

**Dr. jur. Heinz Kammeier**

Zusammenfassender Bericht über die mündliche Verhandlung des  
Bundesverfassungsgerichts in Sachen  
**"Fixierung im Rahmen der öffentlich-rechtlichen Unterbringung"**  
am 30. und 31. Januar 2018 in Karlsruhe

erstellt für die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.

### **Ausgangspunkt und Grundlage**

Der – ungewöhnlicherweise – auf zwei Tage angesetzten mündlichen Verhandlung lagen zwei Verfassungsbeschwerden zugrunde:

In einem Fall war der Betroffene unmittelbar nach seiner Einlieferung kurz nach Mitternacht und in stark alkoholisiertem Zustand in ein psychiatrisches Krankenhaus in Bayern über 8 Stunden mit einer 7-Punkt-Fixierung festgehalten worden. Zwölf Stunden nach seiner Einlieferung wurde er bereits wieder entlassen.

Der zweite Fall betraf eine 5-Punkt-Fixierung einer untergebrachten Person in Baden-Württemberg, die über mehrere Tage wiederholt ärztlich angeordnet und durchgeführt wurde. Dieser Beschwerdeführer wandte sich auch gegen § 25 III PsychKHG-BW, weil diese Norm nicht dem verfassungsrechtlichen Bestimmtheitsgebot entspreche.

Beide Beschwerdeführer machten geltend, eine Fixierung müsse einem Richtervorbehalt unterliegen. Die hierfür in Bayern und Baden-Württemberg herangezogenen Rechtsgrundlagen würden den verfassungsrechtlichen Maßstäben für die Rechtfertigung dieses schweren Freiheitseingriffs nicht gerecht.

### **Prüfungsfragen**

Die mündliche Verhandlung vor dem BVerfG betraf deshalb Fragen des Sachverhalts wie der Maßstäbe und der rechtlichen Begründetheit des schwerwiegendsten Eingriffs in die Freiheit der Person. Im Wesentlichen und zusammengefasst ging es in den Äußerungen der Prozessbeteiligten und der Sachverständigen dabei um folgende Punkte:

1. Stellt die Fixierung im Rahmen einer PsychKG-Unterbringung eine selbständig zu beurteilende Freiheitsentziehung dar, gleichsam eine "Freiheitsentziehung in der Freiheitsentziehung"?
2. Bedarf die Fixierung (evtl. ebenso die Isolierung) eines gesetzlich vorzusehenden Richtervorbehalts?
3. Ist die Fixierung ein Element der ärztlichen Behandlung oder eine Sicherungs- bzw. Selbst- oder Drittschutzmaßnahme? Wie sieht es mit mildereren Mitteln und Alternativen aus?
4. Die Notwendigkeit einer Fixierung ergibt sich fast ausnahmslos kurzfristig, sie ist zeitlich nicht planbar. Wie könnte eine vorherige, eine begleitende oder eine nachträgliche richterliche Kontrolle materiell und verfahrensrechtlich ausgestaltet werden?

## **Zum Sachverhalt**

### *Fragen*

In welchen Situationen werden im Rahmen von bzw. im Zusammenhang mit Unterbringungen Fixierungen vorgenommen? Wie häufig erfolgen sie? Wie lange dauern sie? Dies waren die Einleitungsfragen des BVerfG in der mündlichen Verhandlung.

Dem schlossen sich gleich die Rechtsfragen an: Reicht bereits die richterliche grundsätzliche Anordnung der PsychKG-Unterbringung hin, um in diesem Kontext dann alle weiteren, auch Sicherungsmaßnahmen wie Fixierungen oder Isolierungen allein der ärztlichen Anordnungs-kompetenz überlassen zu können? Oder sind Fixierungen (und Isolierungen / Einschlüsse im Zimmer, im Kriseninterventionsraum) als andere, intensiver eingreifende Tatbestände aufzufassen, die einer eigenen gesetzlichen Regelung mit Richtervorbehalt bzw. / und / oder richterlicher Kontrolle bedürfen? Eine Parallele hierzu könnte in der rechtlichen Beurteilung und Normierung der zwangsweisen medikamentösen Behandlung gesehen werden.

### *Berichte ärztlicher Sachverständiger*

Die ärztlichen Sachverständigen betonten weitgehend übereinstimmend, dass zwischen Behandlung und notwendigen Sicherungsmaßnahmen unterschieden werden müsse. Hauptaufgabe der Psychiatrie sei die (Wieder-) Herstellung der Selbstbestimmungsfähigkeit (Deister). Dennoch müssten im Rahmen der Unterbringung auch Maßnahmen zum Schutz von Dritten, anderen Patienten und Beschäftigten, getroffen werden. Nicht so eindeutig wurde eine Pflicht zum Schutz vor Selbstschädigungen und Selbsttötungen bejaht, denn dem Selbstbestimmungsrecht komme auch diesbezüglich doch ein hoher Stellenwert zu.

Aus der Praxis wurde weiter berichtet, dass Fixierungen zum Teil bereits bei der Einlieferung durch die Polizei bestünden und zunächst fortgeführt werden müssten (63% in den ersten Stunden (Brieger)), um die erforderliche Sicherheit zu gewährleisten. Die Schwelle der Gewaltbereitschaft sei in den letzten Jahren allgemein gesunken (Deister). Speziell bei Unterbringungen von Personen, die voller psychoaktiver neuer Drogen seien, komme man solange nicht ohne Sicherungsmaßnahmen aus, bis die Wirkung abgeklungen sei. Ansonsten führten weiterhin psychotische Veränderungen zur Gewaltbereitschaft, die Schutzmaßnahmen erforderlich machten. Zudem wies ein Psychiater (Lepping) darauf hin, dass Gewalt und Aggressionen oftmals eher auf unterbringungs- / krankenhausbedingte Ursachen und Auslöser zurückgeführt werden könnten, und weniger auf krankheitsbedingte.

### *Haltung*

In diese Richtung wiesen auch die Stellungnahmen anderer Sachverständiger (insbesondere von Zinkler), die hervorhoben, wie eine veränderte verständnisvolle und zugewandte Haltung zu einem entspannten Klima auf der Station und damit im Zusammenleben von Menschen, die sich diese Gemeinschaft nicht frei gewählt hätten, beitragen könnten. Zu einer solchen veränderten Haltung zähle auch das Konzept der offenen Türen.

Zahlreiche Sachverständige legten großen Wert auf die Möglichkeit von 1:1-Betreuungen oder gar 2:1-Betreuungen, wenn denn genügend Personal hierfür zur Verfügung stünde. Unter Umständen könnte man bei einem solchen Personalschlüssel sogar ganz auf Zwangsmaßnahmen verzichten. Dies sei mit 30% mehr an Pflegekräften und damit einer Verteuerung der Behandlung um rund 10% erreichbar (Zinkler). Ergänzend in diesem Sinn auch Deister: Beziehung wirkt!

Ein psychiatrieerfahrener Sachverständiger (Seibt) sah das Machtgefälle als entscheidendes Problem der Psychiatrie an. Dagegen würden auch mehr Ressourcen nicht helfen, es bedürfe einer Änderung der Haltung.

### *Anordnungsbefugnis*

Ein Sachverständiger (Brieger) war der Ansicht, Zwangsmaßnahmen sollten nicht vom Arzt angeordnet werden.

### *Alternativen*

Breiten Raum nahmen die Nachfragen des Gerichts zur Vermeidung und zu Alternativen von Fixierungen ein. Gegen eine als alleinige Maßnahme vorgenommene medikamentöse Ru-

higstellung wurden Bedenken erhoben (Steinert), dies käme einer Narkotisierung gleich. Nicht alle untergebrachten Personen wollten im Falle notwendiger Zwangsmaßnahmen das Gleiche. Kliniken sollten mehrere Möglichkeiten bereit halten, z.B. auch Zimmereinschluss und Isolierungen. Entschieden wandte sich Zinkler hiergegen: Je mehr Möglichkeiten bereit ständen, desto mehr würden auch genutzt.

Uneinheitlich beurteilt und bewertet wurde die Alternative des Einschlusses in einem Zimmer bzw. im Kriseninterventionsraum. Dies sei nicht in jedem Fall und nicht für jede Person eine mildere Maßnahme. Aber sie wirke weniger demütigend (Steinert). Im Maßregelvollzug kämen Isolierungen 4 bis 5 mal häufiger vor als Fixierungen (Frank). Eine Fixierung stelle im Vergleich einen qualitativ ungleich stärkeren Eingriff dar.

Aus England und Wales berichtete Lepping über Richtlinien zur Vermeidung von Zwang. Dort müsse mit dem Versuch einer Deeskalation der Situation begonnen werden. Sei dies erfolglos, komme es zum Festhalten durch vier Personen. Deren Dauer liege im Durchschnitt unter 10 Minuten. Dazu würden in 25 – 50% der Fälle Medikamente gegeben, auch gegen den Willen des Betroffenen.

Um eine Fixierung zu vermeiden, wurde auf die in vielen Fällen erfolgreiche Möglichkeit einer 1:1-Betreuung in kritischen Situationen bei einer krankheitsbedingt gewaltbereiten Person hingewiesen (Brieger, Steinert). Problematisch sei allerdings, dass die Klinik bei einem solchen Einsatz zwar nachträglich den Aufwand erstattet bekomme, nicht jedoch – was sinnvoll sei – die notwendigen Vorhaltekosten für diesen Personalaufwand.

Deister wies auf die Arbeit des GBA an Standards und zur Personalbemessung bis Ende 2019 und auf die Entwicklung einer Leitlinie zur Vermeidung von Zwang hin.

#### *Wirkung auf Betroffene*

Zur Sprache kam auch die Wirkung von Zwangsmaßnahmen auf die betroffenen Personen. Hierzu vertraten die Sachverständigen einhellig die Auffassung, Fixierungen würden überwiegend als demütigend empfunden, teilweise als ambivalent, zum Teil als schamvoll, aber dennoch akzeptiert. Ob Isolierungen weniger demütigend seien, blieb offen (Steinert). Hilfreicher sei es eher, Regeln aufzustellen, nach denen die Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen berücksichtigt werden könnten (Deister).

Ein gänzlicher Verzicht auf jede Art einer Zwangsmaßnahme sei nicht möglich, aber es müsse immer darauf geachtet werden, dass sie keine Diskriminierung hervorrufe (Zinkler).

### *Dauer / Belastung*

0,5% der Zeit des Aufenthalts in einem PKH werde durchschnittlich in der Fixierung verbracht (Steinert). Auf die richterliche Frage, ab welcher Dauer der Fixierung diese für den Betroffenen zur Belastung oder gar zum Trauma werde, konnten die Sachverständigen keine klare Auskunft geben.

Dennoch betonten sie, dass eine persönliche 1:1-Überwachung (durch eine Sitzwache) während der Fixierung die Belastungserfahrung mindere. Z.B. stünden in der forensischen Klinik in Weissenau hierfür abrufbare Bereitschaften zur Verfügung (Frank).

### *Nachbesprechung*

Großer Wert wurde von den Sachverständigen auf die Möglichkeit und die Vornahme einer Nachbesprechung nach einer Zwangsmaßnahme gelegt (Steinert, Deister, Lepping). Hierbei könne auch der Abschluss einer Behandlungsvereinbarung angeboten werden.

### *Fixierungen außerhalb der Psychiatrie*

Von mehreren Sachverständigen angesprochen wurde die häufige Vornahme von Fixierungen in somatischen Krankenhäusern, post-operativ und in Notaufnahmen, sowie in Alten- und Pflegeheimen, ob mit oder ohne betreuungsrechtliche Unterbringung. Eine Entscheidung des BVerfG möge doch diese Situationen mit bedenken.

## **Rechtliche und verfahrensrechtliche Fragen**

### *Grundsatzfrage "Richtervorbehalt"*

Als einer der Prozessvertreter betonte Marschner nachdrücklich, für die Anordnung von besonderen Sicherungsmaßnahmen wie Fixierungen oder Isolierungen bedürfe es auch bei einer richterlich bereits genehmigten Unterbringung einer neuerlichen richterlichen Entscheidung.

In diesem Sinn sprachen sich auch die ärztlichen Sachverständigen (Brieger, Steinert, Deister) einhellig für die Einführung eines Richtervorbehalts bei der Anordnung von besonderen Sicherungsmaßnahmen aus. Ein Richtervorbehalt schaffe eine "geteilte Verantwortung" zwischen dem Arzt und dem Richter, er trenne die therapeutische von der sichernden Funktion der Psychiatrie (Deister). Dies werde aus der Sicht von Krankenhäusern und Ärzten positiv gesehen.

### *Bestimmtheitsgebot und Auswirkungen auf die Praxis*

Von Seiten des BVerfGs wurde mit dem Hinweis auf das verfassungsrechtlich geforderte Bestimmtheitsgebot bei einer in Grundrechte eingreifenden gesetzlichen Regelung danach gefragt, wie denn eine entsprechende Norm formuliert werden müsse und wie sie praktisch wirken werde.

Nach Ansicht von Deister sollte ein Richtervorbehalt bei wiederholt notwendig werdenden oder bei längerfristig erforderlichen Fixierungen in Betracht kommen. Seine Stichworte waren hierzu: abhängig vom Krankheitsbild und der Erwartbarkeit bzw. Absehbarkeit. Die vergleichbaren Regelungen im Betreuungsrecht könnten auch für die öffentlich-rechtliche Unterbringung herangezogen werden.

Andere ärztliche Sachverständige wiesen einerseits auf einen erhöhten bürokratischen Aufwand bei der Einführung eines Richtervorbehalts hin, betonten aber gleichzeitig, dass dies für die Praxis im psychiatrischen Alltag durchaus entlastend wirken könne. Bürokratie wirke in gewisser Weise dann auch als ein Mechanismus zur Reduzierung oder gar Verhinderung von "zu schnell vorgenommenen" Fixierungen.

### *Beiträge juristischer Sachverständiger*

Am Ende des ersten und am zweiten Verhandlungstag kamen die Vertreter einiger Gerichte und von Richter- und Anwaltsorganisationen als Sachverständige zu Wort. Sie nahmen zu zahlreichen Einzelaspekten des gerichtlichen Alltags und der Gerichtsorganisation Stellung.

### *Richterlicher Bereitschaftsdienst*

Bei einer der Fixierungsanordnung notwendigerweise vorangehenden richterlichen Befassung mit der Sache, müsste hierzu außerhalb der üblichen Dienstzeiten ein richterlicher Bereitschaftsdienst gewährleistet werden. Hierzu müsse ein zusätzlicher Personalaufwand in Ansatz gebracht werden. Organisatorisch könnten große Amtsgerichte mit zahlreichen Richterstellen in der Abteilung Betreuungssachen dies wohl leisten. Bei kleineren AGs sei dies kaum möglich.

Offen blieb auch, ob eine telefonische richterliche Befassung für einen entsprechenden Entscheid ausreiche, oder ob ein Richter zu einer persönlichen Anhörung des Betroffenen selbst hinausfahren und diesen und die vorliegende Situation in der Klinik in Augenschein nehmen müsse.

### *Zuziehen eines Verfahrenspflegers*

Bei der Unterbringung sei immer ein Verfahrenspfleger zu bestellen. Er habe eine wichtige Funktion zur Sicherung der Freiheitsrechte. Es sei aber schwierig, dann noch Verfahrenspfleger in genügender Zahl zur Verfügung zu haben, wenn deren Beiordnung auch bei der Prüfung von Fixierungsnotwendigkeiten zu erfolgen habe (Nemetz).

#### *Zeitpunkt der Antragstellung, Dauer, Verfahrensablauf, Rechtsschutz*

Unklar blieb in der Anhörung, wie diese Fragen – insbesondere an Wochenenden – geregelt werden könnten.

Wann könne oder müsse von einer "langdauernden" Fixierung gesprochen werden? Nach ca. 8 Stunden (Stumpf)? Eine 8-stündige Fixierung sei Freiheitsentziehung (Kilger).

Ein Richter könne die Genehmigung einer Fixierung (notfalls vorausgehend telefonisch) auch mit Auflagen und Fristen versehen (Wettig).

Auch die Möglichkeit einer "begleitenden" – bei längerer Dauer der Fixierung – richterlichen Kontrolle oder einer "nachgehenden" wurde kurz angesprochen. Klare Antworten hierzu gab es nicht. Bereits jetzt bestehe ja schon die Möglichkeit einer "Fortsetzungsfeststellungsklage", vielleicht reiche dies zum Rechtsschutz hin.

Die Vertreter der Richter- und Anwaltsorganisationen sprachen sich ebenfalls für die Einführung eines Richtervorbehalts aus.

#### **Meine persönliche Einschätzung und Bewertung der Anhörung**

Ich habe nach dem Verlauf der mündlichen Verhandlung vor dem BVerfG den Eindruck, dass "besondere Sicherungsmaßnahmen" im Rahmen einer öffentlich-rechtlichen Unterbringung nach PsychKG, insbesondere soweit sie Fixierungen und Isolierungen betreffen, als "schwerwiegende Grundrechtseingriffe" – vergleichbar einer "zwangswise medikamentösen Behandlung" und den Regelungen in § 1906 IV BGB – künftig unter einen richterlichen Genehmigungsvorbehalt gestellt werden. Ob eine solche richterliche Befassung vorausgehend oder begleitend ausgestaltet werden wird, vermag ich nicht abzusehen. Möglicherweise wird auch das Recht auf eine nachgehende richterliche Kontrolle (Fortsetzungs-Feststellungsklage) gestärkt. Eine Regelung in diesem Sinne würde zu einer weiteren Unterscheidung zwischen therapeutischen Angeboten zur Behandlung und rechtlichen Maßnahmen zum Selbst- bzw. Drittschutz beitragen.