

Ärztekammer Nordrhein, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Landtag Nordrhein-Westfalen  
Platz des Landtags 1  
40221 Düsseldorf

Per E-Mail an: [anhoerung@landtag.nrw.de](mailto:anhoerung@landtag.nrw.de)

Tel.: 0211/4302-2208  
Fax: 0211/4302-2209  
Mail: viktor.kroen@aekno.de

Düsseldorf, den 24.08.2016 /ch

## **Öffentliche Anhörung**

**des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 31. August 2016**

## **Stellungnahme**

**der Ärztekammer Nordrhein und der Ärztekammer Westfalen-Lippe**

**zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Gesetzes über  
Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten**

**Gesetzesentwurf der Landesregierung, Drucksache 16/12068**

**Stichwort: „PsychKG - Anhörung A 01-31.08.2016“**

**Stellungnahme der Ärztekammern in Nordrhein-Westfalen anlässlich der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 31.08.2016 im Landtag zur Novellierung des Gesetzes über Hilfe und Schutzmaßnahmen bei psychischen Erkrankungen (PsychKG)  
Drucksache 16/12068**

Die Ärztekammer Nordrhein und die Ärztekammer Westfalen-Lippe begrüßen die Stärkung von Patientenrechten und Patientenautonomie im Rahmen der Novellierung des PsychKG. Wie der Begründung zum Referentenentwurf des 2. Gesetzes zur Änderung des PsychKG zu entnehmen ist, soll unter ausdrücklicher Bezugnahme auf die UN-Behindertenrechtskonvention das dritte Betreuungsänderungsgesetz, das Patientenrechtegesetz und die höchstrichterliche Rechtsprechung zur Zwangsbehandlung „der Schutz und die Achtung der Selbstbestimmung, der Würde und der persönlichen Integrität“ durch die Gesetzesänderung gestärkt werden.

Dazu gehören insbesondere die Forderungen, dass

- die Behandlung so weit wie möglich in offenen Formen durchgeführt werden soll,
- ein täglicher Aufenthalt im Freien zu gewährleisten sein und
- die Erforderlichkeit der weiteren Unterbringung grundsätzlich täglich überprüft werden soll,
- Zwangsmaßnahmen mit den Betroffenen nachbesprochen werden müssen,
- Zwangsmedikationen grundsätzlich der richterlichen Genehmigung und
- schließlich längerdauernde Sicherungsmaßnahmen der richterlichen Genehmigung bedürfen.

Des Weiteren wird

- die gesetzliche Verpflichtung zur Erstellung und Fortschreibung eines Landespsychiatriepflichtplans,
  - die Einrichtung eines Landespsychiatriebeirats und
  - die Betonung der Hilfen in Abschnitt V
- ausdrücklich begrüßt.

Darüber hinaus möchten die Ärztekammern in NRW folgende Punkte ansprechen:

- **§ 2 Grundsatz:** Ein wesentliches und häufiges Merkmal akuter psychischer Erkrankung im Sinne des PsychKG ist die akut eingeschränkte Kommunikations- und beschränkte Fähigkeit logisch zu Denken und zu Handeln. In solchen Situationen ist die Einwilligungsfähigkeit nahezu regelhaft nicht gegeben. Das Urteilsvermögen im Sinne der Fähigkeit Entscheidungen zu treffen, ist eingeschränkt. Beim Abschluss von Behandlungsvereinbarungen und Willensniederlegungen sollte die Feststellung der Einwilligungsfähigkeit des Patienten erfolgen und explizit dokumentiert werden, weil das im Nachhinein nicht mehr möglich ist und daher die Gültigkeit wirksam angezweifelt werden könnte. Die Dokumentationsanforderung, sowie die erforderlichen Prüfschritte zur Feststellung bedürfen der Festlegung im Gesetz.
- **§ 18 Behandlung:** Sozialrechtlich ist der Krankenhausaufenthalt daran geknüpft, dass eine Behandlung notwendig ist und durchgeführt wird. Pharmakotherapie (Medikamentöse Behandlung) ist nur ein Element wirksamer psychiatrisch-psychotherapeutischer Therapie. Dennoch ist unstrittig, dass insbesondere akut psychotisch kranke Patienten häufig erst durch eine wirksame Pharmakotherapie in einen Gesundheitszustand versetzt werden, in dem sie auch für die anderen psychiatrischen Behandlungsverfahren (z. B. Psychotherapie, Ergotherapie, Physiotherapie, Milieuthherapie etc.) erreichbar sind. Es sollte daher im Gesetz zweifelsfrei formuliert werden, dass sowohl diagnostische Schritte als auch therapeutische Maßnahmen zum Erreichen der Einwilligungsfähigkeit des Patienten und schließ-

lich der Einwilligung selbst zu einer späteren medikamentösen Therapie eine Behandlung im sozialrechtlich Sinne darstellen. Dabei stellt sich die Frage, wie lange es eine Berechtigung - im sozialrechtlichen Sinne - für die Fortführung des Krankenhausaufenthaltes gibt, wenn der Patient aufgrund krankheitsbedingter Einschränkungen seiner Willensbildung die erfolgversprechende Therapie ablehnt! Falls der Patient nach Ausschöpfung der o. g. Maßnahmen die zur Verfügung stehenden wirksamen Behandlungsmaßnahmen weiterhin ablehnt, ist es - auch aus sozialrechtlicher Sicht - keine zulässige gesellschaftliche Aufgabe des psychiatrischen Krankenhauses, den psychisch kranken Menschen zum Schutz der Öffentlichkeit zu internieren und dabei seiner Freiheit zu berauben. Eine Zwangseinweisung ohne die Möglichkeit ggf. auch eine (Zwangs-)behandlung durchführen zu können reduziert sich dann auf eine reine Zwangsunterbringung – dies ist nicht Aufgabe der psychiatrischen Krankenhäuser und widerspricht dem Grundgedanken der Novellierung des PsychKG.

- **§ 18 Behandlung, (4), (5) und (8):** Der Gesetzgeber führt den Begriff der „Anlasserkrankung“ ein. Eine unter besonderen Umständen (Notfall) ohne Einverständnis des Patienten mögliche medikamentöse Behandlung wird ausschließlich auf die Erkrankung beschränkt, die Anlass der Unterbringung war. Die nicht erlangbare Einwilligung bei sonstigen Erkrankungen der Betroffenen soll regelhaft der rechtliche Vertreter oder der Bevollmächtigte ersetzen. Dies führt im Klinikalltag zu lebensbedrohlichen Situationen, weil die gesetzlichen Vertreter nicht zeitnah erreicht werden können.  
*Beispiel: Der Patient wird aufgrund eines akuten Verwirrheitszustandes, z.B. nach einer OP aufgenommen. Er benötigt als insulinpflichtiger Diabetiker regelmäßig Insulin. Zum Aufnahmezeitpunkt war der Blutzucker im Normbereich. Die Diabeteserkrankung steht in keinem Zusammenhang zum Anlass der Unterbringung. Der Patient lehnt jede Maßnahme ab und ist einwilligungsunfähig. Die gesetzlichen Vertreter sind nicht erreichbar. Durch den absehbar ansteigenden Blutzucker wird der Patient in ein Koma fallen.*
- **§ 18 Behandlung, (5), Nummer 2:** Aus Sicht der Ärztekammern in NRW wird bezweifelt, dass unter den besonderen Umständen, bei denen eine Behandlung ohne Einverständnis oder ersetzendes Einverständnis notwendig ist, der zeitliche Rahmen bleibt, die Maßnahme förmlich anzukündigen und anschließend die Möglichkeit zu eröffnen einen rechtlichen Beistand zu suchen.
- **§ 18 Behandlung, (5), Nummer 3:** Es wird davon ausgegangen, dass der Gesetzgeber mit „aus Sicht der Betroffenen“ den Patienten meint, bei dem die Zwangsbehandlung notwendig ist. Bei Behandlungen ohne Einverständnis des betroffenen Patienten überwiegt zu diesem Zeitpunkt die subjektiv befürchtete Beeinträchtigung den erwarteten Nutzen immer, sonst hätte er sich mit der Behandlung einverstanden erklärt. Die Bedingung ist daher nicht zu erfüllen.
- **§ 18 Behandlung, (8):** Hier könnte eine Unterscheidung in planbare (mit Einholung einer richterlichen Erlaubnis) und nicht planbare Interventionen hilfreich sein. „Sonstige Erkrankungen“ – körperliche Erkrankungen, die aufgrund der Einwilligungsunfähigkeit infolge der psychischen Anlasserkrankung nicht behandelbar sind, können einer extrem zeitnahen Behandlung bedürfen. (Wie im Beispiel „Diabetisches Koma“ kann sich in vielen anderen Fällen der Gesundheitszustand (einer nicht mit der Unterbringung in Zusammenhang stehenden Erkrankung) ohne therapeutische Maßnahmen (z. B. medikamentöse Therapien) binnen kürzester Zeit lebensbedrohlich verschlechtern.) Psychisch erkrankte Patienten mit somatischen Erkrankungen wären im Unterbringungskontext deutlich zeitverzögerter versorgt als nicht psychisch Erkrankte und hätten ein höheres Risiko von Folgeschäden.

In solchen Fällen muss eine ersetzende Einwilligung innerhalb kürzester Zeit (z. B. maximal 60-120 Minuten zu jeder Tages- und Nachtzeit) gewährleistet sein, ansonsten würden psychisch Kranke mit somatischen Erkrankungen gegenüber nicht psychisch Erkrankten mit denselben somatischen Erkrankungen benachteiligt.

- **§ 20, Besondere Sicherungsmaßnahmen, (1):** Hier wird definiert, dass als besondere Sicherungsmaßnahmen zur Abwendung einer gegenwärtigen erheblichen Selbstgefährdung oder einer gegenwärtigen erheblichen Gefährdung besonderer Rechtsgüter u. a. Festhalten statt Fixierungen, sind. (Wir gehen davon aus, dass es sich bei der in der Begründung zitierten Studien u.a. um folgenden Artikel des „Arbeitskreises zur Prävention von Gewalt und Zwang in der Psychiatrie“ (Steinert, Tilman (2011) „Nach 200 Jahren Psychiatrie - sind Fixierungen in Deutschland unvermeidlich?“. Psychiatrische Praxis, Jg. 38, 2011, Nr. 7, S. 348-351) handelt.).

Wir möchten hier auf die dort beschriebenen besonderen Rahmenbedingungen (Personalschlüssel und besonders geschultes Personal) verweisen, bei denen die Kontinuität der therapeutischen Beziehung während der körperlich einschränkenden Interaktion im Vordergrund steht, d. h. keine Therapieunterbrechung durch eine (vorübergehende) Sicherungsmaßnahme bis zur Wiederaufnahme der psychiatrischen Therapie. Die Ärztekammer Nordrhein und die Ärztekammer Westfalen-Lippe begrüßen, dass damit im Gesetz klargestellt wird, dass auch das Festhalten eines Patienten durch Ärzte und Pfleger in einem Sicherungskontext eine unter bestimmten Umständen angemessene Maßnahme sein kann. Es bestehen jedoch erhebliche Bedenken, dies generell als zu bevorzugende Sicherungsmaßnahme im Kontext der aktuell gelebten Psychiatrie zu definieren. Das kurz- oder langfristige Festhalten in besonderen Situationen ist mit konstitutionell und zahlenmäßig angemessenem, geschultem und erfahrenem Personal eine erfolversprechende Kurzintervention mit therapeutischem Charakter. Eine Übertragung der Vorgehensweise aus Großbritannien wie in der Literatur beschrieben wäre jedenfalls problematisch, da dort ein besserer Personalschlüssel vorliegt, eine begleitende Zwangsmedikation zum Einsatz kommt – die hier nur eingeschränkt möglich sein soll – und zudem „potenziell schmerzhafte Hebeltechniken“ zum Einsatz kommen, die in Deutschland abgelehnt werden. Unter optimalen Bedingungen kann therapeutisches Festhalten aber eine Maßnahme sein, Fixierungen akut und nachhaltig zu vermeiden und damit die Kommunikation mit dem Patienten aufrecht zu erhalten.

Unter den Bedingungen der derzeit (noch) geltenden deutschen Psychiatrie-Personalverordnung - Psych-PV darf die Möglichkeit einer körperlichen Gewalteskalation und damit die Verletzungs- und Traumatisierungsgefahr sowohl für die Patienten/innen als auch die Pflegekräfte und Ärzte/innen nicht unterschätzt werden.

Im Entwurf gibt der Gesetzgeber keine Hilfestellung, nach welchen Kriterien die im Einzelfall für den Betroffenen jeweils am wenigsten eingreifende erscheinende Regelung gefunden werden soll. Die juristische Schwere des Eingriffs ist häufig nicht mit der von Patienten subjektiv erlebten identisch. Die mit der Novellierung eingeführte Nummerierung der besonderen Sicherungsmaßnahmen legt eine sachlich nicht gerechtfertigte Rangfolge vor, in der die Maßnahmen grundsätzlich anzuwenden sind. Wir schlagen daher vor, die Nummern (zumindest Nr. 2, 3 und 4) durch Spiegelstriche zu ersetzen.

- **§ 20 Besondere Sicherungsmaßnahmen, (3):** In diesem Paragraph wird spezifiziert, dass eine Beobachtung durch Einsatz technischer Mittel zur Anfertigung von Bildaufnahmen und Bildaufzeichnungen sowie zum Abhören und Aufzeichnen des gesprochenen Wortes verboten ist. Eine Beobachtung im Rahmen besonderer Sicherungsmaßnahmen darf ausschließlich durch den Einsatz von Personal erfolgen

(„durch eine Sitzwache sicherzustellen“). Dies ist bereits in dem geltenden PsychKG so festgelegt.

Die Ärztekammer Nordrhein und die Ärztekammer Westfalen-Lippe begrüßen, dass der Gesetzgeber eine Aufzeichnung als ungeeignetes Mittel einordnet, um einen fixierten Patienten so zu überwachen, dass akute bedrohliche Zustände abgewendet werden können. Einige Betroffene erleben die unmittelbare körperliche Anwesenheit einer anderen Person jedoch als bedrohlich und wünschen eine größere Distanz (<http://www-brs.ub.ruhr-uni-bochum.de/netahtml/HSS/Diss/SchuetzeMorana/diss.pdf>). Einem derartigen Distanzwunsch sollte Rechnung getragen werden können, insbesondere wenn durch die unmittelbare Nähe der Sitzwache die emotionale Anspannung und körperliche Erregung, die Anlass der Sicherungsmaßnahme Fixierung waren, aufrechterhalten werden. In solchen Fällen muss eine Überwachung durch eine Scheibe vom Nebenraum mit der Möglichkeit, unverzüglich das Zimmer zu betreten, zulässig sein. Die Ärztekammern in NRW bitten den Gesetzgeber zu prüfen, ob eine Überwachung – z. B. durch Video ohne Aufzeichnung – nicht ein milderes Mittel darstellt, um die Sicherheit des Patienten zu gewährleisten. Ein Teil der Patienten empfindet eine Videoüberwachung als weniger belastend, als die ständige Präsenz einer „fremden“ Person. Eine Videoübertragung in einen unmittelbar benachbarten Raum, aus dem das Personal jederzeit unverzüglich intervenieren kann, gewährleistet unter diesen Umständen sowohl für Patienten/Innen als auch Personal eine höhere Sicherheit.

Aus Sicht der Ärztekammer Nordrhein und der Ärztekammer Westfalen-Lippe könnte eine Formulierung gewählt werden, die die persönliche Beobachtung bevorzugt, den Einsatz technischer Mittel aber nicht grundsätzlich ausschließt, wenn sie vom Patienten gewünscht oder toleriert wird. Die Angemessenheit der gewählten Verfahren und deren Durchführung im Krankenhaus kann von der Aufsicht aufgrund der Dokumentationspflicht im Nachgang routinemäßig geprüft werden.

- **§ 20 Besondere Sicherungsmaßnahmen:** Das Verfahren bei Aufhebung einer besonderen Sicherungsmaßnahme erscheint der Ärztekammern in NRW nicht ausreichend geregelt. Falls der Patient untergebracht ist, könnte dies bedeuten, dass die anderen Patienten auf der Station (die z. T. ja ebenfalls untergebracht sind und damit die Station auch gar nicht verlassen können) einem zumindest nach ärztlicher Einschätzung erheblichen Risiko ausgesetzt würden. Es ist völlig ungeklärt, wie zu verfahren wäre, wenn der zuständige Richter die von ärztlicher Seite gesehene erhebliche Fremdgefährdung mit der an Sicherheit grenzenden Konsequenz einer Eigengefährdung und der Notwendigkeit einer Isolierung oder Fixierung nicht bestätigt.
- **§ 23 Besuchskommissionen, (4):** Die Formulierung „in der Psychiatrie weitergebildete Ärztin oder in der Psychiatrie weitergebildeter Arzt“ lässt völlig offen wieviel Weiterbildung absolviert sein muss. Aus Sicht der Ärztekammern in NRW muss der unter 2. zu benennende ärztliche Angehörige der Besuchskommission die Weiterbildung abgeschlossen haben, d.h. über eine Anerkennung als Facharzt für Psychiatrie oder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, verfügen.
- **§ 32 Melderegister, Berichterstattung, Landespsychiatrieplan:** Die Anforderungen an die Psychiatrieberichterstattung (Dokumentation der Unterbringung, Sicherungsmaßnahmen, Zwangsbehandlungen etc.) werden erhöht, insbesondere indem genaue Angaben über die zu erhebenden Daten gefordert werden. Für eine sinnvolle Auswertung der Daten müssen die Daten der Kommunen (Ordnungsbehörden, ggf. gesammelt und übermittelt durch Gesundheitsamt) zu Unterbringungen nach § 11, 12 und 14 mit denen der Kliniken über die Beendigungen (§ 15) oder

Aussetzungen (§ 29) von Unterbringungen sowie Zwangs- und Sicherungsmaßnahmen (§§ 18, 20) verknüpft werden. Das erfordert ein abgestimmtes Verfahren.

Menschen, deren Namen auf einer Liste auftauchen, die ausschließlich untergebrachte Personen enthält bzw. Menschen, die sich sogar mit besonderen Maßnahmen konfrontiert sahen, sind einem großen Risiko ausgesetzt im zukünftigen Leben diskriminiert zu werden.

*Beispiel: Ein 17jähriger Patient wird aufgrund eines akuten Erregungszustandes untergebracht und von der Polizei in eine psychiatrische Klinik transportiert. Innerhalb von 15 Stunden stellt sich heraus, dass der Patient im Rahmen seiner Abiturfeier zu viel Alkohol getrunken hatte und nach der Ausnüchterung wieder unauffällig ist und entlassen werden kann. Aufgrund der neuen Regelung zur Registrierung aller Unterbringungsfälle muss dieser Patient in eine entsprechende Datei aufgenommen werden. Der Gesetzgeber sollte hier klar regeln, unter welchen Bedingungen welche Daten des Patienten in diese Datei aufgenommen werden, so dass keine Möglichkeiten eröffnet werden, Personen zukünftig für bestimmte Geschäftsprozesse (z.B. Abschluss Versicherungen oder Kredite) als mit negativen Risiken behaftet zu diskreditieren.*

Dies gilt sowohl für Personen die fälschlich auf einer solchen Liste stehen, als auch für korrekt gelistete Personen. An die Erstellung, die Vertraulichkeit und die Zugriffsbeschränkungen dieser Daten sind daher besonders hohe Anforderungen zu stellen. Um die massenhafte Übermittlung nicht aggregierter personenbezogener Daten an die Aufsicht zu vermeiden, müssen die Daten pseudonymisiert, verknüpft, abgeglichen und dann anonymisiert übermittelt werden. Hier sollte der Gesetzgeber selbst in einer entsprechenden Verordnung die zu erfüllenden Mindeststandards (ähnlich dem Sächsischen PsychKG § 8b ff) festlegen.

Es entstehen für die hoheitlich tätigen Kliniken und die Kommunen künftig Mehraufwände, die aus betriebswirtschaftlicher Sicht zu minimieren sind, was in der Regel zu Lasten der Sicherheit und Vertraulichkeit geht. Es ist nicht zu erwarten, dass die Mehrkosten im Krankenhausbereich von den Krankenversicherungen übernommen werden können. Entsprechend, wie in § 33 bis 35 die Kosten der Hilfen für psychische Kranke, der Unterbringung und der Behandlung geregelt werden, sollte die Kostenträgerschaft für das Melderegister und die erforderliche Dokumentation im Gesetz explizit zugeordnet werden.

- **§ 35 Kosten der Behandlung:** „Die Kosten einer ambulanten oder stationären ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung tragen die Betroffenen,...“: Es sollte ausdrücklich geklärt werden, wer die Kosten für das von den Ordnungsbehörden eingeforderte Attest (§ 11, § 14) zur Vorlage beim Amtsgericht zu tragen hat. Derzeit wird häufig versucht diese Kosten bei dem psychisch Kranken einzutreiben und zwar meist zu dem Zeitpunkt zu dem er sich gerade beginnt von seiner psychischen Krise wieder in den Alltag zurückzufinden. Zu diesem Zeitpunkt wird eine Rechnungstellung für die Unterbringung regelhaft als (ungerechtfertigte) Strafe für seine Erkrankung erlebt und die Genesungsaussichten konterkariert.

Gez.

Prof. Dr. med. Susanne Schwalen  
Geschäftsführende Ärztin  
Ärztammer Nordrhein

Dr. med Markus Wenning  
Geschäftsführender Arzt  
Ärztammer Westfalen-Lippe