



Die Ministerin

MGEPA Nordrhein-Westfalen • 40190 Düsseldorf

An die
Präsidentin des Landtags
Nordrhein-Westfalen
Frau Carina Gödecke MdL
Platz des Landtags 1
40221 Düsseldorf



**Bericht an den Landtag über die Evaluierung von Gesetzen und
Verordnungen aus dem Geschäftsbereich des Ministeriums für
Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW**
Erfüllung von Berichtspflichten zum 31.12.2014

16. Januar 2015

Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen
Krankheiten (PsychKG)

Sehr geehrte Frau Landtagspräsidentin,

gemäß § 37 PsychKG übersende ich Ihnen in der Anlage den Bericht
zur Evaluierung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei
psychischen Krankheiten (PsychKG NRW).

Mit freundlichen Grüßen

Barbara Steffens

Hörionplatz 1
40213 Düsseldorf
www.mgepa.nrw.de

Telefon +49 211 8618-4300
Telefax +49 211 8618-4550
barbara.steffens@mgepa.nrw.de

Öffentliche Verkehrsmittel:
Rheinbahn Linien 704, 709
und 719 bis Haltestelle
Landtag/Kniebrücke

Bericht der Landesregierung über die Erfahrungen mit dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) vom 17. Dezember 1999 (SGV.NRW. 2128)

1. Vorbemerkung/Sachverhalt

Gemäß § 37 PsychKG, zuletzt geändert durch Artikel 3 Nr. 10 des Gesetzes zur Änderung gesundheitsrechtlicher Vorschriften vom 8. Dezember 2009 (GV.NRW. S. 750-756), ist dem Landtag ein Bericht über die Erfahrungen mit dem Gesetz bis zum 31.12.2014 vorzulegen.

Dem Bericht zugrunde liegen Erkenntnisse der Landesregierung aus ihrer Aufsichtsfunktion über die für die Unterbringung zuständigen Kliniken sowie unteren Gesundheitsbehörden und aus Berichten der Betreuungsgerichtsbarkeit, der örtlichen Ordnungsbehörden und der Polizei bei geleisteter Vollzugshilfe. Ferner wurden Berichte der Besuchskommissionen anlässlich ihrer jährlichen Begehungen gemäß § 23 Abs. 2 PsychKG wie auch anlassbezogene Berichte von Bezirksregierungen und unteren Gesundheitsbehörden sowie Petitionen, Eingaben, die höchstrichterliche Rechtsprechung im Zusammenhang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen und Zwangsbehandlung, die statistischen Erhebungen des Landeszentrums Gesundheit (LZG) zum Unterbringungsgeschehen und die Auswirkungen der UN-Behindertenrechtskonvention ausgewertet. Zudem beruht der Evaluationsbericht auf eigens eingeholten Stellungnahmen von

- Betroffenen- und Angehörigenvertretungen,
- den Verbänden der mit der Anordnung und Umsetzung des PsychKG befassten Berufsgruppen (insbesondere Richterschaft, Ärzteschaft, Pflegekräfte) und Behörden,
- den Verbänden bzw. Vertretungen der für die Unterbringung zuständigen Einrichtungen und Träger,
- den Verbänden bzw. Vertretungen der mit den vor- und nachsorgenden Hilfen befassten Einrichtungen und Dienste und
- den Verbänden der Sozialleistungsträger.

2. Umsetzung der gesetzlichen Regelungen

Aus Sicht der Landesregierung und unter Berücksichtigung der vorgenannten Stellungnahmen, Berichte und Eingaben haben sich die Regelungen des nordrhein-westfälischen PsychKG überwiegend als sachgerecht erwiesen und in weiten Teilen bewährt. Im Rahmen der Wahrnehmung der Aufsichtspflicht und bei der Auswertung der vorliegenden Materialien haben sich dennoch Anhaltspunkte für Umsetzungsprobleme und Weiterentwicklungsbedarf gezeigt.

Die folgende detaillierte Berichterstattung gliedert sich nach den Abschnitten des Gesetzes:

- Anwendungsbereich und Grundsatz (2.1)
- Allgemeine Bestimmungen über die Hilfen (2.2)
- Vorsorgende Hilfen (2.3)
- Unterbringung (2.4)
- Nachsorgende Hilfen (2.5)

2.1 Anwendungsbereich und Grundsatz

Das PsychKG NRW regelt für Menschen mit psychischen Erkrankungen die Hilfemöglichkeiten und die Schutz- und Unterbringungsmaßnahmen, sofern gewichtige Anhaltspunkte für eine Selbstgefährdung oder eine Gefährdung bedeutender Rechtsgüter Anderer auf Grund der psychischen Erkrankung bestehen.

Der Anwendungsbereich für die Hilfen umfasst Personen, die psychisch erkrankt sind und auch Personen, bei denen Anzeichen einer psychischen Erkrankung bestehen. Zudem sollen auch die Folgen der Erkrankung Anlass für Hilfeangebote sein.

Psychische Krankheiten im Sinne dieses Gesetzes sind behandlungsbedürftige Psychosen sowie andere behandlungsbedürftige psychische Störungen und Abhängigkeitserkrankungen von vergleichbarer Schwere.

Den Anwendungsbereich auf behandlungsbedürftige psychische Erkrankungen zu beschränken und den Schweregrad zu berücksichtigen, hat sich grundsätzlich bewährt.

Den Anwendungsbereich in Bezug auf Schutz- und Unterbringungsmaßnahmen auf die behandlungsbedürftige Erkrankung und die Fremd- oder Selbstgefährdung auszurichten, ist fachlich und rechtlich geboten. Nähere Ausführungen sind dem Kapitel 2.4 zu entnehmen.

Angeregt wird seitens der Ärzteschaft, zum Teil von den Kommunen und auch von Betroffenenvertretungen, dass Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen sowie Menschen mit geistiger Behinderung als eigener Personenkreis explizit im PsychKG aufgeführt werden und die für diesen Personenkreis abweichenden und erforderlichen Vorgehensweisen sowie Zuständigkeiten benannt werden. Hier ist auf den Grundsatz des § 2 PsychKG NRW hinzuweisen, dass auf den Willen und die Bedürfnisse der Betroffenen besonders Rücksicht zu nehmen ist. Dies gilt sowohl für die besonderen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen als auch von Menschen mit geistiger Behinderung. Zudem ist im § 3 PsychKG NRW klargestellt, dass die Hilfen Betroffenen aller Altersstufen zuteilwerden sollen.

Zu prüfen wäre, unter Bezug auf die UN-Behindertenrechtskonvention, einen Hinweis auf die Barrierefreiheit der Angebote im Bereich der Hilfe- und Schutzmaßnahmen aufzunehmen.

2.2 Allgemeine Bestimmungen über die Hilfen für psychisch Kranke

Die allgemeinen Bestimmungen stellen Ziel und Art der anzubietenden Hilfen sowie den Anspruch auf individuelle Hilfe, die Trägerschaft der Hilfen und die Notwendigkeit von Zusammenarbeit mit anderen Beteiligten heraus. Damit werden Strukturvorgaben für bedarfsgerechte Hilfen und die Rahmenbedingungen abgesteckt.

Zu prüfen wäre im Zuge einer Novellierung, den Vermittlungsauftrag der unteren Gesundheitsbehörden stärker zu betonen. Eine Vielzahl von Hilfen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen im Bereich der Behandlung, Rehabilitation und Pflege liegt nicht in der direkten Leistungszuständigkeit der Kommunen, sondern bei anderen Sozialleistungsträgern.

Um die Vermittlung bzw. Sicherstellung der Hilfen und die verbindliche Zusammenarbeit in der Region zu erleichtern, wäre zu prüfen – wie es auch in einzelnen Stellungnahmen vorgeschlagen wird - einen Auftrag an die Träger der Hilfen (Kreise und kreisfreien Städte) aufzunehmen, dass diese auf kooperative Verbundstrukturen bezüglich der Sicherstellung und Qualitätssicherung der Leistungserbringung hinwirken. In zehn Regionen haben sich in NRW bereits Leistungserbringerverbünde (Gemeindepsychiatrische Verbünde) etabliert und bewährt.

Die in Stellungnahmen von Trägern der Gemeindepsychiatrie bzw. Wohlfahrtspflege enthaltene Anregung, vermehrt von der Möglichkeit des Weisungsrechts nach § 5

PsychKG Gebrauch zu machen, um bestehende Strukturen wie Kontakt- und Beratungsstellen zu nutzen und flächendeckende, aufsuchende Krisendienste rund um die Uhr verpflichtend vorzuhalten, kann nur eingeschränkt aufgegriffen werden (siehe auch 2.3). Hier ist anzumerken, dass das Land nur die Weisungsmöglichkeit für die Kreise und kreisfreien Städte hat. Kontakt- und Beratungsstellen und Krisendienste können aber nicht allein über die Kommunen finanziell gesichert werden. Zur Sicherstellung sind auch die Träger der Eingliederungshilfe und die Krankenkassen einzubinden. Hier wäre zu prüfen, inwieweit regionale Steuerungsstrukturen der Leistungsträger im Sinne von Steuerungsverbänden ein geeignetes Instrument wären, um Versorgungslücken zu verifizieren und im Rahmen der gesetzlichen Zuständigkeiten zu schließen. Die kommunalen Gesundheitskonferenzen nach dem ÖGDG NRW und die regionalen Arbeitsgemeinschaften nach § 14 SGB IX bieten hier Anknüpfungsmöglichkeiten.

2.3 Vorsorgende Hilfen für psychisch Kranke

Vorsorgende Hilfe soll sicherstellen, dass rechtzeitig Behandlung und psychosoziale Hilfe geleistet und so auch Eigen- und Fremdgefährdung bzw. Unterbringung vermieden wird. Es ist eine im Gesetz verankerte Aufgabe der Sozialpsychiatrischen Dienste, Sprechstunden anzubieten und bei Hinweisen aufsuchend tätig zu werden. Insbesondere in akuten Krisen ist schnelle Hilfe erforderlich. Eine umfängliche Ansprechbarkeit bzw. Krisenhilfe am Abend, am Wochenende bzw. rund um die Uhr zu gewährleisten, ist den Sozialpsychiatrischen Diensten unter den aktuellen Rahmenbedingungen nicht möglich. Die personelle Ausstattung bzw. die Sicherstellung der Aufgaben der sozialpsychiatrischen Dienste, deren Verbesserung in mehreren Stellungnahmen eingefordert wird, ist Aufgabe der Kommunen.

Eine große Mehrheit der Stellungnahmen aus allen Fachkreisen beinhaltet die Aussage, dass durch einen Mangel an aufsuchenden, niedrigschwelligen Krisendiensten eine notfallmäßige Krisenhilfe außerhalb der Regelarbeitszeiten in vielen Regionen des Landes nur eingeschränkt möglich ist. So monieren die Fachverbände der Kinder- und Jugendärzte, dass eine flächendeckende, kurzfristig erreichbare Hilfe in Krisensituationen für Betroffene im Kindes- und Jugendalter nicht oder nicht ausreichend vorhanden ist. Es wurde bereits in den Ausführungen zur Weisungsmöglichkeit unter 2.2 darauf hingewiesen, dass die Hilfen in akuten psychischen Krisen nicht allein Aufgabe der Kommune sind. So sind ärztliche Notdienste hier genauso zu

nennen wie die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser mit ihren Ambulanzen bzw. Notfalldiensten. Auch gehört es zu den Aufgaben der Eingliederungshilfen nach dem SGB XII, zum Beispiel bei der Wohnbetreuung Krisenbereitschaft vorzuhalten. Entsprechend regen auch die Fachverbände der Ärzteschaft (ambulant wie stationär) an, ärztliche Kompetenz vermehrt im Bereich der Krisenintervention einzubinden, dies auch gerade im Vorfeld einer Krankenhausaufnahme. Denkbar wäre, eine Finanzierung im Sinne einer Komplexleistung sicherzustellen. Dies wäre jedoch nicht im Rahmen des PsychKG zu regeln. In einzelnen Regionen zeichnen sich hierzu schon Lösungsmodelle ab (z.B. in Münster, Bielefeld, Bochum).

Eine Krisenhilfe ist oft allein nicht ausreichend. Auch anschließende Behandlungs-, Betreuungs- und Beratungsangebote müssen sichergestellt sein. Die kommunalen Spitzenverbände, die Vertretungen der Krankenhäuser, aber auch die Wohlfahrts- und Betroffenenverbände monieren, dass lange Wartezeiten in der akuten Krisensituation für den ambulanten fachärztlichen und psychotherapeutischen Bereich zu erwarten sind. Es wird eine entsprechende Bedarfsplanung zur flächendeckenden Sicherstellung gefordert. Zudem werden zur besseren Versorgung ausreichende Hilfen nach dem fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) - wie z.B. die psychiatrische häusliche Krankenpflege oder die Soziotherapie - angemahnt, da bisher diese Leistungen nicht im erforderlichen Umfang angeboten oder genehmigt werden und so der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit nicht ausreichend unterstützt werden kann. Darüber hinaus berichten die Fachverbände der Leistungserbringer, dass sie aufgrund ihrer personellen Ausstattung nicht in der Lage sind, ihren durch Sozialgesetzgebung zugeordneten Aufgaben der Vorsorge in geeigneter Weise nachzukommen. Insbesondere Koordinationsleistungen, die in dem gegliederten System der Hilfen erforderlich sind, können sie nicht im vollen Umfang erbringen. Sie sprechen sich auch für bessere gesetzliche Rahmenbedingungen bezüglich intensiver ambulanter Behandlungsangebote (z.B. Home-Treatment) aus.

Diese Aspekte der Unterversorgung im Bereich der medizinischen und psychosozialen Leistungen nach den Sozialgesetzbüchern lassen sich nicht durch ein Landesgesetz wie das PsychKG lösen. Hier gilt es, in einer zukünftigen Landespsychiatrieplanung unter Beteiligung der Leistungsträger Lösungswege unter Einschluss von Initiativen in Richtung Bundesebene zu entwickeln.

Die Verfahrenswege der unteren Gesundheitsbehörden bei Hinweisen auf Fremd- oder Selbstgefährdung (Einladung zur Untersuchung, Hausbesuch) werden als geeignet angesehen. Aus Sicht des Landes besteht hier kein Novellierungsbedarf.

2.4. Unterbringung

Mit der Veranlassung einer Unterbringung wird der Bereich der freiwilligen bzw. mit freiem Willen in Anspruch genommenen Hilfen – teilweise auch schon bei der Untersuchung im Vorfeld - verlassen. Die zwangsweise Unterbringung ist zum Schutz bei bzw. zur Überwindung von erheblicher Selbst- und Fremdgefährdung vorgesehen und unterliegt verbindlich vorgegebenen Verfahrensregeln. Im Rahmen der Unterbringung können sich bei fremd- und selbstgefährdendem Verhalten Fragen nach der Anwendung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen und Zwangsbehandlung als Ultima Ratio stellen.

Die zwangsweise Unterbringung und die ggf. im Einzelfall nach sorgfältiger Abwägung angeordneten weiteren Zwangsmaßnahmen stellen erhebliche Eingriffe in das Selbstbestimmungsrecht und die Menschenwürde und damit in die Grundrechte der Betroffenen auf Selbstbestimmung und körperliche Unversehrtheit dar. Das Selbstbestimmungsrecht gilt grundsätzlich auch für psychisch kranke und behinderte Menschen uneingeschränkt. Ihnen steht das Recht auf Krankheit und „objektiv“ unvernünftige Entscheidungen in gleicher Weise zu wie allen anderen Menschen. Nur durch das höhere Gut des Schutzgedankens bei erheblicher gegenwärtiger Fremd- und Selbstgefährdung lässt sich eine Einschränkung dieser Rechte rechtfertigen.

Verfahrensregelungen und Sicherheitsmechanismen wie die des ärztlichen Zeugnisses sind hier unabdingbar. Sie unterliegen hohen Anforderungen, die vom Bundesverfassungsgericht in der jüngeren Vergangenheit auch deutlich formuliert worden sind. Aber auch im Laufe der Unterbringung ist fortlaufend abzuwägen, inwieweit diese weitgehenden Eingriffe zum Schutz und zum Wohl der Betroffenen gerechtfertigt sind.

Die landesweite Erfassung der Unterbringungsdaten durch das LZG NRW und die Justizgeschäftsstatistiken weisen einen Anstieg der Unterbringungszahlen nach dem PsychKG gegenüber dem letzten Bericht aus. So waren 2009 nach der Justizgeschäftsstatistik insgesamt 21.435 anhängige Unterbringungsverfahren nach dem PsychKG erfasst, 2013 waren es 23.777 Verfahren. Zeitgleich sind die Unterbrin-

ungsverfahrens nach dem Betreuungsrecht von 42.000 auf 34.000 gesunken. Weiterhin divergieren regional die Zahlen der Unterbringungsverfahren. Es ist erklärtes Ziel der Landesregierung, eine nachhaltige Reduzierung der Zahl der Unterbringungen nach PsychKG zu erreichen. Der Aspekt der Reduzierung der Unterbringungsmaßnahmen durch die Stärkung der vorsorgenden Hilfen ist bereits in den vorherigen Abschnitten angeführt worden. Unter dieser Reduzierungsperspektive sind auch die folgenden Ausführungen zu einem möglichen Evaluations- und Handlungsbedarf in Bezug auf die Unterbringung zu sehen. Anzuführen ist in diesem Zusammenhang das landesgeförderte Projekt in Bielefeld zur Reduzierung von Unterbringungsverfahren durch Stärkung der Krisendienste und Verfahrensverbesserungen.

2.4.1 Aufsicht und Unterbringungsvoraussetzung

Die Rechtsaufsicht ist in Verbindung mit dem KHGG NRW geregelt. Nach dem neuen Krankenhausplan obliegt allen Krankenhäusern mit psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Behandlungsangeboten die Pflichtversorgung nach dem PsychKG.

Die Unterbringungsvoraussetzung ist bei gegenwärtiger erheblicher Selbstgefährdung oder gegenwärtiger erheblicher Gefährdung bedeutender Rechtsgüter Anderer auf Grund einer psychischen Erkrankung gegeben. Von einer erheblichen Gefahr ist auch dann auszugehen, wenn das schadenstiftende Ereignis unmittelbar bevorsteht. Die Gefährdung ist immer individuell zu begründen.

Aus Eingaben, aber teilweise auch aus Besuchsberichten sind Hinweise zu entnehmen, dass das Merkmal der Erheblichkeit unzureichend beachtet bzw. dokumentiert wird. Zudem wird nicht immer ausreichend geprüft, ob sich die Unterbringung durch „mildere Mittel“, d.h. medizinische und psychosoziale Hilfen, vermeiden lässt. Sofern der Tatbestand der Erheblichkeit während der Unterbringung nicht mehr besteht, ist eine Entlassung einzuleiten oder die Krankenhausbehandlung kann auf freiwilliger Basis fortgesetzt werden.

Gesetzlich wird hier kein Regelungsbedarf gesehen, da die Erfüllung der im Gesetz angeführten Voraussetzung der erheblichen und akuten Gefahr eine hohe Anforderung darstellt, die jeweils konkret begründet und dokumentiert werden muss. In der Gesetzesbegründung und der Rechtsprechung sind diese akuten und erheblichen Gefahren konkretisiert worden, so dass hierdurch eine ausreichende Orientierung

gegeben ist. Zudem ist der Vorrang der vorsorgenden Hilfen gesetzlich verankert. Vielmehr ist es Aufgabe und Praxis der Aufsichtsbehörden, den geschilderten Hinweisen nachzugehen und hier Abhilfe zu schaffen. Dass diese Hinweise auch durch die Besuchskommissionen nach § 23 PsychKG NRW (siehe 2.6) erfolgen, die hier gezielt nachfragen und Verstöße in den Bericht aufnehmen, zeigt, wie wichtig diese Kontrollfunktion ist.

2.4.2 Sachliche Zuständigkeit – Unterbringung

Die Unterbringung soll im Regelfall auf Antrag der örtlichen Ordnungsbehörde im Benehmen mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst vom Betreuungsgericht angeordnet werden (Verfahren § 11 und § 14 PsychKG). Dem Antrag ist ein ärztliches Zeugnis beizulegen. Bei Gefahr im Verzug kann auch eine sofortige Unterbringung veranlasst werden, ohne dass die Genehmigung des Betreuungsgerichts schon vorliegt. Der Antrag muss unverzüglich nachgeholt werden.

Aus allen drei Oberlandesgerichtsbezirken wird berichtet, dass sich das normierte Ausnahmeverfahren in der Unterbringungspraxis umgekehrt habe. In der Praxis ist die sofortige Unterbringung zum Regelfall geworden. Seitens der Gerichte ist diese Praxis grundsätzlich anerkannt, es sei jedoch zu prüfen, ob die gesetzliche Regelungssystematik nicht der Unterbringungspraxis angepasst werden muss. Die Vertreterinnen und Vertreter der Gerichtsbarkeit stimmen einem Vorzug der sofortigen Unterbringung nach § 14 PsychKG gegenüber dem Vollzug nach §§ 11 und 12 und folglich einem späteren Zeitpunkt der gerichtlichen Anhörung nach Beginn der Unterbringung zu. Eine richterliche Anhörung während hochakuter Erregungszustände zum Zeitpunkt der Unterbringung sei häufig kaum durchführbar.

Konträr dazu kritisieren insbesondere die Betroffenen- und Angehörigenverbände, dass eine richterliche Anhörung oft erst dann durchgeführt wird, wenn bereits eine medikamentöse Behandlung stattgefunden hat. Damit sei eine „massive“ Ruhigstellung verbunden, die eine Anhörung ad absurdum führe.

Aus diesen Problemdarstellungen ergibt sich aus Sicht der Landesregierung der Auftrag, diesen „doppelten“ Verfahrensweg auf den Prüfstand zu stellen. Ziel muss sein, den Betroffenen einen tatsächlichen Rechtsschutz zu gewährleisten und eine umsetzbare Verfahrenspraxis zu installieren.

Bei der sofortigen Unterbringung durch die örtliche Ordnungsbehörde ohne vorherige richterliche Entscheidung ist die Voraussetzung ein ärztliches Zeugnis, das nicht älter als vom Vortage ist. Die richterliche Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen.

Die Zeugnis ausstellenden Ärztinnen und Ärzte sollen im Gebiet der Psychiatrie weitergebildet oder erfahren sein. In dem Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG) sind Regelungen zu den Unterbringungsverfahren in den Landesgesetzen enthalten. Sofern die Richterin oder der Richter die sofortige Unterbringung im Rahmen einer einstweiligen Anordnung rechtlich legitimiert, muss hier nach dem FamFG der Arzt oder die Ärztin, der oder die das Zeugnis ausstellt, Erfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie haben und soll Arzt oder Ärztin für Psychiatrie sein. Hier ist zu prüfen, inwieweit im PsychKG eine Anpassung vorgenommen werden sollte und welche Folgen damit verbunden wären.

Aus Eingaben, der Arbeit der Besuchskommission und den eingeholten Stellungnahmen sind Hinweise zu entnehmen, dass sich in weiteren Bereichen des Unterbringungsverfahrens Probleme in der Umsetzung gezeigt haben:

- In Bezug auf den Mangel an entsprechend qualifizierten, begutachtenden Ärztinnen und Ärzten. Insbesondere in den Abend- und Nachtstunden und am Wochenende ist überwiegend eine freiwillige Bereitschaft der niedergelassenen Fachärzteschaft (Psychiatrie/Psychotherapie) zur Mitwirkung in Krisensituationen bisher nicht gegeben. Hier sei auf die Ausführungen zu den Krisendiensten und Krisenhilfen verwiesen.
- Zur besseren Dokumentation, Informationsweiterleitung und Begründung einer Unterbringung wird sowohl von den Ordnungsbehörden als auch von PatientInnenvertreterinnen und -vertretern, den Krankenhäusern und der RichterInnenenschaft angeregt, ein mit den Beteiligten abgestimmtes, verbindliches Formular als Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses einzusetzen. Vor allem sollen die besonderen Umstände des Einzelfalles und die Belege für eine erhebliche Gefährdung im ärztlichen Zeugnis dargelegt werden, die die Unterbringung ausreichend begründen.
- Vertretungen der Ordnungsbehörden sowie stationärer Einrichtungen regen an, ein Verfahren für den Sonderfall rechtlich festzulegen, wenn ein ärztliches Zeug-

nis nicht in angemessener Zeit und damit keine vorhergehende Entscheidung der Ordnungsbehörde vor einer Vorstellung in einer Klinik eingeholt werden kann.

- Die kommunalen Spitzenverbände regen eine Verwaltungsvorschrift mit dem Ziel einer rechtlichen Konkretisierung und einheitlichen Rechtsauslegung an, um einen gleichförmigen und rechtssicheren Verwaltungsvollzug sicherzustellen. Weiter empfehlen sie im Interesse einer bedarfsgerechten Versorgung psychisch Erkrankter eine stärkere Vernetzung, Kooperation und einen effizienteren Informationsfluss zwischen den mit dem PsychKG Beteiligten (Polizei, Ordnungsbehörden, BetreuungsrichterInnen, Kliniken und untere Gesundheitsbehörden).
- Weiterhin wird – vor allem auch im Krisenfall - von einem mangelnden Informationsfluss zu bestehenden Behandlungsvereinbarungen mit den betroffenen Patientinnen und Patienten berichtet.
- Die RichterInnenschaft wie auch PatientInnenvertreterinnen und -vertreter regen zudem an, dass die Ordnungsbehörde entsprechendes Fachwissen vorhält, um basierend auf dem ärztlichen Zeugnis fundiert eine fachliche Einschätzung vornehmen zu können. Insbesondere bei Menschen mit dementiellen Erkrankungen oder Sucht sei die Einschätzung zur Notwendigkeit einer Unterbringung schwierig.

Zudem wird der Ordnungsbehörde empfohlen, sich vor Ort ein persönliches Bild zu machen und hierzu die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Umgang mit den betroffenen Menschen zur Deeskalation fortzubilden. Die Problemanzeigen weisen auf einen Konkretisierungs- bzw. Klarstellungsbedarf in Bezug auf Verfahrensfragen hin. Hier muss sorgfältig geprüft werden, inwieweit hier gesetzliche Klarstellungen angebracht sind oder gegebenenfalls auch untergesetzliche Lösungen (Erlasse) schon zielführend sein können.

In Bezug auf die „Regelunterbringung“ nach § 11 und § 12 PsychKG haben sich die Vorschriften des FamFG bewährt und werden überwiegend als ausreichend betrachtet. Zu beachten ist hier, dass die gesetzlichen Regelungen des FamFG Bundesangelegenheiten sind. Das betrifft vor allem auch die zeitlichen Regelungen zur Unterbringungsdauer und den verpflichtenden Einsatz einer Verfahrenspflegerin oder eines Verfahrenspflegers, wie es in einzelnen Stellungnahmen gefordert wird. Nach dem FamFG hat das Gericht dem/der Betroffenen eine Verfahrenspflegschaft zu bestellen, wenn dies zur Wahrnehmung der Interessen der/des Betroffenen erforderlich ist.

2.4.3 Rechtsstellung der Betroffenen, Aufnahme und Eingangsuntersuchung

In Bezug auf die Rechtsstellung unterliegen die Betroffenen gemäß § 16 PsychKG NRW nur denjenigen Beschränkungen, die sich zwingend aus dem Zweck der Unterbringung und in Bezug auf ein geordnetes Zusammenleben in dem Krankenhaus ergeben. Die Beschränkungen sind dem Behandlungsfortschritt anzupassen und zu dokumentieren. Hieraus lässt sich nicht die Pflicht zu verschlossenen Türen ableiten. In der Praxis arbeiten jedoch die meisten Kliniken in einem Setting mit geschlossenen Türen und begleiteten bzw. genehmigten Ausgängen gemäß § 20 PsychKG NRW. Die Kliniken, die mit „offeneren Formen“ von Unterbringung arbeiten (Stationspflegezimmer am Eingang) berichten von positiven Erfahrungen. Eine Studie vom „LWL-Forschungsinstitut für Seelische Gesundheit“ (2012) kommt zu dem Ergebnis, dass die Unterbringungszahlen nicht davon abhängig sind, ob eine psychiatrische Behandlung in offener oder geschlossener Form erfolgt und konnte Belege dafür vorlegen, dass in einer „offeneren“ Psychiatrie durch eine andere Personalorganisation oder ein diagnostisch heterogenes Stationssetting insbesondere Fixierungen minimiert werden können. Seitens der Betroffenenvertretungen wird eine Ausweitung der offenen Formen der Unterbringung auch unter Bezug auf die UN-Behindertenrechtskonvention gefordert.

Das Gesetz bietet hier ausreichend Raum, offenere Konzepte zu realisieren.

Unabhängig von der Unterbringungsform wurden Mängel von den Besuchskommissionen in Bezug auf die Gewährleistung von regelmäßigen Aufenthalten im Freien festgestellt. Zur Begründung führten die Kliniken zum Teil Personalengpässe oder auch die räumlichen Gegebenheiten an. Abhilfe wurde hier seitens der Aufsichtsbehörden angemahnt. In diesem Zusammenhang wäre zu prüfen, ob der Begriff des „regelmäßigen Aufenthaltes“ im Gesetz konkretisiert werden sollte.

Die Regelungen zur Aufnahme und zur Eingangsuntersuchung haben sich als weitgehend sachgerecht erwiesen. In Bezug auf die Sicherstellung der fortlaufenden ärztlichen Überprüfung der Erforderlichkeit der weiteren Unterbringung wäre auch hier zu prüfen, ob die Begrifflichkeit „fortlaufend“ konkret genug ist. In der Praxis sind hier vermehrt unterschiedliche Sichtweisen deutlich geworden, welcher Zeitraum damit vorgegeben ist. Auf Grund der Schwere des Eingriffs in die Grundrechte wäre zu prüfen, inwieweit eine tägliche Überprüfung fachlich geboten ist.

2.4.4 Behandlungsangebote und Behandlungsplan

Die Unterbringung bei „erheblicher“ Gefährdung ist zunächst eine Maßnahme, die einen Wechsel in ein schützendes Milieu ermöglicht, das personelle Betreuung, eine veränderte Umgebung und soziale Kontakte mit Mitpatientinnen und Mitpatienten gewährleistet.

Sofern die akute Gefährdung durch diese „milieuthérapeutischen“ Angebote nicht überwunden werden kann, sind weitergehende Behandlungsangebote zu unterbreiten und eine entsprechende Behandlungsbereitschaft zu fördern.

Nach § 18 PsychKG ist unverzüglich ein individueller Behandlungsplan zu erstellen. Dieser muss den Betroffenen erläutert werden, sofern die akute Verfassung dies ermöglicht bzw. nach therapeutischer Einschätzung sinnvoll ist.

Hier wäre - unter Berücksichtigung des Grundsatzes, den Willen zu achten - zu prüfen, ob das Verständnis bzw. die Formulierung „muss erläutert werden“ durch eine Formulierung „es muss der Versuch unternommen werden, ein Einverständnis über den individuellen Behandlungsbedarf zu erzielen“ ersetzt werden sollte. Damit wäre stärker der fachlich gebotenen Grundhaltung der gemeinsamen Entscheidungsfindung und Aushandlung entsprochen. Dieses Verständnis wird auch von ärztlichen Fachgesellschaften, Fachverbänden und Betroffenenvertretungen eingefordert. Weitergehend wird in diesem Zusammenhang auch die Behandlungsvereinbarung angeführt.

Bisher findet die Behandlungsvereinbarung im Gesetz nur im § 2 PsychKG NRW in Zusammenhang mit der besonderen Berücksichtigung des Willens und der Bedürfnisse der Betroffenen Berücksichtigung. Eine Verankerung im § 18 PsychKG NRW würde hier einen fachlich sinnvollen Zusammenhang zur Behandlungsplanung herstellen.

Der Patientenbeauftragte der Landesregierung hält es zudem für fachlich geboten, Qualitätsstandards zu etablieren, wonach der Behandlungsplan bei Beginn und danach in regelmäßigen Abständen in Abhängigkeit vom Status der Erkrankung und den individuellen Bedürfnissen (Sprache, Kultur) den Patientinnen und Patienten immer wieder zu erläutern ist. Bei beiden Angeboten sollten neben der gesetzlichen Vertretung regelhaft die Angehörigen mit Zustimmung der Betroffenen eingebunden

werden. Im Rahmen einer Novellierung wäre zu prüfen, ob und wie dem im Gesetz entsprochen werden könnte.

Vor allem die RichterInnenschaft regt an, den Begriff „Behandlungsvereinbarung“ an die Regelungen des § 1901a BGB zur Patientenverfügung anzupassen. Hier ist anzumerken, dass eine Behandlungsvereinbarung den Willen der Betroffenen ausdrückt und insofern bereits dem Charakter einer Patientenverfügung entspricht.

2.4.5 Zwangsbehandlung und freiheitseinschränkende Maßnahmen im Rahmen der Unterbringung

Zwangsbehandlung

Inwieweit zur Überwindung der Gefährdung bei fehlender Einsichtsfähigkeit der Betroffenen eine Behandlung gegen oder ohne den Willen der Betroffenen notwendig ist, muss im Einzelfall geprüft und mit dem hohen Rechtsgut der körperlichen Unversehrtheit abgewogen werden.

Das PsychKG hat hier bereits 1999 einen engen Korridor gesteckt.

Wenn die Betroffenen bei einer erforderlichen Einwilligung Grund, Bedeutung und Tragweite der Behandlung nicht einsehen oder sich nicht nach dieser Einsicht verhalten, ist die Einwilligung der gesetzlichen Vertretung oder der rechtsgeschäftlich Bevollmächtigten erforderlich. Nur in den Fällen von Lebensgefahr, von erheblicher Gefahr für die eigene und für die Gesundheit anderer Personen ist die Behandlung ohne oder gegen den Willen Betroffener oder deren gesetzlicher Vertretung oder der rechtsgeschäftlich Bevollmächtigten zulässig.

Das Bundesverfassungsgericht hat in mehreren aktuellen Entscheidungen zu verschiedenen ländergesetzlichen Regelungen zur Zwangsbehandlung von im Maßregelvollzug untergebrachten Personen Stellung genommen und die Zulässigkeit von Eingriffen in die körperliche Unversehrtheit und das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen an strenge Voraussetzungen geknüpft.

So hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) in seinem Urteil vom 17.03.2011 bestätigt und klargestellt, dass es sich bei der Entscheidung zur Zwangsbehandlung nur um die Ultima Ratio handeln darf.

Aus dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit heraus müssen strenge Anforderungen an die Zulässigkeit des Eingriffs gestellt werden. Dies betrifft sowohl die materiellen Eingriffsvoraussetzungen als auch deren Sicherung durch verfahrensrechtliche Vor-

kehrungen. Die Eingriffsvoraussetzungen müssen - so das BVerfG - in hinreichend klarer und bestimmter Weise gesetzlich geregelt sein:

- In materieller Hinsicht folgt aus dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit, dass Maßnahmen der Zwangsbehandlung nur eingesetzt werden dürfen, wenn sie im Hinblick auf das Behandlungsziel, das ihren Einsatz rechtfertigt, Erfolg versprechen.
- Zwangsmaßnahmen dürfen ferner nur als letztes Mittel eingesetzt werden, wenn mildere Mittel keinen Erfolg versprechen
- Unabhängig von der Frage, ob durch Aufklärung eine wirksame Einwilligung zu erlangen ist, darf aber auch eine einwilligungsunfähige Person über das Ob und Wie einer Behandlung, der sie unterzogen wird, grundsätzlich nicht im Unklaren gelassen werden.
- Voraussetzung für die Rechtfertigungsfähigkeit einer Zwangsbehandlung ist, dass diese für die Betroffenen nicht mit Belastungen verbunden ist, die außer Verhältnis zu dem erwartbaren Nutzen stehen.
- Zur Wahrung der Verhältnismäßigkeit unabdingbar ist die Anordnung und Überwachung einer medikamentösen Zwangsbehandlung durch eine Ärztin oder einen Arzt.
- Vorbeugender Rechtsschutz ist zu gewährleisten.
- Einschaltung externen Sachverständigen und systematische Evaluation ist sicherzustellen.

Diese Anforderungen haben bereits Niederschlag gefunden im Betreuungsrecht und in den dort verankerten Regelungen zur Zwangsbehandlung. In Bezug auf den vorbeugenden Rechtsschutz ist hier auch der RichterInnen vorbehalt verankert. Bei der Genehmigung einer Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme durch das Betreuungsgericht ist die Bestellung einer Verfahrenspflegerin oder eines Verfahrenspflegers stets erforderlich.

In Bezug auf das Behandlungsziel lässt das Bundesverfassungsgericht neben der Überwindung der Selbstgefährdung auch das Ziel der Wiederherstellung der Einsichtsfähigkeit zu.

Nahezu alle Stellungnahmen zur Behandlung bzw. Zwangsbehandlung – nimmt man die Eingaben der Betroffenenverbände aus - regen unter Bezug auf die aktuelle

höchstrichterliche Rechtsprechung eine Prüfung der Regelungen im PsychKG zur Zwangsbehandlung an. Die Mehrzahl empfiehlt auch den RichterInnenvorbehalt.

In den Stellungnahmen der Betroffenenverbände sind hier weitergehende Positionen vertreten. So fordert der Landesverband der Psychiatrieerfahrenen eine vollständige Abschaffung der Zwangsbehandlung - insbesondere wird hier auf eine drastische Lebenszeitverkürzung durch Psychopharmaka-Therapie verwiesen und Zwangsbehandlung als Folter angesehen. Andere Betroffenenvertretungen drängen neben der konsequenten Umsetzung der höchstrichterlichen Rechtsprechung auf eine umfassende Beachtung der UN-Behindertenrechtskonvention unter Hinweis auf das Selbstbestimmungsrecht.

Aus Eingaben und Berichten der Besuchskommissionen sind vielfach Hinweise zu entnehmen, dass Zwangsbehandlungen nicht ausreichend begründet und in der Behandlungsakte nicht entsprechend dokumentiert werden.

Über die Häufigkeit von Zwangsbehandlungen liegen zur Zeit noch keine belastbaren Zahlen vor. Das MGEPA hat 2013 per Erlass alle Kliniken aufgefordert, hierzu Statistiken über Art und Umfang zu führen. Die ersten Ergebnisse werden 2015 für das Jahr 2014 vorliegen.

Freiheitseinschränkende Maßnahmen

Bei einer gegenwärtigen erheblichen Selbstgefährdung oder einer gegenwärtigen erheblichen Gefährdung bedeutender Rechtsgüter Anderer können Beschränkung des Aufenthalts im Freien, Unterbringung in einem besonderen Raum und Fixierungen angeordnet werden.

Die 2011 im Gesetz verankerte persönliche Anwesenheit einer Sitzwache bei Fixierung und die Verpflichtung zu kontinuierlichen Kontrollen der Vitalfunktionen haben zumindest dazu beigetragen, die zeitliche Dauer der Fixierungen zu verringern.

Die Vertretung der RichterInnenschaft bewertet das geltende Recht zu den freiheitsentziehenden Maßnahmen, insbesondere die Bestellung einer Sitzwache bei einer Fixierung, als adäquate Regelung zum Schutz der Betroffenen.

Dennoch verweisen Ärzte- und Pflegeverbände darauf, dass eine Sitzwache in direkter PatientInnennähe auch zu weiteren Konflikten führen kann und zudem eine hohe

psychische Belastung und Arbeitsbelastung des Personals darstellt. Es wird daher ein fallabhängiger Umgang mit der PatientInnennähe bei Fixierung vorgeschlagen. Unter Berücksichtigung der Gesetzesbegründung, die den Schutz der Betroffenen und die Notwendigkeit persönlicher Begleitung als vertrauensbildende Maßnahme (Novellierung PsychKG 2011) hervorhebt, ist dem Vorschlag zu widersprechen. Eine ausreichende Personalausstattung ist im Rahmen der Krankenhausfinanzierung unbedingt zu gewährleisten. Zudem wird in mehreren Stellungnahmen eine Konkretisierung in Anlehnung an das Betreuungsrecht vorgeschlagen. Dies würde bedeuten, dass auch bei den Fixierungen ein RichterInnenvorbehalt eingeführt werden müsste.

Vor allem Betroffenenvertretungen regen weitergehende Regelungen zu einer Reduzierung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen an. Hier werden ein höherer Personaleinsatz in der Klinik und eine gesetzliche Regelung zur Ahndung von Verletzungen der PatientInnenrechte als Ordnungswidrigkeit eingefordert.

Entscheidend ist hier aus Sicht der Landesregierung, dass vorrangig weniger einschneidende Maßnahmen mit dem Ziel der Deeskalation ergriffen werden. So hat sich gezeigt, dass durch Deeskalationstraining des Personals und Einsatz neuer Interventionskonzepte (so das Vier-Stufen-Konzept „Festhalten statt Fixieren“) sich die mechanischen Fixierungen erheblich reduzieren. Auch hier ist auf die bereits angeführte notwendige Finanzierung von Personal zu verweisen. In Bezug auf die Ordnungswidrigkeiten sei auf die Ausführungen in 3.3 verwiesen.

2.4.6 Persönlicher Besitz, Schriftverkehr, Besuche, Telekommunikation

In Bezug auf die Rechte, persönliche Gegenstände im Zimmer aufzubewahren, Schreiben abzusenden bzw. zu erhalten und Besuche zu empfangen, liegen nur wenige Problemhinweise vor. Diese beziehen sich auf fehlende abschließbare Aufbewahrungsmöglichkeiten oder Einschränkungen von Schriftverkehr.

Zum Schriftverkehr und zur Telekommunikation ist auf die sich wandelnden Kommunikationswege hinzuweisen. E-Mails und Handykontakte dominieren hier inzwischen. In Bezug auf Handys, Internet bzw. E-Mailversand zeigen sich in der Praxis unterschiedliche Umgangsformen. In der Regel werden Handys zwar erlaubt, aber einzelne Kliniken verbieten auch die Handynutzung, um den Einsatz der Kamerafunktion auszuschließen oder auch illegale Aktivitäten zu verhindern.

Grundsätzlich haben die Betroffenen das Recht auf Nutzung von Kommunikationsmitteln. Nur eine erhebliche Personengefährdung oder Gefährdung bedeutender Sachgüter kann diese Rechte einschränken. Heimliches Aufnehmen von Mitpatientinnen und Mitpatienten oder des Personals kann einen Straftatbestand erfüllen.

Insofern regen hier auch die Pflegeverbände und Vertretungen der Einrichtungsträger an, die Benutzung von modernen Kommunikationsmitteln (z.B. Foto-Handy) grundsätzlich zu regeln. Auch die Besuchskommissionen empfehlen klarstellende Regelungen. Hier bieten sich Regelungen auf dem Erlassweg an. Zudem steht den Betroffenen zu, bei Handyverbot eine Beschwerde beim Gericht nach § 327 FamFG einzureichen.

2.4.7 Besuchskommission

Die Arbeit der Besuchskommissionen, die mindestens einmal in zwölf Monaten unangemeldet die Krankenhäuser, in denen Betroffene nach diesem Gesetz untergebracht werden, besuchen und daraufhin überprüfen, ob die mit der Unterbringung von psychisch Kranken verbundenen besonderen Aufgaben erfüllt werden, hat sich im Berichtszeitraum als wichtiges und unverzichtbares Qualitätssicherungs- und Überwachungsinstrument gezeigt.

Insbesondere durch die Verankerung unangemeldeter Besuche, die weitgehenden Informations- und Einsichtsrechte, die multiprofessionelle und triadische Besetzung der Kommissionen konnte die Umsetzungspraxis des PsychKG in NRW wirkungsvoll überprüft werden. So wurden im Berichtszeitraum vielfach Umsetzungsprobleme und Mängel aufgezeigt. Zum Teil konnten bereits während der Besuche Abhilfemaßnahmen besprochen werden oder die Aufsichtsbehörde wurde im Nachgang tätig. Im Wesentlichen war eine große Bereitschaft bei den Kliniken zur Beseitigung von Mängeln festzustellen. Bei einzelnen Kliniken stellten die Berichte des Folgebesuches eine fehlende Mängelbeseitigung fest.

Wesentliche Mängel- bzw. Problembereiche betrafen:

- Fehlende Begründung der Unterbringung, von freiheitseinschränkenden Maßnahmen und Zwangsbehandlung
- Entsprechend mangelhafte Aktendokumentation der Begründung
- Mängel bei der Durchführung der Eingangsuntersuchung und der Erstellung des Behandlungsplans

- Freiheitseinschränkende Maßnahmen, insbesondere Fixierungen (Sitzwache, Kontrolle Vitalfunktion, räumliche Gegebenheiten)
- Bauliche Gegebenheiten (Sanitäreinrichtungen, Patientinnen- und Patientenzimmer, Aufenthaltsräume, etc.)
- Nicht ausreichende Information der Vertrauensperson
- Nutzung Telekommunikation
- Information über Beschwerdemöglichkeiten

Aus Sicht der kommunalen Spitzenverbände ist ein Informationsaustausch über die Ergebnisse der Besuchskommissionen auch mit den beteiligten unteren Gesundheitsbehörden anzustreben (Besuchsberichte, etc.).

In mehreren Stellungnahmen wird angeregt, dass eine Beteiligung der Psychiatrieerfahrenen und Angehörigenorganisationen an den Besuchskommissionen verbindlich im Gesetz festgeschrieben wird. Diese verbindliche Verankerung ist zu prüfen.

Eine Zusammenfassung über die Berichte der Besuchskommissionen ist alle zwei Jahre vom MGEPA dem Landtag vorzulegen. Die Übermittlung der Berichtszusammenfassung für die Jahre 2012 und 2013 erfolgte bereits im November 2014.

2.4.8 Beschwerdestellen

Die Pflicht zu Vorhaltung von unabhängigen Beschwerdestellen ist in NRW für alle Krankenhäuser im Krankenhausgestaltungsgesetz (KHGG) verankert. Im PsychKG NRW ist diese Zuständigkeit für die Betroffenen in der Unterbringung aufgenommen und die Befugnisse sind entsprechend angepasst worden.

Sprechstunden in den Unterbringungsstationen werden nur in einem kleineren Teil der Kliniken vorgehalten.

Laut den Besuchsberichten wird zwar regelhaft über die Beschwerdemöglichkeit informiert, jedoch ist nicht immer ersichtlich, dass es sich um eine unabhängige Stelle handelt. Insgesamt wird in den Besuchsberichten von einer geringen Nutzung der Beschwerdestellen gesprochen, auch werden kaum Beschwerden an die Besuchskommissionen herangetragen.

Die Betroffenenvertretungen in den Besuchskommissionen regen insofern eine verpflichtende Einrichtung von Sprechstunden der Beschwerdestellen auf den geschlossenen Stationen an. Die gesetzliche Regelung ist bisher nach § 24 PsychKG NRW eine Sollvorschrift bei Bedarf. Die Betroffenenvertretungen weisen darauf hin, dass

die Beschwerdestellen auch Ansprechpartner in Fällen von Übergriffen durch Mitpatientinnen und Mitpatienten sind. Zu beachten ist, dass die unabhängigen Beschwerdeangebote in weiten Teilen ehrenamtlich vorgehalten werden.

Ergänzend wird in einzelnen Stellungnahmen der Aufbau einer landesweiten Anlaufstelle für Beschwerden angeregt.

Die Vertretung der Sozialpsychiatrischen Dienste empfiehlt eine trialogische Besetzung der Beschwerdestellen.

Die Regelungen zu unabhängigen Beschwerdemöglichkeiten sollten so gestaltet sein, dass ein barrierefreier und leichter Zugang ermöglicht wird. Im Rahmen einer Novellierung – aber auch einer zukünftigen Landespsychiatrieplanung - sollte geprüft werden, ob diese Voraussetzungen durch die gesetzliche Regelungen und die Umsetzungspraxis ausreichend gewährleistet sind. Die geringe Inanspruchnahme kann auf einen nicht barrierefreien Zugang hinweisen, kann aber auch durch wenig Beschwerdeanlässe begründet sein. Eine Evaluation zum Beschwerdewesen einschließlich einer PatientInnenbefragung – wie sie der Landesverband der Angehörigen empfiehlt – könnte im Rahmen der Prüfung wichtige Anhaltspunkte liefern.

2.4.9 Beurlaubungen, Aussetzung und Beendigung der Unterbringung

Die im Sinne einer Erprobung intendierten Instrumente der Beurlaubung und Aussetzung nach § 25 und § 29 PsychKG NRW werden nach Einschätzung der Besuchscommissionen selten genutzt. Über die Gründe liegen keine gesicherten Erkenntnisse vor. Grundsätzlich ist hier ein geeignetes Mittel gesetzlich verankert, das den Übergang erleichtern kann und dessen Einsatz forciert werden sollte (Modellprojekte).

Die Beendigung ist vorrangig im § 15 geregelt. Hier sind die Verpflichtung der Kliniken, nach Ablauf des Unterbringungsbeschlusses zu entlassen und die Informationspflichten der Kliniken bei der Entlassung verankert. Eine weitere Beendigungsoption ist im § 17 *Aufnahme und Eingangsuntersuchung Absatz 3* enthalten. Sofern eine ärztliche Untersuchung ergibt, dass die Unterbringungs Voraussetzungen nicht mehr gegeben sind, sind das Gericht und die weiteren an der Unterbringung Beteiligten sowie die Vertrauensperson zu benachrichtigen. Bis zum Vorliegen des Gerichtsbeschlusses kann sofort beurlaubt werden. Rechtssystematisch sollte geprüft werden, ob diese wichtige Regelung bei einer Novellierung dem § 15 zugeordnet werden kann.

2.5 Sicherstellung der nachsorgenden Hilfen

Ziel der nachsorgenden Hilfe ist es, die Betroffenen nach einer Unterbringung oder einer sonstigen stationären psychiatrischen Behandlung durch individuelle, ärztlich geleitete Beratung und psychosoziale Maßnahmen zu befähigen, ein eigenverantwortliches und selbstbestimmtes Leben in der Gemeinschaft zu führen. Diese Zielsetzung gebietet nicht zuletzt die UN-Behindertenrechtskonvention. Vor diesem Hintergrund ist die aus der gerichtlichen Praxis geschilderte Entwicklung kritisch zu betrachten, wonach im Unterbringungsverfahren nach dem PsychKG NRW vermehrt gerichtliche Betreuungsverfahren initiiert werden. Insofern besteht Anlass, das System der nachsorgenden Hilfen im besonderen Maße auf seine Effizienz zu überprüfen, um das Selbstbestimmungsrecht psychisch kranker Personen nicht übermäßig durch die Anordnung rechtlicher Betreuungen zu beeinträchtigen und die Stigmatisierung dieser Personen zu vermeiden.

Aus einer Vielzahl von Stellungnahmen, aus den Besuchsberichten und aus Eingaben bzw. Petitionen sind deutliche Hinweise zu entnehmen, dass die stationären Einrichtungen mit erheblichen Schwierigkeiten in der ambulanten Anschlussbehandlung ihrer Patientinnen und Patienten konfrontiert sind, obwohl es verstärkt Bemühungen um ein entsprechend koordiniertes Entlass-Management seitens der Krankenhäuser gibt.

Verbände von Krankenhausträgern und die Vertretung der RichterInnenschaft sprechen sich für eine Sicherstellung der nachsorgenden Hilfen durch die Krankenhäuser als Alternative zur Versorgung durch den ambulanten Sektor aus, da eine intensive ambulante Betreuung unter Einschluss einer engmaschigen ärztlichen Behandlung vielerorts nicht möglich erscheint.

Verbände der Gemeindepsychiatrie regen eine Festlegung von generellen Standards zum Entlass-Management, zur Hilfeplanung einschließlich Hilfeplankonferenzen und zur Koordination und Überleitung mit und in nachgehende Strukturen von Behandlung und Hilfen an.

Auch die Betroffenenvertretungen berichten über einen eklatanten Mangel an Angeboten für den Übergang und für die Nachbehandlung sowie an angemessenen Eingliederungshilfen.

Hier sind Versorgungsprobleme benannt, wie sie bereits bei den vorsorgenden Hilfen geschildert wurden. Die Sozialpsychiatrischen Dienste verfügen nur über begrenzte Ressourcen. Für eine Vielzahl der Hilfen insbesondere bei komplexem Hilfebedarf sind zudem andere Leistungsträger zuständig. Sofern hier Versorgungsprobleme bei ambulanten Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen entstanden sind bzw. existieren, sind diese nur begrenzt über das PsychKG zu lösen. Zu prüfen wäre regional, inwieweit eine Behandlungsermächtigung der sozialpsychiatrischen Dienste hier in akuten Notsituationen eine überbrückende Lösung darstellt. Diese setzt aber eine entsprechende Zulassung durch die Kassenärztliche Vereinigung voraus. In Bochum ist einmalig in NRW solch eine Behandlungsermächtigung erfolgt. Auch ist hier die bei den vorsorgenden Hilfen benannte und zu verankernde Verpflichtung der Kreise und kreisfreien Städte auf regionale kooperative Verbundstrukturen unter Mitwirkung der Leistungserbringer und der Leistungsträger hinzuwirken, eine fachlich gebotene Strukturvorgabe. Alle weiteren überregionalen Lösungen können nur im Rahmen der Landesgesundheitsplanung bzw. Psychiatrieplanung auf der Grundlage des ÖGDG NRW und der Sozialgesetzbücher erörtert werden oder sind auf Bundesebene gesetzlich und untergesetzlich zu regeln (siehe 2.3).

3. Weitere Problembereiche

3.1 Landespsychiatriebeirat

Von Fach- und Betroffenenverbänden wird vorgeschlagen, einen Landespsychiatriebeirat als feste Organisationsstruktur einzusetzen und auch im Gesetz zu verankern. Solch einen Landespsychiatriebeirat hat es bis 1997 in NRW gegeben. Ihm gehörten Vertreter und Vertreterinnen der an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Organisationen einschließlich der Leistungs- und Kostenträger sowie Angehörige psychisch Kranker und Mitglieder von Selbsthilfegruppen an.

Ein Landespsychiatriebeirat kann die Landesregierung in grundsätzlichen Fragen der Planung der psychiatrischen Versorgung beraten und zu sonstigen wesentlichen Fragen der psychiatrischen Versorgung gehört werden. Es wäre zu prüfen, inwieweit

eine Verankerung eines Landespsychiatriebeirates im PsychKG NRW solch einem Gremium einen verbindlichen Rahmen geben würde. Eine Reaktivierung wäre in Bezug auf die Perspektive eines Landespsychiatrieplans (siehe 4.) ohnehin hilfreich.

3.2 Dokumentationspflichten

Vertreterinnen und Vertreter der Ärzteschaft regen an, die Erhebung, Speicherung und Weitergabe aller Daten von Personen, die von Maßnahmen gemäß PsychKG betroffen sind, im Gesetz abschließend und erschöpfend zu regeln.

Die kommunalen Spitzenverbände verweisen auf eine bereits gut etablierte Datenerhebung des Landeszentrums Gesundheit NRW (LZG) und der Kommunen zur Unterbringungspraxis nach PsychKG und Betreuungsrecht. Hierzu regen sie eine Abstimmung bis hin zu einer einheitlichen Form sowie Inhalt und Harmonisierung an die Justizgeschäftsstellenstatistik an.

Auch die Verbände der Gemeindepsychiatrie regen eine landesweit einheitliche Dokumentation zu Unterbringung, Betreuung, Anwendung von Zwang und Vorliegen von Behandlungsvereinbarungen bzw. Patientenverfügungen an. Eine Erweiterung auch auf vor- und nachsorgende Hilfen zum Ausbaustand und zur Wirksamkeit im Hinblick auf die Vermeidung von Zwangsmaßnahmen wird vorgeschlagen. Ein regelmäßiger Landespsychiatriebericht wird ebenfalls empfohlen.

Die Betroffenenvertretungen, aber auch Vertretungen der Leistungserbringer fordern eine im Gesetz verankerte Transparenzpflicht und ihre Sicherstellung durch regelmäßige Datenerhebungen und Berichte über die Unterbringung, insbesondere einen jährlichen Bericht über die Anordnung, Art und Umfang von Zwangsmaßnahmen.

Auch unter Berücksichtigung bisheriger Datenerhebungen des LZG unter Mitwirkung der Kommunen, der Justizgeschäftsstellenstatistik und der zu erwartenden verbesserten Datenlage durch den in 2.4 erwähnten Erlass des MGEPA zur Dokumentation von Zwangsmaßnahmen ist von einer noch nicht ausreichenden Transparenz und qualitativen Dokumentation auszugehen. So liegen beispielsweise kaum landesweite Datenauswertungen zu der Dauer der Unterbringung und Zwangsmaßnahmen sowie den Gründen für die Unterbringung vor. Die gesetzliche Verankerung von quantitativen und qualitativen Dokumentationspflichten im Rahmen einer Novellierung des

PsychKG ist aus Sicht der Landesregierung zu prüfen. Auch im Rahmen der Landespsychiatrieplanung gilt es, diese Problemstellungen aufzugreifen. Datenschutzrechtliche Aspekte sind zu berücksichtigen.

3.3 Ordnungswidrigkeiten

In einzelnen Stellungnahmen werden die nicht ausreichenden Sanktionsmöglichkeiten bei Mängeln bzw. fehlender oder nicht zeitnaher Mängelbeseitigung kritisiert und die Aufnahme von Ordnungswidrigkeiten vorgeschlagen.

Grundsätzlich ist es Aufgabe der Aufsichtsbehörden, durch Aufsichtsinstrumente wie Anweisungen, Abmahnung etc. an die Kliniken eine Mängelbeseitigung herbeizuführen. Die Rechtsaufsicht nach dem PsychKG ist zudem nicht losgelöst von der Rechtsaufsicht nach dem § 11 KHGG zu sehen.

4. Perspektiven

Die Regelungen des PsychKG haben sich in weiten Teilen bewährt. In Teilbereichen haben sich Umsetzungsprobleme und gesetzliche Problemstellungen durch veränderte Rahmenbedingungen ergeben. Auch ist die höchstrichterliche Rechtsprechung zu berücksichtigen.

Die Landesregierung wird umfassend prüfen, ob und wie in den aufgezeigten Problembereichen eine Novellierung des PsychKG Abhilfe schaffen kann und dadurch

- die Dokumentation und Beurteilbarkeit der zugrundeliegenden Situation einer Unterbringung im Einzelfall in Abstimmung mit der Gerichtsbarkeit, den Ordnungsbehörden und der Ärzteschaft standardisiert und verbessert werden kann. Zu prüfen sind insbesondere die sofortige Unterbringung sowie die Qualitätssicherung des ärztlichen Zeugnisses;
- Transparenz zum Unterbringungsgeschehen im Rahmen des PsychKG durch gesetzliche verankerte quantitative und qualitative Dokumentationspflichten hergestellt werden kann;
- zu klären, wie im PsychKG NRW die Struktur- und Steuerungsfragen der Hilfeleistungen verbindlicher aufgegriffen werden können und eine Stärkung der vor- und nachsorgenden Hilfen erreicht werden kann.

Die Landesregierung sieht einen spezifischen Prüfauftrag bezüglich der Übereinstimmung des PsychKG mit der aktuellen höchstrichterlichen Rechtsprechung zur Zwangsbehandlung.

Weitere Detailprüfaufträge liegen vor in Bezug auf die

- Barrierefreiheit
- Achtung des natürlichen Willens der Betroffenen
- Form der Unterbringung
- Behandlungsangebote
- Beschwerdemöglichkeiten
- Besuchskommissionen
- Verhängung von Ordnungswidrigkeiten.

Nach zeitnaher Prüfung ist eine unverzügliche Novellierung des Gesetzes vorgesehen.

Die weitere Verbesserung der vor- und nachsorgenden Hilfen wird zudem parallel Gegenstand von psychiatriepolitischer Planung auf Landesebene sein. Im Rahmen der psychiatriepolitischen Planung sind insbesondere die Realisierung der flächendeckenden Einrichtung von ambulanter Krisenhilfe rund um die Uhr und der Ausbau von regionalen Verbundstrukturen zu prüfen. Dies ist auch mit dem Ziel einer landesweiten Harmonisierung und gemeinsamer Verantwortung aller beteiligten Leistungsträger verbunden.