



Stellungnahme des BGT e.V. zum Gesetzentwurf der Bayerischen Staatsregierung für ein Bayerisches PsychKHG vom 15.01.2018

Der BGT, ein interdisziplinärer Fachverband im Betreuungswesen, in dem die Hilfen und Schutzmaßnahmen für Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen eine große Rolle spielen, hat sich alsbald nach der Veröffentlichung der Beschlüsse des BVerfG im Jahr 2011 mit der Bedeutung dieser Entscheidungen sowohl für die betreuungsrechtliche Unterbringung als auch für das öffentliche Unterbringungsrecht befasst und seine Positionen zur medizinischen Zwangsbehandlung vom 28.6.2012 veröffentlicht, siehe Anlage 1.

Der Vorstand hat darüber hinaus aus seiner Mitte eine Arbeitsgruppe gebildet, die unter Verstärkung durch weiteren juristischen und psychiatrischen Sachverstand Vorschläge erarbeitet hat, u.a. speziell zu Behandlungsregelungen in PsychKGs, siehe Anlage 2 vom 22.03.2013.

Betreuungsrechtliche Neuregelungen sind inzwischen seit Ende Februar 2013 in Kraft und wurden 2017 erneut reformiert, während unterbringungsrechtliche Neuregelungen in wenigen Bundesländern, wie in Bayern, noch immer auf dem Wege sind. Auf der Basis dieser Arbeit erlauben wir uns, zu Ihrem Regierungsentwurf Stellung zu nehmen.

1. Der vorliegende Gesetzentwurf der Bayerischen Staatsregierung erfüllt nicht die Anforderungen an ein modernes Psychisch-Kranken-Gesetz oder gar Psychisch-Kranken-Hilfegesetz im Sinn eines Gesundheitsstrukturgesetzes. Vielmehr bleibt er – von Art. 1 (Krisendienste) abgesehen – einem polizeirechtlichen bzw. ordnungsrechtlichen Regelungsansatz verpflichtet. Er bleibt hinter den Regelungen anderer Länder, die viel mehr den Fokus auf die Bereitstellung von Hilfen und Behandlungsmöglichkeiten legen, zurück.

Der Gesetzentwurf ignoriert damit

- die Entwicklung der Gesetzgebung und psychiatrischen Versorgung in allen anderen Bundesländern,
 - die Forderungen der gesamten Fachlichkeit in Bayern, die insbesondere in den am Runden Tisch erarbeiteten Eckpunkten ihren Ausdruck gefunden haben.
2. Seit dem ersten PsychKG in NRW aus dem Jahr 1969 wird die Unterbringung in der Psychiatrie nicht mehr als polizeirechtliche Maßnahme, sondern als Krisenintervention in einem Gesamtkonzept psychiatrischer Hilfen verstanden. An dieser Sichtweise ändert sich nichts, wenn auch in diesem Sinn die Unterbringung der Gefahrenabwehr dient. Denn in der akuten Krise können die Betroffenen für sich oder andere gefährlich werden. Ent-

scheidend ist, dass die Unterbringung als Krisenintervention auf einen kürzest möglichen Zeitraum begrenzt wird und die Hilfe in anderen Hilfeformen weitergeführt wird. Insofern verweist das Gesetz weiterhin auf bestehende Hilfen nach dem Sozialgesetzbuch (Art. 2), ohne seiner Sicherstellungspflicht nachzukommen, soweit diese Hilfen nicht zur Verfügung stehen. Ein Hilfeteil fehlt – abgesehen von Art. 1 – praktisch völlig. Eine gesetzliche Absicherung der Sozialpsychiatrischen Dienste mit entsprechender Personalausstattung und aufsuchenden Hilfen ist nicht vorgesehen. Der SPDi ist aber zentrales Element aller PsychKGs. Dem Krisendienst kommt insoweit allenfalls eine begrenzte Funktion im Vorfeld einer Unterbringung und in den Zeiten, in denen der SPDi nicht erreichbar ist, zu. Diese wird aber nicht zum Tragen kommen, wenn keine Verknüpfung mit den einweisenden Institutionen Kreisverwaltungsbehörde und Polizei in Art. 11 und 12 hergestellt wird.

3. Die Voraussetzungen der Unterbringung in Art. 5 Abs. 1 sind in dem Entwurf unzureichend bzw. unklar geregelt. Die Aufhebung der freien Willensbestimmung als Voraussetzung der Unterbringung ergibt sich nur mittelbar aus den Anforderungen an das ärztliche Zeugnis nach Art. 14 Abs. 5. Das Kriterium des Allgemeinwohls unterstreicht wieder die ordnungsrechtliche Orientierung des Gesetzentwurfs. Positiv ist zwar der Versuch, durch den Vorrang der öffentlich-rechtlichen Unterbringung bei Selbstgefährdung, soweit noch kein Betreuer oder Bevollmächtigter bestellt ist, unnötige betreuungsrechtliche Unterbringungen nach § 1846 BGB und damit notwendigerweise verbundene Betreuerbestellungen zu vermeiden. Es ist aber fraglich, ob auf Grund des ordnungsrechtlichen und damit weiterhin stigmatisierenden Charakters des Gesetzes dies in der Praxis gelingen wird. Außerdem dürfen psychisch erkrankte Menschen rechtlich nicht schlechter gestellt werden, als somatisch erkrankte.
4. Abzulehnen ist die Möglichkeit der Unterbringung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe oder anderen Krankenhäusern, wie in Art. 8 vorgesehen. Dies wird in der Praxis dazu führen, dass noch mehr geschlossene Heimplätze geschaffen werden, anstatt ambulante Strukturen mit einer Betreuung bis zu 24 Stunden täglich entsprechend den Vorgaben der UN-BRK aufzubauen (siehe auch § 104 SGB IX in der ab dem 1. 1. 2020 geltenden Fassung). Öffentlich – rechtlich untergebrachte Menschen sind während der akuten Gefährdungssituation ausschließlich in geeigneten psychiatrischen Krankenhäusern stationär zu behandeln. Sie sind weder langfristig in Heimen zu verwahren noch in sonstigen Krankenhausabteilungen unterzubringen. Sollte die Behandlung einer somatischen Erkrankung dringend zum Wohl der Betroffenen erforderlich werden, hat dies, soweit sie nicht einwilligungsfähig sind, allein nach betreuungsrechtlichen Regularien zu erfolgen. Im Hinblick auf die Haftungsfreistellung in Art. 8 Abs. 5 werden sich im Übrigen kaum Träger für eine geschlossene Unterbringung finden lassen.
5. Im Ergebnis ist der vorliegende Entwurf – abgesehen von Art. 1 – eine Kombination des bisherigen Unterbringungsgesetzes mit dem Maßregelvollzugsgesetz. Teilweise werden zusätzliche ordnungsrechtliche Elemente eingefügt (z.B. Benachrichtigungspflicht in Art.

29 Abs. 4). Insbesondere der überdimensionierte Vollzugsteil orientiert sich am Maßregelvollzug (z.B. bei der Besuchsregelung in Art. 24 und bei der Belastungserprobung und Beurlaubung in Art. 28). Teilweise wird unmittelbar auf Vorschriften des Strafvollzugsgesetzes (z.B. in Art. 22) oder gar des Sicherungsverwahrungsvollzugsgesetzes (in Art. 25) Bezug genommen. Dass dies nicht entstigmatisierend ist, liegt auf der Hand. Der Entwurf verkennt, dass es sich bei Menschen in akuten psychischen Krisen einerseits und Straftätern im Maßregelvollzug andererseits um völlig verschiedene Personengruppen hinsichtlich des Behandlungsbedarfs und insbesondere der Dauer der Behandlung handelt. Das PsychKHG sollte, wie es in allen anderen Bundesländern aus gutem Grund der Fall ist, den präventiven Umgang mit krankheitsbedingten und mit Eigen- oder Fremdgefährdung verbundenen akuten Krisen regeln. Zu regeln ist einerseits, wie solche Gefährdungssituationen im Vorfeld und Eskalationen im Verlauf vermieden werden können und andererseits die Rechte der Betroffenen gewahrt werden, wenn kurzfristige Freiheits- und Grundrechtseinschränkungen unvermeidbar sind.

6. Das in Art. 14 ff geregelte Verfahren ist schwierig zu verstehen - wer muss wann wen informieren, wer hat bei Gericht einen Antrag zu stellen und warum erst spätestens bis 12 Uhr des auf die Unterbringungsanordnung folgenden Tages? In Art. 15 ist nicht zu verstehen, wie die gerichtliche Entscheidung zur Vorführung zur Untersuchung erfolgen soll. Es gilt wohl § 322 FamFG? Es ist schwer nachvollziehbar, wie bei einer ärztlichen Untersuchung, die bis zu 14 Tage alt sein kann, eine Entscheidung über eine Akutsituation getroffen werden soll. In Art. 17 ist vermutlich die **Zuführung** zur Unterbringung gemeint und **nicht der Vollzug**.
7. In Art. 20 Abs. 1 des Entwurfes ist nur unklar geregelt, was zu erfolgen hat, wenn die untergebrachte Person nicht einwilligungsfähig ist, der Behandlungsmaßnahme nicht widerspricht und diese **nicht** besonders eilig ist. Dann muss wohl doch eine Betreuerin oder ein Betreuer bestellt werden, wenn es keine Bevollmächtigten und keine Patientenverfügung gibt. So liest es sich jedenfalls in der Begründung. Wenn die Patientin oder der Patient der indizierten Behandlung nicht widerspricht, bedarf es einer Erklärung der Vertretungsperson. Wenn sie aber widerspricht, wird diese Erklärung nicht benötigt. Dann soll allein das Gericht über die Zwangsbehandlung entscheiden. Das ist in sich nicht schlüssig und die Weichenstellung bei Aufnahme schwierig.

Im Übrigen wird in Art 20 versucht, den Vorgaben des BVerfG Rechnung zu tragen. Dies gelingt aber nur bedingt. Abs. 3 Ziff 3 iVm Ziff 7 würde erlauben, dass einwilligungsfähige Patientinnen und Patienten zwangsweise behandelt werden dürfen, auch wenn sie ausschließlich fremdgefährdend sind. Nach ganz überwiegender Auffassung in der Rechtswissenschaft ist eine Zwangsbehandlung zur Abwehr von Gefahren für Dritte nicht zulässig. Solchen Gefahren kann auch auf andere Weise begegnet werden. Jedenfalls Voraussetzung jeder ärztlichen Zwangsmaßnahme ist die krankheitsbedingte Aufhebung der Entscheidungsfähigkeit. Entscheidungsfähige Patientinnen und Patienten haben das Recht, selber zu entscheiden, ob sie – nach Aufklärung - in eine indizierte Behandlung einwilligen und damit möglicherweise schneller entlassen werden können, oder ob sie

einen längeren Freiheitsentzug, der zur Gefahrenabwehr erforderlich ist, in Kauf nehmen. Nach Auffassung des BGT dürfen Einwilligungsfähige unter keinen Umständen gegen ihren Willen behandelt werden. Dies entspricht im Übrigen auch der Empfehlung der zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer.

Der Entwurf regelt in Abs. 5 nicht, wer die gerichtliche Genehmigung zu beantragen hat. In Abs. 7 geht es auch um die Behandlung somatischer Erkrankungen. Öffentlich – rechtlich ist durch die Länder aber nur im Rahmen der Gefahrenabwehr die Behandlung der Anlasserkrankung zu regeln. Ist jedoch die (zwangsweise) Behandlung einer somatischen Erkrankung indiziert, gelten allein die medizinrechtlichen Regelungen des BGB. Das sollte klargestellt werden.

8. In den weiteren Vorschriften des Entwurfes wird der ordnungsrechtliche Sicherheitsaspekt auf unangemessene Weise betont, siehe bereits oben. Im PsychKG soll es aber nicht um langfristige Sicherungsmaßnahmen, sondern um kurzfristige, behandlungsorientierte Krisenintervention gehen, mit dem Ziel, den Betroffenen eine Rückkehr in die Gemeinschaft mit einer selbstbestimmten Lebensführung zu ermöglichen. Dazu passt z.B. nicht die sehr begrenzte Besuchsmöglichkeit in Art. 24. Damit wird suggeriert, dass die untergebrachte Person ein Recht auf Besuch habe, mindestens 1 Stunde pro Woche. Ihr sollten aber so viel Außenkontakte ermöglicht werden, wie es der Genesung und der Angleichung an „normale“ Lebensumstände dient – und zwar ohne Videoüberwachung.

In Art. 28 spricht der Entwurf von eingeräumten Freiheiten durch Gewährung von Erleichterungen in der Unterbringung, die missbraucht werden können. Dagegen ist jede Freiheitseinschränkung rechtlich zu legitimieren. Sie dürfen nur solange angewendet werden, wie sie zur Gefahrenabwehr unbedingt erforderlich sind.

Warum verlangt der Entwurf in Art. 29, dass die Polizei vor der Entlassung zu benachrichtigen ist?

Hinsichtlich des Richtervorbehalts bei Fixierungen wird der „längere Zeitraum“ in Art. 31 Abs. 5 zu konkretisieren sein.

Ob die in Art. 39 des Entwurfes vorgesehenen Beiräte unter Vorsitz eines Landtagsabgeordnete für jede Klinik - statt der übergreifenden Besuchskommissionen – tatsächlich besser in der Lage sind, Probleme im Interesse der Patientinnen und Patienten langfristig zu lösen, sollte überdacht werden. Wegen der besseren Ansprechbarkeit würden sich neben den Besuchskommissionen Beschwerdestellen anbieten.

Bochum, Hannover, München, Schwerin, 02.03.2018