Öffentliche mündliche Anhörung **Ausschussvorlage/SIA/19/70 – Teil 3 –**
Stand: 23.12.2016

Stellungnahmen der Anzuhörenden
zur Sitzung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses
am 12.01.2017

zu dem

Gesetzentwurf
der Landesregierung für ein Gesetz zur Regelung des Rechts der Hilfen und Unterbringung bei psychischen Krankheiten
– Drucks. 19/3744 –

24.	Beauftragte der Hessischen Landesregierung für Menschen mit Behinderung	S. 1
25.	Beauftragter der Evangelischen Kirchen in Hessen am Sitz der Landesregierung	S. 7
26.	Richter am Amtsgericht Christian Braun, LL. M. (Dublin), Amtsgericht Frankfurt am Main	S. 12
27.	Landesverband Hessen der Ärzte und Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Kreisgesundheitsamt Fulda	S. 24
28.	Michael Köditz	S. 26
29.	Dr. Susanne Schlüter-Müller, Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie	S. 31
30.	Hessische Krankenhausgesellschaft e. V.	S. 33
31.	Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie	S. 40
32.	Unaufgefordert eingegangene Stellungnahme: Aktion Psychisch Kranke Vereinigung zur Reform der Versorgung psychisch Kranker e. V.	S. 43
33.	Unaufgefordert eingegangene Stellungnahme: Rüdiger Mohrstedt	S. 46

Beauftragte der Hessischen Landesregierung für Menschen mit Behinderungen

HESSEN

Beauftragte der Hessischen Landesregierung für Menschen mit Behinderungen
Friedrich-Ebert-Allee 12, 65185 Wiesbaden

Hessischer Landtag
Schlossplatz 1-3

65183 Wiesbaden

Aktenzeichen Stellungnahme LBA/HMSI-16

Bearbeiter/in Frau Ayse Oluk
Durchwahl (0611) 353-1219
Fax (0611) 353-1699
E-Mail ayse.oluk@hmdis.hessen.de
Ihr Zeichen
Ihre Nachricht vom 17.10. 2016

Datum 01. Dezember 2016

Öffentliche Mündliche Anhörung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses des Hessischen Landtages zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Gesetz zur Regelung des Rechts der Hilfen und Unterbringung bei psychischen Krankheiten - Drucksache 19/3744-

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bedanke mich ganz herzlich für die Möglichkeit, zu der oben genannten Neufassung des Gesetzes zur Regelung des Rechts der Hilfen und Unterbringung bei psychischen Krankheiten Stellung zu nehmen.

In Anbetracht der Rehabilitation und UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) begrüße ich als Beauftragte, dass mit dieser Neufassung zum einen das Gesetz vom Jahre 1952 abgelöst wird und zum anderen dem Vorhaben „Zur Verbesserung der Hilfen für psychisch kranke Menschen fördern wir Angebote vor Ort" im Koalitionsvertrag (Vgl. S. 80) Rechnung getragen wird.
Bevor ich auf die einzelnen Normen des o.g. Gesetzes eingehe, möchte ich den Fokus auf Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen richten. Aus meinen persönlichen und beruflichen Erfahrungen seit 1979 weiß ich, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und psychischer Erkrankungen vor Jahren in den Oligophrenie Abteilungen der Psychiatrien Herborn und Weilmünster untergebracht waren. Zum Glück wurden für

diese Personengruppe die Abteilungen in Hessen in den 80 Jahren aufgelöst. Die Lebenshilfe Gießen deren geschäftsführende Vorsitzende ich damals war, hatten 36 Menschen mit geistiger Behinderungen und psychischen Erkrankungen von dieser Gruppe in stationäre geschlossene Wohneinrichtungen übernommen. Mit Unterstützung der Institution-Ambulanz der Vitos-Klinik in Gießen hat sich diese Gruppe positiv entwickelt. Sie wohnen im Wohnhaus und besuchen tagsüber die Tagesförderstätte oder die Werkstatt. Heute sind wir fest davon überzeugt, dass der Personenkreis mit Doppeldiagnose besser in Wohneinrichtungen mit pädagogischer Betreuung als in der Psychiatrie aufgehoben ist, dass gilt auch für den Personenkreis mit Selbst- und Fremdgefährdung.

Nachfolgend nehme ich als Beauftragte zu den einzelnen Regelungen des Rechts der Hilfen und Unterbringung bei psychischen Krankheiten (PsychKHG) Stellung:

Präambel:

Das Gesetz sollte durchgehend unter der Berücksichtigung der UN-BRK und dem „Prüfleitfaden für die Normprüfung im Land Hessen" überarbeitet werden. „Die UN-BRK zielt auf die selbstbestimmte, volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe aller Menschen mit Behinderungen – einschließlich der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen – an der Gesellschaft und die Verwirklichung des Grundsatzes der Nichtdiskriminierung. Die Abschließenden Bemerkungen des UN-Fachausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen enthalten eine Reihe von Kritikpunkten an der Psychiatrie in Deutschland". Daher möchte ich, dass der folgende Satz in der Präambel ohne Relativierung verfasst wird.

„Dabei sollen die Interessen der Personen mit psychischen Störungen und ihrer Angehörigen und Vertrauenspersonen sowie *die „**UN-Behindertenrechtskonventionen berücksichtigt werden.**"*

§ 1 Anwendungsbereich

Unter Norm 1 PsychKHG Ziffer 2 werden Personen, die psychisch krank oder behindert sind „oder gewesen sind" erfasst. Für mich ist es nicht nachvollziehbar, weshalb Personen, die in der Vergangenheit der psychischen Störung unterlagen, von diesem Gesetz erfasst werden. Daher möchte ich, dass das Wort ***„oder gewesen sind"*** gestrichen wird.

§ 5 Abs. 2 und 4 Ambulante Hilfen des Sozialpsychiatrischen Dienstes

§ 9 Abs. 1 Voraussetzungen von Unterbringungen

§ 21 Abs. 1 Besondere Sicherungsmaßnahmen

In den o.g. Regelungen ist die folgende Ergänzung „andere besonders bedeutende Rechtsgüter Anderer" aufgeführt, die meiner Meinung nicht klar definiert ist und somit zu Unklarheiten führt. Daher sollte diese Ergänzung ***„andere besonders bedeutende Rechtsgüter Anderer"*** komplett im Gesetz gestrichen werden, um auch dem Grundgedanken der Monitoringstelle zur UN-BRK hinsichtlich der Transparenz des Gesetzes gerecht zu werden.

§ 7 Ehrenamtliche Hilfe und Selbsthilfe

Ehrenamtliche Hilfe und Selbsthilfe sind seitjeher ein essentieller Bestandteil in unserer Gesellschaft, da sie eine sehr wichtig Rolle in den verschiedenen Institutionen, Behindertenorganisationen, Verbänden usw. einnehmen. Daher ist es sehr wichtig, dass Selbsthilfe und deren Projekte unterstützt und finanziell gefördert werden. Ferner müssen in diesem Bereich tätige Personen durch Coaching, Fortbildung und Seminare geschult und gefördert werden. Im Rahmen der ehrenamtlichen Finanzierung sollten diese Personen für ihr ehrenamtliches Engagement eine Aufwandsentschädigung erhalten.

§ 10 Abs. 2 Satz 2 Psychiatrische Krankenhäuser

Für mich ist es von großer Bedeutung, dass die Kinder und Jugendlichen in ihrer Abteilung oder für sie altersgerechte stationäre geschlossene Wohneinrichtungen untergebracht werden. Daher befürworte ich mit Nachdruck, die Streichung des folgenden Satzes 2 in der Norm 10 Abs. 2: ***„Im begründeten Einzelfall ist die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus für Erwachsene zulässig."***

§ 10 Psychiatrische Krankenhäuser; § 11 Beleihung und Bestellung

Menschen mit Behinderungen haben nach Artikel 25 der UN-BRK das Recht auf Selbstbestimmung in gesundheitlichen Anliegen und Versorgung. In heutigen psychiatrischen Unterstützungssystemen bestehen deutliche Versorgungsdefizite hinsichtlich Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen (sog. geistige Behinderungen).
Ich erwähnte bereits, dass wir mit der Unterbringung von Personen mit Doppeldiagnosen, Selbst- und Fremdgefährdung in stationäre geschlossene Wohneinrichtungen z.B. in der Lebenshilfe Gießen oder in Einrichtungen des Internationalen Bundes der Behindertenhilfen positive Erfahrungen mach(t)en. Dieser Personenkreis benötigt vielmehr heilpädagogische Betreuung und Förderung sowie individuelle Beschäftigungsmöglichkeiten, wie z. B in der Werkstatt. Daher möchte ich, dass die folgenden beiden Absätze in den o.g. Regelungen (§§ 10; 11) berücksichtigt werden:

- ***„Personen mit Doppeldiagnosen, Selbst- und Fremdgefährdung sollten auch die Möglichkeiten erhalten in stationäre geschlossene Wohneinrichtungen rehabilitiert zu werden."***

- ***„Die für das Gesundheitswesen zuständige Ministerin oder der hierfür zuständige Minister wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung bei Bedarf Träger anderer geeigneter Einrichtungen mit dem Vollzug von Unterbringungen nach diesem Gesetz zu beauftragen und hierfür die erforderlichen fachlichen Standards festzulegen. Damit bliebe die Klinik als Regelunterbringung bestehen, in begründeten Ausnahmefällen können aber durch ministerielle Einzelentscheidung personenzentrierte Hilfelösungen gefunden werden."***

§ 13 Besuchskommission

Ich erachte es für sehr wichtig, dass als Mitglieder jeweils 2 Angehörige von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und psychisch Erkrankten sowie zwei Personen als Experten in eigener Sache in die Besuchskommission berufen werden.
Bei der Auswahl der Mitglieder sollten nicht nur die persönliche Eignung vorliegen, sondern auch Qualifikationen, wie z.B. Genesungsbegleiter-Ausbildung vorhanden sein. Nur über die Beteiligung der Angehörigen und Betroffenen kann gewährleistet werden, dass die Interessen dieser beiden Personengruppen in der Besuchskommissi-

on angehört und vertreten werden. Schließlich sollte die Doppelbesetzung im Gesetzesentwurf berücksichtigt werden.

§ 14 Berichtspflicht

In Anbetracht der Transparenz sollten nach meiner Meinung auch Veränderungen hinsichtlich der Unterbringung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und psychisch Erkrankten im Bericht erfasst werden.

§ 16 Abs. 4 Unterbringungsverfahren

Im Rahmen der ärztlichen Stellungnahmen würde ich es sehr begrüßen, dass nicht nur die psychiatrischen Erscheinungen untersucht werden, sondern auch mögliche somatische und soziale Ursachen von Menschen mit geistiger Behinderungen und psychisch Erkrankten hinterfragt werden. Falls der jeweilige Arzt die somatischen und sozialen Ursachen nicht feststellen kann, sollte er die Möglichkeit haben, die jeweiligen Experten einzubinden.

§ 18 Abs. 4 Rechtsstellung

Damit Menschen mit Behinderung und psychisch Erkrankten über ihre Rechten und Pflichten barrierefrei aufgeklärt werden können, ist es von großer Bedeutung, dass die mündlichen und schriftlichen Aufklärungen auch in der „einfachen Sprache" zur Verfügung gestellt werden. Bei Bedarf und Zustimmung des Behinderten sollten gesetzliche Betreuer hinzugezogen werden. Die Berücksichtigung der „einfachen Sprache" ist für diese beiden Personengruppen sehr essentiell, um ihnen auf Augenhöhe zu begegnen. Daher möchte ich mit Nachdruck, dass die folgende Ergänzung in § 18 Abs. 4 aufgenommen wird:

Die untergebrachte Person ist bei der Aufnahme unverzüglich über ihre Rechte und Pflichten während der Unterbringung aufzuklären. ***„Die mündliche und schriftliche Aufklärung sollte auch durch die Einfache Sprache gewährleistet sein."*** Sollte die Aufklärung bei der Aufnahme im Hinblick auf den Gesundheitszustand der untergebrachten Person nicht möglich sein, ist sie unverzüglich nachzuholen. Die Aufklärung ist zu dokumentieren.

§ 19 Behandlung; § 22 Anwendung unmittelbaren Zwangs

„Nach Artikel 17 der UN-BRK hat jeder Mensch mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen das Recht auf Achtung seiner körperlichen und seelischen Unversehrtheit. Artikel 16 der Konvention verlangt Maßnahmen zum Schutz vor Gewalt und nach Artikel 14 darf das Vorliegen einer Beeinträchtigung keinesfalls zu freiheitsentziehenden Maßnahme führen". Daher lehne ich als Beauftragte grundsätzlich eine Zwangsbehandlung von Menschen mit geistiger Behinderung und psychisch Erkrankten ab. Hierbei verweise ich auch auf das jüngste Urteil vom *Bundesverfassungsgericht vom 20.10.2016, Az. 2 BvR 517/16* hin, indem die Zwangsunterbringung des Beschwerdeführers als eine Grundrechtsverletzung nach Art. 2 Abs. 2 S. 2 i.V.m Art. 20 GG angesehen wird. Deshalb darf Zwang, wenn überhaupt nur als ultima ratio (letztes Mittel) angewendet werden, der auch nur zeitlich auf ein bis fünf Tage zu begrenzen ist.

§ 21 Besondere Sicherungsmaßnahmen

Die Zustimmung des Betreuungsgerichtes ist im Rahmen der besonderen Sicherungsmaßnahmen einzuholen. Ferner sollten die erforderlichen Voraussetzungen hinsichtlich der Gefährdungssituationen im Einzelfall berücksichtigen werden.

§ 31 Fachbeirat Psychiatrie

Als Beauftragte befürworte ich, dass der Fachbeirat Psychiatrie bei allen Gesetzen und Verordnungen hinsichtlich von Menschen mit geistiger Behinderung und psychisch Erkrankten angefragt wird. Ferner sollten kontinuierlich Vertreter/Innen der Polizei und Justizministerium im Fachbeirat präsent sein.

Ich hoffe sehr, dass die Anregungen von Ihnen berücksichtigt werden und verbleibe mit freundlichen Grüßen,

Maren Müller-Erichsen.

DER BEAUFTRAGTE
DER EVANGELISCHEN KIRCHEN IN HESSEN
AM SITZ DER LANDESREGIERUNG

Ev. Kirche in Hessen und Nassau Ev. Kirche von Kurhessen-Waldeck Ev. Kirche im Rheinland

Die Vorsitzende
des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses
des Hessischen Landtages
Frau MdL Claudia Ravensburg
Schlossplatz 1 - 3

65183 Wiesbaden

01.12.2016

Betr.: Öffentliche Mündliche Anhörung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses des Hessischen Landtages zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Gesetz zur Regelung des Rechts der Hilfen und Unterbringung bei psychischen Krankheiten
- Drucks. 19/3744 -
hier: Ihr Schreiben vom 11.10.2016 / Ihr Zeichen: I A 2.5

Sehr geehrte, liebe Frau Ravensburg,
sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 11.10.2016 betreffend die Öffentliche Mündliche Anhörung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses des Hessischen Landtages zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Gesetz zur Regelung des Rechts der Hilfen und Unterbringung bei psychischen Krankheiten verbunden mit der Möglichkeit, hierzu eine Stellungnahme abzugeben.

A.

Die Evangelischen Kirchen in Hessen machen sich die Gesichtspunkte in der schriftlichen Stellungnahme der Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen e.V. vom 1.12.2016, die wir anliegend beifügen, zu Eigen und schließen sich dieser ausdrücklich an.

B.

Darüber hinaus regen die Evangelischen Kirchen in Hessen weitere Ergänzungen des Gesetzesentwurfs, wie nachstehend ausgeführt, an:

Kirchenrat Jörn Dulige
Büro: Mosbacher Straße 20 · 65187 Wiesbaden • Tagungsräume: Brentanostraße 3 · 65187 Wiesbaden
Telefon 0611/531646-0 · Telefax 0611/531646-20 · E-Mail: mail@ev-buero-wiesbaden.de

I.

Das Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG) enthält in § 25 Regelungen über die Religionsausübung. Danach hat die untergebrachte Person grundsätzlich das Recht, an Gottesdiensten und sonstigen religiösen Veranstaltungen im Rahmen der Krankenhausseelsorge teilzunehmen. Eine ähnliche Regelung findet sich bereits in § 6 Abs. 5 Hessisches Krankenhausgesetz 2011 (HKHG 2011).
Zwar fallen beide gesetzlichen Bestimmungen in den Bereich der „Krankenhausseelsorge" – dennoch weisen die speziellen Regelungen im PsychKHG zur zwangsweisen Unterbringung in den §§ 9 und 17, zu den besonderen Sicherungsmaßnahmen in § 21 sowie zur Anwendung unmittelbaren Zwangs in § 22 Parallelen zum allgemeinen und besonderen Strafvollzug auf. Deshalb erscheint es aus unserer Sicht ratsam, auf die erprobten und anerkannten Regelungen in § 32 Hessisches Strafvollzugsgesetz (HStVollzG), in § 31 Hessisches Jugendstrafvollzugsgesetz (HessJStVollzG) sowie auf die §§ 28 und 29 Hessisches Maßregelvollzugsgesetz zurückzugreifen.

Entsprechendes gilt in Bezug auf Regelungen zur Verpflichtung und Hinzuziehung von Seelsorgerinnen und Seelsorgern in § 77 HStVollzG und in § 73 HessJStVollzG. Auch hier halten wir eine vergleichbare Regelung im PsychKHG für angezeigt.

II.

Dieses vorangestellt, befürworten wir eine Ergänzung von § 25 und eine Erweiterung des Gesetzes um § 25a wie folgt:

§ 25

Religionsausübung und Seelsorge

(1) Der untergebrachten Person ist eine seelsorgerische und religiöse Betreuung durch ihre Religionsgemeinschaft zu ermöglichen. Auf ihren Wunsch ist ihr zu helfen, mit der Seelsorge ihrer Religionsgemeinschaft in Verbindung zu treten.

(2) Der untergebrachten Person sind Gegenstände des religiösen Gebrauchs in angemessenem Umfang sowie grundlegende religiöse Schriften zu belassen. § 23 Satz 1 und Satz 2 gelten entsprechend.

(3) Die untergebrachte Person hat das Recht, in dem psychiatrischen Krankenhaus an Gottesdiensten oder sonstigen religiösen Veranstaltungen im Rahmen der Krankenhausseelsorge teilzunehmen. Sie kann von der Teilnahme ausgeschlossen werden, wenn und solange der Zweck der Unterbringung oder die Sicherheit oder Ordnung in dem psychiatrischen Krankenhaus gefährdet werden; die Seelsorgerin oder der Seelsorger soll vorher gehört werden. Maßnahmen nach Satz 2 sind zu dokumentieren.

(4) Für Angehörige weltanschaulicher Bekenntnisse gelten die Abs. 1 bis 3 entsprechend.

§ 25a
Seelsorgerinnen und Seelsorger

(1) Die Seelsorgerin oder der Seelsorger wird im Einvernehmen mit der jeweiligen Religionsgemeinschaft im Hauptamt bestellt oder vertraglich verpflichtet.

(2) Wenn die geringe Zahl der Angehörigen einer Religionsgemeinschaft eine Seelsorge nach Abs. 1 nicht rechtfertigt, ist die seelsorgerische Betreuung auf andere Weise zu ermöglichen.

(3) Mit Zustimmung der Krankenhausleitung kann sich die Krankenhausseelsorge außenstehender Personen bedienen und sie insbesondere zur Mitwirkung an Gottesdiensten und anderen religiösen Veranstaltungen hinzuziehen.

III.

Zur Begründung des vorstehenden Vorschlages führen wir wie folgt aus:

1. Der neu formulierte Absatz 1 des § 25 räumt der untergebrachten Person den inhaltlich bestimmten Anspruch ein, seelsorgerische und religiöse Betreuung durch ihre Religionsgemeinschaft zu erhalten sowie die entsprechende Hilfestellung zur Kontaktaufnahme.

2. Aus unserer Sicht notwendig ist der neu formulierte Absatz 2 des § 25, denn er konkretisiert und erweitert den persönlichen Besitz in § 23 um religiöse Gebrauchsgegenstände in angemessenem Umfang sowie um grundlegende religiöse Schriften. Vergleichbare Regelungen finden sich in § 28 Absatz 2 und Absatz 3 des Hessischen Maßregelvollzugsgesetzes.

3. Der bisherige Absatz 1 des § 25 wird zu Absatz 3, allerdings erweitert um die in der Regel vorherige Anhörung der Seelsorgerin oder des Seelsorgers. Der durch Art. 4 Grundgesetz und Art. 54 Hessische Verfassung eingeräumte Schutz der Religionsfreiheit konkretisiert sich in dem verfassungsrechtlichen Anspruch zur Teilnahme an Gottesdiensten und der Inanspruchnahme von Seelsorgeangeboten. Wir halten es vor diesem Hintergrund für angezeigt und auch angemessen, wenn vor der Entscheidung eines Ausschlusses von diesen Angeboten in der Regel die Seelsorgerin oder des Seelsorger gehört werden müssen. Eine vergleichbare Regelung findet sich in § 29 Absatz 3 des Hessischen Maßregelvollzugsgesetzes.

4. Der bisherige Absatz 2 des § 25 wird zu Absatz 4 mit Bezugnahme auf die vorherigen Absätze 1 bis 3.

5. Der neu aufgenommene § 25a regelt in Absatz 1 das jeweils herzustellende Einvernehmen mit der jeweiligen Religionsgemeinschaft bei der Bestellung oder vertraglichen Verpflichtung der Seelsorgerin oder des Seelsorgers.

6. § 25a Absatz 2 und Absatz 3 regeln die seelsorgerische Betreuung auf andere Weise sowie die Möglichkeit, insbesondere sich zur Mitwirkung an Gottesdiensten und anderen religiösen Veranstaltungen mit Zustimmung der Krankenhausleitung außenstehender Personen zu bedienen.

Wir würden es sehr begrüßen, wenn unsere Ausführungen in dem Gesetzentwurf entsprechende Berücksichtigung finden würden.

Der Unterzeichner wird an der mündlichen Anhörung am 12. Januar 2017 teilnehmen.

Mit freundlichen Grüßen
im Auftrag

Sven Hardegen

Anlage

Stellungnahme zum Regierungsentwurf zum neuen hessischen PsychKHG

von Richter am Amtsgericht Christian Braun, LL.M. (Dublin)
Betreuungsgericht Frankfurt am Main

A. Einführung

Grundlage dieser Stellungnahme ist der Regierungsentwurf für das Gesetz zur Regelung des Rechts der Hilfen und Unterbringung bei psychischen Krankheiten (im Folgenden: PsychKHG-E). Die Stellungnahme bezieht sich im Wesentlichen auf die Vorschläge zur Unterbringung und zur Zwangsbehandlung.

Der Eingriff in das Recht der persönlichen Freiheit (Art. 2 Abs. 2 S. 2 GG und Art. 5 HessVerf) und in das Recht auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG und Art. 3 HessVerf) ist ein besonders sensibles Thema, insbesondere dann, wenn es sich um die zwangsweise Verbringung, die zwangsweise Freiheitsentziehung und die (Zwangs-)Behandlung von Menschen in einer akuten psychischen Krise in einer psychiatrischen Klinik handelt. Mit dem zwangsweisen Aufenthalt gehen häufig weitere freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Fixierungen, Absonderungen, etc.) und Beschränkungen weiterer Grundrechte (z.B. Eingriff in den Postverkehr, Wegnahme persönlicher Gegenstände) einher.

Verschärfend kommt hinzu, dass der Vollzug von Unterbringungen psychisch kranker Menschen in (zum Großteil) privat organisierten Kliniken stattfindet, in denen Pfleger und Ärzte arbeiten, welche für den Freiheitsvollzug nicht explizit ausgebildet sind (keine Vollzugsbeamten wie im Strafvollzug).

Aus all diesen Gründen bedarf es in einem PsychKHG klare und bestimmte Vorgaben, um die Grundrechtseingriffe bei psychisch kranken Menschen zu legitimieren.

Dies erfüllt der vorliegende Entwurf leider in vieler Hinsicht nicht.

B. Zusammenfassung der Aussagen

Mehrere Vorschriften des Entwurfs sind **eindeutig verfassungswidrig**. Explizit zu nennen sind

- die Möglichkeit der Zwangsbehandlung von einwilligungsfähigen (fremdgefährdenden) Personen (§ 20 II PsychKHG-E) (->zu Details siehe unter Punkt C. 7.c))
- die Möglichkeit der Zwangsbehandlung ohne vorherige gerichtliche Genehmigung (§ 20 V 2 PsychKHG-E) (->zu Details siehe unter Punkt C. 7.d))
- die weitere Freiheitsentziehung (insb. Fixierung) von untergebrachten Menschen ohne gerichtliche Genehmigung (§ 21 I 2 Nr. 5 PsychKHG-E) (->zu Details siehe unter Punkt C. 8.b))

Folgende Vorschriften sind **wahrscheinlich verfassungswidrig:**

- die Unbestimmtheit des Krankheitsbegriffs in § 1 PsychKHG-E (->zu Details siehe unter Punkt C. 2.a))
- die Unbestimmtheit der unterschiedlichen Gefahrbegriffe im Gesetz (insb. § 9 I und § 20 I, II PsychKHG-E) (->zu Details siehe unter Punkt C. 1. und 2.b))
- der Vollzug der Unterbringung durch privat organisierte Kliniken (§ 10ff PsychKHG-E) (->zu Details siehe unter Punkt C. 4.)
- die generelle Möglichkeit der Zwangsbehandlung von fremdgefährdenden Personen (§ 21 II PsychKHG-E) (->zu Details siehe unter Punkt C. 7.e))

Folgende Vorschriften sind **verfahrensrechtlich und gesetzestechnisch problematisch**:

- die Antrags- und Eingriffsberechtigungen durch verschiedene Gebietskörperschaften (bzw. Personen) (§§ 16, 17 PsychKHG-E) (->zu Details siehe unter Punkt C. 5.a))
- das Antragsrecht des nach § 11 II 1 bestellten Arztes bei der sofortigen vorläufigen Unterbringung (§ 17 I 1 PychKHG-E) (->zu Details siehe unter Punkt C. 6.a))
- es ist in § 17 PsychKHG-E keine Verpflichtung der aufnehmenden Ärzte vorgesehen, nach der Aufnahme dem Gericht ein ärztliches Zeugnis vorzulegen (->zu Details siehe unter Punkt C. 6.b))
- das Verhältnis des PsychKHG zu § 1906 BGB ist unklar (->zu Details siehe unter Punkt C. 2.c))
- das Verhältnis zwischen § 21 und § 22 PsychKHG-E ist unklar (->zu Details siehe unter Punkt C. 8.a))

C. Detaillierte Stellungnahme zu einzelnen Bestimmungen

1. Allgemeines zur Unterbringung und Zwangsbehandlung

Es ist offensichtlich, dass die Vorschriften zur Unterbringung und Zwangsbehandlung sowie zu dessen Vollzug im Entwurf aus verschiedenen anderen Gesetzen (insb. HSOG und hessisches Maßregelvollzugsgesetz) zusammengeführt worden sind. Dadurch entsteht eine **uneinheitliche und ungenaue Verwendung von Begrifflichkeiten** und einige Vorgaben passen schlicht nicht für die Unterbringung und Zwangsbehandlung psychisch beeinträchtigter Menschen.

Besonders augenscheinlich wird dies bei den **unterschiedlichen Gefahrbegriffen**, welche im Entwurf zu finden sind:

- Unterbringung nach § 9 I wegen Eigengefahr: „erhebliche Gefahr für ihr Leben, ihre Gesundheit“
- Unterbringung nach § 9 I wegen Fremdgefahr: „erhebliche Gefahr für […] das Leben, die Gesundheit oder andere besonders bedeutende Rechtsgüter Anderer“
- Aufnahme durch das Krankenhaus zur sofortigen vorläufige Unterbringung nach § 17 I: Vorliegen der Voraussetzungen nach § 9 I „mit hoher Wahrscheinlichkeit“ und „Gefahr im Verzug“
- Zwangsbehandlung nach § 20 I Nr. 1 wegen Eigengefährdung: „erhebliche Gefahr für das Leben der untergebrachten Person oder einer schwerwiegenden Schädigung ihrer Gesundheit“

- Zwangsbehandlung nach § 20 II wegen Fremdgefährdung: „erhebliche Gefahr des Lebens oder einer gegenwärtigen schwerwiegenden Schädigung der Gesundheit anderer Personen“
- Möglichkeit des Absehens von einem Überzeugungsversuch nach § 20 III 1 Nr. 1 und von einer Aufklärung nach § 20 III 1 Nr. 2 gemäß § 20 III 2: bei „Gefahr im Verzug“
- sofortige Zwangsbehandlung nach § 20 V 2 ohne gerichtliche Genehmigung: „wenn hierdurch die Behandlung verzögert würde und sich hieraus Nachteile für das Leben oder die Gesundheit der gefährdeten Person ergeben würden.“
- Besondere Sicherungsmaßnahmen nach § 21: „erhebliche Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der untergebrachten Person oder für das Leben, die Gesundheit oder andere besonders bedeutende Rechtsgüter Anderer“.
- Anwendung unmittelbaren Zwangs nach § 22: „soweit und solange dies im Hinblick auf den Zweck der Unterbringung oder zur Aufrechterhaltung der Sicherheit und Ordnung des psychiatrischen Krankenhauses unerlässlich ist.“
- Anwendung unmittelbaren Zwangs ohne Androhung nach § 22 II 2: „um eine gegenwärtige Gefahr abzuwenden“.
- Einschränkung des persönlichen Besitzes, Besuche und Telefongespräche nach § 23 S. 2: „wenn und solange der Zweck der Unterbringung oder die Sicherheit und Ordnung des psychiatrischen Krankenhauses gefährdet werden.“
- Einschränkung des Schriftverkehrs nach § 24 II 2: „wenn und solange Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass der Zweck der Unterbringung oder die Sicherheit und Ordnung des psychiatrischen Krankenhauses gefährdet werden.“
- Einschränkung der Religionsausübung nach § 25: „wenn und solange der Zweck der Unterbringung oder die Sicherheit und Ordnung des psychiatrischen Krankenhauses gefährdet werden.“

Auf den ersten Blick erscheinen die Unterschiede nur marginal. Bei genauer Betrachtung sind die Gefahrbegriffe jedoch äußerst unterschiedlich. Juristische Sprache muss klar sein. Je stärker der Grundrechtseingriff, desto höhere Anforderungen muss an die Bestimmtheit eines Gesetzeswortlauts gestellt werden. Um dem gerecht zu werden sollten bei den jeweiligen Vorgaben zur „Gefahr“ im PsychKHG m.E. sowohl Vorgaben zur Aktualität der Gefahr (abstrakte, gegenwärtige, unmittelbare, akute Gefahr, Notfall) als auch Vorgaben zur Qualität der Gefahr (erhebliche, schwerwiegende oder bloße Gefahr) als auch Vorgaben zur Wahrscheinlichkeit der Gefahrrealisierung (abstrakte Gefahr, konkrete Gefahr, unmittelbar bevorstehende Gefahr, hohe Wahrscheinlichkeit des Gefahreintritts, mit an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit des Gefahreintritts) klar definiert werden. Dies ist erforderlich, um insbesondere den Ärzten und Bediensteten der Kliniken klare Anweisungen zu geben, in welchen Fällen sie entsprechende Maßnahmen anwenden dürfen und wann nicht. Es muss immer berücksichtigt werden, dass Ärzte und Pfleger für die im Rahmen der Unterbringung durchzuführenden hoheitlichen (polizeilichen) Aufgaben nicht ausgebildet sind (im Gegensatz zu Vollzugsbeamten im Strafvollzug). Insbesondere bei den besonders starken Grundrechtseingriffen ohne gerichtliche Überprüfung (Zwangsbehandlung ohne richterliche Genehmigung, Fixierung, Fesselung) bedarf es sprachlich genauer Kriterien.

2. Voraussetzungen für die Unterbringung (§ 9 PsychKHG-E).

a) Das Vorliegen einer psychischen Störung (§ 9 I iVm § 1 PsychKHG-E)

Durch die Inbezugnahme in § 9 I auf § 1 (Anwendungsbereich) können nur Personen untergebracht werden, welche unter einer „psychischen Störung“ leiden. Nach § 1 muss diese psychische Störung jedoch nicht zwingend einen Krankheitswert haben (es genügen „Funktionseinschränkungen“ bzw. sogar bloße Anzeichen hierfür). Die Gesetzesbegründung zu § 1 führt wiederum aus, dass der Begriff der „psychischen Störung“ nach den Vorgaben des ICD-10 der WHO zu bestimmen sei, während der Begriff der Funktionseinschränkung von der Klassifizierung nach ICF ausgeht. Mit dem weiten Begriff (und insbesondere der Einbeziehung, dass schon „Anzeichen“ für die entsprechenden Einschränkungen genügen) kann für den Grundrechtseingriff der Unterbringung **keine Abgrenzung mehr zu bloßen Verhaltensauffälligkeiten oder schlicht straffälligem Verhalten voll verantwortlicher Personen getroffen werden**.

Außerdem ist bei der zu weiten Begriffsbestimmung nicht klar, ob die **Drogen- oder Alkoholsucht** eine unterbringungsrelevante Erkrankung oder Funktionseinschränkung darstellt (vgl. F10-19 ICD-10). Nach der Rechtsprechung des BGH darf eine freiheitsentziehende Unterbringung allein wegen einer Suchterkrankung nicht erfolgen (statt vieler: BGH, Beschluss v. 03.02.2016, XII ZB 317/15). Diese Rechtsprechung erfolgte zwar auf der Grundlage von Unterbringungen nach § 1906 I BGB. Es ist jedoch nicht ersichtlich, weshalb diese Grundsätze nicht auch auf die öffentlich-rechtliche Unterbringung übertragbar wären.

b) Der Gefahrbegriff in § 9 I PsychKHG-E

Die in § 9 I niedergelegten Voraussetzungen einer Unterbringung („erhebliche Gefahr“) entsprechen ihrem Wortlaut nach nicht der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs. Maßgeblich ist der **zeitliche und qualitative Maßstab für eine Eigen- oder Fremdgefahr nach dem aktuellen Wortlaut zu niedrig** angesetzt (siehe schon oben unter Punkt C. 1.). Aus mehreren Entscheidungen des BGH geht hervor, dass der Maßstab für eine öffentlich-rechtliche Unterbringung (im Gegensatz zu einer Unterbringung nach § 1906 I BGB) nur „eine akute, unmittelbar bevorstehende Gefahr“ sein kann (BGH, Beschluss v. 13.01.2010, XII ZB 248/09; BGH, Beschluss v. 22.08.2012, XII ZB 295/12). Dies sollte sich auch im Wortlaut des § 9 I wiederspiegeln. Andere Landesgesetze sind hier präziser (z.B. § 11 I 2, 3 PsychKG Rheinland-Pfalz: „*…, wenn infolge der psychischen Erkrankung ein schadenstiftendes Ereignis unmittelbar bevorsteht oder sein Eintritt zwar unvorhersehbar, wegen besonderer Umstände jedoch jederzeit zu erwarten ist.*“; ähnlich: PsychKGs Brandenburg, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, NRW, Schleswig Holstein, Thüringen)

c) Keine Unterbringung nach dem PsychKHG, wenn schon strafrechtliche Unterbringung vollzogen wird (§ 9 II PsychKHG-E)

Die Aufzählung in § 9 II, dass bei Vollzug einer strafrechtlichen Unterbringung im Maßregelvollzug (oder einer Begutachtungsunterbringung nach § 81 StPO) eine Unterbringung nach dem PsychKHG nicht mehr möglich ist, mag zutreffend sein, führt aber zu keiner weiteren Erkenntnis. Denn wenn sich eine Person schon in einer entsprechenden forensischen psychiatrischen Klinik befindet, dann kann auch denklogisch keine Gefahr mehr i.S.v. § 9 I vorhanden sein. Die akute Eigen- oder Fremdgefahr ist ja durch den durch ein Strafgericht angeordneten Maßregelvollzug schon behoben.

Viel wichtiger wäre es m.E., in § 9 II (oder an anderer Stelle) das **Verhältnis zu § 1906 I BGB** (und zu § 1631b BGB im Minderjährigenrecht) klar zu stellen. Welche Vorschriften (BGB- oder öffentlich-rechtliche Unterbringung) sind bei einer krankheitsbedingten Eigengefährdung vorrangig? Was passiert, wenn der Betreuer (oder Bevollmächtigte) trotz entsprechendem Aufgabenkreis keinen Antrag nach § 1906 II BGB stellen möchte? Kann dann trotzdem das PsychKHG eingreifen? Im Moment ist es Praxis, dass sich Ordnungsbehörden häufig weigern, entsprechende Anträge nach dem HFEG zu stellen (oder sonst nach dem HFEG tätig zu werden), wenn auch ein Betreuer oder Bevollmächtigter für den Betroffenen vorhanden ist. Andere Landesgesetze sehen hier ausdrückliche Regelungen vor (vgl. z.B. § 7 Abs. 3 PsychKG Schleswig Holstein: „… *auch anwendbar, wenn eine Unterbringung psychisch kranker Menschen nach den §§ 1631b, 1705, 1800, 1906, 1915 BGB durch ihre gesetzlichen Vertreterin oder Vertreter, denen das Aufenthaltsbestimmungsrecht zusteht, unterbleibt oder die gesetzliche Vertreterin oder der gesetzliche Vertreter der dem das Aufenthaltsbestimmungsrecht zusteht, der Unterbringung wiederspricht.*“).

3. Die Unterbringung auf „offenen“ Stationen (§ 10 IV PsychKHG-E)

Es ist zu begrüßen, dass offene Stationen und der Vollzug in „offenen und freien Formen“ im Gesetzesentwurf in § 10 IV ausdrücklich genannt werden. Völlig **unklar** bleibt jedoch, **unter welchen Voraussetzungen ein Aufenthalt auf einer offenen Station dann noch als „Unterbringung“ zu qualifizieren ist**. Eine Unterbringung im Sinne des Gesetzes beinhaltet doch zwingend einen Freiheitsentzug gemäß Art. 2 II 2 GG, Art. 5 hessVerf (sog. enger Unterbringungsbegriff, vgl. zuletzt: BGH, Beschluss v. 07.01.2015, XII ZB 395/14). Demnach kann eine Unterbringung im Wortsinne nicht „offen“ vollzogen werden. Der nächste Absatz in § 10 V sieht ja dann auch folgerichtig vor, dass durch die Kliniken sichergestellt werden muss, dass die untergebrachten Personen sich der Unterbringung nicht entziehen können. Was dies dann noch mit einer „offenen oder freien Form“ iSv § 10 IV zu tun hat, ist nicht erkennbar. Das Aufführen von offenen Stationen in § 10 IV ist offensichtlich eine Beschönigung der tatsächlichen freiheitsentziehenden Situation, denen die betroffenen Menschen unterworfen sind (etwa durch Verhinderung des Entfernens durch dauernde persönliche Bewachung, die Überwachung durch Kameras oder durch sonstige Sperren wie Trickschlösser, etc.).

Wichtiger wäre in diesem Zusammenhang eine Verpflichtung in das Gesetz aufzunehmen, dass durch die psychiatrischen Kliniken neben sog. geschlossenen (freiheitsentziehenden) Stationen auch eine ausreichende Anzahl von (tatsächlich) offenen Stationen bereitgestellt werden. Häufig erlebt man in der Praxis nämlich, dass der Aufenthalt einer behandlungsbedürftigen Person auf einer „Akutstation“ (geschlossen) von der Klinik damit begründet wird, dass auf einer anderen (tatsächlich offenen) Station gerade mal kein Platz frei ist.

4. Die Beleihung, die Bestellung von Ärzten und das staatliche Weisungs- und Fachaufsichtsrecht gegenüber den Kliniken (§ 11 und § 15 PsychKHG-E)

§ 11 sieht die Beleihung des Trägers der psychiatrischen Krankenhäuser sowie die Bestellung von Ärzten für die Vollzugsaufgaben vor. Flankiert wird dies durch die Vorschrift zur Regelung der Fachaufsicht in § 15 mit Weisungs- und Eintrittsrecht für das Ministerium. Diese Vorschriften genügen m.E. nicht, um den verfassungsrechtlichen Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts in dessen Entscheidung v. 18.01.2012 (Az. 2 BvR 133/10) zum hessischen Maßregelvollzug gerecht zu werden. Die Befugnis, Personen die Freiheit zu entziehen (und ggf. zwangsweise zu behandeln) stellt den wohl massivsten Grundrechtseingriff des Staates gegen Personen dar, den deutsche Gesetze zulassen. Im Rahmen des Vollzugs können dann weitere massive Grundrechtseingriffe stattfinden (Eingriff in das Postgeheimnis, Eingriff in die Eigentumsrechte, weitere Freiheitsentziehung durch Absonderung in einem abgetrennten Raum, durch Fixierung oder unmittelbaren Zwang, etc.). Nach der Entscheidung des BVerfG muss die Befugnis zu diesem Handeln grundsätzlich in staatlicher Hand bleiben und darf nicht in private Hände gegeben werden (Wesentlichkeitsgrundsatz und sog. Funktionsvorbehalt des Art. 33 IV GG). Das System der Beleihung, Bestellung und Fachaufsicht kann zwar unter besonderen Umständen und Vorgaben dem Funktionsvorbehalt und dem Demokratieprinzip gerade noch so entsprechen (wie in der BVerfG-Entscheidung zum hessischen Maßregelvollzug). Die vorgeschlagenen Regelungen im Entwurf zum hess. PsychKHG erfüllen diese Vorgaben jedoch schon deshalb nicht, weil entgegen der Forderung des BVerfG die Träger der psychiatrischen Kliniken gerade keinen Durchgriff auf die öffentliche Hand zulassen. Im Maßregelvollzug ist der Landeswohlfahrtsverband (LWV) der Träger der Vitos-Kliniken Haina und das BVerfG hat seine Entscheidung zur Vereinbarkeit des hessMVollzG maßgeblich darauf gestützt, dass der LWV mittelbar der öffentlichen Hand zuzuordnen ist. Im jetzigen System der psychiatrischen Versorgung außerhalb des Maßregelvollzuges sind jedoch v.a. private Träger (z.B. die Asklepios gAG oder die Rhön Kliniken AG als Hauptgesellschafter der Universitätskliniken Gießen und Marburg) tätig. Hier sieht das BVerfG die Gefahr, dass „*Kräfte und Interessen des privatwirtschaftlichen Wettbewerbs, die, beispielsweise in Bezug auf Verweildauer der Untergebrachten und Senkung von Behandlungs- und Betreuungskosten, den gesetzlichen Vollzugszielen und der Wahrung der Rechte der Untergebrachten systemisch zuwiderlaufen können*“ (Rn. 160 der o.g. BVerfG-Entscheidung).

In Niedersachsen und Schleswig-Holstein war diese Problematik schon Thema verfassungsrechtlicher Streitigkeiten (Nieders. Staatsgerichtshof, Urteil v. 05.12.2008, StGH 2/07; konkrete Normenkontrolle des AG Oldenburg (Holstein) (Az. 20a XIV 120/15 L) an das schleswig-holsteinische Landesverfassungsgericht - darauf ergangener Beschluss des LVerfG v. 27.01.2016, LVerfG 2/15 - Nichtzulassung wegen Erledigung).

5. Die Antrags- und Eingriffsberechtigung im Hauptsacheverfahren (§ 16 PsychKHG-E)

a) Die konkurrierende Antragsberechtigung des Gemeindevorstands und des sozialpsychiatrischen Dienstes

In § 16 II ist als zuständige (antragsberechtigte) Verwaltungsbehörde der Gemeindevorstand genannt. Der Gemeindevorstand setzt sich aus dem Bürgermeister und den Beigeordneten einer Gemeinde oder dem Magistrat (in Städten mit Magistratsverwaltung) zusammen (vgl. HessGemeindeO). Daneben ist nun auch „der Sozialpsychiatrische Dienst" als zuständige Verwaltungsbehörde genannt. Die Sozialpsychiatrischen Dienste bei den Gesundheitsämtern sind aber den Landkreisen bzw. kreisfreien Städten zugeordnet (vgl. auch § 5 I des Entwurfs bzw. § 2 Abs. 2, § 3 HGöGD). Es ist zu befürchten, dass die alternative Antragsmöglichkeit bei unterschiedlichen Gebietskörperschaften (Gemeinde und Landkreis) zu **Kompetenzschwierigkeiten** führen wird. Die Mehrzahl der Situationen, in denen ein Antrag auf Unterbringung nach dem Landesgesetz in Betracht kommt, wird durch Hinweise von Angehörigen, Pflegediensten, Hausärzten oder sozialen Hilfsdiensten initiiert. An wen sollen diese Personen sich als erstes wenden, wenn sowohl der sozialpsychiatrische Dienst als auch das örtliche Ordnungsamt zuständig sein sollen? Was passiert, wenn z.B. das Ordnungsamt keine Gefahrensituation sieht, der sozialpsychiatrische Dienst diese aber bejaht?

b) Die Zuführung zur Unterbringung

In § 16 II ist ein Verweis auf § 326 FamFG für die Zuführung zur Unterbringung eingefügt. Dies ist **verweisungstechnisch fehlerhaft**, da § 326 FamFG ausdrücklich nur Regelungen für die Zuführung zur Unterbringung in Verfahren nach § 312 Nr. 1 FamFG (Unterbringungen nach § 1906 I BGB) trifft.

6. Die sofortige vorläufige Unterbringung (§ 17 PsychKHG-E und § 32 IV HSOG)

a) Die Antragsberechtigung nach sofortiger vorläufiger Unterbringung

Der Entwurf sieht vor, dass entweder die Polizeibehörde oder die örtliche Ordnungsbehörde (in den Fällen des § 32 IV HSOG - Patient außerhalb der Klinik) oder ein nach § 11 II 1 bestellter Arzt (in den Fällen des § 17 I 1 - Patient schon in der Klinik) eine gerichtliche Entscheidung herbeizuführen hat.

Mit dem Wortlaut der „Herbeiführung" ist beim ersten Lesen unklar, ob dies ein förmlicher Antrag ist (dann Antragsverfahren) oder dies lediglich eine formlose Anregung darstellt (dann Amtsverfahren). Bei genauer Betrachtung folgt jedoch aus dem allgemeinen Verfahrensrecht in § 51 I 1 FamFG, dass ein Verfahren auf einstweilige Anordnung (§§ 49ff, 331ff FamFG) immer dann ein Antragsverfahren ist, wenn auch ein entsprechendes Hauptsacheverfahren nur auf Antrag eingeleitet werden kann. Ein Hauptsacheverfahren ist nach dem jetzigen Entwurf gemäß § 16 I, II nur auf Antrag möglich. Die „Herbeiführung" einer Entscheidung nach § 17 I 2 ist im Ergebnis also ein **förmlicher Antrag des Arztes oder der Polizeibehörde/örtlichen Ordnungsbehörde**.

Das in § 17 I 2 festgeschriebene **Antragsrecht des Arztes** ist jedoch aus folgendem Grund **problematisch**: Maßgeblich entsteht hierdurch eine Verfahrensbeteiligung des Arztes nach § 7 I FamFG. Der Arzt ist dann gegen (ablehnende) Entscheidungen des Gerichts beschwerdebefugt (§ 59 II FamFG), er ist bzgl. der Verfahrenskosten Kostenschuldner (§ 22 GNotKG) und er scheidet wegen eines Interessenskonflikts auch als Sachverständiger gemäß § 321 FamFG aus. Hinzu kommt,

dass der Arzt Angestellter der Klinik ist, welche die Unterbringung nach der gerichtlichen Anordnung vollzieht, was ebenso einen beträchtlichen Interessenskonflikt darstellt. Im Strafrecht käme man auch nicht auf die Idee, einen Arzt einer JVA oder einer Maßregelvollzugs-Anstalt das Antragsrecht für einen Haft- oder Unterbringungsbefehl zu übertragen.

b) Ärztliche Stellungnahme bei vorläufiger Unterbringung

In § 17 fehlt (im Gegensatz zu § 16 IV im Hauptsacheverfahren) eine Regelung, dass eine **ausführliche ärztliche Stellungnahme beizufügen** ist, wenn der Arzt der Einschätzung ist, dass eine Unterbringung erforderlich wird. Tatsächlich sollte dies jedoch gerade bei der vorläufigen Unterbringung nach § 17 festgeschrieben werden. Die vorläufige Unterbringung ist in der Praxis der Regelfall und nur so kann sichergestellt werden, dass das Gericht in der Lage ist, bis zum Ablauf des nächsten Tages (vgl. § 28 I Nr. 1c)) über die (vorläufige) Unterbringung zu entscheiden.

c) Entlassung bei fehlender Anhörung

In § 17 I 1 ist ausgeführt, dass durch den Arzt „eine einstweilige Anordnung des Gerichts nach § 331, auch in Verbindung mit § 332 FamFG“ herbeizuführen ist. Dies kann zu **Friktionen mit der Entlassungsvorschrift in § 28 I Nr.1b)** (Entlassung, wenn der Betroffene nicht binnen 24 Stunden dem Richter zugeführt worden ist) führen. Denn nach § 332 FamFG kann eine vorläufige Unterbringung (zunächst) auch ohne richterliche Anhörung angeordnet werden. Wenn aber nicht angehört werden muss, dann wäre die Person gem. § 28 I Nr. 1b) zwingend nach 24 Stunden zu entlassen. § 28 I Nr. 1b) ist daher ersatzlos zu streichen, da § 28 I Nr. 1c) ausreicht.

d) Der Aufnahmezeitpunkt

Für die Überprüfung der Lauf der Fristen für die Entlassung wegen Zeitablaufs in § 28 I Nr. 1 (Entlassung spätestens zum Ablauf des nächsten Tages) sollte in § 17 eine Regelung aufgenommen werden, dass die Klinik verpflichtet ist, den **exakten Zeitpunkt (Uhrzeit) der Aufnahme** zu dokumentieren. Dann entsteht aber das Problem, ob die „Aufnahme“ iSv § 28 I Nr. 1b) und c) schon vor der Eingangsuntersuchung nach § 17 II oder erst danach stattfindet. Angenommen, die Person wird von der Polizei um 23:30 Uhr in die Klinik gebracht und hiernach findet bis 00:15 Uhr die Eingangsuntersuchung statt - wann endet dann die Entlassungsfrist nach § 28 I Nr. 1c)? Im Hinblick auf Art. 104 Abs. 2 S. 3 GG bedarf es hier eines klar bestimmbaren Zeitpunkts.

7. Die Zwangsbehandlung (§ 20 PsychKHG-E)

a) Gegenwärtige Gefahr bei Zwangsbehandlung wegen Eigengefährdung

Nach dem Entwurf in § 20 I darf eine Zwangsbehandlung einer untergebrachten Person bei Eigengefahr schon bei einer „erhebliche[n] Gefahr für das Leben der untergebrachten Person oder einer schwerwiegenden Schädigung ihrer Gesundheit“ stattfinden. Bei Fremdgefahr hingegen fordert § 20 II eine „erhebliche[n] Gefahr des Lebens oder einer gegenwärtigen schwerwiegenden Schädigung der Gesundheit anderer Personen“. Bedeutet dies im Umkehrschluss dass **die eigengefährdende Schädigung der Gesundheit der betroffenen Person nicht gegenwärtig** sein muss? Können also auch bloße in der Zukunft liegende (d.h. mögliche) Schädigungen ausreichen, um einen Menschen zwangszubehandeln (z.B. bei einer Gefahr der Chronifizierung einer psychischen Erkrankung)? Entspricht dies dem gleichen Maßstab wie in § 1906 III BGB oder soll eine

Zwangsbehandlung nach dem PsychKHG (bei Eigengefährdung) unter geringeren Voraussetzungen möglich sein als nach dem BGB? Zwar gibt die Gesetzesbegründung zu § 20 einen weitergehenden Hinweis zur Auslegung, wonach Voraussetzung für eine Zwangsbehandlung (auch bei Eigengefahr) die Gefahr einer „akuten schwerwiegenden Gesundheitsgefahr“ sei. Wenn dies der Wille des Gesetzgebers sein sollte, dann müsste dies auch im Wortlaut des Gesetzes seinen Niederschlag finden (Stichwort: Bestimmtheit des Gesetzes) (vgl. hierzu schon die Kritik an den unterschiedlichen Gefahrbegriffen im Gesetz).

b) Anwendungsbereich von § 20 I Nr. 2

Es ist nicht ersichtlich, **welcher Anwendungsbereich für § 20 I Nr. 2** (Zwangsbehandlung zur Herstellung einer Entlassungsfähigkeit) neben § 20 I Nr. 1 (Zwangsbehandlung bei Eigengefahr) bestehen soll. Zwangsbehandelt dürfen nach dem Entwurf doch ohnehin nur Personen, welche untergebracht sind. Voraussetzung für die Unterbringung nach § 9 I ist wiederum eine erhebliche und akute Eigengefahr der Person (siehe oben unter Punkt C. 2.b)). Besteht diese nicht mehr, so ist die Unterbringung (zwingend) aufzuheben (§ 330 FamFG) und eine Zwangsbehandlung ohnehin nicht mehr möglich. Bei fortbestehender (Eigengefahr) greift dann aber schon § 20 I Nr. 1 zur Ermöglichung der Zwangsbehandlung (bei Vorliegen der weiteren Voraussetzungen in § 20 III). Die Herstellung der Entlassungsfähigkeit in § 20 I Nr. 2 kann denklogischerweise nur die (medizinische) Bekämpfung oder Reduzierung der Eigengefahr sein. Denn entlassungsfähig ist nur eine Person, welche nicht mehr akut gefährdet ist. Dementsprechend ist der Anwendungsbereich von beiden Alternativen in § 20 I im Ergebnis deckungsgleich.

c) Kritik an der Ermöglichung der Zwangsbehandlung von einwilligungsfähigen Menschen

Die Möglichkeit der Zwangsbehandlung von einwilligungsfähigen Menschen bei Fremdgefahr nach § 20 II ist eindeutig verfassungswidrig (vgl. hierzu schon die zutreffende Stellungnahme des Deutschen Betreuungsgerichtstags v. 20.06.2016 unter www.bgt-ev.de). Dies hat nun auch das Bundesverfassungsgericht in seinem Beschluss vom 26.07.2016 (Az. 1 BvL 8/15) noch einmal mit deutlicher Klarheit festgestellt: „*Eine medizinische Zwangsbehandlung gegen den freien Willen eines Menschen ist ausgeschlossen*“ (Rn. 75 des BVerfG-Beschlusses). **§ 20 II ist daher zwingend zu streichen**. Fremdgefährliche Handlungen von einwilligungsfähigen Menschen sind mit den Mitteln des Strafrechts zu bekämpfen. § 63 StGB (bei verminderter Schuldfähigkeit) oder §§ 112ff, 126a StPO sind dabei ausreichende Eingriffsmöglichkeiten.

d) Kritik an der Möglichkeit der Zwangsbehandlung ohne gerichtliche Genehmigung

Nach dem Gesetzeswortlaut bedarf jede Zwangsbehandlung grundsätzlich der Genehmigung des Betreuungsgerichts. In § 20 V 2 wird dieser Grundsatz jedoch dann nicht für erforderlich gehalten, wenn „hierdurch die Behandlung verzögert würde und sich hieraus Nachteile für das Leben oder die Gesundheit der gefährdeten Person ergeben würden“. Nach der Gesetzesbegründung sollen hiermit „Notfälle“ erfasst sein. Es ist vorauszusehen, dass in der Praxis **der gesetzlich normierte Ausnahmefall in § 20 V 2 tatsächlich zum Regelfall** werden wird. Denn wenn der Wortlaut des Gesetzes es ausreichen lässt, dass bloße Nachteile durch die nicht sofortige Behandlung entstehen würden, kann eine Klinik eine sofortige Zwangsbehandlung ohne richterliche Genehmigung in fast allen Fällen rechtfertigen. Schließlich befinden sich doch ohnehin nur akut gefährdete (und behandlungsbedürftige) Menschen in der Unterbringung. Ein „Notfall“ im Sinne der Gesetzesbegründung ist eine andere Situation: es muss eine besonders erhebliche und akute Lebens-

oder Gesundheitsgefahr durch den Aufschub der Maßnahme bestehen und diese Gefahr im Vergleich zu dem Umfang und den Folgen der Zwangsbehandlung deutlich überwiegen (ähnlicher Maßstab wie beim rechtfertigenden Notstand in § 34 StGB). Dies sollte im Gesetzeswortlaut dann auch seinen Niederschlag finden.

Durch die geringen Voraussetzungen der Möglichkeit der Zwangsbehandlung ohne richterliche Genehmigung verstößt § 20 V 2 gegen Art. 2 II 1 GG und Art. 19 IV GG (Garantie des effektiven Rechtsschutzes gegen eine Maßnahme). Diese Problematik hat das Bundesverfassungsgericht in der Entscheidung vom 23.03.2011, Az. 2 BvR 882/09 in Rn. 63f ausdrücklich thematisiert. Mit der im Entwurf vorgesehenen Regelung in § 20 V 2 ist der **präventive Rechtsschutz gegen Zwangsbehandlungen praktisch ausgehebelt**. Weder durch eine Beschwerde noch durch sonstige Rechtsbehelfe kann die betroffene Person die Zwangsbehandlung zunächst verhindern und eine gerichtliche Prüfung herbeiführen. Im Ergebnis können so sowohl die Anlasserkrankung als auch Begleiterkrankungen (Amputationen, lebensgefährliche Operationen, etc.) ohne jegliche richterliche Kontrolle durchgeführt werden.

Im Ergebnis werden damit Personen, welche nach § 1906 I BGB untergebracht sind anders behandelt als Personen, welche nach § 9 PsychKHG-E untergebracht sind. Während bei ersteren keine Zwangsbehandlung nach § 1906 III BGB ohne vorherige richterliche Genehmigung möglich ist, können Personen, welche dem Regime des PsychKHG unterliegen, entsprechend zwangsbehandelt werden, ohne dass ein Gericht dies prüft bzw. hiervon überhaupt erfährt.

e) Kritik an der generellen Möglichkeit der Zwangsbehandlung fremdgefährdender Menschen

Grundsätzlich sollte eine Zwangsbehandlung für fremdgefährliche Menschen **im PsychKHG nicht legitimiert werden**. Auch verfassungsrechtlich ist dies nicht geboten. Die Möglichkeiten der Zwangsbehandlung von fremdgefährlichen Menschen nach den Vorschriften des hess. Maßregelvollzugsgesetzes genügen völlig. Menschen, welche noch nicht delinquent geworden sind (also nicht im Maßregelvollzug sind), dürfen wegen Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG nicht zwangsweise durch medizinische Behandlung von der Begehung einer fremdgefährdenden Handlung abgehalten werden, denn die (vermeintliche) Fremdgefährdung kann durch die bloße Verwahrung und Sicherung (ohne Zwangsbehandlung) verhindert werden. An dieser Stelle ist das Bundesverfassungsgericht (2 BvR 882/09, Rn. 46) zu zitieren: „*Als rechtfertigender Belang kommt insoweit allerdings nicht der gebotene Schutz Dritter vor den Straftaten in Betracht, die der Untergebrachte im Fall seiner Entlassung begehen könnte. Dieser Schutz kann auch dadurch gewährleistet werden, dass der Untergebrachte unbehandelt im Maßregelvollzug verbleibt. Er rechtfertigt daher keinen Behandlungszwang gegenüber einem Untergebrachten, denn dessen Weigerung, sich behandeln zu lassen, ist nicht der Sicherheit der Allgemeinheit vor schweren Straftaten, sondern seiner Entlassungsperspektive abträglich.*“

8. Besondere Sicherungsmaßnahmen und die Anwendung unmittelbaren Zwangs (§ 21 und § 22 PsychKHG-E)

a) Unklares Verhältnis zwischen § 21 und § 22 PsychKHG-E

Das Verhältnis zwischen § 21 und § 22 ist unklar, da sich die **Anwendungsbereiche überschneiden**. Insbesondere ist eine Fixierung nach § 21 I 2 Nr. 5 oder eine Fesselung nach § 21 II immer auch „unmittelbarer Zwang" i.S.v. § 22. Die beiden Vorschriften sehen jedoch sowohl hinsichtlich der Voraussetzungen, hinsichtlich des Verfahrens als auch hinsichtlich der Zuständigkeit für die jeweilige Anordnung völlig unterschiedliche Vorgaben vor: Maßnahmen nach § 21 I und II dürfen nur durch (nach § 11 II) bestellte Ärzte angeordnet werden (vgl. § 12 I), es bedarf einer „erheblichen Gefahr für das Leben oder die Gesundheit" und eine Androhung ist nicht vorgesehen. Maßnahmen nach § 22 können jedoch allein von Bediensteten angewandt werden, Voraussetzung ist die Unerlässlichkeit „im Hinblick auf den Zweck der Unterbringung oder zur Aufrechterhaltung der Sicherheit oder Ordnung" und der unmittelbare Zwang ist anzudrohen (§ 22 II). Welche Norm ist etwa für die Fixierung einschlägig?

b) Fehlender Richtervorbehalt für Fixierungen

Die besondere Sicherungsmaßnahme der körpernahen Fixierung und Fesselung bedarf **zwingend eines Richtervorbehalts**. Die Frage, ob eine freiheitsentziehende Maßnahme (z.B. Fixierung) nach § 1906 IV BGB während einer (schon genehmigten) Unterbringung nach § 1906 I BGB durch weitere richterliche Entscheidung zu genehmigen ist oder nicht, war früher Gegenstand vieler gerichtlicher Entscheidungen. Heute ist dies wohl geklärt, indem der BGH in mehreren Entscheidungen sich für die gesonderte Genehmigungsbedürftigkeit der freiheitsentziehenden Maßnahme im Rahmen der Unterbringung ausgesprochen hat (zuletzt: BGH FamRZ 2015, 1707). In Schleswig-Holstein ist dies im Bereich des Landesrechts (bei einer vergleichbaren Regelung im dortigen PsychKG) aktuell ein Streit zwischen mehreren Landgerichten (LG Itzehoe, Beschluss v. 07.01.2016, 4 T 4/16, juris, einerseits und LG Lübeck, Beschluss v. 27.11.2012, 7 T 732/12, juris, andererseits). Der hessische Gesetzgeber sollte klarstellen, dass der massive Eingriff in das Freiheitsgrundrecht durch körpernahe Fixierung zwingend der richterlichen Kontrolle und (unverzüglichen) Genehmigung bedarf.

9. Weitere Grundrechtseingriffe im Rahmen des Unterbringungsvollzugs (§ 22, § 23, § 24 und § 25 PsychKHG-E)

Für sämtliche Fälle der (weiteren) Grundrechtseingriffe in §§ 22ff sieht der Entwurf als Voraussetzung vor, dass die Grundrechtseingriffe bei Gefährdungen für „den Zweck der Unterbringung oder die Sicherheit und Ordnung im Krankenhaus" möglich sein sollen.

Insbesondere das **Kriterium der „Sicherheit und Ordnung im Krankenhaus" ist viel zu unbestimmt**, um die Grundrechtseingriffe in das Eigentum, die Postfreiheit, die Freiheit zur Religionsausübung oder die körperliche Freiheit zu legitimieren. Ist es zum Beispiel gerechtfertigt, einer untergebrachten Person das Mobiltelefon wegzunehmen, weil die Ärzte die Gefahr sehen, dass sie oder Mitpatienten gefilmt werden (Stichwort: Ordnung im Krankenhaus)? Darf die Klinik einer Person ihre Zigaretten wegnehmen, weil Rauchen für sie schädlich ist (Stichwort: Zweck der Unterbringung)? Dies ist nicht weit hergeholt, sondern Praxis in hessischen Psychiatrien. Zusammen mit der generellen Vorschrift in § 18 V, dass die untergebrachte Person der Hausordnung des psychiatrischen Krankenhauses

unterliegt, ist ein geringerer Grundrechtsschutz von nach dem PsychKHG untergebrachten Personen vorhanden als bei (für ihre Taten voll verantwortliche) Strafgefangenen nach dem hess. Strafvollzugsgesetz.

Auch ist nach dem Wortlaut des Entwurfs bislang völlig unklar, was der „Zweck der Unterbringung" sein soll. Andere Landesgesetze definieren dies ausdrücklich (z.B. § 9 Abs. 1 brandenburgisches PsychKG: „*Zweck der Unterbringung ist die Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung der Verschlimmerung der psychischen Krankheit oder seelischen Behinderung der untergebrachten Person, welche dazu geführt hat, dass die Voraussetzungen der Unterbringung gegeben waren. Zweck der Unterbringung ist auch die Sicherung der untergebrachten Person vor der Gefahr der Selbstschädigung und der Öffentlichkeit vor einer Gefährdung durch die untergebrachte Person.*"). Die Rechtsprechung zum HFEG ging hingegen bisher davon aus, dass Zweck der öffentlich-rechtlichen Unterbringung alleine die Gefahrenabwehr nach dem Polizeirecht sei (OLG Frankfurt, NJW-RR 1993, 579). Um die o.g. Grundrechtseingriffe legitimieren zu wollen, muss die Frage des Zwecks der Unterbringung geklärt sein. Anderenfalls ist das Gesetz zu unbestimmt.

10. Die Entlassung aus der Unterbringung (§ 28 PsychKHG-E)

§ 28 I Nr. 1 verweist für die Entlassung wegen Zeitablaufs ausschließlich auf § 17 I 1. Keine Regelung ist für den (praktisch häufigen) Fall vorgesehen, dass sich **ein Betroffener zunächst freiwillig in der Psychiatrie befindet, und dann eine Unterbringung erforderlich wird**. Dann kommt wohl das Verfahren nach § 16 zur Anwendung. § 17 I 1 kann hier nicht anwendbar sein, da dieser eine „Aufnahme" voraussetzt. Die betroffene Person ist jedoch zu diesem Zeitpunkt schon aufgenommen worden. Ist der Betroffene dann auch spätestens mit Ablauf des nächsten Tages zu entlassen oder erst bei der negativen Entscheidung über den Antrag nach § 28 I Nr. 2?

Die Vorschrift in § 28 I Nr. 1b) (welche praktisch wortgleich mit § 35 Abs. 1 Nr. 2 HSOG ist) sollte ersatzlos gestrichen werden. Dies folgt schon daraus, als dass in Unterbringungsverfahren die Personen dem Gericht nicht „zugeführt" werden sondern die richterlichen Anhörungen nach § 319 FamFG in der psychiatrischen Klinik stattfinden. Darüber hinaus ist die vorgesehene 24-Stunden-Frist unpraktikabel: Wird z.B. eine Person um 05:00 Uhr nachts in die Klinik gebracht und schaffen es die Ärzte nicht, bis zum Ende der Dienstzeit ein ärztliches Zeugnis nach § 331 Nr. 2 FamFG zu erstellen, so müsste die Person gem. § 28 I 2 Nr. 1b) um 05:00 Uhr in der folgenden Nacht zwingend entlassen werden, denn eine gerichtliche Entscheidung ohne vorliegendes ärztliches Zeugnis wäre grob verfahrensfehlerhaft. Die Vorschrift passt ins HSOG, da dort keine ärztliche Stellungnahme für die Entscheidung vorliegen muss, für das PsychKHG ist sie komplett untauglich.

Frankfurt am Main, den 01.12.2016

Christian Braun, LL.M. (Dublin)
Richter am Amtsgericht - Betreuungsgericht Frankfurt am Main

LANDESVERBAND HESSEN
DER ÄRZTE UND ZAHNÄRZTE DES
ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITSDIENSTES E. V.
FACHAUSSCHUSS PSYCHIATRIE
c/o DR. MED. ROLAND PAULY, SOZIALPSYCHIATRISCHER DIENST HOCHTAUNUSKREIS, LUDWIG-ERHARD-ANLAGE 1-5, 61352 BAD HOMBURG

Hessisches Ministerium
für Soziales und Integration
Postfach 3140
65021 Wiesbaden

Dr. med. R. Pauly
c/o Sozialpsychiatrischer Dienst
Hochtaunuskreis
Ludwig-Erhard-Anlage 1-5
61352 Bad Homburg
Tel.: 06172-999-5821
Fax: 06172-999-9806

Stellungnahme zum Entwurf eines hessischen PsychKHG

Der Fachausschuß Psychiatrie des Landesverbandes Hessen der Ärzte im ÖGD begrüßt ausdrücklich die Vorlage des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes, welches das unzeitgemäße hessische Freiheits-Entziehungsgesetz (HFEG) ablösen soll.
Insbesondere halten wir es für bedeutsam, dass dem Hilfeaspekt u. a. auch dadurch mehr Rechnung getragen wird dass die Arbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste einen klaren Stellenwert und eine definierte Rechtsgrundlage erhält, wobei hier auf eine auskömmliche Finanzierung und darauf, dass diese auch in Gänze den Sozialpsychiatrischen Diensten zugeordnet ist, besonders zu achten sein wird, da die neuen Aufgaben auch eine entsprechende personelle Mehrausstattung erfordern. Besonderes Augenmerk sollte nach unserer Einschätzung hier auch auf die äußerst heterogenen Ausgangspositionen der Sozialpsychiatrischen Dienste in den unterschiedlichen Hessischen Gesundheitsämtern gelegt werden.

Auch die detaillierte Regelung des nach unserer Auffassung nach wie vor unverzichtbaren, aber natürlich als ultima ratio einzusetzenden Unterbringungsgeschehens, insbesondere die Pflicht zu umfassender Dokumentation, Auswertung der Daten und regelmäßiger Diskussion mit allen Beteiligten, Betroffene und Angehörige eingeschlossen, sehen wir als erheblichen Fortschritt und Voraussetzung dafür, die Anzahl der Unterbringungen weiter zu minimieren.
Im Detail wird hier im Rahmen der Verordnung gemäß §34 Abs. 4 besonders darauf zu achten sein, dass unter Beachtung datenschutzrechtlicher Aspekte aussagefähige Datensätze zuverlässig erhoben werden, die dann auch praxisrelevante Aussagen zum regionalen Unterbringungsgeschehen erlauben (hierzu gehören bspw. neben Alter und Geschlecht die Differenzierung der Unterbringungen nach den gesetzlichen Grundlagen, Aufnahmezeiten (tags/nachts) die Dauer der Unterbringung ebenso wie Aufnahmediagnosegruppen *(ICD 10 F-Diagnosen, 1. Ebene,* u.a.m.).
Darüber hinaus sollten auch die Zwangsmaßnahmen wie Zwangsbehandlung, Fixierungen und Maßnahmen der Absonderung in einem besonders gesicherten Raum erfasst und an die

Aufsichtsbehörde berichtet werden .

In Verbindung mit der Einrichtung von Besuchskommissionen und Beschwerdestellen sehen wir hier die Patientenrechte und Einflußmöglichkeiten (wie auch die der Angehörigen) g estärkt, was wir ausdrücklich begrüßen.

Insgesamt halten wir den Gesetzentwurf für einen deutlichen Fortschritt gegenüber dem HFEG, zumal er die Verpflichtung zur kontinuierlichen Überprüfung der Praxistauglichkeit im Hinblick auf ein wesentliches Ziel, nämlich die Vermeidung von Zwang, beinhaltet.

Einzelne Regelungen werden ihre Tauglichkeit in der Praxis erweisen müssen, insofern wird auch ausdrücklich begrüßt, dass nach Ablauf von 5 Jahren die Geltungsdauer endet und damit ggf. eine Anpassung an die Erfordernisse der Praxis erfolgen kann.

Mit freundlichen Grüßen

Gez.

Dr. med. Roland Pauly
Fachausschusssprecher

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
-Rehabilitationswesen-

Dr. med. Daniela Hirsekorn
Fachausschusssprecherin

Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie
und Psychotherapie

Michael Köditz

Diplom-Pädagoge • Oberstudienrat • Heilpraktiker für Psychotherapie

Am Entensee 20 • D-63075 Offenbach am Main
☎ (069) 89004538

Abs. M. Köditz • Am Entensee 20 • D-63075 Offenbach am Main

An den Hessischen Landtag
z. Hd. der Vorsitzenden des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses
Postfach 3240
65022 Wiesbaden

Offenbach (Main), 1.12.2016

Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Gesetz zur Regelung des Rechts der Hilfen und Unterbringung bei psychischen Krankheiten
– Drucks. 19/3744 – (Anhörung am 12.1.17)

Sehr geehrte Damen und Herren,

die folgende Stellungnahme ist erarbeitet und abgestimmt mit einem Kreis von Angehörigen psychisch kranker Menschen im Rhein-Main-Gebiet, die sich aus unterschiedlichen Gründen nicht in Vereinsstrukturen organisiert haben.

Auch wenn das Gesetz „Gesetz zur Regelung des Rechts der Hilfen und Unterbringung bei psychischen Krankheiten“ benannt wird, wird doch deutlich, dass es vordringlich um die gesetzliche Grundlage für Zwangsmaßnahmen geht, bis hin zur Fixierung (§ 21), die laut Bericht des UN-Sonderberichterstatters J. Mendéz von 2013 bei Menschen mit psychischen Behinderungen auch für kurze Zeiträume Folter und Misshandlung darstellen können.[1] Warum für viele Patienten derartige Maßnahmen keine Hilfe darstellen, sondern im Gegenteil den Krankheitsverlauf negativ beeinflussen können, möchte ich mit Bezug auf unsere Erfahrungen als Angehörige kurz darstellen.[2]

Patienten mit paranoiden Wahnvorstellungen, bspw. bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, sind in der Regel hochsensible Menschen, die „das Gras wachsen hören“. Ein Mensch, der sich im festen Glauben befindet, von dunklen Mächten (oft geheim arbeitenden staatlichen Institutionen, etwa Geheimdiensten) verfolgt zu werden, die ihm nach dem Leben trachten, wird unter Druck bzw. Androhung von Zwang in der Regel überflutet von der Angst, dass die befürchtete Ermordung in die Tat umgesetzt werden soll. Wenn er sich nun gegen nicht einvernehmliche Maßnahmen wehrt, kommt eine Eskalation in Gang, die seinen Wahn auf eindrucksvolle Weise weiter bestätigt. Er kann dann etwa von der Polizei abgeführt, in Handschellen gelegt und im Polizeiwagen zur Untersuchung bzw. in die Klinik gebracht werden. Möglicherweise landet er in einer verschlossenen Zelle, in der er durch eine Glasscheibe ständig beobachtet wird, und dann kommt – in der Regel ebenfalls mit Zwang oder mit Androhung von Zwang, was hochsensible Menschen kaum weniger verschreckt, – die Medikation zum Einsatz. Wird sein Widerstand zu groß, wird er

„fixiert“. Wir sollten uns deutlich machen, was das bedeutet, damit wir den UN-Sonderberichterstatter verstehen können: Er wird mit Händen und Füßen ans Bett gefesselt, und auch auf die Brust kann noch ein Gurt kommen, damit wirklich nichts mehr geht. Es fällt nicht wirklich schwer sich vorzustellen, was eine derartige Erfahrung in einem Menschen auslöst, der der festen Überzeugung ist, nun umgebracht zu werden – und der seiner panischen Angst ausgeliefert ist. Dies kann – auch bei kurzer Dauer – Folter bedeuten.

Die zwangsweise verabreichte Medikation hat oft weitere negative Folgen im Erleben des Patienten. Viele Neuroleptika haben heftige Nebenwirkungen, etwa starke unkontrollierbare Zuckungen der Muskulatur, z.B. ein heftiges Nicken alle 5 Sekunden. Natürlich spürt das der Mensch, dem das Mittel verabreicht wurde, sehr genau, was seine Panik weiter steigert. Oft versucht man dann mit weiteren Medikamenten gegenzusteuern. Aber auch die sind nicht frei von Nebenwirkungen.

Die Vorstellung, dass nach erfolgter Behandlung die – oft traumatischen – Erlebnisse in der Psychiatrie neu eingeordnet werden und als hilfreich verstanden werden, ist leider meist nicht zutreffend. Die mit extremen Gefühlen von Auslieferung und Angst verbundenen Erlebnisse lassen sich unserer Erfahrung nach in vielen Fällen nicht mehr positiv umdeuten, die Erinnerung bleibt angstbehaftet und chaotisch.

Dass viele schizophrene Patienten nach derartigen Erlebnissen vor Behandlung, insbesondere vor Kliniken, flüchten, ist nicht wirklich verwunderlich. Die verbreitete Wahnvorstellung, von Ärzten vergiftet zu werden, hat in derartigen Erfahrungen ihren realen Hintergrund. Einer Chronifizierung wird durch die so angeregte Flucht vor Behandlung Vorschub geleistet; unter den Obdachlosen finden sich viele Menschen mit der Diagnose Schizophrenie[3], die sich quasi verstecken. Damit ist eine besonders prekäre Situation geschaffen: Wir haben es mit chronisch schwer kranken Menschen zu tun, die vor heilenden Maßnahmen panisch weglaufen. Ein Zwangskreislauf droht, der alles weiter verschlimmert.

Es gibt andere Möglichkeiten. Die – oft mit tiefer Verzweiflung verbundene – Angst der Betroffenen sollte ein Ausgangspunkt der Suche nach Alternativen sein. Die Patienten brauchen statt geschlossener Zwangseinrichtungen Räume, in denen sie sich sicher und auch mit ihren wahnhaften Vorstellungen und Bedürfnissen respektiert fühlen können. Dafür gibt es bereits gute und erfolgreich praktizierte Modelle, etwa mit dem schweizerischen Soteria-Konzept oder dem finnischen „Offenen Dialog“. Letzterer setzt auf sofortige aufsuchende ambulante Behandlung unter Respektierung der Grenzen des Patienten und Einbeziehung seines Umfelds; Medikamente werden nur vorübergehend und in möglichst niedrigen Dosen verabreicht. Dieses Modell wird durchgängig in Lappland praktiziert und hat zur Folge, dass dort nur halb so viele Menschen chronifiziert werden wie bei uns.[4] In Hessen arbeitet die Caritas in Darmstadt bereits mit diesem Modell, hat aber noch Probleme mit der Finanzierung durch einige Krankenkassen. Statt auf Zwang zu setzen, sollte das Gesetz den Einstieg in menschenwürdige Behandlungen erleichtern.

Mittel zur Aufstockung des Sozialpsychiatrischen Dienstes für aufsuchende Hilfen (§ 5) gehen grundsätzlich in die richtige Richtung. Dadurch, dass dieser das Recht erhalten soll, sich in bestimmten Fällen auch gegen den Willen der Betroffenen Zugang zu ihren Privatwohnungen zu verschaffen, wird jedoch Vertrauen verspielt. Für viele hoch verängstigte Patienten sind ihre Wohnungen die letzte Zuflucht, in der sie sich noch einigermaßen geschützt fühlen. Ihnen diesen Schutz zu nehmen, bedeutet, ihre so empfundene Bedrohungssituation massiv zu verstärken. Bei unmittelbarer Gefahr für Leib und Leben darf die Polizei ohnehin schon eingreifen. Dieses Recht wird aber hier auf die Personen des SPDi, die eigentlich das Vertrauen gewinnen sollen, ausgedehnt,

und sehr viel weiter gefasst: Nun soll schon die Befürchtung einer „Gefahr ... für besonders bedeutende Rechtsgüter anderer“ (was auch Ehre und Vermögen beinhalten kann) reichen, um auch den SPDi in den Augen der Patienten dauerhaft zu diskreditieren. Wie nähert man sich einem scheuen Reh? Sicher nicht mit Drohungen und Zwang, und erst recht nicht mit Martinshorn und Blaulicht.

Statt dessen könnte man den SPDi im Sinne des oben erwähnten „Offenen Dialog“ weiterentwickeln, mit einem multiprofessionellen Team, das in der Lage ist, systemisch zu arbeiten, im Bedarfsfall sofort reagieren kann und vor allem die Umgebung, speziell die Angehörigen, in Netzwerkgesprächen einbezieht. Die noch vorhandenen Kontakte der Patienten können genutzt werden, um ihren wahnhaften Sichtweisen realistischere Perspektiven hinzuzusetzen und gemeinsam nach Lösungsmöglichkeiten für bedrohlich erscheinende Situationen zu suchen. Die Möglichkeiten für Sozio- und Psychotherapie müssen stark ausgebaut werden. Notwendig sind aber auch Krisenwohnungen für vorübergehende beschützte Aufenthalte.

Grundsätzlich müssen Hilfen niedrigschwellig und zeitnah erfolgen; ein psychiatrischer Patient in einer Krise ist kaum in der Lage, umfangreiche bürokratische Vorgaben zu erfüllen, unterschiedliche Stellen zu kontaktieren usw.; er gibt in der Regel vorher auf – und die Chance, schon in einem frühen Stadium einzuwirken, ist vertan. Das gilt übrigens auch für Telefonkontakte: So ist eine für die Regelversorgung zuständige Psychiatrische Ambulanz in Frankfurt (nach eigenen Erfahrungen) kaum unter einer Wartezeit von 20 Minuten zu erreichen, meist dauert es länger. Ein wahnhafter Patient, der am Telefon ängstlich auf Störgeräusche horcht, die ihm vermeintlich anzeigen, dass ein Verfolger mithört, legt spätestens nach 3 Minuten auf. Derartige Barrieren müssen beseitigt werden.

Sehr weit gefasst sind die Möglichkeiten, den Patienten im Rahmen von psychiatrischen Einrichtungen ihre Rechte zu entziehen. Nach § 11 ist dafür nicht einmal eine Anordnung und Überwachung durch vereidigte Beamte, die sich bei Verletzung ihrer Dienstpflichten verschärften Strafvorschriften aussetzen, erforderlich. Mit Ärzten und – bei Gefahr im Verzug – auch den übrigen Bediensteten werden diese so umfassenden Rechte über andere Menschen Angestellten privater Klinikbetreiber übertragen. Dass dann einmal im Jahr – und nach zwei Jahren nur noch alle drei Jahre – nach § 13 eine Kommission die Einrichtung besucht, ist angesichts der weitgehenden Ermächtigungen für eine wirksame Überwachung jedes Einzelfalls nicht überzeugend; auch nicht die jährliche offensichtlich eher summarisch angelegte Berichtspflicht nach § 14. Statistiken über Zwangsmaßnahmen und Todesfälle sollten im Übrigen verbindlich und nach Einrichtungen aufgeschlüsselt der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden.

Zur unfreiwilligen Unterbringung reicht bereits eine „Gefahr ... für besonders bedeutende Rechtsgüter anderer“ (§ 9), und zur vorläufigen Anordnung durch einen Arzt reichen in § 17 (1) eine – nicht näher spezifizierte – hohe Wahrscheinlichkeit und Gefahr in Verzug (auch hier ein Ermessensspielraum) aus. Die Auswirkungen eines derartigen Eingriffs auf das Erleben eines psychisch kranken Menschen wurden bereits dargestellt. Derart gravierende Maßnahmen sollten auf unmittelbare Lebensgefahr beschränkt bleiben.

Laut § 19 umfasst die Behandlung – auch die gegen den Willen der Betroffenen – „die gebotenen ... Maßnahmen“. Dies erlaubt eine weitgehende Auslegung. Dabei steht die derzeitige Behandlungspraxis in vielen psychiatrischen Einrichtungen massiv in der Kritik. Als Angehörige beobachten wir, dass vor allem auf langandauernde – oft lebenslange und hoch dosierte – Medikation gesetzt wird. Es gibt aber inzwischen eine ganze Reihe von Studien, die Schäden durch diese Art der Behandlung vermuten lassen. So berichten etwa Harrow u.a. zusammenfassend: "The surprisingly frequent

psychotic activity for most SZ continuously prescribed antipsychotics was in contrast to the significantly less psychosis for unmedicated SZ. … Another factor could be prolonged treatment with partial dopamine blockers or antipsychotics, which may produce a medication-generated build-up of supersensitive dopamine receptors or excess dopamine receptors for some or many SZ. Evidence for this has been found in important animal research (e.g. Seeman et al. 2006; Seeman & Seeman, 2014) and in human research (Chouinard & Jones, 1980; Fallon et al. 2012) studying relapse in treatment-compliant patients, and in other research (Kurita et al. 2012)."[5] In einem Beitrag in der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“ fragen Aderhold u.a.: „Frontale Hirnvolumenminderung durch Antipsychotika?“, und finden heraus: „Die Ergebnisse zeigen, dass es eine Evidenz für eine Volumenminderung grauer und weißer Substanz des Frontalhirns gibt, die sich nicht alleine durch die Erkrankung selbst und ihre Krankheitsschwere erklären lässt, sondern mit hoher Wahrscheinlichkeit auch Ausdruck einer langfristigen Antipsychotikawirkung auf das Gehirn ist.“[6] Kurz gesagt, hat mit hoher Wahrscheinlichkeit die Medikation zu einer Schrumpfung im Frontalhirn beigetragen. Diskutiert wird auch eine verkürzte Lebenserwartung durch Neuroleptika[7].

Bei der Frage der Behandlung ist zu berücksichtigen, dass Kliniken unter einem hohen Kostendruck und mit einer eingeschränkten Personalausstattung zurechtkommen müssen. Da sieht die Praxis oft anders aus, als in der Konzeption beschrieben. So haben wir beispielsweise erlebt, dass eine Akutbehandlung erst nach sechs Wochen begonnen wurde, die versprochene Einbeziehung der Angehörigen sich auf ein Gespräch nach zwei Monaten Klinikaufenthalt reduzierte usw. Hoch dosierte Medikation erlaubt eine schnelle Ruhigstellung; andere Behandlungen sind personalintensiver.

Wenn die gängige Praxis des langfristigen Einsatzes hochdosierter Antipsychotika eine Schädigung des Patienten – bei gleichzeitig eingeschränkter Wirksamkeit – nach neueren Forschungsergebnissen wahrscheinlich erscheinen lässt, darf diese dann zwangsweise angeordnet werden? Vorgeblich sollte ja die Gesundheit des Patienten geschützt werden. Eine derart weitreichende Behandlungsfreiheit ist den behandelnden Ärzten ohne Einwilligung bzw. gegen den Willen des Patienten keinesfalls zu gewähren. Vor diesem Hintergrund spreche ich mich dafür aus, zwangsweise Behandlungen auf die Abwendung einer unmittelbaren Lebensgefahr zu beschränken.

Mit den §§ 21 ff legalisiert der Gesetzesentwurf weitgehende Einschränkungen der Freiheitsrechte der Patienten. Welche Auswirkungen derartige Erfahrungen auf Patienten mit paranoiden Wahnvorstellungen haben und wie ihr Wahn dadurch verfestigt wird, habe ich oben bereits dargestellt. Über die Fixierung, die im Widerspruch zur UN-Konvention (s.o.) steht, hinaus, kann der Patient wie ein Gefangener gehalten werden: Absonderung, Entzug von persönlichem Eigentum, kein Aufenthalt an der frischen Luft, keine Besuche, keine Telefonate und kein Postverkehr (mit einigen Ausnahmen, auch unter Verweis auf § 119 der Strafprozessordnung, in dem es um haftgrundbezogene Beschränkungen geht) – alles das ist möglich. Der Patient ist damit seinen Ärzten und ggfs. auch Pflegern vollständig ausgeliefert. Dass Kontakte – auch fernmündliche und postalische – restriktiv gehandhabt werden können, ist zur Gefahrenabwehr kaum nachzuvollziehen. Eher lassen sich so Kritik und Hilferufe wirksam verhindern. Dass auch der Kontakt mit Angehörigen, die in vielen Fällen noch am ehesten das Vertrauen der Kranken genießen, verboten werden kann, finde ich empörend.

Die Dauer des Entzugs der Rechte ist bestimmt durch die Dauer der Gefährdung des Zwecks der Unterbringung und der Sicherheit und Ordnung der Anstalt. Kranke Menschen mit einem starren kindlichen Rechtsempfinden, die als „Querulanten“ wahrgenommen werden, könnten ihre Rechte länger anhaltend verlieren – was ihre Rebellion verstärken und eine Eskalation in Gang setzen wird. Hier lässt sich nur noch

auf die Professionalität und Menschlichkeit der nach § 12 befugten Personen hoffen. Diese Hoffnung wird sich vielleicht in den meisten Fällen erfüllen, aber auch in jedem? Auf die Unzulänglichkeit der Dokumentationspflicht zur Kontrolle habe ich oben bereits hingewiesen.

Meiner Meinung nach sollte das Gesetz grundlegend überarbeitet werden. Statt auf Zwang und Ausgrenzung ist auf Inklusion zu setzen. Ein Umfeld, in dem sich psychisch kranke Menschen respektiert fühlen, in dem sie wohnen und arbeiten, leben und dabei sein können, wird sehr viel mehr zu einem Behandlungserfolg beitragen als schwer oder gar nicht verdauliche Erlebnisse, überwältigt und gezwungen worden zu sein.

Mit freundlichen Grüßen

Michael Köditz

1 United Nations, Human Rights Council: Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez, 1. Februar 2013, (A/HRC/22/53), S. 15-17 (67-70), http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf.

2 Die Darstellung folgt an dieser Stelle der Argumentation von Frau Dr. med. Rothenberg und mir in unserem Artikel „Entrechtung statt Inklusion - Gesetzentwurf zur Hilfe für psychisch Kranke in Hessen“ (hlz 11/2016, S. 28 f., http://www.gew-hessen.de/fileadmin/user_upload/veroeffentlichungen/hlz/hlz2016/1611_hlz.pdf), bei teilweiser Übernahme einzelner Passagen. Der Vorstand der Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft, Kreisverband Offenbach-Stadt, hat diese Veröffentlichung in einem Beschluss einstimmig unterstützt.

3 „Die Häufigkeit psychischer Störungen bei Obdachlosen ist sehr hoch, was mehrere internationale Studien aus den letzten 20 Jahren belegen. Die bekannteste deutsche Untersuchung ist die von Manfred Fichter aus 2000. demnach finden sich bei 70-95% der untersuchten wohnungslosen Menschen Auffälligkeiten, die mindestens einer psychiatrischen Diagnose gemäß ICD-10 oder DSM IV entsprechen.“ Dr. Dorothee Freudenberg, Caritasverband für Hamburg e.V.: Psychisch kranke Wohnungslose (Vortrag), http://www.hag-gesundheit.de/uploads/docs/349.pdf; ähnliche Ergebnisse liefert die Seewolf-Studie von 2014 http://www.mri.tum.de/node/2685: Nur 6,7 % der Obdachlosen waren frei von psychopathologischen Beeinträchtigungen; der Anteil an Schizophrenie erkrankter Menschen lag bei 14 % (Bundesdurchschnitt: 1%).

4 Näheres unter http://www.offener-dialog.de/, einen guten Einstieg bietet der gleichnamige Film unter https://www.youtube.com/watch?v=IsnzUxE7emI.

5 M. Harrow, T. H. Jobe and R. N. Faull (2014): Does treatment of schizophrenia with antipsychotic medications eliminate or reduce psychosis? A 20-year multi-follow-up study; in: Psychological Medicine, Cambridge University Press, http://psychrights.org/research/digest/nlps/HarrowJobePsychMedMarch2014.pdf, S. 8.

6 V. Aderhold, S. Weinmann, C. Hägele, A. Heinz: Frontale Hirnvolumenminderung durch Antipsychotika? in: Der Nervenarzt, 3-2015, S. 302–323, http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00115-014-%204027-5.

7 in: Volkmar Aderhold: Neuroleptika minimal – warum und wie (2014), S. 28, www.dgsp-ev.de/fileadmin/dgsp/pdfs/Wissenschaftliche_Artikel/Aderhold_Neuroleptika_minimal_12-2014.-Januar.pdf.

Dr. med. Susanne Schlüter-Müller

Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie

Dr. med. Susanne Schlüter-Müller Wildunger Str. 2, 60487 Frankfurt

An den
Hessischen Landtag
z.Hd. von Herrn Dransmann/Frau Müller
Postfach 3240
65022 Wiesbaden

Wildunger Str. 2
60487 Frankfurt
Tel. 069 / 70 00 11
FAX 069/97784878

Frankfurt, 3.12.2016

Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Landesregierung

In dem vorliegenden Gesetzentwurf werden Kinder psychisch kranker Eltern als Angehörige nicht oder nur am Rande erwähnt. Diese Kindern sind aber keine zu vernachlässigende Minderheit, da ungefähr 2-3 Millionen Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren (hohe Dunkelziffer) einmal pro Jahr einen oder zwei Elternteile mit einer psychischen Erkrankung erleben, sowie ca. 1-2 Millionen Kinder mit einem oder zwei Elternteilen zusammenleben, die alkoholkrank sind und es ca. 30 000 bis 50 000 Kinder - meist im Vorschul- und Grundschulalter - substituierter drogenabhängiger Mütter gibt und ca. 38 % dieser Kinder mit diesen zusammenleben.

Kinder psychisch kranker Eltern sind eine Hochrisikogruppe im Hinblick auf die Entwicklung von psychischen Störungen. Das Risiko eine Störung zu entwickeln ist 3 bis 5-fach erhöht. In kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulationen (Kliniken und Praxen) lebt bis zur Hälfte der psychisch kranken Kinder beziehungsweise Jugendlichen bei einem psychisch kranken Elternteil (Remschmidt und Mattejat, 2008).

Das erhöhte psychiatrische Erkrankungsrisiko für Kinder psychisch kranker Eltern ist zum einen durch genetische Einflüsse zu erklären, ferner kann das elterliche Verhalten im Umgang mit dem Kind krankheitsbedingt eingeschränkt sein**.** Dazu kommt, dass Familien mit einem oder zwei erkranktem Elternteilen erhöhte psychosoziale Belastungen haben. Außerdem besteht ein erhöhtes Risiko für Misshandlungen (Remschmidt und Mattejat, 2008). Die genannten Faktoren interagieren miteinander, so kann es beispielsweise von genetischen Bedingungen abhängen, wie sich Umweltstress auswirkt (bio-psycho-soziales Model).

Die betroffenen Kinder zeigen vermehrte Auffälligkeiten im sozialen Bereich (erhöhte Aggression, soziales Rückzugsverhalten), im kognitiven Bereich (Beeinträchtigungen im schulischen und beruflichen Bereich) sowie im emotionalen Bereich (instabiles Verhalten wie Überempfindlichkeit, leichte Erregbarkeit, Ängstlichkeit, geringe Frustrationstoleranz).

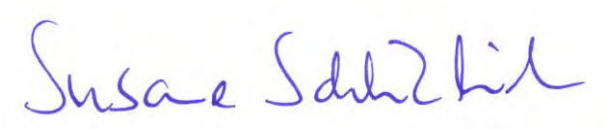
Welche Bedeutung die Erkrankung eines Elternteils für das Aufwachsen und die Entwicklung der Kinder hat hängt wesentlich davon ab, um welche Erkrankung es sich handelt (nicht jede psychische Erkrankung wirkt sich gleich stark auf Kinder aus), wie alt das Kind ist (vulnerable Phasen, Entwicklungsaufgaben), ob es einen gesunden Elternteil/Partner oder sonstige bedeutsame Betreuungspersonen gibt und vor allem, wie lange die Erkrankung des Elternteils unbehandelt bleibt! Deshalb wird ein gesundes Aufwachsen der Kinder in allererster Linie durch die Behandlung der Erkrankung des Elternteils ermöglicht. Eine weitere entscheidende Aufgabe ist es, die Kinder und Jugendlichen darüber aufzuklären, dass es sich um eine Krankheit handelt und diese Erkrankung keine Strafe darstellt (Kulturspezifische Krankheitsmodelle beachten). Eine dringende Voraussetzung der Unterstützung dieser Kinder ist eine gute Vernetzung der Unterstützungssysteme (JA, Patenschaften, Tagesmütter, Erziehungshilfe).

Weitere Stellungnahme zum Gesetzentwurf:

Es fällt auf, dass die Situation von Eltern von gefährdeten Kindern und Jugendlichen (wenn diese sich der Behandlung verweigern) nicht erwähnt wird, (§ 1631b nur einmal kurz erwähnt).

Es gibt ferner keine Hinweise auf die spezifische Situation von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen und die Auswirkungen auf deren schulische und Persönlichkeitsentwicklung (wenn sie sich nicht behandeln lassen).

Ein Unklarheit besteht bezüglich der §§ 5 und 20: ist mit der Aussage „wenn sie die Gesundheit anderer erheblich gefährden“ auch die psychische Gesundheit der Kinder gemeint? Würde das eine Zwangsbehandlung rechtfertigen?



Dr. med. Susanne Schlüter-Müller
Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Hessische Krankenhausgesellschaft e.V. HKG

Hessische Krankenhausgesellschaft e.V.| Frankfurter Str. 10 - 14| 65760 Eschborn

An den
Sozial- und integrationspolitischen Ausschuss des
Hessischen Landtags

Klaus Brameyer

Frankfurter Str. 10 - 14
65760 Eschborn

Tel.: 06196 409959
Fax: 06196 409999

klaus.brameyer@hkg-online.de
www.hkg-online.de

Unser Zeichen
I – 21.21 PsychKHG

Datum
06.12.2016

Stellungnahme zum
Gesetzentwurf der Landesregierung für ein
Gesetz zur Regelung des Rechts der Hilfen und Unterbringung bei psychischen Krankheiten
(Drs. 19/3744)

Die Hessische Krankenhausgesellschaft sieht wie auch die Landesregierung die Notwendigkeit, das von rein ordnungsrechtlichen Aspekten geprägte Freiheitsentziehungsgesetz (HFEG) aufzuheben und stattdessen den Menschen mit psychischen Störungen einen gesetzlichen Anspruch auf Hilfen zu geben und ihnen im Falle einer Eigen- oder Fremdgewährung als ultima ratio Schutz durch Unterbringung und Behandlungsmaßnahmen zu gewähren.

Die Hessische Krankenhausgesellschaft begrüßt deshalb ausdrücklich den gesetzgeberischen Ansatz, nicht nur die Unterbringung und die Behandlung zu regeln, sondern auch ambulante Hilfen zur Vermeidung einer Unterbringung zu ermöglichen.

Die hessischen Krankenhäuser erwarten allerdings einen raschen, deutlichen Ausbau der ambulanten Hilfsangebote. Je mehr ambulante Hilfen eingesetzt werden können, desto weniger wird eine stationäre Unterbringung von psychisch Kranken notwendig werden. Das Ziel der Vermeidung von stationärer Unterbringung kann z. B. dadurch auch erreicht werden, dass der sozialpsychiatrische Dienst nicht nur zu üblichen behördlichen Dienstzeiten erreichbar ist. Der sozialpsychiatrische Dienst muss vielmehr im Notfall bzw. zur Krisenintervention auch in den Nachtstunden sowie an Wochenend- und Feiertagen für den Betroffenen erreichbar sein. Die Hessische Krankenhausgesellschaft erwartet insoweit eine Klarstellung bzw. Nachbesserung durch den Hessischen Landtag.

Im Folgenden beschränkt sich die Hessische Krankenhausgesellschaft in ihrer Stellungnahme im Wesentlichen auf krankenhausrelevante Regelungen des Gesetzentwurfs.

Zu § 5 Ambulante Hilfen des Sozialpsychiatrischen Dienst

Die sozialpsychiatrischen Dienste sind bei den Gesundheitsämtern angesiedelt. In Absatz 1 ist eine Regelung anzufügen, dass der sozialpsychiatrische Dienst so zu organisieren ist, dass er seine Hilfen jederzeit, d. h. auch außerhalb der üblichen Dienstzeiten der Gesundheitsämter, also in den Nachtstunden sowie an Wochenend- und Feiertagen zu leisten hat. Die psychiatrischen Fachkrankenhäusern oder in psychiatrischen Fachabteilungen eines Allgemeinkrankenhauses dürfen, soweit eine Unterbringung nach § 9 Abs. 1 nicht notwendig ist, nicht zur allgemeinen Anlaufstelle werden, wenn ein Betroffener nach Auffassung von Polizei- und Ordnungsbehörden auffällig geworden ist.

Zu § 9 Voraussetzung von Unterbringung:

In Absatz 1 hält die Hessische Krankenhausgesellschaft den Begriff der „besonders bedeutenden Rechtsgüter“ für zu unbestimmt. Hier entsteht für den Rechtsanwender ein nicht erwünschter Interpretationsspielraum. Wir schlagen vor, diesen unbestimmte Rechtsbegriff ersatzlos zu streichen, zumindest aber der Interpretationsspielraum für den Rechtsanwender durch Verwendung von Beispielen einzugrenzen.

Zu § 10 Psychiatrische Krankenhäuser:

In Absatz 1 ist vorgesehen, dass Unterbringungen nur in psychiatrischen Fachkrankenhäusern oder in psychiatrischen Fachabteilungen eines Allgemeinkrankenhauses erfolgen können.

Dies hält die Hessische Krankenhausgesellschaft für nicht ausreichend. Der hessische Gesetzgeber muss auch die Möglichkeit schaffen, das nicht krankenhausbehandlungsbedürftige Betroffene in Einrichtungen untergebracht werden können, deren Zweck nicht die Krankenhausbehandlung ist. So muss es möglich sein, dass die Betroffenen in speziellen Heimen untergebracht werden können. Nach unseren Informationen sehen andere Landesgesetze die Heimunterbringung von nicht krankenhausbehandlungsbedürften Personen vor.

Dass die Versorgungsverpflichtung nach § 5 Abs. 2 Satz 1 HKHG 2011 „nur“ zu beachten ist, halten wir so nicht für ausreichend. Es ist vielmehr zu regeln, dass die Unterbringung in einem psychiatrischen Fachkrankenhaus oder einer psychiatrischen Fachabteilungen eines Allgemeinkrankenhauses nach Maßgabe der regionalen Pflichtversorgung (§ 5 Abs. 2 S. 1 HKHG 2011), wie er im Bescheid über die Aufnahme in den Krankenhausplan im Einzelnen festgelegt ist, zu erfolgen hat.

In Absatz 2 ist der zweite Satz vollständig zu streichen. Das Wohl eines Kindes oder Jugendlichen steht einer Unterbringung in einer Erwachseneneinrichtung immer entgegen, da gerade in einer Akutsituation

die Versorgung durch einen Facharzt der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erfolgen muss. Im Übrigen sind die Rechtsbegriffe „im begründeter Einzelfall“ und „kurzzeitig“ unbestimmt und lassen Interpretationsspielräume zu.

Zu 13 Besuchskommission:

In Absatz 2 Satz 1 Nr. 7 wird der Begriff des „Psychiatrie-Erfahrenen“ verwendet. Unseres Erachtens fehlt es hierbei an einer allgemein gültigen Definition. Sollten hiermit Personen bezeichnet werden, die bereits einmal psychiatrisch behandelt worden sind, ist klarzustellen, dass dies keine Personen sein dürfen, die bereits in der zu besichtigenden Einrichtung untergebracht waren oder im unmittelbaren Einzugsbereich der zu zu besichtigenden Einrichtung ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Eine Voreingenommenheit aufgrund eigener „Erfahrung“ wäre nicht auszuschließen.

In Absatz 3 heißt es, dass der Besuchskommission zur Erfüllung ihrer Aufgaben Einsicht in die hierfür erforderlichen Unterlagen zu gewähren sind. Hierzu gehören im Zweifel auch personenbezogene Patientenunterlagen, die allerdings nur mit Einwilligung der untergebrachten Personen eingesehen werden dürfen. Unseres Erachtens besteht hier eine Lücke. Wer soll die Einwilligung in die Einsicht der Patientenunterlagen geben, wenn der Patient selbst nicht einwilligungsfähig ist, weil er z. B. krankheitsbedingt keine Vorstellung davon hat, worin er einwilligen würde? Gleiches gilt für Absatz 4, letzter Satz. Es fehlt außerdem eine Regelung zum Schutz von Drittgeheimnissen in den Krankenunterlagen. In anamnestischen und therapeutischen Gesprächen berichten untergebrachte Patienten regelmäßig über Dritte, insbesondere Bezugspersonen, deren Privatsphäre zu schützen ist.

In Absatz 5 wird geregelt werden, dass die Mitglieder der Besuchskommission eine pauschale Aufwandsentschädigung sowie eine Erstattung ihrer Fahrtkosten erhalten. Hier fehlt unseres Erachtens eine klare Aussage, dass das Land Hessen als Schuldner insoweit zahlungspflichtig ist.

Zu § 14 Berichtspflicht:

Nach Absatz 1 hat jedes psychiatrische Krankenhaus der Fachaufsichtsbehörde jährlich über Anzahl und Dauer von Unterbringungen zu berichten. Unter dem Gesichtspunkt Qualitätssicherung hält die Hessische Krankenhausgesellschaft es für wünschenswert, wenn jedes Krankenhaus von der Fachaufsichtsbehörde eine Rückmeldung über die Gesamtentwicklung der Unterbringungen erhielte. Damit würde das einzelne Krankenhaus in die Lage versetzt, sich – selbstverständlich anonymisiert – mit anderen Krankenhäusern zu vergleichen, was die Dauer und Anzahl der Unterbringungen betrifft.

Nach Absatz 2 soll das für die Gesundheit zuständige Ministerium den sozialpsychiatrischen Diensten die für ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereich relevanten Daten in anonymisierter Form übermitteln. Der Hessischen Krankenhausgesellschaft ist nicht klar, wessen Daten in anonymisierter Form übermittelt

werden sollen. Ist es die Identität des Patienten oder die des Krankenhauses? Wenn es in einem Landkreis oder einer kreisfreien Stadt nur ein psychiatrisches Krankenhaus gibt, wäre zumindest die Anonymisierung des Krankenhauses wirkungslos.

Zu § 15 Fachaufsicht:

Eine Fachaufsicht umfasst nicht nur die Aufsicht über die Recht-, sondern auch über die Zweckmäßigkeit des zu Beaufsichtigenden und beschränkt sich nicht nur auf eine nachträgliche Kontrolle. Hiergegen bestehen keine Einwände, wenn sich die Fachaufsicht auf das nichttherapeutische Handeln der psychiatrischen Krankenhäuser bezieht. Von daher greift nach Auffassung der Hessischen Krankenhausgesellschaft die Bestimmung, dass das Weisungsrecht nicht die ärztliche Therapiefreiheit betrifft, zu kurz. Hier erwarten die hessischen Krankenhäuser eine Präzisierung. Es muss geregelt werden, dass auch die Gesamtkonzeption der therapeutischen Betreuung vor fachaufsichtlichen Eingriffen geschützt ist.

Nach Absatz 3 darf die Fachaufsichtsbehörde Einsicht in Akten und sonstige Schriftstücke verlangen. Die Hessische Krankenhausgesellschaft fordert, dass eine Bestimmung aufgenommen wird, wonach die ärztliche Schweigepflicht zu beachten ist.

Zu § 16 Unterbringungsverfahren:

In Absatz 2 ist geregelt, wer für den Antrag nach Absatz 1 und die Zuführung zur Unterbringung nach § 326 FamFG zuständig ist. Es sind als zuständige Verwaltungsbehörden der Gemeindevorstand und das Gesundheitsamt genannt. Die Zuständigkeit sollte unseres Erachtens allein beim sozialpsychiatrischen Dienst liegen, weil er über besondere Fachkunde verfügt. Die Zuständigkeit des Gemeindevorstands spiegelt nach unserer Auffassung nur den bisherigen ordnungsrechtlichen Ansatz wider, der mit diesem Gesetz eigentlich aufgegeben werden sollte.

Absatz 4 ist ersatzlos zu streichen, da zum Zeitpunkt der Antragstellung keine verlässliche Aussagen über die Notwendigkeit und Dauer von Behandlungsmaßnahmen getroffenen werden können. Sollte an der Regelung festgehalten werden, halten wir es für sachgerecht, wenn das Wort „soll“ durch das Wort „kann“ ersetzt wird.

Zu § 17 Sofortige vorläufige Unterbringung:

Da die Entscheidung zur sofortigen vorläufigen Unterbringung eine behördlicher Natur ist, muss sie auch durch die zuständige Behörde selbst getroffen, nicht durch den behandelnden Arzt, auch nicht indirekt, wenn der (bestellte) Arzt beim beliehenen Krankenhaus angestellt ist. Ein vom Vertrauen geprägtes

Arzt-Patienten-Verhältnis wäre durch eine ärztliche Anordnung der vorläufigen Unterbringung stark belastet und würde sich auf die Therapiemöglichkeiten negativ auswirken. Selbstverständlich bedarf die Aufnahme einer psychiatrischen Untersuchung und ärztlichen Entscheidung über die medizinische Notwendigkeit eine Aufnahme in das Krankenhaus.

In der Praxis wird sich die Frage der sofortigen vorläufigen Unterbringung insbesondere nachts und am Wochenende stellen, da zu diesen Zeiten die zuständige Verwaltungsbehörde nicht erreichbar ist. In § 16 ist als Alternative der Sozialpsychiatrische Dienst genannt. Dieser Dienst kennt in der Regel auch die betroffenen Personen und könnte kritische Situationen durch entsprechende Krisengespräche entschärfen. Es wäre deshalb sinnvoll, den Sozialpsychiatrischen Dienst einzubinden und mit der Anordnung der vorläufigen Unterbringung (in Abstimmung mit dem bestellen Arzt) zu beauftragen. Er muss u. a. auch diesem Grund rund um die Uhr verfügbar sein. Wir verweisen hierzu auf unsere Einleitung auf Seite 1 dieser Stellungnahme.

Hier (oder an anderer Stelle) fehlt der Hessischen Krankenhausgesellschaft eine Regelung, inwieweit im Fall einer Eigen- oder Fremdgefährdung ein Mensch mit psychischer Störung, bei dem die Voraussetzungen für eine Unterbringung nicht mehr gegeben ist, noch zurückgehalten werden kann. In anderen Bundesländern wird hierfür der Begriff der fürsorglichen Zurückhaltung verwendet.

Des Weiteren vermissen wir auch eine Regelung, wie zu verfahren ist, wenn eine zunächst freiwillig untergebrachte Person die Einrichtung verlassen will, obwohl für sie eigentlich die Voraussetzungen für eine Zwangsunterbringung vorliegen.

Sollte an der Rechtskonstruktion der Beleihung festgehalten werden, fordern die hessischen Krankenhäuser, dass im Beleihungsvertrag das beliehene Krankenhaus samt der bestellten Ärzten von Amtshaftungsansprüchen, die der untergebrachte Patient erheben könnte, freigestellt werden.

Zu § 21 Besondere Sicherungsmaßnahmen:

In Absatz 4 wird der Begriff Überwachung verwendet. In der Praxis verwenden die behandelnden Ärzte den Begriff für das ständige Beobachten des Patienten. Die Hessische Krankenhausgesellschaft plädiert dafür, von „Überprüfung“ statt von „Überwachung“ zu sprechen.

Zu § 26 Beurlaubung:

Nach Absatz 1 kann nur die ärztliche Leitung des psychiatrischen Krankenhauses die Beurlaubung der untergebrachten Person aussprechen. Die Hessische Krankenhausgesellschaft spricht sich dafür aus, das Beurlaubungsrecht auf alle bestellten Ärzte auszudehnen, zumindest jedoch auf den/die Stellvertreter der ärztlichen Leitung.

Zu § 30 Kosten:

Für das psychiatrische Krankenhaus ist nicht klar geregelt, wer unter welchen Umständen die Kosten einer Unterbringung trägt. Dabei ist davon auszugehen, dass die Kosten, die den psychiatrischen Einrichtungen durch das PsychKHG entstehen, nicht unerheblich sind und keinesfalls durch die Entgelte nach der Bundespflegesatzverordnung zur Finanzierung der medizinischen Behandlungskosten gedeckt werden können. Als zusätzliche Kosten sind insbesondere zu benennen:

- Bürokratiekosten infolge der Beleihung der Krankenhäuser und Bestellung der Krankenhausärzte einschließlich der Folgekosten bei jedem Personalwechsel
- Betreuung der Besuchskommissionen einschließlich der Zurverfügungstellung von Unterlagen
- Kosten der Dokumentation und der Berichtspflicht nach § 14 PsychKHG
- Erhöhte Haftungsrisiken bzw. Erhöhung von Haftpflichtprämien, sofern die geforderte Freistellung von Haftungsansprüchen (siehe Stellungnahme zu § 17 PsychKHG) nicht erfolgt.

Soweit die Kosten der Unterbringung keine Kosten der Krankenhausbehandlung sind, hat die untergebrachte Person bzw. der Landeswohlfahrtsverband sie zu tragen. Den beliehenen Einrichtungen muss dann auch die rechtliche Möglichkeit gegeben werden, ihre Kosten berechnen und erforderlichenfalls gerichtlich durchsetzen zu können. Die Hessische Krankenhausgesellschaft hat die Befürchtung, dass § 30 als Rechtsgrundlage für die Geltendmachung von Kosten nicht reicht.

Die Regelung zur Kostenübernahme ist bislang so gefasst, dass in der Praxis jeder der in Betracht kommenden Kostenträger, bevor er seine eigene Kostenträgerschaft anerkennt, zunächst auf die Zuständigkeit eines Dritten verweisen wird. Ein Hin- und Herverweisen von Kostenübernahmeanträgen sowie die damit einhergehende lange Bearbeitungsdauer lassen sich, ausgehend von bisherigen Erfahrungen, schon heute mit Sicherheit voraussagen. Dieses Übermaß an Bürokratie ließe sich vermeiden, wenn klar geregelt würde, dass der Landeswohlfahrtsverband Hessen die Kosten der Unterbringung trägt, soweit die untergebrachte Person die Kosten nicht selbst aufbringen kann. Es ist daher in Satz 1 der Konjunktionalsatz „soweit nicht ein Leistungsträger nach § 12 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch oder ein sonstiger Dritter zur Leistung verpflichtet ist“ ersatzlos zu streichen. Für den Landeswohlfahrtsverband Hessen ist eine Regelung zu schaffen, dass er seinerseits nur in Vorlage tritt und die Kosten bei dem eigentlich zuständigen Leistungsträger einfordern kann.

Zu § 36 Inkrafttreten, Außerkrafttreten:

Die Hessische Krankenhausgesellschaft vermisst eine Übergangsregelung in Bezug auf die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des PsychKHG bereits untergebrachten Personen. Das Hessische

Freiheitsentziehungsgesetz soll nach Artikel 4 des Entwurfs eines Gesetzes zur Regelung des Rechts der Hilfen und Unterbringung bei psychischen Krankheiten zum gleichen Zeitpunkt außer Kraft treten wie das Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz in Kraft tritt. Auch die Beleihungsverträge mit den psychiatrischen Krankenhäusern müssen so zeitig abgeschlossen sein, dass zum Datum des Inkrafttretens des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes die Einrichtungen und die bestellten Personen handlungsfähig sind.

Rainer Greunke
Geschäftsführender Direktor

BFLK der Psychiatrie e.V.
Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e.V.

Landesverbandes Hessen

Martin Biskamp

Vitos Kurhessen gGmbH
Klosterweg 6
34308 Bad Emstal
Tel. 05624-6010750
Fax 05624-60710745

martin.biskamp@vitos-kurhessen.de

Bad Emstal, 09.12.2016

Frau
MdL Claudia Ravensburg
Vorsitzende des Sozial- und
Integrationspolitischen Ausschusses
des Hessischen Landtages
Postfach 3240
65022 Wiesbaden

per Mail an: h.dransmann@ltg.hessen.de
m.mueller@ltg.hessen.de

Öffentliche mündliche Anhörung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses des hessischen Landtages zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Gesetz zur Regelung des Rechts der Hilfen und Unterbringung bei psychischen Krankheiten (Drucksache 19/3744)

Sehr geehrter Frau Abgeordnete Ravensburg,

wir danken Ihnen für die Einladung zur mündliche Anhörung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses des hessischen Landtages zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Gesetz zur Regelung des Rechts der Hilfen und Unterbringung bei psychischen Krankheiten (Drucksache 19/3744) am 12.01.2012.

An der mündlichen Anhörung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses des hessischen Landtages zu diesem Gesetzentwurf werde ich als Vertreter der BFLK teilnehmen.

Wie von Ihnen gewünscht geben wir vorab eine schriftliche Stellungnahme ab. Wir hoffen, dass die Übersendung dieser Stellungnahme noch in den Verteiler zur Anhörung kommen kann.

Wir begrüßen es sehr, dass das bisher noch geltende Polizeirecht des Hessischen Freiheitsentziehungsgesetzes aus dem Jahre 1952 nun durch ein zeitgemäßes PsychKHG abgelöst werden soll, welches Regelungen des Rechts auf Hilfen für Menschen mit psychischen Störungen formuliert und festschreibt mit dem Ziel, Zwangsmaßnahmen möglichst zu vermeiden. Zugleich werden Regelungen für den Fall der notwendigen Unterbringung und Behandlung gegen den Willen der betroffenen Person aktualisiert.

Mit dem Gesetz werden die Aufgaben der Sozialpsychiatrischen Dienste deutlicher als bisher beschrieben und deren Koordinierungsfunktion im gemeindepsychiatrischen Verbund betont; gemeindenahe regionale Pflichtversorgung ist gegeben. Den Grundsatz der personenzentrierten Hilfen in Verbindung mit der Achtung der Würde, den Rechten und des Willens psychisch kranker oder behinderter Menschen begrüßen wir ausdrücklich.

Die angestrebte „Zusammenarbeit und Vernetzung ambulanter und stationärer Angebote“ mit den in der Präambel genannten Zielen der niederschwellig zugänglichen Hilfen bietet die Chance für personenenzentrierte, auf den individuellen Bedarf angepasste Hilfsangebote. Die geforderte hohe Bedeutung der Prävention psychischer Erkrankungen und Störungen ist sehr zu begrüßen.

Das Bekenntnis „ambulant vor stationär“ im Gesetzestext ermöglicht einen niederschwelligen, aktiv aufsuchenden, präventiv –begleitenden und nachsorgend wirkenden Zugang mit dem Ziel, Zwangsmaßnahmen zu vermeiden bzw. zu beschränken.

Wir sehen in der Ausgestaltung dieser Hilfen vielfältige Tätigkeitsfelder der Berufsgruppe der Krankenpflege in der Psychiatrie in Form von zugehender Tätigkeit, zum Beispiel der Ambulanten Psychiatrischen Pflege (APP).

Im Einzelnen möchten wir Folgendes anmerken:

§ 4:
Bereits in diesem Paragrafen sollte das Gesetz Aufgaben und Kompetenzen des Sozialpsychiatrischen Dienstes benennen. Auf der Grundlage des Ansatzes „ambulant vor stationär“ (Abs. 3) sollte der Sozialpsychiatrische Dienst verpflichtet sein, möglichst früh Kontakt aufzunehmen, zu versuchen Vertrauen aufzubauen und die Zustimmung zu Hilfen zu erlangen und diese zu organisieren, möglichst bevor eine erhebliche Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt. Dies würde eine konsequentere Abkehr vom Polizeirecht bedeuten. Der Sozialpsychiatrische Dienst wäre für alle Antragstellungen zur gerichtlichen Unterbringung zuständig und nicht wie bisher die Ordnungsbehörde. Anstehende Hilfsmaßnahmen und Unterbringungsanträge lägen in der Verantwortung der Behörde, die den Betroffen am besten kennt.

§ 5:
Für die Umsetzung der in diesem Paragrafen benannten Aufgaben und Vorgehensweisen des Sozialpsychiatrischen Dienstes halten wir es für erforderlich, diesen gesetzlich zu beauftragen, für seinen Zuständigkeitsbereich einen Krisendienst zu organisieren, an den sich Personen nach § 1 auch außerhalb der üblichen Dienstzeiten (Abends, nachts und an Wochenend – und Feiertagen) wenden können. Dieser Krisendienst kann in unterschiedlicher Trägerschaft liegen, doch sollte die regionale Steuerung in der Hand des zuständigen Sozialpsychiatrischen Dienstes liegen. So können sicher viele einstweilige stationäre Unterbringungen vermieden werden.
Wir möchten darauf hinweisen, dass sich die durch uns vertretene Berufsgruppe der Krankenpflege in der Psychiatrie in solchen Krisendiensten mit ihrem fachlichen Wissen ebenfalls gut einbringen kann.

§10:
In diesem Paragrafen ist geregelt, dass „die Unterbringung nach diesem Gesetz in psychiatrischen Fachkrankenhäusern oder in psychiatrischen Fachabteilungen eines Krankenhauses erfolgt“. Der Vollzug einer Unterbringung in einer anderen Einrichtung ist nicht vorgesehen. Bei konsequenter Umsetzung ist denkbar, dass schwer geistig behinderte Menschen, von denen eine erhebliche Fremdgefährdung ausgeht, aus diesem Grund aus ihrem gewohnten „Zuhause“ in einem Krankenhaus nach diesem Gesetz untergebracht werden müsste. Dies würde zum einen dem Grundsatz des § 2 dieses Gesetzes widersprechen. Diese Menschen wären in der konsequenten Umsetzung dieses Gesetzes aus ihrer gewohnten Umgebung mit der gebotenen fachlichen Betreuungskompetenz genommen, möglicherweise für einen längeren Zeitraum. Eine angemessene fachlich gute Betreuung sehen wir unter den Gegebenheiten einer dann in Frage kommenden akut-psychiatrischen Station nicht gewährleistet.

§16:
Durch das Psychisch-Kranken-Hilfegesetz soll das Polizeirecht aus dem Jahre 1952 ersetzt werden. Daher erscheint es uns konsequent, wenn das Unterbringungsverfahren allein durch den Sozialpsychiatrischen Dienst eingeleitet und beantragt wird, nach dem die in § 5 aufgeführten Maßnahmen der Hilfen nicht gegriffen haben. Dies wäre bezüglich der grundsätzlichen Zielsetzung des Gesetzes konsequent. Da dies die Ausübung einer staatlichen Aufgabe bedeutet, die mit einem nicht unerheblichen Aufwand an personellen Ressourcen verbunden ist, ist aus unserer Sicht der sich ergebende finanzielle Aufwand durch den Staat zu tragen.

§21:
Zwei der hier aufgeführten besonderen Sicherungsmaßnahmen sehen wir kritisch.
In Punkt 6 in Abs. 1 wird eine Videoüberwachung legitimiert. Aus ethischen und auch fachlichen Gründen sprechen wir uns gegen eine Videoüberwachung aus. Eine Videoüberwachung sollte nicht gesetzlich etabliert werden. Auf diesem Wege etabliert eröffnet sie außerdem die Option, aus Kostengründen eine möglicherweise erforderliche 1:1 – Betreuung „einzusparen".

In Abs. 2 wird die Anordnung einer „Fesselung" bei „Fluchtgefahr", hier aus unserer Sicht besser „Risiko einer Entweichung", geregelt. Das Gesetz legt hierzu keine objektiven Kriterien fest. Es obliegt der subjektiven Einschätzung der beteiligten Personen, ob eine „Gefahr nicht durch weniger einschneidende Maßnahmen abgewendet werden kann" und damit besteht insbesondere hier die Gefahr des Missbrauchs. Im Zweifelsfall wird man dann eine „Fesselung" immer zu rechtfertigen wissen. Es ist darüber hinaus auch nicht geregelt, wer z.B. während eines Transports die „Fesselung" anordnen darf, wer für die sachgerechte Durchführung der „Fesselung" zuständig und verantwortlich ist. Aus unserer Erfahrung kommt eine „Ausführung" in diesem Kontext sehr selten, eigentlich überhaupt nicht vor, so dass wir hier auf die „Amtshilfe" der Polizei verweisen möchten anstelle einer Erwähnung im Gesetzestext.

§31:
Die gesetzliche Etablierung eines Fachbeirates Psychiatrie mit den hier genannten Aufgaben ist aus unserer Sicht für die Ausgestaltung der Regelungen des Psychisch-Kranken-Hilfegesetzes begrüßenswert. Die weitere Beteiligung von Vertretern der Berufsgruppe der psychiatrisch Pflegenden ist aus unserer Sicht wichtig und erforderlich.

Mit freundlichen Grüßen

Martin Biskamp

(M. Biskamp)

AKTION PSYCHISCH KRANKE
Vereinigung zur Reform der Versorgung
psychisch Kranker e.V.

AKTION PSYCHISCH KRANKE · Oppelner Straß e 130· 53119 Bonn

An den Hessischen Landtag
z. Hd. Frau Ravensburg,
Vorsitzende des Sozial- und
Integrationspolitischen Ausschusses
Schlossplatz 1 – 3
65183 Wiesbaden

Oppelner Straß e 130
53119 Bonn
Telefon 0228 676740
Telefax 0228 676742
E-Mail: apk-bonn@netcologne.de
Internet: www.apk-ev.de

Berliner-Büro:
Alt-Reinickendorf 45
13407 Berlin

Bonn, 1. Dezember 2016

Betr.: Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Gesetz zur Regelung des Rechts der Hilfen und Unterbringung bei psychischen Krankheiten (Drucks. 19/3744, Anhörung am 12.01.2017)

Sehr geehrte Frau Ravensburg,
sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

in dieser Stellungnahme begrüß t die Aktion Psychisch Kranke e.V. die Absicht, mit einem Gesetzentwurf das veraltete HFEG den neuen Anforderungen anzupassen. Die Prä ambel des Gesetzentwurfs und die §§1 – 3 sind vorbildlich, auch §4, soweit die Wohnortnä he vorgegeben wird. Aber die Zielsetzung der rechtzeitigen ambulanten Hilfen in schweren Krisen fehlt.

Auf die vorgesehene konkrete Ausgestaltung der Regelungen zum Schutz der Personenrechte bei Zwangsmaß nahmen wollen wir nicht nä her eingehen, weil dazu der Sachverstand von den Experten, die das Gesetz praktisch anwenden sollen, Ihnen mit deren Stellungnahmen, z. B. „Arbeitsgemeinschaft der Ärztlichen Leitungen der Kliniken..." zukommt.
Nur zu dem „§30 Kosten" wollen wir anmerken: Dass der Patient selber die Kosten tragen soll ist eine veraltete Praxis. Diese Regelung ist geeignet, die Ablehnung der psychiatrischen Krankenhausbehandlung zu verstä rken. Das ist kontraproduktiv bei Personen, die rechtzeitige Hilfe nicht finden konnten, oder krankheitsbedingt dazu nicht in der Lage waren.

Vorstand:
Peter Weiß , MdB, Vorsitzender, Berlin
Prof. Dr. Andreas Heinz, stellv. Vorsitzender, Berlin
Regina Schmidt-Zadel, stellv. Vorsitzende, Kön -Rodenkirchen
Prof. Dr. Reinhard Peukert, Schatzmeister, Wiesbaden
Prof. Dr. Caspar Kulenkampff, Ehrenvorsitzender, Kön †
Prof. Dr. Jörg Michael Fegert, Ulm
Dr. Dieter Grupp, Bad Schussenried
Maria Klein-Schmeink, MdB, Berlin
Helga Kühn-Mengel, MdB, Berlin
Prof. Dr. Heinrich Kunze, Kassel
Margret Osterfeld, Dortmund
Matthias Rosemann, Berlin
Prof. Dr. Ingmar Steinhart, Dortmund/Greifswald
Birgit Wölert, MdB, Berlin
Dr. Dyrk Zedlick, Glauchau

Bankverbindung: Sparkasse KölnBonn (BIC COLSDE33) IBAN DE44370501980011702867

Aber auf das zentrale Problem, die Lücke in der ambulanten Versorgung, wollen wir nä her eingehen:
Mit einem erreichbaren psychiatrischen Krisendienst auß erhalb der üblichen Regelarbeitszeiten können stationä re Notaufnahmen zum Teil vermieden oder humaner durchgeführt werden. Weil die ambulanten Hilfen unzureichend ausgestaltet sind, erreichen Personen mit schweren psychischen Erkrankungen mit dringendem Hilfebedarf am Abend, bei Nacht, an Wochenenden und Feiertagen keine psychiatrische oder psychotherapeutische Praxis und keinen Sozialpsychiatrischen Dienst. Gegebenenfalls muss die Polizei eingreifen und sorgt dafür, dass die Person in die nä chste psychiatrische Klinik kommt. –Die Polizei ist also auch als Ersatz für den Sozialpsychiatrischen Dienst (sowie die ambulanten Praxen) zustä ndig, wenn diese nicht im Dienst sind. Und die wohnortnahe psychiatrische Klinik ersetzt die Lücken der ambulanten Versorgung.
Die maximale Zuspitzung von psychischen Krisen kann oft verhindert werden, wenn fachlich qualifizierte Hilfe früher erreichbar ist und ggf. aufsuchend aktiv wird. Und wenn die Polizei als erste Instanz zur Stelle ist, dann kann ein Sozialpsychiatrischer Dienst die Polizei begleiten, zum Wohle des Patienten und zur Unterstützung der Polizei bei ihrer schwierigen Aufgabe.

Das Recht auf wohnortnahe *und rechtzeitige ambulante* Hilfe bei psychiatrischen Krisen ergibt sich aus der auch in Deutschland gültigen UN-BRK, und entspricht dem „Grundsatz ambulant vor stationä r“ in der Prä ambel. Dieses Anrecht sollte als Ziel in die Prä ambel aufgenommen werden.
Die Schwierigkeiten, in Hessen die Schließ ung dieser Lücke zu*finanzieren*, sind seit langem bekannt. Kommunen – örtliche und überörtliche Ebene, Stä dte- und Landkreisverbä nde, Kä mmerer unter dem Schuldenschirm – Verbä nde der Wohlfahrtspflege, vorrangige Leistungsträ ger und Leistungserbringer im Gesundheitswesen erklä ren sich allerdings bisher als nicht zustä ndig. Wir sehen hier das Land Hessen in der Pflicht, aus seiner übergreifenden ***politischen*** Verantwortung für die Gestaltung des Gesundheitssystems in Hessen ***moderierend*** die Leistungsträ ger und die Leistungserbringer zur gemeinsamen Problemlösung zusammen zu führen, und dann ggf. eine Lösung durch einen finanziellen Landesanteil zu ergä nzen.

Eine solche Problemlösung ist allerdings mit dem Rest-Zeitplan dieses wichtigen und überfä lligen Gesetzesvorhabens nicht vereinbar. Deshalb sollte diese gesundheitspolitische Zielsetzung im Zusammenhang mit diesem Reformgesetz politisch aufgestellt, aber die Realisierung davon entkoppelt werden.

Mit freundlichen Grüß en

Prof. Dr. Dr. Andreas Heinz, Berlin
Stellv. Vorsitzender der APK

Prof. Dr. Heinrich Kunze, Kassel
Im Vorstand der APK

RÜDIGER MOHRSTEDT

AUF DER ROSENHÖHE 6
63069 OFFENBACH AM MAIN
16.11.2016

Gleichlautend - in gesonderten Schreiben - an
- den Hessischen Minister für Soziales und Integration, Herrn Stefan Grüttner,
- die Vorsitzende des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses (SIA) des Hessischen Landtags, Frau Claudia Ravensburg

An die Vorsitzende
des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses
des Hessischen Landtags,
Frau Claudia Ravensburg

Schlossplatz 1- 3
65183 Wiesbaden

Betr.: Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Gesetz zur Änderung des Hessischen Gesetzes über Betreuungs- und Pflegeleistungen (HGBP)
(Öffentliche Anhörung v. 10.11.2016)

Sehr geehrte Frau Vorsitzende des SIA, Sehr geehrte Frau Ravensburg,

Kurzfassung:
Der Gesetzgeber fordert im HGBP, § 6, Abs. 3:
"Es soll ein Angehörigen-, Betreuerinnen- und Betreuerbeirat gebildet werden...."
Dieser Auftrag wird von entsprechend interessierter Seite bis heute ignoriert und unterlaufen.
Z..Zt. wird versucht, den 'Angehörigenbeirat' mittels Gesetzesänderung zu eliminieren.

Die Mitglieder des die Neufassung des HGBP (bzw. das Änderungsgesetz) vorbereitenden Ausschusses (SIA) werden hiermit ersucht,
- die Initiatoren und Befürworter der Änderung des § 6, Abs. 3, des bisherigen HGBP konstruktiv-kritisch zu bewerten,
- zu versuchen, die möglichen Motive und die wirklichen Gründe für deren nachdrücklich vorgetragene Forderung zu erkennen, wonach die derzeitige gesetzliche Vorschrift zu ändern und die Formulierung "Ein Angehörigen- Betreuerinnen- und Betreuerbeirat **soll** gebildet werden ...." durch den Wortlaut "Ein Angehörigen-, Betreuerinnen- und Betreuerbeirat **kann** gebildet werden ...." zu ersetzen ist. Dieses mit dem ausdrücklichen Ziel, ".... komplett auf das 'Instrument' zu verzichten ....".
- Ihre daraus gewonnenen Erkenntnisse zur Grundlage ihres endgültigen Vorschlags für die Formulierung des künftigen HGBP, § 5, zu machen.

Es kann m.E. davon ausgegangen werden, dass nach solchen Überlegungen **die Formulierung** des bisherigen HGBP, § 6: **"Ein Angehörigen-, Betreuerinnen- und Betreuerbeirat soll gebildet werden ...."** Bestand hat und **unverändert in das künftige HGBP, § 5, übernommen wird.**

Begründung und Anmerkungen

- Die Öffentliche Anhörung des SIA am 10. ds. Mts., an der ich - als Vater und gesetzlicher Betreuer meines vielfach sehr schwer beeinträchtigten Sohnes - als Gast-Hörer teilnehmen konnte, war eine aufschlussreiche Lehrstunde in Sachen "Demokratie".
- Ich bin ich an keine der bei der Anhörung vertretenen gewesenen Institutionen oder Verbände gebunden.

Die Beiträge zum Thema "Beteiligung von Angehörigen-, Betreuerinnen- und Betreuerbeiräten (nachstehend: Angehörigenbeiräte) als Berater der Leitung vollstationärer Einrichtungen waren deshalb von besonderer Bedeutung, weil das Gesetz verändert werden soll.
Der Gesetzgeber hat im Jahr 2012 bei Einführung des Gesetzes in Hessen nach intensiver Meinungsbildung **bewusst formuliert: "Es soll ein Angehörigenbeirat gebildet werden...."** .
(Gleiches gilt z.B. für Baden-Württemberg.)
In der SIA-Anhörung vom 10. ds. Mts. waren die Beiträge und insbesondere die Argumentation PRO Änderung von ".... SOLL gebildet werden...." in § 6 des derzeitigen HGBP zu ".... KANN gebildet werden...." in § 5 des künftigen Gesetzes einseitig und beunruhigend:

Es begeneten einander nicht nur zwei Lager mit Zielsetzungen, die unterschiedlicher kaum sein können, sondern es standen ehrenamtlich tätige Befürworter einer Fortschreibung des derzeitigen Gesetzes hochprofessionellen Befürwortern des Ausstiegs aus dem Gesetzestext gegenüber. Erstere vertraten die legitimen Interessen der Betroffenen, der bisher weitestgehend weder organisierten noch informierten Angehörigen.
(Von ehrenamtlich geführten Verbänden, wie z.B. dem BABdW, kann nicht erwartet werden, dass sie personell und finanziell in der Lage sind, evtl. interessierte Angehörige, die sie jedoch - aus Gründen des Datenschutzes - zunächst nicht einmal kennen können, zu finden und sie auf ihre gesetzlichen Möglichkeiten hinzuweisen.)

Die Argumente der Befürworter der Verlängerung des 'status quo', d.h. der SOLL-Vorschrift in § 6, HGBP, wurden zudem überwiegend von Personen vorgetragen, in deren Einrichtungen es einen Angehörigenbeirat schon vor der Einführung des Hessischen Gesetzes gegeben hat, und in denen die Zusammenarbeit mit der Heimleitung bereits halbwegs zufriedenstellend funktioniert. Entsprechend zurückhaltend - und ' politically correct' - waren ihre Beiträge zur Beibehaltung des derzeitigen Rechts. Dies zumindest im Vergleich mit den professionellen Schriftsätzen und druckvollen mündlichen Darlegungen derjenigen, die die Änderung von SOLL in KANN als "Schritt in die richtige Richtung .... auf dem Weg zum kompletten 'Verzicht' auf Angehörigenbeiräte...." fordern; vgl. z.B. Stellungnahme des 'pba e.V.', S. 4, zu § 5, Abs. 3 im (künftigen) HGBP.
Die Argumente für diese Forderung erscheinen zwar zunächst plausibel, **entbehren** jedoch m.E. **jeglicher belastbaren Grundlage:** Dass von 'bpa e.V' und in der Begründung des künftigen Gesetzes darauf hingewiesen wird, dass ".... der Beirat (von den Angehörigen) in der Praxis nicht angenommen wird....", mag zwar zutreffen; das besagt jedoch nichts zu den Gründen, die dafür ausschlaggebend waren und sind.
Der wesentliche Grund war das Fehlen der Mitwirkungsverordnung.

Daraus folgte,
- dass die Angehörigen und ges. Betreuer, die in der Regel nicht organisiert sind, bisher in vielen Fällen nicht einmal wissen, dass für sie die Möglichkeit, einen entspr. Beirat zu bilden, überhaupt besteht. Sie kennen das Gesetz nicht - woher denn auch?

- dass die Verantwortlichen in Einrichtungen und bei sozialen Dienstleistern, die als Organisationen bzw. Unternehmen seit dem 7.3.2012 dazu aufgerufen sind, die Angehörigen zu informieren, keinerlei Interesse daran hatten, die Seite der betreuten Menschen auf ihr Recht, d.h. auf ihre Möglichkeit, einen Beirat zu bilden, hinzuweisen. Geschweige denn darauf, dass es dazu eine gesetzliche Verpflichtung gibt.

Der Grund erscheint eindeutig:
Abgesehen davon, dass es grundsätzlich unbequem ist, transparent zu arbeiten, ist es die Befürchtung von privaten Dienstleistern, dass ihr oft wirtschaftlich interessantes "Geschäftsmodell soziale Dienste" von 'Gesprächspartnern auf Augenhöhe' hinterfragt werden könnte.
Auch große Einrichtungen fühlten sich - mangels Mitwirkungsverordnung - zunächst nicht dazu aufgefordert, in dieser Hinsicht initiativ zu werden. Das scheint sich z.Zt. zu ändern, wird jedoch beim Wegfall der SOLL-Vorschrift voraussichtlich wieder in Frage gestellt werden.

Sieht so Minderheiten-Schutz und -Fürsorge aus?
Diese Frage stellt sich nicht nur, aber in besonderem Maße im Zusammenhang mit der Betreuung kognitiv beeinträchtigter Menschen. Viele von Ihnen sind auf Dauer auf die Mitwirkung ihrer Angehörigen und gesetzlichen Betreuer angewiesen. Und das funktioniert nur auf der Grundlage einer gesicherten, gesetzlichen Vorschrift.

Sehr geehrte Frau Vorsitzende des SIA,

weitere Einzelheiten erspare ich Ihnen (und mir).
Aber gestatten Sie mir noch **eine Bitte:**

Geben Sie zumindest den meist unverschuldet Schwächsten Ihrer Mitbürger, **den beeinträchtigten Menschen, die oft ihr Leben lang fremdgesteuert sind, die Chance, dass ihnen ihre Angehörigen qua Gesetz auch im Bereich der Einrichtungen, die sie betreuen, hilfreich zur Seite stehen können SOLLEN(!).** Nicht zuletzt im Gespräch auf Augenhöhe mit der Leitung und und Mitarbeitern der Einrichtungen und sozialen Dienste. Ohne dass sie dort als Bittsteller auftreten müssen.

Lassen Sie Ihre Mitarbeiter und/oder den zuständigen Parlamentsausschuss herausfinden, wer die Initiatoren der Änderung von SOLL in KANN waren, und was sie dazu veranlasst hat oder haben könnte, es zu tun. Falls es nur den geringsten Anlass zu der Vermutung geben sollte, dass es evtl. auch andere als rein sozial-fürsorgliche Gründe für ihren Änderungs-Antrag gab oder dass es solche für dessen derzeitige Befürworter geben könnte:
Gewähren Sie der jetzigen SOLL-Vorschrift eine weitere Ligislatur-Periode zum Erreichen ihres Ziels.
(Besser zwei Perioden, denn dass die Vorschrift unter den gegenwärtigen Umständen schnell "unten" ankommt, ist höchst zweifelhaft.)

Und lassen Sie dem Gesetzt zeitnah seine **Mitwirkungsverordnung** folgen.

Mit bestem Dank für Ihre Geduld
und mit freundlichen Grüßen

Rüdiger Kohnke