

Freiheitsentziehung und Unterbringung

Materielles Recht und Verfahrensrecht

von

Dr. Wolfgang Lesting, Dr. Erwin Saage, Prof. Dr. Horst Göppinger, Dr. Rolf Marschner, Bernd Volckart

5., völlig neu bearbeitete Auflage

[Freiheitsentziehung und Unterbringung – Lesting / Saage / Göppinger / et al.](#)

schnell und portofrei erhältlich bei [beck-shop.de](#) DIE FACHBUCHHANDLUNG

Thematische Gliederung:

[Freiwillige Gerichtsbarkeit](#)



Verlag C.H. Beck München 2010

Verlag C.H. Beck im Internet:

www.beck.de

ISBN 978 3 406 60554 3

sowie die Klärung beruflicher Angelegenheiten (vgl. Bre § 18 Abs. 3; Hmb § 14 Abs. 3; NW § 16 Abs. 3). Dies ist vor allem eine Aufgabe des Sozialdienstes. Soweit die Länder diese Aufgaben nicht besonders geregelt haben, ergibt sich die Verpflichtung des Krankenhauses zur Hilfe aus dem Sozialstaatsprinzip.

Die **Information und Unterrichtung** der Patienten ist von Anfang an besonders wichtig, um Gefühlen der Ohnmacht und des Ausgeliefertseins zu begegnen (Bre § 12; Hmb § 14 Abs. 1; NW § 17 Abs. 1; SH § 12 Abs. 1; Thü § 10 Abs. 3). Dazu ist insbesondere der Unterbringungsgrund möglichst einfühlsam zu erklären (vgl. Richter R&P 1993, 68). Die von Goffman (1971, 25 ff.) beschriebene Entrechtung der Insassen in einer totalen Institution kann am besten dadurch verhindert werden, dass den Patienten von Anfang an ermöglicht wird, den Vollzug mit zu gestalten. Über die Rechte und Pflichten im Vollzug ist der Patient in geeigneter Weise zu informieren, was sowohl einen unverständlichen mündlichen Vortrag als auch die kommentarlose Aushändigung von Gesetzestexten ausschließt. Auf die Besonderheiten der Aufklärung über die Behandlung wird an anderer Stelle noch besonders einzugehen sein (unten Rn. 205). Mehrere Landesgesetze enthalten ausdrücklich den Vollzugsgrundsatz, dass die Bereitschaft des Betroffenen, an der Erreichung des Unterbringungsziels mitzuwirken, zu wecken und zu fördern ist (Berl § 28 Abs. 1 S. 3; Bran § 16 Abs. 1 S. 2, 3; MeVo § 19 Abs. 1 S. 4; Nds § 19 Abs. 2; SaAn § 18 Abs. 1 S. 2; Thü § 13 Abs. 2). Das setzt seine umfassende Unterrichtung über alle ihn betreffenden Vollzugsumstände voraus.

Nahe **Angehörige, Vertrauenspersonen und gesetzliche Vertreter** sind zu unterrichten, soweit der Betroffene damit einverstanden ist. Ohne Einverständnis darf nur der zur Entscheidung über psychiatrische Behandlungsmaßnahmen berechnigte gesetzliche Vertreter informiert werden, bei Erwachsenen also der Betreuer mit dem Aufgabenkreis der psychischen Gesundheitsvorsorge oder der Einwilligung in psychiatrische Maßnahmen. Ist ein Betreuer mit dem Aufgabenkreis der (zivilrechtlichen) Unterbringung bestellt, rechtfertigt diese Befugnis nicht auch seine Unterrichtung über den Vollzug der öffentlich-rechtlichen Unterbringung. Im Übrigen kommt eine Unterrichtung Dritter nur im Rahmen einer Notstandsabwägung in Betracht, wenn hierdurch ein größerer Schaden abgewendet werden soll. Dabei ist allerdings der vom Bundesverfassungsgericht hervorgehobene hohe Rang des allgemeinen Persönlichkeitsrechts und des daraus folgenden Rechts auf informationelle Selbstbestimmung zu beachten.

Angehörige haben nicht selten unter einer Verschlussenheit der Ärzte zu leiden, die weit über den gebotenen Datenschutz und die ärztliche Verschwiegenheitspflicht hinausgeht. Das trifft insbesondere auch für Lebenspartner zu, wenn keine Ehe besteht. Allgemeine Informationen über psychische Krankheiten und das Krankenhaus sowie dessen Arbeit sind selbstverständlich nicht geheim und oft schon ausreichend, um den Angehörigen die quälende Unsicherheit zu nehmen. Schließlich sind sie es, die sich die größten Sorgen machen und die nach der Entlassung wieder mit dem Betroffenen zusammenleben müssen. Wenn es wünschenswert ist, dass die An-

gehörigen mehr erfahren, muss abgewogen werden, ob man dem Betroffenen in geeigneter Weise eine Entbindung von der Verschwiegenheit nahe legt (vgl. grundlegend *Fabricsius* 1999), da der Persönlichkeitsschutz und das Datenschutzrecht nur zugunsten der Betroffenen bestehen und keine mit der Geheimhaltung einhergehende Machtsteigerung der Ärzte beabsichtigen. In besonderen Fällen kann es sogar angebracht sein, die Bestellung eines Betreuers mit dem Aufgabenkreis der Entbindung von der Schweigepflicht zu veranlassen.

- 179 **bb) Eingangsuntersuchung.** Ein wesentlicher Bestandteil des Aufnahmevervollzugs ist die Eingangsuntersuchung (BW § 4 Abs. 3; Bay Art. 10 Abs. 5; Berl § 26 Abs. 3; Bran § 15 Abs. 1; Bre § 21; Hmb § 15; MeVo § 18; Nds § 20; NW § 17; RhPf § 20 Abs. 1 S. 1; Sachs § 20; SaAn § 16; SH § 14 Abs. 5; Thü § 11). Sie ist schon deshalb erforderlich, um festzustellen, ob der akute psychische oder körperliche Zustand des Patienten sofortige Maßnahmen erfordert (vgl. zu Haftungsfragen BGH NJW 1993, 2927). Mit der Eingangsuntersuchung wird die erste Grundlage für **therapeutische Maßnahmen** und **Rehabilitationsbemühungen** gelegt. Daher erstreckt sich die Eingangsuntersuchung auf den allgemeinen Gesundheitszustand, auf die psychiatrische Anamnese und auf die sonstigen Tatsachen der sozialen Lage des Betroffenen. Untersuchungen unter Zwang sind nur unter den Voraussetzungen einer Zwangsbehandlung zulässig und können ohnehin der Natur der Sache nach nur Körperliches aufklären (Saar § 11; Thü § 16 Abs. 1 S. 2; anders BW § 8 Abs. 2; Nds § 20 S. 3: Duldungspflicht). Ein HIV-Antikörpertest darf nicht gegen den Willen des Betroffenen durchgeführt werden (OLG Koblenz StV 1989, 163, AK-StVollzG-*Boetticher/Stöver* vor § 56 Rn. 50; *Calliess/Müller-Dietz* § 56 Rn. 10).
- 180 Die **psychiatrische Untersuchung** bezieht sich auf die sog. Anlasskrankheit, also auf die psychische Störung, die der Grund der Unterbringung ist. Angesichts der Erfahrung, dass die vorliegenden Unterbringungsgutachten in vielen Fällen revidiert werden müssen, sollten die psychiatrischen Eingangsuntersuchungen nicht von jenen Personen vorgenommen werden, die schon im gerichtlichen Verfahren mitgewirkt haben. Zu den wissenschaftlichen Schwierigkeiten der Diagnose in methodologischer Hinsicht vgl. *Steller* (1994). Die Untersuchungen zum **sozialen Umfeld** sollten in die Hände kompetenter Sozialarbeiter gelegt werden. Diese können die erforderlichen Eilmaßnahmen in die Wege leiten (oben Rn. 175) und verfügen über die berufliche Kompetenz zur Organisation der rehabilitativen Maßnahmen.
- 181 **c) Behandlungs- und Vollzugsplan.** Die Untersuchungsergebnisse bilden die Grundlage für den **Behandlungsplan**. Sie sind Bestandteil der Patientenakten und müssen deshalb so dokumentiert werden, dass jederzeit in sie Einsicht genommen werden kann. Der Behandlungsplan wird zwingend gebraucht. Er ist eine der Voraussetzungen dafür, den Freiheitsentzug so kurz wie möglich zu halten. Er stellt eine notwendige Orientierungshilfe für das Krankenhauspersonal bei der Vorbereitung sämtlicher Vollzugsmaßnahmen und der Stellungnahmen gegenüber dem Gericht dar, wenn eine Verlängerung der Unterbringung nach § 329 Abs. 2 FamFG in Betracht kommt (vgl. Kap. D S. 330). Außerdem ist der Behandlungsplan auch zur

Vorbereitung der Nachsorge unerlässlich. Der Behandlungsplan ist **mit dem Betroffenen zu erörtern**. Das ist nicht dasselbe wie die Aufklärung über Behandlungsmaßnahmen und ersetzt die Einwilligung des Betroffenen nicht (vgl. hierzu unten Rn. 205 ff.). Gelegentlich wird noch immer vertreten, dass die Erörterung mit dem Patienten „aus therapeutischen Gründen unterbleibt“. Einer solchen Praxis ist mit allem Nachdruck entgegen zu treten. Ein „therapeutisches Privileg“, das es ermöglicht, vor dem Patienten geheim zu halten, was man mit ihm vorhat, gibt es nicht. Insbesondere die Annahme, es werde dem Patienten schaden, wenn er erfahren würde, wie man über ihn denkt, ist den rein ideologisch begründeten Alltagstheorien zuzuordnen. Es gibt keine einzige erfahrungswissenschaftliche Untersuchung, durch die der Verdacht solcher Schädigungen untergebrachter Patienten erhärtet worden wäre. Bemerkenswerterweise ist eine solche Untersuchung auch nach der erheblichen Kritik, welche die inzwischen wohl überholte Entscheidung des Bundesgerichtshofs (NJW 1983, 328; vgl. BVerfG NJW 2006, 1116; *Martis/Winkhart* Rn. E 5 ff.) über das begrenzte Geheimhaltungsrecht des vertraglich tätigen Psychiaters erfahren hat, bis heute nicht vorgelegt worden. Im Maßregelvollzug wird ein Anspruch auf Aushändigung einer Kopie des Behandlungs- und Eingliederungsplans bejaht (LG Landau R&P 2007, 41). Zu der Besonderheit in der psychoanalytischen Praxis vgl. Kap. D S. 281. Nach den Berichten vieler Betroffener über ihre früheren Erlebnisse während einer Unterbringung verursacht die Sprachlosigkeit der Therapeuten Ängste und zusätzliche, vermeidbare Leiden (vgl. *Porter* 1999). Der Behandlungsplan ist angesichts der oft kurzen Unterbringungszeiten möglichst im direkten Anschluss an die Eingangsuntersuchung aufzustellen, weil er sonst folgenlos bleibt. Kommt es nicht binnen weniger Tage oder Wochen zur Entlassung, muss er in regelmäßigen Abständen **fortgeschrieben werden**. Vorschriften über den Behandlungsplan haben Berl § 30 Abs. 1 S. 3, 4; Bran § 15; Bre § 23; MeVo § 23 Abs. 1 S. 4, 5; Nds § 20 S. 2; NW § 18 Abs. 2; RhPf § 20 Abs. 1 S. 3, Abs. 2; Sachs § 21 Abs. 1 S. 3, Abs. 2; SaAn § 17 Abs. 2, 3; SH § 14 Abs. 1 S. 3; Abs. 2 und Thü § 12 Abs. 1 S. 3, 5 normiert.

Inhaltlich muss der Behandlungsplan die Ergebnisse der Eingangsuntersuchung dokumentieren und fortschreiben. Er muss die Diagnose der Anlasskrankheit enthalten und sich auf medizinische, heilpädagogische, psychotherapeutische, sozialtherapeutische, arbeits- und beschäftigungstherapeutische Maßnahmen erstrecken. Außerdem muss der Behandlungsplan Angaben zum Ausmaß der erforderlichen Sicherung enthalten. Er muss Auskunft geben über Tätigkeiten, die als Arbeit, Ausbildung und Freizeitgestaltung nicht therapeutisch oder rehabilitativ definiert sind. Der Plan hat weiter die Einbindung in nachsorgende Hilfen zu enthalten und die während des Vollzugs notwendigen Maßnahmen zur beruflichen und sozialen Eingliederung anzugeben.

d) Behandlung. aa) Anlasskrankheit und sonstige (interkurrente) Erkrankungen. Für die rechtliche Beurteilung von Behandlungsmaßnahmen muss zwischen der Anlasskrankheit, die der Anlass für die Unterbringung ist und sonstigen, sog. interkurrenten Erkrankungen unterschieden

182

183

werden. Selbstverständlich hat der Betroffene während der Unterbringung auch Anspruch auf Behandlung seiner interkurrenten Erkrankungen. Der Unterschied wird aber wichtig, wenn der Betroffene es ablehnt, sich wegen seiner interkurrenten Erkrankung behandeln zu lassen. Mit dem Unterbringungsgrund hat das nämlich auch dann nichts zu tun, wenn die Ablehnung von der psychischen Krankheit oder Störung des Betroffenen geprägt sein sollte, denn nicht von seiner interkurrenten Krankheit geht die Unterbringung rechtfertigende Gefahr aus, sondern von der psychischen. Vom Unterbringungsvollzugsrecht erfasst werden nur solche Körpererkrankungen, die unmittelbar auf dem durch die Anlasskrankheit bedingten Verhalten beruhen wie z.B. die Verletzungen, die bei einem infolge der depressiven Erkrankung begangenen Suizidversuch entstanden sind oder die Folgen des durch die psychische Krankheit bedingten Hungerns (vgl. Bre § 22 Abs. 6; Sachs § 22 Abs. 3; Thü § 12 Abs. 5). Will man sonstige interkurrente Erkrankungen des Betroffenen trotzdem behandeln, ist zu beachten, dass der Regulationsgegenstand der Landesgesetzgebung wegen der abschließenden bundesrechtlichen Regelung (Art. 72 Abs. 1 GG) nicht zugänglich ist. Dementsprechend hat der gesetzliche Vertreter darüber zu bestimmen, ob in die Behandlung eingewilligt werden soll, bei erwachsenen Betroffenen also ein notfalls eilig zu bestellender Betreuer mit dem Aufgabenkreis der Gesundheitsvorsorge (vgl. OLG Hamm NJW 2003, 2392; Kammeier/Wagner 2010 D Rn. 139; Volckart/Grünebaum 2009 S. 232). Mehrere Landesgesetze verkennen das und befassen sich ausdrücklich mit der Möglichkeit der zwangsweisen Behandlung interkurrenter Erkrankungen (Bay Art. 13 Abs. 2 S. 2; Hmb § 17; Nds. § 21 Abs. 3 Nr. 2; SaAn § 17 Abs. 7). In anderen Landesgesetzen wird nicht zwischen Anlasskrankheiten und sonstigen Krankheiten differenziert (BW § 8 Abs. 3; Bre § 22; Hess § 17; MeVo § 23 Abs. 2 S. 2; NW § 18 Abs. 4; Saar § 13 Abs. 2; Sachs § 16; SH § 14 Abs. 3; Thü § 12 Abs. 3). Rechtlich einwandfreie Regelungen in dieser Hinsicht sind Berl § 30 Abs. 2 S. 2; Bran § 18 Abs. 2 S. 2. Zu **Notfallbehandlungen**: Während hinsichtlich der Anlasskrankheit (also bei einem plötzlich tobenden Psychotiker) auf die völlig ausreichenden unter Rn. 208 ff. erörterten Zwangsbehandlungsvorschriften zu verweisen ist (vgl. insbesondere Rn. 219), kann bei plötzlich auftretenden dramatischen Zuständen einer interkurrenten Erkrankung die krankheitsbedingte Behandlungsverweigerung durch die allgemeine Hilfspflicht nach § 323 c StGB überlagert werden. Nachfolgend wird allein noch die Behandlung der Anlasskrankheit erörtert.

- 184 **bb) Enger und weiter Begriff der Behandlung.** In der Unterbringung ist zwischen einem engen und einem weiten **Behandlungsbegriff** zu unterscheiden, wobei die Tätigkeiten in beiden Bereichen der Verbesserung der Situation des Patienten dienen. Während der weite Behandlungsbegriff das gesamte Feld der Interaktion und Kommunikation zwischen dem Untergebrachten und seinen Bezugspersonen (vgl. Marschner 1985, 177) mit Ausnahme der Maßnahmen zur Gewährleistung eines angemessenen Lebensspielraums und zur Bewahrung der Sicherheit und Ordnung umfasst, meint der enge Behandlungsbegriff die Therapie durch einen Psychiater oder einen psychologischen Psychotherapeuten einschließlich der Behand-

lung eingliederungserschwerender Körpermängel (vgl. § 63 StVollzG). Keine Behandlung ist der Einsatz therapeutischer Mittel (Psychopharmaka; verhaltenstherapeutisches „Disziplinieren“) zur Aufrechterhaltung von Sicherheit oder Ordnung.

Die Bedeutung der Unterscheidung zwischen einem engen und einem weiten Behandlungsbegriff zeigt sich bei der **Reichweite von Eingriffen** in Rechte des Betroffenen aus Behandlungsgründen (vgl. zum Eingriff R.n. 164f.). Eingriffe i.S. des engeren Behandlungsbegriffs werden als Zwangsbehandlung bezeichnet und unter R.n. 208ff. besonders erörtert. Eingriffe i.S. des weiteren Behandlungsbegriffs bedürfen ebenfalls einer besonderen gesetzlichen Grundlage. Sie sind außerordentlich problematisch und können deshalb nur sehr selten in Betracht kommen (vgl. unten R.n. 251ff.). In diesem Bereich liegt alles Gewicht auf begünstigenden Rehabilitationsmaßnahmen, insbesondere darauf, dass die im Krankenhaus tätigen Angehörigen der verschiedenen Fachdienste in multiprofessioneller Teamarbeit zusammenwirken.

cc) Behandlungsmethoden. Die Behandlung von psychisch kranken und suchtkranken Menschen erfordert in aller Regel einen längeren Prozess, in dem therapeutische Maßnahmen im engeren Sinne genauso wichtig sind, wie rehabilitative Maßnahmen. Im Zusammenhang mit dem Unterbringungsvollzug geht es aber vor allem um die therapeutischen Maßnahmen im engeren Sinne.

Chirurgische Eingriffe spielen zwar in den Gesetzen eine Rolle, kommen aber in der Praxis kaum noch vor. Die Kastration kommt als freiwillige Maßnahme noch gelegentlich im Vollzug lebenslanger Freiheitsstrafen und allenfalls im Maßregelvollzug vor. Sie ist durch das Gesetz über die freiwillige Kastration und andere Behandlungsmaßnahmen v. 15. 8. 1969 (BGBl. I S. 1143) zuletzt geändert durch das 6. Gesetz zur Reform des Strafrechts vom 26. 1. 1998 (BGBl. I S. 164, 187) geregelt und setzt eine besondere Begutachtung voraus. Wenn die Landesgesetze von Operationen sprechen, ist die Kastration nicht gemeint, weil die bundesrechtlich abschließende Regelung konkurrierendem Landesrecht entgegensteht.

Psychochirurgie ist nach amerikanischem Vorbild in der Bundesrepublik bis in die 70er Jahre angewendet worden, in der DDR an der Universität Leipzig zu Lasten von Patienten des Psychiatrischen Krankenhauses Waldheim sogar bis 1990 (vgl. R&P 1992, 1). Psychochirurgie ist psychische Verstümmelung und mit dem Abhacken einer Hand bei Dieben vergleichbar. Sie ist in einem Gemeinwesen, das sich der Achtung der Menschenwürde verpflichtet hat (Art. 1 GG), absolut verboten (zutreffend MeVo § 23 Abs. 3). Ein Betroffener kann darin auch nicht einwilligen, weder selbst noch durch einen gesetzlichen Vertreter. Eine Reihe von Landesgesetzen will die Behandlung untergebrachter Patienten durch Operationen regeln. Dabei wird mit Ausnahme der erwähnten Bestimmung von MeVo nicht zwischen Psychochirurgie und medizinisch indizierten Operationen unterschieden. Als Schutzklausel wird die Formulierung verwandt, die Behandlung dürfe den Kernbereich der Persönlichkeit nicht verändern (manche Gesetze verlangen dann eine Einwilligung des Betroffenen oder seines ge-

setzlichen Vertreters). Was der Begriff „Kernbereich der Persönlichkeit“ hier bedeuten soll, bleibt unklar. Psychische Störungen befallen einen Menschen regelmäßig nicht von außen wie eine Infektionskrankheit, sondern haben ihre Wurzel im einzelnen Betroffenen selbst, so dass die Frage aufgeworfen ist, was dann eigentlich der Kernbereich sei und ob nicht sogar die Krankheit dazu gehöre. Hirnoperationen darf es ausschließlich aus medizinischen Gründen geben. Wer etwa einen noch operablen Hirntumor hat, dem darf die Operation nicht verwehrt werden, wenn er sie wünscht, selbst auf die Gefahr hin, dass er dadurch psychisch erheblich verändert wird. Die Landesgesetze hierzu sind: BW § 8 Abs. 3; Berl § 30 Abs. 4; Bran § 18 Abs. 2, 5; Bre § 22 Abs. 5 S. 1; Hmb § 16 Abs. 2; Hess § 17 Abs. 1 S. 3 i. V. mit der DVO v. 7. 9. 1954; MeVo § 23 Abs. 3; Sachs § 22 Abs. 2; SaAn § 17 Abs. 4; Thü § 12 Abs. 4.

189 Die **Elektrokrampftherapie** hat infolge ihrer Fortentwicklung und bei einer Beschränkung auf die unilaterale Stimulation der nicht dominanten Hirnhälfte ihre medizinisch greifbaren Nachteile zumindest teilweise verloren. Geblieben ist neben der nach wie vor kontroversen Diskussion um ihre Gefährlichkeit und ihren unterschiedlichen Einsatz (vgl. Kap. C S. 206) vor allem auch die Angst der Betroffenen, die beachtet werden muss und nicht einfach übergangen werden darf. Die unilaterale Stimulation soll nach der wohl überwiegenden Auffassung im Gegensatz zur bilateralen keine Behandlungsmethode mehr sein, für die ein an Stelle des krankheitsbedingt untüchtigen Betroffenen handelnder Betreuer nach § 1904 BGB generell der vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung bedarf (LG Hamburg NJW-FER 1998, 203 = R&P 1999, 42; *Nedopil* 2007, 55; *Venzlaff/Foerster/Foerster* 2009, 562; grundlegend mit weiteren Nachweisen *Zinkler/Schneeweiß* R&P 2000, 12). Wegen der kontroversen Diskussion um ihre Gefährlichkeit und ihres unterschiedlichen Einsatzes in der Praxis sollte weiterhin von der Genehmigungspflichtigkeit ausgegangen werden (Kap. C S. 206). In Betracht kommt eine Elektrokrampftherapie als Alternative zur pharmakologischen Behandlung bei akut schizophrenen und depressiven Krisen und vor allem bei der lebensbedrohlichen perniziösen Katatonie. Es besteht aber offenbar eine gewisse Tendenz, die Indikation auszuweiten. Davor ist, vor allem im Hinblick auf die ungeklärte Gefährlichkeit und die angstbedingten Vorbehalte, die zumindest auf einer bis vor kurzem verbreiteten missbräuchlichen Anwendung beruhen, entschieden zu warnen.

190 Die **medikamentöse Behandlung** mit Psychopharmaka hat in der Praxis der Unterbringung die größte Bedeutung, obwohl diese Behandlungsform erhebliche Probleme aufwirft und nur bei sorgfältiger Prüfung der Indikation, genauer Auswahl und Dosierung des Mittels sowie bei gleichzeitiger intensiver Betreuung bzw. Psychotherapie Erfolg verspricht (*Finzen* 1990, 19ff.). Zu berücksichtigen sind vor allem gewünschte und unerwünschte Nebenwirkungen. Sowohl die Antidepressiva als auch die Neuroleptika wirken symptomatisch, beeinflussen aber nicht die Ursache der Erkrankung und haben damit keine heilende Wirkung. Sie haben aber erhebliche unerwünschte Nebenwirkungen, die bis zu irreversiblen Dauerschäden reichen können (vgl. *Aderhold/Crefeld* BtPrax 2010, 58; *Greve*

BtPrax 2010, 62; Kap. C S. 204 m.w.N.; HK-BUR-Rink § 1904 BGB Rn. 17 ff.). Das ist bei der Aufklärung und insbesondere bei der Entscheidung über eine zwangsweise Verabreichung immer zu beachten. Im Interesse der Patienten sind niedrigste Dosierungen oder ein vollständiger Verzicht auf Neuroleptika anzustreben (*Aderhold/Crefeld* BtPrax 2010, 58).

Psychotherapie kann u. a. in den Formen der Gesprächstherapie, Gruppentherapie, des Rollenspiels, Psychodramas und der Gestalttherapie stattfinden. Psychoanalytische Verfahren setzen wie alle tiefenpsychologischen Therapieformen eine ausreichende Sprach- und Kommunikationsfähigkeit voraus. Allen Konzepten ist gemeinsam, dass sie wesentlich auf der freiwilligen Mitarbeit der Patienten beruhen und längere Zeit beanspruchen. Für die überwiegende Zahl der Untergebrachten mit ihren kurzen Unterbringungszeiten geht es im Vollzug also vor allem um die Einleitung oder Organisation solcher Therapieformen. Zu den rechtlichen Grenzen der Psychotherapie vgl. *Wolfsast* (1985, 100 ff.).

Verhaltenstherapie baut auf dem lerntheoretischen Ansatz auf, dass erwünschtes Verhalten oftmals antrainiert und unerwünschtes Verhalten unter Umständen abtrainiert werden kann. Dabei wird mit sogenannten positiven und negativen Verstärkern operiert. Das ist bei nicht wenigen Menschen mit einem Fehlverhalten durchaus wirkungsvoll; Psychosen sind damit aber nicht erreichbar. Verhaltenstherapie wird oft bei Sexualtätern eingesetzt, ist aber gerade da problematisch, weil es bei manchen das Gegenteil des Erwünschten bewirken kann (*Hauch et al.* R&P 1984, 178; *Pfäfflin* R&P 1990, 20; *ders.* 1997, 59). In der öffentlich-rechtlichen Unterbringung kommt die Verhaltenstherapie bei einer gewissen Anzahl von Abhängigkeitskranken in Betracht. Allerdings fehlen auch Abhängigkeitskranken oft die inneren Voraussetzungen für das erstrebte Erlernen, nämlich wenn das Bedürfnis nach dem Rausch auf etwas anderem beruht als einer verfehlten, schlechten Angehörigkeit nämlich auf einer primären psychischen Störung oder auf dem Druck von Aussichts- und Hoffnungslosigkeit. So sind für eine Verhaltenstherapie vor allen diejenigen Abhängigen erreichbar, die als Dealer begonnen haben und bei denen es erst dadurch zu Eigengebrauch und Abhängigkeit gekommen ist. Aus dem Maßregelvollzug ist aber bekannt, dass verhaltenstherapeutische Konzepte auch zur Aufrechterhaltung der Ordnung in der Einrichtung missbraucht werden (*Kammeier/Wagner* 2010 Rn. D 37, 38 f.; *Pollähne*, R&P 1992, 49 f.).

Unter dem Begriff der **Milieuthherapie** werden komplementäre Betreuungsmaßnahmen als konkrete Behandlung organisiert. Das therapeutische Milieu fängt bei der Architektur an, setzt sich in der Stationsorganisation fort und drückt sich schließlich im Verhalten des Personals aus. Die Milieuthherapie ist ein wesentliches Merkmal sozialpsychiatrischer Konzepte. Das gilt auch für die **Sozialtherapie** im Allgemeinen, unter der alle therapeutischen Möglichkeiten zu verstehen sind, die Beziehungen des Patienten zu seinem sozialen Umfeld zu gestalten (*Dörner/Plog* 1996, 513 ff.).

Ergotherapie kommt u. a. als Beschäftigungstherapie, Arbeitstherapie, Belastungserprobung, Sport- und Musiktherapie zum Einsatz. Rechtlich problematisch ist vor allem die Arbeitstherapie, die von der Vollzugsarbeit

unterschieden werden muss. Wird letztere fälschlich als Behandlungsmaßnahme etikettiert, werden die Patienten um ihre Ansprüche auf Arbeitsentgelt etc. gebracht. Arbeitstherapie kommt nur für diejenigen Patienten in Betracht, die Störungen in ihrem Arbeitsverhalten aufweisen, darüber hinaus in begrenztem Umfang zur Diagnose solcher Störungen (vgl. Rn. 228).

195 dd) Behandlungsanspruch. In allen Ländern setzt mit der Unterbringung ein Anspruch des Betroffenen auf Behandlung ein. Der Anspruch hat Verfassungsrang, weil er erstens auf dem mit dem Freiheitsentzug korrespondierenden **Wiedereingliederungsgebot** (vgl. oben Rn. 166) und zweitens auf dem **sozialstaatlichen Fürsorgegrundsatz** beruht. Die meisten Länder haben den Behandlungsanspruch in ihren Gesetzen festgeschrieben (BW § 8 Abs. 1 S. 1; Bay Art. 13 Abs. 1 S. 1; Berl § 30 Abs. 1 S. 1; Bran § 18 Abs. 1 S. 1; Bre § 22 Abs. 1; MeVo § 23 Abs. 1 S. 1; RhPf § 20 Abs. 1 S. 1; Saar § 12 Abs. 2 S. 1; Sachs § 21 Abs. 1 S. 1; SH § 14 Abs. 1 S. 1; Thü § 12 Abs. 1 S. 1).

196 Der Anspruch auf Behandlung bedeutet nicht, dass das Krankenhaus sich auf diejenige Behandlungsmethode beschränken darf, die den Verantwortlichen am leichtesten realisierbar erscheint. Zwar wird häufig dementsprechend vorgegangen, indem sich die Behandlung überwiegend auf die Verabreichung von Medikamenten beschränkt; richtig wird es dadurch nicht. Die verschiedenen Behandlungsmethoden stehen nicht einfach alternativ zur Verfügung, sondern sind auf unterschiedliche Persönlichkeiten mit jeweils verschiedenen Störungen zugeschnitten. Was bei dem einen wirkt, kann bei einem anderen trotz ähnlicher Störungen wirkungslos bleiben. Die Aufgabe besteht darin, die zu wählende Therapie auf Grund sorgfältiger Diagnose und Indikation einzelfallbezogen in einen **umfassenden Resozialisierungsansatz** einzufügen (Scholz R&P 1998, 177). Die Psychotherapieforschung ist inzwischen so weit fortgeschritten, dass diese Aufgabe bereits jetzt in vielen Fällen lösbar ist und in Zukunft sicherlich für weitere Fälle geklärt werden kann.

197 Mit dem Behandlungsanspruch korrespondiert die **Behandlungspflicht**, die straf- wie schadenersatzrechtlich abgesichert ist. Die allgemeine strafrechtliche Hilfeleistungspflicht aus § 323 c StGB ist nur in den seltenen Fällen eines plötzlichen, unvorhergesehenen Krankheitsverlaufs von Bedeutung. Nach der Rechtsprechung greift § 323 c StGB auch bei einem Suizidversuch ein (BGHSt 32, 367; krit. Schönke/Schröder/Cramer/Sternberg/Lieben StGB § 323 c Rn. 7; Nomos Kommentar/Wöhlens StGB § 323 c Rn. 5; MüKo/Freund StGB § 323 c Rn. 59). Zu den allgemeinen Sorgfaltspflichten bei der Behandlung im Rahmen der zivilrechtlichen Haftpflicht vgl. Wölflast 1985, 128 ff.; zur Sicherungspflicht bei akuter Suizidgefahr vgl. OLG Koblenz R&P 2008, 161 m. Anm. Marschner; BGH R&P 2001, 42; 1994, 141; Volckart/Grünebaum 2009, 140; Martis/Winkhart 2007, 765. Ob eine Pflicht zur Behandlung der Anlasskrankheit auch gegen den Patientenwillen zu erfüllen ist, bestimmt sich nach den Regeln der Zwangsbehandlung, die unter Rn. 208 ff. näher erörtert wird. Zur Notfallbehandlung vgl. insbesondere Rn. 219.

198 ee) Das Behandlungsmodell im Unterbringungsvollzug. Das allgemeine arztrechtliche Behandlungsmodell geht vom Vertrag des Patienten