

Ausschussvorlage SIA 20/61 – öffentlich –

Stellungnahmen der Anzuhörenden zur mündlichen Anhörung

**Gesetzentwurf
Landesregierung
Gesetz zur Änderung des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes und
des Maßregelvollzugsgesetzes
– Drucks. [20/6333](#) –**

20.	Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrene Hessen e. V.	S. 102
21.	Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)	S. 128
22.	Betreuungsgerichtstag e. V.	S. 129
23.	Arbeitsgemeinschaft der Ärztlichen Leitungen der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters in Hessen	S. 150
24.	Christian Braun, Richter am Amtsgericht	S. 156
25.	Beauftragte der Hessischen Landesregierung für Menschen mit Behinderungen	S. 161
26.	Hessischer Städtetag	S. 168
27.	Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V.	S. 178



LANDESVERBAND PSYCHIATRIE-ERFAHRENE HESSEN E.V.

Gesetzesentwurf PsychKHG Hessen 2021

sowie Änderung des Maßregelvollzugsgesetzes

Stellungnahme des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrene Hessen e. V.

Unsere Hauptforderungen sind:

1. **eine mündliche Anhörung zum PsychKHG und zum Maßregelvollzugsgesetzes.** Eine rein schriftliche Anhörung reicht uns nicht aus.
2. ein verbindlicher **Rechtsanspruch auf ambulante Hilfen, auch außerhalb der bisherigen gemeindepsychiatrischen Einrichtungen**
3. ein **Krisendienst**, auch aufsuchend für 7-Tage-24-Stunden (wie in Bayern) und **Krisenpensionen** (betreute Übernachtungsmöglichkeiten wie bei der Caritas/Darmstadt und Pinel/Berlin, sowie bei den von Psychiatrie-Erfahrenen geführten Bochumer Krisenzimmern)
4. die **Reduktion von Zwang und Gewalt** durch Begrenzung der Willkür bei Unterbringungen, Zwangsmaßnahmen und zu mächtige Betreuer (z.B. durch genauere Fassung von „Gefährdung“, weitestgehend offene Stationen auch bei Zwangsuntergebrachten wie in Friedberg, Heidenheim, Herne, Berliner Charité; keine ad hoc medikamentöse hochdosierte Behandlung/nur Sedierung/Minimaldosierung); Regelungen zum Vorgehen bei Differenzen zwischen Betreuer und Betreutem etc.)
5. **Melderegister für Zwangsmaßnahmen** (samt Nötigung); **Ombudsstelle** wie in Baden-Württemberg und **10 hauptamtlich besetzte Beschwerdestellen** analog zu Berlin

Mit der Schaffung der Stelle eines Psychiatriekoordinators gesteht der Gesetzgeber ein, dass es in Hessen ein größeres Koordinationsproblem gibt. **Um die Grundsätze „ambulant vor stationär“ und „Selbsthilfe vor staatlichen Hilfen“, die mittlerweile seit Jahrzehnten (!) politisch gewollt sind, endlich auch „koordinieren“ zu können, wird die Landesregierung allerdings nicht umhinkönnen, sich ehrgeizigere Ziele zu setzen:**

- **Reduktion der Bettenzahl in psychiatrischen Kliniken um 50%**
- **Reduktion von Psychopharmaka und Neuroleptika um 50%**
- **Reduktion von Zwangsmaßnahmen um 90%**

Hessen braucht also nicht nur Überarbeitungen an einem in vielen Punkten problematischen Gesetz, sondern einen **AKTIONSPLAN für eine gewalt- und medikamentenärmere Psychiatrie:**

Dazu ist das Angebot an unterschiedlichen nichtmedikamentösen Therapieformen, wie sie auch im stationären Bereich üblich sind, sowie an weiteren gesundheitsfördernden Maßnahmen und Hilfen stark auszubauen.

Stellungnahme des LvPEH e. V. vom 26.07.2021 zu Änderung des hessischen PsychKHG und des Maßregelvollzugsgesetzes in 2021

Stellungnahme des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrene Hessen e. V. vom 26.07.2021 zur Gesetzesänderung des Hessischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes und des Maßregelvollzugsgesetzes in 2021



Scheidertalstraße 52
65232 Taunusstein

Tel 06128/93 633 11
Fax 06128/93 633 13

LANDESVERBAND PSYCHIATRIE-ERFAHRENE HESSEN E.V.

- Die Hessische Landesregierung muss den Krankenkassen ihre Bereitschaft signalisieren, im ambulanten Bereich übergangsweise bis zu 20% an alternativen therapeutischen Leistungen und langfristig 100% der sozialpsychiatrischen Hilfen im ambulanten Bereich zu finanzieren, die bislang nicht oder nicht durchgehend durch die Krankenkassen finanziert werden, aber in ärztlichen Leitlinien empfohlen werden.
- Sie muss die Selbsthilfe stärken und systematisch einbeziehen.

Der Finanzierungs-Hick-Hack darf nicht weitere Jahrzehnte auf dem Rücken der psychisch kranken Menschen ausgetragen werden. Direkt und indirekt leiden viele in Hessen darunter sehr stark mit!

1. Mündliche Anhörung

Gemäß § 31 PsychKHG soll der Fachbeirat Psychiatrie auf Hessenebene regelmäßig tagen. Das hat seit Inkrafttreten des Gesetzes noch nie stattgefunden. Deswegen wollen wir in Bezug auf die Gesetzesänderungen zu mindestens hier eine mündliche Anhörung haben.

2. Rechtsanspruch auf ambulante Hilfen, auch außerhalb der bisherigen gemeindepsychiatrischen Einrichtungen

§ 5 Ambulante Hilfen des Sozialpsychiatrischen Dienstes – **Rechtsanspruch auf ambulante Hilfen**

Es gibt zwar jede Menge entsprechende „soll“-Bekundungen im bestehenden Gesetz- und Gesetzentwurf, was den Grundsatz „ambulant vor stationär“ oder „Selbsthilfe vor staatlichen Hilfen“ angeht. Tatsächlich brauchen aber gerade Psychiatrie-Erfahrene und deren Angehörige und Vertrauenspersonen klare und verlässliche Aussagen darüber, was regelmäßig an sozialpsychiatrischen Hilfen förderbar ist.

Nichtmedikamentöse Therapien, die des Öfteren bei der jeweiligen Diagnose im stationären Bereich angeboten werden oder in der S3 Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Krankheiten“ evidenzbasiert empfohlen werden wie z. B. Musiktherapie, sind auf Antrag durch den Sozialpsychiatrischen Dienst auch im ambulanten Bereich zu bewilligen.

Zur Finanzierung schließt das Land Hessen langfristige Verträge zur integrierten Versorgung mit den Krankenkassen.

Ersatzweise und ergänzend sind auch gesundheitsfördernde Maßnahmen im weiteren Sinne förderbar, die eigeninitiativ von Patienten oder deren Sorgeberechtigten/Bevollmächtigten vorgeschlagen und beantragt werden. Insbesondere gilt dies bei Maßnahmen/Hilfen im Rahmen der Selbsthilfe oder im künstlerischen oder bewegungsfördernden Bereich oder wenn es um Kontakt mit Tieren geht (z.B. Musikunterricht, Kunstschule, Theatergruppe, Tanzkurse, Reiten, Wandern etc.).

Anträge auf Therapien und gesundheitsfördernde Maßnahmen bei Minderjährigen sollen aus Kompetenzgründen und um niedrigschwellige Angebote zu schaffen zukünftig direkt vom SpDi bearbeitet werden. Außerdem soll der SpDi verständigt werden, wenn sich bei vom Jugendamt betreuten Fällen der Verdacht einer psychischen Störung oder (teilweisen) Erziehungsunfähigkeit des Elternteils ergibt. Der betreffende Elternteil soll per Brief über Hilfen im (sozial-)psychiatrischen Bereich aufgeklärt werden und ein Gesprächsangebot erhalten.

Stellungnahme des LvPEH e. V. vom 26.07.2021 zu Änderung des hessischen PsychKHG und des Maßregelvollzugsgesetzes in 2021

Stellungnahme des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrene Hessen e. V. vom 26.07.2021 zur Gesetzesänderung des Hessischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes und des Maßregelvollzugsgesetzes in 2021



Scheidertalstraße 52

65232 Taunusstein

Tel 06128/93 633 11

Fax 06128/93 633 13

LANDESVERBAND PSYCHIATRIE-ERFAHRENE HESSEN E.V.

Fahrtkosten oder zusätzliche Kosten in Verbindung mit Therapien, Selbsthilfegruppen oder gesundheitsfördernden Maßnahmen können auch getrennt von einem Antrag auf sozialpsychiatrische Hilfen beantragt werden, sofern sie nicht bereits durch das persönliche Budget gedeckt sind. Die Einschränkungen des psychisch kranken Menschen sind hierbei zu berücksichtigen.

Um die Barriere für einen Antrag weiter abzusenken und die Förderkriterien hessenweit zu vereinheitlichen, empfehlen wir die Ausarbeitung eines ausführlichen Antragsformulars samt Merkblatt in verständlicher Sprache und in ausreichender Schriftgröße. Für die Einstellung oder kurzzeitige Aussetzung einer Hilfe wegen Nicht-Teilnahme sollte es klare Kriterien geben. Außerdem sollten abgelehnte Anträge von einer zentralen Clearingstelle im Ministerium automatisch geprüft werden.

Begründung:

Im ambulanten Bereich sind die Krankenkassen lediglich zur Übernahme der Kosten bei derzeit 5 gesprächsorientierten Therapien verpflichtet (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte bzw. analytische Psychotherapie, Systemische Therapie, und seit 2015 EMDR bei Posttraumatischen Belastungsstörungen). Die Wartezeiten sind oft lang. Oft werden die Therapien nur zeitweise oder bedingt als hilfreich empfunden. Die Institutsambulanzen gehen kaum über dieses unzureichende Therapiespektrum hinaus. Ihr Angebot deckt nicht einmal den dort vorhandenen Bedarf, teilweise erhält man auch in der Nachsorge und in einer Krisensituation erst Wochen später einen Termin.

Das führt zu der absurden Situation, dass u.a. Therapien mit nonverbalen Ansätzen (z.B. Reittherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie, Yoga) zwar im stationären Bereich gang und gäbe sind und von vielen Patienten und deren Ärzte als äußerst hilfreich eingeschätzt werden, im ambulanten Bereich aber praktisch nicht verfügbar sind. Tatsächlich haben viele psychisch eingeschränkte Menschen nicht nur ein überdurchschnittliches Interesse, sich kreativ auszudrücken, sondern auch eine überdurchschnittliche Begabung.

Für viele Psychiatrie-Erfahrene sind die bisher angebotenen ambulanten Therapien schwer zugänglich, weil sie bei längeren oder komplizierteren Anreisen zu stark gestresst sind und ihre Einschränkungen voll zum Tragen kommen. Für sie und auch für Angehörige und Freunde wäre es entlastend, wenn die Therapie oder die ersatzweise oder ergänzende Hilfe wirklich wohnortnah erfolgt und an bereits Bekanntes angeknüpft werden kann.

Gerade für hochfunktionale Psychiatrie-Erfahrene sind Tagesstätten oder Werkstätten eher ungeeignet. Trotzdem gilt auch für sie, dass eine Strukturierung v.a. des Wochen- und Monatsablaufs eine ausgesprochen stabilisierende Wirkung hat. Regelmäßige Termine und soziale Kontakte beugen Krisen und der Chronifizierung von Krankheiten vor.

Dann spricht der Inklusionsgedanke für eine individuellere Förderung auch und besonders (!) von Maßnahmen, die auch Menschen ohne psychische Einschränkungen offenstehen, also etwa in Vereinen, Volkshochschulen, Kunst-, Musik- und Tanzschulen etc.

Erinnert sei hier an die Verpflichtung, die die Bundesregierung im Rahmen der UN-Behindertenrechtskonvention eingegangen ist: "Die Vertragsstaaten treffen geeignete Maßnahmen, um Menschen mit Behinderungen die Möglichkeit zu geben, ihr kreatives, künstlerisches und intellektuelles Potenzial zu entfalten und zu nutzen, nicht nur für sich selbst, sondern auch zur Bereicherung der Gesellschaft." (Art.30, Absatz 2). Auch die Tatsache, dass sich viele psychische Einschränkungen aus einer

Stellungnahme des LvPEH e. V. vom 26.07.2021 zu Änderung des hessischen PsychKHG und des Maßregelvollzugsgesetzes in 2021

Stellungnahme des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrene Hessen e. V. vom 26.07.2021 zur Gesetzesänderung des Hessischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes und des Maßregelvollzugsgesetzes in 2021



Scheidertalstraße 52
65232 Taunusstein

Tel 06128/93 633 11
Fax 06128/93 633 13

LANDESVERBAND PSYCHIATRIE-ERFAHRENE HESSEN E.V.

Entwicklungsverzögerung oder Entwicklungsstörung ergeben, und es oft später zu einer sogenannten „nachreifenden Entwicklung“ kommt, rechtfertigt eine intensivere Spätförderung.

Nach den Erfahrungen vieler Psychiatrie-Erfahrener wird die Eigeninitiative bei der Erstellung der Zielvereinbarungen nach dem Bundesteilhabegesetz mehr untergraben als gefördert. Es wird tendenziell sogar (z.T. viel!) weniger Rücksicht auf die individuellen Recovery-Ansätze der Betroffenen genommen als direkt nach der Verabschiedung des Bundesteilhabegesetzes. Psychiatrie-Erfahrene werden regelmäßig dazu gedrängt, mehr Assistenzleistungen anzunehmen, als sie wollen und brauchen. Sie werden an das begrenzte und für sie nicht unbedingt geeignete oder tatsächlich verfügbare therapeutische Angebot verwiesen und dazu gedrängt, für sie weitgehend ungeeignete und von ihnen abgelehnte bestehende Hilfsstrukturen von Freien Trägern oder des Landeswohlfahrtsverbandes zu bedienen. Dies liegt unserer Einschätzung u.a. daran, dass nicht klar ist, wer für die Finanzierung und Bewilligung welcher Maßnahmen zuständig ist. **Das PsychKHG hat hier Klarheit zu schaffen!**

Unserem Verständnis nach sind mindestens solche ambulante Therapien Krankenkassenleistung, die

- a) von Ärzten und Therapeuten durchgeführt oder geleitet werden, die auch im stationären Bereich arbeiten oder arbeiten könnten, und
- b) von dem behandelnden Arzt oder Therapeuten für den Patienten empfohlen oder
- c) konform mit der Leitlinie für die entsprechende Diagnose bzw. mit der S3-Leitlinie psychosoziale Therapien sind.

Dasselbe gilt für Krisenpensionen. Beide Investitionen wirken sich unserer Meinung nach mittelfristig mindestens kostenneutral aus. Ergänzende oder ersatzweise gesundheitsfördernde individuelle Hilfen sind Leistungen, die der Sozialpsychiatrische Dienst auf Antrag zu bewilligen hat.

Für den Sozialpsychiatrischen Dienst ist es auch eine wichtige Chance, wenn er zukünftig primär als Gewährer von adäquateren ambulanten Hilfen auftritt. Er kann seinen Dienst weg vom Behandlungsmodell und hin zum Begleitmodell weiterentwickeln, ist dichter dran an den Betroffenen und kann an seinem vorherrschenden Image als strafende Instanz arbeiten.

Bei den Jugendämtern, die derzeit für die Bewilligung von Hilfen für psychisch kranke oder neurodiverse Minderjährige bzw. indirekt für „verhaltensauffällige“ Kinder möglicherweise psychisch kranker oder möglicherweise in ihrer Erziehungsfähigkeit eingeschränkter Eltern zuständig sind, besteht in aller Regel nicht das nötige Wissen. So werden regelmäßig „Verhaltensauffälligkeiten“ von Kindern und deren Eltern, die sich aus Neurodiversität erklären lassen (also z.B. AD(H)S oder Autismus/autistische Züge), viel zu stark als Erziehungsdefizite gewertet. Der Umgang mit den Eltern ist falsch (z.B. wird nicht direkt genug kommuniziert), die bereitgestellten Hilfen passen nicht und oft kommt es zu unnötigen Fremdunterbringungen. Aus den durch mehrfache Bindungsabbrüche schwer traumatisierten Kindern werden vielfach Intensivpatienten der Psychiatrie. Auch laut der mündlichen Auskunft der Ombudsstelle für Kinder- und Jugendrechte in Hessen spielt Neurodiversität in der großen Mehrheit der Fälle eine Rolle, wenn Kinder und Jugendliche dort Hilfe gegen Zwangsmaßnahmen des Jugendamtes wie Heimunterbringung suchen.

3. Krisendienst und Krisenpensionen

Entwurfstext des hess. Ministerium: § 5 Ambulante Hilfen des Sozialpsychiatrischen Dienstes
Absatz 6 Krisendienst

Stellungnahme des LvPEH e. V. vom 26.07.2021 zu Änderung des hessischen PsychKHG und des Maßregelvollzugsgesetzes in 2021

Stellungnahme des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrene Hessen e. V. vom 26.07.2021 zur Gesetzesänderung des Hessischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes und des Maßregelvollzugsgesetzes in 2021



Scheidertalstraße 52
65232 Taunusstein

Tel 06128/93 633 11
Fax 06128/93 633 13

LANDESVERBAND PSYCHIATRIE-ERFAHRENE HESSEN E.V.

Dieser Absatz soll nicht verwendet werden.

„(6) Außerhalb der Regelarbeitszeiten sind Krisenhilfen vorzuhalten. Diese sind von den Sozialpsychiatrischen Diensten unter Einbeziehung aller an der Versorgung Beteiligten zu koordinieren. Krisenhilfen können auch überörtlich in Kooperation mehrerer Sozialpsychiatrischer Dienste vorgehalten werden.“

Stattdessen soll der Gesetzestext aus dem Bayerischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (BayPsychKHG) Teil 1, Artikel 1, vom 24. Juli 2018 übernommen werden:

<https://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/BayPsychKHG-1>

(6) Krisendienste

(6a) Die Regierungs-Bezirke sollen selbst oder durch Beauftragte psychosoziale Beratungs- und Hilfeangebote für Menschen in psychischen Krisen (Krisendienste) errichten, betreiben und bedarfsgerecht weiterentwickeln. Sie erledigen diese Aufgabe im eigenen Wirkungskreis. Jede hilfeschuchende Person kann sich im Rahmen des vorgehaltenen Angebots an die Krisendienste wenden.

(6b) Die Krisendienste umfassen jeweils eine **Leitstelle** und, daran angegliedert, **mobile Fachkräfte** des Krisendienstes, die auf Anforderung durch die Leitstelle vor Ort tätig werden. Die Leitstellen sind unter einer hessenweit **einheitlichen Rufnummer rund um die Uhr erreichbar**. Im Bedarfsfall vermitteln die Krisendienste ambulante oder stationäre Versorgungsangebote.

(6c) Im Hinblick auf die regionalen Besonderheiten soll jeder Regierungsbezirk über eine eigene Leitstelle verfügen.

(6d) Ist die betroffene Person minderjährig, wirken die Leitstellen der Krisendienste auf eine wirksame Einbeziehung der Sorgeberechtigten hin und verweisen auf Unterstützungsangebote der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In Fällen, in denen Anhaltspunkte für eine akute Fremd- oder Selbstgefährdung bestehen und der Sorgeberechtigte oder die sorgeberechtigten Personen nicht rechtzeitig zu erreichen oder verhindert sind, verständigen die Leitstellen der Krisendienste umgehend das zuständige Jugendamt sowie gegebenenfalls eine andere zuständige Stelle.

(6e) Krisenpensionen.

In jedem Landkreis soll für akute Krisen eine betreute Übernachtungsmöglichkeit angeboten werden, um Klinikaufenthalte zu vermeiden.

(6f) Hometreatment

Unterstützung und Behandlung in seelischen Krisen im eigenen Zuhause (Hometreatment) als Alternative zur Klinik.

Begründung:

Im Krisendienst sehen wir die unmittelbar wirkungsvollste Möglichkeit, stationäre Klinikaufenthalte zu vermeiden. Die jederzeitige und leichte Erreichbarkeit vermindert eine Eskalation von Krisen und somit auch Zwangsmaßnahmen, die häufig zu Traumatisierungen führen.

Immer wieder erfahren wir Abweisungen der Kliniken, sogar wenn ärztliche Einweisungen vorliegen. Sehr häufig wird aus dem Aufnahmebegehren 2 Tage später eine polizeiliche Zwangseinweisung mit Zwangsmaßnahmen, Zwangsmedikation und Fixierungen.

Der Entwurf des Hessischen Ministeriums ist unzureichend. Es bleibt unklar, ob auch nachts und an Wochenenden ein Krisendienst erreichbar ist. Wir legen Wert auf eine einheitliche Telefon-Nummer, die mit qualifiziertem Personal 24 Stunden an 7 Tagen besetzt ist.

Stellungnahme des LvPEH e. V. vom 26.07.2021 zu Änderung des hessischen PsychKHG und des Maßregelvollzugsgesetzes in 2021

Stellungnahme des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrene Hessen e. V. vom 26.07.2021 zur Gesetzesänderung des Hessischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes und des Maßregelvollzugsgesetzes in 2021



Scheidertalstraße 52
65232 Taunusstein

Tel 06128/93 633 11
Fax 06128/93 633 13

LANDESVERBAND PSYCHIATRIE-ERFAHRENE HESSEN E.V.

Im Bezirk Oberbayern wurde dieser Dienst 2019 eingerichtet. Seit 1.7.2021 sind die Krisendienste aller bayerischen Bezirke rund um die Uhr erreichbar. Im Jahr 2019 gingen fast 27.000 Anrufe ein, im Jahr 2020 waren es 29.700 Anrufe. Bei Bedarf werden abrufbereite Teams vor Ort beauftragt.

Gerade durch den Krisendienst sehen wir die größte Einsparung von stationären Klinikaufhalten und vor allem die Vermeidung oder Abmilderung von Gewaltausbrüchen.

Fast genauso wichtig sehen wir die Krisenpensionen, wo aufgewühlte Menschen in wohnlichen Räumen mit Gesprächsangeboten zur Ruhe kommen können.

Hometreatment wird seit Jahrzehnten im Bamberger Hof (Vitos-Klinik) in Frankfurt durchgeführt. Das muss aber im vollen Einverständnis mit dem Patienten erfolgen.

Eine weitere Alternative ist die Soteria oder Soteria-Abteilung, wie sie in Friedberg angeboten wird.

Quellen:

Krisendienste gibt es im Rahmen der integrierten Versorgung seit vielen Jahren in Darmstadt, betrieben vom Caritasverband Darmstadt.

https://www.caritas-darmstadt.de/cms/contents/caritas-darmstadt.de/medien/dokumente/beratung-und-hilfe/artikel-darmstadter3/artikel_darmstadter_echo_vom_19.12.2015_zu_krisendienst.pdf

Berlin, betrieben von Pinel-Netzwerk

<https://www.pinel-netzwerk.de/angebote/krisenbegleitung/krisenpension/>

Hamburg, alle Stadtteile und Umgebung, betrieben von mehreren Teams. Beispiel Stiftung Freundeskreis Ochsenzoll:

https://www.freundeskreis-ochsenzoll.de/uploads/pics/Flyer_Integrierte_Versorg.pdf

Über Hometreatment wurde viel geredet, aber umgesetzt wird es nur wenig. Stellungnahme von der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie und dem Dachverband Gemeindepsychiatrie.

https://www.dvgrp.org/fileadmin/user_files/dachverband/dateien/Intranet/Stellungnahmen/Stellungnahme_Hometreatment_der_DGSP_und_DVGP.pdf

Hanau:

<https://www.aerztezeitung.de/Politik/Psychiatrie-Versorgung-vom-Patienten-aus-gedacht-270265.html>

Jahresberichte *Krisendienst Oberbayern* 2019 und 2020

https://www.krisendienste.bayern/wp-content/uploads/2021/02/KD-PSY-Obb_Jahresbericht_2019.pdf

https://www.krisendienste.bayern/wp-content/uploads/2021/06/KD-PSY-OBB_Jahresbericht_2020.pdf

Qualitätsstandards für Krisendienste in Bayern:

https://www.krisendienste.bayern/wp-content/uploads/2021/02/Qualitaetsstandards_fuer_Krisendienste.pdf

4. Zwang und Gewalt

Da in den bisherigen Gesetzesentwürfen eine ausschließlich unterstützende Psychiatrie (siehe in Begründung unten), die ohne Zwang auskommt, nicht verwirklicht ist, fordern wir, dass weniger und weniger hochdosierte Medikamente verabreicht werden (Stichwort "chemische Fixierung"), und dass Zwang und Gewalt seltener stattfindet und streng kontrolliert wird.

Stellungnahme des LvPEH e. V. vom 26.07.2021 zu Änderung des hessischen PsychKHG und des Maßregelvollzugsgesetzes in 2021

Stellungnahme des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrene Hessen e. V. vom 26.07.2021 zur Gesetzesänderung des Hessischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes und des Maßregelvollzugsgesetzes in 2021



Scheidertalstraße 52
65232 Taunusstein

Tel 06128/93 633 11
Fax 06128/93 633 13

LANDESVERBAND PSYCHIATRIE-ERFAHRENE HESSEN E.V.

Das bedeutet:

Wenn zunehmend ambulante Dienste und Einrichtungen, auch bei Fragen von Zwang, mit einbezogen werden, ist zumindest die Frage der Haftung der verantwortlichen Personen z.B. beim SpDi bzw. Gesundheitsamt analog zu der Klärung der Haftung bei stationären Einrichtungen zu regeln.

Eigen- oder Fremdgefährdung allein reicht für eine Unterbringung nicht. Es muss sich um eine **erhebliche Eigen- oder Fremdgefährdung** handeln, und **die Anhaltspunkte müssen konkret sein**. Alleinige Aussagen von Einzelpersonen wie Nachbarn sind genauestens zu prüfen. Die Formulierung „andere bedeutende Rechtsgüter“ muss aus dem Gesetz gestrichen werden. Denkbar wäre bestenfalls eine konkrete Auflistung dieser Rechtsgüter.

Unserer Meinung nach spricht sehr viel dafür, zwangsweise untergebrachte Personen *nicht* zu behandeln und sie zur Ruhe kommen zu lassen.

Das Hessische Ministerium steht in der Pflicht strenge Vorgaben für die Kliniken zu erlassen, was die unmittelbare Vermeidung von Zwangsmaßnahmen angeht. Es muss diese Vorgaben mindestens gemäß der Best Practices gestalten, also hat sich nach Praktiken der bei der Gewaltreduktion erfolgreichsten und fortschrittlichsten Kliniken zu richten.

Dazu gehören möglichst offen geführte Akutstationen wie in Herne, Heidenheim, Berlin, Friedberg. Außenbereiche, auch bei kurzfristig geschlossener Station und Isolation. Ein anderer Personalschlüssel je nach Anzahl der Zwangsunterbringungen, so dass eine 1-zu-1-Betreuung, als mildes Mittel an Sicherungsmaßnahmen möglich ist. Die Begrenzung der Anzahl der Patienten pro Station, Rückzugmöglichkeiten, weiche Zimmer. Eine umfassende Aufklärungspflicht samt Aufklärungsbögen für die gängigeren Krankheitsbilder, was medikamentöse und nichtmedikamentöse Behandlungsoptionen angeht. Dass mehr individuelle Behandlungsvereinbarungen geschlossen werden und dabei die Präferenzen der Patienten erfasst werden, was die besonderen Sicherungsmaßnahmen angeht.

Ein großer Regelungsbedarf besteht auch bezüglich des Vorgehens bei Differenzen zwischen Betreuer und Betreuten. Unserer Auffassung nach ist bei Zwangsbehandlungen und Einweisungen hier immer der Wille des Betreuten maßgeblich.

Eine Ergänzung des Gesetzes um ein mildes Mittel an besonderen Sicherungsmaßnahmen halten wir für dringend geboten. Genauso wie die unmissverständliche Feststellung, dass Patienten nicht zur Einnahme von Medikamenten genötigt werden dürfen und ein Recht auf Medikamentenreduktion haben. Mit einem Extra-Paragrafen zur Elektrokrampftherapie beziehen wir Position zu einer in letzter Zeit leider wieder häufiger verabreichten Behandlungsmethode.

Begründung:

Zwangsmaßnahmen sind tiefgreifende Eingriffe in die Freiheitsrechte von Menschen. Einige Betroffene wünschen sich ein komplettes Verbot.

Stellungnahme des LvPEH e. V. vom 26.07.2021 zu Änderung des hessischen PsychKHG und des Maßregelvollzugsgesetzes in 2021

Stellungnahme des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrene Hessen e. V. vom 26.07.2021 zur Gesetzesänderung des Hessischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes und des Maßregelvollzugsgesetzes in 2021



Scheidertalstraße 52
65232 Taunusstein

Tel 06128/93 633 11
Fax 06128/93 633 13

LANDESVERBAND PSYCHIATRIE-ERFAHRENE HESSEN E.V.

Wir halten eine schnelle Entwicklung hin zu einer ausschließlich unterstützenden Psychiatrie ohne Zwang und Gewalt für möglich und für wünschenswert. Wie ein psychosoziales Hilfesystem, das nicht mehr wie bisher Unterstützung und Kontrolle leistet, sondern soziale Kontrolle vollständig an die dafür zuständigen Behörden (also die Polizei und die Justiz) abgibt, mit Gefahrensituationen umgeht, spielen Martin Zinkler (Klinik Heidenheim) und Sebastian von Peter (Hochschulklinik Rüdersdorf) in einem ausgesprochen lesenswerten Artikel, Link siehe unten, anhand von vier typischen Gewaltszenarien durch. Es wird - zumindest für empathische Leute klar, welches ungeheure Potential in dem so gewonnenen Vertrauen zwischen den psychosozialen Diensten und ihren Nutzern liegt. Man muss diese Abkehr von einem durch Zwang bzw. Drohung mit Zwang und Misstrauen beherrschten Verhältnis erst einmal in aller Konsequenz durchdenken können, um ein Gefühl dafür zu bekommen, was überhaupt möglich ist! Deshalb empfehlen wir allen Landtagsabgeordneten wärmsten diesen Artikel:

<https://psychiatrie-verlag.de/product/zinkler-m-von-peter-s-ohne-zwang-ein-konzept-fuer-eine-ausschliesslich-unterstuetzende-psychiatrie-einzelartikel-aus-rp-4-2019/>

Zu §21 Besondere Sicherungsmaßnahmen

Hier sollte unter Absatz 1 Punkt 1 (also noch vor „Absonderung des Patienten“) aufgenommen werden:

1. die 1-zu1-Betreuung als Ersatzmaßnahme zu einer anderweitigen Sicherungsmaßnahme

Begründung:

Andreas Heinz, Charité: „Unserer Erfahrung nach kann eine möglichst offen geführte Akutstation (also mit weitgehend offenen Stationstüren) auch bei gegen ihren aktuellen Willen untergebrachten Patientinnen und Patienten deeskalierend wirken. Dafür ist eine hinreichende Personalausstattung unabdingbar, insbesondere die Möglichkeit, eine Eins-zu-Eins-Betreuung auch dann durchzuführen, wenn die betroffene Person nicht fixiert oder isoliert ist. Das heißt die Betreuung tritt dann an Stelle der anderweitigen Sicherungsmaßnahme.“

<https://www.ethikrat.org/fileadmin/PDF-Dateien/Veranstaltungen/anhoeerung-23-02-2017-fragenkatalog-heinz.pdf>

§xx Weniger Medikamente

- 1.

Der Patient hat ein Recht auf Unterstützung und Begleitung bei seinem Wunsch nach einer Reduktion der Medikamente.

Der sozialpsychiatrische Dienst organisiert regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen zum Thema Reduktion (oder „Ausschleichen“) von Psychopharmaka und Neuroleptika. Die Veranstaltungen sollen in den Kliniken monatlich und ambulant mindestens vierteljährlich angeboten werden.

Stellungnahme des LvPEH e. V. vom 26.07.2021 zu Änderung des hessischen PsychKHG und des Maßregelvollzugsgesetzes in 2021

Stellungnahme des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrene Hessen e. V. vom 26.07.2021 zur Gesetzesänderung des Hessischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes und des Maßregelvollzugsgesetzes in 2021



Scheidertalstraße 52

65232 Taunusstein

Tel 06128/93 633 11

Fax 06128/93 633 13

LANDESVERBAND PSYCHIATRIE-ERFAHRENE HESSEN E.V.

Auch die im Maßregelvollzug untergebrachten Personen erhalten Aufklärungsmaterial dazu sowie zu ihren Rechten als Patient. Es sind Kontaktmöglichkeiten zu mehreren Ansprechpartnern außerhalb der Vollzugsanstalt zu benennen.

Psychiatriekoordinator überwacht die Umsetzung.

2.

Ein Patient darf nicht zur Einnahme von Medikamenten genötigt werden.

Es besteht für Berufsgruppen nach §4 KKG Absatz 1, Punkt 1-7 eine Meldepflicht, wenn sie von Nötigung oder Verdacht auf Nötigung (Drohungen mit einem „empfindlichen Übel“) Kenntnis erhalten.

Begründung:

Es besteht bei Ärzten, Klinikpersonal und auch bei Patienten kein Bewusstsein, dass der ausgeübte Druck, Medikamente zu nehmen, in der Praxis sehr oft den Straftatbestand einer Nötigung erfüllt, weil mit einem „empfindlichen Übel“ gedroht wird (z.B. fortgesetzter Freiheitsentzug, Zwangsmaßnahmen, Entlassung aus der Klinik). Es besteht auch kein Bewusstsein dafür, wie verstörend es gerade für psychisch eingeschränkte Patienten ist, wenn sie zu Zwangsmaßnahmen unter Druck und Nötigung ihre Zustimmung gegeben haben, die sie eigentlich ablehnen.

Oft sind die verabreichten Dosen und/oder dass v.a. in Krisensituationen nicht langsam aufdosiert wird, schon medizinisch kaum vertretbar. Auf Medikamentenunverträglichkeiten wird zu wenig geachtet.

Viele Patienten fühlen sich durch Medikamente stark beeinträchtigt. Sie setzen Medikamente ganz ab oder reduzieren die Dosis viel zu schnell. Das führt sehr oft zu heftigen Krisen und Zwangsmaßnahmen.

§xx Elektrokrampftherapie

Elektrokrampftherapie (oder Elektrokonvulsionstherapie, desweiteren als „EKT“ bezeichnet) ist genehmigungspflichtig. Eine Genehmigung kann nur nach gerichtlichem Antrag desjenigen, der die Therapie für sich wünscht, sowie nach richterlicher Anhörung erteilt werden. Es ist insbesondere zu prüfen, ob die Willensentscheidung aus freien Stücken und informiert zustande gekommen ist. Die Willensentscheidung des Betroffenen kann nicht durch Betreuerentscheid ersetzt werden.

Die Anwendung einer EKT bei Kindern ist verboten.

Werbung für eine EKT ist untersagt, solange nicht geklärt ist, wie die entsprechenden Risikowarnungen zu formulieren und zu präsentieren sind.

Stellungnahme des LvPEH e. V. vom 26.07.2021 zu Änderung des hessischen PsychKHG und des Maßregelvollzugsgesetzes in 2021

Stellungnahme des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrene Hessen e. V. vom 26.07.2021 zur Gesetzesänderung des Hessischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes und des Maßregelvollzugsgesetzes in 2021



Scheidertalstraße 52
65232 Taunusstein

Tel 06128/93 633 11
Fax 06128/93 633 13

LANDESVERBAND PSYCHIATRIE-ERFAHRENE HESSEN E.V.

Begründung:

Die nicht umsonst jahrelang verpönte Elektrokrampftherapie erlebt eine Renaissance. Sie wird wieder verstärkt in Kliniken auch in Hessen angeboten und verharmlosend angepriesen. Dass sie unter humaneren Bedingungen als früher, nämlich unter Narkose, verabreicht wird, kann nicht über die Tatsache hinwegtäuschen, dass das Gehirn dadurch massiv geschädigt wird und es starke unerwünschte Wirkungen gibt, die über den zeitweisen Verlust des Kurzzeitgedächtnisses hinausgehen (z.B. jahrelanges Zittern der Hände und Konzentrationsschwäche).

Darüber hinaus wird EKT für autistische Kinder und Personen bei selbstverletzendem Verhalten propagiert. Eltern autistischer Kinder, die oft selbst autistische Züge haben, sollten sowohl beim Umgang mit und der Reduktion von selbstverletzendem Verhalten als auch allgemein zur Stressprävention viel stärker unterstützt werden, als das bislang der Fall ist. Es gibt verschiedene Behandlungsalternativen, die i.d.R. nicht ausgeschöpft werden. Außerdem gibt es Schutzausstattung.

Quellen:

Klinikverzeichnis unter <http://elektrokonvulsionstherapie.org/>

Webseite von Peter Lehmann zum Thema EKT

Ludger Tebartz van Elst, *Vom Anfang und Ende der Schizophrenie: Eine neuropsychiatrische Perspektive auf das Schizophrenie-Konzept*

Liste der Kliniken, in denen die Elektrokrampftherapie durchgeführt wird:

60487	Frankfurt	Agaplesion Frankfurter Diakonie Kliniken gGmbH
63225	Langen	Asklepios Klinik Langen
63654	Büdingen	Capio Mathilden-Hospital
65812	Bad Soden	SCIVIAS Caritas gGmbH St. Valentinus-Krankenhaus
65929	Frankfurt/Main	Klinikum Frankfurt-Höchst

35043	Marburg	Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Standort Marburg
36341	Lauterbach	Medizinisches Zentrum Eichhof
36381	Schlüchtern	Krankenhaus Schlüchtern

5. Melderegister, Ombudsstellen, Beschwerdestellen.

Für wichtig halten wir ein zentrales Melderegister, das neben Zwangsmaßnahmen auch Nötigung und Nötigungsversuche erfasst.

§xx Meldepflicht bei (Verdacht auf) Nötigung

Erhalten Ärzte oder Personen nach § 4 KKG Absatz 1-6 Kenntnis von einer Nötigung (Drohung mit einem „empfindlichen Übel“) oder von Umständen, die den Verdacht einer Nötigung nahelegen, um eine von einem psychisch kranken Menschen zunächst abgelehnte Behandlung oder weiteren Verbleib in der Einrichtung zu erzwingen, so hat er oder sie regelmäßig Anzeige zu erstatten.

Stellungnahme des LvPEH e. V. vom 26.07.2021 zu Änderung des hessischen PsychKHG und des Maßregelvollzugsgesetzes in 2021

Stellungnahme des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrene Hessen e. V. vom 26.07.2021 zur Gesetzesänderung des Hessischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes und des Maßregelvollzugsgesetzes in 2021



Scheidertalstraße 52
65232 Taunusstein

Tel 06128/93 633 11
Fax 06128/93 633 13

LANDESVERBAND PSYCHIATRIE-ERFAHRENE HESSEN E.V.

Begründung:

Psychisch kranke Menschen stellen eine sehr vulnerable Bevölkerungsgruppe dar. Nötigung ist unzähligen Betroffenenberichten nach zu urteilen weiterhin ein sehr übliches Mittel, um eine Behandlung oder Unterbringung bzw. Verbleib in einer Einrichtung gegen den erklärten Willen des Betroffenen durchzusetzen. Es wird sehr oft ohne akute Gefährdungssituation und gewohnheitsmäßig angewandt. Vielen Psychiatern und Therapeuten fehlt jegliches Bewusstsein dafür, dass sie nicht nur ethisch hochgradig verwerflich handeln, sondern sich eines Straftatbestandes schuldig machen. Es wird nicht nachvollzogen, wie abträglich die erzwungene Zustimmung zu nicht gewollten Maßnahmen dem gesundheitlichen Zustand von psychisch kranken Menschen ist, wie stark sie deren Selbstwertgefühl und die Selbstwirksamkeit schwächen und wie traumatisierend sie wirken können.

Weiter Regelungen, die wir fordern:

Sowohl die Mitglieder der Beschwerdestellen, als auch der Besuchskommissionen, als auch die Vertreter der Selbsthilfe müssen Zugang zu Betroffenen in den Kliniken erhalten. Für die Selbsthilfe ist es oft schwierig, Betroffene, die das wünschen, zu besuchen.

Wir fordern für die Beschwerdestellen eine Ombudsstelle wie in Baden-Württemberg. Da die Beschwerdestellen mit personenbezogenen Daten arbeiten, soll ihnen ferner ein Datenschutzbeauftragter zu Verfügung gestellt werden.

Wie in anderen Bundesländern auch, soll die Besuchskommission auch unangekündigt die Einrichtungen aufsuchen können.

Wir plädieren für hauptamtlich besetzte Beschwerdestellen wie in der Beschwerdestelle in Berlin. Ehrenamtlich ist die Arbeit kaum zu leisten. Relativ zur Einwohnerzahl entsprechen die 5 hauptamtlichen Stellen in Berlin ungefähr 10 Stellen in Hessen. Die Qualität der Berliner Berichte spricht für sich.

Begründung:

Der UN-Fachausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen, der im Jahr 2015 erstmals die Umsetzung der UN-BRK in Deutschland überprüft hat, hat sich in seinen „Abschließenden Bemerkungen“ vom 13. Mai 2015 sehr drastisch zur Anwendung von Zwang und unfreiwilliger Behandlung gegenüber Menschen mit psychosozialen Behinderungen sowie den Mangel an verfügbaren Daten über Zwangsunterbringungen und -behandlungen geäußert. Er hat angemahnt, mögliche Menschenrechtsverletzungen in der psychiatrischen Versorgung zu untersuchen.

Änderung des Maßregelvollzugsgesetzes

Für das größte Problem im Maßregelvollzug halten wir den Druck, der auf die Untergebrachten ausgeübt wird, hochdosierte Psychopharmaka und Neuroleptika **einzunehmen**.

Stellungnahme des LvPEH e. V. vom 26.07.2021 zu Änderung des hessischen PsychKHG und des Maßregelvollzugsgesetzes in 2021

Stellungnahme des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrene Hessen e. V. vom 26.07.2021 zur Gesetzesänderung des Hessischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes und des Maßregelvollzugsgesetzes in 2021



Scheidertalstraße 52
65232 Taunusstein

Tel 06128/93 633 11
Fax 06128/93 633 13

LANDESVERBAND PSYCHIATRIE-ERFAHRENE HESSEN E.V.

Auch hier hat der SpDi zu gewährleisten, dass untergebrachte Personen über ihre Rechte zumindest in Form von Broschüren und Ansprechpartnern außerhalb der Vollzugsanstalten aufgeklärt werden, insbesondere was das Recht angeht, eine vorgeschlagene Behandlung abzulehnen, das Recht auf Medikamentenreduktion, zusammen mit dem Melderegister. Auf die Meldepflicht für Zwangsmaßnahmen (einschließlich Nötigungen **und** Nötigungsversuchen) sei an dieser Stelle nochmals ausdrücklich hingewiesen.

Dann ist es nicht hinnehmbar, dass heute der Maßregelvollzug gegenüber dem normalen Strafvollzug immer öfter zu drastischeren "Strafen" bei psychisch kranken Personen gegenüber nicht psychisch eingeschränkten Straftätern führt. Das gilt zum Teil selbst bei nicht so schweren Taten (bzw. Tatvorwürfen) oder bei Tätern, die bei ihrer Verurteilung unter das Jugendstrafrecht fielen. Es muss dringend die Verhältnismäßigkeit beim Maßregelvollzug beachtet werden.

Exemplarisch sei hier auf die Fälle Gustl Mollath und Michael Perez verwiesen.

Oft wird auch hier die Neurodiversität wie etwa AD(H)S oder hochfunktionaler Autismus nicht gesehen oder nicht ausreichend berücksichtigt. Häufiger kommt es vor, dass auch solche Menschen in den Maßregelvollzug untergebracht werden. Dabei ergäbe sich bei entsprechender Einordnung und Therapie oft eine gute Prognose.

§ 34 Besondere Sicherungsmaßnahmen, Absatz 1

Nach diesem Absatz ist unter Nr. 2 besondere Sicherungsmaßnahmen möglich:

2. wenn in erhöhtem Maße Fluchtgefahr besteht oder sonst ihr Verhalten oder ihr Zustand eine erhebliche Gefahr für die Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung des Maßregelvollzugs darstellt, insbesondere wenn Gewalttätigkeiten gegen Personen oder Sachen oder eine Selbsttötung oder Selbstverletzung zu befürchten sind.

Bei über die Strafe hinausgehenden massiven Beschränkungen der Grundrechte, kann es vorrangig nur um die Sicherheit von Personen gehen. Gerade bei Sicherheit „von Sachen“ oder noch vager die „Ordnung der Einrichtung“ muss geprüft werden, ob es nicht Alternativen gibt z. B. therapeutischer Art. Wir sehen darin die Gefahr eines Missbrauchs gerade bei der Formulierung "Ordnung der Einrichtung" durch die Einrichtung selbst, um ggf. Insassen des Maßregelvollzugs gefügig zu machen und zu brechen. Wir fordern bei den beiden Punkten "Sicherheit von Sachen" und "Ordnung der Einrichtung" dies im Gesetz genauer zu spezifizieren, um Missbrauch auszuschließen.

Wir halten beide Formulierungen in der jetzigen Form verfassungsrechtlich für bedenklich.

Taunusstein, den 26.07.2021

Gez.: Vorstand des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrene Hessen e.V.

Stellungnahme des LvPEH e. V. vom 26.07.2021 zu Änderung des hessischen PsychKHG und des Maßregelvollzugsgesetzes in 2021

Stellungnahme des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrene Hessen e. V. vom 26.07.2021 zur Gesetzesänderung des Hessischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes und des Maßregelvollzugsgesetzes in 2021



Scheidertalstraße 52
65232 Taunusstein

Tel 06128/93 633 11
Fax 06128/93 633 13

LANDESVERBAND PSYCHIATRIE-ERFAHRENE HESSEN E.V.

Dieser Stellungnahme haben wir noch das von unserer AG gegen Zwang und Gewalt kürzlich verfasste Positionspapier angehängt, wo Vorschläge für die psychiatrische und gemeindepsychiatrische Versorgung erarbeitet wurden.

Anhang:

Positionspapier der AG gegen Zwang und Gewalt

im Landesverband Psychiatrie-Erfahrene Hessen e.V.

Unsere Vorstellungen, wie man eine psychische Krise auffängt und wie man langfristig aus der Krise wieder herauskommt, um ein selbstständiges Leben zu führen

Wir haben uns bei unseren Thesenpapier von fünf grundsätzlichen Gedanken leiten lassen:

1) **Vom biopsychosozialen Modell:** Das biopsychosoziale Modell lehnt sich an die Systemtheorie an und sieht den Menschen als Körper-Seele-Einheit. Es befürwortet bei der Behandlung eine Einflussnahme auf alle drei Systembereiche des Menschen, nämlich auf seine Seele (psychologisch), auf seinen Körper (z. B. Massage, Physiotherapie, Medikamente) und auf seine Lebenswelten (sozial wie Nachbarschaft, Freunde und Beruf). Das biopsychosoziale Modell spricht sich für eine stärkere Beachtung der sprechenden Medizin¹ aus. (Website: https://de.wikipedia.org/wiki/Biopsychosoziale_Medizin vom 19.10.2020 22:37 Uhr)

¹ „sprechende Medizin“: Betonung der Kommunikation zwischen Ärzt*innen, Patient*innen und Angehörigen
Stellungnahme des LvPEH e. V. vom 26.07.2021 zu Änderung des hessischen PsychKHG und des Maßregelvollzugsgesetzes in 2021

Stellungnahme des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrene Hessen e. V. vom 26.07.2021 zur Gesetzesänderung des Hessischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes und des Maßregelvollzugsgesetzes in 2021



Scheidertalstraße 52
65232 Taunusstein

Tel 06128/93 633 11
Fax 06128/93 633 13

LANDESVERBAND PSYCHIATRIE-ERFAHRENE HESSEN E.V.

2) **Von der Epigenetik:** Der Begriff „Epigenetik“ ist zusammengesetzt aus den Wörtern Genetik und Epigenese, also der Entwicklung eines Lebewesens. Epigenetik gilt als das Bindeglied zwischen Umwelteinflüssen und Genen: Sie bestimmt mit, unter welchen Umständen welches Gen angeschaltet wird und wann es wieder stumm wird. (Website: <https://www.planet-wissen.de/natur/forschung/epigenetik/> vom 29.04.2020, 12:10 Uhr). Damit ist gemeint, dass es nicht allein auf die Gene ankommt, sondern auch auf die Umweltfaktoren, die eine Veranlagung/Disposition ausbrechen lassen. „Epigenetik stellt weiche Veränderungen dar, Veränderungen, die die Anpassungsfähigkeit in einem Leben ausmachen, die aber durchaus rückgängig gemacht werden können.“² Demnach ist eine Heilung oder zumindest eine Verbesserung einer Symptomatik möglich, wenn die Bedingungen sich zum Positiven verändern.

3) **Vom Recovery-Ansatz:** Recovery bedeutet „Wiederherstellung“/“Restauration“. Den Begriff kann man als Bezeichnung des ressourcenorientierten Zusammenarbeitens zwischen der betroffenen Person und allen Institutionen, die an der Therapie beteiligt sind, verstehen. In diesem Modell kann Wiederherstellung als persönlicher Prozess gesehen werden, als Hoffnung, eine sichere Basis (=angemessene Wohnung, ein ausreichendes Einkommen, Freiheit von Gewalt und ausreichenden Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen), förderliche zwischenmenschliche Beziehungen, Selbstbestimmung (Empowerment), soziale Integration und Problemlösungskompetenz zu erlangen und damit einen Lebenssinn zu vermitteln.³ Genesung und Recovery definieren sich dabei weniger durch die Abwesenheit von Symptomen als durch den Zugewinn an Lebensqualität⁴

4) **Von der UN-Behindertenrechtskonvention,** die die Inklusion von behinderten Menschen in die Gesellschaft fordert, nach dem Motto: Man ist nicht behindert, sondern man wird behindert.

² Quelle: <https://www.planet-wissen.de/natur/forschung/epigenetik/> vom 29.04.2020, 12:10 Uhr

³ Quelle: <https://de.wikipedia.org/wiki/Recovery-Modell> vom 21.09.2020 1.40 Uhr

⁴ Ammering/Schmoltke „Recovery“ von 2007

Stellungnahme des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrene Hessen e. V. vom 26.07.2021 zur Gesetzesänderung des Hessischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes und des Maßregelvollzugsgesetzes in 2021



Scheidertalstraße 52
65232 Taunusstein

Tel 06128/93 633 11
Fax 06128/93 633 13

LANDESVERBAND PSYCHIATRIE-ERFAHRENE HESSEN E.V.

5) Von der **Überzeugung, dass die stärkste Triebfeder eines jeden Menschen, so auch des behinderten Menschen, sein eigenes Wohlergehen ist.**

Wir haben dabei unser Papier in fünf Abschnitte gegliedert: in einen Vorspann, in kurzfristige Hilfen, in mittelfristige, in langfristige Hilfen und eine Zusammenfassung.

Vorspann

Wir begrüßen die neuen Regelungen des Bundesteilhabegesetzes hinsichtlich Anrechnung von Einkommen und Vermögen, da dies die Betroffenen stärker motiviert, auf dem Arbeitsmarkt Fuß zu fassen. Sie haben den Vorteil, dass bei eigenem Verdienst nicht wieder alles für notwendige Hilfen der Eingliederungshilfe abgezogen wird.

Gleiche Regelungen wünschen wir uns bei der Kostenerstattung für Verfahrenspfleger und psychiatrische Maßnahmen wie bei psychiatrischen Unterbringungen und Gesetzlichen Betreuungen.

Des Weiteren begrüßen wir den Ansatz der evidenzbasierten Medizin, der besagt, dass für jede medizinische Behandlung ein Nachweis über ihre Wirksamkeit vorliegen muss. Jedoch sind wir für den psychiatrischen Bereich sehr betrübt, dass fast ausschließlich kontrolliert-randomisierte Studien für die Evidenz herangezogen werden. Damit werden die Verhaltenstherapie und die medikamentöse Therapie klar bevorzugt, was zu einem Zerrbild über die wirksamen Hilfen in diesem Bereich führt. Diese Therapien sind gut geeignet, für die kurze Dauer einer klinischen Studie signifikante Ergebnisse zu liefern und als isolierte Intervention bei kleinen Fallzahlen gut messbar zu sein. Benachteiligt werden aber klar die Therapieformen, die auf eine Entwicklung des Menschen abzielen und damit längerfristig über mehrere Jahre angelegt sind. Sie stellen keine kurzfristige isolierte Intervention dar. Zu den längerfristigen Therapieformen gehören z. B. Soteria oder auch die bisherigen Autismustherapien in den Autismustherapiezentren, bei denen wohlmöglich mehrere Einflussgrößen kombiniert eine Rolle spielen. Das ist sehr bedauerlich, da wir der Meinung sind, dass durch längerfristige, mehrdimensionale Therapien eine größere Zufriedenheit und Selbständigkeit des Betroffenen erreicht werden kann.

Stellungnahme des LvPEH e. V. vom 26.07.2021 zu Änderung des hessischen PsychKHG und des Maßregelvollzugsgesetzes in 2021

Stellungnahme des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrene Hessen e. V. vom 26.07.2021 zur Gesetzesänderung des Hessischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes und des Maßregelvollzugsgesetzes in 2021



Scheidertalstraße 52
65232 Taunusstein

Tel 06128/93 633 11
Fax 06128/93 633 13

LANDESVERBAND PSYCHIATRIE-ERFAHRENE HESSEN E.V.

Deswegen fordern wir die Einführung eines Registers für psychische Erkrankungen, Störungen und Behinderungen, wo aus jeder Einrichtung - auch Gemeindepsychiatrie und Forensik - analog zu den bisherigen Krebsregistern Meldungen über Diagnose, Prozedur und Outcome erhoben wird, und das dauerhaft geführt wird, um auch langfristig beobachten zu können, was wirkt und was nicht wirkt. Damit hätten dann auch andere Therapien als die Verhaltenstherapie und als die medikamentöse Therapie eine Chance.

Kurzfristige Hilfen

Bei den kurzfristigen Hilfen geht es darum, Klinikeinweisungen zu vermeiden bzw. zu verkürzen.

Zur Vermeidung einer Klinikeinweisung finden wir die Einführung eines 24-Stunden-Krisendienstes mit einer zentralen Telefonnummer und zugeordneten Krisenpensionen und mit psychiatrie-erfahrenen Mitarbeitern für unabdingbar.

Zur Verkürzung einer Klinikeinweisung finden wir es wichtig, dass der Betroffene gestärkt wird, sich für sein Genesen einzusetzen. Die Traumatisierung durch das psychiatrische System wirkt kontraproduktiv, da es eher einschüchternd ist und den Betroffenen schwächt und passiver werden lässt und damit für die Entwicklung des Menschen nicht förderlich ist. Deswegen sind wir, wenn es zum Alleräußersten kommt, nämlich zu einer Zwangsmaßnahme, dafür, dass Traumatisierung möglichst vermieden oder reduziert wird. Deswegen fordern wir die Einführung der Sitzwache als 1:1-Betreuung bei einer Fixierung. Sie soll beruhigend auf den Betroffenen einwirken und damit weniger traumatisierend. Sie ist mittlerweile ein durch das Bundesverfassungsgericht und der UN-Behindertenrechtskonvention geltendes Recht.

Als Alternative zur herkömmlichen Ganzkörperfixierung sehen wir die weichen Zimmer, in denen ein Betroffener auch von einem Pfleger im Ausnahmezustand begleitet werden kann. Des Weiteren fordern wir, um vorangegangene Traumatisierungen in ihren Auswirkungen zu mindern oder gar abzubauen, dass nach jeder Zwangsmaßnahme eine Aufarbeitung der Zwangsmaßnahmen mit den Betroffenen erfolgt.

Stellungnahme des LvPEH e. V. vom 26.07.2021 zu Änderung des hessischen PsychKHG und des Maßregelvollzugsgesetzes in 2021

Stellungnahme des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrene Hessen e. V. vom 26.07.2021 zur Gesetzesänderung des Hessischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes und des Maßregelvollzugsgesetzes in 2021



Scheidertalstraße 52
65232 Taunusstein

Tel 06128/93 633 11
Fax 06128/93 633 13

LANDESVERBAND PSYCHIATRIE-ERFAHRENE HESSEN E.V.

Natürlich ist das äußere Milieu einer Klinikbehandlung nicht unerheblich, ob es auch eher stärkend und damit selbsthilfefördernd oder eher repressiv und damit passivierend ist. Deswegen halten wir offene Türen auf geschlossenen Stationen und den Open Dialog als Gesprächsform als notwendige Mittel für die Förderung der Entwicklung des Menschen. Die sieben therapeutischen Prinzipien des Open Dialogs lauten dabei: sofortige Hilfe, Einbeziehung des sozialen Netzwerks, flexible Einstellung auf die Bedürfnisse, klare Verantwortungsübernahme statt Zuständigkeitswirrwarr, psychologische Kontinuität, Aushalten von Ungewissheit und Förderung des Dialogs.

Um eine kontinuierliche epigenetische Entwicklung zu gewährleisten und nicht durch Brüche zu gefährden, sehen wir die Einführung des Hometreatments als geboten an.

Mittelfristige Hilfen

Bei den mittelfristigen Hilfen geht es darum, dem Betroffenen die Werkzeuge zu vermitteln, die ihm helfen sollen, seine eigenen Bedürfnisse zu erkennen, durchzusetzen und so für sein eigenes Wohlergehen selbst zu sorgen.

Dafür ist ein differenziertes, beeinträchtigungsspezifisches Therapieangebot für alle Gruppen von Psychiatrie-Erfahrenen notwendig anstatt eine 0815-Einheitstherapie. Einige Gruppen von Psychiatrie-Erfahrenen wie z. B. Autisten, ADHSler oder Menschen mit einer dissoziativen Identitätsstörung werden von der Psychiatrie, insbesondere der Erwachsenenpsychiatrie, noch nicht mal erkannt, geschweige beachtet.

Viele schwere psychische Erkrankungen/Störungen beginnen sehr früh im Leben eines Menschen bzw. haben da ihre Wurzel, in einem Zeitraum, wo die Sprache noch gar nicht entwickelt war.

Deswegen sind solche Menschen schwer über Sprache erreichbar, wie es bei der Gesprächstherapie, tiefenpsychologischen Therapie oder analytischen Therapie der Fall ist. Als Rettung wird dann die Verhaltenstherapie gesehen, die in unseren Augen eher zu einer Dressur führt, als dass durch sie tiefgreifende intrapsychische Veränderungen stattfinden. Deswegen fordern wir - was z. B. schon im Klinikbereich umgesetzt wird - die Einführung von alternativen Therapie wie Kunst-, Musik- oder Bewegungstherapie für den ambulanten Bereich. Tierbasierte Therapien wie z. B. die Reittherapie bei Autismus oder auch ein

Stellungnahme des LvPEH e. V. vom 26.07.2021 zu Änderung des hessischen PsychKHG und des Maßregelvollzugsgesetzes in 2021

Stellungnahme des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrene Hessen e. V. vom 26.07.2021 zur Gesetzesänderung des Hessischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes und des Maßregelvollzugsgesetzes in 2021



Scheidertalstraße 52
65232 Taunusstein

Tel 06128/93 633 11
Fax 06128/93 633 13

LANDESVERBAND PSYCHIATRIE-ERFAHRENE HESSEN E.V.

Begleithund bei schweren Traumafolgestörungen sollten sowohl stationär als auch ambulant umgesetzt werden.

Des Weiteren finden wir das *Erarbeiten einer Lebensperspektive, wo ggf. die „Störung“ integriert werden kann*, als absolut notwendig. Wir können daher die Argumentation des LWV Hessen nicht nachvollziehen, wo Alternativen zur Tagesstrukturierung wie z. B. angemietete „eigene“ Nähstuben, angemietete „eigene“ Werkstätten, Teilnahme an Volkshochschulkursen usw. als nicht zugehörig zu den Leistungen der Eingliederungshilfe definiert werden. Stattdessen wird nur auf Assistenzleistungen einerseits und auf einrichtungsbezogene Leistungen wie z. B. Tagesförderstätten andererseits verwiesen. Wir sehen in der starken Ausrichtung auf Einrichtungen einen starken Sog in Richtung ambulanten Hospitalismus. Warum? In einer Einrichtung besteht ein starkes Hierarchiegefälle zwischen Betreuern und Betreuten. Das führt zu unnatürlichen Beziehungen. Der Betreuer ist zuständig, sich auf die Betreuenden einzustellen, während der Betroffene Empfänger ist. Das führt zu Passivität und gesellschaftlich übliche Umgangsformen werden nicht geübt, weil es keine Gelegenheit dazu gibt. Auf der anderen Seite kann durch eine individuelle alternative Tagesstrukturierung auf die spezifischen Stärken des Betroffenen und seine individuellen Bedürfnisse der „Arbeitsplatzgestaltung“ eingegangen werden, besser als durch eine Institution.

Wir sind der Überzeugung und unsere Erfahrung zeigt, dass z. B. aus einer selbst gewählten Tagesstruktur sich der Weg auf den ersten Arbeitsmarkt eher entwickelt als durch die einseitige Förderung von Assistenzleistungen und/oder die Platzierung von Betroffenen im sozialpsychiatrischen Ghetto. Wir sind grundsätzlich der Meinung, dass Inklusion und Selbstbestimmung keine Annehmlichkeiten sind, sondern die notwendige Voraussetzung für eine gelingende persönliche Entwicklung des Betroffenen. Zum einen werden natürliche Umgangsformen geübt wie beispielsweise beim Einkauf von Materialien bei einem Lieferanten, was zu einer erhöhten Selbstständigkeit führt, zum anderen wird der Betroffene durch das Gefühl, sein eigenes Leben zu gestalten, wieder gestärkt.

Stellungnahme des LvPEH e. V. vom 26.07.2021 zu Änderung des hessischen PsychKHG und des Maßregelvollzugsgesetzes in 2021

Stellungnahme des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrene Hessen e. V. vom 26.07.2021 zur Gesetzesänderung des Hessischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes und des Maßregelvollzugsgesetzes in 2021



Scheidertalstraße 52

65232 Taunusstein

Tel 06128/93 633 11

Fax 06128/93 633 13

LANDESVERBAND PSYCHIATRIE-ERFAHRENE HESSEN E.V.

Deswegen sind wir der Meinung, dass der „Aufenthalt“ in Institutionen wie Werkstätten für behinderte Menschen, Tagesförderstätten etc. möglichst kurz, also nur von vorübergehender Dauer sein soll und dass schon bald am Anfang eines Aufenthalts in einer solchen Institution mit dem Einverständnis des Betroffenen nach Alternativen gesucht werden soll.

Zu dem Punkt der Tagesstrukturierung gehört auch als Einstieg die vermehrte Förderung von Zuverdienst, um den Menschen die Möglichkeit zu geben, im Bereich Arbeit wieder Fuß zu fassen.

Problematisch, wie schon oben ausgeführt, finden wir ausschließliche dauerhafte Abhängigkeitsverhältnisse zu professionellen Mitarbeitern ohne die Förderung von Beziehungen auf gleicher Augenhöhe mit anderen nichtprofessionellen Mitmenschen. Allerdings kann der Sprung allein zu normalen Kontakten sehr groß sein und trotzdem zur Isolation führen, da die gemeinsamen Themen und Lebenswelten zwischen Psychiatrie-Erfahrenen und normalen Mitbürgern fehlen. Deswegen finden wir es absolut wichtig, dass die Kontakten zu Peers stärker gefördert werden, indem die Selbsthilfe finanziell deutlich besser gestellt wird und auch vermehrt Projekte der Selbsthilfe stärker gefördert werden, auch finanziell.

Das hat den Vorteil, dass man sich hier als Betroffene auf gleicher Augenhöhe trifft und die Lebenswelt in der Selbsthilfe realistischer ist als in einem therapeutischen Setting. Wir versprechen uns davon, dass bei den Betroffenen durch die realen Bedingungen stärker soziale Kompetenz trainiert und durch die gemeinsame Interessenvertretung die Artikulation von eigenen Interessen und Bedürfnissen geübt wird. Auch wird das Selbstvertrauen vermehrt gestärkt, da Leistungen in der Selbsthilfe „real“ sind und nicht über einen Professionellen bestätigt werden, der es aus therapeutischen Gründen betont. Wir sehen in der Selbsthilfe somit auch für den einen oder anderen ein Sprungbrett in die reale Arbeitswelt auf den ersten Arbeitsmarkt, weil er durch das Gelernte aus der Selbsthilfe besser in der Arbeitswelt bestehen kann. Und wir sehen auch, dass durch den Aufbau von

Stellungnahme des LvPEH e. V. vom 26.07.2021 zu Änderung des hessischen PsychKHG und des Maßregelvollzugsgesetzes in 2021

Stellungnahme des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrene Hessen e. V. vom 26.07.2021 zur Gesetzesänderung des Hessischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes und des Maßregelvollzugsgesetzes in 2021



Scheidertalstraße 52
65232 Taunusstein

Tel 06128/93 633 11
Fax 06128/93 633 13

LANDESVERBAND PSYCHIATRIE-ERFAHRENE HESSEN E.V.

eigenen Strukturen die Autonomie wächst und sich auch die Kommunikation zum professionellen System verbessern kann.

Zu den mittelfristigen Hilfen gehören des Weiteren Therapien wegen Traumatisierungen durch das psychiatrische System z. B. durch Zwangsmaßnahmen oder auch Fehlbehandlung und Fehlbetreuung wie z. B. bei Autismus oder dissoziative Identitätsstörung üblich.

Langfristige Hilfen

Die langfristigen Hilfen stehen ganz im Zeichen der Inklusion von psychisch behinderten Menschen, die leider nicht vollständig geheilt werden können, also sogenannten chronisch psychisch kranken Menschen. Menschen, die inkludiert sind, sind in der Regel selbstständiger und zufriedener und werden es sich weniger zum Hobby machen, die nächste Haushilfe aus dem System auch noch herauszuholen, weil diese Menschen mit ihren Aufgaben in der Gesellschaft engagierter und weniger passiv sind. Außerdem brauchen sie Zeit, um ihr Leben zu führen, sodass sie genau hinsehen, was ihnen eine zusätzliche Betreuungsleistung bringt, für die sie ggfs. noch bezahlen müssten, da sie z. B. eigenes Geld verdienen. Insoweit gehört Inklusion für uns zur Voraussetzung einer erfolgreichen Entwicklung und wirkt eher kostendämpfend anstatt -steigernd.

An erster Stelle steht dabei für uns die Integration in eine sinnstiftende Beschäftigung, d. h. z. B. in ehrenamtliche Arbeit in Vereinen und Selbsthilfegruppen, künstlerische Aktivitäten oder Sport in Gruppen, Zuverdienstprojekte, Arbeitsprojekte wie Inklusionsbetriebe mit einem richtigen Arbeitsvertrag und existenssichernden Löhnen und Etablierung von langfristig angelegtem supported employment mit Qualifizierungsmodulen sowie bezahlte Arbeit in Projekten der Selbsthilfe. Nirgendwo sonst wird ein Mensch mehr gefordert, sich sowohl mit seinen eigenen Stärken und Schwächen als auch mit seinen Mitmenschen auseinanderzusetzen als bei einer sinnstiftenden Beschäftigung. Das kann, langfristig gesehen, Entwicklungspotentiale im Verlauf von 10 bis 20 Jahren freisetzen. Statt nur die Werkstätten für behinderte Menschen für diesen Personenkreis als „langfristig“ anzuerkennen und zu finanzieren, sollten Beschäftigungs- und Arbeitsprojekte der Inklusion

Stellungnahme des LvPEH e. V. vom 26.07.2021 zu Änderung des hessischen PsychKHG und des Maßregelvollzugsgesetzes in 2021

Stellungnahme des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrene Hessen e. V. vom 26.07.2021 zur Gesetzesänderung des Hessischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes und des Maßregelvollzugsgesetzes in 2021



Scheidertalstraße 52
65232 Taunusstein

Tel 06128/93 633 11
Fax 06128/93 633 13

LANDESVERBAND PSYCHIATRIE-ERFAHRENE HESSEN E.V.

wie oben aufgeführt langfristig gefördert werden, was unter dem Strich nicht teurer sein wird, wo wir uns aber eher positive Effekte erhoffen. Darüber hinaus stärkt es die Zugehörigkeit zur Gemeinschaft und gibt dem Betroffenen ein Gefühl der Wertschätzung.

Des Weiteren fordern wir in diesem Zusammenhang die stärkere Nutzung des Budgets für Arbeit.

Auf dem freien Arbeitsmarkt sollte nicht von einem Standardarbeitsplatz ausgegangen werden mit starren Arbeitszeiten und festem Platz. Im Zeichen der neuen Zeit mit Digitalisierung ist eine Flexibilisierung von Arbeitszeit und Gestaltung des Arbeitsplatzes, z. B. Homeoffice möglich. Hierzu gehört auch ausdrücklich die Bereitstellung von Teilzeitausbildungen und -umschulungen für Betroffene. Ferner sehen wir es als äußerst wichtig an, die individuelle Suche nach Neigungen und Fähigkeiten zu fördern, als pauschal alle zum Bürokaufmann umzuschulen. Das bedeutet wenig Verantwortung und man hat nur die Defizite im Blick. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass eine psychische Störung die Fähigkeiten überdeckt und wenn man diese Fähigkeiten im Blick hat und fördert, dass damit auch die psychische Störung zurückgeht. So stellen Menschen mit Psychosen fest, wenn sie künstlerisch arbeiten, dass sie dann besser ihre Psychosen im Griff haben. Warum dann nicht die bezahlte Tätigkeit in einem Atelier? Warum nicht als erster Schritt die Finanzierung eines eigenen Ateliers als Tagesstrukturierung, siehe oben bei mittelfristigen Hilfen?!

Auch finden wir es wichtig, dass eine stärkere Integration des Betroffenen in die Gesellschaft in Kontakt mit nichtbehinderten Menschen stattfindet als bisher, weil für viele Betroffenen die Integration in die Gemeinschaft psychisch existenziell ist. Dies kann z. B. durch die Zusammenarbeit von Betroffenen und Nichtbetroffenen in Arbeits- und Beschäftigungsprojekten wie oben ausgeführt passieren.

Ferner finden wir es wichtig, dass Betroffene verstärkt am kulturellen, gesellschaftlichen Leben als bisher teilnehmen können und mehr Kontakte zu Nichtbetroffenen bekommen. Anhand eines Punktesystems wie bei der Pflegeversicherung soll die psychische Notwendigkeit für einen erhöhten behinderungsbedingten Bedarf für die Förderung von kulturellen, gesellschaftlichen Austausch wie z. B. Theaterbesuche, Kinobesuche,

Stellungnahme des LvPEH e. V. vom 26.07.2021 zu Änderung des hessischen PsychKHG und des Maßregelvollzugsgesetzes in 2021

Stellungnahme des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrene Hessen e. V. vom 26.07.2021 zur Gesetzesänderung des Hessischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes und des Maßregelvollzugsgesetzes in 2021



Scheidertalstraße 52
65232 Taunusstein

Tel 06128/93 633 11
Fax 06128/93 633 13

LANDESVERBAND PSYCHIATRIE-ERFAHRENE HESSEN E.V.

Zoobesuche nachgewiesen werden und dann soll der Betreffende einen gewissen Geldbetrag bekommen.

Im Bereich des Wohnens finden wir Heime mit eigenem Appartement für jeden einzelnen plus einem Gemeinschaftsbereich zielführender als angemietete Wohngruppen, wobei in Heime niemand gedrängt werden soll. Bevor jemand ins Heim kommt, sollen verstärkt andere Hilfen wie Assistenz und Pflege ausgeschöpft werden, auch wenn die Kosten dafür höher sind als bei einem Heimaufenthalt. Bei den Außenwohngruppen besteht im Gegensatz zu Heimen mit eigenem Appartement häufig das Problem, dass das Personal mehr Zeit braucht, um von Wohngruppe zu Wohngruppe zu fahren, als dass es Zeit hat, die Bewohner zu unterstützen. Und in einem eigenen Appartement mit Gemeinschaftsbereich kann die Balance zwischen Nähe und Distanz auch eher gelingen.

Um eine Heimunterbringung zu verhindern, sollte neben dem Ausbau von Assistenz auch der Ausbau der Pflegeleistungen und deren Qualität für psychisch kranke Menschen und erleichternden Zugang für arbeitende Psychiatrie-Erfahrene vorangetrieben werden.

Zusammenfassung

Das Positionspapier fußt auf Leitlinien wie dem Biopsychosozialen Modell, der Epigenetik, dem Recovery-Ansatz und der UN-Behindertenkonvention. Statt etablierter, aber nicht unbedingt patientengerechter Therapie- und Eingliederungsansätze empfehlen wir Methoden, die die gesellschaftliche Integration, die Persönlichkeitsentwicklung und die Selbstständigkeit der Betroffenen fördern.

Bei den kurzfristigen Hilfen sollen traumatische Erfahrungen durch psychiatrische Maßnahmen verringert werden, unter anderem durch die Einführung eines 24-Stunden Krisendienstes zur Vermeidung von Klinikeinweisungen, durch die Einführung einer Sitzwache als 1:1-Betreuung bei einer Fixierung und durch offene Türen auf geschlossenen Stationen.

Stellungnahme des LvPEH e. V. vom 26.07.2021 zu Änderung des hessischen PsychKHG und des Maßregelvollzugsgesetzes in 2021

Stellungnahme des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrene Hessen e. V. vom 26.07.2021 zur Gesetzesänderung des Hessischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes und des Maßregelvollzugsgesetzes in 2021



Scheidertalstraße 52
65232 Taunusstein

Tel 06128/93 633 11
Fax 06128/93 633 13

LANDESVERBAND PSYCHIATRIE-ERFAHRENE HESSEN E.V.

Bei den mittelfristigen Hilfen soll ein differenziertes, beeinträchtigungsspezifisches Therapieangebot geschaffen werden: Kunst-, Musik- und Bewegungstherapie auch im ambulanten Bereich; keine Reduktion auf die recht eindimensionale und vereinheitlichende Verhaltenstherapie. Das Ziel ist das Erarbeiten einer Lebensperspektive. Eigene Alternativen zur Tagesstrukturierung wie privat betriebene Werkstätten sollen mehr Akzeptanz finden, nicht nur einrichtungsbezogene Leistungen. Generell soll der Aufenthalt in Institutionen wie Werkstätten oder Tagesförderstätten möglichst kurz sein. Zuverdienstmöglichkeiten und Kontakte zu Peers sollen gestärkt, die Selbsthilfe finanziell bessergestellt werden. Bei den langfristigen Hilfen geht es um die Inklusion in aktive gesellschaftliche Kontexte anstelle einer Fortführung von Abhängigkeiten: um sinnstiftende Betätigung in Beruf und Ehrenamt, in Arbeits- und Zuverdienst Projekte, die Nutzung des Budgets für Arbeit, Teilzeitumschulungen, flexible Arbeitsplätze und mehr Kontakte zu nichtbehinderten Menschen.

11. Juli 2021

Gez. AG gegen Zwang und Gewalt im Landesverband Psychiatrie-Erfahrene Hessen e.V.



Scheidertalstraße 52
65232 Taunusstein

Tel 06128/93 633 11
Fax 06128/93 633 13

LANDESVERBAND PSYCHIATRIE-ERFAHRENE HESSEN E.V.

Zweite Stellungnahme zum Gesetzesentwurf PsychKHG Hessen 2021 sowie Änderung des Maßregelvollzugsgesetzes des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrene Hessen e.V.

Ergänzend zu unserer Stellungnahme vom 26.07.2021 möchten wir noch einbringen, dass wir eine 1-zu-1-Betreuung für jede Art von Fixierung fordern, nicht nur für 5- und 7-Punkt-Fixierung.

Als Alternative zur Fixierung sehen wir das britische und irische Vorgehen, wo Fixierungen verboten sind. Hier wird bei aufgebrachtten Patienten die Haltetechnik angewandt. 4 Mitarbeiter halten einen Patienten fest und wirken mit freundlichen Worten und ruhiger Stimme beruhigend auf den Patienten ein. Maximal ist eine Beruhigungsspritze erlaubt. Wir sehen Zwangsmaßnahmen nur gerechtfertigt bei tätlichen Angriffen gegen Personal und Patienten.

Ferner fordern wir ein Konzept für ein ärztlich begleitetes Medikamentenreduktionsprogramm.

Des Weiteren fordern wir, dass es in der Behandlung, ggf. in der Klinik und in der Begleitung von Psychiatrie-Erfahrenen eine bessere Diagnostik, Therapie und Begleitung gibt und dass auch Menschen Hilfe finden, die z. B. an einer Autismus-Spektrum-Störung oder an schweren Traumafolgestörungen wie die dissoziative Identitätsstörung leiden.

Auch bei Menschen mit Selbstmordgedanken und schweren Selbstverletzungen und mit dem Gefühl, sich nicht zu spüren, die aber keine Borderlinediagnose haben, sollte ebenfalls mit starken Reizen wie z. B. sehr kaltes Wasser gearbeitet werden.

Wir sehen die Unterbringung von selbstmordgefährdeten Patienten auf geschlossenen Stationen als extrem problematisch an. Selbstmordgefährdete Patienten brauchen in erste Linie Gespräche und Zuwendung.

Auch erwarten wir, dass bei der Behandlung und Begleitung nicht nur die Psyche gesehen wird, sondern auch die somatischen Erkrankungen. Wir plädieren für eine ganzheitliche Behandlung und Begleitung.

Wegen des zunehmenden Ärzte- und Pflegepersonalmangel sollen verstärkt Psychotherapeuten eingesetzt werden. Zur Unterstützung des Pflegepersonals sollen vermehrt Genesungsbegleiter ausgebildet und eingestellt werden.

Zweite Stellungnahme des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrene Hessen e. V. vom 05.11.2021 zur Gesetzesänderung des Hessischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes und des Maßregelvollzugsgesetzes in 2021



Scheidertalstraße 52
65232 Taunusstein

Tel 06128/93 633 11
Fax 06128/93 633 13

LANDESVERBAND PSYCHIATRIE-ERFAHRENE HESSEN E.V.

Wir wünschen uns eine Stärkung der Selbsthilfe, indem man auch verstärkt auf die Forderungen der Selbsthilfe eingeht und diese nicht ignoriert.

Außerdem möchten wir die nachgehenden Hilfen in Hessen ausgebaut sehen und bitten darum, dass aus § 30 "Nachgehende Hilfen" des PsychKHG von Rheinland-Pfalz die Absätze 1 bis 3 ebenfalls ins Hessische PsychKHG übernommen werden, die da lauten:

"(1) Die Einrichtung und der Sozialpsychiatrische Dienst wirken in Abstimmung mit der betroffenen Person darauf hin, dass nach der Entlassung aus der Unterbringung oder einer sonstigen stationären Behandlung eine erforderliche tagesklinische oder ambulante Weiterbehandlung der betroffenen Person erfolgt.

(2) Bei der Erbringung von nachgehenden Hilfen arbeiten der Sozialpsychiatrische Dienst und die in § 5 Abs. 1 Satz 2 genannten Personen und Stellen eng zusammen.

(3) Nachgehende Hilfen sind rehabilitativ auszurichten und besonders in den Bereichen Wohnen, Arbeit sowie Teilhabe am Sozialleben anzubieten. Falls die betroffene Person einen mutmaßlichen Bedarf an Teilhabe- oder Rehabilitationsleistungen nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch hat, soll die Einrichtung oder der Sozialpsychiatrische Dienst eine entsprechende Antragstellung anregen und unterstützen."

Ferner sollten die Aufgaben des Fachbeirats Psychiatrie in Hessen genauer spezifiziert werden und erweitert werden. Dabei orientieren wir uns ebenfalls an das PsychKHG von Rheinland-Pfalz, § 7 "Landesbeirat für psychische Gesundheit" Absatz 2 , der da lautet:

"(2) Der Landesbeirat für psychische Gesundheit berät die Landesregierung in grundsätzlichen Fragen der Planung der Strukturen zur Versorgung und Unterstützung psychisch erkrankter Personen und ihrer Angehörigen sowie zur Prävention psychischer Erkrankungen. Er dient seinen Mitgliedern auch als Forum für die gemeinsame Weiterentwicklung des Versorgungs- und Unterstützungssystems für psychisch erkrankte Personen sowie notwendiger Maßnahmen zur Umsetzung des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen."

Trotzdem soll § 31 Absatz 2 2. Satz des hessischen PsychKHG erhalten bleiben.

Zweite Stellungnahme des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrene Hessen e. V. vom 05.11.2021 zur Gesetzesänderung des Hessischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes und des Maßregelvollzugsgesetzes in 2021



Scheidertalstraße 52
65232 Taunusstein

Tel 06128/93 633 11
Fax 06128/93 633 13

LANDESVERBAND PSYCHIATRIE-ERFAHRENE HESSEN E.V.

Zum Abschluss möchten wir darauf hinweisen, dass wir es nicht akzeptabel finden, dass das Gesetz erst in 8 Jahren, d. h. 2029 überprüft werden soll. Der Zeitraum ist zu lang. Wir schlagen als neuen Novellierungszeitpunkt 2025 vor.

Taunusstein, den 05.11.2021

Gez. Vorstand des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrene Hessen e.V.

DIE VERBÄNDE DER KRANKENKASSEN IN HESSEN

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

Hessischer Landtag
Sozial- und Integrationspolitischer Ausschuss
Der Vorsitzende
Herrn Moritz Promny
Schloßplatz 1-3
65183 Wiesbaden

AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen

BKK Landesverband Süd

IKK classic
Landesvertragspolitik Süd

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

KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion Frankfurt

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

05.11.2021

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes und des Maßregelvollzugsgesetzes – Ihre Anfrage vom 06.10.2021 - hier: Stellungnahme der Verbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen in Hessen

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,
sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

vielen Dank für Ihre Anfrage vom 06.10.2021. Die Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in Hessen bedanken sich für die Möglichkeit, im Rahmen der Anhörung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses des Hessischen Landtages zum Entwurf des Gesetzes zur Änderung des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes und des Maßregelvollzugsgesetzes eine Stellungnahme abgeben zu können und kommen Ihrer Anfrage gerne nach.

Aus Sicht der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen in Hessen bestehen keine Anmerkungen oder Ergänzungsvorschläge zu den geplanten gesetzlichen Änderungen. Daher sehen wir auch von einer Teilnahme an der mündlichen Anhörung am 15.11.2021 ab, danken Ihnen jedoch für die Einladung.

Bei Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Claudia Ackermann
für die Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in Hessen

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



BGT
Betreuungsgerichtstag e.V.

Stellungnahme

**Stellungnahme zum Entwurf eines
Gesetzes zur Änderung des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes und des
Maßregelvollzugsgesetzes des Landes Hessen**

**Für den Betreuungsgerichtstag Axel Bauer, Richter am Betreuungsgericht
Frankfurt/M. a.D.**

A. Allgemeines

Angesichts der knappen Zeit für eine Stellungnahme soll hier nur zu wenigen zentralen Punkten des Entwurfes eines Änderungsgesetzes zum **PsychKHG** Stellung genommen werden.

Vorweg soll an dieser Stelle aber dem Bedauern darüber Ausdruck gegeben werden, dass der Beschluss des BVerfG vom 24.7.2018 (2 BvR 309/15; 2 BvR 502/16) zu **körpernahen Fixierungen** erst mit diesem Änderungsgesetz und damit viel zu spät durch eine Änderung des § 21 PsychKHG umgesetzt werden soll. Das Land Hessen hat an dieser Stelle durch jahrelange Untätigkeit alle Akteure des PsychKHG in einer unverantwortlichen Rechts- und Handlungsunsicherheit beim Umgang mit körpernahen Fixierungen belassen. Das ist insbesondere für die von Fixierungen betroffenen Menschen unzumutbar, deren Grundrechte und Interessen im Mittelpunkt des PsychKHG stehen sollten. Darauf zu hoffen, die zuständigen BetreuungsrichterInnen würden die Entscheidung des BVerfG ohne zu zögern auch in Hessen umsetzen, wurde bzw. wird den in Fällen körpernaher Fixierungen gesteigerten Rechtsschutzinteressen der Betroffenen nicht gerecht.

Auch die jetzt geplante Änderung des § 21 PsychKHG zu den körpernahen Fixierungen wird den verfassungsrechtlichen Anforderungen aus der genannten Entscheidung des BVerfG wiederum nicht gerecht (vgl. zu Einzelheiten B./12.). Offenbar ist der hessische Gesetzgeber nicht gewillt, hier über den eigenen Schatten zu springen und den Betroffenen den ihnen den nach dem Grundgesetz gebührenden Rechtsschutz zu gewähren.

Kritisch ist nach wie vor auch die mit dem Änderungsgesetz beibehaltene Beleihung von Ärzten privatrechtlich betriebener Kliniken mit öffentlich-rechtlichen Unterbringungs-befugnissen und ihren Verwerfungen im Kontext des betreuungsgerichtlichen Verfahrensrechts des FamFG zu sehen (Stichwort: Antragsrecht der Ärzte).

Andererseits soll aber auch festgestellt werden, dass einige geänderte Vorschriften teilweise erfreuliche Verbesserungen enthalten. Das betrifft vor allem die Berücksichtigung der Akteure der gesetzlichen Betreuung nach §§ 1896ff BGB durch das Änderungsgesetz.

Soweit in § 2-E die Verpflichtung der barrierefreien Kommunikation und in einfacher Sprache in allen Bereichen des PsychKHG aufgenommen und in § 3 Abs. 2-E herausgestellt wird, dass es Ziel der Hilfen ist, die Selbstbestimmungsfähigkeit der Patienten durch intensive Unterstützungsmaßnahmen zu fördern sowie in § 19 Abs. 1-E aufgenommen wird, dass Behandlungsvereinbarungen und Krisenpläne zu beachten sind, wird der Entwurf begrüßt.

B. Stellungnahme zu den einzelnen Teilen des Gesetzentwurfes

1. Zu § 5 Ambulante Hilfen des Sozialpsychiatrischen Dienstes

Zu begrüßen ist die Einfügung eines neuen Absatzes 6 mit einer Verpflichtung zur Vorhaltung von Krisenhilfen außerhalb der Regelarbeitszeiten, die von den Sozialpsychiatrischen Diensten zu koordinieren sind.

2. Zu § 6 Koordinierung der Hilfsangebote vor Ort

Zu begrüßen ist die Einbeziehung der Gerichte, Betreuungsbehörden, Polizei- und Ordnungsbehörden in die Einladung durch die Sozialpsychiatrischen Dienste zu den Koordinierungsgesprächen des örtlichen Hilfesystems. Denn diese Akteure des Polizei- und Betreuungswesens sind wichtige Kooperationspartner des Sozialpsychiatrischen Dienstes im Bemühen darum, Unterbringungen zu vermeiden und das örtliche Hilfesystem weiterzuentwickeln.

3. Zu § 9 Voraussetzungen von Unterbringung

Zu begrüßen ist der Versuch, in einem neuen Absatz 3 der Norm die Konkurrenz der öffentlich-rechtlichen Unterbringung nach § 9 Absatz 1 PsychKHG zur zivilrechtlichen Unterbringung nach §§ 1906 und 1631b BGB zu regeln. Das entspricht der vom BGT e.V. bereits in der Stellungnahme zum Entwurf des jetzt zu ändernden Gesetzes erhobenen Forderung.

Allerdings sollte die Formulierung des Änderungsentwurfes geändert werden. Sie ist missverständlich, soweit nur der „**Vollzug**“ einer gleichfalls angeordneten Unterbringung nach den §§ 1906 oder 1631b des Bürgerlichen Gesetzbuches gegenüber einer Unterbringung nach PsychKHG vorrangig sein soll. Mit dem Wort „Vollzug“ könnte die Vorstellung verbunden sein, das Betreuungs- bzw Familiengericht müsste die vom Betreuer/Bevollmächtigten bzw die von den sorgeberechtigten Eltern/vom Vormund/Ergänzungspfleger angeordnete zivilrechtliche Unterbringung bereits genehmigt haben, damit diese Form der Unterbringung vorrangig vor der nach § 9 Absatz 1 PsychKHG ist.

Vorrangig sollte hingegen bereits die vom gesetzlichen Vertreter der unterzubringenden Person in Fällen von Gefahr im Verzuge **zulässiger Weise** angeordnete vorläufige Unterbringung nach §§ 1906 Absatz 2 Satz 2 BGB bzw § 1631b Absatz 1 Satz 3 BGB auch vor Erteilung der gerichtlichen Genehmigung sein.

Eine unzweideutige Formulierung könnte ein Wortlaut wie der des § 11 Absatz 2 des PsychKHG Rheinland-Pfalz sein:

„Die Bestimmungen dieses Gesetzes über die Unterbringung finden keine Anwendung, wenn eine Person auf Grund des Aufenthaltsbestimmungsrechts der Person, der die gesetzliche Vertretung obliegt, untergebracht und die in Absatz 1 Satz 1 genannte Gefahr damit abgewendet wird.“

Mit dieser Formulierung wird gleichzeitig klargestellt, dass eine Unterbringung nach § 9 Abs. 1 PsychKHG gegenüber einer zivilrechtlichen Unterbringung nur in solchen Fällen nachrangig ist, in denen der gesetzliche Vertreter (Betreuer/Sorgeberechtigter/Vormund/Ergänzungspfleger) **die für die öffentlich-rechtliche Unterbringung nach Absatz 1 maßgebliche Gefahr** zulässigerweise durch seine Anordnung der Unterbringung abwendet. Das kann und darf im Falle der Unterbringung durch den gesetzlichen Betreuer nach § 1906 Absatz 1 BGB nur zur Abwendung einer erheblichen Eigengefahr erfolgen.

Zusätzlich sollte aber andererseits auch klargestellt werden, dass eine Unterbringung nach § 9 Absatz 1 PsychKHG zulässig bleibt, wenn der gesetzliche Vertreter nicht tätig wird oder eine Unterbringung ablehnt. So z.B. § 4 Absatz 2 Unterbringungs-gesetz Saarland:

„Absatz 1 ist auch anwendbar, wenn eine Unterbringung psychisch Kranker nach den §§ 1631b, 1800, 1906 und 1915 des Bürgerlichen Gesetzbuchs durch ihre gesetzlichen Vertreter/innen, denen das Aufenthaltsbestimmungsrecht zusteht, unterbleibt oder der/die gesetzliche Vertreter/in, dem/der das Aufenthaltsbestimmungsrecht zusteht, der Unterbringung widerspricht.“

4. Zu § 10 Psychiatrische Krankenhäuser

Die vom Änderungsentwurf vorgesehene Streichung des § 10 Absatz 2 Satz 2 PsychKHG wird nachdrücklich begrüßt. Eine Unterbringung von Kindern und Jugendlichen in der Erwachsenenpsychiatrie sollte zu deren Wohl grundsätzlich unzulässig sein.

Dass mit **Absatz 3 Satz 1** die Berücksichtigung der Wünsche der Betroffenen und die Wohnortnähe bei der Wahl des psychiatrischen Krankenhauses entfallen soll, wird **abgelehnt**.

Zur Begründung ohne nähere Erläuterung praktische Umsetzungsschwierigkeiten wie die (gerechtfertigte?) Ablehnung der Aufnahme durch die gewünschte Einrichtung zu benennen, kann für die Streichung dieser für die Betroffenen wichtigen Vorschrift nicht ausreichen, sollte vielmehr Anlass sein, die Umsetzungsschwierigkeiten klar zu benennen und Lösungen zu entwickeln. Wohnortnahe und den Wünschen der Betroffenen entsprechende stationäre Behandlungsorte sollten Ziel einer modernen gemeindenahen Psychiatrie sein. Im Übrigen sind die Wünsche der Betroffenen und die Wohnortnähe nach der geltenden Rechtslage (nur) zu berücksichtigende Umstände bei der Auswahl der Klinik, so dass im Einzelfall begründete praktische, anders nicht lösbare Umsetzungsprobleme eine andere Wahl der psychiatrischen Klinik zulassen. Es gibt also keinen Grund für eine Streichung der Bestimmung.

5. Zu § 11 Beleihung und Bestellung

Aus grundsätzlichen verfassungsrechtlichen Gründen, die hier nicht näher dargestellt werden können, sollte eine Beleihung von Bediensteten privatrechtlich organisierter Träger mit öffentlich-rechtlichen Unterbringungsbefugnissen nicht erfolgen. Andere Bundesländer haben aus guten Gründen darauf verzichtet und überwiegend allein die Sozialpsychiatrischen Dienste mit der Befugnis zur Anordnung der vorläufigen Unterbringung betraut.

Die Hessische Bestimmung des § 11 PsychKHG führt ua bei der sofortigen vorläufigen Unterbringung nach § 17 Absatz 1 zu erheblichen Verwerfungen in dem einstweiligen Anordnungsverfahren, das durch den beliehenen und nach § 11 Absatz 2 bestellten Arzt einzuleiten ist (vgl. zu Einzelheiten 8.).

Zugestimmt wird dem Zusatz zu § 11 Absatz 2, dass die Träger der psychiatrischen Krankenhäuser sicher stellen müssen, dass die bestellten Ärztinnen und Ärzte über ihre Aufgaben nach diesem Gesetz unterwiesen werden.

6. Zu § 13 Besuchskommission

Zugestimmt wird der in Absatz 3 Satz 1 geplanten Verkürzung der Besuchsfrist auf zwei statt drei Jahre. Eine **jährliche** Besuchsauflage wäre allerdings im Interesse insbesondere der Patienten angemessener (vgl. in diesem Sinne § 29 Absatz 1 Satz 2 PsychKHG Rheinland-Pfalz).

Die Ankündigungsverpflichtung ist zu streichen. Dass die Besuchskommissionen ihren Besuch den Kliniken ein bis drei Tage vorab **ankündigen** müssen (Absatz 3 Satz 2), gefährdet aus nahe liegenden Gründen die zum Schutz und im Interesse der Patienten zwingend erforderliche Effizienz der Besuche der Besuchskommissionen und wird dem Zweck der Tätigkeit von Besuchskommissionen nicht gerecht. Das Baden-Württembergische und das Thüringische PsychKHG enthalten in § 27 bzw in § 24 ebenfalls **keine Ankündigungspflicht** (vgl. ebenso § 29 PsychKHG Rheinland-Pfalz).

Zugestimmt wird der geplanten Neuregelung in Absatz 3 Satz 6, dass der/die Patientenfürsprecherin zu dem Besuch durch die Besuchskommission hinzugezogen werden „soll“ (statt bisher „kann“).

7. Zu § 16 Unterbringungsverfahren

Den überfälligen Änderungen und Ergänzungen in Absatz 2 und 3 zur Zuständigkeit für Verlängerungsanträge und zur örtlichen Zuständigkeit für wohnsitzlose oder solche Personen, deren gewöhnlicher Aufenthaltsort nicht feststellbar ist, wird zugestimmt. Es verwundert allerdings auch hier, wie lange auf eine Änderung trotz der dem Ministerium bekannt gewordenen Praxisprobleme gewartet werden musste. Bei der Antragsbefugnis der zuständigen Verwaltungsbehörde für Verlängerungen der Unterbringung nach Absatz 2 iVm mit Absatz 1 sollte aber **aus dem Wortlaut der Vorschrift** deutlich werden, dass die Verlängerung auch dann eines Antrages

der Behörde bedarf, wenn die zu verlängernde (Erst-)Unterbringung im Wege der einstweiligen Anordnung nach §§ 331ff FamFG gerichtlich angeordnet worden ist.

Dass die Erforderlichkeit eines Antrages des Gesundheitsamtes sowohl Fälle betrifft, in denen die Unterbringung vom zuständigen Gericht zunächst nach § 16 als auch Fälle betrifft, nach denen die Unterbringung zunächst vom zuständigen Gericht nach § 17 angeordnet wurde, sollte sich wegen der dem Ministerium langjährig bekannten regional unterschiedlichen Auffassungen und Verfahrensweisen nicht nur aus der Gesetzesbegründung ergeben.

8. Zu § 17 Sofortige vorläufige Unterbringung

Der ersten Änderung in Absatz 1 (**Hinzufügung eines neuen Satzes 2**) wird zugestimmt. Es sollte zwar in der Praxis selbstverständlich sein, dass der die sofortige vorläufige Unterbringung anordnende Arzt die von der Polizei dokumentierten Umstände der polizeilichen Verbringung nach § 32 Absatz 4 HSOG bei seiner Entscheidung über die Unterbringung berücksichtigt. Dies in Gesetzesform zu bringen, wird aber hoffentlich helfen können, dass eine solche Berücksichtigung auch tatsächlich stattfindet.

Der zweiten Änderung im neuen Satz 3, dass nach der Anordnung der sofortigen vorläufigen Unterbringung „**ein Arzt des psychiatrischen Krankenhauses**“ unverzüglich eine einstweilige Anordnung des Gerichts nach § 331ff FamFG zu „**beantragen**“ hat, begegnet hingegen Kritik.

Zwar ist positiv zu bewerten, dass der Entwurf damit den Streit in der Rechtsprechung hessischer Gerichte (Antrags- oder Amtsverfahren?) entschieden hat.

Die dadurch bevorzugte „Antragslösung“ begegnet aber erheblichen verfahrensrechtlichen Bedenken und Problemen des FamFG-Verfahrensrechts, die dem federführenden Ministerium seit Jahren hinlänglich bekannt sind und die Gerichte demnach weiter beschäftigen werden:

- Ist Antrag stellender Arzt Verfahrensbeteiligter des gerichtlichen Unterbringungsverfahrens nach § 7 Absatz 1 iVm §§ 312ff FamFG (oder die ihn beschäftigende Klinik)?
- Interessenwiderstreit: Antrag stellender Arzt als Sachverständiger in eigener Sache zulässig oder darf der Antrag stellende Arzt das für die Unterbringung erforderliche ärztliche Zeugnis nach § 331 Satz 1 Nr. 2 FamFG nicht erstatten? Und wenn nein, wer soll das ärztliche Zeugnis dann in der Praxis (Eilfall!) erstellen?
- Kostenhaftung des Antrag stellenden Arztes oder des ihn beschäftigenden Krankenhauses für einen unbegründeten Unterbringungsantrag? (vgl. §§ 81ff FamFG: insbesondere bei Nichtrücknahme des Antrages trotz dahingehenden rechtlichen Hinweises des Gerichts, § 81 Absatz 2 Nr. 1. und 2. FamFG).
- Beschwerdebefugnis des Antrag stellenden Arztes oder der ihn beschäftigenden Klinik bei Antragsabweisung (vgl. § 59 Absatz 2 FamFG)?

Aus der Entwurfsbegründung geht hervor, dass zur Antragstellung nach § 17 Absatz 1 alle ÄrztInnen des psychiatrischen Krankenhauses berechtigt sein sollen, also auch solche, denen öffentlich-rechtliche Aufgaben der Unterbringung nach § 11 PsychKHG nicht übertragen worden sind. Eine nähere Begründung dieser Regelung ist nicht erfolgt. Da aber der inhaltliche Zusammenhang zwischen der Anordnung der Unterbringung an sich und der damit unmittelbar verbundenen Antragstellung nach FamFG bei Gericht auf der Hand liegt und als ein Vorgang der öffentlich-rechtlichen Unterbringung zu werten ist, wird die Übertragung der Antragsbefugnis auch auf nicht beliehene ÄrztInnen **abgelehnt**.

Der Neufassung des **Absatzes 3 Satz 2** („Die Nichtaufnahme oder die Entlassung ist unter Angabe von Gründen zu dokumentieren; in den Fällen des § 32 Abs. 4 Satz 1 des Hessischen Gesetzes über die öffentliche Sicherheit und Ordnung ist die örtliche Ordnungsbehörde oder die zuständige Polizeibehörde über die Nichtaufnahme oder die Entlassung zu informieren.“) wird zugestimmt.

Der neu geplante **Absatz 4** des § 17 ist überfällig und wird von gut arbeitenden Ärzten auch ohne gesetzliche Regelung praktiziert:

Die Pflicht zur unverzüglichen **Benachrichtigung des gesetzlichen Vertreters** durch das Krankenhaus über die vorläufig Unterbringung sollte unverzichtbarer Standard guter klinischer Praxis werden.

Mit der geplanten Neuregelung wird der jahrelang von Akteuren des Betreuungsrechts erhobenen Forderung der Einbeziehung der gesetzlichen Betreuer entsprochen.

9. **§ 18 Rechtsstellung der Betroffenen** (Überschrift der Norm sollte so auch ergänzt werden!)

Der Streichung des Absatzes 5 der Norm wird vorbehaltlos zugestimmt:
Dass die untergebrachte Person der „**Hausordnung des psychiatrischen Krankenhauses**“ unterliege, ist verfassungsrechtlich unhaltbar, da es ein „besonderes Gewaltverhältnis“ in Einrichtungen wie in Krankenhäusern über deren Patienten in einem demokratischen Rechtsstaat nicht geben darf. Besondere Gewaltverhältnisse mit ggfls. täglich praktizierten Grundrechtseingriffen ohne gerichtliche Kontrolle sind verfassungsrechtlich eindeutig unzulässig. Vgl. insoweit nur unter A. die Entscheidung des BVerfG vom 24.7.2018 zum Richtervorbehalt bei körpernahen Fixierungen.

10. Zu **§ 19 Behandlung**

Den Änderungen der Norm wird mit den folgenden Anmerkungen bzw Forderungen zur Abänderung zugestimmt:

a) **Absatz 1:**

Dem Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Sofern das psychiatrische Krankenhaus mit der untergebrachten Person eine Behandlungsvereinbarung geschlossen hat oder einen Krisenplan erstellt hat, sind diese zu beachten.“

Dieser Änderung wird zugestimmt.

b) Absatz 2 wird nach dem Entwurf wie folgt geändert:

aa) Soweit nach Satz 1 nach dem Wort „Person“ ein Komma und die Wörter „ihrer gesetzlichen Vertreterin, ihres gesetzlichen Vertreters, ihrer Betreuerin oder ihres Betreuers, sofern Kenntnis über eine gesetzliche Vertretung oder eine Betreuung besteht“ eingefügt werden soll, kann dem in dieser Fassung so **nicht zugestimmt werden**.

Begründung:

Der Entwurf übersieht völlig die Befugnisse von ausdrücklich zur Entscheidung in der Gesundheitsorge Bevollmächtigten/VollmachtnehmerInnen iSd § 1896 Absatz 2 Satz 2 BGB. Erneut wird deutlich, wie wenig das Ministerium eine Berücksichtigung betreuungsgesetzlicher Regelungen im PsychKHG im Fokus hat.

Bei **einwilligungsfähigen** (!) Betreuten iSd Absatzes 2 Satz 2 des geltenden Rechts entscheidet nach betreuungsrechtlichen Maßstäben allein der Betreute und **nicht der Betreuer/Bevollmächtigte**, mag dieser auch allgemein für die Gesundheitsorge oder sogar für die Einwilligung in ärztliche Maßnahmen bestellt/bevollmächtigt sein.

Bei **einwilligungsunfähigen** Betreuten entscheidet der Betreuer/Bevollmächtigte nur, wenn er auch über den entsprechenden Aufgabenkreis (der Gesundheitsorge) verfügt. Ansonsten sollte der Betreuer/Bevollmächtigte zwar von der Klinik zwar informiert werden, entscheidungsbefugt ist er aber nur nach entsprechender Erweiterung seines Aufgabenkreises durch das Betreuungsgericht bzw nach Bestellung eines Betreuers für die Gesundheitsorge bei nicht ausreichender Bevollmächtigung.

Dementsprechend sollte die Einwilligung des zuständigen Betreuers/Bevollmächtigten mit entsprechendem Aufgabenkreis im Falle des einwilligungsunfähigen Betreuten nach **Satz 2 des Absatzes 2 als neuer Satz 3** eingefügt werden.

bb) Absatz 2 **Satz 3** soll gemäß Entwurf wie folgt gefasst werden:

„Die Vorschriften zur Patientenverfügung (§ 1901a des Bürgerlichen Gesetzbuches) und zur Feststellung des Patientenwillens (§ 1901b des Bürgerlichen Gesetzbuches) bleiben unberührt.“

Mit dieser geänderten Formulierung wird die Rechtslage zwar grundsätzlich richtig, aber nur wenig erhellend für die gerichtliche und klinische Praxis beschrieben. Konkreter und für alle Akteure, insbesondere für die untergebrachten Personen, nachvollziehbarer wäre wie folgt zu formulieren:

„Im Falle der Behandlung zur Abwehr einer Selbstgefährdung der untergebrachten Person ist die von dieser verfasste Patientenverfügung (§ 1901a BGB) zu beachten. Soweit in dieser Verfügung eine Behandlung auch gegen den aktuell geäußerten Willen ausdrücklich verlangt wird, entfällt ein Verfahren zur Genehmigung einer erforderlichen zwangsweisen ärztlichen Behandlung nach § 20 PsychKHG oder nach § 1906a BGB nicht.“

Auch bei Nichtvorliegen einer Patientenverfügung iSd § 1901a Absatz 1 BGB sind die Vorschriften der §§ 1901a **Absatz 2 und 3** und 1901b BGB zur Beachtung von Behandlungswünschen und dem mutmaßlichen Willen des Betroffenen und zur Feststellung von dessen Willen zu beachten.“

Vgl. zu weiteren Einzelheiten des vorstehenden Gesetzesvorschlages Heidelberger Kommentar zum Betreuungs- und Unterbringungsrecht, § 1901a BGB Rn. 11, 42, 43; 1906a BGB Rn. 167ff, 171ff, 174ff.

Vgl. weiter auch zu **11. § 20 Behandlungsmaßnahmen**.

11. Zu § 20 Behandlungsmaßnahmen

Laut Begründung des Gesetzentwurfes wird die Voraussetzung für eine zwangsweise Behandlung gegen den Willen einer untergebrachten Person im Falle von „**Gefahr im Verzug**“ angehoben, indem normiert wird, dass dies ohne richterliche Genehmigung nur dann zulässig ist, wenn die Nachteile für das Leben oder die Gesundheit der gefährdeten Person „**erheblich**“ sind.

Der Verschärfung der Voraussetzungen für eine Zwangsbehandlung ohne richterliche Genehmigung wird **zugestimmt**. Damit wird endlich einer lang erhobenen Forderung insbesondere der juristischen Fachöffentlichkeit und des BGT e.V. entsprochen.

Soweit allerdings die Entwurfsbegründung davon ausgeht, eine solche Zwangsbehandlung sei gemäß § 20 Absatz 5 nur in Fällen von „**Gefahr im Verzuge**“ und der damit einhergehenden erheblichen Nachteile für Gesundheit oder Leben der untergebrachten Person zulässig, geht das aus dem Wortlaut der ansonsten unverändert gebliebenen Vorschrift des § 20 Absatz 5 Satz 2 keineswegs eindeutig genug hervor:

Denn die Bezugnahme auf § 20 Absatz 1 Nr. 1 und Absatz 2 regelt nur die Frage, zu welchem Zweck eine Zwangsbehandlung erfolgen darf (Abwehr einer erheblichen Eigengefahr, Absatz 1 Nr. 1; Abwehr einer Fremdgefahr nach Absatz 2). Allenfalls in Absatz 2 wird durch den Begriff der Gefahr einer „**gegenwärtigen**“ schwerwiegenden Gesundheitsschädigung anderer Personen Bezug auf die Konkretheit der Gefahr und die Erforderlichkeit eines schnellen medizinischen Interventionserfordernisses genommen.

Es ist deshalb erforderlich, in Absatz 5 selbst (für den Fall einer gesundheitlichen Selbstschädigung der untergebrachten Person) die Voraussetzung für den Beginn der Zwangsbehandlung ohne richterliche Genehmigung klar und deutlich an eine **Gefahr im Verzuge** für das Leben oder für eine schwerwiegende gesundheitliche Schädigung des Betroffenen ohne sofortigen Behandlungsbeginn zu knüpfen.

Darüber hinaus ist erneut und zum wiederholten Male festzustellen:

- **Es fehlt eine unzweideutige Regelung einer Antragsbefugnis in Eilfällen:**

Für Zwangsbehandlungsmaßnahmen nach § 20 muss dringend klargestellt werden, welche Person oder Stelle die nach **Absatz 5** bestimmte betreuungsgerichtliche Genehmigung herbeizuführen befugt ist. Nach Auffassung der Betreuungsrichter/Innen

des AG Frankfurt/Main und entsprechend der Praxis wohl der meisten Betreuungsgerichte in Hessen ist das wegen der Regelung in § 16 Absatz 1 und 4 (Einleitung des gerichtlichen Verfahrens über die ärztliche Behandlung durch einen Antrag der zuständigen Verwaltungsbehörde; Vorlage einer ausführlichen ärztlichen Stellungnahme zur Notwendigkeit und Dauer von Behandlungsmaßnahmen nach § 20 Abs. 1 und 2) ausschließlich die nach § 16 Absatz 2 zuständige **Verwaltungsbehörde**. Es muss aber nach der geltenden Fassung des Gesetzes befürchtet werden, dass einige Gerichte auch die nach § 11 bestellten Ärzte – zumindest in **Eilfällen**, dh. in Verfahren der einstweiligen Anordnung nach §§ 331ff FamFG - in (unzulässiger) Analogie zu § 17 - für antragsbefugt halten.

- **§ 20 Absatz 1 Nr. 2 ist zu streichen:**

Soweit § 20 Abs. 1 **Nr. 2** eine Zwangsbehandlung - **alternativ zu Nr. 1** zur Abwehr erheblicher Gesundheitsgefahren – zur Wiederherstellung der Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit der untergebrachten Person dann rechtfertigt, wenn ohne die ärztliche Maßnahme eine Entlassung nicht möglich sein wird, ist diese Regelung aus verfassungsrechtlichen Gründen **zu unbestimmt** und muss dringend konkretisiert werden. Ansonsten ist die Zwangsbehandlung ggfls auch schon zu Beginn einer nur kurzfristigen (Erst-)Unterbringung oder zumindest dann zulässig, wenn diese kurzfristige Unterbringung bei Fristablauf zur Verlängerung ansteht. Das aber würde in vielen Fällen mit dem für die Voraussetzungen einer Zwangsbehandlung nach **Abs. 3** der Norm erforderlichen Zeitaufwand u.a. für die erfolglos versuchten Überzeugungsversuche, Aufklärungsgespräche und Ankündigungen kollidieren.

Es wird allerdings angeraten, § 20 Abs. 1 **Nr. 2 ersatzlos zu streichen:**

Wie in § 18 Abs. 5 PsychKHG NRW oder in § 20 Abs. 3 PsychKHG Baden-Württemberg sollte die Regelung vielmehr in die der bereits bestehenden **Nr. 3 des Absatz 3** des § 20 ergänzend eingefügt werden, um das Ziel und den Zweck der (Zwangs-)Behandlung zu beschreiben. Denn Abs. 1 Nr. 2 stellt insoweit eine verwirrende Doppelung dar.

Das PsychKHG erlaubt in der derzeitigen Fassung offensichtlich die Zwangsbehandlung eines zur freien Willensbildung Befähigten zur Abwehr von **Fremdgefahren**, die von ihm ausgehen. Das ist nach der einschlägigen Entscheidung des BVerfG (FamRZ 2011, 1128ff, 1927ff) aber verfassungsrechtlich unzulässig (Vgl. insoweit auch *Mazur/Kießling*, Recht auf Zwangsbehandlung? MedR 2019, 792, 796).

Ein Regelungsbedarf für eine Zwangsbehandlung zur Abwehr von Fremdgefahren besteht zudem nicht:

Denn insoweit werden zumindest Fremdgefahren für Dritte **außerhalb der Unterbringungsklinik** bereits durch die Unterbringung selbst beseitigt. Zur Abwehr von Gefahren für Mitpatienten und Personal der Klinik wird regelmäßig eine kurzfristige körpernahe Fixierung oder eine time-out-Maßnahme i.S.d. § 21 als milderer Mittel ausreichend sein. Das entspricht der Rechtsprechung des AG Frankfurt/Main und wurde vom LG Frankfurt/M. bestätigt. Die Erforderlichkeit einer Zwangsbehandlung zur Abwehr der entsprechenden Gefährdung ist nach der Praxiserfahrung nahezu ausgeschlossen.

- Die Wirkungen einer **Patientenverfügung**, die eine Zwangsbehandlung der untergebrachten Person verbietet, sind in § 20 dringend ausdrücklich ggfls durch eine Bezugnahme auf § 19 Absatz 2 wie folgt zu regeln (vgl zu Einzelheiten **10b/bb**):

aa) Eine auf die Behandlungssituation zutreffende und wirksame **Patientenverfügung** ist verbindlich und zu beachten, soweit sie die Zwangsbehandlung zur Abwehr einer **Eigengefahr** vom Patienten selbst verbietet, denn insoweit kann es eine verfassungsrechtlich zulässige Zwangsbehandlung gegen den Willen einer zum Zeitpunkt der Erstellung der Patientenverfügung einwilligungsfähigen Person (Einwilligungsfähigkeit ist Wirksamkeitsvoraussetzung der Patientenverfügung i.S.d. § 1901a Abs. 1 BGB) nicht geben (vgl. LG Osnabrück, Beschluss vom 10.01.2020, 4 T 8/20, 4 T 9/20, 4 T 10/20, zu §§ 21 Abs. 2, 21a Abs. 1 S. 1 Nr. 2 NdsPsychKG; vgl. auch § 18 Abs. 4 Satz 2 PsychKHG NRW: „Eine vorliegende Patientenverfügung ist zu beachten.“ Vgl. auch § 28 Abs. 7 Satz 1 Nr. 3 PsychKG Hamburg: *„der Einrichtung eine wirksame Patientenverfügung, die eine die Selbstgefährdung abwehrende Behandlung untersagt, nicht vorliegt.“*).

bb) Dasselbe gilt für einen der Behandlung einer gesundheitlichen **Eigengefahr** entgegenstehenden (**Nichtbehandlungs-**)Willen des Betroffenen iSd § 1901a **Absatz 2** BGB, den dieser in einwilligungsfähigem Zustand geäußert hat, vgl. § 21a Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 NdsPsychKHG, § 28 Abs. 5 Satz 2 PsychKG Berlin, § 16 Abs. 2 PsychKG Hamburg.

12. Zu § 21 Besondere Sicherungsmaßnahmen

Der Gesetzesentwurf ist in Absatz 1 Satz 2 (auszugsweise) wie folgt gefasst und wird damit nach Auffassung des BGT e.V. – entgegen der Darstellung der Entwurfsbegründung - den Vorgaben des BVerfG in seiner Entscheidung vom 24.7.2018 zu körpernahen Fixierungen gerade nicht gerecht:

(1) Bei einer gegenwärtigen erheblichen Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der untergebrachten Person oder für das Leben, die Gesundheit oder andere bedeutende Rechtsgüter Anderer können besondere Sicherungsmaßnahmen angeordnet werden, wenn und solange die Gefahr nicht durch weniger einschneidende Maßnahmen abgewendet werden kann. Als besondere Sicherungsmaßnahmen sind im Einzelfall zulässig:

1. die Absonderung von anderen Patienten,
2. die Unterbringung in einem besonders gesicherten Raum ohne gefährdende Gegenstände,
3. der Entzug oder die Vorenthaltung von Gegenständen,
4. der Entzug oder die Beschränkung des Aufenthalts im Freien,
- 5. die Aufhebung der Bewegungsfreiheit an allen Gliedmaßen,**
- 6. die sonstige Einschränkung der Bewegungsfreiheit durch eine mechanische Vorrichtung,**

7. die Beobachtung der untergebrachten Person, auch durch technische Hilfsmittel.

(2) Bei einer besonderen Sicherungsmaßnahme nach Abs. 1 Satz 2

1. Nr. 2 und **6 hat eine engmaschige Überwachung durch therapeutisches oder pflegerisches Personal zu erfolgen,**

2. Nr. 5 ist grundsätzlich die Eins-zu-eins-Betreuung durch therapeutisches oder pflegerisches Personal zu gewährleisten.

(3) Eine besondere Sicherungsmaßnahme nach Abs. 1 Satz 2 **Nr. 5**, durch die die Bewegungsfreiheit der untergebrachten Person nicht nur kurzfristig vollständig aufgehoben

wird, darf nur durch das Gericht auf Antrag der ärztlichen Leitung angeordnet werden. Sie

gilt dann als nicht nur kurzfristig, wenn im Zeitpunkt der Anordnung der Maßnahme davon

auszugehen ist, dass ihre Dauer eine halbe Stunde überschreiten wird oder dies im Verlauf

erkennbar wird. Bei Gefahr im Verzug kann die Anordnung einer nicht nur kurzfristigen besonderen Sicherungsmaßnahme nach Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 durch eine Ärztin oder einen Arzt

nach § 11 Abs. 2 Satz 1 getroffen werden.

In diesem Fall ist unverzüglich eine nachträgliche richterliche Genehmigung zu beantragen, es sei denn,

1. es ist bereits zu Beginn der Maßnahme abzusehen, dass die Entscheidung erst nach

Wegfall des Grundes der Maßnahme ergehen wird oder

2. die Maßnahme ist vor Herbeiführung der Entscheidung tatsächlich beendet und es ist

auch keine Wiederholung zu erwarten.

Ist eine richterliche Entscheidung beantragt und die Maßnahme vor deren Erlangung beendet worden, so ist dies dem Gericht unverzüglich mitzuteilen. Nach Beendigung der besonderen Sicherungsmaßnahme nach Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 ist die untergebrachte Person durch

eine Ärztin oder einen Arzt auf die Möglichkeit der nachträglichen gerichtlichen Überprüfung

ihrer Zulässigkeit hinzuweisen.

(4) Eine besondere Sicherungsmaßnahme nach Abs. 1 Satz 2 **Nr. 6**, durch die die Bewegungsfreiheit der untergebrachten Person über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig

entzogen wird, darf nur durch das Gericht auf Antrag der ärztlichen Leitung angeordnet werden.

Abs. 3 Satz 3 bis 6 gelten entsprechend.

Es wird also in dem Entwurf zur Neufassung des § 21 nach der Entwurfsbegründung differenziert zwischen der **Aufhebung der Bewegungsfreiheit (Nr. 5)** und der **sonstigen Einschränkung der Bewegungsfreiheit durch mechanische Mittel (Nr. 6)**.

Gemäß dieser Differenzierung wird sodann die Intensität des zu gewährleistenden Rechtsschutzes in Absatz 3 und 4 unterschiedlich ausgestaltet.

Die Aufhebung der Bewegungsfreiheit nach **Nr. 5** soll sich gemäß Begründung auf eine Fixierung **aller Gliedmaßnahmen** beziehen, also **nur auf die 7-Punkt und 5-Punkt Fixierung**, zu der eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts in den konkreten Fällen getroffen wurde.

Die sonstige Einschränkung der Bewegungsfreiheit (Nr. 6) bezeichnet hingegen laut Begründung einschränkende Maßnahmen unterhalb der Aufhebung der Bewegungsfreiheit.

Schon die Unterscheidung zwischen Nr. 5 und Nr. 6 aber entspricht keineswegs den Vorgaben des BVerfG in seiner Entscheidung vom 24.7.2018 (Rn 67 und Rn 68). Denn das BVerfG hat zur körpernahen Fixierung ausgeführt:

„Jedenfalls eine 5-Punkt- oder 7-Punkt-Fixierung, bei der sämtliche Gliedmaßen des Betroffenen mit Gurten am Bett festgebunden werden, stellt eine Freiheitsentziehung im Sinne von Art. 104 Abs. 2 GG dar, es sei denn, es handelt sich um eine lediglich kurzfristige Maßnahme. Von einer kurzfristigen Maßnahme ist in der Regel auszugehen, wenn sie absehbar die Dauer von ungefähr einer halben Stunde unterschreitet. Die vollständige Aufhebung der Bewegungsfreiheit durch die 5-Punkt- oder die 7-Punkt-Fixierung am Bett nimmt dem Betroffenen die ihm bei der Unterbringung auf einer geschlossenen psychiatrischen Station noch verbliebene Freiheit, sich innerhalb dieser Station – oder zumindest innerhalb des Krankenzimmers – zu bewegen. Diese Form der Fixierung ist darauf angelegt, den Betroffenen auf seinem Krankenbett vollständig bewegungsunfähig zu halten.

Sowohl eine 5-Punkt- als auch eine 7-Punkt-Fixierung weisen eine Eingriffsqualität auf, die von der richterlichen Unterbringungsanordnung nicht gedeckt ist und eine Einordnung als eigenständige Freiheitsentziehung rechtfertigt (vgl. BGH, Beschluss vom 15. September 2010 - XII ZB 383/10 -, juris, Rn. 27; Beschluss vom 12. September 2012 - XII ZB 543/11 -, juris, Rn. 14) Die Fortbewegungsfreiheit des Betroffenen wird bei dieser Form der Fixierung nach jeder Richtung hin vollständig aufgehoben und damit über das bereits mit der Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung verbundene Maß, namentlich die Beschränkung des Bewegungsradius auf die Räumlichkeiten der Unterbringungseinrichtung, hinaus beschnitten.

Die besondere Intensität des Eingriffs folgt bei der 5-Punkt- und der 7-Punkt-Fixierung zudem daraus, dass ein gezielt vorgenommener Eingriff in die Bewegungsfreiheit als umso bedrohlicher erlebt wird, je mehr der Betroffene sich dem Geschehen hilflos und ohnmächtig ausgeliefert sieht (vgl. zur Zwangsbehandlung BVerfGE 128, 282 <302 f.>). Hinzu kommt, dass der Eingriff in der Unterbringung häufig Menschen treffen wird, die aufgrund ihrer psychischen Verfassung die Nichtbeachtung ihres Willens besonders intensiv empfinden (vgl. BVerfGE 128, 282 <302 f.>). Des Weiteren sind die Betroffenen für die Befriedigung natürlicher Bedürfnisse völlig von der rechtzeitigen Hilfe durch das Pflegepersonal abhängig. Im Verhältnis zu anderen Zwangsmaßnahmen wird die Fixierung von ihnen daher regelmäßig als besonders belastend wahrgenommen (vgl. Steinert/Birk/Flammer/ Bergk, Psychiatric Services 2013, S. 1012 <1014 f.>). Darüber hinaus besteht auch bei sachgemäßer Durchführung einer Fixierung die Gefahr, dass der Betroffene durch die längerdauernde Immobilisation Gesundheitsschäden wie eine Venenthrombose oder eine Lungenembolie erleidet (vgl. Steinert, in: Henking/Vollmann, Gewalt und Psyche, 2014, S. 207 <216>).“

Wo nach diesen Maßgaben des BVerfG der für die Ausgestaltung des gerichtlichen Rechtsschutzes entscheidende Unterschied zwischen einer 5- oder 7-Punkt-Fixierung und einer sonstigen körpernahen Fixierung durch ein Festgürten von auch nur **zwei, drei oder vier Gliedmaßen** (Beine und z.B. ein Arm oder ein bzw. zwei Beine und beide Arme etc) liegen soll, ist nicht erkennbar.

In allen genannten körpernahen Fixierungsfällen (!) hingegen ist die vom BVerfG dargestellte **besondere Eingriffsintensität** zu bejahen, die eine Einordnung der entsprechenden Maßnahme als dem Richtervorbehalt unterliegende Freiheitsentziehung schon ab einer Dauer von 30 Minuten und mehr rechtfertigt und deshalb dem nach Absatz 3 zu gewährenden gerichtlichen Rechtsschutzverfahren unterliegt.

Nach hiesiger Auffassung sind darüber hinaus auch die **Unterbringung in einem besonders gesicherten Raum** (§ 21 Absatz 1 Satz 2 Nr. 2.) und eine **medikamentöse Fixierung** (vgl. insoweit § 31 Absatz 1 Satz 2 Nr. 8 PsychKG Saarland) als **weitere freiheitsentziehende Maßnahmen** anzusehen, die den durch die Unterbringung in der Klinik bewirkten Freiheitsentzug vertiefen, so dass diese Maßnahmen einem gesonderten **Richtervorbehalt** zu unterstellen sind. Vgl. insoweit auch die Regelung in § 18 Absatz 5 PsychKG Hamburg. Vgl. weiter auch die insoweit für das PsychKHG durchaus maßgebliche Entscheidung des BGH zu § 1906 Abs. 4 BGB (FamRZ 2015, 1707-1709; vgl. ebenso OLG Frankfurt FamRZ 2007, 673).

Es wird daher vorgeschlagen, die folgende, für die körpernahen Fixierungen verfassungsrechtlich vorbildliche Bestimmung des PsychKHG Schleswig-Holstein in das Hessische Gesetz zu übernehmen:

„§ 28 PsychKHG S-H Besondere Sicherungsmaßnahmen

(1) Bei einem betroffenen Menschen dürfen zeitweise besondere Sicherungsmaßnahmen angeordnet werden, wenn und solange die Gefahr besteht, dass der betroffene Mensch gegen Personen gewalttätig wird oder sich selbst tötet oder erheblich verletzt. Für besondere Sicherungsmaßnahmen gilt § 27 nach Maßgabe dieses Paragraphen.

(2) Eine besondere Sicherungsmaßnahme darf nur angeordnet werden, wenn und soweit mildere Mittel nicht in Betracht kommen, insbesondere, weil Maßnahmen nach § 27 in der konkreten Situation aussichtslos erscheinen oder bereits erfolglos geblieben sind und ein durch die Maßnahme zu erwartender Schaden nicht erkennbar außer Verhältnis zu dem angestrebten Erfolg steht.

(3) Besondere Sicherungsmaßnahmen sind:

1. die Unterbringung in einem besonderen Raum ohne gefährdende Gegenstände (Kriseninterventionsraum) oder
2. die sedierende Medikation oder
3. die Fixierung durch mechanische Hilfsmittel, welche die Fortbewegungsfreiheit des betroffenen Menschen nach jeder Richtung hin vollständig aufhebt, einschließlich der hiermit medizinisch notwendig verbundenen Medikation (Fixierungsmaßnahme). Nicht umfasst ist die Fixierung an weniger als zwei Gliedern (sogenannte 1-Punkt-Fixierung) zur Sicherstellung einer laufenden somatischen Behandlung.

(4) Der von einer besonderen Sicherungsmaßnahme betroffene Mensch ist in besonderem Maße zu überwachen und betreuen. Nach Beendigung der Maßnahme ist ihm die Möglichkeit einer Nachbesprechung im Hinblick auf eine therapeutische Aufarbeitung einzuräumen.

(5) Eine nicht nur kurzfristige Fixierungsmaßnahme bedarf einer Anordnung des Gerichts auf schriftlichen Antrag des Kreises oder der kreisfreien Stadt. Dem Antrag ist eine ärztliche Stellungnahme beizufügen.

(6) Bei Gefahr im Verzug darf eine Fixierungsmaßnahme von einer Ärztin oder einem Arzt aufgrund eigener Untersuchung angeordnet werden. Die Ärztin oder der Arzt unterrichtet unverzüglich den Kreis oder die kreisfreie Stadt, so dass der Kreis oder die kreisfreie Stadt einen Antrag auf gerichtliche Entscheidung stellt. Die Beendigung der Maßnahme ist dem Gericht sowie dem Kreis oder der kreisfreien Stadt mitzuteilen. Der betroffene Mensch ist nach Beendigung einer Fixierungsmaßnahme, über die nicht richterlich entschieden wurde, auf die Möglichkeit eines Antrags auf gerichtliche Überprüfung der durchgeführten Maßnahme hinzuweisen.

(7) Bei Fixierungsmaßnahmen ist kontinuierlich eine Eins-zu-eins-Betreuung durch hinreichend geschultes Krankenhauspersonal sicherzustellen. Auf eine unmittelbare räumliche Anwesenheit kann auf Wunsch des betroffenen Menschen oder in medizinisch oder therapeutisch begründeten Ausnahmefällen verzichtet werden; eine ständige Betreuung des fixierten Menschen ist sicherzustellen. Fixierungs- und Isolierungsmaßnahmen müssen in gesonderten Räumen so durchgeführt werden, dass die Privatsphäre des betroffenen Menschen soweit wie möglich gewahrt wird.“

13. Zu § 28 Entlassung

Eine klarstellende Regelung des § 28 Abs. 1 Nr. 1 des Gesetzes hinsichtlich der Bedeutung und der Abgrenzung der Nr. 1 b) und c) fehlt nach wie vor

Insbesondere die Regelung zu Abs. 1 Nr. **1b)** bedarf der Klarstellung unter Berücksichtigung von Art. 19 II Landesverfassung Hessen, was in der Bestimmung mit dem Begriff der „**Zuführung**“ zum Richter/zu der Richterin gemeint ist:

Muss die vom Arzt nach § 17 vorläufig untergebrachte Person spätestens nach 24 Stunden nach der Aufnahme zur sofortigen vorläufigen Unterbringung vom zuständigen Richter/der Richterin zumindest **angehört** worden sein? Bedeutet Zuführung zum Gericht also die Anwesenheit des zuständigen Richters vor Ort in der Klinik bei dem anzuhörenden Betroffenen?

Problem:

Eine Zuführung zum Gerichtsgebäude ist bei §§ 1, 9 PsychKHG unterfallenden psychisch gestörten Personen – anders als bei von der Polizei festgenommenen Straftätern - schon wegen ihres Gesundheitszustandes regelmäßig ausgeschlossen.

Das führt in der gerichtlichen Praxis zu erheblichen logistischen Problemen bei der Abarbeitung von fast zeitgleich abzuarbeitenden Verfahren mehrerer Fälle von gleichzeitig die 24-Std-Frist erreichenden vorläufigen Unterbringungen und zeitnah zu entscheidenden körpernahen Fixierungen, die in verschiedenen Kliniken z.B. im

Stadtgebiet von Frankfurt/M. (Uniklinik in Niederrad und St. Markuskrankenhaus in Ginnheim) anfallen.

oder:

Reicht es insoweit aus, dass die **ärztliche Anordnung** betreffend die vorläufig untergebrachte Person spätestens 24 Std. nach der Aufnahme zur sofortigen vorläufigen Unterbringung dem Gericht vorliegt, um das Gericht binnen der genannten Frist eine Entscheidung über die Unterbringung zu ermöglichen, die dann gemäß § 28 Abs. 1 Nr. 1c) in jedem Falle spätestens bis zum Ende des Tages nach der Aufnahme zur sofortigen vorläufigen Unterbringung gemäß Art. 104 II 3 GG zu erfolgen hat?

Problem:

Stimmt diese - die oben geschilderten Logistikprobleme vermeidende -Auslegung noch mit Art. 19 II der Hessischen Landesverfassung überein, der da lautet:

Jeder Festgenommene ist binnen 24 Stunden seinem Richter **zuzuführen**, der ihn zu vernehmen, über die Entlassung oder Verhaftung zu befinden und im Falle der Verhaftung bis zur endgültigen richterlichen Entscheidung von Monat zu Monat neu zu prüfen hat, ob weitere Haft gerechtfertigt ist. Der Grund der Verhaftung ist dem Festgenommenen sofort und auf seinen Wunsch seinen nächsten Angehörigen innerhalb weiterer 24 Stunden nach der richterlichen Entscheidung mitzuteilen.

19.07.2021

Axel Bauer, w. a. Richter am Betreuungsgericht Frankfurt/M. a.D.

Mündliche Stellungnahme Axel Bauer (für den BGT e.V.) zum ÄndG PsychKHG Hessen

Vielen Dank namens des BGT e.V. für die Gelegenheit zur Stellungnahme zum ÄndG!

Vor dem Hintergrund meiner über 30jährigen Erfahrung als Betreuungs- und Unterbringungsrichter am Amtsgericht Ffm, meiner langjährigen Tätigkeit als Moderator der Fortbildung der Hessischen und Baden-Württembergischen BetreuungsrichterInnen sowie als Mitherausgeber und Co-Autor des Heidelberger Kommentars zum Betreuungs- und Unterbringungsrecht (HK-BUR) nehme ich zum ÄndG wie folgt Stellung.

Wegen der knappen Zeitvorgabe können hier nur einzelne Punkte meiner insgesamt 15seitigen schriftlichen Stellungnahme erwähnt werden.

I. Allgemeine Anmerkungen

Der Änderungsentwurf enthält einige **positive Ansätze**, als da beispielhaft sind:

1. Einbeziehung der Akteure der gesetzlichen Betreuung gem § 1896ff BGB in das PsychKHG:
§ 6 Absatz 3 Einbeziehung der Betreuungsgerichte und Betreuungsbehörden in die von den sozialpsychiatrischen Diensten zu organisierenden Koordinierungsgespräche des örtlichen Hilfesystems
§ 9 Absatz 3 (neu) Vollzug einer zivilrechtlichen Unterbringung nach §§ 1631b und 1906 BGB vorrangig vor PsychKHG-Unterbringung
§ 17 Absatz 4 (neu) Pflicht zur unverzüglichen Benachrichtigung des gesetzlichen Vertreters (Betreuers) über die erfolgte Anordnung der Unterbringung durch die Klinik
§ 19 Absatz 2 Medizinische Behandlung bedarf der Aufklärung und Einwilligung der untergebrachten Person und ihres Betreuers; soweit ein solcher bekannt ist
2. Verpflichtung zur barrierefreien und in einfacher Sprache verfassten Kommunikation mit der untergebrachten Person: § 2 Absatz 2
3. § 19 Absatz 1: Pflicht zur Beachtung von Behandlungsvereinbarungen und Krisenplänen
4. Regelung der Konkurrenz der öffentlich-rechtlichen Unterbringung zur zivilrechtlichen Unterbringung durch Einfügung von Absatz 3 in § 9 PschKHG
5. Versuch der verfassungskonformen Regelung der Rechtsstellung der Untergebrachten in § 18 (Streichung des Absatzes 5: „Untergebrachter unterliegt der Hausordnung“) und der besonderen Sicherungsmaßnahmen in § 21 ÄndG (besser spät als gar nicht!)

Aber: Der Änderungsentwurf bleibt an vielen Punkten weit hinter PsychKHGs anderer Bundesländer zurück oder berücksichtigt nur unzureichend die Rechtsstellung betreuungsrechtlicher Akteure, zB von Bevollmächtigten!

II. Kritik einzelner Änderungsvorschriften

1. § 9 Abs 3: **Vorrang zivilrechtlicher vor Unterbringung nach PsychKHG:**

„Vollzug“ zivilrechtlicher Unterbringung nach Kindschafts- und Betreuungsrecht soll lt ÄndG-E vorrangig sein. Besser ist die Formulierung des § 11 Abs 2 PsychKHG Rheinland-Pfalz:

Danach reicht für den Vorrang zivilrechtlicher Unterbringung bereits die vorläufige **Unterbringungsanordnung des gesetzlichen Vertreters, ohne dass die unverzüglich nachzuholende betreuungsgerichtliche Genehmigung dafür bereits vorliegt**. Das entspricht der allgemein anerkannten Rechtslage. Dass betreuungsrechtlich nur die Abwendung einer erheblichen **Eigengefahr** vorrangig gegenüber der Unterbringung nach PsychKHG sein kann, ergibt sich aus der Formulierung des PsychKHG Rheinland-Pfalz unzweideutig.

Hier fehlt aber in Rheinland-Pfalz als auch in Hessen der Vorrang einer Unterbringung durch **Bevollmächtigte** iSd § 1906 Abs 5 BGB!

Vorsicht bei Neuformulierung gem meinem Vorschlag:

Reformgesetz 2023 sieht in § 1815 Absatz 3 BGB nF vor, dass eine Entscheidungsbefugnis des Betreuers zur Anordnung von Freiheitsentzug eine ausdrückliche gerichtliche Zuweisung erfordert. Daran müsste jetzt mein Formulierungsvorschlag angepasst werden.

2. Zu § 13 **Besuchskommission:**

Eine **jährliche** statt zweijährliche Frist der Besuchsauflage der Besuchskommission und **ohne Ankündigungspflicht** wäre angemessen zum Schutz der Untergebrachten (wie in § 29 PsychKHG Rheinland-Pfalz geregelt!).

Noch besser S-H § 26: Zweimal im Jahr!

3. Zu § 16 Absatz 2 und 3 **Unterbringungsverfahren:**

- a) „(2) Zuständige Verwaltungsbehörde für den Antrag nach Abs. 1 und für den Antrag auf Verlängerung einer gerichtlich angeordneten Unterbringung ist das Gesundheitsamt.“

Es sollte hier im Gesetzeswortlaut und nicht nur in der Gesetzesbegründung klargestellt werden, dass das Antragserfordernis auch für die Verlängerung einer zu verlängernden Erstunterbringung gilt, über die im **Wege der einstweiligen Anordnung** entschieden wurde. Das ist wichtig wegen der dem Ministerium bekannten regional sehr unterschiedlichen Auslegung und Handhabung des § 333 FamFG.

- b) Ergänzend zu meiner schriftlichen Stellungnahme:

Absatz 3: „(3) Örtlich zuständig ist die Verwaltungsbehörde des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltsortes der unterzubringenden Person. Bei Fehlen eines Wohnsitzes oder eines gewöhnlichen Aufenthaltsortes oder wenn diese nicht feststellbar sind oder außerhalb des Landes Hessen liegen, ist die Verwaltungsbehörde des aktuellen Aufenthaltsortes zuständig.“

Was gilt, wenn der Wohnsitz zwar bekannt, aber die für den Wohnsitz zuständige Verwaltungsbehörde nicht erreichbar/funktionsfähig ist (Wochenende) oder im Ausland liegt (USA)?

Ggfls bedarf es hier einer **Auffangvorschrift**, dass dann die **Verwaltungsbehörde des Unterbringungsortes** zuständig ist.

4. Zu § 17 **Sofortige vorläufige Unterbringung**:

Arzt der Unterbringungseinrichtung als **Antragsteller** zur Herbeiführung der einstweiligen Unterbringungsentscheidung des Gerichts

Laut **Begründung**:

Auch **nicht nach § 11 beliehener Arzt** soll antragsberechtigt sein. Abzulehnen, weil Anordnung der sofortigen vorläufigen Unterbringung und Antragsberechtigung im Gleichklang geregelt werden sollten.

Regelungsvorschlag: **Nur beliehene Ärzte sind antragsbefugt!**

Ungeklärte Fragen:

Antragstellender Arzt als Verfahrensbeteiligter des gerichtlichen Verfahrens?

Antragstellender Arzt als „Sachverständiger“ in eigener Sache, der das nach § 331 FamFG für die Unterbringung erforderliche ärztliche Zeugnis gleich mitliefert?

Kostenhaftung für Verfahrenskosten des antragstellenden Arztes bei Abweisung oder Nichtrücknahme des Antrages trotz richterlichen Hinweises?

Beschwerdebefugnis des antragstellenden Arztes?

Insgesamt besser:

PsychKHGs anderer Bundesländer wie Schleswig-Holstein oder Rheinland-Pfalz, wonach nur die **sozialpsychiatrischen Dienste** zur Anordnung von Unterbringungen und Antragstellungen bei Gericht zuständig sind!

Das würde auch verfassungsrechtliche Bedenken gegen die Beleihung von privatrechtlich organisierten Klinikärzten mit öffentlich-rechtlichen Zwangsbefugnissen ausräumen.

5. Zu § 19 Absatz 2 Satz 1 **Behandlung**

Einwilligung des Untergebrachten in eine medizinische Behandlung:

Soweit ein **gesetzlicher Vertreter** (ua Betreuer) existiert, bedarf es nach ÄndG dessen Einwilligung.

Das übersieht:

Bei **Einwilligungsfähigen** entscheiden diese selbst, auch wenn ein Betreuer/Bevollmächtigter existiert.

Bei **Einwilligungsunfähigkeit** entscheiden der gesetzliche Vertreter (Sorgeberechtigter bei Minderjährigen, Betreuer bei Volljährigen) oder der **gewillkürte Vertreter** in Person des Bevollmächtigten für die Gesundheitspflege.

6. Zu § 19 **Absatz 2 Satz 3**:

Die Formulierung

„Vorschriften zur Patientenverfügung (§ 1901a BGB) und zur Feststellung des Patientenwillens (§ 1901b BGB) bleiben unberührt.“

ist unzureichend:

- a) Nach § 1901a Absatz 2 und 3 BGB sind nicht nur PatVfg, sondern auch Behandlungswünsche und der mutmaßliche Wille des Betroffenen zu beachten, was im Wortlaut der Norm klargestellt werden sollte.
- b) Im Falle einer die Zwangsbehandlung gegen den Willen ausdrücklich verlangenden psychiatrischen PatVfg ist klarzustellen, dass ein gerichtliches Genehmigungsverfahren dadurch nicht obsolet wird, da in der konkreten Behandlungssituation gegen den ausdrücklichen aktuellen Willen des Patienten behandelt wird.

7. Zu § 20 Absatz 5 **Behandlungsmaßnahmen**:

- a) Dass laut Begründung nur bei „**Gefahr im Verzuge**“ für die Gesundheit zunächst **ohne richterliche Genehmigung** die medizinische Behandlung auch gegen den Willen des Patienten begonnen werden kann, ergibt sich aus dem Wortlaut der Norm selbst nicht. Der Verweis auf Absatz 1 Nr 1 und Absatz 2 reicht nicht.

Daraus wird für die Anwendungspraxis nicht deutlich genug, was die Entwurfsbegründung für einen Behandlungsbeginn vor gerichtlicher Genehmigung verlangt.

- b) Wer zur **Antragstellung** bei Gericht, also für die Einholung der gerichtlichen Genehmigung der Zwangsbehandlung auch in Eilfällen zuständig ist (Arzt oder Verwaltungsbehörde) bleibt unklar.

Gerichte sind hierzu durchaus unterschiedlicher Auffassung:

H.M. wohl nur die Verwaltungsbehörde nach § 16 Absatz 1 und wegen § 16 Absatz 4 (da dort die Behandlungsmaßnahmen des § 20 erwähnt sind) auch in Eilfällen.

Denkbar und in der gerichtlichen Praxis vertreten, wird aber auch die Antragsbefugnis der nach § 11 beliehene(n) Ärzte, vor allem in **Eilfällen**.

- c) § 20 **Absatz 1 Nr 2** (Zwangsbehandlung zur Wiederherstellung der Entscheidungs- und Handlungs- sowie der Entlassungsfähigkeit) ist in Übereinstimmung mit § 18 Absatz 5 PsychKHG NRW und § 20 Absatz 3 PsychKHG Baden-Württemberg zu streichen und ergänzend in § 20 Absatz 3 einzufügen:

Die Vorschrift ist als solche zu unbestimmt und stellt eine Doppelung zu den in Absatz 3 Nr 3 geregelten Voraussetzung einer Zwangsbehandlung dar.

- d) § 20 Absatz 2 erlaubt in der derzeitigen und geplant unveränderten Fassung die Zwangsbehandlung eines zur **freien Willensbestimmung Befähigten** zum Zwecke der Abwehr von ihm ausgehender **Fremdgefahren**. Das ist nach BVerfG-Rechtsprechung verfassungsrechtlich unzulässig (FamRZ 2011, 1128ff, 1927ff). Es bedarf einer solchen

Regelung auch nicht, da Fremdgefahren regelmäßig bereits durch die Unterbringung selbst abgewendet werden können.

Fremdgefahren für das Personal und Mitpatienten können durch Fixierungs- oder time-out-Maßnahmen iSd § 21 abgewendet werden.

Zu 8. § 21 **Besondere Sicherungsmaßnahmen**

Die Unterscheidung der Freiheit entziehenden Grundrechtseingriffe durch körpernahe Fixierungen an allen Gliedmaßen, also 5- und 7-Punkt-Fixierungen, und der sonstigen Einschränkung der Bewegungsfreiheit durch mechanische Mittel in § 21 Absatz 1 Satz 2 Nr 5 und 6 und die daraus folgenden unterschiedlichen Anforderungen an die therapeutischen oder pflegerischen Überwachungs- und Betreuungspflichten in Absatz 2 sowie die unterschiedlich ausgestalteten Rechtsschutzvorschriften in den Absätzen 3 und 4 werden den Vorgaben des BVerfG in seiner Entscheidung vom 24.7.2018 zu körpernahen Fixierungen entgegen der Entwurfsbegründung nicht gerecht:

Wieso eine körpernahe Fixierung unterhalb der Schwelle der 5-Punkt-Fixierung ein Weniger an Rechtsschutz und Überwachungspflichten der Klinik auslösen soll, ist nach BVerfG nicht nachvollziehbar. Das BVerfG hat geurteilt, „jedenfalls eine 5- oder 7-Punkt-Fixierung“ stelle einen so einschneidenden Freiheitsentzug dar, dass er nach zumindest 30 Min Dauer einen Richtervorbehalt auslöse.

Damit fallen auch solche körpernahen Fixierungen unter Absatz 2 Nr 2 mit der **stets einzuhaltenden Pflicht zur Gewährleistung einer pflegerischen Eins-zu-eins-Betreuung** und unter **Absatz 3** des § 21 mit seinem verschärften Rechtsschutz!

Auch die Unterbringung in einem **besonders gesicherten Raum** (§ 21 Abs 1 Satz 2 Nr 2) und eine **medikamentöse Fixierung** sind als weitere FEM zu sehen, die einen vom ÄndG nicht vorgesehenen Richtervorbehalt auslösen müssen (vgl so §§ 31 PsychKG Saarland und 18 Absatz 5 PsychKG Hamburg).

Vorbildlich für die gesamten FEM:

§ 28 PsychKHG Schleswig-Holstein

(3) Besondere Sicherungsmaßnahmen sind:

1. die Unterbringung in einem besonderen Raum ohne gefährdende Gegenstände (Kriseninterventionsraum) oder
2. die sedierende Medikation oder
3. die Fixierung durch mechanische Hilfsmittel, welche die Fortbewegungsfreiheit des betroffenen Menschen nach jeder Richtung hin vollständig aufhebt, einschließlich der hiermit medizinisch notwendig verbundenen Medikation (Fixierungsmaßnahme). Nicht umfasst ist

die Fixierung an weniger als zwei Gliedern (sogenannte 1-Punkt-Fixierung) zur Sicherstellung einer laufenden somatischen Behandlung.

(5) Eine nicht nur kurzfristige Fixierungsmaßnahme bedarf einer Anordnung des Gerichts auf schriftlichen Antrag des Kreises oder der kreisfreien Stadt. Dem Antrag ist eine ärztliche Stellungnahme beizufügen.

(7) Bei Fixierungsmaßnahmen ist kontinuierlich eine Eins-zu-eins-Betreuung durch hinreichend geschultes Krankenhauspersonal sicherzustellen.

Fazit:

1. Das ÄndG wird in vielen Bereichen verfassungsrechtlichen Anforderungen an die Ausgestaltung von Rechtsschutz und Gewährleistung von unmittelbarer pflegerischer Betreuung bei körpernahen Fixierungen nicht gerecht.
2. Das gilt ebenso für die betreuungsrechtlichen Anforderungen an die Einbeziehung der Akteure des Betreuungsrechts und die betreuungsrechtlich detailliert geregelte Beachtung des Patientenwillens in PatVfgen und Patientenwünschen
3. Das ÄndG bleibt in vielen Teilen weit hinter anderen PsychKHGs zurück (vgl vor allem das PsychHG Schleswig-Holstein vom 11.12.2020). Das betrifft ua auch die Pflichtbesuche der Besuchskommissionen, die nur alle zwei Jahre die Kliniken in Hessen besuchen sollen. Im Vergleich dazu Rheinland-Pfalz: Jährlich einmaliger
und Schleswig-Holstein: **Zweimaliger Besuch im Jahr!**
4. Da die Zeit für eine Abänderung des ÄndG knapp wird, wird die Übernahme der Regelungen des vorbildlichen PsychHG Schleswig-Holstein dringend empfohlen!

November 2021

Axel Bauer

Für den BGT e.V.

**Arbeitsgemeinschaft der Ärztlichen Leitungen der
Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für
Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
in Hessen**

Bad Emstal Bad Hersfeld Bad Soden Darmstadt Eltville Erbach Frankfurt/Main Friedberg Friedrichsdorf Fulda
Gießen Groß-Umstadt Hadamar Haina Hanau Heppenheim Herborn Hessisch Lichtenau Hofheim Kassel Kiedrich
Langen Lauterbach Marburg Oberursel Offenbach Riedstadt Schlüchtern Schwalmstadt Weilmünster Wiesbaden

**Dr. Matthias Bender, Ärztlicher Direktor, Vitos Klinik für Psychiatrie
und Psychotherapie, Landgraf-Philipp-Str. 9, 34308 Bad Emstal**

Hessisches Ministerium für Soziales und Integration
z.Hd. Frau Nöcker, Frau Heye

Sonnenberger Str. 2
Postfach 3140
65021 Wiesbaden

Dr. Matthias Bender
Sprecher der Arbeitsgemeinschaft
Tel.: 05624-6010453
e-mail: matthias.bender@vitos-
kurhessen.de

23.07.2021

vorab per E-Mail an:

susanne.noecker@hsm.hessen.de

jutta.heye@hsm.hessen.de

**Stellungnahme der AG der Ärztlichen Leitungen zum Referentenentwurf zur
Änderung des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes (PsychKHG)**

Sehr geehrte Frau Nöcker, sehr geehrte Frau Heye,

besten Dank für Ihr Schreiben vom 08.07.2021 und die Möglichkeit einer
Stellungnahme zu dem Referentenentwurf des geänderten PsychKHG, die wir hiermit
im Namen der Arbeitsgemeinschaft der Ärztlichen Leitungen wie folgt abgeben:

Wir begrüßen noch einmal ausdrücklich, dass nun in Hessen ein polizeirechtliches
Gesetz durch ein Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG) ersetzt wurde und
eine klare Rechtsgrundlage für die im Einzelfall notwendige Unterbringung und
ärztliche Zwangsbehandlung psychisch erkrankter hessischer Bürger geschaffen
wurde.

Insbesondere befürworten wir – entsprechend unserer Anregungen vom 20.03.2020 („Stellungnahme der AG der Ärztlichen Leitungen zur Evaluierung des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes (PsychKHG) vom 04. Mai 2017“) – in dem nun vorliegenden Referentenentwurf:

- die Verankerung der regionalen Pflichtversorgung (§ 10)
- die Verpflichtung der Sozialpsychiatrischen Dienste Krisenhilfen außerhalb der Regelarbeitszeiten zu organisieren (§ 5)
- die Gemeindepsychiatrischen Verbände zu stärken (§ 6)
- die Streichung von der ausnahmsweisen Aufnahme von Kindern und Jugendlichen in die Erwachsenenpsychiatrie (§ 10)
- die alleinige Zuständigkeit des SPDI als Antragsbehörde für die Unterbringung nach (§ 16)
- die Benennung zur Möglichkeit der „fürsorglichen Zurückhaltung“ (vgl. § 14)
- die an der S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ vom 10.09.2018 orientierten 1:1-Betreuung als therapeutische Maßnahme und keine reine Sitzwache (§ 21).

Wir möchten im Folgenden vor dem Hintergrund unserer klinisch-ärztlichen Expertise – gegliedert nach den aufgeführten Paragraphen – nochmals unsere Vorschläge hinsichtlich weiterer, dringend erforderlicher Änderungen formulieren:

- **Zu § 5 – Ambulante Hilfen des Sozialpsychiatrischen Dienstes:**

Der SpDi sollte sich nicht nur an der Koordination sondern auch operativ an der Durchführung eines Krisendienstes beteiligen.

Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie sollte auch die Jugendhilfe in die Krisendienste einbezogen werden. Denn zur Überprüfung, ob mildere Maßnahmen freiheitsentziehende Maßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie verhindern können, gehört in der KJP auch die Prüfung inwieweit Jugendhilfemaßnahmen vorrangig sind.

- **Zu § 6 – Koordinierung der Hilfsangebote vor Ort:**

Vertreter der niedergelassenen FachärztInnen und PsychotherapeutInnen sollten als Einzuladende zu den GPV-Sitzungen benannt werden.

- **Zu § 9 – Voraussetzungen von Unterbringung:**

Der Begriff „bedeutende Rechtsgüter Anderer“ muss operationalisierbar definiert und konkretisiert werden, damit bestellte ÄrztInnen bei der vorläufigen Unterbringung den Begriff juristisch eindeutig auslegen können.

- **Zu § 10 – Psychiatrische Krankenhäuser:**

Weiterhin besteht eindeutig dringender Regelungsbedarf bei den somatisch zu behandelnden untergebrachten Patienten. Hier hat sich das Gesetz nicht bewährt.

Der jeweilige Unterbringungsort muss sich an der jeweils medizinisch im Vordergrund stehenden Indikation orientieren.

Anstelle des bisherigen § 10 Abs. 3. und auf dem Hintergrund, dass häufig untergebrachte Patienten aus Hessen nicht in die eigentlich zuständige Klinik verlegt werden können, da die Polizei die Transporte ablehnt, sollte ergänzt werden: „Eine Zuführung bei bestehender Unterbringung nach PsychKHG in die nach Wohnort im Rahmen der Pflichtversorgung zuständige Klinik ist durch die Ordnungsbehörde bzw. Polizeibehörde zu gewährleisten“.

Der letzte Teilsatz im Abs. 4: „... und dies von der ärztlichen Leitung des psychiatrischen Krankenhauses verantwortet wird.“ ist zu streichen, weil der Umstand bereits durch die ärztliche Sorgfaltspflicht abgedeckt ist.

- **Zu § 11 – Beleihung und Bestellung:**

Es ist leider weiterhin keine finanzielle Kompensation der beliehenen Kliniken für den erheblichen Mehraufwand vorgesehen. Hier ist eine eindeutige Kostenregelung zu treffen. Wenn das Land mit der Beleihung staatliche Aufgaben überträgt, muss auch hier das Konnexitätsprinzip greifen und die Kosten für geforderte Maßnahmen sind zu übernehmen – z.B. für den administrativen Aufwand, zeitaufwändigere Dokumentation und Tätigkeit von AvD und Hintergrund.

- **Zu § 13 – Besuchskommission:**

Die berufenen Mitglieder der Besuchskommission insbesondere aus dem Bereich Psychologie sowie Gesundheits- und Krankenpflege sollten über profunde akutpsychiatrische Berufserfahrung im jeweiligen Fachgebiet (Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Erwachsenenpsychiatrie) verfügen.

Mindestens 2/3 der Mitglieder sollten anwesend sein, um die Besuchskommission durchzuführen.

Es sollten zwei Besuchskommissionen für die KJP vorgehalten werden, um unabhängig von der jeweiligen Region tätig zu werden.

- **Zu § 14 – Berichtspflicht:**

Art und Umfang der Datenlieferung sollte von dem hessischen Datenschutzbeauftragten auf Konformität und Legitimität geprüft werden.

Eine konkrete Ausführungsbestimmung zur Berichtspflicht fehlt weiterhin. Wir empfehlen eine Orientierung z.B. an dem Standard in Baden-Württemberg, um auch länderübergreifend Benchmark zu ermöglichen.

§ 14 Abs.1.2: Eine anonymisierte Patientenummer müsste auch für die aufgenommenen, aber nach Prüfung im Sinne von § 17 nicht untergebrachten Patienten vergeben werden.

§ 14 Abs. 1.7: Eine Meldung der nichtaufgenommenen Fälle bei Zuführung nach § 32 nach HSOG sollte durch die Polizei erfolgen, da bei Nichtaufnahme auch keine anonymisierte Patienten-Nummer vergeben wird. Diejenigen, die im Rahmen des HSOG anordnen, sollten auch berichten – eine Registrierung der Zugeführten als „Patient“ erfolgt in diesen Fällen nicht.

- **Zu § 16 – Unterbringungsverfahren Abs. 3 ist neu gefasst worden:**

„Örtlich zuständig ist die Verwaltungsbehörde des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltsortes der unterzubringenden Person. Bei Fehlen eines Wohnsitzes oder eines gewöhnlichen Aufenthaltsortes oder wenn diese nicht feststellbar sind, ist die Verwaltungsbehörde des aktuellen Aufenthaltsortes zuständig.“

Eindeutig wäre die Formulierung: "Bei Fehlen eines Wohnsitzes oder eines gewöhnlichen Aufenthaltsortes im Geltungsbereich des Gesetzes", damit

Verwaltungsbehörden außerhalb Hessens nicht mit der Durchführung des PsychKHG involviert werden.

§ 16.4: Es sollte eine psychiatrisch fachärztliche Stellungnahme (im Ausnahmefall von psychologischer Psychotherapeutin mit ärztlichem Kompetenzsupport) erforderlich sein für den Antrag nach Abs. 1, der auch Aussagen über die Notwendigkeit und Dauer von Behandlungsmaßnahmen nach § 20, also Zwangsmaßnahmen enthält.

- **Zu § 17 – Sofortige vorläufige Unterbringung**

Der Betreuer sollte informiert werden, wenn er für den Bereich Gesundheitsfürsorge und das hiermit verbundene Aufenthaltsbestimmungsrecht zuständig ist.

- **Zu § 21 – Besondere Sicherungsmaßnahmen:**

Der § 21 berücksichtigt nun das Urteil des BVerfG vom 24.07.2018 zur Fixierung.

Abs. 2.3 sollte ergänzt werden: „von persönlichen Gegenständen wie z. B. Mobiltelefonen“.

Die „sonstige Einschränkung der Bewegungsfreiheit durch eine mechanische Vorrichtung“ (1). 6 ist zu definieren.

Problematisch ist die Regelung in Abs. 3 Satz 1:

(3) Eine besondere Sicherungsmaßnahme nach Abs. 1 Satz 2 Nr. 5, durch die die Bewegungsfreiheit der untergebrachten Person nicht nur kurzfristig vollständig aufgehoben wird, darf nur durch das Gericht auf Antrag der ärztlichen Leitung angeordnet werden.

Es nicht praktikabel, dass Anträge auf Genehmigung einer Fixierung von der ärztlichen Leitung gestellt werden müssen. Die Notwendigkeit hierfür erschließt sich auch nicht. Der Antrag sollte von bestellten Ärzten nach § 11 PsychKHG gestellt werden, entsprechend der Aufgaben und Kompetenzen ihrer Bestellung. Eine andere Regelung ist im klinischen Alltag der Versorgungspsychiatrie nicht realisierbar.

- **Zu § 26 – Beurlaubung:**

Beurlaubungen und therapeutisch begründete Belastungserprobungen sollten von dem für die Fallführung verantwortlichem Arzt ausgesprochen werden dürfen. Die aktuelle Regelung erscheint aus klinischer Perspektive unrealistisch.

- **Zu § 29 – Datenschutz:**

Aus datenschutzrechtlicher Sicht halten wir es für geboten, dass die beiden genannten Institutionen nur Einsicht in die Patientenakte der untergebrachten Person erhalten können mit deren Einwilligung.

Mit freundlichen Grüßen

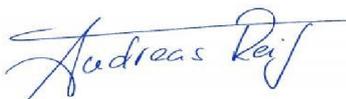
gez. für die Arbeitsgemeinschaft



Dr. med. Matthias Bender
Ärztlicher Direktor des Vitos Klinikum Kurhessen
Direktor der Vitos Klinik für Psychiatrie
und Psychotherapie
Bad Emstal, Kassel, Melsungen, Hofgeismar



Prof. Dr. med. Martin Ohlmeier
Direktor der Klinik für Psychiatrie
und Psychotherapie
Klinikum Kassel



Prof. Dr. med. Andreas Reif
Direktor der
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und
Psychotherapie
Universitätsklinikum Frankfurt



PD. Dr. med.
Dipl. Phys. Thomas Schillen
Direktor der
Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Klinikum Hanau GmbH



PD Dr. med. Florian Metzger
Ärztlicher Direktor Vitos Haina,
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Schriftliche Stellungnahme

von Christian Braun, Richter am Amtsgericht

zur öffentlichen mündlichen Anhörung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses des Hessischen Landtags zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Gesetz zur Änderung des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes und des Maßregelvollzugsgesetzes – Drucks. 20/6333 –

Einführung

Die präventive Unterbringung psychisch beeinträchtigter Personen und deren Vollzug nach dem PsychKHG stellen einerseits eine wichtige staatliche Schutz Aufgabe dar. Auf der anderen Seite sind die damit einhergehenden Maßnahmen jedoch mit massivsten Grundrechtseingriffen bei den betroffenen Personen (insbesondere in deren persönliche Freiheit, in deren Selbstbestimmung und in deren körperliche Integrität) verbunden. Diese Eingriffe sind zum Schutz der betroffenen Personen und zur Gefahrenabwehr in Einzelfällen notwendig. Sie müssen aber klaren Vorgaben und Schranken unterliegen.

Die Anordnung und Durchführung von erheblichen Grundrechtseingriffen muss grundsätzlich dem Staat obliegen, wie das Bundesverfassungsgericht in seiner Entscheidung zum hessischen Maßregelvollzug schon 2012 ausführlich dargestellt und konkretisiert hat. Dies liegt ja auch in anderen Bereichen der Freiheitsentziehung auf der Hand, indem es völlig undenkbar wäre, etwa den Strafvollzug oder die polizeilichen Ingewahrsamnahmen nach dem HSOG Privatpersonen zu übertragen. Bei der präventiven Unterbringung und deren Vollzug nach dem hessischen PsychKHG findet aber genau dies in weiten Teilen statt.

Nach meiner Auffassung ist die Übertragung einer originären staatlichen Aufgabe allein durch die vorgesehene Beleihung von privaten Kliniken und die Bestellung von einzelnen Ärztinnen und Ärzten – wie es sowohl das bisherige PsychKHG als auch die Reformentwürfe vorsehen – für die massiven Grundrechtseingriffe des Einsperrens auf einer Krankenstation oder in ein Isolierzimmer, der Zwangsbehandlung und des Anbindens an ein Krankenbett (Fixierungen) nicht ausreichend. Auch wenn das vormalige HFEG in vielen Bereichen zu kritisieren war, stellen insbesondere die Regelungen in § 17 PsychKHG und in § 20, § 21 PsychKHG diesbezüglich einen Rückschritt im Vergleich zur alten Rechtslage dar.

Auch die Reformvorschläge zum PsychKHG verbessern hieran nichts, sondern verstärken mit § 29a PsychKHG-Entwurf noch die Problematik, indem privat angestellten Ärztinnen und Ärzten die Rechtsmacht übertragen werden soll zu entscheiden, ob gegen psychiatrisch behandelte Personen ein Verfahren auf Entzug ihrer Fahrerlaubnis oder zum Entzug eines Waffenscheins eröffnet wird. Diese direkte Rechtsmacht haben nicht einmal Staatsanwaltschaften bei strafrechtlichen Ermittlungsverfahren.

Die Übertragung staatlicher Macht an Private wäre rechtspolitisch nicht notwendig, wie etwa das gerade aktualisierte Psychisch-Hilfen-Gesetz des Bundeslandes Schleswig-Holstein zeigt. Auch dort kann der Schutzauftrag effektiv geleistet werden, ohne privaten Kliniken und Ärztinnen und Ärzten maßgebliche Eingriffskompetenzen zu geben.

Doch selbst wenn die Übertragung von staatlichen Aufgaben auf Private verfassungsrechtlich zulässig wäre, dann müssten die einzelnen Bestimmungen im PsychKHG wenigstens klar, bestimmt und verhältnismäßig sein. Wie im Folgenden zu zeigen ist, ist dies meines Erachtens jedoch weder im bisherigen PsychKHG noch im Reformvorschlag der Fall:

Zum Änderungsvorschlag in § 9 PsychKHG:

Trotz der vorgeschlagenen Änderungen ist nach wie vor in einigen Bereichen die Konkurrenz zur betreuungs- und familienrechtlichen Unterbringung (§§ 1631b, 1906 BGB) nicht klar.

Dabei ist es grundsätzlich zu begrüßen, wenn im neuen Absatz 3 nunmehr die Konkurrenz zu § 1906 BGB und § 1631b BGB zumindest thematisiert werden soll. Der Gesetzeswortlaut lässt aber zu viel Spielraum zur Auslegung. Denn was ist „*der Vollzug einer schon angeordneten Unterbringung nach den § 1906 oder § 1631b*“ im Konkreten? Genügt damit schon die Entscheidung der Betreuerin oder des Betreuers oder des oder der Sorgeberechtigten, dass die betroffene Person nach § 1906 Abs. 2 Satz 2 BGB oder § 1631b Abs. 1 Satz 3 BGB untergebracht werden soll oder bedarf es der gerichtlichen Entscheidung über die BGB-Unterbringung, damit die Unterbringung auch als „vollzogen“ im Sinne der PsychKHG-Vorschrift gilt?

Andere Landesgesetze sehen hier klarere Abgrenzungen vor (z.B. § 13 Abs. 2 PsychKHG-Baden-Württemberg oder § 7 PsychHG-Schleswig-Holstein).

Zum Änderungsvorschlag in § 16 PsychKHG:

Es ist aus Rechtsklarheitsgründen zu begrüßen, dass Absatz 2 die Antragsbefugnis für freiheitsentziehende Unterbringungen und Zwangsbehandlungen und für Verlängerungen einer Unterbringung nunmehr nur noch auf eine Behörde, und zwar auf das jeweilige Gesundheitsamt überträgt. Die vormalige kumulative Antragsbefugnis sowohl des Gemeindevorstands als auch des Gesundheitsamts führte regelmäßig zu Kompetenzstreitigkeiten. Nicht geregelt ist jedoch der Fall der Verlängerung einer gerichtlich angeordneten Zwangsbehandlung und die Verlängerung einer gerichtlich angeordneten Fixierung. Auch diese gerichtlichen Maßnahmen sollten in die Antragsmacht der Gesundheitsbehörde und nicht in die Entscheidungsbefugnis einer Ärztin oder eines Arztes fallen.

Tatsächlich ist dabei zu beachten, dass der Anwendungsbereich von § 16 PsychKHG insgesamt eher klein ist, denn fast alle Unterbringungen und Zwangsbehandlungen beginnen zunächst mit Entscheidungen von bestellten Ärztinnen und Ärzten nach § 17 Abs. 1 Satz 1 PsychKHG oder nach § 20 Abs. 5 PsychKHG. Bei Fixierungsmaßnahmen ist dies ohnehin der Fall, da hierüber initial immer allein eine Ärztin oder ein Arzt entscheidet (vgl. weitergehend unten).

Die Beifügung einer ärztlichen Stellungnahme zusammen mit einem Antrag gemäß § 16 Abs. 4 PsychKHG sind sowohl für Hauptsacheverfahren als auch für einstweilige Anordnungsverfahren essentiell. Denn diese Stellungnahmen dienen im einstweiligen gerichtlichen Verfahren als ärztliches Zeugnis nach § 331 Nr. 2 FamFG oder als ärztliche Anhörung nach § 333 Abs. 1 S. 2 FamFG (bei Verlängerungsverfahren) und in Hauptsacheverfahren zumindest als Ansatzpunkte für ein (regelmäßig) externes ärztliches Gutachten. Da sich die betroffenen Personen in fast allen Unterbringungsverfahren schon in einer Unterbringungsmaßnahme (und damit in einer Freiheitsentziehung) befinden, muss auch das einstweilige Anordnungsverfahren unverzüglich i.S.v. Art. 104 Abs. 2 Satz 2 GG durchgeführt werden. Der Absatz 4 des PsychKHG sollte daher – wie etwa im PsychHG-Schleswig-Holstein – als „Muss-Vorschrift“ und nicht wie bisher als bloße „Soll-Vorschrift“ ausgestaltet werden. Zudem wäre es ratsam, in § 17 Abs. 1 PsychKHG einen weiteren Satz mit einem Verweis auf § 16 Abs. 4 PsychKHG aufzunehmen.

Äußerst kritisch ist vor diesem Hintergrund die nunmehr geplante Öffnung der ärztlichen Stellungnahme auf psychologische Stellungnahmen zu sehen. Denn das Verfahrensrecht für die Gerichtsverfahren lässt sowohl in § 321 FamFG als auch in §§ 331 Nr. 2, 333 Abs. 1 S. 2 FamFG nur Gutachten oder Zeugnisse von approbierten Ärzten zu. Es ist auch zu bedenken, dass PsychKHG-Unterbringungsverfahren in über 95% der Fälle Situationen zugrunde liegen, in denen sich die betroffenen Personen schon im psychiatrischen Krankenhaus befinden.

Dort sind hoffentlich zu jeder Tages- und Nachtzeit auch approbierte Ärzte tätig, welche nach der Eingangsuntersuchung gemäß § 17 Abs. 2 PsychKHG auch zeitnah in der Lage sein sollten, zumindest ein ärztliches (!) Zeugnis zusammen mit dem Antrag vorzulegen.

Zum Änderungsvorschlag in § 17 PsychKHG:

§ 17 Abs. 1 PsychKHG ist Dreh- und Angelpunkt fast aller Unterbringungsmaßnahmen nach dem PsychKHG. Denn in der Praxis beginnt die große Mehrzahl der Unterbringungsverfahren mit der „*sofortigen vorläufigen Unterbringung*“ nach § 17 Abs. 1 Satz 1 PsychKHG. Wie die gerichtliche Praxis in den letzten fünf Jahren gezeigt hat, ist die tatsächliche Handhabung dieser Norm jedoch äußerst problematisch, und der nunmehr vorgelegte Vorschlag verschlechtert die Rechtsposition der betroffenen Personen sogar noch weiter. Denn im neuen Satz 3 soll nun jeder Arzt oder jede Ärztin des psychiatrischen Krankenhauses den Antrag auf Durchführung des gerichtlichen Verfahrens nach sofortiger Unterbringung stellen können. Diese Ärztin oder dieser Arzt muss also nicht einmal mehr „ein bestellter Arzt“ iSv § 11 Abs. 2 HessPsychKHG sein. Mit der Antragstellung werden die betreffenden Ärztinnen und Ärzte dann zwingend zu verfahrensrechtlichen Beteiligten am Gerichtsverfahren nach § 7 Abs. 1 FamFG, ihnen können damit (persönlich) Gerichtskosten nach § 81 Abs. 2 FamFG auferlegt werden und sie übernehmen maßgebliche Verantwortung für die Schlüssigkeit und Begründetheit des Antrags etwa auch in nachfolgenden Beschwerdeverfahren vor einem Landgericht. Hinzu kommt, dass antragstellende Ärztinnen und Ärzte in der Folge auch von der Befugnis zur Erstellung eines ärztlichen Zeugnisses nach § 331 Satz 1 Nr. 2 FamFG ausgeschlossen sind. Denn es ist m.E. ausgeschlossen, einerseits Antragsteller eines Gerichtsverfahrens zu sein und andererseits als Hilfsperson des Gerichts als unvoreingenommene Sachverständige aufzutreten.

Um all dies zu vermeiden, sollte Hessen denselben Weg gehen wie fast alle anderen Bundesländer auch und im einstweiligen (besonders eiligen) Verfahren das Recht der Antragstellung auf die zuständige Behörde übertragen (wie im vormaligen HFEG). Dass dies auch in der praktischen Handhabung möglich ist, zeigt z.B. die (rechtsstaatlich) weit überzeugendere Norm im schleswig-holsteinischen PsychHG.

§ 11 Abs. 1 PsychHG-Schleswig-Holstein lautet wie folgt:

¹Kann eine gerichtliche Entscheidung nicht rechtzeitig herbeigeführt werden, kann der Kreis oder die kreisfreie Stadt die Unterbringung im Rahmen des Artikels 104 Absatz 2 des Grundgesetzes vorläufig vornehmen, längstens jedoch bis zum Ablauf des auf die Unterbringung folgenden Tages; § 8 Absatz 2 gilt entsprechend. ²In diesem Falle ist unverzüglich beim Gericht ein Antrag auf Unterbringung zu stellen.

Der Reformvorschlag in § 17 Abs. 4 PsychKHG-Entwurf sieht zwar nunmehr vor, dass „die gesetzliche Vertreterin oder der gesetzliche Vertreter oder die Betreuerin oder der Betreuer“ über die sofortige vorläufige Unterbringung zu informieren seien. Hier fehlen jedoch die (Vorsorge-)Bevollmächtigten. Diese sind gerade keine „gesetzlichen Vertreter“, sondern eben gewillkürte Vertreter. Darüber hinaus steht die Benachrichtigung unter dem Vorbehalt der Kenntnis einer solchen Vertretungsmacht. Es ist zu befürchten, dass sich Ärztinnen und Ärzte erst gar nicht bemühen, eine solche Kenntnis zu erlangen und dass dann die betroffenen Personen während einer Unterbringungsmaßnahme sich gerade nicht der Unterstützung ihrer Vertreter bedienen können. Besonders augenscheinlich wird diese Problematik bei der Unterbringung Minderjähriger nach dem PsychKHG. Letztendlich sollte eine untergebrachte Person von der Unterstützung möglichst vieler Vertrauenspersonen profitieren. Erneut liefert das schleswig-holsteinische Gesetz in § 11 Abs. 2 PsychHG einen guten Ansatz:

¹Der Kreis oder die kreisfreie Stadt hat eine der nachstehend genannten Personen unverzüglich über die Unterbringung nach Absatz 1 zu unterrichten:

- 1. die Ehegattin oder den Ehegatten, die eingetragene Lebenspartnerin oder den eingetragenen Lebenspartner des betroffenen Menschen, wenn beide nicht dauernd getrennt leben,*
- 2. einen Elternteil oder ein Kind, bei dem der betroffene Mensch lebt oder bei Einleitung des Verfahrens gelebt hat,*
- 3. bei minderjährigen Kindern eine personensorgeberechtigte Person,*
- 4. eine gesetzliche Vertreterin oder einen gesetzlichen Vertreter,*
- 5. die Vorsorgebevollmächtigte oder der Vorsorgebevollmächtigte,*
- 6. eine volljährige Person, mit der der betroffene Mensch eine Lebensgemeinschaft führt,*
- 7. die Leiterin oder den Leiter der Einrichtung, in der der betroffene Mensch lebt, sowie*
- 8. eine Person des Vertrauens des betroffenen Menschen, nach welcher der betroffene Mensch zu befragen ist, sofern eine solche nicht bereits bekannt ist.*

²Ein betroffener volljähriger Mensch hat das Recht, eine Unterrichtung der in den Nummern 1, 2, 6, 7 oder 8 genannten Personen zu untersagen.

Ebenso praxisrelevant ist die Problematik, wenn Personen, welche sich einer sofortigen vorläufigen Unterbringung gegenübersehen, der deutschen Sprache nicht mächtig sind. Eine Eingangsuntersuchung und die vorläufige Feststellung der Unterbringungs Voraussetzungen ist dann erheblich erschwert. In der Praxis holen sich die psychiatrischen Kliniken (wohl v.a. aus Kostengründen) häufig nicht die Hilfe von „allgemein vereidigten“ Sprachmittlern, sondern beurteilen Menschen dann aufgrund einer Anamnese in englischer Sprache oder durch eine radebrechende Übersetzung von anwesenden Angehörigen oder Pflegekräften. Dies ist gerade bei der Diagnose und Einschätzung von psychischen Störungen, welche meist nur durch verbale Äußerungen diagnostizierbar sind, sehr gefährlich (Gefahr von Fehldiagnosen oder verkürzten Diagnosen). Es ist zu empfehlen, dass im Gesetz eine ausdrückliche Verpflichtung zur Hinzuziehung von Sprachmittlern bestehen muss. Das bayerische PsychKHG sieht eine entsprechende Regelung vor: *„Soweit eine Verständigung in deutscher Sprache nicht möglich ist, ist eine Dolmetscherin oder ein Dolmetscher hinzuzuziehen.“* (Art. 14 Abs. 3 S. 2 BayPsychKHG).

Zum Änderungsvorschlag in § 18 PsychKHG:

Ausdrücklich zu begrüßen ist die vorgesehene Streichung des bisherigen Absatzes 5, wonach die untergebrachte Person bisher der Hausordnung des psychiatrischen Krankenhauses „unterliegt“. Dieser Passus führte in der Praxis zu einer häufig (falsch) ausgeübten Handhabung, indem etwa Disziplinarmaßnahmen unter Verweis auf „das Hausrecht“ oder „die Hausordnung“ durchgesetzt wurden (z.B. Wegnahme von Mobiltelefonen, Verbot von Besuchen als „Strafmaßnahme“ für (vermeintlich) ungebührliches Verhalten, Entzug der Erlaubnis zum Aufenthalt im Freien, etc.).

Zum Änderungsvorschlag in § 19 PsychKHG:

In § 19 Abs. 1 PsychKHG ist die verpflichtende Behandlungsplanung unverzüglich nach der Aufnahme aufgeführt. Im Reformvorschlag fehlt m.E. ein Passus, wonach bei der Erstellung des Behandlungsziels und des Behandlungsplans etwaig vorhandene Vertreterpersonen (BetreuerInnen, Sorgeberechtigte oder Bevollmächtigte) mit einzubeziehen sind. In der Praxis findet dies indes häufig nicht statt oder es wird gleich gar kein Behandlungsplan erstellt, weil die betroffene Person (angeblich) hierzu nicht in der Lage sei. Gerade dann braucht es aber die Unterstützung der dafür ermächtigten Vertreterpersonen.

Sowohl der bisherige Absatz 2 als auch der Reformvorschlag verkennt leider die arztrechtlichen Grundsätze der erforderlichen Aufklärungen und Einwilligungen in ärztliche Maßnahmen. Dass jede ärztliche Behandlung oder Maßnahme der Aufklärung und Einwilligung bedarf, ergibt sich schon aus dem BGB in §§ 630d, 630e BGB. Es kann zu Unklarheiten führen, wenn das hessische PsychKHG hier einen anderen Wortlaut als die Vorschriften im BGB vorsieht. Insbesondere der Einschub „*vorbehaltlich des § 20*“ erweckt den Eindruck, dass eine Aufklärung und der Versuch der Erlangung einer Einwilligung bei einer Zwangsbehandlung nach § 20 PsychKHG nicht erforderlich wären. Das Gegenteil ist der Fall.

Ist eine untergebrachte Person nicht einwilligungsfähig (was meist der Fall sein wird, da der untergebrachte Mensch ja auf Grund einer psychischen Störung sich keinen freien Willen bilden kann und deswegen sich selbst oder andere gefährdet; vgl. § 9 Abs. 1 PsychKHG), so ist für medizinische Maßnahmen selbstverständlich die Einwilligung der Vertreterperson einzuholen, es sei denn es liegt ein Fall von § 630d Abs. 1 S. 4 BGB vor. Das hessische Gesetz möchte die Beteiligung der Vertreterpersonen hingegen von der „*Kenntnis über eine gesetzliche Vertretung oder Betreuung*“ abhängig machen. Erneut besteht hier die Gefahr, dass sich die behandelnden Ärztinnen und Ärzte gar keine Mühe machen, entsprechende Ermittlungen zu möglichen Vertretern durchzuführen. Dies verschlechtert die Rechtsposition von untergebrachten Personen im Vergleich zu nicht untergebrachten Patienten gemäß § 630d BGB.

Der Änderungsbedarf in § 20 PsychKHG:

Gerade die besonders einschneidende Maßnahme der Zwangsbehandlung hätte im Rahmen der Reform einer erheblichen Überarbeitung bedurft. Insbesondere mit der weiten Formulierung des Absatzes 5 Satz 2 wird den behandelnden Ärztinnen und Ärzten in zu vielen Fällen die Möglichkeit eingeräumt, ohne gerichtliche Genehmigung mit Zwangsbehandlungen zu beginnen. Denn jedes Gerichtsverfahren verzögert eine Behandlung und bloße Gesundheitsnachteile ohne sofortige Zwangsbehandlung werden ärztlicherseits immer begründbar sein. Hier sollte eine Verschärfung der Voraussetzungen stattfinden oder – wie unten argumentiert – § 20 PsychKHG komplett gestrichen werden.

Auch die Voraussetzung der Möglichkeit einer Zwangsbehandlung mit dem (alleinigen) Zweck der „Wiederherstellung der Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit“ (Abs. 1 Nr. 2) ist nicht nur schlecht formuliert, sondern lässt Zwangsbehandlungen schon dann zu, wenn (ohne Vorliegen einer erheblichen Eigengefahr) der untergebrachte Mensch schlicht die Behandlung verweigert und sich dadurch perspektivisch die Unterbringungsdauer verlängern könnte. Da aber wiederum die Unterbringung selbst gemäß § 9 Abs. 1 PsychKHG von einer erheblichen Eigen- oder Fremdgefahr abhängig ist, sind die Anwendungsbereiche von § 20 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 2 PsychKHG fast identisch.

Eine Zwangsbehandlung zur Behebung einer reinen Fremdgefahr (wie in Abs. 2 vorgesehen) ist weder medizinethisch zu befürworten (vgl. S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“, S. 125), noch lässt das Bundesverfassungsgericht eine Zwangsbehandlung zu diesem Zweck zu.

Insgesamt ist auch § 1906a BGB zu beachten, welcher nach mehreren Reformen des Bundesgesetzgebers von der BGB-Unterbringung nach § 1906 Abs. 1 BGB entkoppelt worden ist. Weshalb vor diesem Hintergrund die Voraussetzungen und Durchgriffsmöglichkeiten von behandelnden Ärzten in einer PsychKHG-Unterbringung schneller und leichter erfüllt sein sollen als bei betreuten Personen, welche sich einer ärztlichen Zwangsmaßnahme gegenübersehen, ist nicht nachvollziehbar.

Im Ergebnis könnte – ohne Gefahr für die betroffenen Personen (!) – § 20 HessPsychKHG schlicht gestrichen werden. § 1906a BGB gibt ausreichende und verfassungsgemäße Möglichkeiten, ärztliche Maßnahmen zwangsweise durchzusetzen. Durch die Pflicht zur Durchführung eines ernsthaften Überzeugungsversuchs besteht auch in aller Regel genug Zeit für die Betreuungsgerichte, einen (zumindest) vorläufigen Betreuer oder eine vorläufige Betreuerin zu bestellen oder die Entscheidung einer schon vorhandenen Vertreterperson abzuwarten, bevor mit einer Zwangsbehandlung (auch im Rahmen einer PsychKHG-Unterbringung) begonnen wird. In allen anderen Fällen (Notfallbehandlungen) kann auf eine Einwilligung nach § 630d Abs. 1 Satz 4 BGB verzichtet werden und bzw. oder die Zwangsmaßnahme anderweitig gerechtfertigt sein.

Zum Änderungsvorschlag in § 21 PsychKHG:

Kernstück der Reform ist die Anpassung des PsychKHG an die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts aus dessen Entscheidung vom 24.07.2018 zu Fixierungen im Rahmen öffentlich-rechtlicher Unterbringung. Die Norm im (bisherigen) § 21 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 PsychKHG ist dabei höchst praxisrelevant: so sind im Jahr 2019 mindestens (da wohl nicht alle Kliniken die Daten übermittelt haben) 1.587 Personen in Hessen fixiert worden. Dies führt zu einer sehr erheblichen Zahl von 4,3 fixierten Personen pro Tag in hessischen Psychiatrien (vgl. LT-Drucksache 20/4081 mit Ausschussvorlage SIA 20/50).

Der Reformvorschlag ist in diesem Zusammenhang äußerst enttäuschend und verfassungsrechtlich nicht haltbar.

Zum ersten sieht § 21 Abs. 1 PsychKHG-Entwurf nicht einmal eine Vorschrift vor, welche dem § 50 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 StVollzG-Hessen für Strafgefangene entspricht. In der Folge werden untergebrachte Personen damit in einer Fixierungssituation schlechter gestellt als Strafgefangene (vgl. im Einzelnen sogleich).

Die Problematik beginnt schon damit, dass die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts zur Fixierung nur dann gelten sollen, wenn die „*Aufhebung der Bewegungsfreiheit an allen Gliedmaßen*“ (Abs. 1 Nr. 5) erfolgt. Nur dann soll die „Halbe-Stunden-Regel“ gelten, und nur dann soll die grundsätzliche Pflicht der Eins-zu-Eins-Betreuung durch therapeutisches oder pflegerisches Personal bestehen (sog. „qualifizierte Fixierung“). In einer Stufe darunter (sog. „sonstige Fixierung“) fasst der Entwurf nun Fälle, in denen eine „*sonstige Einschränkung der Bewegungsfreiheit durch eine mechanische Vorrichtung*“ vorliegt. Dann soll eine gerichtliche Genehmigungspflicht erst bei Bewegungseinschränkungen über einen längeren Zeitraum oder bei Regelmäßigkeit bestehen. Eine Eins-zu-Eins-Betreuung sei dann nicht erforderlich, sondern es genüge eine „*engmaschige Überwachung*“ (was auch immer dies in der Praxis bedeutet).

Diese Differenzierung ist in deutschen Psychisch-Kranken-Gesetzen und Strafvollzugsgesetzen singulär und entspricht im Übrigen weder den medizinischen Leitlinien, welche eine Fixierung schon unter der Schwelle des Anbindens aller Gliedmaßen erkennt noch den Anwendungshinweisen der angewandten Fixiergurte (vgl. Sicherheitshinweise der Segufix-Fixiergurte) und insbesondere auch nicht den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts.

Nach der (federführend von der DGPPN e.V. verfassten) S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ liegt eine Fixierung bei jedem „Festbinden eines Menschen mit breiten Leder- oder Stoffgurten“ vor. „Fixierung erfolgt am häufigsten im Bett liegend (Bettfixierung), ist grundsätzlich jedoch auch sitzend im Stuhl möglich (Maßnahme in der Gerontopsychiatrie bei Sturzgefährdung). Eine Fixierung kann an unterschiedlich vielen Körperteilen erfolgen, von der Ein-Punkt-Fixierung (nur Bauchgurt) bis zur 11-Punkt-Fixierung (teilweise sogar einschließlich Kopf). Auch das Festhalten eines Menschen ist eine Form der Fixierung (im Englischen „physical restraint“ im Gegensatz zum „mechanical restraint“ mit Gurten)“ (oben genannte S3-Leitlinie, Seite 206).

Dass das Bundesverfassungsgericht im Übrigen rein tatsächlich zwei Fälle zu entscheiden hatte, in welchen 5- und 7-Punkt-fixierte Menschen betroffen waren, bedeutet im Umkehrschluss nicht, dass etwa eine 3-Punkt-Fixierung keine vollständige Aufhebung der Bewegungsfreiheit darstellen würde. Denn das Bundesverfassungsgericht veränderte in der genannten Entscheidung nicht die althergebrachte Abgrenzung zwischen einer Freiheitsbeschränkung nach Art. 104 Abs. 1 GG einerseits und einer Freiheitsentziehung nach Art. 104 Abs. 2 GG andererseits. Eine Freiheitsentziehung liegt immer dann vor, wenn die Bewegungsfreiheit nicht nur kurzfristig in alle Richtungen hin aufgehoben wird. Man wird nicht im Ernst argumentieren können, dass ein Mensch, welcher an zwei Armen und einem Bauchgurt an das Bett gefesselt wird (und z.B. die Beine als Gliedmaßen nicht fixiert sind) auch nur ansatzweise die elementarsten (Fort-)Bewegungen (wie das Verlassen des Bettes oder das Heranholen eines Trinkbechers) durchführen könnte. Die Differenzierung zwischen „qualifizierten Fixierungen“ und „sonstigen Fixierungen“ (mit unterschiedlichen Schutzfolgen) geht daher schon aus diesem Grund in die völlig falsche Richtung.

Andere Landesgesetze gehen hier (zum Schutze der betroffenen Personen) viel weiter, indem sie etwa auch die medizinische Fixierung (Ruhigstellen mittels sedierender Medikamente) und das sonstige Anbinden an ein Bett (z.B. Drei-Punkt-Fixierung) als Fixierung im Sinne der BVerfG-Vorgaben definieren (so z.B. PsychHG-Schleswig-Holstein oder PsychKG-Niedersachsen) oder etwa auch die Isolierung von Personen (sog. freiheitsentziehende Absonderung in einem Kriseninterventionsraum) unter den Richtervorbehalt stellen (so z.B. BayPsychKHG). Wie schon oben ausgeführt definiert selbst der hessische Gesetzgeber bei Strafgefangenen eine Fixierung anders als im neuen § 21 PsychKHG angedacht (vgl. § 50 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 StVollzG-Hessen).

Die Forderung einer ständigen Eins-zu-Eins-Betreuung durch therapeutisches oder pflegerisches Personal ist wiederum eine Schutzvorschrift für die fixierten Menschen. Es ist dabei ein Irrglaube, dass sich dieses Erfordernis die Richterinnen und Richter des Bundesverfassungsgerichts ausgedacht hätten. Vielmehr entstammt diese Pflicht originär einer Forderung der medizinischen (!) Fachverbände aufgrund empirischer Studien zu den Gefahren für die betroffenen Personen während einer Fixierung. Erneut sind die medizinischen Leitlinien zu zitieren: *„Fixierte Patienten müssen dauerhaft und überwiegend persönlich durch das Personal überwacht und die Vitalzeichen kontrolliert werden. Gefahren für den Patienten bestehen in Strangulation, Aspiration und Zurücksinken der Zunge. Todesfälle sind unter Fixierungen wiederholt beschrieben“* (S2k-Leitlinie „Notfallpsychiatrie“, Seite 114), sowie: *„Bei Fixierung und Isolierung soll grundsätzlich eine kontinuierliche 1:1 Betreuung durch therapeutisches oder pflegerisches Personal mit der ständigen Möglichkeit des persönlichen Kontakts für die Dauer der Maßnahme erfolgen.“* (S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“, Seite 228).

Eine Fixierung muss sowohl hinsichtlich der Voraussetzungen als auch hinsichtlich der Durchführung immer die Ultima Ratio sein. Dies kommt im Gesetzesentwurf nicht ausreichend zum Ausdruck, indem in § 21 Abs. 1 Satz 1 PsychKHG-Entwurf dieselben Voraussetzungen für besondere Sicherungsmaßnahmen getroffen werden wie für die Unterbringung selbst („erhebliche Eigen- oder Fremdgefahr“ und Fehlen von milderem Mittel). Nach dem Wortlaut kann damit jede Person, welche unterbringungsbedürftig ist auch fixiert werden. Vielleicht ist dies auch ein Grund, weshalb die Fixierungszahlen in Hessen so hoch sind. Der Ultima-Ratio-Gedanke muss sich mithin klarer im Gesetzeswortlaut widerspiegeln: eine Fixierung darf nicht schon dann möglich sein, wenn dies zur Verhinderung einer konkreten, akuten Gefahr „erforderlich“ ist, sondern die Fixierung muss (gerade auch im Vergleich zu anderen besonderen Sicherungsmaßnahmen) „unerlässlich“ sein. Auch hier besteht bei den oben aufgeführten Leitlinien „Expertenkonsens“: *„freiheitsentziehende (Zwangs-) Maßnahmen dürfen nur als Intervention der letzten Wahl auf ärztliche Anordnung von geschulten Mitarbeitenden durchgeführt werden, wenn zuvor alle Deeskalationsversuche erfolglos blieben und akute Gefahr zum unmittelbaren Eingreifen nötig“* (S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“, Seite 210).

Verfahrensrechtlich wird die Anordnungscompetenz in der Krisensituation jedweden Ärztinnen und Ärzten übertragen, auch wenn diese keine bestellten Ärzte im Sinne von § 11 Abs. 2 PsychKHG sind. Das Antragsrecht für das Gerichtsverfahren soll dann wiederum der ärztlichen Leitung obliegen (welche dies dann in der Praxis doch wieder auf „untergeordnete“ Ärzte delegieren wird). Dem ist bei derart massiven Grundrechtseingriffen zu widersprechen: wie auch in anderen Landesgesetzen vorgesehen, sollte das Antragsrecht für Fixierungen alleine der zuständigen Behörde obliegen, welche von bestellten Ärztinnen oder Ärzten unverzüglich nach Beginn einer Fixierungsmaßnahme (d.h. auch zu Nachtzeiten und an Feiertagen) zu benachrichtigen ist. Mal wieder kann die schleswig-holsteinische Regelung überzeugen. Dort ist in § 28 Abs. 6 Satz 2 PsychHG-Schleswig-Holstein aufgeführt: *„Die Ärztin oder der Arzt unterrichtet unverzüglich den Kreis oder die kreisfreie Stadt, so dass der Kreis oder die kreisfreie Stadt einen Antrag auf gerichtliche Entscheidung stellt.“* Auch die Fixierung ist eine Krisenintervention, und Gesundheitsämter müssen hierfür einen Krisendienst vorhalten (genauso wie Gerichte einen Bereitschaftsdienst). Hier wird immer wieder vorgebracht, dass dies wegen der schlechten personellen Ausstattung der sozialpsychiatrischen Dienste in Hessen praktisch nicht realisierbar sei. Die tatsächliche Handhabung und rechtsstaatliche Absicherung dieser originär staatlichen Aufgabe funktioniert aber in anderen Bundesländern.

Noch eine weitere Problematik soll hier angesprochen werden: das hessische PsychKHG sieht als besondere Sicherungsmaßnahme *„die Beobachtung der untergebrachten Person, auch durch technische Hilfsmittel“* (§ 21 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 PsychKHG) vor. Dies ist der euphemistische Ausdruck für eine dauerhafte Kameraüberwachung, welche in der Praxis vieler psychiatrischer Kliniken an der Tagesordnung ist. Diese Möglichkeit – möchte man sie grundsätzlich weiter zulassen – muss m.E. weiter eingeschränkt werden, indem dies erstens den betroffenen Personen offengelegt wird (keine geheime Kameraüberwachung) und zweitens sichergestellt werden muss, dass die Kameraüberwachung nicht oder nur unter weiteren strengen Voraussetzungen aufgezeichnet werden darf. Ein Blick in § 50 Abs. 6 i.V.m. § 34 Abs. 5 Satz 2 und Satz 3 StVollzG-Hessen zeigt, dass Strafgefangene erneut mehr Sicherheiten und Rechtsschutz bei der Kameraüberwachung haben als untergebrachte Personen nach dem PsychKHG. Es empfiehlt sich hier m.E. die Übernahme der Regelung aus Nordrhein-Westfalen (§ 20 Abs. 3 S. 5 und 6 PsychKG-NRW): *„Eine Beobachtung durch Einsatz technischer Mittel zur Anfertigung von Bildaufnahmen und Bildaufzeichnungen sowie zum Abhören und Aufzeichnen des gesprochenen Wortes ist verboten. Eine Beobachtung im Rahmen besonderer Sicherungsmaßnahmen darf ausschließlich durch den Einsatz von Personal erfolgen.“*

Insgesamt ist zu betonen, dass die massive Anwendung von Zwang in Psychiatrien nach den zitierten Leitlinien neben der schlechten personellen Ausstattung auch an baulichen Unzulänglichkeiten liegt. Ist etwa kein (offener oder geschlossener) Time-Out-Raum vorgesehen, so bleibt bei angespannten Patientinnen und Patienten häufig nur noch die Möglichkeit einer körpernahen Fixierung zur Krisenintervention. Auch liegt es empirisch nahe, dass eine helle und freundliche Umgebung Gewalt gegen sich oder gegen Andere verhindern kann. Der bauliche Zustand zumindest einiger Psychiatrien in Hessen ist demgegenüber nicht anders als katastrophal zu bezeichnen.

Der schleswig-holsteinische Gesetzgeber hatte hier die (m.E. gute) Idee, die bauliche Umgestaltung der dortigen Psychiatrien in Richtung der Umgebungsverbesserung im dortigen Psychisch-Hilfsbedürftige-Gesetz in einer Übergangsvorschrift zu verankern: § 44 Abs. 1 PsychHG-Schleswig-Holstein: *„Bis zum 31. Dezember 2026 ist § 28 Absatz 2 und Absatz 7 mit der Maßgabe anzuwenden, dass besondere Sicherungsmaßnahmen auch dann angeordnet werden können, wenn und soweit mildere Mittel aufgrund der baulichen Situation in dem Krankenhaus nicht zur Verfügung stehen.“* Damit entsteht die mittelbare Verpflichtung zur Vorhaltung einer angemessenen (zwangsvermeidenden) baulichen Ausgestaltung.

Fehlende Änderungen in § 32 Abs. 4 HSOG

Abschließend bedarf es m.E. zumindest noch einer Änderung (wenn nicht gar Streichung) des bisherigen § 32 Abs. 4 HSOG.

§ 32 Abs. 4 HSOG gibt eine Ermächtigungsgrundlage für die Verbringung von psychisch erkrankten gefährdeten Personen entweder in ein psychiatrisches Krankenhaus (§ 10 Abs. 1 Satz 1 PsychKHG) oder in ein somatisches Krankenhaus. Als Folge der polizeilichen Verbringung in ein psychiatrisches Krankenhaus erfolgt die sofortige vorläufige Unterbringung durch den bestellten Arzt nach § 17 Abs. 1 Satz 1 PsychKHG oder die Entlassung durch den bestellten Arzt bei Nichtvorliegen der Unterbringungs Voraussetzungen. Bringt die Polizei die Person allerdings in eine somatische Klinik, so ist die weitere Verfahrensweise nach dem bisherigen Gesetz nicht klar. Wer entscheidet über den weiteren Verbleib (mit Freiheitsentziehung) in einer derartigen Klinik und wer übernimmt die Verantwortung zum Schutz des Betroffenen oder zum Schutz Anderer? Eine Unterbringung (und eine Behandlung) kann dort nicht nach dem PsychKHG erfolgen, da eine Unterbringung nur in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 10 Abs. 1 Satz 1 PsychKHG erfolgen darf. Damit kann sich die dortige Behandlung auch nicht nach § 19 PsychKHG richten und es dürfen auch keine besonderen Sicherungsmaßnahmen nach § 21 PsychKHG erfolgen.

Der Vollzug einer weiteren Ingewahrsamnahme auf einer somatischen Station kann sich damit nur nach den Vorgaben in § 34 HSOG richten. § 34 HSOG verweist dann auch zutreffend auf den gesamten § 32 HSOG und nicht nur auf die Gewahrsamsvorschriften in § 32 Abs. 1 und 2 HSOG. Die weitere Behandlung auf der somatischen Station muss (mangels Vorschriften im HSOG) dann nach den allgemeinen Vorgaben des Arztrechts (z.B. §§ 630a ff BGB) erfolgen und führt gegebenenfalls zur Bestellung eines vorläufigen Betreuers für den Betroffenen, wenn dieser einwilligungsfähig sein sollte.

Gesetzsystematisch ist noch problematisch, dass die aktuelle Verweisung in § 32 Abs. 4 HSOG auf § 17 Abs. 1 Satz 2 PsychKHG nicht mehr zutreffend wäre, wenn § 17 Abs. 1 PsychKHG wie vorgeschlagen durch die Hinzufügung eines neuen Satzes 2 geändert werden soll. Der vormalige § 17 Abs. 1 Satz 2 PsychKHG soll zu Satz 3 werden und sich inhaltlich dadurch verändern, als dass der Antrag an das Gericht durch eine Ärztin oder einen Arzt eines psychiatrischen Krankenhauses nach § 10 Abs. 1 Satz 1 PsychKHG erfolgen soll. Wie soll aber ein Arzt eines psychiatrischen Krankenhauses das gerichtliche Verfahren initiieren, wenn die betroffene Person z.B. in ein somatisches Krankenhaus gebracht wird, in welchem sich keine psychiatrische Klinik oder Abteilung befindet?

Mein Vorschlag wäre, § 32 Abs. 4 HSOG ersatzlos zu streichen. Die bisherige Regelung schafft mehr Unsicherheit als eine rechtsstaatlich bestimmte Rechtsgrundlage. Damit wird auch der Rechtsschutz nicht geschmälert, denn im sonstigen Polizeirecht bedarf die bloße Verbringungen zu einer Polizeistation oder zu einer Sammelunterkunft etwa zum Zwecke einer Identitätsfeststellung auch (zunächst) keiner richterlichen Entscheidung. Erst die weitere (fortdauernde und längerfristige) Ingewahrsamnahme löst das Erfordernis des (dann unverzüglichen) Richtervorbehalts aus. Es gibt auch keinen sachlichen Grund, weshalb (vermeintlich) psychisch erkrankte Störer im polizeirechtlichen Sinne anders behandelt werden sollten als sonstige Störer. Der Verbleib in der somatischen Klinik kann dann (unter Wahrung des Richtervorbehalts gemäß § 33 Abs. 1 Satz 1 HSOG) auch bei psychisch erkrankten Personen durch die Ermächtigungsgrundlagen in § 32 Abs. 1 HSOG (und dort insbesondere die Nrn. 1 und 2) legitimiert werden. Der polizeiliche Gewahrsam wird in der Folge in einem Krankenhaus vollzogen. Verantwortlich ist die staatliche Polizei und nicht Ärztinnen und Ärzte in somatischen Krankenhäusern. Erst die „Verlegung“ der Person in eine stationäre psychiatrische (freiheitsentziehende) Behandlung löst das Sonderpolizeirecht des PsychKHG aus.

Fazit

Es ist nicht mehr viel Zeit bis die bisherige Regelung außer Kraft tritt (zum 31.12.2021). Aus diesem Grund schlage ich vor, schlicht die wohlüberlegten und m.E. weit besseren Regelungen des schleswig-holsteinischen Psychisch-Hilfsbedürftigen-Gesetzes im Bereich der Unterbringung und deren Vollzug zu übernehmen. Dies gäbe mehr Rechtsschutz für betroffene Personen, klare Regelungen für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte und würde maßgeblich zur Übertragung der originären staatlichen Hoheitsaufgabe auf staatliche Stellen führen.

Nur dies wäre ein Fortschritt in Richtung zu einem verfassungsrechtlich konformen und den Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention entsprechenden hessischen Psychisch-Kranken-Hilfen-Gesetz.

Frankfurt am Main, November 2021

Christian Braun

Richter am Amtsgericht



Beauftragte der Hessischen Landesregierung für Menschen mit Behinderungen

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

Aktenzeichen Stellungnahme LBA/Stellungnahme-21

Hessischer Landtag
Schlossplatz 1-3
65183 Wiesbaden

Bearbeiter/in Frau Ayse Oluk
Durchwahl (0611) 3219 3706
Fax (0611) 327193706
E-Mail ayse.oluk@hms.hessen.de

Ihr Zeichen
Ihre Nachricht vom

Datum 09. November 2021

Stellungnahme zum Gesetz zur Änderung des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes und des Maßregelvollzugsgesetzes

Sehr geehrte Damen und Herren,

gerne nehme ich Stellung zum Gesetz zur Änderung des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes und des Maßregelvollzugsgesetzes.

Bevor ich auf die einzelnen Normen des o.g. Gesetzes eingehe, möchte ich erwähnen, dass ich mich für eine an den Menschenrechten und der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) ausgerichtete Behindertenpolitik in Hessen einsetze. Ich begrüße es sehr, dass die Vorgaben aus der Bundesverfassungsgerichtsentscheidung vom 24. Juli 2018 im vorliegenden Gesetzentwurf zum Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz und des Maßregelvollzugsgesetzes umgesetzt werden. Ebenso begrüße ich, dass die Richtlinie (EU) 2016/800 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 11. Mai 2017 in nationales Recht umgesetzt wird.

Es ist erfreulich, dass meine folgenden Anregungen aus der Stellungnahme vom 27.03.2020 zur Evaluierung des Hessischen Psychischen-Kranken-Hilfe-Gesetzes vom 4. Mai 2017 (GVBl. S. 66) berücksichtigt wurden:

- Bundesverfassungsgerichtsurteil vom 24.07.2018 (2 BvR 309/15 und 2 BvR 502/16), (Vgl. S. 1 v. 9 meiner Stellungnahme vom 27.03.2020).
- § 2 Abs. 2: Verpflichtung zu barrierefreier Kommunikation in jedem Stadium der Hilfen sowie Dokumentation über die Aufklärung
- § 10 Abs. 2 S. 2 Psychiatrische Krankenhäuser (Vgl. S. 5 v. 9 meiner Stellungnahme vom 27.03.2020)
- § 16 Abs. 4 Unterbringungsverfahren (Vgl. S. 7 v. 9 meiner Stellungnahme vom 27.03.2020).
- § 18 Rechtsstellung, § 19 Behandlung & § 22 Anwendung unmittelbaren Zwangs: „Verpflichtung der barrierefreien Kommunikation, Leichte Sprache und Dokumentationspflicht“ (Vgl. S. 7 v. 9 meiner Stellungnahme vom 27.03.2020).
- § 16 Unterbringungsverfahren, §17 Sofortige Vorläufige Unterbringung, § 19 Behandlung, § 20 Behandlungsmaßnahmen, § 21 Besondere Sicherungsmaßnahmen, § 22 Anwendung unmittelbaren Zwangs (Vgl. S. 8 v. 9 meiner Stellungnahme vom 27.03.2020).

Im Weiteren möchte ich auf die noch fehlende Umsetzung von Vorschläge aus meiner zurückliegenden Stellungnahme aufmerksam machen, daher nehme ich erneut Stellung:

Im Rahmen des o.g. Gesetzentwurfes sollte die Stellungnahme vom Landesverband Hessen der Angehörigen psychisch Kranker e.V., die Bremer Erklärung vom 52. Treffen der Bund- und Länderbehindertenbeauftragten und die Ergebnisse des Forschungsprojekts „Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesysteme“ berücksichtigt werden. Das erwähnte Forschungsprojekt wurde von 15.08.2016 – 31.07.2019 über das Bundesministerium für Gesundheit gefördert. Die Projektleitung hatte die Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V. (BAG GPV), die praktische Handlungsempfehlungen entwickelte. Nähere Informationen dazu können Sie über den Link (<https://www.bag-gpv.de/projekte/projekt-vermeidung-von-zwangsmassnahmen-im-psychiatrischen-hilfesystem/>) erhalten.

Hohe Priorität sollte dem Ausbau und der auskömmlichen Finanzierung der ambulanten und präventiven Angebote eingeräumt werden. Nach Art. 19 UN-BRK (Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft) haben Menschen mit Behinderungen das Recht, unter Berücksichtigung ihrer individuellen Bedürfnisse in einer inklusiven Gesellschaft zu leben. Hierfür sind wirksame und geeignete Maßnahmen zu treffen, insbesondere durch Bereitstellung gemeindenaher Dienstleistungen und Einrichtungen. Diese sind in besonderem Maße geeignet, psychische Krisen bereits im Anfangsstadium aufzufangen, den betroffenen Menschen ein selbstbestimmtes Leben in der gewohnten Umgebung zu ermöglichen, und stationäre Aufenthalte möglichst zu vermeiden. Der Ausbau der ambulanten Strukturen ist daher dringend geboten. Ich begrüße, dass die Krisenhilfen des Sozialpsychiatrischen Dienstes sowie Psychiatriekoordination eingeführt und gestärkt werden, darüber hinaus wurde es aber versäumt, die ambulanten Strukturen stärker auszubauen.

Durch Einführung von § 6a „Gemeindepsychiatrische Verbände“ auf Ebene der kreisfreien Städte und der Landkreise ist das Anliegen aufgegriffen worden, eine wohnortnahe Koordinierung der ambulanten, teilstationären und stationären Angebote zu fördern, was ich sehr begrüße, zumal die Verbände betroffener Menschen eingebunden werden.

Generell möchte ich anregen, den Begriff der „Hilfen“ im gesamten Gesetzestext zu überdenken und ggf. durch den Begriff der „Leistungen“ zu ersetzen, da es insgesamt um eine adäquate und professionelle Leistungserbringung für den Personenkreis der Menschen mit psychischen Behinderungen geht. In den folgenden Anmerkungen habe ich den Begriff jedoch weiterverwendet, um sprachlich konsistent zu bleiben. Nachfolgend nehme ich zu einzelnen Regelungen des Hessischen PsychKHG Stellung:

Präambel:

Ich begrüße, dass im Gesetzgebungsverfahren 2016/ 2017 in der Präambel die UN-Behindertenrechtskonvention aufgenommen wurde. Die Ergänzung ist meiner Ansicht nach jedoch nicht ausreichend, daher sollte der zweite Satz der Präambel ohne Relativierung wie folgt gefasst werden (Streichung der Formulierung „**so weit wie möglich**“):

„Dabei sollen die Interessen der Personen mit psychischen Störungen und ihrer

Angehörigen und Vertrauenspersonen sowie die UN-Behindertenrechtskonvention berücksichtigt werden.“

§ 1 Anwendungsbereich

In 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 sollte die Formulierung „**oder gewesen sind**“ gestrichen werden.

§4 Ausgestaltung der Hilfeleistung

Für ein selbstbestimmtes Leben ist es sehr wichtig, dass die ambulanten Strukturen und Angebote für Betroffene weiterentwickelt und flächendeckend, also auch im ländlichen Raum, angeboten werden. Dafür ist nicht nur ein Umdenken erforderlich, sondern es muss auch eine aktiv aufsuchende Behandlung von Menschen mit psychischen und seelischen Beeinträchtigungen im häuslichen Umfeld gewährleistet werden. Die ambulanten Dienste sollen für diesen Personenkreis leicht zugänglich sein, um in akuten Not- und Krisensituationen präventiv vorgehen zu können. Hierdurch können auch Menschen erreicht werden, die sich in akuten Not- und Krisensituationen oder der Frühphase einer psychischen Erkrankung befinden.

Ich bitte darum, § 4 Abs. 2 Satz 1 zu streichen und durch folgenden Satz zu ersetzen:

„Die Hilfen sollen wohnortnah und flächendeckend angeboten werden. Die ambulanten Dienste sollen Unterstützungs-, Behandlungs- und Rehabilitationsangebote niederschwellig zur Verfügung stellen, um präventiv und rehabilitativ wirken zu können.“

§ 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 findet die Formulierung „**andere bedeutende Rechtsgüter Anderer**“ Anwendung, die meines Erachtens nicht klar definiert ist und somit zu Unklarheiten führt. Deshalb sollte diese Formulierung komplett im Gesetz gestrichen werden, um auch dem Grundgedanken der UN-BRK-Monitoringstelle hinsichtlich der

Transparenz des Gesetzes gerecht zu werden.¹

§ 7 Ehrenamtliche Hilfe und Selbsthilfe

Ehrenamtliche Hilfe und Selbsthilfe sind seit jeher ein essenzieller Bestandteil unserer Gesellschaft, da sie eine sehr wichtige Rolle in den verschiedenen Institutionen, Organisationen von Menschen mit Behinderungen, 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. Diese Personen sollten für ihr ehrenamtliches Engagement eine Aufwandsentschädigung erhalten. Folglich ist das Wort „**können**“ in § 7 Satz 1 PsychKHG zu streichen und dieser Satz wie folgt zu formulieren:

„Ehrenamtliche Hilfen einschließlich der Arbeit der Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen sowie Projekte der Selbsthilfe sind zu unterstützen“.

§ 8 Finanzierung

Ich bitte um Einfügung eines neuen zweiten Satzes (§ 8 Satz 2 neu):

„Der Mehrbelastungsausgleich sollte eine auskömmliche Finanzierung gewährleisten“.

§ 10 Psychiatrische Krankenhäuser; § 11 Beleihung und Bestellung

Ich schließe mich der Forderung meiner Kollegen*Innen in der Bremer Erklärung an: „Nach Artikel 25 der UN-BRK haben Menschen mit Behinderungen das Recht auf Selbstbestimmung in gesundheitlichen Angelegenheiten sowie auf eine gesundheitliche Versorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard wie andere Menschen. Im derzeitigen psychiatrischen Unterstützungssystem gibt es deutliche Versorgungsdefizite in Bezug auf die Gruppe von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen (sogenannter geistiger Behinderungen), die gleichzeitig psychische Beeinträchtigungen haben. Die psychiatrische Versorgung des genannten Personenkreises muss bei der Weiterentwicklung des psychiatrischen Unterstützungssystems aufgegriffen werden. Die Versorgungsstruktur für diesen Personenkreis ist

¹ Vgl. Bundestags-Drucksache 19/15829.

bundesweit zu überprüfen und es sind entsprechende Angebote für Menschen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen zu schaffen. Diese können unter anderem in den gerade im Aufbau befindlichen Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderungen nach § 119c SGB V angesiedelt werden. Therapeutische Weiterentwicklungen für die besonderen Bedarfe müssen im Leistungskatalog abgebildet werden“.

Hierbei verweise ich auch auf die Anwendung der praktischen Handlungsempfehlung der BAG GPV e.V.

Ferner schlage ich vor, dass die folgenden beiden Absätze in den o.g. Regelungen (§§ 10; 11) aufgenommen werden:

➤ **„Personen mit Doppeldiagnosen, Selbst- und Fremdgefährdung sollten auch die Möglichkeiten erhalten, in stationären geschlossenen 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 Unterstützungsformen gefunden werden.

§ 13 Besuchskommission

Die Besuchskommission sollte unangekündigt prüfen können, um eine effektive Kontrolle zu gewährleisten. Deshalb sollte in § 13 Abs. 3 Satz 2 gestrichen und durch folgende Formulierung ersetzt werden: **„Die Besuchskommission führt unangekündigte Besuche durch.“**

§ 14 Berichtspflicht

Es sollten meiner Meinung nach auch Angaben hinsichtlich der Unterbringung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im Bericht erfasst werden.

§ 31 Fachbeirat Psychiatrie

Ich halte es für sehr wichtig, dass der Fachbeirat Psychiatrie zukünftig bei allen Gesetzen und Verordnungen bzgl. Menschen mit psychischen Behinderungen beteiligt wird.

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

Gez. Rika Esser

Hessischer Städtetag · Frankfurter Straße 2 · 65189 Wiesbaden

Hessischer Landtag
Sozial- und Integrationspolitischer Ausschuss
Herrn Vorsitzenden Moritz Promny
Schlossplatz 1-3
65183 Wiesbaden

Öffentliche mündliche Anhörung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses des Hessischen Landtags zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Gesetz zur Änderung des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes und des Maßregelvollzugsgesetzes – Drucks. 20/6333 –

Sehr geehrter Promny,

wir bedanken uns für die Gelegenheit zur Stellungnahme. Eine Befragung hat ergeben, dass unserer Mitglieder keine grundlegenden Bedenken gegen die vorgesehenen Änderungen haben.

Jedoch stellen wir allgemein fest, dass mit dem vorgelegten Gesetzentwurf der Aufgabenkatalog der Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) an verschiedenen Stellen ausgeweitet werden soll. Zusätzliche Aufgaben sind nur mit zusätzlichem Personal zu bewältigen, was sich in Zeiten des steigenden Fachkräftemangels schwierig gestaltet. Auch bedeuten neue Aufgaben zusätzliche Belastungen der Kommunen bei gleichzeitiger Entlastung der Krankenversicherungen.

Ihre Nachricht vom:
06.10.2021

Ihr Zeichen:
I 2.11

Unser Zeichen:
500.0 Wk/Hö

Durchwahl:
0611/1702-21

E-Mail:
wokittel@hess-staedtetag.de

Datum:
09.11.2021

Stellungnahme Nr.:
107-2021

Verband der kreisfreien und
kreisangehörigen Städte im
Land Hessen

Frankfurter Straße 2
65189 Wiesbaden

Telefon: 0611/1702-0
Telefax: 0611/1702-17

posteingang@hess-staedtetag.de
www.hess-staedtetag.de

Nassauische Sparkasse Wiesbaden
BIC: NASSDE55
IBAN: DE79 5105 0015 0100 0727 77

Wir sehen den Gesetzgeber gefordert, die Finanzierung zusätzlicher Aufgaben des SpDi sicherzustellen.

Auch sehen wir die lange Befristung des PsychKHG bis zum 31. Dezember 2029 kritisch. Der Evaluierungszeitraum ist sehr großzügig bemessen. Bisherige Erfahrungen in der Praxis zeigen, dass Gesetzesänderungen nicht ohne Schwierigkeiten umzusetzen sind und sich praktischer Anpassungsbedarf erst in der Gesetzanwendung offenbart. Notwendige Anpassungen sollten kurzfristiger vorgenommen werden können.

Darüber hinaus wurden im Rahmen der Regierungsanhörung und nun auch der Landtagsanhörung Anmerkungen aus der Mitgliedschaft an uns herangetragen, die wir im Einzelnen an Sie weiterreichen möchten.

Präambel und §§ 1 bis 3

Der Inhalt der Präambel und der genannten Paragraphen ist konsensfähig. Jedoch wird uns zurückgespiegelt, dass – um einen Paradigmenwechsel in der psychiatrischen Versorgung zu erreichen –, die Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention, die Vernetzung ambulanter und stationärer Angebote, die Schaffung alternativer Versorgungsangebote sowie Maßnahmen zur Verhinderung von Zwang mehr Gewicht bekommen müssten.

§ 4 Ausgestaltung der Hilfeleistung

- Aufhebung des Abs. 3 Satz 2

Die Aufhebung des Abs. 3 Satz 2 wird als eine Schwächung des ambulanten Systems und eine Einschränkung der Zugangsmöglichkeiten zum Hilfesystem wahrgenommen.

Krisenhilfen schließen eine Öffnung ambulanter Hilfen auch außerhalb der regulären Arbeitszeit nicht aus. Dementsprechend sollte eine Streichung nicht erfolgen. Vielfältige gemeindepsychiatrische Hilfsangebote mit unterschiedlichen Öffnungszeiten gewährleisten eine Niedrigschwelligkeit und erleichtern den Zugang zum Hilfesystem.

- Abs. 5 Satz 1

Die geplante Einfügung erscheint der kommunalen Praxis in dieser generalisierten Form nicht sinnvoll.

An uns wurde folgender Alternativvorschlag herangetragen:

„... sowie nach Möglichkeit und mit Einverständnis des/der Betroffenen in die Therapie einbezogen. Therapeutische Überlegungen sind im Rahmen einer Einzelfallentscheidung zu berücksichtigen.“

- Abs. 5 Satz 2

Der Wechsel von der intendierten zur gebundenen Berücksichtigung wird aus fachlicher Sicht sehr positiv gesehen.

§ 5 Ambulante Hilfen des Sozialpsychiatrischen Dienstes

- Abs. 2 Satz 1

Der Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi) kann aktiv werden, wenn eine Person die in der Vorschrift genannten Rechtsgüter "erheblich gefährdet". Seitens der Praxis wird darum gebeten, den Begriff der "erheblichen Gefährdung" näher zu konkretisieren.

- Abs. 3 Satz 3

Die Frage, welche Konsequenzen resultieren, wenn einer Vorladung nicht Folge geleistet wird, ist gesetzlich nicht geklärt und sollte in das PsychKHG aufgenommen werden.

- Abs. 6

Grundsätzlich wird die Einführung von Krisenhilfen außerhalb der Regelarbeitszeiten begrüßt. Es fehlen Erläuterungen, in welcher Form die Krisenhilfe zu leisten ist (z.B. telefonisch, persönlich, aufsuchend), wer fachlich hierfür in Frage kommt und wie die Finanzierung ausgestaltet ist. Die Ausweitung des Hilfsangebots wird in der Regel nicht ohne die Änderung der Personalstrukturen möglich sein, um die vorgesehene Vorhaltung sicherzustellen. An uns wird die Frage herangetragen, wie der Gesetzgeber die Finanzierung der vorzuhaltenden Krisenhilfen gesichert sieht.

- Abs. 7

Der bisherige Abs. 6 wird inhaltsgleich in Abs. 7 überführt. Das Berichtswesen bleibt unverändert. In der kommunalen Praxis stellt sich die generelle Frage, wie mit den Berichten verfahren wird. Gibt es eine Auswertung? Wenn ja, fließen die Ergebnisse in zukünftige Psychiatrieplanung ein?

§ 6 Koordinierung der Hilfsangebote vor Ort

Die Verbindlichkeit der vorzuhaltenden Psychiatriekoordination und die Einbeziehung der Gerichte, Betreuungsbehörden sowie Polizei- und Ordnungsbehörden in die Erörterungsgespräche wird ebenso wie die Aufnahme des § 6a positiv bewertet.

§ 7a Genesungsbegleitung

Die vorgesehene Einbindung von Genesungsbegleiter*innen lässt noch viele Fragen offen. Ungeklärt sind die Ausbildung und der Status der Genesungsbegleiter*innen (Anerkennung als Fachkräfte), ihre Anbindung und Supervision sowie die Finanzierung.

§ 8 Finanzierung

Für eine sinnvolle Umsetzung der beschriebenen Hilfen und Aufgaben ist der bisherige Finanzierungsrahmen nicht ausreichend. Hier wird das Land auch in Anbetracht der neu aufgenommenen Aufgaben seine Zahlungen nach oben hin anpassen müssen. Die geplante Einführung von Verwendungsnachweisen führt in der kommunalen Praxis zu folgenden Fragen:

Wie wird mit den vorgesehenen Verwendungsnachweisen verfahren? Gibt es eine Auswertung? Wenn ja, fließen die Ergebnisse in zukünftige Psychiatrieplanungen ein?

§ 9 Voraussetzungen von Unterbringungen

Die Ergänzung des Abs. 3 wird positiv bewertet.

§ 10 Psychiatrische Krankenhäuser

- Streichung des Abs. 2 Satz 2

Die Streichung wird vor dem Hintergrund der bestehenden erheblichen Mängel in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung, die insbesondere in den Monaten der Pandemie deutlich geworden sind, als kritisch gesehen. Zwar sollte aus fachlicher Sicht die Versorgung in kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhäusern/Fachabteilungen angestrebt werden. Diese ist aber noch nicht flächendeckend in ausreichender Form vorhanden. Erst wenn ausreichend Plätze zur Verfügung stehen, kann im Rahmen der nächsten Novellierung die Streichung des Satz 2 erwogen werden.

- Streichung des Abs. 3

Die Streichung des Abs. 3 wird in der Praxis als nicht nachvollziehbar beschrieben.

§ 13 Besuchskommission

- Abs. 4 Satz 4 – neu

Eine Rückmeldung an die Psychiatriekoordination oder die SpDi ist im Hessischen PsychKHG nicht vorgesehen. Es wäre aber sinnvoll, wenn diesen die Ergebnisse der Besuchskommission zur Kenntnis gegeben würden, damit sie in den Koordinierungsgesprächen thematisiert werden können.

Darüber hinaus wäre es sinnvoll, wenn die Mitglieder der Besuchskommission mit den unabhängigen Beschwerdestellen vor Ort vernetzt wären.

§ 14 Berichtspflicht

Wünschenswert wäre bei der Meldung auch eine entsprechende Begründung der bestellten Ärztin/des bestellten Arztes (analog zu § 17 Abs. 3 Satz 2).

Bislang werden seitens des Hessischen Ministerium für Soziales und Integration noch keine anonymisierten Daten an den SpDi übermittelt. Um entsprechend intervenieren zu können, wäre es aber sinnvoll, die Daten möglichst zeitnah zu erhalten. Daher wäre es wünschenswert, wenn im §14 ein zeitliches Kriterium festgeschrieben würde.

§ 16 Unterbringungsverfahren

- Abs. 2

Aus der kommunalen Praxis wird vorgeschlagen, Abs. 2 um folgenden Satz 2 zu ergänzen:

„Befindet sich die untergebrachte Person bereits in einem psychiatrischen Krankenhaus, so ist dieses ebenfalls antragsberechtigt.“

Begründung:

Einzelne Richter*innen fordern immer wieder eine persönliche Überprüfung der Anträge durch Mitarbeitende des SpDi, die personell nicht geleistet werden kann. Auch ist der SpDi keine judikative Instanz.

Aus der kreisangehörigen Mitgliedschaft wird uns mitgeteilt, dass der Magistrat als bisher auch zuständige Verwaltungsbehörde eine wichtige Funktion für das Unterbringungs-geschehen vor Ort eingenommen hat. Wenn jetzt die Zuständigkeit des Magistrats entfällt, wird befürchtet, dass die kreisangehörigen Städte keine Informationen mehr zum Unterbringungs-geschehen erhalten werden. Es wird betont, dass, wenn auch das PsychKHG die Hilfen für psychisch erkrankte Menschen in den Vordergrund stellt, es bei

der Unterbringung gleichrangig um die Abwehr erheblicher Gefahren für das Leben oder die Gesundheit der Betroffenen oder des Lebens, der Gesundheit oder anderer bedeutender Rechtsgüter Dritter ginge. Daher wird vorgebracht, dass kreisangehörige Städte als vor Ort und näher an den Menschen wirkende Gefahrenabwehrbehörden auch weiterhin Informationen zum Unterbringungsgeschehen erhalten sollten. Sichergestellt werden müsse, dass die im Unterbringungsverfahren ergangenen richterlichen Beschlüsse an die örtliche zuständigen Gefahrenabwehrbehörden übermittelt werden.

- Abs. 3

Die Klarstellung der örtlichen Zuständigkeit wird positiv bewertet. Jedoch hält die kommunale Praxis auch unter Anwendung des Begriffs "aktueller Aufenthaltsort" weiterhin Fallgestaltungen für denkbar, in denen eine eindeutige Zuordnung nicht zweifelsfrei möglich ist.

- Abs. 4

Es ist nicht die Regel, dass Psychologen beim SpDi arbeiten. Als Grund wird uns hierfür der Fachkräftemangel genannt. Eine Mitgliedstadt vertritt die Auffassung, dass psychiatrische Gutachten strikt in fachärztliche Hände gehören. Ärztliche Expertise sei insbesondere an dieser Stelle nicht durch psychologische Kräfte zu ersetzen.

EXKURS:

Aus der kommunalen Praxis wird uns folgende persönliche Anmerkung zur Regelung der Unterbringungen im Hessischen PsychKHG übermittelt, die wir aufgrund der Situationsbeschreibung gerne an Sie weiterreichen möchten:

"Die Verbringung betroffener Personen in die psychiatrischen Kliniken auf Grundlage des HSOG stellt gegenüber dem HFEG kaum eine Verbesserung dar und führt nach wie vor zu einer Stigmatisierung psychisch kranker Menschen. In manchen anderen Bundesländern können Landkreise oder kreisfreie Städte die betroffene Person längstens bis zum Ablauf des folgenden Tages vorläufig unterbringen, wenn das Vorliegen der Voraussetzungen durch eine psychiatrische Stellungnahme dargelegt wird. Ein solches Vorgehen stärkt die Rolle der Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDis) und sollte grundsätzlich auch für das Land Hessen erwogen werden.

Eine Stärkung der SpDis durch den § 16 erfolgt nicht. In der Praxis wird durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geprüft, ob die Voraussetzungen für die §§ 16 oder 17

*oder einer Unterbringung nach Betreuungsrecht vorliegen. Für den § 17 muss „Gefahr im Verzug“ vorliegen. Eine Aussage, dass z. B. aufgrund einer Kachexie oder einer drohenden Sepsis eine potentiell lebensbedrohliche Situation entstehen kann, reicht der örtlich zuständigen Richterschaft häufig nicht aus. Auch wird das Vorliegen der Voraussetzungen des § 17 PsychKHG von Psychiater*innen zum Teil anders eingeschätzt als von Mitarbeiter*innen der Stadt- oder Landespolizei – insbesondere vor dem Hintergrund medizinischer Fragestellungen oder bei der Einschätzung von Suizidalität. Das hat in der Vergangenheit wiederholt dazu geführt, dass Menschen nicht auf Grundlage des HSOG in einer Klinik vorgestellt wurden, obwohl Mitarbeiter*innen des SpDi die Voraussetzungen des § 17 PsychKHG als durchaus gegeben ansahen. In den Kooperationsgesprächen wurde inzwischen vereinbart, dass in solchen Fällen die Stadt- oder Landespolizei vom Gesundheitsamt schriftlich um Vollzugshilfe gebeten wird. Prinzipiell wäre es aber wünschenswert, dass Verantwortlichkeiten durch das PsychKHG klar definiert werden, damit es nicht – wie im Alltag leider sehr häufig zu beobachten – zu einem gegenseitigen Zuweisen von Verantwortung kommt.*

Ein Betreuungsverfahren dauert – auch im Eilverfahren – häufig mehrere Wochen (oft Monate), ähnlich verhält es sich mit der Prüfung eines Antrags nach § 16 PsychKHG, wenn die/der Betroffene noch nicht in einer psychiatrischen Klinik ist. In diesem Fall werden jeweils ein Verfahrenspfleger und ein Zweitgutachter beauftragt, bevor eine richterliche Anhörung stattfindet. Dieses Vorgehen hat im vergangenen Herbst dazu geführt, dass eine Klientin des SpDi verstorben (vermutlich verhungert) ist. Eine Unterbringung nach § 17 PsychKHG wurde mehrfach abgelehnt, weil medizinisch nicht eingegrenzt werden konnte, wann eine lebensbedrohliche Situation eintritt und die parallel eingeleiteten Betreuungsverfahren und Unterbringungsverfahren nach § 16 PsychKHG sich über mehrere Monate erstreckten."

§ 18 Rechtsstellung

Die Streichung des Abs. 1 Satz 2 wird in der Mitgliedschaft als nicht nachvollziehbar bewertet.

§ 20 Behandlungsmaßnahmen

- Abs. 5

Die Anordnung einer Behandlungsmaßnahme bedarf der Genehmigung des zuständigen Betreuungsgerichts. Gesetzlich ungeklärt ist, wer für die Anordnung einer Maßnahme antragsberechtigt ist: das Krankenhaus oder die Verwaltungsbehörde?

Der Begriff der „erheblichen Gefährdung“ sollte konkretisiert werden.

§ 28 Entlassung

- Abs. 3 – neu

Die kommunale Praxis rät dazu, die geplante Einfügung und das hiermit vorgesehene Verfahren aus datenschutzrechtlichen Gründen nochmals zu prüfen. Sollten Schweigepflichtsentbindungen erforderlich sein, ist bereits jetzt zu klären, was passiert, wenn diese nicht unterzeichnet werden.

Darüber hinaus wird uns mitgeteilt, dass durch das vorgesehene Verfahren die Schaffung von Doppelstrukturen droht: die Anbindung an die PIA und den SpDi oder die Verlagerung von krankenkassenfinanzierten Leistungen in die Kommunen.

Auch erscheint aus Sicht der kommunalen Praxis eine Präzisierung der Vorschrift erforderlich, um die Kommunikation zwischen SD und SpDi tatsächlich zu verbessern.

Unklar ist, von welchem Umfang die "nachgehenden Hilfen" der SpDi sein sollen. Soll der SpDi nach der Vorstellung des Gesetzgebers "medizinische und psychosoziale Beratung und Betreuung [...] bieten", bedeutet dies die Übertragung zusätzlicher Aufgaben, die bisher beim SD angesiedelt sind. Dies kann vom SpDi in seiner jetzigen Form personell nicht geleistet werden. Zusätzliche Aufgaben bedürfen zusätzlichen Personals, dessen Finanzierung der Gesetzgeber sichern muss.

§ 29a Unterrichtung in besonderen Fällen

Die Aufnahme dieses Paragraphen soll die Rechtssicherheit für die Mitarbeiter*innen der SpDi erhöhen. Jedoch wird uns zurückgespiegelt, dass die Formulierung als „kann“-Bestimmung neue, erhebliche Schwierigkeiten in der Praxis mit sich bringt. Zum einen können hier sehr bedrohliche Situationen für Mitarbeiter des SpDi entstehen. Zum andern entsteht eine breite Plattform für unnötige Diskussionen, falls der SpDi im Einzelfall (gem. der „kann“-Bestimmung) entscheidet, nicht zu handeln, ein Schaden eintritt und Dritte die

Zurückhaltung des SpDi im Nachgang kritisieren wollen. Eine Mitgliedstadt betont, dass der SpDi keine exekutive Instanz ist.

§ 32 Unabhängige Beschwerdestelle

Die Implementierung unabhängiger Beschwerdestellen (UBSt) ist wünschenswert, wird von der kommunalen Praxis in der im PsychKHG beschriebenen Form aber als kaum umsetzbar beschrieben.

- Abs. 1 Satz 3

Nach Abs. 1 Satz 3 erfolgt die Tätigkeit der unabhängigen Beschwerdestelle "unentgeltlich". Unentgeltlich für wen? Für diejenigen, die ihre Dienste in Anspruch nehmen oder für diejenigen, die diese zeitintensive und belastende Aufgabe übernehmen? Uns wird rückgemeldet, dass sich nicht selten nicht genug Menschen finden, die bereit sind, diese verantwortungsvolle Aufgabe ehrenamtlich zu übernehmen. Ein finanzieller Ausgleich setzt aber Strukturen voraus, die den ehrenamtlichen Dienst überhaupt erst möglich machen. Wenn die Mitglieder der UBSt Verträge mit den kommunalen Gesundheitsämtern abschließen, sind sie nicht mehr unabhängig. Wenn eine Pauschale oder Zuwendung gezahlt wird, muss es innerhalb der Beschwerdestelle Strukturen, d.h. eine Person geben, die bereit ist, die personelle Verantwortung zu übernehmen. Diese Verantwortungsübernahme stellt eine hohe Hürde gerade für Psychiatrieerfahrene oder ihre Angehörigen dar, die deshalb häufig von der Übernahme der Aufgabe im Ehrenamt Abstand nehmen.

- Abs. 2

Uns wird mitgeteilt, dass insbesondere die Besetzung mit einer „Person mit Berufserfahrung im psychiatrischen Versorgungssystem“ die UBSt vor schier unlösbare Aufgaben stellt. Eine solche Person ist grundsätzlich nicht unabhängig. In der Praxis sind die UBSt in einigen Kommunen sogar mit Mitarbeiter*innen aus SpDi und/oder Kliniken besetzt, was viele Beschwerdeführer*innen davon abhalten kann, sich vertrauensvoll an die UBSt zu wenden.

- Abs. 4

Uns wird mitgeteilt, dass Mitglieder der UBSt teilweise nicht möchten, dass in Kliniken und im SpDi über ihre Namen informiert wird. Es sollte geprüft werden, ob durch ein anonymisiertes Verfahren ein vergleichbares Ergebnis der Kontaktvermittlung erreicht werden kann.

- Abs. 5

Es ist sicher sinnvoll, die dokumentierten Beschwerden dem für die Gesundheit zuständigen Ministerium vorzulegen. Jedoch wird uns aus einer Mitgliedstadt über die Erfahrung berichtet, dass es vielen, die sich beschweren möchten, nicht ausreicht, wenn ihre Beschwerde dokumentiert wird. Sie möchten konkret wissen, welche Konsequenzen aus ihren Beschwerden folgen.

- Abs. 7 - neu

Die kommunale Praxis weist uns darauf hin, dass der vom Land zur Verfügung gestellte Pauschalbetrag in Höhe von 1.200 Euro bei Weitem nicht ausreicht, die laufenden Kosten (Telefon, Porto, Postfach, Druckkosten, Übernahme von Reisekosten, Ausgaben für Fortbildung und/oder Supervision etc.) zu decken. Hier sind Anpassungen nach oben erforderlich.

Auch sollten im Hessischen Ministerium für Soziales und Integration Strukturen geschaffen werden, die den Aufbau und die Arbeit der UBSt finanziell, logistisch und inhaltlich unterstützen.

§ 33 Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher

Die Kann-Formulierung sollte in eine verbindlichere Formulierung geändert werden.

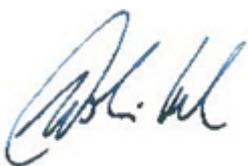
§ 36 Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Die Befristung der Novellierung wird grundsätzlich begrüßt. Allerdings erscheint der Evaluierungszeitraum vor dem Hintergrund der oben beschriebenen Schwierigkeiten doch recht großzügig bemessen. Geprüft werden sollte eine Kürzung auf fünf Jahre.

Zum Entwurf zur Änderung des Maßregelvollzugsgesetzes (MVollzG)

In Ermangelung von Hinweisen aus der Mitgliedschaft verzichten wir auf eine Stellungnahmen zur Änderung des MVollzG.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Felix Wokittel

Referatsleiter

Bartl, Andrea (HLT)

Betreff: WG: Öffentliche mündliche Anhörung im Hessischen Landtag am 15.11.2021, PsychKHG

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Rüdiger Hannig <hannig.bapk@psychiatrie.de>

Gesendet: Mittwoch, 10. November 2021 10:12

An: Sadkowiak, Maximilian (HLT) <M.Sadkowiak@ltg.hessen.de>

Cc: Bartl, Andrea (HLT) <A.Bartl@ltg.hessen.de>

Betreff: Re: Öffentliche mündliche Anhörung im Hessischen Landtag am 15.11.2021, PsychKHG

Sehr geehrter Herr Sadkowiak,

vielen Dank für die Einladung zur mündlichen Anhörung. Leider werden wir weder an der mündlichen Anhörung teilnehmen können, noch war es dem Bundesverband möglich, sich in die Tiefen des hessischen PsychHG's und Massregelvollzugsgesetzes qualifiziert einzuarbeiten.

Wir begrüßen es außerordentlich, dass sowohl für Angehörige als auch Betroffene mehr Möglichkeiten der Partizipation geschaffen werden. Gleichwohl bedeutet das auch, dass wir Partizipationsfähig gemacht werden müssen. Wir Angehörigen sind z. B. zu über 80% erwerbstätig und erbringen parallel einen Großteil der ambulanten psychiatrischen Versorgung. Partizipation bedeutet für uns z. B. Urlaub zu nehmen, um nach Hessen zu den nicht auskömmlichen Bundesreisekosten anzureisen. Partizipation bedeutet für uns an sonstiger Stelle neben dem Leben noch freie Zeiten zu finden, die auf Grund des Umfeldes nur schwer planbar sind, um uns in Gesetze, Verordnungen, etc. einzuarbeiten, Texte zu entwerfen und abzustimmen.

Derzeit befindet sich das Deutsche Zentrum für psychische Gesundheit in Gründung. Die Mitwirkung von Angehörigen ist auch dort gewünscht und sogar gefordert! Von Anfang an dürfen wir nicht nur mitentscheiden, sondern erhalten auch eine personelle, uns zugeordnete Infrastruktur gestellt, um mit unseren Herausforderungen umzugehen. Gleichwohl gestaltet sich auch hier die Partizipation als schwierig, wenn wir qualifiziert mitwirken sollen.

Auf Grund unserer Lebensumstände ist die finanzielle Situation der Angehörigen häufig nicht auskömmlich. Dieses schlägt sich auch im Beitragsvolumen der Verbände nieder. Dieses reicht in der Regel nicht aus, angemessene Strukturen aufzubauen, um Partner in der Partizipation zu sein. Die GKV Förderung ist in der Höhe nicht auskömmlich für solche Strukturen und im Projektbereich selten auf Partizipation ausgerichtet. Wir würden uns daher für die Angehörigen und Betroffenen in Hessen gerne eine dauerhafte, stabile Förderung wünschen, um Partizipation auf Augenhöhe betreiben zu können, zumal der Hessische Landesverband der Angehörigen schon seit mehr als 30 Jahre besteht.

Gleichwohl stehen wir als Bundesverband auch weiterhin gerne im Rahmen der jeweiligen aktuellen partizipativen Fähigkeiten zur Verfügung.

Mit der Bitte um ihr Verständnis und verbleibe

mit freundlichen Grüßen

Dr. Rüdiger Hannig