraße 39, 15537 Erkner, Telefon: (0 33 62) 7 69 – 0, Telefax: (0 33 62) 7 69 - 9 09, www.bz-erkner.com

Wir bitten alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, sich am Anreisetag zunächst im Tagungsbüro anzumelden! Der Transfer ins Hotel am Müggelsee erfolgt dann am Abend.

Anfahrtsbeschreibung

Per Bahn

Ab Hauptbahnhof mit dem Regionalexpress RE 1 in Richtung Frankfurt (Oder) bis Bahnhof Erkner. Der RE 1 verkehrt halbstündlich, Fahrtzeit ca. 30 Minuten.

Per Auto – A10

Östlicher Berliner Autobahn-Ring, Ausfahrt Erkner, 160 kostenfreie Parkplätze;

Per Flugzeug – Berlin-Schönefeld

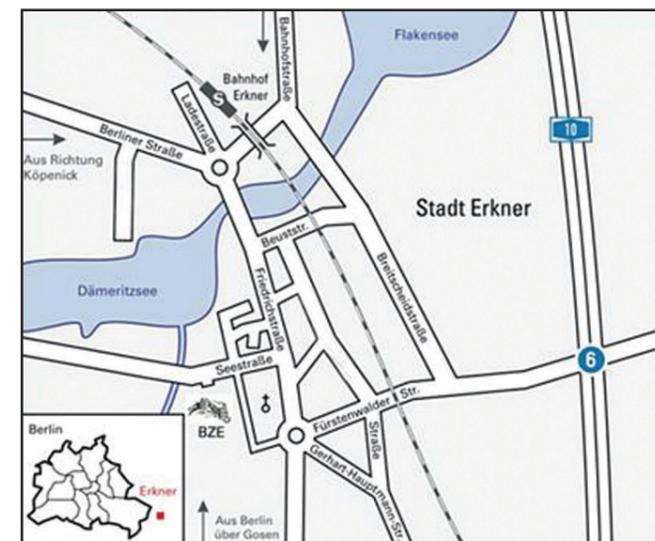
Ab Flughafen mit der S-Bahn-Linie S9 bis Bahnhof Ostkreuz. Von dort mit der S-Bahnlinie S3 bis Erkner. Die S-Bahnen verkehren tagsüber 10-20 minütig, Gesamtfahrtzeit ca. 60 Minuten. Oder mit dem Airportexpress RE 7 oder RB 14 bis Ostbahnhof und von dort mit dem RE 1 bis Erkner, Gesamtfahrtzeit 55 Minuten. Oder Taxi vom Flughafen, Fahrtzeit ca. 30 Minuten.

Per Flugzeug – Berlin Tegel

Ab Flughafen mit dem Bus TXL bis Berlin-Hauptbahnhof. Von dort mit dem Regionalexpress RE 1. Der RE 1 verkehrt halbstündlich, Gesamtfahrtzeit ca. 60 Minuten.

Im Tagungsbüro erhalten Sie

- die Teilnahmebescheinigung
- aktuelle Informationen zum Programm und
- eine Liste der Teilnehmer/innen
- Informationen zur Unterkunft im Wohnheim der Fachhochschule.



Wichtiger Hinweis:
Die Veranstaltung wird von der Ärztekammer Brandenburg mit 16 Fortbildungspunkten anerkannt.



Professionelle Betreuungsarbeit ist keine Hexerei!

NEUAUFLAGEN 2014!



ISBN 978-3-8462-0238-8



ISBN 978-3-8462-0259-3



ISBN 978-3-8462-0263-0



ISBN 978-3-8462-0257-9



ISBN 978-3-8462-0187-9



ISBN 978-3-8462-0261-6



ISBN 978-3-8462-0266-1



ISBN 978-3-8462-0216-6

DAS ENTSCHEIDENDE WISSEN

HK-BUR

Heidelberger Kommentar zum Betreuungs- und Unterbringungsrecht

Herausgegeben von Betreuungsrichter Axel Bauer, RA Prof. Dr. Thomas Klie und RA Kay Lütgens. Loseblattwerk in 5 Ordnern mit CD-ROM „Bundesrecht, Landesrecht und Formulare“ sowie der Textausgabe „Gesetzessammlung zum Betreuungsrecht“.

Mit BtBG-Änderungen zum 1.7.2014!

Der Heidelberger Kommentar zum Betreuungs- und Unterbringungsrecht (HK-BUR) erleichtert die betreuungsgerichtliche Tätigkeit und die praktische Arbeit.

Das Standardwerk bietet:

- Praxisnahe und umfassende Kommentierungen der relevanten materiell- und verfahrensrechtlichen Vorschriften des Betreuungs- und Unterbringungsrechts, insbesondere des FamFG
- Aktuelle Rechtsprechungsübersichten
- Checklisten, Formulare und Musterbriefe
- Adressen von Betreuungsbehörden und Betreuungsvereinen sowie die Regelungen der einzelnen Bundesländer.

Das „Standardwerk für Theorie und Praxis des Betreuungswesens“ (Sozialmagazin) wird ergänzt durch die siebte Auflage der Textausgabe „HK-BUR Gesetzessammlung zum Betreuungsrecht“ auf dem Stand vom 1.7.2014.

Ca. 7.500 Seiten. € 199,99 zur Fortsetzung für mind. 12 Monate. Kündigungsfrist danach 6 Wochen zum nächsten Jahresende. ISBN 978-3-8114-2270-4
Textbuch separat: 7., neu bearbeitete Auflage 2013. 340 Seiten. € 16,99. ISBN 978-3-8114-5272-5

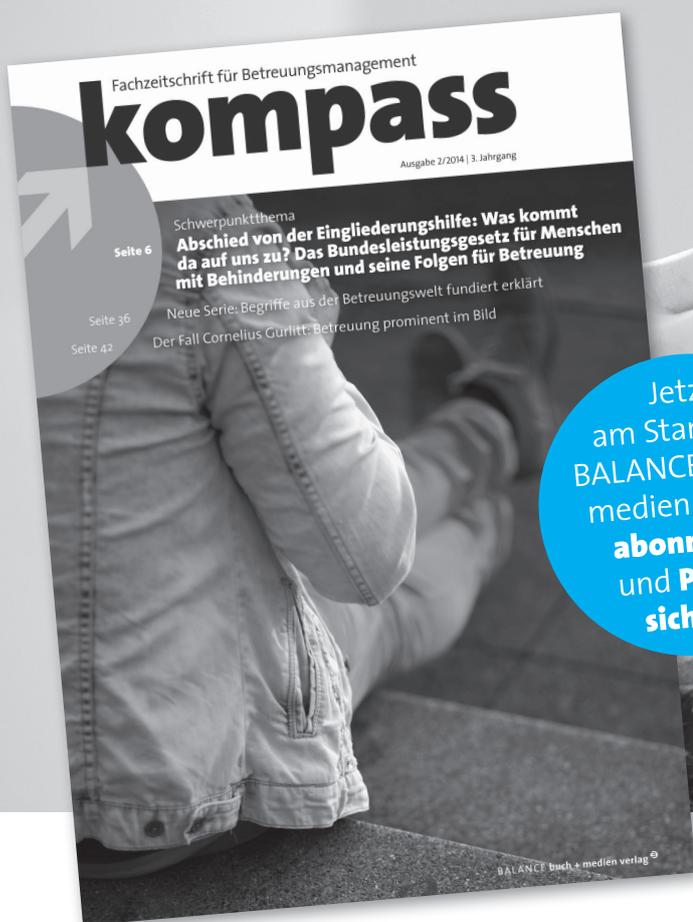
Jetzt kostenlosen Newsletter bestellen
www.cfmueller.de/services/newsletter



C.F. Müller, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH
Im Weiher 10, 69121 Heidelberg, Bestell-Tel. 06221/489-555
Bestell-Fax 06221/489-410, kundenbetreuung@hjr-verlag.de
www.cfmueller.de/betreuungsrecht

Am Puls der (Betreuungs)Zeit

kompas – fachlich, kontrovers, praktisch



Jetzt
am Stand des
BALANCE buch +
medien verlags
abonnieren
und **Prämie**
sichern!



Ich abonniere den **kompas** als ...

- Printausgabe** (30,- € / Jahr) inkl. Porto innerhalb Deutschlands
- digitale Ausgabe** (25,- € / Jahr) inkl. Zugriff auf alle erschienenen Ausgaben
- Kombi-Ausgabe (Print und digital)** (40,- € / Jahr) inkl. Zugriff auf das digitale Archiv

Vorname, Nachname

Firma/Organisation

Straße, Nr.

und im **Prämienabo** für zwei Jahre.

Als Dank wünsche ich mir eines der drei Bücher (bitte ankreuzen):

- Jobcoaching
- Individuelle Hilfeplanung in der Praxis
- Vom Umgang mit schwierigen und gewaltbereiten Klienten

PLZ, Ort

E-Mail

Datum, Unterschrift

Bestellung an: BALANCE buch + medien verlag • Ursulaplatz 1 • 50668 Köln • Fax: (0221) 167989-20 • E-Mail: hoff@balance-verlag.de

Bezugsbedingungen: Sie erhalten den »kompass« im Prämienabonnement für zwei Jahre oder im Normalabo (ohne Prämie) für ein Jahr. Das Abonnement verlängert sich automatisch um jeweils ein Jahr, wenn bis zum 30. September des laufenden Jahres keine Kündigung beim Verlag eingegangen ist. Die Lieferung erfolgt gegen Rechnung. Weitere Informationen erhalten Sie unter: www.balance-verlag.de/zeitschriften/kompas