

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
16. WAHLPERIODE
**NEUDRUCK
STELLUNGNAHME
16/4035**
A01, A14

RGSP

Rheinische Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie e.V.

An die Präsidentin des Landtags
40002 Düsseldorf

Stefan Corda-Zitzen
Vorsitzender
c/o Geschäftsstelle der PHG Viersen
Große Bruchstr. 28 - 30 41747 Viersen
Tel. 02162 / 266298-0 Fax. 02162/ 26629820

Email: s.cordazitzen@phg-viersen.de

Mitglied im Deutschen
Paritätischen
Wohlfahrtsverband

Mitglied der
World Federation
of Mental Health

Ihr Zeichen, Ihre Nachricht vom

Unser Zeichen

Viersen, den 15.08.2016

**Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 31.08.2016
Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des PsychKG, Drs. 16/12068**

Sehr geehrte Frau Präsidentin, sehr geehrte Damen und Herren Ausschussmitglieder,
im Folgenden nehmen wir Stellung zum Gesetzentwurf vom 25.05.2016, mit Bezug auf unsere
mit Datum vom 02.03.2016 vorgelegte Stellungnahme zum Arbeitsentwurf vom 15.12.2015. Die
wesentlichen Aussagen dieser Stellungnahme haben weiterhin Gültigkeit. Sie werden noch ein-
mal kurz zusammengefasst, wobei Änderungen des vorgelegten Gesetzentwurfes gegenüber
dem Arbeitsentwurf berücksichtigt werden.

Wir begrüßen die Zielsetzung der Gesetzesreform, die Rechtsstellung der betroffenen psychisch
Erkrankten zu stärken und ihre Würde, Integrität und Autonomie zu schützen. In diesem Zu-
sammenhang ist die gesetzliche Verankerung von Behandlungsvereinbarungen (§ 2 Abs. 2) ein
wichtiger Schritt. Die Selbstverpflichtung des Landes zur Erstellung eines Landespsychiatrie-
plans in § 32 des Gesetzentwurfs – mit dem Ziel, Strukturen der Vor- und Nachsorge und der
Krisenintervention zu entwickeln und zu verbessern – findet unsere ausdrückliche Zustimmung.
Dies gilt auch für die Vorgabe in § 18 Abs. 5, dass Zwangsmaßnahmen mit den Betroffenen nach-
zubesprechen sind, sobald es ihr Gesundheitszustand zulässt.

Zur Ergänzung von § 10 Abs. 2: Wir hatten uns in der Stellungnahme vom 02.03.2016 kritisch
mit der Frage auseinandergesetzt, ob die Allgemeinpsychiatrie ihrer Ordnungsfunktion, also
dem Schutz vor einer erheblichen Gefährdung bedeutender Rechtsgüter dritter, hinreichend

gerecht werden kann, wenn stationäre Behandlungsangebote ausschließlich auf offenen Stationen vorgehalten werden. Diese Frage ist unter Praktikern und in der Wissenschaft in den vergangenen Jahrzehnten sehr kontrovers diskutiert worden. Hingewiesen sei auf eine Debatte der Professoren Mulder und Juckel in der Zeitschrift Psychiatrische Praxis¹ über den Sinn (geschlossener) psychiatrischer „Intensivbehandlungsstationen“. Die Erkenntnis, dass schwere psychiatrische Erkrankungen Risikofaktoren sowohl im Hinblick auf Bagatelldelinquenz als auch auf Gewalttaten darstellen können², wird dem Eindruck des Unterzeichners nach im sozialpsychiatrischen Diskurs bisweilen ausgeblendet.

Das ändert aber nichts daran, dass die RGSP sich mit der Zielsetzung identifiziert, die öffentlich-rechtliche Unterbringung solle „soweit wie möglich in offenen Formen durchgeführt werden“. Insofern findet die entsprechende Ergänzung von § 10 Abs. 2 unsere volle Zustimmung. Sie sollte nicht dahingehend missverstanden werden, dass geschlossene Behandlungsangebote unerwünscht sind. Die vorübergehende Behandlung im geschlossenen Rahmen kann in Verbindung mit geeigneten Nachsorgeangeboten³ gefährdete Patienten vor Entwicklungen schützen, die nicht selten auf eine Unterbringung im Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB hinauslaufen.⁴

Zu den Voraussetzungen einer Zwangsbehandlung (§ 18 Abs. 4 und Abs. 6) begrüßt die RGSP, dass unter den genannten engen Voraussetzungen jetzt – abweichend vom Arbeitsentwurf – eine Zwangsbehandlung auch bei einer schwerwiegenden Gefahr für die Gesundheit dritter Personen genehmigt werden kann. Die Begründung des Gesetzentwurfs (Zu Nr. 9) ist aus unserer Sicht überzeugend. Wir schließen uns auch dem Hinweis der LAG Sozialpsychiatrischer Dienste an, dass wiederholte Fremdgefährlichkeit eine schwer reversible soziale Exklusion zur Folge hat. Hier darf man der Allgemeinpsychiatrie die Mittel nicht vorenthalten, um ihrer Aufgabe gerecht werden zu können, sonst fördert man letztlich die Ausgrenzung der Betroffenen aus Behandlungsbezügen.⁵

Zu § 18 Abs. 7: Dass für eine Zwangsbehandlung Minderjähriger grundsätzlich die Zustimmung der Sorgeberechtigten maßgeblich ist und die ärztliche Behandlung einer gerichtlichen Genehmigung nicht bedarf, nimmt die RGSP zur Kenntnis.

¹ *Mulder (Pro), Juckel (Contra): Psychiatrische Intensivstationen. Psychiatrische Praxis 2015: 42, 237*

² *Schanda Untersuchungen zur Frage des Zusammenhangs zwischen Psychosen und Kriminalität/Gewalttätigkeit. Fortschritte der Neurologie Psychiatrie 2006, 74: 85*

³ *Frommann, Luckhaus, Dönisch-Seidel, Gaebel, Janssen Schizophrenie und Fremdaggression: Ein Projekt zur Prävention fremdaggressiven Verhaltens im Rahmen psychotischer Störungen durch Behandlungsoptimierung in der Allgemeinpsychiatrie. Recht & Psychiatrie 2012, 30: 186*

⁴ *Piontek/Kutscher/König/Leygraf Prädeltische Behandlungswege schizophrener Patienten der forensischen Psychiatrie. Nervenarzt 2013, 84: 55*

⁵ *Heinze Forensische und allgemeine Psychiatrie auf getrennten Wegen. Ein Symptom für das Schwenden der Vollver-sorgungsverantwortung in der Psychiatrie. Die Kerbe 2013, 31: 8*

Zu § 20 Abs. 1: Zu den „Besonderen Sicherungsmaßnahmen“ wird unter 3. das „Festhalten statt Fixierung“ genannt. Unseres Erachtens ist das Festhalten nicht einfach eine Alternative zur Fixierung, sondern eine professionelle Maßnahme der Deeskalation und Beruhigung sowie auch der Beziehungsaufnahme. Wenn sie erfolgreich ist, kann sie im Prinzip andere Maßnahmen der Sicherung entbehrlich machen, auch die Absonderung oder die Zwangsmedikation. Insofern wäre die Formulierung „Festhalten zur Deeskalation und Beruhigung“ angemessener. Es sei aber auch angemerkt, dass professionelles Festhalten erhebliche personelle Ressourcen und eine besondere Schulung der beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfordert. Auch sind die Erfolgsaussichten im Einzelfall – etwa bei intoxizierten Patienten mit Doppeldiagnose – durchaus begrenzt, in dem Sinn, dass nicht unbedingt eine nachhaltige Beruhigung erreicht wird. In der Diskussion um das in England gut etablierte Vorgehen wird bisweilen ausgeblendet, dass dortige Stationen personell weit besser besetzt sind und der „physical restraint“ regelmäßig mit der Gabe eines Medikamentes einhergeht.⁶ § 18 Abs. 3 n.F. würde den Kliniken einen Spielraum belassen, in für die Betroffenen oder dritte Personen sehr gefährlichen Situationen in ähnlicher Weise zu verfahren.

Mit freundlichen Grüßen

gez.

Stefan Corda-Zitzen

(Vorsitzender)

Dr. Norbert Schalast

⁶ Steinert Nach 200 Jahren Psychiatrie: Sind Fixierungen in Deutschland unvermeidlich? Psychiat Prax 2011, 38: 348