

AMEOS Krankenhausgesellschaft Holstein mbH · Wiesenhof ·  
D-23730 Neustadt i. H.

Schleswig-Holsteinischer Landtag  
Sozialausschuss  
Herrn Werner Kalinka, Vorsitzender  
Landeshaus  
Düsternbrooker Weg 70  
24105 Kiel

Per E-Mail: [sozialausschuss@landtag.ltsh.de](mailto:sozialausschuss@landtag.ltsh.de)

Prof. Dr. med. Jörn Conell  
Ärztlicher Direktor  
Durchwahl 04561 611-4610 Fax 04561 611-4153, E-Mail [joern.conell@ameos.de](mailto:joern.conell@ameos.de)

27. März 2020

**Ihre Schreiben vom 26.02.2020 und 27.03.2020, Anhörung des Sozialausschusses, Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Hilfe und Unterbringung von Menschen mit Hilfebedarf infolge psychischer Störungen (PsychHG), Drucksache 19/1901**

Sehr geehrter Herr Kalinka,

gerne nehme ich die Möglichkeit wahr, mich zu dem o.g. Gesetzentwurf zu äußern. Zum Referentenentwurf des Gesetzes vom 17.07.2019 hatten die Direktoren der AMEOS Klinika Holstein bereits am 20.09.2019 Stellung bezogen, u.a. gegenüber dem Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren des Landes Schleswig-Holstein. Erfreulicherweise sind einige unserer Kritikpunkte berücksichtigt worden – allerdings bleiben noch genügend Änderungsvorschläge übrig.

Sie finden dabei jeweils zuerst den kritisierten Passus, dann unter lit. a) die Kritik daran sowie unter lit. b) einen entsprechenden Änderungsvorschlag.

1. **S.3, Abschnitt D. 1. Kosten, Abs.2: „[.] befürchten einige psychiatrische Krankenhäuser zusätzliche Kosten. [...]“**
  - a) Dieser Passus suggeriert, dass der personelle Aufwand, der im Rahmen von Fixierungen auf Basis des Urteils des BVerfG entsteht, bereits finanziert sei und insofern kein finanzieller Mehrbedarf entstehen würde. Dies ist definitiv nicht der Fall: Sofern eine 1:1-Betreuung in dem Sinne zu verstehen sein sollte, dass pro Patient durchgehend ein Mitarbeitender für diesen abgestellt werden muss, ergeben sich dadurch ca. 5,3 VK für eine Betreuung über 24/7 pro fixiertem Patient. Dieser Personalschlüssel ist über die Kostenträger nicht refinanziert.
  - b) Es muss sichergestellt werden, dass die Mehrkosten im Personalbereich für die Umsetzung des BVerfG-Urteils von den Kostenträgern übernommen werden.

AMEOS Krankenhausgesellschaft Holstein mbH · Geschäftsführung: Michael Dieckmann, Frank-Ulrich Wiener  
Amtsgericht Lübeck · HRB 1394 OL

**AMEOS Klinikum Neustadt**

Wiesenhof  
D-23730 Neustadt i. H.  
Tel. +49 (0)4561 611-0  
Fax +49 (0)4561 611-4549

[info@neustadt.ameos.de](mailto:info@neustadt.ameos.de)  
[www.ameos.eu](http://www.ameos.eu)

Akademisches Lehrkrankenhaus  
für Pflege (FOM)

Akademisches Lehrklinikum  
des UKSH - Physiotherapie

USt-IdNr. DE257252008  
IK-Nr. 260100659

APO Bank  
DE87 3006 0601 0107 5416 19  
SWIFT-BIC: DAAEDEDXXX



## **2. § 1 Abs. 1 Nr. 1 i.v.m. Abs. 2**

- a) Während in Abs. 1 Nr. 1 von „Menschen, die aufgrund einer psychischen Störung hilfsbedürftig sind“ die Rede ist, wird in Abs. 2 definiert, dass eine psychische Störung nur dann vorliegt wenn sie „behandlungsbedürftig“ ist. Die Formulierungen sind insofern zumindest inkonsistent.
- b) Abs. 1 sollte daher lauten: „die Gewährung von Hilfen für Menschen mit einer psychischen Störung...“

## **3. § 1 Abs. 1; Abs. 2: „psychische Störung“**

- a) Es ist zu begrüßen, dass im Rahmen des Anwendungsbereichs dieses Gesetzes nun der Begriff der „psychischen Störung“ verwendet wird. Insbesondere wird hierdurch der Missstand beseitigt, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung nicht vom Anwendungsbereich des PsychKG erfasst waren (In der bisherigen Fassung war von *seelischer* Krankheit etc. die Rede, was begrifflich eine *geistige* Behinderung ausschloss). Allerdings ist es problematisch, dass in der Gesetzesbegründung zu dieser Änderung auf S. 39 ausdrücklich verfasst ist: „Durch die Anpassung der Begrifflichkeit soll keine Öffnung des PsychHG für weitere Krankheitsbilder vorgenommen werden, sondern lediglich der Bezug zur medizinischen Begrifflichkeit hergestellt werden.“ Dies würde die Erfassung der geistigen Behinderung wiederum aus dem Anwendungsbereich entfallen lassen. Diese Widersprüchlichkeit bedarf der Klarstellung.
- b) Der zitierte Satz sollte aus der Gesetzesbegründung herausgenommen werden.

## **4. § 2 Abs. 3: „Der Sozialpsychiatrische Dienst steht unter Leitung einer Ärztin oder eines Arztes, oder...“**

- a) Die aktuelle Formulierung lässt zu, dass die Leitung des Sozialpsychiatrischen Dienstes einem Nicht-Facharzt und / oder einem Arzt aus einem somatischen Fach obliegt.
- b) § 2 Abs. 3 sollte wie folgt geändert werden: „Der Sozialpsychiatrische Dienst steht unter der Leitung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie, oder...“ Es sollte hier der Bezug zu den fachlichen Qualitätsanforderungen der PsychHGVO SH hergestellt werden, um Unklarheiten zu beseitigen.

## **5. § 6 Abs. 1 und 2: bedeutende Rechtsgüter**

- a) Sowohl in Abs. 1 als auch in Abs. 2 des § 6 ist von „bedeutende[n] Rechtsgüter[n]“ die Rede. In Abs. 1 wird allerdings unterschieden in „eigene Rechtsgüter oder bedeutende Rechtsgüter anderer“ während in Abs. 2 von „bedeutenden eigenen oder fremden Rechtsgütern“ die Rede ist. „Bedeutend“ bezieht sich insofern rein grammatikalisch nur in Abs. 2 auf beide Rechtsgüter – die eigenen und die von anderen.
- b) In Abs. 1 sollte es heißen „...bedeutende eigene Rechtsgüter oder bedeutende Rechtsgüter anderer...“.  
Zudem stellt sich die Frage, ob „bedeutend“ juristisch hinreichend definiert ist. U.U. wäre es zielführender, nur von „Rechtsgütern“ zu sprechen.

## **6. § 6 Abs. 4: „...zur Abwehr einer gegenwärtigen Gefahr...“**

- a) Der aktuelle Passus beschränkt sich auf gegenwärtige Gefahren; erwartbare bzw. absehbare Gefahren sind davon nicht umfasst.
- b) § 6 Abs. 4 sollte wie folgt ergänzt werden: „...zur Abwehr einer gegenwärtigen oder voraussichtlich zu erwartenden Gefahr...“

## **7. § 7 Abs. 1: „...bedeutende Rechtsgüter“**

- a) S. dazu Nr. 6 a) In der Begründung wird von „gegenwärtiger Gefahr“ gesprochen.
- b) S. dazu Nr. 6 b) Dieser Terminus sollte sich auch im Gesetzestext wiederfinden

8. **§ 7 Abs. 4:** „Ist bereits eine Unterbringung auf einer anderen Rechtsgrundlage angeordnet worden, ist in der Regel davon auszugehen, dass die Gefahr durch die andere Unterbringung abewendet werden kann.“
- a) Hier wird suggeriert, dass zum Beispiel im Rahmen einer BGB-Unterbringung bei entstehender akuter Fremdgefährdung eine PsychHG-Unterbringung nicht mehr notwendig ist. Das BGB gibt hier wesentlich weniger Spielraum zur Gefahrenabwehr vor, so dass den beteiligten Krankenhäusern ein wichtiges Handlungsmittel genommen würde.
- b) Der Paragraph sollte geändert werden in: „Ist bereits eine Unterbringung auf einer anderen Rechtsgrundlage angeordnet worden, sollte geprüft werden, ob die Gefahr durch die andere Unterbringung abgewendet werden kann.“
9. **§ 8 Abs. 2:** In dem Referentenentwurf vom 17.07.2019 fand sich noch der Satz: „Das Gutachten soll möglichst nicht von der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt erstellt werden.“ Dieser ist im Gesetzentwurf vom 18.12.2019 nicht mehr enthalten.
- a) Der Satz ist prinzipiell wichtig, richtig und sollte wieder erscheinen. Das Arzt-Patienten-Vertrauensverhältnis könnte nachhaltig gestört werden, wenn Gutachter und Behandler dieselbe Person ist. In der Praxis kann er allerdings –v.a. unter Berücksichtigung der Begründung (s. S. 47)- insbesondere bei kleinen Häusern zu Problemen führen, da sich hier eine Behandlung (auch) durch den Gutachter nicht ausschließen lässt.
- b) Ein Neuregelungsbedarf wird hier nicht gesehen, da das Wort „möglichst“ den geschilderten Fall abdecken und insoweit eine Begutachtung durch den behandelnden Arzt im Ausnahmefall legitimieren dürfte. Hinsichtlich der Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte sollte noch ein Verweis auf die Regelungen der PsychHGVO SH eingefügt werden.
10. **§ 13 Abs. 2:** „[...] Erfordert die psychische Störung oder eine sonstige Erkrankung vorrangig eine somatische Behandlung, kann die Unterbringung in einem dafür geeigneten somatischen Krankenhaus oder einer geeigneten somatischen Abteilung eines Krankenhauses vollzogen werden. Der Kreis oder die kreisfreie Stadt bestimmt, in welchem geeigneten Krankenhaus die Unterbringung erfolgt. [...]“
- a) Wenn eine somatische Behandlung vorrangig erforderlich ist, sollte diese auch in einem geeigneten Krankenhaus erfolgen. Die meisten psychiatrischen Kliniken sind zu der Versorgung somatisch akut erkrankter Patienten sowohl inhaltlich als auch technisch nicht in der Lage. Mit dem weiteren Passus existiert die Möglichkeit, dass ein belegtes Krankenhaus bzw. ein Krankenhaus, das personell nicht (mehr) in der Lage ist, einen weiteren unterzubringenden Patienten aufzunehmen, dennoch verpflichtet wird, einen zusätzlichen Patienten aufzunehmen.
- b) Der zweite Satz des Abs. 2 sollte geändert werden in „Erfordert die psychische Störung oder eine sonstige Erkrankung vorrangig eine somatische Behandlung, sollte die Unterbringung in einem dafür geeigneten somatischen Krankenhaus oder einer geeigneten somatischen Abteilung eines Krankenhauses vollzogen werden.“ Der letzte Satz in Abs. 2 sollte wie folgt ergänzt werden: „Ein Wunsch des betroffenen Menschen soll nach Möglichkeit ebenso berücksichtigt werden wie die Aufnahmekapazitäten des für die Aufnahme vorgesehenen Krankenhauses.“
11. **§ 13 Abs. 3:** „Die Kreise und kreisfreien Städte können den natürlichen und juristischen Personen des Privatrechts, die den Krankentransport durchführen, und den Trägern privater oder freigemeinnütziger Krankenhäuser Aufgaben der öffentlichen Verwaltung beim Vollzug der Unterbringungsanordnung und der Unterbringung zur Erledigung in den Handlungsformen des öffentlichen Rechts übertragen.“
- a) Hier wird dem Kreis bzw. den kreisfreien Städten u.E. eine Möglichkeit eingeräumt, Träger privater Krankenhäuser mit Aufgaben zu betrauen, die bis dato dem Sozialpsychiatrischen Dienst bzw. den Gesundheitsämtern obliegen – wie z.B. die Tätigkeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes selbst.
- b) Die angesprochenen „Aufgaben der öffentlichen Verwaltung beim Vollzug der Unterbringungsanordnung“ sollten definiert, abschließend aufgezählt und letztlich auf Situationen begrenzt werden, in der dem Sozialpsychiatrischen Dienst die Erfüllung seiner originären Aufgabe nicht möglich ist. Eine „Auslagerung“ der Aufgaben kann u.E. nicht gewünscht sein.

- 12. § 13 Abs. 3: „Wenn andere Maßnahmen nicht ausreichend erscheinen, um den rechtmäßigen und zweckmäßigen Vollzug der Unterbringung sicherzustellen, kann die Aufsichtsbehörde gegenüber dem Personal eines beliebigen Krankenhauses Einzelweisungen in Bezug auf die Durchführung des Vollzugs der Unterbringung erteilen.“**
- a) Hier wird der Aufsichtsbehörde eine Möglichkeit eingeräumt, Weisungen direkt gegenüber dem in privater Trägerschaft tätigen Personal erteilen zu können. So sehr dies aus Sicht des Gesetzgebers sinnvoll erscheinen mag um den „richtigen“ Vollzug durchzusetzen: Aus arbeits- und haftungsrechtlicher Sicht ist dies nicht möglich, da das Direktionsrecht der Ärztlichen Leitung ebenso eingeschränkt wird wie das des Arbeitgebers und der haftenden Geschäftsführung.
- b) Der Passus ist zu streichen.
- 13. § 14 Abs. 4: „Die Behandlung muss von einer Ärztin oder einem Arzt angeordnet oder selbst durchgeführt werden. Sie muss ärztlich überwacht und dokumentiert werden.“**
- a) Die Behandlung eines Patienten kann nicht komplett ärztlich überwacht und dokumentiert werden, egal in welcher Fachrichtung. So ist zum Beispiel die Vitalparameterkontrolle teilweise eine pflegerische Tätigkeit und wird entsprechend dokumentiert. Hier greift auch die Delegationsmöglichkeit ärztlicher Tätigkeiten an nichtärztliches Hilfspersonal. Dass die Behandlungsplanung und –supervision ärztliche Tätigkeit ist, ist ohnehin selbstverständlich.
- b) Absatz 4 in § 14 ist komplett zu streichen.
- 14. § 16 Abs. 2: „Die Entscheidung, ob die Voraussetzungen für einen Eingriff vorliegen, trifft das Krankenhaus nach vorheriger Anhörung der Seelsorge.“**
- a) Die vorhandene Seelsorge deckt nur einen kleinen Teil der Betroffenen ab, und die Entscheidung, ein Grundrecht einzuschränken, erfolgt nur in zwingenden medizinischen Gründen und stellt eine absolute Ausnahme dar. Hier sollte in der gut funktionierenden Zusammenarbeit der Krankenhauseelsorge und des ärztlichen Dienstes kein neues Agierfeld eröffnet werden.
- b) Der Passus „nach vorheriger Anhörung der Seelsorge“ ist zu streichen.
- 15. § 20 Abs. 3: „Begründet die Art oder Beschaffenheit eines aufgefundenen Gegenstandes den Verdacht der Begehung einer Straftat, sind die Strafverfolgungsbehörden hiervon in Kenntnis zu setzen.“**
- a) Dieser Passus widerspricht u.E. der Datenschutzverpflichtung bzw. der Schweigepflicht. Gerade die Beziehung zwischen Behandler und Patienten gilt als besonders schutzwürdig, so dass der Verdacht auf eine begangene Straftat nicht ausreichen dürfte um die Strafverfolgungsbehörden zu informieren. Gerade die Rechtfertigungsgründe für eine Verletzung der Schweigepflicht nach § 203 StGB sind begrenzt. In den Fällen des § 138 StGB wird eine solche Rechtfertigung bejaht. Hierbei handelt es sich aber um „schwere Delikte“. Der Begriff „Straftat“ umfasst aber alle in Fragen kommenden Straftaten, also auch Straftaten wie Diebstahl, die gerade nicht als Rechtfertigung im Sinne des § 203 StGB bisher verstanden werden.
- b) Die Sätze 3 und 4 in § 20 Abs. 3 sind zu streichen.
- 16. § 23 Abs. 2: „Eine körperliche Durchsuchung soll durch eine Person gleichen Geschlechts erfolgen.“**
- a) Selbstverständlich ist es wünschenswert, ggf. notwendige Durchsuchungen, die mit einer Entkleidung einhergehen, durch eine gleichgeschlechtliche Person durchführen zu lassen. Allerdings dürfte dies nicht zu jeder Tages- und Nachtzeit möglich und aus Sicherheitsgründen nicht immer sinnvoll sein.
- b) Der Satz sollte wie folgt ergänzt werden: „...; aus Sicherheitsgründen kann in begründeten Ausnahmefällen von dieser Regelung abgewichen werden. Eine weitere Person sollte als Zeuge anwesend sein“.

**17. § 28 Abs. 1: „Bei einem betroffenen Menschen dürften zeitweise besondere Sicherungsmaßnahmen angeordnet werden, wenn und solange die Gefahr besteht, dass der betroffene Mensch gegen Personen gewalttätig wird oder sich selbst tötet oder erheblich verletzt.“**

- a) Hier wird ausschließlich auf Gewalt gegenüber Personen abgestellt; Gewalt gegen die Einrichtung des Krankenhauses hat somit keinerlei Konsequenzen. In der aktuell vorliegenden Gesetzesversion wäre es dann möglich, einen Patienten wegen Sachbeschädigung unterzubringen, nicht jedoch, ihn von weiterer abzuhalten.
- b) Der Satz sollte wie folgt ergänzt werden: „...dass der betroffene Mensch gegen Personen gewalttätig wird, erhebliche Sachschäden anrichtet oder sich selbst tötet oder erheblich verletzt.“

**18. § 28 Abs. 6 S. 2: „Die Ärztin oder der Arzt unterrichtet unverzüglich den Kreis oder die kreisfreie Stadt, so dass der Kreis oder die kreisfreie Stadt einen Antrag auf gerichtliche Entscheidung stellt.“**

- a) Gem. der BVerfGE vom 24.07.2018 – 2 BvR 309/15, 2 BvR 502/16 – ist „eine richterliche Entscheidung nicht (mehr) erforderlich, wenn bereits zu Beginn der Maßnahme abzusehen ist, dass die Entscheidung erst nach Wegfall des Grundes der Maßnahme ergehen wird, oder die Maßnahme vor Herbeiführung der Entscheidung tatsächlich beendet und auch keine Wiederholung zu erwarten ist.“ Dies wird im bisherigen Gesetzesentwurf nicht in der Form erfasst. In der Begründung auf S. 58 wird zwar auf diese Situation hingewiesen, jedoch ist die Gesetzesbegründung der falsche Ort für eine solche Ausnahmeregelung bzgl. des Richtervorbehalts. Es wird daher empfohlen, diese Ausnahme direkt in § 28 Abs. 6 zu integrieren.
- b) In Abs. 6 solle daher ein neuer Satz 4 eingefügt werden: „Eine Unterrichtung des Kreises oder der kreisfreien Stadt ist nicht erforderlich, wenn bereits zu Beginn der Maßnahme abzusehen ist, dass die gerichtliche Entscheidung erst nach Wegfall des Grundes der Maßnahme ergehen wird, oder die Maßnahme vor Herbeiführung der Entscheidung tatsächlich beendet und auch keine Wiederholung zu erwarten ist.“

**19. § 28 Abs. 7: „Bei Fixierungsmaßnahmen ist zu jedem Zeitpunkt eine Eins-zu-eins-Betreuung durch geschultes Krankenhauspersonal sicherzustellen. Auf eine unmittelbare räumliche Anwesenheit kann auf Wunsch des betroffenen Menschen oder in medizinisch begründeten Ausnahmefällen verzichtet werden; eine ständige Betreuung des fixierten Menschen ist sicherzustellen. Fixierungs- und Isolierungsmaßnahmen müssen in gesonderten Räumen so durchgeführt werden, dass die Privatsphäre des betroffenen Menschen soweit wie möglich gewahrt wird.“**

- a) Wie die Gesetzesbegründung richtig ausführt, fordert die S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang...“ eine kontinuierliche 1:1-Überwachung mit persönlichem Kontakt. Allerdings ist mit dieser Forderung an keiner Stelle die unmittelbare und ununterbrochene Anwesenheit einer Person direkt am bzw. beim Patienten verbunden; auch aus dem Urteil des BVerfG ist eine entsprechende Forderung nicht abzulesen. Vor dem Hintergrund des ohnehin bereits vorhandenen und weiterhin zunehmenden Mangels an Pflegekräften jeglicher Qualifikation und der Tatsache, dass auch die technische Entwicklung stetig voranschreitet, ist es geboten, technische Möglichkeiten zu nutzen, um die zweifelsohne sinnvolle akustische und optische Überwachung der Patienten zu gewährleisten.

- aa) Pflegekräfte jeglicher Qualifikation werden sich Arbeit in Kliniken suchen, in denen keine nach PsychHG untergebrachten Patienten versorgt werden müssen, da sie diesen Beruf nicht erlernt haben um ihre Zeit am Patientenbett „abzusitzen“.
- ab) Es wird zunehmend schwerer fallen, junge Menschen für den Pflegeberuf im psychiatrischen Bereich zu begeistern wenn die Aussicht besteht, einen großen Teil seiner Arbeitszeit mit der 1:1-Überwachung von fixierten Patienten zubringen zu müssen.
- ac) Mitarbeiter von geschützten Stationen werden sich weigern, weiterhin in diesen Bereichen Dienst zu tun und werden sich auf offene Stationen versetzen lassen.
- ad) Unter den derzeitigen Bedingungen des Fachkräfte- und Pflegepersonal mangels ist es schlichtweg unmöglich, den durch diese Regelung entstehenden erhöhten Personalbedarf zu decken.

- ae) Kliniken, die im Unterbringungsplan des Landes S.-H. geführt sind, werden schnell an die Grenzen ihrer Aufnahmekapazitäten gelangen und müssen sich von der Versorgung abmelden – mit offenem Ausgang hinsichtlich der Frage wo die Patienten dann untergebracht werden (können).
- ae) Eine kontinuierliche Kontrolle der Vitalparameter sicherzustellen ist im engeren Zeitintervall nur über ein Monitoring via EKG, Pulsoxymetrie und Blutdruckmessung möglich. Hierdurch wird keine beruhigende oder Privatatmosphäre des Patienten gewährleistet, zumal der Patient mit Kabeln und Schläuchen versorgt werden muss.
- af) Technische Hilfsmittel als grundsätzlich unzulässig zu erklären, wie in den Erläuterungen auf Seite 59 des Gesetzesentwurfs ausgeführt, ist u.E. nicht begründbar. Hier wird ohne Notwendigkeit eine effiziente, sichere und den Patienten wenig belastende Methode der Therapie unbegründet vom Grundsatz her als unzulässig eingestuft. Die Definition von Ausnahmen ist im Vergleich zum Referentenentwurf, in dem technische Hilfsmittel unzulässig waren, eine Verbesserung – u.E. jedoch noch zu kurz gegriffen.

Darüber hinaus soll die Vorschrift des § 28 Abs. 7 nach dem dortigen Satz 1 für alle „Fixierungsmaßnahmen“ gelten. Da der Begriff der „Fixierungsmaßnahmen“ vorliegend gem. § 28 Abs. 3 Nr. 3 derart weit umfasst ist (Die zu weit gehende Definition des Begriffs „Fixierungsmaßnahmen“ wurde bereits unter Ziff. 27 thematisiert.), hat nun zur Folge, dass bei Anwendung all dieser Maßnahmen, die unter den Begriff „Fixierungsmaßnahmen“ fallen, eine entsprechend vorgeschriebene Betreuung durch unmittelbaren Sicht- und Sprechkontakt eingerichtet werden müsste. Dies geht einerseits weit über das vom BVerfG Entschiedene hinaus („jedenfalls 5-Punkt- und 7-Punkt-Fixierungen“, Rn. 83 der BVerfGE), und andererseits entspricht diese pauschale Vorgabe für all diese Maßnahmen nicht den Grundsätzen und der ursprünglichen Intention des BVerfG, die es in seiner Entscheidung diesbezüglich darlegt („aufgrund der Schwere des Eingriffs und der damit verbundenen Gesundheitsgefahren“, a.a.O.).

- b) § 28 Abs. 7 ist wie folgt zu fassen: „Bei Fixierungsmaßnahmen ist zu jedem Zeitpunkt eine Betreuung durch Sicht- und Sprechkontakt durch geschultes Krankenhauspersonal sowie eine kontinuierliche Kontrolle der Vitalfunktionen sicherzustellen. Der Einsatz von technischen Hilfsmitteln ist dabei zulässig. Fixierungs- und Isolierungsmaßnahmen müssen in gesonderten Räumen so durchgeführt werden, dass die Privatsphäre des betroffenen Menschen soweit wie möglich gewahrt wird.“

## 20. § 33: Datenspeicherung

- a) Es wird nicht definiert was „besonders schutzwürdige Daten, die einem Berufs- oder besonderen Amtsgeheimnis unterfallen“ sind und wann diese „für die Erfüllung der in diesem Gesetz vorgesehenen Aufgaben oder für die Dokumentation von diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen erforderlich“ sind. Absatz 2 hat wenig Bezug zur Realität: Es ist weder sinnvoll noch notwendig, Untersuchungs- und Behandlungsergebnisse getrennt von den o.g. „besonders schutzwürdigen Daten“ aufzubewahren.
- b) Abs. 1 sollte konkretisiert und Abs. 2 gestrichen werden.

## 21. § 34 Abs. 2: „Werden in den Fällen des Absatzes 1 Satz 1 Daten übermittelt, hat die datenempfangende Person diese gegen unbefugte Kenntnisnahme zu sichern; hierauf ist sie hinzuweisen.“

- a) Die Kreise und kreisfreien Städte sowie die an einem Unterbringungsverfahren beteiligten Stellen unterliegen – wie alle Personen und Institutionen innerhalb der EU – der EU-DSGVO; insofern sind diese Hinweise entbehrlich. Zudem ist es praxisfern, dem Übermittler von Daten die Verpflichtung aufzuerlegen, die datenempfangende Person darauf hinzuweisen, dass diese die erhaltenden Daten gegen unbefugte Kenntnisnahme zu sichern hat.
- b) Abs. 2 sollte daher gestrichen werden.

Zusammenfassend muss ich feststellen, dass der vorliegende Gesetzesentwurf ein deutlicher Fortschritt gegenüber dem Entwurf vom 17.07.2019 ist. Allerdings verletzen hier formulierte Regelungen weiterhin bestehende Rechtsverhältnisse oder kollidieren mit rechtskonformen Zuständigkeitsabgrenzungen. Manche Regelungen würden effektiv die Versorgung und das Leben von Patienten gefährden, wenn sie so Gesetzeskraft erlangen würden – insbesondere die vorgesehenen Regelungen zur 1:1-Betreuung und das vorgesehene Verbot technischer Hilfsmittel legen die Axt an die Versorgung unserer Patienten. Es wird hier zu einer Flucht der Mitarbeiter und zu einer Rückkehr zu Wachsälen mit minimaler Privatsphäre für die Patienten kommen. Ich rate dringend, den Gesetzesentwurf weiter in dem von mir vorgeschlagenen Sinne zu überarbeiten.

Ich hoffe, mit meinen Ausführungen einen Beitrag zur praxisnahen und gleichzeitig rechtskonformen Ausgestaltung des PsychHG geliefert zu haben. Für evtl. Fragen stehe ich jederzeit gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Jörn Conell  
Ärztlicher Direktor



**Dr. Helmig, Sprecher der LAG der Ärztlichen Leiterinnen und Leiter der Krankenhäuser und Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie in Schleswig – Holstein, Diakoniespital Flensburg**