

Margret Osterfeld
Psychiaterin, Psychotherapeutin
Mensch mit psych. Diagnosen

Huckarder Allee 36
44369 Dortmund
osterfeld.mar@gmx.de

Stellungnahme zur Novelle Psych-KG NRW, Landtagsdrucksache 16/12068

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

Zunächst einmal möchte ich hier dafür danken, dass ich neben 37 Verbänden der Interessenvertretung und staatlichen Institutionen als unabhängige Expertin zu dieser Anhörung eingeladen wurde.

Mit der Ratifizierung der UN-BRK und des OPCAT sind die Anforderungen an den staatlichen Schutz der Menschen- und Persönlichkeitsrechte auch für Bürger mit seelischen Behinderungen gewachsen, was eine Novellierung des Psych-KG NRW überfällig macht. Bedauerlich ist aus meiner Sicht, dass staatliche Institutionen, die berufen sind, die Umsetzung von Menschenrechtsinstrumenten zu begleiten [das Deutsche Institut für Menschenrechte (DIMR) und die Nationale Stelle zur Prävention von Folter und Misshandlung (NPM)], nicht zu dieser Anhörung geladen wurden.

Nur wenige Parlamentarier fordern den völligen Verzicht auf psychiatrisch legitimierte Zwangsmaßnahmen. Vor vielen Jahren habe ich mir die Frage gestellt, ob es nicht für das psychiatrische Versorgungssystem besser wäre, auf die Sonderrechte zur Zwanganwendung ausnahmslos zu verzichten. Dies würde im klinisch-psychiatrischen System allerdings dazu führen, dass Psychiater mehr noch als bisher unter Berufung auf ihre „Behandlungsfreiheit“ und ohne wohlinformierte Zustimmung ihrer Patienten handeln würden. Eine gesetzliche Grundlage hingegen schafft die Möglichkeit für die Nutzer und von der Behandlung persönlich Betroffene, die Patienten, ihre Rechte auch im Nachhinein einzuklagen.

Im Ländervergleich hatte Nordrhein-Westfalen schon seit etlichen Jahren ein durchaus fortschrittlich zu nennendes Psych-KG, wobei insbesondere die Gesetzesänderung zum Verbot der Videoüberwachung bei fixierten Patienten deutlich machte, dass die Rechte von Menschen im psychiatrischen Freiheitsentzug eine hohe Bedeutung für die Landesregierung und das Landesparlament darstellen. Allerdings zeigt die langjährige Erfahrung aus verschiedenen Besuchskommissionen, dass die Gesetzespraxis in vielen Kliniken, die die Unterbringung vollziehen, weit von Geist und Sinn eines Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten entfernt ist. Es gilt also vor allem, die Rechtspraxis zu verbessern.

Auch wenn ich, wie viele andere hier vertretene Gruppierungen, die geplante Gesetzesänderung mit ihrer Begründung (LT-Drucksache 16/12068) ausdrücklich begrüße, muss an dieser Stelle erwähnt werden, dass im amtlich angeordneten Freiheitsentzug die staatlichen Aufsichts- und Kontrollpflichten besonders in den Fokus gerückt werden müssen. Es ist den vollziehenden Kliniken häufig nicht bewusst, dass eine Freiheitsentziehung nach Psych-KG eine hoheitliche Maßnahme ist, die aber keinesfalls ein besonderes Gewaltverhältnis begründet. Die Maßnahme begründet hingegen eine erhöhte Verantwortung der staatlichen Organe genauso wie eine erhöhte Dokumentationspflicht seitens der verantwortlichen Klinik. Von der Psychiatrie wurde in den Jahren seit den BVerfG Urteilen von 2011 die Dokumentationspflicht zur Rechtfertigung des Freiheitsentzugs nicht wahrgenommen.

Stärkung der Aufsichts- und Kontrollfunktion

Mit einer seit Jahren steigenden Tendenz gibt es in NRW bedeutend mehr amtliche Unterbringungen nach Psych-KG als betreuungsrechtliche. Wenn im Jahr 2014 fast 25.000¹ Psych-KG Unterbringungen bei gut 200.000 stationären Behandlungsfällen stattfanden, dann zeigt diese Zahl wie sehr das klinisch-psychiatrische Versorgungssystem das Gespür für Maß und rechtlichen Rahmen verloren hat, mit der Absicht und in der Überzeugung jeden Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen medizinisch-medikamentös behandeln zu dürfen. Schließlich sind es die klinischen Psychiater, die als Erste die Rechtmäßigkeit des amtlichen Freiheitsentzugs überprüfen müssen und die eine gerichtliche Anordnung jederzeit beenden können und müssen, wenn die Voraussetzungen für den Freiheitsentzug nicht mehr vorliegen. (Beispiele zur praktischen Umsetzung der letzten drei Jahren, können gerne auf Nachfrage während der Anhörung erwähnt werden.)

Als bevölkerungsreichstes Bundesland mit einer Unterbringungsquote von 13:10000² ist NRW „führend“ in der Anwendung dieser Form des psychiatrisch legitimierten Freiheitsentzugs. Führend sollte es auch bei der Ausgestaltung der Aufsicht- und Kontrollfunktion sein. Um die Qualität der klinisch-psychiatrischen Versorgung und den Schutz vor einem nicht hinreichend begründeten Freiheitsentzug nach diesem Gesetz zu verbessern, wird vorgeschlagen:

- Die Protokolle der staatlichen Besuchskommission nach Psych-KG NRW sollten auf der Internetseite des MGEPA veröffentlicht werden. Dies kann ggf. anonymisiert geschehen. Vorbildlich für diese Form von Transparenz ist der deutsche Nationale Präventionsmechanismus nach OPCAT, der dies ohne großen Personaleinsatz zeitnah nach Besuchen umsetzt.³
- Nicht nur der psychiatrische Sachverständige sollte (gegen nicht unerhebliches Honorar bei gleichzeitigem Gehaltsbezug) das Protokoll der Besuchskommission erstellen. Juristische Sachverständige sind dazu ebenso in der Lage und auch Angehörige oder Betroffene können durchaus (gegen identisches Honorar) diese Aufgabe übernehmen. Die Erfahrung zeigt, dass psychiatrische Sachverständige dazu neigen, festgestellte Verstöße gegen Gesetze, Verordnungen und Menschenrechtskonventionen im Protokoll eher „schön schreiben.“ So wird eine Änderung der professionellen Haltung gegenüber der geänderten Rechtslage eher verlangsamt.
- Die Beleihung von Kliniken mit hoheitlichen Befugnissen ist im Falle eines Trägerwechsels zeitnah zu überprüfen. Insbesondere beim Übergang von öffentliche in private Trägerschaft ist erfahrungsgemäß von personellen Umbrüchen auszugehen. Dabei muss sichergestellt werden, dass die personelle Ausstattung und die Organisation weiterhin dem Standard entspricht.

Die Rechtsgrundlage des Freiheitsentzugs

Die vorliegende Psych-KG-Novelle soll dem besseren Schutz der Persönlichkeitsrechte von Menschen im psychiatrisch legitimierten Freiheitsentzug dienen. Die Rechtsprechung und auch die Gesetzgebung differenziert inzwischen sehr genau zwischen dem „freien,“ dem „natürlichen,“ dem „erkennbaren,“ dem „mutmaßlichen“ Willen und dem durch Dritte definierten Patientenwohl.

Beim Lesen des Gesetzentwurfs fällt auf, dass diese Differenzierungen weder im Gesetzestext noch in der Begründung hinreichend erfolgen. Schon in der Vergangenheit wurden Freiheitsentzüge nach diesem Gesetz zumeist nach dem Ausnahmeparagraphen 14 vollzogen, die Regellösung nach § 11 (erst richterliche Anhörung, dann Unterbringung) kommt in der Praxis kaum vor. Da die Gerichte in aller Regel dem ärztlichen Zeugnis folgen (aktuelle Beispiele

¹ Anm. d. Verf.: Genaue Daten sind beim Landesjustizministerium zu erhalten.

² Vgl. Zit. nach Henking, Vollmann (2015): S. 24.

³ Für weitere Informationen s. auch www.nationale-stelle.de.

gern auf Nachfrage), ist gerade hier der Rechtsschutz der Betroffenen in der Praxis zu verbessern.

Der Gesetzentwurf sagt nicht aus, dass nur einwilligungsunfähigen Menschen die Freiheit nach diesem Gesetz entzogen werden kann. Allerdings deuten Veröffentlichungen der führenden Fachgesellschaft⁴ darauf hin, dass in der vorherrschenden psychiatrisch-professioneller Sichtweise Einwilligungsfähigkeit und Selbstbestimmungsfähigkeit zu einer einheitlichen Kategorie werden und der hoheitliche Freiheitsentzug selbst bereits die Einwilligungsunfähigkeit belegt. Dies wird in der klinischen Praxis dazu führen, dass Psychiater in Zirkelschlusslogik nach der Zuführung eines Patienten auf Grundlage des Psych-KG von dessen Einwilligungsunfähigkeit ausgehen und mit medikamentösen Behandlungsmaßnahmen beginnen, bevor der Freiheitsentzug überhaupt durch ein Gericht bestätigt wurde.

Genauere rechtliche Vorgaben macht aus meiner Sicht der Gesetzentwurf der PIRATEN-Partei zur Novellierung des Psych-KG Schleswig-Holstein.⁵ Der Gesetzgeber hat die Pflicht, hinreichend klare rechtliche Grundlagen zu schaffen. Hingewiesen sei an dieser Stelle auf ein rechtsfortbildendes Urteil des OLG Karlsruhe:⁶ Wegen nicht hinreichender bzw. fehlerhafter ärztlicher Gefährdungsbegründung, die zu acht Wochen Freiheitsentzug (nach UBG BW) mit Zwangsmedikation führte, wurde bei fehlenden Anknüpfungstatsachen im ärztlichen Zeugnis aufgrund von Amtsverschulden und Verletzung der Amtspflichten dem Betroffenen ein von der Klinik zu zahlendes Schmerzensgeld von 25.000 € zugesprochen. Keine der hier anwesenden Parteien und Interessenvertretungen wünscht sich solch aufwändige Klärungswege in NRW.

Um die Zielsetzung der Gesetzgebung, die Reduzierung psychiatrischer Zwangsmaßnahmen, zu erreichen wird im Hinblick auf die §§ 11-14 vorgeschlagen:

- Sicherzustellen, dass sich bei jeder Veranlassung einer Psych-KG-Unterbringung das Ordnungsamt oder die Polizei ein persönliches Bild von der psychosozialen Situation des Betroffenen macht. Auch die Verwaltungsebene hat ihre Verantwortung im Rahmen des Verfahrens persönlich wahrzunehmen.
- Sicherzustellen, dass in jedem Verfahren ein Verfahrenspfleger eingesetzt wird um den Schutz vor nicht hinreichend im ärztlichen Zeugnis gerechtfertigten Freiheitsentzügen zu erhöhen.
- Sicherzustellen, dass eine aus ärztlicher Sicht indizierte Medikation erst nach der richterlichen Anhörung verabreicht wird. Nicht selten erfolgt eine Erstmedikation direkt nach Aufnahme, die Kommunikations- und Willensfähigkeit der Betroffenen bei der richterlichen Anhörung wird so erheblich beeinträchtigt und damit auch die Urteilsfindung erschwert. Durchaus lässt sich aus menschenrechtlicher Sicht gelegentlich von einer chemischen Fixierung sprechen, ohne dass die Notwendigkeit hinreichend dokumentiert ist. Aus fachlicher Sicht ist eine medikamentöse Karenzzeit von einigen Tagen (wie sie auch vom Betreuungsgerichtstag wiederholt gefordert wurde) angebracht. Die Sicherung der „Aufnahmediagnose“, die in der für alle Beteiligten besonders stressreichen Aufnahmesituation gestellt wird, ist so besser gewährleistet. Dies wird aber kaum praktiziert.
- Sicherzustellen, dass im ärztlichen Zeugnis die „erhebliche Gefährdung“ (§ 11) unabhängig von Diagnose und Symptomen dokumentiert wird und ebenso die Tatsachenbehauptung begründet wird, dass ein „schadensstiftendes Ereignis (...) jederzeit zu erwarten ist.“ (§11). Der rein prognostischen-statistischen Gefährdungsbegründung hat das BVerfG wiederholt eine Absage erteilt.

⁴ Vgl. hierfür u.a. DGPPN (2014)/(2015)/(2016).

⁵ Vgl. Lt SH Drucksache 18/606.

⁶ Vgl. 9 U 78/11 vom 12. Nov. (2015).

- Sicherzustellen, dass im ärztlichen Zeugnis auch benannt wird, welche mildereren Mittel im Vorfeld eingesetzt wurden um eine Freiheitsentzug aus psychiatrischen Gründen zu vermeiden.
- Darüber hinaus vorgeschlagen wird, dass die Bezirksregierungen eine Sammlung aller ärztlichen Zeugnisse nach Psych-KG anlegt. Dadurch wird sie ihrer Aufgabe als Aufsichtsbehörde gerecht und trägt dazu bei, dass die Qualität solcher Zeugnisse und damit auch unmittelbar die Qualität psychiatrischer Versorgung erhöht wird.

Behandlungsrecht, Behandlungspflicht und Risiken für Dritte

Mit der Psychiatrieenquête vor vier Jahrzehnten wurde das Recht auf Behandlung statt dem auf „reiner Verwahrung“ eingeleitet. Inzwischen hat der Einzug psychiatrischen und psychologischen Gedankenguts in die Gesamtgesellschaft und in die Alltagssprache zugenommen, was sich in der medialen Berichterstattung („Der Täter soll psychisch krank gewesen sein“) und im Schimpfwortschatz („schizo“, „psycho“) niederschlägt. Das von Salize⁷ beklagte Theoriedefizit wurde uns allen vor wenigen Wochen vorgeführt, als Medien und Fachwelt tagelang uneins in der Verwendung der Begriffe Amok oder Attentat waren. Einige Täter waren im Vorfeld in psychiatrischer Behandlung; verhindern konnte dies ihre Taten nicht.

Begrüßt wird, dass die Rechtsstellung der Betroffenen in der Psych-KG-Novelle klar der Rechtsstellung der Betroffenen strafrechtlicher Freiheitsentzüge gleichgestellt wird, zumindest was das menschliche Grundbedürfnis von täglicher Bewegung an der frischen Luft angeht. Dies ist ein dringend notwendiger Fortschritt. Kein Ausgang aufgrund von Personalmangel ist keine menschenrechtlich haltbare Begründung, jedoch ist sie weit häufiger verbreitet, als ein Ausgangsverbot aus medizinischen Gründen.

Auch ist zu begrüßen, dass der neue Gesetzestext ausdrücklich eine Begründungspflicht für das Fortbestehen des Freiheitsentzugs enthält. Bisher sind in der ärztlichen Dokumentation Leeraussagen wie: „Es besteht weiterhin Selbst- und Fremdgefährdung“ die Regel.

Bedauert werden muss hingegen, dass in der Neufassung des §18 der Begriff „psychotherapeutisch“ fallen gelassen wurde. Dies wird in der klinisch-psychiatrischen und damit auch der Rechtspraxis weiter dazu führen, dass von einer Medikationspflicht ausgegangen und auch freiwillig aufgenommenen Patienten vermittelt wird: „Wenn Sie keine Medikamente nehmen, zahlt die Krankenkasse nicht.“ Begriffe, die in einem Gesetzestext nicht genannt sind, müssen in der Praxis auch nicht umgesetzt werden.

Eine Zwangsbehandlung liegt aus rechtlicher Sicht nicht nur unter den in § 18 (5) genannten Voraussetzungen vor, sondern auch dann, wenn die Norm des §630g BGB nicht beachtet werden und insbesondere kein Versuch, eine wohlinformierte Zustimmung zu erreichen, unternommen und dokumentiert wird. Den mildereren Mitteln ist aus menschenrechtlicher Sicht stets der Vorzug zu geben und eine fehlende Aufklärung zur Medikation ist aus rechtlicher Perspektive zumindest eine Nötigung.

Die auch in der Novelle erlaubte Zwangsmedikation im Interesse Dritter ist aus meiner Sicht nicht verfassungskonform. Wenn Dritte gefährdet sind, sind Sicherungsmaßnahmen zu ergreifen. Sollte nach ärztlicher Verhältnismäßigkeitsprüfung eine Medikation anderen Sicherungsmaßnahmen vorzuziehen sein, ist dies nach §20 des Gesetzentwurfes zu begründen und zu dokumentieren. Der vorliegende Gesetzentwurf „verwischt“ aus meiner Sicht mit der Ausnahmeregelung nach §18 (6) die Unterschiede zwischen Behandlungsauftrag im Sinne der Krankenkassen und staatlichem Sicherungsauftrag.⁸

⁷ Vgl. Salize, H.J. (2014): Die Vision einer guten Sozialpsychiatrie in Deutschland – wie kann man sie umsetzen? Vortrag Dachverband Gemeindepsychiatrie.

⁸ Vgl. S. 15 der Lt-Drucksache 16/12068.

Hingewiesen werden muss hier noch auf die Tatsache, dass es vor dem Hintergrund der politisch gewünschten Ökonomisierung in der klinischen Versorgung in den letzten Jahren zunehmend zu einem Missbrauch des Psych-KG gekommen ist. Besonders stationäre Patienten anderer Fachrichtungen, die älter als 65 Jahre sind, werden rasch und gern per Psych-KG in die Psychiatrie verlegt, wenn die somatischen DRGs „ausgeschöpft“ sind, deren häusliche Versorgung vor der Entlassung aber noch nicht sichergestellt ist. Auch eine Ablehnung des somatisch-stationären Therapieangebots oder der Wunsch nach Beendigung der dort gebotenen Therapie kann zu einer Verlegung im Schutz des Psych-KG führen. (Auch an dieser Stelle können auf Nachfrage Beispiele während der Anhörung genannt werden.)

Das Psych-KG bietet ebenso in diesem Fall vor allem Schutz für ärztliches Handeln ohne Patientenbeteiligung und bedeutet eine einfachere und schnellere Alternative als das Gespräch mit dem Patienten. Dieses „Sonderrecht“ trägt dazu bei, dass sich die klinische Psychiatrie in der „Ultima-ratio-Fälle“⁹ befindet. Das DIMR kam schon 2012 zu dem Schluss: „Versäumt es der Staat, heute alles in seiner Macht stehende zu tun, um in den nächsten Jahren die Mittel und Praktiken der Psychiatrie dergestalt zu entwickeln, dass akute Krisen anders als mit Zwangsmitteln(...)mit dem mildesten Mittel beantwortet werden, kann er sich nicht mehr auf Zwang als „Ultima Ratio“ berufen.“¹⁰

Ich wünsche und hoffe, dass die parlamentarischen Beratungen zu diesem insgesamt gelungenen Gesetzentwurfs noch zu „Feinschliff“ an einigen Formulierungen und zu einer besseren Gesetzespraxis führen.

Dortmund, den 24. August 2016

Margret Osterfeld

⁹ Vgl. Aichele, V. (2016): Menschenrechte und Psychiatrie in Zinkler, M. et al. Prävention von Zwangsmaßnahmen.

¹⁰ Vgl. DIMR (2012): Stellungnahme S.6, zit nach Aichele a.a.O.