

LVR · Dezernat 8 · 50663 Köln

An das
MGEPA NRW
Herrn Dr. Müller

40190 Düsseldorf

Datum und Zeichen bitte stets angeben

09.03.2016
81.30

Frau Fischer / Herr Brehmer
Tel 0221 809-6622/ - 6641
Fax 0221 809-6657
Nora.Fischer@lvr.de
Markus.Brehmer@lvr.de

Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG NRW)

Verbändeanhörung gemäß § 35 GGO – Az: 213 – 0511.1

Sehr geehrter Herr Dr. Müller,
sehr geehrte Damen und Herren,

ich danke Ihnen für die Möglichkeit, zu der geplanten Novellierung des PsychKG NRW Stellung nehmen zu können.

I. Allgemeine Bewertung

1) Verhältnis zwischen dem Selbstbestimmungsrecht der Patienten und der ärztlichen Behandlungspflicht

Ihr Ziel, das PsychKG NRW an die Vorgaben der aktuellen Rechtsentwicklung anzupassen, begrüße ich. Dies gilt insbesondere für Ihren Ansatz, im Einklang mit der UN-Behindertenrechtskonvention und den Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts das Selbstbestimmungsrecht der psychisch erkrankten Patienten/ -innen zu stärken.

Dazu gehören die Betonung der Bedeutung von Behandlungsvereinbarungen (§ 2) und die Forderungen, dass die Behandlung so weit wie möglich in offenen Formen durchgeführt werden soll (§ 10 Absatz 2), dass ein täglicher Aufenthalt im Freien zu gewährleisten sein soll (§ 16 Absatz 1), dass die Erforderlichkeit der weiteren Unterbringung grundsätzlich täglich überprüft werden soll (§ 17 Absatz 2), dass Zwangsmaßnahmen mit den Betroffenen nachbesprochen werden müssen (§ 18

Wir freuen uns über Ihre Hinweise zur Verbesserung unserer Arbeit. Sie erreichen uns unter der Telefonnummer 0221 809-2255 oder senden Sie uns eine E-Mail an Anregungen@lvr.de

Absatz 5), dass Zwangsmedikationen grundsätzlich der richterlichen Genehmigung bedürfen (§18 Absatz 6) und dass schließlich längerdauernde Sicherungsmaßnahmen ebenfalls der richterlichen Genehmigung bedürfen (§20, Absatz 2).

Der Respekt vor der Autonomie des Patienten/der Patientin gehört zu den Grundprinzipien der medizinischen Ethik. Die selbstbestimmte Entscheidung des Patienten/der Patientin ist dementsprechend eine Grundvoraussetzung für eine gute medizinische Behandlung.

Für die Ärzte und Ärztinnen stellt sich allerdings die Frage, wie mit Patienten/-innen umzugehen ist, die aufgrund einer psychischen Erkrankung nicht in der Lage sind, über die Erforderlichkeit einer medizinischen Behandlung selbständig zu entscheiden. Dies ist für die Ärzte und Ärztinnen eine große ethische Herausforderung. Dies gilt insbesondere dann, wenn gleichzeitig durch das Verhalten des Patienten/ der Patientin die Gefahr einer Selbsttötung oder einer anderen erheblichen Gefährdung der eigenen Gesundheit oder der körperlichen Unversehrtheit anderer entsteht. Die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (Deutsches Ärzteblatt, Jg. 110 (2013), A 1334 ff.) kommt in diesen Fällen zu dem Ergebnis, dass unter bestimmten Voraussetzung eine Behandlungspflicht für Ärzte und Ärztinnen besteht.

Daher begrüße ich die ausdrückliche Klarstellung in der Gesetzesbegründung, wonach eine Zwangsbehandlung zulässig ist, wenn zwar die Fremdgefährdung gegenwärtig ist, diese aber mit einer erheblichen Eigengefährdung einhergeht (S. 7, zur Nummer 9 - § 18 PsychKG-E Behandlung -).

Im Arbeitsentwurf sind aber auch kritische Regelungen bzw. Formulierungen enthalten, die mir in der praktischen Anwendung problematisch erscheinen und einer genaueren Überprüfung hinsichtlich ihrer Konsequenzen für die Praxis bedürfen.

2) Mängel bei den vorsorgenden und nachsorgenden Hilfen

In Ihrem Bericht an den Landtag zur Evaluierung des PsychKG NRW vom 16.1.2015 sind zahlreiche Problemfelder für den Bereich der vorsorgenden bzw. der nachsorgenden Hilfen genannt worden. So stellen Sie selber fest, dass in vielen Regionen ein Mangel an niederschweligen Krisendiensten besteht. Mit Ausnahme der Einrichtung eines Landesfachbeirates Psychiatrie in § 31 PsychKG-E enthält die Novelle jedoch keine Maßnahmen zur Verbesserung der ambulanten psychiatrischen Versorgung. Ziel muss es sein, die psychiatrische Versorgung landesweit so auszubauen, dass ein niederschwelliger Zugang zu psychiatrischer Versorgung garantiert ist, um gerade auch Patienten/Patientinnen in – teils extremen – sozialen Notlagen frühzeitig zu erreichen. Durch derartige „notwendige Vorkehrungen“ im Sinne von § 2 Abs. 4 UN-BRK können alle diejenigen zwangsweisen Unterbringungen abgewendet werden, bei denen die Unterbringung nur erfolgt, weil der Betroffene /die Betroffene zwar die Behandlung akzeptiert, aber nicht zum Aufenthalt in einer Klinik bzw. zum Verlassen der eigenen Wohnung zu veranlassen ist.

II. Konkrete Änderungs- und Ergänzungsvorschläge

In Bezug auf die Einzelnormen halte ich die nachstehenden Punkte für klärungsbedürftig:

1) § 10 a Abs. 1 PsychKG-E (Beleihung)

Nach dem Wortlaut in § 10 a Absatz 1 PsychKG-E sollen neben den privaten auch die öffentlich-rechtlichen Träger beliehen werden. Diese Regelung überrascht, denn normalerweise geht es bei der Beleihung um die Übertragung von Aufgaben der öffentlichen Verwaltung auf natürliche und juristische Personen des Privatrechts sowie nicht rechtsfähige Vereinigungen zur Erledigung in den Handlungsformen des öffentlichen Rechts. Soweit es sich bei dem Krankenhausträger um eine öffentlich-rechtliche Person handelt, ist sie ausreichend legitimiert. Eine Beleihung ist nicht erforderlich. Aus der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 18. Januar 2012 - 2 BvR 133/10 – ergibt sich kein anderes Ergebnis.

2) § 10 a Abs. 3 PsychKG-E (Fachaufsicht)

Aus § 10 Absatz 3 PsychKG-E geht hervor, dass die Aufsichtsbehörden ihre Aufsicht in Zukunft als Fachaufsicht mit umfassenden Weisungsrechten ausüben sollen. Es sollte klargestellt werden, dass die ärztliche Therapiefreiheit hierdurch nicht berührt wird.

3) § 10 a Abs. 3 PsychKG-E (Selbsteintritt)

Die Aufsichtsbehörde soll zukünftig auf Kosten des Krankenhausträgers bei Untätigkeit selbst tätig werden oder kann Dritte tätig werden lassen. Leider wird nicht eindeutig festgelegt, wer von der Aufsichtsbehörde als Dritter eingeschaltet werden kann. Dies sollte zumindest in der Begründung konkretisiert werden.

4) § 11 PsychKG

Aus Gründen der Klarstellung sollte in § 11 PsychKG noch deutlicher als bisher hervorgehoben werden, dass eine Unterbringung nur im Falle einer fehlenden Selbstbestimmungsfähigkeit in Betracht kommt. Bisher ergibt sich dieses Erfordernis nicht eindeutig aus dem Wortlaut, da es lediglich heißt, dass die Gefährdungslage durch das krankheitsbedingte Verhalten verursacht sein muss. In diesem Zusammenhang wird auf die entsprechenden Entscheidungen der Rechtsprechung sowie auf die von der DGPPN in dem Schreiben vom 16.2.2016 angeführte UN-BRK verwiesen, wonach die Unterbringung einer psychisch kranken Personen, die ihren Willen frei bestimmen kann, unzulässig ist.

5) § 18 Abs. 2 PsychKG-E (gesetzliche Vertretung / Bevollmächtigung)

Es wird angeregt, in § 18 Abs. 2 Satz 2 und 4 PsychKG-E nach „...ihrer gesetzlichen Vertretung...“ im Hinblick auf § 1896 Abs. 2 BGB den Halbsatz „oder den Bevollmächtigten“ bzw. „oder der rechtlichen Vertretung“ einzufügen. Die Bevollmächtigten werden lediglich in § 18 Abs. 7 PsychKG-E aufgeführt, sie sind aber stets neben der gesetzlichen Vertretung zu nennen.

6) § 18 Abs. 4 und 5 PsychKG-E (Zwangsbehandlung)

Zukünftig wird eine Zwangsbehandlung zur Abwendung einer Fremdgefährdung nicht mehr zulässig sein. Ich begrüße insoweit die Klarstellung in der Begründung, dass eine Zwangsbehandlung zulässig ist, wenn eine gegenwärtige Fremdgefährdung vorliegt, die mittelbar aber auch mit einer Selbstgefährdung der/des Betroffenen einhergeht.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass eine Reihe von Bundesländern in ihren in jüngster Zeit novellierten Psychisch-Kranken- bzw. Unterbringungsgesetzen weiterhin die Zwangsbehandlung bei einer Fremdgefährdung zulassen (z.B. § 20 PsychKHG BW; § 12 PsychKG BRE; § 16 HambPsychKG; § 20 Abs. 6 PsychKG RP; § 12 ThürPsychKG).

7) § 18 Abs. 5 PsychKG-E (Voraussetzungen für die Zwangsbehandlung)

Der neue § 18 Abs. 5 PsychKG-E enthält Formulierungen, die unter Umständen zu Missverständnissen führen könnten:

a) Wiederherstellung der Selbstbestimmung

Der Entwurf sieht in § 18 Absatz 5 Nr. 4 PsychKG-E die Wiederherstellung der freien Selbstbestimmung als eine zwingende Voraussetzung für eine Zwangsbehandlung vor. Bei bestimmten Patientengruppen, insbes. bei älteren Menschen mit Demenz, wird jedoch eine freie Selbstbestimmung nicht mehr erreichbar sein. Bei diesen Patientengruppen wäre bei wortgetreuer Auslegung eine Zwangsbehandlung zur Abwehr einer Selbstgefährdung nicht möglich.

Zur Vermeidung derartiger unbilliger Auslegungsergebnisse schlage ich vor, die Formulierung zu modifizieren und statt der „Wiederherstellung der freien Selbstbestimmung“ eine „Verbesserung der Selbstbestimmungsfähigkeit“ als Voraussetzung zu nennen.

b) Unzulässigkeit der Zwangsbehandlung, wenn sie lebensgefährlich ist

Nach § 18 Absatz 5 PsychKG-E ist eine Zwangsbehandlung unzulässig, wenn sie lebensgefährlich ist oder wenn sie die Gesundheit der Betroffenen erheblich gefährdet. Allerdings ist dieses Verbot problematisch, da jedes Medikament potenziell schwere Komplikationen mit sich bringen kann. Im Übrigen wird im Rahmen der Katalogvoraussetzungen bereits nach § 18 Abs. 5 Nr. 2 verlangt, dass der zu erwartende Nutzen die zu erwartenden Beeinträchtigungen für die Betroffenen deutlich überwiegen muss. Damit ist sichergestellt, dass eine umfassende Abwägung zwischen dem Nutzen und den Folgen vorgenommen wird. Je schwerwiegender der Eingriff ist, umso deutlicher muss der Nutzen für den Betreuten überwiegen. Eine lebensgefährdende Behandlung ist damit bereits ausgeschlossen, sodass dieses ausdrückliche Verbot aus meiner Sicht gestrichen werden kann.

8) § 18 Abs. 6 PsychKG-E (Richtervorbehalt; Eilbehandlung)

Ich begrüße die Einführung des Richtervorbehaltes für die Zwangsbehandlung von volljährigen Personen. Allerdings befürchte ich, dass es angesichts der aktuellen Organisation der richterlichen und gutachterlichen Dienste zu zeitlichen Verzögerungen bei der Genehmigung kommen wird. Dies zeigen die Erfahrungen der letzten Jahre mit Patienten und Patientinnen, die nach § 1906 BGB untergebracht sind. Hier dauern die Genehmigungsverfahren mitunter sehr lange.

Ich schlage daher vor, dass ein enger zeitlicher Korridor für das Genehmigungsverfahren verbindlich eingeführt wird. Die Anhörung des Betroffenen/ der Betroffenen sollte möglichst innerhalb von 24h Stunden nach der Beantragung durch die behandelnden Ärzte und Ärztinnen erfolgen, und zwar idealerweise gemeinsam durch einen Richter und einen externen psychiatrischen Sachverständigen.

Die in § 18 Abs. 6 PsychKG-E vorgesehene Ausnahmeregelung, dass bei gegenwärtiger Lebens- oder schwerwiegende Gesundheitsgefahr der untergebrachten Person von der Einholung einer gerichtlichen Entscheidung abgesehen werden kann, wenn diese nicht rechtzeitig eingeholt werden kann, löst das aufgezeigte Problem nicht. Denn sobald die unmittelbare Lebens- oder schwerwiegende Gesundheitsgefahr überwunden ist, muss für die Fortführung der Zwangsbehandlung die Zustimmung des Gerichts beantragt werden. Schließlich kann nicht gewollt sein, dass eine notfallmäßige Zwangsbehandlung der nächsten folgt, nur weil die Gerichte nicht erreichbar sind oder ihre Entscheidungen über die Anträge auf Zwangsbehandlung zu lange dauern.

Im Übrigen erwecken die Ausführungen in der Begründung den Eindruck, dass eine Zwangsbehandlung ohne richterliche Genehmigung lediglich bei somatischen Komplikationen der psychischen Erkrankung vorgesehen sein soll. Die psychische Störung per se kann aber z.B. durch ausgeprägte Angst und Agitation so schwerwiegend und belastend für den Patienten sein, dass die Verzögerung einer Behandlung einer unterlassenen Hilfeleistung gleich kommen würde. Es wäre daher hilfreich, wenn dies in der Gesetzesbegründung entsprechend klargestellt werden könnte.

9) § 18 Abs. 7 PsychKG-E (Notfallbehandlung bei somatischen Erkrankungen)

Im § 18 Absatz 7 wird für die Behandlung somatischer Erkrankungen auf die Regelungen des Patientenrechtegesetzes und die betreuungsrechtlichen Bestimmungen verwiesen. Damit ist aber eine notfallmäßige Behandlung eines Patienten gegen seinen natürlichen Willen ohne vorherige richterliche Genehmigung nicht möglich.

Aus meiner Sicht sollte die Behandlung sonstiger Erkrankungen im Notfall im Rahmen der Bestimmungen des § 18 Absatz 6 PsychKG –E geregelt werden, da andernfalls eine erhebliche Regelungslücke besteht.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass der Bundesgesetzgeber bei der Novellierung des § 1906 Abs. 3 BGB selber davon ausgegangen ist, dass in den Akutfällen, in denen eine richterliche Genehmigung nicht rechtzeitig eingeholt werden kann, eine Unterbringung- und Behandlung nach den Gesetzen über Hilfen und Schutzmaßnahmen sowie Unterbringen bei psychischen Krankheiten der Länder möglich ist (BT-DS 17/11513 S. 7). Mit dem neuen § 18 Abs. 7 PsychKG entfällt diese Handlungsmöglichkeit für Nordrhein-Westfalen.

10) § 20 PsychKG-E bzw. § 11 Abs. 1 Satz 1 PsychKG NRW (einheitlicher Begriff)

Irritierend ist, dass z.B. in § 11 Abs. 1 Satz 1 PsychKG von „... erhebliche Gefährdung bedeutender Rechtsgüter anderer ...“ gesprochen wird. Dagegen lautet die Formulierung im neuen § 20 Abs. 1 Satz 1 PsychKG-E „... Gefährdung besonderer Rechtsgüter...“. Nach meinem Verständnis ist die Formulierung im § 20 Abs. 1 deutlich weiter als im § 11 Abs. 1, da sie nicht nur die bedeutenden Rechtsgüter anderer Personen erfasst, sondern darüber hinaus die besonderen Rechtsgüter der/des Betroffenen einbezieht. Zur Vermeidung von Missverständnissen sollte eine einheitliche Formulierung gewählt werden oder in der Gesetzesbegründung die Gründe für die abweichende Formulierung in § 20 PsychKG-E erläutert werden.

11) § 20 Absatz 2 PsychKG- E (Sitzwache)

In Bezug auf die § 20 Absatz 2 PsychKG- E vorgeschriebene Sitzwache bei Fixierungen bitte ich zu beachten, dass es Situationen gibt, bei denen die ständige Anwesenheit der Sitzwache im Zimmer für den Patienten und für die Sitzwache eindeutig schädlich bzw. unzumutbar bis traumatisierend erscheint (z.B. hochaggressiver, hochpsychotischer Patient brüllt, beschimpft und bedroht das Personal und kommt erst zur Ruhe, wenn die Pflegekraft sich aus dem Zimmer entfernt). In diesen Ausnahmefällen ist die Sitzwache im Patientenzimmer zumindest zeitweise nicht sinnvoll bzw. nicht patientengerecht und nicht zuletzt auch aus Sicht der Mitarbeitenden schwer durchführbar. Ich rege daher an, dass in der Gesetzesbegründung klargestellt wird, dass - abweichend von dem Regelfall - in begründeten Ausnahmefällen sich die Sitzwache außerhalb des Patientenzimmers aufhalten kann, soweit eine ständige persönliche Beobachtung z.B. durch eine Sichtscheibe sichergestellt ist.

III.

Trotz dieser kritischen Anregungen zur Praxistauglichkeit möchte ich zum Schluss noch einmal betonen, dass ich das Anliegen des Gesetzesentwurfs voll inhaltlich unterstütze. Die Umsetzung des Entwurfs führt dazu, dass die Rechtssicherheit in Bezug auf die Zwangsbehandlung verbessert wird. Die Rechte und die Rechtstellung der betroffenen Patienten werden deutlich gestärkt.

Ich bin daher gerne bereit, an dem Gesetzesvorhaben mitzuwirken und stehe für weitere Beratungen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Die Direktorin des Landschaftsverbandes Rheinland
In Vertretung

Martina Wenzel-Jankowski
Landesrätin