Maßnahmen zum Schutz von Menschen im psychiatrischen Hilfesystem vor und bei Grundrechtseingriffen

Bericht der Arbeitsgruppe Psychiatrie der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden an die Gesundheitsministerkonferenz 2023

Inhalt

1. Einleitung 5

a. Psychische Erkrankungen und Corona-Pandemie 6

b. Psychische Erkrankungen und Klimawandel 7

c. Psychische Erkrankungen und aggressives Verhalten 8

d. An der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen beteiligte Institutionen: Allgemeinpsychiatrie, Maßregelvollzug, Eingliederungshilfe, Sozialpsychiatrischer Dienst, Polizei, Rettungsdienst, Staatsanwaltschaft, Gericht, rechtliche Betreuung und Jugendhilfe 9

e. Fallbeispiele 11

2. Zwang als Grundrechtseingriff 14

3. Strenge Anforderungen an die Rechtfertigung eines Grundrechtseingriffs 16

a. Legitimationskette bei der Ausübung von staatlicher Gewalt 17

b. Grundrechtseingriff durch Unterbringung gegen den Willen 18

i. Rechtsgrundlagen für die Unterbringung im Maßregelvollzug 18

ii. Rechtsgrundlage für zivilrechtliche Unterbringungen 19

iii. Rechtsgrundlagen für landesrechtliche Unterbringungen 20

c. Grundrechtseingriff durch besondere Sicherungsmaßnahmen 21

Am Beispiel der Fixierung (Freiheitsentziehung in Freiheitsentziehung) bei einer Unterbringung einem Krankenhaus des Maßregelvollzugs und einer öffentlich-rechtlichen Unterbringung) 21

d. Grundrechtseingriff durch Behandlungen gegen den Willen der Patienten und Patientinnen – Zwangsbehandlung 23

i. Vorgaben für die medizinische Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug und bei öffentlich-rechtlicher Unterbringung 24

ii. Vorgaben für zivilrechtlich Untergebrachte oder Betreute 26

e. Sonstige Eingriffe 27

4. Strukturen 29

a. Medizinische und psychosoziale Versorgung 29

i. Häusliches und soziales Umfeld und ambulante medizinische und psychosoziale Versorgung (aufsuchende Dienste, Soziotherapie, Sozialpsychiatrische Dienste, Modellprojekte, Gemeindepsychiatrische Verbünde) 30

ii. Während des Vorgangs der Unterbringung gegen den Willen 34

iii. Während der Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik (Stationskapazität, Bewegungsfreiheit, Personal, diagnostisch-therapeutische Interventionen, Deeskalationskompetenz, offen geführte Stationen, Behandlungsvereinbarungen, Psychotherapie, interkulturelle Kompetenz, Gesamtstrategie) 34

b. Bauliche und örtliche Bedingungen 37

c. Gesellschaftliche Bedingungen 40

5. Qualitäts- und Kontrollmaßnahmen zum Schutz von Menschen im psychiatrischen Hilfesystem vor und bei Grundrechtseingriffen 44
a. Überinstitutionelle Qualitätssicherungs- und Kontrollmaßnahmen 44
i. Internationale Ebene durch das Europäische Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe 44
ii. Nationale Ebene durch die Nationale Stelle zur Verhütung von Folter (Bundesstelle und Länderkommission) 46
b. Landesebene/kommunale Ebene 49
i. Besuchskommission (BK) nach PsychKG/MRV bzw. vergleichbaren Gesetzen 49
ii. Fachaufsicht über beliehene Einrichtungen 53
iii. Psychiatrieberichterstattung und -planung 55
iv. Statistische Erfassung von Zwangsmaßnahmen 57
c. Einrichtungsbezogene Qualitätssicherungs- und Kontrollmaßnahmen 58
i. Einrichtungsinterne Beschwerdestellen 58
ii. Patientensprecherinnen und -sprecher oder vergleichbare Gremien 59
iii. Zwangsvermeidungskonzepte 59
iv. Schriftliche Standards nach Zwangsmaßnahmen oder Gewaltvorfällen 61
v. Behandlungsvereinbarungen 62
vi. Zertifizierungen 62
6. Fazit 64
7. Handlungsempfehlungen und Ausblick 67
Literatur 72
Anlagen 75
Tabelle 1: Kontinuierliche Datenergebung zu Zwangsmaßnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie 75
Tabelle 2: Kontinuierliche Datenerhebung zu Zwangsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie 76
Tabelle 3: Kontinuierliche Datenerhebung zu Zwangsmaßnahmen im Maßregelvollzug 77
Tabelle 4: Anzahl rückmeldender Einrichtungen 78

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anzahl der Mitglieder der Besuchskommissionen

Seite 49

Tabelle 2: Fachaufsichtsführende Behörde in den drei Psychiatriebereichen nach Bundesländern

Seite 53

Tabelle 3: Bundesländer mit Rechtsgrundlage zum Landespsychiatriebericht/-plan

Seite 56

1. Einleitung

In den bislang vorgelegten Berichten der Arbeitsgruppe (AG) Psychiatrie der Arbeitsgemeinschaft (AOLG) der Obersten Gesundheitsbehörden an die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) lagen die Schwerpunkte

- in einer resümierenden Betrachtung der ersten 25 Jahre der Psychiatriereform (2002),
- in einer Standortbestimmung der Psychiatrie (2007),
- in einer Bestandsaufnahme der zuvor nur rudimentär erfassten Versorgungsbereiche der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Gerontopsychiatrie und der Formulierung von Perspektiven (2012) und
- auf der Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen mit den Schwerpunkten Inklusion, Trialog und Selbsthilfe sowie den Zusammenhängen zwischen Allgemeinpsychiatrie und forensischer Psychiatrie[1] und einer gemeinsamen Grundhaltung der Kooperation und Verantwortung (2017).

Die bisherigen Berichte bilden das Fundament auf dem der vorliegende Bericht aufbaut. Er befasst sich mit dem Thema Zwangsmaßnahmen im Kontext psychiatrischer Behandlung. Im ersten Teil des Berichts (Kapitel 2 und 3) stehen rechtliche Aspekte im Mittelpunkt, die durch Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts zu Zwangsmedikation und Fixierungen grundlegende Änderungen erfahren haben. Im zweiten Teil des Berichts (Kapitel 4 und 5) erfolgt eine Bestandsaufnahme der Versorgungsstrukturen mit Blick auf Qualitäts- und Kontrollmaßnahmen. Gegenstand des Berichts sind die Gegebenheiten in und um öffentlich-rechtliche Unterbringungen in psychiatrischen Krankenhäusern, nicht in Heimen bzw. besonderen Wohnformen.

Schwere psychische Erkrankungen können mit Einschränkungen in der Realitätswahrnehmung, der Einsichts- und Steuerungsfähigkeit, einhergehen. Diese Veränderungen können in bestimmten Situationen zu Eigen- oder Fremdgefährdung führen. Um die betroffenen Menschen selber oder auch Dritte zu schützen, kommen

[1] Der Begriff ´forensische Psychiatrie` wird im Folgendem synonym mit dem Maßregelvollzug nach §§ 63, 64 StGB (ohne Sicherungsverwahrung des Strafvollzugs) verwendet.

auch Grundrechtseingriffe gegen den Willen der Betroffenen in Betracht. Diese können eine Unterbringung gegen den natürlichen Willen in einem psychiatrischen Krankenhaus, besondere Sicherungsmaßnahmen wie z.B. Fixierung und Isolierung sowie eine medizinische Behandlung gegen den Willen der erkrankten Person sein. Diese Zwangsmaßnahmen sind ausschließlich unter bestimmten Voraussetzungen zulässig, nämlich zur Abwehr akuter Gefahren für die Betroffenen und Dritte aufgrund einer psychischen Erkrankung und nur im Rahmen einer stationären psychiatrischen Behandlung. Die Zwangsmaßnahmen waren seit der Veröffentlichung des Berichts der AG Psychiatrie der AOLG an die GMK im Jahr 2017 Gegenstand wegweisender Verfassungsgerichtsbeschlüsse, die u.a. Gegenstand des vorliegenden Berichts sind. Zwangsmaßnahmen sollen immer das letzte Mittel der Wahl sein, wenn weniger eingreifende Maßnahmen nicht ausreichen.

Die diesem Bericht zu Grunde liegenden Daten wurden von dem Institut für Public Health und Pflegeforschung sowie dem Kompetenzzentrum für klinische Studien in Bremen zusammengestellt.

a. Psychische Erkrankungen und Corona-Pandemie

Die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sind nicht Gegenstand dieses Berichts. Sie sollen an dieser Stelle lediglich mit Blick auf ihre wesentlichsten Auswirkungen angedeutet werden. So hat sich beispielsweise die Erstellung des Berichts um ein Jahr verzögert, weil in den Ländern Teile der Psychiatrie- und Maßregelvollzugsreferate in Krisen- bzw. Impfstäbe eingebunden wurden. In den Krankenhäusern geschah Ähnliches. Personal wurde abgezogen in andere Abteilungen, einzelne Stationen und Tageskliniken wurden deswegen geschlossen. Das Personal war erheblichen Belastungen ausgesetzt, nicht nur durch Personalmangel aufgrund abgezogenem oder erkrankten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, sondern auch durch den Umgang mit Menschen, die Infektionsschutzmaßnahmen wie Mund-Nasen-Schutz-Tragen oder Abstandhalten aus Krankheitsgründen nicht immer einhalten konnten. Stationäre Aufnahmen wurden aus Infektionsschutzgründen restriktiv gehandhabt. Es standen geringere Versorgungskapazitäten zur Verfügung. Die Eindämmungsmaßnahmen haben sich auch belastend auf Kinder-

und Jugendliche und ihre Familien ausgewirkt[2]. Andererseits haben die ambulanten Leistungserbringer und die psychiatrischen Krankenhäuser bemerkenswerte Flexibilität gezeigt und das Telefon und den Computer für Unterstützung und Behandlung aus der Distanz genutzt. Auch die vereinzelten Bestrebungen zu Beginn der Pandemie, die psychiatrischen Krankenhäuser für zwangsweise durchzusetzende Quarantäne-Anordnungen zu nutzen, dürfen schließlich nicht unerwähnt bleiben. Diesem Missbrauch des psychiatrischen Hilfesystems wurde u.a. von den psychiatrischen und psychotherapeutischen Berufsverbänden und den Fachleuten in den Parlamenten und Regierungen entschlossen und erfolgreich entgegengetreten.

Die Auswirkungen der Corona-Pandemie stellen keinen besonderen Teil dieses Berichts dar, weil sie über eine Psychiatrieberichterstattung im engeren Sinn hinausgehen und andernorts hinreichend thematisiert werden (müssen). Gleiches gilt für die Auswirkungen des russischen Angriffskrieges auf die Ukraine, welche die Regelversorgung augenblicklich herausfordert.

b. Psychische Erkrankungen und Klimawandel

Der Klimawandel und Extremwetterereignisse wirken sich direkt negativ auf die psychische Gesundheit aus. Naturkatastrophen gehen mit einem Anstieg von Depressionen, Angst- und Traumafolgestörungen[3] einher. Indirekte Folgen des Klimawandels wie Nahrungsmittelknappheit, ökonomische Krisen, gewaltvolle Konflikte und unfreiwillige Migration stellen zusätzlich massive psychische Risiko- und Belastungsfaktoren dar. Weitere Punkte sind Klimaangst und Solastalgie, also die Trauer um verlorenen Lebensraum. Eine nachhaltige Psychiatrie muss sich auf einen steigenden und veränderten Bedarf einstellen: Psychiatrische Behandlungsprinzipien müssen die Prävention stärker in den Blick nehmen, um das Versorgungssystem insgesamt zu entlasten.

---

[2] Vgl. Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt (Hrsg.): Studie zur psychischen Gesundheit von Schülerinnen und Schülern im Freistaat Sachsen im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie. Dresden 2023. Verfügbar unter: https://publikationen.sachsen.de/bdb/artikel/41713

[3] Heinz, A., Meyer-Lindenberg, A., DGPPN-Task_Force „Klima und Psyche“: Klimawandel und psychische Gesundheit. Positionspapier einer Task-Force der DGPPN. Nervenarzt 2024 (3), 225-228.

Darüber hinaus müssen eine nachhaltige Ressourcenverwendung im psychiatrischem Behandlungsablauf und dessen Infrastruktur sowie entsprechende psychiatrische Aus-, Fort- und Weiterbildungskonzepte wahrgenommen werden, um Fachkräfte, Betroffene und Öffentlichkeit zu informieren, zu sensibilisieren und zu klimafreundlichem und gesundheitsförderlichem Verhalten anzuregen[4].

c. Psychische Erkrankungen und aggressives Verhalten

Es sei noch einmal ausdrücklich darauf hingewiesen, dass psychisch kranke Menschen nur sehr selten und in der Regel nur vorübergehend für sich und andere zu einer Gefahr werden. Entgegen vieler Vorurteile sind psychische Erkrankungen nicht pauschal mit einem generell erhöhten Gewaltrisiko verknüpft. Allerdings können insbesondere psychotische Erkrankungen unter bestimmten Bedingungen mit einem erhöhten Risiko für Gewalttaten einhergehen. Risikofaktoren sind insbesondere junges Alter, männliches Geschlecht, Alkohol- oder Drogenmissbrauch sowie Gewalterfahrung als Opfer oder Täter. Liegt kein Substanzgebrauch vor und ist der/die Betroffene in psychiatrischer Behandlung, ist das Gewaltrisiko deutlich niedriger. Es kann nicht pauschal von einer psychischen Erkrankung auf Gefährlichkeit geschlossen werden[5]. Aggression und Gewalt sind einer Person nicht immanent, sondern entstehen aus der Interaktion mit der betreuenden Person, dem persönlichen Umfeld oder auch der Institution. Schließlich zeigen seit Jahrzehnten die Kriminalstatistiken des Bundes und der Länder einen Rückgang an Gewaltkriminalität – allerdings bei wachsender Kriminalitätsfurcht (nicht zuletzt aufgrund deutlich steigender Berichterstattung darüber) sowie Sensibilität gegenüber Gewalt[6].

---

[4] Vgl. Positionspapier Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) 2022: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/d3dfe92c23a0ed0e6001487f6b3689ef9da23dd6/Positionspapier_Klima%20und%20Psyche_web.pdf

[5] Dossier DGPPN, Psychische Erkrankungen in Deutschland: Schwerpunkt Patientenautonomie, 2022, Seite 9: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/81a4dc4e22718090a9b3f0660e370af38e835f87/Dossier_2022_web.pdf

[6] Hans-Dieter Schwind, Kriminologie und Kriminalpolitik: Eine praxisorientierte Einführung mit Beispielen, Kriminalistik Verlag, 2021, § 2 Rn. 2 ff. & § 20 Rn. 22

d. An der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen beteiligte Institutionen: Allgemeinpsychiatrie, Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB, Eingliederungshilfe, Sozialpsychiatrischer Dienst, Polizei, Rettungsdienst, Staatsanwaltschaft, Gericht, rechtliche Betreuung und Jugendhilfe

Die wenigen psychisch kranken Menschen mit ganz unterschiedlichen Biographien und Krankheitsverläufen, die sich selbst oder andere konkret gefährden, werden in einem **psychiatrischen Krankenhaus** nach den öffentlich-rechtlichen Hilfe- und Unterbringungsgesetzen der Länder oder im Fall der ausschließlichen Selbstgefährdung auch nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch gerichtlich untergebracht. Die Kosten der Behandlung übernehmen die Krankenkassen.

Schuldunfähige oder vermindert schuldfähige Straftäter/innen werden nach § 63 StGB wegen begangener erheblicher Straftaten und Wiederholungsgefahr in einem **psychiatrischen Krankenhaus des Maßregelvollzugs** (MRV) untergebracht, suchtkranke Straftäter/innen nach § 64 StGB in einer **Entziehungsanstalt**. Dies sind spezielle Krankenhäuser, die mit hohen Mauern und technischen Sicherungen ausgestattet sind und sich insbesondere dadurch schon optisch von psychiatrischen Allgemeinkrankenhäusern unterscheiden. Die Öffentlichkeit nimmt dies nicht immer differenziert wahr, was zur Stigmatisierung von psychisch Kranken erheblich beiträgt. Die Besonderheit liegt darin, dass die forensische Psychiatrie weder die Zuweisung noch die Entlassung von Personen steuern kann. Hintergrund ist, dass Patientinnen und Patienten immer aufgrund eines richterlichen Beschlusses eingewiesen bzw. entlassen werden und die Unterbringungsdauern im Vergleich zur Allgemeinpsychiatrie nicht wenige Wochen, sondern in der Regel Jahre dauern. Trotz aller Reformbemühungen sind weiterhin Entlassungen aus dem System der forensischen Psychiatrie reduziert, die Zuweisungen nach einer kurzen Abschwächung wieder erhöht. Dies ist auch auf Unterbringungen suchtkranker Straftäterinnen und -täter nach § 64 StGB zurückzuführen.

Die **Eingliederungshilfe** (EGH) sucht personen- und nicht institutionenzentriert eine drohende seelische Behinderung zu vermeiden oder die Folgen einer Behinderung zu beseitigen oder zu mildern. Die Teilhabe der betroffenen Menschen am Leben in der Gemeinschaft soll weitestgehend erhalten oder wiederhergestellt werden. Das sozialrechtliche System der EGH ist das mit Abstand größte Teilsystem des

psychiatrischen Angebots, wird aber nicht als solches wahrgenommen. Oftmals entsteht der Eindruck, dass es sich bei Allgemeinpsychiatrie, forensischer Psychiatrie und Eingliederungshilfe um parallel existierende, voneinander unabhängige Systeme handelt. Das ist aber lediglich formell-gesetzlich der Fall. Tatsächlich hat die konkrete Ausgestaltung des Hilfesystems in der Eingliederungshilfe erhebliche Auswirkungen auf die Situation in Allgemeinpsychiatrie und forensischer Psychiatrie – und umgekehrt. Die Eingliederungshilfe (Leistungserbringer und Kostenträger) und deren Einrichtungen und Dienste sollen alle Möglichkeiten einer vernetzten Zusammenarbeit an der Schnittstelle zur Psychiatrie ausloten (z.B. Teilnahme an Fallkonferenzen, Supervisionen, Kennenlernen von Patienten/innen im Krankenhaus und Unterstützung bei Antragsstellung auf Leistungen der EGH einschließlich Gesamtplanverfahren, Berücksichtigung des behinderungsbedingten Mehrbedarfes bei Einzelvereinbarungen nach §§ 123ff. SGB IX). In der Praxis wird das Schnittstellenmanagement sehr unterschiedlich ausgestaltet. Die Länder haben im Rahmen ihres Versorgungsauftrags auf flächendeckende, bedarfsdeckende, am Sozialraum orientierte und inklusiv ausgerichtete Angebote von Leistungsanbietern hinzuwirken und unterstützen die Träger der Eingliederungshilfe bei der Umsetzung ihres Sicherstellungsauftrages nach § 94 Abs. 2 SGB IX.

Psychisch beeinträchtigte Menschen mit aggressivem Verhalten gelten als schwierig und schrecken das ohnehin knappe Personal ab – auch weil es diesem nicht selten an psychiatrischer Kompetenz fehlt und diese insbesondere im ländlichen Raum auch nicht immer leicht konsiliarisch verfügbar ist. Nicht alle dieser sogenannten Systemherausforderer/innen sind allerdings psychisch krank. Die Psychiatrisierung von Systemherausforderern/innen aus Heimen und anderen Einrichtungen wird von psychiatrischen Leistungserbringern nicht selten beklagt.

Gut aufgestellte Einrichtungen der Eingliederungshilfe, der Jugendhilfe sowie ein angemessen ausgestatteter Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi) samt Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes (KJpDi) sind Schlüsselinstitutionen in der Frühintervention bei psychischen Störungen und sollen helfen, Krankheitsverläufe zu verhindern, die letztendlich Zwangsmaßnahmen notwendig machen würden.

e. Die folgenden **Fallbeispiele** veranschaulichen, um welche Menschen es geht und sollen so zur Entstigmatisierung beitragen. Darüber hinaus verdeutlichen sie die Notwendigkeit sektoren-, disziplinen- und zuständigkeitsübergreifender Kooperation von stationärer und niedergelassener psychiatrischer Versorgung, Sozialpsychiatrischem Dienst, Eingliederungshilfe, Rettungsdienst, Polizei, Staatsanwaltschaft, Gericht, rechtlicher Betreuung und Jugendhilfe:

<u>Fallbeispiel 1 (psychische Erkrankung und Fremdgefährdung)</u>: Herr G. redet „wirr" und bedroht regelmäßig mit Messergesten seine Mitbürgerinnen und Mitbürger durchs Fenster. Er wird mehrmals über das BbgPsychKG in eine psychiatrische Klinik eingewiesen. Da er dann jedoch in die Behandlung einwilligt und in richterlichen Anhörungen sich von erneuten Handlungen distanziert, werden die Unterbringungen immer nach kurzer Zeit aufgehoben. Bemühungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte aufgrund der von ihnen eingeschätzten Gefährlichkeit eine längerfristige Unterbringung zu erwirken oder eine rechtliche Betreuung einzurichten scheitern. Unterstützungs- und Kontaktangebote des SpDi lehnt Herr G. mehrfach ab. Es kommt zu einer erneuten Einweisung, da Herr G. seinen Nachbarn im Treppenhaus mit fünf Messerstichen schwer verletzt hat. Die Staatsanwaltschaft stellt nun angesichts der Erheblichkeit der Tat und prognostizierter Gefahr für die Allgemeinheit einen Antrag auf Unterbringung nach § 126a StPO, das Amtsgericht ordnet durch Unterbringungsbefehl die einstweilige Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an. Daraufhin wird Herr G. in eine Maßregelvollzugsklinik verlegt.

<u>Fallbeispiel 2 (psychische Erkrankung und Selbstgefährdung)</u>: Der berentete 20-jährige Herr M. sitzt auf dem Sofa der abgedunkelten Wohnung zwischen Drehtabakpackungen und Colaflaschen. Vor einigen Monaten ist er von seinem Balkon im dritten Stock gesprungen und kann inzwischen wieder leidlich laufen. Er beißt sich die Unterarme auf und hat Angst vor den „Freunden", die ihn von Zeit zu Zeit besuchen und von denen seine Mutter meint, dass es diese sind, die die Wunden verursachen. In die Klinik oder ein Heim möchte er nicht. Den gelegentlichen Besuch durch Frau H. vom SpDi akzeptiert er jedoch. Da Herr M. jegliche ärztliche Unterstützung ablehnt, seine Medikamente abgesetzt hat und die Wunden, die er sich zufügt, anfangen sich zu ent-

zünden, beantragt der SpDi beim Amtsgericht die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung. Das Amtsgericht setzt einen gesetzlichen Betreuer mit den Aufgabenkreisen Aufenthaltsbestimmung und Heilbehandlung ein. Dieser beantragt beim Amtsgericht eine Unterbringung nach § 1906 BGB a.F. zur Heilbehandlung von Herrn M.

*Fallbeispiel 3 (psychische Erkrankung sowie Fremd- und Eigengefährdung)**:** Frau D. ist obdachlos und vor langer Zeit wurde bei ihr ein Borderline-Syndrom diagnostiziert. Ihr Partner, bei dem sie momentan wohnt, hat sich von ihr getrennt und möchte, dass sie die Wohnung verlässt. Die Vermieterin und der nunmehr ehemalige Partner möchten Frau D., die auch keine Miete zahlt, möglichst schnell loswerden und haben ihre Sachen in zwei Koffer gepackt und vor die Tür gestellt. Frau D. wird wütend und beginnt im Treppenhaus zu randalieren und droht damit, ihre Kleider und sich in Brand zu stecken. Ihr Ex-Partner ruft Herrn L. vom SpDi an, zu dem Frau D. immer mal Kontakt hatte und bittet ihn um Unterstützung. Der SpDi versucht, Frau D. vor Ort zu beruhigen. Da Frau D. beginnt gegen die Wohnungstür zu treten und droht ihren Ex-Partner umzubringen, ruft der SpDi zur Amtshilfe die Polizei. Durch die Präsenz der Polizei wird sie eingeschüchtert und Herr L. schafft es mit ihr abzusprechen, dass sie ohne weitere Eskalation nach § 12 BbgPsychKG einstweilig in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebracht und behandelt wird.*

*Fallbeispiel 4 (Kinder- und Jugendpsychiatrie)**:** Patient, Alter 12 Jahre, mit frühkindlichem Autismus und mittelgradiger Intelligenzminderung, einem Sprachniveau auf der Ebene von Drei-Wort-Sätzen, fortbestehendem Einnässen und behandlungsbedürftiger Epilepsie; kann sich für ca. zehn Minuten einer Beschäftigung widmen, zeigt gelegentlich aggressive Durchbrüche vor allem in unberechenbaren neuen Situationen; Besuch der Geistig-behinderten-Schule wird mit beginnender Pubertät dadurch erschwert, dass er unter Reizüberflutung Mitschüler/innen angreift, Rollstühle umwirft etc. Derzeit steht die Behandlung und das Auffangen häufiger raptusähnlicher Zustände (plötzliches und unkontrolliertes Verhalten, das oft mit einer psychischen Störung oder einer Sucht einhergeht) mit Schreien im Vordergrund.*

Tatsächlich hat das Wissen der Bevölkerung über psychische Erkrankungen, ihre Ursachen und Verbreitung in den letzten Jahrzehnten zwar zugenommen, nach wie

vor bestehen jedoch Vorurteile, Vorbehalte und Berührungsängste gegenüber Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und zwar besonders gegenüber psychotisch erkrankten Menschen; diese haben sich in den letzten Jahren sogar verstärkt[7]. Diese Vorbehalte werden durch eine zum Teil tendenziöse Berichterstattung in den Medien verstärkt[8]. Dies unterstreicht die Notwendigkeit eines offenen gesellschaftlichen Diskurses.

[7] Schomerus, G., Spahlholz, J. & Speerforck, S. Die Einstellung der deutschen Bevölkerung zu psychischen Störungen. Bundesgesundheitsbl (2023). https://doi.org/10.1007/s00103-023-03679-3

[8] Gaebel, W., Ahrens, W., & Schlamann, P. (2010). Antistigma-Projekt des Aktionsbündnisses für Seelische Gesundheit.Konzeption und Umsetzung von Interventionen zur Entstigmatisierung seelischer Erkrankungen: Empfehlungen und Ergebnisse aus Forschung und Praxis. Retrieved from http://seelischegesundheit.net/wp-content/uploads/2021/06/strategiepapier-2372010.pdf

2. Zwang als Grundrechtseingriff

Aus den oben geschilderten Fallbeispielen wird deutlich, dass es in der Praxis immer wieder an verschiedenen Stellen des Einweisungs- bzw. Behandlungsprozesses zu Maßnahmen gegen den Willen der betroffenen Personen kommt.

Sowohl die strafrechtliche Unterbringung nach §§ 63 und 64 Strafgesetzbuch (StGB) als auch Unterbringungen nach den PsychKHG/PsychKG der Länder bzw. nach dem BGB sowie weitere Zwangsmaßnahmen während einer solchen Unterbringung stellen Maßnahmen dar, die mit einem gravierenden Eingriff in die Grundrechte der betroffenen Personen verbunden sind. Davon sind insbesondere das Grundrecht auf Freiheit der Person (Art. 2 Abs. 2 S. 2 Grundgesetz (GG), das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG) sowie das Grundrecht auf Selbstbestimmung (Art. 1 Abs. 1 GG i.V.m. Art. 2 Abs. 1 GG) sowie die Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG) betroffen.

Nach Art. Abs. 2 S. 2 GG ist die Freiheit der Person unverletzlich. Von diesem Grundrecht sind insbesondere die körperliche Bewegungsfreiheit und die Freiheit, einen gegenwärtigen Aufenthaltsort zu verlassen, erfasst. Das Recht auf Freiheit gewährt dabei sowohl Schutz vor freiheitsbeschränkenden (z.B. Platzverweise, polizeiliches Anhalten zur Identitätsfeststellung) als auch vor freiheitsentziehenden (z.B. Vollstreckung der Freiheitsstrafe, polizeiliches Gewahrsam) Maßnahmen. Unterschieden werden die beiden Eingriffsvarianten durch die Eingriffsintensität und die Dauer der Maßnahme.[9] Das Bundesverfassungsgericht hat im Zusammenhang mit dem Schutzbereich dieses Grundrechts bereits mehrfach betont, dass der Schutz dieses Grundrechts bei psychisch Kranken keinesfalls entfällt.[10] Vielmehr müsse in Fällen, bei denen eine psychisch kranke Person beteiligt ist, eine etwaige Freiheitsbeschränkung oder -entziehung besonders sogfältig begründet und der betroffenen Person gegenüber „einfühlsam“ erläutert werden.[11]

Auch das Recht auf körperliche Unversehrtheit nach Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG wird durch die Ausübung von (körperlichem) Zwang berührt. Denn neben der körperlichen

[9] BeckOK Grundgesetz, Lang in Epping/Hillgruber, 49. Edition (Stand: 15.11.2021), Art. 2 Rn. 87b.
[10] BeckOK Grundgesetz, Lang in Epping/Hillgruber, 49. Edition (Stand: 15.11.2021), Art. 2 Rn. 85.
[11] BeckOK Grundgesetz, Lang in Epping/Hillgruber, 49. Edition (Stand: 15.11.2021), Art. 2 Rn. 85; BVerfG NJW 2018, 2619 Rn. 66; NJW-RR 2016, 193 Rn. 16 f.

Integrität, die sowohl die Gesundheit im biologisch-physiologischen Bereich als auch die Gesundheit im psychischen Bereich schützt[12], schützt dieses Grundrecht auch das Selbstbestimmungsrecht[13]. Die Reichweite des Schutzbereichs dieses Grundrechts wird insbesondere im Zusammenhang mit Zwangsbehandlungen relevant, denn durch das Selbstbestimmungsrecht in und zur Krankheit muss sich grundsätzlich kein Patient oder keine Patientin gegen seinen/ihren natürlichen Willen behandeln lassen, sondern hat die Freiheit zur und das Recht auf Krankheit.[14] Eingriffe in das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit stellen somit beispielsweise medizinische Zwangsbehandlungen oder Blutentnahmen dar.

[12] BVerfG NJW 1981, 1655; Dreier/Schulze-Fielitz Art. 2 Abs. 2 Rn. 34.
[13] BVerfG NJW 2017, 2982 Rn. 26; zuvor schon BVerfGE 133, 112 Rn. 49; 129, 269 (280); 128, 282 (300).
[14] BeckOK Grundgesetz, Lang in Epping/Hillgruber, 49. Edition (Stand: 15.11.2021), Art. 2 Rn. 63a.

3. Strenge Anforderungen an die Rechtfertigung eines Grundrechtseingriffs

Grundrechtseingriffe, wie es bereits die freiheitsentziehende Unterbringung als solche, jedoch auch viele Einzelmaßnahmen im Rahmen der Behandlung gegen den Willen einer Person sind, dürfen stets nur unter der Einhaltung von strengen Rechtfertigungsvoraussetzungen des jeweils betroffenen Grundrechts erfolgen. Die Anforderungen an die Rechtfertigungsvoraussetzungen sind dabei abhängig von der Schwere des Eingriffs.

Für Eingriffe in die Freiheit der Person sind daher die Anforderung an die Rechtfertigung einer Freiheitsbeschränkung niedriger als für eine Freiheitsentziehung. Während es für eine Freiheitsbeschränkung ausreichend ist, dass ein förmliches Gesetz die Eingriffsvoraussetzungen hinreichend deutlich bestimmt, die im Gesetz vorgesehenen Form- und Verfahrensvorschriften beachtet werden, seelische oder körperliche Misshandlungen unterlassen werden und der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz eingehalten wird (vgl. Art. 104 Abs. 1 GG), muss bei einer Freiheitsentziehung zusätzlich eine richterliche Anordnung erfolgen (Art. 104 Abs. 2 GG und Art. 5 EMRK) und bei Fortdauer oder Anordnung einer Freiheitsentziehung ein Angehöriger bzw. eine sonstige Vertrauensperson unverzüglich über die richterliche Entscheidung benachrichtigt werden (Art. 104 Abs. 4 GG).

Für die Rechtfertigung eines Eingriffs in das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit einer anderen Person bedarf es ebenfalls eines förmlichen Gesetzes, das klare und bestimmte Regelungen zur Zulässigkeit und zum Verfahren trifft. Auch hier müssen die Grundsätze der Verhältnismäßigkeit eingehalten werden. Obwohl ein Eingriff in die körperliche Unversehrtheit einer Person beispielsweise durch eine Zwangsbehandlung besonders schwer wiegt, kann diese zum Schutz von Grundrechten anderer Personen (beispielsweise Mitpatientinnen und –patienten sowie Mitarbeitende) innerhalb einer geschlossenen Einrichtung gerechtfertigt sein. Darüber hinaus kommen als rechtfertigende Belange das Recht auf körperliche Unversehrtheit der untergebrachten Person selbst sowie ihr grundrechtlich geschütztes Freiheitsinteresse aus Art. 2 Abs. 2 S. 2 GG in Betracht, sofern die untergebrachte

Person zur Wahrnehmung ihrer Interessen infolge krankheitsbedingter Einsichtsunfähigkeit nicht in der Lage ist.[15]

a. Legitimationskette bei der Ausübung von staatlicher Gewalt

Für die Ausübung von hoheitlichen Befugnissen, insbesondere in Form von Zwang, die einen massiven Eingriff in die Grundrechte der untergebrachten Personen darstellen können, bedarf es stets einer gesetzlichen Legitimation. Diese ergibt sich für Staatsbeamtinnen und Staatsbeamte aus Art. 33 Abs. 4 GG. Eine Abweichung von diesem sog. Funktionsvorbehalt bedarf deshalb der Rechtfertigung durch einen spezifischen, dem Sinn der Ausnahmemöglichkeit entsprechenden Ausnahmegrund.[16] Dieser ist durch das Bundesverfassungsgericht beispielsweise bei der Privatisierung des (hessischen) Maßregelvollzugs bejaht worden, da durch die gewählte Privatlösung der organisatorische Verbund der Maßregelvollzugseinrichtungen erhalten wurde und durch die Erhaltung dieses Verbundes Synergieeffekte sowie verbesserte Personalgewinnungs-, Ausbildungs- und Fortbildungsmöglichkeiten gerade der Qualität des Maßregelvollzugs zugutekommen.[17] Es ist zudem unter anderem ein spezifischer Beleihungsakt erforderlich, der sicherstellen muss, dass jederzeit die zur ordnungsgemäßen Durchführung des Maßregelvollzugs erforderlichen personellen, sachlichen, baulichen und organisatorischen Voraussetzungen gegeben sind.

Daneben erfordern die verfassungsrechtlichen Anforderungen an die demokratische Legitimation hoheitlichen Handelns, insbesondere die Möglichkeit der parlamentarischen Kontrolle, dass sich die Bestellung desjenigen, der hoheitliche Entscheidungen trifft, durch eine ununterbrochene Legitimationskette auf das Staatsvolk zurückführen lässt.[18] Im Fall des hessischen Maßregelvollzug wurde dieses Kriterium dadurch gewährleistet, dass die Leitung der Einrichtungen, deren Stellvertretung und die weiteren ÄrztInnen mit Leitungsfunktion als Beschäftigte des Landeswohlfahrtsverbands durch die Bestellungsentscheidung einer öffentlichen Körperschaft personell legitimiert waren.

---

[15] BVerfG, Beschl. v. 8.6.2021 – BvR 1866/17, 2 BvR 1314/18.
[16] BVerfG, Urt. v. 18.1.2012 – BvR 133/10.
[17] BVerfG, Urt. v. 18.1.2012 – BvR 133/10.
[18] BVerfG, Urt. v. 18.1.2012 – BvR 133/10.

Die Übertragung von Aufgaben auf formell privatisierte Träger im Bereich einer unfreiwilligen Unterbringung kann deshalb nur unter Einhaltung der oben genannten Voraussetzungen mit Art. 33 Abs. 4 GG sowie mit dem Demokratieprinzip und den Grundrechten der Untergebrachten vereinbar sein.

b. Grundrechtseingriff durch Unterbringung gegen den Willen

i. Rechtsgrundlagen für die Unterbringung im Maßregelvollzug

Die Unterbringung im Maßregelvollzug stellt zunächst eine Freiheitsentziehung dar, da sie gegen den Willen der betroffenen Person erfolgt und nicht nur kurzfristig ist. Es bedarf somit stets einer Rechtsgrundlage und einer gerichtlichen Entscheidung, Art. 104 GG. Im Bereich des Maßregelvollzugs ist zwischen einer Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 63 StGB und einer Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB zu unterscheiden.

Nach § 63 StGB werden Personen untergebracht, die im Zustand der Schuldunfähigkeit oder der verminderten Schuldfähigkeit eine rechtswidrige Tat begangen haben und wenn eine Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, dass von ihm infolge seines Zustands erhebliche rechtswidrige Taten, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich erheblich geschädigt oder erheblich gefährdet werden oder schwerer wirtschaftlicher Schaden angerichtet wird, zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist. § 64 StGB hingegen betrifft Personen, die einen Hang haben alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen und wegen einer rechtswidrigen Tat, die sie im Rausch begangen hat oder die auf ihren Hang zurückgeht, verurteilt wurden oder nur deshalb nicht verurteilt wurden, weil ihre Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist.

In beiden Fällen ist die Unterbringung an strenge Voraussetzungen geknüpft, das heißt die Anordnung und die Fortdauer müssen dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz entsprechen und die Art und Dauer der Unterbringung sind gesetzlich zu regeln. Die erforderliche richterliche Entscheidung erfolgt durch das strafgerichtliche Urteil. Hierfür muss in tatsächlicher Hinsicht eine ausreichende Grundlage für die Entscheidung gegeben sein, die der Bedeutung der Freiheitsgarantie entspricht und die

verfahrensfehlerfrei ergeht.[19] Insbesondere bei einer Unterbringung nach § 63 StGB ist zu beachten, dass die Voraussetzungen für die Verhältnismäßigkeit des Freiheitsentzugs umso strenger sind, je länger die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 StGB andauert.[20]

ii. Rechtsgrundlage für zivilrechtliche Unterbringungen: § 1831 f. BGB/§ 1631b Abs. 1 BGB

Im Bereich der zivilrechtlichen Unterbringung stellen § 1831f BGB bzw. § 1631b Abs. 1 BGB für Kinder und Jugendliche die erforderlichen bundesrechtlichen Rechtsgrundlagen dar, um die damit verbundene Freiheitsbeschränkung bzw. den Freiheitsentzug zu rechtfertigen.

Unterbringungen nach § 1831 BGB erfolgen im Rahmen der rechtlichen Betreuung mit Genehmigung des Betreuungsgerichts. Eine zivilrechtliche Unterbringung nach § 1831 BGB erfolgt dabei nur bei Eigengefährdung der betroffenen Person, wobei eine ernstliche Gefahr für Leib oder Leben vorliegen und die Unterbringung zum Wohl der betroffenen Person erforderlich sein muss. Der Schutz Dritter oder der Allgemeinheit sind für eine Unterbringung nach § 1831 BGB nicht ausreichend. In §§ 312-339 des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG) ist das Verfahren für die Unterbringung Volljähriger geregelt.

Bei Minderjährigen ist die zivilrechtliche Unterbringung im Rahmen der elterlichen Sorge in § 1631 b Abs. 1 BGB geregelt. Voraussetzung hierfür ist eine familiengerichtliche Genehmigung, die Erforderlichkeit für das Wohl des Kindes und die Verhältnismäßigkeit. Im Bereich der Minderjährigen wird in der Praxis die zivilrechtliche Unterbringung vorrangig angewendet, auch wenn die öffentlich-rechtliche Unterbringung rechtlich möglich ist.

[19] BVerfG, BeckRS 2017, 122649 Rn. 24.
[20] BVerfG, BeckRS 2017, 122649 Rn. 27 (BVerfG Beschluss vom 16.08.2017 - 2 BvR 1280/15).

Die zivilrechtliche Unterbringung kann sowohl in einem psychiatrischen Krankenhaus als auch in einer anderen geeigneten Einrichtung, z.B. einer sozialtherapeutischen Wohnstätte erfolgen.

iii. Rechtsgrundlagen für landesrechtliche Unterbringungen (z.B. öffentlich-rechtliche Unterbringung nach Bayerischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz)

Auch die öffentlich-rechtliche Unterbringung stellt einen Eingriff in die Freiheit der Person dar, da die untergebrachte Person gegen ihren Willen in einer entsprechenden Einrichtung untergebracht wird. Rechtsgrundlage für die öffentlich-rechtliche Unterbringung stellen jeweils die Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetze, Psychisch-Kranken-Gesetze oder Unterbringungsgesetz der Länder dar. Danach können Personen, die sich aufgrund einer psychischen Störung in einem Zustand befinden, der die Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit erheblich beeinträchtigt, in geeigneten Einrichtungen untergebracht werden, wenn eine konkrete Fremd- oder Selbstgefährdung besteht. Gerechtfertigt ist eine öffentliche Unterbringung im Fall der Fremdgefährdung durch den Schutz von verfassungsrechtlich anerkannten Rechtsgütern, wie Leben oder Gesundheit anderer Personen. Bei einer Selbstgefährdung erfolgt die Rechtfertigung durch die sog. fürsorgerische Einstandspflicht des Staates. Dabei ist stets der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz einzuhalten. Je bedeutsamer das gefährdete Rechtsgut ist und je größer und folgenschwerer der zu befürchtende Schaden ist, desto geringere Anforderungen sind an die Wahrscheinlichkeit des Schadenseintritts zu stellen.

Die Unterbringung erfolgt je nach Regelung in den Landesgesetzen ausschließlich in einem psychiatrischen Krankenhaus oder auch in einer anderen geeigneten Einrichtung.

Im Unterschied zur zivilrechtlichen Unterbringung haben die Länder aufgrund ihrer Landesgesetzgebungskompetenz detaillierte Regelungen zum Verfahren und zum Vollzug der öffentlich-rechtlichen Unterbringung getroffen.

c. Grundrechtseingriff durch besondere Sicherungsmaßnahmen bzw. freiheitsentziehende Maßnahmen

Am Beispiel der Fixierung (Freiheitsentziehung in Freiheitsentziehung) bei einer Unterbringung einem Krankenhaus des Maßregelvollzugs und einer öffentlich-rechtlichen Unterbringung – Urteil des BVerfG vom 24.07.2018 (2 BvR 309/15, 2 BvR 502/16)

Nicht nur die Unterbringungen an sich stellen freiheitsentziehende Maßnahmen dar. Vielmehr können auch während einer Unterbringung weitere freiheitsentziehende Einzelmaßnahmen, beispielweise durch Fixierungen der Gliedmaßen erfolgen. Diese stellen jeweils eine zusätzliche Freiheitsentziehung in der Freiheitsentziehung dar, die von der gerichtlichen Unterbringungsanordnung nicht erfasst sind, so dass es jeweils einer gesonderten Rechtfertigung dieser Grundrechtseingriffe bedarf.

Die Bedeutung und Stellung der Grundrechte von psychiatrisch untergebrachten Personen im Hinblick auf Zwangsmaßnahmen hat in den letzten Jahren besonders durch die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zugenommen. Im Jahr 2018 hat sich das Bundesverfassungsgericht eingehend mit der Fixierung von untergebrachten Personen befasst. Aus dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 24. Juli 2018 geht hervor, dass die Fixierung eines Patienten oder einer Patientin einen Eingriff in dessen/deren Grundrecht auf Freiheit der Person darstellt (Art. 2 Abs. 2 S. 2 i.V.m. Art. 104 GG). Sowohl bei einer 5-Punkt-als auch bei einer 7-Punkt-Fixierung von nicht nur kurzfristiger Dauer handelt es sich laut Bundesverfassungsgericht um eine Freiheitsentziehung im Sinne des Art. 104 Abs. 2 GG; die nicht schon von der ursprünglichen richterlichen Unterbringungsanordnung gedeckt ist. Vielmehr stellt sie aufgrund ihrer Intensität einen eigenständigen neuen Grundrechtseingriff dar.

Im Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 24. Juli 2018 wurden insbesondere Verfahrensgrundsätze festgelegt, die bei der Durchführung einer Fixierung zwingend erforderlich sind, um den Grundrechtseingriff zu rechtfertigen. Diese Grundsätze sind dabei nicht auf die dem Urteil zugrundeliegende öffentlich-rechtliche Unterbringung beschränkt, sondern gelten grundsätzlich gleichermaßen für den Maßregelvollzug, den Strafvollzug und sonstigen Formen der staatlichen Freiheitsentziehung:

- Die Fixierung muss aufgrund einer Selbst- oder Fremdgefährdung erfolgen.
- Die Maßnahme muss verhältnismäßig sein.
- Die Anordnungsbefugnis steht in einem psychiatrischen Krankenhaus nur einer Ärztin bzw. einem Arzt zu. Während der Fixierung ist eine Eins-zu-Eins-Betreuung durch therapeutisches oder pflegerisches Personal erforderlich.
- Es gelten spezifische Dokumentationspflichten; unter anderem müssen die Anordnung als solche, die maßgeblichen Gründe für die Anordnung, die Dauer der Fixierung und die Art der Überwachung dokumentiert werden.
- Es gilt eine Hinweispflicht auf die Möglichkeit der nachträglichen gerichtlichen Überprüfung der Maßnahme, die ebenfalls dokumentiert werden muss.
- Grundsätzlich muss eine vorherige richterliche Entscheidung eingeholt werden. Eine Ausnahme hiervon kann bei nur kurzfristigen Fixierungen gemacht werden, die absehbar die Dauer von einer halben Stunde unterschreiten. Eine vorherige Entscheidung braucht zudem nicht eingeholt werden, wenn die Fixierung zur Abwehr einer akuten Selbst- oder Fremdgefährdung notwendig ist. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass auf eine richterliche Entscheidung unverzüglich hinzuwirken ist.

Die Länder haben die in diesem Urteil vorgegebenen Verfahrensgrundsätze spätestens durch Änderung oder Novellierung der jeweiligen Landesgesetze umgesetzt. In den meisten Bundesländern entsprechen die Voraussetzungen für eine Fixierung im Bereich der forensischen Psychiatrie den Voraussetzungen für eine Fixierung bei der öffentlich-rechtlichen Unterbringung (z.B. Baden-Württemberg, Brandenburg, Bremen, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen). In einigen wenigen Bundesländern scheint das Urteil, das im Einzelfall für eine Fixierung im Rahmen einer öffentlich-rechtlichen Unterbringung getroffen wurde nur in dem entsprechenden PsychKG bzw. PsychKHG geändert worden zu sein, so dass der Richtervorbehalt für die forensische Psychiatrie noch nicht ausdrücklich im Gesetz geregelt wurde.

Neben den zwingend erforderlichen Vorgaben haben die Länder teilweise noch zusätzliche Voraussetzungen festgelegt. In manchen Bundesländern wurde beispielsweise eine Nachbesprechungspflicht gesetzlich festgeschrieben oder vorgegeben, dass eine ärztliche Fixierungsanordnung eine zeitliche Befristung enthalten muss.

ii. *Vorgaben für zivilrechtlich Untergebrachte oder Betreute nach § 1831 Abs. 4, § 1631b Abs. 2 BGB*

Auch im Bereich der zivilrechtlichen Unterbringung sind freiheitsentziehende Maßnahmen, wie die Fixierung als unterbringungsähnliche Maßnahme möglich. Eine Rechtsgrundlage hierfür stellen § 1831 Abs. 4 BGB und § 1631b Abs. 2 BGB für Minderjährige dar. Danach müssen dieselben Voraussetzungen wie für die Unterbringung an sich vorliegen. Das heißt die Maßnahme ist vor allem durch das Betreuungsgericht genehmigungsbedürftig und muss zum Wohl des Betreuten erforderlich sein. Entsprechendes gilt für Minderjährige. Nach § 1631b Abs. 2 BGB ist für freiheitsentziehende Maßnahmen wie die Fixierung eine Genehmigung des Familiengerichts erforderlich. Zusätzlich muss die Maßnahme zum Wohl des Kindes erforderlich und verhältnismäßig sein.

Besonderheit hierbei ist, dass die unterbringungsähnlichen Maßnahmen (z.B. Anbringen eines Bettgitters) auch ohne eine vorherige Unterbringungsanordnung möglich und zulässig sind.

d. Grundrechtseingriff durch Behandlungen gegen den Willen der Patienten und Patientinnen – Zwangsbehandlung

Wie oben bereits geschildert stellt die Zwangsbehandlung einen besonders schwerwiegenden Eingriff in das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit nach Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG dar, da die Behandlung hierbei gegen den natürlichen Willen des Betroffenen erfolgt. Auch eine etwaige Einwilligung eines Betreuers ändert dabei nichts an dem Eingriffscharakter.

Aus den Grundrechten abgeleitete Schutzpflichten gegenüber anderen Personen in der Unterbringungseinrichtung oder gegenüber der betroffenen Person selbst können solche Eingriffe jedoch rechtfertigen, soweit die Verhältnismäßigkeit gewahrt ist. Ein weiterer Rechtfertigungsgrund kann auch in dem Ziel der Wiederherstellung der Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit der untergebrachten Person liegen, wenn ohne die Maßnahme ihre Entlassung aus der Unterbringung (oder weitere Behandlung auf freiwilliger Basis) nicht möglich sein wird. Insoweit dient der Eingriff in die körperliche Unversehrtheit mittelbar der Durchsetzung der Freiheitsrechte der untergebrachten Person selbst.

Hierbei ist jedoch zu beachten, dass Schutzpflichten gegenüber der betroffenen Person selbst eine Zwangsbehandlung nicht rechtfertigen können, wenn die betroffene Person eine solche Behandlung im Zustand der Einsichtsfähigkeit wirksam ausgeschlossen hat. Im Hinblick hierauf kommt der **Patientenautonomie** eine sehr hohe Bedeutung zu. Der Patient oder die Patientin kann sich für oder gegen die Krankheit entscheiden. Einen entsprechenden Willen kann die betroffene Person auch in Form einer **Patientenverfügung** zum Ausdruck bringen. Dabei sind jedoch hohe Anforderungen an die Wirksamkeit einer Patientenverfügung zu stellen. Dies hat das Bundesverfassungsgericht in seiner Entscheidung vom 8. Juni 2021 entsprechend zum Ausdruck gebracht. Danach muss die Erklärung in der Patientenverfügung im Zustand der Einsichtsfähigkeit abgegeben worden sein, der Inhalt der Erklärung hinreichend bestimmt und die konkrete Behandlungssituation von der Reichweite der Erklärung umfasst sein.[21]

i. Vorgaben für die medizinische Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug und bei öffentlich-rechtlicher Unterbringung – Beschluss des BVerfG vom 23.03.2011 (2 - BvR - 882/09)

In einem richtungsweisenden Beschluss aus dem Jahr 2011 hat das Bundesverfassungsgericht Grundsätze für die Rechtfertigung einer (medikamentösen) Zwangsbehandlung aufgestellt. Eine wichtige Rolle spielen dabei vor allem die

[21] BVerfG, Beschl. v. 8.6.2021 – 2 BvR 1866/17, 2 BvR 1314/18.

Grundsätze der Verhältnismäßigkeit, die verfahrensmäßige Sicherung und eine klare und bestimmte gesetzliche Regelung.

Insbesondere in Bezug auf das Verfahren hat das Bundesverfassungsgericht seine Anforderungen in diesem Urteil konkretisiert: So ist die **Ankündigung der Maßnahme** gegenüber dem Patienten oder der Patientin erforderlich. Ähnlich wie bei der Fixierung darf die Anordnung einer Zwangsbehandlung auch nur durch einen Arzt oder eine Ärztin erfolgen. Darüber hinaus muss die Überwachung der Zwangsbehandlung ebenfalls durch einen Arzt oder eine Ärztin erfolgen. Außerdem ist es notwendig, die Behandlungsmaßnahme, einschließlich ihres Zwangscharakters, der Durchsetzungsweise, der maßgeblichen Gründe und der Wirkungsüberwachung, eingehend zu dokumentieren.

Zur verfahrensrechtlichen Absicherung fordert das Bundesverfassungsgericht zudem das Vorausgehen einer von der Unterbringungseinrichtung unabhängigen Prüfung durch eine dritte Instanz. Die verfahrensmäßige Sicherung wurden von den Bundesländern insbesondere im Bereich der forensischen Psychiatrie unterschiedlich umgesetzt. In einigen Bundesländern erfolgte die Einführung eines richterlichen Genehmigungsvorbehalts (Bayern, Baden-Württemberg, Brandenburg, Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt, Sachsen, Schleswig-Holstein und Thüringen), wobei im Rahmen des gerichtlichen Verfahrens häufig ein(e) ärztliche Sachverständige beauftragt wird. Andere Länder setzen diese Vorgabe durch eine Prüfung durch einen unabhängigen Facharzt oder Fachärztin um (Hamburg, Rheinland-Pfalz). In Hessen ist beispielsweise die vorherige Genehmigung der Fachaufsichtsbehörde notwendig, Niedersachsen fordert ein positives Votum zweier unabhängiger Sachverständiger, in Nordrhein-Westfalen ist die Einwilligung des Ministeriums erforderlich und bei nach § 126a StPO Untergebrachten zusätzlich eine richterliche Anordnung.

Als problematisch erweist sich häufig sowohl in der forensischen als auch der allgemeinpsychiatrischen Praxis, dass die gerichtlichen Genehmigungsverfahren für eine Zwangsbehandlung häufig sehr lange dauern. In der Zwischenzeit entstehen immer wieder Situationen, in denen die teilweise in ihrem unbehandelten Krankheitserleben fremdaggressiven Patientinnen und Patienten fixiert oder isoliert werden müssen also weiteren Grundrechtseingriffen ausgesetzt sind.

ii. Vorgaben für zivilrechtlich Untergebrachte oder Betreute

Für zivilrechtlich untergebrachte Personen gelten dagegen teilweise abweichende Voraussetzungen. Eingriffsgrundlage für eine ärztliche Zwangsbehandlung stellen § 1832 BGB bzw. § 1626 Abs. 1 S. 1 BGB für Minderjährige dar.

Eine ärztliche Zwangsmaßnahme ist in § 1832 BGB als medizinische Behandlung der **Betreuten** in Form einer Untersuchung des Gesundheitszustands, einer Heilbehandlung oder eines ärztlichen Eingriffs gegen den natürlichen Willen der Betreuten definiert. Damit diese gerechtfertigt ist, ist zunächst die Einwilligungsbefugnis des Betreuenden erforderlich, vgl. § 1832 Abs. 5 i.V.m. § 1820 BGB. Die Voraussetzungen hierfür sind vor allem in den §§ 1821, 1827, 1828 BGB festgelegt. Die Betreuerin bzw. der Betreuer muss insbesondere für die Erteilung der Einwilligung zuständig sein, das heißt die Betreuten haben insbesondere nicht vorab in einer Patientenverfügung nach § 1827 Abs. 1 BGB eine Einwilligung oder Nichteinwilligung wirksam und bindend verfügt, und die Einwilligung ist vom Aufgabenkreis des Betreuenden umfasst.

Daneben sind gemäß § 1832 Abs. 1 S. 1 Nr. 1-7 BGB unter anderem die Erforderlichkeit der Maßnahme zum Wohl der Betreuten, Einwilligungsunfähigkeit der Betreuten, die Übereinstimmung mit dem Willen der Betreuten, ein erfolgloser Überzeugungsversuch, die Nichtverfügbarkeit eines geringeren Mittels, das Überwiegen des zu erwartenden Nutzen der ärztlichen Zwangsmaßnahme gegenüber der zu erwartenden Beeinträchtigungen und der stationäre Aufenthalt der Person in einem Krankenhaus erforderlich. Zusätzlich bedarf es für die Einwilligung des Betreuenden, durch die die Zwangsmaßnahme gerechtfertigt wird, der Genehmigung durch das Betreuungsgericht gemäß § 1832 Abs. 2 BGB.

Eine Zwangsbehandlung bei Minderjährigen liegt vor, wenn das Kind die Behandlung ablehnt, die Behandlung also gegen den natürlichen Willen des Kindes durchgeführt wird. Hierfür ist die natürliche Willensbildung des Kindes ausreichend; es muss dagegen nicht einwilligungsfähig sein. Ist das Kind weder einsichts- noch urteilsfähig und lehnt es die beabsichtigte Behandlung ab, entscheidet der gesetzliche Vertreter über die Einwilligung in eine ärztliche Behandlung (§ 630d Abs. 1 S. 2 BGB). Der Eingriff in die körperliche Unversehrtheit des Kindes wird durch die Einwilligung der gesetzlichen Vertreter in den ärztlichen Eingriff gerechtfertigt, vgl. § 1626 BGB. Die

Einwilligung des gesetzlichen Vertreters ist als Gesundheitssorge Teil der elterlichen Personensorge.

e. Sonstige Eingriffe

Neben der Fixierung und der Zwangsbehandlung sind in den Landesgesetzen noch weitere Eingriffe geregelt, die weitere Grundrechte der untergebrachten Personen berühren. Beispielsweise können auch die Religionsausübungsfreiheit, die Unverletzlichkeit des Brief-, Post- und Fernmeldegeheimnisses, die Freizügigkeit oder die Unverletzlichkeit von Wohnung oder Eigentum durch die Landesgesetze eingeschränkt sein.

Im Bereich des Maßregelvollzugs nach §§ 63 und 64 StGB wurden in den Landesgesetzen zum Beispiel Regelungen zu Durchsuchungen und Untersuchungen, Besuchsverbote, die Einschränkung von Schriftverkehr, besondere Sicherungsmaßnahmen, abgesehen von Fixierungen, Einschränkungen hinsichtlich des Besitzes und des Erwerbs von Sachen und Einschränkungen der Freiheit der Religionsausübung getroffen.

Beispiele für sonstige Eingriffe im Bereich der öffentlich-rechtlichen Unterbringung sind die Untersuchung, die Videoüberwachung, die Überwachung oder Einschränkung des Postverkehrs, Einschränkungen des Rechts am persönlichen Eigentum, Einschränkungen der Religionsfreiheit, besondere Sicherungsmaßnahmen, abgesehen von der Fixierung und die Einschränkung des Besuchs.

Je nach Intensität des Eingriffes bedürfen auch sonstige Eingriffe einer gesetzlichen Rechtfertigung und dürfen stets nur unter Wahrung des Verhältnismäßigkeitsprinzips durchgeführt werden.

Bei allen Maßnahmen ist zusätzlich zu berücksichtigen, dass sich die Patienten und Patientinnen bei einer Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus, sei es im Rahmen des Maßregelvollzugs, einer öffentlich-rechtlichen Unterbringung oder einer zivilrechtlichen Unterbringung, nicht freiwillig in der Einrichtung befinden, so dass dieser Umstand besondere Auswirkungen auf das **Arzt-Patientenverhältnis** haben kann und dadurch auch die therapeutische Beziehung stark belasten kann.

Sensibilisiert werden muss auch dafür, dass Grundrechtseingriffe bei Patientinnen und Patienten in der freiheitsentziehenden Unterbringung nicht auf Hausordnungen etc. gestützt werden können.

4. Strukturen

Eines der wesentlichen Ziele einer modernen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist es, Situationen vorzubeugen, in denen Zwangsmaßnahmen eingesetzt werden. Kommt es dennoch zu diesen, dann ist ihr Einsatz stets auf das geringstmögliche Maß zu begrenzen und zu kontrollieren.

Die krankheitsbedingte Eskalation einer Situation bis zu dem Punkt, an dem Zwangsmaßnahmen zum Schutz der psychisch erkrankten Person oder Dritter notwendig werden, wird durch eine Vielzahl von Faktoren bestimmt. Dazu zählen

- strukturelle Bedingungen der medizinischen und psychosozialen Versorgung,
- bauliche und örtliche Bedingungen sowie
- gesellschaftliche Bedingungen.

a. Medizinische und psychosoziale Versorgung

Als gewalt-präventiv und zwangsvermeidend können alle Maßnahmen in psychiatrischen Institutionen gelten, die patientinnen- und patientenorientiert sind. Dabei kommt der generellen Orientierung an einem partnerschaftlichen Umgang („shared decision making“, „Verhandeln statt Behandeln“) eine hohe Bedeutung zu (DGPPN, 2018b). Dies hat in allen Bereichen der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen Geltung. Eine sektorenübergreifende Bedeutung haben flächendeckende regelmäßige Fortbildungen in Deeskalationsmaßnahmen für Mitarbeitende aller beteiligten Berufsgruppen sowohl im psychosozialen-ambulanten als auch im klinisch-stationären Kontext. Ziel der Deeskalation im Kontext der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist die Vermeidung aggressiver Auseinandersetzungen.

Die Umsetzung und Kontrolle von Grundrechtseingriffen im Kontext der Versorgung psychisch erkrankter Menschen findet in drei Konstellationen statt. Dort muss auch deren Prävention ansetzen:

- im häuslichen und sozialen Umfeld von Menschen mit psychischer Erkrankung und in der ambulanten medizinischen und psychosozialen Versorgung,
- während des Vorgangs der Unterbringung gegen den Willen von Menschen mit psychischen Erkrankungen nach den landesgesetzlichen und den bundesgesetzlichen Vorgaben (Psychisch-Kranken-Hilfen-Gesetzen, BGB) im Zusammenspiel von medizinischem Personal und Sicherheitspersonal,
- während des Aufenthalts in einer psychiatrischen Klinik.

i. Häusliches und soziales Umfeld und ambulante medizinische und psychosoziale Versorgung (aufsuchende Dienste, Soziotherapie, Modellprojekte nach § 64 b SGB V, Sozialpsychiatrische Dienste, Gemeindepsychiatrische Verbünde)

Dem Risiko, dass es im Rahmen einer psychischen Erkrankung und ggf. im Kontext einer Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik zu Gewalt und Zwangsmaßnahmen kommt, kann bereits im Vorfeld im häuslichen Umfeld und im Alltag vorgebeugt werden. D.h. die ambulante Versorgung vor Ort spielt eine entscheidende Rolle in der Prävention von Gewalt im Kontext psychiatrischer Versorgung. Hierbei ist es erforderlich, dass eine breite Palette an ambulanten Hilfsangeboten einschließlich Krisenhilfen in ausreichendem Maß und einfach zugänglich in der Region zur Verfügung stehen.

Wichtige Elemente einer in diesem Sinn wirksamen ambulanten Versorgung sind:

Ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung: niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten und die psychiatrischen Institutsambulanzen stellen eine erforderliche kontinuierliche Behandlung sicher. Sie können auftretende Krisen erkennen und kurzfristig darauf reagieren.

Aufsuchende Dienste: Die Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen durch aufsuchende multidisziplinäre Dienste (Assertive Outreach), kann die Häufigkeit von Unterbringungen gegen den Willen reduzieren (Schöttle et al.,

2019). Gerade in sich zuspitzenden Krankheitssituationen können aufsuchende Dienste eine intensive Betreuung psychisch kranker Menschen ermöglichen. Dadurch kann einem stationären Aufenthalt oder gar einer Unterbringung gegen den Willen vorgebeugt werden. Zu den im deutschen Gesundheitswesen implementierten aufsuchenden Diensten der Regelversorgung zählen:

Stationsäquivalente Leistungen (StäB), auch als Hometreatment bezeichnet, können eingesetzt werden, wenn eine vollstationäre Aufnahme indiziert wäre, aus unterschiedlichen Gründen aber das häusliche Setting zur Behandlung bevorzugt wird. In diesem Fall kommt nicht die Patientin oder der Patient ins Krankenhaus, sondern das Krankenhaus kommt zu der Patientin bzw. dem Patienten nach Hause. StäB ist somit eine psychiatrisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung, die durch ein multiprofessionelles mobiles Team, täglich geleistet wird. Die aufsuchende Arbeit im Lebensumfeld ermöglicht den Bezug zum sozialen Umfeld und Krisen können direkt im häuslichen Kontext begegnet werden (Greve, 2017).

Ambulante Psychiatrische Pflege ist als besonders spezialisierte Form der häuslichen Pflege ein gemeindeorientiertes psychiatrisches Versorgungsangebot. Sie ist geeignet, den umfassenden und oft wechselnden Hilfebedarfen von Menschen mit schweren psychischen Störungen und ihren Angehörigen im direkten Lebensumfeld vergleichsweise niederschwellig zu begegnen (DGPPN, 2018a). Somit können stationäre Aufenthalte verringert oder gar vermieden werden und notwendige ambulante Hilfen angebahnt bzw. sichergestellt werden.

Soziotherapie: Im Rahmen der Soziotherapie nach § 37 a Abs. 3 SGB V verordnen niedergelassene psychiatrische Fachärztinnen und -ärzte ein flankierendes soziotherapeutisches Konzept, das aus Trainings- und Motivationsmethoden sowie Koordinierungsmaßnahmen besteht und durch anerkannte Soziotherapeutinnen und -therapeuten erbracht wird.

Modellprojekte nach §64 b SGB V: mit diesen Modellprojekten wird das regelhafte Finanzierungssystem der Krankenhausleistungen flexibilisiert und ermöglicht alternative Behandlungsansätze. Sie dienen zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versor-

gung. In vielen Bundesländern werden hierbei unterschiedliche, in der Regel sektorenübergreifende Ansätze umgesetzt, häufig spielt hierbei eine qualifizierte Krisenintervention im häuslichen Kontext und eine Rund-um-die-Uhr Erreichbarkeit der multiprofessionellen Teams eine große Rolle.

Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi): Die Bundesländer halten Sozialpsychiatrische Dienste vor, die überwiegend an den Gesundheitsämtern angesiedelt sind. Die Kernaufgabe der SpDi ist es, psychisch erkrankte Menschen, deren Angehörige und weitere Mitglieder des sozialen Umfelds zu Unterstützungsmöglichkeiten zu beraten, notwendige Hilfen sicherzustellen und bis zu einem gewissen Grad auch psychosozial zu betreuen. Hierbei stehen besonders die Menschen im Mittelpunkt, die entweder noch gar keinen Kontakt zum Hilfesystem hatten oder den Zugang zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung nicht aus eigener Kraft finden. SpDi sind als einziger Dienst ermächtigt, psychisch erkrankte Menschen auch aufgrund von Hinweisen Dritter (bspw. aus der Nachbarschaft, dem Arbeitsumfeld etc.) aufzusuchen, um einen etwaigen Hilfebedarf abzuklären und diesen anzubieten. Sie sind in diesen Fällen eine besonders wichtige Versorgungsinstanz für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Die Aufgaben und Befugnisse der SpDi sind meist in den jeweiligen Landesgesetzen geregelt, die für die Versorgung psychisch erkrankter Menschen Anwendung finden. In diesem öffentlich-rechtlichen Zusammenhang können auch Aspekte von Unterbringungs- und anderen Zwangsmaßnahmen als eine Aufgabe der SpDi zu finden sein.

Gemeindepsychiatrische Verbünde (GPV): Das Zusammenspiel der unterschiedlichen Angebote, Dienste und Behandlungsmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Erkrankungen sollte vor Ort in einem Gemeindepsychiatrischen Verbund geregelt sein. Gemeindepsychiatrische Verbünde oder ähnliche Netzwerke, dienen der Koordination von Hilfen von psychisch erkrankten Menschen. Sie sind wichtig für ein abgestimmtes, gemeinsames Handeln und ermöglichen auf Grund der verschiedenen regionalen Mitglieder, Aufgaben auf mehreren Schultern zu verteilen. In dieser strukturierten, personenbezogenen Kooperation sollten daher stationäre, teilstationäre und ambulante psychiatrische Angebote unter Einbeziehung z.B. der Gebietskörperschaft, der psychiatrischen Selbsthilfe, dem Betreuungswesen nach BGB, der Sozialpsychiatrischen Dienste, sowie auch von Arbeitslosen-, Wohnungslosen-,

Sucht- und Altenhilfe, miteinander verzahnt werden. Entscheidend im Rahmen der Kooperation im Verbund ist u.a. die Entwicklung von Strategien, um der Anwendung von Zwang frühzeitig entgegenzuwirken und dies auch im Rahmen eines entsprechenden Monitorings zu überprüfen[22]. Zielsetzung sollte hierbei die Sicherstellung sein, dass vor einer öffentlich-rechtlichen Unterbringung gegen den Willen des psychisch erkrankten Menschen alle anderen (ambulanten) Möglichkeiten ausgeschöpft wurden. Dies kann zum Beispiel durch eine auf das Thema der Zwangsvermeidung ausgerichtete standardisierte Fallbesprechung im Gemeindepsychiatrischen Verbund überprüft werden, wie sie bereits in einigen Regionen, z.B. in Mönchen-Gladbach, durchgeführt wird.

Inwiefern schließlich *Netzverbünde* im Sinne der erst am 18.12.2021 in Kraft getretenen Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) tatsächlich eine angestrebte Erleichterung des Übergangs zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung oder gar eine Prävention einer stationären Behandlungsbedürftigkeit erreichen, ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht absehbar. Ihr Ziel ist jedenfalls, eine leicht zugängliche, flexible und koordinierte Versorgungsstruktur zu etablieren. Mindestens zehn Fachärztinnen und Fachärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten müssen sich dazu mittels eines sogenannten Kooperationsvertrags mit mindestens einem *psychiatrischen Krankenhaus* sowie mindestens einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer für *Ergotherapie* oder *Soziotherapie* oder *psychiatrischer häuslicher Krankenpflege* zusammenschließen.

Darüber hinaus sollen auch berücksichtigt werden Sozialpsychiatrische Dienste, Krisendienste, Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe, und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben, sowie Selbsthilfeorganisationen.

Die sogenannte Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist u.a. verantwortlich für die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplans.

[22] Ebd.

ii. Während des Vorgangs der Unterbringung gegen den Willen

Eine Unterbringung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen stellt häufig eine hochdramatische Situation dar. Krisendienste, Notärztinnen und Notärzte und auch Polizeikräfte können daran beteiligt sein. Etwa jeder fünfte Kontakt im beruflichen Alltag von Polizeikräften erfolgt zu Menschen mit psychischen Erkrankungen (Lorey & Fegert, 2021). Mehr Wissen um psychische Erkrankungen, Training im Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie eine gute Vernetzung von Polizei und psychiatrischem Hilfesystem können einen Beitrag leisten um diese Situationen so gewaltarm wie möglich zu gestalten (Lorey & Fegert, 2021). So können viele Unterbringungen bereits im Vorfeld vermieden werden.

iii. Während der Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik (Stationskapazität, Bewegungsfreiheit, Personal, diagnostisch-therapeutische Interventionen, Deeskalationskompetenz, offen geführte Stationen, Behandlungsvereinbarungen, Psychotherapie, interkulturelle Kompetenz, Gesamtstrategie)

Auch während einer Unterbringung kann es zu Zwangsmaßnahmen kommen, wenn Menschen mit psychischen Erkrankungen auch unter dem Schutz einer Unterbringung auf einer psychiatrischen Station sich selbst oder andere gefährden. In diesen Fällen können besondere Sicherungsmaßnahmen wie eine Fixierung, eine Isolierung oder eine medizinische Zwangsbehandlung zum Einsatz kommen. Sie sind unter Beachtung der jeweils geltenden rechtlichen Vorgaben immer als letztes Mittel der Wahl einzusetzen, wenn alle anderen deeskalierenden Maßnahmen nicht gewirkt haben. Eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst, ob Situationen in der stationären Unterbringung eskalieren. Dazu gehören:

Stationskapazität: Als wirksam für eine Verminderung von Aggression und Gewalt auf psychiatrischen Stationen hat sich unter anderem die Reduktion der Patient*innenzahl erweisen (in der hier zitierten Studie von 20 auf 10 Patientinnen und Patienten) sowie eine ausreichende Ausstattung mit Personal (O'Malley, Frampton, Wijnveld, & Porter, 2007)

Überbelegung: Eine Überbelegung von Stationen und der damit eingehende reduzierte Raum, der den einzelnen Patientinnen und Patienten zur Verfügung steht, sowie die Verminderung von Rückzugsmöglichkeiten, ist als gewaltfördernd anzusehen.

Bewegungsfreiheit: Konzepte wie begleiteter Ausgang und die Möglichkeit, sich im Hof oder Garten aufzuhalten, tragen dazu bei, Zwang und Gewalt zu reduzieren (DGPPN, 2018b)[23].

Personal: Eine ausreichende Ausstattung mit Personal ist ein wichtiger Faktor für das Vermeiden von Aggression und Gewalt auf psychiatrischen Stationen (O'Malley et al., 2007). Allerdings fehlt Evidenz über das optimale Personal – Patientinnen und Patienten Verhältnis auf Akutstationen. Tatsache ist aber, dass der Umgang mit agitierten oder bereits verbal aggressiven Menschen mit psychischen Erkrankungen eine hohe Qualifikation und ausreichend Zeit erfordert. Sind diese Ressourcen nicht vorhanden oder müssen sie unter erheblicher Vernachlässigung anderer Aufgaben bereitgestellt werden, resultieren häufiger Zwangsmaßnahmen (DGPPN, 2018b). Die Personalbesetzung ist somit zwar eine notwendige, alleine aber noch nicht hinreichende Voraussetzung für eine weitest mögliche Reduzierung von besonderen Sicherungsmaßnahmen (DGPPN, 2018b). Dies liegt unter anderem daran, dass außer der Menge an Personal auch weitere Faktoren relevant sind, wie die Fluktuation des Personals (Brandt, Bielitz, & Georgi, 2016), die Haltung (Doedens, Vermeulen, Boyette, Latour, & de Haan, 2020), seine Ausbildung und die Implementierung bestimmter diagnostischer und therapeutischer Interventionen. Entscheidend für das Anwenden und die Reduktion von besonderen Sicherungsmaßnahmen ist unter anderem das Gefühl der eigenen Sicherheit des Personals (Doedens et al., 2020). Darüber hinaus hilft das Einbinden von Menschen mit Psychiatrieerfahrung (Peers, Ex-In-Kräfte, Genesungsbegleitende) in das therapeutische Team das Milieu auf Station zu verbessern (DGPPN, 2018b).

Diagnostisch-therapeutische Interventionen: Folgende Maßnahmen haben sich unter anderem als wirksam für das Reduzieren von Zwang erwiesen:

- Identifizieren von Risikopatienten und -patientinnen für aggressives Verhalten durch systematisches Screening

[23] Vgl. nach Hellerstein et al. 2007, DGPPN 2018: 80

- Erstellen individueller Krisenpläne
- Nachbesprechung von stattgefundenen Fixierungen, Zwangsbehandlung oder Isolierungen
- Dokumentation der Grundrechtseingriffe

Deeskalationskompetenz: Dazu gehören bspw. Schulungen des Personals in systematischen Deeskalationstechniken und -programmen, wie Safewards (Finch, Lawrence, Williams, Thompson, & Hartwright, 2021), Six Core (Azeem, Aujla, Rammerth, Binsfeld, & Jones, 2017), Engagement Model (Borckardt et al., 2007) und anderen. Alle diese Programme verbinden das Stärken der therapeutischen Gemeinschaft und das Verbessern der Kommunikation auf Akutstationen mit bereits genannten Elementen wie Nachbesprechungen, Einbinden von Peers, Ex-In-Kräften und Genesungsbegleitenden sowie anderem.

Offen geführte Stationen: Das Führen von Akutstationen mit offenen, aber überwachten Türen und die Unterbringung von Personen gegen ihren Willen auf offenen Stationen – und nicht wie bislang zumeist üblich auf geschlossenen Stationen – kann dazu beitragen, eine Häufung von Aggressionen und besonderen Sicherungsmaßnahmen zu verringern. Zudem hat das Öffnen vormals geschlossen geführter Akutstationen einen hohen symbolischen Charakter in Bezug auf das Umsetzen einer patienten- und patientinnenorientierten sowie grundrechtswahrenden stationären Versorgung (DGPPN, 2018b).

Behandlungsvereinbarungen: Vor dem Hintergrund, dass das Vertrauen der psychisch erkrankten Menschen zu den behandelnden Personen und Institutionen grundlegend für die Vermeidung von Zwang ist, muss dem systematischen Einsatz von Behandlungsvereinbarungen eine größere Bedeutung zugemessen werden (Rosemann, Gallinat, Heinz, & Krüger, 2020). Hierbei wird mit den Patientinnen und Patienten im Nachgang zu einer stationär behandelten Krise eine Vereinbarung abschlossen, in der Voraussetzungen und Bedingungen festgehalten werden, die bei einem erneuten Klinikaufenthalt Berücksichtigung finden sollen, um Zwang zu vermeiden oder zumindest zu verhindern.

Psychotherapie: Psychotherapeutische Interventionen sollten regelhaft zur stationären Behandlung gehören und haben sich insbesondere im Langzeitbereich, also in

besonderen Wohnformen und in der Forensik als wirksame Maßnahme zur Verringerung von Zwangsmaßnahmen bewährt (Hirsch & Steinert, 2019)

Interkulturelle Kompetenz/Diversitätskompetenz: Durch die Berücksichtigung individueller Bedarfe der Patientinnen und Patienten im stationären Setting, insbesondere im Hinblick auf geschlechts- und kulturspezifische Aspekte, kann eskalierenden Situationen vorgebeugt werden. Durch die Kenntnisse von Besonderheiten in Umgang oder Haltung können diesbezügliche Missverständnisse vermieden werden.

Gesamtstrategie: Insgesamt erweisen sich komplexe Konzepte, die an mehreren Punkten ansetzten und mehrere der oben genannten Maßnahmen miteinander kombinierten, als am wirksamsten in der Reduktion von Zwangsmaßnahmen (Hirsch & Steinert, 2019). Entscheidend ist, dass eine Gesamtstrategie des möglichst weitgehenden Verzichts auf Zwangsmaßnahmen vorliegt (DGPPN, 2018b).

b. Bauliche und örtliche Bedingungen

Die Diskussion um die Reduktion von Zwang in psychiatrischen Einrichtungen durch bauliche und örtliche Gegebenheiten macht es notwendig, den Zwangsbegriff in seiner ganzen Begriffsweite zu fassen. Neben dem unmittelbaren physischen Zwang sowie der Anwendung von besonderen Sicherungsmaßnahmen wie sie in den Landesgesetzen über Hilfen und Schutzmaßnahmen für Menschen mit psychischen Krankheiten sowie den Landesgesetzen über den Vollzug freiheitsentziehender Maßregeln definiert sind, wären auch strukturelle Zwänge in den Blick zu nehmen, da zu unterstellen ist, dass diese durch die Architektur und die Einrichtungsbedingungen psychiatrischer Einrichtungen mit beeinflusst werden.

„Aggressives Verhalten in psychiatrischen Einrichtungen resultiert aus dem Zusammenspiel individuellen Erlebens und Verhaltens auf Mitarbeiter- und Patientenseite, situativer Merkmale und einer Eskalationskomponente“ (S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ S. 67). Das individuelle Erleben ist nicht allein auf die Wahrnehmung zwischenmenschlicher Signale und Kommunikation beschränkt, auch die baulichen

Umgebungs- und Einrichtungsaspekte einer psychiatrischen Einrichtung spielen hierbei sowohl auf Seite der Patientinnen und Patienten als auch auf Seite der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine prägende Rolle.

Gefährdungsbeurteilungen psychischer Belastungen am Arbeitsplatz nehmen zunehmend die Arbeitsumgebung der Beschäftigten in den Blick und beleuchten die räumlichen, ergonomischen, olfaktorischen sowie Licht- und Geräuschelemente. Die Eindämmung von psychischer Belastung der Beschäftigten, um sie weniger gestresst und damit weniger anfällig für eigene aggressive Durchbrüche zu machen, wirkt sich wiederum auf den Umgang mit den bei ihnen in Obhut befindlichen Personen aus und kann die Entwicklung einer Aggressionsspirale und damit die Anwendung von Zwang verhindern helfen.

Für psychisch erkrankte Personen stellt die Unterbringung in einer psychiatrischen Einrichtung einen Bruch zu ihrer gewohnten Lebensumgebung dar. Umso entscheidender ist es, die Umgebungsbedingungen den normalen Lebenswelten so weit wie möglich anzugleichen, um Angst- und Schamgefühle zu senken und eine schnellere Eingewöhnung im Sinne des Einlassens auf die therapeutischen Maßnahmen zu ermöglichen. Die Schaffung von Räumen und Raumaufteilungen, die die Wahrung der Intimsphäre ermöglichen sowie saubere Sanitärbereiche sind hierbei als absolute Grundanforderung zu verstehen.

Um den unterschiedlichen Bedürfnissen der in Fürsorge befindlichen Menschen, den jeweils individuellen Ausprägungen ihrer psychischen Erkrankungen sowie den divergenten Behandlungsaufträgen der Einrichtungen Rechnung zu tragen, sind sowohl Gemeinschafts- als auch Rückzugsräume, Räume der Ruhe, Therapieräume und Räume für Aktivitäten, aber auch Grün- und Parkflächen sowie adäquate Begegnungsstätten für Besucherkontakt zu schaffen. Die Mitgestaltung der Räume und Flächen durch Menschen mit psychischen Erkrankungen sollte dabei eine Selbstverständlichkeit darstellen.

Deeskalierende und suizidpräventive Bedingungen ergeben sich aus dem mehrfaktoriellen Zusammenwirken der Stationsgröße, dem Personalschlüssel, der Professionalität des Personals, der Erkrankungsformen, dem Soziomilieu, der Offenheit der Stationen, den Behandlungsangeboten, der Haltung der Einrichtung und seiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die baulichen Bedingungen und die

Innenraumgestaltung sind dabei ein weiterer wichtiger Baustein, aber nicht unabhängig von den vorbenannten Aspekten zu denken, die sich immer auch gegenseitig bedingen.

Im Jahresbericht 2020 stellt die Nationale Stelle zur Verhütung von Folter klar, dass besondere Sicherungsmaßnahmen nicht deshalb angeordnet werden dürfen, weil mildere Mittel aufgrund der baulichen Situation nicht genutzt werden können[24]. Auch müssen die für notwendig erachteten Sicherungsmaßnahmen dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit genügen.

Der Umgang mit eigen- oder fremdgefährdendem Verhalten von Patientinnen und Patienten stellt eine zentrale Aufgabe in Allgemeinpsychiatrien und forensischen Psychiatrien dar. Dabei sind den besonderen Ansprüchen an die Barrierefreiheit, den Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen sowie älteren, insbesondere dementiell erkrankten Patienten Rechnung zu tragen. Eine Blaupause für alle psychiatrischen Einrichtungen kann es daher nicht geben, sondern muss sich an den individuellen Erfordernissen sowie dem jeweiligen Behandlungsauftrag orientieren.

Doch nicht nur die Architektur im Innern, auch die Einbindung der psychiatrischen Einrichtung im Stadtbild trägt zu einer gesamtgesellschaftlichen Wirkung und damit zu einer gesteigerten Akzeptanz bei, welche sowohl die Bereitschaft zur Nutzung einer psychiatrischen Einrichtung, als auch die Kontaktqualität mit psychisch erkrankten Menschen betrifft. Steht eine solche Einrichtung „an der Umgehungsstraße kurz vor den Mauern unserer Stadt“ (Joachim Witt, Goldener Reiter) oder fügt sie sich vielmehr gleichberechtigt in das Stadtbild ein, ist ein wesentlicher Schritt hin zu einer größeren Akzeptanz von psychischen Erkrankungen und psychisch erkrankten Menschen getan.

[24] Vgl. Nationale Stelle zur Verhütung von Folter: https://www.nationale-stelle.de/fileadmin/dateiablage/Dokumente/Berichte/Jahresberichte/Nationale_Stelle_-_Jahresbericht_2020.pdf (Stand 22.3.2023)

c. Gesellschaftliche Bedingungen

Ausmaß, Art und Umfang der Anwendung von Zwang gegenüber Menschen mit einer psychischen Erkrankung stehen immer auch in einem gesamtgesellschaftlichen Bedingungsgefüge. Die systematische Vernichtung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung unter mehr oder weniger aktiver Mithilfe der Psychiatrie zur Zeit des Nationalismus wäre ohne die damals gesellschaftlich tief verankerte Überzeugung von „minderwertigem Leben" nicht möglich gewesen. Andererseits stand die „Befreiung der Irren von ihren Ketten" 1795 im Bicêtre von Paris durch Philippe Pinel (1755-1826) in einem unmittelbaren Zusammenhang mit der Aufklärung und der damit verbundenen Idee unveräußerlicher und universeller Menschenrechte.

In diesem Zusammenhang ist es wichtig, immer wieder daran erinnern, dass in der Zeit des Nationalsozialismus mindestens 250.000 psychisch Kranke und Behinderte dem sogenannten Euthanasieprogramm zum Opfer fielen und bis 400.000 vor allem psychisch kranke und geistig behinderte Menschen zwangssterilisiert wurden[25]. Die Geringschätzung, die Medizin und Gesellschaft psychisch Kranken und geistig behinderten Menschen entgegenbrachten, war bereits während des Ersten Weltkriegs sehr deutlich geworden, als Tausende von Anstaltspatientinnen und -patienten verhungerten oder aufgrund von Vernachlässigung starben. Dabei wurden bereits die ökonomischen Kriterien („Ballastexistenzen") deutlich, die auch während der Weltwirtschaftskrise zu Beginn der 1930er Jahre die Diskussionen um Sparpotential prägten. Dies ist die Vergangenheit, die nachwirkt und ohne die die Gegenwart nicht zu verstehen ist.

Wie mit psychisch erkrankten Menschen umgegangen wird, wieviel Unterstützung und Hilfe oder auch Zwang, Nichtbeachtung oder Vernachlässigung sie erfahren, entscheidet sich daher nicht allein in den psychiatrischen Institutionen, sondern hängt ganz entscheidend vom Umgang und der Einstellung der Gesellschaft gegenüber „ihren" psychisch erkrankten Menschen und psychischer Erkrankung im Allgemeinen ab.

Psychische Erkrankungen können mit aggressivem Verhalten und damit mit Selbst- oder Fremdgefährdung einhergehen. Der hieraus entspringende Doppelauftrag der Psychiatrie bedarf dringend einer kontinuierlichen – auch und gerade

[25] https://www.dgppn.de/schwerpunkte/psychiatrie-im-nationalsozialismus.html

gesellschaftlichen - Reflexion. Psychiatrie soll heilen und helfen und dabei die Patientenautonomie und Selbstbestimmung achten und fördern. Sie soll aber auch - im Falle der Fremdgefährdung – zum Schutz der Allgemeinheit beitragen. Dieser anspruchsvolle und die Beschäftigten in der Psychiatrie stark fordernde und teilweise auch belastende Auftrag ist nicht konfliktfrei umzusetzen. Um den berechtigten Anliegen aller Beteiligten in diesem Spannungsfeld gerecht zu werden, müssen diese Konflikte offen thematisiert und diskursiv ausgehandelt werden – und zwar nicht nur in Fachgremien, die grundsätzlich trialogisch zu besetzen sind, sondern auch unter Einbezug einer möglichst gut informierten Öffentlichkeit.

Tatsächlich hat das Wissen der Bevölkerung über psychische Erkrankungen (insbesondere Depressionen), ihre Ursachen und Verbreitung in den letzten Jahrzehnten zwar zugenommen, nach wie vor bestehen jedoch Vorurteile, Vorbehalte und Berührungsängste gegenüber Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und zwar besonders gegenüber psychotisch erkrankten Menschen. Diese Vorbehalte werden durch eine tendenziöse, zum Teil auch romantisierende, Leidensdruck bagatellisierende Berichterstattung in den Medien verstärkt[26]. Wirksame Antistigma-Arbeit ist daher nach wie vor wichtig. Wirksam sind solche Maßnahmen vor allem dann, wenn bei Informations- und Öffentlichkeitskampagnen ein direkter Kontakt zu den psychisch beeinträchtigten Menschen hergestellt wird. Offenbar lassen sich Vor- und Fehlurteile am ehesten durch persönliches Erleben korrigieren (Gaebel, Ahrens, & Schlamann, 2010).

Ein besonders gutes und erprobtes Beispiel sind Schulprojekte wie etwa „Verrückt? - na und!“, da Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in ihren Einstellungen noch wenig festgelegt und daher für Antistigma-Maßnahmen besonders empfänglich sind. Auf Bundesebene widmet sich das Aktionsbündnis „Seelische Gesundheit“ in Trägerschaft der DGPPN mit mehr als 100 Mitgliedsorganisationen der Antistigma-Arbeit mit zahlreichen Projekten – darunter z. B. "Fair Media", die "Initiative Grüne Schleife" und die jährliche "Aktionswoche Seelische Gesundheit".

Mindestens genauso wichtig für einen informierten Diskurs ist aber auch, dass die Betroffenen wie die Angehörigen ausreichend ermächtigt und befähigt sind, um diesen Diskurs gleichberechtigt führen zu können. Hier wurden in den letzten Jahren große

[26] Vgl. Schomerus, G., Spahlholz, J. & Speerforck, S. Die Einstellung der deutschen Bevölkerung zu psychischen Störungen. Bundesgesundheitsbl (2023). https://doi.org/10.1007/s00103-023-03679-3

Fortschritte erzielt, da die Stärkung der Rechtsposition der Patientinnen und Patienten in der jüngeren Geschichte vor allem dem Einsatz der Betroffenen und ihrem wachsenden Empowerment zu verdanken sind. So tragen die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), das Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) oder das Bundesteilhabegesetz (BTHG) die Handschrift Betroffener. Auch die jüngeren, bedeutsamen Grundsatzurteile des Bundesverfassungsgerichts zur Zwangsbehandlung und Fixierung wurden durch die beim BVerfG eingereichten Klagen Betroffener erwirkt.

Aufgrund des strukturellen Machtgefälles zwischen Betroffenen, Angehörigen auf der einen Seite und den Professionellen und übergreifenden gesellschaftlichen Interessen auf der anderen Seite, kommt der Förderung von Empowerment auf allen Ebenen weiterhin eine große Bedeutung zu. Zu unterscheiden sind 1. die individuelle, 2. die gruppenbezogene und 3. die strukturelle Ebene. Mit der ersten Ebene sind Prozesse gemeint, in denen Menschen beginnen, ihr Leben wieder selbst zu gestalten. Sie hierbei zu unterstützen muss das Ziel jeglicher Behandlung und Unterstützung sein. Daher soll sich alle Hilfe an den Ressourcen und Fähigkeiten der Betroffenen und nicht primär an ihren Defiziten orientieren. Psychiatrie-Erfahrene als **Genesungsbegleiterinnen und -begleiter** in der Gemeinde und in den Kliniken können hier wertvolle Unterstützung leisten und sind viel stärker als bisher in die Versorgungspraxis einzubeziehen.

Gruppenbezogene Empowerment-Prozesse meinen die Selbstbefähigung auf der Ebene von Gemeinschaften Betroffener, in Selbsthilfegruppen sowie auf der Ebene von Beiräten und Werkstatträten. Die dritte, strukturelle Ebene bezieht sich auf die Selbstbefähigung zur Gestaltung und Veränderung von Rahmenbedingungen, die Einfluss auf das Leben der Betroffenen haben. Die gruppenbezogene und die strukturelle Ebene können und sollten durch die materielle und ideelle Unterstützung der Selbsthilfeorganisationen (Landesverbände, lokale Selbsthilfegruppen) der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen gestärkt werden.

Ebenso wichtig ist es, dass der Trialog landesweit und flächendeckend in allen psychiatrischen Gremien gepflegt wird, also u.a. in den kommunalen Psychiatriebeiräten, in den Landesbeiräten für psychische Gesundheit und den Besuchskommissionen. Der Trialog ist die Voraussetzung dafür, dass Angehörige und Psychiatrie-Erfahrene ihre Stimme und ihren Einfluss geltend machen, um auf

bestehende Defizite hinzuweisen und an der Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen und letztlich auch an einer weiteren Reduktion von Zwang mitzuwirken.

Eine offene Gesellschaft kann helfen, Zwang zu verhindern. Hierfür ist hilfreich und erforderlich:

- Offener gesellschaftlicher Diskurs zum „Doppelauftrag“ der Psychiatrie
- Wirksame Antistigma-Arbeit
- Förderung des Empowerments der Betroffenen und Angehörigen auf der individuellen, gruppenbezogenen und strukturellen Ebene
- Trialog in allen individuellen und strukturellen Belangen der Betroffenen und Angehörigen als Standard

5. Qualitäts- und Kontrollmaßnahmen zum Schutz von Menschen im psychiatrischen Hilfesystem vor und bei Grundrechtseingriffen

Die psychiatrische Behandlung kann wie beschrieben im Ausnahmefall auch gegen den natürlichen Willen der zu behandelnden Personen und unter Zwang erfolgen, wenn andere Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten nicht ausreichen, um die Betroffenen und die Allgemeinheit vor Schaden zu bewahren.

Der Bericht gibt hier einen Überblick über die gegenwärtig in den Bundesländern bestehenden Qualitätssicherungs- und Kontrollmaßnahmen in Bezug auf die Anwendung von Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung. Der Bericht will damit eine Grundlage für eine Weiterentwicklung von Maßnahmen zur Reduzierung von Zwang in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen bieten.

Der Bericht unterteilt die Qualitätssicherungs- und Kontrollmaßnahmen für die Anwendung von Zwangsmaßnahmen auf überinstitutioneller Ebene (international, national, Länder und Kommunen) sowie auf einrichtungsbezogener Ebene.

Die diesem Bericht zu Grunde liegenden Daten wurden von dem Institut für Public Health und Pflegeforschung in Bremen zusammengestellt.

a. Überinstitutionelle Qualitätssicherungs- und Kontrollmaßnahmen

i. Internationale Ebene durch das Europäische Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT)

Das **Europäische Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT)** ist eine Organisation des Europarates. Das Europäische Übereinkommen zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (European Convention for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, CPT) trat in 1989 in Kraft.

Mit dem Übereinkommen verstärkte der Europarat das in Artikel 3 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) garantierte Folterverbot. Es verfolgt einen präventiven Ansatz gegen Folter durch ein System regelmäßiger unangemeldeter Besuche in den Vertragsstaaten. Dabei werden psychiatrische Kliniken, Haftanstalten, Polizeireviere etc. aufgesucht. Vor Ort wird nicht nur geprüft, ob es Hinweise auf Folter im engeren Sinne gibt, sondern auch, ob „unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe“ Anwendung finden. Anschließend wird der entsprechenden Regierung ein Bericht übermittelt und - wenn nötig - ein schriftlicher Dialog zur Verbesserung der Kritikpunkte eingeleitet.

Bundeslandbezogene Besuche des CPT kamen von 2017 bis 2021 in den Einrichtungen der 16 Bundesländer insgesamt dreimal vor.

In der Erwachsenenpsychiatrie (EP) erfolgte der einzige Besuch im gesamten Zeitraum im Jahr 2017 in Schleswig-Holstein. Hier wurden Empfehlungen formuliert, die durch die besuchte Einrichtung größtenteils bzw. in Gänze umgesetzt wurden.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) gab es im gesamten Zeitraum keinen Besuch des CPT.

In der forensischen Psychiatrie (MRV nach §§ 63, 64 StGB) fanden zwei Besuche statt, einer davon in Hamburg (2020). Auch hier wurden Empfehlungen formuliert, die größtenteils bzw. in Gänze durch die besuchte Einrichtung umgesetzt wurden. Ein weiterer Besuch in der forensischen Psychiatrie fand in Sachsen-Anhalt statt (2020). Hier wurden ebenfalls Empfehlungen formuliert, die teilweise umgesetzt wurden. Maßnahmen, deren Realisierung einer längeren Dauer bedürfen, befinden sich noch im Umsetzungsprozess.

In ihren Berichten an die deutsche Bundesregierung 2020[27] und 2021 äußert der CPT Kritik u.a.:

- über die häufige Unterbringung in Kriseninterventionsräumen,
- über direkt auf dem Boden liegenden Matratzen, teilweise ohne Laken,
- über fehlendes Mobiliar in manchen Zimmern; Patientinnen und Patienten mussten daher auf ihren Matratzen oder auf dem Boden essen.

[27] Vgl. Bericht an die deutsche Bundesregierung über den Besuch des Europäischen Ausschusses zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe in Deutschland (CPT); 12.12.2022

Der CPT empfahl u.a.:

- sicherzustellen, dass in den individuellen Behandlungsplänen in allen psychiatrischen Einrichtungen die Behandlungsziele, die einzusetzenden therapeutischen Mittel und die zuständigen Mitarbeitenden benannt werden. Darüber hinaus sollten die Patientinnen und Patienten an der Ausgestaltung der individuellen Behandlungspläne und an späteren Änderungen beteiligt und über ihre Behandlungsfortschritte informiert werden.
- dass alle fixierten Personen ständig unmittelbar und persönlich durch qualifizierte Beschäftigte überwacht werden (Sitzwache).
- dass alle Patientinnen und Patienten, die sich in der Einzeleinschließung befinden, täglich regelmäßige, echte und persönliche zwischenmenschliche Kontakte haben und täglich Zugang zu Aufenthaltsbereichen im Freien erhalten, es sei denn, medizinische Gründe sprechen dagegen.

ii. Nationale Ebene durch die Nationale Stelle zur Verhütung von Folter (Bundesstelle und Länderkommission) aufgrund des Zusatzprotokolls zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe

Die Nationale Stelle zur Verhütung von Folter ist eine unabhängige nationale Einrichtung zur Prävention von Folter und Misshandlung in Deutschland. Die Nationale Stelle vereint unter ihrem Dach die Bundesstelle und die Länderkommission. Ihre Einrichtung beruht auf dem Zusatzprotokoll zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe.

Die Nationale Stelle zur Verhütung von Folter hat die Aufgabe, regelmäßig Orte der Freiheitsentziehung aufzusuchen, auf Missstände aufmerksam zu machen und Verbesserungsvorschläge zu unterbreiten. Darüber berichtet sie jährlich der Bundesregierung, den Landesregierungen, dem Deutschen Bundestag und den Länderparlamenten.

Die **Bundesstelle** ist für alle Einrichtungen des Bundes, d.h. Hafteinrichtungen bei der Bundespolizei, der Bundeswehr und dem Zoll, Transitzonen internationaler Flughäfen sowie die Begleitung von Rückführungsflügen zuständig.

In den Zuständigkeitsbereich der **Länderkommission** fallen die zahlreichen Einrichtungen der Länder: Justizvollzugsanstalten, Jugendstraf- und Arrestanstalten, Polizeidienststellen, Psychiatrien, Abschiebungshaftanstalten, gerichtliche Vorführzellen, geschlossene Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, Alten- und Pflegeheime.
Die Geschäftsstelle der Nationalen Stelle zur Verhütung von Folter hat ihren Sitz in Wiesbaden.

Besuche der **Nationalen Stelle zur Verhütung von Folter (Nationale Stelle)** erfolgten in den Einrichtungen der Bundesländer in den letzten fünf Jahren deutlich häufiger als von der CPT. Insgesamt fanden 50 Besuche statt. Die Besuche der Nationalen Stelle fanden insbesondere im Maßregelvollzug statt.

Die Frequenz der Besuche nahm in den Jahren allerdings immer weiter ab. Während in 2019 18 Besuche stattfanden, war es im Jahr 2020 lediglich ein Besuch.

In der **Erwachsenenpsychiatrie** wurden insgesamt zehn Besuche in fünf Bundesländern (Baden-Württemberg, Bayern, Niedersachsen, Sachsen und Schleswig-Holstein) durchgeführt. Fast immer wurden Empfehlungen ausgesprochen, die größtenteils bzw. in Gänze umgesetzt wurden. Die Umsetzung erfolgte eigenständig durch die besuchte Einrichtung, in drei Fällen mit Unterstützung der Aufsichtsbehörde.

In der **Kinder- und Jugendpsychiatrie** wurden im Zeitraum von 2017 bis 2021 insgesamt zwölf Besuche in neun Bundesländern gemeldet.

Baden-Württemberg, Brandenburg und Nordrhein-Westfalen meldeten, dass nach Besuchen durch die Nationale Stelle keine Empfehlungen ausgesprochen wurden. In Bayern, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen und Schleswig-Holstein wurden Empfehlungen ausgesprochen, die in allen Fällen umgesetzt wurden.

Im **Maßregelvollzug** wurde mit 28 Besuchen der Nationalen Stelle in 14 Bundesländern die deutliche Mehrheit der Besuche gemeldet. Nur Baden-

Württemberg und Rheinland-Pfalz erhielten in diesem Bereich keinen Besuch der Nationalen Stelle. In allen besuchten Bundesländern wurden auch Empfehlungen formuliert, die in 12 Bundesländern größtenteils bzw. in Gänze umgesetzt wurden.

Zwei Bundesländer gaben an, die Empfehlungen nur teilweise umgesetzt zu haben. Gründe waren, dass bauliche Veränderungen unter Überbelegung nur schwer umsetzbar waren und dass manche Maßnahmen einer längerfristigen Umsetzung bedürfen.

Im Bericht 2020[28] wird auf folgende Themen eingegangen:

- Bewegung im Freien,
- Dokumentation von Zwangsmaßnahmen,
- Fixierungen,
- Information über Rechte,
- Kameraüberwachung,
- respektvoller Umgang,
- Vertraulichkeit in Gesprächen.

Die einzelnen Punkte enthalten Empfehlungen wie z.B., dass Zwangsmaßnahmen umfassend, nachvollziehbar und vollständig dokumentiert werden sollen. Die Dokumentation soll auch beinhalten, welche milderen Mittel vorab eingeleitet wurden und weshalb sie gescheitert sind. Zum Thema Fixierung wird in dem Bericht vermerkt, dass diese lediglich als Ultima Ratio und unter klaren und engen Voraussetzungen anzuordnen sowie auf den kürzest möglichen Zeitraum zu beschränken sind. Fixierte Personen müssen ständig und persönlich durch therapeutisches oder pflegerisches Personal überwacht werden, welches sich in der unmittelbaren Nähe befindet (Eins-zu-eins-Betreuung). Die Maßnahme soll mit der betroffenen Person nachbesprochen werden und auf die Möglichkeit hingewiesen werden, die Zulässigkeit der durchgeführten Fixierung gerichtlich überprüfen zu lassen.

[28] Vgl. https://www.nationale-stelle.de/fileadmin/dateiablage/Dokumente/Berichte/Jahresberichte/Nationale_Stelle_-_Jahresbericht_2020.pdf (15.12.2022), S. 64

b. Landesebene/kommunale Ebene

i. Besuchskommission (BK) nach PsychKG/MRV bzw. vergleichbare Gesetze

Besuchskommissionen treten als unabhängiges Gremium ein und prüfen, inwieweit psychiatrische Krankenhäuser und Fachabteilungen die Rechte untergebrachter Patientinnen und Patienten wahren und ihren Dokumentations-, Prüfungs- und Handlungspflichten nachkommen. Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und den Maßregelvollzug - mit Ausnahme in Bayern - gibt es jeweils eigenständige Besuchskommissionen. Im Bayerischen Maßregelvollzugsgesetz ist keine Besuchskommission verankert. In Bayern wird stattdessen für jede Maßregelvollzugseinrichtung ein Maßregelvollzugsbeirat gebildet.

Zusammensetzung und Form der Besuchskommission: Sowohl die Anzahl der Mitglieder als auch die in den Besuchskommissionen vertretenen Professionen unterscheiden sich in allen Bundesländern. Dies trifft auf die Besuchskommissionen in allen drei psychiatrischen Bereichen zu.

In der Erwachsenenpsychiatrie besteht die kleinste Besuchskommission aus drei und die größte aus 15 Mitgliedern. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie schwankt die Anzahl zwischen drei Mitgliedern und 20 Mitgliedern. Im Maßregelvollzug liegt die Mitgliederzahl einer durchschnittlichen Besuchskommission zwischen drei und bis zu elf Mitgliedern.

Tabelle 1: Anzahl der Mitglieder der Besuchskommissionen

Bundesland	**EP**	**KJP**	**MRV**
Baden-Württemberg	7	7	7
Bayern	6 - 8	6 – 8	5
Berlin	7	7	7
Brandenburg	4 - 9	4 – 9	6 - 10
Bremen	8 - 11	10	8 - 11
Hamburg	6 - 8	6 – 8	6
Hessen	8	8	8
Mecklenburg-Vorpommern	6	6	7
Niedersachsen	15	20	5 – 8

Nordrhein-Westfalen	5	5	5
Rheinland-Pfalz	7	7	7 – 9
Saarland	7	7	6
Sachsen	3	3	3
Sachsen-Anhalt	5	5	5
Schleswig-Holstein	4	4	6
Thüringen	8	8	8

Ärztinnen und Ärzte sind in allen Bundesländern und allen Bereichen Teil der Besuchskommission. Bis auf ein Bundesland (Berlin) sind auch Juristinnen und Juristen in allen Bundesländern und Unterbringungsbereichen Mitglied. Auch Psychiatrieerfahrene gehören in allen Bundesländern den Besuchskommissionen an, außer im Maßregelvollzug in Niedersachsen.

In allen drei Bereichen werden die Besuchskommissionen überwiegend durch die Landesministerien benannt. Zudem erfolgen von der Selbsthilfe, der kommunalen Verwaltung, der Landesverwaltung sowie von Akteuren des Gesundheitswesen Benennungen.

In der Mehrzahl der Bundesländer ist die Mitgliedschaft in den Besuchskommissionen aller drei psychiatrischen Bereiche zeitlich geregelt. Die Berufungszeit beträgt zwischen zwei und sechs Jahren; am häufigsten dauert es fünf Jahre.

Alle Besuchskommissionsmitglieder erhalten Aufwandsentschädigungen.

Befugnisse der Besuchskommission: Die Besuchskommissionen üben in ihrer Tätigkeit unterschiedliche Befugnisse aus. Alle haben das Recht, Psychiatrien, in denen nach dem PsychKHG bzw. dem Maßregelvollzugsgesetz untergebracht wird, zu betreten und Gespräche mit untergebrachten Personen zu führen.

Bis auf Rheinland-Pfalz kann auch in allen Bundesländern in allen drei Bereichen Akteneinsicht mit dem Einverständnis der betroffenen Person genommen werden. In Rheinland-Pfalz ist dies nur im Maßregelvollzug möglich. Hingegen ist es den Besuchskommissionen nur in wenigen Ländern gestattet, Akteneinsicht ohne das Einverständnis der betroffenen Person zu nehmen. In der Erwachsenenpsychiatrie können sie dies in Bayern, Hamburg und Sachsen. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie können sie zusätzlich zu den bereits genannten Bundesländern in

Brandenburg Akteneinsicht ohne das Einverständnis der untergebrachten Personen nehmen. Im Bereich des Maßregelvollzugs ist dies nur in Hamburg und Sachsen möglich.

Eine weitere Befugnis, die in fast allen Bundesländern gegeben ist, ist das Führen von Gesprächen mit dem Personal. Diese Befugnis liegt in Baden-Württemberg für alle drei Bereiche nicht vor. Im Saarland gibt es diese Befugnis nur für die Kliniken des Maßregelvollzugs.

Weitere Befugnisse, die häufig vorkommen sind, die Möglichkeit des Einblicks in die hausinterne Statistik der grundrechtsrelevanten Eingriffe sowie der Einblick in die Personalpläne.

Häufigkeit der Besuche der Besuchskommission: In der Erwachsenenpsychiatrie finden in sieben Bundesländern (Brandenburg, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Saarland und Sachsen-Anhalt) die Begehungen mindestens einmal im Jahr, in drei Bundesländern (Berlin, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein) mindestens zweimal im Jahr, alle zwei Jahre in drei Bundesländern (Bayern, Hessen und Niedersachsen) und in Baden-Württemberg und Sachsen seltener als alle zwei Jahre statt. In Thüringen gibt es keine Vorgabe.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie finden in neun Bundesländern (Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Sachsen-Anhalt) die Begehungen mindestens einmal im Jahr, in zwei Bundesländern (Niedersachsen und Schleswig-Holstein) mindestens zweimal im Jahr, alle zwei Jahre in zwei Bundesländern (Bayern und Hessen) und in Baden-Württemberg und Sachsen seltener als alle zwei Jahre statt. In Thüringen gibt es keine Vorgabe.

Der Turnus für die Besuchskommissionen im Maßregelvollzug unterscheidet sich nicht wesentlich. Die häufigste Frequenz, mindestens zwei Besuche im Jahr, weisen Bayern, Hamburg und Schleswig-Holstein auf. Begehungen von mindestens einmal im Jahr finden in neun Bundesländern statt (Berlin, Brandenburg, Bremen, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt). Das Saarland weist einen zweijährigen Turnus auf. Baden-

Württemberg und Sachsen haben einen Turnus von seltener als alle zwei Jahre. Auch für diesen Bereich gibt es in Thüringen keine Vorgabe.

Fragebogen/Leitfaden für die Besuche der Besuchskommissionen: Ein standardisierter Fragebogen bzw. Leitfaden für die Besuche der Besuchskommissionen ist in den meisten Bundesländern in mindestens einem Psychiatriebereich vorhanden. In Berlin, Brandenburg und Rheinland-Pfalz gibt es keinen Fragebogen/Leitfaden. Im Saarland ist der Fragebogen/Leitfaden in Vorbereitung.

Form der Besuche der Besuchskommission: In der Erwachsenenpsychiatrie sowie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie finden die turnusmäßigen Besuche der Besuchskommission in den einzelnen Bundesländern am häufigsten unangemeldet statt. Im Maßregelvollzug finden die regelhaften Besuche der Besuchskommission dagegen am häufigsten langfristig angemeldet statt. Anlassbezogene Besuche gibt es in elf Bundesländern. Ein ähnliches Bild zeigt sich im Maßregelvollzug: Anlassbezogen erfolgen die Besuche der Besuchskommissionen in zehn Bundesländern. Sonstige Formen von Besuchen (z.B. Videobesuche) werden nicht durchgeführt.

Berichtspflicht der Besuchskommissionen: Berichtspflichten bestehen für die Besuchskommissionen in fast allen Bundesländern und allen Psychiatriebereichen. Auch bei den Vorgaben zur Berichtspflicht der Besuchskommission zeigt sich die Vielfalt der Bundesländer. Die Berichtpflichten sind länderspezifisch unterschiedlich geregelt, gleichwohl finden sich Gemeinsamkeiten.

Auch der Turnus der Berichtspflicht variiert zwischen den Bundesländern, teilweise auch innerhalb eines Bundeslandes, wenn gegenüber mehreren Einrichtungen berichtet wird. In zehn Fällen erfolgt die Berichterstattung jährlich, in fünf Fällen alle zwei Jahre, in sechs Fällen in einem anderen Turnus. In drei Fällen existieren keine Vorgaben, in einem Fall liegen keine Angaben zum Turnus der Berichtspflicht vor.

In zehn Fällen werden die Berichte oder entsprechende Zusammenfassungen veröffentlicht, in elf Fällen sind die Berichte nicht öffentlich.

Erreichbarkeit der Besuchskommission: In der Erwachsenenpsychiatrie ist die Besuchskommission in zehn Bundesländern für die Patientinnen und Patienten auch

außerhalb der Besuche zu erreichen. In drei Bundesländern ist die Erreichbarkeit teilweise vorhanden oder war zum Zeitpunkt der Untersuchung noch in Klärung.

Im Maßregelvollzug ist die Besuchskommission in insgesamt zwölf Bundesländern außerhalb der Besuchstermine erreichbar. Dies ist nicht der Fall in Baden-Württemberg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern sowie Rheinland-Pfalz.

ii. Fachaufsicht über beliehene Einrichtungen

Auf dem Wege der Beleihung von psychiatrischen Kliniken werden hoheitliche Befugnisse des Landes, insbesondere die Befugnis zu Eingriffen in Grundrechte, im Kontext der öffentlich-rechtlichen Unterbringung und der Unterbringung in einer Maßregelregelvollzugseinheit auf diese Einrichtungen übertragen. Die Fachaufsicht überprüft die Recht- und Zweckmäßigkeit der Aufgabenerfüllung in diesem Zusammenhang.

Über alle drei Psychiatriebereiche hinweg haben am häufigsten die Ministerien - teilweise gemeinsam mit Landesbehörden - die Fachaufsicht inne. In sechs Bundesländern liegt die Fachaufsicht für alle drei Psychiatriebereiche beim Ministerium bzw. bei den jeweiligen senatorischen Behörden. In Nordrhein-Westfalen und Thüringen besteht keine Fachaufsicht über die Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie; in Bayern lediglich für den Bereich des BayPsychKHG.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die fachaufsichtführenden Behörden in den einzelnen Bundesländern und ihren jeweiligen Psychiatriebereichen.

Tabelle 2: Fachaufsichtsführende Behörde in den drei Psychiatriebereichen nach Bundesländern

Bundesland	Bereich	Keine Fachaufsicht	Kommune	Landesbehörde	Ministerium	Sonstiges
BW	EP					X
	KJP					X
	MRV					X
BY	EP			X		
	KJP			X		
	MRV			X		

Bundesland	Bereich	Keine Fachaufsicht	Kommune	Landesbehörde	Ministerium	Sonstiges
BE	EP		X			
	KJP		X			
	MRV				X	
BB	EP			x	X	
	KJP			x	X	
	MRV			x	X	
HB	EP				X	
	KJP				X	
	MRV				X	
HH	EP				X	
	KJP				X	
	MRV				X	
HE	EP				X	
	KJP				X	
	MRV				X	
MV	EP		X			
	KJP		X			
	MRV				X	
NI	EP				X	
	KJP				X	
	MRV				X	
NW	EP	X				
	KJP	X				
	MRV				X	
RP	EP			X		
	KJP			X		
	MRV			X		
SL	EP				X	
	KJP				X	
	MRV				X	
SN	EP				X	
	KJP				X	
	MRV	keine beliehenen Einrichtungen				
ST	EP			X		
	KJP			X		

Bundesland	Bereich	Keine Fachaufsicht	Kommune	Landesbehörde	Ministerium	Sonstiges
	MRV				X	
SH	EP		X			
	KJP		X			
	MRV				X	
TH	EP	X				
	KJP	X				
	MRV			X		

Form der Begehungen der Fachaufsicht: Wie die Fachaufsicht ausgeübt wird, ist sehr unterschiedlich. Es gibt sowohl turnusmäßige, unangemeldete Begehungen, angemeldete Begehungen als auch anlassbezogene Begehungen. In einigen Bundesländern liegen Checklisten oder ein Leitfaden für die Begehungen der Fachaufsicht vor.

Berichte zu den Begehungen werden durch die Fachaufsicht nur in einigen Bundesländern und auch dort meist nur in einigen Psychiatriebereichen angefertigt: In Bayern (MRV), Brandenburg (EP, KJP, MRV), Hamburg (EP, KJP, MRV), Hessen (EP, KJP), Niedersachsen (EP, KJP), Nordrhein-Westfalen (MRV), Sachsen-Anhalt (EP, KJP), Schleswig-Holstein (EP, KJP) sowie in Thüringen (MRV). Adressaten der Berichte sind Ministerien und/oder die begangenen Einrichtungen, teilweise auch deren Träger.

iii. Psychiatrieberichterstattung und -planung

Ein Landespsychiatrieplan ist die Darstellung der Handlungsfelder, die aus Sicht des Landes vordringlich zu bearbeiten sind, sowie die Benennung konkreter Handlungsschritte, mit denen die psychiatrische Versorgung in den kommenden Jahren qualitativ weiterentwickelt werden soll.

Hiervon zu unterscheiden ist die Gesundheits- bzw. Psychiatrieberichterstattung. Das Ziel der Gesundheitsberichterstattung ist eine kontinuierliche datengestützte Darstellung der Gesundheit und Versorgung der Bevölkerung.

In der folgenden Tabelle sind die Rechtsgrundlagen der einzelnen Bundesländer für den Landespsychiatriebericht/Landespsychiatrieplan aufgeführt.

Tabelle 3: Bundesländer mit Rechtsgrundlage zum Landespsychiatriebericht/-plan

Bundesland	**Psychiatrischer Bereich**	**Rechtsgrundlage**
Baden-Württemberg	EP (E-Psych)	§ 12 PsychKHG-BW Rahmenplanung, Landespsychiatrieplan
	KJP	§ 12 PsychKHG-BW Rahmenplanung, Landespsychiatrieplan
	MRV	§ 12 PsychKHG-BW Rahmenplanung, Landespsychiatrieplan
Bayern	EP	Art. 4 BayPsychKHG
	KJP	Art. 4 BayPsychKHG
	MRV	Art. 4 BayPsychKHG
Bremen	EP	§34 PsychKG
	KJP	§34 PsychKG
	MRV	§34 PsychKG, Landespsychiatrieplan
Niedersachsen	EP	keine Rechtsgrundlage
	KJP	keine Rechtsgrundlage
	MRV	S. Ausführungen Referat 406
Nordrhein-Westfalen	EP	§32 Abs. 3 PsychKG NRW
	KJP	§32 Abs. 3 PsychKG NRW
	MRV	§25 ÖGDG
Saarland	EP	§8 PsychKHG
	KJP	§8 PsychKHG
Sachsen	EP	§ 8a-h SächsPsychKG- im Aufbau begriffen
	KJP	§ 8a-h SächsPsychKG- im Aufbau begriffen
	MRV	verweisen auf Fragebögen zu EP und KJP
Sachsen-Anhalt	EP	§ 37 Abs. 7 PsychKG LSA - Tätigkeitsbericht des Psychiatrieausschusses, § 9 Abs. 1 PsychKG LSA – Psychiatrische Versorgungsstrategie
	KJP	§ 37 Abs. 7 PsychKG LSA - Tätigkeitsbericht des Psychiatrieausschusses, § 9 Abs. 1 PsychKG LSA - Psychiatrische Versorgungsstrategie
	MRV	§ 37 Abs. 7 PsychKG LSA – Tätigkeitsbericht des Psychiatrieausschusses

Bundesland	Psychiatrischer Bereich	Rechtsgrundlage
Schleswig-Holstein	EP	Rechtsgrundlage: (-), nicht verpflichtend, zuletzt 2016 ("Bericht der Landesregierung: Psychiatriebericht 2016")
	KJP	Rechtsgrundlage: (-), nicht verpflichtend, zuletzt 2016 ("Bericht der Landesregierung: Psychiatriebericht 2016")
	MRV	Zuletzt 2016 auf Antrag der regierungstragenden Fraktionen
Thüringen	EP	Der Psychiatriebericht wird in unregelmäßigem zeitlichen Abstand erfasst. Es gibt keine Rechtsgrundlage
	KJP	Der Psychiatriebericht wird in unregelmäßigem zeitlichen Abstand verfasst. Es gibt keine Rechtsgrundlage
	MRV	Der Psychiatriebericht wird in unregelmäßigem zeitlichen Abstand verfasst. Es gibt keine Rechtsgrundlage

Lediglich in Bremen, Hessen, Sachsen und Sachsen-Anhalt ist eine kommunale Psychiatrieberichterstattung rechtlich vorgeschrieben, mit Ausnahme für den Bereich Maßregelvollzug in Sachsen-Anhalt.

iv. Statistische Erfassung von Zwangsmaßnahmen

Es gibt keine ländereinheitliche statistische Erfassung von Zwangsmaßnahmen. Dennoch erhebt die Mehrheit der Bundesländer Zwangsmaßnahmen nach dem PsychKG/Maßregelvollzugsgesetz. In den meisten Bundesländern gibt es landeseinheitliche Vorgaben für die Datenerhebung in allen drei Psychiatriebereichen. Die Datenerhebung erfolgt bei der Mehrheit der Bundesländer jährlich. Die Berichterstattung erfolgt in der Mehrheit jährlich oder alle zwei Jahre und erfolgt an den Landtag, teilweise in einigen Bundesländern auch an die Einrichtungen bzw. an die allgemeine Öffentlichkeit.

Die Tabellen 1-4 im Tabellenanhang zeigen die Antworten der einzelnen Bundesländer getrennt nach den psychiatrischen Bereichen auf.

c. Einrichtungsbezogene Qualitätssicherungs- und Kontrollmaßnahmen

Auf der Ebene der einzelnen psychiatrischen Kliniken gibt es eine Vielzahl von Möglichkeiten und Maßnahmen, die Anwendung von Zwangsmaßnahmen zu regulieren und zu kontrollieren. Um hier einen Überblick zu bekommen, wurden alle beliehenen psychiatrischen Kliniken um Informationen gebeten.
In dem nachfolgenden Kapitel ist bzgl. der Auswertung zu beachten, dass die Bundesländer Bayern (teilweise) und Hessen nicht berücksichtigt wurden, da ein ausreichendes Datenmaterial nicht vorliegt. In Bezug auf das Bundesland Bayern findet nur eine Auswertung des Maßregelvollzugsbereichs statt. Zudem beziehen sich die folgenden Ausführungen teilweise nur auf die Anzahl der rückmeldenden Einrichtungen und nicht auf die tatsächliche Anzahl der bestehenden Einrichtungen in den einzelnen Bundesländern[29]. Dies hat zur Folge, dass sich bei einer erheblich abweichenden Differenz zwischen rückmeldenden und nicht rückmeldenden Einrichtungen innerhalb eines Bundeslandes die folgende Auswertung anders darstellen könnte (siehe Anlage 4).

i. Einrichtungsinterne Beschwerdestellen

Um die Entstehung oder die Steigerung von Gewalt und Aggressionen in einer Krisensituation erfolgreich zu verhindern, sind einrichtungsinterne Beschwerdestellen ein Baustein. Ein Beschwerdemanagement dient u.a. dazu, strukturelle Unzufriedenheit schneller zu analysieren und zu beheben. Ein möglichst transparentes Beschwerdewesen kann dazu dienen, Patientinnen und Patienten über ihre Möglichkeiten der Einflussnahme zu informieren.
Aus den Angaben der Befragung wird deutlich, dass in den meisten Einrichtungen der Bundesländer einrichtungsinterne Beschwerdestellen vorhanden sind.
Im Maßregelvollzug sind in allen rückmeldenden Einrichtungen der Bundesländer interne Beschwerdestellen vorhanden.
In den meisten Bundesländern gibt es keine rechtliche Verpflichtung zur Vorhaltung von einrichtungsinternen Beschwerdestellen. In Bayern, Bremen und Sachsen gibt es diese nur für den Maßregelvollzug. In Berlin gibt es diese sowohl in der

[29] In Bayern bezieht es sich auf die Zahl der bestehenden Einrichtungen.

Erwachsenenpsychiatrie als auch im Maßregelvollzug. Nordrhein-Westfalen und Thüringen halten für alle drei Bereiche eine rechtliche Verpflichtung vor.

ii. Patientensprecherinnen und -sprecher oder vergleichbare Gremien können zu einem gelingenden Beschwerdemanagement beitragen. Auch sie sind für die Patienten und Patientinnen erreichbar und bearbeiten insbesondere Anregungen und Beschwerden von ihnen.
Eine rechtliche Verpflichtung zur Vorhaltung existiert – für alle drei Bereiche – in Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg, Bremen, Sachsen und Thüringen. In Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt besteht eine solche Verpflichtung nur für die Bereiche der Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, das Saarland und Schleswig-Holstein verfügen über keine gesetzlichen Verpflichtungen in allen stationären psychiatrischen Behandlungsbereichen.

iii. Zwangsvermeidungskonzepte

Gewalttätige Übergriffe gegenüber Beschäftigten, zwischen Patienten oder gegen sich selbst gerichtet stellen weltweit ein bekanntes und als gravierend eingeschätztes Problem innerhalb von Einrichtungen dar. Zudem haben Zwangsmaßnahmen im klinischen Setting einen großen Einfluss auf die untergebrachten Personen und erschweren oftmals den Zugang zu erfolgreichen therapeutischen Fortschritten. Um Zwangsmaßnahmen so wenig wie möglich einzusetzen, können u.a. Fortbildungen für das therapeutische Personal, externe Supervisionen und schriftlich niedergelegte Zwangsvermeidungskonzepte als gewaltpräventive Maßnahmen angewendet werden.

Im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie werden in den Bundesländern Brandenburg, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen die drei Zwangsvermeidungsstrategien von einer Vielzahl der rückmeldenden Einrichtungen umgesetzt. In Baden-Württemberg werden vor allem Fortbildungen für das therapeutische Personal zum Thema Zwangsvermeidung und externe Supervisionen

durchgeführt. Bzgl. aller Bundesländer ist festzustellen, dass schriftlich niedergelegte Zwangsvermeidungskonzepte nur in wenigen Einrichtungen implementiert sind.

Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden die Zwangsvermeidungsstrategien in den meisten Einrichtungen der Bundesländer mit Ausnahme von Berlin und Sachsen umgesetzt. In Schleswig-Holstein und Bremen werden in allen rückmeldenden Einrichtungen Fortbildungen für das therapeutische Personal sowie externe Supervisionen durchgeführt. Zudem sind in den beiden Bundesländern schriftlich niedergelegte Zwangsvermeidungskonzepte vorhanden.

In Baden-Württemberg, Berlin, Rheinland-Pfalz, Saarland und Schleswig-Holstein existieren in allen rückmeldenden Maßregelvollzugskrankenhäusern alle drei Zwangsvermeidungsstrategien. In Hamburg und Niedersachsen werden ausschließlich Fortbildungen für das therapeutische Personal und externe Supervisionen in den Einrichtungen angeboten.
In Bremen werden externe Supervisionen durchgeführt und schriftlich niedergelegte Zwangsvermeidungskonzepte liegen vor. In Sachsen-Anhalt wurden externe Supervisionen und Fortbildungen für das therapeutische Personal durchgeführt in allen Einrichtungen; die Fortbildungen haben jedoch im Jahr 2020 pandemiebedingt nicht stattgefunden.

In Baden-Württemberg, Berlin, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein beruhen Zwangsvermeidungskonzepte in allen drei psychiatrischen Bereichen auf einer Rechtsgrundlage, in Thüringen nur für die Bereiche der Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie. In den übrigen Bundesländern sind Zwangsvermeidungskonzepte eine freiwillige Leistung der Einrichtungen.

In Nordrhein-Westfalen ist im Gesetz zur Durchführung strafrechtsbezogener Unterbringungen in einem psychiatrischen Krankenhaus und einer Entziehungsanstalt ausdrücklich geregelt, dass jede Einrichtung über Konzepte zu Gewaltprävention und Zwangsvermeidung verfügen muss.

iv. Schriftliche Standards nach Zwangsmaßnahmen oder Gewaltvorfällen

In den Fällen, in denen mildere Mittel nicht in Betracht kommen und sich folglich Zwangsmaßnahmen nicht vermeiden lassen, ist eine darauffolgende Aufarbeitung wichtig, um künftig gezielter mildere Mittel anwenden zu können oder zukünftige Vorfälle dieser Art zu vermeiden. Hierdurch können die Beteiligten einen sensiblen Umgang im Hinblick auf ihren körperlichen sowie seelischen Zustand erhalten und auch mögliche zukünftige Gestaltungsmöglichkeiten vereinbaren. Der Fokus kann hierbei auf der Aufarbeitung der Situation und der Analyse, wie in Zukunft mit solchen Situationen umgegangen und eine Wiederholung ggf. vermieden werden kann, liegen. Um die Aufarbeitung regelhaft zu gewährleisten, ist es sinnvoll, dies in einem Standard schriftlich festzuhalten.

Im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie sind nur in Bremen und Hamburg schriftliche Standards bei Zwangs- oder Gewaltvorfällen in allen rückmeldenden Einrichtungen vorhanden.

Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie bestehen in allen rückmeldenden Einrichtungen der Bundesländer Baden-Württemberg, Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein Standards über die Verfahren bei Zwangs- oder Gewaltvorfällen.

Im Bereich des Maßregelvollzugs existieren in allen rückmeldenden Einrichtungen der Bundesländer Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg, Bremen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Schleswig-Holstein Standards zum Verfahren bei Zwangs- und Gewaltvorfällen. Zudem zeigt sich, dass es in Berlin, Saarland und Sachsen nur im Maßregelvollzug entsprechende Standards gibt.

In Nordrhein-Westfalen ist der von der Zwangsmaßnahme betroffenen Person, sobald es ihr Gesundheitszustand zulässt, eine Nachbesprechung über die Behandlung, den Verlauf und die daraus zu ziehenden Folgerungen anzubieten und eine Vereinbarung über geeignete Hilfen im Wiederholungsfall anzubieten.

v. Behandlungsvereinbarungen

Nach der durch die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) herausgegebenen S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ sind Behandlungsvereinbarungen schriftliche Vereinbarungen zwischen einer psychiatrischen Klinik und ihren Patienten, die sich auf Modalitäten eventuell erfolgender künftiger Behandlungen beziehen. Behandlungsvereinbarungen beinhalten typischerweise Empfehlungen zu Zwangsmaßnahmen und werden von beiden Seiten als verbindlich anerkannt. Sie können u.a. dazu dienen, mehr Handlungssicherheit für ärztliche Entscheidungen herzustellen.

In der Erwachsenenpsychiatrie werden in allen rückmeldenden Einrichtungen aus Brandenburg, Bremen, Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt Behandlungsvereinbarungen angeboten.

Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie liegen in allen Einrichtungen der Bundesländer Brandenburg, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein Behandlungsvereinbarungen vor.

Im Maßregelvollzug werden in allen rückmeldenden Einrichtungen aus Baden-Württemberg, Brandenburg, Bremen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein und Thüringen Behandlungsvereinbarungen angeboten.

In Nordrhein-Westfalen ist gesetzlich festgelegt, dass der Abschluss von Behandlungsvereinbarungen anzubieten und zu fördern ist.

vi. Zertifizierungen

Zertifizierungen der Einrichtungen können u.a. dazu dienen, Qualitätsstandards nachzuweisen und Transparenz in den Klinikabläufen zu schaffen.

Der überwiegende Anteil der Einrichtungen in Deutschland ist zertifiziert. Bremen kann in allen rückmeldenden Einrichtungen Zertifizierungen aufweisen.

Die überwiegende Zahl der rückmeldenden Kliniken im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie sind in den Ländern Baden-Württemberg, Hamburg, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein zertifiziert. In Brandenburg, Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen sind weniger als die Hälfte der rückmeldenden Einrichtungen zertifiziert. In den Bundesländern Berlin und Sachsen gibt keine der rückmeldenden Einrichtungen eine Zertifizierung an.

Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind in Bremen und Schleswig-Holstein alle rückmeldenden Einrichtungen zertifiziert. In den anderen Bundesländern liegen nur für einzelne Einrichtungen Zertifizierungen vor. Berlin, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen haben in keiner der rückmeldenden Einrichtungen eine Zertifizierung verzeichnet.

Im Bereich des Maßregelvollzugs sind alle rückmeldenden Einrichtungen in Baden-Württemberg, Bremen, Hamburg, Rheinland-Pfalz und dem Saarland zertifiziert. In Niedersachsen und Thüringen sind weniger als die Hälfte der rückmeldenden Einrichtungen zertifiziert. Für die Bundesländer Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt liegen in keiner der rückmeldenden Einrichtungen eine Zertifizierung vor.

6. Fazit

In Deutschland existiert ein ausgereiftes, allerdings noch optimierbares System, Grundrechtseingriffe im Kontext psychiatrischer Versorgung zu kontrollieren und zu minimieren.

Die Länder haben die in den Beschlüssen des Bundesverfassungsgerichts vorgegebenen wesentlichen Verfahrensgrundsätze zur Anwendung besonderer Sicherungsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen spätestens durch Änderung oder Novellierung der jeweiligen Landesgesetze umgesetzt. Die Wahrung der rechtlichen Vorgaben durch die Einbeziehung des Betreuungsgerichts bei besonderen Sicherungsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen sowie die strukturellen Vorgaben in Form von Besuchskommissionen, Fachaufsichten und Psychiatrieberichterstattungen sorgen für Kontrolle und Transparenz. Möglichen Machtmissbräuchen wird vorgebeugt. Zugleich wird die Verantwortung für die zum Teil erheblichen Grundrechtseinschränkungen einer vor Eigen- und Fremdgefahr schützenden Psychiatrie auf viele Schultern verteilt. Fachpersonal, Justiz, Aufsicht, engagierte Zivilgesellschaft, Parlamente und schließlich die Öffentlichkeit, sie alle werden über ein differenziertes System von Begehungen von Einrichtungen und Berichten zum Thema Zwangsmaßnahmen mit einander verbunden und informiert.

Die internationalen und nationalen Kontrollgremien überprüfen neben den Gerichten die Menschenrechtsstandards in den psychiatrischen Einrichtungen, in denen Zwangsmaßnahmen einschließlich Zwangsunterbringungen durchgeführt werden. Die Empfehlungen insbesondere des Europäischen Komitees zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT) sind sehr detailliert und geben konkrete Handlungshinweise. Die Einbeziehung unterschiedlicher Gremien, Akteure und insbesondere des CPT befördern die kritische Auseinandersetzung und Hinterfragung der Verfahren und ermöglichen eine stetige Prozessverbesserung.

Auf Landes- und kommunaler Ebene sind Besuchskommissionen (Zivilgesellschaft) und Fachaufsichten (Staat) wichtig als Kontrollorgane für die Rechte untergebrachter Patientinnen und Patienten. Die Ausgestaltung und die Befugnisse der Kontrollorgane unterscheiden sich jedoch entsprechend der gesetzlichen Rahmenbedingungen in den

Ländern. Berichtspflichten gegenüber den Parlamenten bestehen für die Besuchskommissionen in fast allen Bundesländern und Psychiatriebereichen.

Neben der Arbeit der Besuchskommissionen und der Fachaufsichten ist die statistische Erfassung von Zwangsmaßnahmen ein wichtiges Instrument, um Transparenz zu schaffen. Die Daten bilden eine Grundlage, um Zwangsmaßnahmen effektiv zu reduzieren. Allerdings gibt es auch noch eine Reihe von nicht akzeptablen Lücken in der Transparenz, die insbesondere die Bereiche BGB-Unterbringungen in allen Ländern – außer Baden-Württemberg betrifft. Es gibt bundesweit keine öffentliche und verlässliche Statistik, weder über die Anzahl der nach BGB in Kliniken und Heimen untergebrachten Personen, noch über Anzahl oder Dauer von Fixierungen, Isolierungen oder dem Vorkommen von Zwangsbehandlungen. Aber auch was die Unterbringung und die Anwendung von Sicherungsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen nach Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz oder im Maßregelvollzug betrifft, verfügen bei weitem nicht alle Länder über eine verlässliche, aussagekräftige und öffentliche Statistik. Für eine Demokratie und ein modernes Gesundheitswesen ist der Zustand, dass es keinen umfassenden und verlässlichen Überblick über die Grundrechtseingriffe im Kontext der Versorgung psychischer Erkrankung gibt, nicht hinnehmbar.

Auch die angeführten Qualitätssicherungs- und Kontrollmaßnahmen auf institutioneller Ebene sind wichtige Bausteine sowohl für eine bessere Patientenorientierung in der Versorgung als auch zur effektiven Reduzierung von Zwangsmaßnahmen. In allen Bundesländern setzen psychiatrische Kliniken Strategien zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen ein. Die Auswertung zeigt jedoch, dass in den Einrichtungen aller Bundesländer – in unterschiedlichem Ausmaß – Potenzial zur Weiterentwicklung der Strategien besteht. Dies ist bedeutungsvoll, da erst im Zusammenwirken mehrerer Maßnahmen eine Reduktion und Vermeidung von Zwangsmaßnahmen gelingen kann.

Die Prävention von Grundrechtseingriffen erfordert passgenaue Versorgungsangebote und transparente, gut eingespielte ambulante und stationäre Strukturen. Hier bestehen altbekannte Defizite, insbesondere am Übergang zwischen den Sektoren und Zuständigkeiten und bei der Koordination der Vielzahl an der Versorgung beteiligten Akteure, die zudem auch unterschiedliche Trägerstrukturen haben.

Die Vielzahl an Zuständigkeiten erschwert nicht nur Menschen mit psychischen Erkrankungen, ihren Angehörigen und auch Behandlern die Orientierung im Versorgungssystem. Sie verursacht das Entstehen von Doppelstrukturen, birgt die Gefahr von Therapieabbrüchen und Versorgungsverzögerungen, befördert Informationsverluste an den Schnittstellen, hinterlässt Über-, Unter- oder Fehlversorgung. Dies befördert ungünstige Krankheitsverläufe, die in Eskalation, Gewalt und dem Einsatz von Zwangsmaßnahmen enden können. Zusammenfassend ist eine Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, die patientenorientiert und koordiniert erfolgt, immer eine Versorgung, die Zwangsmaßnahmen im Kontext der psychiatrischen Versorgung vorbeugt.

7. Handlungsempfehlungen und Ausblick

Nach Einschätzung der Psychiatriereferentinnen und -referenten der Länder bedarf es nach den Entwicklungen der letzten Jahre weder weiterer Verrechtlichungen noch weiterer Kontrollgremien, sondern insbesondere einer bundesweit **transparenten Berichterstattung über Zwangsmaßnahmen**. Dies gilt auch für Unterbringungen nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch, die auf bundesrechtlicher Grundlage erfolgen. Grundlage einer gezielten Steuerung, um Zwang zu vermeiden, ist Transparenz über die Anwendung von Zwangsmaßnahmen im Kontext der Versorgung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung. Daher wird empfohlen, dass in der Psychiatrieberichterstattung der Länder Zwangsmaßnahmen durch möglichst standardisierte Indikatoren erfasst werden. Im Rahmen der Fachaufsicht sollten diese Daten reflektiert werden[30].

Das **Stärken und Einbeziehen von Menschen mit Psychiatrieerfahrungen** ist zentral für die Vermeidung und Kontrolle von Zwang. Die Erfahrung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sollte regelhaft in alle sie betreffenden Prozesse einbezogen werden. Diese Prozesse sollten patientenorientiert, partizipativ und deeskalierend gestaltet werden. Instrumente wie Behandlungsvereinbarungen sollten zum Standard werden, genauso wie der Einbezug von Ex-In Expertinnen und Ex-In-Experten bzw. Genesungsbegleiterinnen und -begleitern in die Versorgung. Der Zugang zu Maßnahmen, die die Kompetenz im Umgang mit der eigenen Erkrankung und die Kompetenz der Betroffenen gegenüber dem Versorgungssystem stärken, wie etwa medizinische Rehabilitation, sind unerlässlich[31].

Ungünstige Krankheitsverläufe und damit eine Vermeidung von Situationen, die zum Einsatz von Zwangsmaßnahmen führen, lassen sich mit einer auf die Bedarfe von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ausgerichteten Versorgung

---

[30] Darüber hinaus würde das Beschleunigen mancher Genehmigungsverfahren für Zwangsmedikationen helfen, den Einsatz von Fixierung und Isolierung zu verringern. Eine Ursache ist das Fehlen einer ausreichenden Zahl von gerichtlichen Sachverständigen.

[31] Vgl. Aktion Psychisch Kranke (APK): Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen - auf dem Weg zur personenzentrierten Versorgung von psychisch erkrankten Menschen, Projektbericht 31.08.2022, https://www.psychiatriedialog.de

vermeiden. Dort, wo sie noch nicht existieren müssen also niedrigschwellige **Krisendienste** geschaffen werden. Wie in der Notfallversorgung von Menschen mit somatischen Krankheiten, so sollten auch in der Krisen- und Notfallversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen Krisendienste durch eine Mischfinanzierung aus Kommune und GKV getragen werden. Im aktuellen Koalitionsvertrag der Bundesregierung heißt es dazu auf Seite 86: „*Die psychiatrische Notfall- und Krisenversorgung bauen wir flächendeckend aus*."[32] Die Vierte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung in Gestalt der Reform der Notfall- und Akutversorgung (Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen) sieht auf Seite 13 „Spezielle Dienste für vulnerable Gruppen" vor. Dazu zählen: „Ambulante Palliativversorgung, Akut-Sozialdienst und ein psychosozialer Kriseninterventionsdienst"[33]. Wie diese Pläne vom Bund im Einzelnen umgesetzt werden, ist gegenwärtig nicht bekannt. Auch der Verbändedialog zur Weiterentwicklung psychiatrisch-psychotherapeutischer Hilfen im Auftrag des BMG (2018 bis 2022) empfiehlt ambulante niedrigschwellige Hilfen und schneller Zugang zu psychiatrisch/psychotherapeutischen Leistungen bei psychischen Krisen, die durch die GKV finanziert werden.[34] Zusätzlich bedarf es aufsuchender intensiver ambulanter Komplexleistungen und Fallkoordination. Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen dürfen nicht im System verloren gehen und sollen auch bei schwerer Erkrankung in einem möglichst wenig restriktiven Versorgungssetting, versorgt werden können.

Wichtiges Thema bleibt die **Schaffung von stabilen und verbindlichen Kooperationsverbünden**. Eingliederungshilfe, Krankenhäuser, Sozialpsychiatrische Dienste sowie niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können nur gemeinsam für Menschen mit komplexen Hilfebedarfen, die über längere Zeit Unterstützung benötigen und die sich selbst- und

---

[32]Vgl. Koalitionsvertrag der Bundesregierung: https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/1f422c60505b6a88f8f3b3b5b8720bd4/20_21-12-10-koav2021-data.pdf?download=1

[33] Vgl. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/krankenhausreform.html

[34] Vgl. Aktion Psychisch Kranke (APK): Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen - auf dem Weg zur personenzentrierten Versorgung von psychisch erkrankten Menschen, Projektbericht 31.08.2022. https://www.psychiatriedialog.de

fremdgefährdend verhalten (sogenannte Systemprüfer/innen), ein tragfähiges Angebot schaffen. Das mitunter geforderte „Wegsperren“ in einer Einrichtung von einer aus völlig unterschiedlichen Gründen psychisch beeinträchtigten, herausfordernden Personengruppe ist keine Lösung. Zu schnell würde eine solche isolierte, spezialisierte Einrichtung wohl die Kapazitätsgrenzen erreichen und der Ruf nach weiteren Einrichtungen erschallen. Es käme auch einem Rückschritt zum Modell der aus gutem Grund abgeschafften Landeskliniken mit angeschlossenen geschlossenen Einrichtungen/Abteilungen der EGH nahe und dürfte weder mit der UN-Behindertenrechtskonvention noch mit dem SGB IX vereinbar sein.

Auch ist die **kommunale Vernetzung durch interdisziplinäre Kommunikation** zwischen den Akteurinnen und Akteuren aus Kommune, Gesundheitswesen, Polizei, Staatsanwaltschaft und Gerichten zu stärken. Eskalierende Situationen verlangen Teamarbeit vor Ort, insbesondere zwischen therapeutischem Personal, Polizei, Rettungsdienst, Gericht und Staatsanwaltschaft. Ähnliches sollte für die Schnittstelle Kinder-/Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe angestrebt werden, sofern dies in den Ländern und Kommunen noch nicht geschehen ist. So werden Konflikte reduziert und die Situation verbessert, wenn sich Vertreter der verschiedenen Institutionen, einschließlich der Kliniken, der Jugendhilfeträger und der Kinder und Jugendpsychiatrischen Dienste in einer interdisziplinären Arbeitsgruppe zusammenfinden, um Möglichkeiten der besseren Kooperation und Absprachen zu entwickeln

Die Unterbringung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen stellt häufig eine hochdramatische Situation für alle Beteiligten dar. Krisendienste, Notärztinnen und Notärzte und Polizeikräfte sind häufig beteiligt, wie auch Angehörige und Nachbarn. **Entstigmatisierung und mehr Wissen um psychische Erkrankungen** und Gefährlichkeitsprognosen, Training im Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen leisten daher immer einen präventiven Beitrag, um diese Situationen so gewaltarm wie möglich zu gestalten. Präventive Maßnahmen vermeiden Unterbringungen. In diesem Zusammenhang ist es auch unerlässlich, dass die Beschäftigten in der **Anwendung von Gewaltpräventionskonzepten regelmäßig geschult** werden. Hierdurch werden Arbeitsbedingungen von Pflegenden und Erziehungspersonal verbessert, was wiederum die Attraktivität der Arbeitsplätze verbessert.

Herausforderungen sind nach alledem insbesondere die **Übergänge** zwischen der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 StGB (forensische Psychiatrie) sowie der öffentlich-rechtlichen und der zivilrechtlichen Unterbringung (Allgemeinpsychiatrie) und den Wohn- und Betreuungsangeboten der Eingliederungshilfe. Übergänge bedeuten dabei eine Herausforderung für alle drei Systeme und sollten durch ein konstruktives und lösungsorientiertes Zusammenwirken aller Beteiligten besser gestaltet werden. Um die Übergänge zwischen den Systemen zu optimieren, ist insbesondere folgendes zu beachten:

1. **Keine Sondereinrichtungen**: Die bestehenden Leistungssysteme hinsichtlich der gleichberechtigten Teilhabe sind bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen einschlägig und sollen im Interesse der betroffenen Menschen miteinander lösungsorientiert kooperieren.
2. **Normalisierungsprinzip**: Innerhalb der Regelsysteme sollten adäquate Hilfsangebote mit entsprechender fachlicher Ausrichtung und Personalstärke für Personen mit einem hohen Maß an herausforderndem Verhalten vorgehalten und so konzipiert werden, dass sie für Personen mit vergleichbarem Teilhabebedarf offenstehen.
3. Sowohl der **Versorgungsauftrag** der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung als auch der **Sicherstellungsauftrag** gem. § 95 SGB IX, § 17 Abs. 1 SGB I müssen umgesetzt werden: Geeignete Angebote müssen in ausreichendem Umfang für die Leistungsberechtigten zur Verfügung stehen.
4. **Fachliche Qualifizierung** auf Seiten der Leistungserbringer stärken: Leistungserbringer und ihre Beschäftigten sollten bei der Entwicklung von Fachkonzeptionen und Qualifikation im Hinblick auf die besonderen Teilhabebedarfe der o.g. Personengruppe unterstützt werden. Hierzu gehört auch die Stärkung fachlicher Kompetenzen bei Mitarbeitenden im Umgang mit Personen mit einem hohen Maß an herausforderndem Verhalten. Die psychiatrischen Kliniken (Allgemeinpsychiatrie und forensische Psychiatrie) stehen mit ihrer Expertise beratend zur Verfügung und unterstützen bei Übergängen des betroffenen Personenkreises u.a. durch ein adäquates Entlassmanagement. In diesem Zusammenhang spielt vor allem die Unterstützung der Wohneinrichtungen durch die ambulante Versorgung über die psychiatrischen Institutsambulanzen und die forensischen Nachsorgeambulanzen eine wichtige Rolle.

5. **Stärkung der Zusammenarbeit und Vernetzung beteiligter Akteurinnen und Akteure**: Dies betrifft unter anderem die Vernetzung von Angeboten, die Schaffung gemeinsamer definierter Standards für Unterstützungsleistungen, das Ineinandergreifen der unterstützenden bzw. therapeutischen Leistungen. Hier bietet die erst am 18.12.2021 in Kraft getretenen Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) trotz erster kritischer Stimmen aus der Praxis möglicherweise einen Ansatzpunkt.
6. **Innovative Lösungen für sehr komplexe Einzelfälle** ermöglichen: Dazu zählt eine sinnvolle Verzahnung unterschiedlicher Leistungssysteme an der Schnittstelle der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung und den Leistungen der Eingliederungshilfe (z.B. Nebeneinander von Leistungen nach SGB V/MRV und SGB IX/SGB XII) sowie Nutzung der Möglichkeit von Einzelvereinbarungen, um auch sehr komplexen Bedarfen von zur o.g. Personengruppe zählenden Menschen im Einzelfall gerecht zu werden. Hierbei können innovative „Best-Practice-Beispiele“ als Vorbild dienen, bei denen es durch eine Verzahnung der Leistungen der betroffenen Akteure gelingt, ein geeignetes Setting zu schaffen, das positive Entwicklungen auf die Selbstverwirklichung sowie Stärkung von Teilhabemöglichkeiten für betroffene Menschen mit (psychischen) Behinderungen ermöglicht.

Die Arbeitsgruppe Psychiatrie regt daher die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) an, die Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) zu bitten, eine **Länderarbeitsgruppe auf Fachebene** zu beauftragen. Diese entwickelt unter Einbeziehung voranstehender Stellungnahme gemeinsam mit der AG Psychiatrie der GMK Vorschläge zur Verbesserung der Versorgung von Personen mit hohem Unterstützungsbedarf und schwerwiegend herausforderndem Verhalten an den Übergängen der Hilfesysteme (SGB V/MRV sowie SGB IX/SGB XII). Die Vorschläge legt die zu schaffende Länderarbeitsgruppe der GMK zu ihrer 98. Sitzung und der ASMK bis zu ihrer 102. Sitzung 2025 vor.

Literatur

Azeem, M., Aujla, A., Rammerth, M., Binsfeld, G., & Jones, R. B. (2017). Effectiveness of six core strategies based on trauma informed care in reducing seclusions and restraints at a child and adolescent psychiatric hospital. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs, 30*(4), 170-174. doi:10.1111/jcap.12190

Borckardt, J. J., Grubaugh, A. L., Pelic, C. G., Danielson, C. K., Hardesty, S. J., & Frueh, B. C. (2007). Enhancing patient safety in psychiatric settings. *J Psychiatr Pract, 13*(6), 355-361. doi:10.1097/01.pra.0000300121.99193.61

Brandt, W. A., Bielitz, C. J., & Georgi, A. (2016). The Impact of Staff Turnover and Staff Density on Treatment Quality in a Psychiatric Clinic. *Frontiers in Psychology, 7*(457). doi:10.3389/fpsyg.2016.00457

DGPPN (2022): Klimawandel und psychische Gesundheit. https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/d3dfe92c23a0ed0e6001487f6b3689ef9da23dd6/Positionspapier_Klima%20und%20Psyche_web.pdf

DGPPN (2022) Dossier Psychische Erkrankungen in Deutschland: Schwerpunkt Patientenautonomie. https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/81a4dc4e22718090a9b3f0660e370af38e835f87/Dossier_2022_web.pdf

DGPPN (2018a) *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (Langversion). Stand 02.10.2018 (Langversion). AWMF-Register Nr. 038-020* (2 ed. Vol. AWMF-Register Nr. 038-020): Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.

DGPPN (2018b) *S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen (Langversion – Fassung vom 10.09.2018)*. AWMF-Register Nr. 038-022: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.

Doedens, P., Vermeulen, J., Boyette, L.-L., Latour, C., & de Haan, L. (2020). Influence of nursing staff attitudes and characteristics on the use of coercive measures in acute mental health services-A systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 27*(4), 446-459. doi:10.1111/jpm.12586

Finch, K., Lawrence, D., Williams, M. O., Thompson, A. R., & Hartwright, C. (2021). A Systematic Review of the Effectiveness of Safewards: Has Enthusiasm Exceeded Evidence? *Issues Ment Health Nurs*, 1-18. doi:10.1080/01612840.2021.1967533

Gaebel, W., Ahrens, W., & Schlamann, P. (2010). *Antistigma-Projekt des Aktionsbündnisses für Seelische Gesundheit. Konzeption und Umsetzung von Interventionen zur Entstigmatisierung seelischer Erkrankungen: Empfehlungen und Ergebnisse aus Forschung und Praxis*. Retrieved from http://seelischegesundheit.net/wp-content/uploads/2021/06/strategiepapier-2372010.pdf

Greve, N. (2017). Home Treatment in Deutschland –Konzepte und Modelle der Gemeindepsychiatrie. Retrieved from https://www.dvgp.org/fileadmin/user_files/dachverband/dateien/Doku_Jahrestagung_2017/Pr%C3%A4sentation_Greve.pdf

Heinz, A., Meyer-Lindenberg, A. (2023), DGPPN-Task_Force „Klima und Psyche“: Klimawandel und psychische Gesundheit. Positionspapier einer Task-Force der DGPPN. Nervenarzt 2023 (3), 225-228.

Hirsch, S., & Steinert, T. (2019). Freiheitsbeschränkende Zwangsmaßnahmen. *Dtsch Arztebl International, 116* (19), 336-343. doi:10.3238/arztebl.2019.0336

Lorey, K., & Fegert, J. M. (2021). Increasing Mental Health Literacy in Law Enforcement to Improve Best Practices in Policing-Introduction of an Empirically Derived, Modular, Differentiated, and End-User Driven Training Design. *Front Psychiatry, 12*, 706587. doi:10.3389/fpsyt.2021.706587

Lorey, K., & Fegert, J. M. (2021). Polizeilicher Kontakt zu psychisch erkrankten Menschen. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 15*(3), 239-247. doi:10.1007/s11757-021-00670-z

Nationale Stelle zur Verhütung von Folter. (2021). Jahresbericht 2020. Retrieved from https://www.nationale-stelle.de/fileadmin/dateiablage/Dokumente/Berichte/Jahresberichte/Nationale_Stelle_-_Jahresbericht_2020.pdf

O'Malley, J. E., Frampton, C., Wijnveld, A.-M., & Porter, R. J. (2007). Factors influencing seclusion rates in an adult psychiatric intensive care unit. *Journal of Psychiatric Intensive Care, 3*(2), 93-100. doi:10.1017/S1742646407001124

Rosemann, M., Gallinat, J., Heinz, A., & Krüger, U. (2020). *Bericht für das Projekt: Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem (ZVP)*. Retrieved from https://www.bag-gpv.de/fileadmin/downloads/ZVP_Gesamtbericht_final.pdf

Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt (2023): Studie zur psychischen Gesundheit von Schülerinnen und Schülern im Freistaat Sachsen im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie. Dresden 2023. Verfügbar unter: https://publikationen.sachsen.de/bdb/artikel/41713

Schomerus, G., Spahlholz, J. & Speerforck, S (2023). Die Einstellung der deutschen Bevölkerung zu psychischen Störungen. Bundesgesundheitsblatt https://doi.org/10.1007/s00103-023-03679-3

Schöttle, D., Ruppelt, F., Schimmelmann, B. G., Karow, A., Bussopulos, A., Gallinat, J., . . . Lambert, M. (2019). Reduction of Involuntary Admissions in Patients With Severe Psychotic Disorders Treated in the ACCESS Integrated Care Model Including Therapeutic Assertive Community Treatment. *Front Psychiatry, 10* (736). doi:10.3389/fpsyt.2019.00736

Schwind, H.-D. (2021). Kriminologie und Kriminalpolitik, Kriminalistik Verlag

Anlagen

Tabelle 1: Kontinuierliche Datenergebung zu Zwangsmaßnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie

	Anzahl Fälle unter Fixierung/Isolierung nach PsychKG/Maßregelvollzug	Anzahl Fälle unter Fixierung/Isolierung nach anderer Rechtsgrundlage	Anzahl Fixierung/Isolierung nach PsychKG/Maßregelvollzugsgesetz	Anzahl Fixierung/Isolierung nach anderer Rechtsgrundlage	Dauer Fixierung/Isolierung nach PsychKG/Maßregelvollzugsgesetz	Dauer Fixierung/Isolierung nach anderer Rechtsgrundlage	Öffentlich-rechtliche Unterbringungen	Unterbringungen nach anderer Rechtsgrundlage	Zwangsbehandlung nach PsychKG/Maßregelvollzugsgesetz	Zwangsbehandlung nach anderer Rechtsgrundlage	weitere Maßnahmen
Baden-Württemberg	X		X			X	X		X		
Bayern	X		X		X		X		X		
Berlin			X		X		X		X		
Brandenburg	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Isolierung, Ruhigstellung
Bremen	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Zwangsernährung
Hamburg	X	X			X	X	X	X	X	X	Zwangsmedikation, Videoüberwachung
Hessen			X				X	X	X		
Mecklenburg-Vorpommern	Keine Angabe										
Niedersachsen	X		X		X		X		X		Belegung geschlossene Station
Nordrhein-Westfalen	X		X		X		X		X		
Rheinland-Pfalz	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Maßnahmen zur teilweisen Bewegungseinschränkung
Saarland	Aufbau eines Melderegisters ist in Vorbereitung										
Sachsen	Keine Angabe										
Sachsen-Anhalt	X		X		X		X		X		
Schleswig-Holstein	X		X		X		X		X		Anzahl der vorläufigen Unterbringungen nach § 11 PsychHG SH
Thüringen	Keine Angabe										

Tabelle 2: Kontinuierliche Datenerhebung zu Zwangsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

	Anzahl Fälle unter Fixierung/Isolierung nach PsychKG/Maßregelvollzug	**Anzahl Fälle unter Fixierung/Isolierung nach anderer Rechtsgrundlage**	**Anzahl Fixierung/Isolierung nach PsychKG/Maßregelvollzugsgesetz**	**Anzahl Fixierung/Isolierung nach anderer Rechtsgrundlage**	**Dauer Fixierung/Isolierung nach PsychKG/Maßregelvollzugsgesetz**	**Dauer Fixierung/Isolierung nach anderer Rechtsgrundlage**	**Öffentlich-rechtliche Unterbringungen**	**Unterbringungen nach anderer Rechtsgrundlage**	**Zwangsbehandlung nach PsychKG/Maßregelvollzugsgesetz**	**Zwangsbehandlung nach anderer Rechtsgrundlage**	**weitere Maßnahmen**
Baden-Württemberg	X		X		X		X		X		
Bayern	X		X		X		X		X		
Berlin			X		X		X		X		
Brandenburg	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Isolierung, Ruhigstellung
Bremen	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Zwangsernährung
Hamburg	X	X			X	X	X	X	X	X	Zwangsmedikation, Videoüberwachung
Hessen			X				X	X	X		
Mecklenburg-Vorpommern	Keine Angabe										
Niedersachsen	X										Unterbringung von Minderjährigen auf Erwachsenenpsychiatrie -Akutstationen
Nordrhein-Westfalen	X		X		X		X		X		
Rheinland-Pfalz	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Maßnahmen zur teilweise Bewegungseinschränkung
Saarland	Aufbau eines Melderegisters ist in Vorbereitung										
Sachsen	Keine Angabe										
Sachsen-Anhalt	X		X		X		X		X		
Schleswig-Holstein	X		X		X		X		X		Anzahl der vorläufigen Unterbringung nach § 11 PsychHG SH
Thüringen	Keine Angabe										

Tabelle 3: Kontinuierliche Datenerhebung zu Zwangsmaßnahmen im Maßregelvollzug

	Anzahl Fälle unter Fixierung/Isolierung nach PsychKG/Maßregelvollzug	Anzahl Fixierung/Isolierung PsychKG/Maßregelvollzugs-gesetz	Dauer Fixierung/Isolierung PsychKG/Maßregelvollzugs-gesetz	Öffentlich-rechtliche Unterbringung	Zwangsbehandlung nach PsychKG/Maßregelvollzugs-gesetz	Weitere Maßnahmen
Baden-Württemberg	X	X	X	X	X	
Bayern	X	X	X	X	X	
Berlin		X	X	X	X	
Brandenburg	X	X	X	X	X	Isolierung, Beobachtungen mit optisch-elektronischen Hilfsmitteln, Ruhigstellung
Bremen	X	X	X	X	X	
Hamburg	X	X	X	X	X	
Hessen	Keine Angabe	Keine Angabe	Keine Angabe	Keine Angabe	Keine Angabe	
Mecklenburg-Vorpommern						strafgerichtliche Unterbringungen (Belegungsstatistik)
Niedersachsen	X	X		X	X	
Nordrhein-Westfalen	X	X	X	X	X	
Rheinland-Pfalz	X	X	X	X	X	
Saarland	X	X	X	X		
Sachsen		X	X		X	
Sachsen-Anhalt	X	X	X	X	X	
Schleswig-Holstein	X	X	X	X	X	Entzug von Gegenständen, sedierende Medikation, Beobachtung des untergebrachten Menschen
Thüringen	X	X	X	X	X	Art, Anzahl und Dauer von besonderen Schutz- und Sicherungsmaßnahmen/ weitere nachweisbare Schritt

Tabelle 4: Anzahl rückmeldender Einrichtungen

	Erwachsenenpsychiatrie		**Kinder- und Jugendpsychiatrie**		**Maßregelvollzug**	
	Anzahl aller Einrichtungen	Anzahl rückmeldender Einrichtungen	Anzahl aller Einrichtungen	Anzahl rückmeldender Einrichtungen	Anzahl aller Einrichtungen	Anzahl rückmeldender Einrichtungen
Baden-Württemberg	33	18	15	8	8	8
Bayern	45	0	45	0	14	12
Berlin	16	16	6	6	1	1
Brandenburg	18	16	6	4	2	2
Bremen	4	4	1	1	1	1
Hamburg	9	8	3	3	1	1
Hessen	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	6	k.A.
Mecklenburg-Vorpommern	9	5	5	2	3	3
Niedersachsen	27	26	11	10	10	10
Nordrhein-Westfalen	85	42	22	10	17	17
Rheinland-Pfalz	21	18	10	10	3	3
Saarland	7	7	2	2	1	1
Sachsen	24	24	9	9	5	5
Sachsen-Anhalt	14	6	6	3	3	2
Schleswig-Holstein	17	14	4	2	2	2
Thüringen	12	9	6	6	3	3