

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](#) –

1.	Kassenärztliche Vereinigung Hessen	S. 1
2.	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie Landesvertretung Hessen	S. 3
3.	Gesundheitsamt Main-Taunus-Kreis, Sozialpsychiatrische Dienste in Hessen	S. 6
4.	Gewerkschaft der Polizei, Landesbezirk Hessen	S. 13
5.	Verband der Ersatzkassen (vdek), Landesvertretung Hessen	S. 15
6.	Landesverband Hessen der Angehörigen psychisch Kranker e. V.	S. 16
7.	Hessischer Städte- und Gemeindebund	S. 21
8.	Barbara Mauelshagen	S. 23
9.	Bundesverband der Berufsbetreuer/innen, Landesgruppe Hessen	S. 27
10.	Kliniken des Landkreises Heidenheim gGmbH Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Dr. Martin Zinkler	S. 30
11.	Betreuungsgerichtstag BGT e. V., Geschäftsstelle	S. 37

KV HESSEN | Georg-Voigt-Straße 15 | 60325 Frankfurt

Hessischer Landtag
Die Vorsitzende des Sozial- und
Integrationspolitischen Ausschusses
Frau Claudia Ravensburg
Postfach 3240
65022 Wiesbaden

KV | KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

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

25.10.2016

Sehr geehrte Frau Ravensburg,

Geschäftsführer

vielen Dank für die Übersendung des o.g. Gesetzentwurfs und die Gelegenheit, im Rahmen der Anhörung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses des Hessischen Landtages hierzu Stellung zu nehmen, sowie die Einladung zur mündlichen Anhörung.

Michaela Vetten
Tel 069 79502-331
Fax 069 79502-662
michaela.vetten@kvhessen.de

Wir möchten eine Regelung des Gesetzentwurfs herausgreifen, die Berührungspunkte zum Aufgabenbereich der KV Hessen hat. Hierbei handelt es sich um die Verankerung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ in §4 Abs. 3 des Entwurfs.

Ihr Zeichen: I A 2.5
Ihre Nachricht vom: 11.10.2016
Unsere Zeichen: MV
Aktenzeichen: GF50/K/20/620

Das Gesetz regelt im Wesentlichen die Aufgaben und Eingriffsbefugnisse der Sozialpsychiatrischen Dienste bei den Gesundheitsämtern der Kommunen, um Menschen mit psychischen Krankheiten ein möglichst selbstbestimmtes und eigenverantwortliches Leben zu ermöglichen, sowie die Unterbringung psychisch kranker Menschen im Falle der Selbst- oder Fremdgefährdung.

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Georg-Voigt-Straße 15 | 60325 Frankfurt
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt
www.kvhessen.de

Diese Regelungsinhalte betreffen die KV Hessen nur am Rande. §4 Abs. 3 regelt allerdings, dass eine stationäre Behandlung nur dann erfolgen soll, wenn das Ziel der Hilfen durch ambulante Maßnahmen nicht erreicht werden kann. Die Gesetzesbegründung legt diese Vorschrift so aus, dass damit der Grundsatz „ambulant vor stationär“ verankert werden soll, und zwar nicht nur in Bezug auf vorrangige Erbringung ambulanter Hilfsleistungen im Sinne des PsychKHG vor der stationären Behandlung und Unterbringung. Vielmehr solle auch eine durchlässigere Struktur zwischen ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten auch im Bereich des SGB V

entwickelt werden.

Wir verstehen diese Ausführungen in der Gesetzesbegründung als programmatischen Ansatz und Absichtserklärung des Gesetzgebers, die Zusammenarbeit zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor zu fördern. Sollten mit §4 Abs. 3 konkrete Auswirkungen auf den ambulanten Sektor verbunden sein, wären wir für einen Hinweis, welche Erwartungshaltungen der Gesetzgeber in diese Regelung setzt dankbar, um ggf. eine vertiefte Bewertung vornehmen zu können. Eine Veränderung oder Erweiterung des Sicherstellungsauftrags der KV Hessen kann u.E. nicht durch landesgesetzliche Regelungen erfolgen.

Den Termin zur mündlichen Anhörung im Hessischen Landtag am 12. Januar 2017 werden wir wegen der geringen Berührungspunkte der KV Hessen mit den Regelungsinhalten des Gesetzesentwurfs nicht wahrnehmen.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. Hoffmann', is positioned above the printed name.

Jörg Hoffmann
Geschäftsführer



Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie – Landesverband Hessen e.V.

Hessisches Ministerium
für Soziales und Integration
Dostojewskistraße 4

65187 Wiesbaden

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie
Landesverband Hessen e.V.
c/o Petra Lauer
Oikos Sozialzentrum
Hessenallee 12 A
34613 Schwalmstadt
Tel.: 06691 9635118
Fax: 06691 9635211
eMail: info@dgsp-hessen.de
internet: www.dgsp-hessen.de

Schwalmstadt, 08.06.2016

Gesetz zur Regelung des Rechts der Hilfen und Unterbringung bei psychischen Krankheiten

Schreiben vom 04.05.2016; V5-18p1200-0001/2014/027

Sehr geehrter Herr Staatsminister Grüttner,
sehr geehrte Damen und Herren,

die Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, Landesverband Hessen e.V. bedankt sich für die Möglichkeit einer Stellungnahme zum o.a. Gesetzentwurf.

Wir begrüßen, dass die Landesregierung mit dem Gesetzentwurf die Möglichkeit schafft, für Menschen mit psychischen Einschränkungen Hilfen anzubieten. Die Stärkung der kommunalen Verantwortung für die psychiatrische Versorgung, die Stärkung der Patientenrechte, eine verbesserte Berichterstattung und einheitliche Dokumentation sowie die finanzielle Förderung der Sozialpsychiatrischen Dienste und des Ehrenamts sehen wir ebenfalls als sehr positiv an. Der Gesetzentwurf legt den Grundstein für eine landesweite Verbesserung der Versorgung in der Psychiatrie und eine langfristige Planung. Wir begrüßen auch eine klar geregelte Fachaufsicht.

Wir regen folgende Veränderung des Entwurfs an (Begründungen kursiv):

§ 4 (2) "Die Hilfen sind wohnortsnah vorzuhalten". Sie sollen (.....).

In dem mit als "Gesetz zur Regelung des Rechts der Hilfen und Unterbringungen bei psychischen Krankheiten" bezeichneten Entwurf wird ein zentrales Leitmotiv der Psychiatriereform der bedarfsgerechten Versorgung festgeschrieben.

§ 4 (5) Personen, die Menschen mit psychischen Störungen nahestehen, **besonders ihre Angehörigen** sollen entlastet und unterstützt werden.

Hervorhebung der Angehörigen, da sie die Hauptgruppe derjenigen darstellen, die angesprochen sind.

§ 6 (1) Die Sozialpsychiatrischen Dienste "**planen und koordinieren**" die Hilfeangebote in ihrem örtlichen Zuständigkeitsbereich.

Kontoverbindung:
IBAN: DE13 5095 1469 0000 0322 36
BIC: HELADEF1HEP - Sparkasse Starkenburg
Spenden sind steuerlich absetzbar

§ 7 Ehrenamtliche Hilfen einschließlich der Arbeit der Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen sowie Projekte der Selbsthilfe **werden** unterstützt.

Ohne garantierte Unterstützung wird der im Text folgende Satz "Sie sind in die Versorgung von Personen nach § 1 einzubeziehen." obsolet.

§ 9 Voraussetzung von Unterbringung **nach diesem Gesetz**

(3) Die Vorschriften dieses Gesetzes gelten nicht für die nach § 1906 BGB untergebrachten Personen.

In der Praxis auf den Stationen wird erfahrungsgemäß nach dem Grundsatz verfahren "untergebracht ist untergebracht". Die verschiedenen rechtlichen Einzelheiten der beiden Unterbringungsarten werden erfahrungsgemäß übersehen.

§ 11 *Es fehlt eine Klarstellung, ob die Beleihung und Bestellung nur für die nach diesem Gesetz untergebrachten Personen gilt, oder generell für alle freiheitsentziehenden Unterbringungsmaßnahmen.*

§ 13 (2) Der Besuchskommission sollen angehören: **9. ein/e Bürgervertreter/-in, vorzugsweise ein Mitglied des Gemeindevorstands/Kreisausschuß**

(3) Die Besuchskommission besucht mindestens ein Mal pro Jahr die psychiatrischen Krankenhäuser, in denen Personen nach diesem Gesetz (.....).

Die Besuchskommission ist berechtigt unangemeldete Besuche durchzuführen.

Bürgervertreter/-in haben stärker die kommunale Verantwortung.

Besuchskommissionen sollen den Alltag der Einrichtung kennenlernen.

§ 14 (1) Das psychiatrische Krankenhaus hat der Fachaufsichtsbehörde jährlich über Anzahl und Dauer, **sowie Veränderungen in der Art** von Unterbringungen nach diesem Gesetz **und** nach § 1906 des Bürgerlichen Gesetzbuchs und § 1631b des Bürgerlichen Gesetzbuchs sowie über Behandlungsmaßnahmen nach § 20 zu berichten.

Die reine Angabe von Unterbringungszahlen erlaubt keine Rückschlüsse über die Art der Unterbringung bei Aufnahme, Behandlung und Entlassung aus dem psychiatrischen Krankenhaus .

§ 16(2) Zuständige Verwaltungsbehörde für den Antrag nach Abs. 1 und die Zuführung zur Unterbringung nach § 326 des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit **ist** der Gemeindevorstand.

Der Sozialpsychiatrische Dienst ist keine rechtsfähige Körperschaft.

§ 18 (1-5) *Hier fehlt der Hinweis, dass das Gesetz unterschiedliche Rechte und Behandlungsweisen begründet. Welche Rechte werden für die nicht nach diesem Gesetz untergebrachten Personen angewendet?*

§ 19 (2) Die medizinische Untersuchung (.....) zu bestimmen. Die Vorschriften zur Feststellung des Patientenwillens (§§ 1901a und 1901b des Bürgerlichen Gesetzbuchs) **bleiben in Kraft und der danach dokumentierte Patientenwille behält Gültigkeit.**

Es wird verdeutlicht, dass Verfügungen und dokumentierter Patientenwille Gültigkeit besitzen.

§ 20 (1) **Ziffer 2.**oder 2. dies zur Wiederherstellung der Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit der untergebrachten Person erforderlich ist und wenn Tatsachen die Annahme rechtfertigen, dass ohne die Maßnahme **die Beendigung der Unterbringung** nicht möglich sein wird. *Wir weisen darauf hin, dass die mögliche „gegenwärtige schwerwiegende Schädigung anderer“ als Grund für eine Zwangsbehandlung bzw. –ernährung verfassungsrechtlich nicht sanktioniert ist.*

§ 21 (1) Als besondere Sicherungsmaßnahmen sind **nach gerichtlicher Genehmigung** zulässig: (.....1. bis 6.)

Wird eine besondere Sicherungsmaßnahme nach Satz 2 Nr. 5 vorgenommen, hat eine engmaschige Überwachung durch therapeutisches oder pflegerisches Personal **und gegebenenfalls durch Kamaraüberwachung** zu erfolgen. **Bei Fortdauer dieser besonderen Sicherungsmaßnahmen über einen Zeitraum von 3 Stunden hinaus ist eine weitere richterliche Genehmigung/Überprüfung einzuholen.**

Bei diesem besonders schweren Eingriff in Freiheitsrechte bedarf es einer ständigen richterlichen Abwägung von traumatischen Schädigungen und weniger einschneidenden Maßnahmen.

§ 23 Diese Rechte können eingeschränkt werden, wenn und solange der Zweck der Unterbringung oder die Sicherheit oder Ordnung in dem psychiatrischen Krankenhaus gefährdet werden, **mit Ausnahme der in § 24, 1. - 14. aufgeführten Institutionen.**

§ 28 (2) Das psychiatrische Krankenhaus hat der gesetzlichen Vertreterin oder dem gesetzlichen Vertreter oder der Betreuerin oder dem Betreuer **und den Angehörigen** die bevorstehende Entlassung mitzuteilen. Die Entlassung (.....).

Im Sinne der Prävention sollen mit Einwilligung der untergebrachten Person Angehörige, beteiligte Einrichtungen oder der betroffenen nahestehende Personen über die Entlassung informiert werden.

Zu **§ 5 (4)** (Zutrittsrecht zur Wohnung für den SpDi bei einer erheblichen Gefährdungslage) findet im Vorstand des DGSP-Landesverbandes eine kontroverse Diskussion statt. Es werden Befürchtungen geäußert, dass diese Grundrechtseinschränkung zu Missbrauch verleitet (Unverletzlichkeit der Wohnung), dazu werden auch Zweifel an der Verfassungsmäßigkeit geäußert. Andere Voten sehen das Zutrittsrecht des SpDi ausreichend sichergestellt in Begleitung der Polizei bei gegenwärtiger Gefahr im Rahmen des HSOG und als Bestandteil der Hilfen.

Darüber hinaus sind wir der Meinung, dass alle hier beschriebenen Patientenrechte, Hilfen und Schutzmaßnahmen sowie eine bedarfsgerechte medizinische Behandlung in gleicher Weise auch für die psychisch kranke Menschen gelten sollen, die gegen ihren Willen nach § 1906 BGB in Kliniken und Heimen freiheitsentziehend untergebracht sind. Der Landesverband Hessen der DGSP vermisst einen entsprechenden Verweis und fürchtet die Herausbildung von zweierlei Behandlungsstandards. Dies ist eine weitaus größere Personengruppe als die längerfristig Untergebrachten nach den Psychisch-Kranken-Gesetzen (In Zukunft nach dem PsychKHG). Heime sollten keine Orte der Verwahrung sein, sondern Stätten der Eingliederung mit je eigenen umfassenden und personenzentrierten Hilfe- und Förderplänen. Die weitere Beachtung und Verbesserung der Perspektiven dieser Personengruppe und des Lebens in Heimen muss durch den Landesfachbeirat Psychiatrie als ständiger Arbeitsschwerpunkt berücksichtigt und durch dieses Gesetz gesichert werden.

Wir weisen darauf hin, dass im PsychKHG des Landes Brandenburg für die Personen, die dort nach § 1906 BGB untergebracht sind, ausdrücklich die gleichen Rechte definiert sind.

Mit freundlichen Grüßen

Petra Lauer
Vorsitzende

Main-Taunus-Kreis Postfach 14 80 65704 Hofheim

Hessischer Landkreistag
Frankfurter Straße 2
65189 Wiesbaden

Besuchszeiten	vormittags	nachmittags
Montag	8.00 – 12.00	Terminvereinbarung
Dienstag	8.00 – 12.00	13.30 – 16.30 Uhr
Mittwoch	8.00 – 12.00	Terminvereinbarung
Donnerstag	Terminvereinb.	13.30 – 17.30 Uhr
Freitag	8.00 – 12.00	

Um vorherige telefonische Terminvereinbarung wird gebeten

Zimmer-Nr.	Untergeschoss, Zimmer U.006
Telefon	06192 201-1126
Telefax	06192 201-1731
E-Mail	ruth.muehlhaus@mtk.org

Ihre Nachricht

Unser Zeichen
53.1

Ansprechpartner(in)
Dr. Ruth Mühlhaus

Datum
06.06.2016

Entwurf des Gesetzes zur Regelung des Rechts der Hilfen und Unterbringung bei psychischen Krankheiten **hier: HLT-RS 412/2015**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Zu im Betreff genannten Rundschreiben teilen wir Ihnen mit, dass der Main-Taunus-Kreis den vorgelegten Entwurf eines Hessischen Gesetzes über Hilfen bei psychischen Krankheiten (Hessisches Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz) ausdrücklich begrüßt.

Wir schließen uns weiterhin der Erklärung des Arbeitskreises Sozialpsychiatrischer Dienste in Hessen zum Gesetzentwurf an :

Der Arbeitskreis der Sozialpsychiatrischen Dienste in Hessen begrüßt die Vorlage des o.a. Gesetzentwurfes. Die Umsetzung gibt der Arbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste vor Ort Rechtssicherheit und einen klaren Stellenwert. Die finanzielle Ausstattung für koordinative Aufgaben durch das Land Hessen zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung mit dem Ziel Unterbringungen zu vermeiden, wird ebenfalls sehr begrüßt.

Der Arbeitskreis bittet den Hessischen Landkreistag sich im Rahmen der Anhörung der Spitzenverbände für eine Verabschiedung des Gesetzes einzusetzen.

In der Diskussion des Entwurfs wurden folgende Fragen zur Klärung erörtert:

- Es sollte eine klare Abgrenzung zur Zuständigkeit der Jugendhilfe für unter 18jährige erfolgen
- Die finanzielle Zuwendung des Landes sollte zweckgebunden erfolgen
- Es sollte eine Aufgabenabgrenzung zu den Aufgaben der Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen erfolgen
- Die Aufgaben des SpDi und die Zuständigkeit von Polizei bzw. Ordnungsamt sollte klar abgegrenzt sein (Amtshilfe)

Seite 2 zum Schreiben vom 06.06.2016

- Die Kooperation der Betreuungsbehörden mit dem SpDi sollte geklärt werden
- Inwieweit kann das ärztliche Attest/Gutachten des einweisenden SpDi-Arztes das Gutachten bei der Klinikaufnahme ersetzen?

Mit freundlichen Grüßen

im Auftrag

Dr. med. Mühlhaus
Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen



Hessischer Landkreistag

Hessischer Landkreistag · Frankfurter Str. 2 · 65189 Wiesbaden

Hessisches Ministerium
für Soziales und Integration
Herrn Abteilungsleiter
Dr. Stephan Hölz
Dostojewskistraße 4
65187 Wiesbaden

Frankfurter Str. 2
65189 Wiesbaden

Telefon (0611) 17 06 - 0
Durchwahl (0611) 17 06- 37

Telefax-Zentrale (0611) 17 06- 27
PC-Fax-Zentrale (0611) 900 297-70
PC-Fax-direkt (0611) 900 297-83

e-mail-Zentrale: info@hlt.de
e-mail-direkt: stark@hlt.de

www.HLT.de

Datum: 14.06.2016

Az. : Sta/430.045; 430.043

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Regelung des Rechts der Hilfen und Unterbringung bei psychischen Krankheiten

Sehr geehrter Herr Dr. Hölz,

mit Schreiben vom 4. Mai 2016 baten Sie zum Entwurf eines Gesetzes zur Regelung des Rechts der Hilfen und Unterbringung bei psychischen Krankheiten um eine Stellungnahme. Mit dem Gesetzentwurf soll ein neues Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG) eingeführt werden.

Die hessischen Landkreise begrüßen den vorgelegten Gesetzentwurf ausdrücklich. Mit diesem wird der Anspruch schwer psychisch kranker Menschen auf Unterstützung und Hilfeleistungen festgeschrieben, um ihnen die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu erhalten bzw. wieder herzustellen. Auch bietet der Entwurf der Arbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) vor Ort Rechtssicherheit und einen klaren Stellenwert. Die finanzielle Ausstattung für koordinative Aufgaben durch das Land Hessen zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung mit dem Ziel Unterbringungen zu vermeiden wird ebenfalls sehr begrüßt.

Im Arbeitskreis SpDi in Hessen wurde der vorliegende Gesetzentwurf ausführlich beraten. Dabei wurden die folgenden Fragen erörtert, welche bei einer Umsetzung des Gesetzes geklärt werden müssen:

- Es sollte eine klare Abgrenzung zur Zuständigkeit der Jugendhilfe für unter 18jährige erfolgen.
- Die finanzielle Zuwendung des Landes sollte zweckgebunden erfolgen.
- Es sollte eine Aufgabenabgrenzung zu den Aufgaben der Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen erfolgen.

- Die Aufgaben des SpDi und die Zuständigkeit von Polizei bzw. Ordnungsamt sollte klar abgegrenzt werden. Dies insbesondere im Hinblick auf die Ausübung unmittelbaren Zwanges. Die Form des Zusammenwirkens (Amtshilfe) muss geregelt werden.
- Die Kooperation der Betreuungsbehörden mit dem SpDi sollte geklärt werden.
- Inwieweit kann das ärztliche Attest/Gutachten des einweisenden SpDi-Arztes das Gutachten bei der Klinikaufnahme ersetzen?“

Ein Landkreis weist zusätzlich auf weitere noch zu klärende Punkte hin:

- Es sollte eine klare Abgrenzung zu der bisherigen Zuständigkeit des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen (LWV Hessen) vorgenommen werden. Dies deshalb, weil der LWV Hessen bislang die Planungsverantwortlichkeit für den Bereich der Gemeindepsychiatrie sowie der Suchtkrankenhilfe hat. Hierzu finden entsprechende Planungskonferenzen sowie monatlich mindestens eine Hilfeplankonferenz unter der Verantwortung und Leitung des LWV Hessen statt.
- Bei der Koordinierungs- und Planungsarbeit gilt es, die Schnittstellen zum SGB V-Bereich (Bedarfsplanung durch die Kassenärztliche Vereinigung Hessen) zu definieren sowie zu gestalten. Ebenso muss die Schnittstellenarbeit zu den regionalen Gesundheitskonferenzen geregelt werden.
- Für SpDi ohne angestellte Psychiaterin und Psychiater sollten Möglichkeiten eines Delegationsverfahrens (Vertragsarztverhältnis, Kooperationsregelung) geschaffen werden.

Zu den einzelnen Paragraphen haben wir die folgenden Anmerkungen:

§ 5 Abs. 1 Ambulante Hilfen des Sozialpsychiatrischen Dienstes

Hier wird § 10 Abs. 3 HGöGD als Aufgabe der SpDi angegeben. Ein Landkreis weist darauf hin, dass dies derzeit nicht zutrifft. Die Beratung von Kindern und Jugendlichen, deren körperliche, seelische oder geistige Gesundheit beeinträchtigt ist, ist innerhalb der Gesundheitsämter traditionell Aufgabe der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste. Wenn die Beratung an Grenzen stößt und eine Gefährdung des Kindeswohls zu befürchten ist, wird das Jugendamt eingeschaltet und übernimmt die im Weiteren genannten Aufgaben. Es wird daher empfohlen den § 10 Abs. 3 HGöGD hier nicht aufzunehmen.

§ 5 Abs. 2 Ambulante Hilfen des Sozialpsychiatrischen Dienstes

Wie erhält der SpDi Kenntnis davon, dass Hilfen angeboten und abgelehnt wurden, wenn er nicht selbst Träger der Hilfen ist?

§ 5 Abs. 3 Ambulante Hilfen des Sozialpsychiatrischen Dienstes

Eine Vorladung setzt voraus, dass in den SpDi ärztliches Personal vorgehalten wird, das genügend Psychiatrieerfahrung hat, um eine Vermittlung in weitergehende Hilfen oder die Einleitung einer Unterbringung veranlassen zu können. Ein Landkreis schlägt daher eine Erweiterung des dritten Satzes vor, da dies zu bestimmten Zeiten schwer sicherzustellen ist: „...und eine ärztliche Untersuchung von einem vom sozialpsychiatrischen Dienst bestimmten Arzt zu dulden.“. Dies würde die Einbeziehung

psychiatrieerfahrener Ärzte anderer Institutionen ermöglichen, sofern zum Zeitpunkt der Vorladung kein Arzt des Gesundheitsamtes zur Verfügung steht.

Des Weiteren stellt sich die Frage, welche Konsequenzen es hat, wenn jemand der Vorladung nach § 5 Abs. 3 nicht folgt, jedoch die Voraussetzungen nach § 5 Abs. 4 noch nicht erfüllt sind?

Bei Gefahr in Verzug sollte im Gesetz ergänzt werden, dass ein vor Ort erstelltes Gutachten von einer in der Psychiatrie erfahrenen Ärztin bzw. einem Arzt oder einer Ärztin/einem Arzt des Gesundheitsamtes dem Gutachten der Ärztin/des Arztes der psychiatrischen Klinik, in die der Betroffene gebracht wurde, gleich zu stellen ist.

§ 6 Koordinierung der Hilfsangebote vor Ort

Der SpDi soll die Hilfsangebote planen und koordinieren. Bedeutet dies, dass neue niedrigschwellige, aufsuchende Angebote geschaffen werden sollen? Es wäre sinnvoller, den SpDi, wie in Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzen anderer Länder auch, als Träger der Hilfen zu bestimmen.

Insgesamt sollte eine Aufgabenabgrenzung zwischen Aufgaben des SpDi und der Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen erfolgen.

§ 8 Finanzierung

Der finanzielle Mehrbelastungsausgleich für die SpDi ist ohne konkrete Ausgestaltung beschrieben. Es ist dringend erforderlich, dass hier eine konkrete Angabe aufgeführt wird, z.B. 0,40 € pro Einwohner. Dabei ist darauf zu achten, dass der Mehrbelastungsausgleich auskömmlich ist. Der Weg zur Ermittlung des Mehrbelastungsausgleiches sollte ebenfalls beschrieben werden.

Es ist weiterhin festzuschreiben, dass der Betrag an die allgemeine Lohnentwicklung angepasst wird. Denn es werden ausschließlich Personalkosten finanziert, die erfahrungsgemäß einer stetigen Steigerung unterliegen. Das von den Landkreisen vorzuhaltende Personal zur Erfüllung der Aufgaben nach dem Gesetz muss dauerhaft gesichert werden.

§ 13 Abs. 2 Besuchskommission

„Die in Satz 1 genannten Personen dürfen weder ... noch mit der Bearbeitung von Unterbringungssachen im Einzugsbereich der zu besichtigenden Einrichtung unmittelbar befasst sein.“

Bedeutet dies, dass der/die Arzt/Ärztin des SpDi, welche/r alleine im SpDi arbeitet und somit für alle Kliniken im Landkreis zuständig ist, in keinem Fall einer Besuchskommission angehören darf?

§ 13 Abs. 5 Besuchskommission

Wenn es gelingen soll, erfahrene Mitarbeiter aus den SpDi zu den Besuchskommissionen zu entsenden, sollte der Verdienstausfall ausgeglichen bzw. die Mitarbeiter

vom Dienst freigestellt werden. Es ist ansonsten zu befürchten, dass es schwer wird geeignetes Personal zu gewinnen, das ehrenamtlich tätig wird.

§ 16 Unterbringungsverfahren

Ein Landkreis weist darauf hin, dass in diesem Paragraphen die somatischen Krankenhäuser und Heime nicht berücksichtigt sind.

Insbesondere bei körperlich instabilen Patienten, beispielsweise aufgrund einer fortgeschrittenen Anorexie mit drohenden Elektrolytentgleisungen oder bei ausgeprägten Intoxikationen muss einer Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus erfahrungsgemäß mitunter eine Unterbringung in einem somatischen Krankenhaus vorgeschaltet werden.

Es ist auch zu definieren, in welchem Umfang davon ausgegangen wird, dass mit Antragstellung zur Unterbringung durch die SpDi auch das ärztliche Attest durch die SpDi zu erstellen ist.

§ 16 Abs. 2 Unterbringungsverfahren

„Zuständige Verwaltungsbehörden für den Antrag ... sind der Gemeindevorstand und der Sozialpsychiatrische Dienst.“

Hier muss es „sind der Gemeindevorstand oder der Sozialpsychiatrische Dienst“ heißen

§ 28 Abs. 2 Entlassung

Im Sinne konstruktiver und erfolgreicher, nachsorgender Hilfen und damit Vermeidung erneuter Unterbringung sollte der SpDi generell über die Entlassung untergebrachter Personen informiert werden.

§ 30 Kosten

Ein Landkreis schlägt vor, dass die Kosten der Unterbringung einschließlich der Transportkosten generell nicht von der untergebrachten Person zu tragen sind.

Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen


Robert Stark
Referatsleiter



Main-Taunus-Kreis Postfach 14 80 65704 Hofheim

Hessischer Landtag
Sozial- und Integrationspolitischer Ausschuss
Schlossplatz 1-3
65183 Wiesbaden

Besuchszeiten	vormittags	nachmittags
Montag	8.00 – 12.00	Terminvereinbarung
Dienstag	8.00 – 12.00	13.30 – 16.30 Uhr
Mittwoch	8.00 – 12.00	Terminvereinbarung
Donnerstag	Terminvereinb.	13.30 – 17.30 Uhr
Freitag	8.00 – 12.00	

Um vorherige telefonische Terminvereinbarung wird gebeten

Zimmer-Nr. U.006
Telefon 06192 201-1133
 Telefax 06192 201-1731
 E-Mail pia.berkefeld@mtk.org

Ihre Nachricht

Unser Zeichen
53.6

Ansprechpartner(in)
Dr. Pia Berkefeld

Datum
23.11.2016

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

Sehr geehrte Damen und Herren,

zu der im Betreff genannten Drucksache verweisen wir auf die Stellungnahme des Landesarbeitskreises der Sozialpsychiatrischen Dienste Hessen in dieser Angelegenheit vom 06.06.2016 (siehe Anlage) und auf die Stellungnahme des Hessischen Landkreistages vom 14.06.2016 in dieser Angelegenheit.

Darüberhinaus bitten wir noch um folgende Ergänzung:

In § 14 des Gesetzentwurf wird die Berichtspflicht der psychiatrischen Krankenhäuser an die Fachaufsichtsbehörde beschrieben.

Es wäre wichtig, hier in Ergänzung der Berichte über Anzahl und Dauer der Unterbringungen auch noch die folgenden Punkte aufzunehmen:

Die Kliniken sollten auch ICD 10 F-Diagnosen, 1. Ebene, berichten.

Darüberhinaus sollten auch die Zwangsmaßnahmen wie Zwangsbehandlung, Fixierungen und Maßnahmen der Absonderung in einem besonders gesicherten Raum erfasst und an die Aufsichtsbehörde berichtet werden.

Mit freundlichen Grüßen

im Auftrag

Dr. med. Mühlhaus
Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen



GEWERKSCHAFT DER POLIZEI

Gewerkschaft der Polizei • Wilhelmstraße 60a • 65185 Wiesbaden

**Vorsitzende des Sozial- und
Integrationspolitischen Ausschusses
Frau Claudia Ravensburg
Postfach 3240**

65185 Wiesbaden

Ihr Zeichen	Ihr Schreiben	Unser Zeichen	Datum
I A 2.5	11.10.2016	GdP/Ge	24. Nov. 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 –
Drucks. 19/3744 -**

Landesbezirk Hessen

Ewald Gerk
stv. Landesvorsitzender

Wilhelmstraße 60 a
65185 Wiesbaden

Telefon
+49 (0) 611 - 99 22 7-0

E-Mail
gdp Hessen@t-online.de

www.gdp.de/hessen

Sehr geehrte Frau Vorsitzende Ravensburg,

die Gewerkschaft der Polizei (GdP) bedankt sich für die Möglichkeit der Stellungnahme zu dem o.g. Gesetzentwurf der Landesregierung.

Stellungnahme:

Im Rahmen der täglichen Praxis ist die Polizei bei Ingewahrsamnahmen nach dem HFEG immer dann gefordert, wenn Gefahr im Verzug besteht. Bei diesen Personen handelt es sich überwiegend um rauschgiftsüchtige und/oder alkoholsüchtige Personen, deren Verhalten eine erhebliche Gefahr für sich selbst (Eigengefährdung) oder andere (Fremdgefährdung) darstellt. Die in Rede stehenden Personen wurden i.d.R. wegen einer prognostizierten fortdauernden Fremdgefährdung, meist im Zusammenhang mit gefährlichen Körperverletzungen und Bedrohungslagen, eingewiesen, um die jeweiligen Handlungsabläufe zu unterbinden bzw. deren Fortsetzung zu verhindern. Die Einweisung erfolgte zumeist in der Annahme und mit der Zielrichtung, dass durch die Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik den behandelnden Ärzten die Gelegenheit gegeben werde, eine Behandlung der jeweils vorliegenden Sucht zu beginnen.

In der Vergangenheit wurde jedoch beobachtet, dass polizeiliche Maßnahmen nach § 10 HFEF zwar dazu führten, dass Personen in die psychiatrischen Kliniken oder psychiatrischen Abteilungen der Krankenhäuser aufgenommen, aber in der Regel bereits am darauf folgenden Tag ohne weitere Behandlung wieder entlassen wurden, wenn sich die akuten Suchtzustände infolge der Ausnüchterung etwas normalisiert hatten.

In diesen Fällen entfaltete die Einweisung nach dem HFEG lediglich die Wirkung einer Ingewahrsamnahme, wie sie grundsätzlich auch nach § 32 HSOG möglich gewesen wäre.

Es gilt dabei allerdings zu bedenken, dass dieser Personenkreis gemäß der Polizeigewahrsamsordnung nur dann in das Polizeigewahrsam aufgenommen werden darf, wenn es an einer Möglichkeit der Unterbringung in einer geschlossenen Krankenabteilung oder einer anderen geeigneten Verwahrmöglichkeit mangelt.

In dem hier vorliegenden Gesetzentwurf ist für die Polizei der § 17 von besonderer Bedeutung. Er ersetzt den bisherigen § 10 HFEG. Entgegen den Bestimmungen in § 10 HFEG ist die Polizei selbst nicht mehr die Anordnende, sondern der hierzu bestellte Arzt des psychiatrischen Krankenhauses. Die Polizei hat dabei die Aufgabe, die Gefahrensituation unter Darlegung der Einzelheiten des Sachverhaltes dem anordnungsbefugten Arzt zu berichten. Diese beabsichtigte Verfahrensweise begrüßen wir als Gewerkschaft der Polizei in besonderem Maße.

Darüber hinaus begrüßen wir auch, dass grundrechtseinschränkende Maßnahmen (besondere Sicherungsmaßnahmen gem. § 21) nicht mehr von der Polizei getroffen werden müssen, sondern in die Kompetenz der hierzu bestellten Ärzte fällt.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ewald Gerke', written in a cursive style.

Ewald Gerke
stv. Landesvorsitzender

DIE VERBÄNDE DER KRANKENKASSEN IN HESSEN

vdek, Walter-Kolb-Str. 9-11, 60594 Frankfurt

Hessischer Landtag
Sozial- und Integrationspolitischer Ausschuss
Schlossplatz 1-3
65183 Wiesbaden

AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen

BKK Landesverband Süd
Regionaldirektion Hessen

IKK classic
Hauptverwaltung Wiesbaden

Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau (SVLFG)
als Landwirtschaftliche Krankenkasse

Knappschaft
Regionaldirektion Frankfurt

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)^{*)}
- Landesvertretung Hessen -

24.11.2016

**Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Gesetz zur Regelung des Rechts der Hilfen und Unterbringung bei psychischen Krankheiten (Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz – PsychKHG), Anhörung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses des Hessischen Landtags,
- Stellungnahme der Verbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen in Hessen**

Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

mit Schreiben vom 11.10.2016 übersandten Sie den Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Gesetz zur Regelung des Rechts der Hilfen und Unterbringung bei psychischen Krankheiten (Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz – PsychKHG).

Die Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in Hessen bedanken sich für die Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme im Rahmen der Anhörung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses des Hessischen Landtags.

Den Gesetzentwurf haben die Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in Hessen zur Kenntnis genommen, Anmerkungen oder Änderungsvorschläge bestehen diesseits nicht. Daher sehen wir von einer Teilnahme an der mündlichen Anhörung am 12.01.2017 ab, danken Ihnen jedoch für die Einladung.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Claudia Ackermann

^{*)} als gemeinsamer Bevollmächtigter gem. § 212 Abs. 5 Satz 6 ff. SGB V für die Ersatzkassen

Datum: 27.11.2016

Hessischer Landtag
Postfach 3240
65021 Wiesbaden

Gesetzentwurf der Landesregierung (v. 06.09. 2016 / Drucksache 19 / 3744) zur Regelung des Rechts der Hilfen und Unterbringung bei psychischen Krankheiten vom 06.09.2016

Sehr geehrter Herr Ministerpräsident,
sehr geehrter Herr Minister für Soziales und Integration,
sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit reichen wir unsere Stellungnahme zum o.g. Gesetzentwurf ein und bitten um Berücksichtigung der von uns eingebrachten Vorschläge und Kritikpunkte.

Stellungnahme

Wir begrüßen die Bemühung der Landesregierung, die Vorgaben der UN BRK zur Grundlage der Gesetzgebung zu machen. Erfolgreiche Versuche, die Zustimmung des Unterzubringenden durch Verhandlung zu erlangen, sollen jedem Zwangs-Eingriff vorausgehen. Die Rechte des Betroffenen sind zu achten und die geringstmöglichen Einschränkungen sollen gewählt werden. Außerdem muss bei einer als notwendig erachteten Zwangsbehandlung in jedem Fall die Zustimmung des Betreuungsgerichts eingeholt werden (§ 20, (3) 1-4, Ausnahmen nur bei Gefahr im Verzug (§ 20, (3) 5). Auch die für Laien verständliche und der Achtung des Gesetzgebers vor den Rechten der betroffenen Menschen angemessene Sprache ist positiv zu werten. Und wir begrüßen besonders, dass die Landesregierung den Landkreisen und kreisfreien Städten einen Mehrbelastungsausgleich zur Verfügung stellt, der für die neuen Aufgaben der Sozialpsychiatrischen Dienste bestimmt ist, wenn auch das zur Verfügung gestellte Geld auf die Dauer nicht reichen wird. Eine Vorschrift zur landesweiten Mindestausstattung und Finanzierung befürworten wir.

Dennoch haben wir noch **Einwände** zu einzelnen Paragraphen, zu denen wir im Folgenden Ergänzungs- bzw. Änderungsvorschläge machen. Die für uns wichtigsten betreffen die Präambel, die Aufgaben der SPDs (Zweiter Teil, § 5, Abs. (1) sowie die Besondere Sicherungsmaßnahme „Fixierung“ (Dritter Teil, § 21, (1), Nr. 5).

Wir erwarten für unsere kranken Angehörigen ein gutes therapeutisches und deeskalierend wirkendes Milieu im ambulanten und stationären Bereich, mit ausreichend Personal (u. a. Ärzte, Pflegepersonal, klinische Psychotherapeuten u.a.). Ebenso erwarten wir die koordinierende Vernetzung aller Fachdienste nach dem Modell der GPVs, um nachhaltigere Behandlungserfolge auch mit verstärkt einzusetzenden psychosozialen Therapien zu ermöglichen.

S. 1

Präambel, Satz 2 Änderung: Dabei sollen die Vorgaben der UN BRK erfüllt und soweit wie möglich die Interessen der Personen mit psychischen Störungen und ihrer Angehörigen und Vertrauenspersonen berücksichtigt werden.

Kommentar: Behindertenrechte sind ebenso wie Frauen- und Kinderrechte Teil der Allgemeinen Menschenrechte. Diese können nicht eingeschränkt werden („soweit wie möglich...berücksichtigt“). Sie sind durch ein Gesetz verankert.

Zweiter Teil, Hilfen

§ 5, Ambulante Hilfen des Sozialpsychiatrischen Dienstes

Forderung der Angehörigen zu den Aufgaben des SPDi: Die Menschen mit psychischen Störungen und ihre Bezugspersonen halten die neutrale Beratung und Vermittlung von Hilfen durch den SPDi, wie sie das HGöGD vorsieht, für unverzichtbar. Sei es, dass sie vor Ort keine adäquate Hilfe finden, die Erkrankung aus beruflichen Gründen geheim halten wollen oder aus anderen Gründen. Ebenso erwarten sie von einem Sozialpsychiatrischen Dienst (alternativ von einer PIA?) einen Kriseninterventionsdienst und suchtspezifische Angebote. Ein flächendeckender Kriseninterventionsdienst mit ausreichender Ausstattung und Mindestvorgaben ist auch angesichts der geplanten Ambulantisierung der Behandlung unerlässlich. Maßnahmen zur Sicherung der Wohnung des Betroffenen sollen möglich sein, damit ihm nicht auch noch in dieser sehr schwierigen Lebensphase der persönliche Bezugsort verloren geht.

Abs. (4)

Ergänzung und Änderung: Der Sozialpsychiatrische Dienst hat in Begleitung der Polizei das Recht auf Zugang in die Wohnung der Person...

Kommentar: Bitte prüfen Sie, wie erfolgreich die Maßnahmen ohne Polizei-Begleitung in den Bundesländern verlaufen, wie z. B. NRW. In wenigen zugespitzten Notfällen kann die Polizei immer noch hinzugezogen werden.

S. 2

Dritter Teil: Unterbringung

§ 11, Beleihung und Bestellung

Abs. (2) Ergänzung am Ende des Absatzes

... Personen müssen fachlich und persönlich geeignet sein. Den aufnahmebefugten Fachärzten der Klinik soll eine Handreichung zur Aufnahme sowie zur Durchführung der Zwangseinweisung und einer im Gefahrenfall notwendigen Zwangsbehandlung zur Verfügung stehen. Bei einer erheblichen Gesundheitsgefahr für den Betroffenen oder Dritte dürfen dabei zur Beruhigung nur Benzodiazepine eingesetzt werden. Die Maßnahmen müssen dem Betroffenen angekündigt werden und die Genehmigung des Betreuungsgerichts ist unverzüglich einzuholen. Nachbesprechung und Dokumentation sind verpflichtend.

§ 12, Ausübung der Befugnisse im psychiatrischen Krankenhaus

Abs. 2, Ergänzung

Bei Gefahr im Verzug.... zu unterrichten. **Der Vorgang ist zu dokumentieren.**

§ 18, Rechtsstellung

Abs. (4)

Nach **(4), Satz 2, Ergänzung: Der vorläufig untergebrachten Person ist Gelegenheit zu geben, freiwillig in eine Behandlung einzuwilligen, um eine Zwangsunterbringung abzuwenden.**

Kommentar: War das nicht bisher möglich??

§ 20, Behandlungsmaßnahmen

Abs. (5)

Ergänzung am Ende des Absatzes:Behandlungsmaßnahme fortgesetzt werden muss. **Ein zu veröffentlichendes Register der Zwangsmaßnahmen und Todesfälle soll angelegt werden und ein Dokumentationssystem entwickelt werden. Die aktuell laufenden Forschungsvorhaben sind dabei zu berücksichtigen.**

§ 21, Besondere Sicherungsmaßnahmen

Abs. (1), nach Punkt 6, Änderung / Ergänzung nach dem nachfolgenden Satz:

Wird eine besondere Sicherungsmaßnahme nach Satz 2 Nr.2 oder Nr. 5 vorgenommen, hat eine engmaschige Überwachung durch therapeutisches oder pflegerisches Personal zu erfolgen. **Im Fall einer Maßnahme nach Nr. 5 (Fixierung) soll dies durch die Anordnung einer permanenten Sitzwache (eine psychiatrische Fachkraft) geschehen. Nachbesprechungen zur Reflektion des Geschehens sollen verpflichtend sein.**

Kommentar: Der Patient befindet sich in einer absolut hilflosen und für ihn entwürdigenden Lage. Er kann weder einen dringenden Wunsch äußern noch auf Gefahren hinweisen. Es gibt Ereignisse, bei denen sofort eingegriffen werden muss: Embolie (Thrombose), Atemdepression (hohe Dosierung von Beruhigungsmitteln), Ersticken durch Einatmen von Erbrochenem u.a.). Ebenso wichtig ist es, dass er in der Situation der Hilflosigkeit nicht alleingelassen wird. Die anwesende Person (eine psychiatrische Fachkraft!) kann angesprochen werden und dieser Wortwechsel kann therapeutisch zu einem Beziehungsaufbau genutzt werden, der nach Aussagen vieler Behandler die weitere Behandlung erleichtern und verkürzen kann. Fixierungszahlen, Todesfälle in psychiatrischen Kliniken und die Zahl der Fälle von unversorgt zu Hause lebenden Betroffenen sollen gesammelt und nach Kliniken bzw. Regionen sortiert veröffentlicht werden. Wir sehen aus unseren Erfahrungen direkte Zusammenhänge zwischen den Fällen des langen Unversorgt seins und Zwangsmaßnahmen.

§ 30, Kosten

Kommentar: Das Verlangen nach Kostenübernahme durch die Betroffenen lehnen wir ab. Diese Forderung widerspricht dem Gleichbehandlungs-Grundsatz.

Die Vorgaben der UN BRK erfordern nach Auffassung der Angehörigen psychisch kranker Menschen auf Bundes- und Landesebene sowie auf kommunaler Ebene die Regelung folgender zusätzlicher Punkte:

Die **Gleichstellung** psychisch kranker Menschen vor dem Gesetz (Dauer des Aufenthalts in der Forensik, Wahlrecht, Geschäftsfähigkeit, Streichung im Zentralregister) und in den Sozialversicherungen (ambulante häusliche Krankenpflege, Reha-Maßnahmen nach schwerer Erkrankung insbesondere für Ersterkrankte, Zugang zu geeigneten psychotherapeutischen (KVT u.a.) und psychosozialen (hometreatment, open dialogue u.a.) Therapien, s. auch dazu die Empfehlungen in der S3-Leitlinie "Psychosoziale Therapien". Keine Benachteiligung psychisch schwer kranker Menschen im Versorgungssystem. Dies gilt auch für das Bundesteilhabegesetz!

Zugang zu Arbeit und Beschäftigung und Schaffung von Ex-In-Arbeitsplätzen, da dies entscheidend zur Stabilisierung und relativen Beschwerdefreiheit (Resilienz) führt. Wir erwarten individuell erforderliche Teilhabeleistungen für alle behinderten Menschen, unabhängig vom Schweregrad der Erkrankung und der Wohnsituation. Gesundheitliche und berufliche Reha-Maßnahmen sind verpflichtend in das Behandlungskonzept einzubeziehen.

S. 4

Verbindliche Qualitätsstandards für Behandlung und Versorgung: Es darf nicht sein, dass nur leichter Erkrankte Zugang zu wirksamen, den neusten Standards entsprechenden Behandlungs- und Versorgungsformen haben. Dies wird am besten erreicht durch eine Vernetzung und Kooperation aller Anbieter von Therapien und Hilfen in einer Kommune/in einer Region nach dem Modell eines GPVs mit verbindlichen Standards. Dies zu organisieren ist die Aufgabe des SPDi. Krisenpensionen sollten Bestandteil des Hilfeangebots sein. Sie bieten niederschwellig erreichbare Hilfe in einem außerklinischen Schutzraum.

Regelungen zur Vermeidung von Zwang und Gewalt: Über das im Gesetz bereits Verankerte hinaus müssen weitere Maßnahmen zur Vermeidung von Zwang und Gewalt angeordnet werden. In den Kliniken und anderen Einrichtungen muss es zum Schutz aller Anwesenden eine Handreichung geben, die eine Reihenfolge von deeskalierenden Maßnahmen auflistet, die dem Personal und den Patienten bekannt sind. Das Personal muss sie trainieren und anwenden können. Diese Schulungen sollen engmaschig wiederholt werden. Für Patienten und ihre Angehörigen könnte das Bestandteil der Psychoedukation sein. Nachahmenswerte Modelle sind z.B. der „Werdenfelser Weg“ (u.a. das therapeutische Festhalten) und das Kooperationsmodell zwischen der Caritas Darmstadt und der Klinik in Groß-Umstadt (Odw.).

Einbindung der Angehörigen und/oder des sozialen Umfelds der Patienten in die Behandlung: Psychosoziale und psychotherapeutische Verfahren (s. u.a. auch die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien“) sollten wesentlicher Bestandteil der Behandlung sein. Angehörige und andere nahe Bezugspersonen sollten in die Behandlung einbezogen und darin geschult werden, zusammen mit dem Patienten förderliche Beziehungsmuster einzuüben, die für eine entspanntere Atmosphäre in dem familiären Umfeld sorgen (triadische Therapie). Dadurch soll die Therapie mit Neuroleptika auf eine geringstmögliche Dosis beschränkt werden. Das ist für uns besonders bei jungen Menschen und Ersterkrankten wünschenswert. Zusätzlich können Psychoedukation und Angehörigensprechstunden zur Information und Entlastung des sozialen Umfelds dienen. Angehörige nicht in die erweiterte Behandlung einzubinden ist ein Kunstfehler!

Es ist für uns betroffene Familien nicht zu akzeptieren, dass die psychiatrischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser landesweit zu Gunsten der somatischen Abteilungen Überschüsse erwirtschaften müssen. An unseren kranken Angehörigen wird zugunsten der somatisch Kranken gespart.

Wir Angehörige sind zu lange von der professionellen Seite (der Auftragsstellung entgegengesetzt) oft geduldet(!), ungehörte und stille Dienstleister rund um die erkrankte Person. Wir bezahlen die Rechnungen und Miete die Kranken, renovieren die Wohnung und begleiten bei Erledigungen! Die Angehörigen müssen kontinuierlich in den Genesungsprozess einbezogen werden!

S. 5

Auch wenn wir an dieser Stelle Bundesgesetze berühren, wollen wir die Gelegenheit nutzen, um unsere Forderung nach Soteria-orientierten Behandlungsweisen mit niedrigem Neuroleptika-Einsatz und hohem psychosozialen Engagement und einem wirklich vernetzten psychiatrischen System (stationär / ambulant) deutlich auszusprechen. - Das Geld ist da, es scheitert am Willen zur gerechten Verteilung.

Manfred Desch



1. Vorsitzender

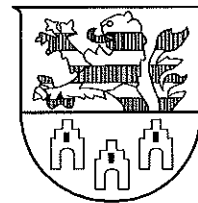
Edith Mayer



Stellv. Vorsitzende

Hessischer Städte- und Gemeindebund e.V.

Verband der kreisangehörigen Städte und Gemeinden



Hessischer Städte- und Gemeindebund · Postfach 1351 · 63153 Mühlheim/Main

Hessischer Landtag
Die Vorsitzende des Sozial- und
Integrationspolitischen Ausschusses
Postfach 3240
65022 Wiesbaden

EINGEGANGEN

29. Nov. 2016

HESSISCHER LANDTAG

Dezernat 1

Referent(in) Hr. Dr. Rauber/Hr. Pöhlker
Unser Zeichen 1-Dr.R./Pö./SI

Telefon 06108/6001-0

Telefax 06108/600157

E-Mail: hsgb@hsgb.de

Durchwahl 6001- 78

Ihr Zeichen

Ihre Nachricht vom 11.10.2016

Datum 28.11.2016

Anhörung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses des Hessischen Landtags zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Gesetz zur Regelung des Rechts der Hilfen und Unterbringung bei psychischen Krankheiten (Drucks. 19/3744)

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

für die uns eingeräumte Gelegenheit zur Stellungnahme zu dem im Betreff genannten Gesetzentwurf danken wir sehr herzlich.

Wir nehmen aus Sicht der von uns vertretenen kreisangehörigen Städte- und Gemeinden wie folgt Stellung:

1. Zu Art. 1 – Hessisches Gesetz über Hilfen bei psychischen Krankheiten (Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz, PsychKHG)

§ 16 Abs. 2 PsychKHG-E sieht vor, dass zuständige Verwaltungsbehörde für die Stellung des Antrag auf Durchführung eines gerichtlichen Verfahrens über die Unterbringung grundsätzlich der Gemeindevorstand, abweichend hiervon das Gesundheitsamt ist, wenn der sozialpsychiatrische Dienst zuerst mit der Angelegenheit befasst ist.

Nach unserem Dafürhalten sollte hier unbedingt eine ausschließliche Zuständigkeit des Gesundheitsamts vorgesehen werden. Die Gemeindevorstände der Städte und Gemeinden sind zumindest im kreisangehörigen Bereich in der Regel nicht mit Personal- und Sachmitteln ausgestattet, die eine wenigstens überschlägige eigene Beurteilung der in § 16 Abs. 4 PsychKHG-E vorgesehenen externen ärztlichen Begutachtung

Henri-Dunant-Straße 13 • 63165 Mühlheim am Main
Bankverbindung: Sparkasse Langen-Seligenstadt • Konto-Nr. 80 500 31 (BLZ 506 521 24)
IBAN: DE66506521240008050031 • BIC: HELADEF1SLS
Steuernummer: 035 224 14038

Präsident: Harald Semler • Erster Vizepräsident: Dr. Thomas Stöhr • Vizepräsident: Karl-Heinz Schäfer
Geschäftsführer: Karl-Christian Schelzke • Stv. Geschäftsführer: Diedrich Backhaus



erlauben. Die entsprechende Sachkompetenz ist im kreisangehörigen Bereich ausschließlich bei den Gesundheitsämtern vorhanden.

2. Zu Art. 2 – Änderung des Hessischen Gesetzes über die öffentliche Sicherheit und Ordnung (HSOG)

Aus unserer Sicht sollte aufgrund der uns von unseren Mitgliedsstädten und –gemeinden einhellig vermittelten Erfahrungen die Zuständigkeit der örtlichen Ordnungsbehörden für die vorläufige Ingewahrsamnahme gestrichen werden.

Die fachliche Kompetenz für eine deeskalierende Vorgehensweise, die im Einzelfall angemessene und erforderliche Eigensicherung und die Anwendung verhältnismäßiger Mittel ist hier eindeutig und ausschließlich bei den Polizeibehörden gegeben.

Wir bitten um Berücksichtigung unserer Stellungnahme und entsprechende Änderung des Gesetzentwurfs.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Backhaus', written over a faint, illegible stamp.

Diedrich Backhaus

Direktor

Barbara Mauelshagen

Berger Str. 342
60385 Frankfurt a.M.
Tel. 069-457703
barbara.mauelshagen@gmx.de

28.11.2016

Hessischer Landtag
Vorsitzende des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschuss
Postfach 3240
65022 Wiesbaden

**Stellungnahme zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung (v. 06.09.2016 / Drucksache 19/3744)
zur Regelung des Rechts der Hilfen und Unterbringung bei psychischen Krankheiten**

Sehr geehrte Damen und Herren,

zur Anhörung zu o.g. Gesetzentwurf am 12. Januar 2017 anbei meine Stellungnahme:

Diese Stellungnahme gründet sich aus meinen eigenen Erfahrungen als Angehörige sowie meiner mehrjährigen Mitarbeit und Beratungstätigkeit im Rahmen der *Arbeitsgemeinschaft Angehöriger psychisch kranker Menschen in Frankfurt e.V.*

Mit dem geplanten PsychKHG wird lt. Schreiben des Ministeriums vom 05.05.2016 eine Verbesserung der psychosozialen Versorgung in Form einer „bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen Prävention, Begleitung und Nachsorge“ angestrebt. Diese Absicht kann ich als Angehörige nur begrüßen, besteht doch die derzeitige psychiatrische Versorgung in einer Behandlungspraxis, die den Fokus auf eine medikamentöse Behandlung legt, die gravierende Nebenwirkungen und bei Langzeitbehandlung dauerhafte Schäden zur Folge hat, bei gleichzeitiger Vernachlässigung bzw. Nicht-Anwendung evidenz-basierter schonenderer, sozialpsychiatrischer Behandlungsmethoden (wie unten aufgeführt), was eine hohe Chronifizierungsrate mit einer um bis zu 25 Jahre verkürzten Lebenserwartung der Betroffenen zur Folge hat. (Anhang, 2 u. 4)

Als Angehörige habe ich den Gesetzentwurf dahingehend gelesen, inwieweit das geplante Gesetz die Hilfen im oben genannten Sinne für psychisch erkrankte Menschen verbessert, da eine Verbesserung der psychiatrischen Versorgung immer auch eine Entlastung der Angehörigen bedeutet. Des weiteren habe ich mich auf die Paragraphen beschränkt, die Grundrechte der Betroffenen tangieren.

Zu §5 Ambulante Hilfen des Sozialpsychiatrischen Dienstes:

Ich begrüße ausdrücklich die Bereitstellung von Landesmitteln zur personellen Aufstockung des SPDI für Verbesserung der Beratung, aufsuchende Hilfen sowie Koordination und Vernetzung der vorhandenen Hilfsangebote. Jedoch halte ich eine Verknüpfung von einerseits Hilfen des SPDi und andererseits ordnungs-

Barbara Maelshagen Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Landesregierung

polizeilichen Aufgaben (Zugangsrecht zur Wohnung, zwangseinweisen) für problematisch. Davon abgesehen, dass hier das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung aufgehoben wird, sehe ich es als sehr schwierig an, wenn eine Institution, die einerseits als Voraussetzung für Hilfeleistungen zunächst eine Vertrauensbasis herstellen muss, gleichzeitig Zwangsmaßnahmen ergreifen kann. Nur mit der nötigen Vertrauensbasis ist Hilfe überhaupt möglich. Aus Angehörigensicht und langjähriger Beratungserfahrung weiß ich, wie schwer einmal zerstörtes Vertrauen wieder rückgängig zu machen ist und die Folge hiervon einen dauerhaften Rückzug des Betroffenen aus sämtlichen Hilfesystemen bedeuten kann. Hiermit möchte ich nicht unterlassener Hilfeleistung das Wort reden, sondern ich fordere das Angebot von Hilfen, die die Betroffenen auch annehmen können.

Wünschenswert und notwendig aus Angehörigensicht wären hier vielmehr niederschwellige unbürokratische Angebote, wie ein flächendeckender aufsuchender 24-Stunden-Krisendienst, multiprofessionelle ambulante Teams mit Erfahrungsexperten (Anhang, 3), Netzwerkgespräche nach dem Modell des Offenen Dialogs (Anhang, 1 b u. 1 e), zur Vermeidung von Chronifizierung evidenzbasierte Verfahren (Anhang 3 u. 4), Reha-Maßnahmen, Soziotherapie (dieses Angebot gibt es in Hessen nur auf dem Papier), ambulante psychiatrische Pflege, und nicht zuletzt Zugang zu Psychotherapie auch für schwer psychisch Kranke.

Zu §19 Behandlung:

„Die Behandlung umfasst die gebotenen medizinischen und therapeutischen Maßnahmen“.
Hier sollte es heißen: „...Maßnahmen **entsprechend dem aktuellen Stand der Forschung**“.

Zu §20 Behandlungsmaßnahmen:

Da „Behandlungsmaßnahme“ nicht näher spezifiziert ist, bedeutet diese „Therapiefreiheit“ erfahrungsgemäß leider häufig immer noch Hoch-/Überdosierungen von Neuroleptika („Overshooting“), teilweise auch Elektrokrampftherapie, mit unvorhersehbaren Folgen für die Betroffenen. Die langfristigen (schweren) Schäden durch Neuroleptikabehandlung sind durch Studien belegt (Anhang 1d,e u. 2). Zur Vermeidung iatrogener Schäden sollte eine **nach neuestem wissenschaftlichen Erkenntnisstand entsprechende Behandlung** (Neuroleptika so niedrig wie möglich, langsames Aufdosieren, entsprechendes Setting/- psychosoziale Methoden sowie Einbeziehung der Angehörigen/des Netzwerks (siehe Anhang 1e, 2) u. 4)) gesetzlich verankert werden.

Die Formulierungen „erhebliche Gefahr für das Leben“ und „schwerwiegende Schädigung ihrer Gesundheit“ sind schwammig und unterschiedlich auslegbar. Bei einer in diesem Fall vom Gesetzgeber erlaubten Behandlung gegen den Willen des Betroffenen ist die Gefahr der Willkür gegeben. Eine Zwangsbehandlung erzeugt Ohnmachtsgefühle, ist erniedrigend und traumatisierend. Eine solche Erfahrung kann darüber hinaus das Vertrauen in die Psychiatrie auf lange Sicht zerstören. Aus diesem Grund sowie der o.g. Schäden durch Neuroleptikabehandlung oder andere invasive Verfahren kann es keine Rechtfertigung mehr für eine Zwangsbehandlung (außer bei Lebensgefahr, siehe unten) geben.

Es sollten daher auf jeden Fall zunächst psychosoziale Behandlungsversuche erfolgen (Beruhigung, reizarme Umgebung, Gespräche, auch unter Einbeziehung des Netzwerks/der Angehörigen, Beziehungsaufbau). Über eine Psychopharmakabehandlung sollte „verhandelt“ werden und diese nach neuestem Stand der Forschung (siehe Aderhold, Anhang 2) durchgeführt werden. Die konkrete Behandlungsmaßnahme sollte das mildeste Mittel sein und ihr Nutzen muss die Belastung für die Betroffenen erheblich überwiegen.

Zu §20 Abs. (2): eine „Gefahr..... anderer Personen“ kann ebenfalls kein Rechtfertigungsgrund für eine Behandlung gegen den Willen sein kann.

Barbara Maelshagen Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Landesregierung

Zu §20 Abs. (5): „...sich hieraus **Nachteile für das Leben oder die Gesundheit der gefährdeten Person** ergeben würden.“

Was sind „Nachteile für das Leben oder die Gesundheit...“? Eine unverzügliche Behandlung gegen den Willen des Betroffenen ohne Genehmigung des Betreuungsgerichts kann ich mir **nur bei Lebensgefahr/ in Notfallsituationen zur Lebensrettung** der betroffenen Person vorstellen. Die Genehmigung des Betreuungsgerichts ist sodann unverzüglich einzuholen.

Zu § 21 Besondere Sicherungsmaßnahmen, Punkt 5. (Fixierung):

Eine im geplanten Gesetz legitimierte Fixierung stellt lt. UN-Behindertenrechtskonvention ein Verstoß gegen die Menschenrechte und Menschenwürde dar. Damit übergeht die Landesregierung den Bericht des UN-Sonderberichterstatters Mendéz von 2013, der ein „absolutes Verbot der Fixierung“ fordert (Anhang 5). Der §21 des Gesetzentwurfs steht somit im Widerspruch zur Präambel des Gesetzentwurfs, in der auf die UN-Behindertenrechtskonvention verwiesen wird.

Eine Fixierung ist vielfach eine Traumatisierung für die Betroffenen. Hier sollten andere Maßnahmen (Deeskalationsmaßnahmen, Festhalten der Person bei gleichzeitigem Beruhigen, weiches Zimmer...) erfolgen. Sollten bei akuter Gefahr für Andere oder die Person selbst Maßnahmen zur Gefahrenabwehr getroffen werden müssen, muss dies unter Wahrung geltender Grundrechte und der UN-Behindertenrechtskonvention geschehen.

Zusammenfassung:

Das geplante PsychKHG regelt die **Unterbringung** von Menschen mit einer psychischen Störung **neu. Vor- und nachsorgende Hilfen** sind jedoch im Gesetzentwurf gerade **nicht** geregelt. Ebenso **nicht** eine psychiatrische Behandlung/Versorgung entsprechend dem aktuellen Stand der medizinischen Forschung. Mit den §§ 20 – 22 verstößt der Gesetzentwurf gegen die UN-Behindertenrechtskonvention.

Die in der Präambel genannten Ziele werden zwar als wünschenswert genannt, sind jedoch nicht bindend bzw. verpflichtend. Das geplante Gesetz ist demnach nicht das, was mit dem Namen „PsychKHilfeGesetz“ suggeriert und auch von Angehörigen erhofft wird, nämlich eine Verbesserung der psychosozialen Versorgung in Form einer „bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen Prävention, Begleitung und Nachsorge“ (Zitat s.o.). Der Name „Hilfe-Gesetz“ erscheint mir daher euphemistisch, „Neuregelung des Unterbringungsgesetzes“ wäre hier ehrlicher.

Nachbesserungen im geplanten Gesetzentwurf sind daher m.E. unbedingt nötig. Ich appelliere hiermit an die Landesregierung, eine gesetzliche Grundlage zu schaffen, um auch psychisch erkrankten Menschen eine menschenwürdige Behandlung und Versorgung nach aktuellem wissenschaftlichem Forschungsstand zu ermöglichen, adäquat derer für Menschen mit somatischen Erkrankungen.

Mit freundlichen Grüßen

Barbara Maelshagen

Anlage: Anhang

Anhang:**(1) Studien:**

a) Martin Harrow: <http://psychrights.org/research/digest/nlps/HarrowJobePsychMedMarch2014.pdf>

Ergebnis u.a.: langjährig mit Antipsychotika behandelte Patienten hatten mehr psychotische Episoden als diejenigen Patienten, die keine Antipsychotika über einen längeren Zeitraum bekamen.

b) RAISE ETP-Studie: <http://m.aerzteblatt.de/news/64538.htm> und <http://www.aerzteblatt.de/archiv/165553>

Schizophrenie: Offener Dialog „navigiert“ Patienten besser durch die Ersttherapie

c) *Catie-Studie (Vergleich typischer/atypischer Neuroleptika)*: http://www.arzneitelegramm.de/html/2005_11/0511098_01.html

d) Artikel zu neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen/Studien:

<http://www.faz.net/aktuell/wissen/medizin-ernaehrung/neuroleptika-wenn-psychopillen-das-gehirn-schrumpfen-lassen-13379742.html>

e) *Langzeitstudie zur Behandlungsmethode des Offenen Dialogs* siehe:

www.offener-dialog.de, <https://www.youtube.com/watch?v=lsnzUxE7emI>

(2) Abhandlung von Volkmar Aderhold 2014: „Neuroleptika minimal – warum und wie“: http://www.dgsp-ev.de/fileadmin/dgsp/pdfs/Wissenschaftliche_Artikel/Aderhold_Neuroleptika_minimal_12-2014.-Januar.pdf

(3) DGPPN, S3 Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, unter:

[https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/S3-](https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/S3-LLPsychosozTherapien_Langversion.pdf)

[LLPsychosozTherapien_Langversion.pdf](https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/S3-LLPsychosozTherapien_Langversion.pdf). Empfehlungsgrad A, Evidenzebene 1a: Teambasierte, multiprofessionelle ambulante Teams nötigenfalls aufsuchend, in akuten Krankheitsphasen im gewohnten Umfeld versorgend (Assertive community treatment= ACT); **Angehörige sollen in die psychoedukative Behandlung mit einbezogen werden. Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia**

(4) Vortrag von Prof. Dr. Hartmut Berger (Ärztlicher Direktor im Ruhestand des Vitos-Philippshospital Riedstadt sowie Honorarprofessor TU Darmstadt) am 29.10.2016 bei Angehörigentagung des LV Hessen der Angehörigen psychisch Kranker e.V.:

Evidenz-basierte Verfahren mit hoher Evidenz bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis:

Psychoedukative Familienintervention, Social-skills-Training, kognitive VT, Psychoedukation

(5) Download in deutscher Übersetzung unter <http://tinyurl.com/juwfpnr>

Stellungnahme zum Entwurf für ein Hessisches PsychKHG

Wir bedanken uns für die Gelegenheit, unsere Standpunkte bzgl. einer Neuregelung der öffentlich-rechtlichen Unterbringung vorzutragen.

Der Bundesverband der Berufsbetreuer/-innen e.V. (BdB e.V.) ist die berufsständische Vertretung der in der Bundesrepublik beruflich tätigen Betreuer und Betreuerinnen i.S.d. Betreuungsrechts gem. den §§ 1896 ff BGB. Der BdB e.V. vertritt zur Zeit die Interessen von über 6500 Mitgliedern. Daneben setzt sich der BdB e.V. auch im Interesse der Betroffenen für eine qualitativ möglichst hochwertige Betreuungsarbeit und entsprechende Rahmenbedingungen ein.

Grundsätzlich ist es zu begrüßen, dass nun auch in Hessen ein Hilfesetz anstatt eines Unterbringungsgesetzes geplant ist.

In dem Entwurf sind unseres Erachtens sowohl positiv zu bewertende als auch kritikwürdige Regelungen enthalten.

Positiv ist u.a. die vorgesehene **Einrichtung unabhängiger Beschwerdestellen** zu bewerten.

Ebenfalls ist es zu begrüßen, dass in dem jetzt vorliegenden Entwurf nun auch ein Hinweis auf die **Geltung der §§ 1901a und 1901b BGB** enthalten ist. Damit ist klargestellt, dass es bzgl. der Frage einer medizinischen Behandlung nicht auf objektive Maßstäbe sondern – wie sonst auch – auf den vor Eintritt der Einwilligungsunfähigkeit in einer schriftlichen Verfügung festgehaltenen Willen des Betroffenen bzw. auf dessen mutmaßlichen Willen ankommt.

Weiterhin ist es erfreulich, dass die **Achtung der Würde** des psychisch Kranken sowie der Vorrang der **Prävention** ausdrücklich am Beginn des geplanten Gesetzes (in § 2 PsychKHG) als Ziele benannt werden. Diesbezüglich bestehen aufgrund der nachfolgenden Vorschriften (§§ 3 ff PsychKHG) aber Zweifel an der Umsetzung.

Maßstab für die Beurteilung der geplanten Änderungen ist aus Sicht der Betreuer u.a. die Frage, ob sich aus dem Gesetz Versorgungsansprüche oder Hilfen ergeben, die dazu führen, dass sich die Lebenslage ihrer Klienten insgesamt bessert und mit deren eigenen Vorstellungen in Einklang gebracht wird.

Eine geschlossene Unterbringung und eine eventuelle in Zusammenhang damit vorgenommene sogenannte Zwangsbehandlung dürfen immer nur ein „letztes Mittel“ sein und deshalb muss zunächst alles versucht werden, um eine geschlossene Unterbringung und eine gegen den Willen eines Patienten stattfindende medizinische Behandlung zu vermeiden.

Der Gesetzesentwurf enthält aber gerade **keine Sicherstellungspflicht** und auch **keinen Rechtsanspruch** auf Hilfen. § 4 PsychKHG enthält lediglich sogenannte „Soll-Vorschriften“, so dass die dort enthaltenen Vorgaben für die Ausgestaltung der Hilfen

letztlich unverbindlich bleiben. Auch ist nicht bekannt, ob überhaupt ausreichende finanzielle Mittel für die Schaffung bzw. den Aufbau solcher Hilfen bereitstehen.

Soweit in § 5 Abs. 5 PsychKHG eine **Mitteilung des Untersuchungsergebnisses an einen Betreuer** vorgeschrieben wird, ist das u.E. zu weitgehend. Eine solche Mitteilung dürfte aus datenschutzrechtlichen Aspekten heraus lediglich dann erfolgen, wenn dem Betreuer auch ein diesen Bereich betreffender Aufgabenkreis (vor allem kommt hier die Gesundheitsorge in Betracht) übertragen wurde. Ist kein Betreuer vorhanden oder wurde dem Betreuer lediglich ein für diesen Bereich nicht relevanter Aufgabenkreis (z.B. ausschließlich die Vermögenssorge) übertragen, wäre das Betreuungsgericht zu informieren, damit dort über die Notwendigkeit einer Erweiterung des Aufgabenkreises bzw. der Einrichtung einer Betreuung entschieden werden kann.

Es muss dann eine Verpflichtung seitens des SPDI (Sozialpsychiatrische Dienst) bestehen, dass Betreuungsgericht in Person des bestellten Betreuers, von Beginn an zu informieren und somit eine Zusammenarbeit ermöglichen. Ansonsten besteht die Gefahr, dass zwei juristisch autorisierte Institutionen aneinander vorbei arbeiten, obwohl sie das gleiche Ziel verfolgen. Beispiele: Der Betreuer hat schon ein Vertrauensverhältnis zum Klienten aufgebaut. Er kennt ihn gut und weiß, wie man mit dem Klienten umgehen muss. Darüber hinaus besitzt er Informationen, welche dem SPDI nicht vorliegen (können), oder der Betreuer hat bereits einen Unterbringungsantrag gestellt bzw. auch schon einen Platz in einer Einrichtung unter Rücksprache mit dem Klienten gefunden usw.

Wir empfehlen aus gleichem Grund in den §§ 13 (2), 27, 31u.32 die gesetzlichen Betreuer aufzunehmen.

Außerdem halten wir es für dringend geboten, dass der SPDI einen Krisendienst einzurichten hat. Ansonsten endet die ambulante Hilfe mit Dienstschluss und der Patient landet doch in der Klinik.

Wir machen noch auf ein Problem bei geistig behinderten Menschen in Heimen aufmerksam, die dort ihre Heimat gefunden haben. Wegen Fremdgefährdung können Sie nicht nach 1906 BGB untergebracht werden. Es bleibt ab 2017 nur das Psych KHG, dass keine andere Einrichtung als die Klinik zulässt.

Hier müssen Lösungen geschaffen werden, dass in Einzelfällen ein massiver Eingriff, nämlich die Aufnahme in eine Klinik, verhindert werden kann.

§ 23 PsychKHG bietet die Möglichkeit, u.a. das Recht auf den **Empfang von Besuchen** einzuschränken. Besuche von Anwälten, Notaren und Betreuern sind u.E. ohne Einschränkung zuzulassen, gleiches gilt für Telefongespräche eines Unterbrachten mit diesen Personengruppen. Insoweit halten wir eine den in § 24 Abs. 3 PsychKHG enthaltenen Vorgaben für den Schriftverkehr mit Anwälten, Betreuern usw. entsprechende Regelung für erforderlich.

Weitere Kritikpunkte betreffen v.a. die Regelung einer sogenannten **Zwangsbehandlung**:

In § 20 Abs. 2 PsychKHG wird die Möglichkeit eingeräumt, auch **einwilligungsfähige Menschen** zur Vermeidung der Schädigung Dritter gegen ihren Willen zu behandeln. Eine Zwangsbehandlung einwilligungsfähiger Menschen verstößt unseres Erachtens und

auch nach überwiegender Ansicht in der Fachliteratur gegen die Vorgaben der Verfassung.

Bedenken bestehen weiterhin dagegen, dass § 20 Abs. 1 Nr. 2 PsychKHG offenbar auch **Behandlungen gegen den Willen im Interesse Dritter** ermöglichen soll. Dass einwilligungsfähige Menschen nicht alleine zum Schutze Dritter gegen ihren Willen behandelt werden dürfen, dürfte sich von selbst verstehen. Daneben ist aber auch eine Behandlung gegen den Willen eines Einwilligungsunfähigen grundsätzlich unzulässig, wenn sie alleine dem Schutz Dritter dient (siehe dazu BVerfG, 2 BvR 882/09 v. 23. März 2011, dort unter B II 1a der Gründe). Eine Ausnahme darf es allenfalls dann geben, wenn sich aus dem Unterbleiben einer Behandlung auch erhebliche negative Auswirkungen für den Betroffenen selbst ergeben würden, also ohne Behandlung z.B. eine dauerhafte Isolation notwendig wäre, um andere Patienten vor Angriffen zu schützen. Man kann dagegen einwenden, dass sich daraus eine Ungleichbehandlung von einwilligungsfähigen und einwilligungsunfähigen Menschen ergeben würde. Andererseits kann der Einwilligungsfähige die Konsequenzen seiner Entscheidung absehen und die Vor- und Nachteile gegeneinander abwägen. Wenn er z.B. die Nachteile einer langfristig notwendigen Isolation hinnimmt, weil ihm dies weniger belastend erscheint als die mit der Einnahme eines Medikamentes verbundenen Nebenwirkungen, muss man das akzeptieren. Ein Einwilligungsunfähiger kann diese Abwägung aber gerade nicht sinnvoll vornehmen.

Bedenken bestehen auch dagegen, dass die beabsichtigte Regelung der Zwangsbehandlung offenbar auch die **Behandlung somatischer Erkrankungen** betreffen soll. Die Behandlung solcher Erkrankungen sollte u.E. alleine auf Grundlage der in § 1906 Abs. 3, 3a BGB erfolgen dürfen. Es ist nicht einsichtig, warum hierfür andere Voraussetzungen gelten sollten, wenn der Betroffene aufgrund einer psychischen Erkrankung nach den Vorschriften des PsychKHG untergebracht werden musste. Auf Grundlage des § 20 PsychKHG sollte deshalb nur eine Behandlung der sogenannten Anlasserkrankung möglich sein.

Erhebliche Bedenken bestehen schließlich noch bzgl. der in § 21 des Entwurfs für ein PsychKHG enthaltenen Regelung, nach der „**besondere Sicherungsmaßnahmen**“ ohne gerichtliche Genehmigung zulässig sein sollen. Zumindest für den Fall einschneidender Maßnahmen wie z.B. einer länger andauernden oder regelmäßigen Fixierung muss u.E. – wie auch für die Unterbringung selbst – eine gerichtliche Genehmigung erforderlich sein. Solche Maßnahmen können für den betroffenen u.U. belastender sein als die reine geschlossene Unterbringung (so die wohl auch herrschende Meinung in Rechtsprechung und Literatur, siehe dazu z.B. auch Dodegge/Roth, Systematischer Praxiskommentar Betreuungsrecht, Teil G Rn. 57).

Harald Kalteier
BdB Landessprecher

Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH, Postfach 15 20, 89505 Heidenheim

Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Ulm
Haus der Schwerpunktversorgung

Die Vorsitzende des Sozial- und
Integrationspolitischen Ausschusses
Hessischer Landtag
Postfach 3240
65022 Wiesbaden

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik
Chefarzt Dr. med. Martin Zinkler

Fon: 07321 33-2452
Fax: 07321 33-2453
E-Mail: Martin.Zinkler@kliniken-heidenheim.de

29.11.2016

Betreff: 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 -

Aktenzeichen: I A 2.5

Sehr geehrte Frau Ravensburg,

Ich danke Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme gegenüber dem Sozial- und Integrationspolitischen Ausschuss des Hessischen Landtages zu dem Entwurf der Landesregierung für ein Gesetz zur Regelung des Rechts der Hilfen und Unterbringung bei psychischen Krankheiten – Drucks. 19/3744.

Meine Stellungnahme beruht auf meinen klinischen Erfahrungen als Psychiater und Psychotherapeut über einen Zeitraum von 25 Jahren, in denen ich mit der Unterbringung und Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern, Baden-Württemberg und Großbritannien befasst war. Weiters kann ich auf wissenschaftliche Arbeit und interdisziplinären Austausch an der Schnittstelle von *Rechtswissenschaft* und *Psychiatrie* als Autor und Redaktionsmitglied der Zeitschrift *Recht & Psychiatrie* über einen Zeitraum von 20 Jahren zurückgreifen. Mein Lebenslauf mit Publikationsliste liegt dieser Stellungnahme bei.

Die Stellungnahme befasst sich zunächst mit einzelnen Abschnitten des Gesetzentwurfs und schließt mit konkreten Vorschlägen, wie der Entwurf mit der UN Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen in Einklang gebracht werden kann.



Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH
Klinikum Heidenheim und Geriatriische Reha Giengen

Geschäftsführer Reiner Genz
Aufsichtsratsvorsitzender
Landrat Thomas Reinhardt

Gerichtsstand Heidenheim
USt-IdNr.: DE248523564
HRB 661959

Schloßhaustraße 100, 89522 Heidenheim
www.kliniken-heidenheim.de info@kliniken-heidenheim.de

Volksbank Heidenheim eG Konto: 333 497 007 BLZ: 632 901 10
IBAN: DE19632901100333497007 BIC: GENODES1HDH
Kreissparkasse Heidenheim Konto: 880 330 BLZ 632 500 30
IBAN: DE 81632500300000880330 BIC: SOLADES1HDH

§5

Hier ist vorgesehen, dass sich sozialpsychiatrische Dienste mit unmittelbarem Zwang Zugang zur Wohnung von Menschen mit psychischen Erkrankungen verschaffen können, um bei einer gegenwärtigen unmittelbaren Gefahr eine psychiatrische Untersuchung durchzuführen. Damit verändert sich das Verhältnis der sozialpsychiatrischen Dienste zu den Menschen mit psychischen Erkrankungen, denn durch die Übernahme dieser Aufgabe werden die Dienste nicht mehr nur als Hilfsangebot, sondern auch als soziale Kontrollinstanz mit Zwangsbefugnissen wahrgenommen.

Dies würde das Vertrauen von Menschen mit psychischen Erkrankungen in ähnlicher Weise unterminieren, wie es jetzt schon im Verhältnis zu den psychiatrischen Kliniken der Fall ist. Menschen mit psychischen Erkrankungen könnten dann nicht mehr sicher sein, dass die Mitarbeiter von sozialpsychiatrischen Diensten nicht gegen ihren Willen und ohne ihre Zustimmung tätig werden.

Damit wäre der Zugang zum sozialpsychiatrischen Dienst nicht mehr niedrigschwellig, sondern mit einer hohen Schwelle des Misstrauens verbunden. Dies widerspricht jedoch der Intention des Gesetzentwurfs, ist doch in der Präambel gerade von niedrigschwelligen Hilfen die Rede.

Wegweisend für eine wirksame Prävention von Zwangsmaßnahmen und Zwangsunterbringungen wäre es indes, die sozialpsychiatrischen Dienste so auszustatten, dass sie Tag und Nacht ihre Dienste anbieten, denn nur die wenigsten Menschen werden von Mo-Fr zwischen 8 und 16 Uhr psychisch krank. Zwangsbefugnisse sollten die Dienste gerade nicht erhalten, um ihre Vertrauensstellung nicht zu kompromittieren. Sollten bei einer psychischen Krise Gefahren auftreten, so kann die Mitarbeiterin des sozialpsychiatrischen Dienstes ebenso wie der Nachbar oder die Angehörigen die Polizei rufen.

§10 (1)

Hier wird auf die Versorgungsverpflichtung im Hessischen Krankenhausgesetz verwiesen; diese ist dort allerdings recht allgemein geregelt und nur für Notfälle. Hier wäre die Aufnahmeverpflichtung durch die regionale psychiatrische Klinik zu präzisieren; nur so bekommen schwer Kranke auch Hilfe vor Ort.

§10 (2)

Hier werden ausnahmsweise Unterbringungen von Kindern in Kliniken für Erwachsene zugelassen; diese Ausnahme sollte aber auf 16 und 17 Jahre alte Jugendliche beschränkt werden; ansonsten könnte es nämlich zu Unterbringungen von jüngeren Personen in der Erwachsenenpsychiatrie kommen, wenn in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gerade keine Betten frei sind. Eine solche Praxis würde den Bedürfnissen von 15 Jahre alten und jüngeren Menschen nicht gerecht.

§13 (3) letzter Satz

Hier ist die schriftliche Zustimmung des Patienten gefordert, um den Mitgliedern der Besuchskommission Zugang zu personenbezogenen Patientenunterlagen zu verschaffen. Damit wird zwar scheinbar die Vertraulichkeit der Behandlungsakte geschützt, tatsächlich aber der Grundrechtsschutz durch die Besuchskommission behindert.

Als Beispiel mag eine Situation dienen, in der ein Patient seit mehreren Stunden am Bett festgebunden und zwangsweise mit Psychopharmaka behandelt in einem Überwachungszimmer liegt. Er hat das Vertrauen zu seiner Umgebung verloren und ist nicht bereit, irgendetwas zu unterschreiben. Der Besuchskommission liegt also keine Zustimmung vor, die Behandlungsakte einzusehen.

Wie kann in diesem Fall die Besuchskommission die Verhältnismäßigkeit der Zwangsmaßnahmen überprüfen, wenn sie keinen Einblick in die Krankenakte nehmen kann, in der die Gründe für die Zwangsmaßnahmen dokumentiert sind? Bei der Abwägung der Rechtsgüter scheint mir der Grundrechtsschutz doch höher als die Abschirmung der Krankenakte vor den Kommissionsmitgliedern, die ohnehin ihrerseits in §13 (5) zur Verschwiegenheit verpflichtet sind.

§17 (1)

Die Anordnung einer Unterbringung durch einen Arzt eines psychiatrischen Krankenhauses bei Gefahr im Verzug würde dem Arzt ein Recht zu Grundrechtseingriffen geben, die sonst der Justiz vorbehalten sind und gerade bei psychisch Kranken der Justiz vorbehalten bleiben sollten; die vorgeschlagene Anordnung einer Unterbringung durch einen Arzt würde psychisch Kranke diskriminieren, denn sie kommt nur bei psychisch Kranken zum Einsatz, und verletzt damit Artikel 12 der UN BRK, *Gleichheit vor dem Recht*. Freiheitsentzug kann bei Gefahr im Verzug allenfalls durch die Polizei durchgeführt werden (wie bei einer Festnahme), bevor es unverzüglich zu einer richterlichen Entscheidung über eine Unterbringung kommt.

§18 (3)

Zu Recht fordert der Gesetzentwurf, dass Eingriffe in die Rechte der Unterbrachten zu dokumentieren und zu begründen sind. Was allerdings fehlt, ist die Erfassung dieser Rechtseingriffe in einem Register, für das alle psychiatrischen Kliniken des Landes ihre Daten über Zwangsmaßnahmen zur Verfügung stellen.

Erst durch ein solches Register kann überprüft werden, ob und in welcher Weise einzelne Kliniken und die Kliniken insgesamt der Intention des Gesetzgebers gerecht werden. Denn in der Präambel zum Entwurf heißt es, dass Zwangsunterbringungen und -behandlungen auf Fälle zu beschränken sind, in denen sie unerlässlich sind. Bekanntermaßen variieren die Unterbringungsraten zwischen den Ländern erheblich (in Hessen mehr als drei Mal höher als in Berlin, siehe:

www.bundesanzeigerverlag.de/betreuung/wiki/Datei:Unterbringungen2007_Gesamt.gif
 . Ebenso gibt es zwischen den Kliniken erhebliche Unterschiede in der Anwendung von Zwangsmaßnahmen (zwischen 1% und mehr als 10% der Behandlungsfälle).

Bei diesen Unterschieden kann kaum davon die Rede sein, dass in den Ländern oder Einrichtungen mit hohen Raten alle diese Maßnahmen unerlässlich seien.

Benchmarkprojekte zur Erfassung von Zwangsmaßnahmen existieren auf freiwilliger Basis bereits seit Jahren. Schon die vergleichende Erfassung von Zwangsmaßnahmen führt zum Rückgang bei den Zwangsmaßnahmen in den Kliniken, die sich beteiligen. In Baden-Württemberg ist eine verpflichtende Erfassung von Zwangsmaßnahmen bereits ins Psychiatriegesetz aufgenommen worden.

§§ 19 (2) und 20

In beiden Paragraphen wird auf die Einwilligungsfähigkeit Bezug genommen. Nach dem Allgemeinen Kommentar zu Artikel 12 der UN Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen kann aber die fehlende Einwilligungsfähigkeit gerade nicht herangezogen werden, um Grundrechtseingriffe zu rechtfertigen:

In der Mehrzahl der Berichte der Vertragsstaaten, die der Ausschuss bisher untersucht hat, werden die Begriffe geistige und rechtliche Fähigkeit verschmolzen, sodass Personen, deren Fähigkeiten, Entscheidungen zu treffen, zumeist aufgrund einer kognitiven oder psychosozialen Behinderung vermeintlich beeinträchtigt sind, die Rechtsfähigkeit, eine bestimmte Entscheidung zu treffen, in der Folge entzogen wird. Dies wird einfach entschieden auf Grundlage der Diagnose einer Beeinträchtigung (Status-Ansatz) oder wenn eine Person eine Entscheidung mit vermeintlich negativen Auswirkungen trifft (Ergebnis-Ansatz) oder wenn die Fähigkeiten einer Person, Entscheidungen zu treffen, als mangelhaft betrachtet werden (funktionaler Ansatz).

Der funktionale Ansatz versucht, geistige Fähigkeit zu bewerten und rechtliche Handlungsfähigkeit dementsprechend zu versagen. Er stützt sich häufig darauf, ob die betreffende Person die Art und die Folgen einer Entscheidung erfassen kann beziehungsweise ob sie mit den entsprechenden Informationen umgehen und sie abwägen kann. Dieser funktionale Ansatz ist aus zweierlei Gründen mangelhaft: a) weil er in diskriminierender Weise auf Menschen mit Behinderungen angewandt wird, und b) weil er vorgibt, die inneren Abläufe des menschlichen Geistes genau beurteilen zu können und ein zentrales Menschenrecht - das Recht auf gleiche Anerkennung vor dem Recht - versagt, wenn jemand den Begutachtungstest nicht besteht.

Bei all diesen Ansätzen wird die Behinderung eines Menschen und/oder seine Entscheidungsfähigkeit als legitime Basis genommen, die rechtliche Handlungsfähigkeit zu versagen und ihren Status als Rechtssubjekt zu verringern. Artikel 12 lässt eine solche diskriminierende Versagung der rechtlichen Handlungsfähigkeit nicht zu, sondern verlangt vielmehr Unterstützung bei ihrer Ausübung (Dt. Institut für Menschenrechte 2015).

§20 (2)

Hier werden sogar bei bestehender Einwilligungsfähigkeit Behandlungen gegen den Willen einer untergebrachten Person als zulässig erklärt.

Dies entspricht nach Auffassung von Marschner in zweifacher Hinsicht nicht den Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts zu Zwangsbehandlungen aus dem Jahr 2011, auf die auch im Vorwort zum Gesetzentwurf verwiesen wird:

Rechtswidrig sind alle Regelungen, die eine Zwangsbehandlung erlauben, ohne auf die krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Selbstbestimmung abzustellen. Dies gilt gerade auch im Fall der Zwangsbehandlung zum Erreichen des Vollzugsziels. Abzustellen ist auf die von Amelung entwickelten Kriterien (1995, 24). Danach ist die Autonomie der Willensentscheidung zu respektieren, soweit keine krankhafte Verzerrung des maßgeblichen subjektiven Wertesystems des Betroffenen vorliegt.

...

Eine Zwangsbehandlung darf nicht der Abwehr von Gefahren für Dritte dienen (BVerfG R&P 2011, 168). Der Gefahrenabwehr dient zunächst die Unterbringung selbst. Gegebenenfalls sind besondere Sicherungsmaßnahmen zu ergreifen. Ebenso unzulässig ist eine Zwangsbehandlung zur Aufrechterhaltung der Sicherheit oder Ordnung in der Einrichtung (so Art. 13 Abs. 2 BayUnterbrG).

(Recht & Psychiatrie 3/2011)

Die Auffassung von Marschner stützt sich u.a. auf die Entscheidung des BVerfG (AZ 2 BvR 882/09) vom 23.03.2011. Hier heißt es:

Ungeachtet der Schwere des Eingriffs, der in der Zwangsbehandlung eines Untergebrachten liegt, ist es dem Gesetzgeber nicht prinzipiell verwehrt, solche Eingriffe zuzulassen. Dies gilt auch für eine Behandlung, die der Erreichung des Vollzugsziels (§ 136 StVollzG, § 1 Abs. 2 MVollzG Rh.-Pf.) dient, also darauf gerichtet ist, den Untergebrachten entlassungsfähig zu machen.

a) *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.*

b) *Zur Rechtfertigung des Eingriffs kann aber das grundrechtlich geschützte Freiheitsinteresse des Untergebrachten selbst (Art. 2 Abs. 2 Satz 2 GG) geeignet sein, sofern der Untergebrachte zur Wahrnehmung dieses Interesses infolge krankheitsbedingter Einsichtsunfähigkeit nicht in der Lage ist.*

§ 20 (3)

Bei Gefahr im Verzug kann vor einer Zwangsbehandlung auf Überzeugung, Vertrauensbildung und Information verzichtet werden. Das mag bei lebensbedrohlichen Zuständen für körperliche Behandlungsmaßnahmen (z.B. Blutdrucksenkung) erforderlich sein, öffnet aber einer sofortigen Behandlung mit Psychopharmaka, die in den Kern der Persönlichkeit eingreifen, die Tür.

§20 (5)

Hier wird eine Ausnahme von der Genehmigungspflicht durch das Gericht erlaubt, wenn sich Nachteile für die Gesundheit des Untergebrachten ergeben würden. Damit läge es im alleinigen Ermessen des behandelnden Arztes, eine Zwangsbehandlung durchzuführen. Der Untergebrachte wäre damit völlig seinem Arzt ausgeliefert. Weder das Gericht, noch sein Betreuer könnten ihn davor schützen.

§21 (1) letzter Satz

Hier wird eine engmaschige Überwachung von Patienten vorgeschrieben, die am Bett festgebunden (fixiert) werden. Damit werden aber Lücken in der Beobachtung gelassen, denn engmaschig mag alle 10 Sekunden oder alle 5 Minuten bedeuten. Damit wird die Sicherheit von festgebundenen Patienten gefährdet. Selbst minimale Zeitfenster können großen Schaden anrichten.

Immer wieder versuchen unbeobachtete fixierte Patienten sich mit scharfen Gegenständen oder mit Feuerzeugen (die sie bei sich haben oder die ihnen von Mitpatienten zugesteckt werden) zu befreien, mit tödlichen Folgen (z.B. <http://www.swp.de/ulm/nachrichten/suedwestumschau/tod-in-psychiatrie-patient-zuendete-zimmer-selbst-an-6959832.html>). Eine ununterbrochene Beobachtung eines festgebundenen Patienten ist also unverzichtbar; der Hinweis auf den „Verzicht“ seitens des Patienten in der Begründung zu §21 führt hier nicht weiter, denn freilich wird ein Patient, der sich aus der Fixierung befreien möchte, erst einmal auf die Überwachung „verzichten“.

Der Begriff „Überwachung“ ist in diesem Zusammenhang nicht zutreffend; denn wenn in einem Krankenhaus jemand festgebunden wird, so ist es die Aufgabe des Krankenhauses alles dafür zu tun, damit dieser Patient wieder losgebunden wird. Dabei handelt es sich um eine therapeutische Aufgabe. Die geeignete Formulierung wäre also: „es hat eine ununterbrochene therapeutische Begleitung und Beobachtung zu erfolgen.“

Zusammenfassung

Der vorgelegte Gesetzesentwurf verstößt in entscheidenden Punkten gegen die UN Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und gegen die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts. Zwangsbefugnisse werden in diskriminierender Weise auf Mitarbeiter in psychosozialen Diensten und Ärzte in Krankenhäusern übertragen.

Dadurch würde das Vertrauensverhältnis zwischen schwer psychisch erkrankten Menschen und den psychosozialen Diensten unterminiert.

Die Regelungen im Entwurf würden dazu führen, dass sich mehr Menschen vom Hilffssystem abwenden und dadurch erst später oder überhaupt nicht Hilfe annehmen. Dies wiederum widerspricht dem Ziel des Gesetzes, nämlich präventive und nachsorgende Hilfen zu etablieren.

Die Hürden zur Anwendung von Freiheitsentzug und Zwangsmaßnahmen sind durch eine Reihe von Ausnahmeregelungen hinsichtlich der Genehmigung und Aufklärung eher niedrig. Die Sicherheit von fixierten Patienten ist nicht gewährleistet. Nicht einmal eine landesweite Erfassung von Zwangsmaßnahmen ist vorgesehen.

Es handelt sich demnach um einen „law and order“ Entwurf, der psychiatrisch begründeten und damit diskriminierenden Grundrechtseinschränkungen breiten Raum lässt, aber die Rechte und Sicherheit der Betroffenen kaum stärkt.

Um den Entwurf mit der **UN Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen** in Einklang zu bringen müssten zudem geändert werden:

§3 (2) zusätzlicher Satz 6. *Menschen mit Behinderung bei der Entscheidung i.S. der UN Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen zu unterstützen*

§19 (2) hier wäre im Sinne des Allgemeinen Kommentars zu Artikel 12 der Konvention Satz 2 zu ersetzen: *Bei Einschränkungen der Entscheidungsfähigkeit soll entsprechend der UN Konvention die bestmögliche Interpretation des Willens und der Einstellungen der Person berücksichtigt werden.*

§20 entsprechend: *Behandlungen gegen den Willen oder die bestmögliche Interpretation des Willens und der Einstellungen der Person sind nur zulässig, wenn über den Willen der betreffenden Person Unsicherheit besteht und eine erhebliche Gefahr für das Leben der betreffenden Person nicht anders abgewendet werden kann.* Entsprechend auch Absatz (2). Entsprechend mit einem neuen Satz 5 in Absatz (3): *wenn alle bekannten und verfügbaren Möglichkeiten einer unterstützten Entscheidungsfindung ausgeschöpft worden sind.*

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Martin Zinkler

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Klinikum Heidenheim, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Ulm



Stellungnahme des BGT e.V. zum Gesetzentwurf der Hessischen Landesregierung für ein hessisches PsychKHG vom 6.9.2016 (Drucks. 19/3744)

Der BGT e.V. ist an der hessischen Neuregelung des Unterbringungsrechts für psychisch kranke Menschen seit 2013 beteiligt worden und bezieht sich daher zunächst auf seine beiden Stellungnahmen vom 5.8.2013 und 20.6.2016.

Der Entwurf stellt gegenüber dem geltenden Freiheitsentziehungsgesetz einen wesentlichen Fortschritt dar. Positiv ist insbesondere hervorzuheben, dass auch die Zwangsbehandlung von untergebrachten Personen ohne Blick auf ihr Alter einer gerichtlichen Genehmigung unterstellt wird, also auch die Behandlung von Minderjährigen.

Leider sind aber mit dem jetzigen Regierungsentwurf wesentliche Bedenken gegen die Verfassungsmäßigkeit der vorgeschlagenen Regelungen für ärztliche Zwangsmaßnahmen nicht ausgeräumt worden. Zudem sind diese Regelungen zum Teil nicht im Einklang mit der UN-Behindertenrechtskonvention:

1. Das gilt vor allem für die unverändert angestrebte Erlaubnis, untergebrachte Personen gegen ihren Willen auch dann medizinisch zu untersuchen und zu behandeln, wenn sie einwilligungsfähig sind und/oder Leben oder Gesundheit anderer Personen gefährden (§ 20 Abs. 2 E).

Beides ist nach den Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts vom 23. März 2011 (2 BvR 882/09) und 12. Oktober 2011 (2 BvR 633/11) (vgl. in der Drs. 19/3744 unter Problembeschreibung A) ausgeschlossen. In den Begründungen zu den Gesetzesentwürfen sucht man vergeblich nach einer Auseinandersetzung mit diesen Bedenken (oder auch mit der entgegen stehenden ärztlichen Ethik, was die Behandlung einwilligungsfähiger Menschen

betrifft; Deutsches Ärzteblatt vom 28.6.2013 A 1334 und DGPPN Eckpunktepapier vom 9.4.2015).

Die Abwendung der Bedrohung von Mitpatienten und Personal ist kein Ziel der in §§ 19,20 E geregelten Heilbehandlung, sondern Anlass für besondere Sicherungsmaßnahmen (§ 21 E), in deren Regelung die Ruhigstellung durch Medikamente aufgenommen werden könnte (vgl. z.B. S.-H. PsychKG in der Fassung vom 7.5.2015, § 16 Abs. 2 Nr. 2).

2. Die vorstehend kritisierte Regelung würde außerdem eine verbotene Diskriminierung von Menschen mit psychischen Behinderungen bewirken (Art 3 und 5 UN-BRK). Kein einwilligungsfähiger Mensch (ohne psychische Behinderungen) muss sich ohne seine Einwilligung zum Schutz Dritter ärztlich behandeln lassen, ihm droht schlimmstenfalls Freiheitsentzug.

3. Die Behandlungsregelung für nicht einwilligungsfähige untergebrachte Personen (§ 20 Abs.1 E) begegnet in mehrfacher Hinsicht ebenfalls verfassungsrechtlichen Bedenken:

3.1 Als Norm für Grundrechtseingriffe erfüllt sie nicht die Anforderungen an Klarheit und Bestimmtheit, wie sie das BVerfG formuliert hat: sie muss so gefasst sein, dass die Betroffenen die Rechtslage erkennen und ihr Verhalten danach einrichten können, dass also für aktuell und potentiell untergebrachte Personen und für die zur Anwendung der Norm in erster Linie berufenen Entscheidungsträger der Unterbringungseinrichtungen (Ärzte und Pflegepersonal) die wesentlichen Voraussetzungen für die Zwangsbehandlung erkennbar sind.

3.2 Unklar und unbestimmt ist insbesondere die Regelung in Nr. 2:

Unklar ist zunächst, ob die Regelung für alle behandlungsbedürftigen Erkrankungen gelten soll. In der Begründung heißt es, dass Nr. 2 für die „Behandlung der Anlasserkrankung“ gelten soll.

Nur für die Anlasserkrankung? Klar (und wünschenswert) wäre, dass diese Einschränkung für die gesamte Regelung im Gesetzestext zum Ausdruck käme, denn für die Behandlung von Begleiterkrankungen gilt das bürgerliche Recht, gelten insbesondere die Vorschriften des Betreuungsrechts, in deren Bereich der Landesgesetzgeber keinen Regelungsspielraum hat.

Einigermaßen deutlich wird das Behandlungsziel nur in der Begründung genannt: die Entlassung der untergebrachten Person. Maßgeblich dafür sind aber ausschließlich der Wegfall der Unterbringungs Voraussetzungen und eine entsprechende Gerichtsentscheidung (§§ 27, 28 E). Dazu gehört aber nicht unbedingt die Wiederherstellung der Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit, sondern ausschließlich der Wegfall der in § 9 Abs. 1 E genannten Gefahren.

Bestanden diese ausschließlich für „das Leben, die Gesundheit oder andere besonders bedeutsame Rechtsgüter anderer“ (z.B. in Fällen häuslicher Gewalt einzelner Familienmitglieder), würde diese Regelung eine weitere Tür für ärztliche Zwangsmaßnahmen zum Schutz Dritter öffnen!

4. Die Regelung der weiteren Voraussetzungen einer Zwangsmaßnahme in § 20 Abs.3 E ist in einigen Punkten klärungsbedürftig:

Nr. 2 ist überflüssig: die Ankündigung kann leicht zur „Androhung“ werden und hatte in den vom BVerfG entschiedenen Fällen die Funktion, dem Patienten die Inanspruchnahme von Rechtsschutz zu ermöglichen, was angesichts des betreuungsgerichtlichen Genehmigungsvorbehalts entbehrlich ist. Die Aufklärungspflichten folgen aus den Regelungen zur Aufklärung bei einem ärztlichen Eingriff nach § 630e BGB.

Nr. 3 sollte wenigstens den Konkretisierungsgrad der BGB-Regelung in § 1906 Abs. 3 erreichen.

In Nr. 4 entspricht der Vergleich des Nutzens mit dem „möglichen Schaden der Nichtbehandlung“ nicht der verfassungsrechtlich geforderten Regelung, nach der der Nutzen mit den zu erwartenden Beeinträchtigungen der Behandlung abzuwägen ist (vgl. demgegenüber § 1906 Abs. 3 Nr. 5 BGB).

Der Schlusssatz ist unter den Bestimmtheitsanforderungen der Verfassung ganz abzulehnen: „Gefahr im Verzug“ ist eine Leerformel, mit der jedes irgendwie motivierte Unterlassen des Überzeugungsversuchs (Nr. 1) gerechtfertigt werden kann. Er muss gestrichen werden.

5. Die Ausnahme vom Genehmigungserfordernis in § 20 Abs. 5 Satz 2 sollte entfallen. Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit sind – anders als die Unterbringung – irreversibel. Deshalb ist im BGB von einer entsprechenden Regelung abgesehen worden.

Die Voraussetzungen für die Ausnahme sind außerdem in einer Weise „beliebig“ formuliert („Nachteile“), die für den Entscheider (Arzt) nicht klären, wann er davon Gebrauch machen kann. Im Fall von „Nachteilen für das Leben“ (drohender Tod) sind ärztliche Eingriffe durch das Notfallrecht gedeckt.

Bochum / Schwerin, 30. November 2016

für den Vorstand

Peter Winterstein

1.Vorsitzender