

An die Präsidentin des Landtags
Nordrhein-Westfalen
Frau Carina Gödecke
Postfach 101143
40002 Düsseldorf

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
16. WAHLPERIODE

STELLUNGNAHME
16/4038

A01, A14

DGPPN-Geschäftsstelle
Reinhardtstraße 27 B | 10117 Berlin
TEL 030.2404 772-0 | FAX 030.2404 772-29
sekretariat@dgppn.de

WWW.DGPPN.DE

Berlin, den 18. August 2016

Entwurf eines Zweiten Gesetz zur Änderung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten

Gesetzesentwurf der Landesregierung, Drucksache 16/12068

Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 31. August 2016

Sehr geehrter Frau Präsidentin,

die DGPPN begrüßt das Vorhaben der Nordrheinwestfälischen Landesregierung, das PsychKG den Entwicklungen der Gesetzgebung, Rechtsprechung und Medizinethik der vergangenen Jahre anzupassen. Insbesondere begrüßt sie den Umstand, dass der vorliegende Entwurf durchgehend die Bedeutung der Patientenrechte, des Patientenwillens und der Patientenautonomie betont.

In diesem Zusammenhang erwähnenswert sind insbesondere die eindeutige Positionierung zur Berücksichtigung von Patientenverfügungen und Behandlungsvereinbarungen (§ 2) sowie die Vorschriften, dass die Behandlung soweit wie möglich in offenen Formen durchgeführt werden soll (§ 10, Absatz 2), dass ein regelmäßiger Aufenthalt im Freien zu gewährleisten ist (§ 16, Absatz 1), dass die Erforderlichkeit der weiteren Unterbringung grundsätzlich ärztlich täglich überprüft werden muss (§ 17, Absatz 2), dass Zwangsmaßnahmen mit den Betroffenen nachbesprochen werden müssen (§ 18, Absatz 5), und dass auch Sicherungsmaßnahmen zu befristen und sofort aufzuheben sind, sobald die Voraussetzungen für ihre Anordnung entfallen (§ 20, Absatz 3).

Insgesamt folgt der Landesgesetzgeber weitgehend den Vorschlägen, welche die DGPPN in einem ethischen Grundsatzpapier (DGPPN, 2014) und in einem Eckpunktepapier zur öffentlich-rechtlichen Unterbringung (DGPPN, 2015) gemacht hat. Zu einigen Aspekten, welche die Unterbringung selbst, die Anwendung von besonderen Sicherungsmaßnahmen und die Zwangsbehandlung betreffen, möchten wir im Folgenden eingehender Stellung nehmen.

PRÄSIDENTIN

Dr. med. Iris Hauth

PRESIDENT ELECT

Prof. Dr. med. Arno Deister

PAST PRESIDENT

Prof. Dr. med. Peter Falkai

KASSENFÜHRER

Dr. med. Andreas Küthmann

BEISITZER AUS-, FORT- UND WEITERBILDUNG

Prof. Dr. med. Fritz Hohagen

BEISITZERIN FORENSISCHE PSYCHIATRIE

Dr. med. Nahlah Saimeh

BEISITZER FORSCHUNG, BIOLOGISCHE THERAPIE

Prof. Dr. med. Andreas Meyer-Lindenberg

BEISITZER KLASSIFIKATIONSSYSTEME

Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel

BEISITZERIN PSYCHOTHERAPIE, UNIVERSITÄRE LEHRE

Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz

BEISITZER PSYCHOSOMATIK, PSYCHOTRAUMATOLOGIE

Prof. Dr. med. Martin Driessen

BEISITZERIN PUBLIC HEALTH, VERSORGUNGSFORSCHUNG, PRÄVENTION

Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller

BEISITZER PUBLIKATIONEN, GESCHICHTE, E-LEARNING

Prof. Dr. med. Dr. rer. soc. Frank Schneider

BEISITZER TRANSKULTURELLE PSYCHIATRIE, PSYCHOTHERAPIE, SUCHTMEDIZIN

Prof. Dr. med. Dr. phil. Andreas Heinz

VERTRETER BVDN

Dr. med. Frank Bergmann

VERTRETERIN BVDP

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim

VERTRETER FACHKLINIKEN PSYCHIATRIE, PSYCHOTHERAPIE UND PSYCHOSOMATIK

Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer

VERTRETER JUNGE PSYCHIATER

Dr. med. Berend Malchow

HYPOVEREINSBANK MÜNCHEN

IBAN DE58 7002 0270 0000 5095 11

BIC HYVEDE3333

VR 26854B, Amtsgericht | Berlin-Charlottenburg

§ 11 (Voraussetzungen der Unterbringung)

Wir nehmen zu § 11 des PsychKG NRW kurz Stellung, obwohl hier aktuell keine Änderungen vorgesehen sind, wir solche aber empfehlen. So wie das Gesetz an dieser Stelle derzeit formuliert ist, ist eine Unterbringung möglich, sobald durch ein „krankheitsbedingtes Verhalten eine erhebliche Selbstgefährdung oder eine erhebliche Gefährdung bedeutender Rechtsgüter anderer besteht, die nicht anders abgewendet werden kann“. Auf dieser Grundlage können auch Menschen untergebracht werden, die zwar psychisch krank, aber selbstbestimmungsfähig sind. Dies widerspricht den DGPPN-Eckpunkten und der UN-Behindertenrechtskonvention, weil die Unterbringung dann aufgrund der Erkrankung an sich erfolgen würde. Dies würde eine Diskriminierung selbstbestimmungsfähiger (psychisch) kranker Menschen gegenüber Gesunden bedeuten, die sich ja ebenfalls selbst oder Andere gefährden können.

Wir empfehlen deshalb dringend, in § 11 neben der Gefährdung auch die fehlende Selbstbestimmungsfähigkeit zur Voraussetzung der Unterbringung zu machen.

§ 16 Absatz 1 Satz 3 (Täglicher Aufenthalt im Freien)

Hier wird über die aktuelle Fassung des Gesetzes hinaus gefordert, dass „der Krankenhausträger den täglichen Aufenthalt zu ermöglichen hat“. Es scheint fraglich, ob dies wirklich immer und in jedem Fall möglich sein wird. Deshalb sollte erwogen werden, diese Formulierung etwas abzuschwächen: „Der Krankenhausträger hat den täglichen Aufenthalt im Freien zu ermöglichen, soweit es aus medizinischer Sicht zu verantworten ist.“

§ 17 Absatz 2 Satz 2 (Tägliche ärztliche Überprüfung der Notwendigkeit)

Eine Unterbringung ist zu beenden, wenn ihre Voraussetzungen weggefallen sind. Dies muss regelmäßig überprüft werden. Der Vorschlag, dies täglich ärztlich zu tun und zu dokumentieren, ist einleuchtend. In der Begründung des Gesetzes sollte allerdings darauf hingewiesen werden, dass bei der Beurteilung nicht nur auf gegenwärtige Gefahren abzustellen ist, sondern auch auf solche, die durch die Entlassung mit großer Wahrscheinlichkeit gegenwärtig würden. Andernfalls könnte es zu wiederholten Unterbringungen und Entlassungen in sehr kurzen Abständen kommen, was auch für die Patienten selbst nicht wünschenswert ist.

§ 18 Absatz 4 (Behandlung ohne Einwilligung)

Der Teilsatz „...oder dritter Personen im Rahmen der Unterbringung drohen.“ würde eine Behandlung der Anlasserkrankung ohne Einwilligung des Betroffenen und zum alleinigen Wohle Dritter möglich machen und widerspricht deshalb den Eckpunkten der DGPPN. Es wird deshalb empfohlen diesen Teilsatz ersatzlos zu streichen.

Dabei ist zu beachten, dass dem Patienten durch Verhaltensweisen, welche die Rechte Dritter verletzen (z. B. in Form fremdaggressiven Verhaltens), häufig auch selbst ein erheblicher gesundheitli-

cher Schaden droht, der ja durch jedwede Störung der körperlichen, geistigen und seelischen Lebensvorgänge verursacht werden und somit auch die psychosoziale Gesundheit und die gesellschaftliche Teilhabe betreffen kann. Auch freiheitsbeschränkende Maßnahmen, die zur Abwehr von Gefahren für Dritte angewendet werden, können selbst eine erhebliche Gefährdung der psychischen Gesundheit des Betroffenen darstellen, die über die potentielle Gefährdung durch eine Medikation hinausgehen.

Insofern darf eine Zwangsbehandlung selbstbestimmungsunfähiger Patienten durchaus auch den Interessen Dritter dienen, aber eben keinesfalls ausschließlich. Eine Behandlung dient immer dann ausschließlich den Interessen Dritter und ist damit unzulässig, wenn sie dem freien, vorausverfügbaren oder mutmaßlichen Willen des Patienten widersprechen würde. Dabei ist es unerheblich, ob diese Behandlung einer Eigen- oder Fremdgefährdung begegnen soll.

Die Begründung des Gesetzesentwurfs verweist in diesem Zusammenhang auf besondere Sicherungsmaßnahmen (freiheitsentziehende Maßnahmen) nach § 20. Inwieweit deren Anwendung gegen den freien, vorausverfügbaren oder mutmaßlichen Willen verfassungskonform und mit der UN-BRK vereinbar ist, scheint zumindest dann fraglich, wenn eine Selbstgefährdung abgewendet werden soll. Es steht hingegen außer Frage, dass es in Akutsituationen möglich sein muss, zur Abwehr von unmittelbaren schwerwiegenden Gefahren für Dritte (Mitpatienten, Pflegepersonal) auch gegen den freien, vorausverfügbaren oder mutmaßlichen Willen untergebrachter Personen besondere Sicherungsmaßnahmen zu ergreifen.

§ 18 Absatz 5 (Zwangsbehandlung)

Die Durchführung einer Zwangsbehandlung wird klar an einen Richtervorbehalt und die schon in § 1906 BGB definierten Voraussetzungen gebunden. Diese Regelung entspricht grundsätzlich den DGPPN-Eckpunkten.

Der Hinweis darauf, dass eine Zwangsbehandlung unzulässig ist, wenn sie lebensgefährlich ist oder die Gesundheit der Betroffenen erheblich gefährdet, ist deshalb problematisch, weil dies potentiell bei nahezu jeder medikamentösen Behandlungsmaßnahme der Fall ist. Wesentlich ist, dass der potentielle Nutzen den potentiellen Schaden überwiegt, was in der Vorschrift, dass „der zu erwartende Nutzen die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegt“, ausreichend abgebildet ist. Deshalb sollte der letzte Satz von § 18, Absatz 5 gestrichen werden.

Es wäre sinnvoll, dem Gesetz eine Bestimmung hinzuzufügen, die vorschreibt, dass in dringenden Fällen die richterliche Anhörung und ggf. vorläufige Genehmigung der Zwangsbehandlung innerhalb von 24 Stunden erfolgt.

§ 18 Absatz 6 (Entbehrlichkeit der richterlichen Genehmigung)

Hier wird geregelt, dass von der Einholung einer richterlichen Genehmigung einer Zwangsbehandlung ausnahmsweise abgesehen werden kann, wenn eine gegenwärtige Lebensgefahr oder eine gegenwärtige schwerwiegende Gefahr für die Gesundheit der untergebrachten Person oder dritter

Personen besteht. Hiermit sind entsprechend der Begründung des Gesetzesentwurfes Zustände gemeint, die mit akuten, schweren somatischen Symptomen einhergehen (Kreislaufinstabilität oder Störungen der Atmung). Beispielhaft angeführt sind ursächlich Verweigerung der Flüssigkeitsaufnahme, Auswirkungen eines Alkoholentzugsdelirs und Hyperventilation. Hierbei handelt es sich um körperliche Folgen psychiatrischer Erkrankungen. Aber auch Aspekte der Erkrankung selbst, z. B. schwere manische oder psychotische Zustände, können einen Patienten so schwerwiegend gefährden, dass eine Behandlung ausnahmsweise vor einer richterlichen Genehmigung dringend notwendig werden kann. In dieser Hinsicht sollte die Gesetzesbegründung ergänzt werden.

§ 18 Absatz 8 (Behandlung sonstiger Erkrankungen)

Hier wird für die Behandlung somatischer Erkrankungen auf die Regelungen des Patientenrechtegesetzes und die betreuungsrechtlichen Bestimmungen verwiesen. Beides ermöglicht aber nicht die notfallmäßige Behandlung eines Patienten gegen seinen natürlichen Willen, also eine Zwangsbehandlung, ohne vorherige richterliche Genehmigung. Hier besteht möglicherweise eine für die Patienten gefährliche Regelungslücke, weshalb die Behandlung sonstiger Erkrankungen im Notfall möglicherweise im Rahmen der Bestimmungen des § 18 Absatz 6 Erwähnung finden sollte.

§ 20 (Besondere Sicherungsmaßnahmen)

Die Systematik des PsychKG NRW führt dazu, dass bezüglich besonderer Sicherungsmaßnahmen nicht zwischen deren Anwendung im Rahmen eines Behandlungskonzeptes für selbstbestimmungsunfähige Patienten und ihrer Anwendung als reine Sicherungsmaßnahmen im ausschließlichen Interesse Dritter unterschieden wird. Denkbar wäre dem Wortlaut nach in Verbindung mit § 11 sogar die Anwendung von Sicherungsmaßnahmen gegen den freien, vorausverfügten oder mutmaßlichen Willen von Patienten zu ihrem (vermeintlichen) eigenen Schutz, was definitiv dem Grundgesetz und der UN-BRK widerspräche. Eine solche Anwendung dieser Vorschriften widerspräche deshalb auch den Eckpunkten der DGPPN. Hier sollte entsprechend klarer formuliert werden, indem die Anwendung von Sicherungsmaßnahmen im ausschließlichen Interesse Dritter separat erwähnt und mit hohen Hürden versehen werden.

Zusätzlich sollte Erwähnung finden, dass im Rahmen der Fixierung, wenn sie längerfristig notwendig ist, das Gericht auch begleitende medizinische Maßnahmen, z. B. eine Blutverdünnung zur Vermeidung der Bildung von Blutgerinnseln und Embolien genehmigen soll.

Der Einsatz technischer Mittel zur Überwachung von besonderen Sicherungsmaßnahmen ist nach § 20 Absatz 3 nicht gestattet. Die Beobachtung darf ausschließlich durch den Einsatz von Personal erfolgen. Bei Fixierungen ist eine ständige persönliche Beobachtung mit kontinuierlicher Kontrolle der Vitalfunktionen durch eine Sitzwache sicherzustellen.

Die direkte persönliche Überwachung ist insbesondere bei der Isolierung von Patienten gelegentlich problematisch, wenn ein direkter Kontakt zur überwachenden Person zu gefährlich oder the-

rapeutisch nicht sinnvoll ist, sodass in diesem Zusammenhang ausnahmsweise auch andere Überwachungsformen gestattet sein sollten. Die Gründe für das von der Regel abweichende Vorgehen sind zu dokumentieren.

Eine kontinuierliche Kontrolle der Vitalfunktionen, wie sie bei fixierten Patienten gefordert wird, ist nur mittels technischer Apparaturen möglich, wie sie auf Überwachungs- und Intensivstationen in der somatischen Medizin üblich sind. Eine solche Kontrolle ist bei der Überwachung von fixierten Patienten nur ausnahmsweise sinnvoll und bei unruhigen Patienten oft überhaupt nicht durchführbar. Sinnvoll ist hingegen eine regelmäßige (intermittierende) Kontrolle, der Häufigkeit individuell zu bestimmen ist. Deshalb sollte in § 20 Absatz 3 das Wort „kontinuierlich“ durch „regelmäßig“ ersetzt werden.

Die DGPPN begrüßt das Nennen unterschiedlicher Methoden zur Gefahrenabwehr und verweist auf dringenden Forschungsbedarf unter Einbezug von Patienten, Angehörige und Mitarbeitern, welche Methoden (Festhalten, Isolierung, Fixierung) am wenigsten belastend in welcher Situation sind.

Für die DGPPN

Dr. med. Iris Hauth
Präsidentin der DGPPN

Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer
DGPPN-Vorstand, Leiter der Task Force Patientenautonomie der DGPPN

Dipl. Psych. Gabriel Gerlinger M.A.
Leiter Public Affairs und Wissenschaft

Literatur

DGPPN (2014) Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen – Eine ethische Stellungnahme der DGPPN, 23.09.2014; URL: <http://www.dgppn.de/presse/stellungnahmen/detailansicht/article//achtung-der.html>

DGPPN (2015) DGPPN-Eckpunktepapier für die Regelung der öffentlich-rechtlichen Unterbringung in psychiatrischen Krankenhäusern, 10.04.2015, URL: <http://www.dgppn.de/presse/stellungnahmen/detailansicht/article//eckpunkte-f.html>