

Schnoor, Kathleen / Schepker, Renate und Fegert, Jörg M.

Rechtliche Zulässigkeit von Zwangsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 55 (2006) 10, S. 814-837

urn:nbn:de:bsz-psydok-47053

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Inhalt

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Branik, E.; Meng, H.: Die Funktion von Besprechungen für multidisziplinäre Behandlungsteams kinder- und jugendpsychiatrischer Stationen (The function of team-meetings for treatment teams on child and adolescent psychiatric wards)	198
Henke, C.: Peer-Mediation an Schulen: Erfahrungen bei der Implementierung und der Ausbildung von Streitschlichtern (Peer-mediation in schools: Experiences in implementation and training of mediators)	644
Krabbe, H.: Eltern-Jugendlichen-Mediation (Mediation between parents and youth) . . .	615
Mayer, S.; Normann, K.: Das Praxismodell des Familien-Notruf München zum Einbezug der Kinder in die Mediation (Children in family mediation: A practice model)	600
Mickley, A.: Mediation an Schulen (Mediation in schools)	625
Sampson, M.: Psychotherapeutischer Leitfaden zum technischen Umgang mit Schulängsten (A psychotherapeutic guide for dealing with school phobia)	214

Originalarbeiten / Original Articles

Barkmann, C.; Schulte-Markwort, M.: Psychosoziale Lebenssituation und Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen in der Bundesrepublik Deutschland (Life situation and health status of children and adolescents)	444
Boeger, A.; Dörfler, T.; Schut-Ansteeg, T.: Erlebnispädagogik mit Jugendlichen: Einflüsse auf Symptombelastung und Selbstwert (Project adventure with adolescents: Influence on psychopathology and self-esteem)	181
Bullinger, M.; Ravens-Sieberer, U.: Lebensqualität und chronische Krankheit: die Perspektive von Kindern und Jugendlichen in der Rehabilitation (Quality of life and chronic conditions: The perspective of children and adolescents in rehabilitation)	23
Desman, C.; Schneider, A.; Ziegler-Kirbach, E.; Petermann, F.; Mohr, B.; Hampel, P.: Verhaltenshemmung und Emotionsregulation in einer Go-/Nogo-Aufgabe bei Jungen mit ADHS (Behavioural inhibition and emotion regulation among boys with ADHD during a go-/nogo-task)	328
Fetzer, A.E.; Steinert, T.; Metzger, W.; Fegert, J.M.: Eine prospektive Untersuchung von Zwangsmaßnahmen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (A prospective analysis of coercive measures in an inpatient department of child and adolescent psychiatry)	754
Fricke, L.; Mitschke, A.; Wiater, A.; Lehmkuhl, G.: Kölner Behandlungsprogramm für Kinder mit Schlafstörungen – Konzept, praktische Durchführung und erste empirische Ergebnisse (A new treatment program for children with sleep disorders – Concept, practicability, and first empirical results)	141
Grimm, K.; Mackowiak, K.: Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger und aufmerksamkeitsgestörter Kinder (KES) (KES – Training for parents of children with conduct behaviour problems)	363
Hampel, P.; Desman, C.: Stressverarbeitung und Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (Coping and quality of life among children and adolescents with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder)	425
Kühnapfel, B.; Schepker, R.: Katamnestische Nachbefragung von freiwillig und nicht freiwillig behandelten Jugendlichen (Post hoc interviews with adolescents after voluntary and involuntary psychiatric admission)	767

1	Leins, U.; Hinterberger, T.; Kaller, S.; Schober, F.; Weber, C.; Strehl, U.: Neurofeedback der langsamen kortikalen Potenziale und der Theta/Beta-Aktivität für Kinder mit einer ADHS: ein kontrollierter Vergleich (Neurofeedback for children with ADHD: A comparison of SCP- and Theta/Beta-Protocols)	384
2		
3		
5	Preusche, I.; Koller, M.; Kubinger, K.D.: Sprachfreie Administration von Intelligenztests nicht ohne Äquivalenzprüfung – am Beispiel des AID 2 (An experiment for testing the psychometric equivalence of the non verbal instruction of the Adaptive Intelligence Diagnosticum) . .	559
	Retzlaff, R.; Hornig, S.; Müller, B.; Reuner, G.; Pietz, J.: Kohärenz und Resilienz in Familien mit geistig und körperlich behinderten Kindern (Family sense of coherence and resilience. A study on families with children with mental and physical disabilities)	36
10		
	Richardt, M.; Remschmidt, H.; Schulte-Körne, G.: Einflussfaktoren auf den Verlauf Begleiteter Umgänge in einer Erziehungsberatungsstelle (Influencing factors on the course of supervised visitations in a parental counselling office)	724
	Roessner, V.; Banaschewski, T.; Rothenberger, A.: Neuropsychologie bei ADHS und Tic-Störungen – eine Follow-up-Untersuchung (Neuropsychological performance in ADHD and tic-disorders: A prospective 1-year follow-up)	314
15		
	Romer, G.; Stavenow, K.; Baldus, C.; Brüggemann, A.; Barkmann, C.; Riedesser, P.: Kindliches Erleben der chronischen körperlichen Erkrankung eines Elternteils: Eine qualitative Analyse von Interviews mit Kindern dialysepflichtiger Eltern (How children experience a parent being chronically ill: A qualitative analysis of interviews with children of hemodialysis patients)	53
20		
	Sarimski, K.: Spektrum autistischer Störungen im frühen Kindesalter: Probleme der Beurteilung (Autistic spectrum disorders in very young children: Issues in the diagnostic process) .	475
	Schick, A.; Cierpka, M.: Evaluation des Faustlos-Curriculums für den Kindergarten (Evaluation of the Faustlos-Curriculum for Kindergartens)	459
	Schmid, M.; Nützel, J.; Fegert, J.M.; Goldbeck, L.: Wie unterscheiden sich Kinder aus Tagesgruppen von Kindern aus der stationären Jugendhilfe? (A comparison of behavioral and emotional symptoms in German residential care and day-care child welfare institutions)	544
25		
	Stadler, C.; Holtmann, M.; Claus, D.; Büttner, G.; Berger, N.; Maier, J.; Poustka, F.; Schmeck, K.: Familiäre Muster bei Störungen von Aufmerksamkeit und Impulskontrolle (Familial patterns in disorders of attention and impulse control)	350
30		
	Suchodoletz, W. v.; Macharey, G.: Stigmatisierung sprachgestörter Kinder aus Sicht der Eltern (Stigmatization of language impaired children from the parents' perspective) . .	711
	Trautmann-Villalba, P.; Laucht, M.; Schmidt, M.H.: Väterliche Negativität in der Interaktion mit Zweijährigen als Prädiktor internalisierender Verhaltensprobleme von Mädchen und Jungen im Grundschulalter (Father negativity in the interaction with toddlers as predictor of internalizing problems in girls and boys at school age)	169
35		
	Wiehe, K.: Zwischen Schicksalsschlag und Lebensaufgabe – Subjektive Krankheitstheorien als Risiko- oder Schutzfaktoren der Bewältigung chronischer Krankheit im Kindesalter (Stroke of fate or personal challenge – Subjective theories of illness as risk or protective factors in coping with chronic pediatric illness)	3
40		
	Übersichtsarbeiten / Review Articles	
42		
43	Bastine, R.; Römer-Wolf, B.; Decker, F.; Haid-Loh, A.; Mayer, S.; Normann, K.: Praxis der Familienmediation in der Beratung (Family mediation within the counselling system) .	584
44	Frölich, J.; Lehmkuhl, G.; Fricke, L.: Die medikamentöse Behandlung von Schlafstörungen im Kindes- und Jugendalter (Pharmacotherapy of sleep disorders in children and adolescents) . .	118
45		

1	Gantner, A.: Multidimensionale Familientherapie für cannabisabhängige Jugendliche – Ergebnisse und Erfahrungen aus der „INCANT“-Pilotstudie (Multidimensional Family Therapy for adolescent clients with cannabis use disorders – Results and experience from the INCANT pilot study)	520
2		
3		
5	Hardt, J.; Hoffmann, S.O.: Kindheit im Wandel – Teil I: Antike bis zur Neuzeit (Childhood in flux – Part I: Ancient world until modern times)	271
	Hardt, J.; Hoffmann, S.O.: Kindheit im Wandel – Teil II: Moderne bis heute (Childhood in flux – Part II: Modern times until today)	280
	Jockers-Scherübl, M.C.: Schizophrenie und Cannabiskonsum: Epidemiologie und Klinik (Schizophrenia and cannabis consumption: Epidemiology and clinical symptoms) . . .	533
10	Libal, G.; Plener, P.L.; Fegert, J.M.; Kölch, M.: Chemical restraint: „Pharmakologische Ruhigstellung“ zum Management aggressiven Verhaltens im stationären Bereich in Theorie und Praxis (Chemical restraint: Management of aggressive behaviours in inpatient treatment – Theory and clinical practice)	783
15	Nitschke-Janssen, M.; Branik, E.: Einflussfaktoren auf den Einsatz von Zwangsmaßnahmen – Eine retrospektive Auswertung in einer Schweizer kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsklinik (Factors contributing to the use of seclusion and restraint – a retrospective analysis in a Swiss clinic for child and adolescent psychiatry)	255
	Ollefs, B.; Schlippe, A. v.: Elterliche Präsenz und das Elterncoaching im gewaltlosen Widerstand (Parental presence and parental coaching in non-violent resistance)	693
20	Paditz, E.: Schlafstörungen im Kleinkindesalter – Diagnostik, Differenzialdiagnostik und somatische Hintergründe (Sleep disorders in infancy – Aspects of diagnosis and somatic background)	103
	Papoušek, M.; Wollwerth de Chuquisengo, R.: Integrative kommunikationszentrierte Eltern- Kleinkind-Psychotherapie bei frühkindlichen Regulationsstörungen (Integrative parent-infant psychotherapy for early regulatory and relationship disorders)	235
25	Schepker, R.; Steinert, T.; Jungmann, J.; Bergmann, F.; Fegert, J.M.: Qualitätsmerkmale freiheitseinschränkender Maßnahmen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung (Quality characteristics of freedom-restricting coercive measures in child and adolescent psychiatry)	802
	Schnoor, K.; Schepker, R.; Fegert, J.M.: Rechtliche Zulässigkeit von Zwangsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Legal and practical issues on coercive measures in child and adolescent psychiatry)	814
30	Schredl, M.: Behandlung von Alpträumen (Treatment of nightmares)	132
	Seiffge-Krenke, I.; Skaletz, C.: Chronisch krank und auch noch psychisch beeinträchtigt? Die Ergebnisse einer neuen Literaturrecherche (Chronically ill and psychologically impaired? Results of a new literature analysis)	73
35	Tossmann, P.: Der Konsum von Cannabis in der Bundesrepublik Deutschland (The use of cannabis in the Federal Republic of Germany)	509
	Zehnder, D.; Hornung, R.; Landolt, M.A.: Notfallpsychologische Interventionen im Kindesalter (Early psychological interventions in children after trauma)	675

Buchbesprechungen / Book Reviews

40		
42	Asendorpf, J.B. (Hg.) (2005): Soziale, emotionale und Persönlichkeitsentwicklung. Enzyklopädie der Psychologie: Entwicklungspsychologie. Bd. 3. (L. Unzner)	740
43		
44	Aster, M. v.; Lorenz, J.H. (Hg.) (2005): Rechenstörungen bei Kindern. Neurowissenschaft, Psychologie, Pädagogik. (A. Seitz)	410
45		

1	Becker, K.; Wehmeier, P.M.; Schmidt, M.H. (2005): Das noradrenerge Transmittersystem bei ADHS. Grundlagen und Bedeutung für die Therapie. (<i>M. Mickley</i>)	575
2	Behringer, L.; Höfer, R. (2005): Wie Kooperation in der Frühförderung gelingt. (<i>D. Irblich</i>)	574
3	Bernard-Opitz, V. (2005): Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen (ASS). Ein Praxis- handbuch für Therapeuten, Eltern und Lehrer. (<i>K. Sarimski</i>)	411
5	Bieg, S.; Behr, M. (2005): Mich und Dich verstehen. Ein Trainingsprogramm zur Emotio- nalen Sensitivität bei Schulklassen und Kindergruppen im Grundschul- und Orientie- rungsstufenalter. (<i>F. Caby</i>)	299
	Bois, R. d.; Resch, F. (2005): Klinische Psychotherapie des Jugendalters. Ein integratives Praxisbuch. (<i>R. Mayr</i>)	664
10	Bortz, J. (2005): Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. (<i>J. Fliegner</i>)	744
	Brisch, K.H.; Hellbrügge, T. (Hg.) (2006): Kinder ohne Bindung: Deprivation, Adoption und Psychotherapie. (<i>L. Unzner</i>)	842
	Christ-Steckhan, C. (2005): Elternberatung in der Neonatologie. (<i>K. Sarimski</i>)	157
	Cierpka, M. (2005): FAUSTLOS – wie Kinder Konflikte gewaltfrei lösen lernen. (<i>W. Nobach</i>)	95
15	Claus, H.; Peter, J. (2005): Finger, Bilder, Rechnen. Förderung des Zahlverständnisses im Zahlraum bis 10. (<i>M. Mickley</i>)	226
	Damasch, E.; Metzger, H.-G. (Hg.) (2005): Die Bedeutung des Vaters. Psychoanalytische Perspektiven. Frankfurt a. (<i>A. Eickhorst</i>)	494
	Diepold, B. (2005): Spiel-Räume. Erinnern und entwerfen. Aufsätze zur analytischen Kin- der- und Jugendlichenpsychotherapie (herausgegeben von P. Diepold). (<i>M. Schulte- Markwort</i>)	419
20	Döpfner, M.; Lehmkuhl, G.; Steinhausen, H.-C. (2006): KIDS-1 Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivitätsstörung (ADHS). (<i>D. Irblich</i>)	841
	Doherty-Sneddon, G. (2005): Was will das Kind mir sagen? Die Körpersprache des Kindes verstehen lernen. (<i>L. Unzner</i>)	294
25	Eiholzer, U. (2005): Das Prader-Willi-Syndrom. Über den Umgang mit Betroffenen. (<i>K. Sarimski</i>)	158
	Feibel, T. (2004): Killerspiele im Kinderzimmer. Was wir über Computer und Gewalt wis- sen müssen. (<i>G. Latzko</i>)	158
	Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (2005): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 50. (<i>M. Hirsch</i>)	304
30	Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (2005): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 51. (<i>M. Hirsch</i>)	745
	Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (2006): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 52. (<i>M. Hirsch</i>)	843
	Häußler, A. (2005): Der TEACCH Ansatz zur Förderung von Menschen mit Autismus. (<i>K. Sarimski</i>)	411
	Hopf, C. (2005): Frühe Bindungen und Sozialisation. (<i>L. Unzner</i>)	294
	Jacobs, C.; Petermann, F. (2005): Diagnostik von Rechenstörungen. (<i>D. Irblich</i>)	495
35	Katz-Bernstein, N. (2005): Selektiver Mutismus bei Kindern. Erscheinungsbilder, Diag- nostik, Therapie. (<i>D. Irblich</i>)	496
	Lackner, R. (2004): Wie Pippa wieder lachen lernte. Therapeutische Unterstützung für traumatisierte Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	229
	Langer, I.; Langer, S. (2005): Jugendliche begleiten und beraten. (<i>M. Mickley</i>)	96
40	Leyendecker, C. (2005): Motorische Behinderungen. Grundlagen, Zusammenhänge und Förderungsmöglichkeiten. (<i>L. Unzner</i>)	160
	Nissen, G. (2005): Kulturgeschichte seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. (<i>L. Unzner</i>)	571
42	Oelsner, W.; Lehmkuhl, G. (2005): Adoption. Sehnsüchte – Konflikte – Lösungen. (<i>H. Hopf</i>)	302
44	Pal-Handl, K. (2004): Wie Pippa wieder lachen lernte. Elternratgeber für traumatisierte Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	229
45		

1	Pal-Handl, K.; Lackner, R.; Lueger-Schuster, B. (2004): Wie Pippa wieder lachen lernte. Ein Bilderbuch für Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	229
2	Petermann, F.; Macha, T. (2005): Psychologische Tests für Kinderärzte. (<i>D. Irblich</i>)	156
3	Plahl, C.; Koch-Temming, H. (Hg.) (2005): Musiktherapie mit Kindern. Grundlagen – Methoden – Praxisfelder. (<i>K. Sarimski</i>)	412
5	Resch, F.; Schulte-Markwort, M. (Hg.) (2005): Jahrbuch für integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie. Schwerpunkt: Dissoziation und Trauma. (<i>K. Fröhlich-Gildhoff</i>)	416
	Ritscher, W. (Hg.) (2005): Systemische Kinder und Jugendhilfe. Anregungen für die Praxis. (<i>G. Singe</i>)	847
10	Rittelmeyer, C. (2005): Frühe Erfahrungen des Kindes. Ergebnisse der pränatalen Psychologie und der Bindungsforschung – Ein Überblick. (<i>L. Unzner</i>)	742
	Rohrmann, S.; Rohrmann, T. (2005): Hochbegabte Kinder und Jugendliche. Diagnostik – Förderung – Beratung. (<i>D. Irblich</i>)	665
	Ruf, G.D. (2005): Systemische Psychiatrie. Ein ressourcenorientiertes Lehrbuch. (<i>R. Mayr</i>)	741
15	Ruppert, F. (2005): Trauma, Bindung und Familienstellen. Seelische Verletzungen verstehen und heilen. (<i>C. v. Bülow-Faerber</i>)	300
	Sarimski, K. (2005): Psychische Störungen bei behinderten Kindern und Jugendlichen. (<i>D. Irblich</i>)	94
	Schäfer, U.; Rüter, E. (2005): ADHS im Erwachsenenalter. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige. (<i>E. Rhode</i>)	413
20	Schindler, H.; Schlippe, A. v. (Hg.) (2005): Anwendungsfelder systemischer Praxis. Ein Handbuch. (<i>I. Bohmann</i>)	573
	Schlottke, P.; Silbereisen, R.; Schneider, S.; Lauth, G. (Hg.) (2005): Störungen im Kindes- und Jugendalter – Grundlagen und Störungen im Entwicklungsverlauf. (<i>K. Sarimski</i>)	661
	Schlottke, P.; Silbereisen, R.; Schneider, S.; Lauth, G. (Hg.) (2005): Störungen im Kindes- und Jugendalter – Verhaltensauffälligkeiten. (<i>K. Sarimski</i>)	661
25	Schott, H.; Tölle, R. (2006): Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen. (<i>S. Auschra</i>)	840
	Schütz, A.; Selg, H.; Lautenbacher, S. (Hg.) (2005): Psychologie: Eine Einführung in ihre Grundlagen und Anwendungsfelder. (<i>L. Unzner</i>)	666
30	Seiffge-Krenke, I. (Hg.) (2005): Aggressionsentwicklung zwischen Normalität und Pathologie. (<i>U. Kiefling</i>)	297
	Siegler, R.; DeLoache, J.; Eisenberg, N. (2005): Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter. (<i>L. Unzner</i>)	492
	Simon, H. (2005): Dyskalkulie – Kindern mit Rechenschwäche wirksam helfen. (<i>M. Mickley</i>)	226
	Speck, V. (2004): Progressive Muskelentspannung für Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	663
35	Speck, V. (2005): Training progressiver Muskelentspannung für Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	663
	Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2005): Früherkennung von Entwicklungsstörungen. Frühdiagnostik bei motorischen, kognitiven, sensorischen, emotionalen und sozialen Entwicklungsauffälligkeiten. (<i>D. Irblich</i>)	572
40	Suhr-Dachs, L.; Döpfner, M. (2005): Leistungsängste. Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ), Bd. 1. (<i>H. Mackenberg</i>)	414
	Thun-Hohenstein, L. (Hg.) (2005): Übergänge. Wendepunkte und Zäsuren in der kindlichen Entwicklung. (<i>L. Unzner</i>)	295
42	Unterberg, D.J. (2005): Die Entwicklung von Kindern mit LRS nach Therapie durch ein sprachsystematisches Förderkonzept. (<i>M. Mickley</i>)	743
43	Venzlaff, U.; Foerster, K. (Hg.) (2004): Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen. (<i>B. Reiners</i>)	230
44		
45		

1	Weiß, H.; Neuhäuser, G.; Sohns, A. (2004): Soziale Arbeit in der Frühförderung und Sozialpädiatrie. (<i>M. Naggl</i>)	227
2	Westhoff, E. (2005): Geistige Behinderung (er-)leben. Eine Reise in fremde Welten. (<i>D. Irblich</i>)	296
3	Wirsching, M. (2005): Paar- und Familientherapie. Grundlagen, Methoden, Ziele. (<i>A. Zellner</i>)	497

Neuere Testverfahren / Test Reviews

10	Grob, A.; Smolenski, C. (2005): FEEL-KJ. Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen. (<i>C. Kirchheim</i>)	499
	Mariacher, H.; Neubauer, A. (2005): PAI 30. Test zur Praktischen Alltagsintelligenz. (<i>C. Kirchheim</i>)	162
	Rossmann, P. (2005): DTK. Depressionstest für Kinder. (<i>C. Kirchheim</i>)	669

15	Editorial / Editorial	1, 101, 313, 507, 581, 751
	Autoren und Autorinnen / Authors	91, 155, 225, 293, 408, 491, 570, 660, 739, 838
	Gutachter und Gutachterinnen / Reviewer	93, 839
	Tagungskalender / Congress Dates	98, 165, 233, 309, 421, 502, 577, 672, 748, 849
20	Mitteilungen / Announcements	167, 674

Rechtliche Zulässigkeit von Zwangsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Kathleen Schnoor, Renate Schepker und Jörg M. Fegert

Summary

Legal and practical issues on coercive measures in child and adolescent psychiatry

Although insight, positive attitude towards therapy and compliance are key to a successful treatment, in certain situations the use of coercive measures on mentally ill or disordered minors is the only way to prevent serious harm to the patient or others. The decision to use coercive measures, such as involuntary admission or detention, seclusion, mechanical or chemical restraint or involuntary treatment, is challenging for clinicians as they have to deal, not only with the patient and his or her parents who are in a disturbed emotional state, but also with some complex legal regulations. To protect the rights of patient and parents in these difficult situations and to prevent legal consequences for clinical personnel for unlawful acts, it is essential that staff be familiar with all concerned legal rules and procedures. Interdisciplinary co-operation between the involved professionals should be encouraged to ensure a standardised procedure according to legal specifications. A growing number of mental hospitals for children and adolescents have no special locked door units but open wards that can be locked when required. A placement of voluntarily and involuntarily committed patients in the same unit can cause problems if the freedom of voluntary patients is restraint due to the placement of an interned patient. Unlawful restraint must be avoided by a sufficient number of staff and clear proceeding guidelines.

Key words: coercive measures – restraint – child- and adolescent psychiatry – legal permissibility – voluntarily and involuntarily committed patients

Zusammenfassung

Zwangsmaßnahmen sind bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen oder Erkrankungen nicht immer zu vermeiden. Oft sind sie die einzige Möglichkeit, einen Schaden von dem betroffenen Minderjährigen oder einem Dritten abzuwenden. In Betracht kommen freiheitsentziehende Unterbringungen, Fixierungen, Zwangsbehandlung und andere Maßnahmen gegen den Willen des Patienten. Für die Mitarbeiter kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken stellen Situationen, in denen über die Anwendung von Zwang entschieden werden muss, eine besondere Herausforderung dar. Neben den besonderen Anforderungen, die sich ohnehin aus der schwierigen emotionalen Verfassung der Beteiligten ergeben, bewegen sie sich in einem Spannungsfeld verschiedener rechtlicher Vorgaben. Zur Wahrung der Rechte des Minderjährigen und der Sorgeberechtigten und zur Vermeidung insbesondere

auch strafrechtlicher Konsequenzen ist eine genaue Kenntnis der rechtlichen Vorgaben und Verfahrensregelungen ebenso nötig wie ein interdisziplinärer Austausch zwischen den beteiligten Berufsgruppen. Aus aktuellem Anlass ist die Zulässigkeit so genannter Multifunktionsreinrichtungen zu problematisieren, die eine gemeinsame Unterbringung von Patienten mit und ohne Freiheitsentzug ermöglichen. Die Gefahr eines rechtswidrigen Freiheitsentzuges auch der offen untergebrachten Patienten lässt sich vermeiden, wenn durch eine ausreichende personelle Ausstattung und klare Handlungsanweisungen für das Personal sichergestellt ist, dass die üblichen und notwendigen Freiheitsbeschränkungen nicht den Grad eines Freiheitsentzuges erreichen.

Schlagwörter: Zwangsmaßnahmen – Freiheitsentziehung – Kinder- und Jugendpsychiatrie – rechtliche Zulässigkeit – fakultativ geschlossene Station

1 Einleitung

Jegliche Formen von Zwangsmaßnahmen stellen bei Erwachsenen und Kindern gleichermaßen schwere Eingriffe in das Selbstbestimmungsrecht und die persönliche Freiheit dar. Zwang kann zudem negative Auswirkungen auf den Erfolg einer Therapie haben, der häufig von der Krankheitseinsicht, der Einsicht in die Behandlungsbedürftigkeit und die Mitwirkung bei therapeutischen Maßnahmen beeinflusst wird. Maßnahmen, die nur unter Zwang angewendet werden können, brauchen deshalb eine besondere Begründung, welche auf einer fundierten Güterabwägung beruht. In bestimmten Situationen sind Zwangsmaßnahmen jedoch die einzige Möglichkeit, drohende Gefahren für den Betroffenen selbst oder für Dritte abzuwenden, die sich aus der speziellen psychischen Problematik des Patienten ergeben. Unter Zwangsmaßnahmen werden alle Maßnahmen verstanden, die gegen den ausdrücklichen Willen oder den Widerstand des Patienten, bei Kommunikationsunfähigkeit auch gegen den mutmaßlichen Willen, durchgeführt werden. In Betracht kommen grundsätzlich Fixierung (z. B. mittels eines Segofixgurtes), Isolierung, Zwangsmedikation, Zwangsernährung, Maßnahmen der Körperhygiene unter Zwang, geschlossene Unterbringung und freiheitsbeschränkende Maßnahmen (siehe Fetzer et al. 2006).

Zwangsmaßnahmen können indiziert sein bei einer akuten Eigengefährdung (z. B. bei einer dekompensierten Essstörung, einem akuten desorientierten psychotischen Syndrom oder bei Suizidgefahr), bei einer akuten Fremdgefährdung (z. B. bei einem Erregungszustand oder einem Verwirrheitszustand bei akuter Psychose), aber auch bei chronischer Eigengefährdung (z. B. bei fehlender Behandlungsbereitschaft) und chronischer Fremdgefährdung (Leitlinien der BAG 2001; Rütth 2006; Rütth u. Freisleder 2005). Chronischer Drogenmissbrauch, der von einigen Autoren ebenfalls als Indikation angesehen wird, dürfte dagegen aus juristischer Sicht Zwangsmaßnahmen meist nicht rechtfertigen, es sei denn, es handelt sich um massive Eigen- oder Fremdgefährdung (Ostendorf 2003).

Bei einem Verlust der Ich-Steuerung, der Realitätsorientierung und der Fähigkeit, altersentsprechende Eigenverantwortlichkeit wahrnehmen zu können (Psychosen

oder seelische Ausnahmezustände mit erheblicher Gefährdung für den Kranken selbst oder für andere) sind Maßnahmen gegen den Willen des Patienten oft unvermeidlich, um drohenden Schaden abzuwenden.

Jede Zwangsmaßnahme kann per se den Tatbestand einer Strafvorschrift erfüllen. So kann bei freiheitsentziehenden Unterbringung eine Freiheitsberaubung nach § 239 StGB verwirklicht werden, durch die Zwangsbehandlung kann ein Körperverletzungsdelikt nach den §§ 223 ff. StGB begangen werden, im Übrigen kommt bei der Anwendung von Zwang immer auch grundsätzlich eine Nötigung nach § 240 StGB in Betracht. Auf der anderen Seite kann das Untätigsein in bestimmten Situationen und bei gegensätzlichem Willen oder bei Widerstand des Betroffenen auch das Unterlassen von Zwang eine Strafbarkeit wegen eines echten oder unechten Unterlassungsdeliktes begründen. So begründet beispielsweise ein Behandlungsvertrag für den Arzt eine Garantenpflicht, eine notwendige Behandlung vorzunehmen (z. B. §§ 223, 13 StGB); für jedermann besteht die Pflicht, in Notsituationen im Rahmen der Möglichkeiten die erforderliche Hilfe zu leisten (§ 323c StGB).

Die Entscheidung für oder gegen eine Zwangsmaßnahme bewegt sich immer in diesem Spannungsfeld und kann für den Entscheidungsträger eine Gratwanderung darstellen. Um eine Strafbarkeit wegen der Zwangsmaßnahmen zu vermeiden, bedarf jede Anwendung von Zwang einer besonderen Rechtfertigung. Dies gilt gleichermaßen für das Unterlassen der notwendigen und möglichen Maßnahmen.

Bei Kindern und Jugendlichen ergibt sich gegenüber Erwachsenen die Besonderheit, dass sich Zwangsmaßnahmen sowohl gegen die Eltern als auch gegen die Kinder richten können. Kinder sind aufgrund ihrer Alters und ihrer Entwicklung in ihrer Autonomie eingeschränkt und bedürfen des Schutzes und der Betreuung. Diese Aufgabe ist laut Verfassung den Eltern zugewiesen. Art. 6 Abs. 2 GG schützt dieses Elternrecht gegen Eingriffe des Staates.

Zwangsmaßnahmen können sich darstellen als Maßnahmen gegen den Willen oder den Widerstand des Kindes mit Zustimmung der Eltern oder als Maßnahmen gegen den Willen der Eltern. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Maßnahmen gegen den Wunsch der Eltern das Kind auch dann belasten können, wenn es selbst einer Maßnahme nicht ablehnend gegenübersteht. Auch wenn das Selbstbestimmungsrecht der Eltern in diesem Fall dem Kindeswohl untergeordnet ist, können beim Kind Loyalitätskonflikte entstehen und die Belastung der familiären Situation wirkt sich insgesamt nachteilig auf die ohnehin problematische psychische Situation des Kindes aus.

In der folgenden Übersicht sollen einzelne Zwangsmaßnahmen vor dem Hintergrund ihrer rechtlichen Zulässigkeit beleuchtet werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es sich um ein rechtlich sensibles Gebiet handelt, in dem nicht alle Fragen restlos geklärt sind. Auf die jeweiligen rechtlichen Schwierigkeiten wird hingewiesen, bevor am Schluss einige praktische Empfehlungen für die Handhabung im klinischen Alltag gegeben werden.

2 Erforderlichkeit einer Rechtsgrundlage

Jeder Mensch hat das Recht auf ein selbstbestimmtes Leben. Nur in Ausnahmefällen sind Eingriffe durch den Staat oder durch Private mit Billigung durch die Rechtsgemeinschaft zulässig, wenn zum Schutz des Betroffenen oder Dritter eine Fremdbestimmung notwendig ist. Das kann der Fall sein bei Menschen mit geistiger Behinderung oder mit einer psychischen Erkrankung, die ihre Angelegenheiten nicht allein regeln können oder die eine Gefahr für sich selbst oder für andere darstellen.

In unserer Rechtsordnung ist der Freiheit des Einzelnen ein sehr hoher Stellenwert eingeräumt. Die in der Verfassung verbrieften Grundrechte schützen den Einzelnen vor ungerechtfertigten Eingriffen des Staates. Art. 2 Abs. 2 Satz 2 und Art. 104 des Grundgesetzes garantieren, dass in die Freiheitsrechte nur aufgrund eines förmlichen Gesetzes eingegriffen werden darf. Zwar schützen die Grundrechte den Betroffenen grundsätzlich nur gegen Eingriffe des Staates, ihre Wirkung strahlt jedoch auch auf die Beziehung zwischen Privaten aus. Zwangsmaßnahmen durch Private können im Falle der geschlossenen Unterbringung die bereits genannten Straftatbestände verwirklichen. Die entsprechenden Maßnahmen sind nur dann zulässig, wenn sie durch eine Norm, die die Anwendung von Zwang in einer besonderen Situation ausnahmsweise gestattet, gerechtfertigt sind.

Auch Kinder bedürfen des Schutzes und der Fürsorge, solange sie aufgrund ihrer Entwicklung nicht in der Lage sind, ihre Belange eigenverantwortlich zu regeln. Das Selbstbestimmungsrecht der Kinder korrespondiert dabei mit dem Erziehungsrecht der Eltern aus Art. 6 GG (BVerfGE 59, 360, 382). Die Pflege- und Erziehungsbedürftigkeit der Kinder erfordert in vielen Fällen Entscheidungen der Eltern, die dem Wunsch und Willen der Kinder widersprechen können. Ihr Selbstbestimmungsrecht ist insoweit eingeschränkt. Nach den in § 1626 BGB niedergelegten Grundsätzen haben die Eltern das Recht und die Pflicht, für das minderjährige Kind zu sorgen. Die elterliche Sorge umfasst die Sorge für die Person (Personensorge) und die Sorge für das Vermögen des Kindes (Vermögenssorge). Die Personensorge beinhaltet gemäß § 1631 Abs. 1 BGB das Recht und die Pflicht, das Kind zu pflegen, zu erziehen, zu beaufsichtigen und seinen Aufenthalt zu bestimmen. Dazu gehört auch die Gesundheitsfürsorge. Die Eltern haben alle notwendigen Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit des Kindes zu ergreifen, wie etwa Vorsorgeuntersuchungen und Vorstellungen bei einem Arzt im Falle einer Erkrankung. Das Elternrecht kann, wie bereits angedeutet, in einem Spannungsverhältnis mit den Persönlichkeitsrechten des Kindes stehen. Da das Elternrecht kein Recht im Sinne einer Selbstbestimmung, sondern eine Freiheit zum Schutz und im Interesse des Kindes ist (Veit in Bamberger u. Roth 2003, § 1626 Rn. 4), müssen die Befugnisse der Eltern mit abnehmender Erziehungs- und Pflegebedürftigkeit und zunehmender Selbstbestimmungsfähigkeit der Kinder zurückgedrängt werden (Veit in Bamberger u. Roth 2003, § 1626 Rn. 6). Missbrauchen oder missachten die Eltern ihre Pflicht zur Pflege und Erziehung des Kindes, kann der Staat das Elternrecht gemäß §§ 1666, 1666a BGB beschränken oder entziehen.

3 Einzelne Zwangsmaßnahmen

3.1 Behandlung allgemein

Ärztliche Eingriffe zur Diagnostik und Heilbehandlung werden in Deutschland seit der Entscheidung des Reichsgerichts aus dem Jahre 1894 (RGSt 25, 375) von der Rechtsprechung als Körperverletzung klassifiziert, wenn sie die körperliche Integrität berühren (BGHSt 11, 111, 112; BGH NSTz 1996, 34). Bei Einwilligung durch den Patienten ist dieser Eingriff gerechtfertigt und eine Strafbarkeit entfällt. Voraussetzung für eine rechtswirksame Einwilligung ist eine hinreichende ärztliche Aufklärung, um dem Patienten Art, Bedeutung und Tragweite des Eingriffs darzulegen und ihm ein Abwägen von Für und Wider des Eingriffs zu ermöglichen (BVerfG NJW 1979, 1925, 1929; BGHSt 16, 309).

Grundsätzlich bedarf ein Minderjähriger zur Abgabe einer rechtswirksamen Willenserklärung der Zustimmung seines gesetzlichen Vertreters (§§ 107 ff. BGB). Die Einwilligung eines Minderjährigen in eine Heilbehandlung wird jedoch nicht als Willenserklärung angesehen, sondern als Gestattung oder Ermächtigung zur Vornahme einer tatsächlichen Handlung, so dass die §§ 107 ff. BGB nicht unmittelbar anwendbar sind (BGHZ 29, 33; Hinz in Münchener Kommentar 2002, § 1626 Rn. 44). Ein Minderjähriger kann daher unter bestimmten Voraussetzungen selbst in eine medizinische Maßnahme einwilligen.

Ob in die Behandlung eines Minderjährigen dieser selbst oder aber die Eltern einwilligen müssen, hängt grundsätzlich davon ab, ob der Minderjährige einwilligungsfähig ist oder nicht. Einwilligungsfähigkeit ist gegeben, wenn der Minderjährige nach seiner geistigen und seelischen Reife die Bedeutung des Eingriffs und seiner Gestattung zu ermessen vermag (BGHZ 29, 33, 36 f.; Diedrichsen in Palandt 2006, § 1626 Rn. 16 f.).

Dabei sind an die Prüfung der Einsichtsfähigkeit umso höhere Anforderungen zu stellen, je jünger das Kind ist. Kann nach sorgfältiger Prüfung vom Vorliegen von Einsichtsfähigkeit ausgegangen werden, ist für die Erteilung oder Verweigerung der Einwilligung zu einer Behandlung allein auf den Willen des Minderjährigen abzustellen. Ein entgegenstehender Wille der Eltern ist unbeachtlich. So kann ein minderjähriger einsichtsfähiger Patient, der die Einnahme eines Medikaments verweigert, auch dann nicht dazu gezwungen werden, wenn die Eltern die Behandlung vom Arzt einfordern. Kann nicht vom Bestehen einer Einwilligungsfähigkeit ausgegangen werden oder bestehen erhebliche Zweifel, obliegt es den Eltern, eine Einwilligung zu erteilen oder diese zu versagen. Jedoch gilt auch bei einwilligungsunfähigen Kindern und Jugendlichen, dass nicht alle Maßnahmen gegen ihren Willen getroffen werden können. Insbesondere bei schwerwiegenden Eingriffen, die Folgen für die weitere Lebensführung haben können, muss ein entgegenstehender Wille unter Umständen beachtlich sein. In solchen Fällen ist dem Minderjährigen auch schon vor dem Erreichen von Einwilligungsfähigkeit ein Vetorecht zuzusprechen. Im Übrigen muss ihr entgegenstehender Wille immer dann berücksichtigt und respektiert werden, solange es sich nicht um einen medizinisch indizierten Eingriff handelt.

Allerdings sind an die Prüfung der Einsichtsfähigkeit gerade bei psychisch auffälligen Jugendlichen nicht geringe Anforderungen zu stellen. Zu beachten ist außer-

dem, dass der Minderjährige trotz der ihm zugestandenen grundsätzlichen Einwilligungsfähigkeit ohne die Zustimmung seines gesetzlichen Vertreters keinen wirksamen Behandlungsvertrag abschließen kann.

3.2 Unterbringung mit Freiheitsentzug

In bestimmten Situationen ist es unumgänglich, Minderjährige geschlossen unterzubringen, um sie vor Gefahren zu schützen. Eine freiheitsentziehende Unterbringung in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik kommt immer dann in Betracht, wenn die Gefährdung im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung oder Störung steht. Im Gegensatz dazu kommt bei rein pädagogisch gelagerten Problemfällen nur eine Unterbringung in einer Einrichtung der Jugendhilfe in Betracht.

Über die Anzahl der Betten, die für eine freiheitsentziehende Unterbringung zur Verfügung stehen, gibt es keine bundesweiten statistischen Daten. Eine Erhebung stößt insbesondere auch deshalb auf Schwierigkeiten, weil mittlerweile in vielen Kliniken bestimmte Stationen im Bedarfsfall geschlossen werden können, in der übrigen Zeit aber offen geführt werden. Auch über die Anzahl der jährlich durchgeführten freiheitsentziehenden Unterbringungen gibt es keine zuverlässigen Zahlen.

Schätzungen gehen von 2000 bis 3000 Fällen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie pro Jahr aus (Permien 2006). Die Zahl der Verfahren auf Erteilung einer familiengerichtlichen Genehmigung für die geschlossene Unterbringung von Kindern nach § 1631b BGB betrug nach der Erhebung des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2004 6999 (darunter 484 Verfahren auf Verlängerung der Unterbringung), wobei nicht zwischen der Unterbringung in Einrichtungen der Jugendhilfe und kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken unterschieden wird. Aus der Veröffentlichung lassen sich zudem keine Angaben über die Dauer der Unterbringung entnehmen. Die Zahlen werden im Übrigen von Praktikern bezweifelt (Salgo in Staudinger 2002, § 1631b Rn. 2).

Die sogenannte geschlossene Unterbringung oder besser Unterbringung mit Freiheitsentzug in der Kinder- und Jugendpsychiatrie dient in erster Linie der Krisenintervention und der Diagnostik und ist aus diesem Grunde in der Regel kurzfristig angelegt.

Eine freiheitsentziehende Unterbringung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie kann auf verschiedene rechtliche Grundlagen gestützt werden. Die wohl am häufigsten praktizierte Form ist die von den Sorgeberechtigten initiierte Unterbringung nach § 1631b BGB. Aufgrund der Ausrichtung dieses Beitrags auf Zwangsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie soll das kontrovers diskutierte Thema der geschlossenen Unterbringungen in Einrichtungen der öffentlichen Jugendhilfe, die nach dieser Vorschrift ebenfalls möglich ist, aus der Darstellung ausgeklammert bleiben (vgl. dazu Fegert 1998).

Unterbringung nach § 1631b BGB

Genehmigungserfordernis: Wie bereits dargestellt, umfasst das Recht zur Personensorge auch das Recht, den Aufenthalt des Kindes zu bestimmen. Halten die Eltern aufgrund des Verhaltens oder der Erkrankung ihres Kindes eine freiheitsentziehende

Unterbringung, zum Beispiel in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, für erforderlich, ist diese Entscheidung nicht allein von ihrem Aufenthaltsbestimmungsrecht gedeckt. § 1631b BGB bestimmt, dass eine Unterbringung, die mit Freiheitsentzug verbunden ist, einer Genehmigung des Familiengerichts bedarf. Dabei bedeutet Unterbringung jede Fremdplatzierung des Kindes oder Jugendlichen außerhalb des Elternhauses (Salgo in Staudinger 2002, § 1631b Rn. 11). Die Unterbringung ist mit Freiheitsentziehung verbunden, wenn die körperliche Bewegungsfreiheit des Kindes gegen seinen natürlichen Willen allseitig und umfassend beeinträchtigt wird (Huber in Münchener Kommentar 2002, § 1631b Rn. 4). Von der Vorschrift des § 1631b BGB werden nur mit Freiheitsentzug verbundene Unterbringungen erfasst. Bloße Freiheitsbeschränkungen sind keiner Genehmigungspflicht unterworfen (Huber in Münchener Kommentar 2002, § 1631b Rn. 5). Eine Abgrenzung zwischen Freiheitsentzug und bloßen Freiheitsbeschränkungen kann sich jedoch im Einzelfall schwierig gestalten. Typische Merkmale für Freiheitsentzug sind das Festhalten des Betroffenen auf einem bestimmten beschränkten Raum durch technische oder nichttechnische Sicherheitsvorkehrungen wie zum Beispiel Gitter, Zäune, Mauern, gesicherte Türen und Fenster, Wachpersonal, angedrohte Sanktionen für den Fall des Entweichens aber auch die ständige Überwachung des Aufenthalts und die Verhinderung der Kontaktaufnahme mit Personen außerhalb des Raumes durch Sicherheitsmaßnahmen (Salgo in Staudinger 2002, § 1631b Rn. 12). Freiheitsbeschränkungen sind dagegen beispielsweise beschränkte Ausgangszeiten oder das Verschließen des Hauses zur Nachtzeit. Eine Abgrenzung muss sich am Einzelfall orientieren und insbesondere das Alter des Untergebrachten berücksichtigen: Was für ein Kleinkind noch Freiheitsbeschränkung ist, kann für einen Jugendlichen bereits Freiheitsentziehung sein (Gernhuber u. Coester-Waltjen, § 62 III 3). Das Festhalten und Überwachen auf einer geschlossenen Station geht über die altersgemäßen Beschränkungen hinaus und stellt somit eine Freiheitsentziehung, und nicht nur eine Freiheitsbeschränkung dar (OLG Düsseldorf, FamRZ 1963, 312).

Eine Freiheitsentziehung scheidet aus, wenn die Unterbringung mit Einwilligung des Minderjährigen geschieht, denn eine Freiheitsentziehung setzt begriffsnotwendig ein Handeln ohne oder gegen den Willen des Betroffenen voraus. Wenn ein einsehbarer Jugendlicher in eine Unterbringung mit Freiheitsentzug einwilligt, stellt sich die Frage, ob eine Genehmigung des Familiengerichts daher in diesen Fällen nicht erforderlich ist und auch nicht erteilt oder versagt werden kann, weil § 1631b BGB nicht anwendbar ist. In Rechtsprechung und Literatur ist diese Frage umstritten. Die Familien- früher Vormundschaftsgerichte (vor der Kindschaftsrechtsreform im Jahre 1998 waren die Vormundschaftsgerichte für die Genehmigung zuständig, nach der Reform sind dies nunmehr die Familiengerichte) vertreten vielfach diese Ansicht, da bei einer Einwilligung keine genehmigungspflichtige Freiheitsentziehung vorliege (z. B. BayObLGZ 1954, 302). Fraglich ist aber, ob ein psychisch gestörter Jugendlicher, der aufgrund seines Verhaltens oder eines massiven Störungsbildes geschlossen in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik untergebracht werden soll, überhaupt in der Lage sein kann, eine rechtswirksame Einwilligung abzugeben. Eine freiheitsentziehende Unterbringung kommt in diesen Fällen wie oben dargestellt nur in Ausnahmesituationen in Betracht. Wo eine Beur-

teilung von Einwilligungsfähigkeit, die sich nicht an festen Altersgrenzen orientieren kann, schon bei psychisch unauffälligen Minderjährigen keine leichte Aufgabe ist (Wölke 2001), ist sie umso schwieriger bei psychisch gestörten oder sich in einer Ausnahmesituation befindlichen Kindern und Jugendlichen (Gollwitzer u. Rütth 1996). In den Fällen, in denen eine freiheitsentziehenden Unterbringung indiziert ist, dürfte die Fähigkeit, altersentsprechende Eigenverantwortung wahrzunehmen, in der Regel eingeschränkt oder aufgehoben sein. Insbesondere in Akutsituationen ist die Zeitspanne, die zur Prüfung der Einwilligungsfähigkeit für den Verantwortlichen zur Verfügung steht, äußerst kurz, eine sichere Beurteilung der Einsichtsfähigkeit ist daher kaum möglich. Zu berücksichtigen ist auch, dass Eltern und Therapeuten den Minderjährigen in seiner Entscheidung stark beeinflussen können und die „Einwilligung“ dann möglicherweise aus einer Drucksituation oder einem Loyalitätskonflikt heraus erteilt wird. Eine rechtswirksame Einwilligung wird daher nur in wenigen Fällen angenommen werden können, wenn eine Einwilligungsfähigkeit zweifelsfrei vorliegt, zum Beispiel bei Mädchen mit einer Anorexie, die die theoretische Notwendigkeit des Zwangs für ihre Behandlung verstehen und selbst einem Behandlungsabbruch vorbeugen wollen.

Eine spezielle Problematik im Zusammenhang mit der Beurteilung von Freiheitsentziehung stellt sich bei fakultativ geschlossenen Stationen, die in den meisten kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken vorgehalten werden. In diesen Fällen verfügen die Kliniken nicht über einen gesonderten geschlossenen Bereich, sondern die Station ist im Bedarfsfall für den betroffenen Patienten verschließbar. In der praktischen Ausgestaltung muss dann zwischen „offen“ und „geschlossen“ untergebrachten Patienten unterschieden werden: die „offen“ untergebrachten Patienten müssen die Möglichkeit haben, die Station zu verlassen, während die „geschlossen“ untergebrachten Patienten die Station nicht oder nur unter bestimmten Voraussetzungen verlassen können.

Die unterschiedlichen Unterbringungsmodalitäten stellen besondere Anforderungen an das Stationspersonal, weil unter Umständen auch die Gefahr einer strafrechtlichen Verfolgung begründet werden kann, wie in einem sich jüngst in Niedersachsen ereigneten Fall deutlich wurde. Hier wurde ein Strafverfahren gegen einen Klinikverantwortlichen wegen Freiheitsberaubung eingeleitet, weil ein offen untergebrachter 9-jähriger Patient wegen eines gleichzeitig auf derselben Station geschlossen Untergebrachten die Station nicht jederzeit verlassen konnte, sondern zunächst beim Personal um die Öffnung der Stationstür nachfragen musste. Dadurch, dass dem Patienten eine freie Bewegung zwischen der Station, anderen Gebäudeteilen und den Außenanlagen nicht zugestanden habe und aus der Notwendigkeit, vor jedem Verlassen der Station einen Pfleger fragen zu müssen, was die Gefahr beinhalte, dass der Wunsch, die Station zu verlassen, gar nicht erst geäußert werde, sei nach Ansicht der zuständigen Staatsanwaltschaft von einer freiheitsentziehenden Maßnahme auszugehen. Da diese Freiheitsentziehung weder durch eine Genehmigung des Familiengerichts gedeckt noch durch eine andere Rechtsgrundlage gerechtfertigt war, wurde dem Verantwortlichen eine Freiheitsberaubung im Sinne des § 239 StGB vorgeworfen. Auch wenn das Ermittlungsverfahren mittlerweile von der Staatsanwaltschaft gemäß § 153 StPO eingestellt wurde, ergibt sich generell die Fra-

ge nach der Zulässigkeit einer gemeinsamen Unterbringung von „offenen“ und „geschlossenen“ Patienten auf einer Station.

In diesen Fallkonstellationen kommt die Abgrenzung zwischen genehmigungspflichtigen Freiheitsentziehungen und genehmigungsfreien Freiheitsbeschränkungen zum Tragen. Dabei ist zunächst festzuhalten, dass auch ein auf einer offenen Station untergebrachter Patient die Station nicht jederzeit ohne jedwede Einschränkungen verlassen kann. Dies verbietet sich schon vor dem Hintergrund der bestehenden Aufsichtspflicht des Klinikpersonals. Altersgerechte Beschränkungen, wie das Erfordernis des Fragens, ob man die Station verlassen dürfe oder des Untersagens des Spielens im Hof zu bestimmten Zeiten, sind auch auf offenen Stationen schon aus organisatorischen Gründen notwendig und entsprechen den natürlichen familiären Verhältnissen, wo sich Kinder in der Regel auch abmelden und beim Verabschieden angeben, wo sie hinzugehen gedenken und wann sie wiederkommen werden. Die Aufsichtspflicht verlangt je nach Alter und Störungsgrad der Patienten einen hohen Personalaufwand, der im Hinblick auf die Bedürfnisse aller Patienten effizient geregelt werden muss. Eine „Eins zu Eins“-Betreuung, die es jedem Patienten jederzeit ermöglicht, seinem Bewegungsdrang nachzukommen und gleichzeitig entsprechend beaufsichtigt zu werden, ist in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik ebenso wenig möglich wie in der familiären Situation zu Hause oder in kinderbetreuenden Einrichtungen.

Die Führung einer fakultativ geschlossenen Station erfordert in der Regel einen erhöhten Personalbedarf, da sichergestellt werden muss, dass ein Verlassen der Station über die üblichen Beschränkungen hinaus nicht durch den oder die geschlossenen untergebrachten Patienten behindert wird.

Welche Hindernisse die Unterbringung als Freiheitsentziehung klassifizieren, kann nicht pauschal beantwortet werden, sondern muss sich immer an den Umständen des Einzelfalls orientieren. Ob allein die Tatsache, dass vor dem Verlassen der Station zunächst ein Mitarbeiter gesucht werden muss, der die Stationstür öffnet, genügt, einen Freiheitsentzug anzunehmen, scheint zweifelhaft. Wird allerdings das Verlassen der Station dermaßen erschwert, dass es den Patienten davon abhalten kann, seinem Wunsch nach Bewegung nachzukommen, ist eine Freiheitsentziehung anzunehmen. In einem solchen Fall ist dann die Einholung einer familienrechtlichen Genehmigung für die Unterbringung erforderlich, die in der Regel zu versagen sein wird, wenn eine freiheitsentziehende Unterbringung gerade nicht erforderlich ist, um dem Wohl des Patienten zu entsprechen.

Hielte man Multifunktionseinrichtungen vor diesem Hintergrund für bedenklich, müsste die Forderung danach aufgestellt werden, spezifische geschlossene Betten in einer Klinik vorzuhalten, da kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken aufgrund ihres Versorgungsauftrages verpflichtet sind, Kriseninterventionen und Behandlungen notfalls auch unter geschlossenen Bedingungen durchzuführen. Für die Träger der Krankenhäuser bedeutet dies, dass erhebliche Investitionen notwendig wären, um die nötigen baulichen Maßnahmen vornehmen zu können, damit ein entsprechender Sicherheitsstandard gewährleistet werden kann. Ein solcher Aufwand wäre gerechtfertigt und sogar zu fordern, wenn er notwendig wäre, um unberechtigte Freiheitsentziehungen zu verhindern. Diese Notwendigkeit wird aber

grundsätzlich bezweifelt werden müssen, da es entscheidend auf die Ausgestaltung der Unterbringung und nicht formal auf die Bezeichnung und bauliche Gestaltung der Station ankommt.

Eine Multifunktionseinrichtung hat gegenüber den rein geschlossenen Stationen erhebliche Vorteile. Zunächst müssen Patienten, die auf einer geschlossenen Station untergebracht sind, auf eine offene Station verlegt werden, wenn die Krisensituation beendet ist, weil das Kindeswohl eine Freiheitsentziehung nicht mehr erfordert und eine solche unzulässig macht. Dies ist dann mit Beziehungsabbrüchen und Betreuungswechseln verbunden, welche die erzielten Zwischenergebnisse wieder in Frage stellen können. Gerade ein Herstellen von Beziehungsfähigkeit ohne Ausweichmöglichkeit ist aber oft ein Ziel der freiheitsentziehenden Unterbringung. Das Erfordernis einer Verlegung auf eine andere Station kann angesichts des hohen Aufnahmedrucks in den kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken auch zu logistischen Problemen führen. In einer multifunktionellen Einrichtung ist eine solche Verlegung nicht notwendig. Daneben sprechen auch therapeutische Aspekte für fakultativ geschlossene Stationen: „geschlossen“ untergebrachte Patienten erleben auf einer „gemischten“, das heißt nur für den betroffenen Patienten geschlossenen, Station eine therapeutisch integrierte Peergruppe und können vom Vorbild der weiter fortgeschrittenen Patienten profitieren, während rein geschlossene Stationen in aller Regel ein künstlich zu hohes Aggressionspotential durch die Konzentrierung der dort behandelten schwer gestörten Patienten aufweisen.

Die freiheitsentziehende Unterbringung ist in der Klinik in der Regel ein Ausnahmefall. Gerade kleineren Häusern würden durch die Pflicht zur Vorhaltung geschlossener Plätze wichtige Kapazitäten für die Behandlung „offener“ Patienten verloren gehen, wenn eine räumliche Ausweitung nicht möglich ist. Multifunktionseinrichtungen sind dann unbedenklich, wenn durch ausreichende personelle Kapazitäten sichergestellt werden kann, dass die Freiheit der übrigen Patienten nicht entzogen wird. Insofern ist auch die Einhaltung der personellen Vorgaben nach der Psychiatrie-Personalverordnung ein wichtiger Maßstab für diese Einschätzung.

Durch entsprechende Handlungsanweisungen für das Personal im Falle einer freiheitsentziehenden Unterbringung auf der Station muss sichergestellt werden, dass es nicht zu einer Freiheitsentziehung für andere Patienten kommt. Dabei wird nicht jede Beschränkung der Freiheit als genehmigungspflichtige Freiheitsentziehung zu werten sein. Unerhebliche Wartezeiten und das Fragen des Personals vor dem Öffnen der Stationstür sind zumutbar und werden wie auch sonst organisatorische Einschränkungen der Freiheit hinzunehmen sein (z. B. Verschluss des Hauses in der Nacht oder Schließen der Tür bei sehr kleinen Kindern, die der ständigen Aufsicht bedürfen). Weichen die Einschränkungen bei Unterbringung eines „geschlossenen“ Patienten allerdings stark von den sonst üblichen Gepflogenheiten des Stationsalltags ab, wenn die Station offen geführt wird, kommt eine Freiheitsentziehung in Betracht. Ist allerdings ein alleiniger Ausgang nicht möglich, weil die Stationsordnung oder das Alter des Patienten altersentsprechende Einschränkungen der Bewegungsfreiheit erfordern, die als bloße Freiheitsbeschränkungen nicht genehmigungspflichtig sind und die auch ohne einen geschlossen Untergebrachten auf der Station vorkommen, kann nicht von einer Freiheitsentziehung ausgegangen werden.

Der Gefahr einer Freiheitsentziehung auf fakultativ geschlossenen Stationen, die strafrechtliche Konsequenzen haben kann, muss sich das Personal der Klinik stets bewusst sein. Werden durch entsprechende personelle und organisatorische Maßnahmen aber die richtigen Vorkehrungen getroffen (z. B. durch Dienstanweisungen, Stationsordnungen, ärztliche Anordnungen oder Erörterung in Visiten), dürfte sich diese Gefahr vermeiden lassen.

Ist eine Freiheitsentziehung notwendig und wird sie von den Eltern gewünscht, ist eine familiengerichtliche Genehmigung erforderlich. Der Entscheidung der Eltern, ihr Kind geschlossen unterzubringen wird eine richterliche Kontrollinstanz entgegengesetzt. Dadurch soll gewährleistet werden, dass Eltern ihr Kind nicht schon dann in eine geschlossene Einrichtung verbringen dürfen, wenn bei sinnvoller Wahrnehmung des Erziehungsrechts eine Problemlösung auf weniger schwerwiegende Weise erreicht werden kann (BT-Drucks. 8/2788, S. 28). Eine sachlich ungerechtfertigte Unterbringung mit Freiheitsentziehung soll in jedem Fall auch gegen den Wunsch der Eltern verhindert werden.

Die Genehmigung ist grundsätzlich vor der Unterbringung einzuholen (Huber in Münchener Kommentar 2002, § 1631b Rn. 10). In Ausnahmefällen ist eine Unterbringung jedoch auch ohne vorherige Genehmigung zulässig, wenn mit dem Aufschub Gefahr für den Minderjährigen selbst oder für Dritte verbunden ist, § 1631b Satz 2 BGB. Die Genehmigung ist dann unverzüglich, das heißt ohne schuldhaftes Zögern (§ 121 Abs. 1 Satz 1 BGB), nachzuholen.

Materielle Voraussetzungen für die Erteilung der Genehmigung: Obwohl es sich bei einem Freiheitsentzug um einen der schwersten denkbaren Grundrechtseingriffe handelt, sind die materiellen Voraussetzungen für die Genehmigung der Entscheidung in § 1631b BGB nur knapp und unpräzise formuliert. Voraussetzung für die Erteilung der Genehmigung ist hiernach, dass die Unterbringung dem Wohl des Kindes dient. Weil die einzige materielle Voraussetzung der Unterbringung durch einen unbestimmten Rechtsbegriff normiert wurde, der ausfüllungsbedürftig und von Wertungen und Wertvorstellungen abhängig ist, wird die Vorschrift, vor allem wenn es allein um erzieherische Maßnahmen geht, von manchen Autoren für verfassungswidrig gehalten (Schlink u. Schattenfroh 2001). Das Bundesverfassungsgericht hat sich jedoch mit dieser Frage noch nicht auseinandergesetzt. Eine vom Bundesjustizministerium aufgrund der Vereinbarung im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 11.11.2005 eingesetzte Arbeitsgruppe beschäftigt sich derzeit mit einer möglichen gesetzlichen Präzisierung.

An welchen Kriterien sich die Beurteilung des Kindeswohls im Einzelfall nach der derzeitigen Rechtslage zu orientieren hat, lässt sich durch die umfangreiche Rechtsprechung und zahlreiche Veröffentlichungen (vgl. nur grundsätzlich Coester 1983 und aus neuerer Zeit Fegert 2000; Zitelmann 2001) mittlerweile in vielen Fällen relativ gut einschätzen. Jedoch erfordert jeder Fall eine sorgfältige eigene Beurteilung, welche die individuellen Umstände genau berücksichtigt. Tatsächlich können im Einzelfall die Vorstellungen der Beteiligten darüber, was dem Wohle des Kindes am besten entspricht, weit auseinandergehen.

Das Familiengericht hat bei der Beurteilung des Kindeswohls einen umfassenden Kontrollauftrag. Dazu gehört die Prüfung der Frage, ob die Form der Unterbringung unerlässlich ist. Eine Genehmigung darf nur erteilt werden, wenn es keine weniger einschneidende, gleich wirksame Maßnahme gibt. Weiterhin muss die in Aussicht genommene Unterbringung dem Wohl des Minderjährigen auch tatsächlich gerecht werden können (Huber in Münchener Kommentar 2002, § 1631b BGB Rn. 11). Bei seiner Entscheidung muss das Familiengericht die Verhältnismäßigkeit der Maßnahme berücksichtigen. Dabei muss die Gefährdung des Kindeswohls mit den Nachteilen der freiheitsentziehenden Unterbringung abgewogen werden (Strätz in Soergel 1987, § 1631b Rn. 10). Eine Unterbringung darf nur dann genehmigt werden, wenn die Gefährdung des Kindeswohls die Nachteile der Unterbringung überwiegt.

Verfahren zur Genehmigung der Unterbringung: Das Genehmigungsverfahren wird durch einen Antrag der Sorgeberechtigten an das zuständige Gericht eingeleitet. In Fällen, in denen die Eltern einen Antrag nach § 1631b BGB nicht stellen können (z. B. weil sie verreis sind) oder nicht stellen wollen (z. B. weil sie uneinsichtig sind), wird das Gericht nach entsprechenden Hinweisen von Amts wegen tätig und überprüft, ob die Erklärung der Eltern hier ersetzt wird oder ob ein partieller oder vollständiger Entzug des Sorgerechts nach §§ 1666, 1666a BGB erforderlich ist.

Das Verfahren richtet sich nach den Vorschriften der §§ 70 ff FGG. Zuständig für die Entscheidung ist das Familiengericht, in dessen Bezirk der Betroffene seinen gewöhnlichen Aufenthaltsort hat. Bei Eilmaßnahmen kann sich der Verantwortliche auch an das örtliche Gericht wenden, dieses verweist den Rechtsstreit dann gegebenenfalls an das zuständige Gericht.

Für Unterbringungssachen gibt es eine spezielle Regelung zur Verfahrenspflegschaft in § 70b FGG. Hier ist in Abs. 1 geregelt, dass das Gericht dem Betroffenen einen Verfahrenspfleger bestellt, „soweit dies zur Wahrnehmung der Interessen des Betroffenen erforderlich ist“. Ob Erforderlichkeit hier gegeben ist, hat das Gericht nach pflichtgemäßem Ermessen zu beurteilen.

Bei Kindern oder Jugendlichen, die sich in einer psychischen Ausnahmesituation befinden und bei denen die Eltern in der Regel gegen ihren Willen das Genehmigungsverfahren betreiben und somit ein massiver Interessenkonflikt besteht, ist die Erforderlichkeit einer Verfahrenspflegschaft in der Regel anzunehmen, es sei denn, es liegt eine der von Gesetz normierten Ausnahmen vor. Eine solche kann vorliegen, wenn das Interesse des Betroffenen an der Bestellung des Verfahrenspflegers offensichtlich nicht besteht oder wenn der Betroffene von einem Rechtsanwalt vertreten wird (§ 70b I 3 i. V. m. § 67 I S. 3, § 70b III FGG). Der Verfahrenspfleger soll nicht die Rolle des Interessenvertreters des Kindes oder der Eltern spielen, er muss vielmehr das Wohl des Kindes vertreten. Widersprechen sich im Einzelfall Kindeswohl und Kindeswille, hat er dafür Sorge zu tragen, dass beides in das Verfahren eingebracht wird (Zitelmann 2001).

Ausdrücklich vorgesehen ist die Bestellung eines Verfahrenspflegers, wenn das Gericht von einer Anhörung des Betroffenen nach § 70c Satz 5 i. V. m. § 68 II FGG absieht. Unterbleibt die Bestellung eines Verfahrenspflegers, hat das Gericht diese Entscheidung gemäß § 70b Abs. 3 FGG nachvollziehbar und fallbezogen zu begrün-

den. Ein Widerspruch des Betroffenen steht der Bestellung eines Verfahrenspflegers nicht entgegen. Das Ende der Verfahrenspflegschaft wird in § 70b III FGG geregelt.

Die Auswahl des Verfahrenspflegers steht im pflichtgemäßen Ermessen des Gerichts, bestimmt werden kann jede geeignete Person, z. B. Rechtsanwälte, Sozialarbeiter oder Mitarbeiter von Betreuungsbehörden. Die Person sollte, wenn es um eine Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik geht, im Umgang mit psychisch Kranken erfahren sein und die Lebensverhältnisse des Betroffenen kennen. Bei der Auswahl soll auf eine nötige kritische Distanz sowohl zum psychiatrischen Sachverständigen als auch zum Sorgeberechtigten geachtet werden. Zu den Aufgaben des Verfahrenspflegers gehören die regelmäßige Information, Beratung und Begleitung des Kindes im Verfahren. Weiterhin beinhaltet die Verfahrenspflegschaft die Einflussnahme auf die Gestaltung des Verfahrens im Interesse des Kindes (z. B. Anregungen zur richterlichen Amtsermittlung). Zentral sind die Aufgaben der Ermittlung und Bestimmung der Interessen des Kindes und die Übermittlung an das Gericht (Zitelmann 2001).

In der Praxis finden diese Verfahrensrechte oft nicht in ausreichendem Maße Berücksichtigung. Die Bestellung von Verfahrenspflegern ist entgegen der Vorschriften des FGG in der Praxis nicht die Regel. Vielfach werden selbst in Fällen keine Verfahrenspfleger bestellt, für die sie nach der Intention des Gesetzgebers gerade vorgesehen sind, ohne dass für das Absehen von einer Bestellung die gesetzlich vorgeschriebene Begründung gegeben wird. Bei der Bestellung von Verfahrenspflegern herrschen regional sehr unterschiedliche Gepflogenheiten. Dies zeigt sich sowohl in der Anzahl der Bestellung von Verfahrenspflegern als auch im Zeitraum der zwischen Unterbringung und Bestellung des Verfahrenspflegers vergeht. Die mit dieser Aufgabe betrauten Personen sind den betroffenen Kindern und Jugendlichen zudem sehr oft nicht als Person bekannt.

Das Gericht hat den Betroffenen persönlich und soweit erforderlich (und vom Betroffenen gestattet) in seiner persönlichen Umgebung anzuhören, um sich einen unmittelbaren Eindruck von ihm zu verschaffen (§ 70c FGG). Durch die Verweisung auf § 68 IV FGG wird dem Gericht nahegelegt, sich bei der Anhörung durch einen Sachverständigen beraten zu lassen. Das Gericht darf nur ausnahmsweise von einer Anhörung absehen, wenn durch die Anhörung erhebliche Nachteile für die Gesundheit des Betroffenen zu befürchten sind oder wenn der Betroffene nach dem unmittelbaren Eindruck des Gerichts nicht in der Lage ist, seinen Willen kundzutun. Somit muss eine Anhörung immer dann stattfinden, wenn ein Gespräch mit dem Betroffenen möglich ist, weil sonst das Grundrecht auf rechtliches Gehör aus Art. 103 I GG verletzt ist. Das Gericht hat den Betroffenen darüber hinaus über den möglichen Verlauf des Verfahrens zu unterrichten.

In der Praxis sind häufig Fälle zu beklagen, in denen keine oder nur eine verzögerte Anhörung stattfindet und sogar Fälle, in denen sich Familienrichter schlicht weigern, eine Anhörung durchzuführen. Dabei ist die Durchführung einer Anhörung bis auf wenige Ausnahmen auch therapeutisch geboten, da sie den betroffenen Kindern und Jugendlichen zumindest ansatzweise eine Partizipationsmöglichkeit einräumt und dem Richter eine verantwortungsvolle Entscheidung darüber, was dem Wohl des Kindes in dieser Situation am besten entspricht, erst ermöglicht. § 70d Abs. 2 FGG verlangt, dass die Personenberechtigten persönlich anzuhören

sind. Die Vorschrift dient dem Ziel, die Entscheidung des Gerichts auf eine möglichst breite Grundlage zu stellen.

Das Gericht muss vor seiner Entscheidung gemäß § 70e FGG das Gutachten eines Sachverständigen einholen, der den Betroffenen persönlich zu untersuchen oder zu befragen hat. Das Gesetz statuiert, dass der Sachverständige in der Regel Arzt für Psychiatrie sein soll, zumindest aber über Erfahrungen auf dem Gebiet der Psychiatrie verfügt. Bei der Unterbringung von Minderjährigen wäre darüber hinaus zu fordern, dass der Sachverständige Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie ist oder sich zumindest in einem fortgeschrittenen Stadium seiner Facharztausbildung befindet. Die Frage nach der Verhältnismäßigkeit einer Unterbringung, die insbesondere die Notwendigkeit und die möglichen Auswirkungen eines Freiheitsentzuges beinhaltet, kann ohne klinisch-psychotherapeutische Kompetenz nicht beantwortet werden. Auch dürfte die Begutachtung eines Minderjährigen ohne klinisch-psychiatrische Sachkompetenz dem Kindeswohl nicht dienlich sein. Das Gutachten des Sachverständigen muss im familiengerichtlichen Verfahren vom Richter daraufhin überprüft werden, ob es zumindest hinreichenden Qualitätsansprüchen genügt. Dabei kann eine Orientierung an den durch eine Kommission der drei kinder- und jugendpsychiatrischen Fachverbände festgelegten Qualitätsmerkmalen für Begutachtungen (Klosinski 2006) erfolgen. Ein entsprechendes Gutachten ist nach dem Gesetzestext auch dann nicht entbehrlich, wenn die Anhörung durch den Richter eindeutig ergibt, dass die Voraussetzungen einer Unterbringungsmaßnahme vorliegen.

Bei der Entscheidung des Gerichts handelt es sich nicht um die Anordnung einer Unterbringung, sondern um die Genehmigung einer Entscheidung der Eltern. Die Entscheidung ergeht als Beschluss, der Tenor enthält die genaue Bezeichnung der Unterbringungsmaßnahme (z. B. die Art der Unterbringungseinrichtung), die konkrete Institution bestimmen aber die gesetzlichen Vertreter. Weiterhin enthalten ist der Zeitpunkt, zu dem die Unterbringungsmaßnahme endet, wenn sie nicht vorher verlängert wird. Dieser Zeitpunkt darf höchstens ein Jahr, bei „offensichtlich langer Unterbringungsbedürftigkeit“ zwei Jahre nach Erlass der Entscheidung liegen (§§ 70 f. I Nr. 3 FGG).

Da die Unterbringung rechtlich allein von den Sorgeberechtigten ausgeht, kann sie allein durch deren Entscheidung auch wieder beendet werden und zwar auch gegen ausdrücklichen ärztlichen Rat. Kann eine Entlassung zu diesem Zeitpunkt allerdings ärztlich nicht vertreten werden, ist der verantwortliche Leiter der Einrichtung oder der Arzt berechtigt, die Herausgabe des Kindes zu verweigern. Er muss dann sofort das Familiengericht informieren, das dann von Amts wegen tätig wird und einen partiellen oder vollständigen Entzug des Sorgerechts gemäß §§ 1666, 1666a BGB veranlassen kann. Keinesfalls darf der Arzt in dieser Situation ein schwerst gefährdetes Kind erst einmal entlassen, um die Entscheidung des Familiengerichts abzuwarten (Salgo in Staudinger 2002, § 1631b Rn. 28). Eine fortbestehende Gefährdung des Kindeswohls rechtfertigt in diesem Fall die im Rahmen der Güterabwägung weniger schwer wiegende Fortführung des Freiheitsentzuges. Besteht dagegen keine ausdrückliche Indikation zur freiheitsentziehenden Unterbringung mehr, muss der Arzt das Kind herausgeben, auch wenn eine aufhebende Entscheidung des Gerichts noch nicht vorliegt.

Gemäß § 1631b Satz 3 BGB hat das Gericht die Genehmigung zurückzunehmen, wenn das Wohl des Kindes die Unterbringung nicht mehr erfordert (öffentlich-rechtliche Pflicht). § 1631b Satz 3 BGB erfasst die Fälle, in denen das Unterbringungsbedürfnis nicht erst mit Fristablauf, sondern schon früher wegfällt. Das Gericht muss daher auf Antrag eine entsprechende Überprüfung der Unterbringungs-voraussetzungen vornehmen. Auch ohne einen entsprechenden Antrag ergibt sich aus der Vorschrift selbst, dass das Gericht in angemessenen Abständen von Amts wegen auch ohne besonderen Anlass eine Überprüfung vorzunehmen hat (Salgo in Staudinger 2002, § 1631b Rn. 28).

Die Unterbringung nach § 1631b BGB erfordert vom unterbringenden Kinder- und Jugendpsychiater ein hohes Maß an Initiative. So muss er sich unter Umständen um Mitteilung an das Gericht kümmern, die Einhaltung der Fristen beachten, Konflikte mit den Eltern austragen und sich gegebenenfalls wieder an das Gericht wenden. Bei Eilmaßnahmen können diese Probleme umgangen werden, wenn der Arzt das Jugendamt einschaltet. Das Jugendamt ist in solchen Fällen zu einer Inobhutnahme gemäß § 42 KJHG verpflichtet, überprüft die Einhaltung der Fristen, wendet sich an das zuständige Gericht und stellt die erforderlichen Anträge, informiert gegebenenfalls die Eltern. Bei kinder- und jugendpsychiatrischen Notfällen ist diese Lösung die schnellere und elegantere. Hier kann vom Arzt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Aufklärungsarbeit dahingehend geleistet werden, dass das Jugendamt den Eltern entsprechende Hilfestellungen anbieten kann.

Weitere Rechtsgrundlagen für eine Unterbringung

Eine freiheitsentziehende Unterbringung kommt nicht nur auf Initiative der Sorgeberechtigten nach § 1631b BGB in Betracht, sondern kann auch auf andere Rechtsgrundlagen gestützt werden. Zunächst ermöglicht § 42 Abs. 3 SGB VIII die freiheitsentziehende Unterbringung von Kindern und Jugendlichen durch eine Inobhutnahme durch das Jugendamt auf Wunsch des Kindes oder Jugendlichen, aber auch in Notfällen ohne einen entsprechenden Wunsch. Voraussetzung für die Zulässigkeit der freiheitsentziehenden Unterbringung ist eine Gefahr für Leib oder Leben. Es muss also die Gefahr einer Fremd- oder Selbsttötung bestehen oder die Gefahr einer schweren Körperverletzung. Die freiheitsentziehende Maßnahme muss geeignet sein, die Gefahr abzuwenden und erforderlich sein, das heißt, es dürfen keine mildereren oder besser geeigneten Maßnahmen zur Gefahrenabwehr ausreichend sein. § 42 Abs. 3 SGB VIII erlaubt eine Freiheitsentziehung nur bis zum Ablauf des Tages nach ihrem Beginn, das heißt für die Restzeit des ersten und den gesamten zweiten Tag, also für höchstens 48 Stunden. Besteht die Gefahr nach diesem Zeitpunkt fort, ist unverzüglich das Familiengericht einzuschalten. Für das Verfahren gelten die Vorschriften der §§ 70 ff. FGG. Wenn der Sorgeberechtigte der Unterbringung widerspricht, ist das Familiengericht sofort (auch vor Ablauf der Frist) anzurufen.

Unklar ist die Praxis vieler Jugendämter, Inobhutnahmen nach § 42 Abs. 3 SGB VIII nur auf Begehren der Minderjährigen durchzuführen, obwohl diese Einschränkung keine Grundlage im Gesetz findet. Vielen Jugendamtsmitarbeitern ist nicht bekannt, dass eine Inobhutnahme – bei medizinischer Indikation und dann auch zulasten der Krankenversicherung – auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie stattfinden kann.

Eine Unterbringung ist darüber hinaus nach den Vorschriften der Psychisch Krankengesetze bzw. Unterbringungsgesetze der Länder möglich. Die Vorschriften gelten für Minderjährige und Erwachsene gleichermaßen. Die Regelungen unterscheiden sich in den einzelnen Ländern teilweise erheblich, ihnen ist aber gemeinsam, dass sie eine freiheitsentziehende Unterbringung gestatten, wenn der psychisch Kranke durch sein krankhaftes Verhalten eine gegenwärtige erhebliche Gefahr für sich selbst oder für die öffentliche Sicherheit darstellt, die nicht anders abgewendet werden kann. Die Anordnung der Unterbringung erfolgt durch das Amtsgericht auf Antrag der jeweils zuständigen Behörden.

Begeht ein Jugendlicher eine Straftat, kann er nach § 7 JGG i. V. m. §§ 63, 64 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in einer Entziehungsanstalt untergebracht werden. Voraussetzung für die Anordnung einer solchen Maßregel der Besserung und Sicherung ist, dass der Täter aufgrund einer psychischen Störung oder einer Abhängigkeitserkrankung nicht oder nur vermindert schuldfähig ist und dass gerade aufgrund dieser Problematik die Gefahr besteht, dass er erneut erhebliche Straftaten begehen wird und er daher für die Allgemeinheit gefährlich ist. Die Unterbringung wird in der Regel in besonderen forensischen Kliniken oder Abteilungen mit erhöhten Sicherheitsstandards für Jugendliche durchgeführt.

Zuständig für die Anordnung sind die Jugendgerichte auf Antrag der Strafverfahrensbeteiligten. Steht schon vor der gerichtlichen Entscheidung fest, dass die öffentliche Sicherheit eine Unterbringung dringend erfordert, ermöglicht § 126a StPO die Vorwegnahme der Unterbringung. Voraussetzung dafür ist, dass eine Anordnung der §§ 63 oder 64 StGB durch das Gericht absehbar ist. Eine freiheitsentziehende Unterbringung kann auch zur Vorbereitung eines psychiatrischen Gutachtens erfolgen. Ein Unterbringungsbefehl nach § 126a StPO macht eine Unterbringungsanordnung nach § 81 StPO allerdings entbehrlich.

3.3 Freiheitsbeschränkungen

Wie bereits dargestellt, unterfallen dem Genehmigungserfordernis des § 1631b BGB nur freiheitsentziehende Maßnahmen. Bloße Freiheitsbeschränkungen sind in der Regel hinzunehmen. Sie sind aus pädagogischen Gründen sinnvoll und notwendig und sind nicht genehmigungsfähig. Nur wenn Maßnahmen der Eltern über das altersgemäß angemessene Maß hinausgehen, kann aus einer Freiheitsbeschränkung ein Freiheitsentzug werden, der wiederum genehmigungspflichtig ist. Stellen sich die Maßnahmen der Eltern als Missbrauch der elterlichen Sorge dar, können familiengerichtliche Maßnahmen im Sinne der §§ 1666, 1666a BGB angezeigt sein. Beschränkungen der Bewegungsfreiheit wie das Verschließen der Kliniktür zur Nachtzeit oder beschränkte Ausgangszeiten sind somit nicht genehmigungspflichtig.

3.4 Unterbringungsähnliche Maßnahmen mit freiheitsentziehender Wirkung

Von § 1631b BGB werden nur freiheitsentziehende Unterbringungen erfasst. Wird die Freiheit etwa durch eine Fixierung in der gewohnten Umgebung des Minderjährigen entzogen oder wird die Unterbringung selbst nicht unter Freiheitsentzug

durchgeführt, zum Beispiel in einer offenen Einrichtung, wird die Freiheit dort aber auf andere Weise entzogen, etwa durch eine Fixierung, eine Isolierung oder durch die Gabe von Medikamenten, stellt sich die Frage, wie diese sogenannten unterbringungsähnlichen Maßnahmen rechtlich zu behandeln sind. Eine ausdrückliche gesetzliche Regelung für Minderjährige fehlt.

Im Betreuungsrecht findet sich für Erwachsene eine Regelung in § 1906 Abs. 4 BGB, wonach auch für unterbringungsähnliche Maßnahmen das Erfordernis einer richterlichen Genehmigung gilt, sofern diese die Freiheit über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig entziehen. Genehmigungspflichtig sind nach dieser Vorschrift freiheitsentziehende Maßnahmen durch mechanische Vorrichtungen, durch Medikamente oder auf andere Weise, etwa durch körperliche Gewalt (BT-Drucks. 11/4528, S. 149). Nach der Gesetzesbegründung liegt eine unterbringungsähnliche Maßnahme nur vor, wenn sie darauf abzielt, den Betreuten am Verlassen des Aufenthaltsortes zu hindern. Medikamente, die nur zu Heilzwecken eingesetzt werden und durch die lediglich als Nebenwirkung der Bewegungsdrang eingeschränkt wird, fallen nicht unter das Genehmigungserfordernis. Die betreuungsrechtlichen Vorschriften gelten jedoch nur bei Volljährigen und sind auf Kinder- und Jugendliche nicht unmittelbar anwendbar. Ob § 1906 Abs. 4 BGB in diesen Fällen analog anzuwenden ist, mit der Folge, dass die Zulässigkeit entsprechender unterbringungsähnlicher Maßnahmen auch bei Kindern und Jugendlichen einer richterlichen Genehmigungspflicht unterliegt, ist umstritten. Voraussetzungen für die analoge Anwendung einer Vorschrift auf einen anderen Sachverhalt ist das Vorliegen einer Regelungslücke, die nicht planmäßig ist, vom Gesetzgeber also schlicht übersehen wurde, sowie das Bestehen einer vergleichbaren Interessenlage. Das Landgericht Essen entschied in einem Verfahren aus dem Jahre 1993, bei dem es um die nächtliche Fixierung eines knapp 7-jährigen Kindes mittels eines Bauchgurtes ging, dass der § 1906 Abs. 4 BGB nicht analog anzuwenden wäre, da es sich hier nicht um eine unbewusste Gesetzeslücke handele (LG Essen FamRZ 1993, 1347, 1348). Eine entsprechende Regelung für Minderjährige habe der Gesetzgeber nicht einfach vergessen, sondern absichtlich nicht getroffen. In der Tat legt die Begründung des Gesetzesentwurfs zum Betreuungsgesetz einen entsprechenden Schluss nahe. Die materiellen Regelungen der Unterbringung von Kindern (§ 1631b BGB) sollten nach dem Entwurf unberührt bleiben. „Die hierfür geltende Regelung soll sich nach wie vor auf die allgemeine Prüfung beschränken, ob diese Form der Ausübung der elterlichen Sorge dem Wohl des Kindes entspricht. Die Einbeziehung unterbringungsähnlicher Maßnahmen in die für Kinder geltende Regelung wäre überdies auch aus Sachgründen höchst problematisch. Maßnahmen, wie etwa das Verschließen der Wohnungstür, das Anbringen von Gittern am Bett eines Kleinkindes u. ä. sind übliche und sinnvolle Maßnahmen bei der Ausübung elterlicher Sorge, die nicht einer Genehmigungspflicht unterworfen werden sollen.“ Missbräuchlichen Maßnahmen der Erziehungsberechtigten solle mit Maßnahmen nach § 1666 BGB begegnet werden. Aus diesen Ausführungen in der Gesetzesbegründung ist erkennbar, dass der Gesetzgeber die Gesetzeslücke bei einer Unterbringung von Minderjährigen nicht einfach übersehen, sondern absichtlich keine Regelung getroffen hat. Eine wesentliche Voraussetzung für eine Analogie fehle daher (zustimmend insoweit Dodegge 1993; Bienwald in Staudinger 2002, § 1906 Rn. 41).

Teilweise werden unterbringungsähnliche Maßnahmen, wenn sie freiheitsentziehende Wirkung entfalten oder entfalten können, unter § 1631b BGB subsumiert (LG Berlin FamRZ 1991, 365, 367; Schwab 1990; Wille 2000). Auch die analoge Anwendbarkeit des § 1906 Abs. 4 BGB trotz der methodischen Probleme wird vertreten (Diederichsen in Palandt 2006, § 1631b Rn. 4; Salgo in Staudinger, § 1631b Rn. 15; Huber in Münchener Kommentar 2002, § 1631b Rn. 8; Czerner 2002).

Wird ein Minderjähriger jedoch außerhalb des Elternhauses „offen“ untergebracht und ergibt sich im Laufe dieser Unterbringung die Notwendigkeit, freiheitsentziehende Maßnahmen anzuwenden, zum Beispiel durch eine Fixierung oder Sedierung, wandelt sich die offene Unterbringung in eine freiheitsentziehende Unterbringung um mit der Folge, dass eine Genehmigung erforderlich ist. Es darf grundsätzlich für die Beurteilung des freiheitsentziehenden Charakters der Unterbringung keinen Unterschied machen, ob diese mit mechanischen Vorrichtungen wie Gittern, Mauern oder verschlossenen Türen oder durch Bauchgurte oder Medikation als „chemische Zwangsjacke“ (Fegert 2001) ausgeführt wird.

Auch im Rahmen einer bereits geschlossenen Unterbringung stellt die Anwendung von Zwangsmaßnahmen, mit denen die Freiheit noch weiter beeinträchtigt wird (z. B. erhebliche Reduzierung des Aktionsradius von mehreren Quadratmetern innerhalb der Station auf „Null“ bei einer Fixierung im Bett), eine Unterbringung mit Freiheitsentziehung von neuer Qualität dar, die wiederum eine Genehmigung erforderlich macht (Huber in Münchener Kommentar 2002, § 1631b Rn. 9; Salgo in Staudinger 2002, § 1631b Rn. 15).

Vom Gesetzgeber kann nicht gewollt sein, dass eine Unterbringung dann keiner Genehmigung bedarf, wenn sie als offen deklariert wird und der Freiheitsentzug dann „durch unterbringungsähnliche Maßnahmen“ durchgeführt wird. Ob eine Genehmigungspflicht aus einer Ausweitung des Unterbringungsbegriffes in § 1631b BGB oder durch die analoge Anwendung des § 1906 Abs. 4 BGB abgeleitet werden muss, kann für die Praxis dahingestellt bleiben. Wichtig erscheint, dass Maßnahmen, durch welche die Freiheit entzogen werden soll, egal auf welche Weise dies geschieht, einer familiengerichtlichen Genehmigung bedürfen.

3.5 Zwangsbehandlungen im Rahmen von freiheitsentziehenden Unterbringungen

In manchen Notfallsituationen, in denen der betroffene Minderjährige aufgrund seiner Erkrankung keine Krankheitseinsicht und Behandlungswilligkeit zeigt, ist eine Behandlung auch gegen den Willen des Patienten unumgänglich. Mit den Ausführungen über die rechtliche Zulässigkeit einer freiheitsentziehenden Unterbringung ist nicht die Zulässigkeit einer Behandlung im Rahmen dieses Freiheitsentzuges abgehandelt. Hierbei handelt es sich um einen anderen Aspekt. Die familienrechtliche Genehmigung betrifft nur die Unterbringung unter Entzug der Freiheit an sich, also die körperliche Bewegungsfreiheit. Eine Behandlung ist davon nicht erfasst.

Eine gegen den ausdrücklichen Willen des Betroffenen durchgeführte Behandlung ist eine Zwangsmaßnahme. Nach den oben dargelegten Ausführungen kommen medizinische Zwangsmaßnahmen grundsätzlich nur bei einwilligungsunfähigen

gen Kindern und Jugendlichen in Betracht. Wie bereits erwähnt, ergeben sich aber bei der Beurteilung des Vorliegens von Einwilligungsfähigkeit gerade bei psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen große Schwierigkeiten.

Steht fest, dass eine Einwilligungsfähigkeit nicht gegeben ist oder dass der Betroffene eine Behandlung ablehnt, ist fraglich, ob eine Behandlung auch gegen seinen Willen möglich und ob eine richterliche Genehmigung erforderlich ist. Eine entsprechende gesetzliche Regelung für Minderjährige existiert nicht. Ein Genehmigungserfordernis bedürfte als Eingriff in die elterliche Sorge einer gesetzlichen Grundlage. Eine ausdrückliche Regelung findet sich nur für Erwachsene in der betreuungsrechtlichen Vorschrift des § 1904 BGB, nachdem die Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder in einen ärztlichen Eingriff einer vormundschaftsrechtlichen Genehmigung bedarf, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute aufgrund der Maßnahme stirbt oder einen schweren oder länger dauernden Gesundheitsschaden erleidet. Fraglich ist, ob aus der analogen Anwendung dieser Vorschrift eine Genehmigungspflicht auch für eine zwangsweise Behandlung von Kindern oder Jugendlichen abzuleiten ist. In einem Beschluss aus dem Jahr 2000 entschied das OLG Brandenburg, dass es an den Voraussetzungen für eine Analogie fehle. Der Gesetzgeber habe bei Erlass des Betreuungsgesetzes bewusst auf eine entsprechende Regelung für Minderjährige verzichtet, weshalb es an einer unplanmäßigen Regelungslücke fehle, die Voraussetzung für die analoge Anwendung einer Vorschrift auf einen anderen, aber vergleichbaren Sachverhalt ist (FamRZ 2000, 1034). Auch nach einer Entscheidung des OLG Karlsruhe die einen Fall betraf, in dem eine familienrechtliche Genehmigung für eine zwangsweise Behandlung eines Minderjährigen mit dem antipsychotischen (und nicht für die Altersgruppe zugelassenen) Medikament Zyprexa begehrt wurde, fehlt es für die gerichtliche Genehmigung einer Gesundheitsbehandlung Minderjähriger an einer rechtlichen Grundlage (OLGR 2002, 269).

Auch nach hier vertretener Ansicht kann § 1904 BGB nicht analog angewendet werden, die Einwilligung in eine Behandlung ist Ausdruck des elterlichen Sorgerechts und bedarf keiner vormundschaftsrechtlichen oder familienrechtlichen Genehmigung. Die Eltern können somit auch im Rahmen einer freiheitsentziehenden Unterbringung bei einwilligungsunfähigen Kindern allein in eine Behandlung einwilligen. Ist der Minderjährige einwilligungsfähig oder zeigt er einen trotz Einwilligungsunfähigkeit ausnahmsweise zu beachtenden entgegenstehenden Willen, gelten die oben unter 3.1 dargelegten Grundsätze.

4 Praktische Empfehlungen

Eine Entscheidung über die Anwendung von Zwangsmaßnahmen bringt die Verantwortlichen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in eine schwierige Situation, in der sie sich nicht nur in einem rechtlichen Spannungsfeld bewegen, sondern auch zwischen den oft entgegengesetzten Interessen der Beteiligten vermitteln müssen. In Akutsituationen steht für eine wichtige Entscheidung zudem nur sehr wenig Zeit zur Verfügung. Wenngleich viele Rechtsfragen im Zusammenhang mit der Anwen-

dung von Zwangsmaßnahmen gerade bei Kindern und Jugendlichen noch nicht zufriedenstellend geklärt sind, müssen die Verantwortlichen in den Kliniken regelmäßig Entscheidungen in diesen Bereichen treffen.

Auch bei rechtlich zulässigen Maßnahmen muss zunächst immer berücksichtigt werden, dass die Ausübung von Zwang und der Verlust der Selbstbestimmung für den Betroffenen eine sehr belastende Situation darstellt. Darüber hinaus ist die Ausübung von Zwang immer auch mit Gefahren wie einer Verstärkung von Wahnvorstellungen, Depressionen oder suizidaler Tendenzen verbunden (Wolfslast 1984). Nicht zu vernachlässigen sind auch die teilweise starken Nebenwirkungen bei der Gabe von sedierenden Medikamenten. Insofern ergibt sich für die Praxis der Grundsatz, dass Zwangsmaßnahmen immer nur als ultima ratio angewendet werden dürfen, wenn andere weniger einschneidende Maßnahmen nicht ausreichen. Eine Prävention von Zwangsmaßnahmen muss im Mittelpunkt der Bemühungen stehen (Marschner 2005).

Um das Erdulden unvermeidlicher Zwangsmaßnahmen für den Patienten erträglicher zu gestalten, soll der Minderjährige soweit wie möglich entsprechend seinem Entwicklungsstand und seiner kognitiven Möglichkeiten über das Vorgehen und die Notwendigkeit der Maßnahmen aufgeklärt werden. Der Betroffene soll soweit wie möglich an den Entscheidungen beteiligt werden, auch wenn er nicht einwilligungsfähig ist. Die Würde und der Persönlichkeitsrechte müssen bei jeder Anwendung von Zwangsmaßnahmen weitest möglich gewahrt bleiben.

Bei freiheitsentziehender Unterbringung ist immer eine richterliche Genehmigung einzuholen, auch wenn eine Einwilligung des betroffenen Jugendlichen vorliegt. Der Umstand, dass es in der Praxis entscheidend auf die Ansichten in den einzelnen Kliniken ankommt, ob eine richterliche Genehmigung bei einer Freiwilligkeitserklärung eingeholt wird oder nicht (Steger 2005), ist vor den oben skizzierten Überlegungen nicht haltbar. Im eigenen Interesse sollten sich die Mitarbeiter der Klinik nicht darauf verlassen, dass die Sorgeberechtigten sich um eine Genehmigung für die freiheitsentziehende Unterbringung kümmern, sondern sollten selbst das Familiengericht über die Maßnahme unterrichten. Dieses ist dann von Amts wegen verpflichtet, eine entsprechende Prüfung einzuleiten. Sonst besteht die Gefahr einer Strafbarkeit wegen Freiheitsberaubung, wenn die Eltern entgegen ihrer Ankündigung untätig bleiben. Bis zur Genehmigung kann der Arzt über § 34 StGB (rechtfertigender Notstand) gerechtfertigt sein. Bei über die reine Unterbringung hinausgehenden Maßnahmen (z. B. eine Zwangsmedikation, die ausschließlich der Ruhestellung dient oder eine Fixierung) ist eine erneute Genehmigung einzuholen, da es sich um eine Maßnahme handelt, die in der Eingriffsintensität über die ursprünglich genehmigte Freiheitsentziehung hinausgeht.

Eine Freiheitsentziehung auf Wunsch der Sorgeberechtigten muss umgehend beendet werden, wenn das Kindeswohl eine solche nicht mehr erfordert. Dabei ist insbesondere zu berücksichtigen, dass die Genehmigung einer freiheitsentziehenden Unterbringung keine gerichtliche Anordnung ist, sondern lediglich eine Entscheidung der Sorgeberechtigten legitimiert. Keinesfalls verpflichtet die gerichtliche Genehmigung zum Vollzug des Freiheitsentzuges. Bei zivilrechtlichen Freiheitsentziehungen ist im Gegensatz zur strafrechtlichen Unterbringung nur für die Entziehung der Freiheit eine gerichtliche Legitimation der Entscheidung gefordert, nicht jedoch

für die Wiedereinräumung der Freiheit. Ist die Lockerung der Beschränkungen therapeutisch indiziert und vertretbar, kann sie vom Klinikpersonal eingeräumt werden, ohne dass es dazu einer Genehmigung des Gerichts bedarf. Auch dem Wunsch der Eltern auf Aufhebung der Beschränkungen ist nachzukommen, soweit das Behandlungsziel nicht gefährdet ist. Die Lockerung kann therapeutisch begründet sein und bedarf nicht der gerichtlichen Genehmigung. Eltern können eine Institution nicht zwingen, ihre Kinder einzusperren, wenn zum Beispiel die behandelnden Ärzte nicht der Auffassung sind, dass zur Behandlung Zwang notwendig sei.

Da für eine freiheitsentziehende Unterbringung mehrere Rechtsgrundlagen in Betracht kommen, stellt sich in der Praxis die Frage, welche Unterbringungsform zu bevorzugen ist. Generell sollte eine Unterbringung nach § 1631b BGB gegenüber einer Unterbringung nach PsychKG oder UBG bevorzugt werden (BAG 2001).

Die zivilrechtliche Unterbringung bietet, abgesehen davon, dass es sich im Gegensatz zu den öffentlichrechtlichen Vorschriften um eine bundeseinheitliche Regelung handelt, einen entscheidenden Vorteil. Während die öffentlich-rechtlichen Vorschriften allein eine Gefahrenabwehr bezwecken, ist bei einer zivilrechtlichen Unterbringung das Kindeswohl zu berücksichtigen. So wäre nach dem PsychKG oder dem UBG die Unterbringung eines Kindes oder eines Jugendlichen auf einer Erwachsenenstation möglich – was in der Praxis immer wieder vorkommt – während dies unter Berücksichtigung des Kindeswohls bei einer zivilrechtlichen Unterbringung schwieriger möglich ist. Ein weiterer Vorteil sind die aus familiendynamischer Sicht möglichen positiven Auswirkungen einer Antragstellung durch die Eltern auf die Behandlung (vgl. dazu Steger 2005). Sind die Eltern nicht erreichbar, kann zunächst eine Inobhutnahme durch das Jugendamt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgen. Eine öffentlich-rechtliche Unterbringung kann nach einem entsprechenden Antrag der Sorgeberechtigten in eine zivilrechtliche Unterbringung umgewandelt werden.

Bei der Gabe von Medikamenten ist zu unterscheiden, ob das primäre Ziel der Medikation die Ruhigstellung und Verhaltenskontrolle in Form einer Einschränkung des Bewegungsdranges ist, oder ob es um die Behandlung des Störungsbildes geht. In Akutsituationen wird die Medikamentengabe oft die „chemische Zwangsjacke“ sein, die eine familiengerichtliche Genehmigung erforderlich macht, während die sedierende Wirkung vieler zur Behandlung des Störungsbildes eingesetzter Psychopharmaka nur Nebenwirkung ist und als Behandlungsmaßnahme keiner Genehmigung bedarf.

Da in Akutsituationen für die Entscheidung der weiteren Vorgehensweise oft nur sehr wenig Zeit bleibt, empfehlen sich Notfall- und Handlungspläne, die dem Personal klare Verhaltensstrukturen vorgeben und eine Hilfestellung sowie Sicherheit durch ein standardisiertes Vorgehen bieten (Libal et al. 2006). Insbesondere in Akutsituationen, in denen eine Entscheidung für eine Zwangsmaßnahme ohne die Einwilligung der Sorgeberechtigten und bei Freiheitsentzug ohne Genehmigung des Gerichts getroffen wird, müssen die Gründe für die Entscheidung sorgfältig dokumentiert werden um die erfolgte Güterabwägung transparent und nachvollziehbar zu machen. Dies ist wichtig in Fällen, in denen die Eltern oder das Gericht im Nachhinein die Erforderlichkeit einer Zwangsmaßnahme verneinen. Dann muss der Klinikmitarbeiter nachweisen können, dass eine Entscheidung unter Abwägung des

Für und Wider aus seiner Sicht verständlich war. Es empfiehlt sich daher auch, derartige Entscheidungen im Team zu besprechen. In den Notfallplänen sollten Entscheidungsstrategien und Rückversicherungserfordernisse enthalten sein.

Um die Rechte der Patienten auch in schwierigen Situationen zu wahren und das Personal vor rechtlichen Konsequenzen zu schützen, ist eine ständige Schulung und Weiterbildung des gesamten Pflege- und Behandlungsteams unverzichtbar. Auch interdisziplinäre Fortbildungsveranstaltungen mit Familienrichtern, Jugendamtsmitarbeitern, Verfahrenspflegern, Rechtsanwälten und anderen Berufsgruppen sind wünschenswert.

Familienrichter, die sich mit der umgehenden Bestellung eines Verfahrenspflegers und der Durchführung einer Anhörung des betroffenen Minderjährigen schwer tun, sollten auch von den Klinikmitarbeitern immer wieder ausdrücklich auf die Notwendigkeit dieser Verfahrensschritte im Interesse des Kindes oder Jugendlichen aufmerksam gemacht werden. Es ist zu hoffen, dass auch einige der Verfahrenssicherheiten durch die aktuell aus dem Koalitionsvertrag resultierenden Aktivitäten in dieser Legislaturperiode beseitigt werden können.

Schließlich sei noch darauf hingewiesen, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie einen Behandlungsauftrag hat. Daraus ergibt sich, dass eine Aufnahme eines Minderjährigen nur dann erfolgen darf, wenn eine kinder- und jugendpsychiatrische Indikation besteht. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie darf nicht als Ersatz für fehlende Jugendhilfeangebote missbraucht werden, indem schwierige Jugendliche mit schweren oder schwersten Verhaltensstörungen, die in Familien oder weiterbetreuenden Jugendhilfeeinrichtungen nicht mehr führbar sind, aus der Jugendhilfe abgeschoben werden. Psychiatrische Indikationen und rein pädagogisch gelagerte Problemfälle müssen voneinander abgegrenzt werden, zum einem um die Funktionsfähigkeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie aufrechterhalten zu können, indem die begrenzten Kapazitäten den Kindern und Jugendlichen vorbehalten bleiben, die aufgrund einer seelischen Krankheit oder Störung einer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung bedürfen. Zum anderen könnte die Fortführung der zuvor gescheiterten Jugendhilfemaßnahmen unter kinder- und jugendpsychiatrischen Vorzeichen zu einer „Zementierung des Problemsystems“ führen (dazu Jungmann 2001). Eine Möglichkeit, rein pädagogisch gelagerte Problemfälle von psychiatrischen Indikationen in Akutsituationen zu unterscheiden, bieten sogenannte geschlossene Clearingstellen, die insbesondere bei schwerwiegenden dissozialen Verhaltensweisen die erforderliche sozialpädagogische als auch kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik einleiten und absichern, entsprechende therapeutisch-pädagogische Interventionen umsetzen und die erforderliche Hilfe planen (Adams 2006). Wünschenswert ist in diesem Zusammenhang eine interdisziplinäre Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe, Erziehungsberatung und Schule (Jungmann 2001).

Abschließend kann festgehalten werden, dass durch eine strikte Beachtung der Verfahrensvorschriften, einen sensiblen professionellen Umgang mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen auch in schwierigen Situationen sowie eine enge Zusammenarbeit aller beteiligter Berufsgruppen die in manchen Fällen unvermeidlichen Zwangsmaßnahmen unter Wahrung des Rechts und der Würde des Betroffenen durchgeführt werden können.

Literatur

- Adams, G. (2006): Clearingstellen in Bayern – ein neues Angebot der mittelfristigen freiheitsentziehenden Jugendhilfe. In: Rütth, U.; Pankofer, S.; Freisleder, F. J. (Hg.): *Geschlossene Unterbringung ... im Spannungsfeld von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe*. München u. a.: Zuckschwerdt, S. 112–135.
- BAG – Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie e. V. (2001): Leitlinie: Freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungszieles in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. In: Fegert, J. M.; Späth, K.; Salgo, L. (Hg.): *Freiheitsentziehende Maßnahmen in Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Münster: Votum, S. 281–287.
- Bamberger, H. G.; Roth, H. (2003): *Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch*. Bd. 3. München: C. H. Beck.
- Coester, M. (1983): *Das Kindeswohl als Rechtsbegriff: Die richterliche Entscheidung über die elterliche Sorge beim Zerfall der Familiengemeinschaft*. Habilitationsschrift. Frankfurt a. M.
- Czerner, F. (2002): Die elterlich initiierte Unterbringung gemäß § 1631b BGB: Ein familienrechtliches Fragment im vormundschafts- und verfassungsrechtlichen Spannungsfeld. *AcP* 202: 72–136.
- Dodegge, G. (1993): Anmerkung zu LG Essen Beschluß v. 12. 3. 1993 7 T 148/93. *FamRZ* 11: 1348–1349.
- Fegert, J. M. (1998): Alle Wahljahre wieder ... – Die (aufgezwungene) Debatte um die geschlossene Unterbringung in der Jugendhilfe. *Jugendhilfe* 36 (4): 208–216.
- Fegert, J. M. (2000): Kindeswohl – Definitionsdomäne der Juristen oder der Psychologen? In: *Deutscher Familiengerichtstag e. V. (Hg.): Zwölfter Deutscher Familiengerichtstag*. Brühler Schriften zum Familienrecht. Bd. 10. Bielefeld: Gieseke Verlag, S. 33–58.
- Fegert, J. M. (2001): Medikamentöse Behandlung bei schweren aggressiven bzw. autoaggressiven Verhaltensweisen zur Unterstützung einer stärkeren Autonomie der Betroffenen. *Geschlossene Unterbringung vs. „chemische Zwangsjacke“*. In: Fegert, J. M.; Späth, K.; Salgo, L. (Hg.): *Freiheitsentziehende Maßnahmen in Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Münster: Votum, S. 243–255.
- Fetzer, A. E.; Steinert, T.; Metzger, W.; Fegert, J. M. (2006): Eine prospektive Untersuchung von Zwangsmaßnahmen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 55: 754–766.
- Gernhuber, J.; Coester-Waltjen, D. (1994): *Lehrbuch des Familienrechts*. 4. Aufl. München: C. H. Beck.
- Gollwitzer, K.; Rütth, U. (1996): § 1631b BGB – Die geschlossene Unterbringung Minderjähriger aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht. *FamRZ* 22: 1388–1391.
- Jungmann, J. (2001): Die Anwendung freiheitsbeschränkender und freiheitsentziehender Maßnahmen im Rahmen der klinischen Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. In: *Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe (Hg.): 10. AGJ-Gespräch. Schwierigkeiten und Chancen im Verhältnis von Psychiatrie und Jugendhilfe*. Berlin: AGJ Eigenverlag, S. 48–63.
- Klosinski, G. (Hg.) (2006): *Begutachtung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Empfehlungen der Kommission „Qualitätssicherung für das Gutachtenwesen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“*. 2. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Libal, G.; Plener, L. P.; Fegert, J. M.; Kölch, M. (2006): Chemical restraint: „Pharmakologische Ruhigstellung“ zum Management aggressiven Verhaltens im stationären Bereich in Theorie und Praxis. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 55: 783–801.
- Marschner, R. (2005): Zwangsbehandlung in der ambulanten und stationären Psychiatrie. *R&P* 2: 47–51.
- Münchener Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch* (2002): Bd. 8. 4. Aufl. München: C. H. Beck.
- Ostendorf, H. (2003): Wie freiwillig muss die Behandlung Süchtiger sein? *Archiv f. Krim.* 212: 1–9.
- Palandt, O. (2006): *Bürgerliches Gesetzbuch*. 65. Aufl. München: C. H. Beck.

- Permien, H. (2006): Indikationen für geschlossene Unterbringung in der Praxis von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. *Recht, Psychiatrie* 24 (3): 111–118.
- Rüth, U. (2006): Die geschlossene Unterbringung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Abgrenzung zur geschlossenen Unterbringung in der Jugendhilfe. Quantitative und qualitative Aspekte. In: Rüth, U.; Pankofer, S.; Freisleder, F. J. (Hg.): *Geschlossene Unterbringung im Spannungsfeld von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe*. München.: Zuckschwerdt, S. 3–17.
- Rüth, U.; Freisleder, F.-J. (2005): Die geschlossene Unterbringung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Indikation, Behandlung, Rechtsgrundlage. In: Beck, N.; Warnke, A.; Adams, G.; Zink-Jakobeit, K. (Hg.): *Krisen im Kindes- und Jugendalter. Pädagogisch-therapeutische Interventionen*. Lengerich: Pabst, S. 13–31.
- Schlink, B.; Schattenfroh, S. (2001): Zulässigkeit der geschlossenen Unterbringung in Heimen der öffentlichen Jugendhilfe. In: Fegert, J. M.; Späth, K.; Salgo, L. (Hg.): *Freiheitsentziehende Maßnahmen in Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Münster: Votum, S. 73–171.
- Schwab, D. (1990): Das neue Betreuungsrecht. Bericht über die verabschiedete Fassung des Betreuungsgesetzes. *FamRZ* 7: 681–693.
- Soergel, H. T. (Begr.) (1987): *Bürgerliches Gesetzbuch mit Einführungsgesetz und Nebengesetzen*. Bd. 19: Familienrecht III. 12. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Staudinger, J. v. (2002): *Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch mit Einführungsgesetz und Nebengesetzen*. Buch 4: Familienrecht. 13. Bearbeitung. Berlin u. New York: Sellier u. de Gruyter.
- Steger, M. (2005): *Freiheitsentziehende Maßnahmen in Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Zwischenergebnisse zur Befragung in Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Rahmen des Forschungsprojektes „Freiheitsentziehende Maßnahmen im Rahmen von Kinder- und Jugendhilfe, Psychiatrie und Justiz – Indikationen, Verfahren und Alternativen“*. Zugriff unter http://www.dji.de/bibs/Steger_KJPP2005.pdf.
- Wille, J. (2000): Freiheitsentziehung bei Kinder und Jugendlichen nach § 1631b BGB in der familiengerichtlichen Praxis. *DAVorm*. 6: 450–456.
- Wolfslast, G. (1984): Die Haftung für Suizide während klinisch-psychiatrischer Therapie. *NStZ* 3: 105–109.
- Wölk, F. (2001): Der minderjährige Patient. *MedR* 19: 80–89.
- Zitelmann, M. (2001): *Kindeswohl und Kindeswille im Spannungsfeld von Pädagogik und Recht*. Münster: Votum.

Korrespondenzadresse: Kathleen Schnoor, Universitätsklinikum Ulm, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Steinhövelstraße 5, 89075 Ulm; E-Mail: kathleen.schnoor@uniklinik-ulm.de