

⇒ TELEFAX TELEFAX TELEFAX TELEFAX TELEFAX ⇐

**EILT EILT**

Gesundheitsamt der Stadt Köln  
Sozialpsychiatrischer Dienst  
Abt. 53/534  
Neumarkt 15 - 21  
50667 Köln

20.09.1999  
Frau Dr. Theisohn/Frau Frerk  
Standard / Central call numbers:  
☎ (0221) 221 - 2 47 10  
Telefax : (0221) 221 - 2 40 07

An / Pour / To

Ausschusseksretariat  
Herrn Schlichting

Telefax Nr.: 0211 884 3002

**Information: Gesetzentwurf PsychKG**

Sehr geehrter Herr Schlichting

meine Stellungnahme per Fax zum Psychisch-Krankenhilfe-Gesetz für das Hearing  
am 22.09.1999

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag

*Theisohn*  
Dr. Theisohn

LANDTAG  
NORDRHEIN-WESTFALEN  
12. WAHLPERIODE  
**ZUSCHRIFT**  
**12/3277**  
A01 + A15

Anzahl der nachfolgenden Seiten:  
Toutes les pages après cette feuille:  
Total pages after this page:

3

Bei unvollständigem Empfang bitte Nachricht an:  
N'avez pas reçu toutes les pages correctement, informez, s.v.p.:  
If not properly received, please call:

☎ 0221 - 221 - 2 47 10

Telefax: 0221 - 221 - 2 40 07

53  
53420.09.1999/fr  
Frau Dr. Theisohn, R 2 47 10**Stellungnahme zum Referentenentwurf des Gesetzes für Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten**

Das Psychisch-Krankenhilfe-Gesetz regelt auch weiterhin inhaltlich die Schnittstelle der Hilfen für psychisch Kranke (die auch zeitweise erzwungen werden müssen) und des Schutzes von Dritten. Dabei stimme ich dem Leitbild der Gesetzesänderung, daß die Rechte psychisch Kranker so wenig wie möglich eingeschränkt werden, voll zu z.B. §§ 2,17,18,19,20. 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 (§ 4 1+2). Im gesamten Text des Gesetzes ist die Terminologie zeitgemäß und wenig diskriminierend gelungen.

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

In Anbetracht der vielen Experten der Anhörung will ich hier nur zwei Problembereiche sehr konkret ansprechen, die ich bei der Änderung des PsychKG sehe, weil sie mir besonders wichtig erscheinen aus der Erfahrung meiner Tätigkeit von 20 Jahren im Sozialpsychiatrischen Dienst einer Großstadt:

**§ 14      Sofortige Unterbringung**

Die Qualifizierung sofortiger Unterbringung durch die Notwendigkeit eines fachärztlichen Unterbringungsattestes oder zumindest das Attest eines in der Psychiatrie erfahrenen Arztes ist zu begrüßen. Hierbei kann es aber nicht nur um ein qualifiziertes Attest gehen, sondern inhaltlich muß dies mit einer fachgerechten Krisenintervention verbunden sein, die auch die notwendige Zeit zur Verfügung hat und durch z.B. Hinzuziehen von Hilfsangeboten die Situation zu entaktualisieren sucht, um eine Zwangseinweisung abzuwenden.

Eine Ausnahme davon wäre inhaltlich sinnvoll, wenn behandelnde Hausärzte (z.B. Allgemeinmediziner / Internisten) insbesondere

- bei alten Menschen und chronisch Alkoholkranken den Krankheitsverlauf und das soziale Umfeld gut kennen - sie können dann die „letzte“ Möglichkeit PsychKG in der Regel besser einschätzen als Fachärzte, die den Patienten das erste mal sehen.

- wenn der chronisch psychisch Kranke keinen niedergelassenen Psychiater / Nervenarzt oder die Institutsambulanz aufsucht, sich durch seinen Hausarzt aber psychiatrisch behandeln läßt und dieser, in Rücksprache mit einem niedergelassenen Psychiater, einer psychiatrischen Klinik oder dem Sozialpsychiatrischen Dienst, die Behandlung durchführt - kann der Hausarzt die Situation auch besser einschätzen als ein Psychiater, der den Patienten zum ersten Mal sieht.
- Für stationäre Patienten in Allgemeinkrankenhäusern hieße dies, daß das Allgemeinkrankenhaus auf einen psychiatrieausgebildeten oder psychiatrieerfahrenen Konzildienst bei Bedarf zeitnah zurückgreifen müßte.

Da psychiatrische Krisen rund um die Uhr stattfinden, ist für mich damit die Einrichtung eines psychiatrischen Notdienstes der Kassenärztlichen Vereinigung im Rahmen des Sicherstellungsauftrages unabdingbar notwendig. Dieser Notdienst sollte, wenn möglich flankiert werden durch psychosoziale Kompetenz (z.B. von psychosozial erfahrenen Mitarbeitern aus dem Bereich Krankenpflege, Sozialarbeit, Psychologen etc.) - z.B. im Rahmen der Einzel-fallhilfe - finanziert durch die Kommune.

Die Qualifizierung und Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker wird mit Kostenneutralität nicht zu erreichen sein.

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 - auch nicht mehr in rund um die Uhr betreuten Wohnheimen -, sondern in der Gemeinde leben und nicht selten - außerhalb üblicher Öffnungszeiten von Arztpraxen und Diensten - in Krisen geraten. In Dienstzeiten des Sozialpsychiatrischen Dienstes könnte dieser verstärkt in Zusammenarbeit mit behandelnden niedergelassenen Nichtfachärzten tätig werden (nicht in Allgemeinkrankenhäusern). Zur Vermeidung von PsychKG's wäre dann aber eine (Notfall) - Behandlungsmöglichkeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes notwendig.

Alle diese zusätzlichen Kriseninterventionen werden SpD's in ihrer derzeitigen Personalkapazität nicht zusätzlich zu Vor- und Nachsorgeaufgaben leisten können.

### **§ 18 Behandlung während der erzwungenen Unterbringung**

hier begrüße ich ausdrücklich, daß mit dem Betroffenen und seiner Vertrauensperson Behandlungsplan und Behandlung abgesprochen werden müssen. Starke Bedenken habe ich jedoch, wenn Behandlung im Rahmen des Psychisch-Krankenhilfe-Gesetzes nur noch als Krisenintervention gesehen wird und ich bei einer umschriebenen - besonders von chronischen Psycho-

sen betroffenen Gruppe - hier schon heute erlebe, daß diese Krisenintervention immer kürzer gefaßt wird - zu kurz, um beim Betroffenen Stabilisierung, Krankheitseinsicht und die positive Wirkung der Behandlung zu erfahren. (Entlassung noch in der Phase, wo die Nebenwirkungen der Medikamente überwiegen vor der gewünschten Hauptwirkung) 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. Diese Patienten sehen wir in der Großstadt Köln in von Jahr zu Jahr ansteigendem Maße von massivem sozialen Abstieg bedroht, auch in der Nichtseßhaftenszene kaum auffangbar oder - bei weiteren chronischen Störungen Dritter mit der Frage der forensischen Unterbringung bedroht.

Dies trifft nur für einen umschriebenen aber nicht zu vernachlässigenden Teil der Zwangsuntergebrachten zu.

Nach dem Gesetzesentwurf sollen bei Nichteinsichtsfähigkeit und Ablehnung der Behandlung während der geschlossenen Unterbringung sehr schnell gesetzliche Betreuungen für die Behandlung eingeleitet werden. Dieses erleben die Betroffenen häufig (insbesondere bei Erst- oder Zweiterkrankung) als noch diskriminierender (insbesondere solange gesetzliche Betreuungen - Erwachsener - vom „Vormundschaftsgericht“ beschlossen werden) als eine stationäre Unterbringung und Behandlung im Rahmen des Psychisch-Krankenhilfe-Gesetzes.

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.

*Richter*