

Stellungnahme

4. Oktober 2019

Geschäftsstelle DGPPN e.V.

Reinhardtstraße 27 B | 10117 Berlin

TEL 030 2404772-0 | FAX 030 2404772-29

sekretariat@dgppn.de

WWW.DGPPN.DE

Referentenentwurf eines neugefassten „Gesetz zur Hilfe und Unterbringung von Menschen mit Hilfebedarf infolge psychischer Störungen (PsychHG)“ des Landes Schleswig-Holstein

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) nimmt hiermit zu dem Referentenentwurf des oben genannten Gesetzes als wissenschaftliche Fachgesellschaft Stellung.

Die DGPPN begrüßt insgesamt den Referentenentwurf für das PsychHG Schleswig-Holstein. Insbesondere wird begrüßt, dass in diesem Gesetzesentwurf wesentliche höchstrichterliche Urteile der vergangenen Jahre – insbesondere das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes bezüglich des Richtervorbehalts bei Zwangsmaßnahmen – umgesetzt werden.

In der vorliegenden Stellungnahme werden insbesondere diejenigen Bestimmungen kommentiert, die sich gegenüber der bisherigen Fassung des „Gesetzes zur Hilfe und Unterbringung psychisch kranker Menschen (Psychisch-Kranken-Gesetz – PsychKG) vom 14. Januar 2000 relevant unterscheiden.

Die DGPPN hält es für richtig, bereits im Titel des Gesetzes deutlich zu machen, dass die Bestimmungen dieses Gesetzes über den Bereich der Psychiatrie hinausgehen und alle Menschen, die aufgrund einer psychischen Störung einen Hilfebedarf haben, umfasst.

§ 1 Anwendungsbereich, Grundsätze

Positiv hervorgehoben wird, dass die Würde und das Recht auf Selbstbestimmung der betroffenen Menschen zu achten ist und dass deren besondere Bedürfnisse Berücksichtigung finden sollen (Abs. 3).

Zudem wird begrüßt, dass der Gebrauch von Patientenverfügungen und ähnlichen Instrumenten gefördert werden soll. Wir möchten empfehlen, an dieser Stelle „Behandlungsvereinbarungen“ als ein Beispiel der ähnlichen Instrumente explizit zu erwähnen, da dieser im Gesetzestext an keiner

VORSTAND

Prof. Dr. med. Dr. phil. Andreas Heinz
PRÄSIDENT

Prof. Dr. med. Arno Deister
PAST PRESIDENT

Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer
PRESIDENT ELECT

Prof. Dr. med. Martin Driessen
Prof. Dr. med. Andreas J. Fallgatter
Prof. Dr. med. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank
Dr. med. Iris Hauth
Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz
Prof. Dr. med. Frank Jessen
Dr. med. Christian Kieser
Dr. med. Sabine Köhler

Dr. med. Andreas Küthmann, *Kassenführer*
Prof. Dr. med. Andreas Meyer-Lindenberg
Prof. Dr. med. Jürgen L. Müller
Prof. Dr. med. Andreas Reif
Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller
Dr. med. Christa Roth-Sackenheim
Prof. Dr. med. Rainer Rupprecht

HYPOVEREINSBANK MÜNCHEN

IBAN DE58 7002 0270 0000 5095 11
BIC HYVEDEMMXXX
VR 26854 B, Amtsgericht Berlin-Charlottenburg

UST-ID-NUMMER
DE251077969

Stelle genannt werden. Diese zwischen der Klinik und dem Patienten im einwilligungsfähigen Zustand gemeinsam erstellten Vereinbarungen regeln Modalitäten eventueller zukünftiger Behandlungen und haben daher den Stellenwert einer vertrauensbildenden Maßnahme. Zwangsmaßnahmen im Kontext von Wiederaufnahmen können dadurch möglicherweise verhindert, verkürzt oder erträglicher gestaltet werden.

§ 2 Sozialpsychiatrischer Dienst

Begrüßt wird, dass in diesem Gesetzesentwurf die Sozialpsychiatrischen Dienste der Kreise und kreisfreien Städte eine besondere Stellung einnehmen und diese im Interesse der betroffenen Menschen mit anderen (in diesem Gesetz konkret benannten) Institutionen zusammenarbeiten sollen.

Es wird begrüßt, dass Krisenintervention als eine Aufgabe des Sozialpsychiatrischen Diensts definiert wird.

Die Übertragung von Aufgaben der Fachaufsicht an die Kreise und kreisfreien Städte muss aus unserer Sicht stärker daran gebunden werden, dass diese fachlich und personell geeignet sind, diese Fachaufsicht wahrzunehmen.

§ 3 Arbeitskreise für die gemeindenahe Psychiatrie

Begrüßt wird, dass den Arbeitskreisen für gemeindenahe Psychiatrie eine herausgehobene Stellung eingeräumt wird. Dieser Arbeitskreise haben sich in der bisherigen Arbeit bewährt.

Sinnvoll erscheint es uns ebenso, darauf hinzuweisen, dass die Arbeitskreise auf eine Zusammenarbeit aller an der Versorgung von betroffenen Menschen beteiligten Personen und Institutionen hinwirken sollen.

§ 4 Begriff und Ziel der Hilfen

Begrüßt wird, dass die Hilfen als Leistungen definiert werden, die Betroffene befähigen sollen, menschenwürdig und selbstbestimmt in der Gemeinschaft zu leben und die Vermeidung von Unterbringungen als Ziel explizit definiert ist.

§ 6 Kontaktaufnahme, Vorladung, Untersuchung

Eine Möglichkeit zur frühzeitigen Untersuchung, die eine Unterbringung verhindert, wird grundsätzlich begrüßt.

Die in § 6 Abs. 2 formulierte „Vorladung“, der die Person Folge zu leisten hat und die ggf. zwangsweise durchgesetzt werden kann, ist jedoch nur dann im Bezug auf das Grundgesetz und die UN-BRK zu rechtfertigen, wenn die Selbstbestimmungsfähigkeit des Patienten aufgehoben ist, also die Fähigkeit, die aktuelle Gefahr für sich oder andere einzusehen und nach dieser Einsicht zu handeln. In der bisher gültigen Fassung des PsychKG ist dies nicht vorgesehen, sollte jedoch unserer Ansicht nach im Zuge der Reformierung umgesetzt werden.

Dies gilt analog auch für die Regelungen bei Gefahr im Verzug nach Abs. 4.

§ 7 Voraussetzung der Unterbringung

In diesem Zusammenhang ist es der DGPPN besonders wichtig, darauf hinzuweisen, dass eine Unterbringung nur dann erfolgen kann, wenn die Fähigkeit zur Selbstbestimmung, also zur Fähigkeit, die Gefahr für sich oder andere einzusehen bzw. nach dieser Einsicht zu handeln, relevant reduziert oder aufgehoben ist. Menschen mit einer psychischen Erkrankung können sich selbst oder andere aufgrund ihrer Erkrankung gefährden, ohne dass die Selbstbestimmungsfähigkeit aufgehoben wäre bzw. ohne dass die psychische Erkrankung im Zusammenhang mit der Gefährdung steht. In solchen Situationen wäre eine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus sowohl mit Bezug zum Grundgesetz als auch mit Hinblick auf die UN-BRK nicht zu rechtfertigen. Eine psychische Störung allein oder die alleinige Gefährdung von Interessen Dritter kann nicht Voraussetzung für eine Unterbringung sein.

Es sollte auch explizit formuliert werden, dass eine fehlende Bereitschaft zur Behandlung allein keine Rechtfertigung für eine Unterbringung darstellt.

Wir schlagen daher folgende Ergänzung (in rot) vor:

§ 7, (1) Der betroffene Mensch kann gegen oder ohne seinen Willen in einem geeigneten Krankenhaus untergebracht werden, wenn und solange er infolge seiner Störung sein Leben, seine Gesundheit oder bedeutende Rechtsgüter anderer erheblich gefährden und die Gefahr nicht anders abgewendet werden kann. Die fehlende Bereitschaft, sich behandeln zu lassen, rechtfertigt allein keine Unterbringung. Eine Unterbringung ist nur dann zulässig, wenn der Mensch nicht in der Lage ist, die Gefahr für sich oder andere einzusehen, bzw. nach dieser Einsicht zu handeln, weil er an einer psychischen Erkrankung leidet.

§ 8 Unterbringungsantrag

In Abs. 2 wird festgehalten, dass das ärztliche Gutachten, das dem Antrag auf Unterbringung beizufügen ist, möglichst nicht von dem behandelnden Arzt zu erstellen ist.

Dies wird grundsätzlich befürwortet. Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass insbesondere in Situationen außerhalb der üblichen Arbeitszeit diese Bedingungen nicht in jedem Fall einzuhalten sein wird.

Zudem sollte an dieser Stelle explizit formuliert werden, dass die Unterbringung gerichtlich anzuordnen ist.

§ 12 Rechtsstellung des betroffenen Menschen

Begrüßt werden die Regelungen in Abs. 2, wonach der Betroffene unverzüglich nach seiner Aufnahme in geeigneter Weise über seine Rechte und Pflichten mündlich und schriftlich aufzuklären ist und hierfür bei Bedarf eine Übersetzung sicherzustellen ist.

Hinzugefügt werden sollte, dass die Sprache bei Bedarf möglichst einfach und verständlich sein sollte.

§ 13 Vollzug der Unterbringung

In Abs. 2 wird festgelegt, dass die Unterbringungen grundsätzlich in einem für die Behandlung der psychischen Störung geeigneten psychiatrischen Krankenhaus oder in einer geeigneten psychiatrischen Abteilung eines Krankenhauses erfolgen. Darüber hinaus kann die Unterbringung in einem dafür geeigneten somatischen Krankenhaus oder einer geeigneten somatischen Abteilung eines Krankenhauses vollzogen werden, wenn die psychische Störung vorrangig eine somatische Behandlung erfordert.

Diese Bestimmungen werden ausdrücklich unterstützt. Wir gehen dabei davon aus, dass eine Unterbringung in jedem Fall in der Art und Weise erfolgt, die den geringsten erforderlichen Eingriff in das Recht auf Selbstbestimmung darstellt.

Dabei ist aus Sicht der DGPPN zu gewährleisten, dass hierbei stets eine ärztlich-psychiatrische Expertise konsiliarisch hinzugezogen werden kann. Es sind zudem dieselben ethisch-menschenrechtlichen Standards, die für die Psychatrien gelten, in den somatischen Abteilungen und Kliniken zu befolgen.

§ 23 Durchsuchung

Neu aufgenommen wurde die Regelung einer körperlichen Durchsuchung, die in begründeten Fällen auch mit einer Entkleidung verbunden werden kann.

Die DGPPN spricht sich dafür aus, dass diese Durchsuchung, wie im Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten des Landes Berlin (§ 71 Abs. 6), ausführlich hinsichtlich Anlasses, Namen der beteiligten Person und dem Ergebnis zu dokumentieren ist:

§ 24 Beurlaubung

Begrüßt wird die Ausweitung der möglichen Beurlaubung von 7 auf 14 Tage.

§ 27 Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen

Es wird ausdrücklich begrüßt, dass bei Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen Methoden und Instrumentarien zu entwickeln sind, um Krisensituation ohne Zwang zu bewältigen. Es wird ebenfalls begrüßt, dass sicherzustellen ist, dass bei der Anwendung von Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen das nach dem aktuellen medizinischen Stand am wenigsten eingreifende geeignete Mittel zur Verfügung steht.

Das Festhalten sollte aufgrund seines eingreifenden Charakters in die grundgesetzlich geregelte Privatsphäre des Menschen in die besonderen Sicherungsmaßnahmen unter § 28 überführt werden.

§ 28 Besondere Sicherungsmaßnahmen

In Abs. 4 wird festgehalten, dass die besonderen Sicherungsmaßnahmen in „besonderem Maße zu überwachen und zu betreuen“ sind. Außer im Falle der Fixierung werden diese Regelungen für die anderen Maßnahmen, Isolierung und Sedierung, nicht genauer definiert. Eine genaue Festlegung der Überwachung und Betreuung ist also zu ergänzen.

Begrüßt wird, dass dem Patienten die Möglichkeit einer Nachbesprechung einzuräumen ist. Es sollte darüber hinaus auch dem Personal eine solche Nachbesprechung ermöglicht werden, da dies nachweislich zu einer Reduzierung von Sicherungsmaßnahmen beiträgt.

In Abs. 5 wird eine richterliche Anordnung bei Fixierungen, die nicht nur kurzfristig auftreten, formuliert. Dies wird begrüßt, jedoch sollte ein Zeitwert von ca. 30 Minuten zur Orientierung explizit formuliert werden.

Begrüßt wird grundsätzlich die in Abs. 8 vorgesehene umfangreiche Dokumentation der Sicherungsmaßnahme. Hier sollte ergänzt werden, welche Maßnahmen ergriffen wurden, um die Sicherungsmaßnahme zu verhindern.

In diesem Zusammenhang muss allerdings ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass den Kliniken die dafür unbedingt benötigten personellen Ressourcen zur Verfügung zu stellen sind. Dieser Anspruch richtet sich gegen die Gesetzlichen Krankenkassen. Es muss vermieden werden, dass

durch zu umfangreiche Dokumentationsmaßnahmen die dringend erforderlichen therapeutischen Ressourcen reduziert werden.

§ 29 Ärztliche Zwangsmaßnahmen

Es wird begrüßt, dass die Anforderungen an eine ärztliche Zwangsmaßnahme den Vorgaben nach § 1906a BGB entsprechen. Dabei ist es aus unserer Sicht von besonderer Bedeutung, dass gesetzlich festgelegt ist, dass der zu erwartende Nutzen der Behandlung die zu erwartende Beeinträchtigung deutlich feststellbar überwiegen muss.

§ 34 Besonders schutzwürdige Daten

Bei den Regelungen zur Weiterverarbeitung besonders schutzwürdiger Daten durch den Kreis bzw. die kreisfreie Stadt bleiben viele Fragen offen, die aus unserer Sicht zu klären sind:

- Für welche Zwecke werden die Daten weiterverarbeitet?
- Von wessen Lebensgefahr wird ausgegangen?
- In welcher Form werden die Daten weiterverarbeitet?
- Welche Stellen sind mögliche Datenempfänger?
- Wann haben die datenempfangenden Stellen die Daten zu löschen (aus § 36 geht dies nicht hervor)?

§ 38 Dokumentations- und Berichtspflicht

Die umfangreiche Dokumentationspflicht wird grundsätzlich begrüßt.

Auch hier ist jedoch darauf hinzuweisen, dass es die Aufgabe auch der politischen Unterstützung sein muss, auf eine Verbesserung der Personalsituation in den Krankenhäusern hinzuwirken.

Es sollte jedoch im Sinne der Transparenz eine Auswertung der auf Kreisebene erfassten Daten auch auf Landesebene geben und dem Landtag ein entsprechender Bericht jährlich vorgelegt werden. Hierzu sollte in der zuständigen Behörde eine entsprechende Stelle geschaffen werden.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Dr. phil. Andreas Heinz

Präsident DGPPN

Reinhardtstr. 27b

10117 Berlin

Telefon: 030 240 4772 0

E-Mail: praesident@dgppn.de