

Herrn  
Vorsitzenden des Ausschusses  
für Arbeit, Gesundheit und Soziales  
Günter Garbrecht, MdL  
Landtag Nordrhein-Westfalen  
Platz des Landtags 1  
40221 Düsseldorf

LANDTAG  
NORDRHEIN-WESTFALEN  
16. WAHLPERIODE

**STELLUNGNAHME**  
**16/4023**

A01, A14

Köln/Münster, 05.08.2016

**Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG-E) – Drucksache 16/12068**

**Stellungnahme zu der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales**

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,  
sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Gelegenheit, zu dem o.g. Gesetzesentwurf Stellung nehmen zu können.

Beide Landschaftsverbände begrüßen ausdrücklich das Ziel des Gesetzesentwurfes, die Selbstbestimmung und die Freiheitsrechte der Patientinnen und Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern im Rahmen einer öffentlich-rechtlichen Unterbringung weiter zu stärken.

Der Respekt vor der Autonomie der Patientinnen und Patienten gehört zu den Grundprinzipien der medizinischen Ethik. Die selbstbestimmte Entscheidung des Patienten bzw. der Patientin ist dementsprechend eine Grundvoraussetzung für eine gute medizinische Behandlung. Daher sollen die Betroffenen immer nur den Beschränkungen unterliegen, die sich zwingend aus dem Zweck der Unterbringung ergeben.

Zugleich stellt der Gesetzesentwurf aber auch sicher, dass die Ansprüche der Patientinnen und Patienten auf eine qualifizierte Behandlung erfüllt werden können, sodass die Unterbringungsgründe möglichst schnell entfallen und die Betroffenen freiwillig weiterbehandelt oder wieder entlassen werden können. Eine rein ordnungsrechtliche Verwahrung wäre dagegen mit dem Charakter eines psychiatrischen Krankenhauses nicht zu vereinbaren.

## **I. Allgemeine Bewertung**

Aus unserer Sicht sind folgende Neuregelungen besonders hervorzuheben, da sie zu einer deutlichen Verbesserung des Behandlungsgeschehens führen: Hierzu gehört die besondere Betonung der Bedeutung von Behandlungsvereinbarungen (§ 2 PsychKG-E) sowie die Forderung, dass die Behandlung soweit wie möglich in offenen Formen durchgeführt werden soll (§ 10 Absatz 2 PsychKG-E). Ebenso unterstützen wir uneingeschränkt die Vorgabe, dass ein täglicher Aufenthalt im Freien gewährleistet werden soll (§ 16 Absatz 1 PsychKG-E) sowie die Bestimmung, dass die Erforderlichkeit der weiteren Unterbringung grundsätzlich täglich überprüft werden soll (§ 17 Absatz 2 PsychKG-E). Positiv bewerten wir die Regelung, wonach Zwangsmaßnahmen mit den Betroffenen nachbesprochen werden müssen (§ 18 Absatz 5 PsychKG-E) und die Regelung, dass die Zwangsmedikationen volljähriger Personen grundsätzlich der richterlichen Zustimmung bedürfen (§ 18 Absatz 6 PsychKG-E) und dass schließlich längerdauernde Fixierungen ebenfalls der richterlichen Zustimmung bedürfen (§ 20 Absatz 2 PsychKG-E).

Darüber hinaus unterstützen wir ausdrücklich, dass auch künftig eine Behandlung gegen den Willen der Patientin bzw. des Patienten zur Abwendung einer Gefährdung dritter Personen im Rahmen der Unterbringung zulässig ist (§ 18 Absatz 4 PsychKG-E). Ohne die Möglichkeiten der medikamentösen Therapie gegen den natürlichen Willen der einsichts-unfähigen Patientinnen bzw. Patienten besteht andernfalls die Gefahr, dass es zu langandauernden Fixierungen bzw. Isolierungen kommt, die im Zweifel einen schwerwiegenden Grundrechtseingriff als die Zwangsbehandlung darstellen. Die Zwangsbehandlung kann daher gegenüber den übrigen besonderen Sicherungsmitteln das mildere Mittel sein. Dies gilt sowohl für die Selbst- als auch für die Fremdgefährdung. Daher ist es nur sachgerecht, in beiden Fallkonstellationen die Zwangsbehandlung zuzulassen.

In beiden Fällen ist die Zwangsbehandlung aber nur zulässig, soweit sie erforderlich ist, um die Selbstbestimmung der betroffenen Patientinnen und Patienten schnellstmöglich und soweit wie möglich wiederherzustellen. Die zwangsweise Behandlung darf daher immer nur dann in Betracht kommen, wenn eine Patientin bzw. ein Patient infolge einer psychischen Störung nicht zur Einsicht in die Notwendigkeit einer Behandlung in der Lage ist. Die Ablehnung der Behandlung muss desweiteren Ausdruck der psychischen Störung sein. Darüber hinaus muss die zwangsweise Behandlung das letzte Mittel sein, um die Patientin bzw. den Patienten vor erheblichen gesundheitlichen Schäden zu bewahren.

Vor diesem Hintergrund stellt die nun in § 18 Absatz 4 PsychKG-E angeordnete Verbindlichkeit der Patientenverfügung sicher, dass keine Zwangsbehandlungen durchgeführt werden, die der Betroffene im Zustand seiner vollen Einsichtsfähigkeit getroffen hat.

## **II. Konkrete Einzelbewertung**

Folgende konkrete Fragen und Anregungen ergeben sich aus den Neuregelungen:

### **1. zu § 10 PsychKG-E (Unterbringung)**

Offenere Formen der Unterbringung nach § 10 PsychKG-E haben positive Effekte auf die Behandlung und sind aus Gründen der Verhältnismäßigkeit angezeigt, um die Freiheitsrechte der Betroffenen nur soweit einzuschränken, wie dies aus Gründen der Erkrankung

im Einzelfall notwendig ist. In vielen psychiatrischen Einrichtungen der Landschaftsverbände werden offene Formen der Unterbringung bereits jetzt erfolgreich angewandt.

Hinzuweisen ist jedoch darauf, dass diese offenen Formen einen erhöhten Personaleinsatz erfordern, der bei der gegenwärtig finanzierten Personalausstattung nur eingeschränkt zu leisten ist.

Darüber hinaus kann die Unterbringung von Patientinnen und Patienten in offenen und fakultativ geschlossenen Stationen ein erhöhtes Haftungsrisiko für die Krankenhäuser verursachen. Leider fehlt in der Gesetzesbegründung der klarstellende Hinweis, dass die offene Unterbringung nicht zu einer Haftungserhöhung führen soll.

### **2. zu § 10 a Absatz 3 PsychKG-E (Fachaufsicht)**

Aus § 10 Absatz 3 PsychKG-E geht hervor, dass die Aufsichtsbehörden ihre Aufsicht in Zukunft als Fachaufsicht mit umfassenden Weisungsrechten ausüben sollen. In der Begründung wird darauf hingewiesen, dass die ärztliche / therapeutische Schweigepflicht davon nicht berührt ist. Um eine Einschränkung der Therapiefreiheit von vornherein auszuschließen wäre hier eine entsprechende Klarstellung in dem Gesetzestext selbst hilfreich.

### **3. zu § 11 PsychKG-E**

Nach dem Gesetzesentwurf soll es bei der bisherigen Fassung des § 11 PsychKG verbleiben. Aus Gründen der Klarstellung regen wir jedoch an, in dem § 11 PsychKG noch deutlicher als bisher hervorzuheben, dass eine Unterbringung nur im Falle einer fehlenden Selbstbestimmungsfähigkeit in Betracht kommt. Bisher ergibt sich dieses Erfordernis nicht eindeutig aus dem Wortlaut, da es lediglich heißt, dass die Gefährdungslage durch das krankheitsbedingte Verhalten verursacht sein muss. In diesem Zusammenhang wird auf die entsprechenden Entscheidungen der Rechtsprechung sowie auf die UN-Behindertenrechtskonvention verwiesen (vgl. Schreiben der DGPPN vom 16.2.2016). Danach ist die Unterbringung einer psychisch erkrankten Person, die ihren Willen frei bestimmen kann, unzulässig.

### **4. zu § 17 PsychKG-E (Aufnahme- und Eingangsuntersuchung)**

Eine regelmäßige Überprüfung des weiteren Vorliegens der Unterbringungsvoraussetzungen ist aufgrund der schwerwiegenden Eingriffe in die Freiheitsrechte der Betroffenen notwendig und wird bereits jetzt praktiziert. Das Festschreiben der grundsätzlich täglichen Überprüfung der Unterbringungsvoraussetzungen ist zu begrüßen. Zu bedenken ist jedoch, dass eine tägliche ärztliche Überprüfung, Begründung und Dokumentation insbesondere an Wochenenden und Feiertagen ohne eine Erhöhung des Personaleinsatzes kaum zu realisieren ist, wenn man möchte, dass eine echte und nicht eine formale Scheinüberprüfung erfolgt.

### **5. zu § 18 Absatz 5 PsychKG-E (Zwangsbehandlung)**

a)

Der neue § 18 Absatz 5 PsychKG-E mit seinen strengen Tatbestandsvoraussetzungen ist vom Grundsatz zu begrüßen. Diese Tatbestandsvoraussetzungen sind weitgehend identisch mit den Vorgaben, die das Bundesverfassungsgericht in seinem Beschluss vom

23.03.2011 festgelegt hat. Gleichzeitig wird den Besonderheiten der psychiatrischen Behandlung Rechnung getragen. Dies trifft insbesondere auf die Nummer 5 zu, nach der die Maßnahmen der Zwangsbehandlung der Wiederherstellung der freien Selbstbestimmung dienen müssen. Diese Pflicht steht allerdings unter dem Vorbehalt, dass sich die Selbstbestimmung wiederherstellen lässt. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass bei bestimmten Patientengruppen, insbesondere bei älteren Menschen mit Demenz, eine freie Selbstbestimmung nicht mehr erreicht werden kann.

b)

Soweit am Ende des § 18 Absatz 5 PsychKG-E allerdings festgelegt wird, dass die Zwangsbehandlung unzulässig ist, wenn sie lebensgefährlich ist, ist diese Formulierung problematisch. Grundsätzlich kann jedes Medikament potenziell schwere Komplikationen mit sich bringen. Im Übrigen wird im Rahmen der Katalogvoraussetzungen bereits nach § 18 Absatz 5 Nr. 3 PsychKG-E verlangt, dass der zu erwartende Nutzen die zu erwartenden Beeinträchtigungen für die Betroffenen deutlich überwiegen muss. Damit ist sichergestellt, dass eine umfassende Abwägung zwischen dem Nutzen und den Folgen vorgenommen wird. Je schwerwiegender der Eingriff ist, umso deutlicher muss der Nutzen für den Betreuten überwiegen, bzw. umso schwerer muss der Schaden sein, der mittels der Behandlung abgewendet werden soll. Somit ist dieses ausdrückliche Verbot aus unserer Sicht entbehrlich.

c)

Unserer Ansicht nach fehlt zudem eine Ausnahmeregelung für den Fall, dass eine Gefahr im Verzug gegeben ist. Hierdurch würde Rechtssicherheit geschaffen. Dies gilt insbesondere für das Erfordernis, die Maßnahme so rechtzeitig anzukündigen, dass die betroffene Person noch die Möglichkeit hat, Rechtsschutz zu suchen (§ 18 Abs. 5 Nr. 2 PsychKG-E). Das Bundesverfassungsgericht hat dieses Erfordernis nur für die planbare Behandlung vorgegeben.

#### **6. zu § 18 Absatz 6 PsychKG-E (Richtervorbehalt; Eilbehandlung)**

Wir begrüßen die Einführung des Richtervorbehaltes für die Zwangsbehandlung von volljährigen Personen. Allerdings befürchten wir, dass es angesichts der aktuellen Organisation der richterlichen und gutachterlichen Dienste zu zeitlichen Verzögerungen bei der Genehmigung kommen wird. Dies zeigen die Erfahrungen der letzten Jahre mit Patienten und Patientinnen, die nach § 1906 BGB untergebracht sind. Hier dauern die Genehmigungsverfahren mitunter sehr lange.

Wir schlagen daher vor, dass ein enger zeitlicher Korridor für das Genehmigungsverfahren verbindlich eingeführt wird. Die Anhörung des Betroffenen bzw. der Betroffenen sollte möglichst innerhalb von 24 Stunden nach der Beantragung durch die behandelnden Ärzte und Ärztinnen erfolgen, und zwar idealerweise gemeinsam durch Richter und externe psychiatrische Sachverständige.

Im Übrigen erwecken die Ausführungen in der Begründung den Eindruck, dass eine Zwangsbehandlung ohne richterliche Zustimmung lediglich bei somatischen Komplikationen der psychischen Erkrankung vorgesehen sein soll. Die psychische Störung per se kann aber z.B. durch ausgeprägte Angst und Agitation so schwerwiegend und belastend für den Patienten sein, dass die Verzögerung einer Behandlung einer unterlassenen Hilfe-

leistung gleich kommen würde. Es wäre daher hilfreich, wenn dies in der Gesetzesbegründung entsprechend klargestellt werden könnte.

### **7. zu § 18 Absatz 8 PsychKG-E (Notfallbehandlung bei somatischen Erkrankungen)**

Im § 18 Absatz 8 PsychKG-E wird für die Behandlung somatischer Erkrankungen auf die Regelungen des Patientenrechtegesetzes und die betreuungsrechtlichen Bestimmungen verwiesen. Damit ist aber eine notfallmäßige Behandlung eines Patienten gegen seinen natürlichen Willen ohne vorherige richterliche Genehmigung nicht möglich. Als Beispiel sei hier der hypothetische Fall eines asthmakranken Patienten mit akuter Psychose genannt, der einen Asthmaanfall erleidet und im psychotischen Erleben – die Situation verkennend – die lebenswichtige Asthmamedikation verweigert.

Aus unserer Sicht sollte die Behandlung sonstiger Erkrankungen im Notfall im Rahmen der Bestimmungen des § 18 Absatz 6 PsychKG-E geregelt werden, da andernfalls eine erhebliche Versorgungslücke besteht.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass der Bundesgesetzgeber bei der Novellierung des § 1906 Abs. 3 BGB selber davon ausgegangen ist, dass in den Akutfällen, in denen eine richterliche Genehmigung nach § 1906 Absatz 3 BGB nicht rechtzeitig eingeholt werden kann, eine Unterbringung und Behandlung nach den Gesetzen über Hilfen und Schutzmaßnahmen sowie Unterbringen bei psychischen Krankheiten der Länder möglich ist (BT-Drs. 17/11513, S. 7). Mit dem neuen § 18 Absatz 8 PsychKG-E entfällt diese Handlungsmöglichkeit für Nordrhein-Westfalen.

An dieser Stelle möchten wir darauf hinweisen, dass es auch hinsichtlich der Dauerbehandlung somatischer Erkrankungen problematisch ist, wenn eine Behandlung gegen den natürlichen Willen eines Patienten ohne vorherige richterliche Genehmigung nicht möglich ist und diese erst nach mehreren Tagen oder gar Wochen eingeholt werden kann. Als Beispiel sei hier der Fall eines an Diabetes erkrankten Patienten mit akuter Psychose genannt, der im psychotischen Erleben – die Situation verkennend – die Insulininjektionen verweigert. Daraus wird zwar nicht sofort, aber doch innerhalb kurzer Zeit eine lebensbedrohliche medizinische Notfallsituation entstehen, jedenfalls kann im Einzelfall nicht über Tage und Wochen auf die richterliche Genehmigung gewartet werden.

Die Problematik der Dauerbehandlung somatischer Erkrankungen kann gelöst werden, wenn der bereits oben geforderte enge zeitliche Korridor für das Genehmigungsverfahren verbindlich eingeführt wird.

### **8. zu § 20 Absatz 1 PsychKG-E (Besondere Sicherungsmaßnahmen)**

Die Aufnahme des sogenannten Festhaltens als weitere besondere Sicherungsmaßnahme ist zu begrüßen. Hilfreich wäre eine Formulierung, dass im Einzelfall ermittelt werden muss, welche Zwangsmaßnahme das geeignete Mittel darstellt. Der Anschein eines Vorranges des Festhaltens anstatt der Fixierung sollte vermieden und vielmehr individuell und situativ entschieden werden.

### **9. zu § 20 Absatz 2 PsychKG- E (Sitzwache)**

In Bezug auf die § 20 Absatz 2 PsychKG-E vorgeschriebene Sitzwache bei Fixierungen bitten wir zu beachten, dass es Situationen gibt, bei denen die ständige Anwesenheit der Sitzwache im Zimmer für den Patienten bzw. die Patientin und für die Sitzwache eindeutig schädlich bzw. unzumutbar bis traumatisierend erscheint (z.B. hochaggressiver, hochpsychotischer Patient brüllt, beschimpft und bedroht das Personal und kommt erst zur Ruhe, wenn die Pflegekraft sich aus dem Zimmer entfernt). In diesen Ausnahmefällen ist die Sitzwache im Patientenzimmer zumindest zeitweise nicht sinnvoll bzw. nicht patientengerecht und nicht zuletzt auch aus Sicht der Beschäftigten schwer durchführbar. Wir regen daher an, dass in der Gesetzesbegründung klargestellt wird, dass - abweichend von dem Regelfall - in begründeten Ausnahmefällen sich die Sitzwache außerhalb des Patientenzimmers aufhalten kann, soweit eine ständige persönliche Beobachtung z.B. durch eine Sichtscheibe sichergestellt ist.

### **10. zu § 31 PsychKG-E (Landesfachbeirat Psychiatrie)**

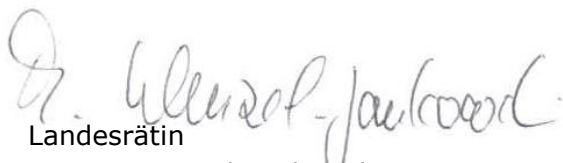
Zu begrüßen ist schließlich die Regelung zum Landesfachbeirat Psychiatrie, die zu einer Vernetzung der unterschiedlichen Beteiligten des psychiatrischen Hilfesystems und damit zu einem sinnvollen fachlichen Austausch sowie zu einer Qualitätssicherung beiträgt. Die Landschaftsverbände sind gerne bereit, hier aktiv mitzuwirken.

### **III.**

Trotz einiger kritischer Anmerkungen möchten wir zum Schluss noch einmal betonen, dass wir das Anliegen des Gesetzesentwurfs vollinhaltlich unterstützen. Die Umsetzung des Entwurfs führt dazu, dass die Rechtssicherheit in Bezug auf die Zwangsbehandlung verbessert wird. Die Rechte und die Rechtstellung der betroffenen Patienten und Patientinnen werden deutlich gestärkt.

Zugleich ist es aber aus unserer Sicht auch notwendig, die psychiatrische Versorgung landesweit so auszubauen, dass ein niederschwelliger Zugang zu psychiatrischer Versorgung garantiert ist, um gerade auch Patienten und Patientinnen in – teils extremen – sozialen Notlagen frühzeitig zu erreichen. So besteht in vielen Landesteilen nach wie vor ein Mangel an niederschwelligen Krisendiensten. Insgesamt müssen daher die vorsorgenden und nachsorgenden Hilfesysteme deutlich gestärkt werden. Die Einrichtung des Landesfachbeirates Psychiatrie ist ein erster Schritt, um die ambulante psychiatrische Versorgung zu verbessern.

Mit freundlichen Grüßen  
In Vertretung



Landesrätin  
Martina Wenzel-Jankowski  
LVR-Krankenhausdezernentin



Landesrat  
Prof. Dr. Meinolf Noeker  
LWL-Krankenhausdezernent