



**Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge**

73. Sitzung (öffentlich)

22. September 1999

Düsseldorf - Haus des Landtags

9.15 Uhr bis 11.20 Uhr

Vorsitz: Bodo Champignon (SPD)
Stenographen: Petra Dischinger (als Gast),
Otto Schrader (Federführung)

Verhandlungspunkt:

Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG)

Gesetzentwurf
der Landesregierung
Drucksache 12/4063

Der Ausschuß führt zu dem obengenannten Gesetzentwurf eine öffentliche Anhörung durch; Beschlüsse werden nicht gefaßt.

Angehört wurden:

- Dr. Martin Klein Seite 1
Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Spitzenverbände
Nordrhein-Westfalen
Zuschriften 12/3272, 12/3282
- Georg Schulte-Kemna Seite 3
Westfälische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V.,
Rheinische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V.,
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie
Zuschrift 12/3273
- Matthias Seibt Seite 6
Landesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener NRW
im Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V.
Zuschrift 12/3276
- Prof. Dr. Wolf Crefeld Seite 8
Fachhochschule Bochum
Zuschrift 12/3275
- Dr. E. Knauer Seite 13
Ärzttekammer Nordrhein
- Dr. Bernhard Haardt Seite 14
Ärzttekammer Westfalen-Lippe
Zuschrift 12/3269
- Dr. Norbert M. Weyres Seite 16
Personalrat der Rheinischen Kliniken Düren
Zuschrift 12/3281
- Landesrat Rainer Kukla Seite 18
Landschaftsverband Rheinland
Zuschriften 12/3283, 12/3285
- Margot Becker Seite 20
Deutscher Berufsverband für Sozialarbeit,
Sozialpädagogik und Heilpädagogik e. V.
Zuschrift 12/3270
- Dr. Eckhard Gollmer Seite 21
Landesarbeitsgemeinschaft Sozialpsychiatrischer Dienste NRW
Zuschrift 12/3256

Dr. Inge Theisohn
Sozialpsychiatrischer Dienst des Gesundheitsamtes der Stadt Köln
Zuschriften 12/3277, 12/3296

Seiten 24, 27

Weitere Zuschriften:

- Zuschrift 12/3263 - Dr. Michael Jüttner, Richter am Amtsgericht
- Zuschrift 12/3271 - Berufsverband Deutscher Nervenärzte, Landesverband Nordrhein-Westfalen e. V.
- Zuschrift 12/3279 - Rechtsanwalt Dr. Marschner, München
- Zuschrift 12/3280 - Klinik für psychotherapeutische und psychosomatische Medizin, Bielefeld
- Zuschrift 12/3284 - Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege
- Zuschrift 12/3293 - Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner
- Zuschrift 12/3294 - Arbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrie Rheinland e. V.

* * *

Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG)

Gesetzentwurf

der Landesregierung

Drucksache 12/4063

Vorsitzender Bodo Champignon: Meine Damen und Herren! Ich begrüße Sie zur 73. Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge. Wir führen heute eine öffentliche Anhörung zu dem oben genannten Gesetzentwurf durch. Die Einladung zu der heutigen Sitzung haben nachrichtlich auch die Mitglieder des mitberatenden Rechtsausschusses erhalten. Der Ausschuß für Kommunalpolitik hätte die Möglichkeit, von sich aus ein Votum an den federführenden Ausschuß abzugeben. Ich habe den Ausschußvorsitzenden gebeten, dies in Erwägung zu ziehen.

Ich danke den Expertinnen und Experten bereits an dieser Stelle, daß sie an der heutigen öffentlichen Anhörung teilnehmen und auch für die zahlreich eingegangenen Zuschriften. In der ausliegenden Übersicht über die teilnehmenden Expertinnen und Experten finden Sie auch Hinweise auf sonstige Zuschriften, auf die ich Sie aufmerksam machen möchte. Herr Dr. Michael Jüttner, Richter am Amtsgericht in Düren, hat uns die Zuschrift 12/3263 überlassen. Diese sollte aufmerksam gelesen werden, da Herr Jüttner, der an der heutigen Anhörung leider nicht teilnehmen kann, der einzige vorgesehene Redner aus dem Bereich der Richterschaft gewesen wäre. Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen hat eine Zuschrift avisiert. Vertreterinnen und Vertreter der Krankenhausgesellschaft sind aber anwesend. Auch auf die Zuschrift des Bundesverbandes Deutscher Nervenärzte - 12/3271 - weise ich hin.

Nach Durchführung der Anhörung wird sich der federführende Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge inhaltlich erneut mit dem Gesetzentwurf der Landesregierung befassen, und zwar in seiner Sitzung am 20. Oktober. In Richtung der fachpolitischen Sprecherinnen und Sprecher möchte ich bereits jetzt den Hinweis geben, daß das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit eine Auswertung dieser Anhörung nicht vornehmen wird. Es ist vorgesehen, daß dieser Ausschuß in seiner Sitzung am 27. Oktober ein Votum formuliert und eine Beschlußempfehlung sowie einen Bericht an das Plenum abgibt. Nach diesem Zeitplan wäre es möglich, den Gesetzentwurf in zweiter Lesung Anfang November plenar zu beraten.

Als erstem Redner erteile ich Herrn Dr. Martin Klein das Wort.

Dr. Martin Klein (Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Spitzenverbände Nordrhein-Westfalen): Wir - das heißt der Landkreistag Nordrhein-Westfalen, der Städtetag Nordrhein-Westfalen und der Nordrhein-westfälische Städte- und Gemeindebund, für die ich spreche - bedanken uns für die kurzfristig eingeräumte Möglichkeit, im Rahmen dieser Anhörung aus kommunaler Sicht Stellung zu nehmen. Die Kreise und kreisfreien Städte sind Träger der Hilfen nach dem PsychKG und haben die Kosten dafür zu tragen. Sämtliche Städte und Gemeinden sind zudem unter anderem mit ihren örtlichen Ordnungsbehörden vom vorliegenden Novellierungsvorhaben betroffen.

Die kommunalen Gebietskörperschaften bejahen einen Novellierungsbedarf beim PsychKG aufgrund der in den letzten Jahren geänderten angrenzenden Rechtsvorschriften von Bund und Land im Sinne einer Synchronisierung des PsychKG an die sich fortentwickelnde Rechtslage. Insoweit begrüßen wir die durchgängige Modernisierung des Gesetzes, so auch und insbesondere die vom Gesetzentwurf intendierte Erweiterung der Rechte der nach dem PsychKG betroffenen Patientinnen und Patienten. Gleichwohl haben wir einen zentralen Kritikpunkt an der derzeitigen Fassung des Gesetzentwurfs, den wir in unserer schriftlichen Stellungnahme weiter ausgeführt haben und den ich kurz darstellen möchte.

Der im Vorblatt zum Gesetzentwurf behaupteten Aussage, daß gegenüber der bisherigen Regelung keine neuen Kosten durch das Gesetz verursacht würden, ist mit Blick auf § 14 des Gesetzentwurfs entschieden entgegenzutreten. Nach § 14 Abs. 1 sind ärztliche Zeugnisse für eine sofortige Unterbringung grundsätzlich von Ärztinnen und Ärzten auszustellen, die im Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie weitergebildet oder auf dem Gebiet der Psychiatrie erfahren sind. Nach der bisherigen Rechtslage reicht dagegen ein allgemeinärztliches Zeugnis für die sofortige Unterbringung aus.

24 Stunden Tag- und Nachtdienste als psychiatrische Notfalldienste sind landesweit nicht vorhanden. Die örtlichen Ordnungsbehörden müßten sich somit an die sozialpsychiatrischen Dienste der unteren Gesundheitsbehörden wenden, um entsprechend qualifizierte ärztliche Zeugnisse zu erhalten. Diese Dienste sind, abhängig von der Einwohnerzahl der jeweiligen kommunalen Gebietskörperschaft, vielfach lediglich mit einem Psychiater besetzt. Nur ein verhältnismäßig kleiner Teil der übrigen Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst verfügt über ausreichende psychiatrische Erfahrung, so daß eine entsprechende Rufbereitschaft von der verfügbaren Zahl der Ärzte her überhaupt nicht realisierbar wäre. Hinzu kommt, daß die Versorgung psychiatrischer Notfälle nicht mehr in den Kontext der allgemeinen medizinischen Versorgung gestellt würde und die Kompetenz der behandelnden Hausärzte, die durch ihre langjährige Erfahrung auch als Nichtpsychiater wesentliche Beiträge einbringen können, verloren ginge. Die Hinzuziehung approbierter Ärzte ohne die Forderung nach speziellen psychiatrischen Qualifikationen zur gutachtlichen Klärung der Frage, ob eine seelische Krankheit vorliegt, die in ihren Auswirkungen die Kriterien für eine sofortige Unterbringung erfüllt, ist zweckmäßig und ausreichend.

Im übrigen entspricht die von § 14 PsychKG beabsichtigte Regelung auch nicht der angestrebten Gleichstellung psychisch und somatisch Kranker. So erfolgt zum Beispiel die Notfallbehandlung eines Herzinfarkts am Wochenende auch nicht durch einen Kardiologen. In der Notfallmedizin sowie bei der Abwehr konkreter akuter Fremd- und Selbstgefährdungen muß jeder approbierter Arzt zum Wohl der Allgemeinheit die Möglichkeit haben, zu jeder Tageszeit eine sofortige Unterbringung anzuordnen. Eine unverzügliche Überprüfung der Unterbringung mittels psychiatrischen Fachwissens erfolgt ohnehin bei der vorgeschriebenen Aufnahmeuntersuchung. Anders als früher werden angehende Ärzte in ihrer Ausbildung auch in der Anwendung des PsychKG unterwiesen.

Damit kein Mißverständnis entsteht: Die speziellen psychiatrischen Fachkenntnisse bei der Entscheidung über eine sofortige Unterbringung sind auch von uns aus als durchaus wünschenswert zu bezeichnen. Um jedoch zu jeder Tages- und Nachtzeit tätig werden zu können,

muß die sofortige Unterbringung akut gefährlicher psychisch Kranker jeder vollapprobierten Ärztin bzw. jedem vollapprobierten Arzt ohne zeitraubende Facharztsuche möglich bleiben.

Wir bitten also dringend darum, daß die in § 14 Abs. 1 Satz 2 vorgesehene grundsätzliche fachärztliche Weiterbildung bzw. Erfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie ersatzlos entfällt. Sie ist derzeit weder zu realisieren noch zu finanzieren.

Um auf realistischer Grundlage das Ziel zu erreichen, daß möglichst viele auf dem Gebiet der Psychiatrie fortgebildete Ärzte im Rahmen des PsychKG tätig werden, sollte demgegenüber noch mehr als bisher diese Thematik in die ärztliche Fort- und Weiterbildung einfließen. So ist dies bereits in der Ausbildungsphase der Ärzte im Praktikum berücksichtigt und sollte nach unserer Auffassung auch durch einschlägige Bildungsangebote an die Ärzteschaft weiterverbreitet werden.

Ein weiterer Punkt: Die im Gesetzentwurf zum PsychKG behauptete Stärkung der kommunalen Selbstverwaltung wird durch die Formulierung des § 6 PsychKG widerlegt, wonach der Träger der Hilfen, das heißt der Kreis bzw. die kreisfreie Stadt, die nach § 30 PsychKG auch die Kosten zu tragen hat, zur Zusammenarbeit mit einer Reihe von Beteiligten verpflichtet wird. Dies widerspricht nach unserer Überzeugung dem Duktus der §§ 3 und 23 des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst, wonach die Aufgabe der psychiatrischen und Suchtkrankenversorgung den unteren Gesundheitsbehörden als pflichtige Selbstverwaltungsaufgabe zugewiesen ist. Die detaillierten gesetzlichen Vorgaben zur Verankerung von Kooperationspflichten sind unseres Erachtens entbehrlich, zumal der Träger der Hilfen, das heißt der Kreis oder die kreisfreie Stadt, zum Beispiel selbst Träger der örtlichen Sozialhilfe bzw. Träger der örtlichen Jugendhilfe ist und insoweit eine In-sich-Adressierung in § 6 des Gesetzentwurfs erfolgt.

Wir appellieren an Sie, den verantwortlich vor Ort handelnden Akteuren zuzutrauen, daß sie die von ihnen im Rahmen ihrer Koordinationsaufgabe als hilfreich eingeschätzten Kooperationspartner selbst zutreffend und umfassend auswählen, so daß der Katalog der insbesondere zu beteiligenden Institutionen entfallen sollte.

So weit unsere dringendsten Anliegen. Im übrigen verweise ich nochmals auf unsere Ihnen vorliegende schriftliche Stellungnahme.

Georg Schulte-Kemna (Westfälische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V., Rheinische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V., Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie): Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie ist ein Zusammenschluß von Angehörigen aller Berufsgruppen, die in der psychiatrischen Versorgung tätig sind. Sie ist im Vorfeld der Psychiatriereform Anfang der 70er Jahre entstanden und bis heute die einzige Organisation, die in der Psychiatrie berufsgruppenübergreifend und spartenübergreifend arbeitet.

Damit komme ich zu dem Gesetzentwurf und sage vorweg: Positiv zu würdigen ist die Tendenz, die Rechtsstellung der Betroffenen zu verbessern. Zu bekräftigen ist aus meiner Sicht das dem Gesetzentwurf zugrunde liegende Verständnis der Hilfen und Schutzmaßnahmen als eine Gemeinschaftsaufgabe insbesondere von sozialpsychiatrischen Diensten, niedergelassenen Ärzten und psychiatrischen Krankenhäusern und die sich daraus zwangs-

läufig ergebende Präzisierung von Mitteilungspflichten, teilweise auch Ankündigungspflichten. Zu begrüßen ist auch die Erhöhung der Qualitätsanforderungen an das Verfahren, dabei insbesondere an die Qualifikation der Beteiligten, und an Dokumentations- und Begründungspflichten.

Freilich wird es darauf ankommen, daß diese Vorschriften mit Leben gefüllt werden. Dazu sind sicher konkretisierende Ausführungsbestimmungen notwendig, und dazu ist es auch erforderlich, daß die Umsetzung in einer angemessenen Art und Weise überwacht wird. Ein erster Schritt dazu muß ein einheitliches Berichtswesen sein.

Die explizite Bündelung der Aufsichtsfunktionen beim für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium und dessen Berechtigung zur Erteilung von allgemeinen Weisungen schaffen hierfür wichtige Voraussetzungen. Zu fordern ist, daß in diesem Zusammenhang auch die Berichtspflicht des zuständigen Ministeriums gegenüber dem Landtag wieder ernster genommen wird als teilweise in vergangenen Jahren, weil das sicher auch zur öffentlichen Diskussion über diese Problematik beitragen würde.

Ich komme zu den problematischen Punkten. - Zunächst möchte ich auf ein Problem im Verhältnis zum Betreuungsrecht aufmerksam machen. Die Klarstellung in §§ 1 und 10, daß das PsychKG nicht für Unterbringungen im Rahmen des Betreuungsrechtes gilt, ist sicher notwendig und sinnvoll. Zumindest sehr mißverständlich ist aber § 11 Abs. 3 Satz 2: "Eine Unterbringung nach diesem Gesetz ist ferner ausgeschlossen, wenn eine Unterbringung nach den §§ 1631 b oder 1906 BGB erfolgen kann." Das kann als Anregung verstanden werden, bei chronisch psychisch Kranken vorsorglich gesetzliche Betreuungen einzurichten. Dieser Eindruck sollte unbedingt vermieden werden; denn das wäre gegen Buchstaben und Geist des Betreuungsrechtes, in dem es ganz deutlich heißt, daß eine Betreuung nur dann notwendig ist, wenn andere Maßnahmen nicht möglich sind und nicht greifen können. Im Zweifelsfall ist eine ambulant aufsuchende Betreuung in Verbindung mit einer im Eventualfall notwendigen Zwangsunterbringung nach PsychKG in vielen Fällen die mildere Maßnahme als von vornherein prophylaktisch die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung.

Einen weiteren Problemkomplex bildet das Thema "Pflichtversorgung". Die gegenwärtige Fassung bedeutet einen stillschweigenden Wandel des Verständnisses von Pflichtversorgung. § 2 Krankenhausgesetz verweist bezüglich der Präzisierung des Begriffs "Pflichtversorgung" ausdrücklich auf das PsychKG. § 10 PsychKG bezieht sich seinerseits zwar auf das Krankenhausgesetz, der Begriff der Pflichtversorgung wird im PsychKG selbst aber nicht aufgegriffen. Nach der alten Rechtsgrundlage vor Inkrafttreten des neuen KHG NW waren die Landschaftsverbände die Träger der psychiatrischen Pflichtversorgung, die ihrerseits Pflichtversorgungsaufgaben per Vertrag an andere psychiatrische Kliniken und Fachabteilungen übertragen konnten und das auch getan haben. Zu dem seinerzeitigen Verständnis von Pflichtversorgung gehörte nicht nur die Verpflichtung zur Aufnahme von Zwangsunterbringungen, sondern auch die Verpflichtung zur vorrangigen Aufnahme von freiwillig kommenden Patienten aus der eigenen Versorgungsregion. Diese vorrangige Verpflichtung ist die ganzen Jahre in der psychiatriepolitischen Diskussion wichtig gewesen, um die besondere Zuordnung der Kliniken zu ihrer Versorgungsregion hervorzuheben und bewußt zu halten, weil daraus auch Aktivitäten folgen müssen. Insofern wäre es bedauerlich, wenn sich das stillschweigend verändern würde, zumal die Verpflichtung der Versorgungskrankenhäuser zur bevorzugten

Aufnahme auch freiwillig kommender Patienten aus der eigenen Region essentiell auch als vorsorgende Maßnahme zu verstehen ist, die in vielen Fällen weitere Eskalation und das Notwendigwerden von Zwangsmaßnahmen vermeiden könnte.

Ich komme zu dem von Herrn Dr. Klein auch schon angesprochenen Punkt der Qualifikation des ärztlichen Zeugnisses. Aus unserer Sicht ist es ausdrücklich zu begrüßen, daß ärztliche Zeugnisse für sofortige Unterbringung grundsätzlich von Ärztinnen oder Ärzten mit psychiatrischer Weiterbildung ausgestellt werden sollen. Die Formulierung im Gesetzentwurf läßt hinreichend Spielraum für Einzelfälle und durch die Formulierung "oder auf dem Gebiet der Psychiatrie erfahren" auch Regelungsmöglichkeiten für Regionen mit geringer Facharztdichte. Zweifellos werden konkretisierende Hinweise in Ausführungsbestimmungen und eine Verständigung mit den Ärzteorganisationen im Hinblick auf Kriterien für die Erfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie notwendig sein. Wir halten es aber für wichtig, daß im Grundsatz daran festgehalten wird und das nicht preisgegeben wird; sie haben es in der Sache ja auch geteilt.

In der Diskussion wird die psychiatrische Notfallintervention oft auf die bloße Abklärung der Vitalgefährdung analog zur somatischen Medizin reduziert. Demgegenüber ist darauf zu beharren, daß sich psychiatrische Krisen- und Notfallintervention nicht bloß auf die Gefährdungsprognose beschränken kann, sondern eigentlich die Aufgabe hätte, Möglichkeiten einer Deeskalation und Überbrückung der Krisensituation unter Einbeziehung des Umfeldes auszuloten. Psychiatrische Unterbringungsbedürftigkeit ergibt sich nun einmal meistens nicht allein aus dem Befinden des Betroffenen, sondern wesentlich auch aus Kontextmerkmalen. Dies zu beurteilen und darüber hinaus auch gestaltend damit umzugehen ist wesentlicher Bestandteil fachlich-psychiatrischer Kompetenz und kann nicht automatisch jedem approbierten Arzt unterstellt werden.

In diesem Zusammenhang eine Seitenbemerkung: Wir finden es sehr bedauerlich, daß das Ministerium in dieser Hinsicht in den letzten Jahren relativ halbherzig gewesen ist. Es hat eine sehr sinnvolle und verdienstvolle Modellerprobung im Bereich der Krisenversorgung gegeben. Danach ist leider nichts mehr an öffentlicher Auswertung und an Dialog darüber passiert, was das für die Versorgungsstrukturen denn eigentlich heißt. Wir hätten es uns sehr gewünscht, daß dieser Ball weiterspielt worden wäre. Das wäre vielleicht eine Möglichkeit gewesen, auch hier zu einer Verständigung zu kommen oder zumindest mögliche Strukturen zu erörtern.

Damit komme ich zu dem Verhältnis zu anderen Sozialleistungen. In § 30 ist global festgestellt, daß die Kosten der Hilfen für psychisch Kranke durch die Kreise bzw. kreisfreien Städte zu tragen sind. Die Verpflichtungen anderer Sozialleistungsträger werden mit keinem Wort erwähnt. Natürlich ist mir klar, daß das PsychKG kein Ausführungsgesetz zum SGB V ist. Real ist es aber so, daß die Art, wie andere Sozialleistungsträger bzw. die ihnen zugeordneten Leistungserbringer ihre Verpflichtungen wahrnehmen, erheblichen Einfluß auf das Notwendigwerden von Hilfen nach dem PsychKG und damit indirekt auch auf die anfallenden Kosten hat. Dies gilt ganz besonders für ambulant aufsuchende Leistungen im Rahmen des Krankenversicherungsrechts, die eine zentrale Bedeutung als vorsorgende Hilfe im Sinne einer Vermeidung der Entstehung einer Unterbringungsnotwendigkeit hat. Das gilt beispielsweise für die verlässliche Verfügbarkeit von niedergelassenen Psychiatern, Bereitschaft zu Hausbesuchen

während der Sprechstundenzeiten, Verfügbarkeit auch außerhalb der Sprechstundenzeiten, das gilt zum Beispiel auch für die ambulante psychiatrische Behandlungspflege. Auch wenn das PsychKG da nicht unmittelbar eingreifen kann, ist es notwendig, zum Ausdruck zu bringen, daß da ein Problem liegt und nach Möglichkeiten gesucht werden muß, die Sozialleistungsträger in ihrer Zuständigkeit zu halten; denn es passiert faktisch eine schleichende Umdefinition von Leistungen, die eigentlich in den Bereich des SGB V hineingehören, hin zum sozialpsychiatrischen Dienst.

Ein Spezialfall dazu ist die Geschichte mit dem Krankenhaussozialdienst. Das ist ein Beispiel dafür, daß ich meine, daß das eigentlich in die falsche Richtung geht. Da ist diese Thematik nicht mit bedacht. Es wird auf die Möglichkeit hingewiesen, den Krankenhaussozialdienst in die Nachsorge durch den sozialpsychiatrischen Dienst einzubeziehen. Das erscheint uns systemfremd. Als Instrument der Nachsorge der psychiatrischen Krankenhäuser sind vor vielen Jahren die Institutsambulanzen eingeführt worden. Sie haben die Möglichkeit, Leistungen im Rahmen der GKV abzurechnen. Wenn damit sozusagen angeregt wird, die Nachsorgetätigkeit der psychiatrischen Krankenhäuser automatisch im Rahmen der Delegation der Gesundheitsämter abzuwickeln, würde das, wie ich finde, finanzierungstechnisch in die falsche Richtung gehen. Ich denke, daß es notwendig ist, im Bereich der gesetzlichen Sozialleistungen das auszuschöpfen, was möglich ist.

Matthias Seibt (Landesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener NRW im Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V.): Nach der Gründung des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener war ich sechs Jahre im geschäftsführenden Vorstand und bin jetzt dort Angestellter. - Unsere Psychiatrie-Erfahrenen-Bewegung ist jetzt auf dem Stand wie die Bewegung der Homosexuellen etwa um 1960. Es ist zu hoffen, daß die nächsten 30, 40 Jahre für uns ähnlich erfolgreich verlaufen wie für diese Minderheit die letzten 30, 40 Jahre, daß es dann keine Sondergesetze für psychisch Kranke mehr gibt.

Warum überhaupt Sondergesetze für psychisch Kranke? Sind die gefährlicher als Nichtpsychisch-Kranke? - Nein! Es gibt wissenschaftliche Untersuchungen - mehrere Untersuchungen hier in Deutschland -, in denen zweifelsfrei festgestellt wird, daß Leute mit der Diagnose "psychisch krank" nicht häufiger Delikte begehen als andere, auch nicht schwerere Delikte begehen als andere, daß die Delikte psychisch Kranker eher unterdurchschnittlich ernsthaft sind. Dieser Grund entfällt also.

Sind diese Menschen hilfsbedürftiger als andere? - Nein! Es gibt ja auch kein Obdachlosengesetz. Wenn man obdachlos ist, ist man eindeutig härter getroffen, als wenn man psychisch krank ist.

Wenn ein Sondergesetz gemacht wird, warum werden wir dann nicht ordentlich gehört? Ein Redner aus der Gruppe derer, um die es eigentlich geht, gegenüber 15 anderen halte ich für deutlich unterrepräsentiert. Das scheint ein Gesetz zu sein, das vor allen Dingen Berufsgruppen nutzt, die sich angeblich um uns kümmern.

Was ich nicht gut finde, ist, daß im Gesetzentwurf "psychisch Kranke" durch "Betroffene" ersetzt wird. Ob jemand psychisch ist oder nicht, darüber läßt sich argumentieren; es kann auch Schadenersatz gefordert werden, wenn der das nicht war. Siehe das Beispiel Klaus-Peter

Löser, der eine halbe Million für die auch formal ungerechtfertigte Unterbringung erhalten hat, über die Unmenschlichkeiten in seiner Leidenszeit will ich gar nicht reden. Betroffen ist man allemal, wenn man zwangsweise untergebracht wird. Es ist also völlig perfide, wie hier versucht wird, juristische Schadenersatzmöglichkeiten auszuschließen.

Die Todesfälle sind in diesem Entwurf kein Thema. 2.500 Menschen kommen durch psychiatrische Einwirkungen in den Anstalten zu Tode. Die natürliche Sterblichkeit wäre etwa 600. Es sind aber etwas über 3.000 Menschen, die jedes Jahr in den Anstalten getötet werden. Siehe statistisches Jahrbuch der Bundesrepublik Deutschland. Da wäre zu wünschen, daß es eine Berichtspflicht an das Ministerium gibt: Wie viele Leute habt ihr behandelt, wie viele sind bei Entlassung tot, und wie viele sind ein halbes Jahr nach Behandlung tot? Es ist nämlich auch dokumentiert, daß im ersten halben Jahr nach Entlassung die Selbsttötungsrate um das Hundertfache gegenüber der Durchschnittsbevölkerung erhöht ist. - Der Gesetzgeber sollte also ganz deutlich darauf achten, daß diese Hilfe nicht dazu führt, daß Tausende von Menschen zu Tode kommen, wie es derzeit der Fall ist.

Vorsitzender Bodo Champignon: Herr Seibt, darf ich Sie kurz unterbrechen? - Ich halte den Tötungsvorwurf, den Sie erhoben haben, für sehr massiv und bitte Sie, mit diesem Begriff etwas vorsichtiger zu agieren. Ein solcher rechtsrelevanter Vorwurf sollte in einer Anhörung nicht erhoben werden. - Bitte schön.

Matthias Seibt: Unseren Verband gibt es seit Oktober 1992, und jedes Jahr versterben einige unserer Mitglieder. Es wird fast nie jemand 60 Jahre alt. Diese Leute nehmen alle diese hilfreichen Neuroleptika. Tut mir leid, daß ich das erwähne; das ist vielleicht etwas belastend.

Wenn Sie sich über die Schädlichkeit der Neuroleptika informieren wollen, dann empfehle ich "Schöne neue Psychiatrie" von Peter Lehmann.

Dieser Gesetzentwurf trennt nicht zwischen Zwang und Hilfe. Sowohl die Alltagssprache als auch die juristische Sprache trennen zwischen Zwang und Hilfe. Es ist oft so, daß der Wille von psychisch Kranken gebrochen wird, damit Krankheitseinsicht erlangt wird. Ich bitte Sie die Parallelen zur Inquisition zu bedenken: Hexen mußten bekennen, daß sie Hexen sind.

Ansonsten liegen hier vier Seiten Ausführungen vor. Einen Punkt möchte ich noch erläutern. Vielleicht können Sie, wenn ich zu Ende gesprochen habe, im Laufe des heutigen Tages einmal eine Viertelstunde darüber nachdenken.

Ein Körperverletzer - sei es ein Wirtshausschläger, sei es ein Mann, der in einer Beziehung seine Frau schlägt - wird, wenn die Polizei eingreift, mit zur Wache genommen, es werden dessen Personalien aufgenommen, und dann geht der wieder. So wird jemand behandelt, der jemand anderen körperverletzt. Es kann auch sein, daß der den krankenhausreif schlägt; er wird in der Regel wieder gehen gelassen. Dann kommt der Arzt und sagt: psychisch krank. Der Betreffende hat überhaupt nichts gemacht. Vielleicht ist er verwirrt, vielleicht auch manisch und redet viel, aber er hat niemandem etwas getan. Dann sind sechs Wochen Freiheitsentzug fällig plus Neuroleptikagabe, wobei die Gefährlichkeit von Neuroleptika in Fachkreisen bekannt ist. - Ist das verhältnismäßig?

Vorsitzender Bodo Champignon: Meine Damen und Herren und insbesondere Herr Seibt, ich möchte Sie darauf hinweisen, daß wir hier auch Betroffene zu Wort kommen lassen wollten. Der Landesverband NRW der Angehörigen psychisch Kranker ist gefragt worden. Es hat sich weder jemand gemeldet noch liegt uns eine Zuschrift vor. Herr Dr. Marschner, Rechtsanwalt aus München, ist Betroffenenanwalt. Dessen Zuschrift liegt unter der Nummer 12/3279 vor. - Ich wollte Ihnen nur zur Kenntnis geben, daß wir auch das Betroffenenklientel zu Wort kommen lassen wollten.

Ich möchte jetzt den Kolleginnen und Kollegen Gelegenheit zur Nachfrage geben. Wird das Wort gewünscht? - Das ist nicht der Fall. Dann fahren wir in der Anhörung der Stellungnahmen fort.

Prof. Dr. Wolf Crefeld (Fachhochschule Bochum): Das Land Nordrhein-Westfalen hat sich das große Verdienst erworben, daß es als erstes Bundesland überhaupt ein Psychisch-Kranken-Gesetz geschaffen hat, nachdem hundert Jahre im Deutschen Reich und in Deutschland darüber diskutiert wurde, daß das notwendig sei. Diese Psychisch-Kranken-Gesetze sind Ausdruck eines Wandels der Einstellung der Gesellschaft gegenüber psychisch Kranken. Dieser Prozeß ist noch nicht abgeschlossen. Deswegen müssen auch die PsychKGs weiterentwickelt werden. Ich wünsche mir, daß dieses nordrhein-westfälische PsychKG möglichst viel von diesem notwendigen Wandel in sich aufnimmt. Das heißt im Kern, aufzunehmen, daß psychisch Kranke Kranke sind, Hilfsbedürftige sind, auch Schutzbedürftige sind und daß sie kein Fall für Ordnungsbehörden sind. Jeder Kranke kann einmal eine Störung der öffentlichen Ordnung hervorrufen, auch jemand, der durch einen Herzinfarkt im Straßenverkehr einen Unfall auslöst. Trotzdem würde man nicht sagen, daß Kreislaufkranke ein Fall für Ordnungsbehörden sind.

Ich sehe für die PsychKGs vier Funktionen. Erstens schaffen sie eine Rechtsgrundlage für eine kurzfristige klinische Behandlung von Menschen, deren Realitätsbezug vorübergehend krankheitsbedingt, krisenbedingt gestört ist. Zweitens: Sie dienen dem Schutz der Rechte von Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern. Sie regeln drittens die Aufgaben und Verfahrensweisen der kommunalen Behörden im Hinblick auf die Unterbringung einer psychisch kranken Person. Viertens unterstützt das PsychKG - ich formuliere bewußt so - das gemeindepsychiatrische Engagement der Kreise und kreisfreien Städte.

Ich finde es gut, daß man sich bemüht, die Barrieren vor einer Unterbringung möglichst hoch zu setzen. Ich muß aber hinzufügen, daß Untersuchungen zeigen, daß der Einfluß von Gesetzgeber und Justiz auf die Praxis der Anwendung des Unterbringungsrechts leider relativ mäßig, gering ist. Deswegen ist es um so wichtiger - darauf komme ich nachher noch -, das Verwaltungsverfahren genauer zu regeln und zu überlegen, wie man dort auch Barrieren vor einer Unterbringung schaffen kann.

Ich erinnere an einen Vortrag - mehrfach gedruckt - von Herrn Richter am Amtsgericht Dodegge in Essen, der sehr deutlich, überzeugend und engagiert darstellt, wie begrenzt seine Möglichkeiten als Vormundschaftsrichter sind, auf die Unterbringungspraxis Einfluß zu nehmen, obwohl er vom Gesetz her derjenige ist, der darüber zu entscheiden hat.

Zum Schutz der Patientenrechte habe ich folgende Anmerkungen zu machen: In § 9 des Gesetzentwurfs sind sogenannte Schutzmaßnahmen vorgesehen. Das ist notwendig. Ich selber habe sieben Jahre einen ziemlich großen großstädtischen sozialpsychiatrischen Dienst geleitet. Ich habe in diesen sieben Jahren nie eine Vorführung machen müssen. Es war wohl notwendig, im Sinne einer Schutzmaßnahme einen Hausbesuch zu erzwingen - das habe ich gemeinsam mit dem Ordnungsamt gemacht -, aber ich fand dies für alle Beteiligten entwürdigend und zudem diagnostisch zweifelhaft, den betroffenen Menschen aus der Situation herauszuziehen und dann noch beurteilen zu müssen, wie man diese Krisensituation bewerten kann, wo die Gefahr ist, von wem sie ausgeht und wie man das Problem lösen kann. Es ist eine notwendige Schutzmaßnahme, daß ein Hausbesuch erzwungen werden kann, aber ich sehe keine Notwendigkeit zu einer Vorführung.

In § 18 Abs. 2 Satz 4 wird die Möglichkeit eröffnet, den Betroffenen die Einsicht in die Krankenunterlagen zu verweigern. Mit allem Nachdruck spreche ich mich für die ersatzlose Streichung dieses Satzes aus. Mir ist in meiner Praxis - ich habe in drei Landeskrankenhäusern gearbeitet - kein Fall bekannt geworden, in dem eine Einsichtnahme in die Akten zu gesundheitlichen Schäden geführt hätte. Eher gilt das für die früher in der Psychiatrie verbreitete Geheimnistuerei gegenüber Patienten. Als behandelnder Psychiater habe ich in der Landeslinik den Patienten, die darum baten, stets die gewünschten Einsichtnahmen ermöglicht. Allerdings kam es nur äußerst selten vor, daß dieser Wunsch geäußert wurde, weil meine Mitarbeiter sowieso dafür sorgten, daß sich die Patienten hinreichend informiert fühlten.

Nächster Punkt: Behandlung ohne Einwilligung in § 18 Abs. 4. Bei allen anderen Vorschriften in diesem Gesetzentwurf, bei denen es um Eingriffe in Grundrechte geht, wird in der Formulierung auch auf irgendeine sehr sinnvolle Weise auf den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit hingewiesen. Es wird darauf hingewiesen, daß ein solcher Eingriff dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit entsprechen muß. Nur in § 18 Abs. 4 ist das nicht der Fall. Es werden bestimmte Gefahren vorausgesetzt, die manchmal gegeben sein können, so daß möglicherweise eine Behandlung ohne Zustimmung notwendig ist, aber es wird dann die Wahl der Behandlungsmittel nicht mehr in einen Bezug zur Art der Gefahr, zur Schwere der Gefahr gesetzt. Ich denke, daß die Art und die Konkretheit der Gefahr im Sinne des § 18 Abs. 4 grundsätzlich die Wahl der Behandlungsverfahren begrenzen sollen. In einigen PsychKGs - in Berlin, Bremen und Hamburg - gibt es solche Formulierungen. Einen Vorschlag von mir habe ich in meine Stellungnahme aufgenommen. Im wesentlichen geht es um den ausdrücklichen Hinweis, daß der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu beachten ist und daß die Zwangsmaßnahmen für alle Beteiligten zumutbar sein müssen.

Dann ein letzter Punkt zum Kapitel "Schutz der Patientenrechte": Es gibt erfreulicherweise in dem Gesetzentwurf zahlreiche Vorschriften, die die Eingriffe in Grundrechte begrenzen und dazu Regelungen treffen. Letztlich aber muß man bei realistischer Betrachtung davon ausgehen: Weil in der Psychiatrie selten ein Kläger ist - nur wenn ein Kläger da ist, wird in der Regel ein Richter dasein -, laufen diese gesetzlichen Regelungen, so wichtig sie sind, eigentlich auf eine funktionierende Selbstkontrolle der Klinik hinaus. Das heißt, die Klinik ist in erster Linie aufgefordert, darauf zu achten, daß die gesetzlichen Vorschriften in bezug auf Eingriffe in Grundrechte tatsächlich beachtet werden. Das ist gut und wichtig, aber aus dem Blickwinkel kritischer Solidarität mit den Mitarbeitern psychiatrischer Kliniken - ich bin

Psychiater - ist doch ein gewisses Maß an Außenkontrolle im Hinblick auf die alltäglichen Klinikabläufe wünschenswert. Das kann aus der großen Ferne die Besuchskommission nicht leisten, das muß mehr aus einer fachkompetenten Insidersicht heraus erfolgen. Das sächsische PsychKG hat dafür den Patientenfürsprecher vorgesehen. Die vorbildlichste, aber sicher auch aufwendigste Lösung ist für mich das österreichische Institut der Patientenanwaltschaft. Dort sind von der Klinik unabhängige Fachleute im Auftrag des österreichischen Bundesjustizministeriums tätig, um zu wissen, wie die alltäglichen Abläufe sind. Vielleicht könnte man den Kommunen die Möglichkeit eröffnen, aus eigenem Engagement mit solchen Beschwerdeinstanzen Erfahrungen zu sammeln. Es mag vielleicht gar nicht klug sein, es ihnen vorzuschreiben. Aber vielleicht könnte man einen Patientenfürsprecher als eine Möglichkeit vorsehen und ihn mit gewissen Informationsrechten ausstatten. Das wäre schon ein wesentlicher Fortschritt. Dann könnte man Erfahrungen sammeln und mit der Zeit sehen, wie viele Vorteile ein solcher Patientenfürsprecher tatsächlich hat.

Die kommunale Behörde für die Anwendung des Unterbringungsrechts: Aus historischen Gründen heißt diese Behörde in Nordrhein-Westfalen schwerpunktmäßig Ordnungsbehörde, aber nicht ausschließlich. Innerhalb eines Kreises können bis zu 26 Behörden - siehe den Kreis Steinfurt - in Unterbringungsangelegenheiten tätig werden. Das ist eine sehr große Zahl. Es gibt insgesamt 396 kommunale Ordnungsbehörden, 90 kommunale Betreuungsbehörden, 54 Gesundheitsbehörden, die alle irgendwelche Zuständigkeiten im Rahmen des Unterbringungsverfahrens der Verwaltung haben. Mir scheint das ein bißchen zuviel.

Hinzu kommt noch, daß die Ordnungsbehörden über keine psychosozialen Fachkräfte für den Umgang mit Menschen in schweren Krisen verfügen. Sie verfügen auch über keine psychosoziale Problemlösungskompetenz, wie sie Herr Schulte-Kemna vorhin angesprochen hat. Man kann die Probleme teilweise lösen, aber dazu muß man das schon irgendwie gelernt haben. Ein Verwaltungswirt weiß sehr viel, ist sehr kompetent, aber er kann letztlich den vorgetragenen Sachverhalten inhaltlich wenig entgegensetzen. Der zuständige ärztliche Sachverständige, der das Attest geschrieben hat - ich habe das selber häufig getan -, muß nur wissen, wie er das formuliert. Dann wird ihm ein Verwaltungswirt, auch wenn er sehr engagiert und als Verwaltungswirt fachlich sehr gut ist, meistens wenig entgegensetzen können.

Der Vollzug der Unterbringung findet nach der Aufnahme ins Krankenhaus mit Selbstverständlichkeit durch psychiatrische Fachkräfte statt. Darüber streitet überhaupt niemand; das ist völlig selbstverständlich. Aber bevor man ins Krankenhaus kommt - der erste Teil des Vollzugs -, machen das Verwaltungsfachkräfte, Feuerwehrleute, unter Umständen völlig unausgebildete freie Mitarbeiter der Ordnungsbehörde. Für mich besteht zwischen beidem ein Mißverhältnis.

Hinzu kommt noch folgendes - deswegen hatte ich betont, wie viele kommunale Behörden in Nordrhein-Westfalen mit Unterbringungszuständigkeiten ausgestattet sind -: Teilweise sind diese Ordnungsbehörden sehr klein. In einer Kommune mit 7.000 Einwohnern wie Rheurdt zum Beispiel kommt nur alle paar Jahre überhaupt mal eine Unterbringung vor. Dann erwischt es vielleicht gerade die Mitarbeiterin vom Steueramt.

Fakt ist - das hat auch eine Untersuchung von mir ergeben -, daß diese kleinen Kommunalverwaltungen mit der praktischen Anwendung des PsychKG ziemlich überfordert sind. Sie kannten teilweise - das ließ sich aus den Fragebögen entnehmen - noch nicht einmal das

PsychKG richtig, was man menschlich gesehen verstehen kann, wenn man nur alle paar Jahre einmal etwas damit zu tun hat.

Der letzte Punkt ist: Warum müssen eigentlich Bürger in einer schweren Krise, die möglicherweise ausschließlich zu einer Selbstgefährdung führt, ein Fall für eine Ordnungsbehörde werden?

Aus all diesem mache ich folgende Vorschläge: Erstens. Es sollte im PsychKG nicht mehr von der Ordnungsbehörde die Rede sein, sondern von der für das Unterbringungsverfahren zuständigen Behörde.

Zweitens. Ich halte es für wichtig, daß die zuständige Behörde über qualifiziertes Fachpersonal verfügt, das über soziale Problemlösekompetenz und Fähigkeiten im Umgang mit Menschen in Krisen verfügt. Solche Mitarbeiter gibt es in jeder Kommunalverwaltung. Das heißt nicht, daß viele neue Stellen geschaffen werden müssen, sondern es ist mehr eine Frage der angemessenen Organisation, daß diese Menschen zur Verfügung stehen. Es sind ja nicht nur die Ordnungsbehörden und die Gesundheitsämter, sondern auch die Betreuungsbehörden sind für Vollzugshilfen bei Unterbringung zuständig, aber nach einem anderen Gesetz. Dort sitzen sie dann und warten.

Ich rege zuletzt an, zu überlegen, ob die Zuständigkeit für das Unterbringungsverfahren von den kreisangehörigen Gemeinden zweckmäßigerweise auf die Kreise übergehen sollte, damit nicht mehr die Situation auftritt, daß die Inspektorin vom Steueramt zum ersten Mal nach soundsoviel Dienstjahren ein Unterbringungsverfahren durchführen muß.

Das schließt in keiner Weise eine dezentrale Organisation aus. So wie ich Städte kenne, in denen sich die Teams zum Beispiel des sozialpsychiatrischen Dienstes stadtteilmäßig aufgeteilt haben, so kann auch der Kreis sagen: Nein, ein Team für den gesamten Kreis ist nicht optimal, wir müssen das dezentral organisieren. Das mag sicher sehr sinnvoll sein.

Außerdem möchte ich darauf hinweisen - das habe ich von einem Amtmann mit langer Erfahrung in der Ordnungsbehörde gelernt -: Wenn man das so regeln würde, wäre damit den Kommunen nicht die Möglichkeit genommen, aus Gründen der Sicherheit und öffentlichen Ordnung trotzdem gegebenenfalls einzugreifen. Denn das bestehende Polizei- und Ordnungsrecht gibt ihnen auch ohne PsychKG hinreichende Möglichkeiten. Wenn sie sagen: "Die Zeit reicht gar nicht, um uns erst an die zuständige Unterbringungsbehörde zu wenden, wir müssen sofort eingreifen", dann können sie das mit dem bestehenden Polizei- und Ordnungsrecht jetzt schon machen. Es sollte nur im Regelfall so sein, daß sich die örtlichen Kommunalverwaltungen der kreisangehörigen Städte an die Unterbringungsbehörde wenden und wenden können. Ich vermute eher, daß sie das im Regelfall sehr gern tun werden.

Zu vor- und nachsorgenden Hilfen kann ich nur kurz etwas sagen. Das ist eine sehr schwierige Materie. Ich sehe, daß die Zielperspektive für die sozialpsychiatrischen Dienste im Gesetzentwurf ziemlich unklar geblieben ist. Ebenso bleiben die Beziehungen zwischen den im Gesetz vorgesehenen Hilfen und den Leistungen der vorrangigen Kostenträger des Sozialgesetzbuches schwammig und unklar.

Ich meine, daß der jetzige Hilfeauftrag eher etwas verschleiern als klärend ist. Notwendig ist dagegen eine Bündelung der Ressourcen im kommunalen Bereich. Weil das Sozialgesetzbuch

nicht alle Leistungen, die in bezug auf psychisch Kranke notwendig sind, hergibt, muß eine Verpflichtung der Kommunen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten psychosozialen Versorgung der örtlichen Bevölkerung formuliert sein.

Jetzt wird mancher erschrocken sein und sagen: Was hat der denn für Vorstellungen, wieviel Geld der Finanzminister hat? Es hat früher schon Auffassungen gegeben, daß das alte Gesetz diese Verpflichtung zur Versorgung schon indirekt enthält. Es geht nur darum, daß sich die Kommunen darum kümmern, daß die vorhandenen Hilfen - die sozialen Hilfen, die gesundheitlichen Hilfen - ortsnah besser auf den Bedarf von psychisch Kranken hin organisiert werden. Dann muß die Kommune sicherlich etwas aus eigenen Haushaltsmitteln beitragen, wie sie das bisher schon macht. Aber ich glaube, das, was es in den einzelnen Kommunen an Ressourcen gibt, ließe sich durch etwas konsequentes psychiatriepolitisches Engagement der Kommunen wesentlich besser nutzen. Es gibt glücklicherweise in Nordrhein-Westfalen Beispiele von Kreisen und kreisfreien Städten, die genau dies schon längst in vorbildlicher Weise machen. Es wäre gut, wenn dies irgendwie im Gesetz enthalten wäre.

Wenn es darum geht, diese Hilfen mit unterschiedlichen Kostenträgern zu organisieren - das sind die Kostenträger, die sich aus dem Sozialgesetzbuch ergeben, das sind andere Möglichkeiten, wie man soziale Arbeit finanziert, freiwillige Leistungen, Spenden und ähnliches - und all diese Ressourcen zusammenzufassen, um einen leistungsfähigen sozialpsychiatrischen Dienst zu erbringen, dann braucht man eine etwas andere Organisationsstruktur, eine andere Trägerstruktur für die sozialpsychiatrischen Dienste. Nach meiner Erfahrung ist die kameralistische Struktur dafür ungeeignet. Man braucht eine andere Art von Management, um die vorrangigen Kostenträger heranzuziehen und um die vorhandenen Ressourcen effektiver einzusetzen.

Damit schließe ich überhaupt nicht aus, daß die Kommunen selbst als Träger auftreten. Das kann durchaus die beste Lösung sein. Aber man sollte es nicht im kameralistischen Korsett einer öffentlichen Verwaltung machen, sondern man sollte, wie es heute viele Erfahrungen mit eigenbetrieblichen Strukturen gibt, in denen man Finanzierungs- und Personalmanagement besser leisten kann, daraus lernen, wie sozialpsychiatrische Dienste besser in eine geeignete Trägerstruktur zu bringen sind.

Zum Schluß noch kurz eine Anmerkung zu § 27: Dort ist vorgesehen, daß die nachsorgenden Hilfen mit den sozialen Diensten der Krankenhäuser zusammenarbeiten sollen. Seitdem es die Psychiatriepersonalverordnung des Bundes gibt, seit etwa zehn Jahren, gehe ich davon aus, daß es im Sinne des Krankenhausgesetzes des Landes in psychiatrischen Kliniken diese sozialen Dienste gar nicht mehr gibt. Denn in den psychiatrischen Abteilungen und psychiatrischen Kliniken ist das, was Sozialarbeiter erbringen, ein Teil der Behandlungsleistung, während es im Krankenhausgesetz des Landes eine zusätzliche Leistung ähnlich wie die Seelsorge ist.

Wenn Sie also da die Zusammenarbeit zwischen den Trägern der ambulanten Hilfen und dem Krankenhaus aufnehmen, wäre das wichtig und hätte uns früher auch manchmal genutzt. Es gab ein paar Krankenhäuser, die mit uns nicht zusammenarbeiten wollten. Aber es sollte das Krankenhaus sein und nicht der soziale Dienst, obwohl mir ein Chefarzt eines Landeskrankenhauses vor ein paar Tagen sagte, daß es oft noch den Slang "der soziale Dienst" gibt. Das ist dann die Bezeichnung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer sozialarbeiterischen

Ausbildung. Aber das ist keine Organisationseinheit mehr, sondern sie gehören zur Behandlungsabteilung und sind ein Teil des Behandlungspersonals.

Vorsitzender Bodo Champignon: Als nächster Sachverständiger war Herr Professor Dr. Dr. Dörner vorgesehen, der sich leider einer Operation unterziehen mußte. Ich möchte ihm von hier aus unsere herzlichen Genesungswünsche übermitteln. Seine schriftliche Stellungnahme wird uns gegebenenfalls noch erreichen.

Dr. E. Knauer (Ärzttekammer Nordrhein): Die Ärztekammer Nordrhein und der Psychiatrieausschuß dieser Ärztekammer begrüßen die Intention dieses Gesetzes, die Rechte der Patienten zu stärken. Es muß jedoch darauf hingewiesen werden, daß mit dieser Novellierung die Möglichkeiten der Behandlung insgesamt eingeschränkt werden.

Ich denke, man hat einiges aus dem Maßregelvollzugsgesetz, das vor nicht langer Zeit von diesem Hause verabschiedet worden ist, in dieses Gesetz übernommen. Da sind einige Dinge nicht so richtig im PsychKG untergebracht. Das mag für das Maßregelvollzugsgesetz noch seine Richtigkeit und Bedeutung haben. Aber für das PsychKG kann das sicherlich nicht gelten. Denn wir müssen bedenken, daß das PsychKG letztendlich eine ganz andere Funktion hat als das Maßregelvollzugsgesetz. Das PsychKG hat auch eine ganz immense Dimension im Hinblick auf die Behandlung. Das ist beim Maßregelvollzug ganz anders zu sehen.

Vor diesem Hintergrund möchte ich Sie bitten, einige Dinge, die aus dem Maßregelvollzugsgesetz in das PsychKG eingeflossen sind, noch einmal kritisch zu überdenken. Ein Beispiel: Nach § 1 - Anwendungsbereich - können Patienten, die gemäß § 81 oder § 73 JGG untergebracht sind, nunmehr nicht mehr nach dem PsychKG behandelt werden. Es handelt sich hier um Patienten, die zur Begutachtung kommen, die also nicht freiwillig bei uns in den Kliniken sind. Vor diesem Hintergrund ist es bei diesen Patienten ohne psychiatrische Behandlungsmöglichkeit letztendlich sehr schwierig, Gutachten zu erstellen. Da kommt der Zeitfaktor hinzu. Die Frage ist, ob das dann alles noch Verhältnismäßigkeit ist. Deshalb möchte ich Sie bitten, sich dies noch einmal genauer zu überlegen.

Auch in § 18 Abs. 4 ist angeführt, daß eine Behandlung ohne die Einwilligung des Patienten nur bei erheblicher Gefahr für die eigene Gesundheit und für die Gesundheit anderer zulässig ist. Nach meinen laienhaften juristischen Kenntnissen ist der Begriff "erheblich" ein sogenannter unbestimmter Rechtsbegriff. Wer entscheidet letztendlich, wann der Arzt eingreifen muß, damit er nicht wegen unterlassener ärztlicher Hilfeleistung belangt werden kann?

Ich möchte dies ganz kurz an einem Beispiel erläutern. Ein Patient, der erstmalig in eine akute psychotische Krise gekommen ist, wird nach dem PsychKG eingeliefert. Er lehnt die Behandlung ab. Das bestehende Wahnsystem wird immer ausgeprägter, der Patient leidet mehr und mehr unter diesen Wahnvorstellungen, lehnt jedoch weiterhin die medikamentöse Behandlung ab. Als Psychiater weiß man, daß die frühzeitige Behandlung einer Psychose davor schützt, daß sich unter Umständen ein chronisches Wahnsystem entwickelt. In dieser Situation besteht sicherlich eine Gefahr für die Gesundheit des Patienten. Ob man aber schon jetzt von einer erheblichen Gefährdung sprechen kann, sei dahingestellt.

Psychiatrischerseits ist es dringend notwendig, schon zu einem sehr frühen Zeitpunkt mit der medikamentösen Behandlung zu beginnen, damit eine Dauerbehandlung und eine Chronifizierung der Erkrankung verhindert wird. Das ist nun einmal - das kann man nicht wegdiskutieren - der Vorteil der Neuroleptika. Die Neuroleptika haben uns in der Psychiatrie so weit gebracht, daß wir sehr vielen psychisch Kranken auch im Hinblick auf die soziale Rehabilitation weiterhelfen können. Ich schlage vor diesem Hintergrund vor, in § 18 Abs. 4 das Wort "erheblich" zu streichen.

Ich komme nun zu §§ 20, 21 und 22. Bei diesen Paragraphen geht es um den Therapieplan, die besonderen Sicherungsmaßnahmen, den Schriftverkehr sowie Besuchs- und Kommunikationsmöglichkeiten. Diese im PsychKG neu aufgenommenen Maßnahmen sind wohl dem Maßregelvollzugsgesetz entnommen.

So ist es sicherlich für den Maßregelvollzug sinnvoll, einen Therapieplan aufzustellen, da es sich hier um eine langfristige Behandlung handelt. Anders ist es bei den PsychKG-Patienten. Diese befinden sich in der Regel in einer akuten psychiatrischen Krise, die eine Intensivbehandlung erforderlich macht. Es liegt in der Natur der Sache, daß gerade intensivmäßig ergriffene Maßnahmen immer wieder neu überdacht werden. Es muß auf die Reaktion des Patienten eingegangen werden, um eine optimale Behandlung zu erreichen. Dies könnte zur Folge haben, daß der Therapieplan an jedem Tag neu erstellt werden müßte. Dies bedeutet einen immensen formalen Aufwand, und den wollen wir einfach nicht. Von einem Chirurgen, der eine Notoperation macht, wird auch nicht vorher ein Operationsplan erwartet, sondern er macht seine Arbeit, und nachher wird diese Arbeit dokumentiert.

Ich schlage vor, § 18 Abs. 2 Satz 1 wie folgt zu ändern:

Unverzüglich nach der Aufnahme ist für die Patienten ein individueller Behandlungsplan zu erstellen. Die Behandlung und der Plan sind den Patienten und ihrer gesetzlichen Vertretung zu erläutern.

In § 20 Abs. 2 wird der Arzt aufgefordert, Zwangsmaßnahmen anzudrohen. Ich denke, das ist keine ärztliche Tätigkeit. Das mag für das Verwaltungsvollstreckungsgesetz gelten, aber nicht für das PsychKG.

Auch die Regelung des Schriftverkehrs muß nicht unbedingt in ein Gesetz hinein. Das haben wir bislang bei PsychKG-Patienten auch ohne eine entsprechende gesetzliche Regelung gemacht. Ich denke, daß nicht alles im Rahmen einer psychiatrischen Notfallbehandlung gesetzlich geregelt werden muß.

Zum Schluß möchte ich Sie noch bitten, bei der Abfassung des Gesetzes nicht das Wort "Betroffene", sondern das Wort "Patienten" zu benutzen. Das ist der Unterschied zum Maßregelvollzug. Davon ist es übernommen worden, und ich bitte, so auch beim PsychKG zu verfahren.

Dr. Bernhard Haardt (Ärztekammer Westfalen-Lippe): Aus Sicht der Ärztekammer Westfalen-Lippe werden große Teile der Änderungsabsichten, die im Entwurf des neuen PsychKG enthalten sind, begrüßt, und das nicht zuletzt aus dem Grunde, daß seit der letzten Gesetzesnovelle im Dezember 1984 mittlerweile 15 Jahre vergangen sind und somit An-

passungsbedarf besteht. Zu einigen Punkten möchte ich allerdings noch Anmerkungen bzw. Änderungsvorschläge machen.

Zu § 9 Abs. 1 - Maßnahmen der unteren Gesundheitsbehörde: Wenn die Novellierung des PsychKG sich wirklich an den Erfahrungen orientieren soll, die im Laufe der Jahre mit dem bisherigen Gesetz gemacht worden sind, ist es dringend notwendig, das Verfahren der zwangsweisen Untersuchung Kranker abzukürzen. Langjährig in sozialpsychiatrischen Diensten tätige Kolleginnen und Kollegen berichten ausnahmslos, daß das bisherige Verfahren infolge seiner nach dem Verwaltungsverfahrensgesetz gebotenen umständlichen Abwicklung etliche Wochen in Anspruch nimmt und als unpraktikabel zu bezeichnen ist - mit der Folge, daß es so gut wie nie zur Anwendung gelangen kann.

Ein praktikables Verfahren stellt demgegenüber eine nur einmalige schriftliche Untersuchungsaufforderung dar, auf die im Eilfall oder bei Undurchführbarkeit sogar verzichtet werden kann. Die amtliche Untersuchung kann nach meiner Meinung auch weiterhin durch eine entsprechende Untersuchung bei einem Arzt eigener Wahl ersetzt werden, dies jedoch nur innerhalb einer im Einzelfall zu bestimmenden Frist. Im übrigen kann diese Untersuchung, die planbar ist und schwierige sowie weitreichende Entscheidungen erfordert, sinnvoll nur von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Psychiatrie durchgeführt werden.

Zu § 10 Abs. 2 - Unterbringung: Ein Unterbringungserfordernis nach PsychKG kann auch dann entstehen, wenn Betroffene sich freiwillig in einer der in Abs. 2 genannten Einrichtungen befinden, das heißt in psychiatrischen Krankenhäusern oder in psychiatrischen Fachabteilungen. Auch hier muß eine Anwendung des Gesetzes möglich sein. Hier besteht noch Regelungsbedarf.

Zu § 14 - Sofortige Unterbringung: Ich spreche mich entschieden dagegen aus, daß zukünftig für eine sofortige Unterbringung notwendige Zeugnisse grundsätzlich nur von Ärztinnen oder Ärzten auszustellen sind, die im Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie weitergebildet oder auf dem Gebiet der Psychiatrie erfahren sind. Auch zukünftig muß eine sofortige Unterbringung rund um die Uhr und unter allen Umständen möglich sein.

Ich halte es deshalb für nicht sachgerecht, die sofortige Unterbringung vom regelhaften Vorliegen eines fachärztlichen Zeugnisses abhängig zu machen. Dies ist um so weniger notwendig, da eine unverzügliche Überprüfung der Unterbringung mittels psychiatrischen Fachwissens in jedem Einzelfall durch die weitere Aufnahmeuntersuchung gesichert ist.

Folgendes kommt hinzu: Bei der sofortigen Unterbringung handelt es sich um ein für die Umgebung wie für den Betroffenen selbst teilweise buchstäblich lebenswichtiges Instrument der Notfallmedizin sowie der Abwehr konkreter akuter Fremd- oder Selbstgefährdung. Dieses Instrument bzw. die Mitwirkung daran muß jedem approbierten Arzt zum Wohle der Allgemeinheit weiterhin erhalten bleiben. Ich fürchte überdies, daß es selbst bei größten Anstrengungen nicht gelingen wird, ausreichend fachärztliche Notfalldienste flächendeckend zu organisieren.

Aus der gleichen Überlegung heraus, daß auch die unteren Gesundheitsbehörden in den seltensten Fällen imstande sind, rund um die Uhr psychiatrisch erfahrene Ärzte ohne größte Probleme in Dauerrufbereitschaft zu halten, sollte es unbedingt bei der bisherigen Regelung bleiben, einen Arzt der unteren Gesundheitsbehörde für den Fall zu beteiligen, daß die

örtliche Ordnungsbehörde in der Beurteilung der Voraussetzungen für eine sofortige Unterbringung von einem ärztlichen Zeugnis abweichen will.

An dieser Stelle möchte ich auf den Bericht zur Unterbringungspraxis nach PsychKG der Arbeitsgemeinschaft Sozialpsychiatrischer Dienste in Nordrhein-Westfalen aus dem Jahre 1996 von Professor Crefeld hinweisen. Nach diesem Bericht werden im Mittel durch die sozialpsychiatrischen Dienste der NRW-Kommunen 9 % der Unterbringungszeugnisse nach PsychKG erstellt. Also nur 9 % der PsychKG-Zeugnisse werden von kommunalen Ärzten erstellt.

Sollte das Gesetz weiterhin für die sofortige Unterbringung das Zeugnis eines in der Psychiatrie erfahrenen Arztes fordern, wären die kommunalen Ordnungsämter genötigt, sich in vielen Fällen der Unterstützung der kommunalen sozialpsychiatrischen Dienste zu bedienen. Das würde für die meisten Kommunen bedeuten, daß weitere psychiatrische Fachkompetenz vorgehalten und eingesetzt werden müßte und es damit verbunden zu einer großen Kostenbelastung für die Kommunen käme. Dabei könnte man in dieser Zeit wirklich nicht damit rechnen, daß die Kommunen weiteres Personal einstellen.

Zu § 18 - Ärztliche Behandlung und Therapieplan: Die in Abs. 2 Satz 1 vorgesehene Verpflichtung, unverzüglich nach der Aufnahme für die Betroffenen einen individuellen Therapieplan zu erstellen, ist für mich unverhältnismäßig und in den meisten Fällen so kaum umsetzbar. Insbesondere zu Zeiten des Bereitschaftsdienstes mit knappen personellen Ausstattungen ermöglichen die dienstlichen Gegebenheiten oft nicht die vom Gesetz geforderte ausführliche und differenzierte Erstellung von Therapieplänen.

Zu § 23 - Besuchskommissionen: Der Zusammensetzung der Besuchskommissionen, wie sie in Abs. 4 vorgesehen ist, stimme ich im Prinzip zu. Allerdings schlage ich eine Modifizierung von Abs. 4 Nr. 2 vor. In einer Novelle des PsychKG sollte festgeschrieben sein, daß den Besuchskommissionen eine in leitender Funktion tätige, in der Psychiatrie weitergebildete Ärztin oder weitergebildeter Arzt anzugehören hat.

Vorsitzender Bodo Champignon: Ich möchte jetzt den Kolleginnen und Kollegen Gelegenheit geben, ihre Fragen zum zweiten Expertenblock zu stellen, soweit das Bedürfnis dazu besteht. - Das ist nicht der Fall. Dann können wir in der Anhörung fortfahren.

Dr. Norbert M. Weyres (Personalrat der Rheinischen Kliniken Düren): Ich möchte hier Stellung nehmen als Vertreter von Menschen, die in der Psychiatrie arbeiten. Dabei habe ich sowohl die Probleme der Patienten als auch die Probleme der Menschen, die dort arbeiten, im Sinn.

Zu § 1: Da wird die Möglichkeit, das PsychKG anzuwenden, auf die Gefährdung der Rechtsgüter anderer beschränkt. Wir müssen aber bedenken, daß es in einzelnen Fällen auch bedeutende Rechtsgüter des Patienten gibt, die geschützt werden müssen.

Ein manisch Kranker kann innerhalb weniger Tage seinen ganzen Betrieb ruinieren. Eine Betreuung würde nach unseren Erfahrungen nicht schnell genug greifen, weil ein entsprechen-

der Beschluß nicht schnell genug da ist. Außerdem würde für einen manisch kranken Geschäftsmann die Einrichtung einer Betreuung einen wesentlich größeren Schaden für seinen Betrieb und für seine Zukunft darstellen als ein PsychKG, dessen Hilfen unter Umständen nach entsprechender Behandlung schon nach zwei, drei Tagen wieder aufgehoben werden können und ihm wieder seine Geschäftsfähigkeit zubilligen.

Die Unterbringung nach dem PsychKG muß aus der Sicht der Arbeitenden in der Psychiatrie auch noch für Patienten, die unter Betreuung stehen, möglich sein. Das Betreuungsgesetz deckt nicht alle notwendigen Zwangsmaßnahmen ab, und dann bestünde ein rechtsfreier Raum, wenn eine Fixierung oder eine Absonderung notwendig ist.

Die Unterbringung nach dem PsychKG muß auch bei Personen möglich sein, die sich aufgrund von richterlicher Anordnung in Haft befinden. Besonders verurteilte Straftäter, die körperlich erkrankt sind, haben die Möglichkeit, im Justizvollzugskrankenhaus Fröndenberg behandelt zu werden. Wenn ein Mensch in Haft psychisch erkrankt und so stark erkrankt, daß ein PsychKG eigentlich erforderlich wäre, kann so nur die Haft unterbrochen werden, und er würde dem körperlich Erkrankten gegenüber benachteiligt, da die Haftunterbrechung dazu führt, daß die Haft verlängert werden muß. Aber er kann für seine psychische Erkrankung genauso wenig wie der Straftäter, der an einer Blinddarmentzündung leidet.

§ 10 Abs. 2 Satz 3 lautet: "Die Krankenhäuser haben durch geeignete Maßnahmen zu verhindern, daß Betroffene entweichen." Dieser Satz sollte ersatzlos gestrichen werden. Denn das ist wiederum ein Stück Maßregelvollzug, das in das Gesetz für die Hilfen für psychisch Kranke hineingekommen ist, und dieses Gesetz will nach seinem Namen den psychisch Kranken helfen und nicht Ordnungsprinzipien in dieser Form voranbringen.

In § 12 steht nur die Entscheidung des Amtsrichters. Aber nach bisherigem Brauch hört der Amtsrichter auch den Patienten an. Das ist auch gut so, weil er erst dann zu einer entsprechenden Entscheidung befähigt wird. Es sollte aber auch ein in der Psychiatrie erfahrener Amtsrichter sein. In der täglichen Anwendung dieses Gesetzes sieht man, daß es ein Riesenunterschied ist, ob ein Amtsrichter, der für das Betreuungsrecht und das PsychKG zuständig ist, eine Anhörung macht oder ob es am Wochenende ein Verkehrsrichter ist. Dann kann es passieren, daß er für die Belange des Patienten nicht ausreichend Verständnis hat.

Nun muß ich auf den Punkt der Ordnungsbehörde in § 12 kommen. Die Ordnungsbehörde ist etwas ähnliches wie eine Polizeibehörde. Wenn man ihr schon die Möglichkeit und Notwendigkeit der Mitwirkung einräumt, müßte ein Vertreter der Ordnungsbehörde auch den Patienten persönlich sehen. Die Mitwirkung der Ordnungsbehörde bisher sieht doch nur so aus, daß einige Faxschreiben hin und her wandern, vom ausstellenden Arzt zur Feuerwehr, von der Feuerwehr zum notdiensttuenden Ordnungsbeamten, vom Ordnungsbeamten zum Amtsgericht und wieder zum Krankenhaus. Aber daß irgendeine Einflußnahme stattfinden könnte, ist nicht gegeben, wenn der Ordnungsbeamte den Patienten nie gesehen hat.

In § 20 Abs. 2 wird festgelegt, daß Maßnahmen, die Zwang bedeuten, vorher angedroht werden müssen. In den meisten Fällen ist es auch möglich, daß man zuerst mit dem Patienten spricht und dann, wenn das zu nichts führt, Maßnahmen durchgeführt werden. Aber wenn dies so uneingeschränkt weiterhin im Gesetz steht, fühlen sich die pflegerischen Mitarbeiter vor Ort im rechtsfreien Raum im Stich gelassen.

Wenn man gesehen hat, wie plötzlich ein Patient aus einem fast völligen Normalzustand in einen gewalttätigen Zustand umschlagen kann, einen Mitpatienten oder Personal heftigst angreift, dann weiß man, daß eine Androhung nicht in jedem Fall möglich ist. Deswegen müßte in bezug auf die Androhung zumindest der Passus "wenn möglich" eingefügt werden.

§ 22 betrifft die Besuchsregelung für Menschen, die nach dem PsychKG untergebracht sind. In Suchtabteilungen kann es durchaus zum Therapiekonzept gehören und notwendig sein, daß Besuche über eine gewisse Zeit - einen Tag, eine Woche - nicht stattfinden. Hier muß ein entsprechender Passus eingeführt werden.

Zu § 23 Abs. 4: Nach meiner Ansicht ist die Besuchskommission im Gesetzestext nicht vollständig genug besetzt. Ein Vertreter des sozialpsychiatrischen Dienstes müßte ihr angehören sowie ein Vertreter von Angehörigen oder Patientenselbsthilfegruppen. Dies dient der Würdigung und Stärkung der Patientenrechte entsprechend der Intention der Gesetzesnovelle.

Landesrat Rainer Kukla (Landschaftsverband Rheinland): Für die beiden Landschaftsverbände darf ich zunächst erklären, daß wir die Initiative des Landes zur Novellierung des PsychKG ausdrücklich begrüßen. Dies kommt auch in den Ihnen vorliegenden schriftlichen Stellungnahmen der Landschaftsverbände zum Ausdruck.

Ziel der Novellierung des PsychKG sollte aus Sicht der Landschaftsverbände sein, die rechtliche Stellung psychisch Kranker bei notwendigen Zwangsmaßnahmen zu stärken und Zwangsmaßnahmen nach dem PsychKG auf das notwendige Maß zu beschränken, das heißt mit Zwang behutsam umzugehen. Ziel sollte es auch sein, Impulse für eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung zu geben sowie die Kommunen in diesem Aspekt ihrer Daseinsvor- und -fürsorge gegenüber psychisch Kranken zu stärken.

Der aktuelle Gesetzentwurf enthält mit Blick auf diese Ziele - insbesondere im Vergleich zum zunächst vorgelegten Referentenentwurf - viele positive Ansätze. Dies gilt insbesondere für die Verbesserung der Rechtsstellung psychisch Kranker im Rahmen von Unterbringungsmaßnahmen.

Er bleibt aber auch hinter Erwartungen zurück. Der Entwurf scheint sich über weite Strecken an einem Modell einer psychiatrischen Versorgung zu orientieren, das im wesentlichen aus den Elementen - um nicht zu sagen: aus dem Dreieck - "psychiatrisches Krankenhaus", "niedergelassene Ärzte" und "sozialpsychiatrischer Dienst" besteht. Die weitreichenden Entwicklungen der letzten Jahre, die zu einer zunehmenden Differenzierung und Flexibilisierung der Hilfeangebote geführt haben, finden auch in der Überarbeitung nicht oder nur unzureichend Niederschlag.

Ich bezweifle auch, daß die im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen ausreichen, die Zahl der Einweisungen nach PsychKG auf ein niedrigeres Maß zu senken.

Der Entwurf setzt keine Normen, was das Versorgungssystem insgesamt angeht. Dies erforderte natürlich auch eine deutliche Verbesserung der Finanzausstattungen der Kreise und Kommunen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach dem PsychKG. Wenn man Normen setzen würde, müßte man dies mit regeln, und genau da scheint mir das Problem zu liegen.

Lassen Sie mich kurz drei Kernpunkte des Gesetzentwurfes hervorheben, wobei ich im übrigen auf die Ihnen vorliegende sehr ausführliche schriftliche Stellungnahme verweise.

Erstens zu § 1 - Anwendungsbereich: Bislang reicht eine Selbstgefährdung oder eine Allgemeingefährdung aus, um den Anwendungsbereich des Gesetzes zu eröffnen. Künftig soll er auf die Fälle beschränkt werden, in denen aufgrund einer psychischen Krankheit eine Selbstgefährdung oder eine "Gefährdung bedeutender Rechtsgüter anderer" besteht.

Wir begrüßen dies ausdrücklich. Durch die Neuregelung wird der Anwendungsbereich des Gesetzes einerseits sinnvoll eingeschränkt, damit die zum Teil weitreichenden Eingriffe in die Persönlichkeitsrechte der Betroffenen nicht ohne Not vorgenommen werden. Andererseits bleibt, gerade auch im Gegensatz zum Referentenentwurf, über den Begriff der bedeutenden Rechtsgüter anderer auch die Sachgefahr, das heißt die Gefahr für Sachgüter von erheblichem Wert, vom Anwendungsbereich des Gesetzes umfaßt. Dies ist, wie alle Diskussionen mit Praktikern zeigen, erforderlich, um psychisch Kranke bei krankheitsbedingten Sachdelikten nicht zwingend über das Straf- oder Ordnungsrecht, sondern über das PsychKG helfend erfassen und behandeln zu können.

Daß das Gesetz insbesondere bei schwerwiegenden Eingriffen in die Rechte der Betroffenen restriktiv ausgelegt werden muß, ist für mich selbstverständlich. Eine solche zurückhaltende Anwendung entspricht dem Anliegen von § 3 des Gesetzentwurfes und sollte auch in diesem Zusammenhang, was die Sachgüter angeht, noch einmal in geeigneter Weise klargestellt werden.

Zum zweiten möchte ich § 18 Abs. 4 ansprechen, der aus meiner Sicht mißverständlich ist. Er lautet:

Die Behandlung der Betroffenen ist ohne ihre ausdrückliche Einwilligung oder die ihrer gesetzlichen Vertretung bei Lebensgefahr, bei erheblicher Gefahr für ihre Gesundheit und für die Gesundheit anderer Personen zulässig.

Das sind Fälle, in denen der Arzt im Grunde sowieso behandeln muß, will er sich nicht zum Beispiel einer unterlassenen Hilfeleistung schuldig machen. Ich meine, es kann nicht sein, daß untergebrachte Patienten nur verwahrt, aber nicht behandelt werden können. Mit der bloßen Unterbringung - sprich: Verwahrung - eines Patienten ist niemandem gedient.

Daher muß aus Sicht der Landschaftsverbände die Behandlung der Betroffenen, falls notwendig, auch ohne deren ausdrückliche Einwilligung möglich sein, wenn nur so einer der in § 11 Abs. 1 und 2 genannten Gefahren, insbesondere natürlich Lebensgefahr oder einer schwerwiegenden Gesundheitsgefahr für die Betroffenen oder Dritte, begegnet werden kann.

Wir schlagen daher folgende Formulierung vor:

Die Behandlung der Betroffenen ist ohne ihre ausdrückliche Einwilligung oder die ihrer gesetzlichen Vertreter zulässig, soweit sie unmittelbar auf die in § 11 Abs. 1 und 2 genannte Gefahr abzielt, insbesondere bei Lebensgefahr oder einer schwerwiegenden Gesundheitsgefahr für die Betroffenen oder Dritte.

Zum dritten möchte ich § 20, den Komplex der besonderen Sicherungsmaßnahmen, ansprechen. Hier bestehen aus unserer Sicht schwerwiegende Bedenken gegen die Regelung des

Abs. 2. Nach Satz 1 sind demnach bestimmte freiheitsbeschränkende Maßnahmen den Betroffenen vorher anzudrohen und zu begründen. In einer Krisensituation mit einer akuten Gefahr für Dritte ist es für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen nicht möglich, jede Zwangsmaßnahme vorher anzudrohen, wie es der Gesetzentwurf verlangt. Nach dem geltenden Gesetz war dies auch nicht erforderlich, da auf das Verwaltungsvollstreckungsgesetz zurückgegriffen werden konnte. § 69 Abs. 1 Satz 2 VwVG ermöglicht es, von einer Androhung abzusehen, wenn die Umstände dies nicht zulassen, insbesondere wenn die sofortige Anwendung des Zwangsmittels zur Abwehr einer Gefahr notwendig ist.

Wenn die besonderen Sicherungsmaßnahmen abschließend im PsychKG geregelt werden sollen, dann muß hier auch eine entsprechende Regelung aufgenommen werden. Im übrigen hat der Landesgesetzgeber eine solche Regelung auch bei der Novellierung des Maßregelvollzugsgesetzes aufgenommen. Nach § 22 Abs. 3 MRVG darf eine Androhung unterbleiben, wenn die Umstände dies nicht zulassen, insbesondere wenn unmittelbarer Zwang angewendet werden muß, um eine gegenwärtige Gefahr abzuwehren.

Ich empfehle daher dringend, diese oder eine vergleichbare Formulierung auch in das neue PsychKG zu übernehmen. Geschieht dies nicht, stehen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Kliniken vor Ort, wenn sie in Krisensituationen schnell die notwendigen Hilfen leisten wollen, vor großen Problemen, um nicht zu sagen: mit einem Bein im Gefängnis.

Lassen Sie mich abschließend nochmals feststellen, daß der Gesetzentwurf in vielen Bereichen auf dem richtigen Weg ist. Es wäre schön, wenn auch bei knappen öffentlichen Kassen die örtlichen Hilfeangebote mit klaren Vorgaben im Gesetz gestärkt werden könnten, um die Zahl der Unterbringungen langsam abzubauen. Dies machte sich langfristig bezahlt und - dies ist für mich entscheidend - hilft den betroffenen Menschen.

Die Unterbringung ist eine häufig notwendige und daher wichtige, aber auch für die Betroffenen persönlich sehr einschneidende Maßnahme. Wir müssen daher gemeinsam auf allen Ebenen alles tun, um die Hilfen zu stärken, die Unterbringungen verzichtbar werden lassen.

Vorsitzender Bodo Champignon: Nun möchte ich den Kollegen die Möglichkeit geben, zu den Ausführungen von Herrn Dr. Weyres und Herrn Kukla Fragen zu stellen. - Ich sehe, daß kein Nachfragebedarf besteht. Dann fahren wir in der Anhörung fort.

Margot Becker (Deutscher Berufsverband für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Heilpädagogik e. V.): Ich bin Mitglied und Vertreterin des Deutschen Berufsverbandes für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Heilpädagogik und zusätzlich bereits seit 15 Jahren Mitarbeiterin eines sozialpsychiatrischen Dienstes. Der Berufsverband zählt in Nordrhein-Westfalen etwa 1750 Mitglieder. Davon sind viele im Gesundheitswesen tätig. Als Berufsverband haben wir bereits am 15. Juni 1999 eine Stellungnahme abgegeben und Verbesserungsvorschläge zu einigen Paragraphen des PsychKG-Entwurfs gemacht.

Zusätzlich fordern wir als Berufsverband den Erhalt bzw. überhaupt die Aufnahme bzw. Festschreibung der Sozialarbeit, Sozialpädagogik in einem multiprofessionellen Team des sozialpsychiatrischen Dienstes, wie in den Expertenempfehlungen vorgeschlagen, um den Erfordernissen der Betroffenen in medizinischen und psychosozialen Belangen gerecht zu

werden. Die soziale Arbeit wirkt bereits seit Anfang des Jahrhunderts und ist weiterhin ein Bestandteil im Angebot von Beratung und Betreuung des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Die Berufsgruppe der Sozialarbeiter und Sozialpädagogen war früher im Rahmen der Gesundheitsfürsorge - heute "Gesundheitshilfe" genannt - mit fachlicher Kompetenz und eigenständigem Auftrag tätig und anerkannt.

Durch das Einfließen unterschiedlicher wissenschaftlicher Erkenntnisse im Rahmen der Ausbildung aufgrund des Berufsbildes der Sozialarbeiter/Sozialpädagogen und der berufsethischen Grundprinzipien besitzt der Sozialarbeiter/Sozialpädagoge im sozialpsychiatrischen Dienst die Kompetenz, die multifaktoriellen Ursachen, Umstände und Folgen sozialer und psychischer Probleme zu sehen und auf unterschiedlichen Ebenen zu bearbeiten. Der Arbeitsansatz ist die ganzheitliche Vorgehensweise, wobei das soziale Umfeld und die Defizite im persönlichen und gesellschaftlichen Bereich des Klienten, die durch die Erkrankung entstanden sind, berücksichtigt werden. Dieser ganzheitliche Ansatz ist auch eine Forderung, der im Gesetzentwurf enthalten ist, und wir denken, daß wir als Berufsgruppe der Sozialarbeiter/Sozialpädagogen im Rahmen des multiprofessionellen Teams diesem Ansatz gerecht werden.

Bei unserer Arbeit werden natürlich ebenfalls die gesunden Anteile gestützt und gestärkt. Das Ziel der Arbeit ist unter anderem der Erhalt, Erwerb bzw. Wiedererwerb sozialer Kompetenzen. Beispielhaft wurde ein Auszug der Tätigkeitsmerkmale der Stellungnahme beigefügt und dadurch die Notwendigkeit und die Wichtigkeit der Sozialarbeit/Sozialpädagogik im sozialpsychiatrischen Dienst noch einmal verdeutlicht.

Daher halten wir es für selbstverständlich, die Profession der Sozialarbeiter und Sozialpädagogen entsprechend ihrem Stellenwert in der jetzigen Praxis des sozialpsychiatrischen Dienstes zu berücksichtigen und in den entsprechenden Passagen des Gesetzentwurfes, vor allem in § 8, wo es um die Durchführung der Hilfen geht, und in § 26, wo es um die Ziele in der nachsorgenden Hilfe geht, zu verankern.

Schließlich schlagen wir vor, § 1 Abs. 2, in dem die Leitung des sozialpsychiatrischen Dienstes geregelt ist, zu ersetzen durch eine allgemein gehaltene Formulierung, und zwar sollte die Leitung von einer Person, die im Bereich der Psychiatrie weitergebildet ist bzw. zumindest eine in der Psychiatrie erfahrene Fachkraft ist, durchgeführt werden. In anderen Bundesländern werden zum Beispiel sozialpsychiatrische Dienste von unterschiedlichen Professionen, aber entsprechend fachlich vorgebildeten Personen geleitet. Das entspricht aus unserer Sicht nicht mehr der täglichen Realität.

Dr. Eckhard Gollmer (Landesarbeitsgemeinschaft Sozialpsychiatrischer Dienste NRW):
Im Namen des Vorstandes unserer Arbeitsgemeinschaft bedanke ich mich zunächst für Ihre Bereitschaft, unsere Beiträge zu der Diskussion zur Novellierung des PsychKG anzuhören. Ich danke an dieser Stelle auch den Mitarbeitern des Ministeriums, die schon im Vorfeld der Diskussion des Referentenentwurfes mit uns den Austausch gesucht hatten.

Unterbringungsgesetze erwecken oft den Eindruck, daß in erster Linie Regelungsbedarf im Zusammenhang mit der Freiheitsentziehung bei psychisch Kranken entsteht, einerseits unter dem Aspekt des Schutzes der Bevölkerung vor dem psychisch Kranken, andererseits mit dem

Aspekt der Verhinderung einer Krankenhausbehandlung. Wir wünschen uns ein Gesetz, das als Grundgedanken die bedarfsgerechte Versorgung psychisch Kranker zur Sicherung ihrer medizinischen, psychischen und sozialen Bedürfnisse in den Vordergrund stellt.

Der in § 2 der jetzt vorliegenden Fassung formulierte Grundsatz, bei allen Maßnahmen auf den Willen und die Bedürfnisse der Betroffenen besondere Rücksicht zu nehmen, ist uneingeschränkt zu begrüßen, andererseits aus medizinisch-psychiatrischer Sicht eine Selbstverständlichkeit. Die ausdrückliche Nennung dieses Grundsatzes im Gesetzestext wird nachvollziehbar, wenn man beachtet, daß das Gesetz versucht, das Verhältnis zwischen der Allgemeinheit und dem einzelnen sich zum Teil abweichend verhaltenden psychisch kranken Menschen unter angemessener und grundgesetzkonformer Beachtung der jeweiligen Rechte und Pflichten zu regeln.

Während die entsprechenden Paragraphen des Entwurfs der neuen Fassung die nach diesem Gesetz möglichen Interventionen gegen den Willen des Betroffenen auch nach den jeweiligen Begründungstexten explizit einschränken, bleibt zunächst offenbar unregelt, wie in sonstigen belastenden Situationen zukünftig ein Ausgleich zwischen den widerstreitenden Interessen der Allgemeinheit und des einzelnen psychisch Kranken tatsächlich erreicht werden soll. Hier müßte dann gegebenenfalls ausdrücklich auf die das Zusammenleben der Menschen in der Gesellschaft regelnden einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen, etwa des Ordnungsrechtes oder des Strafrechtes, hingewiesen und gegebenenfalls der Grundsatz ausdrücklich formuliert werden, daß auch ein psychisch kranker Mensch den allgemeinen Rechtsnormen wie jeder andere Bürger des Staates unterliegt, wenn Maßnahmen nach dem PsychKG nicht getroffen oder angewandt werden sollen. Dies erscheint uns wichtig zu betonen, da in der praktischen Arbeit vor Ort häufig von den verschiedenen ordnenden und regelnden Instanzen wechselseitig Verantwortungen zugeschrieben werden, wenn da keine Klarheit besteht.

Der vorgelegte Entwurf lehnt sich eng an Struktur und Gliederung des bisherigen Gesetzes an. Dies nehmen wir hin, da das PsychKG alter Fassung als erstes der Ende der 60er Jahre neuen Gesetze die Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke neben der Regelung einer möglichen Unterbringung von psychisch Kranken in den Vordergrund stellte. Die Beibehaltung dieses Prinzips wird ausdrücklich begrüßt und befürwortet.

Anliegen des Gesetzes muß es sein, Kriseninterventionen sowie auch mittel- und langfristige Hilfen zur Prävention von Krisen und Zuspitzungen ambulant, vorsorgend-vorbeugend oder auch nach stationärer Behandlung sicherzustellen. Insofern sollte genauer definiert werden, welches Netz an medizinischen und komplementären Angeboten vorzuhalten ist.

Die Hilfen sollen bedarfsgerecht und gemeindenah sein und müssen dokumentiert werden. Diese gerade ausgeführten Prinzipien erfordern die Verknüpfung der ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen sowohl bei der Planung als auch der Finanzierung nach Art kommunizierender Röhren. Die kommunale Beteiligung bei der Planung und Regelung der Pflichtversorgung muß gewährleistet sein. Es sollten die Standards für die Durchführung der Hilfen und damit die Aspekte der Qualitätssicherung der vorzuhaltenden Dienste und Institutionen, aber auch des sozialpsychiatrischen Dienstes genauer umrissen werden, wie es in den PsychKGs anderer Bundesländer schon erfolgt ist.

Unseres Erachtens ist die Einteilung in vorsorgende und nachgehende Hilfen, wie sie in §§ 3 bis 8 und 26 bis 28 getroffen ist, zu sehr auf den Vorrang der Krankenhausbehandlung bezogen und der heutigen psychiatrischen Versorgung nicht mehr angemessen. Zur Überwindung dieser Fixierung auf die Krankenhausbehandlung als eigentliches Kernstück der Behandlung eines psychisch Kranken schlagen wir vor, diese Hilfen - nämlich die vorsorgenden, nachgehenden und begleitenden Hilfen - als spezielle Hilfen für psychisch Kranke zusammenzufassen. Der Informationsfluß zwischen stationären und ambulanten Bereichen muß gesichert werden.

Anliegen des Gesetzes muß es sein - hier nehmen wir Bezug auf §§ 13 und 14 -, die Qualität aller sozialarbeiterischen, ärztlichen und sonstigen Äußerungen, Zeugnisse und Gutachten auf hohem Niveau sicherzustellen. Dies kann nicht allein durch die Bindung etwa an eine bestimmte Facharztqualifikation erreicht werden. Wichtig ist vielmehr, daß die individuellen und situativen Umstände im Einzelfall sorgfältig geprüft und umfassend erhoben werden, alle Möglichkeiten einer weniger belastenden, ambulanten Intervention geprüft werden und nur bei Fehlen alternativer Maßnahmen ein Zeugnis für die Unterbringung, gegebenenfalls auch die sofortige Unterbringung, abgegeben wird. Dies sollte im Regelfall in der häuslichen oder sonstigen Situation des Betroffenen und nur ausnahmsweise erst nach Zuführung etwa in eine Krankenhausambulanz erfolgen.

Zu §§ 10 und 18: Die vorgeschlagenen Regelungen zur ärztlichen Behandlung in § 18 Abs. 1 und 3 bezüglich der notwendigen Einwilligung der Betroffenen in eine Heilbehandlung stehen in Widerspruch zu § 10 Abs. 1, wonach es das Ziel der Unterbringung ist, die Gefahren abzuwenden und die Betroffenen nach Maßgabe dieses Gesetzes zu behandeln. Zumindest für die Dauer der Unterbringung sollte unseres Erachtens eine den anerkannten Regeln der Wissenschaft entsprechende Behandlung unter Einschluß der pharmako-, psycho- und soziotherapeutischen Techniken gewährleistet werden, da sich sonst die Unterbringung nicht von einer freiheitsentziehenden Maßnahme etwa im Strafvollzug unterscheiden würde und der sinnvolle Behandlungsversuch zugunsten eines reinen Freiheitsentzuges unterlassen würde.

Auch erscheint es fragwürdig, ob tatsächlich in jedem Fall einer Unterbringung eines behandlungsunwilligen Patienten ein Betreuungsverfahren zur Einrichtung einer gesetzlichen Vertretung zur Klärung dieser Frage durchgeführt werden sollte.

Die Situation vieler Patienten ist dadurch geprägt, daß sie zwar während einer stationären psychiatrischen Behandlung im Krankenhaus in der Regel die Behandlungsmaßnahmen von der im engen Sinne medizinisch-psychiatrisch-psychopharmakologischen Behandlung bis hin zu den fachlich anerkannt notwendigen pflegerischen, ergotherapeutischen und soziotherapeutischen Behandlungsanteilen im notwendigen Umfang erhalten können. Dies ist sicher wesentlich auch durch die PsychPV erreicht worden. Dies gilt aber nicht ohne weiteres vor oder nach einer Krankenhausbehandlung.

Aufgrund der zersplitterten Kostenzuständigkeiten im gegliederten Sozialleistungssystem außerhalb des stationären Bereiches ist die notwendige komplexe Behandlung bisher immer noch nur unzureichend gesichert, so daß im einzelnen Behandlungsfall beträchtliche Ressourcen dafür aufgewandt werden müssen, die einzelnen von unterschiedlichen Kostenträgern finanzierten Behandlungsanteile tatsächlich für den einzelnen Patienten zum richtigen Zeitpunkt zur Verfügung zu stellen. Dabei muß kritisch festgestellt werden, daß die aufgrund

dieser Voraussetzungen zweifellos unvermeidlichen Bemühungen, dies durch Strukturen wie zum Beispiel gesetzliche Betreuer für den einzelnen Betroffenen zu erreichen, immer ein Kurieren am Symptom bleiben müssen, da die strukturellen Interessen der unterschiedlichen Kostenträger gerade darauf gerichtet sind, in erster Linie ihre eigenen Ressourcen zu sparen.

In der fachlichen Diskussion um eine Novellierung des PsychKG schon in den vergangenen zehn Jahren hat dieser Gesichtspunkt immer wieder eine entscheidende Rolle gespielt. Gleichzeitig wurde aber allseits deutlich, also auch besonders bei uns kommunalen Mitarbeitern, daß aufgrund der Finanzlage der öffentlichen Hände und der unterschiedlichen politischen Interessen der beteiligten Gruppen an dieser Stelle eine Besserung der Situation im Sinne der Betroffenen nicht würde erreicht werden können, eben wegen der Verhältnisse in den öffentlichen Kassen und den Kassen der Sozialversicherung. Dieser fortbestehende Mangel des jetzigen Entwurfes war daher vorauszusehen, muß jedoch aus unserer Perspektive dennoch ausdrücklich benannt werden.

Er erfährt gegenwärtig eine besondere Akzentuierung durch den Umstand, daß - aus bestimmten fachlichen Konstellationen heraus durchaus begrüßenswert - auch weiterhin für die allgemeine psychiatrische Versorgung der Bevölkerung der Grundsatz gilt und auch gelten soll: ambulant vor stationär. Dies führt konsequenterweise in Nordrhein-Westfalen zu einer fortdauernden Diskussion um den weiteren Abbau von Betten in stationären Einrichtungen. Aus kommunaler Sicht kann diese Entwicklung zukünftig jedoch nur dann weiter sinnvoll unterstützt werden, wenn gleichzeitig verbindliche Regelungen dafür getroffen werden, daß die im stationären Bereich für die psychisch kranken Patienten abgebauten Behandlungs- und Versorgungsstrukturen tatsächlich im außerstationären Bereich aufgebaut werden. Dies erfordert die nachvollziehbare Umschichtung von Finanzmitteln vom stationären in den ambulanten und komplementären Bereich.

Aufgrund der geteilten Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten für die zugrunde liegenden Finanzierungsströme und wegen der daher zum Teil widersprüchlichen Interessen geschieht dies nicht in dem erforderlichen Umfang. Hier hat das PsychKG alter Fassung nur in begrenztem Umfang gegengesteuert. Der Entwurf der Neufassung geht aus den dargestellten Gründen nachvollziehbar, aber dennoch bedauerlicherweise darüber nicht hinaus.

Dr. Inge Theisohn (Sozialpsychiatrischer Dienst des Gesundheitsamtes der Stadt Köln):
Das Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten regelt auch weiterhin inhaltlich die Schnittstelle der Hilfen für psychisch Kranke, die auch zeitweise erzwungen werden müssen, und des Schutzes von Dritten. Dazu gehört, daß ihnen Hilfen angeboten werden müssen, auch wenn sie diese zu gewissen Zeiten nicht einfordern, diese Hilfen aber notwendig sind, um ein selbstbestimmtes Leben in der Gemeinschaft führen zu können.

Im gesamten Text des Gesetzes ist die Terminologie zeitgemäß und wenig diskriminierend gelungen, obwohl ich mich nach der heutigen Anhörung und auch vorher schon gefragt habe, ob "Betroffener" nicht doch wieder durch "Patient" ersetzt werden sollte, weil es tatsächlich um Krankheit geht und nicht um irgend etwas anderes.

Ich begrüße auch die gesetzlichen Festschreibungen der Information an sozialpsychiatrische Dienste, gesetzliche Betreuer usw., die neu ins Gesetz aufgenommen wurden, da Hilfen nur angeboten werden können, wenn der Hilfebedarf zeitnah bekannt ist.

Ich will hier nur zwei Problembereiche konkret ansprechen, die ich bei der Änderung des PsychKG sehe, weil sie mir aus der Erfahrung meiner Tätigkeit von 20 Jahren im sozialpsychiatrischen Dienst der Großstadt Köln besonders wichtig erscheinen.

Zu § 14 - Sofortige Unterbringung. Es kann dabei eigentlich nicht nur um eine Qualifizierung des Attestes, sondern es muß um eine Qualifizierung der Situation der sofortigen Unterbringung gehen, die sich nachher auch in einem fachärztlichen Unterbringungsattest auswirkt. Inhaltlich muß eine fachgerechte Krisenintervention durchgeführt werden, die auch die notwendige Zeit braucht, die im normalen ärztlichen Notdienst häufig gar nicht vorhanden ist, und im sozialpsychiatrischen Bereich das Hinzuziehen von Hilfsangeboten, um die Situation zu entaktualisieren, notwendig hat, um eine Zwangseinweisung abzuwenden.

Eine Ausnahme von dieser fachärztlich durchzuführenden Krisenintervention sehe ich bei alten Menschen und chronisch Alkoholkranken, wenn sie von Hausärzten lange Zeit behandelt werden und diese natürlich sowohl den Krankheitsverlauf und das soziale Umfeld gut kennen. Sie können dann quasi die "letzte" Möglichkeit des PsychKG als Eingriff in der Regel besser einschätzen als Fachärzte, die den Patienten in dieser Situation zum ersten Mal sehen.

Das gleiche gilt, wenn chronisch psychisch Kranke, was gar nicht selten ist, keinen niedergelassenen Psychiater, Nervenarzt oder Institutsambulanz aufsuchen, aber sich durch ihren Hausarzt behandeln lassen, der sich wiederum bei Fachkollegen psychiatrisch informiert. Auch dieser Hausarzt kann die Situation häufig besser einschätzen als ein Psychiater, der den Patienten in der Situation zum ersten Mal sieht.

In vielen Städten ist es so, daß diese Patienten häufig über Allgemeinkrankenhäuser eingewiesen werden. Das hieße für mich, daß im Allgemeinkrankenhaus die Möglichkeit eines psychiatrischen Konsildienstes bei Bedarf zeitnah erfolgen müßte und nicht wie derzeit ein- oder zweimal in der Woche.

Da psychiatrische Krisen rund um die Uhr stattfinden, ist für mich die Einrichtung eines psychiatrischen Notdienstes der Kassenärztlichen Vereinigung im Rahmen des Sicherstellungsauftrages unabdingbar notwendig. Ich habe das vorher schon damit begründet, daß es um die Einweisungssituation geht. Dieser Notdienst sollte möglichst durch psychosoziale Kompetenz flankiert werden, zum Beispiel von psychosozial erfahrenen Mitarbeitern aus dem Bereich Krankenpflege, Sozialarbeit, Psychologie, wie sie in vielen Diensten in der Stadt zur Vor- und Nachsorge psychisch Kranker vorhanden sind, zum Beispiel im Rahmen der Einzelfallhilfe, finanziert durch die Kommune.

Dabei ist mir klar, daß Qualifizierung und Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker mit Kostenneutralität nicht zu erreichen sein wird. Trotzdem ist ein solcher erweiterter Notdienst seit Jahren sinnvoll und notwendig, insbesondere seit viele chronisch psychisch Kranke nicht mehr auf Dauer oder zumindest für einen längeren Zeitraum in psychiatrischen Kliniken untergebracht sind und auch nicht mehr in rund um die Uhr betreuten Wohnheimen, sondern - das begrüßen wir alle - ganz normal in der Gemeinde leben, dafür aber auch nicht selten außerhalb üblicher Öffnungszeiten von Arztpraxen und Diensten in Krisen geraten.

In Dienstzeiten des sozialpsychiatrischen Dienstes könnte dieser verstärkt in Zusammenarbeit mit den behandelnden niedergelassenen Nichtfachärzten tätig werden, allerdings nicht in den Allgemeinkrankenhäusern; dies müßte anders geregelt werden. Zur Vermeidung von PsychKGs wäre dann aber auch eine Notfallbehandlungsmöglichkeit der sozialpsychiatrischen Dienste notwendig, weil sie sonst ihre ärztliche Kompetenz nicht ausschöpfen können und das auch vor Ort wirklich dringlich wäre.

Alle diese zusätzlichen Kriseninterventionen werden allerdings in sozialpsychiatrischen Diensten in ihrer derzeitigen Personalkapazität nicht zusätzlich zu auch sonst abklärenden Vor- und den Nachsorgeaufgaben leistbar sein.

Zu § 18 - Behandlung während der geschlossenen Unterbringung. Ich begrüße, daß mit den Betroffenen und den Vertrauenspersonen der Behandlungsplan abgesprochen werden muß. Dabei geht es mir nicht um einen genau schriftlich festgelegten Behandlungsplan, sondern darum, daß es einfach klar ist, daß man mit dem Menschen in seiner jeweiligen Situation und vielleicht auch täglich wechselnd bespricht, warum was an Behandlung stattfindet. Das scheint mir zur Zeit nicht immer gegeben.

Starke Bedenken habe ich jedoch, wenn Behandlung im Rahmen des PsychKG nur noch als Krisenintervention gesehen wird und ich bei einer umschriebenen, besonders von chronischen Psychosen betroffenen Gruppe schon heute erlebe, daß diese Kriseninterventionen immer kürzer gefaßt werden, auch im Sinne der Krankenkassen - zu kurz, um beim Betroffenen Stabilisierung, Krankheitseinsicht und die positive Wirkung der Behandlung zu erfahren.

Die Entlassung erfolgt häufig in der Phase, in der die Nebenwirkungen der Medikamente die gewünschte Hauptwirkung überwiegen. Wenn keine adäquate Behandlung erfolgt, wird es zur Zunahme der Drehtürsituation kommen: Patienten verlassen zu früh die Klinik, setzen die Behandlung nicht fort, lehnen nachsorgende Hilfen ab und gefährden massiv ihre Wiedereingliederung. Dies ist sicher ein Problem, das ich in der Großstadt Köln mehr sehe als in vielen ländlichen Bereichen, da sich von Jahr zu Jahr in ansteigendem Maße zeigt, daß Patienten dieser Art vom sozialen Abstieg bedroht sind, in der Nichtsehaftenszene auftauchen und sogar dort nicht auffangbar sind und bei weiteren chronischen Störungen Dritter mit der Frage der forensischen Unterbringung bedroht sind. Nach dem, was mir über die Situation in der Forensik bekannt ist, scheint dies nicht der Weg zu sein, der die Rechte und den Schutz von Patienten fördert. Dies trifft natürlich nur für einen umschriebenen, aber doch nicht zu vernachlässigenden Teil der Zwangsuntergebrachten zu.

Nach dem Gesetzentwurf sollen bei Nichteinsichtsfähigkeit und Ablehnung der Behandlung während der geschlossenen Unterbringung sehr schnell gesetzliche Betreuungen für die Behandlung eingeleitet werden. Dies erleben die Betroffenen häufig gerade bei Erst- und Zweiterkrankung als noch diskriminierender, insbesondere solange gesetzliche Betreuungen Erwachsener vom Vormundschaftsgericht beschlossen werden, als stationäre Unterbringung und Behandlung im Rahmen des PsychKG. Die Behandlung im umfassenden Sinne ist für mich ein nicht abzuspaltender Teil der geschlossenen Unterbringung - so beschreibt es auch § 10 -, sonst wäre der Aufenthalt im Krankenhaus gegen den Willen des Betroffenen primär nur wieder eine Ordnungsmaßnahme.

Hermann-Josef Arentz (CDU): Frau Dr. Theisohn, Sie haben das Problem angesprochen, ob für die Unterbringung ein fachärztliches Gutachten oder ein allgemeines ärztliches Gutachten notwendig bzw. sinnvoll ist. Sie haben das nach unterschiedlichen Gruppen auch etwas differenziert. Gibt es Erkenntnisse aus dem sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes in Köln - da haben wir es mit einer Menge an Unterbringungen zu tun -, ob es einen nachweisbaren Qualitätsunterschied zwischen ärztlichen und fachärztlichen Gutachten bei Unterbringungen gibt?

Dr. Inge Theisohn: Das gibt es sicher, wobei in der Großstadt Köln die leider sehr hohe PsychKG-Rate zu 50 % durch ganz kurze Kriseninterventionen bedingt ist, die in der Regel etwas mit Sucht zu tun haben. Ansonsten ist schon zu sehen, daß, wenn Fachärzte beteiligt sind, die Qualität des Gutachtens deutlich besser ist, und ich nehme auch an, daß zum Teil die Kriseninterventionen besser sind. Aber wenn die Krisenintervention gefruchtet hat, erleben wir es eh nicht. Denn dann ist es unter Umständen nicht zum PsychKG gekommen.

Hermann-Josef Arentz (CDU): Gibt es zu dem Thema möglicherweise Daten oder Untersuchungen, die Sie uns noch zugänglich machen könnten? Ich glaube, das ist ein wichtiger Punkt, an dem wir versuchen müssen, auch ein Stück mehr Sicherheit für die eigene Entscheidung zu gewinnen.

Dr. Inge Theisohn: Wir haben im Rahmen einer AB-Maßnahme begonnen, den gesamten Jahrgang 1998 aufzuarbeiten. Leider kann ich daraus bisher nur Teile berichten. Die AB-Maßnahme ist glücklicherweise vor wenigen Tagen verlängert worden, so daß ich zu dieser Frage in einem halben oder in einem Jahr hoffentlich eine ausführlichere Stellungnahme abgeben könnte.

Hermann-Josef Arentz (CDU): Da wir bedauerlicherweise vorher entscheiden müssen, wäre meine Frage, ob Sie schon jetzt etwas zu den bisherigen Ergebnissen sagen können.

Dr. Inge Theisohn: Es ist zu sehen, daß eine Verbesserung zu erreichen wäre, wenn in diesen Situationen eine echte Krisenintervention stattfindet. Dabei muß ich sagen: In Köln besteht wahrscheinlich eine andere Situation als in vielen anderen Regionen. Hier werden psychisch Kranke, die außerhalb üblicher Dienstzeiten auffallen, insbesondere in die Ambulanzen von Allgemeinkrankenhäusern gebracht. Das ist eine ganz erhebliche Anzahl. Die Allgemeinkrankenhäuser berichten dann einfach, daß sie im Rahmen ihrer Gesamtnotfallaufnahme nicht die Möglichkeit und die Zeit haben, in diesem Fall eine sehr fundierte Krisenintervention zu machen. Hier wäre mit einer verbesserten fachärztlichen und vielleicht auch sozialen Kompetenz zur Abklärung und zum Angebot sicher eine deutliche Verbesserung zu erreichen.

Dinge dieser Art wurden angedacht, sind aber bisher an fehlender Finanzierung gescheitert. Aber möglich wäre es, soweit ich das im Bereich der Großstadt übersehe, ganz sicher. So wird es auch von den Krankenhäusern gesehen.

Vorsitzender Bodo Champignon: Weitere Wortmeldungen sehe ich nicht. Dann sind wir am Ende der heutigen Anhörung.

Ich danke Ihnen allen ganz herzlich für Ihr Kommen, für Ihre Wortbeiträge und für Ihre schriftlichen Stellungnahmen.

Ich schließe die Sitzung und wünsche Ihnen einen guten Heimweg.

gez. Bodo Champignon

Vorsitzender

28.09.1999 / 30.09.1999

370