

Der Präsident des Amtsgerichts | Am Burgfeld 7 | 23568 Lübeck

Schleswig-Holsteinischer Landtag  
Sozialausschuss  
Herrn Vorsitzenden  
Düsternbrooker Weg 70  
24105 Kiel

Ihr Zeichen:  
Ihre Nachricht vom: 26.2.2020  
**Mein Zeichen: 380**  
**Meine Nachricht vom:**

**Herr Löbbert**  
verwaltung@ag-luebeck.landsh.de  
Telefon: 0451 371-1576  
Telefax: 0451 371-1853

Lübeck, den 11.8.2020

**Entwurf eines Gesetzes zur Hilfe und Unterbringung von Menschen mit Hilfebedarf  
in Folge psychischer Störungen (PsychHG)  
Landtagsdrucksache 19/1901**

Schriftliche Stellungnahme im Rahmen der Anhörung, dortige Anfrage vom 26.2.2020 an  
Frau Präsidentin des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts

Sehr geehrter Herr Kalinka,

in Abstimmung mit der Präsidentin des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts  
und der Präsidentin des Schleswig-Holsteinischen Oberlandesgerichts nehme ich für die  
gerichtliche Praxis zu dem Gesetzentwurf Stellung, da von dem Gesetzentwurf die ordent-  
liche Gerichtsbarkeit betroffen ist und nicht die Sozialgerichtsbarkeit. Die in dem Gesetz-  
entwurf vorgesehenen gerichtlichen Entscheidungen werden in erster Instanz ausschließ-  
lich durch die Amtsgerichte getroffen (vgl. § 9).

Aus meiner Sicht ist folgendes anzumerken:

1. Grundsätzliches:

Die Neuregelung wird aufgrund ihres umfassenden Ansatzes sehr begrüßt. Es ist sehr gut,  
dass die Zielrichtung auf eine Verbesserung der Hilfe, auf eine Vermeidung von Zwangs-  
maßnahmen und auf die bessere Wahrung der Autonomie und der Würde der Betroffenen  
gerichtet ist.

Vor dem Hintergrund dieser Zielrichtung fehlt aber - grundsätzlich - eine isolierte Regelung für Fixierungsmaßnahmen von auf somatischen Stationen befindlichen Personen.

In der Praxis kommen sehr häufig Fälle vor, in denen Menschen, die eigentlich nicht an psychischen Störungen leiden, nach einer (geplanten) Operation ein sog. Durchgangssyndrom erleiden. Das bedeutet, dass sie auch nach vollständiger Beendigung einer Narkose im Bewusstsein zeitweilig eingeschränkt sind in Form eines Delirs und in diesem Zustand zu unwillkürlichen Bewegungen neigen, einschließlich des Bestrebens aus dem Krankenbett aufzustehen. Diese Personen sind in solchen Zuständen dann vorübergehend nicht wirklich ansprechbar. Dieser Zustand klingt meistens nach einigen Stunden oder wenigen Tagen wieder ab.

Um nun die OP-Nachsorge nicht zu gefährden und die Personen auch vor schweren Verletzungen etwa infolge von Stürzen zu schützen, müssen diese Menschen in ihrem Krankenbett fixiert werden, nicht selten auch in Form einer 5-Punkt-Fixierung. Diese Fixierungen erfolgen dann auf den somatisch behandelnden Stationen. Meistens sind das die Intensivstationen.

Solche Fälle erfordern nach der bisherigen Gesetzeslage aber auch nach dem Gesetzentwurf gerichtliche Entscheidungen nach den §§ 7ff und 28 des Entwurfs. Grundsätzlich ist das auch richtig und entspricht dem Geist der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts.

Aufgrund der Besonderheiten dieser Fälle gerade auch im Unterschied zu anderen Unterbringungssituationen, erscheint jedoch eine gesonderte Regelung speziell dieser Fälle dringend notwendig.

Zwar sieht der Entwurf richtigerweise jetzt ausdrücklich vor, dass „Unterbringungen und Fixierungen“ auch auf somatischen Stationen vollzogen werden können (§ 13 Abs. 2 Satz 2). Das bezieht sich auf diese Fälle. Leitbild der Regelungen ist aber weiterhin, dass auch insoweit formal zunächst eine geschlossene Unterbringung erfolgt und erst dann zusätzlich eine Fixierung angeordnet werden kann. Es werden also formal zwei gerichtliche Verfahren geführt. Das wird auch nach der bisherigen Erfahrung in diesen Fällen, den Situationen nicht gerecht.

Viele Menschen sind, wenn denn das Delir abgeklungen ist und sie von der „gerichtlichen Unterbringung“ erfahren, darüber sehr erschrocken. Sie finden es im Nachhinein zwar richtig, dass sie fixiert wurden, sind aber bestürzt, dass es extra eines „gerichtlichen Verfahrens“ bedurfte, insbesondere mit einer als stigmatisierend empfundenen Unterbringung. Nicht selten fühlen sich Personen gerade dadurch in ihrem Selbstbestimmungsrecht berührt.

Es wird deswegen vorgeschlagen, diese Fallgruppe gesetzessystematisch gesondert zu regeln, wobei zwei Aspekte bedeutsam sein sollten:

- Es sollte vorgesehen werden, dass in solchen Fällen dann keine gerichtliche Anordnung erforderlich ist, wenn die Maßnahme im Rahmen einer aktuell zuvor erklärten Einwilligung des betroffenen Menschen erfolgt. Als eine solche Einwilligung könnte man es ansehen, wenn Patienten etwa im Rahmen der Narkoseaufklärung aktuell,

ausdrücklich und schriftlich für eine zeitlich definierte Dauer (z.B. 48 Stunden) in solche Fixierungen eingewilligt haben. Man könnte vorsehen, dass die Bedeutung einer solchen Einwilligung im Aufklärungsprotokoll optisch besonders hervorgehoben und gesondert unterschrieben werden müsste. Mit einer solchen Regelung würden die praktisch meisten dieser Fälle, in denen ein Delir nach einer geplanten OP auftritt, geregelt werden. Das wäre nicht nur eine deutliche Entlastung „des Systems“ (Krankenhaus, Gesundheitsamt, Gericht). Es würde nach unserer Wahrnehmung vor allen Dingen auch eine stärkere Beachtung des Selbstbestimmungsrechts der betroffenen Menschen darstellen, die dann nicht mehr mit gerichtlichen Verfahren „überzogen“ werden müssten. Eine Beeinträchtigung von Rechten wären damit nicht verbunden. Schließlich konnten die Patienten zuvor auch in die OP, also einen viel weitergehenden Eingriff, einwilligen. Warum sollte das dann in eine Fixierung, solange sie zeitlich befristet erfolgt, nicht möglich sein?

- Soweit doch ein gerichtliches Verfahren erforderlich wird, müsste die Möglichkeit geschaffen werden, isoliert nur über die Fixierung zu entscheiden, auch ohne eine formale – Unterbringung aussprechen zu müssen, soweit diese nicht aus anderen Gründen zusätzlich erforderlich sein sollte. Man könnte für solche Fälle dann auch die Anforderungen an die ärztlichen Stellungnahmen anpassen. Jedenfalls für Fixierungen bis zu einer definierten Dauer (z.B. 48 Stunden) sollte eine Stellungnahme des (somatisch) behandelnden Arztes (ggf. des Oberarztes) ausreichen. Häufig können diese Ärzte die Situation, insbesondere im Zusammenhang mit der somatischen Erkrankung, ohnehin besser einschätzen, als ein, wenn auch psychiatrienerfahrener, Arzt, der ein Konzil abgeben soll.

Nach der derzeitigen Regelung ist zwar in § 28 Abs. 5 Satz 2 vorgesehen, dass für eine Fixierungsmaßnahme (nur) eine ärztliche Stellungnahme erforderlich ist, also keine Stellungnahme eines „psychiaterfahrenen“ Arztes. Da aber in diesen Fällen immer auch eine formale Unterbringung angeordnet werden muss, ist weiterhin auch § 8 Abs. 2 des Entwurfes anzuwenden. Danach ist dann wieder die Stellungnahme eines „psychiaterfahrenen“ Arztes erforderlich. Das macht die Bearbeitung dieser Fälle für alle Beteiligten aufwändiger, als es in der Sache erforderlich ist.

- Schließlich wäre ein Hinweis sinnvoll, dass in solchen Fällen Verfahrensbeistände möglichst aus dem Angehörigenkreis bestellt werden sollten. All das zusammen würde den praktischen Ablauf solcher Verfahren sehr deutlich erleichtern und wäre den Situationen völlig angemessen.

Eine Isolierte Regelung könnte entweder in einem weiteren Absatz in § 7 oder in § 28 oder in einem eigenen § hinter § 28 erfolgen.

2. Zu den Einzelnen Vorschriften:

Zu § 1:

Es wird begrüßt, dass mit „psychischer Störung“ jetzt ein Begriff der internationalen Regelungen und nach ICD-10 verwendet wird.

Zu § 7:

In § 7 Abs. 4 wird richtigerweise die Nachrangigkeit – in der Regel - der Unterbringung nach dem PsychHG gegenüber anderen Unterbringungen festgeschrieben. In der Praxis bedeutsam ist hier das Verhältnis zur Unterbringung im Rahmen einer Betreuung (Unterbringung nach BGB). Die BGB – Unterbringung ist nur zulässig zur Abwendung einer Eigengefährdung des Betroffenen, nicht jedoch zur Abwendung einer sog. Fremdgefährdung. Um klarzustellen, dass trotz bestehender BGB-Unterbringung auch eine PsychHG-Unterbringung in Betracht kommt, wenn (hauptsächlich) eine Fremdgefährdung besteht, könnte man folgenden Satz anfügen:

*„Das gilt im Verhältnis zur Unterbringung nach BGB dann nicht, wenn und soweit eine Unterbringung im Wesentlichen zur Abwendung einer Fremdgefährdung erfolgen soll.“*

Zu § 11:

Begrüßt werden die in § 11 Abs. 1 des Entwurfes vorgesehenen Informationspflichten, insbesondere auch hinsichtlich etwaige gesetzlicher Betreuer und Vorsorgebevollmächtigter. Denn diese sind gemäß § 315 Abs. 1 Ziffer 2 und 3 FamFG unabhängig von ihrem Aufgabenkreis an gerichtlichen Verfahren zu beteiligen.

Zu § 12:

Es sollte in Abs. 2 aufgenommen werden, wer die Aufklärung vorzunehmen hat, damit die Verantwortung klar geregelt und nicht zwischen verschiedenen Akteuren verschoben werden kann. Sinnvoll ist es, die Pflicht dem die Aufnahme durchführenden Arzt zu übertragen.

Zu § 13:

Richtig ist es, in § 13 Abs. 2 Satz 2 des Entwurfes aufzunehmen, dass die Maßnahmen nach diesem Gesetz auch auf sog. somatischen Stationen erfolgen können. Wie eingangs ausgeführt, wird aber immer noch von einer „Unterbringung“ gesprochen. Das wird den eingangs beschriebenen Fällen, in denen eigentlich keine Unterbringung, sondern spezieller eine sog. „somatischen Fixierung“ erforderlich ist, nicht gerecht.

Zu §§ 17 bis 21:

Es sollte bei einem neuen Gesetz eine klare Regelung dazu aufgenommen werden, dass einem betroffenen Menschen ein eigenes Smartphone ggf. mit Internetzugang (und Lademöglichkeit) grundsätzlich zu belassen ist und unter welchen Voraussetzungen die Nutzung eingeschränkt oder unterbunden werden kann. Diese Frage erscheint von hoher praktischer Bedeutung und sollte deswegen ausdrücklich geregelt werden.

Zu § 24:

Die Regelung wird begrüßt. Sie wird so verstanden, dass bei einer Beurlaubung die (gerichtliche) Unterbringung grundsätzlich zunächst bestehen bleibt, bis es zu einer Entlassung kommt. Beim Abbruch einer Beurlaubung ist dann also kein neuer gerichtlicher Beschluss erforderlich, wenn die darin vorgesehene Zeit noch nicht abgelaufen ist.

Zu § 28:

Die Regelung wird grundsätzlich begrüßt, sie setzt die Entscheidung des BVerfG um. Zudem wird aus der Formulierung des Abs. 5 jetzt deutlich, dass nur eine Fixierung, nicht aber die Isolierung und die Gabe sedierender Medikamente, einer richterlichen Entscheidung bedarf. Letzteres kann dann auch nicht als Zwangsbehandlung im Sinne des § 29 aufgefasst werden.

Problematisch ist aber das Verständnis des Begriffs der Fixierung. Nach der Begründung des Entwurfes soll das PsychHG von der 1-Punkt bis zur 7-Punkt Fixierung ausnahmslos jede Form unter den Richtervorbehalt stellen. Das ist unter praktischen Gesichtspunkten zu weitgehend. Richtig ist zwar, dass bereits eine 1-Punkt Fixierung eine über eine allgemeine Unterbringung hinausgehende weitere Freiheitsbeschränkung darstellt. Jedoch kommen in der Praxis oft „leichte Fixierungen“ vor, die kaum wirklich als Freiheitsbeschränkungen angesehen werden können:

- Wenn etwa auf einer Intensivstation ein Arm / eine Hand zeitweilig so angebunden wird, dass zwar eine leichte Bewegung, nicht aber das Greifen nach „medizinischen Einrichtungen“ möglich ist;
- Wenn etwa schlafenden/komatöse Personen im Krankenhaus so angebunden werden, dass sie bei unwillkürlichen Bewegungen nicht aus den Betten fallen, etwa Patienten in der Aufwachphase nach einer OP oder wenn ein künstliches Koma beendet wird
- Wenn etwa Patienten mittels Bettgitter davor bewahrt werden, aus einem Bett zu fallen

Es sollte deswegen der Begriff entweder weiter konkretisiert oder um Regelbeispiele ergänzt werden, in denen „in der Regel“ jedenfalls keine Fixierung vorliegt.

Auch hier verweise ich schließlich auf das eingangs Gesagte: Es sollte den Menschen zusätzlich ermöglicht werden, etwa im Rahmen einer Narkoseaufklärung vor einer geplanten OP eine zeitlich begrenzte Einwilligung in solche Maßnahmen zu geben und dadurch ein gerichtliches Verfahren zu vermeiden.

Zu § 44:

Es ist vielleicht pragmatisch, eine Übergangsfrist vorzusehen. Allerdings liegt die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts nun schon bald zwei Jahre zurück. Alle Krankenhausträger hatten somit Zeit, sich auf bauliche Anforderungen, die im Interesse der Gesundheit und der Aufrechterhaltung der Würde der Betroffenen erforderlich sind, einzustellen. Die weitere Übergangszeit muss also jedenfalls kurz bemessen sein.

Inhaltlich fehlt an dieser Stelle eine konkrete Beurteilungsgrundlage dazu, was den mit den „konkreten Gegebenheiten“ gemeint ist. Insbesondere muss bedacht werden, dass neben baulichen Gegebenheiten ganz wesentlich die Personalausstattung wichtig ist, um mildere Mittel anbieten zu können. Um auch in dieser Hinsicht eine Entwicklung anzustoßen wäre es sehr hilfreich, konkrete „Ziel-Zahlen“ aufzunehmen.

Mit freundlichen Grüßen

Carsten Löbbert