



# Benachteiligung psychisch Kranker und Behinderter

Benachteiligung  
psychisch Kranker  
und Behinderter

Herausgegeben von  
H. Jaunich  
C. Kulenkampff  
AKTION PSYCHISCH KRANKE

Tagungsberichte  
Band 8

# Benachteiligung psychisch Kranker und Behinderter

Tagungsbericht

Herausgegeben von H. Jaunich

C. Kulenkampff

AKTION PSYCHISCH KRANKE

Tagungsberichte

Band 8

1983

RHEINLAND-VERLAG GMBH - KÖLN

in Kommission bei Dr. Rudolf Habelt Verlag - Bonn

Gefördert durch das  
Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit

2. Auflage 1984

© 1983 Rheinland-Verlag GmbH - Köln

Anschrift: Abtei Brauweiler, 5024 Pulheim 2

Herstellung: Publikationsstelle des Landschaftsverbandes Rheinland

Umschlagentwurf: Renate Triltsch - Köln

Druck: Druckhaus B. Kühlen GmbH & Co. KG, 4050 Mönchengladbach 1

ISBN 3-7927-0784-5

# Inhalt

	Seite
Vorwort . . . . .	7
<b>I. Teil: Benachteiligung psychisch Kranker</b>	
— <i>H. Stroebe</i> Der psychisch Kranke im System der sozialen Sicherheit . . . . .	11
— <i>H. -P. Kitzig</i> Die Benachteiligung psychisch Kranker und Behinderter im Alltag . . . . .	20
— <i>K. D. Voß</i> Beitrag aus der Sicht der Krankenversicherung . . . . .	31
— <i>G. Tiedt</i> Beitrag aus der Sicht der Rentenversicherung . . . . .	36
— <i>H. H. Heinsohn</i> Beitrag aus der Sicht der Bundesanstalt für Arbeit . . . . .	41
— <i>E. Alberding</i> Beitrag aus der Sicht der Hauptfürsorgestellten . . . . .	43
<b>Diskussion zu den Referaten und Kurzbeiträgen des I. Teils . . . . .</b>	<b>47</b>
<b>II. Teil: Probleme in ausgewählten Rechtsbereichen</b>	
Vormundschafts- und Pflegschaftsrecht Maßregelvollzug	
— <i>H. Koester</i> Probleme des Vormundschafts- und Pflegschaftsrechts — Derzeitige Situation und Vorschläge zur Weiterentwicklung der Rechtsvorschriften aus ärztlicher Sicht . . . . .	65
— <i>H. Heinze</i> Psychisch kranke Rechtsbrecher — Vergessene der Strafrechtsreform? . . . . .	73
<b>Diskussion zu den Referaten des II. Teils . . . . .</b>	<b>81</b>
<i>C. Kulenkampff</i> Zusammenfassung der Informationstagung . . . . .	97
<i>H. Jaunich</i> Schlussbemerkung . . . . .	100

<b>Verzeichnis der Autoren und Diskussionsteilnehmer . . . . .</b>	<b>101</b>
<b>Anhang: Landesgesetze zum Maßregelvollzug</b>	
- Hessisches Maßregelvollzugsgesetz . . . . .	107
- Niedersächsisches Maßregelvollzugsgesetz . . . . .	119

## Vorwort

In einem scheinbar lückenlosen System sozialer Sicherheit, wie wir es in der Bundesrepublik haben, von der besonderen Benachteiligung einer Gruppe von Behinderten zu sprechen, mag auf den ersten Blick befremdlich, ja unbescheiden wirken. Dennoch gibt es im Falle der psychisch Kranken und Behinderten gute und bei näherem Hinsehen augenfällige Gründe dafür.

Die spezifische Benachteiligung der psychisch Kranken in unserem Sozialsystem gründet in erster Linie darauf, daß die Leistungen der sozialen Sicherheit, insbesondere die Leistungen, Maßnahmen und Institutionen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation primär an den Erfordernissen für die Wiedereingliederung körperlich Kranker und Behinderter entwickelt worden sind. Der Gesetzgeber hat im Bereich sozialer Leistungen und rehabilitativer Maßnahmen, aber auch auf anderen Rechtsgebieten den besonderen Umständen psychischer Krankheit und Behinderung nicht immer im notwendigen Maße Rechnung getragen. Vielmehr wurde der für körperlich Erkrankte geschaffene Maßnahmen- und Leistungskatalog in vielen Fällen einfach auf die Gruppe der psychisch Kranken übertragen bzw. dieser zugänglich gemacht, wobei die rechtliche Gleichstellung zu Unrecht auch als Gleichbehandlung aufgefaßt wurde.

Darüber hinaus werden diejenigen Möglichkeiten der Förderung, Beratung, Behandlung und Rehabilitation psychisch Behinderter, die dem Prinzip nach schon heute angeboten werden, von den Betroffenen und ihren Angehörigen wie von den Therapeuten und Betreuern häufig nicht in Anspruch genommen — sei es aus Unkenntnis, Hilflosigkeit oder mangelndem Durchsetzungsvermögen. So besteht zweifellos die Gefahr, daß gerade in einer Zeit leerer Kassen und der Bevölkerung abverlangter Opfer die zahlenmäßig sehr große, aber weitgehend wehrlose Gruppe der psychisch Kranken und Behinderten mehr und mehr an den Rand gedrängt wird.

Die AKTION PSYCHISCH KRANKE hat deshalb am 19. November 1982 im Wissenschaftszentrum in Bonn-Bad Godesberg eine Tagung zum Thema der Benachteiligung psychisch Kranker abgehalten, deren Vorträge und Diskussionen im vorliegenden Band veröffentlicht werden. Der Aufbau der Tagung war nach den beiden Hauptbereichen der Benachteiligung psychisch Kranker im wesentlichen in zwei Abschnitte unterteilt. Am Vormittag wurde über die Benachteiligung im Alltagsleben und im System der sozialen Sicherheit gesprochen; der Nachmittag war dem Thema der besonderen Situation derjenigen psychisch Kranken vorbehalten, die aufgrund ihrer Krankheit mit den Gerichten und der staatlichen Gewalt in Berührung kommen. Dies geschieht in der Hauptsache bei Vormundschafts- und Pflegschaftsverfahren, im Strafrecht und Strafvollzug bzw. Maßregelvollzug.

Wir hoffen, daß die Tagung in beiden behandelten Bereichen nicht nur Informationen vermitteln, sondern auch Anstöße geben wird, die spezifischen Benachteiligungen abzubauen, unter denen psychisch kranke und behinderte Mitmenschen noch immer zu leiden haben.

Bonn, im April 1983

Die Herausgeber

# I. Teil Benachteiligung psychisch Kranker

# Der psychisch Kranke und Behinderte im System der Sozialen Sicherheit

*H. Stroebel*

Es gibt derzeit wohl kaum ein Tätigkeitsfeld im Sozialbereich, das derart viele rechtliche und finanzielle Fragen aufwirft, wie das der Funktion des Systems der Sozialen Sicherheit für psychisch Kranke und Behinderte. Ein Zweites: Um meinen Auftrag gerecht werden zu können — die Einordnung der psychisch Kranken und Behinderten im System der Sozialen Sicherheit aufzuzeigen — werde ich — schon aus Zeitgründen — problematische Punkte, zumindest in diesem Einführungsreferat, nicht in aller Ausführlichkeit abhandeln können. Die vorgesehene Diskussion wird Gelegenheit geben, dieses oder jenes zu vertiefen.

Lassen Sie mich bitte meine Ausführungen mit einem Hinweis auf die Norm des § 10 SGB I beginnen — diese Vorschrift quasi als Präambel den nachfolgenden Ausführungen voranstellen. § 10 SGB I garantiert auch dem seelisch Behinderten „soziale Rechte“. Es heißt dort:

„Wer körperlich, geistig oder seelisch behindert ist oder wem eine solche Behinderung droht, hat ein Recht auf die Hilfe, die notwendig ist, um

1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
2. ihm einen seinen Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gemeinschaft, insbesondere im Arbeitsleben zu sichern.“

Von der rechtlichen Definition her sind die psychisch Behinderten — wie diese Vorschrift zeigt — anderen Behinderten gleichgestellt. Auf entsprechende sozialrechtliche Definitionen im Schwerbehindertengesetz, der Eingliederungshilfeverordnung nach dem Bundessozialhilfegesetz und dem Rehabilitations-Angleichungsgesetz möchte ich in diesem Zusammenhang verweisen.

## *Zur gegenwärtigen Rechtslage*

Die Vorschriften des SGB I führen die wichtigsten Sozialleistungen auf und benennen die dafür zuständigen Leistungsträger, denn zur Verwirklichung des Systems der Sozialen Sicherheit ist in Deutschland nach den Methoden der Versicherung, der Versorgung und der Fürsorge ein gegliedertes System der Sozialen Sicherheit entstanden, und zwar

- die Sozialversicherung mit ihren Zweigen Krankenversicherung, Unfallversicherung, Rentenversicherung,
- die Arbeitslosenversicherung,
- die Kriegsopferversorgung, die Kriegsopferfürsorge und die Sozialhilfe.

Diesen Trägergruppen der Sozialen Sicherheit ist die Rehabilitation als zusätzliche Aufgabe zu ihrer jeweiligen Grundaufgabe übertragen worden. Um es einfacher auszudrücken: Jeder Sozialleistungsträger hat für den von ihm zu betreuenden Personenkreis im Rahmen seiner Aufgaben auch die erforderlichen Rehabilitationsmaßnahmen durchzuführen.

In der folgenden Diskussion werden uns. Vertreter dieser Gruppen zur Verfügung stehen.

Wenn ich wieder an das Sozialgesetzbuch anknüpfen darf: Die eigentlichen anspruchsbegründeten Vorschriften finden sich in den einzelnen in den Einweisungsvorschriften des SGB genannten Gesetzen. Auf diese Gesetze werde ich noch im einzelnen zu sprechen kommen.

Ich komme nun zunächst zum Bereich der Krankenversicherung. Für die gesetzliche Krankenversicherung ist zunächst zu prüfen, ob ein Fall von Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinn vorliegt. Den Begriff der Behinderung kennt das Recht der Krankenversicherung nicht. Jede Behinderung geht zwar auf eine Krankheit im medizinischen Sinn zurück, jedoch ist nicht jeder Behinderte zugleich auch krank im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung, so daß es daher nicht selten an der Leistungszuständigkeit dieses Versicherungszweiges fehlt. Weiter ist im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung zu prüfen, ob die in Betracht kommenden Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation zuzurechnen sind. Denn für die berufliche und soziale Rehabilitation ist die Krankenversicherung *nicht* zuständig. Zwar bildet die Rehabilitation eine Einheit, jedoch ist bei den psychisch Kranken und Behinderten in gleicher Weise zu differenzieren wie bei den somatisch Kranken und Behinderten, d. h. nach medizinischen und anderen Leistungen und Maßnahmen.

Die Leistungen der Krankenversicherung decken grundsätzlich den Bedarf der Versicherten und ihrer Familienangehörigen. Schwierigkeiten ergeben sich gelegentlich, wenn neue Behandlungsformen entwickelt werden, die dem Recht der Krankenversicherung fremd sind. Dann stellt sich die Frage, ob durch Interpretation des geltenden Rechts oder durch Änderung des Rechts die für erforderlich gehaltenen Leistungen finanziert werden können. So wurde im Rahmen der sog. Operation 82 zum 1. Januar 1982. im Recht der Krankenversicherung die teilstationäre Krankenhauspflege vorgesehen, soweit bei psychiatrischer Behandlung eine Unterbringung in einem Krankenhaus nicht mehr erforderlich ist. Der Gesetzgeber folgt damit Bedürfnissen der Praxis.

Damit ist aber noch nicht die Frage gelöst, ob die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet sind, die Rehabilitation psychisch Kranker in sog. Übergangseinrichtungen zu tragen. Nach einer Erhebung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, die in Zusammenarbeit mit dem Forschungszentrum für Rehabilitation und Prävention der Stiftung Rehabilitation durchgeführt worden ist, ist bei der Mehrzahl der Bewohner von Übergangseinrichtungen die Sozialhilfe der Kostenträger (85,3%), Krankenkassen sind bei 3,8%, Arbeitsämter

bei 0,3% und Rentenversicherungsträger bei 1,7% der Bewohner Kostenträger. Selbstzahler sind 5,2%.

immer dann, wenn der Ausfallbürge Sozialhilfe in grundsätzlicher Weise für eine Leistung einspringen muß, ist zu fragen, ob im Recht der Sozialen Sicherheit eine Lücke besteht. Das gilt auch für die Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter in den genannten Übergangseinrichtungen. Sollten z. B. im Vordergrund der Rehabilitation in Übergangseinrichtungen soziale Leistungen stehen, kann die Krankenversicherung nicht eintreten. Worauf es ankommt ist also, das Geschehen in den Übergangseinrichtungen zu analysieren und unter das Recht der Sozialen Sicherheit zu subsumieren.

Ich möchte mich nun den Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung zuwenden.

Unter welchen gesetzlichen Voraussetzungen können Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherungen an psychisch Behinderte gewährt werden?

Grundsätzlich haben die Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung — abgesehen vom „Versichertsein“ und der Zustimmung des Berechtigten — zur Voraussetzung, daß eine Krankheit oder eine Behinderung vorliegt, dadurch bedingt eine erhebliche Gefährdung oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht und zu erwarten ist, daß durch medizinische und/ oder berufliche Maßnahmen

- die erhebliche Gefährdung beseitigt oder
- die bereits geminderte Erwerbsfähigkeit wesentlich gebessert oder
- die Erwerbsfähigkeit wiederhergestellt wird oder
- bei einer bereits geminderten Erwerbsfähigkeit der Eintritt von Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit abgewendet werden kann.

Für die Rentenversicherung ist eine Leistungsverpflichtung also u. a. dann zu bejahen, wenn die gefährdete oder geminderte Erwerbsfähigkeit wesentlich erhalten, gebessert oder wiederhergestellt werden kann. Ob eine Erwerbsfähigkeit bei den in Frage kommenden Diagnosen erreichbar ist, das ist in erster Linie die Frage an den sachverständigen ärztlichen Gutachter.

Nicht zuletzt deshalb bemüht sich beispielsweise seit einiger Zeit eine Projektgruppe beim Verband Deutscher Rentenversicherungsträger Leitlinien für die sozialmedizinische Beurteilung von Leistungsanträgen psychisch Kranker und Behinderter zu erarbeiten, und zwar unter besonderer Berücksichtigung des Gesamtkomplexes der Rehabilitationsmöglichkeiten. Über die Beurteilungshilfen für die ärztlichen Gutachter hinaus sollen damit zugleich Hilfen für die Verwaltungsentscheidungen einschließlich bei der Beurteilung der Leistungsabgrenzungen entwickelt werden. Auf die grundsätzlichen Schwierigkeiten dieses Vorhabens muß nicht gesondert hingewiesen werden. Sie schließen beispielsweise unterschiedliche medizinische Lehrmeinungen ein und liegen insbesondere in den Erschwernissen einer individuellen Prognosestellung, die einfach aus der Vielschichtigkeit der individuellen Krankheitsentwicklung resul-

tiert. Aber gerade diese prognostische Beurteilung spielt für die Leistungsgewährung der Rentenversicherungsträger eine besondere Rolle.

Diese Problematik läßt sich auch nicht dadurch lösen, daß eine rückwirkende Anerkennung und Übernahme von Leistungen durch die Rentenversicherungsträger erfolgt, denn das ist durch die bestehende Rechtslage ausgeschlossen.

Vor dem Hintergrund dieser Situation wird auch die Antwort der Hessischen Landesregierung vom Januar 1982 auf eine Große Anfrage verständlich, die u. a. folgende Frage enthielt: „Trifft es zu, daß jährlich eine große Zahl psychisch Behinderter frühinvalidisiert wird?“

Die Hessische Landesregierung antwortete wie folgt:

„Es ist bekannt, daß eine große Zahl psychisch Behinderter im erwerbsfähigen Alter Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrenten bezieht. Hierfür sind vor allem zwei Gründe bestimmend gewesen. Die Sozialhilfeträger drängten unter Hinweis auf das Subsidiaritätsprinzip auf die Beantragung von Rente, während von den Trägern der Rentenversicherung — insbesondere in der Vergangenheit — zu wenig Rehabilitationsmaßnahmen angeboten wurden. Allein 1979 gab es in der Bundesrepublik Deutschland rund 19 500 Arbeitnehmer, die aufgrund psychischer Leiden frühzeitig in Rente gehen mußten . . .“

Erlauben Sie mir bitte im Zusammenhang mit dieser Problematik auf zwei weitere — wie ich meine — sehr wichtige Aspekte hinzuweisen, die in der gleichen Antwort auf diese Große Anfrage sehr plastisch beschrieben worden sind. Ich zitiere wörtlich:

„a) Therapeutisch rehabilitativer Aspekt:

Bei vielen psychisch Behinderten im erwerbsfähigen Alter führt die ‚Berentung‘ zu einer Zementierung des Bewußtseins der Unfähigkeit und Hilfebedürftigkeit. Der Behinderte versteht seinen Zustand als unveränderlich. Dies führt zu Resignation und wird dem häufig wechselnden und oft (zumindest teil-)reversiblen Verlauf psychischer Krankheiten/Behinderungen nicht gerecht. Außerdem führt die ‚Berentung‘ zu administrativen Schwierigkeiten bei späteren Rehabilitationsversuchen, wenn sich die Behinderung spontan gebessert hat.

b) Administrativer Aspekt: Die überörtlichen Sozialhilfeträger finanzieren im Wege der Eingliederungshilfe fast ausschließlich die Rehabilitationsmaßnahmen psychisch Behinderter, obwohl auch Rechtsansprüche je nach Art der Rehabilitation bei den Trägern der Krankenversicherung und insbesondere bei den Rentenversicherungsträgern gegeben sind. Hierzu sei auf die immer noch nicht verabschiedete Empfehlungsvereinbarung über die Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter in Übergangseinrichtungen verwiesen, die von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation erarbeitet wurde und seit Frühjahr 1980 den Leistungsträgern der Rehabilitation zur Stellungnahme vorliegt.“

Im Zusammenhang mit letzterem Vereinbarungsentwurf möchte ich Sie — ich kann hier als Geschäftsführer der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation pro domo sprechen — über den letzten Stand der Beratungen informieren.

In der Sitzung des Kosten- und Finanzierungsausschusses zum Modellprogramm Psychiatrie am 8. und 9. Juni 1982 ist angeregt worden, den auf der Ebene der BAR erarbeiteten Entwurf einer „Vereinbarung über die Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter in Übergangseinrichtungen“ an Einrichtungen, die im Rahmen des Modellprogramms zur Reform psychisch Kranker und Behinderter gefördert werden, praktisch zu erproben. Daraufhin hat die BAR den Entwurf eines Konzepts für einen solchen Modellversuch erarbeitet und auf der Sitzung ihres Arbeitskreises Institutionelle Rehabilitation am 18. Oktober 1982 zur Diskussion gestellt.

Das Konzept spricht Fragen an wie: Ziele des Modellversuchs, Auswahl der entsprechenden Übergangseinrichtungen, durch den Modellversuch zu beantwortende Fragen sowie Finanzierungsmodelle.

Nach einer ausführlichen Diskussion sprach sich der Arbeitskreis für eine Durchführung dieses Versuchs aus. Der in Aussicht genommene Modellversuch soll insbesondere darüber Aufschluß geben, wie die in der Vereinbarung konzipierten Übergangseinrichtungen arbeiten können (inhaltliche Konzeption).

Wir hoffen, daß die entsprechenden Vorbereitungsarbeiten spätestens Anfang kommenden Jahres abgeschlossen werden können.

Eine Darstellung der Situation der psychisch Kranken und Behinderten in unserem sozialen System wäre ohne Erwähnung des Schwerbehindertengesetzes unvollständig. Anders als Vorschriften, die sich mit der Gewährung von Rehabilitationsleistungen befassen und die in die historisch entstandene Dreiteilung des Systems der Sozialen Sicherheit — Sozialversicherung, Versorgung und Fürsorge — eingebettet sind, richtet sich das Schwerbehindertengesetz an alle Behinderten. Man kann das Schwerbehindertengesetz als ein Sondergesetz für einen bestimmten geschützten Personenkreis bezeichnen. Dieses Sonderrecht für die Schwerbehinderten hat das Ziel, die soziale Benachteiligung auszugleichen, die sich sonst aus der Behinderung ergeben würde. Wesentlicher Inhalt des Sonderrechts ist, die berufliche Eingliederung des Schwerbehinderten sicherzustellen und ihm die Erhaltung eines angemessenen Arbeitsplatzes zu gewährleisten.

Das Schwerbehindertengesetz bezieht grundsätzlich alle Personen, die körperlich, geistig oder psychisch behindert und in ihrer Erwerbstätigkeit nicht nur vorübergehend wenigstens um 50 v. H. gemindert sind, in sein Schutzsystem ein. Entsprechendes gilt auch für Behinderte mit einer geringeren Minderung der Erwerbsfähigkeit, die vom Arbeitsamt den Schwerbehinderten gleichgestellt werden, weil sie infolge ihrer Behinderung ohne diese Hilfe einen geeigneten Arbeitsplatz nicht erlangen oder nicht behalten können.

Die Behinderung und der Grad der auf ihr beruhenden Minderung der Erwerbsfähigkeit werden auf Antrag des Behinderten vom Versorgungsamt

festgestellt. Außer dem Feststellungsbescheid erhalten Schwerbehinderte ebenfalls auf ihren Antrag einen Schwerbehindertenausweis. Aus dem Ausweis ist der Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit, nicht aber die konkrete Behinderung des Ausweisinhabers ersichtlich. Er dient dem Schwerbehinderten als Nachweis für die Inanspruchnahme von Rechten nach dem Schwerbehindertengesetz und für Vergünstigungen nach anderen Vorschriften. Nach den gesetzlichen Regelungen ist demnach kein Schwerbehinderter verpflichtet, die Art seiner Behinderung zu offenbaren. Andererseits ist nicht zu verkennen, daß sich der Schutz des Schwerbehindertengesetzes bei der Arbeitsplatzvermittlung und der Einstellung im Einzelfall nachteilig auswirken kann. Denn in der Regel dürfte vor Abschluß eines Arbeitsvertrages eine Offenbarung der Art der Behinderung unumgänglich sein. All dies unter dem Stichwort „Negative Folgen der Anerkennung einer psychischen Behinderung nach Schwerbehindertengesetz“.

Deshalb nehmen psychisch Behinderte den Schutz des Schwerbehindertengesetzes häufiger nicht in Anspruch. Für diese Nichtinanspruchnahme wurden in der bereits zitierten Antwort der Hessischen Landesregierung auf eine Große Anfrage der CDU folgende Gründe genannt:

- die Angst vor Stigmatisierung,
- die Erwartung daß der Schwerbehindertenstatus Arbeitgeber von der Einstellung abhalten könne, sowie
- weitere Einschränkungen des Selbstwertgefühls und damit verbunden der Motivation durch die quasi bestätigte Leistungseinschränkung.

In der Beantwortung dieser Großen Anfrage wurde zutreffend vermerkt, daß die vielfältigen finanziellen und rechtlichen Hilfen nach dem Schwerbehindertengesetz dem psychisch Behinderten verlorengehen. In diesem Zusammenhang wurde auch darauf verwiesen, daß dieses Problem möglicherweise dadurch sich löst, daß im Zuge der Novellierung des Schwerbehindertengesetzes der irritierende Begriff „Minderung der Erwerbsfähigkeit“ durch eine treffendere Formulierung ersetzt wird. Angestrebt werde, daß das Maß der persönlichen Hilfen an qualifizierter Betreuung den für Körperbehinderte bereitstehenden technischen Hilfen entspricht.

Ich werde mich nun den Förderungsmaßnahmen durch die Bundesanstalt für Arbeit zuwenden.

Für die Wiedereingliederung des Personenkreises, mit dem wir uns heute auseinandersetzen, in das Arbeitsleben stehen die Förderungsmöglichkeiten des Arbeitsförderungsgesetzes zur Verfügung. Im Arbeitsförderungsgesetz (AFG) heißt es:

„Die Bundesanstalt gewährt nach den Vorschriften dieses Unterabschnittes als berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation die Hilfen, die erforderlich sind, um die Erwerbsfähigkeit der körperlich, geistig oder seelisch Behinderten entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu bessern, herzustellen oder wiederherzustellen und die Behinderten möglichst auf Dauer beruflich einzugliedern. Dabei sind Eignung, Neigung und bisherige Tätigkeit angemessen zu berücksichtigen.“

Die vom Verwaltungsrat der Bundesanstalt für Arbeit erlassene Anordnung über die Arbeits- und Berufsförderung Behinderter (A-Reha) gibt sodann folgende Begriffsbestimmung in § 2:

„Behinderte im Sinne dieser Anordnung sind körperlich, geistig oder seelisch behinderte Personen, deren Aussichten, beruflich eingegliedert zu werden oder zu bleiben, infolge der Behinderung nicht nur vorübergehend wesentlich gemindert sind und die deshalb besonderer Hilfe bedürfen.“

Soweit die rechtlichen Rahmenbedingungen.

Die Bundesanstalt für Arbeit ist somit im Gegensatz zu anderen Rehabilitationsträgern — ausschließlich für die Förderung von Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation zuständig. Durch Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation sollen behinderungsbedingte Einschränkungen oder Hemmnisse beseitigt werden, die der Wiedereingliederung in das Berufs- und Arbeitsleben entgegenstehen. Hilfen können auch dazu dienen, einen Arbeitsplatz zu erhalten oder zu sichern. Zur beruflichen Rehabilitation gehören sämtliche berufsbezogenen Maßnahmen und Leistungen, die es ermöglichen, die Erwerbsfähigkeit entsprechend der Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu bessern, herzustellen oder wiederherzustellen.

Die genauen Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung der Bundesanstalt für Arbeit zur beruflichen Rehabilitation sind in der bereits erwähnten zum AFG ergangenen Anordnung des Verwaltungsrates der Bundesanstalt geregelt. Diese Anordnung stellt eine umfassende Grundlage für alle Hilfen dar, die für die berufliche Eingliederung erbracht werden können. Hinzuweisen ist insbesondere auf

- Hilfen zur Erlangung oder Erhaltung eines neuen Arbeitsplatzes,
- Maßnahmen der Berufsfindung, der Arbeitserprobung und Berufsvorbereitung einschließlich einer notwendigen Grundausbildung,
- Maßnahmen der beruflichen Anpassung, der Ausbildung, der Umschulung oder der Fortbildung,
- Sonstige Hilfen der Förderung, um Behinderten eine angemessene und geeignete neue Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder in einer Werkstatt für Behinderte zu ermöglichen.

Sie sehen, meine Damen und Herren, von der „Angebotsseite“, wenn ich das einmal so nennen darf, sind auch für die psychisch Kranken und Behinderten insoweit entsprechende Möglichkeiten vorhanden. Wir alle wissen aber, daß zwischen diesem rechtlich normierten Angebot und der tatsächlichen Umsetzung bzw. der Inanspruchnahme für die psychisch Behinderten eine Lücke klafft. Denn von den vielfältigen Angeboten in den Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation, den Berufsbildungswerken, den Berufsförderungswerken, den Werkstätten für Behinderte usw., haben psychisch Kranke und Behinderte erst in jüngster Zeit in vermehrtem Umfang profitiert. Eine der wesentlichen Ursachen hierfür dürfte sein, daß diese Einrichtungen aus der Arbeit mit Personen mit anderen Behinderungsarten entwickelt wurden und den spezifi-

sehen Erfordernissen der Rehabilitation psychisch Behinderter bisher nur in wenigen Fällen ausreichend Rechnung tragen konnten.

Ich wollte mich an dieser Stelle allerdings zunächst nur auf das Aufzeigen der rechtlichen Rahmenbedingungen beschränken und werde mich nun in dem Bereich unseres sozialen Systems der Sozialen Sicherheit zuwenden, dem für die psychisch Kranken und Behinderten die größte Bedeutung zukommt.

Geschlossen wird unser soziales System durch die Sozialhilfe. Die Sozialhilfe ist für die Rehabilitation derjenigen Personen zuständig, die sich selbst nicht helfen können oder die die erforderlichen Hilfen von anderen, besonders von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen, nicht erhalten. Die Rehabilitationsleistungen der Sozialhilfe — Eingliederungshilfe genannt — wird Personen, die nicht nur vorübergehend körperlich, geistig oder *seelisch* wesentlich behindert sind, ohne Rücksicht auf die Ursache der Behinderung gewährt. Anknüpfungspunkt für die Leistungsgewährung ist ausschließlich das Vorliegen einer anders nicht zu behebenden Bedarfslage. Aufgabe der Eingliederungshilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz ist, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine vorhandene Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern, um den Behinderten in die Gesellschaft einzugliedern.

Hierzu gehört vor allem:

- dem Behinderten die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern,
- ihm die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder
- ihn soweit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.

Die Aufgabenstellung ist von besonderer Bedeutung für die Gestaltung der Hilfe, für Art, Umfang und Form der Maßnahmen.

Das Bundessozialhilfegesetz nennt im einzelnen Maßnahmen und Hilfen zur Eingliederung, die ihre Konkretisierung sodann in der Eingliederungshilfeverordnung finden.

Über Form und Maßnahmen der Sozialhilfe ist nach pflichtgemäßem Ermessen zu entscheiden.

Zusammen mit der gesetzgeberischen Intention des schon anfangs meiner Ausführungen zitierten §10 des Sozialgesetzbuches I heißt das: Psychisch Kranke und Behinderte haben einen Anspruch darauf, daß die Sozialhilfeträger das für sie Erforderliche, Ausreichende und Zweckmäßige tun. Während die Voraussetzung der Behinderung bei psychisch Kranken regelmäßig als gegeben angesehen werden kann, ist als weitere Voraussetzung für die Leistungsgewährung das Vorliegen von Hilfsbedürftigkeit individuell zu prüfen. Ob aber ein Anspruch auf Sozialhilfeleistungen tatsächlich besteht, hängt von der Einkommens- und Vermögenssituation des Behinderten ab, aber auch von der Leistungsverpflichtung anderer Träger, speziell der Rentenversicherung, der Krankenversicherung oder der Bundesanstalt für Arbeit.

Allerdings hat bei ungeklärter Leistungspflicht eines anderen Leistungsträgers der Sozialhilfeträger ggf. mit einer vorläufigen Hilfeleistung einzutreten, und zwar gem. § 43 BSHG.

Ich hatte zuvor bereits die Frage der Leistungstragung in Übergangsheimen angesprochen und darauf hingewiesen, daß die Sozialhilfe nach unseren Untersuchungsergebnissen in bis ca. 85% der Kostenträger ist.

Es stellt sich eben die Frage, ob die psychisch Kranken den somatisch Kranken gleichgestellt sind?

Wenn wir nach Wegen suchen, die Gleichstellung zu fördern, müssen wir zur Kenntnis nehmen, daß die Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter sich von der Rehabilitation somatisch Behinderter unterscheidet, das geltende Recht diese Unterschiede nur z. T. berücksichtigt und die Standards für die Rehabilitation dieses Personenkreises keinesfalls Allgemeingut sind, ja z. T. sogar angezweifelt werden,

Wir sollten im Angesicht der Vielzahl unbewältigter Fragen, nicht mutlos werden. Blicken Sie zurück, was durch Ihre Aktion durch Ihre Initiativen erreicht worden ist, so können wir daraus die Hoffnung schöpfen, die noch offenen Fragen zu lösen.

# Die Benachteiligung psychisch Kranker und Behinderter im Alltag

*H. -P. Kitzig*

Die mir vorgegebene Themenformulierung benennt das alltägliche Lebensfeld der gemeinten Personengruppen — der psychisch Kranken und Behinderten. Damit ist unterstellt, daß dies auch mein Lebens- und Erfahrungsfeld sei —; wie dürfte ich denn sonst davon reden? So müssen Sie denn bei den zu vermittelnden Einsichten den Blickwinkel eines psychiatrischen Krankenhauses annehmen; — verbunden mit Einblicken in umgebende komplementäre Einrichtungen (Wohnheime — Wohngemeinschaften), mit den Wirkungsfeldern sozial-psychiatrischer Dienste, den Aufgaben der Behindertenwerkstätten und der Arbeitsweisen einer kassenärztlichen Nachsorgesprechstunde. Kurz, es sollen Einsichten vermittelt werden in all das, was inzwischen im Umfeld unseres psychiatrischen Krankenhauses alltäglich geworden ist.

So sind denn auch die im Thema benannten „Benachteiligungen“ ein Erfahrungsbestand, wie er sich aus dieser beschriebenen Sicht ergibt.

Die aber, die da im Nachteil sind, sie können solche Defizite selbst kaum benennen — oder aber, sie haben sich gar ergeben in dem ihnen nachteilig bemessenen Anteil am sog. Gemeinwohl. Wer aber hat sie an solchen randständigen sozialen Ort verwiesen; — wer oder was hält sie dort fest — wenn doch längst ihre rechtliche Gleichstellung mit vergleichbaren Gruppen Betroffener gesetzlich verbrieft ist?

Wir alle haben uns daran gewöhnt, die Belange unserer kranken und behinderten Mitbürger innerhalb einer sozialen Ordnung zu bemessen, die im leider unübersichtlich gegliederten Gefüge rechtlicher Einzelleistungen festgelegt ist. Daraus leiten sich dann dem einzelnen zuständige Hilfen und Unterstützungen her, die sogleich funktionieren sollen, wenn sie nur überhaupt abgerufen werden.

Unser Verständnis von Armut — als Mangelposition unterhalb eines angenommenen Niveaus an Mindestbestand — ist in diesem Gefüge von der rechtlich geregelten Abrufbarkeit der solchen Mangel behebenden Zuständigkeiten enthalten:

Die Operationstaktik müßte demnach zur Fehlerkorrektur im Mängelfeld vor allem Falschsteuerungen und Transmissionshemmnisse aufdecken, um schließlich doch den anzumeldenden Rechtsanspruch in das verbrieft Vorratslager sozialrechtlicher Erfüllbarkeiten gehörig einbringen zu können.

So einfach wäre das, ginge es tatsächlich nur darum, den Betroffenen den ihnen zuständigen sozialen Rang innerhalb solcher Regelbeziehungen zu verschaffen. Gerade das aber funktioniert nicht so recht.

Ein Eindruck von einigen sozialrechtlichen Benachteiligungen sind der einschlägigen Statistik zu entnehmen (vergl. Tabellenanhang S. 27—30).

Tab. I zeigt die Entscheidungsanteile 1980 für  
— EU/BU-(Erwerbs-und Berufsunfähigkeits-)Renten,  
— medizinische Rehabilitationshilfen,  
— berufsfördernde Hilfen zur Rehabilitation.

Aus Tab. II ergeben sich große Leistungsdefizite. Davon ist insbesondere die Gruppe der schizophren Erkrankten betroffen: Hoher Anteil berenteter Schizophrener, ohne daß vorher irgendwelche Rehabilitationsmaßnahmen unternommen worden wären.

Tab. III Berentungsalter für Erwerbs- und Berufsunfähigkeits-Renten psychisch Kranker 1980, ausgezählt an über 23000 Antragstellern (Quelle: vgl. Tab. I und II).

Es ergibt sich ein sehr hoher Anteil berenteter psychisch Kranker (Schizophrener) bereits im 37. Lebensjahrzehnt.

Aus diesen Versorgungskennziffern sind beträchtliche Hinweise auf die mangelnden Wirksamkeiten sozialrechtlicher Hilfen für psychisch Kranke und Behinderte herzuleiten.

Wenn sich auch damit die herausragende Bedeutung unseres Sozialrechtes innerhalb des Bedingungsgefüges dieses großen „Mängelfeldes“ nachweisen läßt, so wirken diese Faktoren doch bei weitem nicht allein: Sie sind vielmehr eingebunden in voneinander sehr unterschiedene, sich aber gleichwohl wechselseitig fatal potenzierende Einflüsse. Diesen soll im folgenden nachgegangen werden. Allem voran bitte ich Sie aber, eine Überlegung anzuhören, aus der sich nun gar keine unmittelbaren sozialrechtlichen Konsequenzen, deren Erörterung innerhalb eines solchen Vertrages doch vorrangig erwartet wird, herleiten:

Eingeschränkte menschliche Möglichkeiten zur Entfaltung gesunder Lebensleistung und gesunder Befindlichkeit sind im inzwischen sehr strapazierten Begriff der „Behinderung“ zusammengefaßt. Dies sollte endlich im Gewissen unseres Gemeinwesens seinen gehörigen Platz gefunden haben. Wäre dem so, dann wäre aber auch das Ausmaß öffentlicher Hilfsverpflichtung damit ausgewiesen:

Qualitäten und Quantitäten der zur Hilfe notwendigen Aufwendungen sind indessen nicht nur am „sozialen Rang“ zu messen, der als Konsequenz gesetzlicher — sozialrechtlicher — Zuständigkeiten den Behinderten zu verschaffen ist. D. h., Behindertenhilfe soll sich nicht darin erschöpfen, daß gesetzliche Vorgaben ausgefüllt werden.

Für jedermann, den professionell Berufenen, den begleitenden Mitleidenden und den Laien, sollten diese Aufgaben vielmehr — immer aufs Neue — ein Wagnis bedeuten, das in jedem zugewiesenen Entscheidungsfeld zu bestehen ist. Im gerechten Umgang mit diesem Wagnis beantwortet sich die wiederkehrende Frage nach dem „Zuviel“ oder dem „Zuwenig“ an Zuwendung. Die dafür fällige Entscheidung geschieht hernach vor dem Hintergrund sittlicher Verpflichtung, derer sich jeder inne sein muß. Denn das ist unser Gewissen.

In solchem moralischen Zusammenhang müssen die Behinderten gleichermaßen einbezogen werden. Ihnen entsteht deshalb die Aufgabe, angebotene Hilfen lernend zu erwerben und sich hernach mit dem so erlernten Besitz an Fähigkeiten im Lebensfeld nach Kräften einzurichten.

Insofern sollte das kurative Abhängigkeitsgefälle früherer sozialer Schichtung und Wertung nun tatsächlich der Vergangenheit angehören. Eingliederung und Wiedereingliederung unserer Tage sind als Wechselbeziehungen zu verstehen, innerhalb derer sich Leistungsverpflichtung und Leistungsanspruch ausgleichen sollen.

### *Beschreibung unterschiedener „Mängelfelder“*

*Verständnismängel: psychisch krank eigentlich?*

Der in der öffentlichen Meinung unscharf gefaßte Begriff „psychisch krank“ ist obendrein wie eh und je von dichten Vorbehalten überschichtet. Daraus entstehen nach wie vor feste Sperrn, die den Zugang zur Einschätzung seelischen Leidens verlegen.

Das, was psychische Erkrankung aber am meisten fürchten läßt, sind die meist quälenden Unübersichtlichkeiten beim Versuch, Entstehung und Ablauf der Erkrankungen einzusehen und zu verstehen. Diese mangelnde Kalkulierbarkeit umgibt seelisches Leid mit einer hohen Mauer der Angst.

Psychische Behinderung — sprich: chronisch psychische Erkrankung — ist ohnehin im öffentlichen und auch im sozialrechtlichen Verständnis nur blaß definiert. Eine längst fällige psychiatrisch fachliche Definition ist noch immer nicht ausgeformt.

Die sozialrechtlichen Behinderungsdefinitionen des BSHG (§ 39 und § 2 der Eingliederungshilfeverordnung nach § 47) heilen diesen Mangel an qualifizierter Beschreibung der unterschiedlichen Leidensformationen in seelischer Behinderung nicht.

Beispiele für unterschiedliche Leidensformationen:

- Bei der Gruppe der fehlentwickelten Personen, die in unlösbaren Konflikten befangen bleiben, ist als Versorgungsproblem vorrangig die Diskrepanz zwischen — wirklichkeitsfremder — Anspruchshaltung und den gegebenen Erfüllbarkeiten solcher Schicksalserwartungen zu berücksichtigen. In diesem komplikationsträchtigen Spannungsfeld Ausgleich zu finden, ist vorrangig sozialpädagogischer und psychologischer Auftrag.
- Seelisch-geistige Behinderungen, die ursächlich durch hirnorganische Erkrankungen verursacht worden sind, beinhalten im wesentlichen mehrminder große Balancestörungen im Leistungs- und Befindlichkeitsgefüge. Die hier notwendigen sozialpädagogischen Hilfen müssen geeignet sein, diese störenden Dissonanzen im Stimmungs- und Antriebsverhalten ver-

läßlich und auf Dauer zu beherrschen. Aus derartig komplizierten Behinderungsformen leiten sich ganz besondere Betreuungsaufträge vor allem zur Risikobeherrschung ab.

Es ist erwiesen, daß verlässliche psychopharmakologische Dauerbehandlung bei chronifizierten (schizophrenen) Psychosen Möglichkeiten zu wirksamen sozialpädagogisch-psychotherapeutischen Hilfen erst erschließt. Ziel der anzustrebenden verträglichen Lebenseinrichtung in chronifizierter Psychoseerkrankung sollte letztlich sein, die dem Behinderten durch Krankheit einsichtsverstellten Grenzen zwischen innerem Erleben und Wirklichkeit wieder sichtbar werden zu lassen; — denn nur im wiederhergestellten kritischen Realitätsbezug kann der sonst zu fürchtenden Gefahr des Verfalls in soziale Abhängigkeit und Bedürfnislosigkeit begegnet werden. Die Bedrohung, leistungs- und befindlichkeitsverstümmelnden Hospitalisierungseinflüssen zu unterliegen, wird so am besten abgewehrt.

### *Unbekannte Bedarfslagen bei seelischer Behinderung*

Die Profile seelischer Befindlichkeits- und Leistungsstörungen werden allzu sehr am Modell instrumenteller Defizite gemessen; — in Angleichung mit den Mängelverhältnissen bei körperlich, geistig und Sinnesbehinderten. Demzufolge leistet unser Sozialrecht vorrangig nach einem „Kosten-Nutzen-“ oder „Investitions-Amortisations-Prinzip“ innerhalb einer von vornherein dafür festgelegten Zeit.

Diese so ausgelegten Hilfen verfehlen häufig den von den seelisch Behinderten eben nur verdeckt angemeldeten und obendrein sehr unterschiedlich qualifizierten Bedarf, zu dessen Erfüllung die gesetzlich geforderten Unterscheidungen nach medizinischer, beruflicher und sozialer Rehabilitation kaum zu treffen sind.

Denn, seelische Behinderung wird meist von „chronisch psychischer Erkrankung“ unterhalten. Die dynamischen Verhältnisse des Krankheitsablaufes sperren sich gegen die gesetzlich geforderten statisch gefaßten Festlegungen. So sehen denn wohl viele von uns in chronisch psychischer Erkrankung so etwas wie eine „gemeinsame Endstrecke“ im Schicksal seelischen Leidens — wobei sich in der langen Dauer der Erkrankung ursprünglich sehr unterschiedliche Leidensformen in Ähnlichkeit vermeintlich einander angeglichen haben. Der schließlich noch zu erkennende Versorgungsbedarf wird hernach mit dem der geistig Behinderten verglichen.

*Was wünschen sich die Betroffenen – was wissen sie selbst von ihrem Schicksal?*

Im Prinzip aller Rechtshilfe für chronisch psychisch Kranke ist deren — an sich unerläßlich notwendiger — Anteil an Selbsthilfe häufig geschrumpft zugunsten des Vorranges vermeintlich allumfassender verbriefter Versorgungsansprüche.

Dies wird besonders deutlich am Beispiel des kurzschlüssig unternommenen Rückgriffs auf die verfügbaren Möglichkeiten zur Berentung,

Das sind gefährliche Mißverständnisse. Daraus können sich für die Betroffenen

bedrohliche — schicksalsverstümmelnde — Konsequenzen herleiten, die am Ende gar wegen der damit angeblich erreichten „Versorgungssicherheit“ blindlings in Kauf genommen und eifersüchtig festgehalten werden.

*Was werden sie wohl mögen? – Was können sie erhoffen? – Was sollten sie meiden?*

Hält man vordergründig am sozialrechtlichen Kosten-Nutzen-Prinzip fest, so bleiben solche Fragen unverständlich. Ihr Sinn erschließt sich nur dem, der um die häufig mangelhafte oder eben doch nur verdeckt mögliche Selbsteinschätzung seelisch Behinderter weiß. Was wissen sie wirklich von ihrem Woher, vom Jetzt und von dem, was die Zukunft ihnen tatsächlich anbieten könnte?

Gerade in diesen Unübersichtlichkeiten ist Gefahr versteckt: Denn man muß wissen, daß jeder gesetzliche Rehabilitationsschritt eine festgelegte Wegstrecke im Lebensplan eines Behinderten bedeutet. Wer da kurzschrittig vermeintlich bequem zu erreichende Zielsetzungen anstrebt, dem wird der Zugriff zum angemessenen Platz innerhalb des ihm möglichen Lebensgefüges entgleiten. So verstanden, sollte der Rehabilitationsplan für seelisch Behinderte durchaus mit einem weit angelegten Bildungskonzept zu vergleichen sein.

#### *Von der Ohnmacht der Helfer*

Die Bedeutung solcher „Mängelfelder“ im Behindertenschicksal ist in den Ausbildungsgängen der zur Hilfe professionell Berufenen nur unzureichend berücksichtigt. Kenntnislücken, die die zustehenden sozialrechtlichen Hilfen und die Bedarfslagen der Behinderten gleichermaßen betreffen, verursachen mitunter bei den an der Krankenbehandlung und an den Rehabilitationshilfen beteiligten Psychologen, Sozialpädagogen und Sozialarbeitern, bei Mitarbeitern unterschiedlicher Sozialverwaltungen, vor allem aber auch bei den Ärzten (z. B. dann, wenn sie als Gutachter berufen werden) erheblichen Wirkungsverschleiß an zugedachter Hilfe. Der leidige rechthaberische Methodenstreit obendrein rivalisierender Berufsgruppen vergrößert den Abrieb an Effizienz.

#### *Vom Pflegen psychisch Kranker*

Es ist ein Unglück, daß innerhalb des derzeitigen gesetzlichen Hilfsverständnisses der „Sinn vom Pflegen“ psychisch Kranker und Behinderter nachgerade auf das Maß einer Art Minimalzuwendurig zum Erhalt eines Restes an Lebensbestand geschrumpft ist. Und es ist ein Jammer, daß viele sich solcher Deutung ergeben haben. Nach den „Richtlinien über die Verordnung von Kranken-

hauspflege vom Februar 1982" (Bundesanzeiger Nr. 125a vom 13. 7. 1982, herausgegeben vom Bundesminister der Justiz) ist „Pflegefall" anzunehmen, wenn

- erforderliche Pflegemaßnahmen allein dem Zweck dienen, einem Zustand der Hilfslosigkeit zu begegnen,
- sich ein chronischer Krankheitszustand mit den besonderen medizinischen Mitteln eines Krankenhauses nicht mehr beeinflussen läßt,
- wenn soziale Erwägungen (mangelnde Pflege im häuslichen Bereich) kompensiert werden sollen oder
- wenn Gründe der Gefahrenabwehr vorrangig sind.

Im BSHG ist im § 68 „Hilfe zur Pflege" nachzulesen: Diese Hilfe sei zu gewähren, wenn Krankheit oder Behinderung so hilflos gemacht hätten, daß der Betroffene ohne Wartung und Pflege nicht auskommen könne. Es sollten ihm dann Hilfsmittel zur Erleichterung der Beschwerden zugeführt werden, und er solle nach Möglichkeit angemessene Bildungen und Anregungen kultureller oder sonstiger Art erhalten.

Das sind magere Darstellungen. Was eigentlich hindert uns, den „Sinn der Pflege" kranker und behinderter Menschen wieder zu entdecken, eine Aufgabe, die sich einerseits der Abwehr störender und schädlicher Einflüsse, andererseits aber vor allem der lebhaften Förderung innewohnender gesunder Potenzen zuwendet? Unsere Sprache liefert viele Beispiele, in denen sich diese Sinngebungen darstellen: Was alles nennen wir Pflege! Wir haben die Bezeichnung „Heil- und Pflegeanstalten" aufgegeben, weil sie sich mit häßlichen und auch fürchterlichen Belastungen befrachtet haben. Die hier gemeinte schlichte menschliche Zuständigkeit im pflegerischen Tun sollte damit aber nicht geopfert worden sein. Deshalb sollte der Anteil pflegerischen Handelns in allen therapeutischen Berufsbildern wiederentdeckt werden. Unsere Krankenpflegeschulen wären gut beraten, sich diesen Überlegungen zuzuwenden und dafür vielleicht auf manche Wissensbelastung ihrer Schüler zu verzichten, die diese in ärztliche Nähe rücken.

Wir aber sollten bei der Wiederentdeckung pflegerischer Zuwendungen die dafür notwendigen organisatorischen und personellen Bedingungen endlich beschreiben. Es würde sich dann herausstellen, welche bedeutsamen Aufwendungen zu machen sind, um pflegerische Pflichten richtig zu erfüllen. Eine solche Kommentierung könnte die Gefahr kläglicher Minimalzuwendung bannen.

*Was sollte in aller Zukunft geschehen ? — Was bleibt zu tun ?*

Wir sollten uns darum kümmern, die anstehenden Definitionsprobleme zu lösen. Was ist nun wirklich chronisch psychische Erkrankung (Behinderung)? Wie beschreiben sich die unterschiedlichen Bedarfslagen der Betroffenen?

Welche Hilfen sind anzubringen, um den angemeldeten Versorgungsbedarf richtig erfüllen zu können (Frage nach den Rezepturen)?

Wir sollten für verbesserten sozialrechtlichen Kenntnisstand bei allen einschlägigen Berufsgruppen sorgen. Wir sollten es vor allem aber auch zustande bringen, daß alle die, die von Amts wegen sozialrechtliche Hilfe den Behinderten übersetzen sollen, über deren Bedarfslagen und ihre Erfüllbarkeiten wissen.

Wir sollten unter Berücksichtigung der aufgezeigten mangelnden Wirksamkeiten unser Sozialrecht darauf überprüfen, ob denn wirklich das „Kosten-Nutzen-Prinzip“ einschließlich einer die Amortisationserwartungen stützenden Rehabilitationsprognose vorrangiger Rehabilitationsgrundsatz bleiben muß — denn die darin enthaltene ausschließliche Bezogenheit auf zu verbessernde „Leistung“ sperrt nicht ausschließlich leistungsbezogenen Wiedereingliederungsbedarf aus. Was z. B. wird mit den alten Menschen?

Wir sollten diese Überlegungen einbringen nicht nur in die Krankenhausversorgungen, sondern vor allem auch in die Betreuung der komplementären Einrichtungen (Wohnheime, Wohngemeinschaften) und vor allem in die Ambulanzen. Wir sollten die komplementären Einrichtungen, die in großer Vielfalt unterschiedlicher Trägerschaften gegründet worden sind, nicht sich selbst überlassen, denn mit diesen Wohn- und Pflegeheimversorgungen beginnt sich die Psychiatrie der chronisch psychisch Kranken als selbständiges Wissensgebiet darzustellen. Dem sollten wir nachgehen.

Wir sollten die Ausbildungsgänge der verschiedenen therapeutischen Berufsgruppen überdenken, insbesondere die der Sozialpädagogen, der Sozialarbeiter, der Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten. Vor allem sollten wir den pflegerischen Anteil in der krankenpflegerischen Ausbildung wiederentdecken.

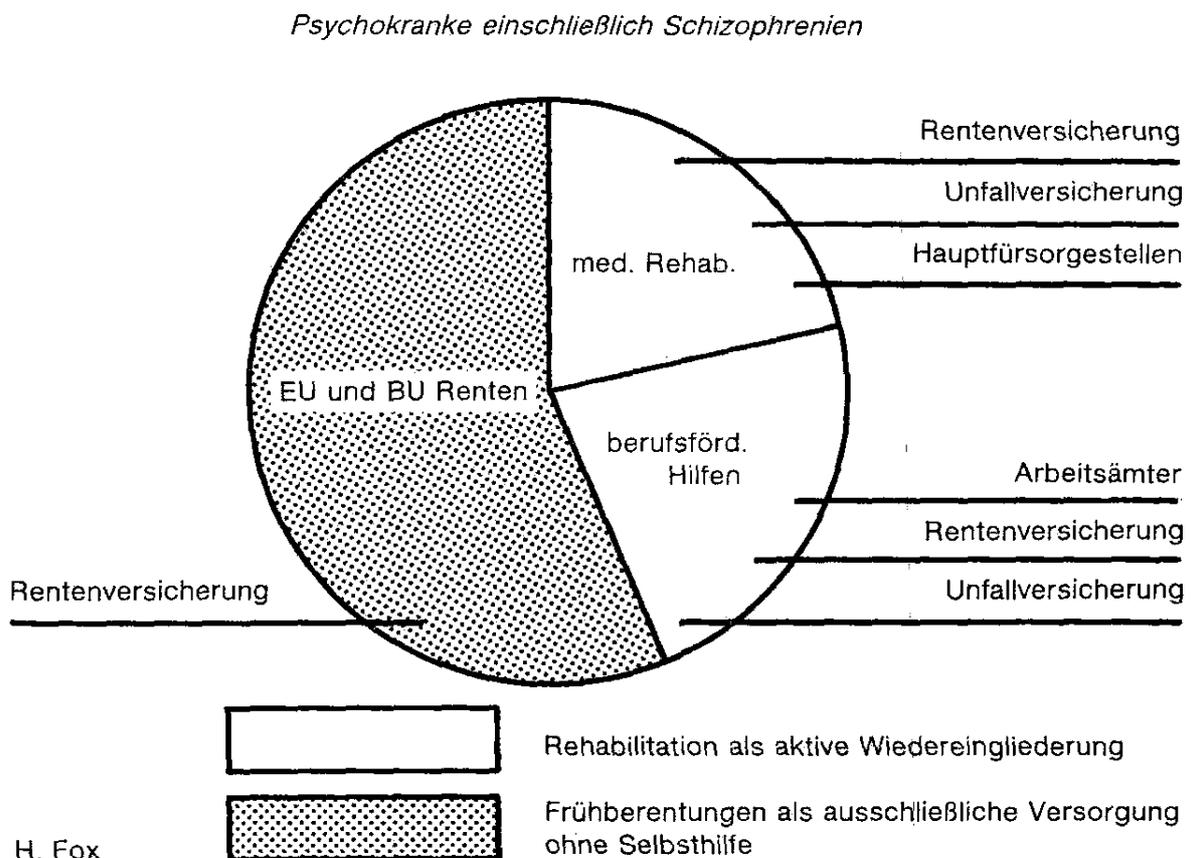
In der ärztlichen Ausbildung sind bisher Rehabilitationsgrundsätze, insbesondere in ihren sozialrechtlichen Anteilen, bedauerlich knapp behandelt worden. Daraus sind viele Hilfsversagungen entstanden.

Seitdem der sog. allgemeine Arbeitsmarkt nur noch sehr beschränkt Plätze für psychisch Behinderte öffnet, sollten wir uns um organisatorische Hilfen kümmern, außerhalb dieses Marktes. Die Werkstätten für Behinderte sollten mit qualifizierten Hilfsangeboten auch seelisch Behinderten wirkungsvoll offenstehen, nicht nur, indem dort handwerkliche Verrichtungen angeboten werden, vielmehr müßten auch kaufmännische und ähnliche Ausbildungshilfen zur Verfügung stehen. Die jetzt schon große Gruppe seelisch behinderter Frührentner und Arbeitsloser wird aller Wahrscheinlichkeit nach nicht nur in knapp bemessener Zeit in unserem Gemeinwesen besonders zu berücksichtigen sein. Wir wären besser beraten, wenn wir uns darauf einrichteten, daß solche Betroffenheit einen wichtigen „bürgerlichen Stand“ für lange Zeit bedeutet. Darauf sollten wir uns einrichten. Denn in den Verhältnissen seelisch behinderter Frührentner oder Arbeitsloser sind zwar rechtliche Entscheidungen wirksam. Genügen diese aber, wenn es um die Frage der Lebenseinrichtung geht? Was soll aus diesen sozialrechtlich so behandelten Menschen denn eigentlich werden? Auch für sie müssen wir helfende Rezepturen entwickeln.

In allen Behandlungs- und Rehabilitationsbemühungen sollte man das „Element der Hoffnung“ nachhaltig berücksichtigen, nicht nur für die unmittelbar Betroffenen und ihre Begleitpersonen, sondern auch für die ihnen verpflichteten Helfer. Wir sollten uns daher um mutmachende, in überschaubarer Zeit erreichbare Hilfsziele kümmern. Mit weniger Perfektionsanspruch, dafür aber mit mehr Fantasie, wäre vielem Mangel abgeholfen. Fantasie sollte dann erlaubt sein, wenn sie geordneten Einfallsreichtum beinhaltet, nicht aber leichtfertige Oberflächlichkeit.

*Tabelle /:* Rehabilitationsmaßnahmen und Berentungen aller Sozialleistungsträger (ohne Sozialhilfe) für *Psychosekranke 1978*  
(Quelle: Daten des Gesundheitswesens 1980, Schriftenreihe BMJFG, Bd. 151)

Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation (abgeschlossen)	2 567	20%
berufsfördernde Maßnahmen zur Rehabilitation (abgeschlossen)	2 758	22%
Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrenten (Neuzugänge)	7 380	58%
Insgesamt	[(2705	100%



*Tabelle II:* Rehabilitation vor Rente:

Umfang von Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherungen  
vor Gewährung von Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrenten  
für psychisch Kranke !

Quelle: Verband deutscher Rentenversicherungen 1980

Band I: Der Rentenzugang und der Rentenwegfall 1980

Band II: Leistungen zur Rehabilitation und der zusätzlichen Leistungen  
der gesamten Rentenversicherung

Frankfurt/Main 1982

ICD Rentenversicherung	BU u. EU Renten insg.	ohne vorher. Maßn.	nur vorher. Heilbeh.	nur vorher. Berufsf.	Hb. u. Bf. vorherig
290 psychische Alterserkrankungen	199 100%	168 84%	30 16%	— — —	1 — —
295 Schizophrenien	3 055 100%	2 826 93%	223 7%	2 — —	4 — —
291—299 ohne 295 organische u. nicht- organische Psychosen	7 926 100%	6 424 81%	1 489 19%	11 — —	2 — —
300—309 Neurosen, Persönlich- keitsstörungen	11 269 100%	8 750 78%	2 509 22%	2 — —	8 — —
310—315 Entwicklungsstörungen, Intelligenzmängel	687 100%	645 94%	41 6%	1 — —	— — —
Gr. Psych. Kr.	23 136 100%	18 813 81%	4 292 19%	17 — —	14 — —

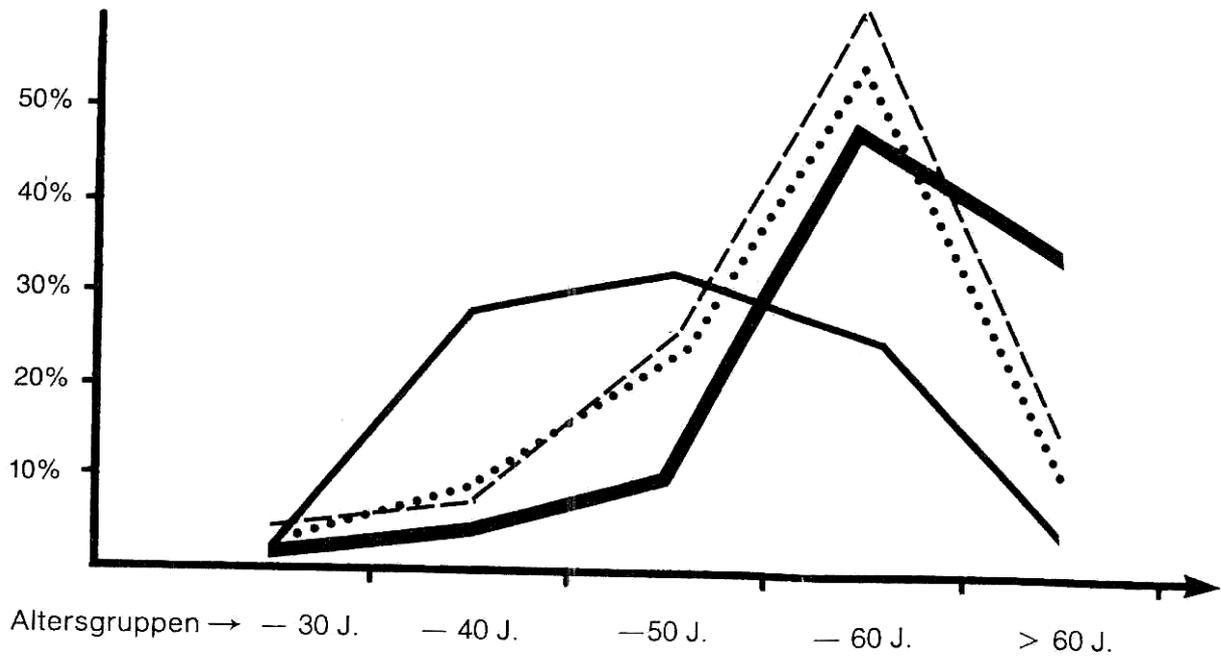
H. Fox

*Tabelle III:*  
Berentungsalter für EU und BU Renten für psychisch Kranke 1980

ICD der Renten- versicherung	Summe	Alter					
		— 30 J.	— 40 J.	— 50 J.	— 60 J.	— 70 J.	> 70 J.
290 psychische Alters- krankheiten	199 100%	1 —	3 2%	33 17%	124 62%	16 18%	2 1%
295 Schizophrenien	3 055 100%	357 12%	847 28%	959 31%	770 25%	115 4%	7 —
291—299 ohne 295 Organische u. nicht- organische Psychosen	7 926 100%	139 2%	521 7%	1 270 16%	4 643 58%	1 334 17%	19 —
300—309 Neurosen, Persönlichkeits- störungen	11 269 100%	145 1%	886 8%	2 873 25%	6 042 54%	1 315 12%	8 —
310—315 Entwick- lungsstörungen, Intelligenzmängel	687 100%	33 5%	124 18%	216 31%	267 39%	47 7%	— —
Summe psych. Erkrank.	23 136 100%	675 3%	2 381 10%	5 351 23%	11 846 51%	2 847 13%	36 —
Alle Diagn.	301 408 100%	2 931 1%	9 958 3%	32 209 11%	146 257 48%	104 323 35%	5 730 2%

Graphische Darstellung zu Tabelle ///

Berentungsalter bei EU und BU Renten für Diagnosegruppen psychisch Kranker 1980



- Alle Diagnosen (EU/BU insg.)
- Schizophrenien
- - -** Sonst. Psychosen
- .....** Psychoneur./Suchten

## Beitrag aus der Sicht der Krankenversicherung (KV)

*K. D. Voß*

Aus den vorangegangenen Referaten wurde eine Fülle von rechtlichen und tatsächlichen Problemen bei der Gesamtversorgung psychisch Kranker deutlich. Zwar hat sich seit der Psychiatrie-Enquete im Jahre 1975 einiges verbessert — insbesondere in der medizinischen Versorgung — befriedigend oder gar optimal ist die Situation jedoch nicht. Aber von einer optimalen Versorgungssituation kann man auch für den Bereich der somatisch Kranken nicht ausgehen. Ein absolutes Optimum kann bei Gesundheitsleistungen vermutlich sowieso nie erzielt werden. Die Beteiligten sind jedoch ständig um notwendige Verbesserungen bemüht. Diese Bemühungen können jedoch sehr leicht mit den seit einigen Jahren verfolgten Maßnahmen der Kostendämpfung kollidieren. Hier besteht sicherlich ein gewisser Zielkonflikt, der sich jedoch auflösen läßt: Ein gezielterer Einsatz der knapper gewordenen Mittel muß sich nicht unbedingt nachteilig auf die Versorgung chronisch Kranker auswirken. Abgesehen vom Haushaltsbegleitgesetz 1983, das einige Eingriffe in den Leistungsrahmen der Krankenversicherung vorsieht, haben sich die Kostendämpfungsgesetze der letzten Jahre (u.a. KVKG, KVEG, KHKG) auf psychisch Kranke nicht oder sogar im positiven Sinne ausgewirkt. Dies gilt insbesondere für den Wegfall des sog. Halbierungserlasses und die Einführung der teilstationären Krankenhauspflege zum 1. 1. 1982 durch das KHKG.

Wie sieht nun der Ist-Zustand aus der Sicht der Krankenversicherung aus? Die Krankenversicherung kann, entsprechend ihrem eingeschränkten Versorgungsauftrag, nur medizinische Maßnahmen zur Verfügung stellen. Berufsfördernde oder allgemeine soziale Eingliederungsmaßnahmen, die gerade für psychisch Kranke eine große Bedeutung haben, kann die Krankenversicherung nicht erbringen. Auf der anderen Seite ist die Krankenversicherung nicht nur auf rehabilitativ ausgerichtete Leistungen Beschränkt, wie sie von Herrn Stroebel vorrangig angesprochen worden sind. Vielmehr wird sie in der kurativen Akutversorgung ebenso tätig wie in der Rehabilitation oder Nachsorge, allerdings immer nur im Rahmen ihres auf medizinische Maßnahmen begrenzten Auftrages.

Die ambulante Versorgung liegt nach dem geltenden Kassenarztrecht allein in der Hand der niedergelassenen Ärzte. Nichtärzte sind zu einer selbständigen Heilbehandlung nicht befugt.

Nach der Psychiatrie-Enquete kommt in diesem Zusammenhang nicht nur den Ärzten mit Gebietsbezeichnung, sondern auch den Allgemeinärzten und praktischen Ärzten eine wesentliche Bedeutung — und zwar nicht nur zahlenmäßiger Art — für die Behandlung und Betreuung psychisch Kranker zu. Sie scheiden jedoch in der Regel für spezifische psychotherapeutische Maßnahmen aus.

An Fachärzten sind nach dem Stand vom 31. 12. 1980 an der kassenärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik beteiligt:

Ärzte für Neurologie und/oder Psychiatrie	2593
Kinder- und Jugendpsychiater	74
Ärzte mit Zusatzbezeichnung	236

Hinsichtlich der ärztlichen Leistungen ist zunächst die sog. kleine Psychotherapie zu nennen, die nach § 24 der Zulassungsordnung für diejenigen Ärzte in Frage kommt, die diese Leistung aufgrund ihrer Qualifikation auch erbringen können.

Die große Psychotherapie richtet sich nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 27.1. 1976. Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie kommt nach diesen Richtlinien in der kassenärztlichen Versorgung nur bei schwereren Störungen mit Krankheitswert und günstiger Prognose für den Behandlungserfolg in Betracht. Ein Antragsverfahren ist vorgeschaltet. Allerdings ist die Ablehnungsquote mit ca. 3% bei jährlich rund 20 000 Maßnahmen gering.

Da eine ausreichende Zahl ärztlicher Therapeuten immer noch nicht zur Verfügung steht, sieht die Psychotherapie-Vereinbarung vor, daß auch nichtärztliche Psychotherapeuten und Psychagogen bei der Kinderbehandlung zur Behandlung im Wege der Delegation herangezogen werden können. Für beide Gruppen der nichtärztlichen Therapeuten sind bestimmte Voraussetzungen an die persönliche Qualifikation festgelegt. Damit sind ausnahmsweise Nichtärzte in das Versorgungssystem einbezogen, obwohl keine gesetzliche Grundlage für eine heilberufliche Tätigkeit besteht.

Die Zahl der an der kassenärztlichen Versorgung im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie Beteiligten hat sich zwar ständig erhöht, dürfte aber immer noch zu gering sein:

	1980	1. 10.1982
Ärzte Diplompsychologen	1 570 483 420	1 700 549 461
Psychagogen		

Als weitere Möglichkeit der ambulanten Versorgung hat der Gesetzgeber die psychiatrischen Krankenhäuser und Krankenhäuser mit selbständigen, unter fachlicher Leitung stehenden psychiatrischen Abteilungen vorgesehen. Durch § 368n Abs. 6 RVO besteht eine Verpflichtung der kassenärztlichen Vereinigungen, mit solchen Krankenhäusern bzw. Abteilungen Verträge über die ambulante Erbringung ärztlicher Maßnahmen der psychiatrischen einschließlich der psychotherapeutischen Versorgung abzuschließen, wenn diese über die hierfür notwendigen Personen und Einrichtungen verfügen. Von dieser Möglichkeit ist bisher leider noch kein umfassender Gebrauch gemacht worden.

Ob mit dem für 1984 avisierten Psychotherapeutengesetz eine entscheidende Verbesserung erzielt werden kann, muß abgewartet werden. Bei dem ersten Gesetzentwurf waren entscheidende Vorfragen nicht geklärt und sind auch heute noch ungeregelt, u. a. die Zusatzausbildung der Psychologen, die Anwendungsbereiche, die Kooperation der Psychologen mit dem Arzt und Fragen der Zugangsregelung. Außerdem fehlt die insoweit notwendige Anpassung der RVO. Dazu bedarf es aber einer eingehenden und zuverlässigen Bedarfsanalyse und einer Abgrenzung der Behandlung zum präventiven Sektor, des Krankheitsbegriffs und auch zu rehabilitativen Maßnahmen.

Die Ersatzkassen haben zwar zusammen mit der Ärzteschaft quasi als Vorgriff auf eine spätere gesetzliche Regelung einen Vertrag über die Einführung der Verhaltenstherapie in der Krankenversicherung abgeschlossen. Allerdings haben sich die Bundesverbände der Krankenkassen, das sind die Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen und landwirtschaftlichen Krankenkassen, zu einem entsprechenden Vertrag nicht entschließen können. Sie vertreten die Auffassung, daß die Verhaltenstherapie allein keine ausreichende Basis für eine mehr umfassend verstandene psycho-soziale Versorgung darstellt. Der Vertrag scheint bislang auch noch nicht in ausreichendem Maße umgesetzt zu sein.

Die Bundesverbände der Krankenkassen präferieren eine gemeindenahere psychosoziale Versorgung. Notwendig erscheint vor allen Dingen ein besseres Zusammenwirken der an der Versorgung Beteiligten. Neben dem Arzt in eigener Praxis sind dies oder können dies u. a. sein:

- die ambulanten Dienste an psychiatrischen Krankenhäusern (Fachambulanzen),
- die sozialpsychiatrischen Dienste der Gesundheitsämter, die zwar primär Ordnungsfunktionen haben, aber auch Überschneidungen mit den Aufgaben der Kranken- oder Rentenversicherung aufweisen,
- die psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen nach dem BSHG bzw. Jugendwohlfahrtsgesetz, die ebenfalls gewisse Überlappungen mit den Aufgaben der Krankenversicherung haben,
- die Sozialstationen oder Gemeindekrankenpflegestationen.

Vielleicht liegt hier ein mögliches und sinnvolles Aufgabenfeld für Arbeitsgemeinschaften nach Maßgabe des am 1.7.1983 in Kraft tretenden 3. Kapitels des X. Buches des SGB. Die Qualität und das Zusammenwirken ambulanter Versorgungsdienste ist letztlich entscheidend für die gerade bei psychisch Kranken notwendige Nachsorge und kann eventuell auch helfen, Krankenhausaufenthalte abzukürzen oder zu vermeiden. Für derartige Verbundmaßnahmen sind jedoch Kostenregelungen unter Berücksichtigung des Versorgungsauftrages der beteiligten Träger notwendig.

Aus dem komplementären Bereich spielen die von Herrn Stroebel angesprochenen Übergangseinrichtungen als eine Form einer abgestuften Nachsorge eine bedeutende Rolle. Die Struktur der vorhandenen rund 80 Einrichtungen

ist sehr unterschiedlich. Bisher wurden sie überwiegend als beschützende Wohneinrichtungen mit einem begleitenden Therapieangebot angesehen. Kostenträger war und ist wohl überwiegend die Sozialhilfe, notwendige medizinische Maßnahmen trägt die KV. Andere Überlegungen, so auch der BAR, gehen von einer größeren Qualifizierung der Einrichtungen mit mehr Therapie- und Maßnahmeanteilen aus. Dies und weitere Prämissen haben die Krankenversicherung vor zwei Jahren zu einer grundsätzlich positiven Stellungnahme veranlaßt. Eine notwendige Forderung der Krankenversicherung war dabei jedoch, daß eine abgestimmte Bedarfsplanung mit dem stationären Bereich erfolgt. Es darf nicht dazu kommen, daß im komplementären Bereich neue und aufwendige Kapazitäten geschaffen werden, ohne daß damit ein Bettenabbau im vollstationären Bereich verbunden ist. Der Bereich der Übergangseinrichtung berührt das Aufgabenfeld der Rehabilitation. Hier sind auch noch andere Träger der Sozialen Sicherheit angesprochen, die sich dazu noch äußern werden.

Eine Möglichkeit — eine sehr praxisbezogene Möglichkeit der Rehabilitation psychisch Kranker — könnte auch in dem von der Krankenversicherung genutzten Instrument der stufenweisen Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß liegen. Obwohl es eine Teilzeit-Arbeitsunfähigkeit nicht gibt, ermöglichen Krankenkassen den Versicherten unter Fortzahlung des Krankengeldes, ihre letzte Beschäftigung mit stufenweiser Belastung wieder aufzunehmen, vielleicht täglich 2, 3 oder 4 Stunden zu arbeiten, um nach einer gewissen Anpassungsphase, die auch mehrere Monate umfassen kann, in die betriebsübliche Arbeitszeit einzumünden. Dieses Instrument, das allerdings eine entsprechende Bereitschaft auch auf Seiten der Arbeitgeber und des Versicherten voraussetzt, ist leider gerade im Bereich der Psychiatrie wenig bekannt, wird jedoch auch erfolgreich bei somatisch Kranken angewandt.

Die Verweildauerzeiten im vollstationären Bereich konnten auch für psychisch Kranke gesenkt werden. Trotzdem gibt es nach wie vor auch hier Probleme, allerdings nicht in bezug auf die Einbindung nichtärztlicher Therapeuten. Sie können hier tätig werden. Probleme gibt es allerdings in der Abgrenzung zum sog. Pflegefall. Der Pflegefall führt zu einem Ende der Eintrittspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Anspruch auf Krankenhauspflege kann auch nicht mit unzureichender häuslicher Pflege- oder Betreuungsmöglichkeit begründet werden. Die Rechtsposition der Krankenversicherung ist durch eine ständige Rechtsprechung des BSG bestätigt worden und hat ihren Niederschlag auch in den von Herrn Dr. Kitzig angesprochenen Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 26. 2. 1982 gefunden.

An dieser für Versicherte nachteiligen Folge hat sich auch durch den Wegfall des Halbierungserlasses nichts geändert. Allerdings bleibt zu hoffen, daß der Wegfall dieses Erlasses nicht zu vermehrten Streitverfahren mit der Sozialhilfe führt. Leider gibt es einige negative Vorzeichen. Für alle Beteiligten wäre in diesem Zusammenhang eine Neuordnung der Absicherung sog. Pflegefälle sicherlich hilfreich.

Die neu geschaffene Möglichkeit der teilstationären Krankenhauspflege wird nur zögernd begangen. Krankenhäuser und Krankenkassen müssen sich hierauf noch einstellen. Da die Inhalte der teilstationären Versorgung auch rehabilitativen Charakter haben, sind auch andere Sozialleistungszweige berührt.

Die Krankenversicherung ist gegenwärtig dabei, sozialmedizinische Vorfragen zu klären, u. a., ob — entsprechend dem Wortlaut des § 184 RVO — immer eine vollstationäre Versorgung vorausgehen muß, welche Patienten sich für diese Maßnahmeart eignen usw.

Erkenntnisse für eine Optimierung der Versorgung psychisch Kranker erhofft sich die Krankenversicherung nicht zuletzt aus dem Modellprogramm der Bundesregierung und einzelner Bundesländer. Die zugrunde liegenden Prinzipien

- gemeindenahe Versorgung,
- bedarfsgerechte und umfassende Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten,
- Koordinierung der Versorgungsdienste,
- Gleichstellung psychisch und körperlich Kranker sind zugleich auch Ziele, die die KV anstrebt.

## Beitrag aus der Sicht der Rentenversicherung

*G. Tiedt*

In den bisherigen Ausführungen sind vielfältige rechtliche Schwierigkeiten der Praxis aufgezeigt worden. Bevor ich vor allem auf einige Bemerkungen von Herrn Kitzig eingehe, gestatten Sie mir, daß ich ganz kurz auf die Voraussetzungen hinweise, die in der Rentenversicherung gesetzlich bestehen. Denn ich glaube, in diesen Voraussetzungen ist der Schlüssel zur Lösung verschiedener Fragen zu sehen, die hier an die Vertreter der Rentenversicherung gestellt worden sind.

Wie Sie wissen, sind die Rentenversicherungsträger Träger von Leistungen bei Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit in dreifacher Hinsicht: Sie gewähren Leistungen der medizinischen Rehabilitation, der beruflichen Rehabilitation, sowie Renten aufgrund Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit. Dies ist ein Leistungssystem, das in sich geschlossen ist. Innerhalb dieses Systems gilt der Grundsatz: Rehabilitation vor Rente. Dieser Grundsatz gilt auch bei uns, Herr Kitzig, auch wenn aus Ihren Zahlen eventuell andere Schlüsse gezogen werden könnten. Dazu komme ich aber noch im einzelnen später. Voraussetzung für diese Leistungen ist das Vorliegen einer Krankheit oder einer Behinderung. Darunter verstehen wir Krankheiten bzw. Behinderungen körperlicher, geistiger oder seelischer Art. Das bedeutet also, daß die psychischen Erkrankungen, um die es hier geht, in gleicher Weise wie körperliche Krankheiten Rehabilitationsmaßnahmen und Rentenleistungen durch die Rentenversicherung auslösen können, wenn entsprechende Voraussetzungen erfüllt sind. Zu diesen Voraussetzungen ist folgendes zu sagen: Rehabilitation vor Rente heißt, daß wir zunächst versuchen sollen, bei jedem gestellten Antrag auf Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit eine Eingliederung ins Erwerbsleben durch medizinische oder berufsfördernde Rehabilitationsmaßnahmen zu erreichen, um letztlich die vorzeitige Rente abzuwenden. Wenn ich jetzt zu den Voraussetzungen der Rehabilitation komme, so haben wir versicherungsrechtliche und sogenannte medizinische Voraussetzungen, um Rehabilitationsmaßnahmen durchführen zu können.

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für medizinische Rehabilitationsleistungen seien hier nur ganz kurz angedeutet: Soweit jemand pflichtversichert ist, muß er in den letzten 24 Kalendermonaten vor Antragstellung mindestens 6 Kalendermonate Pflichtbeiträge entrichtet haben. Dann sind die Voraussetzungen für eine Maßnahme erfüllt. Eine andere Möglichkeit ist, daß eine Versicherungszeit von insgesamt 180 Kalendermonaten zurückgelegt worden ist, also die sogenannte große Wartezeit erfüllt wurde aus Beitragszeiten und Ersatzzeiten. Und die dritte wichtige Möglichkeit ist schließlich, daß zwar nur eine Versicherungszeit von 60 Kalendermonaten, also die sogenannte kleine Wartezeit, zurückgelegt worden ist, aber hinzu kommt, daß Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit vorliegt oder in absehbarer Zeit zu befürchten ist. Dies

sind die drei wichtigsten sogenannten versicherungsrechtlichen Voraussetzungen. Eine dieser drei Voraussetzungen muß erfüllt sein, sonst können wir von vorneherein keine Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation einleiten.

Bei der beruflichen Rehabilitation sehen die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen etwas anders aus: Hier ist es erforderlich, daß die große Wartezeit, also 180 Kalendermonate, erfüllt worden ist oder daß der Betreffende eine Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit bezieht. Diese Voraussetzungen sind mit dem 20. Renten Anpassungsgesetz eingeführt worden, um zu erreichen, daß ein Teil der berufsfördernden Leistungen auf die Bundesanstalt für Arbeit übertragen wird.

Jetzt zu den medizinischen Voraussetzungen. Das ist hier der Kernpunkt: Unsere Leistungen sind an die Beeinträchtigung oder Gefährdung der Erwerbsfähigkeit gebunden, d. h. der Fähigkeit, sich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine Arbeit zu verschaffen. Diese Erwerbsfähigkeit muß wegen Krankheit oder Behinderung entweder erheblich gefährdet oder gemindert sein. Wenn sie erheblich gefährdet ist — und das müssen die Rentenversicherungsträger bei Antragstellung mit Hilfe ihrer Gutachterdienste feststellen — dann muß gleichzeitig die Prognose gestellt werden für die Zukunft: daß nämlich diese gefährdete Erwerbsfähigkeit voraussichtlich durch eine Maßnahme erhalten werden kann oder, wenn die Erwerbsfähigkeit bereits gemindert war, daß diese geminderte Erwerbsfähigkeit voraussichtlich wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann. Auf diese Prognose kommt es ganz besonders an, und darauf werde ich nachher noch einmal zurückkommen. Es gibt im übrigen bei medizinischer Rehabilitation in der Rentenversicherung seit den ersten Konsolidierungsgesetzen von 1980 zwei weitere Einschränkungen, die ich hier auch noch erwähnen möchte: Ist der Antragsteller 59 Jahre\*) oder älter, so gibt es eine Einschränkung dahingehend, daß eine medizinische Maßnahme nur gewährt werden kann, wenn Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit vorliegt oder in absehbarer Zeit zu erwarten ist. Eine weitere Einschränkung besteht bei Wiederholungsheilbehandlungen. Da gibt es seit 1981 eine Frist von 3 Jahren, innerhalb deren eine Wiederholung grundsätzlich nicht möglich ist. Allerdings ist eine vorzeitige Wiederholung dennoch möglich, wenn Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit vorliegt oder in absehbarer Zeit zu erwarten ist oder wenn eine vorzeitige Maßnahme aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich ist. Soviel zu den Voraussetzungen, um das Verfahren in der Rentenversicherung etwas besser beleuchten zu können.

Die Erfolgsprognose, die ich angesprochen habe, ist das große Problem. Der Rentenversicherungsträger muß im Zeitpunkt der Bewilligung feststellen, ob die Erwerbsfähigkeit durch die Maßnahme günstig beeinflusst werden kann. Wir haben jetzt in sog. Leitlinien, die wir in einem internen Papier unter Beratung von Fachleuten erstellt haben, versucht, einige Grundvoraussetzungen festzulegen. Wir meinen

*erstens*, daß Grundvoraussetzung für alle Rehabilitations-Maßnahmen bei psychischen Erkrankungen sein muß, daß die Beeinflussung durch akute Krankheitssymptome nicht mehr im Vordergrund steht.

\*) seit 1. 1. 1983; 63 Jahre

*Zweitens* muß der psychisch Kranke den Sinn der Maßnahme verstehen können und die vorgesehenen Maßnahmen auch unter Berücksichtigung vorhandener Alternativen bejahen. Zumindest muß die begründete Aussicht bestehen, daß sich dieses Verständnis des Versicherten im Verlauf der Rehabilitationsmaßnahme einstellt.

*Drittens* soll der psychisch Kranke in der vorgesehenen Rena-Einrichtung den Eingangsforderungen an die Belastbarkeit und an die Selbsthilfefähigkeit gewachsen sein.

*Viertens* — und das ist wieder die Brücke zu dem, was ich vorhin sagte — müssen die vorgesehenen Maßnahmen eine nicht nur vorübergehende Wiedereingliederung in das Erwerbsleben hinreichend wahrscheinlich erscheinen lassen.

Zunächst möchte ich Ihnen jetzt einige Zahlen aus dem Jahre 1981 nennen:

Die Zahl der durchgeführten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen für psychisch Kranke im Jahre 1981 ergibt sich, die psychovegetativen Störungen ausgenommen, für Psychosen, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Suchtentwöhnungsbehandlungen aus der folgenden Übersicht:

	1981 durchgeführte medizinische Maßnahmen der Rentenversicherung
Psychosen	ca. 2600
Neurosen und Persönlichkeitsstörungen	ca. 15300
Suchtbehandlungen, d.h. Alkohol-, Medi- kamenten- und Drogenabhängigkeit	ca. 19700
insgesamt	ca. 37 600

Wenn Sie hiermit die Zahl der gesamten Heilbehandlungen vergleichen, also der medizinischen Rehabilitation in der Rentenversicherung insgesamt in diesem Jahre, so sind das rund 814 000 Maßnahmen gewesen. Das bedeutet, daß ca. 4,6% aller medizinischen Maßnahmen Maßnahmen für psychisch Kranke der genannten Art gewesen sind. Wie gesagt, nicht einberechnet sind die Heilbehandlungen bei psychovegetativen Störungen, die sehr viel zahlreicher sind. Es handelt sich um ca. 72000 Maßnahmen.

Wenn ich jetzt die Frage anschließe, wo diese Maßnahmen durchgeführt werden, dann komme ich auf eines der Probleme: Es gibt Spezialeinrichtungen, und es gibt auch PKHs und LKHs. Eigene Häuser hat die Rentenversicherung für diese Psychosen, Neurosen, die psychischen Krankheiten nicht. Das ist ein Punkt, der auch von Herrn Kitzig bereits angesprochen worden ist. „Wo sind die Schauplätze“, hat er gesagt, „die Schauplätze des § 1236 RVO?“ Wohl ein Problem, was noch gelöst werden muß.

Noch zur Berufsförderung einige Zahlen: Die Zahl der berufsfördernden Maß-

nahmen ist 1981 wesentlich niedriger gewesen als die Zahl der medizinischen Maßnahmen:

	1981 durchgeführte berufsfördernde Maßnahmen der Rentenversicherung
Psychosen	60
Neurosen und Persönlichkeitsstörungen	112
Suchtbehandlung, d. h. Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit	101
<hr/>	
insgesamt	273

Das sind ca. 0,6% aller berufsfördernden Maßnahmen.

Darf ich jetzt zu der Zahl kommen, die Herr Dr. Kitzig vorhin angesprochen hat, nämlich die Zahl der Berufsunfähigkeits-/Erwerbsunfähigkeits-Rentner, die vorher eine Rehabilitationsmaßnahme hatten, die nach den Ausführungen von Herrn Kitzig relativ niedrig gewesen ist. Ich glaube, bei Ihnen, Herr Kitzig, waren es etwa 4 000 oder 4 500 Maßnahmen bei 23 000 Rentnern; die Größenordnung zeigt, daß hier die Maßnahmen nicht enthalten sind, die zu einer Eingliederung geführt haben. Diese Zahlen haben Sie zwangsläufig bei dieser Rechnung nicht wiedergeben können. Wenn Sie sehen, daß wir insgesamt immerhin 37600 Maßnahmen im Jahr 1981 durchgeführt haben, so sehen diese Zahlen vielleicht doch aus dieser Sicht etwas anders aus.

Zum Schluß möchte ich noch einen Gesichtspunkt herausstellen: Die Rentenversicherung führt grundsätzlich im medizinischen Bereich nur stationäre Maßnahmen durch. Die gesetzlichen Vorschriften erlauben zwar auch ambulante Maßnahmen nach § 1237 RVO. Aber die gesetzliche Krankenversicherung ist für ambulante Heilbehandlungen in unserem gegliederten System in erster Linie der zuständige Träger auch im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung, so daß sich eine Leistungsabgrenzung in der Weise ergeben hat, daß die Rentenversicherung eben grundsätzlich keine ambulanten medizinischen Maßnahmen durchzuführen hat. Es gibt bestimmte Ausnahmen: Die Rentenversicherung wird im ambulanten Sektor in Ausnahmefällen tätig, wenn die ambulante Maßnahme in enger Verbindung zu einer vorangegangenen stationären Maßnahme steht, als Beispiel der Behindertensport. Wir haben kürzlich eine Gesamtvereinbarung über Behindertensport abgeschlossen. Danach kann die Rentenversicherung ambulanten Behindertensport im Anschluß an eine stationäre Heilbehandlung bis zu einem halben Jahr bewilligen. Denkbar ist natürlich eine solche Maßnahme im ambulanten Bereich auch bei psychischen Erkrankungen, nämlich bei der Übernahme von Maßnahmen im Bereich der Nachsorge,

Hier komme ich zu dem Thema Übergangseinrichtungen im teilstationären Bereich. Die Diskussionen hierzu sind noch nicht abgeschlossen. Herr Stroebel hat vorhin ausgeführt, daß das Konzept noch in den Gremien der Bundes-

arbeitsgemeinschaft beraten wird, in denen wir auch mitarbeiten. Wir können hierzu heute sagen: Die von Herrn Stroebel angesprochenen sog. Leitlinien — d. h. eine interne Überlegung, wie zu verfahren ist bei der medizinischen und beruflichen Rehabilitation bei den einzelnen Krankheitsgruppen im Bereich der psychischen Erkrankungen: Psychosen, Neurosen usw. — haben wir jetzt so gut wie fertiggestellt. Dieses Papier wird Grundlage sein für unsere weiteren Beratungen, auch im Rahmen der BAR. Wir werden, so glaube ich — jedenfalls an uns soll es nicht liegen — im nächsten Jahr hier auch zu einer Vereinbarung kommen, wie sich die Zuständigkeit dann letztlich in diesem Bereich abgrenzt, die Zuständigkeit zwischen (den eventuell in Betracht kommenden Trägern der medizinischen und beruflichen Rehabilitation (Krankenversicherung, Rentenversicherung, Bundesanstalt für Arbeit). Das läßt sich sicherlich im Vereinbarungswege lösen.

Wie Sie vielleicht wissen, haben wir im Bereich der Suchtbehandlung kürzlich mit der gesetzlichen Krankenversicherung eine Vereinbarung abgeschlossen die, soweit wir wissen, sehr gut angelaufen ist. Wir haben uns in einer pragmatischen Weise geeinigt, indem wir gesagt haben, die Rentenversicherung ist grundsätzlich zuständig für die Entwöhnung, und die Krankenversicherung ist grundsätzlich zuständig für den Entzug bzw. die Entgiftung. Wir haben auch ein Verfahren hierzu vereinbart, und ich bin fest davon überzeugt, daß wir auch im Bereich der Übergangseinrichtungen eine Vereinbarung zustandebringen. Wie diese aussehen wird, weiß man natürlich heute noch nicht.

Ich komme zum Schluß und möchte noch einmal eines herausstellen: Die Rentenversicherungsträger sind bei der Bewilligung ihrer Rehabilitationsmaßnahmen im medizinischen und beruflichen Bereich an die gesetzlichen Voraussetzungen gebunden. Im Bereich der psychischen Erkrankungen ist es besonders schwierig, die Erfolgsprognose zu stellen, nämlich ob durch eine Maßnahme eine Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit erreicht werden kann. Hier geht der Appell an die Fachärzte, insbesondere in ihren Kreisen: Schaffen Sie uns die Schauplätze, wie es Herr Kitzig nannte, schaffen Sie uns — soweit noch nicht vorhanden — die Einrichtungen, die in der Lage sind, die Erwerbsfähigkeit dieser Behinderten wiederherzustellen oder wesentlich zu bessern. Und helfen Sie auch unseren Trägern und unseren beratenden Ärzten mit Ihrem Fachwissen, mit Ihren Therapiekonzepten, daß die Erfolgsprognose auch sichergestellt werden kann. Denn wenn im Einzelfall die Erfolgschancen zu bejahen sind und die genannten übrigen Voraussetzungen erfüllt sind, wird kein Rentenversicherungsträger eine solche Maßnahme ablehnen.

# Beitrag aus der Sicht der Bundesanstalt für Arbeit

*H. H. Heinsohn*

Ich möchte mich Ihnen in dieser Diskussion als Arzt an der Basis, in der unmittelbaren Arbeit eines nervenärztlichen Dienstes der Arbeitsverwaltung vorstellen. Und zwar mit Erfahrungen aus einer Zeit nach dem Kriege, in der schon einmal in der beruflichen Eingliederung unserer Mitbürger sich die psychisch Kranken und die hirnganisch Kranken als die am allerschwersten Betroffenen herausstellten. Aus einer Zeit, in der die Arbeitsverwaltung noch unter Länderhoheit stand und eigene ärztliche Beraterstellen speziell für diesen Personenkreis, aber auch die Jugendlichen in der Berufsberatung schuf. Ich sehe darin Parallelen zu der heutigen Jugendarbeitslosigkeit oder zu den heutigen Schwierigkeiten der Schwerbehindertenvermittlung. Aus einer solchen Sicht der Praxis möchte ich Ihnen berichten, zumal ich das Empfinden habe, daß die Benachteiligung der psychisch Kranken nicht nur in dem bisher angesprochenen Bereich besteht, sondern auch in einem anderen Sinne.

Ich denke z. B. daran, daß wir nicht pauschal von „körperlich Behinderten“ sprechen. Es würde uns nicht in den Sinn kommen, Probleme der Infarkt-Patienten, der Dialyse-Patienten, der Querschnittsgelähmten nur unter dem pauschalen Begriff der „Körperbehinderung“ abzuhandeln. Ich sehe es als eine Benachteiligung der psychisch Kranken, daß wir auf diesem Gebiet nicht mehr differenzieren. Ein Nachteil, der in der unmittelbaren Praxis der Arbeit in der beruflichen Eingliederung zu spüren ist. Es gibt ja im Bereich der psychischen Krankheiten eine ebenso große Unterschiedlichkeit wie im Bereich der körperlichen Krankheiten. In der Arbeitsverwaltung besteht seit jeher die Tendenz, den psychisch Kranken möglichst in seinem Berufsbereich zu belassen und ihm möglichst seinen erlernten Beruf wieder zu ermöglichen. Dazu gehört, daß die medizinischen Maßnahmen bis zu einem gewissen Grade abgeschlossen sind und daß differenziert wird, welche Leistungseinschränkungen verblieben sind.

Es ist, meine ich, zu einseitig, wie Herr Kitzig hier die großen Fortschritte der Psychopharmaka dargestellt hat. Ich möchte an den Diskussionsbeitrag auf der letzten Tagung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde von Herrn Heinrich erinnern, der ganz offen sagte, was wir hier auf der anderen Seite unseren psychisch Kranken mit dieser Art der Behandlung antun. Ich möchte dies nicht so kraß formulieren, aber wir haben in der Praxis der Berufsberatung, der Arbeitsvermittlung und der Rehabilitation es zuweilen mehr mit Auswirkungen dieser Behandlung zu tun als mit den Auswirkungen der Grundkrankheit. Dies gilt z. B. für die Epilepsie, für die endogenen Psychosen, aber auch für medikamentenbehandelte Neurosen.

Es müßte die Gutartigkeit einzelner psychischer Erkrankungen mehr betont werden, wie z. B., der manisch-depressiven Psychosen, bei denen der einzelne Mensch das Stigma des psychisch Kranken ja möglichst schnell verlieren

sollte. Ich sehe es in diesem Bereich nicht als Nachteil, daß viele psychisch Kranke sich scheuen, die Anerkennung als Schwerbehinderter zu beantragen. Hier sollte meines Erachtens die Förderung der Selbständigkeit in erster Linie darin bestehen, daß Gras über die psychiatrische Vergangenheit wächst, damit die Mitarbeiter, der Meister, aber auch die Angehörigen und die häusliche Umgebung diesen Menschen nicht unter dem Gesichtspunkt betrachten „er ist ein psychisch Kranker“, sondern „er ist ein Mitmensch wie jeder von uns“.

Ich bin auch der Meinung, daß es an der Basis der Arbeit mit unseren psychisch Kranken zu spüren ist, daß Öffentliche Aufforderungen um Hilfe und Verständnis für den psychisch Kranken zu sehr emotionalisiert wurden. Diese Vorwurfshaltung, die ja oft aus eigenem Unvermögen an die Gesellschaft herangetragen wird, fällt auf den einzelnen psychisch Kranken zurück. Wünschenswert ist: Mehr Differenzierung der einzelnen tatsächlich vorhandenen Störungen und Leistungsbehinderungen sowie nüchterne Information der Öffentlichkeit. Außerdem meine ich, daß sich Tendenzen, ein geistiges Getto für den Personenkreis unserer psychisch Kranken zu schaffen, zu deren Nachteil auswirken. Es war nach dem Kriege notwendig, daß wir Spezialinstitute schufen, in denen z. B. die Hirnverletzten in den Hirnverletzteninstituten unter sich waren. Unter den heutigen Gesichtspunkten ist es wichtig, den psychisch Kranken in der Rehabilitation heranzuführen an andere Kranke. Ihn also nicht zu isolieren und ihn sobald wie möglich einzugliedern in ein Rehabilitationsprogramm, das ihn nicht nur in seiner Sonderstellung bestätigt.

Auch wäre es sehr wichtig, in der öffentlichen Aufklärung darauf hinzuweisen und darauf hinzuwirken, daß der einzelne Mitbürger ein Verständnis dafür entwickelt, welche psychischen Störungen, welche Verhaltensauffälligkeiten selbstverantwortlich und welche krankhaft sind. Wir erweisen keinem Beteiligten einen Dienst, wenn wir jeden umgangsschwierigen Menschen mit dem Etikett des psychisch Kranken versehen, ohne unsere Mitbürger darüber aufzuklären, in welchem Maße ein solches Störverhalten auch selbstverantwortlich sein kann.

Die weiteren Belange, die ich hier vertrete, sind die Belange der beruflichen Rehabilitation. Die berufliche Rehabilitation einzuleiten durch eine möglichst sorgfältige Prognosestellung und durch eine sorgfältige Prüfung der verbliebenen und der zu ermöglichenden Leistungsfähigkeit. Dies weiter zu vertiefen möchte ich der Diskussion überlassen.

## Beitrag aus der Sicht der Hauptfürsorgestellen

E Alberding

Die Hauptfürsorgestellen sind zuständig für zwei Aufgabenkomplexe: Erstens die Rehabilitation von u.a. Kriegsoffizieren. Das war die große Aufgabe nach dem 1. und 2. Weltkrieg. Wehrdienstbeschädigte, Opfer von Gewaltverbrechen, Impfgeschädigte, die in den entsprechenden gesetzlichen Zuständigkeitsrahmen einbezogen worden sind, werfen im Einzelfall große Probleme auf. Sie fallen aber zahlenmäßig im Rahmen der hier behandelten Thematik, der Rehabilitation seelisch Behinderter, nicht ins Gewicht.

Ich werde mich deshalb in meinen Ausführungen und meiner Stellungnahme zu den vorgetragenen grundsätzlichen Referaten auf einige Aspekte aus der zweiten Aufgabe der Hauptfürsorgestellen — die Durchführung des Schwerbehindertengesetzes — beschränken. Sie wissen, daß dieses Gesetz zur Sicherung der Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft erreichen will, daß Schwerbehinderte durch die Beschäftigungspflicht und das Instrumentarium Kündigungsschutz, nachgehende Hilfe im Arbeitsleben, Einsatz der Mittel der Ausgleichsabgabe, Schulung und Aufklärungsmaßnahmen möglichst ihren Arbeitsplatz behalten. Ein großes Ziel, das auf dem derzeitigen wirtschaftlichen Hintergrund in vielen Fällen nicht erreichbar ist. In der Bundesrepublik gibt es derzeit rund 122 000 arbeitslose Schwerbehinderte (Stand 31. 12.1982).

Wieviel seelisch Behinderte sind darunter! Wie steht es überhaupt um die Inanspruchnahme des Instrumentariums durch seelisch Behinderte? In welchem Umfang kommt es ihnen zugute?

Es wurde hier von großen Zahlen psychisch Behinderter und psychisch Kranker gesprochen. Als die Hauptfürsorgestellen 1974 den gesetzlichen Sicherungsauftrag bekamen, haben sie in den Betrieben zusammen mit den betrieblichen Helfern, dem Vertrauensmann der Behinderten, dem Betriebs-/Personalrat, dem Beauftragten des Arbeitgebers nach psychisch Behinderten „gesucht“. Zunächst waren seelisch Behinderte kaum bereit, sich als solche anerkennen zu lassen. Als ich noch 1977 achtzig Vertrauensmänner der Behinderten aus rheinischen Großbetrieben fragte, ob sie unter den ca. 15 000 von ihnen vertretenen Schwerbehinderten anerkannte seelisch Behinderte kennen würden, schwiegen fast alle."

Es gab viele Schwierigkeiten, Bei Kliniken und Ärzten fehlte — und fehlt weiterhin noch — die notwendige Kenntnis der arbeitsrechtlichen Möglichkeiten, um für den psychisch Kranken wenigstens bei wiederholter Einweisung den Arbeitsplatz dadurch zu erhalten zu versuchen, daß man ihn veranlaßt, einen Antrag auf Anerkennung als Schwerbehinderter zu stellen. Das Bundesarbeitsgericht hat nämlich zum Kündigungsschutz des Schwerbehindertengesetzes im Februar 1977 entschieden, daß erst dann dieser Schutz gilt, wenn

bei Ausspruch der Kündigung wenigstens der Antrag auf Anerkennung als Schwerbehinderter beim zuständigen Versorgungsamt gestellt worden ist. Schwerbehindert kann ein psychisch Kranker sein, dessen Krankheit mindestens  $\frac{1}{2}$  Jahr dauert.

Noch immer ist die Zahl anerkannter seelisch Schwerbehinderter verhältnismäßig gering, womit ich solche mit einer endogenen Psychose meine. Unter den rd. 5 Millionen anerkannten Schwerbehinderten insgesamt, von denen etwa 1,3 Millionen im Arbeitsleben stehen, befinden sich nach meiner Schätzung rd. 25 000 seelisch Schwerbehinderte dieser Art.

Unter den rd. 5 Millionen anerkannten Schwerbehinderten insgesamt, von denen etwa 1,3 Millionen im Arbeitsleben stehen, befinden sich nach meiner Schätzung rd. 25 000 seelisch Schwerbehinderte dieser Art.

Ich gründe diese Schätzung auf Recherchen, nach denen in Köln, einer Stadt mit über 1 Million Einwohnern, 408 seelisch Schwerbehinderte im Arbeitsleben einen Schwerbehindertenausweis haben. Darüber hinaus sind in der Altersgruppe von 20—60 Jahren weitere 470 psychisch Behinderte vom Versorgungsamt anerkannt, die aber noch nicht oder noch nicht wieder im Arbeitsleben stehen. Ein gewisser Prozentsatz davon wird arbeitslos sein. Viele, wahrscheinlich die meisten, werden nicht mehr berufstätig sein oder sein können. Dafür gibt es zwei Anhaltspunkte. Unter den erwähnten 470 psychisch Behinderten befinden sich 273 Frauen, die möglicherweise überwiegend als Hausfrau tätig sind. Unter den insgesamt anerkannten 878 seelisch Behinderten der Altersgruppe von 20—60 Jahren (408 Berufstätige und 470 Nichtberufstätige) sind 471 schwerst seelisch Behinderte mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 80—100 v. H. (225 MdE: 80 v. H., 23 MdE: 90 v. H., 223 MdE: 100 v. H.), von denen wahrscheinlich eine nicht geringe Zahl auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht mehr vermittelbar ist.

Die Zahl der berufstätigen seelisch Behinderten (408) bei einer Bevölkerungszahl von 1 Million ergibt hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik — rund 62 Mio. — ca. 25300 anerkannte Behinderte im Arbeitsleben. Ich bin mit Ihnen der Meinung, daß es auf Grund der Zahl der Erkrankungen tatsächlich viel mehr sein müßten.

Ich meine weiter, daß die Ärzte große Verantwortung tragen, wenn sie im Einzelfall aus guten, wohlerwogenen Gründen darauf hinwirken, daß der Antrag auf Anerkennung als Schwerbehinderter beim zuständigen Versorgungsamt gestellt wird, oder wenn sie dies nicht tun.

Nach meiner Ansicht wäre es in vielen Fällen — und ich darf das hier nochmal wiederholen und deutlich fordern — notwendig, daß dieser Antrag gestellt wird, weil mancher seelisch Schwerbehinderte aus der Klinik zurückkommt und die Möglichkeit, in seiner alten Umgebung zu arbeiten verloren hat, weil der gesetzliche Kündigungsschutz nicht begründet worden ist.

Unabhängig davon rege ich an, daß eine Novelle zum Schwerbehindertengesetz beim Kündigungsschutz eindeutig klarstellen muß, daß der seelisch

Behinderte auch ohne Anerkennung durch das Versorgungsamt in den Kündigungsschutz einbezogen ist, wenn das aufgrund fachärztlichen Urteils im Sinne der Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit nach dem Schwerbehindertengesetz nachgewiesen und damit offenkundig ist. Dies jedenfalls dann, wenn der Arzt zudem feststellt, daß aufgrund des Krankheitszustandes des Patienten oder aus therapeutischen Gründen zur Zeit der Antrag beim zuständigen Versorgungsamt nicht gestellt werden kann.

Ich darf noch auf ein weiteres Problem im Zusammenhang mit der derzeitigen gesetzlichen Regelung zu sprechen kommen. Der Gesetzgeber spricht von einem Gesetz zur Sicherung der Eingliederung Behinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft. Die Hauptfürsorgestellen haben in der Zwischenzeit die Erfahrung gemacht, daß nicht nur der Arbeitsplatz, die Berufstätigkeit und die Fertigkeiten am Arbeitsplatz wichtig sind für den psychisch Behinderten, sondern in vielen Fällen auch die Notwendigkeit, ihn zunächst einmal gesellschaftlich einzugliedern und überall da abzustützen, wo es notwendig ist, damit er sich überhaupt in seiner Umgebung zurechtfindet. Diese Eingliederung in die Gesellschaft oder die Sicherung der Eingliederung überhaupt ist aber nicht näher im Schwerbehindertengesetz ausgeführt, sondern nur in der Überschrift erwähnt. Es gibt keine inhaltliche Klarstellung, keinen Träger, insbesondere keinen Kostenträger für etwaige Maßnahmen ambulanter oder stationärer Art. Ich meine, daß der Gesetzgeber diese Frage 1974 noch nicht regeln konnte, weil entsprechende praktische Erfahrungen erst jetzt vorliegen. Nun ist diese Regelung jedoch dringend nachzuholen. Es geht darum, den Behinderten insbesondere während der Phase der Rekonvaleszenz zu betreuen. Oft liegen bekanntlich zwischen akuter, insbesondere stationärer Behandlung und der Wiederaufnahme der Tätigkeit Monate oder gar ein ganzes Jahr. In dieser Zeit muß sichergestellt sein, daß er bei Bedarf entweder in einer Übergangeinrichtung, einer Tagesstätte oder ambulant die erforderliche Hilfe erhält.

Die Hauptfürsorgestelle Köln hat seit rund 5 Jahren einen ambulanten psychosozialen Dienst für den Raum Köln eingerichtet, der recht erfreuliche Ergebnisse aufweisen kann, was inzwischen auch wissenschaftlich bestätigt worden ist.\*) Mir scheint es erforderlich, für einen Bevölkerungsraum mit 1 Million Menschen jedenfalls einen solchen ambulanten psychosozialen Dienst in Ergänzung zu vorhandenen Übergangseinrichtungen vorzuhalten. Die Finanzierungsfrage ist noch nicht endgültig abgeklärt. Ich meine aber, daß es aufgrund des geltenden Rechts (Reha-AnglG., AFG, RVO, SchwbG) dafür einen geeigneten Kostenträger außerhalb der Sozialhilfe geben müßte, ohne das geltende Recht übermäßig zu strapazieren, sondern es nur extensiv auszuliegen.

Soweit der ambulante Dienst auch psychisch Behinderte im Arbeitsleben betreut, glaubte die Hauptfürsorgestelle die Regelfinanzierung aus Mitteln der Ausgleichsabgabe unter dem Gesichtspunkt: des außergewöhnlichen Betreuungsaufwandes erreichen zu können. Viele Schwerbehinderte lehnten leider

\*) Psychosozialer Dienst Köln, Modellversuch eines ambulanten Fachdienstes zur Sicherung der beruflichen Eingliederung Behinderter, Rheinland Verlag Köln 1983.

diese Hilfe ab. Soweit Arbeitgeber entsprechende Hilfe beantragt haben, konnte manchem seelisch Behinderten der Arbeitsplatz erhalten werden. Diese Möglichkeit für Arbeitgeber, die über keinen eigenen psychosozialen Dienst verfügen, geschieht in der Weise, daß sie ihren Anspruch gegen die Hauptfürsorgestelle an einen entsprechenden Dienst außerhalb des Betriebes abtreten. Auf diesem Wege sollen um Kölner Modell rund 20% der Kosten finanziert werden. Der Bundesausgleichsfonds führt mit Hilfe des psychosozialen Dienstes ein weiteres Modellvorhaben durch und stellt in diesem Rahmen die Finanzierung sicher.

Zum Abschluß noch ein Wort zu der angesprochenen „Ohnmacht der Helfer“. Mir würde sehr daran liegen, wenn gerade derjenige, der viel zu der Beseitigung dieser Ohnmacht beitragen kann, nämlich der erfahrene Arzt, stärker die Probleme in den Betrieben, im Arbeitsleben sehen und sie in sein therapeutisches Konzept einbeziehen würde. Wichtig wäre vor allem, sich auch den werksärztlichen Aufgaben zuzuwenden und den Kontakt zu Werksarztzentren und Werksärzten zu suchen, um im Einzelfall unter der Glocke der ärztlichen Schweigepflicht wirksamer helfen zu können. Der Vertrauensmann und der Beauftragte des Arbeitgebers in Behindertenangelegenheiten und der Betriebsrat sollten ebenso wie Hauptfürsorgestellen und Arbeitsämter soweit wie nötig in den Informationsprozeß einbezogen werden.

Gelegenheit zum allgemeinen Erfahrungsaustausch geben z. B. die Hauptfürsorgestellen im Rahmen ihrer Schulungs- und Veranstaltungsprogramme.

## Diskussion zu den Referaten von STROEBEL und KITZIG sowie den Statements

- der Krankenversicherung
- der Rentenversicherung
- der Bundesanstalt für Arbeit
- der Hauptfürsorgestellen

*Moderation: C. Kulenkampff*

*Kulenkampff:* Wir befinden uns jetzt mitten im Dickicht des gegliederten Systems unserer sozialen Sicherheit, und es ist nicht ganz einfach, die Plenumsdiskussion zu strukturieren.

Ich würde aber doch meinen, daß insbesondere, wo auch ein Vertreter der Rentenversicherung bei uns ist, das Problem des § 1236 RVO und der Einbeziehung der Rentenversicherung für unsere Patientengruppe noch einmal diskutiert werden soll. Vereinfacht dargestellt kann man — lassen wir einmal die niedergelassenen Ärzte heraus — wohl festhalten, daß sich in unserem Versorgungssystem die Auseinandersetzung um die Leistungszuständigkeit alternativ lediglich zwischen Krankenkassen und Sozialhilfe abspielt. Vereinzelt allerdings gibt es jetzt, im Suchtbereich, Aktivitäten der Rentenversicherung, die vorwiegend in eigenen Einrichtungen Kuren durchführen. Vergegenwärtigen wir uns etwa den großen Rehabilitations-Aufwand, der z. B. bei Herzinfarktkranken routinemäßig abläuft, so wird man sagen müssen, daß eine derartige Praxis an den psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen weitgehend vorbeiläuft.

Es steht zur Debatte — wenn hier von Benachteiligung die Rede ist — wie wir unser gewachsenes Versorgungssystem, das von der Innovationskraft und der Phantasie einzelner Leute lebt, vernünftig verknüpfen können mit dem, was es schon gibt und was in den Bestimmungen und in den gesetzlichen Vorschriften verschiedener Leistungsträger festgeschrieben ist.

Ich darf in diesem Zusammenhang auf eine Expertentagung des Deutschen Vereins vor einiger Zeit hinweisen, auf welcher das Sozialgesetzbuch 10. Buch Kap. 3, welches im Juli 1983 in Kraft tritt, vom BMA interpretiert und diskutiert wurde. Es wurde mit Bezug auf die neuen Erstattungsbestimmungen darauf hingewiesen, daß es für die Rentenversicherung nunmehr prinzipiell möglich sei, auf die Prognose zu verzichten, weil nachträglich bei der Rekonstruktion eines möglicherweise fehlgegangenen Ablaufs die Kosten durch die Erstattung wieder zurückgeholt werden können. Dies könnte in der Praxis etwa bedeuten, daß die Rentenversicherung unter Verzicht auf eine einigermaßen gesicherte Prognosestellung die Rehabilitationsleistung zunächst erbringt. Sollte sich zu einem späteren Zeitpunkt herausstellen, daß die Rehabilitation gescheitert ist, müßten der Rentenversicherung die Kosten von dem ursprünglichen Leistungsträger erstattet werden. Derartige Überlegungen sind von

Belang, weil das Problem der Prognosestellung besonders bei Psychotikern den Aufbau einer beruflichen Rehabilitation unter Mitwirkung der Rentenversicherung bekanntlich außerordentlich behindert. Berufliche Rehabilitation findet ja im Bereich oder im Umkreis psychiatrischer Krankenhäuser bislang kaum statt. Es ist berechtigt, wenn gefragt wird, wo berufliche Rehabilitation für psychisch Kranke überhaupt und eigentlich stattfinden soll. Es ist klar, daß wir unsere Patienten nicht alle nach Heidelberg schicken können. In der Regel lehnen Berufsförderungswerke seelisch Behinderte ab. Berufsfindung wird wenn überhaupt nur marginal oder punktuell versucht. Ohne ausgebaute Trainingsbereiche wird so etwas wie „Berufsfindung“ für seelisch Behinderte sich überhaupt nicht entwickeln können. Eine geordnete und effiziente Rehabilitationserklärung wird in den psychiatrischen Kliniken in der Regel nicht praktiziert. Dieses Geschäft haben die Ärzte nicht gelernt. In den Krankenblättern finden sich nicht entsprechende Einträge. Auf der anderen Seite sind die anerkannten Werkstätten für Behinderte bekanntlich problematisch in bezug auf das hier zur Rede stehende Klientel.

Zwar gibt es sehr viele Bemühungen und Lösungsversuche, aber sie wissen alle, daß viele psychisch Kranke und Behinderte nicht gerne in die Werkstatt für Behinderte gehen wollen, und kein Mensch kann sie auch mit Gewalt dorthin bringen. Angesichts dieser Situation und der Tatsache, daß der Arbeitsmarkt praktisch geschlossen ist, müssen wir zur Kenntnis nehmen, daß eine zunehmende Anzahl insbesondere jüngerer Psycho-Kranker zwischen den Kliniken, ihrem Zuhause, irgendwelchen Kontaktstellen, Clubs, vielleicht auch Wohnangeboten hin- und herpendelt. Es ist dies eine fluktuierende Masse, die nicht mehr in Arbeit zu bringen ist, entweder weil sie in Folge ihrer Behinderung nicht vermittlungsfähig oder weil sie auf dem Arbeitsmarkt nicht unterzubringen ist.

Die ambulanten Dienste, Herr Voß, steilen ein besonderes Kapitel dar. Sie wissen selbst, warum diese Dienste eine nicht so überragende Verbreitung gefunden haben. Der Paragraph 368n RVO ist unzulänglich. Die psychiatrischen Krankenhäuser erhalten zwar von den kassenärztlichen Vereinigungen Verträge. Die Vertragsbedingungen sind aber so miserabel, daß diese Dienste praktisch nicht defizitfrei zu betreiben sind, Es wird ein Dauerthema bleiben, wie man ambulante Dienste am psychiatrischen Krankenhaus, die alle für unerlässlich halten, über Institutsverträge so konstruieren kann, daß sie unter welchen Bedingungen auch immer refinanzierbar werden. Dies nur zur Anregung. Ich bitte jetzt um Ihre Wortmeldungen.

*Ducho:* Was Sie angeschnitten haben, trifft den Nagel auf den Kopf. Bereits im Vorfeld scheitert jede rehabilitative Maßnahme, weil eine Zusammenarbeit zwischen Arbeitsamtsärzten und niedergelassenen Ärzten kaum existiert, Anfragen von selten der Arbeitsamtsärzte gar nicht erfolgen und wir den Eindruck gewinnen, daß die Arbeitsamtsärzte eher geneigt sind, die Patienten lediglich auf einen anderen Kostenträger zu verschieben, d. h. hinein in die Rentenversicherung. Diesen Tendenzen scheinen sich manche soziale Hilfsdienste anzuschließen. Es ist ja wesentlich einfacher, nur in Pflegschaft oder ähnlicher Für-48

sorge die Rente zu verwalten, als sich darum zu kümmern, den Betroffenen wirklich in einen Rehabilitationsprozeß zu bringen. Wenn wir den Antrag an die Kasse stellen, dauert es zu lange, bis sich die verschiedenen Kostenträger untereinander geeinigt haben. Dabei spielt es eine Rolle, daß wir nicht so lange warten können, bis die Symptomatik abgeklungen ist, denn dann ist sowieso jede Motivation tot.

In diesem Zusammenhang auch meine Frage an Sie, Herr Voß: Unser Verband, der Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, hat gerade in seiner Bundeshauptversammlung vom letzten Wochenende wiederum gefordert, die sogenannte Teilzeitarbeitsunfähigkeit einzuführen. Sie hat einen anderen Namen dafür gefunden, der mir im Moment nicht mehr geläufig ist, um das ganze unter einen anderen Rechtstitel schieben zu können. Natürlich ist bislang noch nichts daraus geworden.

*Zipperer:* Ich muß etwas richtigstellen, was Herr Ducho sagte. Mit der Teilzeitarbeitsunfähigkeit im Hinblick auf den Personenkreis, mit dem wir uns heute beschäftigen, gibt es doch gegenwärtig nach meiner Meinung praktisch überhaupt keine Probleme. Der Wiedereingliederung von psychisch Kranken in das Erwerbsleben stehen doch keine Schwierigkeiten entgegen. Die Krankenkassen haben das meiner Meinung nach im Griff: diese Leute erhalten Krankengeld und wenn der Betreffende allmählich wieder ins Arbeitsleben hineinkommt und Arbeitsentgelt erhält, dann wird das auf das Krankengeld angerechnet. Die Probleme mit der Teilarbeitsunfähigkeit entstehen nicht bei den psychisch Kranken, sondern sie entstehen bei den Personen, die eine Restarbeitsfähigkeit haben, die ohne weiteres verwertet werden könnte, wo aber wegen des bestehenden Begriffs der Arbeitsunfähigkeit arbeitsrechtliche und versicherungsrechtliche Probleme bestehen. Ich wiederhole nochmal, für den Bereich der psychisch Kranken besteht da meiner Meinung nach keine Schwierigkeit, ganz im Gegenteil. Wir machen die Beobachtung» daß von der Möglichkeit der Wiedereingliederung psychisch Kranker in das Arbeitsleben viel zu wenig Gebrauch gemacht wird.

*Voß:* Zu dieser stufenweisen Wiedereingliederung: Wir sollten diesen Begriff oder dieses Instrument nicht belasten mit dem anders verwandten Begriff der Teilarbeitsunfähigkeit, der politisch sehr umstritten ist und der damit gar nicht gemeint ist. Hier geht es eigentlich darum, daß die Träger der Krankenversicherung während dieser Anpassungsphase, die bis zu sechs Monaten dauern kann, weiterhin Arbeitsunfähigkeit uneingeschränkt annehmen, damit den Anspruch auf Krankengeld zubilligen, allerdings das dann erzielte Teilentgelt anrechnen. Daß dieses Instrument, das auch mit dem Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands diskutiert worden ist, und zwar auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation über Herrn Dr. Schian, nicht so ganz klappt, hat verschiedene Ursachen: Einmal, weil es vielleicht nicht genügend bekannt ist, insbesondere nicht im Bereich der Ärzteschaft. Vielleicht wird es jetzt durch die Initiative Ihres Verbandes etwas populärer. Zum anderen aber auch, weil natürlich gewisse Probleme im Arbeitsrecht liegen;

denn der Arbeitgeber kann nicht verpflichtet werden, solche geschützten Arbeitsplätze oder Arbeitsbedingungen zu schaffen. Es kommt im Grunde darauf an, daß der Arbeitgeber entsprechende Vorleistungen tätigt. Das ist nicht allen Arbeitgebern, insbesondere kleinen Arbeitgebern möglich. Größere Firmen haben da bessere Möglichkeiten und praktizieren auch ein solches Verfahren schon seit einigen Jahren mit zunehmendem Erfolg. Wobei es dann sogar zu Sonderabsprachen kommt, daß mögliche Nachteile im Rentenrecht, die allerdings nur von geringer Bedeutung sind, dadurch ausgeschlossen werden, daß beispielsweise der Arbeitgeber bis zu einer bestimmten Teilzeitarbeit keinen Lohn zahlt, sondern die Krankenkasse volles Krankengeld zahlt. Dann kann diese Zeit rentenrechtlich als Ausfallzeit gelten. Von einer bestimmten Marke an zahlt der Arbeitgeber Vollohn, die Krankenkasse also kein Krankengeld mehr, so daß dann diese Zeiten als vollgültige Beitragszeiten gelten. Alle Kassenarten haben die erneute Diskussion zum Anlaß genommen, noch einmal in ihren Bereichen für dieses Instrument zu werben und es im Grunde auch im Verhältnis zu den Arbeitgebern populärer zu machen, damit chronisch Kranke zunehmend über diesen Weg eine sehr praxisorientierte berufliche Eingliederung erfahren können, und das sollte nach unseren Vorstellungen auch gelten für psychisch Kranke.

Dieses Modell ist im Jahre 1972 zunächst primär für Infarkt Kranke und Herzoperierte entstanden. Die Gültigkeit dieses Modells für diese Gruppen ist den Medizinern bekannt. Daß aber dieses Modell auch für alle anderen chronisch Kranken, auch für psychisch Kranke, gelten kann, ist nicht so bekannt. Hier haben wir gewisse Nachhilfearbeit zu leisten, die zwar zum Teil bereits geleistet ist, aber auch noch geleistet werden muß, gerade im Verhältnis zu den Ärzten, zur kassenärztlichen Bundesvereinigung, zu den Ärzteverbänden.

*Heinsohn:* Ich hätte doch ganz gerne noch eine kurze Entgegnung auf die Feststellung, es gebe keine Zusammenarbeit der Arbeitsamtsärzte mit den niedergelassenen Ärzten.

Dies ist ein alter Diskussionspunkt, der zu gegenseitigen Klagen geführt hat. Ich meine, daß es sich nicht so pauschal sagen läßt, sondern daß es doch letztlich eine Frage der Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Kollegen ist. Zum anderen ist der gegenwärtige Zustand sicherlich auch eine Folge der Nachwuchssituation im Ärztlichen Dienst, der Altersstruktur dieser Ärzte und der zunehmenden Auslagerung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes an Dienststellen und Ärzte außerhalb unserer Verwaltung, durch die vielleicht solche Schwierigkeiten in letzter Zeit aufkommen konnten. Dann kommt auch der Gesichtspunkt des Datenschutzes hinzu, da in letzter Zeit die Zusammenarbeit komplizierter werden läßt. Es ist Vorsorge getroffen, daß grundsätzlich jeder, der in den Ärztlichen Dienst zu einer Begutachtung und Beratung kommt, seinen Hausarzt von der Schweigepflicht entbindet. Ich persönlich kenne diese Schwierigkeiten in dem Maße nicht. Ich bin nicht vorbereitet auf diese Diskussionsbemerkung, sonst hätte ich Ihnen die Unterlagen unserer Haushaltsmittel vorgelegt, die die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen

Ärzten, die nach GOÄ plus 70% honoriert werden, anhand von Zahlen nachweisen könnten.

*Becker:* Ich möchte an eine Bemerkung von Herrn Kitzig anknüpfen, der sagte, er würde seine Betrachtungen aus der Sicht eines am psychiatrischen Krankenhaus Tätigen vortragen. Ich habe die Befürchtung, daß wir uns hier zunehmend mit diesem Standpunkt aus dem psychiatrischen Krankenhaus heraus identifizieren und andere Fragen vernachlässigen. So fällt mir auf, daß von den sozialrechtlichen Benachteiligungen auf dieser Tagung eigentlich nur das Leistungsrecht diskutiert wird und der große sozialrechtliche Komplex Krankenhausträgerschaft völlig draußen bleibt. Die Benachteiligung der psychisch Kranken entsteht aber immer noch zum großen Teil durch diese besonderen Trägerschaften der psychiatrischen Krankenhäuser. Mindestens die Hälfte der Patienten, die psychiatrische Krankenhäuser aufsuchen müssen, ist immer noch dadurch benachteiligt, daß sie in weit entlegene Krankenhäuser eingeliefert werden, wodurch vielleicht überhaupt erst eine Behinderung entsteht. Ich weiß auch nicht, wo diese vielen gemeindenahen Fachabteilungen an Krankenhäusern in der Zwischenzeit entstanden sind, von denen Herr Kitzig gesprochen hat. Ich weiß nur, daß z. B. bei uns in Hessen zwei solcher Abteilungen entstanden sind, die schon vor dem Beginn der Psychiatrie-Enquete in der Planung gewesen sind und jetzt in Offenbach und Darmstadt realisiert wurden.

Bei den Ambulanzen nach § 368n RVO, die Herr Voß vorhin erwähnt hat und die angeblich nicht zustande gekommen sind, frage ich mich, was sie eigentlich bedeuten sollen, wenn die Patienten, so wie zur stationären Behandlung, 80 bis 100 Kilometer zur Ambulanz fahren müssen. Ich glaube, hierin liegt der Grund, weshalb eine Ambulanz nicht zustande kommt. Ich meine, man müßte wirklich ein Gesetz fordern, das eine Sonderträgerschaft für Krankenhausabteilungen für psychisch Kranke einfach verbietet. Dann hätten es wahrscheinlich auch die Versicherungsträger und alle, die uns hier sehr wertvolle Beiträge liefern, wesentlich leichter, den psychisch Kranken als ganz gewöhnlich Kranken zu behandeln. Ich möchte das als Appell an die AKTION PSYCHISCH KRANKE verstanden wissen: Versuchen Sie mal, einen diesbezüglichen Gesetzentwurf in die Wege zu leiten, der es verbietet, psychisch Kranke über Landkreisgrenzen hinweg zu verschieben.

*Fischwasser:* Ich hätte gerne zwei Fragen gestellt. Herr Tiedt hat uns deutlich gemacht, unter welchen Voraussetzungen die Rentenversicherung Leistungen der Rehabilitation für psychisch Kranke übernehmen kann. Dabei haben wir gehört, wie schwierig und eingeschränkt das ist, weil es sich ausschließlich um die Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit handelt, und daß diese letztlich erreichbar sein muß, um Leistungen gewähren zu können. Das legt den Gedanken nahe, daß die medizinische Rehabilitation des psychisch Kranken durch die Leistungsträger sehr eingeschränkt ist. Dies wäre nicht gut. Die Ausführungen von Herrn Voß haben aber auch deutlich gemacht, daß im Grunde genommen die Hauptversorgungseinrichtung für die medizinische Betreuung die Krankenversicherung ist.

Meine Frage richtet sich nun an Sie als diejenigen, die diese Tagung „Benachteiligung psychisch Kranker und Behinderter“ veranstalten: Wo liegen auf dem Gebiete der medizinischen Rehabilitation psychisch Kranker denn Mängel, wo Lücken im Sozialleistungssystem? Gibt es da tatsächlich noch aufzuarbeitende Lücken, die wir im Wege der Gesetzgebung schließen müßten?

Die zweite Frage richtet sich mehr an die hier anwesenden Ärzte, nämlich: Woran es liegt, daß wir zu wenig psychiatrisch tätige Ärzte haben, und was kann man tun, um dies zu ändern? Es wird nämlich immer wieder beklagt, daß die Kassenärzte zu wenig auf psychiatrischem Gebiet tätig sind und daß auf diesem Gebiet zu wenig ambulant tätige Ärzte vorhanden sind. Es gibt sogar den Vorlagebeschluß eines Landessozialgerichts an das Bundesverfassungsgericht, der sich darauf stützt, daß die psychiatrische Versorgung nicht ausreichend sei. Weil wir nicht genügend Ärzte haben, die ausgebildet und in der Lage sind, um psychisch Kranke zu behandeln, fordern die Psychologen, in diesem Bereich selbständig tätig sein zu dürfen. Und von daher meine Frage an Sie: Was ist die Ursache für die mangelhafte ärztliche Versorgung, was kann man da machen?

*Bialonski:* Die Versorgung der psychisch Kranken in stationären Einrichtungen fällt eindeutig in die Landeskompetenz. Die Länder, das gilt meines Erachtens für alle Länder, akzeptieren, daß große Entfernungen zwischen der Heimatgemeinde und der stationären Einrichtung nicht zumutbar sind, und erkennen das Prinzip der Gemeindenähe an. Sie waren deshalb schon in der Vergangenheit sehr bestrebt, stationäre Einrichtungen entweder als Abteilungen oder als Krankenhäuser zu errichten, die die Versorgung gemeindenäher gewährleisten. Daß das immer noch an einzelnen Stellen nicht in dem gewünschten Maße möglich ist, das wissen wir, aber es ist wahrscheinlich nur eine Frage der Zeit, bis hier auch eine entsprechende Besserung eingetreten ist.

*Kulenkampff:* Ich möchte Herrn Becker insofern recht geben, als natürlich die Konstruktion der Krankenhausversorgung für psychisch Kranke in der Gesamtlandschaft einen Sonderfall darstellt und insofern auch unter den Titel „Benachteiligung“ subsumiert werden kann. Allerdings ist das in den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich. Vor ihnen sitzt ein Vertreter des nordrhein-westfälischen Gesundheitsministeriums, der weiß, daß in diesem Lande inzwischen rund 15 Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern z. T. entstanden, z. T. in Planung sind. In anderen Ländern ist das sehr viel weniger. Das ist eine Entwicklung, über die man gesondert diskutieren könnte, die ihre Haken und Ösen hat, auch deswegen, weil man aus vielen ökonomischen Gründen von den großen Einrichtungen so schwer herunterkommt. Aber daß Sie das als einen Faktor auf der Liste der Benachteiligungen erwähnt haben, finde ich richtig.

*Tiedt:* Ich möchte den Hinweis von Herrn Fischwasser kurz aufgreifen und eine Bemerkung machen zu §1236 RVO im Zusammenhang mit Ihrer anfangs geäußerten Bemerkung, Herr Kulenkampff. Sie verwiesen auf das SGB X, und ich möchte das eigentlich nicht hier im Raum stehen lassen: Sie deuteten an,

daß es vielleicht doch aufgrund dieser Bestimmungen möglich sei, wegen der Erstattung einen großen Bogen zu schlagen und, wenn ich es mal ganz provokativ sagen darf, das ganze System, wie wir es haben, umzukehren. Ich meine, im SGB X gibt es bestimmte Tatbestände für bestimmte Ausnahmefälle in denen ein Unzuständiger oder ein Vorleistungspflichtiger geleistet hat und die Aufwendungen hierfür erstattet werden müssen. Nach meiner Überzeugung sind das Ausnahmeregelungen, die keine Rückschlüsse auf die Grundkonzeption des § 1236 RVO zulassen. Die Eingliederung ins Erwerbsleben steht nach dieser Konzeption unter der Verantwortung des Trägers von Anfang an damit gezielt auf die Abwendung einer Frührente hingewirkt werden kann. Zur Frage von Herrn Fischwasser müßte man sicher auch einmal hören ob es genügend qualifizierte Rehabilitationseinrichtungen und anerkannte Therapiekonzepte gibt, die unseren Ärzten empfohlen und bei der Beurteilung der Erfolgsaussichten berücksichtigt werden können.

*Kufenkampff:* Herr Fischwasser, vielleicht kann ich noch ergänzen daß im Bereich der medizinischen Rehabilitation der Benachteiligungskomplex noch am allergeringsten ausgeprägt ist. Bis hin zur Belastungserprobung würde ich sagen, ist das ein Sektor, den wir in etwa abdecken können. Das Schwergewicht liegt auf den Mängeln bis zum völligen Fehlen der beruflichen und sozialen Rehabilitation.

*Heinze:* Ich möchte an die letzte Bemerkung von Herrn Kufenkampff anknüpfen. Ich meine, daß wir sehr wohl sehen müssen, daß die Rehabilitationskästchen, die hier immer wieder in einer gewissen Perfektionierung dargestellt werden, mit den Realitäten des Umgangs mit den psychisch Kranken nur sehr bedingt in Übereinstimmung zu bringen sind.

Man müßte sich vielmehr die Frage stellen, ob die Rehabilitationsträger nicht schon während der stationären Behandlung im psychiatrischen Krankenhaus - Herr Kitzig hat das anhand seines eigenen Krankenhauses hier angeführt - einmal in die Häuser hineingehen und sich ansehen sollten, welche Möglichkeiten vorhanden sind. Wir sollten nicht immer nur von regionalen Arbeitsgemeinschaften reden, sondern es kommt wirklich darauf an, auch vor Ort und im Einzelfall zu klären, was zu machen ist. Es gibt dafür eine ganze Reihe von Modellen. Ich meine, daß wir bei der Struktur unserer psychiatrischen Krankenhäuser durchaus auch über Möglichkeiten und Mittel verfügen in einem solchen Haus etwas durchzuführen, so daß eben die berufliche Rehabilitation eines Psychotikers nicht nur in einer Werkstatt für Behinderte am Fließband mit einfachen Holzarbeiten usw. geschehen kann, sondern daß dafür andere Möglichkeiten bei gutem Willen geschaffen werden könnten.

Manches, was hier vorgetragen wurde, erscheint mir einfach zu perfektionistisch. Es ist gesagt worden, es gebe keine Probleme mit Empfehlungsvereinbarungen, es gebe keine Probleme in der Abgrenzung zwischen Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern. Ich meine, daß dies einfach so nicht richtig ist, sondern daß wir bei der großen Anzahl von bis zu 50% Alkoholkranken bei den Aufnahmen in unseren psychiatrischen Krankenhäusern sehen

müssen, daß diese Empfehlungsvereinbarung, so wie sie sich derzeit darstellt, nicht funktioniert. Sie ist zugeschnitten auf eine ganz bestimmte Gruppe von Alkoholkranken. Jetzt stehen wir vor einer weiteren Vorleistungsvereinbarung — für die Drogenabhängigen. Ich vertrete hier sicher nicht gewisse Anspruchs- und Erwartungshaltungen bestimmter therapeutischer Wohngemeinschaften oder ähnlicher Einrichtungen, aber ich möchte nur sagen, daß manche sich noch nicht hinreichend darüber im klaren sind, was da gerade in diesem Bereich noch auf uns alle zukommen wird.

Auf die Frage des Kollegen aus dem Bundesarbeitsministerium nach sonstigen Mängeln will ich einen entscheidenden Mangel nennen: Nämlich, daß wir überhaupt noch keine klare Vereinbarung über Pflegefälle haben. Dieses Problem wird für uns sehr kritisch, da wir mit ganz erheblichen Einschränkungen bei den örtlichen und überörtlichen Leistungsträgern der Sozialhilfe rechnen müssen und wir dabei, und das ist hier überhaupt noch nicht angesprochen worden, von der Heranziehung der Angehörigen ausgehen müssen — in weiten Bereichen und wahrscheinlich sogar in einem zunehmenden Umfang. Und dies sind aus meiner Sicht ganz grob skizzierte Punkte, in denen die Benachteiligung ganz ausgeprägt ist.

*Stroebe:* Ich möchte als erstes auf das Problem, das Herr Heinze angesprochen hat, eingehen: Es ist die Pflege. Ich bin der Auffassung, daß eine der dringenden Reformen unserer Sozialpolitik die der Pflege ist. Und ich meine, wir wären gut beraten, wenn wir das auch von uns aus, hier von der AKTION her, anstoßen würden. Das Zweite ist, daß sich die Rehabilitation psychisch Kranker und die hergebrachte Ordnung nicht in Übereinstimmung bringen lassen. Es ist so, daß ich wie Herr Kitzig Schwierigkeiten habe, die Rehabilitation in die Kategorien medizinisch, beruflich und sozial einzuordnen. Wenn ich in einem Übergangsheim die medizinische Leistung sehe, so ist sie untrennbar verbunden mit der Psycho- oder Soziotherapie, die überhaupt das entscheidende Kennzeichen der psychiatrischen, ambulanten oder halbstationären Behandlung ist. Und, Herr Fischwasser, das entscheidende Problem ist dann die rechtliche Einordnung dieser Leistung. Lassen Sie mich ein anderes Beispiel nennen, das wir bei Herrn Kitzig in Osnabrück so überzeugend erleben konnten. Herr Kitzig muß Purzelbäume schlagen, um bestimmte Leistungen finanziert zu bekommen. Da leben psychisch Kranke in einem Wohnheim. Sie können dort leben, aber es muß ein Sozialarbeiter darauf achten, daß die notwendigen Tabletten eingenommen werden und daß, wenn eine Situation eintritt, die Hilfe erfordert, jemand da ist, der eben diese Hilfe erbringt. Wie ist dieser Sozialarbeiter zu finanzieren? Sie finden keine Rechtsgrundlage. Was macht Herr Kitzig? Er versucht, das über den stationären Bereich contra legem — er kann ja nicht immer mit dem Gesetzbuch unterm Arm spazieren gehen — abzudecken. In der Praxis bestehen vielfältige Probleme, die noch zu lösen sind.

*Tiedt:* Herr Heinze, gestatten Sie ein paar Worte zu Ihrer Bemerkung zur Sucht: Diese Suchtvereinbarung, von der ich vorhin sprach — von der ich übri-

gens nicht gesagt habe, daß alles bestens ist, sondern daß sie gut angelaufen ist — ist am 1. 1. 1979 in Kraft getreten. Und Sie wissen, daß wir erst im Laufe des Jahres 1979 begonnen haben, im größeren Umfang Entwöhnungsbehandlungen durchzuführen. Ich bitte also wirklich um Verständnis, wenn heute noch nicht in allen Regionen die Dinge optimal laufen. Wir haben ansteigende Zahlen bei den Suchtbehandlungen im Gegensatz zu anderen allgemeinen Heilbehandlungen. Das weist jawohl auch darauf hin, daß unsere Verbandsmitglieder die nötigen Aktivitäten nicht fehlen lassen. Herr Heinze, vielleicht sind in Ihrem Bereich bestimmte regionale Verhältnisse maßgebend für den Eindruck, den Sie haben. Wenn Sie sehen, daß die Psychiatrie-Enquete jetzt mittlerweile ihr achtjähriges Jubiläum feiert, dann bitte ich um Verständnis, daß wir noch nicht in drei Jahren die gesamte Suchtbehandlung im Griff haben.

*Kulenkampff:* Erlauben Sie mir, Herr Tiedt, hier eine Frage anzuschließen: Die Empfehlungsvereinbarungen für den Suchtbereich haben von meiner Sicht aus so eine Art Modellfunktion. Was hindert Sie — darf ich einmal provokativ fragen — daran, Empfehlungsvereinbarungen etwa auch für Psychotiker zu machen oder für sonstige diagnostisch abgrenzbare Gruppen in unserem Bereich? Das würde dann dazu führen können, daß praktisch der gesamte rehabilitative Sektor in die Kompetenz von Leistungsträgergruppierungen kommt, die, wie Sie ja wissen, teilweise recht barsch mit ihren Anerkennungsverfahren in die Einrichtungen hineinregieren. Im Rheinland werden die Entwöhnungskuren meist in der Eifel durchgeführt, in ganz entfernt liegenden Einrichtungen also. Ob man so eine große Entfernung von den eigentlichen Wohnorten therapeutisch richtig finden kann, ist durchaus fraglich.

*Tiedt:* Zunächst eine Bemerkung zu dem Hineinregieren. Auch da muß ich wieder um Verständnis bitten. Wir tragen die Verantwortung, auch die finanzielle, und deshalb geht es ohne ein gewisses Hineinregieren in der Praxis nicht. Ich hoffe und glaube nicht, daß dieses Hineinregieren zu schlechterer Therapie führt.

Aber zu Ihrer Hauptfrage: Grundsätzlich haben wir jederzeit Möglichkeiten im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften, Absprachen mit anderen Versicherungszweigen abzuschließen. Das haben wir in verschiedenen anderen Bereichen getan. Es gibt bilaterale Vereinbarungen auch im Berufsförderungsbereich. Und es gibt schließlich auch die Gesamtvereinbarungen im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, die auch Vereinbarungen sind, sogar vom Gesetz besonders normiert im Reha-Angleichungsgesetz. Diese Möglichkeit ist grundsätzlich gegeben, soweit so etwas im Rahmen der bestehenden Gesetze erforderlich ist. Ob nun allerdings der Bereich der psychisch Kranken ein Bereich ist, in dem man etwas ähnliches machen kann, das steht für mich noch nicht fest. Wir sind eben, abgesehen einmal von den Suchtbehandlungen, in diesem Bereich noch in der Diskussion. Wir versuchen derzeit, im teilstationären Nachsorgebereich zu einer Leistungs-Abgrenzung zu kommen. Die Diskussion hierüber ist so weit fortgeschritten, daß wir davon ausgehen, in absehbarer Zeit eine Vereinbarung abschließen zu können.

*Kitzig:* Zu dieser Tagung bin ich gekommen in der Erwartung — wie viele von Ihnen sicherlich auch —, die Diskussion würde Mut machen: Mut zur Hoffnung. Ich denke, die Dimension der Hoffnung ist ein unglaublich wichtiges rehabilitatives Element. Das aber läßt sich gewiß nicht „gesetzlich“ reglementieren. Immerhin, würde man erst einmal beginnen, die derzeit verbindlichen gesetzlichen Zuständigkeiten „nach Möglichkeit“ zu nutzen, so ließe sich daraus sicherlich vieles in Hoffnung umsetzen. Doch wenn sich nun die Diskussion vorrangig erschöpft in Mängelklagen und Leistungsträgerschelte, dann bleibt das — für mich jedenfalls — unbefriedigend. Hoffnung jedenfalls erkenne ich darin nicht. Wenn wir fortfahren, immerzu nur zu klagen, dann entsteht die Gefahr, daß selbst das an sich Mögliche unerledigt bleibt. Wir sollten doch daran denken, daß wir diese so langatmig diskutierten Hilfen wenigstens noch zu unseren Lebzeiten nutzbar machen können!

Herr Kulenkampff hat unseren organisatorischen Fantasiereichtum gepriesen. Wenn aber Fantasiefülle etwa zu blühendem Leichtsinn werden sollte, dann kann sich dem wohl niemand anschließen. Wenn Fantasie aber geordneter Einfallreichtum ist, dann allerdings sollte man sich derartigen Anregungen auf der Stelle tatkräftig zuwenden. Wir sollten das versuchen, was wir bei uns zu Hause unseren Mitarbeitern, den Kranken und schließlich auch uns selbst ständig als „mutmachende Zwischenschritte“ beschreiben. U. a. könnten dazu auch die Organisationen von Hilfen in „freier Trägerschaft“ gehören. Ich war darauf bereits in meinem Referat eingegangen; — leider beschränkt sich nun die Diskussion fast ausschließlich auf die Erörterung gesetzlicher Zuständigkeiten. Das hatte ich so ausschließlich nicht gemeint. Vielmehr denke ich, wir sollten uns alle in die Pflicht nehmen lassen; — auch die Betroffenen sollten dies tun. Wenn man diese freien Organisationsformen, die allerdings kaufmännisch, gesetzlich und auch in der Abgrenzung gegen andere Zuständigkeiten klar formuliert werden müssen — also z. B. dem Krankenhausträger gegenüber —, wenn man dies alles stärker fördern würde, dann könnten daraus auch wirkungsvoll Trägerschaften entstehen, z. B. zur Versorgung von Heimen, vor allem aber auch von Wohngemeinschaften. Die Versorgung solcher beschützter Wohngemeinschaften braucht potente, sachkundig ausgestattete Trägerschaften. In solcher Wohngemeinschaftsversorgung ergibt sich für die Behinderten aber der Vorteil, daß ihr Vermögen, d. h. ihr Renten- und Arbeitseinkommen, nicht etwa zur Pflegesatzverrechnung herangezogen werden muß, so wie dies innerhalb des Subsidiariätsprinzips in der Leistungsträgerschaft der Sozialhilfe bei der Heimversorgung notwendig ist. Nach alledem sollten die Einrichtungen derartiger Wohngemeinschaften als Anschlußversorgung der Heimbetreuung nachhaltig gefördert werden.

Außerdem möchte ich eine Aufbesserung der Hilfen in den Behindertenwerkstätten befürworten. Unter uns sitzt der Geschäftsführer der Bundesarbeitsgemeinschaft der Werkstätten für Behinderte. Er wüßte sicher zu berichten, daß es vertraglich geregelte Verbundsysteme gibt, in die anerkannte Behindertenwerkstätten und krankenhauseigene Werkstätten einbezogen sind. Daraus ergeben sich für die in diesen Einrichtungen versorgten Behinderten wesentli-

ehe Förderungsvorteile. Aus dem Betrieb intramuraler Werkstätten können sich auch „alternative Arbeitsmöglichkeiten“<sup>11</sup> für Behinderte ergeben. In diesem Zusammenhang erinnere ich an die Verordnung nach § 47 des Bundessozialhilfegesetzes „Eingliederungshilfeverordnung“. Dort ist (§ 17) zur „Eingliederung in das Arbeitsleben“ festgelegt: (2) „Die Hilfe zur Ausübung einer der Behinderung entsprechenden Tätigkeit im Sinne des § 40 Abs. 2 des Gesetzes umfaßt auch die Hilfe zu einer Tätigkeit in einer Einrichtung, die nicht Werkstatt für Behinderte im Sinne des § 52 des Schwerbehindertengesetzes ist, oder zu einer Tätigkeit in der Wohnung des Behinderten.“

Solange der Arbeitsmarkt kümmerlich wenig Rehabilitandenplätze hergibt — es ist zu fürchten, daß dies lange so bleiben wird —, können wir gesetzlich vorgesehene Rehabilitationshilfe für seelisch Behinderte kaum erhoffen. Wir müssen uns also daran machen, Kompromisse einzurichten.

Zum anderen, Herr Tiedt, die Zahlen, die Herr Fox und ich hier vorgetragen haben, stammen nicht von uns, sondern von den Rentenversicherungsträgern. Und aus diesen Zahlen ergeben sich eben hohe Prozentanteile frühzeitig berenteter psychisch Kranker — nicht nur Schizophrener. Diesen Chronisch-Kranken-Gruppen blieb offenbar gesetzliche Rehabilitationshilfe weitgehend versagt. Und wenn Sie nach den Schauplätzen fragen, an denen Heilverfahren für seelisch Behinderte unternommen werden könnten, so meine ich, daß man auch darüber endlich einmal sprechen müßte. Überhaupt meine ich — ich bin dankbar, daß Herr Alberding darauf hingewiesen hat —, daß die ganze Misere auch durch wechselseitige Informationslücken unterhalten wird. Wir müßten eben mehr voneinander wissen; — wir müßten vor allem auch mit Einzelheiten aus unterschiedlichen Wissensgebieten vertraut sein. Es kann nicht allein den Ärzten, den Psychologen, den Sozialarbeitern zugemutet werden, sich im Sozialrecht zurecht zu finden. Es müßte auch einmal allen denen, die verantwortlich bei der Verwaltung sozialrechtlicher Zuständigkeiten mitwirken, nahegelegt werden, sich ihrerseits einige psychiatrische Sachkunde anzueignen. Dann, so glaube ich, würde man sich nicht nur besser verstehen, sondern auch die gemeinsame Absicht besser vorantreiben können.

Die für uns zuständige LVA-Verwaltung hat einen von uns gestellten Antrag zur Einrichtung von Heilverfahren für psychisch Kranke in unserem Landeskrankenhaus zunächst einmal strikt abgelehnt und im übrigen auf grundsätzliche Regelungen verwiesen, die — wahrscheinlich in weiter Ferne — beschlossen werden sollen. Aber wir müssen doch endlich einmal anfangen. Dann nämlich, wenn wir über einigen Erfahrungsbestand verfügen, können wir auch sagen, was an helfender Investition sich am Ende lohnt, welche Wege zur Erfüllung beschriftet werden sollten. Kurz, erst dann könnten wir uns prognostisch verlässlicher schlüssig werden.

*Tiedt:* Herr Kitzig, was Ihren Antrag angeht, so wurde er wahrscheinlich deshalb abgelehnt, weil wir uns im Grundsatz noch nicht einig waren, was wir im Bereich der Nachsorge, insbesondere im Bereich der Übergangseinrichtungen, finanzieren können. Wir werden hier voraussichtlich in absehbarer Zeit zu einer Abklärung kommen.

*Fox:* Von mir wurden die statistischen Angaben zu den Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung zusammengestellt.

Uns liegen die Zahlen für 1980 vor, und dort lassen sich für die Gruppe der psychisch Kranken, also einschließlich Alkohol- und Suchtkranken, insgesamt nur 314 Berufsförderungshilfen aufweisen, von denen wohl der größte Teil mit Erfolg abgeschlossen wurde. Wir fanden zudem 99 574 Heilbehandlungen. Das ist eigentlich eine große Zahl. Wenn man sich die Verhältnisse aber näher anschaut, sind es überwiegend Suchtkranke und Kranke mit psychosomatischen Störungen, Psychoneurosen und ähnlichen Erkrankungen, die Heilbehandlungen erhalten. Auch hier sind die besonders benachteiligten Psychosekranken kaum vertreten. Aus dem Ganzen ist zu schließen, daß es zwar sozialrechtliche Absicherungen für psychisch Kranke gibt, aber es eben nicht solche Leistungen sind, die unter den Begriff der Rehabilitation fallen, sondern solche, die dem Bereich Versorgung zugeordnet werden können. Dies ist ja vorhin auch von Herrn Dr. Kitzig gesagt worden. Es sind fast ausschließlich Versorgungsansprüche, die von den Rentenversicherungen befriedigt werden. Dadurch aber wird verhindert, daß doch irgendwann wieder aktive Hilfen einsetzen und Selbsthilfefähigkeiten gefördert werden. Solche Mißverhältnisse insbesondere bei den Hilfen für chronisch psychisch Kranke gelten nicht nur für Berentungsleistungen, bei denen sie statistisch nachgewiesen werden können, sondern auch bei den Leistungen der Sozialhilfe scheint es ähnlich zu sein. Dort nehmen Versorgungshilfen zum Lebensunterhalt und zur Pflege offensichtlich wesentlich größere Anteile ein, als rehabilitativ wirksame Teile

der Eingliederungshilfe für Behinderte, Vielleicht darf ich noch zwei andere Punkte nennen, die mir wichtig erscheinen. Neben den sozialrechtlich verbürgten Sicherungen muß man sich auch anschauen, wie sich diese umsetzen. Es ist schon mehrmals angedeutet worden, daß es nicht so sehr an Maßnahmenkatalogen mangelt, sondern vielmehr an der „Paßfähigkeit“ der Hilfen. Man muß sich überlegen, welche Problemlagen und Bedürfnisse die psychisch Kranken haben. Das ist heute morgen dargestellt worden. Wie müssen also dementsprechend rehabilitative oder habilitative Maßnahmen strukturiert sein, und wie paßt es dann mit den vorgegebenen sozialrechtlichen Schienen zusammen? Und dort klafft eine immense Lücke, die dann eben durch Improvisation an den Landeskrankenhäusern überwunden werden soll. Solcherart ansetzende rehabilitativ wirksame Hilfen sind aber gerade nicht in sozialrechtliche vorgesehene Schienen eingepaßt, obwohl sie Erfolge vorweisen können. Wir haben es bei uns im Osnabrücker Landeskrankenhaus geschafft, daß sehr viele Rentner noch regelmäßig in quasi werkstattähnlichen Einrichtungen tätig sind. Das funktioniert. In den Wohngemeinschaften funktioniert es erst recht, auch wenn dort sehr viele Frührentner eben. Solche paßfähig strukturierten Hilfen haben wieder zu größerer Selbständigkeit geführt.

Zum zweiten: Es ist in den verschiedensten Gesetzesbereichen vorgeschrieben, daß es einen Rehabilitations-Gesamtplan geben sollte, daß es also neben der übergreifenden gesetzlichen und einrichtungsbezogenen Kooperation und Koordination noch eine einzelfallbezogene Zusammenarbeit geben soll. Ent-

sprechende Vorschriften finden sich im RehaAnglG, im BSHG u. a. Aber nach meiner Erfahrung mit der Rehabilitation psychisch Kranker wird dies bisher nicht umgesetzt. Mir ist kein Beispiel bekannt, wo es wirklich eine langfristige Planung gegeben hätte, wo Rehabilitation auch eingegliedert worden ist in den Zusammenhang eines Lebensplanes: Was verspreche ich mir vom Durchlaufen einer bestimmten Maßnahme, was bedeutet dies für den Kranken selbst, wohin wird es sich für ihn entwickeln? Der Rehabilitationsgesamtplan ist noch nicht paßfähig geworden. Auch ist offensichtlich sozialrechtlich nicht überlegt worden, daß Rehabilitation Lebensplanung bedeutet und eine bestimmte Perspektive der Lebenseinrichtung beinhaltet.

*Tiedt:* Ich kann mir nicht vorstellen, daß ein Reha-Gesamtplan als Lebensplan so konkret sein kann, wie man das eigentlich als Leistungsträger braucht. Ist es nicht vielmehr so, daß sich die Planung in bestimmten Stufen vollziehen muß, daß zunächst einmal eine Stufe abgewartet werden muß und dann aufgrund des Ergebnisses der ersten Stufe erst entschieden werden kann, ob und welche neue Stufe aufgesetzt wird oder welche Nachfolgebehandlung nötig ist? Ich möchte deshalb den Begriff „Reha-Gesamtplan als Lebensplan“ hinsichtlich der Konkretisierungsmöglichkeiten mit einem Fragezeichen versehen.

Was Sie zur Berufsförderung sagten, das ist klar. Wir haben sehr wenige berufsfördernde Maßnahmen. Ich darf darauf hinweisen, daß wir beim Bundesarbeitsministerium eine Arbeitsgruppe eingerichtet haben, die sich mit dieser Problematik befassen wird. Die Frage ist eben, ob man heute sagen kann, in welchen Fällen eine berufsfördernde Maßnahme von einem psychisch Kranken durchgestanden werden kann und in welchen Fällen später eine Eingliederungschance besteht. Nach den Zahlen muß ich eigentlich sagen, daß man bisher nur in wenigen Fällen solche Chancen gesehen hat. Es mag sein, daß weitere Überlegungen gemeinsam mit Sachverständigen vielleicht zu anderen und größeren Zahlen in diesem Bereich führen.

Ein Drittes: In welchen Einrichtungen sollen solche berufsfördernden Maßnahmen für psychisch Kranke durchgeführt werden? Ich habe mir sagen lassen, daß es im Moment noch nicht so sehr viele geeignete Einrichtungen gerade für diesen Personenkreis in der Berufsförderung, beispielsweise für eine Umschulung, geben soll.

*Fox:* Noch eine Anmerkung zu den Zahlen über die rehabilitativen Leistungen der Rentenversicherungen. Bei den 314 Personen, die eine Berufsförderung erhalten haben, liegen Zahlen über den Maßnahmenenerfolg vor. Im Ergebnis unterscheiden sich die psychisch Kranken nicht von anderen Behindertengruppen. Aufgrund praktischer Erfahrungen und verschiedener Studien läßt sich nachweisen, daß auch bei diesen Kranken eine Rehabilitation möglich ist. Sie ist genauso erfolgversprechend, wie bei anderen Behindertengruppen, aber natürlich nur unter dem Vorzeichen, daß die Maßnahmen so strukturiert werden, daß sie auch für psychisch Kranke paßfähig sind. So muß überlegt werden, ob es wirklich sinnvoll für psychisch Kranke ist, daß schulische Maßnahmenanteile wie für geistig oder körperlich Behinderte strukturiert werden. Psy-

chisch Kranke haben in der Regel andere Konzentrationsfähigkeiten und andere Möglichkeiten, sich Bildungswissen anzueignen. Wir haben dafür bei uns im Landeskrankenhaus eine eigene Schule eingerichtet, die nicht mit regulären Abend- oder Volkshochschulen vergleichbar ist. Diese Schule geht inzwischen recht gut.

Es kommt genauso bei berufsfördernden Maßnahmen darauf an, daß es spezifische Strukturierungen gibt, die eben den besonderen Bedarfslagen der psychisch Kranken entgegenkommen.

Es ist aber nicht nur Aufgabe der Krankenhäuser, jetzt solche Hilfen einzurichten und um entsprechende finanzielle Absicherungen nachzusuchen. Umgekehrt müssen auch die Leistungsträger bereit sein, diese besonderen Belange der psychisch Kranken anzuerkennen und in eine flexiblere Handhabung der Maßnahmevorschriften und -bewilligungen umzusetzen, somit paßfähige Schienen zu etablieren.

*Joachim!:* Ich glaube, daß der Personenkreis der psychisch Kranken, die aus klinischen Einrichtungen kommen, bisher relativ gut versorgt worden ist. Sehr viel schwieriger ist es, wenn psychisch Kranke aus Praxen niedergelassener Nervenärzte kommen. Da ist auch die Akzeptanz solcher Einrichtungen sehr viel schwieriger. Ich weiß, daß wir hier in NRW recht gute Erfolge haben im Umgang von psychisch Behinderten aus den Landeskrankenhäusern in Werkstätten für Behinderte. Von diesen wird die neue Umgebung allgemein als Fortschritt anerkannt, im Gegensatz zu denjenigen, die eben von außen kommen und erst gar nicht in dieses „Gebilde“ Werkstatt für Behinderte hineingehen wollen.

Ich meine aber, daß die Schauplätze für rehabilitative Maßnahmen zumindest in NRW schon bestehen, wo wir das Instrument der Übungswerkstätten und Übungsfirmen sehr weit ausgebaut haben. Ich hoffe, daß die anderen Bundesländer auf diesem Sektor nachziehen werden. Hierbei handelt es sich neben den etablierten Berufsförderungswerken um arbeitsmarktpolitische Einrichtungen. Damit kommen wir aber wieder an die Grenze unseres ach so beliebten Kästchendenkens, hinter dem sich die Verantwortlichen so gut verstecken können. Denn die Frage heißt: Wie grenzen wir ab und was können wir tun, ohne uns selbst die Finger zu verbrennen?

Ich glaube, Herr Tiedt, wenn wir zu Vereinbarungen kämen, die eben genau diese Fragen, die Sie aufgeworfen haben, einfach mal hintenanstellen — wer gibt mir denn die Prognose, wer sagt mir denn, ob das der Behinderte auch durchhält oder nicht — und wir uns in dieser Frühphase der Rehabilitation miteinander verständigen könnten, dann wären wir schon einen Schritt weiter.

Wir haben uns über ein Modell für psychisch Behinderte hier im Bonner Raum unterhalten/Was haben wir gemacht? Wir haben, Herr Kitzig, „phantasievoll“ gesucht und schließlich ein Instrument gefunden, das im Moment erfolgversprechend scheint, nämlich die Werkstatt für Behinderte. Warum? Weil sie für zwei Jahre im Trainingsbereich Leistungen der Bundesanstalt für Arbeit mehr

oder weniger garantiert und weil sie hinterher in einer gewissen Form die Sicherheit gibt, daß die Sozialhilfe einspringt. Eine befriedigende Lösung für den Personenkreis der psychisch Behinderten ist das weiß Gott nicht.

Wir haben im Bildungsbereich dieselben Fragen gestellt: Herr Tiedt, Sie wissen, hier in Bad Godesberg gibt es das Zentrum für hirngeschädigte, die Godeshöhe. Es handelt sich hierbei um eine Rehabilitationseinrichtung der sog. Phase zwei: Ein Instrument, das gesetzlich gesehen hervorragend ist, weil es den Übergang zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation ermöglicht. Aber was passiert, weil kein Mensch sich darauf verständigen kann, wann die medizinische Rehabilitation als Belastungserprobung aufhört und wann die berufliche Rehabilitation als Berufsfindung anfängt? Man läßt das Ganze unter dem Etikett „medizinische Rehabilitation“ laufen. Sie sind relativ gut dran, weil Sie unter Ihrem Dach der Rentenversicherung medizinische und berufliche Rehabilitation betreiben können. Wir als Arbeitsverwaltung stehen da außen vor. Vielleicht ist das für unsere Kasse ganz gut, aber von der Sache her ist es sicherlich nicht befriedigend, wenn man ein theoretisches Konzept hat, ohne es praktisch anzuwenden.

Ich glaube also, und da spreche ich die Mediziner mit an, daß eine Schwierigkeit für uns in der Interpretation des Begriffs der beruflichen Rehabilitation liegt. Was können wir denn für die seelisch Behinderten beruflich machen? Wir können doch nur da ansetzen, wo aufgrund der Behinderung eine berufliche Neuorientierung stattfinden muß. Das ist jedenfalls der klassische Begriff der beruflichen Rehabilitation. Und das ist doch wohl in den meisten Fällen gar nicht gegeben; denn wenn die psychotischen Dinge einmal ausgestanden sind, dann sollte man zunächst einmal meinen, daß der weiteren Ausübung des bisherigen Berufes nichts im Wege steht. Gehen wir also von den Quantitäten aus, so sagt man, daß etwa 20% der Rehabilitanden eine qualifizierte Umschulung als Rehabilitationsmaßnahme durchlaufen. Für den Rest bleibt nur die Vermittlung eines leidensgerechten Arbeitsplatzes — und da gibt es dann wieder Schwierigkeiten mit der Rentenversicherung. Und schon können wir unsere arbeitsmarktlichen Instrumente, z. B. Trainingsmaßnahmen, nicht mehr einsetzen, weil unterschiedliche Auffassungen über die Vorrangigkeit behinderungsbedingter oder arbeitsmarktbedingter Gründe hierfür bestehen. Ich glaube, daß wir in diesem Gerangel der Zuständigkeiten immer den Betroffenen ganz vergessen.

Ich glaube, ohne daß ich hier wieder den Ball zurückspielen will, daß uns als Leistungsträgern etwas Konkreteres in die Hand gegeben werden müßte. Die Mediziner haben das Feld ein bißchen auch selbst verdorben dadurch, daß sie die greifbaren Klassifizierungen gerade bei den psychisch Behinderten aufgegeben haben. Bei den endogenen Psychosen haben wir noch etwas Konkretes; da haben wir auch ganz gute Ergebnisse vorzuweisen. Alles andere ist fließend, nicht greifbar, weder von der Definition noch von der Dauer her. Wenn wir da ein bißchen mehr zusammenkämen, dann könnte man entweder vorhandene Rezepte phantasievoll anwenden oder aber zu solchen Mischvereinbarungen kommen, über die sich dann auch Juristen verständigen könnten

(vgl. Rehabilitationskonzept der Innungskrankenkasse bei Herzinfarktpatienten).

*Kulenkampff:* Ich würde dem, was Sie gesagt haben, voll zustimmen und würde doch noch als Psychiater einen Teil der Vorwürfe, die hier gemacht wurden, auf unseren Berufstand mitbeziehen. Was Herr Fox oder Herr Stumme gesagt haben, daß wir in diesem Beruf, aber auch den benachbarten Berufen, verhältnismäßig wenig Rehabilitationssachverstand haben und besonders mit dem Instrument der beruflichen Rehabilitation kaum umgehen können, ist wohl unbestritten. Ich übersehe außer meiner eigenen Vergangenheit etwa zehn große psychiatrische Krankenhäuser und habe auch mit Krankenblättern gelegentlich zu tun. Da gibt es so etwas wie eine berufliche Anamnese eigentlich kaum. Und insofern ist Herr Kitzig für mich immer ein Vorbild und ein Sonderbeispiel, wie jemand, der sich nun damit sehr extensiv befaßt, alles machen kann. Mag sein, daß es anderswo auch noch so ähnlich geschieht, aber das ist nicht breit angelegt, und dadurch kommt es, daß wir von unserer Seite her, als Ihre Partner verhältnismäßig lahme Gestalten sind, die Ihnen auch kein richtiges Futter geben. Insofern entsteht dann häufig kein Druck für Vereinbarungen, kein Druck, um zurechtzukommen miteinander. Die Betroffenen sind dann diejenigen, die durch die Netze fallen, nur noch versorgt werden und der Sozialhilfe anheimfallen. Das ist wohl so in etwa der gegenwärtige Zustand, und ein Sinn dieser Veranstaltung ist es, sich das bewußt zu machen, damit man zu besseren Lösungen kommt.

## II. Teil

### Probleme in ausgewählten Rechtsbereichen

Vormundschafts- und Pflegschaftsrecht

Maßregelvollzug

# Probleme des Vormundschafts- und Pflegschaftsrechts — Derzeitige Situation und Vorschläge zur Weiterentwicklung der Rechtsvorschriften aus ärztlicher Sicht

*H. Koester*

Der Begriff der Entmündigung geht auf das althochdeutsche Wort „munt“, gleich Schutz-Schirm, zurück. Der Bedeutungswandel dieses Begriffs ist uns allen geläufig. Im Selbstverständnis der Betroffenen und im Erleben der öffentlichen Meinung wird Entmündigung gleichgesetzt mit einer Einschränkung der persönlichen Freiheitsrechte, mit Verlust von Eigenverantwortung. Die schützende, die helfende Hand, ist zur gängelnden Hand geworden. Unter diesem Ausgeliefertsein an eine fremde Willensbestimmung droht in den Hintergrund zu treten, daß es sich bei der Entmündigung nach wie vor selbstverständlich um eine Schutzmaßnahme handelt, daß sie als solche konzipiert ist und daß sie eine solche auch heute noch darstellt.

Nun ist diese veränderte Einstellung zur Entmündigung auch nicht erst entstanden in unserer gegenüber Machtausübung und Fremdbestimmung sensibler und hellhöriger gewordenen Zeit. Laut Duden hatte Bevormundung bereits im 16. Jahrhundert auch die Bedeutung von gängeln. Man könnte daher, wenn schon Jahrhunderte mit dieser Entwicklung zurechtgekommen sind, sozusagen zur Tagesordnung übergehen. Aber es geht hier zwar auch um Begriffe, um Ausdeutung von Worten, vorrangig bestehen aber aus ärztlicher Sicht kritische Vorbehalte gegenüber inhaltlichen Ausgestaltungen des Entmündigungs- und auch des Pflegschaftsrechts. Ausgesprochenes Unbehagen drängt sich angesichts der praktischen Handhabung der gesetzlichen Bestimmungen auf.

Mein Ansatz in diesem Referat zielt darauf, das Dilemma aufzuzeigen, in dem sich der Arzt als am Entmündigungsverfahren beteiligter Gutachter oder als Therapeut entmündigter Kranker befindet. In jedem Fall ergibt sich ein Zielkonflikt, nämlich einerseits im wohlverstandenen Interesse des Kranken an der Einsetzung eines Vormundes mitzuwirken und die positiven Chancen, die in der Unterstützung durch einen Vormund liegen können, zu nutzen, andererseits dagegen die Nachteile einer solchen Maßnahme abzuwägen: die diskriminierenden Auswirkungen für die Betroffenen, die Erkenntnis, daß die Einsetzung eines Vormundes die Behandlung eines psychisch Kranker oft nicht erleichtert, vielmehr als letzte Stufe eines Entfremdungsprozesses eher ein zusätzliches Hindernis darstellt und daß eine Entmündigung eine erhebliche therapie- und rehabilitationsfeindliche Belastung der Arzt-Patienten-Beziehung darstellen kann. Um die Hemmnisse und Behinderungen in der Behandlung psychisch Kranker durch eine Entmündigung zumindest abzumildern, sollen abschließend in meinem Referat einige seit Jahren von ärztlicher Seite immer wieder vorgetragene Lösungsvorschläge in Erinnerung gebracht werden, die

— soweit mir bekannt ist — seit längerem durchaus Gegenstand gesetzgeberischer Überlegungen sind, denen aber vielleicht noch die Schubkraft fehlt, weil sie bislang zu wenig Eingang gefunden haben in die öffentliche Diskussion und in die politische Willensbildung.

Ich bitte bei den Kennern der Materie um Entschuldigung, daß ich kurz auf die derzeitige Gesetzeslage eingehe, soweit dies hier zum besseren allgemeinen Verständnis erforderlich ist. Die zivilrechtlichen Schutz- und Hilfsmaßnahmen für psychisch Kranke und Behinderte sind in Deutschland seit 1896, dem Jahr der Einführung des Bürgerlichen Gesetzbuches — in der Folge abgekürzt BGB — in ihrem Kern unverändert geblieben. Bei diesem ehrwürdigen Alter der einschlägigen Vorschriften zur Regelung des Vormundschafts- und Pflegschaftsrechts nimmt es, wie ausgeführt, nicht wunder, daß wir heute mit manchen Formulierungen der Bestimmungen terminologische Schwierigkeiten haben, daß der materielle Inhalt in den 85 Jahren seit seinem Inkrafttreten in einigen Punkten nicht mehr zeitgerechten Auffassungen entsprechen kann und daß schließlich auch in der Praxis die Handhabung der gesetzlichen Bestimmungen in einer Reihe von Punkten nicht mehr befriedigt.

Die Entmündigung ist geregelt im § 6 des BGB. Außer wegen Verschwendung, auf die hier nicht eingegangen werden soll, kann entmündigt werden und erhält nach § 1896 BGB einen Vormund, wer infolge von Geisteskrankheit oder Geistesschwäche seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag, oder anders ausgedrückt, wer infolge krankhafter Störungen nicht fähig ist, seine Rechtsinteressen angemessen wahrzunehmen. Bei Entmündigung wegen Trunksucht oder Rauschgiftsucht hat der Gesetzgeber die Entscheidungsgründe weitergefaßt. Es geht in diesen Fällen nicht nur darum, ob jemand seine eigenen Angelegenheiten nicht besorgen kann, sondern auch darum, ob er sich oder seine Familie der Gefahr des Notstandes aussetzt oder die Sicherheit anderer gefährdet.

Folge der Entmündigung wegen Geisteskrankheit ist der Verlust der Geschäftsfähigkeit. Geschäftsunfähig ist, wer das 7. Lebensjahr nicht vollendet hat oder wer sich in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit befindet, sofern nicht der Zustand seiner Natur nach ein vorübergehender ist. Wer wegen Geistesschwäche entmündigt ist, ist noch beschränkt geschäftsfähig. Beschränkte Geschäftsfähigkeit besteht bei einem Minderjährigen, der das 7. Lebensjahr vollendet hat.

Wie bei der Vormundschaft handelt es sich auch bei der Pflegschaft nach § 1910 BGB primär um eine Schutz- und Fürsorgemaßnahme für den psychisch Kranken und Behinderten. Im § 1910 BGB heißt es u. a., daß ein Volljähriger, der infolge geistiger oder körperlicher Gebrechen einzelne oder bestimmte Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag, hierfür einen Pfleger erhalten kann. Die Pflegschaft unterscheidet sich also von der Vormundschaft dadurch, daß sich die Fürsorge immer nur auf einzelne Angelegenheiten des Pflegebefohlenen erstreckt. Der Aufgabenkreis des Pflegers ist somit grund-

sätzlich beschränkt, während der Vormund für alle Angelegenheiten seines Mündels zuständig ist.

Damit ist die gesetzliche Ausgangssituation kurz definiert. Die Kritik hieran und daraus resultierende Änderungsvorschläge waren der Sachverständigenkommission zur Erarbeitung der Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland in ihrem Bericht vom November 1975\*) so wichtig, daß sie hierzu ausführlich und detailliert Stellung genommen hat. Sehen Sie mir bitte nach, daß ich neben eigenen Untersuchungsergebnissen mich immer wieder auf den Enquete-Begriff beziehe. Leider ist seitdem entscheidend Neues an Entwicklungen noch nicht erkennbar.

Beginnen wir wieder mit den terminologischen Einwänden. Der Enquete-Bericht sagt zu Recht, daß Gesetzesbegriffe zwar nicht immer mit dem aktuellen volkstümlichen oder medizinischen Sprachgebrauch in zeitlichem Einklang stehen könnten, beim Entmündigungsrecht gehe es aber keinesfalls nur um formale Schönheitsfehler. Wenn man z. B. einem Staatsbürger erklären müsse, daß er wegen Geistesschwäche entmündigt wurde, obwohl er keineswegs schwachsinnig ist, so werde das vielfach doch als recht belastend empfunden. Bei der Geisteskrankheit im Sinne des § 6 BGB sei es nicht anders. Wie bei der Geistesschwäche handelt es sich hier bei dem verwandten Begriff der Geisteskrankheit nicht um eine medizinische Definition, sondern die Geisteskrankheit stellt gegenüber der Geistesschwäche lediglich einen graduellen Unterschied dar im Sinne einer höhergradigen geistig-seelischen Abnormität oder Behinderung. Die Begriffe definieren also, um dies nochmals hervorzuheben, nicht medizinische Diagnosen oder Tatbestände, sondern bezeichnen die Ausprägung der verschiedenartigen psychischen Störungen, welche dazu führen können, daß der Betreffende seine Angelegenheiten nicht mehr erledigen kann.

Eine der wenigen Bestimmungen im Vormundschaftsrecht, welche neueren Datums ist, wurde erst 1975 eingeführt. Sie betrifft die gesonderte Benennung der Rauschgiftsucht als Entmündigungsgrund. Ob dies notwendig war, gibt der Enquete-Bericht zu bedenken, sei zweifelhaft, da die Analogie zur Trunksucht aus der Natur der Sache ganz klar sei. Wie bei Geistesschwäche und Geisteskrankheit im Sinne des Entmündigungsrechts gehe es hier nicht um die psychiatrische Diagnose, sondern ausschließlich um die Folgen von Sucht oder Mißbrauch. Davon abgesehen hätte nach der heute international übereinstimmenden Terminologie der Suchtbekämpfung die Formulierung Suchtstorfabhängigkeit eingeführt werden müssen. Diese Bezeichnung hätte der Sprachregelung der Weltgesundheitsorganisation entsprochen, und mit ihr hätten Meinungsdivergenzen in der Rechtsprechung sowie im Schrifttum vermieden werden können.

Ein grundsätzlicher, über sprachliche Ungereimtheiten hinausgehender Vorbehalt, der gegenüber der Entmündigung immer wieder geltend gemacht wird, ist der, daß die Einrichtung mit dem schon angesprochenen Diskriminierungseffekt für den Betroffenen verbunden ist. Für nicht wenige psychisch Kranke, vor allem aber auch für die Angehörigen, ist es nur schwer erträglich, wenn die

\*) Bundestagsdrucksache 7/4200 und **7/4201**.

Patienten durch ein umständliches Gerichtsverfahren „unter Kuratel“ gestellt werden. Die kontinuierliche Weiterentwicklung des sozialen Wohlfahrtsstaates hat außerdem zwangsläufig bei immer mehr Staatsbürgern zu einer progredienten Einengung ihres privaten Verfügungsraumes geführt. Insoweit haben sich also die sozialen und ökonomischen Voraussetzungen, unter denen das geltende Vormundschafts- und Pflegschaftsrecht geschaffen wurde, erheblich geändert. Entmündigung ist nun mal kein abstrakter juristischer Akt, sondern ein komplexer Eingriff in Persönlichkeitsrechte mit einer allgemein menschlichen, sozialen, wirtschaftlichen, medizinischen und rechtlichen Dimension. Dies zwingt zur Überprüfung der Möglichkeiten, wie man unter den heutigen gesellschaftlichen und sozioökonomischen Bedingungen dem privatrechtlichen Schutzbedürfnis psychisch Kranker und Behinderter am besten und schonendsten gerecht werden kann.

Was nun die praktische Handhabung des Vormundschaftsrechts anbelangt, so ist von psychiatrischer Seite vielfach beklagt worden, daß noch viel zu häufig entmündigt wird. Dies gilt insbesondere für hospitalisierte psychisch Kranke. Eigene Untersuchungen für das Jahr 1973 hatten aufgezeigt, daß bis zu 36% der in den psychiatrischen Landeskrankenhäusern des Rheinlands behandelten Patienten entmündigt waren. In anderen Bundesländern ergaben sich ähnliche Werte. Seither hat sich in den psychiatrischen Kliniken ein tiefgreifender Strukturwandel vollzogen. Die Bettenzahl hat sich allerorts um ein Drittel und mehr reduziert. Um so überraschender ist die Feststellung, daß der Anteil entmündigter Kranker nahezu unverändert geblieben ist. Es handelt sich dabei überwiegend um langfristig Hospitalisierte, bei denen vielfach die Vormundschaft nur eingerichtet wurde, um eine Rechtsgrundlage für die Unterbringung zu schaffen. Der Vormund hat, solange es ärztlich für erforderlich gehalten wird, das Recht, für sein Mündel das Krankenhaus als Aufenthaltsort zu bestimmen. Vormundschaften, die lediglich einen Klinikaufenthalt legalisieren, laufen aber nach aller Erfahrung Gefahr, daß sich der wohlgemeinte Sinn einer Vormundschaft ins Gegenteil verkehrt.

Zu den Rechten und Pflichten des Vormunds gehört es, sich um die Gesundheit seines Mündels zu kümmern, d. h. letztlich die Sorge um die Beendigung der Entmündigung. Die Erfahrung lehrt aber, daß viele Vormünder, welche für ihr Mündel die wichtigste Bezugs- und Kontaktperson und bei stationärer Behandlung den entscheidenden Vermittler nach draußen darstellen, ihr Mündel nach der Krankenhauseinweisung kaum noch aufsuchen. So kennen viele Mündel ihren Vormund persönlich überhaupt nicht. Andererseits müssen Vormünder bis zu 100 Mündel und mehr betreuen. Daraus muß sich geradezu zwangsläufig die Sorge ergeben, daß Entmündigte nicht immer die Hilfen bei der Wiedereingliederung erhalten, auf die sie nach den gesetzlichen Bestimmungen einen Anspruch haben. Ja, man muß sogar unterstellen, daß der Vormund nicht selten sein Mündel in der Klinik recht gut aufgehoben weiß und angesichts seiner vielen anderen Mündel recht zufrieden mit diesem Zustand sein muß. Überspitzt wird man sagen müssen, daß es für alle, die an der stationären Behandlung Entmündigter beteiligt sind, sehr genau darauf zu achten

gilt, daß die vom Gesetzgeber gedachte Einrichtung der Entmündigung als Schutz des Kranken in unserer Gesellschaft sich in der Praxis nicht umkehrt zu einer Maßnahme zum Schutz der Gesellschaft vor den Kranken; d. h. die gesetzliche Regelung für einen wirksamen Schutz psychisch Kranker, welche durch ihre Erkrankung außerstande sind, ihre Angelegenheiten zu besorgen, ist nicht ganz unproblematisch, wenn das wohlverstandene Interesse des Kranken zu sehr unter dem Gesichtspunkt einer Übereinstimmung mit den Interessen der Familie oder der Öffentlichkeit gesehen wird oder, auf eine kurze Formel gebracht, wenn Entmündigung abhängt vom Ausmaß krankheitsbedingter sozialer Störfaktoren.

Psychiatrischerseits muß man also immer wieder kritisch fragen, ob und inwieweit sich hinter der Einrichtung oder Aufrechterhaltung von Entmündigungen Motivationen verbergen, die mit der Struktur unserer Leistungsgesellschaft, ihren Wünschen, ihren Bedürfnissen und ihrer Toleranzbereitschaft zusammenhängen, und ob nicht unter dem Etikett einer Hilfestellung Ausklammerungstendenzen gegenüber psychisch Kranken wirksam sind.

Auf einen Aspekt lassen Sie mich in diesem Zusammenhang noch hinweisen, der zwar überhaupt nicht dem derzeitigen Entmündigungsrecht anzulasten, aber in der Praxis gleichwohl von großer Bedeutung ist, nämlich auf die bestehende Gefahr, Entmündigung — zwar unzulässig und falsch, aber offenbar doch gedanklich naheliegend — mit chronischer Pflegebedürftigkeit zu assoziieren und daraufhin kurzschlüssig keine Behandlungsbedürftigkeit im Sinne der RVO mehr anzuerkennen. Dies ist keine theoretische Befürchtung, sondern eine alltägliche Erfahrung, der wir immer wieder gegensteuern müssen, damit der Entmündigte nicht gleichsam automatisch zum Sozialhilfefall mit allen persönlichen und familiären Konsequenzen wird.

Auf eine weitere, ganz andere Schwierigkeit ist hinzuweisen. Nach § 1785 BGB ist jeder Deutsche verpflichtet, eine Vormundschaft als Ehrenamt zu übernehmen, sofern dieser Auswahl durch das Vormundschaftsgericht nicht im BGB gleichfalls definierte Gründe entgegenstehen. Die Vormünder sind daher natürlich oft nicht für ihre Aufgabe vorbereitet. Der einzelne, auf sich gestellte Vormund, sieht sich nur schwer lösbaren Aufgaben gegenüber. Ein Zusammenschluß der Vormünder in Vereinen, welche einen Erfahrungsaustausch ermöglichen und in denen ein Rat von Fachleuten herangezogen werden kann, oder die Übernahme von Einzelvormundschaften durch haupt- oder ehrenamtliche Mitarbeiter freigemeinnütziger caritativer Verbände hat sich, um hier Abhilfe zu schaffen, bewährt. Dessen ungeachtet wird sehr richtig im Enquete-Bericht empfohlen, die Zahl der Mündel, welche ein Vormund betreuen darf, drastisch einzuschränken, was bei der begrenzten Zahl der Helfer, die uns für diese Aufgabe zur Verfügung stehen, nur bei einer fühlbaren Einschränkung der allgemeinen Entmündigungsrate möglich sein wird.

Um dieses Ziel zu erreichen, wird von psychiatrischer Seite immer wieder angeregt zu prüfen, ob nicht die Einrichtung der wesentlich weniger einschneidenden Gebrechlichkeitspflegschaft ausreicht. Ob allerdings eine Aufwertung

und Umgestaltung des Instituts der Pflegschaft im Rahmen der Sorge um psychisch Kranke und Behinderte sinnvoll und zweckmäßig ist, wird im Enquete-Bericht richtigerweise gleichfalls in Zweifel gezogen. Nach § 1910 Abs. 3 BGB darf die Pflegschaft nur mit Einwilligung des Gebrechlichen angeordnet werden, es sei dann, daß eine Verständigung mit ihm nicht möglich ist. Die Beurteilung der hier gemeinten Verständigungsmöglichkeit war aber von jeher umstritten. Im Enquete-Bericht wird daher eine ergänzende Vorschrift vorgeschlagen, durch die eine Anordnung der Pflegschaft auch bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 6 BGB, also zur Einrichtung einer Vormundschaft, ermöglicht werden sollte. Es könnten also die Voraussetzungen für eine Entmündigung gegeben sein; wegen des geringeren Schutzbedürfnisses würde man es aber bei der Anordnung der Pflegschaft belassen. Dies wäre ein pragmatisch vernünftiger Weg. Seine Realisierung wäre aus ärztlicher Sicht ein großer Fortschritt.

Ein weiterer Änderungsvorschlag sollte ernsthaft geprüft werden. Wie ich eingangs ausführte, ist die Entmündigung mit dem Verlust oder der Beschränkung der Geschäftsfähigkeit verbunden. Die Zweigleisigkeit dieses Verfahrens ließe sich vereinfachen und für den Betroffenen entschärfen. Es wäre denkbar, daß ausschließlich der Vormundschaftsrichter in einem Verfahrensgang das Betreuungsbedürfnis feststellt und dem Betroffenen einen Betreuer zuordnet, dessen Befugnisse entsprechend den Erfordernissen im Einzelfall geregelt werden könnten. Überprüft werden könnte dabei auch die Frage, ob und inwieweit die automatische Verknüpfung von Verlust oder Beschränkung der Geschäftsfähigkeit mit bestimmten Betreuungsmaßnahmen reduziert werden kann, d. h. die Befugnisse des Betreuers könnten je nach Erfordernis eingeschränkt oder erweitert werden. Aus der bisherigen Vormundschaft und Pflegschaft wären somit nach Art und Grad unterschiedliche, individuell abgestufte und allein am Wohl des Kranken orientierte Formen der Betreuung zu entwickeln. Die Totalbetreuung des geschäftsunfähigen Mündels im Sinne der jetzigen Vormundschaft würde dann den Endpunkt einer zu verbreiternden und zu differenzierenden Skala von Betreuungsmöglichkeiten markieren. Sie würde zahlenmäßig gegenüber den vielfältigen Formen einer Partialbetreuung eine viel geringere Rolle spielen als die jetzige Entmündigung. Für die bloße Aufenthaltsbestimmung bzw. Unterbringung von psychisch Kranken in einer Klinik bedürfte es dann wohl auch nicht mehr der offiziellen Einschaltung oder Mitwirkung des Betreuers. Das Vormundschaftsgericht könnte hier ohne jede Zwischeninstanz tätig werden, was es im übrigen nach § 1846 BGB im Falle einer noch nicht erfolgten Bestellung oder Verhinderung des Vormundes auch heute bereits tun muß. Auch eine erst im Jahre 1960 eingeführte Bestimmung, die im § 1800 Absatz 2 BGB niedergelegt ist, spricht für eine solche Entwicklung. Die gesetzliche Regelung des § 1300 besagt, daß schon jetzt die Unterbringung durch einen Vormund der vormundschaftsrichterlichen Genehmigung bedarf, die in regelmäßigen Abständen überprüft wird. Das Vormundschaftsgericht ist also jetzt schon mit festgelegten Fristen in der Unterbringung befaßt.

Lassen Sie mich kurz nochmal das Wichtigste zusammenfassen, was aus ärztlicher Sicht kritikwürdig erscheint, was geändert und verbessert werden könnte:

Die Begriffe Entmündigung und Vormundschaft sind verbraucht und mit negativen und diskriminierenden Vorzeichen belastet. Das gleiche gilt für die in diesem Zusammenhang mißverständlichen und stigmatisierenden Bezeichnungen Geisteskrankheit und Geistesschwäche. Sie tragen unnötigerweise zum Verlust sozialer Identität bei.

Die Entmündigungsrate ist zu hoch. Als Folge hiervon sind Vormünder durch eine zu große Zahl von Mündeln überfordert. Sie sind zudem ungenügend über die rechtlichen und sozialen Folgen der Entmündigung orientiert. Alle Erfahrung lehrt, daß der überfürsorgliche, einengende Vormund die ganz seltene Ausnahme ist. Die meisten Vormünder sind nur in der Lage, eher zu wenig als zuviel zu tun. Dies wird gefördert durch den § 1901 BGB, in dem es heißt, daß der Vormund nur insoweit für die Person des Mündels zu sorgen hat, als es der Zweck der Vormundschaft erfordert. Hier könnte eine Gesetzesänderung mit der positiven Formulierung zweckmäßig sein, wonach der Vormund dafür zu sorgen hat, daß der Sinn der Entmündigung voll erfüllt wird; d. h. dem Mündel ist möglichst soviel Hilfestellung zu geben, daß er wieder Unabhängigkeit und Selbständigkeit erreicht, oder, noch deutlicher ausgedrückt, Ziel der Arbeit des Vormundes muß, wann immer es möglich ist, die Wiederaufhebung der Vormundschaft seines Mündels sein.

In der Realität sieht das heute anders aus. Entmündigung bedeutet noch, wenn nicht unabwendbares Schicksal, so doch einen weitgehend determinierten Lebensweg. Zwar kann auf Antrag des Mündels bei Vorliegen der Voraussetzungen eine Wiederbemündigung erfolgen, in der Praxis geschieht dies aber relativ selten. Wenn keine grundlegende Änderung der Gesetzeslage erreichbar ist, wäre zu prüfen, ob nicht die Einfügung eines Gesetzesparagraphen hilfreich sein könnte, der regelmäßige richterliche Überprüfungen vorschreibt, ob die Voraussetzungen der Entmündigung noch vorliegen. Sowohl in der Beurteilung der der Entmündigung zugrundeliegenden Krankheit könnte eine Änderung eingetreten sein, als auch der Kreis der zu besorgenden Angelegenheiten sich soweit reduziert hat, daß ein Fortbestehen der Entmündigung nicht mehr gerechtfertigt ist.

Für den Klinikaufenthalt eines Patienten ohne dessen ausdrückliches Einverständnis, aus primär fürsorgerischen Gründen, müßte eine neue, einfachere Regelung gefunden werden, wobei zu erwägen ist, ob nicht eine nahtlose sinnvolle Ergänzung zu den jeweiligen Unterbringungsgesetzen der Bundesländer erfolgen könnte. Diese Gesetze, ursprünglich von einer ganz anderen Position her, nämlich aus dem Polizeirecht entwickelt, haben in ihren modernen Fassungen auch fürsorgerische Elemente integriert. Hier besteht eine Chance für eine vernünftige und überschaubarere, weniger Angst und Abwehr auslösende Anknüpfung.

Zu denken wäre an die Einrichtung der weniger eingreifenden Gebrechlichkeitspflegschaft, auch dann, wenn die Voraussetzungen zur Entmündigung gegeben sind. Dies könnte in vielen Fällen noch eine akzeptable Kompromißlösung darstellen. Voll befriedigen würde eine solche Regelung nicht.

Die aus ärztlicher Sicht beste Lösung, den Kern und Angelpunkt aller Verbesserungsbemühungen, stellt die Entwicklung eines abgestuften Systems von Betreuungsmaßnahmen anstelle und in Ergänzung der bisherigen Vormundschaft dar; d. h. die Entmündigung sollte ersetzt werden durch die Feststellung einer Betreuungsbedürftigkeit, ohne daß damit gleichzeitig die obligatorische Verbindung zur Geschäftsfähigkeitsfrage aufgeworfen würde. Dem Betreuer sollte die Regelung eines Aufgabenkreises übertragen werden, der auf das individuelle Bedürfnis des Betroffenen abgestellt ist. Gewiß, der Gesetzgeber kann nicht für jeden Einzelfall eine maßgeschneiderte Lösung vorsehen, aber unser jetziges Vorgehen, das sollten meine Ausführungen deutlich machen, ist zu undifferenziert, nicht mehr zeitgemäß und birgt viele Nachteile und Belastungen für die Betroffenen und nicht zu erfüllende Anforderungen für die Vormünder in sich.

Ich habe Ihnen mit der vorgetragenen, zugegebenerweise sehr spröden und trockenen Materie, vieles an Aufmerksamkeitsleistung abverlangt. Ich hoffe aber, es ist klargeworden, daß es sich für psychisch Kranke und Behinderte um eminent wichtige Fragen handelt, um deren Lösung wir uns gemeinsam bemühen müssen.

# Psychisch kranke Rechtsbrecher — Vergessene der Strafrechtsreform?

*H. Heinze*

Wenn das Thema „psychisch kranke Rechtsbrecher“ in eine Informationstagung über die Benachteiligung psychisch Kranker und Behinderter einbezogen wird, dann sollte man in einem kurzen historischen Rückblick daran erinnern, daß im Laufe des 19. Jahrhunderts zwar die gesonderte Unterbringung bzw. Verwahrung und Behandlung psychisch Kranker in Mittel-Europa zu einem allgemeinwürdigen Prinzip erhoben wurde, dabei aber die Trennung straffällig gewordener psychisch Kranker von den übrigen an solchen Krankheiten leidenden nur von geringer Bedeutung war. Krohne beschreibt in seinem 1889 erschienenen Lehrbuch der Gefängniskunde die Diskussionen über die Unterbringung straffällig gewordener psychisch Kranker und die damit verbundenen Differenzen:

„Eine weitere Ursache liegt darin, daß Personen, bei denen sich Geisteskrankheit und Verbrechen komplizieren, ganz besonders unbequeme Elemente sowohl für die Gefängnisse als auch für die Irrenanstalten sind, die jeder gern dem anderen zuschieben möchte, und daß, wo die Irrenanstalten unter kommunaler Verwaltung stehen, die Hoffnung gehegt wird, die Sorge für alle Geisteskranken, welche jemals mit dem Strafgesetz in Berührung gekommen sind, von sich ab auf den Staat zu wälzen, um die immer lästiger werdenden Kosten der Irrenpflege zu vermindern.“

Wenn die Frage gestellt wird, ob es sich bei diesem zur psychiatrischen Versorgung gehörenden Kranken um „Vergessene der Strafrechtsreform“ handelt, dann läßt sich diese These anhand von drei konkreten Feststellungen begründen:

1. Die durchschnittliche Verweildauer der in einem Sonderkrankenhaus des Maßregelvollzuges, nämlich im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Moringen, überwiegend nach § 63 StGB untergebrachten Patienten belief sich 1980 auf rund 2492, 1981 noch auf rund 2255 Tage. Das sind demnach im Durchschnitt mehr als 6 Jahre. 40,8% der Patienten befanden sich 1981 länger als 60 Monate, also länger als 5 Jahre, im Maßregelvollzug.
2. Für viele im Maßregelvollzug untergebrachte psychisch kranke Rechtsbrecher fehlt es an den Möglichkeiten, gezielte Behandlungs- und Eingliederungsprogramme zu verwirklichen. Zu nennen sind hierbei nur die Gruppen der sog. Entwicklungstäter mit leichten geistigen Behinderungen oder die Gruppe sexuell-devianter Straftäter mit psychischen Erkrankungen bzw. seelischen oder geistigen Behinderungen.
3. Obwohl bereits mit dem Strafvollzugsgesetz vom 16.3. 1976 die Rechte und die Pflichten der Strafgefangenen und der Sicherungsverwahrten umfassend geregelt worden sind und das Bundesverfassungsgericht durch

seinen Beschluß vom 14. März 1972 den bislang üblichen Rückgriff auf die Rechtsfigur des besonderen Gewaltverhältnisses für unzulässig erklärt hat und obwohl in den §§ 136 und 137 des Strafvollzugsgesetzes die mit dem Maßregelvollzug zu verfolgenden Ziele festgeschrieben worden sind, ist es bisher erst in zwei Bundesländern, nämlich in Hessen und Niedersachsen zur Verabschiedung eigenständiger Maßregelvollzugsgesetze gekommen.

Über den Personenkreis, bei dem eine Maßregel der Besserung und Sicherung strafrichterlich angeordnet wurde, liegt statistisches Material von selten des Statistischen Bundesamtes vor. Demnach waren am 31. 12. 1981 im Bundesgebiet (mit Ausnahme des Landes Hessen) 2544 Personen nach § 63 StGB und nach § 126a StPO untergebracht. Der Anteil der nach § 126a StPO Untergebrachten betrug 319. 691 Personen waren in einer Entziehungsanstalt gem. § 64 StGB untergebracht. Insgesamt handelte es sich somit um 3235 Personen. Diese Zahl erhöht sich um rund 200, wenn man die in den hessischen Maßregelvollzugsanstalten Untergebrachten mit einbezieht. Der Anteil der Frauen betrug 183. Aufschlußreich ist auch die Aufschlüsselung nach Altersstufen von den Untergebrachten: Insgesamt waren 531 unter 25 Jahre alt, 143 waren älter als 60, 64 waren älter als 70 Jahre. Der Anteil der Ledigen war mit 2455 überproportional hoch. Verheiratet waren lediglich 317. 55 Personen waren verwitwet und 415 geschieden. Nach dem Bestand vom 31. 12. 1981 handelte es sich um 218 Wiederholungs- und um 201 Widerrufsfälle.

Aus der Strafverfolgungsstatistik liegen die letzten Zahlen des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahre 1980 vor. Daraus ergibt sich, daß im Jahre 1980 304 Personen durch strafrichterliche Anordnung als Erwachsene nach § 63 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus und 499 Personen in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB untergebracht wurden. Bei der ersten Gruppe betrug der Anteil der Frauen 12, bei der zweiten Gruppe 52 Personen. Die Zahl der Heranwachsenden betrug bei einer Unterbringung nach § 63 StGB 43 Personen und bei einer Unterbringung nach § 64 StGB 77 Personen. Von den Jugendlichen wurden 1980 19 nach § 63 und 9 nach § 64 im Maßregelvollzug untergebracht.

Bereits am 10. 4. 1978 hatte die Arbeitsgruppe „Rahmenentwurf eines Maßregelvollzugsgesetzes“ des Ständigen Arbeitskreises der Psychiatriereferenten des Bundes und der Länder den zuständigen Stellen, insbesondere den obersten Landesgesundheits- und den obersten Justizbehörden der Länder das Ergebnis ihrer etwa zweijährigen Arbeit vorgelegt. Dieser Rahmenentwurf ist auch in der Stellungnahme der Bundesregierung zum Bericht der Sachverständigenkommission über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland abgedruckt worden.

In Anlehnung an diesen Rahmenentwurf ist das Hessische Maßregelvollzugsgesetz entwickelt worden und am 1.1. 1982 in Kraft getreten. In Niedersachsen ist das Niedersächs. Maßregelvollzugsgesetz zum 1.10. 1982 in Kraft getreten.

Im Gegensatz dazu ist nach dem Stand von Mitte September 1982 sowohl in Bayern als auch in Schleswig-Holstein eine Regelung erfolgt, die Eingriffs-

grundlagen für den nach den §§ 63, 64 des Strafgesetzbuches unterzubringenden Personenkreis im Unterbringungsgesetz bzw. im Psychisch-Kranken-Gesetz zu regeln. Ein ähnliches Vorgehen kann in Baden-Württemberg bzw. Saarland erwartet werden. Es soll nicht verschwiegen werden, daß eine solche Handhabung im Widerspruch zu der von der Mehrheit der im Ständigen Arbeitskreis der Psychiatriereferenten vertretenen Auffassung steht, in ein solches Gesetzesvorhaben ausführlichere Bestimmungen aufzunehmen und damit auch „möglichst gleichartige Unterbringungs-, Behandlungs- und Rehabilitationsvoraussetzungen in den Ländern zu schaffen“.

Zum derzeitigen Stand des Gesetzgebungsverfahrens über den Maßregelvollzug ist noch zu berichten, daß in Berlin zur Zeit ein neuer Verwaltungsentwurf erarbeitet wird. In Bremen sollten die Ressortabstimmungen im Oktober 1982 beendet werden. Es wird die Hoffnung geäußert, daß das Bremische Maßregelgesetz in der bis September 1983 laufenden Legislaturperiode verabschiedet werden kann. In Hamburg befindet sich der Entwurf eines Maßregelvollzugsgesetzes in Vorbereitung. Er wird sich voraussichtlich relativ stark an das Niedersächsische Maßregelvollzugsgesetz anlehnen. In Nordrhein-Westfalen befindet sich der Entwurf eines Maßregelvollzugsgesetzes in der Ressortabstimmung; ebenso befindet sich ein rheinland-pfälzischer Entwurf in der interministeriellen Abstimmung.

Grund für das Bedauern darüber, daß die gesetzliche Regelung des Maßregelvollzugs in einer Reihe von Ländern als Teilbereich von Unterbringungs- bzw. Psychisch-Kranken-Gesetzen vorgenommen wird, ist die Tatsache, daß es sich bei diesen Gesetzen primär um Gesundheitsfürsorgegesetze handelt. In diesen Gesetzen ist bzw. wird umfassend die Hilfe für psychisch Kranke geregelt, wobei von dem Grundsatz einer Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch Kranken auszugehen ist. Dagegen besteht nach der gegenwärtigen Rechtslage kein Zweifel daran, daß der Maßregelvollzug in bestimmter Weise in das Straf- und Strafprozeßrecht eingebunden ist. Zudem beruht die Unterbringung von psychisch kranken Rechtsbrechern in Maßregelvollzugseinrichtungen auf ihrer durch Straftaten erwiesenen Gefährlichkeit; dem Sicherheitsaspekt kommt somit eine größere Bedeutung zu. Aus allen diesen Erwägungen folgt auch die Notwendigkeit einer mehr ins einzelne gehenden Regelung von Eingriffen in Grundrechte.

Es ist bereits ausgeführt worden, daß mit dem Strafvollzugsgesetz vom 16. 3. 1976 die Rechte und Pflichten der Strafgefangenen erstmals umfassend gesetzlich geregelt worden sind und daß lediglich in den §§ 136 und 137 dieses Gesetzes die mit dem Maßregelvollzug zu verfolgenden Ziele beschrieben worden sind. Ihre nähere Ausgestaltung ist dem Landesrecht (§ 138 Strafvollzugsgesetz) überlassen. Weiter ist bereits ausgeführt worden, daß der bislang übliche Rückgriff auf die Rechtsfigur des besonderen Gewaltverhältnisses durch den Beschluß des Bundesverfassungsgerichtes vom 14. 3. 1972 für unzulässig erklärt wurde, so daß sich daraus zwingend auch eine gesetzliche Regelung der Eingriffsgrundlagen für den Bereich des Maßregelvollzuges ergibt.

Im Rahmen der Zielsetzung der heutigen Tagung muß darauf verzichtet werden, auf die in vielen Einzelheiten aufschlußreiche rechts- und gesundheitspolitische Entwicklung des Maßregelsystems in unserem Lande einzugehen. Es erscheint mir aber wesentlich, auf die während der Weimarer Zeit geleisteten Vorarbeiten hinzuweisen.

Dem Maßregelvollzug ist eine Gratwanderung eigen, die sich zwischen dem therapeutischen Auftrag und der Erfüllung des Sicherheitsbedürfnisses entwickelt. Der Freiheitsentzug für einen psychisch kranken Rechtsbrecher ist nur dann zu verantworten, wenn er sich in seiner Dauer an der von dem Betroffenen ausgehenden Gefahr orientiert und andererseits dem Untergebrachten alle seiner Krankheit oder Behinderung angemessenen Rehabilitationshilfen gewährt. Es sei an dieser Stelle an die Ausführungen von v. Bülow auf einer Tagung der Evangelischen Akademie Hofgeismar im April 1981 erinnert, der zu diesem Komplex bemerkt hat, daß „eine langjährige oder gar lebenslange Verwahrung des psychisch kranken Rechtsbrechers dann nicht geboten“ sei, „wenn sie durch einen kurzen, auf die Rehabilitation des Untergebrachten ausgerichteten Vollzug vermieden werden könnte. Für eine bloße Verwahrung ohne gleichzeitiges Hilfeangebot fehlt der Gemeinschaft jede Legitimation“. Ich habe mir erlaubt, Ihnen in diesem Zusammenhang zu Beginn meiner Ausführungen über die derzeitigen wohl nicht auf Niedersachsen allein beschränkten Verweildauern konkrete Angaben zu machen.

Der Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, die Psychiatrie-Enquete, hat sich mit der damaligen Rechtslage befaßt, eine Analyse des vom Maßregelvollzug betroffenen Personenkreises unter besonderer Berücksichtigung des zweiten Strafrechtsreformgesetzes vorgenommen und die Zuständigkeitsfrage eindeutig zugunsten der psychiatrischen Versorgung beurteilt.

Die Enquete hat vor allem auf die „ausgesprochene Schlußlichtposition“ der Praxis der strafrechtlichen Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus hingewiesen. Ich erlaube mir aus dem Absatz über das therapeutische Angebot noch als Mitglied der damaligen Sachverständigenkommission der Psychiatrie-Enquete folgendes kurz zu zitieren:

„Welche therapeutischen Maßnahmen zur Anwendung kommen, richtet sich nach dem Grundleiden und nach dem jeweiligen Zustand des zu Behandelnden. Es bedarf keiner besonderen Betonung, daß den nach § 63 StGB untergebrachten Psychosekranken die gleichen pharmakotherapeutischen und sozialpsychiatrischen Behandlungsverfahren zuteil werden müssen wie anderen Patienten mit einer Psychose. Für strafrechtlich untergebrachte geistig Behinderte müssen spezielle Rehabilitationsprogramme erarbeitet werden. Besondere therapeutische Probleme geben die strafrechtlich Untergebrachten auf, bei denen eine Neurose oder eine sogenannte Psychopathie vorliegt. Die Entwicklung von Therapieverfahren, die für diesen Personenkreis geeignet sind, steckt bei uns noch in den Anfängen. Es kann hier aber auf die Erfahrungen zurückgegriffen werden, die in ausländischen sozialtherapeutischen Anstalten gesammelt wurden.“

Bei der Behandlung Straffälliger sind neben der Einzelbehandlung gruppentherapeutische Methoden von besonderem Wert. Die Therapie in engerem Sinne muß durch eine Reihe weiterer Maßnahmen gestützt werden. Hierzu gehören in erster Linie abgestufte Arbeits- und Unterrichtsangebote, In besonderen Programmen sollten Techniken der Freizeitgestaltung vermittelt werden, da ein mangelhaftes Angebot in dieser Richtung zur Verfestigung des delinquenten Verhaltens beitragen kann. Für die Resozialisierung ist wichtig, daß während der Zeit der Unterbringung die Kontakte zu den Familienangehörigen erhalten bleiben; wo dies erforderlich ist, sollten nach Möglichkeit neue soziale Verankerungen geschaffen werden." Und am Schluß dieses Abschnittes heißt es: „Auf diesem Gebiet wird noch eine jahrelange beharrliche Arbeit erforderlich sein, die sich vom therapeutischen Nihilismus ebenso freihält wie von einem unrealistischen Optimismus oder utopischen, oft gesellschaftskritisch motivierten Erwartungen."

Es ist nicht zu bestreiten, daß die Träger psychiatrischer Krankenhäuser in ihrer Mehrzahl in den letzten Jahren erhebliche Anstrengungen unternommen haben, um die personellen und baulichen Mängel im Maßregelvollzug anzugehen bzw. zu beseitigen. Diese Bemühungen werden jedoch weiterhin dadurch erschwert, daß sich dieser Bereich der psychiatrischen Versorgung als wenig öffentlichkeitswirksam erweist. Die Medien widmen lediglich den im Vergleich zum Strafvollzug relativ seltenen Rückfälligkeiten von aus dem Maßregelvollzug beurlaubten oder bedingt entlassenen psychisch Kranken eine zum Teil fatale Sensationslust und Aufmerksamkeit. Darüber hinaus wird auch im Hochschulbereich in bestimmter Form Verdrossenheit bereitet und versäumt, sich einem Problem zu stellen, das ganz offensichtlich mit einer rein gesellschaftspolitischen Betrachtungsweise psychischen Krank- oder Andersseins nicht deckungsgleich ist.

Die Bemühungen, den Bereich der forensischen Psychiatrie und des Maßregelvollzugs wieder verstärkt oder überhaupt erst wieder in angemessener Form in Forschung und Lehre einzubringen, lassen sich nicht durch gesetzliche Bestimmungen, wie etwa in niedersächsischen Maßregelvollzugsgesetzen allein erzwingen, so sehr solche Regelungen erwünscht sind. Solche Forderungen sind aber ein wichtiger Teilaspekt, wenn nach verlässlichen Möglichkeiten gesucht wird, interessierte jüngere Mitarbeiter nicht nur für kurze Zeit für Maßregelvollzugseinrichtungen zu gewinnen oder das zum Teil erschreckende Niveau oftmals lebensentscheidender ärztlicher Gutachten in Unterbringungsverfahren anzuheben.

Die Bürde, die der in Maßregelvollzugseinrichtungen oder bei der Begutachtung tätige Arzt in seiner bipolaren Verantwortung gegenüber dem Kranken oder Behinderten und bezüglich der Abwägung einer fortdauernden krankheitsbedingten Gefährdung trägt, kann nur derjenige erlassen, der nicht nur über eine solide klinische Ausbildung und Erfahrung verfügt, sondern der sich auch in jedem Einzelfall vor Augen hält, was Maßregelvollzug unter den heutigen Voraussetzungen und Möglichkeiten und auch, ich füge dies bewußt

hinzu, im Vergleich zum Strafvollzug und seiner zum Teil sehr viel liberalerer Handhabung bedeutet. Abwertende Formulierungen wie etwa „Gefangenopsychiatrie“ sind unter den gegenwärtigen Verhältnissen nicht dazu angetan, dem Schicksal des einzelnen betroffenen psychisch kranken Rechtsbrechers gerecht zu werden oder das Los seiner oftmals schwer betroffenen Angehörigen zu lindern.

Die Qualität der Versorgung, das Ausmaß der Rehabilitation, der Grad der Behandlung und Pflege eines psychisch kranken oder behinderten Rechtsbrechers kann durch noch so perfekte Gesetze nicht verbessert werden, wenn sich nicht die Psychiatrie insgesamt verstärkt an ihre Verpflichtung erinnert und ihre Zuständigkeit für den Maßregelvollzug ernster nimmt als bisher. Zuständigkeitskonflikte zwischen Justizverwaltung und Psychiatrie etwa in der Frage der Entscheidung über Vollzugslockerungen lassen sich nur dann entschärfen, wenn sich alle Beteiligten der aufopferungsvollen und mühsamen Arbeit der Angehörigen des pflegerischen Dienstes in den Maßregelvollzugseinrichtungen in den vergangenen Jahrzehnten bewußt sind.

Allgemeine Gesichtspunkte zum Maßregelvollzug und der mit ihm eindeutig zusammenhängenden, allerdings unterschiedlich ausgeprägten Benachteiligung der Betroffenen sind aber nicht nur die mit der Gesetzgebung zusammenhängenden Fragen. Zu ihnen gehört unverzichtbar das Proben der Begutachtung einschließlich der Forderung nach Vermehrung forensisch-psychiatrischer Lehrstühle und Abteilungen an den Hochschulen. Meines Erachtens sollte und müßte dabei eine enge Verbindung zu den klinischen Maßregelvollzugseinrichtungen hergestellt werden. Ich haften es nicht für vertretbar, daß Gutachter im Hinblick auf Empfehlungen zu den §§ 63 und 64 StGB tätig werden, die psychiatrisches Fachwissen innerhalb eines Zeitraumes von nur wenigen Monaten erworben haben.

Die Überprüfung der Frage, ob das Ziel der Unterbringung erreicht ist, bedarf im Hinblick auf das nicht auszuklammernde Problem sowohl der „Betriebsblindheit“ als auch der Schwierigkeit einer sicheren Beurteilung nur aufgrund des Verhaltens in der Einrichtung selbst vertiefter Erörterungen. Hieraus ergibt sich insbesondere die Notwendigkeit, Rahmenbedingungen für einen geschlossenen, halboffenen oder offenen Vollzug zu schaffen.

Dokumentationspflicht, Behandlungs- und Wiedereingliederungspläne und deren Realisierung stehen in einem unauflösbaren Zusammenhang. Sie sind aber weitgehend nicht nur von einer gesetzlichen Verankerung, sondern von einer guten qualitativen und quantitativen Personalausstattung der Einrichtungen abhängig. Als gänzlich unbefriedigend hat sich die Handhabung des § 64 StGB, d. h. des Maßregelvollzuges in einer Entziehungsanstalt, erwiesen. Dies gilt nicht nur für den wissenschaftlich überholten Inhalt dieses Paragraphen, sondern mehr noch für die bundesweit zu beobachtende Auswahl der Unterzubringenden. Es ist zu hoffen, daß nicht nur die vom Land Bremen ausgegangene Initiative zur Ermöglichung einer vorzeitigen Beendigung einer Entwöhnungsbehandlung bei absolut Behandlungsunwilligen erfolgreich verläuft, son-

dem auch zumindest längerfristig die Ergebnisse einer speziellen Arbeitsgruppe des Arbeitskreises der Psychiatriereferenten zu entscheidenden Fortschritten beitragen. Die Problematik der Entziehungsanstalten für jugendliche bzw. heranwachsende straffällig gewordene Drogenabhängige ließe sich anhand der beiden Modellvorhaben in Parsberg und Braue! darstellen. Darauf muß jedoch aus Zeitgründen verzichtet werden. Als ein wesentliches Ergebnis läßt sich aber schon heute festhalten, daß die dringende Notwendigkeit besteht, bei diesem Personenkreis nicht nur eine multiklausale Diagnostik durchzuführen, sondern ebenso auch auf einer Multiprofessionalität bei allen therapeutischen Ansätzen zu bestehen.

Lassen Sie mich noch ein anderes Problem ansprechen, welches geeignet ist, die Bedingungen des Maßregelvollzuges noch mehr zu erschweren, als dies ohnehin der Fall ist: Da zu erwarten ist, daß es nicht mehr zur Realisierung weiterer sozialtherapeutischer Anstalten im Sinne des § 65 StGB kommen wird, dürfte sich die Palette der im Maßregelvollzug zu versorgenden psychisch kranken oder verhaltensgestörten Rechtsbrecher noch erweitern. Ich brauche auf die besonderen Schwierigkeiten nicht erneut hinzuweisen, da ich sie bereits im Hinblick auf das Fehlen geeigneter Eingliederungsprogramme bei neurotisch auffälligen Straftätern geschildert habe. Weiter kommt erschwerend dazu die schwierige Situation der Vollzugsanstalten, nicht zuletzt im Hinblick auf die zur Zeit völlig unzureichende Ausstattung des Strafvollzuges mit psychiatrischen Fachärzten. Die besonders wichtige Frage der Weiterbildung der verschiedenen Gruppen des im Maßregelvollzug tätigen Personals verlangt dringend nach einer entsprechenden Ausgestaltung. Weiterbildungsprogramme zum Fachpfleger in der Psychiatrie müssen daher auch, wie wir es etwa im südniedersächsischen Raum pflegen, den Besonderheiten der Maßregelvollzugseinrichtungen Rechnung tragen.

Aus diesen Ausführungen sind Schlußfolgerungen in vielfältiger Richtung zu ziehen:

1. Es bedarf der weiteren Abklärung, ob sich eine mehr zentralisierte oder eine stärkere dezentralisierte Versorgung von psychisch kranken Straftätern empfiehlt. Zu diskutieren wäre in diesem Zusammenhang die Möglichkeit, zumindest bei den halboffenen und offenen Formen des Maßregelvollzuges, stärkeren Wert als bisher auf eine gemeindenähere Versorgung zu legen. Darüber hinaus ergibt sich die dringende Notwendigkeit der Einrichtung von Sonderbereichen oder Sondereinrichtungen für geistig behinderte Straftäter. Für die Gruppe besonders sicherungsbedürftiger Straftäter, aber auch für bestimmte Sondergruppen ist zu klären, ob hier länderübergreifende Vollzugsgemeinschaften einzurichten wären.
2. Die Situation an den wissenschaftlichen Hochschulen bedarf in bezug auf die stärkere Berücksichtigung der forensischen Psychiatrie in Forschung und Lehre einer intensiven Anstrengung aller Verantwortlichen und Beteiligten. Insbesondere ist auch auf eine Zusammenarbeit zwischen Kriminologie, Psychopathologie und Soziologie Wert zu legen; auch Therapiekonzepte

sind nicht nur neu zu entwickeln, sondern vorhandene sind auch in eine kritische Überprüfung einzubeziehen.

3. Die Kostenprobleme bedürfen in der Zusammenarbeit zwischen den Justizverwaltungen, der Gesundheitsverwaltung und allen Rehabilitationsträgern, nicht zuletzt auch den Sozialversicherungsträgern einer intensiven Erörterung im Sinne einer verstärkten Zusammenarbeit, in die vor allem auch die Nachsorge einzubeziehen ist. Die Fragen einer Unterbringung von bedingt entlassungsfähigen psychisch kranken Straftätern etwa in Einrichtungen des sog. Komplementärbereiches sind bisher ebenso unbefriedigend geregelt wie etwa die Probleme, welche Möglichkeiten sich ergeben, zu Pflegefällen gewordene etwa cerebralsklerotische Rechtsbrecher zu versorgen.
4. Die Grundsatzfragen der Aufrechterhaltung eines gesonderten Maßregelvollzuges sowohl nach § 63 als auch nach § 64 StGB werden z. Z. in einer Arbeitsgruppe des Ständigen Arbeitskreises der Psychiatriereferenten des Bundes und der Länder behandelt. Dazu ist an dieser Stelle zu berichten, daß nicht nur eine Überarbeitung des wissenschaftlich überholten Wortlautes des § 64 StGB erforderlich sein dürfte, sondern daß darüber hinaus auch Fragen zur Klärung anstehen, die mit Grundsatzproblemen der §§ 20, 21 StGB zusammenhängen. Auf interessante Erörterungen etwa in Japan kann leider aus Zeitgründen nicht eingegangen werden.

Ich möchte abschließend der AKTION PSYCHISCH KRANKE danken, daß die Möglichkeit bestand, aktuelle Probleme des Maßregelvollzuges in einer Übersicht vorzutragen. Für viele der Verantwortlichen dürfte feststehen, daß zwar deutliche Fortschritte seit der letzten Tagung der AKTION PSYCHISCH KRANKE im Oktober 1977 in Hamburg im Bereich der Versorgung psychisch kranker Straftäter erreicht worden sind. Dennoch besteht kein Zweifel daran, daß noch wichtige Aufgaben vor uns liegen. Ich möchte mit der Hoffnung schließen, daß es dennoch gelungen ist, das Interesse am Schicksal dieser besonders schwer betroffenen psychisch Kranken über eine sensationslüsterne Berichterstattung hinaus zu wecken und damit auch eine besondere Verpflichtung unserer Gesellschaft deutlich werden zu lassen.

## Diskussion zu den Referaten von KOESTER und HEINZE

*Moderation: O. E. Krasney*

(gekürzte Fassung)

*von Bülow:* Wir haben bereits in unserer Stellungnahme zur Psychiatrie-Enquete deutlich gemacht, daß es uns ernst damit ist, die Regeln des Vormundschafts- und Pflschaftsrechts einer grundlegenden Überprüfung zu unterziehen. Die Kritik, die Herr Koester am überkommenen Vormundschaftsrecht äußerte, ist keineswegs neu. Sie ist bereits Gegenstand der Psychiatrie-Enquete gewesen und hat darüber hinaus natürlich auch ältere Wurzeln. Das versteht sich schon deshalb von selbst, weil das Vormundschaftsrecht eben letztlich auf ein Menschenbild des 19. Jahrhunderts zurückgeht, das mit unserer Vorstellung von der Achtung der Menschenwürde und dem, wie man einem kranken Menschen Hilfe zu leisten hat, nicht ohne weiteres in Einklang zu bringen ist.

Herr Koester hatte auf die Terminologie hingewiesen, die im Vormundschaftsrecht vorherrscht. Eine Terminologie, die sicherlich in vielen Punkten vielleicht damals nicht diskriminierend gemeint war, aber sich insgesamt für den Patienten diskriminierend auswirkte. Eine Terminologie, die um so schlimmer wird, wenn wir den Bereich des Zivilrechts verlassen und ins Strafrecht gehen und dort etwa an die Vorschriften des Maßregelrechtes denken, bei denen wir noch Begriffe wie „seelische Abartigkeit“ u. ä. finden. Sie sind in einer Weise diskriminierend, daß wir sie sehr schnell ändern sollten. Ich meine, daß das Menschenbild des 19. Jahrhunderts hiervon einem Patienten ausgegangen ist, der sich mit unserem Bild von den kranken Menschen nicht mehr deckt. Herr Koester hatte ganz mit Recht gesagt, daß wir auch im Rahmen des Vormundschaftsrechtes den Kranken Hilfe geben sollen. Hilfe in dem Sinne, daß er selbst fähig wird, mit einem Minimum an Bevormundung auszukommen. Darum wird es bei der Reform des Vormundschafts- und Pflschaftsrechts ganz wesentlich gehen.

Die vielschichtige Problematik der Geschäftsfähigkeit ist ebenfalls bereits angeklungen. Wir sind uns voll darüber im klaren, daß man im 19. Jahrhundert die Geschäftsunfähigkeit unter einem ganz anderen Blickwinkel vorgesehen hatte. Man wollte den Schutz des Mündels, man wollte ihn aber in einer Überbetonung seiner wirtschaftlichen Interessen. Die wirtschaftlichen Interessen standen im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) ohnehin immer schon im Vordergrund, während die psychische Seite damals sehr in den Hintergrund getreten war. So lag es dann sehr nahe, auch den Schutz des Entmündigten vor irgendwelchen geschäftlichen Transaktionen in den Vordergrund zu stellen, ohne dabei zu sehen, daß diese Entmündigung und Geschäftsunfähigkeit die Integration in das soziale Gemeinschaftsleben in einer geradezu verhängnisvollen Weise benachteiligen kann. Wir werden uns also dazu mit Sicherheit in Zukunft einiges einfallen lassen müssen. Daß wir es hier mit einer außerordentlich viel-

schichtigen Problematik zu tun haben, das haben die ersten Überlegungen bei uns im Hause gezeigt und auch die ersten Gutachten, die wir zu diesem Fragenkreis eingeholt haben.

Noch ein Wort zu dem, was Herr Heinze ausgeführt hat. Ich kann nur sagen, daß das, was vom Ständigen Arbeitskreis der Psychiatriereferenten der Länder an Überlegungen und Anstößen kommt, für die Arbeit unseres Hauses, d. h. des Justizministeriums, außerordentlich wertvoll ist. Daß die Maßregelvollzugsgesetze der Länder außerordentlich lange auf sich warten lassen, haben wir von unserem Hause aus ganz besonders bedauert. Ich meine, daß die Länder seit langem aufgerufen gewesen wären, der Forderung des Bundesverfassungsgerichts Rechnung zu tragen und im Bereich des Maßregelvollzugsgesetzes etwas mehr für die Rehabilitation zu tun.

*Krasney:* Vielen Dank, Herr von Bülow das war für uns sehr wertvoll. Darf ich nun um Wortmeldungen zum ersten Thema bitten.

*Ducho:* Herr Koester, Ihren zuzustimmenden Ausführungen fehlt vielleicht etwas, was auf die Praktikabilität abzielt.

Wir handeln uns draußen oft Vorwürfe von Richtern ein, weil wir immer wieder die Voraussetzungen des § 6 BGB wegen der Rezidivgefahr bejahen. Ich will das an einem Fall verdeutlichen: Nach zehnjähriger Unauffälligkeit wird ein Maniker, der sonst seine Geschäfte im wahrsten Sinne des Wortes ordentlich besorgt hatte, wieder auffällig und macht Luftgeschäfte weit über 100 000 DM, nachdem er gerade wieder bemündigt war und sogar seinen Führerschein erneut wiederbekommen und die entsprechenden Prüfungen dazu bestanden hatte. Es wird uns immer wieder vorgeworfen, daß wir der Aufhebung der Vormundschaft zugestimmt haben und lehnen dann in anderen Fällen lieber ab, damit wir uns eben keine Vorwürfe einhandeln.

*Koester:* Ich würde es auch so sehen, daß, wenn nach zehn Jahren wieder eine manische Phase auftritt, dies ein klassisches Beispiel dafür ist, daß eine Entmündigung in diesen Fällen nicht richtig ist. Im nachhinein gesehen hätte man in der akuten manischen Phase, wenn es gar nicht anders gegangen wäre, eine vorläufige Vormundschaft einrichten können und hätte sie in der abklingenden Phase nach einem halben Jahr oder später wieder aufgehoben. Wenn es dann nach zehn Jahren zu erneuten Auffälligkeiten kommt, muß man halt wieder handeln und sich überlegen, was man dann tut, ob man jetzt von geltenden Rechten ausgeht oder nicht. Aber den psychisch völlig Unauffälligen und Ausgeglichenen über zehn Jahre entmündigt zu halten, das ist natürlich genau das, was auf keinen Fall sein darf.

*Crefeld:* Hier geht es um soziale Hufen, und das Ziel ist das, was Herr Koester angesprochen hat: Ein abgestuftes System von Betreuungsmaßnahmen. Ich habe mich in den letzten Jahren oft gefragt, ob dies allein im Bereich des Zivilrechts zu regeln ist. Ich erlebe im ambulanten Bereich heutzutage häufig hinsichtlich dessen, was das Ziel der Vormundschaft sein soll, eine gewisse Konkurrenz mit anderen Instrumentarien, insbesondere dem Bundessozialhilfegesetz. Nicht alle Betreuungsangelegenheiten lassen sich hiermit regeln, doch

frage ich mich, ob nicht vieles, was ursprünglich mit den Rechtsinstituten Vormundschaft und Pflugschaft gemeint war, eher im sozialrechtlichen Bereich seinen Platz haben sollte oder in konkurrierender Weise schon hat. Zumindest muß man den inhaltlichen Zusammenhang mit sozialrechtlichen Intentionen beachten und sollte bei der Regelung von Betreuungsverhältnissen die Fachleute aus der Praxis und dem Recht sozialer Hilfen beteiligen.

*Eisenberg:* Mich würde interessieren, ob Herr Koester länderspezifische Vergleiche hat. Aus unserer Arbeit in der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle beim Gesundheitsamt kann ich sagen, daß wir innerhalb der letzten 8 Jahre nur in einem einzigen Fall bei einem psychisch Kranken die Einrichtung einer vorläufigen Vormundschaft betrieben haben. Bei der Einweisung auf eine geschlossene Station eines Psychiatrischen Krankenhauses wird auf das Hessische Freiheitsentziehungsgesetz zurückgegriffen, so daß die Rechtsfolgen, wie bei der Entmündigung, erst gar nicht auftreten und daß die Dinge, die eben benannt worden sind, sich eben aus der Sozialhilfe heraus regeln lassen. In Einzelfällen konnten wir im Zivilrecht oder auch Sozialrecht schon durch eine ärztliche Bescheinigung über den Gesundheitszustand des Patienten — daß er zum Zeitpunkt eines Geschehens geschäftsunfähig war — seine Angelegenheiten wieder regeln; also zum Beispiel die Wiedereinsetzung in den vorigen Stand zur Regelung eines Krankenversicherungsanspruchs oder die Feststellung der Geschäftsunfähigkeit bei Betätigung eines unsinnigen Geschäftes.

Ich möchte damit sagen, daß wir das Instrumentarium der Einleitung von Vormundschaften kaum noch gebrauchen. Andererseits erlebe ich aber, daß Patienten, wenn sie aus anderen Bundesländern nach Hessen kommen oder aus deren Psychiatrischen Krankenhäusern, viel eher mit einer Vormundschaft oder Pflugschaft betraut sind. Gibt es dazu vergleichende Untersuchungen?

*Krasney:* Darf ich vielleicht auch zu diesem Problemkreis eine Frage stellen, die sich an Ihren Beitrag anschließt? Wenn wir ein abgestuftes System der Betreuung empfehlen oder jedenfalls erwägen, dann wird Ihnen natürlich als Mediziner oder als sonstige in der Psychiatrie tätige Therapeuten von uns Juristen häufig die Frage nach den erforderlichen Betreuungsmaßnahmen gestellt. Es wird sich natürlich dann die Frage stellen, welche einzelnen Maßnahmen sind erforderlich auch von ärztlicher Seite? Ich möchte dazu nur ein Beispiel nennen: Sicherlich, wenn einer nicht in eine entsprechende Krankenanstalt will, dann werden wir die Betreuungsmaßnahme auf die Aufenthaltsbestimmung beschränken können. Aber kann es dann noch so bleiben, wenn z. B. der Mann einen regen Briefverkehr aus der Anstalt entfaltet und vielleicht Käufe tätigt auf diese Art und Weise? Wo liegen da spezifische, bei besonderen Krankheitsbildern notwendige Maßnahmen oder, auch das ist ja für die Juristen sehr wesentlich, müssen wir jedesmal beim Einzelfall bis ins einzelne prüfen, welche Maßnahmen erforderlich sind?

*Koester:* Zu der ersten Frage, die Herr Crefeld aufgeworfen hat, könnte vielleicht besser Herr von Bülow etwas sagen. Meine persönliche Meinung dazu

ist, daß ich Schwierigkeiten hätte, zu versuchen, diese Schutzmaßnahmen in das BSHG zu integrieren, weil ich die Sorge habe, da geschieht wieder etwas für den Betroffenen bzw. da wird wieder über ihn bestimmt, in welcher Form auch immer. Während ich das im Zivilrecht so sehe, daß da seine Persönlichkeitsrechte, seine eigenen Interessen besser gewahrt sein können und er eine unabhängigere Position innehat.

Zu der zweiten Frage hinsichtlich der Unterschiede in den einzelnen Bundesländern: Da gibt es keine aktuelle Untersuchung. Die letzte Umfrage von Wieser aus Bremen liegt etwa 10—12 Jahre zurück. Damals waren allerdings die Übereinstimmungen in den einzelnen Bundesländern relativ hoch. Mittlerweile hat es aber örtlich sehr unterschiedliche Entwicklungen gegeben. Bei uns haben wir sozusagen noch den alten Bestand von Entmündigten, es wird aber jetzt fast gar nicht mehr entmündigt. Ich denke, daß die Entwicklung auch vielerorts so ist, Entmündigungen auf das zwingend notwendige Maß zu beschränken.

*Kulenkampff:* Dazu hätte ich an den Juristen noch eine Frage. Eine Entmündigung — da würde ich Herrn Eisenberg recht geben — ist eine Maßnahme, die wohl überwiegend in den Kliniken selbst eingeleitet wird. Die Entmündigung wird so vielfach benutzt, um die Verlängerung des Klinikaufenthalts praktikabler zu machen. Ich möchte fragen: Ist es zulässig, jemanden zu entmündigen, wenn er keine Angelegenheiten zu regeln hat, eigentlich nur, um der Aufenthaltsbestimmung eine Rechtsgrundlage zu geben? Denn natürlich kann man mit einem Patienten, der entmündigt ist, in der Klinik auf Dauer sehr flexibel umgehen.

*Koester:* Darf ich daran unmittelbar anschließen? Ich habe vorhin ausgeführt, daß die Vormünder sehr schlecht vorbereitet sind auf das, was auf sie zukommt und daß sie mit dem Instrument „Entmündigung“ eigentlich gar nicht gelernt haben umzugehen, daß ihnen keiner zeigt, was sie damit machen sollen. Die Ärzte, das haben unsere Untersuchungen ergeben, sind genauso miserabel informiert. Sie wissen außerordentlich wenig über die rechtlichen und sozialen Auswirkungen der Entmündigung, wissen auch über den Zeitpunkt, wann die Voraussetzungen zur Einleitung des Verfahrens gegeben sind, nur wenig Bescheid und sind dann sehr hilflos. Es kann durch diese mangelnde Information zu Entmündigungsverfahren kommen, die etwa nur eine Anstaltsunterbringung legalisieren. Etwas, was überhaupt nicht nötig ist, wenn man mit dem Instrumentarium besser umgehen könnte.

*Heinze:* Ich glaube, Herr Kulenkampff, das ist in manchen Fällen auch etwas schwierig zu beurteilen, zumal die Handhabung einer gegen den Willen des Betroffenen ausgesprochenen Pflegschaft ja zumindest in der Rechtspraxis eine relativ umstrittene Angelegenheit geworden ist. Es gibt Auffassungen darüber, daß eine solche Pflegschaft, die gegen den Willen des Betroffenen eingeleitet wurde, de facto eigentlich einer Entmündigung gleichkommt. Ich würde gerne einmal von einem Juristen hören, wie es mit der Auffassung steht, daß die Pflegschaft gegen den Willen des Betroffenen offensichtlich in

der Rechtsentwicklung eine zunehmend umstrittene Angelegenheit geworden ist.

*Kulenkampff:* Darf ich noch etwas dazu sagen: Das Problem ist doch, was passiert, wenn das PsychKG nach zwei Jahren ausgelaufen ist. Was macht man dann? Früher ist in dieser Situation nicht selten entmündigt worden.

*Koester:* Heute helfen wir uns in der Regel mit der Aufenthaltspflegschaft. Das geht auch im allgemeinen durch.

*Krasney:* Darf ich Herrn von Bülow wieder um Hilfe bitten? Haben Sie Erfahrungen, inwiefern in der letzten Zeit sich hinsichtlich der Aufenthaltspflegschaft die einzelnen Gerichte unterschiedlich verhalten?

*von Bülow:* Ich kann hier nur einen sehr vorläufigen Eindruck wiedergeben. Tatsächlich gewinnt man heute den Eindruck, daß die Gerichte diesem Institut viel offener gegenüberstehen, als es früher der Fall war. Insgesamt kann man sagen, daß auch bei den Gerichten die Tendenz heute dahin geht, Entmündigung zu vermeiden. Nur, die Dinge sind sicherlich nicht so weit gediehen, wie wir es uns eigentlich hier alle in diesem Raum wünschen.

*Krasney:* Ich möchte nur um etwas Verständnis für die Juristen werben. Es ist immer so, daß wir uns in einer gewissen Pendelbewegung verhalten. Auf die Bestrebungen hin, eine Entmündigung von einzelnen zu vermeiden, wurde manchmal sehr schnell bei der Pflegschaft die Einschränkung, sie gegen den Willen des Pfleglings wieder aufzuheben, nicht ausreichend beachtet. Ebenso wurde bei der Begründung einer Aufenthaltspflegschaft manchmal nicht die erforderliche Sorgfalt verwendet. Dadurch entstand eine gewisse Diskussion. Ich glaube auch, daß sich das inzwischen wieder eingependelt hat. Die Pflegschaft ist hier tatsächlich die günstigere Voraussetzung für den Schutz des Betroffenen, weil der Schaden, der dadurch entstehen kann, daß die Geschäftsfähigkeit bestehen bleibt, hier doch nicht ganz so groß ist, wie man zunächst befürchtet hat. Obwohl man natürlich auch nicht ganz vergessen darf, daß wir nicht nur materielrechtliche, sondern auch zahlreiche prozessuale Regelungen zum Schutz der Betroffenen haben, wenn man z. B. im Sozialrecht an die Entmündigung oder an die Einführung einer Pflegschaft denkt, die für den Betroffenen auch günstige Folgen haben. Das muß man mitsehen, aber ich glaube, daß wir uns bisher jedenfalls in der Praxis auch in solchen Fällen zu helfen gewußt und den Trend jedenfalls nicht gebremst haben.

*Eisenberg:* Ich meine, die Anregung von Herrn Koester, was die Beratung von Vormündern und Pflegern betrifft, sollte man ernsthafter herausstellen. Ich glaube, daß ein Jugendamt, das eigentlich die Beratung der Vormünder und Pfleger nach dem Gesetz zur Aufgabe hat, kaum in der Lage ist, weil es dazu auch kein Fachpersonal hat. Von daher sollte man überlegen, ob es nicht zu den Aufgaben der Sozialpsychiatrischen Dienste gehört, eben Vormünder und Pfleger als speziellen Auftrag zu beraten. Wir stellen immer wieder fest, daß viele Vormünder und Pfleger deshalb die Aufgabe nicht übernehmen wollen, weil sie einfach gar nicht wissen, wie sie damit umgehen sollen. Die Beratung

der Vormünder und Pfleger sollte als Auftrag verstanden werden, der zwingend notwendig ist,

*Krasney:* Wobei ich noch darauf hinweisen möchte, daß, wenn gewisse Ämter, wie Sie sagen, selbst nicht die Möglichkeit haben, sie natürlich auf jeden Fall so etwas organisieren könnten.

Ich meine, wenn man entsprechend an die zuständigen Stellen herantritt und diese dann z. B. einen Psychiater fragen oder einen Kollegen vom Amtsgericht oder sonst eine geeignete Person, daß diese sich sicherlich für solche Schulungen zur Verfügung stellen würden.

Allerdings sollte man vielleicht eine gewisse Beschränkung der Zahl der Vormundschaften vornehmen. Denn das hat mich oft erschüttert, wenn gerade die sogenannten Amtsvormünder eine dermaßen große Zahl von Mündeln hatten. Ich glaube, daß man, weil man eine Betreuungsphase ernst nehmen, eine geringere Zahl von Betreuten haben muß. Dabei darf man auch nicht übersehen, daß oft sogar gewisse Interessenkollisionen auftreten können. In dieser Hinsicht möchte ich auch gerade als Sozialrechtler große Bedenken anmelden, die Fragen der Betreuung der Vormundschaft irgendwie an Sozialleistungsträger zu koppeln. Ich habe ein ganz ungutes Gefühl, wenn man dann immer wieder abwägen muß, daß derjenige, der eine Betreuung vorschlägt, gleichzeitig deren Bezahlung irgendwie gegenüber seiner eigenen Stelle rechtfertigen muß. Das ist etwas, wo ich außerordentlich vorsichtig sein möchte.

*von Bülow:* Die Anregung, ein wenig mehr zur Weiterbildung und zur Förderung der Vormünder zu leisten, ist sicherlich außerordentlich wertvoll. Ich glaube nur, wir müßten im Grunde noch einen Schritt weiter vorne anfangen. Auch wir Juristen müssen ehrlicherweise zugeben, daß uns das Rüstzeug für ein Judizieren auf diesem Gebiete an den Universitäten nicht mitgegeben wird. Das ist auch immer wieder ein Anliegen des Ständigen Arbeitskreises gewesen, hier darauf zu drängen, daß die Lehrstühle an den Universitäten in einer Weise besetzt sind, daß sie für den jungen Juristen attraktiv sind und ihm diesen Stoff, der zur Zeit jedenfalls nicht in genügender Weise angeboten wird, nahebringen. Wir wissen z. B., daß im Bereich der forensischen Psychiatrie gerade einer der größten Lehrstühle Gefahr läuft, aufgehoben zu werden. Daß wir allgemeine psychiatrische und psychologische Unterweisungen der Juristen an den Universitäten so gut wie gar nicht kennen, daß diese zumindest keine Pflichtfächer für die Juristen sind und daß auch etwa der künftige Vormundschaftsrichter kaum in der Lage ist, die Problematik einer Massenvormundschaft, einer Amtsvormundschaft mit all den Schwierigkeiten, die damit zusammenhängen, zu überblicken, das sind, glaube ich, wirklich echte Probleme.

*Krasney:* Ich möchte eine Zwischenlösung empfehlen: Denken Sie bitte daran, daß die Geschäftsverteilung bei den zuständigen Gerichten dem Präsidium obliegt. Es kann passieren, daß ein Jurist, der jahrelang Verkehrsstrafsachen gemacht hat, nun plötzlich mit Fragen des Vormundschaftsrechts zu tun hat, während wir bei den Staatsanwaltschaften z. B. für die, die Wirtschaftsstrafver-

brechen bearbeiten, zuvor langgehende Buchhaltungskurse und Steuerkurse durchführen. Man sollte auch einmal bei der Justizverwaltung erwägen, in solchen Fällen dann nicht nur einem Richter kraft Präsidiumsbeschlusses Vormundschaftssachen zu übertragen, sondern ihm dann auch die Möglichkeit zu geben, sich nicht nur in das Dezernat einzuarbeiten, sondern sich auch das entsprechende Rüstzeug interdisziplinär aneignen zu können.

*Heinze:* Ich würde noch eine weitere Gruppe nennen, bei der, jedenfalls nach meiner Meinung, erhebliche Defizite bestehen, das ist der öffentliche Gesundheitsdienst. Ich glaube, daß sehr viele im amtsärztlichen Bereich tätige Ärzte, die in der Regel nur über eine dreimonatige Ausbildung in der Psychiatrie verfügen, auch bei einer diesbezüglichen Stellungnahme kaum in der Lage sind, die neuen Erkenntnisse und Fortschritte in einem Gutachten zur Frage von Pflgschaften oder Entmündigungen mit einzubringen.

*Crefeld:* Das Gutachterproblem wurde heute schon angesprochen. Es sind eigentlich zwei ganz verschiedene Fragen dabei vom Gutachter zu beantworten:

Erstens: Liegt überhaupt eine psychische Krankheit vor, wobei es meines Erachtens letztlich ziemlich gleichgültig ist, wie die Diagnose lautet. Es kommt darauf an, daß ärztlich überhaupt eine psychische Krankheit festgestellt wird, die bestimmte soziale Unfähigkeiten verursacht. Die zweite Frage ist wohl die viel schwierigere und wichtigere, nämlich welche Angelegenheiten hat er zu besorgen und inwieweit kann er die nur mit Hilfe dieses speziellen rechtlichen Instruments besorgen lassen.

Und da frage ich mich angesichts der von der Enquete auch geforderten Multi-professionalität der Psychiatrie: Was hindert die Richter, nicht auch Sozialarbeiter als Gutachter — als Berater des Richters — mitheranzuziehen, wenn es um die Beantwortung der schwierigen Frage geht, welche sozialen Angelegenheiten jemand zu besorgen hat.

*Draf:* Als erstes noch ein Gedanke zu den Massenvormündern: Diese Massenvormünder sind sicher für die Behörden eine verwaltungsmäßige Vereinfachung. Für den oder die entmündigte Person jedoch sind sie, glaube ich, nicht hilfreich. Ein wichtiges Indiz für die Tüchtigkeit eines Vormundes ist doch sicherlich das Maß menschlicher Zuwendung, das er für das Mündel aufbringt, und diese ist bei 50 oder 100 Mündeln einfach nicht mehr möglich.

Als zweites noch eine Frage, die in unseren Krankenhäusern aufgetaucht ist: Soll man es als Träger fördern, wenn einzelne Mitarbeiter in unseren Häusern, also z. B. Pfleger oder Schwestern vom Gericht als Vormund bestellt werden sollen?

*Koester:* Wir haben bei unseren Untersuchungen festgestellt, daß bei Vorliegen einer Amtsvormundschaft die Chancen, wieder aus der Klinik entlassen zu werden, statistisch wesentlich schlechter sind als dort, wo noch Familienangehörige vorhanden sind, welche sich um die Patienten kümmern. Das hängt natürlich auch mit der sozialen Situation zusammen. Derjenige, der einen

Amtsvormund erhält, hat sehr häufig auch keine Angehörigen, die in der Lage wären, eine solche Aufgabe zu übernehmen. Sicher ist, daß man anstreben sollte und müßte, wann immer es möglich ist, unbedingt einen Vormund aus der Familie zu benennen.

Bei der von Herrn Crefeld angeschnittenen Frage hinsichtlich des Sozialarbeiters als Gutachter sehe ich doch erhebliche praktische Schwierigkeiten. Ich berichtete eben bereits, daß die Ärzte oft nicht ausreichend informiert sind. Dies bestätigte auch eine Umfrage bei allen in den Rheinischen Landeskliniken tätigen Ärzten, welche zwar schon einige Zeit zurückliegt, deren Ergebnis heute — bei der großen Fluktuation in den Häusern — sicherlich noch viel schlechter wäre.

Die Untersuchung wurde unterteilt nach Fachärzten mit langer Berufserfahrung und nach Berufsanfängern. Das Ergebnis war katastrophal, da die Gutachter nicht über wesentliche Dinge hinsichtlich der Entmündigung unterrichtet waren. Wenn jetzt noch eine andere Berufsgruppe mit hereingenommen wird, werden die Ergebnisse noch katastrophaler sein. Ich gebe Ihnen aber recht darin, daß ein Arzt, wenn er sich gutachtlich in dieser Hinsicht äußern soll, sich mit den übrigen Mitarbeitern und dem Sozialarbeiter eingehend beraten sollte, deren Meinung einholen, vor Ort recherchieren lassen und auch die Sozialanamnese in seiner Beurteilung berücksichtigen sollte. Wenn die Beurteilung, die ja sowieso schon schwierig ist, noch auf verschiedene Schultern verteilt wird, wird das Verfahren eher noch kompliziert, eine Besserung aber nicht erreicht.

*Krasney:* Nur eins: Die Diagnose ist natürlich sehr wichtig für die Entmündigung. Die Diagnose insofern, ob es nämlich eine Geisteskrankheit oder eine Geistesschwäche ist, denn davon hängen sehr stark die Wirkungen der Entmündigung ab.

Hinsichtlich der Frage der Sozialarbeiter müssen wir berücksichtigen, daß wir nach dem gegenwärtigen Stand in § 655 ZPO ausdrücklich die Regelung haben: Die Entmündigung darf nicht ausgesprochen werden, bevor das Gericht ein oder mehrere Sachverständige zum Geisteszustand des zu Entmündigenden gehört hat. Und hier scheuen sich natürlich die Gerichte, über den Geisteszustand einen Nichtmediziner entscheiden zu lassen.

*Ducho:* Ich vermisste das Wort Kontrolle. Weil Herr Koester und Herr Kulenkampff das Problem zu sehr auf Anstaltsinteressen abstellten, darf ich fragen: Inwieweit sind Heimbewohner eingeschlossen? Die sozialen Institutionen kümmern sich vornehmlich unter administrativen Gesichtspunkten um diesen Personenkreis.

*Koester:* So ganz pauschal würde ich das nicht hinnehmen wollen. Die Heime, in welche wir Patienten verlegen, werden auch von uns nachbetreut, so daß die Patienten, weil sie einer regelmäßigen Kontrolle unterliegen, dort nicht untergehen können. Es ist jedoch zutreffend, daß in den Heimen, aber auch draußen, sehr viele entmündigte Patienten leben. Von daher ja auch meine Anregung, daß von Zeit zu Zeit, etwa in ein- oder zweijährigen Abständen, rich-

terlich überprüft werden sollte, ob nicht eine Besserung des Gesundheitszustandes bei dem Entmündigten eingetreten ist oder ob der Kreis der zu erledigenden Angelegenheiten sich so verändert hat, daß die Voraussetzungen für eine Entmündigung nicht mehr gegeben sind.

*Becker:* Zu der Frage mit dem Sozialarbeiter wollte ich noch sagen, daß die Richter ja jeden einschalten können, den sie wollen und den sie für richtig halten.

*Krasney:* Sicherlich, nur wenn hier ein Sachverständigengutachten erforderlich ist, ist es die Frage, wie weit man den Sozialarbeiter als Sachverständigen ansieht. Ich wollte ja auch nur zeigen, weshalb eine gewisse Zurückhaltung gegenüber Sozialarbeitern geübt wird. Ich erlebe das jetzt im sozialrechtlichen Bereich in ganz anderer Form verstärkt: Wenn wir einen Mediziner vor uns haben, wissen wir oder gehen jedenfalls heute noch als Juristen davon aus, daß wir durch die Approbation einen gewissen Mindeststandard gesichert haben. Während Sie heute beim Sozialarbeiter nun wirklich nicht wissen, auf welchen Gebieten er besonders ausgebildet ist. Es ist eine viel größere Schwierigkeit, hier das Berufsbild abzuklären.

Darf ich dann vorschlagen, daß wir jetzt auf das zweite Thema übergehen, den Maßregelvollzug.

*Miesen:* Ich glaube, ein wesentlicher Aspekt des Maßregelvollzugs ist, daß wir es im Gegensatz z. B. zur Haftstrafe, wo eine endliche Strafe abgesessen werden muß, hier mit einer solchen Endlichkeit der Maßnahme nicht immer zu tun haben, d. h. es wird in regelmäßigen Zeitabständen entschieden, ob das Ziel der Maßnahme erreicht ist oder nicht. Daraus resultiert nach aller Erfahrung eine Resignation, insbesondere bei länger Untergebrachten, die natürlich die notwendigen begleitenden therapeutischen Maßnahmen erschwert. Eine weitere Beachtung möchte ich dem Punkt schenken, daß in der Regel ein Abbruch bzw. eine Zerstörung der sozialen Bindung erfolgt, die eine spätere Wiedereingliederung zusätzlich erschweren, wenn es, wie z. B. in Rheinland-Pfalz, zu einer längeren Trennung von der familiären Struktur durch Entfernungen bis zu 250 km kommt.

Außerdem möchte ich noch auf die Berichterstattung der Medien hinweisen, wenn über Entweichungen u. ä. berichtet wird. Hier werden aus einer gewissen Sensationsgier diese Ereignisse so dargestellt, daß tatsächlich nur das Sensationelle im Vordergrund steht, aber die andere Seite — nämlich die therapeutisch notwendigen Maßnahmen in derartigen Anstalten oder Krankenhäusern — nicht erwähnt wird.

*Heinze:* Der Maßregelvollzug ist natürlich eine Gratwanderung, auch was das Personal angeht. Den pflegerischen Dienst mit Sicherungsaufgaben zu belasten, ist ein alter Streitpunkt. Wir haben vor einiger Zeit einmal einen Massenausbruch aus einer nicht ganz unbekanntem Einrichtung mit erheblichen Folgen gehabt. Wir haben daraufhin eine Menge von Sicherungen installiert. Das hat zur Folge, daß wir eine starke Personalvermehrung vorgenommen haben.

Die Frage ist nur, ob das Sitzen vor *einem* Monitor zu den speziellen Aufgaben des pflegerischen Dienstes gehört. Auf der anderen Seite meine ich, daß es genauso problematisch ist, Angehörige der Wach- und Schließgesellschaft vor einer solchen Einrichtung herumlaufen zu lassen. Es spitzt sich auf die Grundsatzfrage des Maßregelvollzuges zu, ob wir für eine Gruppe besonders zu sichernder Patienten oder psychisch kranker Rechtsbrecher länderübergreifend solche Einrichtungen haben müßten und daß man im übrigen sehr viel mehr Wert legen muß auf halboffenen und offenen Vollzug und die Reintegration zu einem möglichst frühen Zeitpunkt zumindest in das psychiatrische Krankenhaus der Region.

Die Endlichkeit, die Sie angesprochen haben, ist sicher ein Problem. Wir haben in unserem Maßregelvollzugsgesetz ganz klar in § 7 einen Behandlungs- und Wiedereingliederungsplan eingeführt mit regelmäßigen Überprüfungen. Ich glaube, diese Regelmäßigkeit ist ganz entscheidend, ebenso die Notwendigkeit einer Diskussion mit den Betroffenen, soweit es überhaupt möglich ist, um herauszubekommen — und das ist doch wohl eine echte Benachteiligung gegenüber dem Strafvollzug — was ist noch zu verbüßen, was steht als Reststrafe im Raum.

Ich glaube, man kann das nur lösen, indem man wirklich die Qualität der Therapie in der Einrichtung als solcher sowie die Anknüpfungspunkte an die Außenwelt verstärkt.

„Zentralisierte oder dezentralisierte Versorgung“, das ist eine sehr schwierige Frage. Ich meine, daß die Struktur unserer psychiatrischen Krankenhäuser mit einer weitgehenden Öffnung und Liberalisierung natürlich leicht solche Personkreise in eine Randposition drängen kann und daß das Interesse, in diesem Bereich tätig zu werden, dann nicht mehr allzu groß sein könnte. Ich glaube aber, daß das noch eine unausgesprochene Angelegenheit ist und daß man sicher überlegen muß, ob man bei bestimmten, gerade auch jugendlichen oder jungerwachsenen psychisch kranken Rechtsbrechern viel stärker auf das Prinzip der Regionalisierung zurückgreift.

Zu der Frage der Berichterstattung in den Medien muß man schon sagen, daß hier von der Ausbildung der Studenten in der Medizin bis hin zur Kenntnis auch der Richter, die die Entscheidung treffen über die Maßregel, ganz erhebliche Informationsdefizite vorhanden sind und daß man zum Teil wirklich abenteuerliche Vorstellungen über das hat, was im Maßregelvollzug passiert. Über Entweichungen auch aus modernsten und gesichertsten Vollzugsanstalten wird in den Medien in der Regel viel weniger berichtet als über spektakuläre, spektakulär hochgezogene Fälle, die in unseren Einrichtungen vorkommen. Ich glaube, die Statistik zeigt ziemlich eindeutig, daß die Rückfallgefährdung beim Maßregelvollzug eine wesentlich geringere ist als beim Strafvollzug. Sicher hängt das, das muß man wohl gerechterweise zugeben, auch mit der relativ noch immer sehr langen Verweildauer in diesen Einrichtungen zusammen. Aber es ist eben auch eine Grundsatzfrage, wenn man die dahinterliegende psychische Erkrankung betrachtet.

*Koester:* Ich darf ergänzend bestätigen, was Herr Heinze eben ausführte und dies noch anhand einiger Zahlen belegen.

In der Landeslinik Düren haben wir 80 forensische Betten auf 6 Stationen. Vier davon sind im sogenannten Bewahrungshaus (festes Haus) untergebracht. In den ersten 8 Monaten dieses Jahres sind aus diesem Bereich (festes Haus und Rehabilitationsstationen) bei uns insgesamt 16 Kranke entwichen. Das hat zu einer großen Pressekampagne geführt. Wir haben uns in unserem Vorgehen aber nicht beeinflussen lassen. Auch der Krankenhausträger, der Landschaftsverband Rheinland, dem wir ausführlich und detailliert hierüber berichtet haben, hat keinen Einfluß genommen, was er eigentlich auch nur sehr schwer kann, da der hier schon zitierte § 136 des Strafvollzugsgesetzes ganz eindeutig besagt, daß die Behandlung ausschließlich nach ärztlichen Gesichtspunkten zu erfolgen hat. Verantwortlich ist der betreffende Abteilungsarzt, welcher nach sorgfältiger und gewissenhafter Prüfung seine Entscheidung trifft. Ich denke, das ist ein Vorgehen, welches nicht zu beanstanden ist. Die durch uns aufgestellte Gegenrechnung ergab folgendes:

Den 16 unerlaubten Entfernungen standen in den ersten 8 Monaten des Jahres insgesamt 21 000 Vollzugslockerungsmaßnahmen gegenüber, bei denen Patienten die Rehabilitationsstationen und die des festen Hauses verlassen haben zu Ausgängen und Besorgungen im Krankenhausgelände, in der Stadt, zur Arbeitstherapie außerhalb der Station, zu sportlichen Aktivitäten wie Fußball, Schwimmen, Kegeln und Urlaub nach Hause usw.

Setzt man diese Zahl in Relation zu den 16 Erweichungen, welche seinerzeit Schlagzeilen machten, dann sind wir unserem Sicherheitsauftrag in über 99,9% der Fälle nachgekommen. Ich denke, man muß dann, wie wir das auch gemacht haben, solche Zahlen veröffentlichen, um zu zeigen, daß wir schon sehr behutsam und sorgfältig umgehen, letzte Risiken aber natürlich nie ganz ausschalten können.

Ich würde daher sagen, daß in der forensischen Psychiatrie das Pendel zwischen einer stärkeren Liberalisierung bzw. verstärkten Sicherheitsvorkehrungen hin und her schlägt. Ich finde, man sollte sich in seiner Grundlinie nicht beeinflussen lassen, auch wenn irgendwann einmal ein noch so tragisch-spektakulärer Zwischenfall passiert.

*Eisenberg:* Mir ist aufgefallen, als ich das Hessische Maßregelvollzugsgesetz auf den Tisch bekam und es verglichen habe mit dem materiellen Recht des Strafvollzugsgesetzes, wonach man sich zum Teil gerichtet hat, daß schon von der Anzahl der Paragraphen das Maßregelvollzugsgesetz erheblich hinter dem Strafvollzugsgesetz bleibt. Zum Beispiel konnte ich eine Festlegung des Maßregelvollzugszieles in der Präambel nicht feststellen.

Dann ist mir aufgefallen, daß Bestimmungen über soziale Hilfen völlig weggefallen sind. Zunächst ging ich davon aus, daß kein Geld dafür da ist. Aber es fielen mir auch Kleinigkeiten auf, wie z. B. bei dem Begriff der Seelsorge. Im Strafvollzugsgesetz hat die Anstalt den Auftrag, bei denjenigen, die nicht einer der großen Konfessionen angehören und den Pfarrer oder deren Geistlichen

oder Vertrauten in Anspruch nehmen wollen, dafür Sorge zu tragen, daß so jemand in die Anstalt kommt. So ein Passus, der ja im Grunde genommen nichts kostet, war gestrichen worden. Ich habe den Verdacht, daß das Maßregelvollzugsgesetz eigentlich diese ganze Diskussion, die im Strafvollzug um die Sozialtherapie und den Ansatz der Rehabilitation läuft, sehr außer acht gelassen hat.

Die andere Frage ist die: Wenn ich für eine Region als eine Art Planer zuständig bin, welche Zielrichtung soll eigentlich eingeschlagen werden für den ambulanten und komplementären Bereich? Die derzeitige Diskussion in unserer Region bezieht diesen Teil der Psychiatrie überhaupt nicht mit ein. Unsere Anstalt liegt ja auch weit genug weg. Dennoch glaube ich, daß ein Teil der Patienten aus unserer Region in dieser Anstalt sind. Bei der Sicherungsverwahrung gab es früher die Regelung, daß die Anstalt auch die Nachbetreuung übernommen hat, daß es Sozialarbeiter gab oder Mitarbeiter, die die Eingliederung auch in Verantwortung der Anstalt übernommen haben. Sind solche Zielvorstellungen eigentlich jetzt in der Diskussion?

Ich frage deshalb nach, weil zur Zeit eine Diskussion im Gange ist, die ich in Zeitschriften wie der „Sozialarbeiter“ gelesen habe im Zusammenhang mit dem BTM-Gesetz, wo die Beratungsstellen sich sehr dagegen wehren, in Kooperation mit administrativen Aufgaben, also zum Beispiel in Kooperation mit der Justiz, Beratungsaufgaben zu übernehmen, z. B. unter dem Begriff „Therapie statt Strafe“. Ich könnte mir vorstellen, daß eine derartige Diskussion, wenn sie mit solchen Auflagen begleitet würde, vom Großteil dieser ambulanten Einrichtungen genauso geführt würde.

Woran ist eigentlich gedacht, wie ist die Zielsetzung und wie kann man daran weiterarbeiten, daß, wenn es wirklich einmal gelingt, den Maßregelvollzug ein wenig zu öffnen, auch Dienste oder Mitarbeiter da sind, die diese Aufgabe wahrnehmen können?

*Becker:* Darf ich gleich dazu ergänzend fragen: Mir ist beim Studium des Hessischen Maßregelvollzugsgesetzes etwas ähnliches aufgefallen, nämlich daß es im Grunde wörtlich das Strafvollzugsgesetz ist, nur eben vermindert um ca. 160 von den ursprünglich 201 Paragraphen des Strafvollzugsgesetzes. Und mir fiel dabei auf, das sind im wesentlichen genau die Paragraphen, die im Strafvollzugsgesetz das gesamte Beschwerderecht des Strafgefangenen betreffen, den Anstaltsbeirat und dergl., die im Maßregelvollzugsgesetz alle völlig wegfallen. Ich frage: Ist das Absicht oder ist das reiner Zufall? Es könnte natürlich auch Zufall sein. Denn uns ist bekannt, daß in der letzten Ausschußlesung des hessischen Landtags nur noch ein einziger Paragraph weggestrichen worden ist. Und zwar der, der eventuell noch Geld gekostet hätte. Da stand irgendetwas von Psychotherapie und solchen Dingen drin.

Und die zweite Frage ist, daß ich es mir einfach nicht vorstellen kann, daß man mit ein und demselben Maßregelvollzugsgesetz sowohl in den Fällen des § 63 wie auch in § 64 StGB glücklich arbeiten kann. Ich meine, da sind doch gänzlich verschiedene Zielsetzungen von der ganzen Rechtslage und Sachlage her

gegeben, so daß ich gedacht hätte, es müßte entweder zwei verschiedene Maßregelvollzugsgesetze, jeweils eines für § 63 und eines für § 64 geben oder mindestens innerhalb eines Vollzugsgesetzes zwei Abschnitte, die diesen Sachverhalt zum Ausdruck bringen,

*Stumme:* Die Einwände, die zum Hessischen Maßregelvollzug vorgetragen wurden, sind zum Teil zutreffend. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, daß insbesondere der Behandlungs- und Eingliederungsplan, Bestimmungen zum offenen Vollzug wie auch zu den Lockerungen des Vollzuges, die Gewährung von Urlaub sowie Hilfen im Entlassungsfall das an der Wiedereingliederung des psychisch kranken Rechtsbrechers orientierte Gesetz charakterisieren.

Entscheidend ist jedoch, ob psychisch kranke Rechtsbrecher gegenüber denjenigen, die im Strafvollzug untergebracht sind, rechtlich gleichgestellt sind. Vergewagt man sich noch einmal den von Herrn Heinze gegebenen Überblick über den Stand der Gesetzgebung für den Vollzug der Maßregeln der Besserung und Sicherung in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt in den Bundesländern, dann ist festzustellen, daß zum einen — und dies ist anders als im Strafvollzug — von Land zu Land unterschiedliche gesetzliche Regeln angestrebt werden bzw. bereits realisiert sind und daß zum anderen die im Strafvollzugsgesetz festgeschriebenen Rechte für „gesunde“ Straftäter den psychisch kranken Rechtsbrechern teilweise in erheblichem Maße nicht zugestanden werden.

*Heinze:* Ich glaube, daß die ursprünglichen Zielsetzungen, auch des Hessischen Maßregelvollzugsgesetzes, ja bedeutend weitergingen. Der Rahmenentwurf, den wir seinerzeit im Ständigen Arbeitskreis der Psychiatriereferenten erarbeitet haben, ging noch sehr viel weiter. Und ich muß sagen, auch unser Niedersächsisches Maßregelvollzugsgesetz ist ein Kompromiß. Denn wir haben natürlich sehr wohl Zielvorstellungen und Grundsätze des Maßregelvollzuges erwähnt. Man sollte doch dafür Sorge tragen, daß die beiden Gesetze, die verabschiedet wurden oder in Kraft getreten sind, einer größeren Öffentlichkeit, vielleicht mit Hilfe der AKTION, zugänglich gemacht werden. Die speziellen Fragen wie etwa der Seelsorge, sind uns natürlich auch bei den Beratungen immer wieder vorgehalten worden, auch in den Ausschüssen des Landtages. Ich glaube, daß solche Maßnahmen zur Verpflichtung eines Krankenhauses gehören, so daß sie keiner besonderen Regelung in einem Maßregelvollzugsgesetz bedürfen. Auf der anderen Seite mußte man auch hier einräumen, daß wir, wenn wir den Maßregelvollzug unter den übergeordneten Gesichtspunkt „psychisch krank“ stellen, uns dann nicht vorhalten lassen können, daß wir für jeden Punkt eine Einzelregelung benötigen, weil, wenn das im Gesetz nicht verankert ist, es dann auch nicht funktioniert. Daß damit natürlich gewisse „pressure groups“ Möglichkeiten gegenüber Parlamentariern erhalten hätten, wenn man etwas mehr davon in den Gesetzestext hineingebracht hätte, ist ganz eindeutig. So sind z. B. Punkte wie Psychotherapie oder Sozialpädagogik oder überhaupt Behindertenpädagogik natürlich — und sie sind ja in unserem Gesetz enthalten — ein ganz wichtiger Faktor. Wir können an dieser Stelle eigentlich nur bedauern, daß bestimmte Bundesländer, die ich

genannt habe, und bestimmte andere, die eine ähnliche Regelung vorbereiten, der Auffassung sind, man könne dies alles unter ein PsychKG subsumieren und der einzige Unterschied sei der Sicherungsauftrag. Dies halten wir für keine gute Sache. Es ist unerlässlich, daß den Spezifitäten des Maßregelvollzuges in einem solchen Rahmen in einem ganz besonderen Umfang Rechnung getragen werden müßte.

Die nächste Frage war die nach dem ambulanten und dem komplementären Bereich. Hier könnte ich es mir auch relativ leicht machen und Sie darauf hinweisen, was wir in unserem § 3 Abs. 1 schon zum Ausdruck gebracht haben. Da steht drin, „die Landesregierung kann diese Aufgaben auch entsprechenden Einrichtungen anderer Träger mit deren Zustimmung übertragen. Insoweit unterstehen die Einrichtungen der Aufsicht der zuständigen Behörden“. Das heißt, wir haben sehr wohl eine Möglichkeit vorgesehen, etwa die Bereiche des offenen oder halboffenen Vollzuges auf freie Träger zu delegieren. Diese Handhabung stellt für eine relativ große und auch zunehmende Anzahl von im Maßregelvollzug Unterzubringenden eine nicht nur zukunftsbezogene, sondern eine schon jetzt teilweise praktizierte Regelung dar.

Nun zur Finanzierungsfrage. Wir haben in Niedersachsen den Versuch gemacht, die gesamte Kostenproblematik aus dem Bereich der Justizverwaltung in den Bereich der Sozialverwaltung zu verlegen, d. h. sämtliche Ausgaben für den Maßregelvollzug sind bei uns ab 1. 1. 1983 im Haushalt des Sozialministers verankert. Damit umgehen wir auch die Schwierigkeiten, die sich etwa bei Taschengeldproblemen stellen, damit lösen wir auch Fragen, die sich nun in der Parallele zwischen Strafvollzugsgesetz und Maßregelvollzugsgesetz darstellen, etwa in der Darstellung von pädagogischen Maßnahmen, Volkshochschulbeteiligung usw. Ich glaube, daß diese Kostenregelung ganz wesentlich dazu beitragen wird, daß wir einen einheitlichen Maßregelvollzug mit einer einheitlichen kostenmäßigen Ausstattung haben, und es wird sich herausstellen, ob die positiven Erwartungen, die wir daran knüpfen, wirklich zum Tragen kommen werden.

Ihre weitere Frage war die nach der Differenzierung zwischen § 63 und § 64 StGB. Ich habe in meinem Referat darauf hinzuweisen versucht, daß wir vor der Grundsatzproblematik stehen, daß der § 64 in wesentlichen Inhalten als wissenschaftlich und auch praktisch überholt bezeichnet werden muß. Es wird sicherlich darauf ankommen, hier möglichst bald — diese Hoffnung kann man auf einer solchen Tagung eigentlich nur an die Verantwortlichen richten, und hier wäre auch das zuständige Bundesressort angesprochen — die diesbezüglichen Gegebenheiten zu ändern. Ich habe mich weiter bemüht, darauf hinzuweisen, daß wir uns in Diskussionen befinden. Es erscheint fraglich, ob die Vereinheitlichung einer Maßregel! zumindest zunächst einmal gesetzestechnisch möglich wäre, weil es nicht nur darum geht, daß es sich hier um Abhängige von Alkohol, Medikamenten, Rauschdrogen oder wie auch immer handelt, sondern daß man eigentlich noch weiter differenzieren und spezifizieren müßte, ob etwa jugendliche Sexualdelinquenten, heranwachsende Täter, geistig Behinderte betroffen sind. Wir haben uns allerdings auch sehr eingehend

mit der Frage befaßt, ob nicht eine solche Vereinheitlichung im Blick auf die Kostensituation zur Zeit wiederum ein negatives Ergebnis haben könnte, nämlich, daß man dann sagt, wir haben eine Maßregel, und wir haben dann schließlich in dem Land nur noch eine Einrichtung. Und das würde dieser Zielsetzung ganz entscheidend widersprechen. Selbstverständlich, ich glaube, darüber sind sich Psychiater und Juristen völlig einig, tritt der Sicherheitsaspekt beim Vollzug des § 64 ganz wesentlich zurück. Es ist ganz klar, daß man eine erfolgreiche Entwöhnungsbehandlung in der Regel nur durch eine Integration des Alkoholabhängigen in ein normales Programm für eine Entwöhnung vollziehen kann. Auf der anderen Seite habe ich mich aber klarzulegen bemüht — und ich glaube, das ist die bundesweite Analyse — daß der Personenkreis, der heute unter § 64 subsumiert und in entsprechende Entziehungsanstalten eingewiesen wird, in der Regel gar nicht den Voraussetzungen entspricht, die an sich an eine erfolgreiche Entwöhnungsbehandlung zu knüpfen wären.

*Stumme:* Länderübergreifende Vollzugsgemeinschaften wären für die Stadtstaaten und die kleineren Flächenländer eine zweckmäßige Lösung, um eine ausreichende Differenzierung nach dem Alter und der Krankheit bzw. Behinderung der Untergebrachten zu erreichen. Denn zu kleine Einrichtungen des Maßregelvollzuges können intern nicht ausreichend differenzieren, was der Therapie und Rehabilitation in diesem Bereich nicht förderlich ist. — Ein Beispiel für eine länderübergreifende Vollzugsgemeinschaft stellt die im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Brauel praktizierte Lösung dar; dort beteiligen sich neben Niedersachsen die Länder Berlin, Bremen, Hamburg und Schleswig-Holstein an der für die Unterbringung von Drogenabhängigen konzipierten Einrichtung.

Eine Anmerkung noch zu einem anderen Thema: Der vom Ständigen Arbeitskreis der Psychiatriereferenten des Bundes und der Länder erarbeitete Rahmenentwurf sieht vor, daß ein Behandlungs- und Eingliederungsplan für die Untergebrachten zu erstellen und regelmäßig fortzuschreiben ist. Bisher ist nur in einigen Ländergesetzen diese Regelung übernommen worden.

Ich habe die Hoffnung, daß diese im Maßregelvollzug sich einspielende Praxis in positiver Weise auf die übrigen Bereiche des psychiatrischen Krankenhauses „abfärben“ wird. Denn schriftlich festzulegende Behandlungs- und Eingliederungspläne sind noch lange keine Selbstverständlichkeiten im psychiatrischen Alltag.

*von Bülow:* Die Ausführungen von Herrn Heinze und Herrn Stumme zur Frage des differenzierten Vollzuges lassen mich noch einmal die Frage ansprechen: Wie weit ist eigentlich ein solcher über die Landesgrenzen hinweg durchzuführender differenzierter Vollzug möglich, wenn es nicht gelingt, die Maßregelvollzugsgesetze der Länder jedenfalls in den entscheidenden Fragen einander anzupassen? Wenn die Kostenträgerschaft mit all den Konsequenzen, die Herr Heinze aufgezeichnet hat, die bis zum Taschengeld hineinreichen, abweichend voneinander geregelt werden? Wenn es nicht gelingt, hier zu einer einheitlichen Lösung zu gelangen, dann sehe ich überhaupt keine Möglichkeit, über die Landesgrenzen hinweg zu Vollzugsgemeinschaften zu kommen, die eini-

germaßen vernünftig praktizierbar wären. Das war auch der Grund, weshalb wir damals mit dem Rahmenentwurf eines Maßregelvollzugsgesetzes versucht haben, zu einer möglichst einheitlichen Lösung dieser Problematik beizutragen. Daß die Länder dann in Einzelfragen unter Umständen abweichende Regelungen treffen, dagegen ist nichts zu sagen. Aber die Dinge, die jedenfalls unverzichtbar sind, damit über die Landesgrenzen hinweg Vollzugsgemeinschaften gebildet werden könnten, die sollten in der Tat gemeinsam gelöst werden. Ich meine, daß so eine Tagung wie diese hier einen Anstoß geben kann, es jedenfalls den Ländern, die noch keine Maßregelvollzugsgesetze verabschiedet haben, noch einmal nahe zu legen, hier den Weg des Rahmenentwurfes tunlichst mit zu beschreiten, damit nicht eine noch weitere Zersplitterung unseres Rechts auf diesem Gebiete einsetzt. Und darüber sind wir uns alle im klaren, unabhängig davon, ob wir zu einer einheitlichen Maßregel kommen, die §§ 63 und 64 verschmelzen oder nicht, daß nur ein differenzierter Vollzug in Zukunft überhaupt wirklich die erforderliche Hilfe für die Patienten und die Rehabilitationsarbeit leisten kann. Wenn wir nicht die Möglichkeiten schaffen, die dazu notwendig sind, dann glaube ich, können wir auf diesem Gebiete unsere Arbeit von vornherein einstellen. Deshalb der ganz dringende Appell gerade auch von Seiten des Bundes, daß hier die Dinge nicht unnötig auseinanderdriften zum Nachteil der Patienten.

# Zusammenfassung der Informationstagung

*C. Kulenkampff*

Meine Damen und Herren, mir obliegt es, Ihnen eine Zusammenfassung des ganzen Tages zu geben.

Wir haben heute vormittag das Konzert der auf unserem Gebiet tätigen Rehabilitationsträger angehört. Wir haben gesehen, daß die Instrumente geschliffen sind und daß es mit der „Paßfähigkeit“, ein Ausdruck, den Herr Fox hier eingeführt hat, nicht weit her ist. Es gibt ein paar allgemeine Benachteiligungen von psychisch Kranken, die immer noch darin Segen, daß die speziellen Trägerschaftskonstruktionen für psychiatrische Krankenhauseinrichtungen, die es in unserem Lande gibt, sicher aus einer Zeit stammen, in der man diese Patienten den Gemeinden abnehmen wollte, um sie nicht zu belasten, und daß diese Einrichtungen auch aus anderen konzeptionellen Überlegungen entstanden sind, mit denen wir, weil sie aus Stein und nicht ohne weiteres zu beseitigen sind, leben müssen. Dies allein zeigt schon an, daß unsere Bemühungen zur Dezentralisierung des Systems nur ungenügend und im ganzen Bundesgebiet sehr unterschiedlich abgelaufen sind.

Wir sind wiederum an der uralten und ewig unbefriedigenden Frage der Abgrenzung des Pflege- vom Behandlungsfall gescheitert, eine Unterscheidung, die sicher nicht psychiatriespezifisch, aber bei uns von besonderem Belang ist. Wir haben in diesem Zusammenhang gefunden, daß wir überhaupt noch einmal ernsthaft nachdenken sollten, was Pflege ist und in welcher Weise dieser Begriff mit Leben gefüllt werden könnte. Herr Stroebel hat direkt von einer Notwendigkeit der Reform von Pflege gesprochen.

Daneben zeigten sich eine ganze Reihe struktureller Probleme in dem Feld der Paßfähigkeit oder mangelnden Paßfähigkeit von Hilfen in dem schon bestehenden Netz der sozialen Sicherheit. Hierbei kamen die Probleme der Rehabilitationsmaßnahmen zur Sprache. Es wurde wie schon oft mit Recht herausgestellt, daß die Abgrenzung zwischen medizinischer, beruflicher und sozialer Rehabilitation nur mit äußerster Künstlichkeit auf die uns am Herzen liegende Gruppe anzuwenden ist. Im medizinisch-rehabilitativen Bereich bis hin zur Belastungserprobung, soweit es jedenfalls den eigentlich klinischen Sektor anbetrifft, scheinen noch am wenigsten Mängel vorzuliegen. Die Hauptprobleme finden sich zweifellos in den Bereichen der beruflichen und der sozialen Rehabilitation. Eine berufliche Rehabilitation mit ihren auf anderen Gebieten ja sehr ausgedehnten und sehr differenzierten Hilfemöglichkeiten ist, das muß man wohl sagen, an der Psychiatrie vorbeigegangen. Jetzt, wo der Arbeitsmarkt zu ist und wo wir merken, daß das Thema Arbeit für unsere Patienten immer brennender wird, kommt uns die fatale Situation und das Versäumte erst richtig zum Bewußtsein. Ich bin schon auch der Ansicht, die hier mehrfach geäußert worden ist, daß die Psychiater mitsamt derer, die auf diesem Felde

arbeiten, nicht genügend über Rehabilitationsvorgänge, über die Chancen, die sich schon aus der bestehenden Gesetzgebung ergeben, informiert sind. Daher wurde zu Recht auf die Notwendigkeit von Fort- und Weiterbildungsaktivitäten für die Berufsgruppen hingewiesen, die es mit der Rehabilitation seelisch Behinderter zu tun haben.

Insbesondere richtete sich das Fragen wiederholt an den Vertreter der Rentenversicherungen wegen der „Prognoselastigkeit“ der dortigen Maßnahmen und der Tatsache, daß das Heilverfahren und überhaupt das System der Rehabilitation zur Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit für den Bereich der seelisch Behinderten unterrepräsentiert erscheint. Es wurde gefragt, wie es wohl möglich sein könnte, daß dieses Instrument für unsere Patienten und Behinderten stärker in Anspruch genommen werden könnte. Denn nach wie vor ist unser Spiel mit dem vielstimmigen Instrument der Leistungsträger im wesentlichen auf zwei Töne abgestimmt: auf Krankenkasse und Sozialhilfe. Sowohl die Arbeitsverwaltung als auch die Rentenversicherung spielen eine zu geringe und zu leise Rolle. Es sei denn, daß letztere in Gestalt der Empfehlungsvereinbarungen auftreten würde — was, wie ich sagen möchte, doch offenbar eine recht problematische Angelegenheit wäre, wenn man von den Vertretern der Rentenversicherung als Erwägung erzählt bekommt, daß es über die Empfehlungsvereinbarung im Suchtbereich hinaus nicht ganz auszuschließen sei, daß auch noch andere Diagnose- oder Zielgruppen derart in die Verantwortung des Leistungsträgers hineingezogen werden könnten.

Es sind die freien Träger angesprochen worden, die im komplementären Bereich sehr viel stärker zu aktivieren seien, vor allen Dingen mit dem Schwerpunkt auf Wohngemeinschaften, von denen Sie wissen, daß deren Finanzierung bis heute immer noch ungesichert und problematisch ist.

Kurzum, wir haben festgestellt, es gibt eine Systematik und es gibt, darauf möchte ich beharren, Phantasie auf diesem Gebiet, unterschiedliche Fähigkeiten, mit den Instrumenten umzugehen. Wir können uns aber auf die Dauer nicht darauf verlassen, daß so phantasiebegabte Leute wie Herr Kitzig in vermehrter Zahl auftreten. Es muß auch der Phantasieloseste noch in der Lage sein, eine ordentliche Rehabilitationsmaßnahme ins Laufen zu bringen.

Im zweiten Teil haben wir über das Problem der Entmündigung und des Pflegschaftsrechts diskutiert. Es ist selbstverständlich, daß wir hier zu einer neuen Lösung kommen müssen. Wir haben damals im Rahmen der Enquete-Kommission Empfehlungen abgegeben, die mit dem Justizministerium abgestimmt worden sind, so daß wir eigentlich auf der gleichen Linie liegen. Es ist sicher eine Aufgabe der AKTION PSYCHISCH KRANKE, dieses Thema noch einmal aufzugreifen.

In der forensischen Psychiatrie drückt sich, das hat Herr Heinze uns eindrucksvoll vermittelt, die Benachteiligung des psychisch Kranken besonders stark aus. Vor allen Dingen durch die Ungewißheit über das Ende der Maßnahme, aber auch durch vielerlei Einschränkungen, die in dieser Gruppe besonders zu Buche schlagen. Sicher ist, daß überall Anstrengungen nötig

sind, die therapeutischen Anstrengungen zu verbessern und die Rehabilitationsmöglichkeiten auf den Weg zu bringen, damit die Verweildauern kürzer werden und man nicht aus undifferenziertem Schutzbedürfnis Patienten auf Jahre hin einfach verwahrt. Gut finde ich den Vorschlag, noch einmal darauf zu dringen, daß auch in den Ländern Maßregelvollzugsgesetze verabschiedet werden, bei denen das noch aussteht. Schließlich ist eine Spezifizierung zwischen einzelnen forensischen Fallgruppen und ihren besonderen Bedürfnissen als erstrebenswert empfohlen worden.

Meine Damen und Herren, dieser Tag hat einmal wieder ins Bewußtsein gebracht, daß wir, die wir hier versammelt sind, und insbesondere die AKTION PSYCHISCH KRANKE, sich verstehen müssen als Lobby für Menschen, die sich nicht wehren können und die, wie wir festgestellt haben, sich in benachteiligten Situationen befinden. In dem Maße, in dem wir auch auf die Partner, die hierzu leisten haben, zugehen, sachverständig zugehen, und in dem Maße, in dem wir mit diesen ins Gespräch kommen, glaube ich, lassen sich schrittweise Verbesserungen erreichen, wie das ja in der Vergangenheit auch geschehen ist.

Ich danke Ihnen für Ihre lange Aufmerksamkeit und hoffe, daß Sie es nicht bereut haben, an dieser Informationstagung teilgenommen zu haben.

## Schlußbemerkung

*H. Jaunich*

Meine Damen und Herren, ich glaube in Ihrem Namen sprechen zu können, wenn ich Herrn Kulenkampff für die vorzügliche Zusammenfassung danke. Ich hatte das in der Tat als die schwierigste Aufgabe bezeichnet, das Gesamtergebnis unserer heutigen Tagung in wenigen Worten noch einmal zu rekapitulieren. Wir haben heute erneut kritische Bilanz gezogen, aber dabei auch Wege aufgezeigt.

ich möchte allen, die hier mitgewirkt haben, danken, den Herren hier am Podium und auch allen Ihnen, und möchte zum Schluß an die noch unter uns weilenden Journalisten die Bitte richten, bei Ihrer Berichterstattung so zu verfahren, daß ob der Fülle noch zu lösender Probleme nicht Resignation Platz greift, sondern daß wir miteinander einen Schub nach vorne erhalten, um der Lösung der noch anstehenden Probleme willen.

Zum Schluß auch noch meinen Dank an die Geschäftsstelle, die diese Tagung wie alle Tagungen in der Vergangenheit so ausgezeichnet vorbereitet hat.

# Verzeichnis der Autoren und Diskussionsteilnehmer

## *Autoren und Moderatoren*

E. ALBERDING, Landesrat, Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Hauptfürsorgestellen, Köln

Dr. H. H. HEINSOHN, Medizinaldirektor beim Arbeitsamt Köln

Dr. H. HEINZE, MinRat, Niedersächsisches Sozialministerium, Hannover

H. JAUNICH, MdB, Bonn

Dr. H.-P. KITZIG, Direktor des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Osnabrück

Dr. H. KOESTER, Ärztlicher Leiter der Rheinischen Landeslinik Düren

Prof. Dr. O. E. KRASNEY, Vorsitzender Richter am Bundessozialgericht, Kassel

Prof. Dr. C. KULENKAMPFF, Leiter der Abteilung Gesundheitspflege beim Landschaftsverband Rheinland, Köln

H. STROEBEL, Geschäftsführer der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Frankfurt

G. TIEDT, Ltd. Verwaltungsdirektor, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Frankfurt

K. D. VOSS, Verwaltungsdirektor, Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen

## *Diskussionsteilnehmer*

Dr. K. BECKER, Psychiatrisches Krankenhaus, Gießen

Dr. BIALONSKI, MinRat, Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, Bonn

von BÜLOW, MinRat, Bundesministerium der Justiz, Bonn Dr.

W. CREFELD, Gesundheitsamt, Bochum

D. DRAF, RegDir., Hauptverwaltung des Bezirks Oberbayern, München

Dr. E.-G. DUCHO, Nervenarzt, Köln

P. L. EISENBERG, Sozialarbeiter, Stadtgesundheitsamt, Kassel

G. FISCHWASSER, MinDirig., Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bonn

H. FOX, Dipl.-SozWiss., Osnabrücker Verein zur Hilfe für seelisch Behinderte e.V.

Ch. JOACHIMI, VerwRat, Landesarbeitsamt, Düsseldorf

A. MIESEN, Arzt in der Landesnervenlinik Andernach

Dr. W. STUMME, Hessisches Sozialministerium, Wiesbaden

Dr. ZIPPERER, MinRat., Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bonn

Anhang:  
Landesgesetze zum Maßregelvollzug

Hessisches Gesetz  
über den Vollzug von Maßregeln der Besserung und Sicherung in einem psychiatrischen  
Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt  
(Maßregelvollzugsgesetz)  
Vom 3. Dezember 1981

**ÜBERSICHT**

Erster Titel

Allgemeines, Organisation

- § 1 Anwendungsbereich
- § 2 Einrichtungen des Maßregelvollzuges
- § 3 Aufsichtsbehörde
- § 4 Vollstreckungsplan
- § 5 Zuständigkeiten

Zweiter Titel

Planung und Gestaltung des Vollzuges

- § 6 Behandlungs- und Eingliederungsplan
- § 7 Ärztliche Behandlung zur Erreichung des Vollzugszieles
- § 8 Offener Vollzug, Lockerungen des Vollzuges
- § 9 Urlaub
- § 10 Weisungen, Widerruf, Rücknahme
- § 11 Taschengeld
- § 12 Verwendung des Taschengeldes; Haus-, Eigen- und Überbrückungsgeld, Unterhaltsbeitrag und Entlassungsbeihilfe
- § 13 Persönlicher Besitz
- § 14 Aufbewahrung eingebrachter Sachen
- § 15 Kleidung
- § 16 Erwerb von Sachen
- § 17 Beschränkung der Besuche
- § 18 Besuche des gesetzlichen Vertreters, des Verteidigers, eines Rechtsanwalts oder Notars
- § 19 Überwachung der Besuche
- § 20 Beschränkung des Schriftwechsels

- § 21 Überwachung des Schriftwechsels
- § 22 Anhalten von Schreiben
- § 23 Ferngespräche und Telegramme
- § 24 Pakete
- § 25 Zeitungen und Zeitschriften
- § 26 Hörfunk und Fernsehen
- § 27 Verwertung von Kenntnissen

Dritter Titel

Gesundheitsfürsorge

- § 28 Anspruch auf Gesundheitsfürsorge
- § 29 Zwangsmaßnahmen auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge

Vierter Titel

Religionsausübung

- § 30 Seelsorge
- § 31 Religiöse Veranstaltungen
- § 32 Weltanschauungsgemeinschaften

Fünfter Titel

Sicherheit und Ordnung

- § 33 Durchsuchung
- § 34 Erkennungsdienstliche Maßnahmen
- § 35 Festnahmerecht § 36 Besondere Sicherungsmaßnahmen
- § 37 Einzelunterbringung, unausgesetzte Absonderung

Sechster Titel

Schlußbestimmungen

- § 38 Änderung von Rechtsvorschriften
- § 39 Geschäftsordnung, Hausordnung
- § 40 Einschränkung von Grundrechten
- § 41 Inkrafttreten.

Erster Titel  
Allgemeines, Organisation

§1

Anwendungsbereich

Dieses Gesetz regelt den Vollzug von Maßregeln der Besserung und Sicherung in einem psychiatrischen Krankenhaus und einer Entziehungsanstalt (Maßregelvollzug).

§2

Einrichtungen des Maßregelvollzuges

Die Maßregeln vollzieht der Landeswohlfahrtsverband Hessen in seinen Einrichtungen. Ein Vollzug in Einrichtungen außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes wird hierdurch nicht ausgeschlossen.

§3

Aufsichtsbehörde

(1) Der Sozialminister führt die Fachaufsicht in Angelegenheiten des Maßregelvollzuges. Er kann mit der Überwachung der Einrichtungen den Regierungspräsidenten beauftragen, in dessen Bezirk sich die Einrichtung befindet.

(2) Die Fachaufsichtsbehörde kann dem Landeswohlfahrtsverband allgemeine Weisungen erteilen. Im Einzelfall können Weisungen erteilt werden, wenn die Aufgaben des Maßregelvollzuges nicht im Einklang mit den Gesetzen wahrgenommen oder die erteilten allgemeinen Weisungen nicht befolgt werden.

§4

Vollstreckungsplan

(1) Der Landeswohlfahrtsverband regelt im Einvernehmen mit dem Minister der Justiz und dem Sozialminister die sachliche und örtliche Zuständigkeit der Einrichtungen des Maßregelvollzuges in einem Vollstreckungsplan.

(2) Abweichungen vom Vollstreckungsplan sind zulässig, wenn

1. hierdurch die Behandlung des Untergebrachten oder seine Eingliederung nach der Entlassung gefördert wird oder

2. Gründe der Vollzugsorganisation oder andere wichtige Gründe die Abweichung gebieten.

Der Landeswohlfahrtsverband hat Entscheidungen nach Satz 1 dem Minister der Justiz und dem Sozialminister unverzüglich mitzuteilen; deren Genehmigung bedürfen Verlegungen in Einrichtungen oder von Einrichtungen außerhalb des Landes.

(3) Der Landeswohlfahrtsverband veröffentlicht den Vollstreckungsplan im Staats-Anzeiger für das Land Hessen.

§5

Zuständigkeiten

(1) Im Maßregelvollzug obliegen die Aufgaben der Vollzugsbehörde, soweit gesetzlich nichts anderes bestimmt ist, der Einrichtung des Maßregelvollzuges.

(2) Entscheidungen nach § 7 Abs. 2, § 8, § 9 Abs. 1 und § 10 und Anordnungen nach § 36 sind dem Leiter der Einrichtung des Maßregelvollzuges vorbehalten.

(3) Bei Gefahr im Verzuge dürfen auch Bedienstete der Einrichtung des Maßregelvollzuges, denen die Befugnisse nach Abs. 2 nicht zustehen, besondere Sicherungsmaßnahmen vorläufig anordnen; eine Anordnung nach § 36 Abs. 3 Satz 2 darf nur ein Arzt treffen. Der Leiter der Einrichtung des Maßregelvollzuges ist von einer vorläufigen Anordnung nach Satz 1 unverzüglich zu unterrichten.

Zweiter Titel

Planung und Gestaltung des Vollzuges

§6 Behandlungs- und Eingliederungsplan

(1) Unter Berücksichtigung der Persönlichkeit, des Alters, des Entwicklungsstandes und der Lebensverhältnisse des Untergebrachten ist alsbald nach der Aufnahmeuntersuchung ein Behandlungs- und Eingliederungsplan aufzustellen. Er soll Angaben enthalten über

1. die ärztliche Behandlung,
2. besondere, namentlich psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen,

3. die Zuweisung zu bestimmten Behandlungsgruppen,
4. den Einsatz in der Beschäftigungs- oder Arbeitstherapie und
5. medizinische und berufliche Eingliederungsmaßnahmen.

In den Behandlungs- und Eingliederungsplan sollen auch Angaben über Lockerungen und Beurlaubungen aufgenommen werden, wenn die Voraussetzungen hierfür vorliegen.

(2) Der Behandlungs- und Eingliederungsplan soll mit dem Untergebrachten und seinem gesetzlichen Vertreter erörtert werden.

(3) Der Behandlungs- und Eingliederungsplan ist im Abstand von längstens sechs Monaten zu überprüfen und der weiteren Entwicklung des Untergebrachten anzupassen.

#### Ärztliche Behandlung zur Erreichung des Vollzugszieles

(1) Der Untergebrachte erhält die zur Erreichung des Vollzugszieles nach § 136 Satz 2 und § 137 des Strafvollzugsgesetzes erforderliche ärztliche Behandlung; sie schließt die notwendige Untersuchung ein. Einer Einwilligung des Untergebrachten in die Behandlung bedarf es unbeschadet des Abs. 2 nicht.

(2) Operative Eingriffe oder eine ärztliche Behandlung, die mit Lebensgefahr oder mit erheblicher Gefahr für die Gesundheit des Untergebrachten verbunden ist, dürfen nur mit Einwilligung des Untergebrachten, seines gesetzlichen Vertreters und des Vollstreckungsleiters (§ 82 Abs. 1 des Jugendgerichtsgesetzes) vorgenommen werden. Gleiches gilt für psychotherapeutische Maßnahmen. Der Einwilligung nach Satz 1 bedarf auch eine Behandlung, die die Persönlichkeit des Untergebrachten auf Dauer tiefgreifend verändern würde; sie ist nur zulässig, wenn sie nicht außer Verhältnis zu dem zu erwartenden Erfolg steht.

(3) Die Landesregierung bestimmt durch Rechtsverordnung, welche Eingriffe und Behandlungen

1. mit Lebensgefahr oder mit erheblicher Gefahr für die Gesundheit des Untergebrachten verbunden sind,
2. die Persönlichkeit auf Dauer tiefgreifend verändern.

#### §8

Offener Vollzug, Lockerungen des Vollzuges

( ) Der Untergebrachte kann in den offenen Vollzug verlegt werden, wenn dies seiner Behandlung dient, er den besonderen Anforderungen des offenen Vollzuges genügt und nicht zu befürchten ist, er werde sich dem weiteren Vollzug entziehen oder den offenen Vollzug zu Handlungen, die den Zweck des Vollzuges gefährden, oder zu Straftaten mißbrauchen. Unter den gleichen Voraussetzungen können dem Untergebrachten Lockerungen des Vollzuges gewährt werden. Die Verlegung in den offenen Vollzug und eine Lockerung sollen nicht gegen den Willen des Untergebrachten angeordnet werden. Die Verlegung in den offenen Vollzug ist der Vollstreckungsbehörde mitzuteilen.

(2) Als Lockerung des Vollzuges kann insbesondere angeordnet werden, daß der Untergebrachte

1. außerhalb der Einrichtung des Maßregelvollzuges regelmäßig einer Beschäftigung unter Aufsicht eines Bediensteten der Einrichtung (Außenbeschäftigung) oder ohne Aufsicht (Freigang) nachgehen oder
2. für eine bestimmte Tageszeit die Einrichtung des Maßregelvollzuges unter Aufsicht eines Bediensteten der Einrichtung (Ausführung) oder ohne Aufsicht (Ausgang) verlassen darf.

#### §9

##### Urlaub

(1) Dem Untergebrachten kann zum Zwecke der Behandlung, zur Vorbereitung einer Entscheidung nach § 57e des Strafgesetzbuches oder zur Vorbereitung auf

seine Entlassung Urlaub gewährt werden. § 8 Abs. 1 gilt entsprechend.

(2) Urlaub aus dem geschlossenen Vollzug darf nicht länger als zwei Wochen dauern; die Höchstgrenze für Urlaub in einem Kalendervierteljahr beträgt einen Monat. Die Höchstgrenze für Urlaub aus dem offenen Vollzug beträgt drei Monate; im Kalenderhalbjahr.

(3) Die Gewährung eines Urlaubs von mehr als drei Tagen oder von mehr als insgesamt neun Tagen in einem Kalendermonat bedarf der Zustimmung des Vollstreckungsgerichts oder des Vollstreckungsleiters.

#### §10 Weisungen,

##### Widerruf, Rücknahme

(1) Für Lockerungen des Vollzuges oder Urlaub können dem Untergebrachten Weisungen erteilt werden. Für die Weisung, sich einer Heilbehandlung zu unterziehen, gilt § 7.

(2) Eine Lockerung des Vollzuges oder Urlaub kann widerrufen werden, wenn

1. nachträglich Umstände eintreten, die die Versagung gerechtfertigt hätten,
2. der Untergebrachte die Lockerung des Vollzuges oder den Urlaub zu Straftaten mißbraucht,
3. der Untergebrachte einer Weisung schuldhaft nicht nachkommt oder
4. der Widerruf aus sonstigen Gründen zur Behandlung des Untergebrachten notwendig ist.

(3) Eine Lockerung des Vollzuges oder Urlaub kann zurückgenommen werden, wenn die Voraussetzungen für die Bewilligung nicht vorgelegen haben.

#### §11

##### Taschengeld

Der Untergebrachte erhält ein Taschengeld unter den Voraussetzungen und in der Höhe, wie es in vergleichbaren Fällen nach den Vorschriften des Bundessozialhilfegesetzes psychisch Kranken und seelisch oder geistig Behinderten gewährt wird.

#### §12

Verwendung des Taschengeldes, Haus-, Eigen- und Überbrückungsgeld, Unterhaltsbeitrag und Entlassungsbeihilfe

(1) Die Vorschriften des Strafvollzugsgesetzes über die Verwendung des Taschengeldes (§47 Abs. 1), über das Haus-, Eigen- und Überbrückungsgeld (§ 47 Abs. 1, § 51 Abs. 1 bis 3, § 52), den Unterhaltsbeitrag (§ 49) und die Entlassungsbeihilfe (§ 75 Abs. 1 und 2) gelten entsprechend mit der Maßgabe, daß

1. dem Untergebrachten monatlich mindestens ein Betrag von dreißig Deutsche Mark als Hausgeld verbleibt;
2. Überbrückungsgeld auch bei Gewährung von Urlaub zu zahlen ist, soweit der notwendige Lebensunterhalt des Untergebrachten nicht auf andere Weise gesichert ist;
3. die Überweisung des Überbrückungsgeldes oder der Überbrückungshilfe an den Bewährungshelfer oder eine mit der Eingliederung des Untergebrachten befaßte Person oder Stelle der Zustimmung des Untergebrachten und des gesetzlichen Vertreters bedarf.

(2) Der Sozialminister wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung den Mindestbetrag nach Abs. 1 Nr. 1 der allgemeinen Einkommensentwicklung anzupassen.

#### §13

##### Persönlicher Besitz

(1) Der Untergebrachte darf mit Zustimmung des Leiters der Einrichtung des Maßregelvollzuges Sachen für den persönlichen Gebrauch in angemessenem Umfange in Gewahrsam haben oder annehmen. Dies gilt insbesondere für Lichtbilder nahestehender Personen und Erinnerungsstücke von persönlichem Wert sowie für Bücher und andere Gegenstände zur Fortbildung oder zur Freizeitbeschäftigung; der Untergebrachte darf damit seinen Wohn- und Schlafbereich ausstatten.

(2) Sachen, die den Zweck der Unterbringung oder die Sicherung oder Ord-

nung der Einrichtung des Maßregelvollzuges oder die Übersichtlichkeit des Unterbringungsraumes gefährden, können dem Untergebrachten vorenthalten oder entzogen werden.

(3) Besitz, Empfang, Weitergabe und Versendung von Ton- und Bildträgern können davon abhängig gemacht werden, daß der Untergebrachte ihrer Überprüfung zustimmt. Im übrigen gelten § 20 Abs. 1 und die §§ 21 und 22 entsprechend.

## §14

### Aufbewahrung eingebrachter Sachen

(1) Eingebrachte Sachen, die der Untergebrachte nicht in Gewahrsam haben darf, sind für ihn aufzubewahren, sofern dies nach Art und Umfang möglich ist. Dem Untergebrachten ist Gelegenheit zu geben, eingebrachte Sachen, die er für seine Entlassung nicht benötigt, zu versenden.

(2) Weigert sich ein Untergebrachter, eingebrachte Sachen, deren Aufbewahrung nach Art und Umfang nicht möglich ist, aus der Einrichtung des Maßregelvollzuges zu verbringen, so kann diese sie auf Kosten des Untergebrachten entfernen lassen.

(3) Aufzeichnungen und andere Sachen, die Kenntnisse über Sicherungsvorkehrungen vermitteln, dürfen vernichtet oder unbrauchbar gemacht werden.

## §15

### Kleidung

(1) Der Untergebrachte hat Kleidung der Einrichtung des Maßregelvollzuges zu tragen, wenn dies seine Behandlung oder die Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung erfordert.

(2) Das Tragen von Kleidung der Einrichtung des Maßregelvollzuges kann angeordnet werden, wenn zu befürchten ist, der Untergebrachte werde versuchen, aus dem Bereich der Einrichtung des Maßregelvollzuges oder anlässlich einer Ausführung zu entweichen.

## §16

### Erwerb von Sachen

(1) Wenn es die Behandlung des Untergebrachten oder die Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung des Maßregelvollzuges erfordert, kann angeordnet werden, daß der Untergebrachte Sachen nur durch Vermittlung der Einrichtung erwerben darf. Aus den gleichen Gründen können bestimmte Sachen vom Erwerb ausgeschlossen werden.

(2) Auf ärztliche Anordnung kann dem Untergebrachten der Erwerb oder der Besitz einzelner Nahrungs- oder Genußmittel ganz oder teilweise untersagt werden, wenn zu befürchten ist, daß diese seine Gesundheit ernsthaft gefährden.

## §17

### Beschränkung der Besuche

(1) Der Untergebrachte darf regelmäßig Besuch empfangen. Die Gesamtdauer kann bis auf eine Stunde in der Woche beschränkt werden.

(2) Ohne die Begrenzung des Abs. 1 Satz 2 sollen Besuche zugelassen werden, wenn sie die Behandlung oder Eingliederung des Untergebrachten fördern oder persönlichen, rechtlichen oder geschäftlichen Angelegenheiten dienen, die nicht vom Untergebrachten schriftlich erledigt, durch Dritte wahrgenommen oder bis zur Entlassung des Untergebrachten aufgeschoben werden können.

(3) Aus Gründen der Sicherheit kann ein Besuch davon abhängig gemacht werden, daß sich der Besucher durchsuchen läßt.

(4) Besuche bestimmter Personen können eingeschränkt oder untersagt werden, wenn die Besuche den Zweck der Unterbringung oder die Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung gefährden würden. Vorübergehend können alle Besuche für den in einer Entziehungsanstalt Untergebrachten unbeschadet des § 18 aus Gründen der Behandlung untersagt werden. Die Maßnahme nach Satz 2 darf einen Zeitraum von zwei Monaten nicht überschreiten.

## §18

Besuche des gesetzlichen Vertreters, des Verteidigers, eines Rechtsanwalts oder Notars

Besuche des gesetzlichen Vertreters des Untergebrachten, des Verteidigers, eines Rechtsanwalts oder Notars in einer den Untergebrachten betreffenden Rechtssache sind zu gestatten. § 17 Abs. 3 ist anzuwenden. Eine inhaltliche Überprüfung der vom Verteidiger mitgeführten Schriftstücke und sonstigen Unterlagen ist nicht zulässig. § 21 Abs. 2 findet Anwendung.

## §19

Überwachung der Besuche

(1) Besuche dürfen überwacht werden, soweit es aus Gründen der Behandlung oder der Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung des Maßregelvollzuges geboten ist.

(2) Ein Besuch darf abgebrochen werden, wenn der Besucher oder der Untergebrachte gegen Vorschriften dieses Gesetzes oder eine auf Grund dieses Gesetzes getroffene Anordnung trotz Abmahnung verstößt. Die Abmahnung unterbleibt, wenn es unerlässlich ist, den Besuch sofort abzubrechen.

(3) Besuche des Verteidigers werden nicht überwacht.

(4) Gegenstände dürfen beim Besuch nur mit Erlaubnis übergeben werden. Dies gilt nicht für die bei dem Besuch des Verteidigers übergebenen Schriftstücke und sonstigen Unterlagen sowie für die bei dem Besuch eines Rechtsanwalts, eines Notars oder des gesetzlichen Vertreters zur Erledigung einer den Untergebrachten betreffenden Rechtssache übergebenen Schriftstücke und sonstigen Unterlagen; bei dem Besuch des gesetzlichen Vertreters, eines Rechtsanwalts oder eines Notars kann die Übergabe aus Gründen der Behandlung oder der Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung von einer Erlaubnis abhängig gemacht werden. § 21 Abs. 2 findet Anwendung.

## §20

Beschränkung des Schriftwechsels

(1) Der Untergebrachte hat Absendung und Empfang seiner Schreiben durch die Einrichtung vermitteln zu lassen, soweit nichts anderes gestattet ist.

(2) Der Schriftwechsel mit bestimmten Personen kann eingeschränkt oder untersagt werden, wenn er den Zweck der Unterbringung oder die Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung gefährden würde. § 18 Satz 1 und § 21 Abs. 3 gelten entsprechend.

## §21

Überwachung des Schriftwechsels

(1) Der Schriftwechsel des Untergebrachten mit seinem Verteidiger wird nicht überwacht.

(2) Liegt dem Vollzug der Unterbringung eine Straftat nach § 129 a des Strafgesetzbuches zugrunde, gelten § 148 Abs. 2 und § 148a der Strafprozeßordnung entsprechend. Dies gilt auch, wenn gegen einen Untergebrachten im Anschluß an die dem Vollzug der Unterbringung zugrunde liegende Verurteilung eine Freiheitsstrafe oder Unterbringung wegen einer Straftat nach § 129a des Strafgesetzbuches zu vollstrecken ist.

(3) Nicht überwacht werden ferner Schreiben des Untergebrachten an Volksvertretungen des Bundes und der Länder sowie an deren Mitglieder, soweit die Schreiben an die Anschriften dieser Volksvertretungen gerichtet sind und den Absender zutreffend angeben, sowie an die Europäische Kommission für Menschenrechte.

(4) Der übrige Schriftwechsel darf überwacht werden, soweit es aus Gründen der Behandlung oder der Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung geboten ist.

## §22

Anhalten von Schreiben

(1) Schreiben können angehalten werden,

1. wenn ihre Weitergabe den Zweck der Unterbringung oder die Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung des Maßregelvollzuges gefährden würde,
2. wenn die Weitergabe in Kenntnis ihres Inhalts einen Straf- oder Bußgeldtatbestand verwirklichen würde,
3. wenn sie grob unrichtige oder erheblich entstellende Darstellungen von Verhältnissen der Einrichtungen des Maßregelvollzuges enthalten,
4. wenn sie grobe Beleidigungen enthalten,
5. wenn ihre Weitergabe die Eingliederung eines anderen Untergebrachten gefährden würde oder
6. wenn sie in Geheimschrift, unlesbar, verschlüsselt oder ohne zwingenden Grund in einer fremden Sprache abgefaßt sind.

Vorübergehend können alle Schreiben an einen in einer Entziehungsanstalt Untergebrachten angehalten werden, wenn und soweit durch den Empfang der Schreiben die Behandlung des Untergebrachten beeinträchtigt werden könnte. Die Maßnahme nach Satz 2 darf den Zeitraum von zwei Monaten nicht überschreiten.

(2) Schreiben des Untergebrachten können außerdem angehalten werden, wenn durch ihre Weitergabe erhebliche Nachteile für den Untergebrachten oder einen anderen zu befürchten sind und der Untergebrachte auf Grund seines Zustandes unfähig ist, die Folgen seines Verhaltens zu übersehen oder nach der entsprechenden Einsicht zu handeln.

(3) Ausgehenden Schreiben, die unrichtige Darstellungen enthalten, kann ein Begleitschreiben beigefügt werden, wenn der Untergebrachte auf der Absendung besteht.

(4) Ist ein Schreiben angehalten worden, wird dies dem Untergebrachten mitgeteilt. Angehaltene Schreiben werden an den Untergebrachten zurückgegeben oder, sofern dies unmöglich ist oder aus besonderen Gründen untunlich ist, von der Einrichtung verwahrt.

(5) Schreiben, die an die Aufsichtsbehörde oder an Gerichte oder Staatsanwaltschaften gerichtet sind oder deren Überwachung nach § 21 Abs. 1 bis 3 ausgeschlossen ist, dürfen nicht angehalten werden.

## §23

### Ferngespräche und Telegramme

Dem Untergebrachten kann gestattet werden, Ferngespräche zu führen oder Telegramme aufzugeben. Im übrigen gelten für Ferngespräche die Vorschriften über den Besuch und für Telegramme die Vorschriften über den Schriftwechsel entsprechend.

## §24

### Pakete

[1] Der Empfang von Paketen kann vorübergehend versagt werden, wenn dies aus Gründen der Behandlung oder der Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung des Maßregelvollzuges erforderlich ist.

12) Pakete können geöffnet werden; dies hat in Gegenwart des Untergebrachten zu geschehen. Für den Ausschluß von Sachen gilt § 16 entsprechend. Ausgeschlossene Gegenstände können zu den von der Einrichtung verwahrten Sachen des Untergebrachten genommen oder dem Absender zurückgesandt werden. Nicht ausgehändigte Gegenstände, durch die bei der Versendung oder Aufbewahrung Personen verletzt oder Sachschäden verursacht werden können, dürfen vernichtet werden.

(3) Dem Untergebrachten kann gestattet werden, Pakete zu versenden. Ihr Inhalt kann im therapeutischen Interesse und aus Gründen der Sicherheit oder Ordnung überprüft werden. Für den Ausschluß von der Versendung gilt § 22 Abs. 1 und 2 entsprechend.

14) Entscheidungen nach Abs. 2 Satz 2 bis 4 und Abs. 3 Satz 2 und 3 sind dem Untergebrachten und seinem gesetzlichen Vertreter unverzüglich zu eröffnen.

## §25

### Zeitungen und Zeitschriften

(1) Der Untergebrachte darf Zeitungen und Zeitschriften in angemessenem Umfange durch Vermittlung der Einrichtung des Maßregelvollzuges beziehen.

(2) Ausgeschlossen sind Zeitungen und Zeitschriften, deren Verbreitung mit Strafe oder Geldbuße bedroht ist. Einzelne Ausgaben oder Teile von Zeitungen oder Zeitschriften können dem Untergebrachten vorenthalten werden, wenn sie das Ziel der Unterbringung oder die Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung des Maßregelvollzuges erheblich gefährden würden.

## §26

### Hörfunk und Fernsehen

Der Untergebrachte darf am Hörfunkprogramm der Einrichtung des Maßregelvollzuges und am gemeinschaftlichen Fernsehempfang teilnehmen. Der Hörfunk- und Fernsehempfang kann allgemein oder für einzelne Untergebrachte eingeschränkt oder ausgesetzt werden, wenn er das Ziel der Unterbringung oder die Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung des Maßregelvollzuges erheblich gefährden würde.

## §27

### Verwertung von Kenntnissen

Kenntnisse aus der Überwachung der Besuche, des Schriftwechsels, der Ferngespräche, Telegramme oder sonstiger Sendungen dürfen nur verwertet werden,

1. soweit dies notwendig ist, um die Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung des Maßregelvollzuges zu wahren oder Straftaten oder Ordnungswidrigkeiten zu verhüten, zu unterbinden oder zu verfolgen oder
2. soweit dies aus Gründen der Behandlung geboten ist.

## Dritter Titel

### Gesundheitsfürsorge

## §28

Anspruch auf Gesundheitsfürsorge (1)  
Der Untergebrachte hat Anspruch

auf Krankenhilfe, Vorsorgeleistungen und sonstige Maßnahmen entsprechend den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung.

(2) Kann eine Erkrankung in der Einrichtung des Maßregelvollzuges nicht geklärt oder behandelt werden, so ist der Untergebrachte in einer für ihn geeigneten Krankenabteilung einer anderen Einrichtung des Maßregelvollzuges, einer Justizvollzugsanstalt oder in einem Krankenhaus außerhalb des Vollzuges unterzubringen.

(3) Während einer Beurlaubung hat der Untergebrachte gegenüber dem Träger der Einrichtung des Maßregelvollzuges Anspruch auf ärztliche Behandlung und Pflege in der für ihn zuständigen Einrichtung des Maßregelvollzuges und auf Übernahme der Heilbehandlungskosten, die infolge einer Weisung nach § 10 Abs. 1 entstehen, soweit nicht Ansprüche gegen einen Sozialleistungsträger vorgehen.

## §29

### Zwangsmaßnahmen auf dem Gebiete der Gesundheitsfürsorge

(1) Röntgenuntersuchungen der Lunge sind auch ohne Einwilligung des Untergebrachten zulässig. Im übrigen ist eine zwangsweise Untersuchung, Behandlung oder Ernährung außer in den Fällen des § 7 nur bei Lebensgefahr, bei schwerwiegender Gefahr für die Gesundheit des Untergebrachten oder bei Gefahr für die Gesundheit anderer Personen zulässig; die Maßnahmen müssen für die Beteiligten zumutbar sein und in angemessenem Verhältnis zu dem damit bezweckten Erfolg stehen,

(2) Zum Gesundheitsschutz und zur Hygiene ist die zwangsweise körperliche Untersuchung außer im Falle des Abs. 1 zulässig, wenn sie nicht mit einem körperlichen Eingriff verbunden ist.

(3) Die Maßnahmen dürfen nur auf Anordnung und unter Leitung eines Arztes durchgeführt werden, unbeschadet der Leistung erster Hilfe für den Fall, daß ein Arzt nicht rechtzeitig erreichbar und

mit einem Aufschub Lebensgefahr verbunden ist.

#### Vierter Titel Religionsausübung

##### §30

##### Seelsorge

(1) Dem Untergebrachten darf religiöse Betreuung durch einen Seelsorger seiner Religionsgemeinschaft nicht versagt werden.

(2) Der Untergebrachte darf grundlegende religiöse Schriften besitzen. Sie dürfen ihm nur bei grobem Mißbrauch entzogen werden.

(3) Dem Untergebrachten sind Gegenstände des religiösen Gebrauchs in angemessenem Umfange zu belassen.

##### §31

##### Religiöse Veranstaltungen

(1) Der Untergebrachte hat das Recht, innerhalb der Einrichtung des Maßregelvollzuges am Gottesdienst und an den religiösen Veranstaltungen seiner Religionsgemeinschaft teilzunehmen.

(2) Zu dem Gottesdienst oder zu religiösen Veranstaltungen einer Religionsgemeinschaft, der der Untergebrachte nicht angehört, wird er zugelassen, wenn deren Seelsorger zustimmt.

(3) Der Untergebrachte kann von der Teilnahme am Gottesdienst oder anderen religiösen Veranstaltungen ausgeschlossen werden, wenn dies aus zwingenden Gründen der Sicherheit oder Ordnung geboten ist; der Seelsorger soll vorher gehört werden.

##### §32

##### Weltanschauungsgemeinschaften

Für Angehörige weltanschaulicher Bekenntnisse gelten die §§ 30 und 31 entsprechend.

#### Fünfter Titel

#### Sicherheit und Ordnung

##### §33

##### Durchsuchung

Der Untergebrachte, seine Sachen und

die Unterbringungsräume dürfen durchsucht werden. Ausgenommen sind Gegenstände, die der Überwachung (§211 nicht unterliegen. Bei der Durchsuchung ist das Schamgefühl zu schonen.

##### §34

##### Erkennungsdienstliche Maßnahmen

(1) Zur Sicherung des Vollzuges der Maßregeln, insbesondere bei erhöhter Fluchtgefahr und zur Feststellung der Identität, sind als erkennungsdienstliche Maßnahmen zulässig:

1. die Abnahme von Finger- und Handflächenabdrücken,
2. die Aufnahme von Lichtbildern,
3. die Feststellung äußerlicher körperlicher Merkmale,
4. Messungen.

(2) Die erkennungsdienstlichen Unterlagen werden bei den Personalakten des Untergebrachten aufbewahrt. Sie können auch zu kriminalpolizeilichen Sammlungen genommen werden.

(3) Nach Erledigung der Maßregel sind erkennungsdienstliche Unterlagen aus Maßnahmen nach Abs. 1 auf Verlangen des Betroffenen oder seines gesetzlichen Vertreters zu vernichten; sie sind über diesen Anspruch spätestens bei einer bedingten Entlassung zu belehren. Der Anspruch erstreckt sich auf die nach Abs. 2 Sät.; 2 behandelten Unterlagen.

##### §35

##### Festnahmerecht

Ein Untergebrachter, der entwichen ist oder sich sonst ohne Erlaubnis außerhalb der Einrichtung des Maßregelvollzuges aufhält, kann durch die Vollzugsbehörde oder auf ihre Veranlassung hin festgenommen und in die Einrichtung des Maßregelvollzuges zurückgebracht werden.

##### §36

##### Besondere Sicherungsmaßnahmen

(1) Gegen einen Untergebrachten können besondere Sicherungsmaßnahmen angeordnet werden, wenn in erhöhtem Maße Fluchtgefahr besteht oder sonst

sein Verhalten oder sein Zustand eine erhebliche Gefahr für die Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung des Maßregelvollzuges darstellt, insbesondere wenn Gewalttätigkeiten gegen Personen oder Sachen oder eine Selbsttötung oder Selbstverletzung zu befürchten sind.

(2) Als besondere Sicherungsmaßnahmen sind zulässig;

1. die Absonderung von anderen Untergebrachten,
2. die Unterbringung in einem besonders gesicherten Raum ohne gefährdende Gegenstände,
3. der Entzug oder die Vorenthaltung von Gegenständen,
4. der Entzug oder die Beschränkung des Aufenthaltes im Freien,
5. die Fesselung.

(3) Grundsätzlich dürfen Fesseln nur an den Händen oder an den Füßen angelegt werden. Im Interesse des Untergebrachten kann eine andere Art der Fesselung angeordnet werden. Die Fesselung ist zeitweise zu lockern, soweit dies notwendig ist.

(4) Besondere Sicherungsmaßnahmen dürfen nur aufrecht erhalten werden, soweit es ihr Zweck erfordert.

(5) Während der Durchführung besonderer Sicherungsmaßnahmen ist eine ärztliche Mitwirkung und Überwachung zu gewährleisten.

### §37

#### Einzelunterbringung, unausgesetzte Absonderung

Die unausgesetzte Absonderung eines Untergebrachten über einen Zeitraum von mehr als einem Monat bedarf der Zustimmung der Aufsichtsbehörde. Die Zustimmung erstreckt sich jeweils nur auf einen Zeitraum von höchstens zwei weiteren Monaten und ist erforderlichenfalls zu erneuern. Die Anordnung einer Einzelunterbringung aus therapeutischen Gründen nach § 7 Abs. 1 bleibt unberührt; überschreitet sie die Dauer von drei Monaten,

ist die Aufsichtsbehörde davon zu unterrichten.

## Sechster Titel Schlußbestimmungen

### §38

#### Änderung von Rechtsvorschriften

(1) Das Gesetz über die Mittelstufe der Verwaltung und den Landeswohlfahrtsverband Hessen vom 7. Mai 1953 (GVBl. S. 93), zuletzt geändert durch Gesetz vom 10. Juli 1979 (GVBl. I S. 179), wird wie folgt geändert:

1. § 30 erhält folgende Fassung:

#### „§30

(1) Die Kosten der Unterbringung von Personen in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in einer Entziehungsanstalt auf Grund eines strafgerichtlichen Urteils (Maßregelvollzug) trägt das Land, soweit nicht ein Sozialleistungs-träger oder der Untergebrachte die Kosten zu tragen hat.

(2) Der Untergebrachte hat zu den Kosten in dem Umfang beizutragen, in dem ein Hilfeempfänger nach dem Bundessozialhilfegesetz bei nicht nur vorübergehender stationärer Behandlung sein Einkommen einzusetzen hätte."

2. Als § 31 wird eingefügt:

#### „§31

Der Sozialminister setzt im Einvernehmen mit dem Minister der Finanzen nach Anhörung des Landeswohlfahrtsverbandes Pflegesätze für den Maßregelvollzug fest und regelt das Abrechnungsverfahren. Die Pflegesätze und die Regelungen über das Abrechnungsverfahren werden im Staats-Anzeiger für das Land Hessen veröffentlicht."

(2) Das Gesetz über die Anwendung unmittelbaren Zwanges bei Ausübung öffentlicher Gewalt vom 11. November 1950 (GVBl. S. 247), zuletzt geändert durch Gesetz vom 4. September 1974 (GVBl. IS. 361), wird wie folgt geändert:

1. § 5 Nr. 2 Buchst, b erhält folgende Fassung:

„b) Gefangene, die sich auf Grund richterlichen Haftbefehls in Untersuchungshaft, in Auslieferungshaft oder in Durchlieferungshaft befinden,“

2. § 5 Nr. 3 Buchst. b und c erhalten folgende Fassung:

„b) einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 des Strafgesetzbuches, § 126a der Strafprozeßordnung, § 7 des Jugendgerichtsgesetzes),

c) eine Entziehungsanstalt (§ 64 des Strafgesetzbuches, § 126a der Strafprozeßordnung, § 7 des Jugendgerichtsgesetzes) oder“.

3. Der II. Abschnitt erhält folgende Fassung:

#### „II. Abschnitt

#### Anwendung unmittelbaren Zwanges im Bereich des Maßregelvollzuges

#### § 8

(1) Für die Anwendung unmittelbaren Zwanges durch Bedienstete der Einrichtungen des Maßregelvollzuges gegen

1. Personen, deren Unterbringung

a) in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 des Strafgesetzbuches, § 126a der Strafprozeßordnung, § 7 des Jugendgerichtsgesetzes),

b) in einer Entziehungsanstalt (§ 64 des Strafgesetzbuches, § 126a der Strafprozeßordnung, § 7 des Jugendgerichtsgesetzes)

angeordnet ist;

2. Personen, die

a) einen in Nr. 1 bezeichneten Unterbrachten zu befreien versuchen,

b) widerrechtlich in den Bereich der Einrichtung des Maßregelvollzuges eindringen oder sich unbefugt darin aufhalten,

gelten § 2 Abs. 1 Buchst. a und b, Abs. 2 und die §§ 3, 4 und 7 entsprechend.

(2) Bedienstete der Einrichtungen des Maßregelvollzuges dürfen unmittelbaren Zwang nur anwenden, wenn dies

erforderlich ist, um die Behandlungsmaßnahmen, zu deren Duldung der Unterbrachte verpflichtet ist, oder Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Sicherheit oder der Ordnung in der Einrichtung des Maßregelvollzuges durchzuführen und der damit verfolgte Zweck auf keine andere Weise erreicht werden kann.“

#### § 39

#### Geschäftsordnung, Hausordnung

(1) Der Landeswohlfahrtsverband regelt in der Geschäftsordnung für Einrichtungen des Maßregelvollzuges insbesondere

1. die Organisation der Einrichtungen des Maßregelvollzuges,

2. die Gliederung und die personelle und räumliche Ausstattung der Einrichtungen des Maßregelvollzuges,

3. die Zusammenarbeit mit Behörden und sonstigen Stellen und den im Vollzug tätigen Privatpersonen,

4. den Geschäftsgang bei Einrichtungen des Maßregelvollzuges.

12) Der Landeswohlfahrtsverband erläßt in der Hausordnung insbesondere

1. die Ausführungsvorschriften zu § 7,

2. die Regelungen für die Aufnahme und Entlassung,

3. Bestimmungen über

a) die Behandlungszeiten, Freizeit und Ruhezeit,

b) die Besuchszeiten, Häufigkeit und Dauer der Besuche einschließlich der Pflichten der Besucher sowie den sonstigen Verkehr mit der Außenwelt,

c) die Bekleidung, die Verwahrung von persönlichem Besitz und die Behandlung von Nachlaßgegenständen,

4. Vorschriften über die Ordnung und Sicherheit in der Einrichtung des Maßregelvollzuges, insbesondere Vorschriften über den Ausschluß bestimmter Gegenstände vom persönlichen Besitz, vom Erwerb oder Empfang und über die

Durchführung besonderer Sicherungsmaßnahmen,

5. Hinweise, welche Bediensteten und Stellen für die Entgegennahme von Anträgen und Beschwerden des Unterbrachten zuständig sind.

Die Hausordnung hat auch eine Übersicht über die Angebote für eine sinnvolle Freizeitgestaltung zu enthalten.

(3) Die Geschäftsordnung für Einrichtungen des Maßregelvollzuges und die Hausordnung bedürfen der Genehmigung des Sozialministers. Die Genehmigung der Hausordnung erteilt der Sozialminister im Einvernehmen mit dem Minister der Justiz.

(4) Der Landeswohlfahrtsverband veröffentlicht die Geschäftsordnung für Einrichtungen des Maßregelvollzuges im Staats-Anzeiger für das Land Hessen. Er macht die Hausordnung in der Einrichtung des Maßregelvollzuges nach § 6 Abs. 3 des Gesetzes über die Verkündung von Rechtsverordnungen, Organisationsan-

ordnungen und Anstaltsordnungen vom 2. November 1971 (GVBl. I S. 258), zuletzt geändert durch Gesetz vom 17. März 1978 (GVBl. IS. 158), bekannt.

#### §40

##### Einschränkung von Grundrechten

In dem in diesem Gesetz bezeichneten Umfange werden die Grundrechte der Freiheit der Person, der körperlichen Unversehrtheit und der Unverletzlichkeit des Brief-, Post- und Fernmeldegeheimnisses (Art. 2 und 10 des Grundgesetzes für die Bundesrepublik Deutschland und Art. 5, 6 und 12 der Verfassung des Landes Hessen) eingeschränkt.

#### §41

##### Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 1982 in Kraft. Die Ermächtigung zum Erlaß der Rechtsverordnung nach § 7 Abs. 3, der Geschäfts- und Hausordnung und des Vollstreckungsplanes treten am Tage nach der Verkündung in Kraft.

Die verfassungsmäßigen Rechte der Landesregierung sind gewahrt.

Das vorstehende Gesetz wird hiermit verkündet.

Wiesbaden, den 3. Dezember 1981

Der Hessische  
Ministerpräsident  
Börner

Der Hessische  
Sozialminister  
Claus

Niedersächsisches Maßregelvollzugsgesetz  
(Nds. MVollzG).  
Vom 1. Juni 1982.

Inhaltsübersicht

Erster Teil

- Anwendungsbereich, Grundsätze,  
Organisation § 1 Anwendungsbereich  
§ 2 Grundsätze  
§ 3 Einrichtungen des Maßregelvollzuges  
§ 4 Zusammenarbeit der Einrichtungen mit Dritten  
§ 5 Vollstreckungsplan, Einweisung und Verlegung

Zweiter Teil

- Untersuchung, Behandlung und Förderung  
§ 6 Untersuchungen  
§ 7 Behandlungs- und Eingliederungsplan  
§ 8 Behandlung  
§ 9 Ausbildung, berufliche Eingliederung  
§ 10 Seelsorge  
§ 11 Taschengeld  
§ 12 Zuwendungen und sonstige Einkünfte, Überbrückungsgeld  
§ 13 Eigengeld, Schutzvorschriften  
§ 14 Ersatz von Aufwendungen  
§ 15 Lockerung des Vollzuges und Urlaub  
§ 16 Mitwirkung bei der Aussetzung zur Bewährung und der Entlassung

Dritter Teil

- Hausordnung, Beschränkungen, Sicherheit und Ordnung  
§ 17 Anordnungen, Hausordnung  
§ 18 Grundsätze für Beschränkungen, Sicherung der Unterbringung

- § 19 Besitz, Erwerb und Verwendung von Sachen

- § 20 Besuche

- § 21 Briefliche und andere Sendungen, Telefongespräche

- § 22 Durchsuchung

- § 23 Besondere Sicherungsmaßnahmen

Vierter Teil

Schlußvorschriften

- § 24 Ausschuß für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung, Besuchskommissionen

- § 25 Kosten

- § 26 Einschränkung von Grundrechten

- § 27 Inkrafttreten

Der Niedersächsische Landtag hat das folgende Gesetz beschlossen, das hiermit verkündet wird:

Erster Teil

Anwendung, Grundsätze, Organisation

§ 1

Anwendungsbereich

Dieses Gesetz regelt den Vollzug der durch strafrichterliche Entscheidung angeordneten freiheitsentziehenden Maßnahmen der Besserung und Sicherung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt (Unterbringung).

§ 2

Grundsätze

[1) Ziel einer Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus ist es, den Unterbrachten soweit wie möglich zu helfen oder seinen Zustand so weit zu bessern, daß er nicht mehr gefährlich ist. Ziel einer Unterbringung in einer Entzie-

hungsanstalt ist es, den Untergebrachten von seinem Hang zu heilen und die zugrundeliegende Fehlhaltung zu beheben. Beide Maßregeln dienen zugleich dem Schutz der Allgemeinheit.

(2) Soweit wie möglich soll der Vollzug den allgemeinen Lebensverhältnissen angeglichen werden und den Untergebrachten auf eine selbständige Lebensführung vorbereiten. Seine familiäre, soziale und berufliche Eingliederung soll gefördert werden.

(3) Der Untergebrachte wird unverzüglich über seine Rechte und Pflichten unterrichtet. Hat er einen gesetzlichen Vertreter, so soll dieser Gelegenheit erhalten, an der Unterrichtung teilzunehmen.

### §3

#### Einrichtungen des Maßregelvollzuges

(1) Die Maßregeln werden in psychiatrischen Krankenhäusern und Entziehungsanstalten als Einrichtungen des Landes vollzogen. Die Landesregierung kann diese Aufgabe auch entsprechenden Einrichtungen anderer Träger mit deren Zustimmung widerruflich übertragen; insoweit unterstehen die Einrichtungen der Aufsicht der zuständigen Behörden.

(2) Die Einrichtungen sind so zu gliedern und auszustatten, daß eine auf die unterschiedlichen Anforderungen abgestimmte Behandlung ermöglicht und die Eingliederung der Untergebrachten gefördert wird. Es sind namentlich die Voraussetzungen für einen offenen und geschlossenen Vollzug sowie für eine gesonderte Behandlung Jugendlicher und Heranwachsender zu schaffen.

(3) Die Maßregeln können auf Grund besonderer Vereinbarungen auch in Einrichtungen außerhalb des Landes Niedersachsen vollzogen werden.

### §4

#### Zusammenarbeit der Einrichtungen mit Dritten

Die Einrichtungen sollen mit den Behörden, Stellen und Personen zusammenarbeiten, die das Ziel der Unterbringung för-

dern können. In Zusammenarbeit mit den Einrichtungen der Forschung und Lehre sollen insbesondere die Behandlungsmethoden wissenschaftlich fortentwickelt und die Ergebnisse für die Zwecke des Maßregel- und Strafvollzuges nutzbar gemacht werden.

### §5

#### Vollstreckungsplan, Einweisung und Verlegung

(1) Die örtliche und die sachliche Zuständigkeit der Einrichtungen sind in einem Vollstreckungsplan zu regeln und nach allgemeinen Merkmalen zu bestimmen.

(2) Der Untergebrachte kann abweichend vom Vollstreckungsplan in eine andere für den Vollzug der jeweiligen Maßregel vorgesehene Einrichtung eingewiesen oder verlegt werden, wenn

1. hierdurch die Behandlung des Untergebrachten oder seine Eingliederung gefördert wird,
2. sein Verhalten oder sein Zustand eine Gefahr für die Sicherheit oder Ordnung in der Einrichtung, in der er untergebracht ist, darstellt oder in erhöhtem Maße Fluchtgefahr besteht oder die andere Einrichtung zu seiner sicheren Unterbringung besser geeignet ist, oder
3. dies aus Gründen der Vollzugsorganisation oder aus anderen wichtigen Gründen erforderlich ist.

(3) Der Untergebrachte kann in eine Einrichtung, die für Untergebrachte seines Alters nicht vorgesehen ist, verlegt werden, wenn dies zu seiner Behandlung notwendig ist. Die Behandlung der übrigen in dieser Einrichtung Untergebrachten darf dadurch nicht gefährdet werden.

(4) Ein Untergebrachter kann in den offenen Vollzug eingewiesen oder verlegt werden, wenn zu erwarten ist, daß dadurch das Ziel der Unterbringung gefördert wird und nicht zu befürchten ist, daß er sich dem Vollzug entziehen oder die Möglichkeiten des offenen Vollzuges mißbrauchen wird.

Zweiter Teil  
Untersuchung, Behandlung und Förderung

§6

Untersuchungen

(1) Nach seiner Aufnahme wird der Untergebrachte unverzüglich ärztlich untersucht. Die Untersuchung erstreckt sich auch auf die Umstände, deren Kenntnis für die Erarbeitung des Behandlungs- und Eingliederungsplanes notwendig ist.

(2) Weitere Untersuchungen können durchgeführt werden, soweit dies im Rahmen der Behandlung oder zum Schutz der Gesundheit des Untergebrachten oder anderer Personen erforderlich ist.

(3) Die Untersuchungen sind dem Untergebrachten zu erläutern. Er hat die Untersuchungen zu dulden und an ihnen mitzuwirken.

§7

Behandlungs- und Eingliederungsplan

(1) Unter Berücksichtigung der Persönlichkeit, des Alters, des Entwicklungsstandes und der Lebensverhältnisse des Untergebrachten wird auf der Grundlage der Ergebnisse der Aufnahmeuntersuchung und, soweit erforderlich, ergänzender human- und sozialwissenschaftlicher Erhebungen unverzüglich ein Behandlungs- und Eingliederungsplan aufgestellt. Er soll mindestens die notwendigen Maßnahmen der Behandlung einschließlich psychotherapeutischer Maßnahmen sowie medizinische, pädagogische, soziale und berufliche Eingliederungsmaßnahmen umfassen.

(2) Der Plan ist, längstens im Abstand von sechs Monaten, der Entwicklung des Untergebrachten anzupassen. Dabei sind die Möglichkeiten für Lockerungen des Vollzuges, für Beurlaubungen und für eine Aussetzung der Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung zu prüfen. Wenn abzusehen ist, daß die Vollstreckung zur Bewährung ausgesetzt oder daß der Untergebrachte entlassen wird, so sollen auch Angaben über die notwendigen vor-

bereitenden Maßnahmen aufgenommen werden.

(3) Der Behandlungs- und Eingliederungsplan ist mit dem Untergebrachten zu erörtern. Der gesetzliche Vertreter erhält Gelegenheit, an der Erörterung teilzunehmen.

§8

Behandlung

(1) Der Untergebrachte erhält die nach den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst gebotene Behandlung. Diese schließt die Förderung durch heilpädagogische, durch psychotherapeutische sowie durch beschäftigungs- und arbeitstherapeutische Maßnahmen ein. Der Untergebrachte hat die Behandlung zu dulden und zu unterstützen.

(2) Die Behandlung ist dem Untergebrachten zu erläutern. Ist er fähig, Grund, Bedeutung und Tragweite der Behandlung einzusehen und seinen Willen nach dieser Einsicht zu bestimmen, so soll die Erläuterung auch darauf hinzielen, daß er der Behandlung zustimmt.

13) Erfordert die Behandlung einen operativen Eingriff oder ist sie mit Gefahr für Leben oder Gesundheit des Untergebrachten verbunden oder würde sie seine Persönlichkeit wesentlich oder auf Dauer nachteilig verändern, so darf sie nur mit seiner Einwilligung vorgenommen werden.

14) Eine Behandlung, die die Persönlichkeit des Untergebrachten in ihrem Kernbereich verändern würde, ist unzulässig.

15) Ist der Untergebrachte in den Fällen des Absatzes 3 nicht fähig, Grund, Bedeutung und Tragweite der Behandlung einzusehen oder seinen Willen nach dieser Einsicht zu bestimmen, so ist die Einwilligung seines gesetzlichen Vertreters maßgebend. Besitzt der Untergebrachte zwar die in Satz 1 genannten Fähigkeiten, ist er aber minderjährig oder entmündigt oder unter vorläufige Vormundschaft gestellt, so ist neben seiner Einwilligung die Einwilligung seines gesetzlichen Vertreters erforderlich.

(6) Kann eine erforderliche Untersuchung oder Behandlung nicht in der Einrichtung durchgeführt werden, in der sich der Untergebrachte befindet, so ist er in eine geeignete andere Einrichtung des Maßregelvollzuges oder, wenn eine solche nicht zur Verfügung steht, in ein geeignetes Krankenhaus zu verlegen. Der Schutz der Allgemeinheit ist durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen.

(7) Der Untergebrachte hat über die nach Absatz 1 gebotene Behandlung hinaus Anspruch auf weitere gesundheitliche Betreuung nach Maßgabe der Vorschriften des Strafvollzugsgesetzes über die Gesundheitsfürsorge und über die Mutter-schaftshilfe.

### §9

#### Ausbildung, berufliche Eingliederung

Dem Untergebrachten soll Gelegenheit zur Schulausbildung, zur Berufsausbildung, zur Umschulung, zur Teilnahme an berufsfördernden Maßnahmen oder zur Förderung in einer arbeitstherapeutischen Einrichtung gegeben werden. Aus einem Zeugnis oder einer Teilnahmebescheinigung darf nicht erkennbar sein, daß die Maßnahme im Rahmen einer Unterbringung durchgeführt worden ist.

### §10

#### Seelsorge

(1) Dem Untergebrachten ist Gelegenheit zu geben, Seelsorge durch eine im Inland bestehende Kirche oder andere Religionsgemeinschaft in Anspruch zu nehmen. Bei Beschränkungen, insbesondere denjenigen des Besuchs, des Schriftwechsels, der Teilnahme an Veranstaltungen sowie des Besitzes und des Erwerbs von Sachen, ist auf das Bedürfnis nach Seelsorge Rücksicht zu nehmen.

(2) Die Einrichtung soll die den Untergebrachten geltenden seelsorgerischen Bemühungen der in Absatz 1 Satz 1 genannten Kirchen und Religionsgemeinschaften fördern, soweit die Ziele der Unterbringung dies zulassen.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für die der Seelsorge vergleichbare Betreuung

von Untergebrachten durch eine den Religionsgemeinschaften gleichstehende Weltanschauungsvereinigung sinngemäß.

### §11

#### Taschengeld

Der Untergebrachte erhält ein Taschengeld nach den Grundsätzen und Maßstäben, die für das Taschengeld gemäß § 21 Abs. 3 des Bundessozialhilfegesetzes gelten. Er kann über das Taschengeld frei verfügen, soweit dies den Zweck der Unterbringung nicht gefährdet.

### §12

#### Zuwendungen und sonstige Einkünfte, Überbrückungsgeld

(1) Für die Leistung wirtschaftlich ergiebiger Arbeit erhält der Untergebrachte eine Zuwendung. Zuwendungen können auch für die Teilnahme an beruflicher Eingliederung am Unterricht oder an heilpädagogischer Förderung gewährt werden.

(2) Die Voraussetzungen und die Höhe von Zuwendungen bestimmen sich nach den Grundsätzen, die für die Gewährung von Zuwendungen an Kranke und Behinderte gelten, die in psychiatrischen Landeskrankenhäusern arbeitstherapeutisch gefördert werden. An der Entscheidung über die Verteilung der für Zuwendungen zur Verfügung stehenden Mittel sind Mitarbeiter und Untergebrachte der Einrichtung angemessen zu beteiligen.

(3) Die Befugnis des Untergebrachten zur Verfügung über Zuwendungen und sonstige Einkünfte ist entsprechend den Grundsätzen zu regeln, die für Kranke und Behinderte in den psychiatrischen Landeskrankenhäusern gelten, soweit sich nicht aus Absatz 4 etwas anderes ergibt.

(4) In geeigneten Fällen soll von den Zuwendungen und den sonstigen Einkünften ein Betrag zurückgelegt werden, der zur Eingliederung des Untergebrachten bestimmt ist (Überbrückungsgeld). Das Überbrückungsgeld soll bis zur Höhe desjenigen Betrages gebildet werden, der dem Untergebrachten und den Personen, denen gegenüber er zum Unterhalt ver-

pflichtet ist, den notwendigen Lebensunterhalt in den ersten vier Wochen nach der Entlassung sichert. Das Überbrückungsgeld ist unter Berücksichtigung seiner besonderen Zweckbestimmung wie Mündelgeld anzulegen. Der gesetzliche Vertreter sowie die Personen oder Stellen, die bei der Eingliederung mitwirken, sollen an den Entscheidungen über die Bildung und die Auszahlung des Überbrückungsgeldes beteiligt werden.

### §13

#### Eigengeld, Schutzvorschriften

(1) Taschengeld, Zuwendungen und sonstige dem Untergebrachten in der Einrichtung zur Verfügung stehende Einkünfte, über die er nicht verfügt und die nicht als Beitrag zu den Unterbringungskosten (§ 25) oder für andere Verpflichtungen, insbesondere Unterhaltsleistungen, in Anspruch genommen oder als Überbrückungsgeld zurückgelegt werden, sind für ihn zu verwahren (Eigengeld). Über Eigengeld kann der Untergebrachte mit Zustimmung der Einrichtung verfügen. Vor ihrer Entscheidung soll die Einrichtung den gesetzlichen Vertreter hören.

(2) Soweit sich aus diesem Gesetz nichts anderes ergibt, gelten für das Taschengeld und die Zuwendungen nach § 12 die §§ 38 bis 59 des Sozialgesetzbuches — Allgemeiner Teil — sinngemäß.

### §14

#### Ersatz von Aufwendungen

Wird die Einrichtung in persönlichen Angelegenheiten des Untergebrachten tätig und entspricht dies seinem wirklichen oder mutmaßlichen Willen, so hat er die erforderlichen Aufwendungen zu ersetzen. Der Anspruch auf Ersatz der Aufwendungen ist nicht geltend zu machen, wenn dies die Behandlung oder die Eingliederung behindern würde.

### §15

Lockerung des Vollzuges und Urlaub (1)  
Dem Untergebrachten können Lockerungen des Vollzuges oder Urlaub gewährt werden, wenn zu erwarten ist,

daß dadurch das Ziel der Unterbringung gefördert wird und wenn nicht zu befürchten ist, daß der Untergebrachte die ihm eingeräumten Möglichkeiten mißbrauchen, insbesondere sich oder die Allgemeinheit gefährden wird.

(2) Als Lockerung des Vollzuges kann insbesondere zugelassen werden, daß der Untergebrachte

1-außerhalb der Einrichtung regelmäßig einer Beschäftigung unter Aufsicht (Außenbeschäftigung) oder ohne Aufsicht (Freigang) nachgeht  
oder

2. für eine bestimmte Zeit innerhalb eines Tages die Einrichtung unter Aufsicht (Ausführung) oder ohne Aufsicht (Ausgang) verläßt.

Die Aufsicht wird durch Bedienstete der Einrichtung wahrgenommen.

(3) Urlaub aus dem geschlossenen Vollzug darf nicht für länger als zwei Wochen, aus dem offenen Vollzug nicht für länger als einen Monat gewährt werden. Insgesamt dürfen die Beurlaubungen aus dem geschlossenen Vollzug zwei Monate im Kalenderjahr, aus dem offenen Vollzug drei Monate im Kalenderjahr nicht überschreiten.

(4) Aus wichtigem Anlaß kann Urlaub für längere als die in Absatz 3 genannten Zeiträume gewährt werden. Die in Absatz 3 Satz 2 genannte Höchstdauer darf dabei un<sup>1</sup> längstens die Hälfte überschritten werden.

(5) Vor der Bewilligung von Freigang, Ausgang oder Urlaub ist die Vollstreckungsbehörde zu hören. Ist bei einer Unterbringung der Schutz der Allgemeinheit besonders zu beachten, so darf Urlaub nur im Einvernehmen mit der Vollstreckungsbehörde gewährt werden. Das Nähere regelt der Sozialminister im Einvernehmen mit dem Minister der Justiz.

(S) Vollzugslockerungen und Urlaub können mit Weisungen verbunden werden, soweit dies für den Zweck der Unterbringung erforderlich ist. Dem Unterge-

brachten kann insbesondere die Weisung erteilt werden,

1. sich einer Behandlung zu unterziehen,
2. sich der Aufsicht einer bestimmten Stelle oder Person zu untersteifen,
3. Anordnungen zu befolgen, die sich auf den Aufenthalt oder ein bestimmtes Verhalten außerhalb der Einrichtung beziehen,
4. in bestimmten Abständen für kurze Zeit in die Einrichtung zurückzukehren.

(7) Während des Urlaubs hat der Unterbrachte nur Anspruch auf Behandlung und Pflege durch die für ihn zuständige Einrichtung oder eine andere geeignete Einrichtung, die die Behandlung im Einvernehmen mit der zuständigen Einrichtung übernommen hat. Behandlungskosten infolge einer Weisung nach Absatz 6 werden nur übernommen, soweit keine Ansprüche gegen einen Sozialleistungs-träger bestehen.

## §16

Mitwirkung bei der Aussetzung zur Bewährung und der Entlassung

(1) Der ärztliche Leiter der Einrichtung unterrichtet die Vollstreckungsbehörde, wenn er es für geboten hält, die Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung auszusetzen.

(2) Wenn abzusehen ist, daß die Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung ausgesetzt wird oder wenn die Entlassung des Unterbrachten bevorsteht, ist er von der Einrichtung in Zusammenarbeit mit dem Träger der Sozialhilfe, dem sozialpsychiatrischen Dienst, der Führungsaufsichtsstelle und dem Bewährungshelfer auf das Leben außerhalb der Einrichtung vorzubereiten.

## Dritter Teil

Hausordnung, Beschränkungen, Sicherheit und Ordnung

## §17

Anordnungen, Hausordnung

(1) Der Unterbrachte soll sich so verhalten, daß das Ziel der Unterbringung

auch für die anderen Unterbrachten nicht gefährdet und das geordnete Zusammenleben in der Einrichtung nicht gestört wird. Anordnungen des Leiters der Einrichtung und ihrer Bediensteten hat er zu befolgen.

(2) Die dem Unterbrachten obliegenden Pflichten sowie Grundsätze für die Ausübung des Hausrechts sind in einer Hausordnung näher zu bestimmen. Die Hausordnung erläßt der Leiter der Einrichtung mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde.

(3) Die Hausordnung soll insbesondere Bestimmungen enthalten über

1. die Besuchszeiten und die Dauer von Besuchen,
2. die Tageseinteilung, insbesondere Zeiten für Untersuchungen, Einzel- und Gruppentherapie, Ausbildung, Arbeit, Freizeit und Ruhezeit,
3. die Möglichkeiten der Verwendung und der Verwahrung eigener Sachen,
4. den Umgang mit den Sachen der Einrichtung,
5. den Empfang von Paketen,
6. die Benutzung von Fernsprechern,
7. die Durchführung von Veranstaltungen,
8. regelmäßige Sprechzeiten von Vertretern der Einrichtung und der Aufsichtsbehörde.

(4) Die Hausordnung ist an allgemein zugänglicher Stelle auszuhängen.

## §18

Grundsätze für Beschränkungen, Sicherung der Unterbringung

(1) Die in diesem Gesetz zugelassenen Beschränkungen können dem Unterbrachten auferlegt werden, soweit das erforderlich ist, um das Ziel der Unterbringung auch der anderen Unterbrachten zu fördern oder um die Sicherheit oder Ordnung aufrechtzuerhalten.

(2) Die Erkenntnisse, die bei der Überwachung der Besuche, des Schriftverkehrs, der Telefongespräche und der sonstigen Sendungen gewonnen werden,

sind vertraulich zu behandeln. Sie dürfen nur verwertet werden, soweit dies erforderlich ist, um zu verhindern, daß der Zweck der Unterbringung auch der anderen Unterbrachten oder die Sicherheit oder Ordnung gefährdet wird.

(3) Soweit in diesem Gesetz nichts anderes bestimmt ist, gilt für Beschränkungen und für die Sicherung der Unterbringung das Niedersächsische Gesetz über die öffentliche Sicherheit und Ordnung (Nds. SOG). Die Einrichtungen des Maßregelvollzuges sind besondere Verwaltungsbehörden der Gefahrenabwehr (§ 75 Nds. SOG). Ihre Bediensteten haben, soweit es erforderlich ist, um die Aufgaben nach Satz 1 durchzuführen, die Stellung von Verwaltungsvollzugsbeamten.

### §19

#### Besitz, Erwerb und Verwendung von Sachen

(1) Sachen können dem Unterbrachten vorenthalten oder entzogen werden. Ihr Erwerb und ihre Verwendung können beschränkt werden.

(2) Dem Unterbrachten kann auferlegt werden, von der Einrichtung angeordnete Kleidung zu tragen.

(3) Besitz, Empfang, Weitergabe und Verwendung von Tonträgern können davon abhängig gemacht werden, daß der Unterbrachte ihrer Überprüfung zustimmt. Für die Überprüfung gelten die Maßstäbe für die Überwachung des Schriftverkehrs (§21) sinngemäß.

(4) Eingebachte Sachen, die der Unterbrachte nicht in Gewahrsam haben darf, sind, wenn er sie nicht versenden will, für ihn aufzubewahren. Ist die Aufbewahrung nicht möglich, so können die Sachen auch gegen den Willen des Unterbrachten auf seine Kosten unter Wahrung seiner berechtigten Interessen versandt, anderweitig aufbewahrt oder entfernt werden.

(5) Aufzeichnungen und andere Sachen, die Kenntnisse über Sicherheitsvorkehrungen der Einrichtung vermitteln,

können vernichtet oder unbrauchbar gemacht werden.

### §20

#### Besuche

(1) Besuche können eingeschränkt oder untersagt werden. Besuche eines gesetzlichen Vertreters, von Verteidigern sowie von Rechtsanwälten und Notaren in einer den Unterbrachten betreffenden Rechtssache sind zu gestatten. Der Besuch kann davon abhängig gemacht werden, daß der Besucher sich durchsuchen und die von ihm mitgeführten Gegenstände überprüfen läßt. Die von einem Verteidiger mitgeführten Schriftstücke und Unterlagen dürfen nicht auf ihren Inhalt überprüft werden.

(2) Die Besuche mit Ausnahme der Besuche von Verteidigern können überwacht werden. Ein Besuch kann abgebrochen werden, wenn der Unterbrachte oder der Besucher trotz Abmahnung gegen die Vorschriften dieses Gesetzes oder darauf gestützte Anordnungen verstößt. Die Abmahnung kann unterbleiben wenn besondere Gründe dafür vorliegen, den Besuch sofort abzubrechen.

### §21

#### Briefliche und andere Sendungen, Telefongespräche

(1) Der Schriftverkehr des Unterbrachten kann, auch soweit Schriftstücke bei Besuchen übergeben werden, überwacht und beschränkt werden. Ausgenommen hiervon ist der Schriftverkehr mit

1. einem Verteidiger,
2. dem Ausschuß und den Besuchskommissionen gemäß § 24 sowie deren Mitgliedern,
3. den Volksvertretungen des Bundes und der Länder sowie deren Mitgliedern,
4. der Europäischen Kommission für Menschenrechte.

Eine Einschränkung nach Absatz 2 Nr. 1 ist jedoch auch für diesen Schriftverkehr zulässig.

(2) Der Schriftverkehr kann insbesondere dadurch beschränkt werden, daß

1. Absendung und Empfang durch die Einrichtung vermittelt werden,
2. Schreiben angehalten werden,
3. ausgehenden Schreiben, die unrichtige Darstellungen enthalten, ein Begleit-schreiben beigefügt wird, wenn der Untergebrachte auf der Absendung besteht.

(3) Schreiben können insbesondere angehalten werden, soweit

1. ihre Weitergabe den Zweck der Unterbringung auch der anderen Untergebrachten oder die Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung gefährden würde,
2. die Weitergabe in Kenntnis ihres Inhalts einen Straf- oder Bußgeldtatbestand verwirklichen würde,
3. sie grob unrichtige oder erheblich entstellende Darstellungen von Verhältnissen der Einrichtung enthalten,
4. ihre Weitergabe die Eingliederung eines anderen Untergebrachten nach dessen Entlassung gefährden würde

oder

5. sie in Geheimschrift oder ohne triftigen Grund in einer fremden Sprache abgefaßt, verschlüsselt oder unlesbar sind.

Schreiben an die Aufsichtsbehörde, an Gerichte oder an Staatsanwaltschaften dürfen nicht angehalten werden. Angehaltene Schreiben werden an den Absender unter Angabe des Grundes zurückgegeben oder, sofern dies unmöglich oder aus besonderen Gründen untunlich ist, von der Einrichtung verwahrt.

(4) Für Telefongespräche gelten die Vorschriften über den Besuch und den Schriftverkehr sinngemäß. Telefongespräche werden dadurch überwacht, daß ein Bediensteter der Einrichtung das Gespräch mithört; der Untergebrachte ist darüber vor Beginn des Gesprächs zu unterrichten.

(5) Für Pakete, für andere Sendungen einschließlich Zeitungen und Zeitschriften und für andere Arten der Nachrichtenübermittlung gelten die Vorschriften über den Schriftverkehr sinngemäß. Darüber

hinaus gelten die Vorschriften über Besitz und Erwerb von Sachen (§ 19).

## §22

### Durchsuchung

Der Untergebrachte, seine Sachen und die Unterbringungsräume können durchsucht werden. Eine mit einer Entkleidung verbundene körperliche Durchsuchung ist nur bei Gefahr im Verzuge oder auf Anordnung des Leiters der Einrichtung zulässig; sie muß in einem geschlossenen Raum durchgeführt werden, andere Untergebrachte dürfen nicht anwesend sein. Der Leiter der Einrichtung kann Durchsuchungen nach Satz 2 für bestimmte Fälle allgemein anordnen.

## §23

### Besondere Sicherungsmaßnahmen

(1) Gegen einen Untergebrachten können besondere Sicherungsmaßnahmen angeordnet werden, wenn in erhöhtem Maße Fluchtgefahr besteht oder sonst sein Verhalten oder sein Zustand eine erhebliche Gefahr für die Sicherheit oder Ordnung darstellt, insbesondere, wenn Gewalttätigkeiten gegen Personen oder Sachen oder eine Selbsttötung oder Selbstverletzung zu befürchten sind. Als besondere Sicherungsmaßnahmen sind zulässig:

1. der Entzug oder die Beschränkung des Aufenthalts im Freien,
2. der Entzug oder die Vorenthaltung von Gegenständen,
3. die Absonderung von anderen Untergebrachten,
4. die kurzdauernde mechanische Fixierung,
5. die Unterbringung in einem besonders gesicherten Raum.

Besondere Sicherungsmaßnahmen sind ärztlich zu überwachen.

(2) Über einen Zeitraum von mehr als einem Monat darf ein Untergebrachter nur mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde von anderen Untergebrachten abgesondert werden. Die Zustimmung darf nur für

einen Zeitraum von jeweils höchstens zwei weiteren Monaten erteilt werden.

#### Vierter Teil Schlußvorschriften

##### §24

Ausschuß für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung, Besuchskommissionen Der Ausschuß gemäß § 37 des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen (Nds. PsychKG) nimmt die ihm obliegenden Aufgaben auch für die im Maßregelvollzug Untergebrachten wahr. Für die Einrichtungen des Maßregelvollzuges werden besondere Besuchskommissionen gebildet. § 37 Abs. 2 Satz 3 und 4, Abs. 3 bis 5 Nds. PsychKG gilt sinngemäß.

##### §25

###### Kosten

(1) Die Kosten einer Unterbringung nach diesem Gesetz trägt das Land, soweit nicht ein Sozialleistungsträger oder der Untergebrachte zu den Kosten beizutragen hat.

(2) Der Untergebrachte hat zu den Kosten nach den Grundsätzen und Maßstäben beizutragen, nach denen ein Hilfeempfänger nach dem Bundessozialhilfegesetz bei nicht nur vorübergehender stationärer Behandlung sein Einkommen einzusetzen hätte. Die Bildung eines ange-

messenen Überbrückungsgeldes (§ 12 Abs. 4) darf dadurch nicht beeinträchtigt werden.

##### §26

Einschränkung von Grundrechten durch dieses Gesetz werden die Grundrechte auf körperliche Unversehrtheit und auf Freiheit der Person (Artikel 2 Abs. 2 des Grundgesetzes) und auf die Unverletzlichkeit des Brief- und Fernmeldegeheimnisses (Artikel 10 des Grundgesetzes) eingeschränkt.

##### §27

###### Inkrafttreten

11) Dieses Gesetz tritt am 1. Oktober 1982 in Kraft.

(.2) Gleichzeitig tritt § 3 Abs. 3 des Niedersächsischen Gesetzes zur Ausführung de.: Bundessozialhilfegesetzes in der Fassung vom 19. Januar 1976 (Nieders. GVBl. S.!), geändert durch §43 Abs. 2 Nr. 2 de.; Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen vom 30. Mai 1978 (Nieders. GVBl. S. 443), außer Kraft.

Hannover, den 1. Juni 1982.

Der Niedersächsische Ministerpräsident

Albrecht

Der Niedersächsische Sozialminister

Schnipkoweit

