

# Videüberwachung in der Psychiatrie – Pro & Kontra

## Video Surveillance in Psychiatric Hospitals – Pro & Kontra

### Pro



Udo Frank

2009 genehmigte das Sozialministerium Nordrhein-Westfalen per Erlass die Videüberwachung auf psychiatrischen Stationen, insbesondere bei Patienten, die sich selbst- oder fremdgefährdend verhalten. Begründet wurde dies u.a. mit

erhöhter Sicherheit im Krankenhaus und einer Entlastung des Personals. Eine massive politische, rechtliche, ethische und fachlich-sozialpsychiatrische Kritik an diesem Erlass führte zunächst zu dessen Modifikation und nach heftigen Protesten, auch von Angehörigen- und Betroffenenverbänden, im November 2011 zu einem gesetzlichen Verbot der Videüberwachung in psychiatrischen Kliniken. Argumentativ wurde angeführt, dass Zwangsmaßnahmen ein kuratives Ziel verfolgen und auf kurze Zeitfenster begrenzt sind, sodass der personelle Aufwand einer kontinuierlichen Überwachung als leistbar erscheint und die Psychopathologie häufig von paranoiden Symptomen geprägt ist, die über Kameraüberwachung gefördert werde. Psychiatriee erfahrene sehen teilweise in Zwangsmaßnahmen folterähnliche Zustände [1], lehnen eine Videüberwachung generell ab und sehen sie als Ausdruck einer gleichgültigen Haltung der Mitarbeitenden sowie deren Desinteresse, sich mit psychiatrisierten Menschen zu beschäftigen. Personalknappheit wird für eine vorgeschobene Lüge gehalten [2].

Die gesetzliche Regelung in NRW hat bundesweit die Debatte zur Videüberwachung in der Psychiatrie intensiviert und lässt Forderungen nach einem generellen Verbot laut werden.

Auch wenn in der Diskussion gelegentlich aus Expertensicht die Videüberwachung in der Psychiatrie generell als kontraproduktiv bezeichnet wird [3], sprechen ge-

wichtige Gründe gegen ein völliges Verbot. So trifft es in der täglichen Behandlungspraxis eben gerade nicht zu, dass Menschen in hoch erregten Ausnahmezuständen oder im subjektiven Erleben massiver Reizüberflutung sich ständige Präsenz einer anderen Person wünschen. Vielmehr finden sich auch Bedürfnisse nach Reizabschirmung, in Ruhe gelassen zu werden oder Alleinsein durchaus auch im Rahmen von Zwangsmaßnahmen. Zudem sind Situationen bekannt, in denen die mit Einzelbetreuung verbundene Präsenz paranoider Erlebensweisen verstärkt oder aber die Sonderzuwendung sich als kontratherapeutisch erweist. So sahen wir beispielsweise eine Patientin, die nach einer Brandstiftung forensisch untergebracht war und infolge massiv selbstgefährdenden Verhaltens über längere Zeiträume fixiert werden musste. Dabei wurde sie einzelbetreut. Nachdem keinerlei Besserungstendenz erkennbar war, lag die Hypothese nahe, dass es sich bei dem Verhalten, das die wiederholten Fixierungen zur Folge hatte, um die dysfunktionale Einforderung von Zuwendung handelte. Erst die gezielte, bewusst therapeutisch veranlasste Reduktion der Betreuungsdichte in der Fixierung führte zur entscheidenden Wende im Behandlungsverlauf. In einer solchen Situation kann die Videüberwachung die erforderliche Sicherheit gewährleisten. Die Patientin konnte im Weiteren schrittweise entfixiert werden und gelangte zu einer stabilen Verhaltensänderung, die in eine zügige Rehabilitation mit erfolgreicher Entlassung mündete.

Auch die Einstellungen der von einer Videüberwachung betroffenen Patienten sind in die Diskussion einzubeziehen. Datenmaterial hierzu ist rar. Umso bemerkenswerter sind die Ergebnisse einer 2009 auf einer geschlossenen Station in Gelsenkirchen durchgeführten Befragung [4], die die Einstellung psychisch Erkrankter zur Videüberwachung untersuchte. Die befragten Personen füllten anonym einen entsprechenden Fragebogen zum

Zeitpunkt der Entlassung oder Verlegung von der geschlossenen Station aus. Sie wurden u.a. zu ihrer Meinung zur Videüberwachung auf den Stationsfluren und in den sog. Überwachungszimmern, in denen die fixierten bzw. isolierten Patienten untergebracht wurden, befragt. Trotz der ausdrücklich freiwilligen Teilnahme nahmen von insgesamt 213 unselektiv angesprochenen Patientinnen und Patienten alle an der Befragung teil. Die diagnostisch gemischte Gruppe kam zu mehr als einem Drittel auf Grundlage des PsychKG in die Behandlung, jeder dritte Patient musste mindestens einmal fixiert bzw. isoliert werden.

153 (71,8%) waren ausdrücklich nicht der Meinung, dass die Videüberwachung in den Überwachungszimmern entwürdigend, unmenschlich und eine Verletzung ihrer Persönlichkeitsrechte sei. 26 (12,2%) der 213 Patienten waren allerdings dieser Ansicht. Im Hinblick auf die Verschlimmerung ihrer Krankheit waren 12 (5,6%) der Patienten der Ansicht, dass die Videüberwachung in den Überwachungszimmern eben hierzu beitrage. 159 (74,6%) waren nicht dieser Meinung. 174 (81,7%) der Patienten bestätigten die Aussage, dass die Videüberwachung in den Überwachungszimmern ihrer Sicherheit sowie der Sicherheit von Besuchern diene, während 20 (9,4%) nicht dieser Meinung waren. Auch für die Videüberwachung in den Stationsfluren und der Küche ergaben sich größenordnungsmäßig ähnliche Ergebnisse mit tendenziell noch höherer Akzeptanz für eine Videüberwachung.

Zusammenfassend wird in der Arbeit festgehalten, dass die große Mehrheit der befragten Patientinnen und Patienten die Videüberwachung auf der Station durchaus positiv bewertet und als Beitrag zur Sicherheit wahrnimmt. Allerdings wird – zu Recht – die kleine Gruppe derer, die die Videüberwachung als unwürdig oder krankheitsverschlimmernd empfanden, als substanziell angesehen. Vor diesem Hintergrund ist dem Vorschlag aus-

drücklich zuzustimmen, dass zu überlegen ist, wie man den Patientenwillen bei den individuellen Überwachungsmaßnahmen zukünftig besser berücksichtigen kann. Optimal müssen Entscheidungswege entwickelt und Möglichkeiten geschaffen werden, damit das menschlich und therapeutisch Wünschenswerte im Einzelfall realisiert wird.

Ein generelles Verbot der Videoüberwachung verschließt derartige Wahlmöglichkeiten. Ruhe- und rücksichtsbedürftigen Menschen, die Überwachungsbedürftig sind, wird damit eine persönliche Einzelüberwachung aufgezwungen. Dies ist auch deswegen unangemessen, da viele psychisch Erkrankte selbst dem Einsatz technischer Überwachungseinrichtungen positiv gegenüberstehen und in diesen ein nützliches Instrument für höhere Sicherheit sehen.

Zu bedenken ist auch, dass Fixierungen als ausschließliches Mittel zur Begrenzung aggressiven und selbstdestruktiven Verhaltens weder unter ethischen Gesichtspunkten, nach internationaler Rechtsprechung [5] oder fachlichen Standards [6] noch als zeitgemäß anzusehen sind. Im Sinne der zu fordernden Verhältnismäßigkeit und abgestuften Reaktionsweise, aber auch der Berücksichtigung von Patientenpräferenzen sind andere, weniger eingreifende Maßnahmen wie bspw. Isolierungen ebenfalls vorzuhalten. Dies wird in Ländern wie der Schweiz oder den Niederlanden sogar überwiegend so praktiziert. Bei diesen Maßnahmen dürfte aber eine permanente Überwachung durch eine Pflegeperson aus praktischen, ethi-

schen und personalrechtlichen Gründen kaum zu realisieren sein. Ein vollständiges Verbot der Videoüberwachung wäre dann im Ergebnis kein Zugewinn an Humanität, sondern würde in Wirklichkeit dazu führen, im Konfliktfall stets zu fixieren und auf weniger freiheitseinschränkende Maßnahmen zu verzichten.

Dass für die erforderliche Rechtssicherheit einer Videoüberwachung datenschutzrechtliche Vorgaben zu beachten und hierfür gesetzliche Grundlagen erforderlich sind, steht außer Frage. Diese sollten insbesondere Klarheit schaffen zu Indikation und Umfang der Videoüberwachung, Sicherstellung der Information der Patienten, Abwägung der Verhältnismäßigkeit, Regelung oder Verbot der Speicherung von Bildaufnahmen etc., um für Patientinnen und Patienten, ihre Angehörigen und die Beschäftigten in den psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen Rechtssicherheit zu schaffen.

Videoüberwachung kann im Übrigen höchstens ein Einzelbaustein eines gesamten Behandlungssettings sein. Wenn das Behandlungssetting patientenfreundlich und -orientiert ausgestaltet ist und die technischen Überwachungsmöglichkeiten entsprechend eingesetzt werden, spricht viel gegen ein generelles Verbot und wenig dagegen, sich diese Möglichkeiten zunutze zu machen.

#### Literatur

- 1 Internetforum „Lunaticpride Blog – Psychiatrie aus Betroffenen Sicht“ (August 2009): <http://lunaticpride-blog.de/2009/08/>

- 2 Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW e.V.. Warum wir gegen jede Videoüberwachung in der Psychiatrie sind. 2011: [www.psychiatrie-erfahrene-nrw.de](http://www.psychiatrie-erfahrene-nrw.de) (19.09.2011)
- 3 Schreiben der DGSP e.V. vom 26.03.2009 an das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW, zitiert nach Schütze M. Untersuchung der Einstellung psychisch Erkrankter zur Videoüberwachung auf einer geschlossen geführten psychiatrischen Station. Zitiert nach [4]
- 4 Schütze M. Untersuchung der Einstellung psychisch Erkrankter zur Videoüberwachung auf einer geschlossen geführten psychiatrischen Station. Dissertation. Bochum: 2010: <http://www-brs.ub.ruhr-uni-bochum.de/netahtml/HSS/Diss/SchuetzeMorana/diss.pdf>
- 5 Steinert T. Nach 200 Jahren Psychiatrie: Sind Fixierungen in Deutschland unvermeidlich? *Psychiat Prax* 2011; 38: 348 – 351
- 6 DGPPN-Leitlinie Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. 2010: [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/038-022\\_S2\\_Therapeutische\\_Massnahmen\\_bei\\_aggressivem\\_Verhalten\\_in\\_der\\_Psychiatrie\\_und\\_Psychotherapie\\_lang\\_08-2009\\_08-2014.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-022_S2_Therapeutische_Massnahmen_bei_aggressivem_Verhalten_in_der_Psychiatrie_und_Psychotherapie_lang_08-2009_08-2014.pdf) vom 18.10.2010

#### Korrespondenzadresse

##### Dr. Udo Frank

ZfP Südwürttemberg, Krankenhaus für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie  
Weingartshoferstraße 2  
88214 Ravensburg  
[udo.frank@zfp-zentrum.de](mailto:udo.frank@zfp-zentrum.de)

#### Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1332939>  
*Psychiat Prax* 2013; 40: 117–118  
© Georg Thieme Verlag KG  
Stuttgart · New York  
ISSN 0303-4259

# Videüberwachung in der Psychiatrie – Pro & Kontra

## Video Surveillance in Psychiatric Hospitals – Pro & Kontra

### Kontra



Klaus zu Hoene

Patienten in geschlossenen Abteilungen mit Videokameras zu überwachen, ist eine weitverbreitete Praxis in psychiatrischen Kliniken. Für eine persönliche Überwachung fehlt häufig das Personal. Doch diese Praxis verstößt

gegen elementare Grundsätze des Datenschutzes, wegen des erheblichen Kontroll- und Einschüchterungspotenzials der Videüberwachung. In der Psychiatrie darf sie deshalb nur in Einzelfällen angeordnet werden und ist in Nordrhein-Westfalen sogar gänzlich untersagt.

Nach § 4 Abs. 1 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) ist die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten nur zulässig, soweit das Bundesdatenschutzgesetz oder eine andere Rechtsvorschrift dies erlaubt oder der Betroffene eingewilligt hat. Selbst wenn ein Patient einwilligungsfähig ist, wird es in den meisten Fällen an der Freiwilligkeit der Einwilligung fehlen. In Abhängigkeitsverhältnissen, etwa in einem Arbeitsverhältnis, halten Datenschützer eine freiwillige Einwilligung für nahezu ausgeschlossen. Wer zwangsweise aufgrund akuter Eigen- oder Fremdgefährdung in die geschlossene Abteilung eines psychiatrischen Krankenhauses eingewiesen wird, kann schwerlich in eine Videüberwachung freiwillig einwilligen. Aber auch bei Patienten, die sich freiwillig in eine geschlossene Behandlung begeben, kann von Freiwilligkeit der Einwilligung keine Rede sein, wenn etwa die Aufnahme in die Klinik von der Einwilligung abhängig gemacht wird.

Insofern bedarf die Videüberwachung einer gesetzlichen Grundlage. Ausdrückliche Regelungen finden sich im Bundesdatenschutzgesetz oder den Datenschutzgesetzen der Bundesländer allerdings

kaum. § 6b BDSG erfasst nur die Überwachung öffentlich zugänglicher Räume wie etwa Bahnsteige, Ausstellungsräume eines Museums, Verkaufsräume oder Schalterhallen. Für Menschen mit psychischen Erkrankungen gelten in Deutschland spezielle Gesetze. So haben die einzelnen Bundesländer Gesetze über den „Schutz“ oder „Hilfen“ für psychisch kranke Menschen erlassen, zum Beispiel in Bayern das Unterbringungsgesetz und in Nordrhein-Westfalen das Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG). Nur dieses Gesetz enthält eine explizite Regelung zur Videüberwachung, nämlich ein generelles Verbot [1].

2009 genehmigte der nordrhein-westfälische Sozialminister per Erlass die Videüberwachung psychisch Kranker, um das Personal in den geschlossenen Abteilungen zu entlasten. Er hatte den Erlass auf § 6b BDSG gestützt, weil Klinikmitarbeiter die Zimmer der Patienten ohne deren Einverständnis betreten könnten, sodass es sich um öffentlichen Raum handele. Der Erlass löste eine politische Kontroverse und heftige Proteste von Betroffenenverbänden aus. Daraufhin wurde im November 2011 eine neue Bestimmung in § 20 PsychKG-NRW aufgenommen (Abs. 2): „Eine Beobachtung durch Einsatz technischer Mittel zur Anfertigung von Bildaufnahmen und Bildaufzeichnungen sowie zum Abhören und Aufzeichnen des gesprochenen Wortes ist verboten.“

In den übrigen Bundesländern könnte man die Zulässigkeit aus den allgemeinen Vorschriften über die Anordnung besonderer Sicherungsmaßnahmen in den jeweiligen Unterbringungsgesetzen herleiten. Trotzdem verstößt die gängige Praxis vieler psychiatrischer Krankenhäuser, fixierte und isolierte Patienten regelmäßig mit Videokameras zu überwachen, gegen das Datenschutzrecht. Übergreifende Anforderungen an alle Maßnahmen, die den Datenschutz betreffen, sind nämlich deren *Erforderlichkeit* und *Verhältnismäßigkeit*. Es darf kein milderer Mittel zur Errei-

chung des angestrebten Zwecks geben, welches das informationelle Selbstbestimmungsrecht weniger beeinträchtigt, und die Maßnahme darf nicht außer Verhältnis zu dem Zweck stehen.

Nach Auffassung medizinischer Experten ist die Videüberwachung nicht nur ungeeignet, den angestrebten Zweck zu erreichen, sondern geradezu kontraproduktiv. Menschen, die stationärer psychiatrischer Behandlungen bedürfen, erleben schwere und akute Krisen und Verstörungen in Bezug auf die eigene Person und andere Menschen. Zu den häufigen Symptomen gehören Bedrohungsgefühle, wahnhaftige Verkennungen, Misstrauen und paranoide Ängste. Die Betroffenen brauchen Rahmenbedingungen und persönliche Zuwendung, die ihnen helfen, sich sicherer zu fühlen und Vertrauen wiederzugewinnen. Eine Videüberwachung verstärkte jedoch das Gefühl von Schutzlosigkeit und Ausgeliefertsein. Über die medizinische Diskussion hat Morana Schütze eine Dissertation verfasst [2]. Sehr instruktiv sind auch die Protokolle der öffentlichen Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Integration im nordrhein-westfälischen Landtag [3].

Als weniger einschneidende Maßnahme kommt nach Auffassung von Fachleuten vor allem die sog. Sitzwache in Betracht. Gerade in Ausnahmesituationen sei persönliche Betreuung nötig, um sich jederzeit ein Bild von der Verfassung des fixierten Patienten machen zu können. Betreuendes Personal müsse permanent als Ansprechpartner und zum schnellen Eingreifen bei einer Gefährdung, etwa durch beabsichtigte oder unbeabsichtigte Strangulation, zur Verfügung stehen. Bei isolierten Patienten ist ein Sichtfenster in das Krankenzimmer das mildere Mittel. Eine Überwachung rund um die Uhr ist auf diese Weise nicht zu gewährleisten, dürfte aber aus therapeutischen Gründen ohnehin nicht bei jedem Patienten angezeigt sein.

Psychiatrische Kliniken sind auch nicht aus haftungsrechtlichen Gründen gehalten, Patienten in geschlossenen Abteilungen mit Videokameras zu überwachen, wie der folgende Fall belegt: Nachdem sich ein junger Mann mit einem Messer gefährliche Verletzungen zugefügt hatte, wurde er wegen des Verdachts auf psychotische Störungen in ein Intensivzimmer auf der geschlossen geführten Station eines Osnabrücker Klinikums aufgenommen. Er wurde mit Medikamenten behandelt und verhielt sich an den folgenden Tagen unauffällig. Bei einem Toilettengang verletzte er sich nach einem raptusartigen Impuls die Augen so schwer, dass er erblindete. Eine Klage des Patienten auf Schadensersatz wegen Verletzung von Aufsichtspflichten wurde vom Oberlandesgericht Oldenburg in letzter Instanz abgewiesen, weil bei Patienten mit dem geschilderten Befund während eines Toilettengangs nicht stets eine Begleitung oder Videoüberwachung erforderlich ist [4]. Das OLG macht sich in seiner Begründung folgende Ausführungen einer Sachverständigen zu eigen: „Derart einschneidende Maßnahmen wie eine Begleitung zu den Toilettengängen seien in Abwägung des dadurch zu erwartenden Nutzens für den Patienten nicht angezeigt gewesen. *Eine Videoüberwachung erscheine gerade auf einer psychiatrischen Akutstation nicht sinnvoll.*“

Nach alledem ist die Beobachtung mittels optisch-elektronischer Einrichtungen nur in Ausnahmefällen erlaubt, zur Abwehr spezifischer Gefahren für Leib und Leben

der Patienten oder Dritten oder zur Verhinderung von Straftaten von erheblicher Bedeutung. Der verantwortliche Arzt muss im Einzelfall die Menschenwürde und das Recht auf informationelle Selbstbestimmung des Patienten gegen dessen Selbst- und Fremdgefährdungspotenzial abwägen. Gehen von einem isolierten Patienten erhebliche Gefahren aus, ist eine Videoüberwachung zu erwägen, wenn so vermieden werden kann, dass er fixiert werden muss; denn durch eine Fixierung würden dessen Freiheitsrechte wesentlich stärker eingeschränkt. Die gezielte Videoüberwachung bedarf der ärztlichen Anordnung. Anlass, Anordnung, Umfang und Dauer der Maßnahme sind zu dokumentieren und den Betroffenen oder deren gesetzlicher Vertretung mitzuteilen. Die Kameraaufnahmen sollten auf einem Monitor gezeigt werden, der nur einem begrenzten Personenkreis zugänglich ist, und dürfen nicht aufgezeichnet werden.

Legt der verantwortliche Arzt bei der Überwachung von Krankenzimmern durch Videokameras zu großzügige Maßstäbe an oder unterbleibt die einzel-fallbezogene Abwägung ganz, weil die Überwachung pauschal angeordnet wird, drohen unter Umständen sogar strafrechtliche Konsequenzen. §201a StGB gilt nämlich unter anderem auch für ärztliche Behandlungszimmer und besonders gesicherte Hafträume in Justizvollzugsanstalten: „*Wer von einer anderen Person, die sich in einer Wohnung oder einem gegen Einblick besonders geschützten Raum befindet, unbefugt Bildaufnahmen herstellt*

*oder überträgt und dadurch deren höchstpersönlichen Lebensbereich verletzt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.*“

#### Literatur

- 1 In Thüringen (§ 38 ThürPsychKG) und Hamburg (§ 40a HmbMVollzG) bestehen Regelungen, die nur für den Maßregelvollzug gelten.
- 2 Schütze M. Untersuchung der Einstellung psychisch Erkrankter zur Videoüberwachung auf einer geschlossen geführten psychiatrischen Station. Dissertation. Bochum: 2011: <http://www-brs.ub.ruhr-uni-bochum.de/netahtml/HSS/Diss/SchuetzeMorana/diss.pdf>
- 3 16. Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Integration, vom 22. Juni 2011 (Landtag Nordrhein-Westfalen – 4 – APr 15/236). <http://www.juramagazin.de/In-den-Stellungnahmen-wurde-ferner-argumentiert-dass-Personalbetreuung-Kosten-verursache>
- 4 Beschluss des OLG Oldenburg vom 17. Januar 2011 (Az. 5 U 187/10)

#### Korrespondenzadresse

**Dr. jur. Klaus zu Hoene**

Rechtsanwalt, Senior Consultant Datenschutz und IT-Compliance, intersoft consulting services AG  
 khoene@intersoft-consulting.de  
<http://www.intersoft-consulting.de/>

#### Bibliografie

**DOI** <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1332940>  
 Psychiatr Prax 2013; 40: 118–119  
 © Georg Thieme Verlag KG  
 Stuttgart · New York  
 ISSN 0303-4259