Herrn

Dr. Stefan Hölz

Hessisches Ministerium für Soziales und Integration

Dostojewskistr. 4

65187 Wiesbaden

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Berlin, den 17. Juni 2016 |

Gesetz zur Regelung des Rechts der Hilfen und Unterbringung bei psychischen Krankheiten (PsychKHG) in Hessen

Sehr geehrte Damen und Herren,

die DGPPN begrüßt den Gesetzentwurf des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration über das Gesetz zur Regelung des Rechts der Hilfen und Unterbringung bei psychischen Krankheiten (PsychKHG) in Hessen ausdrücklich, weil damit das Landesgesetz an die aktuelle Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes und des Bundesgerichtshofes, sowie an die Entwicklungen der Medizinethik der vergangenen Jahre angepasst werden soll. Während die Begründung der Notwendigkeit einer Neufassung des derzeitigen Landesrechts von der DGPPN ohne Einschränkung geteilt wird, ergeben sich hinsichtlich einzelner Lösungsansätze Diskrepanzen zu den Eckpunkten der DGPPN. Zu einigen Aspekten möchten wir im Folgenden eingehend Stellung nehmen.

**Anmerkungen zu einzelnen Gesetzesvorschriften**

**Präambel**

Die Formulierung „Dabei sollen die Interessen der Personen mit psychischen Störungen und ihrer Angehörigen und Vertrauenspersonen sowie die UN-Behindertenrechtskonvention so weit wie möglich berücksichtigt werden“ ist in mehrfacher Hinsicht problematisch. Zum einen deutet diese Formulierung darauf, dass auch Interessen Dritter Gegenstand dieses Gesetzes sind. Diese Dritten und ihre Interessen sollten dann explizit benannt werden. Zum anderen hat sich die Bundesrepublik Deutschland verpflichtet, die UN-Konvention vollständig umzusetzen. Dies bedeutet weit mehr, als sie so weit möglich zu berücksichtigen. In einigen Kommentaren zu konkreten Bestimmungen des Gesetzes wird deutlich werden, dass diese aus Sicht der DGPPN nicht mit der Konvention vereinbar sind.

**§ 1 Anwendungsbereich**

Die sehr weite Fassung des Anwendungsbereichs dieses Gesetzes, der auch Menschen einschließt, die von einer psychischen Erkrankung genesen sind, oder bei denen nur (einzelne) Anzeichen für eine Funktionseinschränkung, Krankheit oder Behinderung bestehen, ist in vielerlei Hinsicht problematisch. Zu denken ist an Stigmatisierung, die Unterbringung einwilligungsfähiger psychisch Kranker oder gar Gesunder und ähnliches. Deshalb sollte der Anwendungsbereich des Gesetzes auf Menschen mit psychischen Erkrankungen beschränkt werden.

**§ 3 Begriff und Ziel der Hilfen**

Hier sollte es in Abs. 1 anstatt „Hinführung zu ärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung“, „Hinführung zu medizinischer einschließlich psychotherapeutischer Behandlung heißen“, weil Psychotherapie Teil ärztlichen Tuns ist.

Zu den Zielen der Hilfen sollte hinzugefügt werden: 5. Die Selbstbestimmungsfähigkeit der Patienten durch intensive Unterstützungsmaßnahmen zu fördern. Die Vermeidung der Unterbringungsmaßnahmen sollte dann unter 6. aufgeführt werden.

**§ 4 Ausgestaltung der Hilfeleistung**

Der in Abs. 3 postulierte absolute Vorrang einer ambulanten Versorgung ist nicht sachgerecht. Es gibt Situationen, in denen das Ziel der Hilfen zwar mit ambulanten Maßnahmen erreicht werden kann, diese aber dem Patienten oder seinen Angehörigen aus verschiedenen Gründen nicht zumutbar sind. Deshalb sollte hier formuliert werden: „Eine stationäre Behandlung sollte dann erfolgen, wenn das Ziel der Hilfen durch ambulante Maßnahmen nicht erreicht werden kann oder diese aus anderen Gründen als weniger zweckmäßig erscheinen.

**§ 5 Ambulante Hilfen des Sozialpsychiatrischen Dienstes**

Die zwangsweise Vorladung von Menschen, die nach § 1 möglicherweise nur einzelne Anzeichen einer psychiatrischen Erkrankung aufweisen, ist sehr problematisch. Zielführend wäre es als wesentliches Eingangskriterium für Besuche des sozialpsychiatrischen Dienstes oder eine Vorladung zu formulieren, dass sie dann erfolgen sollen, wenn es konkrete Hinweise auf eine Einschränkung der Selbstbestimmungsfähigkeit der betroffenen Person gibt.

**§ 9 Voraussetzungen von Unterbringung**

Die hier formulierten Eingangsvoraussetzungen für die Unterbringung sind nicht mit der UN-Behindertenrechtskonvention und den Eckpunkten der DGPPN zur öffentlich-rechtlichen Unterbringung vereinbar, weil die Unterbringung selbstbestimmungsfähiger Personen erlaubt wird. Die Unterbringung eigen- und fremdgefährdender, aber selbstbestimmungsfähiger Menschen mit psychischen Erkrankungen in psychiatrischen Krankenhäusern verletzt zum einen den Gleichbehandlungsgrundsatz des § 3 GG, weil die Unterbringung ausschließlich psychisch kranke Menschen betrifft. Gleichzeitig verstößt dies gegen § 14 der UN BRK, der bestimmt, dass das Vorliegen einer Behinderung in keinem Fall eine Freiheitsentziehung rechtfertigt.

Deshalb sollte als zwingende Voraussetzung für eine Unterbringung postuliert werden, dass eine Einschränkung der Selbstbestimmungsfähigkeit vorliegt oder zumindest konkrete Anhaltspunkte auf diese hindeuten.

Aus fachlicher Sicht ist ferner zu fordern, dass eine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nur dann für zulässig erklärt wird, wenn eine medizinische Behandlung sinnvoll und möglich ist bzw. sein könnte.

Eine „erhebliche Gefahr für … bedeutende Rechtsgüter Anderer“ ist ein völlig unbestimmter Begriff und birgt deshalb die Gefahr, dass die Unterbringung psychisch kranker Menschen aus nichtigen und unverhältnismäßigen Anlässen erfolgt. Dieser Begriff sollte sehr restriktiv exakt beschrieben oder fallen gelassen werden.

**§ 10 Psychiatrische Krankenhäuser**

Zu Abs. 2: Die Unterbringung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen für Erwachsene ist schon aus Kosten einer möglichen Weigerung der Krankenkasse zur Kostenübernahme (fehlender Facharztstandard) problematisch. Die DGPPN empfiehlt diesen Absatz zu streichen.

Zu Abs. 3: Hier wird der Begriff der Versorgungsverpflichtung (Abs. 1) durch den Begriff der Wohnortnähe ersetzt. Dies sollte präzisiert werden. Außerdem ist unklar, was passieren soll, wenn die Wünsche des Betroffenen in erheblichem Widerspruch zu einer wohnortnahen Behandlung stehen und ob Kliniken über ihren Versorgungsbereich hinaus zur Aufnahme von Patienten verpflichtet werden können.

Zu Abs. 4: Eine grundsätzliche Unterscheidung zwischen geschlossenen und offenen Stationen ist nicht hilfreich und sachlich auch nicht scharf durchführbar. Es wird deshalb empfohlen, diesen Abs. wie folgt zu formulieren: „Die Unterbringung soll immer so erfolgen, dass die Einschränkung der Freiheitsrechte der Person nur in dem Ausmaß erfolgt, welches zur Erreichung des Unterbringungszweckes zwingend notwendig ist. Hierzu ist nicht zwingend die Unterbringung auf einer geschlossenen Station notwendig“.

Zu Abs. 5: Eine Minimierung der Einschränkung von Freiheitsrechten, wie sie Abs. 4 fordert, steht in Zielkonflikt zur Minimierung der Entweichungswahrscheinlichkeit. Eine Minimierung der Einschränkung von Freiheitsrechten ist nicht nur aus verfassungsrechtlichen, sondern auch aus medizinischen Gründen geboten. Deshalb sollte hier folgendermaßen formuliert werden: „Die psychiatrischen Krankenhäuser haben durch geeignete Maßnahmen so weit wie möglich sicherzustellen, dass sich die untergebrachten Personen der Unterbringung nicht entziehen.

**§ 11 Beleihung und Bestellung**

Zu Abs. 1: Die Verpflichtungen der Träger durch die Beleihung müssen korrespondierend ergänzt werden durch eine Verpflichtung der öffentlichen Hand, die notwendigen Finanzmittel bereit zu stellen, sofern die Träger der Einrichtung diese nicht aus anderen Quellen, z. B. von den Krankenkassen erhalten. Die aktuelle Entwicklung der Entgeltsystematik in psychiatrischen Kliniken bewegt sich sehr in Richtung einer marktwirtschaftlichen Orientierung mit dem Ziel des Preiswettbewerbs zwischen den Einrichtungen. Dies dürfte langfristig zu Absenkungen der Vergütungen ohne Rücksicht auf die besonderen Bedürfnisse und Notwendigkeiten im Rahmen der öffentlich-rechtlichen Unterbringung führen und damit zu höheren Kosten für das Land.

Zu Abs. 2 An dieser Stelle muss eindeutig definiert werden, wer zu Vollzugsaufgaben bestellt werden soll, und was genau unter Vollzugsaufgaben zu verstehen ist. Der Begriff „Ärzte in Leitungsfunktion“ ist diesbezüglich zu unpräzise und es muss darüber hinaus bedacht werden, dass auch Ärzte in nicht leitender Funktion in bestimmten Situationen, z. B. im Nacht- und Wochenenddienst, wesentliche Entscheidungen nach diesem Gesetz (z. B. § 17) treffen müssen. Bestimmte Aufgaben (z. B. § 22) werden auch von Nicht-Ärzten durchgeführt, bei denen sich dann ebenfalls die Frage stellt, ob sie zu Vollzugsaufgaben bestellt werden sollen bzw. müssen.

**§ 12 Ausübung der Befugnisse im psychiatrischen Krankenhaus**

Siehe hierzu die Bemerkungen zu § 11. Insbesondere ist es unmöglich, dass all diese Aufgaben rund um die Uhr von Chefärzten, deren Vertretern oder anderen „leitenden“ Ärzten wahrgenommen werden.

**§ 14 Berichtspflicht**

An dieser Stelle ist zu erwägen, den Krankenhäusern weitgehendere Berichtspflichten aufzuerlegen, insbesondere auch bezüglich der Sicherungsmaßnahmen nach § 21. In jedem Fall sollten aber eindeutige Standards und der Einbezug auch der betreuungsrechtlichen unterbringungsähnlichen Maßnahmen eingeführt werden. Für diese sollten somatischen Krankenhäusern korrespondierende Meldepflichten auferlegt werden, da Fixierungen und anderen unterbringungsähnliche freiheitsentziehende Maßnahmen in somatischen Krankenhäusern sehr häufig durchgeführt werden.

**§ 15 Fachaufsicht**

Zu Abs. 2

Ähnlich wie in § 11 muss auch hier sichergestellt werden, dass das Ministerium den Kliniken nicht Weisungen erteilt, für die keine Finanzierung gegeben ist. Am Ende des Absatzes sollte präziser formuliert werden: Das Weisungsrecht bezieht sich nicht auf diagnostische und therapeutische ärztliche Maßnahmen.

Zu Abs. 3

Hier muss einschränkend darauf hingewiesen werden, dass die Einsicht in Akten auf Patienten beschränkt sein muss, die in der Klinik untergebracht sind oder waren.

**§ 16 Unterbringungsverfahren**

Zu Abs. 2: Hier muss geklärt werden, welche Behörde wirklich zuständig ist. Die aktuelle Formulierung lässt vermuten, dass Gemeindevorstand und sozialpsychiatrischer Dienst gemeinsam handeln müssen. Gemeint ist wahrscheinlich, dass die eine oder die andere Behörde handeln kann. Fraglich ist, ob bei den Gemeinden flächendeckend die für solche Verfahren notwendige Fachkompetenz vorgehalten werden kann.

Zu Abs. 4: Sollte tatsächlich eine ärztliche Stellungnahme gewünscht werden, die konkrete Angaben zu den Behandlungsmaßnahmen und deren Dauer enthält, so muss diese zwingend durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie erstellt werden. Da in aller Regel solche detaillierten Maßnahmenplanungen allerdings erst nach Untersuchung in der Klinik möglich sind, sollte bevorzugt der Inhalt der Stellungnahme auf die Notwendigkeit der Unterbringung beschränkt werden. Diese sollte allerdings zwingend sein.

**§ 17 Sofortige vorläufige Unterbringung**

Hier sollte das Ergebnis der Untersuchung durch den Arzt (Abs. 2) zur Voraussetzung für die Unterbringung nach Abs. 1 gemacht werden. Nach der jetzigen Formulierung wird der Betreffende zunächst aufgenommen, dann untersucht und dann doch nicht aufgenommen.

**§ 18 Rechtsstellung**

Hier wird auf den Unterbringungszweck Bezug genommen, der bisher im Gesetz nicht definiert ist. Zweck der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus sollte die Abwehr bzw. Beseitigung einer gegenwärtigen Eigen- oder Fremdgefährdung durch eine medizinische Behandlung sein, die zumindest auch im Interesse des Betreuten liegt. Eine Unterbringung ohne die Möglichkeit einer Behandlung oder eine Unterbringung, die ausschließlich im Interesse Dritter liegt, darf – nach Meinung der DGPPN – nicht in einem psychiatrischen Krankenhaus erfolgen.

**§ 19 Behandlung**

Dieser Paragraph regelt einerseits die Untersuchung und Behandlung einwilligungsfähiger Patienten, die immer nur mit ihrer Einwilligung erfolgen darf. Für die Behandlung einwilligungsunfähiger Patienten wird hingegen auf § 20 verwiesen, der die Behandlung von Patienten gegen ihren natürlichen Willen regelt. Dabei handelt es sich um einwilligungsunfähige Patienten, die der Behandlung widersprechen. Die Behandlung derjenigen Patienten, die nicht einwilligungsfähig sind, der Behandlung aber nicht widersprechen, ist weder in § 19 noch in § 20, mithin gar nicht geregelt. Diese Lücke sollte geschlossen werden, zumal der Verweis auf § § 1901 a und b BGB, die die Ermittlung des Patientenwillens im Rahmen einer Betreuung regeln, an dieser Stelle nicht verständlich ist.

Letztlich kommt es darauf an, eine gesetzliche Regelung zu finden, die sicherstellt, dass bei allen einwilligungsunfähigen Patienten, egal, ob sie in einer Behandlung zustimmen oder ob sie ihr vermittels ihres natürlichen Willens widersprechen, eruiert wird, ob eine Vorausverfügung vorliegt oder ob es andere zielführende Hinweise auf den mutmaßlichen Patientenwillen unter Berücksichtigung des früheren Willens und der Einstellung der Person gibt.

**§ 20 Behandlungsmaßnahmen**

Hier werden medizinische Untersuchungen und Behandlung bei einwilligungsunfähigen Untergebrachten gegen ihren natürlichen Willen (Zwangsbehandlungen) geregelt. Die Vorschriften sind stark an § 1906 BGB angelehnt, allerdings um die Möglichkeit erweitert, Untergebrachte auch im ausschließlichen Interesse Dritter zu „behandeln“. Nach Auffassung der DGPPN sind allerdings medizinische Maßnahmen im ausschließlichen Interesse Dritter nicht als Behandlung zu werten. Darüber hinaus sind sie Ärzten standesrechtlich verboten. Deshalb fordert die DGPPN, dass in Gesetzen zur öffentlich-rechtlichen Unterbringung die gewaltsame Durchsetzung medizinischer Maßnahmen im ausschließlichen Interesse Dritter gesondert geregelt und bezeichnet und dabei klar gemacht wird, dass solche Maßnahmen nur dann zulässig sind, wenn sie zur akuten Abwehr von Gefahren für Leib und Leben Dritter unerlässlich sind.

Wenn Abs. 2 trotz der eben angeführten Argumente erhalten bleibt, sollte wie in Abs. 1 formuliert werden „Gegen den natürlichen Willen einer einwilligungsunfähigen Person“, um die Anwendung auf einwilligungsfähige Patienten sicher auszuschließen.

Zu Abs. 3: Auch dann, wenn Gefahr in Verzug ist, ist es nicht gerechtfertigt, ganz darauf zu verzichten, die auf Vertrauen gegründete Zustimmung der untergebrachten Person zu erreichen. Ein Versuch, die Zustimmung zu erreichen, sollte immer gemacht werden.

Zu Abs. 6: Hier ist unklar, was mit Gesundheitsschutz genau gemeint ist und auf wen sich dies bezieht. Es ist ebenfalls unklar, was mit einer körperlichen Untersuchung gemeint sein soll, die nicht mit einem körperlichen Eingriff verbunden ist.

**§ 21 Besondere Sicherungsmaßnahmen**

Erneut taucht hier, wie schon an anderer Stelle, der völlig unklare und sehr breite Begriff der bedeutenden Rechtsgüter anderer auf. Auf einer solch unpräzisen Grundlage schwere Grundrechtseingriffe, wie die Durchführung der hier beschriebenen Sicherungsmaßnahmen durchzuführen erscheint nicht gerechtfertigt. Aus Sicht der DGPPN scheint hier der Verweis auf die schwerwiegende Gefahren für das Leben oder die Gesundheit Dritter sinnvoll und ausreichend.

Abs. 1 Die Überwachung während der Durchführung einer Sicherungsmaßnahme sollte besser als kontinuierliche therapeutische Begleitung bezeichnet werden.

Abs. 2 stellt ein bedauerliches Relikt aus Zeiten der polizeirechtlichen Fundierung der Unterbringung dar. Wie in Abs. 1 beschrieben, können in besonderen Maßnahmen, unter Beachtung der Verhältnismäßigkeit besondere Sicherungsmaßnahmen ergriffen werden. Untergebrachte Patienten werden weder aus- noch vorgeführt, weshalb dieser Absatz entbehrlich ist.

Abs. 4 sollte wie folgt formuliert werden: Besondere Sicherungsmaßnahmen müssen, wenn nicht Gefahr im Verzug ist, ärztlich angeordnet werden. Zudem ist eine kontinuierliche Überwachung und therapeutische Begleitung sicher zu stellen.

**§ 22 Anwendung unmittelbaren Zwangs**

In Abs. 1 sollte anstatt des Wortes „Androhung“ besser der Terminus „Ankündigung“ verwendet werden.

In Abs. 4 ist unklar, in welcher Weise unmittelbare Zwangsmaßnahmen gegenüber dem Unterbrachten die Allgemeinheit beeinträchtigen können. Damit bleibt auch unverständlich, wie diese Beeinträchtigung minimiert werden soll.

Abs. 5 Hier oder an geeigneter Stelle sollte auch festgelegt werden, dass Maßnahmen unmittelbaren Zwanges nicht nur dokumentiert, sondern auch dem Landesministerium gemeldet werden müssen.

**§ 24 Schriftverkehr**

In Abs. 3 sollte auch der Schriftverkehr mit Ärzten und psychologischen Psychotherapeuten Erwähnung finden.

**§ 26 Beurlaubung**

Abs. 1: Hier sollte aus Praktikabilitätsgründen ergänzt werden: „Die ärztliche Leitung des psychiatrischen Krankenhauses oder der behandelnde Arzt …“

**§ 34 Verordnungsermächtigungen**

An dieser Stelle oder andernorts sollte geregelt werden, dass alle Zwangsmaßnahmen, also die Unterbringung, alle Zwangsmaßnahmen und auch die Zwangsbehandlung in ein landeszentrales Melderegister einfließen.

**Für die DGPPN**

Dr. Iris Hauth, Präsidentin der DGPPN

Prof. Dr. Thomas Pollmächer, Leiter Task Force Patientenautonomie

Prof. Dr. Arno Deister, Leiter Task Force Patientenautonomie

Dipl. Psych. Gabriel Gerlinger M.A., Task Force Patientenautonomie

Prof. Dr. Dr. Andreas Heinz, Task Force Patientenautonomie

Dr. Manfred Koller, Task Force Patientenautonomie

Prof. Dr. Jürgen Müller, Task Force Patientenautonomie

Prof. Dr. Tilmann Steinert, Task Force Patientenautonomie

Dr. Martin Zinkler, Task Force Patientenautonomie

**Literatur**

DGPPN (2014) Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen – Eine ethische Stellungnahme der DGPPN, 23.09.2014; URL: http://www.dgppn.de/presse/stellungnahmen/detailansicht/article//achtung-der.html

DGPPN (2015) DGPPN-Eckpunktepapier für die Regelung der öffentlich-rechtlichen Unterbringung in psychiatrischen Krankenhäusern, 10.04.2015, URL: http://www.dgppn.de/presse/stellungnahmen/detailansicht/article//eckpunkte-f.html