

Prof. Dr. med. Peter Müller, Göttingen

# Zum Recht und zur Praxis der betreuungsrechtlichen Unterbringung

**Die Zunahme unfreiwilliger Unterbringungen nach Betreuungsrecht wird von psychiatrischer Seite erörtert**

*Vorzüge und Nachteile des rechtlichen und praktischen Unterbringungsverfahrens mit weitem Interpretationsrahmen der drohenden gesundheitlichen Schädigung werden mit kurzen Kasuistiken skizziert. Verbesserungen ambulanter Betreuung könnten hilfreich sein für die betroffenen Patienten und die Gesamtkosten insgesamt senken.*

- Anstieg der Betreuungsfälle
- Zunahme unfreiwilliger Krankenhausaufnahmen
- Vorzüge und Nachteile der betreuungsrechtlichen Unterbringung
- Ausblick

Die Einführung des Betreuungsrechts 1992 anstelle der vorherigen Entmündigung und Pflegschaft ist aus psychiatrischer Sicht als hilfreich zu begrüßen. Schutz und Rechte der Betroffenen können nun differenziert unterstützt und Hilfen mit Einschränkungen freier Entscheidungsfähigkeit der Patienten auf das notwendige Maß begrenzt werden. Also ein liberales, humanes und fürsorgliches Gesetz.

Allerdings sind die rechtlichen und dann in der Praxis relevanten Voraussetzungen einer unfreiwilligen Krankenhausaufnahme „weicher und großzügiger“ als zum Beispiel nach PsychKG. Im Gegensatz zum PsychKG mit dem Erfordernis akuter und erheblicher Fremd- oder Selbstgefährdung sind die gesetzlichen Voraussetzungen unfreiwilliger Einweisung nach Betreuungsrecht wesentlich geringer: Erkrankung und dadurch bestehende Gefahr erheblichen gesundheitlichen Schadens, wobei diese Gefahr nicht wie beim PsychKG gegenwärtig sein oder unmittelbar bevorstehen muss, sie muss nur angenommen werden und einen späteren Schaden befürchten lassen. Es reicht eine Verfügung des Betreuers ohne ärztliche Eingangsbegutachtung und Genehmigung durch den Richter. Nach der einstweiligen Anordnung der vorläufigen Unterbringung kann die Unterbringung für ein Jahr oder für zwei Jahre erfolgen, nämlich „bei offensichtlich langer Unterbringungsbedürftigkeit“, mit der Möglichkeit weiterer Verlängerung!

## Anstieg der Betreuungsfälle

Als Folge der weniger einschneidenden und sehr fürsorglich klingenden Regelungsmöglichkeiten stieg die Zahl der Betreuungsfälle erheblich an, nach 1991 inzwischen auf das Vierfache. Aus psychiatrischer Sicht ist hier lediglich darauf hinzuweisen, dass diese Zunahme nicht allein auf bevölkerungs- oder krankheitsepidemiologische Faktoren zurückzuführen ist: Die Zahl alter Menschen mit zum Beispiel beginnender Demenz hat nicht in diesem Maß zugenommen, die Zahl chronisch psychisch Kranker ebenfalls nicht, Behandlungsmöglichkeiten haben sich in den letzten Jahren verbessert, und die Zahl der Ärzte hat zugenommen. Der gesehene Betreuungsbedarf hat aber unter anderem wohl aus folgenden Gründen zugenommen: Familiäre Hilfen stehen oft wenig zur Verfügung, unter anderem wegen erhöhter räumlicher Mobilität und zunehmender Vereinsamung. Realer Betreuungsbedarf blieb früher oft ungedeckt und kann jetzt partiell erfüllt werden. Ein neuer Berufsstand entwickelte sich und tendierte zur Erweiterung von Kapazitäten. Zeitlich parallel wurden frühere ärztliche Hilfen durch Kostendämpfungsbemühungen im Gesundheitswesen eingeschränkt. Es wurde erfolgreich auf eine Verkürzung teurer Krankenhaus-Verweildauern hingewirkt. Der dadurch gestiegene intensive Behandlungsbedarf durch Nachbehandlung, rezidivprophylaktische Maßnahmen und Kriseninterventionen kann ärztlich nicht mehr gedeckt werden. Denn das reduzierte Honorar deckt zum Beispiel für den Psychiater nur ein bis zwei kurze Besuche des Patienten im Quartal, was für eine prinzipiell kostengünstige ambulante Behandlung nicht ausreicht. Durch Kostenbegrenzungen in beiden Bereichen, also ambulant und stationär, hat sich die reale Therapie psychischer Erkrankungen verschlechtert.

## Zunahme unfreiwilliger Krankenhausaufnahmen

Manche der genannten Faktoren haben in der Psychiatrie zu einem ganz erheblichen Anstieg stationärer Behandlungs-episoden geführt. Der Begrenzung auf kurze Behandlungszeiten aus Kostengründen folgte eine große Zahl immer schneller aufeinander folgender Wiederaufnahmen derselben Patienten, denn die Zahl schwerer psychischer Erkrankungen hat ja nicht zugenommen. Der Grund: unter anderem, weil die eigentlich erforderliche intensive ambulante ärztliche Nachsorge nicht hinreichend genutzt wird.

Parallel dazu stieg auch die Zahl unfreiwilliger Einweisungen in den letzten Jahren an. Anlässlich eines Leitartikels im Deutschen Ärzteblatt<sup>1</sup> mit Bezugnahme auf regionale Studien zur Verdoppelung von PsychKG-Einweisungen<sup>2</sup> und Verdreifachung betreuungsrechtlicher Einweisungen<sup>3</sup> intensivierte sich in psychiatrischen Fachzeitschriften die Diskussion über die zahlenmäßig und kausal noch nicht ganz sicher geklärte Zunahme.<sup>4,5,6</sup>

Neben schon erwähnten Entwicklungen in Deutschland scheint es europaweit eine generelle – allerdings moderate – Zunahme unfreiwilliger Einweisungen zu geben.<sup>7</sup> Auffällig dabei ist allerdings, dass die Raten der Zwangsunterbringung in Deutschland besonders hoch sind, im Ländervergleich liegt Deutschland neben Österreich hinter Finnland an der Spitze der europäischen Länder. Zudem ist der Anstieg innerhalb der letzten Jahre in Deutschland besonders hoch. Diese Zunahme betrifft zahlenmäßig in erster Linie die absolut sehr viel häufigeren PsychKG-Einweisungen, nun aber auch Unterbringungen nach Betreuungsrecht. Durch die Zunahme bestehender Betreuungen scheint auch die

- 1 Müller, P.: Zwangseinweisungen nehmen zu. Dt Ärzteblatt 101(2004) C2262–2264.
- 2 Darsow-Schütte, K., Müller, P.: Zahl der Einweisungen nach PsychKG in 10 Jahren verdoppelt. Psychiatr Prax 28(2001) 226–229.
- 3 Müller, P., Josipovic, T.: Unfreiwillige Einweisungen nach Betreuungsrecht in acht Jahren verdreifacht. Psychiatr Prax 30(2003) 108–113.
- 4 Spengler, A. et al.: Zwangseinweisungen – bundesweite Basisdaten und Trends. Nervenarzt 76(2005) 363–370.
- 5 Kallert, T.: Nehmen Zwangseinweisungen in Deutschland wirklich zu? Die Psychiatrie 2(2005) 201–256.
- 6 Müller, P., Dreßing, H.: Pro und Contra: Zunahme von Zwangseinweisung psychisch Kranker. Psychiatr Prax 33(2006) 157–159.
- 7 Dreßing, H., Salize, H.J.: Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung psychisch Kranker in den Mitgliedsländern der Europäischen Union. Psychiatr Prax 31(2004) 34–39.

Rate betreuungsrechtlicher Einweisungen ansteigen.

Zusätzlich ist zu diskutieren, ob der generelle Trend zu mehr Überwachung, Sicherheit, Kontrolle<sup>8,9</sup> mit der Folge einer Zunahme freiheitsentziehender Maßnahmen unter anderem in Strafvollzug, Sicherungsverwahrung und Maßregelvollzug<sup>10</sup> sich auch im Bereich betreuungsrechtlicher Unterbringung auswirkt.

### Vorzüge und Nachteile der betreuungsrechtlichen Unterbringung

Hilfreich ist die Tätigkeit von Betreuern insbesondere für Menschen ohne familiäre Unterstützung und mit chronischen oder schnell rezidivierenden psychischen Erkrankungen – neben den Hilfen zum Beispiel für ältere und von Demenz betroffene Patienten. Verschiedene Wirkungskreise können differenziert eingesetzt werden. Aus psychiatrischer Sicht sind oft konkrete Hilfestellungen im Alltag erforderlich und werden in verdienstvoller Weise von zahlreichen Betreuern geleistet, obwohl das 1. Betreuungsrechtsänderungsgesetz von 1998 hier Einschränkungen vornahm.

Bezüglich der hier vorrangig zu betrachtenden Unterbringung ist hervorzuheben: Bei manchen chronischen Erkrankungen wie zum Beispiel Alkoholismus beziehungsweise unterschiedlich stark beeinträchtigenden Erkrankungen wie Schizophrenie und bei häufig wiederkehrenden Erkrankungen, beispielsweise manche Formen der Manie, kann der betroffene Patient nicht immer die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung einsehen. Dann ist die Hilfe eines Betreuers mit den Wirkungskreisen Gesundheitsfürsorge und Aufenthaltsbestimmung wichtig. Durch rechtzeitige Krankenhauseinweisung kann er bewirken, dass bei einer gesundheitlichen Verschlechterung baldige Behandlung einsetzt. So kann oft verhindert werden, dass sich eine schwere Erkrankung mit später schlechteren Behandlungschancen entwickelt. Auch können psychosoziale Folgen einer unbehandelten Erkrankung damit begrenzt werden, zum Beispiel Verwahrlosung, Verlust des sozialen Umfeldes und/oder der Wohnung, Verlust der materiellen Lebensgrundlage bei Verschwendung in der Manie, Elend des unbehandelten Alkoholikers.

Einige Hilfen wären auch durch Unterbringung nach PsychKG möglich, aber ja nur bei akuter und erheblicher Gefahr. Wenn diese nach kurzer Zeit abgeklungen ist, muss der Patient entlassen werden. Die niederschwellige Unterbringung nach Betreuungsrecht greift dage-

gen schon, wenn eine gesundheitliche Gefahr droht beziehungsweise ohne Behandlung wahrscheinlich ist. Das ist fürsorglich gedacht und in vielen Fällen ohne Frage hilfreich für die effiziente frühzeitige Behandlung und für den Erhalt psychosozialer Eigenständigkeit des Patienten.

Daraus resultieren aber auch Nachteile: Wenn der Betreuer sich zu wenig Zeit nimmt für die Förderung ambulanter Behandlung, kann er schnell einweisen, auch in Fällen, in denen die ambulante Behandlung ausreichen würde. Denn die Einschätzung, wann ohne Krankenhausbehandlung eine gesundheitliche Gefahr droht, was zum gesundheitlichen Wohl des Betreuten unbedingt notwendig ist, unterliegt in so erheblichem Umfang subjektiver Einschätzung, dass Fehleinweisungen zwangsläufig vorkommen.

Ein Extremfall: Bei einem schizophrenen Patienten kam es in der Vergangenheit rezidivierend zu akuten Erkrankungen mit Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit. Diese können generell mit hoher Effektivität und konnten auch bei diesem Patienten durch prophylaktische Medikation wie zum Beispiel durch Depot-Injektionen verhindert werden. Der Patient lehnte das aber wegen Nebenwirkungen ab. Daraufhin wies der Betreuer stationär ein. Der Stationsarzt bescheinigte, dass wegen Nebenwirkungen der Depot-Medikation jetzt ein Medikament in Tablettenform nötig sei. Da aber zu befürchten sei, dass der Patient nach der Akutbehandlung die Tablette nicht mehr einnehme, müsse er zum Zweck sorgfältiger kontinuierlicher Behandlung zwei Jahre (!) stationär untergebracht werden. Der Vormundschaftsrichter beschloss daraufhin die zweijährige geschlossene Unterbringung! Erst im Beschwerdeverfahren – psychisch Kranke klagen aber sonst sehr selten – vor dem Landgericht wurde nach Anhörung eines externen Gutachters der Beschluss wieder aufgehoben.

Denn: Die depotneuroleptische Medikation hatte der Patient wegen Nebenwirkungen abgelehnt. Diese sind zur Erreichung rezidivprophylaktischer Wirksamkeit nicht notwendig und eine Folge zu hoher Dosierung gewesen. Eine Unterstützung durch den Betreuer beim ambulanten behandelnden Arzt und eine zeitaufwändige sorgfältige ambulante Dosisfindung in Verbindung mit wiederholter Aufklärung des Patienten hätten ausgereicht und die Unterbringung verhindern können. Eine so langfristige Unterbringung zum Zweck einer Behandlung mit Tabletten weist auf zu geringe Kontrollen hin und ist zudem in der Sache unsinnig, da nach einer späteren Entlassung der Patient diese dann auch nicht mehr einnimmt und die Wirkung dann auch schneller abklingt

mit dem Risiko erneuter Erkrankung als nach sorgfältig dosierter Depot-Medikation. Alternativ günstiger wäre es, wenn eine Tablettenbehandlung tatsächlich überlegene Wirkung hat, den Patienten sorgfältig zu beraten, engmaschig ambulant einzubestellen und die Einnahmesicherheit durch Blutspiegelkontrollen zu prüfen.

Ein anderer Fall: Eine Patientin erkrankte mehrfach und drohte dabei zu verwahrlosen durch erhöhte Aktivität, unsinnige Geldausgaben und Alkoholmissbrauch. Im Krankenhaus wurde wiederholt eine Schizophrenie mit sekundärem Alkoholismus diagnostiziert und dann die Unterbringung im geschlossenen Heim nach Betreuungsrecht angeregt. Der Betreuer und der Vormundschaftsrichter folgten dieser Anregung. Im Beschwerdeverfahren und nach externer Begutachtung wurde anstelle einer Schizophrenie eine rezidivierende Manie mit immer wieder gesunden Intervallen diagnostiziert und anstelle langfristiger Neuroleptika-Medikation eine besser indizierte Behandlung mit einem so genannten Phasenprophylaktikum wie zum Beispiel Lithium empfohlen. Der Heimarzt ließ sich dafür gewinnen, die Patientin konnte aus der geschlossenen Heimunterbringung entlassen werden, ohne dass es im Beobachtungszeitraum zur Wiedererkrankung kam.

Die Gefahr von Fehleinweisungen ist unter anderem dadurch bedingt, dass ein Berufsbetreuer in der Regel keine ausreichenden medizinischen Kenntnisse haben kann, um ambulante Alternativen immer richtig abwägen zu können. Und die niederschwellige Unterbringungsmöglichkeit verzichtet zudem auf die Begutachtung durch mehrere oder externe Ärzte, die gutachterliche Äußerung eines Arztes, wie beispielsweise des Stationsarztes auch ohne Facharzt-Qualifikation, reicht aus. Auch der Richter kann die medizinischen Aussagen oft nicht hinreichend überprüfen. Wünschenswert sind aus psychiatrischer Sicht eine gesetzlich engere Fassung der drohenden gesundheitlichen Gefahr einerseits und eine Begutachtung immer durch zwei unabhängige Ärzte, die dann eher Alternativen abwägen können.

8 Garland, T.: Kriminalitätskontrolle und Spätmoderne in den USA und Großbritannien. *Kriminologisches Journal* 36(2005) 3–10.

9 Strasser, P.: Das neue Kontrolldenken in der Kriminologie. *Kriminologisches Journal* 37(2005) 39–52.

10 Müller, P., Stolpmann G.: Steter Patientenzuwachs im Maßregelvollzug – Einflussfaktoren und Steuerungsmöglichkeiten. *Nervenarzt*, eingereicht.

---

## Ausblick

Aus dem bisher dargestellten geht hervor, dass eine sorgfältige und zum Teil zeit- aufwändige Tätigkeit qualifizierter Be- treuer nicht nur Vorteile für den Patienten hat, sondern auch für die Gesamtkosten. Das 2. Betreuungsrechtsänderungsgesetz von 2005 hat wegen der bisherigen Kostenexplosion für den einzelnen Be- treuungsfall pauschal offenbar notwen- dige finanzielle Begrenzungen gesetzt.

Zu befürchten ist aus psychiatrischer Sicht zweierlei: Die in Einzelfällen erfor- derliche intensive Betreuung könnte zu kurz kommen, ähnlich wie bei den Kostendämpfungsbemühungen im ambu- lanten ärztlichen Bereich. Die Folge wäre eine Zunahme stationärer Unterbringun- gen in den Grenzfällen und damit neben Freiheitseinschränkungen für den Patien- ten eine Kostensteigerung im Gesund- heitssektor. Zweitens müsste ein Berufs- betreuer kompensatorisch eine größere Zahl „einfacher Fälle“ haben, bei denen eine vielleicht früher notwendige Betreu- ung unnötig fortbesteht, mit der Folge einer Kostensteigerung auf dem Betreu- ungssektor selbst.

Hilfreich gegen diesbezügliche Folgen könnte aus psychiatrischer Sicht sein:

- Förderung realer Betreuung durch Angehörige, womit schon begonnen wurde.
- Sorgfältigere Begutachtung bei Einrich- tung und Verlängerung von Betreuungen, eventuell durch zwei Gutachter, anstelle der jetzigen kurzen Routine-Begutachtung oder gar nur ärztlicher Attestierung.
- Schließlich ist neu nachzudenken über die im Entwurf zum 2. Betreuungs- rechtsänderungsgesetz vorgesehene, aber dann nicht umgesetzte Zuführung zur ambulanten Heilbehandlung. Dem Psychiater ist geläufig, dass viele stationäre Einweisungen durch zum Beispiel eine medikamentöse Prophylaxe zu ver- hindern wären. Dass eine solche lang- fristige Medikation auch aus ethischen und rechtlichen Gründen wohl überlegt<sup>11</sup> und überprüft werden muss, ist selbst- verständlich. Ähnlich hohe Anforderun- gen wie bei der geschlossenen Unter- bringung und eine zusätzliche Beurtei- lung durch einen unabhängigen externen Gutachter alle sechs Monate könnten aber der Gefahr repetitiver Routinebeurteilung begegnen. ◀