



RGSP e.V. · Eichenstr. 105-109 · 42659 Solingen

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation,  
Pflege und Alter des Landes NRW  
Frau Ministerin Barbara Steffens  
Horionplatz 1  
40213 Düsseldorf

Geschäftsstelle:  
Eichenstraße 105-109  
42659 Solingen  
Telefon (0212) 2 48 21-0 (-20)  
Telefax (0212) 2 48 21-10

Mitglied im Deutschen  
Paritätischen  
Wohlfahrtsverband

Mitglied der  
World Federation  
of Mental Health

Ihr Zeichen, Ihre Nachricht vom

Unser Zeichen

Solingen, den 02.03.16

Per Mail Durchschrift an Frau Denfeld, Referat 213: Psychiatrie

Sehr geehrte Frau Ministerin Steffens,

anbei übersenden wir unsere überarbeitete – gekürzte und ergänzte – Stellungnahme zum Gesetzentwurf „Zweites Gesetz zur Änderung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten“.

### **Stellungnahme der RGSP**

Der von der Landesregierung vorgelegte Entwurf zielt darauf ab, die Rechtsstellung der betroffenen psychisch Erkrankten zu stärken und ihre Würde, Integrität und Autonomie zu schützen (§ 2). Mit diesen Zielen ist die RGSP in hohem Maße identifiziert. Die gesetzliche Verankerung von Behandlungsvereinbarungen (§ 2 Abs. 2) ist in dem Zusammenhang ein wichtiger Schritt. Auch ist das Vorhaben der Landesregierung zu begrüßen, im Rahmen einer umfassenden Landespsychiatrieplanung Strukturen der Vor- und Nachsorge und der Krisenintervention zu entwickeln oder zu verbessern, die geeignet sind, die Notwendigkeit stationärer Maßnahmen und insbesondere öffentlich-rechtlicher (Zwangs-) Unterbringungen zu reduzieren. Weiterhin findet die Selbstverpflichtung des Landes zur Erstellung eines Landespsychiatrieplans in § 32 des PsychKG-Entwurfs unsere ausdrückliche Zustimmung.

Kritische Anmerkungen verdienen aus Sicht der RGSP Regelungsvorschläge, die die „Ordnungsfunktion“ der Psychiatrie und der öffentlich-rechtlichen Unterbringung tangieren. So sehr generell die Bezugnahme auf das Prinzip Patientenautonomie im Gesetz geboten ist, darf nicht ausgeblendet bleiben, dass das Gesetz ja gerade in Situationen zum Tragen kommt, in denen Betroffene krankheitsbedingt in der Bildung eines freien, autonomen Willens erheblich eingeschränkt sind. Daraus ergibt sich überhaupt die Legitimation therapeutischer Zwangsmaßnahmen.

International hat es in den letzten Jahrzehnten einerseits eine Öffnung und Liberalisierung der Allgemeinpsychiatrie gegeben (mit Bettenreduzierung und Verkürzung der Aufenthaltszeiten und dem Ausbau komplementärer Angebote), andererseits eine deutliche Zunahme forensischer Unterbringungen. Auch finden sich viele psychisch Kranke im Strafvollzug. Ob die Allgemeinpsychiatrie ihren Ordnungs-

und Sicherungsauftrag hinreichend erfüllen kann, wird kontrovers diskutiert. Das Thema „Deliktrisiken bei psychischen Störungen“ passt derzeit nicht in den sozialpsychiatrischen Diskurs.<sup>1</sup> Ausschließlich aus diesen Deliktrisiken – der „Gefährdung bedeutender Rechtsgüter anderer“ – ergibt sich die sog. Ordnungs- oder Sicherungsfunktion der Psychiatrie.

In diesem Zusammenhang sind zwei Aspekte des Gesetzentwurfs zu kommentieren.

## 1

Der bisherigen § 10 PsychKG regelt „Unterbringung und Aufsicht“. Absatz 2 Satz 3 lautet: „Die Krankenhäuser haben durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass sich die Betroffenen der Unterbringung nicht entziehen.“ Dem soll nun angefügt werden: „Die Unterbringung soll soweit wie möglich in offenen Formen durchgeführt werden.“

Es geht hier, dies muss hervorgehoben werden, um die gesellschaftlich bedeutsame Funktion der Unterbringung wegen erheblicher Selbst- und auch Fremdgefährdung. Laut „Bericht an den Landtag zur Praxis des PsychKG“ (Vorlage 16/2622) arbeiten in diesem Zusammenhang „die meisten Kliniken in einem Setting mit geschlossenen Türen“. Eine gesetzliche Vorgabe, öffentlich-rechtlich untergebrachte Patienten in der Regel im offenen Rahmen zu behandeln, ist aus Sicht der RGSP problematisch. Die in der Begründung des Gesetzentwurfs erwähnte Studie des „LWL-Forschungsinstituts für seelische Gesundheit – 2012“ kann so weitgehende gesetzliche Vorgaben unseres Erachtens nicht rechtfertigen. Dass Kliniken über „gute Erfahrungen“ mit Arbeitsformen berichten, die sie selbst engagiert vertreten, (S. 4 der Begründung des Arbeitsentwurfs), ist die Regel und besagt wenig. Aus vielen Studien ergeben sich andere Schlussfolgerungen.<sup>2</sup>

Auch zwangsuntergebrachte Patienten – wenn möglich – im offenen Rahmen zu behandeln, ist im Prinzip ein erstrebenswertes Ziel. Daher sehen wir in der alternativen Formel „Hieraus lässt sich nicht die Pflicht zu verschlossenen Türen ableiten“ eine noch vertretbare Ergänzung des § 10 Abs. 2 (siehe S. 4 Arbeitsentwurf/Begründung). Doch stößt die Erfüllung eines Ordnungs- und Sicherungsauftrags im offenen Rahmen an Grenzen. Die Psychiatrie dazu zu drängen, diesen Teil der Versorgung weitgehend im offenen Rahmen zu leisten, wird der Aufgabe nicht gerecht. Vielmehr fördert man Rahmenbedingungen, die wiederum die Ausgrenzung bestimmter Problempatienten oder den Ruf nach Sonderanstalten zur Folge haben.<sup>3</sup>

## 2

Zu den Erfahrungen, die in der Debatte bisweilen ausgeblendet werden, gehört die Häufigkeit aggressiver Vorfälle im Rahmen allgemeinpsychiatrischer Aufenthalte. Nach einer Studie von Erickson & Williams-Evans (2000) hatten 82 % der Pflegekräfte von Aufnahme- und Krisenstationen schon persönlich

---

<sup>1</sup> Schanda H (2006) Untersuchungen zur Frage des Zusammenhangs zwischen Psychosen und Kriminalität/Gewalttätigkeit. Fortschr Neurol Psychiat 74, 85-100. Schmidt-Quernheim (2007) Kommunizierende Röhren – Vom schwierigen Verhältnis von Sozialpsychiatrie und Maßregelvollzug. Psychiat Prax 34, 218-222. Schalast N (2014) Aggression, Gewalt und die Psychiatrie. R & P 32, 179-188.

<sup>2</sup> Hodgins et al. 1996, Modestin & Ammann 1996, Mullen et al. 2000, Erb et al. 2001, Schanda et al. 2004, Schanda 2006, Swanson et al. 1990

<sup>3</sup> Vollmann J (2014) Zwangsbehandlung in der Psychiatrie. Nervenarzt 85: 614-620

Tätlichkeiten von Patienten erlebt, die häufig nicht einmal dokumentiert wurden. Ohne Frage hat ein offenes Setting einen eher deeskalierenden Effekt und ein besseres Motivationspotential für viele Betroffene. Doch können nicht alle Patienten im Rahmen eines überschaubaren Aufenthalts zur Mitwirkung in der Behandlung gewonnen werden. Manche Patienten belasten das Stationsmilieu erheblich und machen Mitpatienten und Behandlern einfach Angst. Eine Strategie, sich von der Zuständigkeit für besonders schwierige und bedrohliche Patienten zu entlasten, besteht darin, von ihnen eine Freiwilligkeitserklärung einzuholen und die Aufhebung des Unterbringungsbeschlusses zu veranlassen, wohlwissend, dass die Betroffenen die Behandlung dann „gegen ärztlichen Rat“ abbrechen. Kaum ein Klinikvertreter räumt ein, dass man besonders bedrohliche Patienten gelegentlich auch bald nach der Aufnahme wieder gehen lässt. Dabei nimmt man Risiken hin, die in anderen Zusammenhängen nicht toleriert würden.

In diesem Zusammenhang ist es bedenklich, dass die Gefährdung anderer eine medikamentöse Zwangsbehandlung im Rahmen der Unterbringung nie rechtfertigen darf, nur die Gefahr erheblicher gesundheitlicher Schäden für den Betroffenen selbst (siehe Arbeitsentwurf/Begründung S. 1 sowie § 18 Behandlung Abs. 4, 5). Zur Begründung wird ein Beschluss des BVerfG vom 23.03.2011 angeführt (2 BvR 882/09). Dieser betraf allerdings die Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug. Hier wurde angeführt, dass im Rahmen der (hochgesicherten) forensischen Anstalten Gefahren für Dritte auch anderweitig abgewendet werden können<sup>4</sup> – womit allerdings auch schrecklich lange Absonderungen schwer kranker Menschen in Kauf genommen werden.

Im Kontext der wenig gesicherten oder gar offenen Allgemeinpsychiatrie bereitet die Vorgabe noch mehr Probleme. Man fragt sich, ob die Sicherheit und Gesundheit von Mitpatienten und Beschäftigten ein nachrangiges Rechtsgut darstellt. Auch ist die Einschätzung zurückzuweisen, Maßnahme wie Absonderung und Fixierung wären weniger belastend als eine Zwangsmedikation (vgl. Steinert)<sup>5</sup>. Ebenso wenig stellen die viel diskutierten deeskalierenden Festhaltetechniken für sich eine Patentlösung dar (§ 20 PsychKG-E). Steinert (a.a.O.) beschreibt, wie die Techniken in Großbritannien – auf personell besonders gut ausgestatteten Stationen – effektiv zum Einsatz kommen. Diese Interventionen sind im Durchschnitt nach weniger als 20 Minuten beendet, was allerdings auch daran liegt, dass sie regelmäßig mit der Verabreichung eines Medikamentes einhergehen.

Wir verweisen auch auf die Stellungnahme der LAG Sozialpsychiatrischer Dienste NRW vom 14.01.2016, deren Ausführung zu § 18(4) des Gesetzentwurfs wir uns ausdrücklich anschließen. Dies betrifft gerade auch die dort dargestellten Risiken für die Betroffenen selbst.

Grundsätzlich positiv zu bewerten ist die in § 18 (Behandlung) enthaltene Vorgabe, Behandlungsmaßnahmen mit Zwangscharakter mit den Betroffenen eingehend nachzubesprechen, „sobald es der Gesundheitszustand der Betroffenen zulässt“. Dies war in der Vergangenheit eher unüblich. Im Hinblick auf das Ziel, tragfähige therapeutische Beziehungen aufzubauen und die Verarbeitung einer belastenden Unterbringungserfahrung zu unterstützen, ist ein solches Vorgehen unverzichtbar.

---

<sup>4</sup> aaO. Rn 40: „Als rechtfertigender Belang kommt insoweit allerdings nicht der gebotene Schutz Dritter vor den Straftaten in Betracht, die der Untergebrachte im Fall seiner Entlassung begehen könnte. Dieser Schutz kann auch dadurch gewährleistet werden, dass der Untergebrachte unbehandelt im Maßregelvollzug verbleibt.“

<sup>5</sup> Steinert T: Nach 200 Jahren Psychiatrie: Sind Fixierungen in Deutschland unvermeidlich? Psychiat Prax, DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0031-1276871>.

Kritisch sieht die RGSP, wie auch viele Vertreter der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Jugendhilfe, dass gemäß § 18(6) eine Zwangsbehandlung bei Minderjährigen allein durch die sorgeberechtigten Personen legitimiert werden kann und kein gerichtliches Genehmigungsverfahren vorgesehen ist. Es wird nicht berücksichtigt, dass viele der betroffenen Minderjährigen (insbesondere Jugendliche) durch Vormünder vertreten werden, deren Handeln auf jeden Fall gerichtlicher Kontrolle unterliegen sollte. In vielen Fällen sind auch die sorgeberechtigten Eltern keine geeigneten Vertreter für ihre Kinder. Ex-terner Rechtsschutz sollte in diesen Fällen daher sichergestellt werden. Auch in diesem Zusammenhang teilen wir die Einschätzung der LAG Sozialpsychiatrischer Dienste.

Zusammenfassend ist am Gesetzentwurf nachdrücklich positiv hervorzuheben, dass die Sorge um Patientenwürde und –autonomie einen hohen Stellenwert hat und dass insgesamt die Zielsetzung einer Weiterentwicklung des Versorgungssystems konkretisiert wird, um die Notwendigkeit von Zwang zu reduzieren. Doch bedarf die Allgemeinpsychiatrie auch zur Wahrnehmung ihrer Ordnungs- und Schutzfunktion geeigneter Rahmenbedingungen und Mittel. Sie muss in manchen Fällen verhindern, dass erst ein schweres Delikt den Zugang zur längerfristigen Behandlung (im Maßregelvollzug) eröffnet. Die Einrichtungen sollten nicht gedrängt werden, diese Aufgaben weitgehend auf offenen Stationen wahrzunehmen, auch wenn sie für viele Patienten Vorteile haben. Dass eine Zwangsmedikation auch in Ausnahmefällen nie wegen erheblicher Gefahren für Mitpatienten und Beschäftigte erfolgen darf, ist nicht angemessen.

Bei minderjährigen, insbesondere jugendlichen Betroffenen sollte sichergestellt sein, dass auch bei Einwilligung von Sorgeberechtigten oder Vormündern in Zwangsmaßnahmen ein gerichtliches Genehmigungsverfahren durchgeführt wird.

Mit freundlichen Grüßen  
für den Vorstand

Stefan Corda-Zitzen  
Vorsitzender