

## **Stellungnahme**

### **Arbeitsentwurf: Zweites Gesetz zur Änderung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten.**

*Stand: 15.12.2015*

Etliche der Psychiatrieerfahrenen Mitglieder der Besuchskommission haben aus früheren Zeiten selbst Erfahrungen mit PsychKG- Unterbringungen und alle kennen aus der Selbsthilfearbeit, was eine solche Behandlung bei den so Ge-/ Betroffenen auslösen kann.

Ein Kollege hat eine Übersicht über solche Erfahrungen und Befindlichkeiten zusammengestellt.

1. Zwangsbehandlungen sind gefährlich für PatientInnen und BehandlerInnen, besonders im Zusammenhang mit Fixierungsmaßnahmen
2. Gewalthaftes (Be-)Handeln erzeugt Gegengewalt und somit einen Teufelskreis
3. Es dient der Arbeitserleichterung, es ist einfacher jemanden anzuschlagen, „niederzuspritzen“ – so wird das empfunden - als sich kontinuierlich zu bemühen, zu besseren Verhandlungsstrategien zu kommen.
4. Retraumatisierung: die Menschen kommen mit Angst rein, zunehmend durch die Polizei und auch mit Handschellen werden dann mit Gewalt weiterbehandelt und so weiter traumatisiert.
5. Es wird eine technische Lösung bevorzugt: Fixierung und ggf. medikamentöse Behandlung – statt einer von Anfang an mit zeitlicher Geduld praktizierten kommunikativen Zuwendung
6. Es wird keine entspannte Atmosphäre erzeugt: „Möchten sie vielleicht erst mal ein Glas Wasser, eine Tasse Kaffee, ...?“
7. Mit dem Erleben von Gewalt in der Psychiatrie ist es ähnlich wie bei Männergewalt gegen Frauen. Frauen erleben sich als hilflos und handlungsunfähig, weil Männer kräftemäßig überlegen sind und weil sie Frauen unter Druck setzen können. Mit den Worten „Wenn Du nicht, dann...“ sitzt jemand am längeren Hebel. Vergleichbar hilflos erleben PatientInnen gewalthaftes Handeln in der klinischen Psychiatrie
8. Rechtfertigender Notstand reicht doch völlig aus, wird aber nicht so gern eingesetzt.
9. Gewalthaftes Handeln in der Psychiatrie schafft ein Klima der Einschüchterung, eben auch bei den MitpatientInnen, die das mitbekommen.
10. Ungleichbehandlung: ein Knasti hat jeden Tag das Recht auf eine Stunde Hofgang, ein PsychKG-Mensch nicht.
11. Vorverurteilung, Stigmatisierung: Der Mensch ist ja schließlich psychisch krank und musste zwangsweise einer Behandlung zugeführt werden. Also wird er gefährlich und nicht wie die Menschen allgemein sein.

## Zu den einzelnen Paragrafen

Für den §1 PsychKG gibt es im Arbeitsentwurf keinen Veränderungsvorschlag. §1 Satz 2 *„Psychische Krankheiten im Sinne dieses Gesetzes sind behandlungsbedürftige Psychosen sowie andere behandlungsbedürftige psychische Störungen und Abhängigkeitserkrankungen von vergleichbarer Schwere“* bleibt deshalb unverändert.

Die Tatsache, dass nur Psychosen als erläuternder Bezug erwähnt werden, erweckt den Eindruck, dass Menschen mit dieser Diagnose besonders gefährdend/gefährlich sind.

Wir bitten, nach Formulierungen wie in anderen LänderPsychKGn zu suchen, wo weitere Krankheitsbilder genannt oder abstraktere Formulierungen gewählt worden sind wie z.B. in Schleswig-Holstein.

Den sehr unbestimmten Rechtsbegriff der Gefährdung *„bedeutender Rechtsgüter anderer“* halten wir als Begründung bei einer Einschränkung von Freiheitsrechten für viel zu schwammig, als dass er eine Grund- und Menschenrechte berührende Zwangsfestsetzung begründen könnte. Der Bezug sollte Bedrohung von Leib und Leben der eigenen Person und anderer Menschen sein.

Wir zitieren, wie schon in unserer Stellungnahme 2014 aus dem Kommentar zum PsychKG NRW Dodegge/Zimmermann 2011 *„Die sofortige Unterbringung durch die Behörde ist in NRW trotz der entgegenstehenden gesetzlichen Intention weiterhin der Regelfall, weil die Unterbringung sich am Abend und Wochenende häufen und beunruhigte Bürger auf rasches Eingreifen drängen. Und weiter von S. 219:*

*„Ungenügend sind demgemäß bloße Belästigungen, auch wenn sie andere stören (OLG Hamm BtPrax 2000, 35 (wie lautes Schreien, Störungen der Nachtruhe, Anpöbeln von Passanten, leichte körperliche Beeinträchtigungen, öffentliches Entblößen).“*

Durchgängig ansprechbare Krisendienste sind uns nur in Münster, Bielefeld Bochum und eingeschränkt Herford bekannt.

In der Bundesrepublik haben die kommunalen Gesundheitsämter ein Drittel weniger Personal als vor 10 Jahren. (Ute Teichert, Leiterin der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf in der Süddeutschen Zeitung vom 4. Januar 2016 in einem Artikel zur medizinischen Versorgung von Flüchtlingen.)

Da die in Abschnitt III aufgeführten vorsorgenden Hilfen in kommunale Zuständigkeit fallen und *„Anordnungen von Schutzmaßnahmen und insbesondere Unterbringungen vermeiden“* sollen (§3 Satz 1 PsychKG NRW) erinnern wir in diesem Zusammenhang an die Verpflichtung aus Artikel 4, Absatz 5 der UN Behindertenrechtskonvention:

*„The Provisions of the present Convention shall extend to all parts of federal States without any limitations or exceptions.“* Es gibt keine ähnlich klare Übersetzung wie das englische Original.

Angesichts der Tatsache, dass das Bundesverfassungsgericht eine Vernunftthoheit der Psychiatrie verneint hat, finden wir den Ausdruck *„behandlungsbedürftig“* veränderungsbedürftig. Die Behandlungsbedürftigkeit wird eindeutig von den Behandlern her definiert.

## Zu §2 neu Grundsatz

Wir begrüßen sehr, dass die Berücksichtigung der *„unterschiedlichen Bedarfe der verschiedenen Geschlechter und Geschlechtsidentitäten“* im Gesetz festgeschrieben wird, weil die Besuchskommissionen diesen Sachverhalt - wir kennen die unterschiedlichen Lebenssituationen aus unserem eigenen Lebensumfeld und aus der Selbsthilfe - damit in Kliniken auch ansprechen können.

Wir begrüßen nachdrücklich die Verpflichtung zum Abschluss von Behandlungsvereinbarungen. „Der Abschluss von Behandlungsvereinbarungen **ist** anzubieten und zu fördern.“

Nach dem GEK- Krankenhausreport ist jeder 5. Entlassene innerhalb von 3 Monaten wieder in der Psychiatrie.

Nach unseren Erfahrungen kann man davon ausgehen, dass PatientInnen entlassen werden, ohne dass sie die Möglichkeit gehabt haben, negative Erfahrungen mit ihren BehandlerInnen zu klären. Das bringen sie schon als negativ getönte und hinderliche Vorerfahrungen bei einem erneuten Aufenthalt mit.

Wir fragen häufig nach, ob insbesondere Fixierungen mit PatientInnen nachbesprochen werden. Da ist fast durchgängig die Antwort. „Das wollen die Patienten gar nicht.“ Da fragen wir uns, welche Kultur der Kommunikation in diesen Kliniken herrscht. Das ist ein Verhalten von totalen Institutionen (Goffman). In allen anderen Zusammenhängen würde jeder, der einem anderen Menschen eine solche Freiheitseinschränkung zugemutet hat, auch wenn er dafür eine rechtliche Handhabe hatte, auf einen so Behandelten zugehen und Bedauern über diese Art des Umgangs formulieren. Wir glauben aus Erfahrung, dass das Gros der PatientInnen von einer solchen Botschaft erreicht wird, auch wenn sie nicht unmittelbar reagieren. Solcher Art empathische Kommunikation wird wahrgenommen, auch von PatientInnen, die verbal sonst nicht erreichbar sind und verbal darauf nicht reagieren können.

„Verhandeln statt Behandeln“ war ein Motto der Psychiatriereform und bedeutet, dass mit dem Patienten verhandelt wird und so etwas wie die Selbstverpflichtung der Behandelnden vor dem Behandeln zu verhandeln.

Damit sich eine Verhandlungskultur entwickeln kann und psychiatrische Kliniken nicht weiterhin im Bereich der Zwangsmaßnahmen als totale Institutionen agieren, halten wir es für geboten, dass das nachträgliche Gespräch über alle Arten von Zwangsmaßnahmen – Fixierungen, Zwangsbehandlungen, Isolierungen rechtlich verpflichtend wird, wohl wissend, dass das eine Verpflichtung auf ein noch zu erreichendes Ziel hin ist. Das gibt es ja in anderen Rechtsbereichen auch.

Da wo Behandlungsvereinbarungen abgeschlossen werden, hat sich gezeigt, dass die dazu nötigen Gespräche auch zur Auflösung von bisher ungenannt gebliebenen negativen Seelenbefindlichkeiten beitragen.

Nicht zuletzt sind Behandlungsvereinbarungen ein Instrument, das die Vorsorge- und Handlungsfähigkeiten von PatientInnen stärkt.

Psychiater sind mehr als andere Fachmediziner, wenn ihre Behandlung erfolgreich sein soll, auf das mitwirkende Handeln ihrer PatientInnen angewiesen. Sie sollten deshalb schon wegen Eigeninteresse am Erfolg alles tun, was die Handlungsfähigkeit ihrer Klientel verbessert.

Wir teilen die Meinung des Ministeriums, dass es auch bei medikamentösen Zwangsbehandlungen bei PsychKG-PatientInnen einen Richtervorbehalt geben soll. Wir vermissen den Hinweis, dass auch Gelegenheit geschaffen werden muss, dass PatientInnen Rechtsmittel gegen diese richterlichen Entscheidungen einlegen können.

Nach Zahlen des Ministeriums zu Zwangsmaßnahmen aus 2014 ist der Anteil von Zwangsuntergebrachten an allen psychiatrischen PatientInnen unverändert regional sehr unterschiedlich und insgesamt steigend. Auch beim Indikator Zwangsmaßnahmen/Bett ergeben sich sehr unterschiedliche Werte im Vergleich der Kliniken. Dabei sind die rechtlichen Voraussetzungen für alle Regionen und für alle klinischen BehandlerInnen gleich. Es kann deshalb nicht ausreichen, das PsychKG zu novellieren. Diesen Unterschieden muss auch wegen der Qualitätssicherung

nachgegangen werden, sonst bleibt immer der Anschein von willkürlichem Vorgehen bei solchen Grundrechte einschränkenden Maßnahmen.

Wegen der gleichen rechtlichen Grundlagen - Abklärung der Wirksamkeit weniger eingreifender Maßnahmen, Abwägung von Nutzen und Beeinträchtigungen, Bemühung um Zustimmung und Ziel der Wiederherstellung der freien Selbstbestimmung - bei Zwangsbehandlungen bei PsychKG-PatientInnen und solchen nach Betreuungsrecht halten wir es für sehr unbefriedigend, dass Besuchskommissionen nur mit PsychKG-PatientInnen sprechen können. Es gibt für betreuungsrechtlich Untergebrachte kein Gremium/keine Institution, die exemplarisch regelmäßig auch mit den von Zwangsmaßnahmen Betroffenen spricht, wie die o.g. Verpflichtungen eingehalten worden sind und wie der/die Betroffene mit einer Zwangsbehandlung zurechtkommt. Aus Gesprächen mit PatientInnen kann man Anhaltspunkte gewinnen, ob Zwangsbehandlungen überhaupt wirksam sind und wie medikamentöse Behandlung verbessert werden kann.

### **Zu §10a Aufgabenübertragung, Aufsicht**

In Satz 1 findet sich die Formulierung, dass „ die Durchführung der Aufgaben nach den §§ 10 und 14 auf einen Krankenhausträger übertragen werden kann. Träger wie Bethel, der LWL und der LVR sind aber auch Träger von Wohnheimen und anderen ambulanten Einrichtungen. Die Formulierung sollte so eindeutig sein, dass Träger mit dem Unternehmensteil gemeint sind, soweit sie psychiatrische Kliniken vorhalten, konkret, der Begriff Träger sollte durch Klinik ersetzt werden.

### **Zu §16 Absatz 1 Satz 3 Rechtstellung der Betroffenen**

Da Menschen, die nach PsychKG untergebracht sind, de facto wie Gefängnishäftlinge ihrer Freiheit beraubt sind, sollte der "tägliche Aufenthalt im Freien" bitte im neuen PsychKG präzisiert werden: Es muss täglich mindestens eine Stunde unter freiem Himmel (manche Krankenhäuser behaupten, dass ein Balkon auch als Aufenthalt im Freien zählt...) mit ausreichenden Bewegungsmöglichkeiten (d.h. mind. 100m<sup>2</sup>) für jede/n PatientenIn gewährleistet sein. Es gibt keine nachvollziehbare Begründung, warum das für zwangsuntergebrachte Menschen in der Psychiatrie anders gehandhabt werden sollte als für Häftlinge. Sollte eine Klinik nicht ein solches Areal vorhalten können, so ist sie aus der Pflichtversorgung zu entlassen. Also keine entwürdigenden Gruppenausgänge oder einzeln begleitete, wo dann für alle klar ist, hier ist ein Insasse im Ausgang.

„Beschützte Stationen“, häufig mit wenigen Rückzugsmöglichkeiten sind eine Umgebung mit erheblichen Stressfaktoren. Ein einstündiger Umgebungswechsel nach draußen ist auch deshalb dringend notwendig.

### **Zu §17 Aufnahme, Eingangsuntersuchung und Erforderlichkeit der weiteren Unterbringung**

Unserer Erfahrung nach ist allermeist nicht das Problem, dass die weitere Erforderlichkeit der Unterbringung nicht ärztlich dokumentiert wird, sondern dass nicht anerkannt wird, dass spätestens seit Ratifizierung der UN-BRK, Menschen nicht untergebracht werden können zwangsweise nur weil sie krank sind. Das geschieht aber täglich in NRW. Es sollte im Gesetz stehen, dass täglich das beim Patienten aktuell bestehende, konkrete eigen- oder fremdgefährdende Verhalten beschrieben werden muss, als Belegung der weiteren Erforderlichkeit der Unterbringung. Kann konkretes eigen- oder fremdgefährdendes Verhalten nicht beschrieben werden, weil es nicht vorliegt, so ist der Patient zu entlassen oder ein freiwilliger Aufenthalt

anzubieten. Eine reine Beschreibung der Krankheitssymptome, gefolgt von einem Satz wie, "Eigen- oder Fremdgefährdung nicht auszuschließen, daher PsychKG weiter erforderlich" darf keine Begründung für die weitere Erforderlichkeit der Unterbringung sein.

Siehe: Artikel 14 Absatz 1 Buchstabe b der UN-Behindertenrechtskonvention stellt ausdrücklich fest, dass eine Freiheitsentziehung allein aufgrund des Vorliegens einer Behinderung in keinem Fall gerechtfertigt ist.

(Quelle: <http://www.behindertenrechtskonvention.info/freiheit-und-sicherheit-der-person-3816/>)

Wir weisen zum Ärztlichen Zeugnis und zur Begründung für die weitere Erforderlichkeit des Zwangsaufenthaltes auf das Urteil des OLG Karlsruhe 9 U 78/11 vom 12.11.2015 hin. Die beklagte Klinik wurde zur Zahlung eines Schmerzensgeldes in Höhe von 25.000 Euro verurteilt, weil das Ärztliche Zeugnis und die Begründungen für die Notwendigkeit des weiteren Aufenthaltes wegen weiterhin bestehender Gefährdung „grundlegende fachliche Standards“ verletzen: Die Gefährdungspotentiale wurden nicht beschrieben.

“Der Senat hat bei der Höhe des Schmerzensgeldes .. berücksichtigt, dass eine öffentlich rechtliche Unterbringung sich für den Betroffenen und seine weitere Zukunft erheblich stigmatisierend auswirken kann.“

Wir hoffen sehr, dass dieses Urteil bei allen Kliniken in NRW endlich zu einer rechtskonformen Praxis bei der Ausstellung eines Ärztlichen Zeugnisses und der Begründung für die weitere Notwendigkeit von Zwangsaufenthalt führt.

Wir erwähnen gerne, dass wir in zwei Kliniken erlebt haben, dass sie uns auf Nachfrage aus den Behandlungsunterlagen überzeugende Begründungen dazu gezeigt haben.

### **Zu §18 Satz 4 Behandlung**

Ob Betroffene nach Satz 4 Grund, Bedeutung und Tragweite der Behandlung nicht einsehen, oder sich nicht nach dieser Einsicht verhalten können“, hängt wesentlich davon ab, wie ihnen das erklärt wird.

Es sind nicht nur die Patienten, die Grund, Bedeutung und Tragweite nicht erkennen können, es sind auch die klinischen PsychiaterInnen, die sich auch nach dem Bundesverfassungsgerichtsurteil wenig schlau gemacht haben, wie ihre verpflichtenden Aufklärungen effektiver werden können, damit PatientInnen sich besser entscheiden können und nicht gezwungen werden müssen. Wir erwarten zwingend, dass es Bemühungen gibt, Aufklärungen in leichter Sprache zu entwickeln. Das ist besonders wichtig für PatientInnen mit intellektuellen Einschränkungen, lernbehindert, wie sie sich selbst nennen, würde aber wahrscheinlich auch den meisten anderen PatientInnen zugutekommen.

Für die meisten PatientInnen würde es sehr entlastend sein und sich für das emotionale Klima einer Klinik positiv auswirken, wenn sie zu Beginn ihres Aufenthaltes gesagt bekämen, dass sie nicht gegen ihren Willen behandelt werden.

Wir sind enttäuscht, dass die Veröffentlichungen von Zinkler und Kousse mou in Heidenheim nicht dazu geführt haben, das NRW-Kliniken sich mehr Gedanken gemacht haben, wie sie eine zwangsfreie Behandlung auf den Weg bringen können.

Es wird uns in Besuchskommissionen so gut wie nie gesagt, dass PatientInnen geduldig über einen Zeitraum nahegebracht wird, wie eine Medikation ihre Situation verbessern kann. Aus der Perspektive von PatientInnen ist das ein wesentlicher Grund, um einer Behandlung zuzustimmen. Sie sollten bei Medikamenteneinnahme die Hoffnung haben können, dass Schlaflosigkeit, unerträgliche Unruhe u.a. gemildert werden.

Erkundigungen zufolge stimmen Krankenkassen auch einem weiteren Aufenthalt zu, wenn menschenrechtsorientiert begründet wird, dass Zwangsbehandlung vermieden werden soll und PatientInnen Zeit brauchen, um einem Behandlungsvorschlag zuzustimmen.

### **Zu §18 Satz 5 Punkt 2 Behandlung**

Der zu erwartende Nutzen muss die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegen.

Es ist Sache einer entwickelten und erprobten Verhandlungskultur, PsychatriepatientInnen für erforderlich gehaltene medikamentöse Behandlung nahezubringen. Je besser es gelingt, auch über Nebenwirkungen und Folgen von Medikamenteneinnahmen zu sprechen und den PatientInnen zu versprechen, das gemeinsam im Auge zu behalten, desto eher wird man eine freiwillige Zustimmung bekommen.

Wer als BehandlerIn eine solche medikamentöse Behandlung initiiert, muss im Sinn haben, dass Zwangsbehandlungen nach §333 FamFG zeitlich befristet sind. Auch wenn die zeitliche Befristung über die Zeit des Klinikaufenthaltes hinausreicht und ambulante Versorgung eintritt, sollte er/sie sich dafür verantwortlich fühlen, dass das beachtet wird und wenn medikamentöse Behandlung weiterhin für nötig gehalten wird, ein weiterer Versuch zur freiwilligen Zustimmung unternommen werden muss. Es gibt keine Rechtsgrundlage dafür, dass, eine zwangsweise initiierte medikamentöse Behandlung fortgeführt wird, weil der Patient nicht ausdrücklich nach Ablauf der Frist widerspricht.

### **Zu §23 Besuchskommissionen**

Beim Punkt 12.2 der Berichtsgliederung für die staatliche Besuchskommission erleben wir so gut wie nie, dass allgemeine Wünsche und Beschwerden an die Kommission herangetragen werden, gelegentlich im Maßregelvollzug, diese Patienten wissen solche Möglichkeiten zu nutzen.

Bei den Patienteninformationen der Kliniken sollte erwähnt werden, dass beim Besuch der Kommission solche Sachverhalte vorgetragen werden können.

Nicht nur die psychiatriee erfahrenen Mitglieder der Besuchskommission, haben keine genaue Vorstellung davon, ob Wünsche und Beschwerden auch anders als von PatientInnen vor Ort an sie herangetragen werden können. Angesichts mancher besonderen Vorfälle halten wir das für geboten.

### **Zu §31 Landesfachbeirat Psychiatrie**

Zum Landesfachbeirat Psychiatrie greifen wir den Aspekt der Teilhabe von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen an diesem Gremium heraus.

Die Vertretungen der Leistungsträger, der Leistungserbringer und der Sozialverbände des Betreuungswesens sind im Landesfachbeirat in Ausübung ihrer beruflichen Funktionen, d.h. im Rahmen ihrer bezahlten Tätigkeit. So etwas hat der überwiegende Teil der BetroffenenvertreterInnen nicht als finanziellen Rückhalt.

Die Variationsbreite unter Betroffenen ist sehr groß, Betroffene zu vertreten bedeutet, diese Vielfalt präsent zu haben aus zahlreichen Kontakten, Treffen, Teilnahme an Fachveranstaltungen und Seminaren.

Was bisher noch nicht realisiert werden konnte, ist „die Beteiligung von Menschen in besonders vulnerablen Lebenslagen, wie etwa in Einrichtungen“ und von Kindern mit Behinderungen. Auf die Einbeziehung dieser Menschen weist die deutsche Monitoringstelle zur UN-Behindertenrechtskonvention in ihrem Parallelbericht an den

UN-Fachausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen, März 2015  
S.10 hin.

Je mehr Wissen von Betroffenen aus ihrem erfahrungsbasierten Umgang mit seelischen Krisen in beteiligungsorientierten Verfahren verhandelt werden kann, desto eher besteht die Chance, PatientInnen für Behandlungsangebote zu gewinnen ohne zu Zwangsmaßnahmen zu greifen.

Wir bitten das Ministerium in Erwägung zu ziehen, dass die Einbeziehung von Betroffenenvertretungen auch finanziell unterstützt wird.

17.01.2016

Für die BetroffenenvertreterInnen der Besuchskommissionen NRW

Elisabeth Scheunemann