



# Bundesdirektorenkonferenz

Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken  
für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK) e.V.

Prof. Dr. Thomas Pollmächer, Klinikum Ingolstadt, Krumenauerstr. 25, 85049 Ingolstadt

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**  
**16/4044**

A01, A14

## Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG-E) – Druck- sache 16/12068 vom 25.05.2016

### Stellungnahme der Bundesdirektorenkonferenz

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,  
sehr geehrte Damen und Herren,

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

Zunächst möchten wir zum Ausdruck bringen, dass wir die durchgehende Betonung der Bedeutung der Patientenrechte, des Patientenwillens und der Patientenautonomie im Gesetzesentwurf sehr begrüßen. Dazu gehören die Betonung der Bedeutung von Behandlungsvereinbarungen (§2, Absatz 2) und die Forderungen, dass die Behandlung so weit wie möglich in offenen Formen durchgeführt werden soll (§10, Absatz 2), dass ein täglicher Aufenthalt im Freien ermöglicht werden soll (§16, Absatz 1), dass die Erforderlichkeit der weiteren Unterbringung grundsätzlich täglich überprüft werden soll (§17, Absatz 2), dass Zwangsmaßnahmen mit den Betroffenen nachbesprochen werden müssen (§18, Absatz 5), dass Zwangsmedikationen grundsätzlich der richterlichen Genehmigung bedürfen (§18, Absatz 6) und dass schließlich längerdauernde Sicherungsmaßnahmen ebenfalls der richterlichen Genehmigung bedürfen (§20, Absatz 2).

All diese patientenorientierten und qualitätssichernden Maßnahmen bedeuten einen höheren Bedarf an Fachkräften, die in ausreichender Anzahl und Qualifikation zur Verfügung stehen müssen und aktuell nicht finanziert wären. Es muss sichergestellt sein, dass der erhöhte Personaleinsatz von den Kostenträgern finanziert wird, damit die gesetzlichen Vorgaben zum Wohle der Betroffenen nachhaltig umgesetzt werden können.

Darüber hinaus begrüßen wir, dass nach der Überarbeitung des Referentenentwurfes eine Zwangsbehandlung nicht mehr zwingend, sondern nur „so weit dies möglich ist“, der Wiederherstellung der freien Selbstbestimmung

19.08.2016

#### Vorsitzender

Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer  
Direktor und Chefarzt  
Zentrum für psychische Gesundheit  
Klinikum Ingolstadt GmbH  
Krumenauerstraße 25  
85049 Ingolstadt  
Tel.: 0841-880-2200  
Fax: 0841-880-2209  
E-mail: [thomas.pollmaecher@klinikum-ingolstadt.de](mailto:thomas.pollmaecher@klinikum-ingolstadt.de)

Dr. med. Sylvia Claus  
Stv. Ärztliche Direktorin und Chefarztin  
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik  
und Psychotherapie  
PfalzKlinikum für Psychiatrie und Neurologie AdöR  
Weinstraße 100  
76889 Klingenmünster  
Tel.: 06349 900 2001  
Fax: 06349 900 2099  
E-Mail: [sylvia.claus@pfalzlinikum.de](mailto:sylvia.claus@pfalzlinikum.de)

Prof. Dr. med. Martin Driessen  
Ärztlicher Direktor und Chefarzt  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel  
Ev. Krankenhaus Bielefeld gGmbH (EvKB)  
Remterweg 69-71  
33617 Bielefeld  
Tel.: 0521-772-78450  
Fax: 0521-772-78452  
E-Mail: [martin.driessen@evkb.de](mailto:martin.driessen@evkb.de)

Prof. Dr. med. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank  
Ärztliche Direktorin und Chefarztin  
Abt. Allgemeine Psychiatrie II  
LVR-Klinik Köln  
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln  
Wilhelm-Griesinger-Str. 23  
51109 Köln  
Tel.: 0221-8993629  
Fax: 0221-8993593  
E-Mail: [euphrosyne.gouzoulis-mayfrank@lvr.de](mailto:euphrosyne.gouzoulis-mayfrank@lvr.de)

Dr. med. Felix Hohl-Radke  
Ärztlicher Direktor und Chefarzt  
Asklepios Fachklinikum Brandenburg  
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie  
Anton-Saefkow-Allee 2  
14772 Brandenburg  
Tel.: 03381-78-2156  
Fax: 03381-78-2366  
E-Mail: [f.hohl@asklepios.com](mailto:f.hohl@asklepios.com)

Dr. med. Manfred Koller  
Referat 406  
Nds. Ministerium f. Soziales, Gesundheit u. Gleichstellung  
Hannah-Arendt-Platz 2  
30159 Hannover  
Tel.: 0511/120-4090  
E-mail: [Manfred.Koller@ms.niedersachsen.de](mailto:Manfred.Koller@ms.niedersachsen.de)

Schatzmeister  
Prof. Dr. Wolfgang Schreiber M.A.  
Ärztlicher Direktor und Chefarzt  
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik  
Bezirksklinikum Mainkofen  
94469 Deggendorf  
Tel.: 09931-87-20000  
Fax: 09931-87-20099  
E-Mail: [w.schreiber@mainkofen.de](mailto:w.schreiber@mainkofen.de)

Bankverbindung:  
Bundesdirektorenkonferenz (BDK) e.V.  
Prof. Dr. W. Schreiber  
HypoVereinsbank  
BLZ 100 208 90  
Konto-Nr.: 355 370 968  
IBAN: DE29100208900355370968  
BIC: HYVEDE33HAN  
Steuer-Nr. 208107/30588  
Stand: 30.10.2015  
[www.bdk-deutschland.de](http://www.bdk-deutschland.de)

dienen muss (§ 18 Absatz 5 PsychKG). Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass bei bestimmten Patientengruppen, insbes. bei älteren Menschen mit Demenz, eine freie Selbstbestimmung nicht mehr erreicht werden kann.

Im Arbeitsentwurf sind aber weiterhin kritische Regelungen bzw. Formulierungen enthalten, die uns in der praktischen Anwendung problematisch erscheinen und einer genaueren Überprüfung hinsichtlich ihrer Konsequenzen für die Praxis bedürfen.

1.

Am schwersten wiegt u.E., dass der Richtervorbehalt für die Zwangsbehandlung eingeführt wird, ohne dass im Gesetzesentwurf oder im Begründungstext Bezug auf konkrete Zeitkorridore des Verfahrens genommen würde (§18, Absatz 6). Die Einführung des Richtervorbehaltes ist grundsätzlich begrüßenswert, in der praktischen Anwendung befürchten wir jedoch bei der aktuellen Organisation der richterlichen und gutachterlichen Dienste Probleme und Nachteile für die Betroffenen, wenn die Genehmigung einer erforderlichen medikamentösen Behandlung zeitlich verzögert wird. Die Erfahrung der letzten Jahre mit Patienten, die nach BtG untergebracht sind, lässt befürchten, dass die Genehmigungsverfahren zumindest teilweise sehr langwierig sein könnten. Dies wäre zum Nachteil der Betroffenen, die zudem häufig noch deutlich akuter krank sind im Vergleich zu den nach BtG Unterbrachten, z.B. wenn sie immer wieder isoliert oder gar fixiert, aber (noch) nicht mediziert werden dürfen.

Zwar lässt das Gesetz laut aktuellem Arbeitsentwurf in Ausnahmefällen eine Zwangsbehandlung ohne vorherige richterliche Genehmigung zu, wenn „*diese nicht rechtzeitig erreichbar ist*“ und sofern sie „*zur Vermeidung einer gegenwärtigen Lebensgefahr oder einer gegenwärtigen schwerwiegenden Gefahr für die Gesundheit der untergebrachten Person oder dritter Personen erforderlich ist*“ (§18, Absatz 6). Allerdings erwecken die Ausführungen im Begründungstext den Eindruck, dass eine Zwangsbehandlung „*bei Gefahr im Verzug*“ ohne richterliche Genehmigung lediglich für somatische Komplikationen der psychischen Erkrankung vorgesehen ist: „*Von einer solchen Gefahr ist beispielweise auszugehen, wenn aufgrund der zugrundeliegenden Erkrankung eine Kreislaufinstabilität oder Störungen der Atmung (wegen Verweigerung einer Flüssigkeitsaufnahme, Auswirkungen eines Alkoholentzugsdelirs, Hyperventilation usw.) eintreten, die lebensbedrohlich sind oder schwerwiegende Schädigungen der Gesundheit zur Folge haben können*“. Die psychische Störung per se wird hier nicht genannt, obwohl sie z.B. durch ausgeprägte Angst und Agitation so schwerwiegend und belastend für den Patienten sein kann, dass die Verzögerung einer Behandlung einer unterlassenen Hilfeleistung gleich kommen würde.

Unser Vorschlag wäre, dass die Gesetzesbegründung dahingehend ergänzt werden sollte, dass auch ausgeprägtes psychisches Leiden mit drohender nachhaltiger Traumatisierung des Betroffenen eine Begründung für eine Zwangsbehandlung ohne vorherige richterliche Genehmigung sein kann.

Darüber hinaus löst die Ausnahmeregelung einer Zwangsbehandlung ohne vorherige richterliche Genehmigung nicht das grundsätzliche Problem der fehlenden Zeitkorridore für das Verfahren; denn die richterliche Genehmigung muss immer noch beantragt werden, wenn die akute Gefahr (vorübergehend) abgewehrt wurde, aber die Fortführung der Behandlung für notwendig erachtet wird.

Unser Vorschlag wäre, dass ein enger zeitlicher Korridor für das Genehmigungsverfahren für eine Zwangsbehandlung verbindlich eingeführt wird. Die Anhörung des Betroffenen sollte möglichst innerhalb von 24h Stunden nach der Beantragung durch die behandelnden Ärzte erfolgen, und zwar idealerweise gemeinsam durch einen Richter und einen externen psychiatrischen Sachverständigen. Mit dem Verzicht auf das Einholen eines schriftlichen Gutachtens durch einen externen psychiatrischen Sachverständigen im Vorfeld der richterlichen Anhörung könnte das Verfahren deutlich beschleunigt werden. Darüber hinaus schlagen wir die Installierung eines richterlichen Notdienstes über 7d/24h vor, der in dringenden Fällen nach Schilderung der Situation ggf. auch telefonisch oder per Fax eine vorläufige Genehmigung zur Zwangsbehandlung geben könnte.

2.

Im § 18 Absatz 8 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. Beispielhaft kann man sich hier einen Patienten mit akuter Psychose vorstellen, der zugleich an Diabetes oder Asthma leidet und nicht nur die Psychopharmaka, sondern auch die somatische Medikation verweigert.

Unser Vorschlag wäre, dass die Behandlung sonstiger Erkrankungen im Notfall im Rahmen der Bestimmungen des § 18 Absatz 6 geregelt werden sollte.

3.

Grundsätzlich begrüßen wir, dass nach der Überarbeitung des Referentenentwurfs auch künftig eine Zwangsbehandlung zur Abwendung einer akuten Fremdgefährdung im Rahmen der Unterbringung zulässig sein soll (§ 18 Absatz 4). Allerdings möchten wir darauf hinweisen, dass aus ärztlich- klinischer und medizin-ethischer Sicht eine medikamentöse Behandlung von Patienten *ausschließlich* im Interesse Dritter nicht zulässig ist. Diese wäre auch mit der UN-BRK nicht vereinbar. Eine Zwangsbehandlung eines nicht selbstbestimmungsfähigen Patienten zur Abwendung einer mittelbaren, akuten Fremdgefährdung kommt nur dann in Betracht, wenn diese einem psychopathologischen Zustand geschuldet ist, der unmittelbar oder mittelbar auch für den Patienten selbst eine erhebliche Gesundheitsgefährdung bedeutet. Aus klinischer Sicht ist akute Fremdgefährdung bei nicht einsichtsfähigen Patienten regelhaft mit erheblicher, unmittelbarer oder mittelbarer Eigengefährdung assoziiert.

Unser Vorschlag wäre, dass der § 18, Absatz 4 dahingehend modifiziert bzw. ergänzt wird, dass eine Behandlung ohne Einwilligung des Betroffenen bei Fremdgefährdung nur dann zulässig ist, wenn gleichzeitig unmittelbar oder mittelbar eine Gefährdung der eigenen Gesundheit des Betroffenen besteht, die durch die Behandlung günstig beeinflusst werden kann. Darüber hinaus würden wir es begrüßen, wenn dieser kritische Aspekt im Begründungstext ausführlich erörtert würde.

4.

Im § 18, Absatz 5 steht: *„Die Zwangsbehandlung ist unzulässig, wenn sie lebensgefährlich ist oder wenn sie die Gesundheit der Betroffenen erheblich gefährdet“*. Dies ist problematisch, weil jedes Medikament potenziell schwere Komplikationen mit sich bringen kann. U.E. ist die weiter oben im Gesetzestext genannte Forderung ausreichend, dass *„der zu erwartende Nutzen die zu erwartenden Beeinträchtigungen für die Betroffenen deutlich überwiegt“*.

Unser Vorschlag wäre, dass der Satz *„Die Zwangsbehandlung ist unzulässig, wenn sie lebensgefährlich ist oder wenn sie die Gesundheit der Betroffenen erheblich gefährdet“* gestrichen wird.

5.

Darüber hinaus möchten wir auf eine Problematik hinweisen, die aus dem §20, Absatz 3 resultiert. Im Gesetzestext heißt es: *„Bei Fixierungen ist eine ständige persönliche Beobachtung mit kontinuierlicher Kontrolle der Vitalfunktionen durch eine Sitzwache sicherzustellen.“* Die Sitzwache soll natürlich regelhaft beim Patienten „sitzen“. Es gibt jedoch Situationen, bei denen die ständige Anwesenheit der Sitzwache im Zimmer für den Patienten 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 Mitarbeitersicht schwer durchführbar.

Unser Vorschlag wäre, dass im Begründungstext zum §20, Absatz 3 erläutert wird, dass die konkrete Durchführung der „Sitzwachen“ in das Ermessen des zuständigen Arztes gestellt wird. In der Regel soll sich die „Sitzwache“ beim Patienten im Zimmer aufhalten. In begründeten Ausnahmefällen muss es aber möglich sein, dass die Sitzwache sich außerhalb des Patientenzimmers aufhält, und dennoch die ständige persönliche Beobachtung z.B. durch eine Sichtscheibe sichergestellt ist. Grundsätzlich wäre es u.E. sinnvoll, den Begriff „Sitzwache“ durch den Begriff „Intensivbetreuung“ zu ersetzen.

6.

Schließlich möchten wir auf eine Problematik hinweisen, die aus unserer Sicht mit dem aktuell gültigen PsychKG besteht und die bislang im Rahmen der Novellierung nicht berücksichtigt wurde. Im § 11, Absatz 1, heißt es: *„Die Unterbringung Betroffener ist nur zulässig, wenn und solange durch deren krankheitsbedingtes Verhalten gegenwärtig eine erhebliche Selbstgefährdung oder eine erhebliche Gefährdung bedeutender Rechtsgüter anderer be-*

*steht, die nicht anders abgewendet werden kann.“* Demnach könnten auch selbstbestimmungsfähige psychisch kranke Menschen untergebracht werden. In Übereinstimmung mit der Stellungnahme der DGPPN vom 18.01.2016 sehen wir hier einen Widerspruch zu der UN-BRK. Wir lehnen unfreiwillige Unterbringungen bei selbstbestimmungsfähigen Menschen ab und sehen hier die Gesellschaft und Politik in der Pflicht andere institutionelle Lösungen für Probleme zu finden, die durch das Gemeinwohl gefährdendes bzw. sozial nicht angepasstes Verhalten von Menschen entstehen, die zwar psychisch krank, aber selbstbestimmungsfähig sind.

Unser Vorschlag wäre, dass die fehlende Selbstbestimmungsfähigkeit als eine weitere Voraussetzung für eine Unterbringung genannt wird.

Wir hoffen, dass unsere Ausführungen hilfreich für die Vorbereitung der Anhörung und die weitere Arbeit an dem Gesetz sind. Frau Professor Gouzoulis-Mayfrank aus Köln wird die BDK bei der Öffentlichen Anhörung des Ausschusses am 31. August vertreten. Für Rücksprachen stehen wir Beide Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Thomas Pollmächer  
Vorsitzender der Bundesdirektorenkonferenz