

## Inhaltsverzeichnis

§ 13 Rechtsstellung .....	1
Kontrollinstrument Beschwerdestellen.....	1
§ 19 (Gestaltung der Unterbringung) .....	1
Deeskalationstechniken .....	1
Krisenräume / Schutzräume („weiche Zimmer“) .....	2
§ 23 (Persönliches Eigentum, Besuchsrecht, Telefongespräche) /	
§ 24 (Schriftverkehr) Ergänzung: Person des Vertrauens .....	2
§ 26 (Durchsuchung) .....	2
... Frauen sollen nur durch weibliches Personal...durchsucht werden... ..	2
§ 27 (Besondere Sicherungsmaßnahmen) .....	2
Abs. 2: (schriftliche Anordnung / Einweisung durch Psychotherapeuten/In .....	2
§27 (besondere Sicherungsmaßnahmen) .....	3
Abs. 1 (Überwachung / Unterbringung in einen besonders gesicherten Raum / Einschränkungen der Bewegungsfreiheit / Fixierungen).....	3
S3-Leitlinie .....	4
§ 27 Abs. 9: (Nachbesprechung / Behandlungsvereinbarung nach Fixierung) .....	5
§ 30 (Nachgehende Hilfen).....	5
Einbezug von Vertrauenspersonen .....	5

### § 13 Rechtsstellung

#### Kontrollinstrument Beschwerdestellen

...Alle Beschränkungen müssen in einem **angemessenen Verhältnis zu ihrem Zweck** stehen und hinsichtlich ihrer Notwendigkeit **ständig überprüft** werden.

Wir halten dies für zu unbestimmt und wünschen uns eine genauere Bestimmung hinsichtlich der „ständigen Überprüfung“ und wer dies im Zweifelsfalle mit welchem Erfolg kontrolliert.

Grundsätzlich halten wir **Qualitätsinstrumente, wie eine Beschwerdestelle**, die **zwingend dialogisch** zu besetzen ist, **für erforderlich**.

### § 19 (Gestaltung der Unterbringung)

#### Deeskalationstechniken

(Abs. 2) Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind regelmäßig in verbalen und nonverbalen Deeskalationstechniken zu schulen.

Zu unbestimmt. Wir erwarten eine Definition von “regelmäßig“, z.B. alle 6 Monate. Uns fehlt auch die Verbindlichkeit für alle Mitarbeiter/Innen, die mit jeglichen Formen von Zwang und Gewalt in Berührung kommen. Ereignisse mit Zwang oder Gewalt sind mit den Mitarbeitern /Innen in Form von Nachbesprechungen oder im Rahmen supervisionärer Angebote verpflichtend anzubieten.

Es gilt **präventiv** eigenes Verhalten untereinander zu reflektieren, um **Ängste und Befürchtungen** auch in der Belegschaft **nicht redundant werden zu lassen**.

#### Krisenräume / Schutzräume („weiche Zimmer“)

Wir halten die Einführung von Krisendiensten zur Abwendung von Gefährdungen und drohenden Gewaltausbrüchen für unverzichtbar und verweisen auf die PsychKHGs in Bayern und Berlin.

Auszug aus den PsychKhG dieser Länder:

§ 4, (7) Die Landkreise errichten psychosoziale Beratungs- und Hilfeangebote für Menschen in psychischen Krisen (Krisendienste). Jede hilfeschende Person kann sich im Rahmen des vorgehaltenen Angebots an die Krisendienste wenden.

§ 4, (8) Die Krisendienste haben auf Landesebene eine Leitstelle und, daran angegliedert, mobile Fachkräfte des Krisendienstes, die auf Anforderung durch die Leitstelle vor Ort tätig werden. Die Leitstelle ist landesweit unter einer einheitlichen Rufnummer rund um die Uhr von jedem erreichbar. Im Bedarfsfall vermitteln die Krisendienste ambulante oder stationäre Versorgungsangebote.

Wir regen weiters an, einen **systematischen Aufbau von sogenannten „weichen Zimmern“** (Ruhe- und Entspannungsräume mit wohnlicher Atmosphäre) **für Kliniken verpflichtend einzuführen**, die durch ihre Gestaltung dazu beitragen, weitere Reizüberflutungen zu reduzieren bzw. gänzlich verhindern zu können, falls der Betroffene dies für sich wünscht.

#### § 23 (Persönliches Eigentum, Besuchsrecht, Telefongespräche) /

#### § 24 (Schriftverkehr)

Ergänzung: Person des Vertrauens

Beide Paragraphen sind aus unserer Sicht auch um die „**Person des Vertrauens**“ zu ergänzen, die ggfs. in einer zuvor gemachten Patientenverfügung / Behandlungsvereinbarung vom einwilligungsfähigen Patienten selbstbestimmt festgelegt wurden. Diese sind zu jedem unbestimmten Zeitpunkt widerrufbar.

#### § 26 (Durchsuchung)

... Frauen sollen nur durch weibliches Personal...durchsucht werden...

Wir halten die Formulierung für das Schamgefühl und möglicher vergangener Erfahrungen für nicht sinnvoll. Sie ist von daher zu ersetzen in „**dürfen nur**“, **es sei denn es besteht eine gegenwärtige erhebliche Gefahr**, die nicht ohne zeitnahe körperliche Durchsuchung abgewendet werden kann. Es besteht in einem solchen Fall eine **gesonderten Begründungs- und Dokumentationspflicht!**

#### § 27 (Besondere Sicherungsmaßnahmen)

Abs. 2: (schriftliche Anordnung / Einweisung durch Psychotherapeuten/In

**Abs. 2** legt fest, dass besondere Sicherungsmaßnahmen nur durch die fachliche Einrichtungsleitung, eine Ärztin oder einen Arzt oder eine **Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten** schriftlich angeordnet werden dürfen.

Die Intention des zu novellierenden Gesetzes soll einerseits sein, dass das **persönliche Wohl der Betroffenen in den Mittelpunkt** zu stellen ist. Im einleitenden Text der Novellierung wird explizit der Wunsch geäußert, dass die persönliche Freiheit **einschränkende Maßnahmen** durch **vorsorgende und begleitende Maßnahmen** vermieden und verkürzt werden sollen. Es wird dann weiters sinngemäß ausgeführt, den Klienten für eine Therapie zu motivieren und das Interesse zur Mitwirkung an seiner Behandlung zu wecken.

Die **Bereitschaft zu einer Therapie**, der Therapieerfolg selbst und damit auch die Prävention etwaiger zukünftiger Unterbringungen hängt entscheidend davon ab, ob es gelingt, diese Motivation niederschwellig zu wecken, bzw. aufrecht zu erhalten. Insofern ist der Einbezug psychotherapeutischer Unterstützung abhängig von vertrauensvollen Gesprächen und einem „ehrlichen“ Beziehungsangebot. Drohende (und notwendige) Zwangseinweisungen erscheinen uns zu einem kontraindizierten Damoklesschwert zu mutieren, wenn sich nicht sogar erkennbare krisenhafte Geschehen in der Seele der Betroffenen auftun.

Der grundsätzliche Gedanke, das therapeutische Angebot zu erweitern, teilen wir ausdrücklich. Der Heilberuf des Psychotherapeuten qualifiziert sie in besonderer Weise zur Diagnose und Behandlung psychischer Erkrankungen. Sie sind daher zu der erforderlichen Untersuchung befähigt. Die im Gesetz verankerte Option, Zwangseinweisungen veranlassen zu dürfen, halten wir jedoch für einen kardinalen Fehler, da die Psychotherapeuten dadurch auch zu dem werden können, was der Betroffene für sich schnell als Tätergruppe identifizieren könnte. Es ist notwendig, Chronifizierungen wenig Raum zu geben und Beziehungen nicht unwiederbringlich bereits an dieser Stelle im Vertrauen zu erschweren oder gar unwiederbringlich zu beschädigen.

Aus unserer Sicht ist mit einer solchen Maßgabe zu befürchten, dass angebotene Hilfe, insbesondere von **besonders schwer chronisch Erkrankten nicht mehr aufgesucht** wird und dann nicht mehr oder nur mit erheblichem Aufwand zu reaktivieren ist. **Medikamente und Zwang** sind aus uns vorliegenden Berichten bei einer Vielzahl von Betroffenen immer noch stark negativ besetzt. Aus Sicht vieler Psychiatrie-Erfahrener **stellen die Hilfen keine adäquate nebenwirkungsarme Therapie dar** - von daher werden diese sehr häufig als willkürlich auferlegter Gewaltakt **erlebt** und dann natürlich abgelehnt bzw. in Eigenregie nicht mehr fortgesetzt. Gerade die - bis vor kurzem noch als kontraindiziert betrachtete - Therapieform des psychotherapeutischen Gesprächs wird hingegen heute als ein **gut wirkendes professionelles Beziehungsangebot** erlebt, das von **Vertrauen und des sich „ernst genommen Fühlens“** getragen wird. Eine aus unserer Sicht weiter zu fördernde Alternative, die durch solcherart **Eingriffsoptionen, dieses besagte Vertrauen** wieder schnell **brüchig** werden lässt.

## §27 (besondere Sicherungsmaßnahmen)

### Abs. 1 (Überwachung / Unterbringung in einen besonders gesicherten Raum / Einschränkungen der Bewegungsfreiheit / Fixierungen)

Verfassungsrechtlich bedenklich halten wir die **Ausnahmeregelung in § 27 Abs. 6 Satz 3**, wonach von der **erforderlichen direkten 1:1 Betreuung** ... im Einzelfall von einer unmittelbaren Anwesenheit der Betreuungsperson in dem Raum, in dem die Fixierung erfolgt, vorübergehend abgesehen werden kann, wenn sichergestellt ist, dass ein ständiger **Sicht- und Sprechkontakt außerhalb des Fixierungsraums** zur fixierten Person besteht und eine begründete Aussicht besteht, auf diese Weise eine schnellere Beendigung der Fixierung zu erreichen. Wir halten dies **ohne gesonderte richterliche Genehmigung für unzureichend**, da dies sehr schnell zu einer Vielzahl von Ausnahmeregelungen führen kann. Hierzu mögen wir folgende Stellungnahme auszugsweise vorbringen:

Stellungnahme Dr. Johannes Schmidt (Deutscher Richterbund)

Wir schließen uns der Argumentation der [Stellungnahme von Dr. Johannes Schmidt vom Deutscher Richterbund – Landesverband Hessen e.V. an. \(3.1.h\)](#) an. Sie ist auf Rheinland-Pfalz ohne weiteres übertragbar.

Die jetzt im Gesetzentwurf stehende Ausnahmeregelung erfüllt eindeutig nicht die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts in seiner einschlägigen Entscheidung vom 24.7.2018 (2 BvR 309/15, 2 BvR 502/16), insb. zum Richtervorbehalt. (vgl. AG Fulda, Beschluss v. 18.06.2019, Az.: 87 XIV 280/19 L). Die verfassungsrechtlichen Vorgaben der genannten Entscheidung des BVerfG ist als weitere Zulässigkeitsvoraussetzung so bestimmt, dass eine körpernahe Fixierung nur bei 1 : 1 – Betreuung und unmittelbarer körperlicher Anwesenheit pflegerischen bzw. therapeutischen Personals während der Dauer der Fixierung zulässig ist. Bloßer Sichtkontakt reicht nach den Vorgaben des BVerfG in seiner einschlägigen Entscheidung vom 24.7.2018 nicht aus.

Nach dieser Auffassung sind auch die Unterbringung in einem besonders gesicherten Raum (§ 21 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2.) und eine medikamentöse Fixierung (vgl. insoweit § 31 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 PsychKG Saarland) als weitere freiheitsentziehende Maßnahmen anzusehen, die den durch die Unterbringung in der Klinik bewirkten Freiheitsentzug vertieft, so dass diese Maßnahmen einem gesonderten Richtervorbehalt zu unterstellen sind. Vgl. insoweit auch die Regelung in § 18 Abs. 5 PsychKG Hamburg. Vgl. auch die insoweit für das PsychKHG durchaus maßgebliche Entscheidung des BGH zu § 1906 Abs. 4 BGB (FamRZ 2015, 1707-1709; vgl. ebenso OLG Frankfurt FamRZ 2007, 673).

Unabhängig hiervon ist zu **befürchten**, dass **im Falle der positiven Feststellung der Verfassungswidrigkeit von § 27 PsychKHG** durch das Bundesverfassungsgericht, dem Land Rheinland-Pfalz keine Übergangsfrist mehr gewährt werden wird bzw. dass Karlsruhe die nach dem Ablauf der den Ländern Baden-Württemberg und Bayern gewährten Regelungsfrist angeordneten Fixierungen und Ausnahmeregelungen von Fixierungen für rechtswidrig erklären wird, da das Land bereits aufgrund des Urteils vom 24. Juli 2018 von der Verfassungswidrigkeit der Norm wissen musste. Insoweit dürfte hier auch ein **erhebliches Haftungsrisiko für unser Land** bestehen.

S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“

Wir mögen auf die S3-Leitlinie verweisen „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ der DGPPN von 2018 unter

[https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/038-022I\\_S3\\_Verhinderung-von-Zwang-Prävention-Therapie-aggressiven-Verhaltens\\_2018-11.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-022I_S3_Verhinderung-von-Zwang-Prävention-Therapie-aggressiven-Verhaltens_2018-11.pdf) abrufbar.

Auch die **S3-Leitlinie** hält eine **therapeutische Sitzwache für unabdingbar**.

Auszug:

"Die Maßnahmen müssen ärztlich angeordnet werden oder im Falle eines rechtfertigenden Notstandes unmittelbar von einer Ärztin oder einem Arzt überprüft werden (CEBP 2000, CPT 2003). Die Dauer der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen muss so kurz als möglich gehalten und in von den Einrichtungen zu definierenden Abständen ärztlich überprüft werden (CPT 2003, APA 2004a). Teilweise sind die Überprüfungsabstände auch verbindlich in den Landesgesetzen festgelegt. Es wird empfohlen, dass eine Isolierung in der Regel nicht länger als 1 Stunde dauern und Festhalten nicht länger als 10 Min. erfolgen sollte (Curie 2005). Auch Fixierungen sollten einen Zeitraum von wenigen Stunden nicht überschreiten (CPT 2007). Vor der Durchführung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen sollten psychisch erkrankten Menschen nach Möglichkeit gefragt werden, welche freiheitsbeschränkende Maßnahme für sie am ehesten erträglich wäre (s. auch Behandlungsvereinbarungen). Freiheitsbeschränkende Maßnahmen dürfen nur von speziell geschulten Mitarbeitenden durchgeführt werden (Curie 2005, CPT 2003, APA 2004b). Eine mögliche Beendigung der Maßnahme muss in regelmäßigen Abständen überprüft werden (CPT 2003). Bei Isolierung ist ein angemessener zwischenmenschlicher Kontakt sicherzustellen (CPT 2003). Hier sind die rechtlichen Bedingungen innerhalb Deutschlands unterschiedlich. In Nordrhein-Westfalen ist beispielsweise die Videoüberwachung bei bestehender Isolierung nicht zulässig, sondern es wird eine ständige Beobachtung durch Personal gefordert (PsychKG NRW § 20 (3)). Experten halten generell jenseits der aktuellen Gesetzeslage eine kontinuierliche Betreuung auch bei Isolierungen für geboten. Die „Betreuung“ bei Fixierungen und Isolierungen sollte aber aus psychiatrischer Sicht nicht so verstanden werden, dass lediglich eine Person neben dem psychisch erkrankten Menschen sitzt, die eine Kontroll- oder Sicherungsfunktion einnimmt. Vielmehr ist eine persönliche, therapeutische Begleitung durch qualifiziertes Personal, das bei der Bewältigung der Krise hilft und zur Linderung der negativen Folgen der freiheitsbeschränkenden Maßnahme beiträgt, erforderlich. .... Freiheitsbeschränkende Maßnahmen dürfen nicht als Strafe oder Disziplinarmaßnahme angewendet werden (CEBP 2000, CPT 2003, APA 2004a, Curie)."

### § 27 Abs. 9: (Nachbesprechung / Behandlungsvereinbarung nach Fixierung)

Sobald es der Gesundheitszustand der untergebrachten Person zulässt, *soll* nach Beendigung einer besonderen Sicherungsmaßnahme nach Absatz 1 Satz 4 Nr. 4 bis 6 eine Nachbesprechung dieser Maßnahme durch maßgeblich beteiligte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit der untergebrachten Person erfolgen. Der Abschluss von Behandlungsvereinbarungen ist anzubieten und zu fördern.

(analog zu §26 ist „~~soll~~“ bei Nachbesprechung durch **muss** ... zu ersetzen)

Das bloße Hinwirken auf eine Behandlungsvereinbarung im Gesetzentwurf reicht aus unserer Sicht nicht aus, wenngleich auch dies ein wichtiges Instrument präventiver Behandlung darstellt. Nach einer erfolgten Zwangsfixierung (und damit möglichen Trauma/Retraumatisierung) greift dies viel zu kurz. Wir halten nach jeder (Zwangs)Fixierung eine Verpflichtungsregel zur Nachbesprechung für unbedingt erforderlich.

Da Fixierungen und andere Eingriffe grundsätzlich in die Grundrechte eines Menschen nur in akuten Notfällen angewendet werden können, bedürfen sie demnach auch besonderer Schutzvorschriften. Diese Formen (teils notwendiger) Behandlungen können einen nachhaltigen emotionalen Schaden unter allen Beteiligten – nicht nur der Patienten - verursachen. Wenn es zu solchen Maßnahmen in dieser Form gekommen ist, erwarten wir als Psychiatrie-Erfarene eine stetige, auch nachgeschaltete Reflexionsmöglichkeit und -bereitschaft, unabhängig von Zeit, Personal- und Kostenfaktoren.

Der Gesetzestext ist daher in eine **MUSS-Vorschrift** zu ändern, z.B. wie folgt:

**(8)** Sobald es der Gesundheitszustand der untergebrachten Person zulässt, **muss** nach Beendigung einer Maßnahme nach den Absätzen 4 bis 7 eine **Nachbesprechung dieser Maßnahme** durch **maßgeblich beteiligte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter** mit der untergebrachten Person erfolgen.

**In den Erläuterungen zu diesem Gesetzentwurf wurde die Notwendigkeit wie folgt bereits erläutert:** Sie **müssen** daher nach Absatz 9 schnellstmöglich und in angemessenem Rahmen mit der untergebrachten Person nachbesprochen werden. Dies findet sich im Gesetzesentwurf nun nicht mehr wieder.

### § 30 (Nachgehende Hilfen)

#### Einbezug von Vertrauenspersonen

Hier wünschen wir uns die Ergänzung, dass der Einbezug von Vertrauenspersonen (z.B. Psychiatrie-Erfarene) explizit genannt und damit zum Ausdruck gebracht wird, dass dies den Prozess des „Hilfen wie aus einer Hand“ gewollt und zu fördern ist, außerhalb der reinen Angehörigenrolle und der Selbsthilfe.

Mit freundlichen Grüßen

Landessprecher der LAG PE – RLP

Arbeitsgemeinschaft PsychKhG-RLP

Robert Jacobs / Cordula Hatzig

Regina Kucharski / Hans-Jürgen Wittek