

# Rechtliche Aspekte der Krisenintervention

## Legal Aspects of Crisis Intervention

Matthias M. Weber

### Zusammenfassung

Die Therapiemaßnahmen der Krisenintervention spielen sowohl in der Rechtsprechung als auch in der Gesetzgebung nur eine marginale Rolle, sofern darunter nicht einfach die psychiatrische Unterbringung ohne den Willen des Patienten verstanden wird. Daher sind auf die Krisenintervention die rechtlichen Normen anzuwenden, die für ärztlich-therapeutische Maßnahmen allgemein gelten. Besonders bedeutsam sind hier die Vorschriften zur Einwilligungsfähigkeit und zur Dokumentationspflicht. Auch das soziale Umfeld des Kriseninterventionspatienten sollte dabei nicht vergessen werden.

**Schlüsselwörter** Krisenintervention – psychiatrische Unterbringung – Dokumentationspflicht – Behandlungsvertrag

### Summary

In legislation as well as in jurisdiction the therapeutic measures of crisis intervention play only a minor role unless they just refer to psychiatric hospitalization without the patient's consent. Therefore the same legal standards applying to medical-therapeutical measures in general do apply to crisis intervention.

Of special importance are the regulations concerning the capacity to consent and the obligation to keep records. Also the social environment of the crisis intervention patient should not be neglected either.

**Keywords** crisis intervention – psychiatric custody – medical documentation – contract governing medical treatment

Im Gang der Entwicklung heißt Krisis der Augenblick, in dem das Ganze einem Umschlag unterliegt, aus dem der Mensch als ein Verwandelter hervorgeht, sei es mit neuem Ursprung eines Entschlusses, sei es im Verfallensein.

Karl Jaspers (1973)

Die Notwendigkeit, im Rahmen von Kriseninterventionsmaßnahmen regelmäßig schwierige und weitreichende diagnostische sowie therapeutische Entscheidungen mit möglicherweise erheblichen Konsequenzen für die Gesundheit und die Lebensführung eines Patienten unter Zeitdruck treffen müssen, könnte zu der Annahme verleiten, dass hieraus komplexe Rechtsvorschriften oder bereits zahlreiche juristische Streitfälle hervorgegangen seien. Dies ist jedoch nicht der Fall, sofern man Krisenintervention – unzutreffenderweise – nicht einfach mit psychiatrischer Zwangseinweisung oder -behandlung gleichsetzt. Im Folgenden soll daher nach einer Analyse über die Bedeutung und Verwendung des Begriffs in der Rechtsprechung ein kurzer Überblick über jene Vorschriften gegeben werden, die bei der praktischen Durchführung von Kriseninterventionsmaßnahmen beachtet werden müssen. Die Darstellung beschränkt sich dabei auf die Verhältnisse in Deutschland; obwohl die prinzipielle Zielrichtung der einschlägigen Regelungen in Österreich und der Schweiz weitgehend mit den deutschen Vorschriften identisch ist, weichen die konkreten gesetzlichen Regelungen und institutionellen Zuständigkeiten aufgrund der unterschiedlichen Rechtsentwicklung erheblich voneinander ab.

### Krisenintervention

#### – (k)ein juristisches Problem?

Die Merkmale und der Aufgabenbereich der „Krisenintervention“ - verstanden als psychiatrische oder psychotherapeutische Akutbehandlung einer psychischen Notfallsituation - werden als solche in der juristischen Literatur de facto nicht diskutiert. Gängige medizinrechtliche Monographien (Deutsch und Spickhoff, 2003; Roxin und Schroth, 2001) und einschlägige Entscheidungssammlungen kennen den Begriff kaum. Im Bereich der deutschen Bundesgesetzgebung verwendet lediglich das Neunte Sozialgesetzbuch den Terminus, um die Aufgaben der Integrationsfachdienste für Schwerbehinderte näher zu definieren (vgl. SGB IX § 110 Abs. 2 Nr. 6); ansonsten wird die Krisenintervention nur in einigen peripheren Verwaltungsvorschriften des Bundes und der Länder zu sozial-, familien- und berufsrechtlichen Fragen erwähnt (vgl. z. B. Rahmenvereinbarung für Ehe- und Familienberatungsstellen in Bayern). Eine aktuelle Analyse (Februar 2007) konnte zudem aus der Rechtsprechung der letzten 20 Jahre kein einziges Urteil eines deutschen Gerichts ermitteln, in dem ein konkreter Einzelfall, ein vermeintlicher Behandlungsfehler oder eine typische diagnostische Entscheidungssituation bei einer Krisenintervention hinsichtlich des zu entscheidenden Sachverhalts oder Tatbestands den Hauptpunkt des Urteilstenors dargestellt hätte.

Selbstverständlich wird der Begriff der Krisenintervention in einigen Beschlüssen der Vormundschafts- und Familiengerichte zu Betreuungs- und Unterbringungssachen, zum Sorge- und Umgangsrecht verwendet, hier allerdings meist als bloße Umschreibung oder inhaltliche Qualifizierung einer zivil- oder öffentlich-rechtlichen Unterbringungsmaßnahme (vgl. Beschluss OLG Hamm 11.05.2006, Az.: 15 W 452/05). Außerdem haben sich Sozial- und Verwaltungsgerichte gelegentlich mit Streitfragen zur Kostenübernahme für Kriseninterventionsmaßnahmen durch die Träger der gesetzlichen Sozialversicherung oder der Sozialhilfe zu befassen (vgl. Beschluss LSG Nordrhein-Westfalen 26.10.2006, Az.: L 16 B 50/06 KR ER, Urteil OVG Niedersachsen 13.02.2006, Az.: 12 LC 528/04). Interessanterweise spielt in arbeitsgerichtlichen Verfahren von Therapeuten verschiedener Berufsgruppen ihre Beteiligung an der Durchführung von Kriseninterventionen oder ihre Tätigkeit in Kriseninterventionseinrichtungen immer wieder eine Rolle, insbesondere bei Streitfragen um die tarifliche Eingruppierung (vgl. Urteil LAG Schleswig-Holstein 04.01.2000, Az.: 3 TaBV 40/99) oder das Führen von Berufsbezeichnungen (vgl. Urteil LAG Hessen 20.01.2006, Az.: 3 Sa 951/05). Insgesamt ist jedoch festzuhalten, dass der Krisenintervention als psychiatrischer und klinisch-psychologischer Therapiesituation in der Gesetzgebung oder Rechtsprechung nur eine marginale Bedeutung zukommt.

Dies mag nicht zuletzt auch dadurch begründet sein, dass die Krisenintervention eine relativ neues und medizinisch nicht eindeutig abgrenzbares Therapieangebot darstellt. Während traditionell der Begriff der Krise in der abendländischen Medizin jenen Zeitraum und pathophysiologischen Vorgang bezeichnete, in dem und durch den eine Erkrankung ihre entscheidende Wendung (griechisch κρινω, „auswählen, entscheiden“) zu einem positiven oder negativen Verlauf nimmt, kannte die klassische Psychiatrie, z. B. in der Nosologie Kraepelins (1909), den Begriff für die Beschreibung von Krankheitsentwicklungen nicht. Erst die Individualpsychologie der 1930er Jahre (Kükel, 1930) und die daseinsanalytische Psychiatrie der 1950er Jahre (Zutt, 1954) definierte die Krise als eine psychiatrische Situation, die eine spezifische psychotherapeutische Strategie erforderte. Über das entwicklungspsychologische Modell der „Identitätskrisen“ von Erikson (1970) setzte in den letzten drei Jahrzehnten, gefördert durch die therapeutischen Zielvorstellungen der Sozialpsychiatrie, allmählich eine Erweiterung des Begriffs ein, so dass heute nahezu alle psychiatrischen Akutsituationen, aber auch soziale Notlagen als eine „Krise“ betrachtet werden können, die als Behandlungskonsequenz eine „Krisenintervention“ erfordern. Es mag dahingestellt bleiben, ob das Konzept der Krisenintervention dadurch nicht praktisch überdehnt und theoretisch überladen wurde; die rechtliche Beurteilung von Kriseninterventions-situationen wurde dadurch sicherlich nicht vereinfacht.

Die Mehrzahl der forensisch-psychiatrischen Handbücher erwähnt die Krisenintervention, wenn überhaupt (Venzlaff, 2000), ebenfalls nur cursorisch, z. B. als Therapiemöglichkeit zur Abwendung von einschneidenderen straf- oder öffentlich-rechtlichen Unterbringungsmaßnahmen, jedoch nicht als ein psychiatrisch-psychotherapeutisches Behandlungssetting, das

mit spezifischen Rechtsproblemen verbunden wäre (Nedopil, 2000). Auch eine neuere sozialpsychiatrisch-empirische Untersuchung zu Zwangseinweisungen behandelt die rechtlichen Rahmenbedingungen, Abläufe und Konsequenzen der eigentlichen Kriseninterventionstherapie nur am Rande (Krischke, 2006), dies gilt ebenso für eine Abhandlung über polizeiliche Krisenintervention (Komossa, 2005). Auch in den Leitfäden für Kriseninterventionsmaßnahmen wird keineswegs immer auf die rechtlichen Rahmenbedingungen eingegangen, wobei meistens Fragen der Einwilligungsfähigkeit und des Unterbringungsrechts im Vordergrund stehen (Ermer und Dittmann, 2004; Dose, 2000). Zugespielt wäre also zu formulieren, dass eigentlich erst das Scheitern der Krisenintervention, nämlich die krankheits- oder situativ bedingte Unabwendbarkeit einer Unterbringung ohne das Einverständnis des Betroffenen, rechtliche Konsequenzen auslöst.

Es wäre daher auch verfehlt, aus der eher geringen Repräsentanz des Themas in der Rechtswissenschaft den Schluss zu ziehen, dass psychiatrische Krisensituationen heute in der juristischen Praxis keine Bedeutung mehr hätten. Dagegen spricht nicht nur die alltägliche Erfahrung, sondern vor allem z. B. die wieder zunehmende Häufigkeit von Unterbringungsmaßnahmen (Darsow-Schütte und Müller, 2001; Richter und Reker, 2003). Trotz der Reform des Betreuungsrechts und der Psychiatriegesetze der Bundesländer, trotz der Regionalisierung und Differenzierung der psychiatrischen Versorgungsangebote vor allem im ambulanten Bereich, steigt seit einigen Jahren die absolute Zahl der Zwangseinweisungen an, d. h., in psychiatrischen Krisensituationen wird immer häufiger zu juristischen Maßnahmen gegriffen. Diese Tendenz, auf deren Ursachen, wie etwa die verkürzte Verweildauer bei wachsenden Wiederaufnahmeziffern in psychiatrischen Kliniken, hier nicht näher eingegangen werden kann, trifft übrigens nicht nur auf Deutschland, sondern auf viele europäische Staaten zu (Dreßing und Salize, 2004), wobei jeweils erhebliche regionale Unterschiede bestehen. Dieser offensichtlich sehr großen praktischen Bedeutung der einschlägigen Rechtsvorschriften steht aus psychiatrischer Sicht ihre terminologische Unschärfe gegenüber, insbesondere der bereits erwähnten Psychiatriegesetze (Cording und Weig, 2003), die ihre Anwendung aus der Sicht des Arztes gerade in Notfallsituationen häufig erschwert.

### **Relevante Rechtsfiguren für Kriseninterventionsmaßnahmen**

Aus den dargelegten Rahmenbedingungen folgt, dass für die Krisenintervention keine speziellen Vorschriften existieren, sondern dass auch in dieser Situation die allgemeinen rechtlichen Regeln für das ärztlich-therapeutische Handeln gelten. Für die in der Krisenintervention Tätigen kann es dabei nach Ansicht des Autors nicht darum gehen, diese einzelnen Vorschriften im Detail zu kennen; dies fällt in die Zuständigkeit der Vormundschaftsgerichte, Verfahrenspfleger und Betreuer. Vielmehr erscheint es eher sinnvoll, überhaupt ein Bewusstsein für die möglichen rechtlichen Problemfelder in einer Kriseninterventionssituation zu entwickeln. Gelingt dies, lassen sich auch die wirklich gravierenden juristischen Fehler,

wie z. B. Dokumentationsmängel, weitgehend vermeiden. Die nachfolgende Darstellung dieser Problemfelder orientiert sich daher auch nicht vorrangig an der inhärenten Systematik des Rechts – hier sei auf die entsprechende Spezialliteratur (Deutsch und Spickhoff, 2003) verwiesen –, sondern eher am Ablauf des konkreten Interventionsfalles aus der Sicht des Therapeuten. Juristische Unschärfen werden dabei bewusst zugunsten der Erläuterung übergreifender Zusammenhänge in Kauf genommen.

In der Ambulanz eines großstädtischen Allgemeinkrankenhauses erscheint am späten Abend eine 45-jährige Patientin auf Veranlassung und in Begleitung ihres Sohnes. Dieser erklärt der Aufnahmeschwester, seine Mutter habe nach einem heftigen Ehestreit vor einigen Stunden zwei Tabletten eines rezeptfrei erhältlichen Hypnotikums eingenommen und wirke seitdem sehr niedergedrückt. Nachdem die internistische Untersuchung keine akute somatische Gefährdung der Patientin erkennen lässt, wird der psychiatrische Liaisondienst beigezogen. Die Anamnese ergibt eine bereits mehrere Wochen andauernde Verstimmung und einen erhöhten Alkoholkonsum, im psychopathologischen Befund stellen sich außerdem Suizidideen heraus. Die Patientin bezeichnet die stattgefundenen Tabletteneinnahme einerseits spontan als „Blödsinn“, kann aber aktuell für sich keine Perspektive entwickeln.

Welche Rechtsfragen sind in dieser Situation nun maßgebend? Zunächst stellt sich die Frage, ob die Patientin überhaupt behandelt werden muss. Tatsächlich darf sie nicht einfach abgewiesen werden, z. B. deshalb, weil in Anbetracht der großen Zahl der bereits wartenden Patienten die personelle Ausstattung der Spätschicht für einen weiteren Behandlungsfall nicht ausreicht oder weil der Krankenversicherungsstatus der Patientin unklar bleibt. Aufgrund der strafrechtlichen Vorschriften über unterlassene Hilfeleistung (§ 323c StGB) ist jeder Bürger nach den ihm zumutbaren Möglichkeiten zur Hilfe in Unglücks- und Notfällen verpflichtet. Dies trifft in besonderem Maße auf Ärzte, aber auch auf psychologische Psychotherapeuten zu, die eine staatliche Approbation besitzen und damit für diese Funktionen in besonderer Weise bestellt sind. Abgesehen vom Strafrecht können auch sozialrechtliche oder vertragliche Regelungen zur Behandlung von Patienten oder bestimmten Patientengruppen verpflichten; dies trifft insbesondere auf die Vertragsärzte der gesetzlichen Krankenkassen oder Instituts- und Spezialambulanzen zu. Sollte tatsächlich aufgrund besonderer Umstände die Versorgung in einem vertretbaren Zeitraum unmöglich sein, muss zumindest für die Weiterbehandlung in einer anderen Einrichtung gesorgt werden, d. h., die Soforthilfe besteht dann wenigstens in der Verlegung.

## **Dokumentation**

### **– besonders wenn es „kritisch“ wird**

Sodann kommt von vornherein der Führung einer ordnungsgemäßen Dokumentation eine herausragende Bedeutung zu. Gerade wegen der zeitlichen Rahmenbedingungen von Kriseninterventionssituationen sollte daran nicht erst dann gedacht werden, wenn die Patientin nach erfolgter Konsultation die Klinik wieder verlassen hat und wichtige anamnestische Da-

ten oder Befundtatsachen nicht mehr erinnerlich sind. Im geschilderten Fall würde dazu nicht nur die aktuelle Anamnese gehören, sondern auch ein vollständiger psychopathologischer Befund einschließlich einer expliziten Stellungnahme zur Suizidalität sowie zu den eventuellen Intoxikationsfolgen. Die Notwendigkeit einer ordnungsgemäßen Falldokumentation ergibt dabei sich aus mehreren Vorschriften, auf die hier nicht im Detail eingegangen werden soll. Das Führen und Aufbewahren von Aufzeichnungen über Diagnostik und Therapie stellt u. a. eine Nebenpflicht aus dem ärztlichen Behandlungsvertrag dar, außerdem wird sie z. B. zur Abwendung von eventuellen Schadenersatzansprüchen aufgrund vermeintlicher Behandlungsfehler benötigt, die erst nach 30 Jahren verjähren. Hieraus ergibt sich auch die empfohlene lange Aufbewahrungsfrist, die selbstverständlich auch für Kriseninterventionsbehandlungen gilt. Schließlich verpflichtet das Berufsrecht Ärzte und psychologische Psychotherapeuten ebenfalls dazu, eine Behandlungsdokumentation anzulegen. Als Grundsatz kann davon ausgegangen werden, dass eine diagnostische Einschätzung oder therapeutische Entscheidung nachträglich meistens nur dann in juristisch relevanter Weise angegriffen werden kann, falls keine ordnungsgemäße oder nur eine unvollständige Dokumentation vorliegt. „Ordnungsgemäß“ bedeutet in diesem Zusammenhang, dass der Sachverhalt und die medizinischen Gründe für oder gegen eine getroffene Maßnahme nachvollziehbar dargestellt werden müssen. Dazu zählen auch Aufklärung und Einwilligung des Patienten.

## **„Informed consent“ in der Krise: Aufklärung und Einwilligung**

Sodann ist zu prüfen, ob und inwieweit die Patientin überhaupt einwilligungsfähig ist. Dies hat nichts mit der Frage zu tun, ob sie geschäftsfähig ist, etwa zum Abschluss eines Wahlleistungsvertrags ggf. als Versicherte einer Privatkrankenkasse, sondern meint im Zusammenhang mit einer ärztlichen Behandlung die vorgängige Fähigkeit, einer Therapiemaßnahme überhaupt zustimmen oder diese alternativ auch ablehnen zu können. Die Einwilligungsfähigkeit stellt die notwendige Vorsetzung jeder therapeutischen Maßnahme dar, weil diese nach deutschem Recht ohne Zustimmung der Patientin den Tatbestand einer Körperverletzung erfüllen würde (§ 223 StGB). Diese Vorschrift, die übrigens ausdrücklich auch für die Anwendung psychotherapeutischer Methoden gilt, mag zunächst unverständlich erscheinen, da man Heileingriffen, insbesondere der Krisenintervention, gemeinhin keine negativen Intentionen unterstellen würde. Sie spiegelt aber das Grundrecht auf Selbstbestimmung und persönliche Unversehrtheit wider (Art. 2 Abs. 2 GG), d. h., Zwangsbehandlungen sind bei gegebener Einwilligungsfähigkeit unzulässig, selbstverständlich auch in psychiatrischen Notfällen. Für das Verständnis der fundamentalen Bedeutung der Einwilligungsfähigkeit ist ferner wichtig, dass sie nach ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes nur dann rechtswirksam erteilt werden kann, sofern sie auf einer angemessenen Aufklärung des Patienten einschließlich unerwünschten Nebenwirkungen und eventuellen therapeutischen Alternativen beruht. Die Pflicht zur Aufklärung gilt auch vor psychothera-

peutischen Interventionen, obwohl sie hier immer wieder vernachlässigt wird. Jede Aufklärung gilt wiederum nur dann als durchgeführt, wenn der Patient überhaupt dazu in der Lage war, ihren Inhalt zu begreifen. Daher fällt in der Praxis die Prüfung der Einwilligungsfähigkeit und die Aufklärung über die geplanten Therapiemaßnahmen in der Regel zusammen. Die Rechtsprechung zur Aufklärungspflicht des Arztes und zur Prüfung der Einwilligungsfähigkeit ist keineswegs übersichtlich; anerkannt ist jedoch, dass sich der Umfang und der Inhalt an der jeweiligen konkreten Behandlungssituation orientieren muss. Daraus folgt für die Krisenintervention, dass die Aufklärung knapp ausfallen kann, d. h., sie darf sich auf die elementaren Fakten zur vorliegenden Störung und ihrer Behandlung beschränken. Es empfiehlt sich aber nicht, völlig auf sie zu verzichten. Gerade in psychiatrisch-psychotherapeutischen Notfallsituationen besteht der Inhalt der Aufklärung häufig auch in der Information über die Folgen, die eintreten können, falls die vorgeschlagene Behandlung unterbleiben würde. Die oben beschriebene Patientin sollte also zumindest über die Gefahren einer Hypnotikaintoxikation und von nicht behandelten depressiven Syndromen mit Suizidideen unterrichtet werden. Die Einwilligung in eine Therapiemaßnahme muss dabei keineswegs explizit mündlich oder schriftlich, sondern kann gerade in Notfallsituationen auch „konkudent“ erfolgen, d. h. durch bloßes Geschehenlassen. Wäre aber z. B. im vorliegenden Fall die Patientin mit einer Intervention erkennbar nicht einverstanden gewesen, z. B. durch eine entsprechende Äußerung oder durch Verlassen der Aufnahmestation, müsste die Frage ihrer Einwilligung explizit thematisiert werden.

Wie ist nun die Einwilligungsfähigkeit konkret zu prüfen? Hierzu existieren in der Literatur zahlreiche verschiedene Vorschläge, die sich entweder an bestimmten psychopathologischen Symptomen, neuropsychologischen Testverfahren oder an einzelnen Diagnosen orientieren (Vollmann et al., 2004). Die Eignung solcher Kriterienkataloge für die praktische Krisenintervention mag dahingestellt bleiben; letztlich kommt es darauf an, ob der Patient seine Meinung überhaupt in einer sprachlich oder schriftlich kohärenten Form äußern kann, ob sie auf einem erkennbaren Abwägungsprozess („Urteilsfähigkeit“) beruht und ob die Tragweite der geplanten Therapiemaßnahme verstanden wurde. Diese Merkmale sind meistens dadurch festzustellen, dass man den Patienten bittet, mit seinen Worten die Folgen sowohl der Durchführung als auch des Unterlassens einer notwendigen Therapiemaßnahme zu schildern. Patienten mit Störungen der Bewusstseinslage, der Orientierung, des Arbeitsgedächtnisses, der Konzentration oder der Aufmerksamkeit werden dazu ebenso wenig in der Lage sein wie akut psychotische Erkrankte, wahnhaft oder schwer antriebsverminderte depressive Patienten. Selbstverständlich muss die Prüfung der Einwilligungsfähigkeit und ihr Ergebnis einen zentralen Teil der Falldokumentation in der Krisenintervention bilden. Kommt man schließlich zum Ergebnis, dass Einwilligungsfähigkeit vorliegt, kann jede weitere Intervention nur mit der expliziten oder konkudenten Zustimmung des Patienten erfolgen. Sollte die Frage der Einwilligungsfähigkeit medizinisch unklar bleiben, liegt auch rechtlich eine schwierige Entscheidungslage vor, zumal der Gesetzgeber bislang den Begriff der Einwilligungs-

fähigkeit nicht eindeutig definiert hat. In Anbetracht der Tatsache, dass die Rechtsprechung dem Patientenwillen in allen Bereichen der Rechtsprechung eine immer größere Bedeutung einräumt, wird hier die Ansicht vertreten, dass Patienten auch in Notfallsituationen entlassen werden müssen, sofern sie keine Behandlung wünschen und Einwilligungsunfähigkeit nicht eindeutig nachgewiesen werden kann.

## **Öffentlich-rechtliche und zivilrechtliche Unterbringung**

Rechtlich weitaus folgenreicher ist die Feststellung, dass die Einwilligungsfähigkeit definitiv nicht gegeben ist. Dies tritt typischerweise gerade bei solchen psychiatrischen Notfällen und psychischen Krisenzuständen ein, bei denen einerseits eine sofortige Therapie indiziert ist, andererseits aber der akut behandlungsbedürftige psychopathologische Zustand bzw. die exazerbierte Störung eine rechtswirksame Einwilligung unmöglich macht. Im geschilderten Fall würde diese Konstellation etwa dann eintreten, wenn die Patientin sich nicht von akuten Suizidideen distanzieren könnte und gleichzeitig darauf bestünde, die Aufnahmestation ohne die Planung weiterer Maßnahmen sofort zu verlassen. Die rechtlichen Möglichkeiten, die in einer solchen Situation bestehen, beruhen nicht zuletzt auf zwei Überlegungen. Zunächst geht das bürgerliche Recht – bereits seit dem römischen Altertum – davon aus, dass der Betroffene, wäre er nicht erkrankt, vermutlich der Behandlung zustimmen würde, und zwar schon deshalb, weil die Wiedererlangung seiner Gesundheit in seinem eigenen Interesse läge. Daher ist es gerechtfertigt, die krankheitsbedingt-situativ nicht erlangbare Einwilligung des Patienten durch einen Rechtsakt zu ersetzen.

In Deutschland stehen hierfür zwei verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung, nämlich die öffentlich-rechtliche der „Psychiatriegesetze“ und die zivilrechtliche des Betreuungsrechts als Teil des Bürgerlichen Gesetzbuches (§ 1896ff. BGB). Dieses Nebeneinander ist nicht ohne Weiteres verständlich, zumal für beide Bereiche das gleiche Gericht zuständig ist, d. h. die Vormundschaftsabteilungen der Amtsgerichte, und beide Maßnahmen auf den gleichen Effekt abzielen, nämlich die Unterbringung und Behandlung in einer psychiatrischen Klinik. Der Unterschied beruht vor allem auf der jeweiligen Funktion des Staates als Träger der hoheitlichen Gewalt. Bedingt durch die historische Herkunft der Psychiatriegesetze aus dem Polizei- und Ordnungsrecht als Teil des öffentlichen Rechts, fallen diese in Deutschland in die ausschließliche Gesetzgebungskompetenz der Länder und unterscheiden sich daher in ihrer konkreten Ausgestaltung erheblich. Gemeinsam ist ihnen jedoch, dass eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung des Betroffenen vorliegen muss. Hier tritt demnach die Schutzfunktion des Staates in den Vordergrund; entweder der Betroffene selbst oder seine Umgebung soll vor sozial unerwünschten Folgen seines krankheitsbedingten Tuns oder Unterlassens bewahrt werden. Dazu zählen insbesondere in Kriseninterventionssituationen auch suizidale Handlungen. Äußeres Merkmal der psychiatrischen Unterbringung als staatlicher Hoheitsakt ist zum Beispiel, dass sie von den Polizeibehörden initiiert werden kann – in einigen Bundesländern sogar ohne ärztliches Zeugnis; fer-

ner sind Polizeibeamte berechtigt, gegenüber dem Betroffenen „unmittelbaren Zwang“ anzuwenden.

Bei der zivilrechtlichen Unterbringung steht hingegen der Betroffene als bürgerliches Individuum im Mittelpunkt, das krankheitsbedingt der Hilfe durch andere Staatsbürger bedarf. Zu dieser Hilfe gehört auch, dass Dritte für den Betroffenen jene Entscheidungen treffen, die er selbst aufgrund seiner psychischen Störung nicht mehr vornehmen kann, wie etwa die Einwilligung in eine ärztliche Behandlung. Aus der Tatsache, dass es sich zumindest idealtypisch um die Hilfe unter gleichrangigen Bürgern handeln soll, folgt z. B., dass die notwendigen Entscheidungen in der Regel nicht unmittelbar durch das Vormundschaftsgericht selbst getroffen werden, sondern durch einen gerichtlich bestellten Vertreter, den „Betreuer“. Aufgaben des Gerichts sind im Wesentlichen die Auswahl und Ernennung des Betreuers sowie dessen Kontrolle. Auf die komplexen Einzelheiten des deutschen Betreuungsrechts kann hier nicht im Detail eingegangen werden. Für Kriseninterventionssituationen ist aber zum Beispiel wichtig, dass bei einer für den Bereich „Gesundheitsvorsorge“ bestehenden Betreuung die Einwilligung des Betreuers vor einer Therapiemaßnahme vorhanden sein muss, wobei sich auch die Aufklärung dann nicht mehr an den Betroffenen, sondern an den Betreuer zu wenden hat. Allerdings kann der Betreuer nicht sämtliche Behandlungsmaßnahmen aus eigenem Ermessen veranlassen, etwa für die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus benötigt er die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts (§§ 1903, 1906 BGB). Hinzu kommt, dass Vormundschaftsgerichte nach § 1846 BGB auch bei zivilrechtlichen Unterbringungsverfahren vorläufige Maßnahmen verfügen können, wenn aus zeitlichen oder sachlichen Gründen noch kein Betreuer bestellt werden konnte.

Schon diese Beispiele zeigen, dass die Trennung zwischen öffentlich-rechtlicher und zivilrechtlicher Legitimierung von psychiatrischen Behandlungsmaßnahmen ohne den Willen der Betroffenen aus praktischer Sicht oft künstlich wirkt. In Kriseninterventionssituationen sind solche Überlegungen außerdem schon wegen der häufig gegebenen Notwendigkeit zum sofortigen therapeutischen Handeln wenig hilfreich und nachrangig. Stellt bei einem bewegungsunfähigen Patienten die akute krankheitsbedingte Selbstgefährdung das hauptsächliche Problem dar und verfügt man zudem nur über wenige anamnestiche Informationen, muss in der Regel von öffentlich-rechtlichen Unterbringungsmaßnahmen aufgrund der Psychiatriegesetze Gebrauch gemacht werden. Dies ergibt sich häufig aus den äußeren Umständen, z. B. aus den Dienststunden des Vormundschaftsgerichts, das in der Akutsituation für einen Beschluss nach § 1846 BGB nicht rasch genug erreicht werden kann, oder aus der Tatsache, dass Polizeibehörden entweder die Unterbringung von vornherein veranlassen oder zu einer Verlegung hinzugezogen werden müssen.

Sollte sich herausstellen, dass der Patient für einen längeren Zeitraum seine Angelegenheiten nicht selbstständig entscheiden kann, wird das Vormundschaftsgericht ohnehin von Amts wegen ein zivilrechtliches Betreuungsverfahren anschließen. Dessen Einleitung ist dann nicht mehr Aufgabe einer Krisenintervention. Das konkrete Verfahren der öffentlich-rechtlichen Unterbringung ist entsprechend der Psychiatriegesetze

in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich geregelt; meistens muss jedoch der Polizei- oder der Ordnungs- bzw. Kreisverwaltungsbehörde, nach einer kurzen Frist jedoch zumindest dem Vormundschaftsgericht eine gutachterliche Stellungnahme vorgelegt werden. Aus ihr hat nicht nur der Ort und Zeitpunkt der persönlichen Untersuchung, der wesentliche psychopathologische Befund und die Diagnose hervorzugehen, sondern auch die genauen Tatsachen und Umstände, auf denen die akute Selbst- oder Fremdgefährdung des Betroffenen beruht. Ferner ist in einigen Bundesländern die positive Feststellung notwendig, dass die geplante Unterbringung nicht durch weniger einschneidende Maßnahmen ersetzt werden kann. Erwähnt werden muss in diesem Zusammenhang, dass die Genehmigung einer Unterbringung durch das Vormundschaftsgericht nicht in allen Bundesländern auch zugleich die Genehmigung der aus therapeutischer Sicht indizierten Behandlungsmaßnahmen bedeutet. Während etwa in Rheinland-Pfalz im Rahmen einer Unterbringungsmaßnahme auch die Behandlung „nach den Regeln der ärztlichen Kunst“ gestattet ist, haben in Bayern die Betroffenen jene „unaufschiebbaren Behandlungsmaßnahmen“ zu dulden, die für die „Sicherheit und Ordnung in der Einrichtung notwendig sind“, und in Schleswig-Holstein sind ärztliche Behandlungsmaßnahmen ohne Zustimmung des untergebrachten Patienten nur zur Abwehr einer anders nicht abwendbaren Gesundheitsschädigung oder Lebensgefahr zulässig.

Diese Formulierungen machen verständlich, warum sie eher den gesetzgeberischen Willen erhellen und kaum als praktischer Leitfaden dienen können, vor allem in der psychiatrischen Krisenintervention. In absehbarer Zukunft ist zudem mit einer weiteren Komplizierung der rechtlichen Situation zu rechnen, die sich durch die gesetzliche Formalisierung von sogenannten Patientenverfügungen oder Patiententestamenten ergeben wird. Die Gesetzgebung zu dieser Thematik ist derzeit (März 2007) noch nicht abgeschlossen. Bereits seit vielen Jahren wurde in höchstrichterlichen Entscheidungen vielfach bestätigt, dass die krankheitsbedingte Einwilligungsunfähigkeit nicht nur durch die Entscheidungen eines gesetzlichen Betreuers ersetzt werden kann, sondern auch dadurch, dass der noch nicht erkrankte Betroffene im Voraus Verfügungen für den Fall einer später eintretenden krankheitsbedingten Einwilligungsunfähigkeit trifft. Hinzu kommt, dass der Arzt ohnehin gehalten ist, den sogenannten mutmaßlichen Willen eines Patienten zu erforschen und in seinen therapeutischen Entscheidungen zu beachten, falls sich der Patient krankheitsbedingt nicht mehr äußern kann. Zur Erforschung dieses mutmaßlichen Willens soll der Arzt auf verschiedene Erkenntnisquellen zurückgreifen; neben schriftlichen Verfügungen sind dies zum Beispiel auch die Mitteilungen von Angehörigen.

Aufgrund dieser Sachlage wäre es selbstverständlich auch einem Patienten gestattet, der an einer schweren rezidivierenden Depression mit Suizidalität leidet, im symptomfreien Intervall Verfügungen für den hypothetischen Fall zu treffen, sollte er aufgrund eines erneuten Suizidversuchs eine intensivmedizinische Behandlung benötigen. Inhalt einer solchen Verfügung könnte dann z. B. sein, sowohl auf die somatische Intensivtherapie als auch auf die psychiatrische Krisenintervention zu verzichten. Auf die schier unlösbaren Widersprüche und Pro-

bleme, die mit derartigen „Patiententestamenten“ vor allem bei psychischen Erkrankungen verbunden sind, wurde bereits vielfach hingewiesen (Weber, 1999). Ob die bevorstehende gesetzliche Regelung zum vorgängigen Patientenwillen wirklich größere Klarheit schafft, wird sich nicht zuletzt in der Krisenintervention zeigen. Zu befürchten steht allerdings, dass neue Formalismen die psychiatrische Therapie in Akutsituationen nicht erleichtern werden, sondern eher die Erfindungsgabe der Praktiker herausfordern, um im Alltag zu brauchbaren Regelungen zu gelangen.

### **Das Umfeld des Betroffenen**

Schließlich sollte in Kriseninterventionssituationen nicht nur an den betroffenen Patienten, sondern auch an sein soziales Umfeld gedacht werden. Die Benachrichtigung von Jugend- oder Sozialbehörden hätte z. B. erwogen werden müssen, wenn die Patientin aufgrund ihrer psychischen Erkrankung ihre minderjährigen Kinder oder in ihrer Obhut befindliche, akut pflegebedürftige Angehörige nicht mehr versorgen könnte. Bei Anhaltspunkten dafür, dass der zur Intervention führenden Krisensituation eine körperliche Misshandlung, ein sexueller Missbrauch oder – nach neuester Gesetzeslage – ein Stalking-Ereignis (§ 238 StGB) zugrunde liegt, sollte den Betroffenen angeraten werden, die Polizei oder Staatsanwaltschaft zu informieren. Eine besonders schwierige Entscheidungssituation liegt in den seltenen Fällen vor, wenn der Hilfe suchende Patient selbst im Rahmen seiner psychischen Krisensituation eine Straftat beging, die Rechtsgüter verletzte, die möglicherweise höher als die ärztliche Schweigepflicht (§ 203 StGB) zu bewerten sind und daher die Einschaltung der Strafverfolgungsbehörden rechtfertigen könnten. Eine Pflicht besteht hierzu für ärztlich-therapeutisches Personal jedoch nur dann, wenn das Leben eines Dritten unmittelbar gefährdet ist (§§ 138, 139 StGB). Schließlich darf das Straßenverkehrsrecht nicht außer Acht gelassen werden. Auch der Krisenpatient muss vor seiner Entlassung darüber aufgeklärt werden, dass er aufgrund der Folgen einer Intoxikation oder einer evtl. ärztlich verordneten Psychopharmakotherapie möglicherweise zur Teilnahme am Straßenverkehr ungeeignet ist. Es empfiehlt sich dringend, die Tatsache der Aufklärung über diesen Sachverhalt in die Behandlungsdokumentation aufzunehmen.

### **Kunstgerechte Krisenintervention ist auch in rechtlicher Hinsicht richtig**

Mit der Krisenintervention sind somit zahlreiche Rechtsvorschriften verbunden, die aus ärztlich-psychotherapeutischer Sicht keineswegs immer übersichtlich und leicht nachvollziehbar sind. Ist schon die Dichotomie zwischen öffentlich-rechtlicher und zivilrechtlicher Unterbringung nicht ohne Weiteres verständlich, ist durch die zu erwartende Gesetzgebung zur Bindungswirkung von Patientenverfügungen noch eine Zunahme der Komplexität der rechtlichen Rahmenbedingungen von Kriseninterventionsmaßnahmen zu erwarten. Diese Umstände sollten jedoch nicht davon abhalten, die Krisenintervention als einen Kernbereich der psychiatrischen und psychotherapeutischen Praxis zu betrachten. Ein Grund

zur Verunsicherung durch Rechtsvorschriften besteht bei kunstgerechter Durchführung nicht. Wie jedes therapeutische Handeln findet die Krisenintervention zwar in den Grenzen des Rechts statt, dies heißt aber nicht, dass das Recht die Grenzen eines Therapieverfahrens festlegt.

### **Literatur**

- Cording C, Weig W (2003): Zwischen Zwang und Fürsorge. Die Psychiatriegesetze der deutschen Länder. Baden-Baden: DWW
- Darsow-Schütte KI, Müller P (2001): Zahl der Einweisungen nach PsychKG in 10 Jahren verdoppelt. *Psychiatr Prax* 28:226-229
- Deutsch E, Spickhoff A (2003): *Medizinrecht. Arztrecht, Arzneimittelrecht und Transfusionsrecht*. 5. Aufl. Berlin: Springer
- Dose M (2000): *Juristische Aspekte*. In: Bronisch T (Hrsg.): *Krisenintervention bei Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta, S. 193-210
- Dreßing H, Salize HJ (2004): Nehmen Zwangsunterbringungen psychisch Kranker in den Ländern der Europäischen Union zu? *Gesundheitswesen* 66:240-245
- Erikson EH (1970): *Jugend und Krise*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Ermer A, Dittmann V (2004): *Forensische Aspekte der Krisenintervention*. In: Riecher-Rössler A (Hrsg.): *Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention*. Göttingen: Hogrefe, S. 131-139
- Jaspers K (1973): *Allgemeine Psychopathologie*. 9. Aufl. Berlin: Springer, S. 586
- Komossa S (2005): *Sozialberatung und Krisenintervention im polizeilichen Dienst Bayern*. München: Fachhochschule
- Kraepelin E (1909): *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. I. Band. *Allgemeine Psychiatrie*. Leipzig: Barth, S. 440
- Krischke (2006): *Sozialpsychiatrische Gesundheitspsychologie. Qualitätssicherung in der Zwangseinweisungspraxis*. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Künkel F (1930): Die Rolle der seelischen Krise. *Int Z Individualpsychol* 8:36-43
- Nedopil N (2000): *Forensische Psychiatrie. Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht*. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme
- Richter D, Reker T (2003): Unterbringung nach dem PsychKG-NW in ein psychiatrisches Krankenhaus - Entwicklung über 19 Jahre. *Krankenhauspsychiatrie* 14:8-13
- Roxin C, Schroth U (2001): *Medizinstrafrecht. Im Spannungsfeld von Medizin, Ethik und Strafrecht*. 2. Aufl. Stuttgart: Boorberg
- Venzlaff U, Foerster K (2000): *Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen*. 3. Aufl. München: Urban & Fischer
- Vollmann J, Kühl KP, Tilmann A, Hartung HD, Helmchen H (2004): Einwilligungsfähigkeit und neuropsychologische Einschränkungen bei dementen Patienten. *Nervenarzt* 75:29-35
- Weber MM (1999): Rechtsprobleme der Behandlung suizidaler Patienten. *Psychotherapie* 4:191-198
- Zutt J (1954): Der Lebensweg als Bild der Geschichtlichkeit. *Nervenarzt* 25:426-428

**Prof. Dr. med. Matthias M. Weber**  
Geschäftsführender Oberarzt  
Leiter des Historischen Archivs  
Max-Planck-Institut für Psychiatrie  
(Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie)  
Kraepelinstraße 2-10 • D-80804 München  
Tel.: +49 89 30622 306 • Fax: +49 89 30622 621  
mmw@mpipsykl.mpg.de