

20.10.2009

Stellungnahme der Landesarbeitsgemeinschaft Sozialpsychiatrischer Dienste NRW zum Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten NRW

Die Regelungen des PsychKG NRW (zuletzt novelliert 1999), das 1969 als bundesweit erstes Gesetz über Schutz und Hilfsmaßnahmen für psychisch kranke Menschen verabschiedet und so für die Gestaltung der PsychKGs anderer Bundesländer wegweisend wurde, haben sich im Wesentlichen bewährt.

Bei einer Novellierung sollten aus unserer Sicht einige in den letzten Jahren eingetretene Veränderungen der leistungsrechtlichen und gesellschaftlichen Bedingungen berücksichtigt werden.

Hier ist in erster Linie an die Folgen der Entwicklungen hin zu vermehrter Eigenverantwortung und verminderter staatlicher Fürsorge zu denken, die sich im Hinblick auf Personen oder Personengruppen mit geringen Ressourcen als Entsolidarisierung und Marginalisierung darstellen.

(§§ 3,4,5,6, 7,8) Um hier entgegen zu wirken, sollte der Gesetzgeber den Auftrag der Kommunen zur Daseinsfürsorge für psychisch kranke Mitbürger so konkretisieren, dass die Kommunen befähigt werden, Strukturen zu entwickeln, die es ihnen erlauben, als inklusives Gemeinwesen zu fungieren.

(§§ 23, 24, 30) Vermehrte Aufmerksamkeit und Öffentlichkeit für diese Problematik dient auch der dringend erforderlichen Entstigmatisierung. Die Einrichtung eines Gremiums auf Landesebene wie etwa eines parlamentarischen (Unter-) Ausschusses (z.B. des Gesundheitsausschusses) des Landtags NRW mit Einbeziehung sachkundiger Bürger aus Betroffenen- und Fachverbänden könnte hier unterstützen, wohl besser noch als ein Landespsychiatriebeirat.

Im eigentlichen Aufgabenbereich der Sozialpsychiatrischen Dienste, mit ihren sozialkompensatorischen Angeboten der kommunalen Daseinsfürsorge ergibt sich nur begrenzter Aktualisierungsbedarf:

(§§ 3, 4, 5, 6,7) Die Wahrnehmung der kinder- und jugendpsychiatrischen Aufgabenstellungen sollte ausdrücklich erwähnt werden. Die Regelungen zur Behandlungsbefugnis zu Lasten der GKV sollten so konkretisiert werden, dass sich hieraus konkrete Umsetzungsmöglichkeiten

1 von 3

ergeben. Dies wird erforderlich, da zu befürchten ist, dass durch die niedergelassene Ärzteschaft bereits jetzt oder in naher Zukunft eine ausreichende gesundheitliche Versorgung psychisch kranker Menschen mit erschwertem Zugang zum Regelversorgungssystem nicht mehr gewährleistet ist bzw. sein wird.

(§§ 3, 4) Eine Klarstellung zur Zuständigkeit auch für die Beratung von Personenkreisen mit gegenüber der Allgemeinbevölkerung stark erhöhtem Risiko für die Entwicklung schwerer psychiatrischer Störungen, sollte aufgenommen werden. Dazu können auch Menschen mit Lernbehinderungen bzw. geistiger Behinderung und psychischen Auffälligkeiten gehören. Die entsprechenden Einrichtungen sollten in die Liste der Kooperationspartner aufgenommen werden.

(§ 6) Im Bereich der Koordination der Hilfen sollte neben der Koordination im Einzelfall auch ausdrücklich die Aufgabe der kommunalen Psychiatriekoordination und der Bildung und Steuerung von gemeindepsychiatrischen Verbänden erwähnt werden. Nachdem ambulante und stationäre Leistungserbringer im SGB V-Bereich sich auf ihre partikularen Aufgaben der kurativen Medizin zurückziehen und die Systeme nach SGB V, XI und XII immer weiter auseinander fallen, ist eine klare Formulierung des Auftrages zu der umfassenden Koordination und Steuerung an die Kommune erforderlich.

(§§ 10 ff) Ein historischer Schwerpunkt des PsychKG, der nach wie vor seine öffentliche Wahrnehmung prägt, sind die darin enthaltenen Regelungen zur unfreiwilligen Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik. Im Rahmen der angesprochenen Partikularisierungsprozesse beobachten wir hier bedenkliche Entwicklungen, die den Anschein erwecken, als könne es ordnungsrechtliche Unterbringungen im psychiatrischen Krankenhaus ohne medizinische Behandlung bzw. unabhängig von Behandlungsbedürftigkeit geben.

Die zwangsweise Unterbringung eines psychisch kranken Menschen im psychiatrischen Krankenhaus ist Folge einer Krisensituation und Teil der psychiatrischen Notfallbehandlung. Die Unterbringung als psychiatrische Notfallmaßnahme dient dazu, den Patienten aus der belastenden Situation herauszunehmen und im psychiatrischen Krankenhaus eine fachkundige Behandlung zu ermöglichen. Aus unserer Sicht regelt also das PsychKG in seinen Vorschriften über die sofortige Unterbringung die Abläufe, wenn im Rahmen einer psychiatrischen Notfallbehandlung Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit festgestellt wird und der Patient nicht zustimmungsfähig ist. Es ermöglicht also den (krankheitsbedingt zeitweise in ihren Selbstkompetenzen eingeschränkten) Menschen den Zugang zu den ihnen gesetzlich zustehenden Behandlungsmöglichkeiten nach SGB V und gleicht so einen Nachteil aus. Die Regelungen aufgrund der bisherigen Formulierungen führen immer wieder zu unklaren Zuständigkeiten, wenn die ansonsten mit gesundheitlichen Fragestellungen nicht befasste Ordnungsbehörde im psychiatrischen Notfall als erste angegangen wird und dann bei niedergelassenen Fachärzten um Unterstützung nachsucht.

Wir schlagen daher vor, dass die Behörde in der Kommune, die für den Rettungsdienst zuständig ist, auch die Sonderordnungsbehörde für PsychKG-Unterbringungen sein sollte. So wäre dem Leitsatz der Psychiatrieenquete von der Gleichstellung psychisch und körperlich kranker Menschen Genüge zu tun. Da das geltende Rettungsdienstgesetz NRW psychisch kranke Menschen durchaus nicht ausschließt, könnten ggf. entsprechende Hinweise und Klarstellungen im PsychKG bzw. der Gesetzesbegründung ausreichen (§ 10).

Mit einer solchen Einbeziehung der psychiatrischen Notfallversorgung in die allgemeine notfallmedizinischen Versorgung wäre auch den möglichen Rechtsfolgen der UN-Behindertenkonvention - im Hinblick auf die Unzulässigkeit von Sonderregelungen für behinderte Menschen - Rechnung getragen.

(§§ 10 ff) Entgegen den Rechtsvorschriften des Abschnitts IV Unterbringung hat sich die Rechtswirklichkeit in NRW seit Jahren dahingehend entwickelt, dass nahezu alle Unterbringungen als sofortige Unterbringungen (§ 14) für einen überwiegend kurzen Zeitraum (wenige Tage bis Wochen) erfolgen und daher die im Gesetz auch vorgesehenen Massnahmen (§ 25 Beurlaubungen, §§ 28, 29 Aussetzung der Vollziehung der U., ggf. Auflagen gemäss §§ 25, 29) praktisch keine Anwendung finden (können). Dies liegt vor allem daran, dass aufgrund einer verkürzenden, die medizinisch-psychiatrischen Umstände nicht angemessen berücksichtigenden, juristischen Sichtweise die Unterbringungs-voraussetzungen (schon dann) nicht mehr als gegeben erachtet werden, wenn die Voraussetzungen für eine Beurlaubung oder Aussetzung unter Auflagen (z. B. Fortführung der Behandlung einschliesslich Medikamentenbehandlung) aus medizinischer Sicht gegeben sind (Wegfall der gegenwärtigen erheblichen Gefährdung). Diese durch die juristische Bewertung erfolgende erhebliche Einschränkung der tatsächlichen Behandlungsnotwendigkeit führt in der Praxis zu teils zahlreichen wiederholten kurzfristigen stationären Unterbringungen, während derer jedoch ein medizinischer Behandlungserfolg nicht erreicht werden kann und stattdessen der sog. Drehtür-Effekt sich einstellt. Dies ist oft auch mit einer zunehmenden Aversion des Patienten gegenüber der (tatsächlich so ja weitgehend ineffektiven) Behandlung verbunden. Leider unterstützt der Druck zur Kostendämpfung die Tendenz zur im Einzelfall behandlungsschädlichen Verweildauerverkürzung.

(§ 14) Der sog. Facharztvorbehalt für Unterbringungszeugnisse hat seit 1999 tatsächlich zu einer Verschlechterung der Notfallversorgung psychisch kranker Patienten geführt, sowohl wg. der fehlenden Verfügbarkeit fachärztlicher Notfallkompetenz als auch wg. Kostenregelungsproblemen. Das Gesetz sollte die generelle Gleichstellung psychisch erkrankter Notfallpatienten mit den Patienten mit somatischen Erkrankungen (wieder) herstellen und ggf. die einschlägigen Vorschriften des Landes-Notfalldienst-Gesetzes ausdrücklich auch auf die Notfallversorgung psychisch kranker Menschen ausdehnen.

(§ 12) Die Dokumentation der Unterbringungsanträge durch die Unteren Ordnungsbehörden, der Verfahren und Beschlüsse bei den Amtsgerichten und der Unterbringungen (Unterbringungstage) in den Kliniken sollte landeseinheitlich so geregelt werden, dass die Daten ein realistisches Bild des Unterbringungsgeschehens im Land ergeben und Vergleiche zwischen den Regionen und Kommunen ermöglichen. Eine einheitliche Dokumentation und Berichtspflicht aller entsprechenden Vorgänge nach PsychKG *und* Betreuungsrecht auf kommunaler Ebene sollte durch die gesetzlichen Vorschriften gesichert werden.

(§ 23) Die Besuchskommission müsste das gesamte psychiatrische System vor Ort ins Auge fassen, d.h. die Versorgungsqualität öffentlich kontrollieren.

(§ 32) Patienten, die untergebracht waren, sollten die Kosten dafür nicht tragen müssen.

Für den Vorstand

Eva Dorgeloh