

SoVD NRW e.V. • Erkrather Str. 343 • 40231 Düsseldorf

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation,
Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfa-
len
Fachreferat 213
Herr Holke
joerg.holke@mgepa.nrw.de
Aktenzeichen 213-0511.1

**Sozialverband Deutschland
NRW e.V.**

Erkrather Str. 343
40231 Düsseldorf
Telefon: 0211 / 3 86 03-0
Telefax: 0211 / 38 21 75

Rückfragen: Dr. Michael Spörke

Durchwahl: 0211 / 3 86 03-13

E-Mail: m.spoerke@sovd-nrw.de

Düsseldorf, den 09.03.2016

Stellungnahme zum Entwurf eines zweiten Gesetzes zur Änderung des Ge- setzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG NRW)

Inhalt

Vorbemerkung.....	2
Zusammenfassung.....	2
1. Grundsätze.....	3
2. Vor- und nachsorgende Hilfen.....	4
3. Unterbringung.....	6
4. Behandlung.....	7
5. Zwangsbehandlung und Fixierung.....	8
6. Dokumentations- und Berichtspflichten.....	10
7. Einrichtung eines Landesfachbeirats Psychiatrie und Erstellung eines Landespsychiatrieplans.....	10

Vorbemerkung

Im Vorlauf der Entstehung des vorliegenden Gesetzentwurfes wurde zum 31.12.2014 der 2. Evaluationsbericht über die Umsetzung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) erstellt, der laut Beschluss des Landtages aus dem Jahr 2005 alle fünf Jahre im Landtag zu erfolgen hat. Im Rahmen dieser Berichterstattung sollte überprüft werden, wie sich das Gesetz bewährt hat und wo gegebenenfalls Novellierungsbedarf deutlich würde. Der SoVD NRW nahm als anerkannte Organisation der Interessenvertretung von PatientInnen und als Behindertenverband im Rahmen der Erstellung dieses Berichtes bereits die Gelegenheit zur Stellungnahme zum PsychKG wahr. Die Stellungnahme umfasste eine Reihe von Hinweisen und Anregungen zu einer Fortentwicklung des PsychKG.

Das PsychKG regelt für Menschen mit psychischen Erkrankungen die vor- und nachsorgenden Hilfen und die Schutz- und Unterbringungsmaßnahmen, sofern gewichtige Anhaltspunkte für eine Selbstgefährdung oder eine Gefährdung bedeutender Rechtsgüter anderer auf Grund der psychischen Erkrankung bestehen. Der nun vorliegende Entwurf eines PsychKG fußt auf dem Auftrag, die Bestandteile des bisherigen PsychKG aus dem Jahr 1999, die nicht im Einklang mit der höchstrichterlichen Rechtsprechung und der veränderten Rechtslage im Bereich der allgemeinen Patientinnen- und Patientenrechte sowie des Betreuungsrechts stehen, zu verändern. Des Weiteren sollen mit dem vorliegenden Entwurf Probleme in der Umsetzungspraxis durch Konkretisierungen sowie Klarstellungen beseitigt werden und die im eingangs erwähnten bisherigen Beteiligungsverfahren zum 2. Evaluationsbericht eingebrachten Anregungen einfließen. Dies betrifft, so die einleitende Erklärung des zuständigen Ministeriums, insbesondere Regelungen zu den Voraussetzungen für Zwangsbehandlungen.¹

Zusammenfassung

Zwangsunterbringungen und –behandlungen stellen schwerwiegende Grundrechtseinschränkungen dar. Daher anerkennt und begrüßt der SoVD NRW insbesondere, dass der vorliegende Gesetzentwurf durch die konkretisierenden Neuregelungen zur Zwangsbehandlung bei einwilligungsunfähigen Betroffenen der Diskussion um eine „behinderungsbedingte“ Ungleichbehandlung und Benachteiligung von psychisch kranken Menschen sachgerecht begegnet. Dies gilt insbesondere auch für die Neuregelungen zur Mitwirkung der Betroffenen bei der Durchführung von Zwangsunterbringung und –behandlung und zur Einsichtnahme in Patientenakten. Auch die Änderungen hinsichtlich der Qualität der Berichterstattung und der Dokumentationspflichten werden vom SoVD NRW begrüßt.

Es kann aus der Sicht des SoVD NRW jedoch nicht nur um die Verbesserung der (Rechts-)Situation der Menschen gehen, die sich bereits in Zwangsunterbringung und –behandlung befinden. Vielmehr müssen die gesetzlichen Regelungen darauf gerichtet sein, den von Zwangsmaßnahmen betroffenen oder bedrohten Menschen ein eigenverantwortliches und selbstbestimmtes Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen und ihre Befähigung hierzu zu fördern und Zwangsmaßnahmen so weit wie möglich zu vermeiden. Dabei kommt **vor- und nachsorgenden Hilfsangeboten** eine entscheidende Bedeutung zu. Die Legitimität von Zwangsmitteln als *ultima ratio* hängt davon ab, dass der Staat seine auch Möglichkeiten ausschöpft, diese so weit wie möglich durch andere, möglichst milde Mittel zu vermeiden. Der vorliegende Gesetzentwurf bietet – wie schon der Evaluationsbericht zum PsychKG NRW leider auch weiterhin keine greifbare Perspektive zur Schaffung eines bedarfsgerechten und tragfähigen Angebots an vor- und nachsorgenden Hilfen. Die im Rahmen der Evaluation auf breiter

¹ Vgl. Anschreiben zur Verbändeanhörung PsychKG NRW vom 16.2.2016.

Front beklagte prekäre Lage bei den vor- und nachsorgenden Hilfen droht somit weiter fortgeschrieben zu werden.

Der SoVD NRW hat daher große Zweifel, ob das mit der Novellierung des PsychKG NRW verbundene wichtige Ziel der Reduzierung von Zwangsmaßnahmen erreicht werden kann.

Angesichts von Mängeln bei der **personellen Ausstattung der Kliniken** und der Verfügbarkeit **qualifizierter Gutachter** bestehen ebenfalls erhebliche Zweifel, ob den beabsichtigten Stärkungen der Patientenrechte bezüglich Unterbringung und Behandlung sowie verbesserter Dokumentations- und Berichtspflicht durch die vorliegenden Vorschläge zur Gesetzesänderung bereits ausreichend zum praktischen Durchbruch verholfen werden kann.

Dass gewichtige ressourcenrelevante Infrastrukturprobleme auf freiwillig-kooperativem Wege über die Koordinations- und Beratungsplattform des **Landesfachbeirats Psychiatrie** und die Erstellung eines Landespsychiatrieplans zu bewältigen sind, muss nach aller Erfahrung mehr als zweifelhaft erscheinen. Wir befürchten daher, dass die erfolgreiche landesweite Umsetzung der vorgesehenen Rechtsverbesserungen in der Praxis durch fehlenden Finanz- und Personalressourcen zumindest erheblich erschwert werden wird.

Der SoVD NRW hält es grundsätzlich weiterhin für geboten, im PsychKG konkretisierende Regelungen zur landesweit regelhaften und bedarfsgerechten Vorhaltung vor- und nachsorgender Hilfen, insbesondere auch für Kriseninterventionsdienste, zu treffen. Damit verbundene Konnexitätsfragen dürfen nicht zur Undurchführbarkeit notwendiger Fortentwicklungen führen, sondern müssen ggf. auch bewältigt werden. Zudem sollte im Interesse einer landeseinheitlichen Umsetzung des Gesetzes auch das Weisungsrecht der Aufsichtsbehörden verstärkt genutzt werden. Darüber hinaus muss sich das Land verstärkt dafür einsetzen, dass finanzielle und planerische Mittel zur Verfügung stehen, um in der klinischen Praxis die sächlichen und personellen Voraussetzungen zu schaffen, die es ermöglichen, auf Fixierungen möglichst weitgehend verzichten zu können. Die Gewinnung qualifizierter Gutachter ist zu verstärken.

1. Grundsätze

Der SoVD NRW begrüßt das Ziel des vorliegenden Gesetzentwurfs, das PsychKG an die Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention, des dritten Betreuungsrechtsänderungsgesetzes, des Patientenrechtsgesetzes sowie der höchstrichterlichen Rechtsprechung zur Zwangsbehandlung anzupassen. Im Begründungstext zum vorliegenden Gesetzentwurf wird zu Recht auf die Bedeutung der UN-Behindertenrechtskonvention, des dritten Betreuungsrechtsänderungsgesetzes, des Patientenrechtsgesetzes und der höchstrichterlichen Rechtsprechung zur Zwangsbehandlung (seit 2011) für die Stärkung der Rechte von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen im Rahmen der öffentlich-rechtlichen Unterbringung hingewiesen und klargestellt, dass das bisher geltende PsychKG NRW den damit verbundenen Anforderungen nicht in allen Bereichen genügt. Es ist daher folgerichtig, bereits in den Grundsätzen des Gesetzes hervorzuheben, dass zukünftig bei allen Hilfen und Maßnahmen auf Grund des PsychKG NRW die Würde und persönliche Integrität der Betroffenen zu schützen ist und ihre Freiheit, Entscheidungen selbstbestimmt zu treffen, sowie ihre Unabhängigkeit zu achten sind.

Besuchsberichte über die Prüfung psychiatrischer Krankenhäuser weisen auf einen nicht haltbaren bisherigen Missstand bezüglich der Dokumentations- und Berichtspflichten in klinischen Einrichtungen hin.² Der SoVD begrüßt deshalb, dass bereits in den Grundsätzen (§2 Absatz 3) des PsychKG-E die sorgfältige Dokumentation von allen Behandlungs- und Sicherungsmaßnahmen eingefordert wird. Damit wird eine der grundsätzlichen Forderungen des SoVD NRW nach einer Konkretisierung im Sinne einer lückenlosen Dokumentation erfüllt.

² Zusammenfassungen der Besuchsberichte über die Prüfung psychiatrischer Krankenhäuser für die Jahre 2010 bis 2011, Landtagsvorlage 16/1083, S. 9.

2. Vor- und nachsorgende Hilfen

Die Zwangseinweisung in eine stationäre Psychiatrie ist auch nach dem PsychKG die ultima ratio, um eine „nicht anders abwendbare“ Selbst- und Fremdgefährdung abzuwenden. Der SoVD NRW hatte bereits in seiner Stellungnahme zur Evaluierung des PsychKG dargelegt, wie entscheidend es daher ist, dass zuvor alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft wurden, die das Selbstbestimmungsrecht respektieren. Vor- und nachsorgende Hilfe haben dabei die oftmals entscheidend wichtige Aufgabe sicherzustellen, dass:

- rechtzeitig Behandlung und psychosoziale Hilfe geleistet werden und so Unterbringung vermieden wird
- die Betroffenen nach einer Unterbringung oder einer sonstigen stationären psychiatrischen Behandlung durch individuelle, ärztlich geleitete Beratung und psychosoziale Maßnahmen befähigt werden, ein eigenverantwortliches und selbstbestimmtes Leben in der Gemeinschaft zu führen.

Insbesondere in akuten Krisen ist schnelle Hilfe deshalb eine *Conditio-sine-qua-non* zur Vermeidung von Unterbringung. Dies zu leisten ist nur möglich, wenn entsprechende Hilfen und Behandlungsangebote tatsächlich im erforderlichen Umfang verfügbar und nutzbar sind. Die praktische Erfahrung zeigt aber, dass allzu rasch zur Unterbringung gegriffen wird, ohne dass Zeit und fachliche Möglichkeiten gegeben waren, um Alternativen zu suchen.³

Aus Sicht des SoVD NRW ist es daher sachlich nicht nachvollziehbar, dass die Novellierung des PsychKG bisher nicht zum Anlass genommen wurde, die recht allgemeinen Vorgaben des PsychKG zur Ausgestaltung der vor- und nachsorgenden Hilfen, welche den zuständigen Kommunen weite Ermessensspielräume einräumen und die teils zu unzureichenden ambulanten und teilstationären Hilfe- und Versorgungsstrukturen führen, im vorliegenden Gesetzentwurf zu konkretisieren.

Damit der Vorrang anderer, das Selbstbestimmungsrecht respektierender Möglichkeiten zur Abwendung von Selbst- oder Fremdgefährdung Wirklichkeit werden und Unterbringungen nach PsychKG auf das Maß des unbedingt Notwendigen (*ultima ratio*-Prinzip) zurückgeführt werden können, bedarf es zwingend eines Auf- und Ausbaus vor- und nachsorgender Hilfen.⁴ Dazu sind landesweite Standards in qualitativer wie quantitativer Hinsicht unerlässlich, um auch dem Grundsatz landesweit gleichwertiger Lebensbedingungen Rechnung zu tragen. Die Chance psychisch Kranker, vor Unterbringung und möglicher Zwangsbehandlung bewahrt zu werden, darf nicht von der Zufälligkeit des Wohnorts abhängen.

Psychiatrische Notfallversorgung (Krisenintervention) muss in den Fokus der ärztlichen Notfallversorgung rücken. Sinnvoll erscheint etwa die regelhafte Vorhaltung quartiersnaher Psychiatrischer Krisendienste, die kontinuierlich rund um die Uhr zur Verfügung stehen. Dringend behebedürftig sind auch Defizite bei der ambulanten und teilstationären psychiatrischen und psychotherapeutischen Regelversorgung. Nach Angaben der *Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde* (DGPPN) ist der **Mangel an Behandlungsplätzen** der häufigste Grund für die Nichtaufnahme in psychotherapeutische Behandlung.⁵ Auch nach Auffassung der Landesregierung verweisen die zum Teil hohen und sehr unterschiedlichen Unterbringungsquoten auf eine teils unzureichende Ausgestaltung örtlicher Hilfestrukturen. So ist es den Sozialpsychiatrischen Diensten unter den aktuellen Rahmenbedingungen laut Evaluationsbericht zum PsychKG NRW

³ Vgl. Dagmar Brosey: „Zum Wohl des Betreuten“!? Freiheit zur Krankheit und die Garantstellung von Betreuerinnen und Betreuern – ein Spannungsfeld, In: Soziale Psychiatrie Nr. 138, Heft 4 2012.

⁴ Auch „nachsorgende“ Hilfe ist Vorsorge, denn sie dient der Vorbeugung gegen eine erneute Unterbringung oder stationäre Behandlung.

⁵ <http://www.dgppn.de/schwerpunkte/nachwuchs/aerztemangel-psychiatrie.html>, Zugriff am 6.6.2014.

nicht möglich „eine umfängliche Ansprechbarkeit bzw. Krisenhilfe am Abend, am Wochenende bzw. rund um die Uhr zu gewährleisten“. Auch sei „durch einen Mangel an aufsuchenden, niedrigschwelligen Krisendiensten“ eine notfallmäßige Krisenhilfe außerhalb der Regelarbeitszeiten in vielen Regionen des Landes nur eingeschränkt möglich.⁶

Diese Defizite nicht als Folge einer unklaren oder unzureichenden Gesetzeslage zu beschreiben, sondern den „jeweiligen strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen auf örtlicher Ebene“⁷ zuzurechnen, die personelle Ausstattung bzw. die Sicherstellung der Aufgaben der sozialpsychiatrischen Dienste als alleinige Aufgabe der Kommunen zu beschreiben⁸ und lediglich darauf zu verweisen, dass Versorgungsprobleme bei ambulanten Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen nur begrenzt über das PsychKG zu lösen seien, ist als Lösungsansatz zur Schaffung ausreichender vor- und nachsorgende Hilfe zu wenig. Die Gründe für diese „Unzuständigkeitserklärung“ des Landes dürften weniger formaler, rechtssystematischer Natur sein, sondern vielmehr dem Fehlen von ausreichenden Haushaltsmitteln für die Auflage eines entsprechenden landesweiten Förderprogrammes geschuldet sein. Auch der Hinweis der regionalen Prüfung, inwieweit eine Behandlungsermächtigung der sozialpsychiatrischen Dienste hier in akuten Notsituationen eine überbrückende Lösung darstellt, kann hier nur ein Teilschritt zur Lösung des Problems sein.⁹

Die Situation bei den vor- und nachsorgenden Hilfen ist prekär. Die Defizite bei der ambulanten und teilstationären psychiatrischen und psychotherapeutischen Regelversorgung in NRW sind deutlich. Auch zukünftig wird ein hoher Bedarf an der ganzen Breite der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung bestehen, wie auch die Daten aus der Statistik der ambulanten Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigungen in NRW nahelegen. Dies wird nicht zuletzt verstärkt durch die große Zahl geflüchteter, oftmals traumatisierter Menschen.

Das Konzept des **Home Treatments**, das eine Alternative zur stationären Behandlung mit mindestens gleichwertigen Ergebnissen bietet, müsste auch in Deutschland stärker mit Nachdruck realisiert werden. Was wir brauchen ist eine außerstationäre, gemeindenahe Krisenversorgung mit Maßnahmen einer ambulanten Behandlung und psychiatrischen Pflege sowie die Realisierung der Soziotherapie. **Zugänglichkeit und Barrierefreiheit** spielen dabei auch für psychisch Kranke eine große Rolle: hier sind vor allem lange und unkalkulierbare Wartezeiten in Behörden und Praxen, rigide Terminvergabe und lange Wartezeit auf Therapieplätze als spezifische Barrieren zu nennen. Ziel müssen niedrigschwellige, zeitnahe unbürokratische und angstfreie Zugänge zur Teilhabe sein. Nicht zuletzt die in der Begründung zum vorliegenden Gesetzentwurf zu Recht oftmals angeführte UN-Behindertenrechtskonvention gibt zu diesen Punkten klare Vorgaben.

Zweifellos lassen sich Aspekte der Unterversorgung im Bereich der medizinischen und psychosozialen Leistungen nicht *allein* durch ein Landesgesetz wie das PsychKG, wie es der Evaluationsbericht zum PsychKG NRW darlegt. Unerlässlich ist insbesondere die Mobilisierung der dazu erforderlichen Ressourcen. Diesbezüglich verwies der Evaluationsbericht lediglich auf die Zuständigkeit der Kommunen und des Bundesgesetzgebers (soziales Leistungsrecht). Mit dem **Landesfachbeirat Psychiatrie** (§ 31 PsychKG-E) soll nunmehr eine Koordinations- und Beratungsplattform installiert werden, die offenbar freiwillig-kooperative Lösungen befördern und dazu beitragen soll „in einer zukünftigen Landespsychiatrieplanung unter Beteiligung der Leistungsträger Lösungswege unter Einschluss von Initiativen in Richtung Bundesebene zu entwickeln“¹⁰. Nach den bisherigen Erfahrungen mit ähnlichen Gremien

⁶ S.4, Bericht der Landesregierung über die Erfahrungen mit dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) vom 17. Dezember 1999 (SGV.NRW. 2128) vom 16.1.2015

⁷ Aktionsplan der Landesregierung zur Umsetzung der UN-BRK, S. 150.

⁸ S.4, Bericht der Landesregierung über die Erfahrungen mit dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) vom 17. Dezember 1999 (SGV.NRW. 2128) vom 16.1.2015

⁹ Vgl. S.21, Bericht der Landesregierung über die Erfahrungen mit dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) vom 17. Dezember 1999 (SGV.NRW. 2128) vom 16.1.2015

¹⁰ S.5, Bericht der Landesregierung über die Erfahrungen mit dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) vom 17. Dezember 1999 (SGV.NRW. 2128) vom 16.1.2015

(z. B. dem Landespflegeausschuss) endet allerdings die Kooperationsbereitschaft möglicher Kostenträger in aller Regel dann, wenn die Frage auf dem Tisch liegt, woher notwendige zusätzliche Ressourcen kommen sollen. Um die Kooperationsbereitschaft zu fördern, erschiene es unerlässlich, dass sich das Land nicht nur als Moderator versteht, sondern auch bereit ist, mit entsprechendem eigenen finanziellen Engagement Anreize zu setzen.

Aus Sicht des SoVD NRW ist ein „doppelter Stillstand“ – bei den gesetzlichen Regelungen zur Vor- und Nachsorge einerseits und bei den Ressourcenfragen andererseits - nicht akzeptabel. Notwendig wäre ein „doppelter Fortschritt“, indem einerseits in der Novelle des PsychKG konkretisierende Regelungen zur landesweit regelhaften und bedarfsgerechten Vorhaltung vor- und nachsorgender Hilfen, insbesondere hinsichtlich qualifizierter ambulanter Dienste zur Krisenintervention, getroffen werden, und deren Umsetzung andererseits auch finanziell unterstützt wird. Dazu müssten sich ggf. stellende Konnexitätsfragen bewältigt und/oder ein Förderprogramm zur Vermeidung von Zwangsunterbringungen durch bedarfsgerechte Weiterentwicklung der gemeindepsychiatrischen Versorgung aufgelegt werden. Zudem sollte im Interesse einer landeseinheitlichen Umsetzung des Gesetzes auch das Weisungsrecht der Aufsichtsbehörden (§ 5 Abs. 4) verstärkt genutzt werden, um bestehende Strukturen wie Kontakt- und Beratungsstellen zu nutzen und flächendeckende, aufsuchende Krisendienste rund um die Uhr verpflichtend vorzuhalten. Die im Evaluationsbericht zum PsychKG NRW zu dieser Forderung des SoVD und anderer getätigte Aussage der Landesregierung, wonach dieser Vorschlag nur eingeschränkt aufgegriffen werden könne, ist nicht zufriedenstellend. Auch wenn das Land nur die Weisungsmöglichkeit für die Kreise und kreisfreien Städte hat, Kontakt- und Beratungsstellen sowie Krisendienste nicht allein über die Kommunen finanziell gesichert werden können und zur Sicherstellung in der Tat auch die Träger der Eingliederungshilfe und die Krankenkassen einzubinden sind, könnte und müsste das Land seine Möglichkeiten zur Gestaltung von vor- und nachsorgenden Hilfen besser nutzen als bisher.

3. Unterbringung

Eine Unterbringung im Sinne des PsychKG liegt vor, wenn Betroffene gegen ihren Willen, gegen den Willen Aufenthaltsbestimmungsberechtigter oder im Zustand der Willenlosigkeit in ein psychiatrisches Fachkrankenhaus, eine psychiatrische Fachabteilung eines Allgemeinkrankenhauses oder einer Hochschulklinik eingewiesen werden und dort verbleiben.¹¹ Die Unterbringung ist nach dem PsychKG nur zulässig aus Gründen der Abwehr einer gegenwärtigen erheblichen Gefahr für die Betroffenen selbst sowie bedeutende Rechtsgüter anderer, die anders nicht abwendbar ist. Die Unterbringung setzt laut Bundesverfassungsgericht außerdem voraus, dass die Betroffenen krankheitsbedingt zur Einsicht in die Behandlungsbedürftigkeit oder zum Handeln gemäß dieser Einsicht nicht fähig sind und damit auch unfähig sind, von ihrer „Freiheit zur Krankheit“ autonom Gebrauch zu machen.¹² Für die Feststellung, ob die Voraussetzungen für den drastischen Grundrechtseingriff einer Unterbringung vorliegen, kommt der **Gutachtertätigkeit** eine entscheidende Bedeutung zu. Da hier eine fundierte **fachärztliche** Gutachterarbeit unerlässlich ist, bestimmt § 321 FamFG, dass der Gutachter Psychiater sein „soll“, mindestens aber Arzt mit Erfahrung in der Psychiatrie sein „muss“. Der Evaluationsbericht zum PsychKG stellt einmal mehr den Mangel an entsprechend qualifizierten, begutachtenden Ärztinnen und Ärzten in NRW fest. Insbesondere in den Abend- und Nachtstunden und am Wochenende sei überwiegend eine freiwillige Bereitschaft der niedergelassenen Fachärzteschaft

¹¹ § 10 Abs. 2 Satz 1 PsychKG NRW.

¹² Vgl. Dagmar Brosey: „Zum Wohl des Betreuten“!? Freiheit zur Krankheit und die Garantstellung von Betreuerinnen und Betreuern – ein Spannungsfeld, In: Soziale Psychiatrie Nr. 138, Heft 4 2012.

(Psychiatrie/Psychotherapie) zur Mitwirkung in Krisensituationen bisher nicht gegeben.¹³ Werden sofortige Unterbringungen deshalb aber ohne ärztliches Gutachten vollzogen oder erfolgen Begutachtungen durch Ärzte, welche keine Psychiatrieerfahrung besitzen, verstößt dies gegen die Rechte der Betroffenen. Gleiches gilt, wenn Verfahrenspfleger nicht ausreichend zur Verfügung stehen. Hier schafft leider auch der vorliegende Gesetzentwurf keine Ansätze zur Beseitigung dieser Praxisprobleme.

Im Übrigen begrüßt der SoVD NRW aber eine Reihe der geplanten Neuregelungen zu Unterbringungen. Dies gilt zum Beispiel für die Regelung in §10 Absatz 2 PsychKG-E, die vorsieht, dass Unterbringung soweit wie möglich in offenen Formen durchgeführt werden soll. Damit wäre gesetzlich geregelt, dass aus der Pflicht, die Entziehung von der Untersuchung durch die Betroffenen zu verhindern, keine Pflicht zu verschlossenen Türen erwächst. Hiermit wird klargestellt, dass möglichst Unterbringungsmaßnahmen zu wählen sind, die mit den geringsten Eingriffen in die Grundrechte der Betroffenen verbunden sind (Stationszimmer am Eingang, Schließen nur über Nacht, Intensivbetreuung).

Uneingeschränkt zu begrüßen ist in diesem Zusammenhang auch, dass laut §24 Absatz 1 Satz 2 PsychKG-E die Sprechstunden der Patientenbeschwerdestelle nicht mehr nur im geschlossenen Bereich der Klinik, sondern in dem Bereich, in dem der Betroffene untergebracht ist, stattfinden. Diese Regelung ist dazu geeignet, die Einrichtung und Durchführung einer offenen Unterbringung zu unterstützen. Dies gilt auch für die Änderung in § 16 Absatz 1 Satz 3 PsychKG-E, wonach nicht mehr nur „regelmäßige Aufenthalte im Freien“¹⁴, sondern tägliche Aufenthalte im Freien zu ermöglichen sind. Zur Umsetzung der hier angesprochenen Maßnahmen zur Förderung der offenen Formen von Unterbringung könnten jedoch Verbesserungen der Personalausstattung der Kliniken erforderlich sein. Es bleibt daher abzuwarten, ob dem sinnvollen Instrument der offenen Unterbringungsform durch die vorliegenden Vorschläge zur Gesetzesänderung bereits zum praktischen Durchbruch verholfen werden kann. Es wäre fatal, wenn dies an fehlenden Personalressourcen scheitern würde.

Die Intention der Regelung in §15 Satz 3 PsychKG-E ist ebenfalls zu begrüßen. Danach hat die ärztliche Leitung unverzüglich alle in § 15 Satz 2 PsychKG-E Genannten zu informieren, wenn eine ärztliche Untersuchung ergeben hat, dass die Unterbringungs Voraussetzungen nicht mehr vorliegen. Diese Regelung ist dazu geeignet, bei nicht mehr Vorliegen der Unterbringungs Voraussetzungen eine schnellere Entlassung und übergangslose Weiterversorgung zu unterstützen. Ob die oftmals sehr wichtige übergangslose Weiterversorgung aber in der Praxis gelingt, hängt entscheidend von der vorhandenen Qualität der nachsorgenden Hilfen (vgl. Ausführungen in Abschnitt 2) ab.

Ausdrücklich zu begrüßen ist aus Sicht des SoVD NRW auch die vorgesehene Konkretisierung in §17 Absatz 2 Satz 2 PsychKG-E. Während bisher die Erforderlichkeitsprüfung zur Unterbringung lediglich „fortlaufend“¹⁵ zu absolvieren war, ist nach dem vorliegenden Gesetzentwurf sicherzustellen, dass die Erforderlichkeit der weiteren Unterbringung grundsätzlich täglich ärztlich überprüft, begründet und dokumentiert wird. Diese Änderung scheint geeignet, früher als bisher nicht mehr notwendige Unterbringungen zu erkennen und zum Wohle der Betroffenen zu beenden, setzt aber durch einen höheren Dokumentationsaufwand die Vorhaltung des entsprechend ausreichenden Personals voraus.

4. Behandlung

Der SoVD NRW begrüßt die vorgesehenen Gesetzesänderungen in § 18 PsychKG-E, da sie geeignet scheinen, die Patientenrechte zu stärken. So stärkt die Neuregelung in § 18 Absatz 2 Satz 2 PsychKG-

¹³ Vgl. S. 9, Bericht der Landesregierung über die Erfahrungen mit dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) vom 17. Dezember 1999 (SGV.NRW. 2128) vom 16.1.2015

¹⁴ § 16 Absatz 1 Satz 3 PsychKG (alt)

¹⁵ § 17 Abs. 2 Satz 2 der bisher gültigen Fassung des PsychKG NRW.

E, wonach die Behandlung und der Behandlungsplan dem Betroffenen und dem gesetzlichen Vertreter nicht mehr nur „zu erläutern“¹⁶ ist, sondern mit diesen abzustimmen und fortlaufend anzupassen ist, das Instrument der Behandlungsvereinbarung zwischen Patient und Krankenhaus und somit die Rechte der Patienten.

Im PsychKG (Alt) galt bisher, dass die Einsicht in die Krankenunterlagen ohne Begründung und Einspruchsmöglichkeiten unterbleiben konnte, wenn gewichtige Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Einsicht in die Krankenunterlagen zu erheblichen Nachteilen für die Gesundheit der Betroffenen führt. Der SoVD NRW begrüßt ausdrücklich, dass demgegenüber mit den vorliegenden Änderungen in § 18 Absatz 2 Satz 5 PsychKG-E die Patientenrechte auf uneingeschränkte Auskunft und Akteneinsicht entscheidend gestärkt werden sollen. Die Entwurfsfassung anerkennt die Gefahr des Missbrauchs der bisherigen Regelung insbesondere in Fällen von unnötiger Zwangsbehandlung und sieht (wie auch schon BGB § 630g) vor, dass die Ablehnung der Einsichtnahme zu begründen ist. Des Weiteren ist zu begrüßen, dass die neue Regelung nicht nur wie bisher die Einsicht in Patientenakten gewährt (ohne zu erläutern wie und wann die Einsicht zu gewähren ist) sondern konkretisiert, dass die Einsichtnahme „unverzüglich“ zu erfolgen hat und „vollständig“ zu gewähren ist.

5. Zwangsbehandlung und Fixierung

Der SoVD begrüßt, dass zukünftig Zwangsbehandlung nur noch zum Schutz der untergebrachten Menschen vor einer Selbstgefährdung in Betracht kommt und die Fremdgefährdung alleine keine Zwangsbehandlung mehr rechtfertigt.¹⁷ Damit setzt der vorliegende Gesetzentwurf eine entsprechende Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes um.

Auch sind die Ergänzungen in § 18 Absatz 5 PsychKG-E dazu angetan, die Hürde zur Durchführung von Zwangsbehandlungen zu erhöhen und die Entscheidung für die Durchführung von Zwangsbehandlungen leichter nachvollziehen bzw. besser dokumentieren zu können.

Zwangsbehandlung und freiheitseinschränkende Maßnahmen (Fixierungen) wären aus fachlicher Sicht vielfach vermeidbar, wenn das versorgende psychiatrische System besser an die Bedürfnisse der Betroffenen angepasst würde. "Versäumt es der Staat, heute alles in seiner Macht Stehende zu tun, um in den nächsten Jahren die Mittel und Praktiken der Psychiatrie dergestalt zu entwickeln, dass akute Krisen anders als mit Zwangsmitteln beziehungsweise mit den mildesten Mitteln beantwortet werden, kann er sich nicht mehr auf Zwang als „ultima ratio“ berufen"¹⁸, heißt es dazu in einer Stellungnahme des Deutschen Instituts für Menschenrechte. In Bezug auf die Forderung des SoVD NRW zur Entwicklung und Umsetzung von Konzepten zur Vermeidung von Fixierungen unter Berücksichtigung der Anforderungen der *Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e. V.* sowie des *Betreuungsgerichtstags e. V.* sehen wir im vorliegenden Entwurf Fortschritte.¹⁹ So begrüßt der SoVD NRW, dass die Praxis des Festhaltens durch Klinikpersonal (anstelle von Fixierungen)²⁰ als ein Beispiel für ein milderes Mittel in § 20 Absatz 1 PsychKG-E als eigenständige Sicherungsmaßnahme neu eingeführt werden soll und § 20 Absatz 1 PsychKG-E hervorhebt, dass „ausschließlich“ die dort aufgeführten Zwangsmaßnahmen erlaubt sind.

Jedoch zeigen die Besuchsberichte über die Prüfung psychiatrischer Krankenhäuser die Begründung dafür auf, warum die Praxis des Festhaltens durch Klinikpersonal oftmals nicht möglich ist, indem sie

¹⁶ § 18 Absatz 2 Satz 2 PsychKG NRW (alt)

¹⁷ Vgl. § 18 Absatz 4 PsychKG-E

¹⁸ Stellungnahme der Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention anlässlich der Öffentlichen Anhörung am 10. Dezember 2012 im Rahmen der 105. Sitzung des Rechtsausschusses des Deutschen Bundestages, S. 7.

¹⁹ Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V.: Empfehlungen der BAG GPV zu den PsychKGs der Länder, 2013 und Betreuungsgerichtstag e.V.: Vorschläge für eine Behandlungsregelung in PsychKGen, 2013, abrufbar unter <http://www.bgt-ev.de/unterbringung.html>

²⁰ Stellungnahme der Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention anlässlich der Öffentlichen Anhörung am 10. Dezember 2012 im Rahmen der 105. Sitzung des Rechtsausschusses des Deutschen Bundestages, S. 6.

auf die mangelnde finanzielle und personelle Ausstattung von Kliniken verweisen.²¹ Außerdem hängt es auch vom Management der jeweiligen Klinik ab, ob man das Ziel der Deeskalation und den Verzicht auf Fixierung verfolgt. So stellt die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer fest, dass institutionelle Bedingungen in den Kliniken einen erheblichen Einfluss auf den Einsatz von Zwangsbehandlungen haben, zum Teil vermutlich sogar stärker als der Krankheitszustand des Patienten. Dazu gehören fehlendes, unzureichend geschultes und unzureichend unterstütztes Personal, Defizite in der Kommunikationskultur, fehlende Rückzugsmöglichkeiten für die Patienten, fehlende Hilfen für überforderte Mitarbeiter sowie Defizite in der Stationsorganisation. Außerdem stellt die Ethikkommission fest, dass das Bewusstsein, dass jede Zwangsbehandlung einen gravierenden Grundrechtseingriff darstellt, offenbar nicht durchgängig in ausreichendem Ausmaß vorhanden sei. So werde das Fehlen der Einwilligungsfähigkeit nicht sorgfältig genug geprüft oder eine Behandlungsverweigerung ohne weiteres als Ausdruck fehlender Einwilligungsfähigkeit interpretiert. Es werde nicht streng und differenziert genug ermittelt, ob eine Behandlung indiziert ist, ob sie zwangsweise durchgeführt werden muss und welche weniger belastenden Behandlungen zur Verfügung stehen. Die gesetzlichen Voraussetzungen und die ethischen Kriterien für den Einsatz von Zwang werden, so die Ethikkommission in ihrem Bericht, nicht ausreichend beachtet. Auch stellt die Ethikkommission fest, dass die Aufklärung des Patienten vor einer Zwangsbehandlung über Wirkung, Nebenwirkungen, Langzeitfolgen und Alternativen der Behandlung sowie über die Gründe für die Anwendung von Zwang oft unzureichend sei oder für völlig verzichtbar gehalten werde. Es werde dabei verkannt, dass die Aufklärung keineswegs nur Voraussetzung für eine wirksame Einwilligung ist und bei fehlender Einwilligungsfähigkeit nicht nur der Vertreter aufzuklären ist, sondern auch der nicht einwilligungsfähige Patient nach seinen individuellen Fähigkeiten in den Entscheidungsprozess einzubeziehen ist.²²

Auch die aktuellsten Zusammenfassungen der Besuchsberichte über die Prüfung psychiatrischer Krankenhäuser für die Jahre 2010 bis 2011 verweisen auf Missstände bei der Durchführung von Zwangsbehandlungen, vor allem was die ungenügende Nutzung von alternativen Methoden zur Fixierung betrifft. So heißt es im Bericht: „Im Hinblick auf Fixierungsalternativen – wie beispielsweise geschützte Räume zur Deeskalation oder Niederflurbetten im gerontopsychiatrischen Bereich – wurde festgestellt, dass diese unter Hinweis auf fehlende finanzielle Mittel nicht oder noch nicht in ausreichendem Maße umgesetzt worden sind. ... Die Besuchskommissionen stellten im Berichtszeitraum in verschiedenen Einrichtungen Personalengpässe fest.“²³

Ohne tragfähige Konzepte zur Beseitigung der Mängel in der finanziellen und personellen Ausstattung, aber auch im Management von Kliniken, besteht daher die Gefahr, dass die vorliegenden begrüßenswerten Neuregelungen zur Förderung milderer Mittel bei Zwangsbehandlungen an den Realitäten des Klinikalltags scheitern könnten. Das Land sollte sich daher verstärkt dafür einsetzen, dass finanzielle und planerische Mittel zur Verfügung stehen, um in der klinischen Praxis die sächlichen und personellen Voraussetzungen zu schaffen, die es ermöglichen, auf Fixierungen möglichst weitgehend verzichten zu können.

Um die Art der Unterbringung zu verbessern, sollten alternative Konzepte wie das Soteria-Konzept²⁴ stärkere Berücksichtigung finden, in denen nicht auf Zwang sondern auf ein Vertrauensverhältnis gesetzt wird, ein zurückhaltender Umgang mit Psychopharmaka gepflegt wird und in wohnlich gestalteten Stationen individuell ausgehandelte Grenzsetzungen anstatt starrer Stationsregeln erfolgen.

²¹ Zusammenfassungen der Besuchsberichte über die Prüfung psychiatrischer Krankenhäuser für die Jahre 2010 bis 2011, Landtagsvorlage 16/1083, S. 9.

²² Vgl. Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer „Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen“, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 110, Heft 26, 28. Juni 2013.

²³ Zusammenfassungen der Besuchsberichte über die Prüfung psychiatrischer Krankenhäuser für die Jahre 2010 bis 2011, Landtagsvorlage 16/1083, S. 9 und 11.

²⁴Zu den Kriterien von Soteria Kliniken siehe: auch <http://www.soteria-netzwerk.de/krit-einrich.htm>

Neben der angedachten gesetzlichen Förderung von mildereren Mitteln der Zwangsbehandlung begrüßen wir auch, dass mit der Ergänzung in § 20 Absatz 2 PsychKG-E nunmehr bei länger andauernden bzw. regelmäßig wiederkehrenden Sicherungsmaßnahmen die gerichtliche Zustimmungspflicht gesetzlich geregelt wurde.

Der SoVD NRW hatte des Weiteren in seiner Stellungnahme im Rahmen der Evaluierung des PsychKG gefordert, Unterbringung und Behandlung in getrennten Abschnitten des PsychKG zu regeln. Diese Forderung wurde im vorliegenden Entwurf bisher nicht umgesetzt, weshalb wir diese Forderung nunmehr erneuern und bekräftigen.

6. Dokumentations- und Berichtspflichten

Besuchsberichte über die Prüfung psychiatrischer Krankenhäuser haben in der Vergangenheit Mängel bei der Dokumentation der Fristen, Behandlungspläne, Fixierungen und Defixierungen deutlich gemacht. So wurde unter anderem bekannt, dass durchgeführte Fixierungen manchmal nicht ärztlich angeordnet wurden.²⁵ Neben den bereits begrüßten Änderungen hinsichtlich einer sorgfältigen Dokumentation (vgl. Ausführungen in Abschnitt 1) kommt aber vor diesem Hintergrund nicht zuletzt den Besuchskommissionen bei der Kontrolle der praktischen Umsetzung des PsychKG eine große Bedeutung zu. Mit dem in § 23 Absatz 4 PsychKG-E neu verankerten Rechtsanspruch auf Mitgliedschaft der Betroffenen – und Angehörigenverbände in der Besuchskommission wird die aktive Mitwirkung der Betroffenen – und Angehörigenverbände in dieser gestärkt, was wir begrüßen.

7. Einrichtung eines Landesfachbeirats Psychiatrie und Erstellung eines Landespsychiatrieplans

Die Einrichtung eines **Landesfachbeirats Psychiatrie** mit Beteiligung von Interessenvertretungen Betroffener nach § 31 PsychKG-E, der die Landesregierung insbesondere zu Fragen der Vermeidung von Zwangsmaßnahmen und zur Verbesserung der Teilhabe von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen berät, sowie die Erstellung eines **Landespsychiatrieplans** zur Rahmenplanung für die Sicherung und Weiterentwicklung der Hilfeangebote für die Betroffenen nach § 32 Absatz 3 PsychKG-E kann ebenfalls grundsätzlich begrüßt werden. Mögliche Chancen, auf kooperativem Wege Verbesserungen des Versorgungssystems zu erreichen, sollten nicht ungenutzt bleiben. Wie oben angedeutet, sind wir aufgrund langjähriger Erfahrungen in vergleichbaren Gremien jedoch äußerst skeptisch, ob sich auf diesem Wege substanzielle Ressourcenprobleme, die den wesentlichen Weiterentwicklungserfordernissen entgegenstehen, lösen lassen.

Vorsorglich sei darauf hingewiesen, dass eine Beteiligung ehrenamtlich arbeitender Betroffenenvertretungen nicht durch eine Belastung mit Beteiligungskosten (Reisekosten, ggf. Begleitperson) erschwert werden sollte. Daher sollte eine Möglichkeit zur Übernahme solcher Kosten geschaffen werden.

Mit den vorgesehenen Regelungen in §32 Absatz 1 und 2 PsychKG-E, die eine neue systematische, anonymisierte Berichterstattung auf Landesebene vorsehen, welche auf Basis einer regionalen klinik- und fallbezogenen Dokumentation erstellt werden soll, erfüllt der vorliegende Gesetzentwurf auch eine Forderung des SoVD NRW.

²⁵ Zusammenfassungen der Besuchsberichte über die Prüfung psychiatrischer Krankenhäuser für die Jahre 2008 und 2009 bzw. 2010 bis 2011, Landtagsvorlage 15/628 und 16/1083.

In wieweit die Verbesserung der Dokumentations- und Qualitätsstandards zur Reduzierung von Zwangsmaßnahmen beitragen kann, wie es in der Begründung zum Gesetzentwurf heißt, wird sich zeigen müssen.²⁶ Neben der Hervorhebung der Bedeutung der vor- und nachsorgenden Hilfen für die Verhinderung von Zwangsmaßnahmen, lieferten die Besuchsberichte über die Prüfung psychiatrischer Krankenhäuser die Begründung für Mängel in der praktischen Umsetzung der bisherigen Dokumentation- und Berichtspflicht, indem sie auch hier auf die mangelnde finanzielle und personelle Ausstattung von Kliniken verweisen, die es zu beseitigen gilt.²⁷

²⁶ S.11, Begründung zum Zweiten Gesetz zur Änderung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG)

²⁷ Zusammenfassungen der Besuchsberichte über die Prüfung psychiatrischer Krankenhäuser für die Jahre 2010 bis 2011, Landtagsvorlage 16/1083, S. 9.