

21.9.99

Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner · Nissenstrasse 3 · 20251 Hamburg

Herrn Schlichting
Landtagsverwaltung
Postfach 101143

4002 Düsseldorf

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
12. WAHLPERIODE

ZUSCHRIFT
12/ 3293

A01 + A 15

Betr.: Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit,
Soziales... am 22.9.99
Thema: Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen
Krankheiten - Entwurf der Landesregierung (Ds 12/4063)

Sehr geehrter Herr Champignon,

es tut mir leid, daß ich krankheitshalber meine Teilnahme an der o.a. Anhörung kurzfristig absagen mußte. Um so dankbarer bin ich, auch nachträglich noch meine Stellungnahme vorlegen zu können. Sie lautet, wie folgt:

Vorbemerkungen

Da ich die Rollen fast aller Beteiligter am PsychKG langjährig gespielt habe (11 J. Sozialpsychiatr. Dienst, fast 30 Jahre Klinikarbeit und fast 20 J. Besuchskommission), erlaube ich mir einen praktischen Hinweis zum Verständnis des PsychKG: Es muß extrem unterschiedlichen Situationen gerecht werden, vom Ehestreit, der mich in einen mich oder andere gefährdenden Ausnahmezustand verrückt, der aber nach Tagen oder gar Stunden wieder beendet ist, bis zur akuten Krise, die aber Wochen dauern kann, einer an sich chronischen Psychöse- oder Alkoholkrankung; daher müssen alle §§ dieses Gesetzes so flexibel sein, daß sie beiden Extremen gerecht werden. Dies ist bei der Bewertung stets zu bedenken.

Im übrigen ist es m.E. bedauerlich, daß die Landesregierung den guten Erfahrungen anderer Länder-PsychKGs (Niedersachsen, Sachsen-Anhalt) damit nicht näher treten möchte, das Kontrollinstrument der "Besuchskommission" so zu strukturieren, daß es einem parlamentarischen Ausschuß zugeordnet und somit parlamentarisch eingebettet ist und daß es zugleich ein Besuchs- und Kontrollspektrum für alle Elemente des psychiatrischen Hilfssystems hat, von den Kliniken über die Sozialpsychiatrischen Dienste bis zu den (am meisten vernachlässigten) Heimen. Die wäre aus meiner vergleichenden Erfahrung eine entscheidende rechtsstaatlich-demokratische Verbesserung gewesen.

Schließlich unterlasse ich die Begrüßung des - vielen - Begrüßenswerten und beschränke mich auf das Hinterfragenswerte:

1. Hilfen

Während es 1969 noch kaum vor- oder nachsorgende Hilfen gab, das damalige PsychKG also auch kaum solche beschreiben konnte, verfügen wir heute über eine Fülle solcher Hilfen, z.B. ein dichtes Netz niedergelassener Psychiater/Psychotherapeuten, Institutsambulanzen, ambulante Pflege, ambulante psychiatr. Pflege, betreutes Wohnen, Kontaktstellen, Tagesstätten, psychosoziale Dienste, Selbsthilfe- und Zuverdienstfirmen, Behindertenwerkstätten, Selbsthilfegruppen, Tageskliniken, psychosozial

le Krisendienste, Reha-Einrichtungen für psychisch Kranke; und die Finanzierungswege der meisten dieser Elemente ist gesichert. Diese Fülle würde bei angemessener Bündelung ausreichen, um mehr als die Hälfte der heutigen Unterbringungen/Zwangseinweisungen überflüssig zu machen, was ein höchststrangig rechtsstaatliches Ziel sein müßte. Angesichts dieser beeindruckenden Vermehrung der Hilfsmöglichkeiten muß es für den Gesetzgeber nicht nur deprimierend, sondern unerträglich sein, wenn er heute - 30 Jahre nach 1969 - die Hilfen fast genau mager beschrieben findet wie 1969, als es noch keine gab, sodaß auch das neue PsychKG im Volksmund "Zwangseinweisungsgesetz" genannt wird.

Zudem ist eine makabre Rechtsungleichheit zu Lasten psychisch kranker Erwachsener festzustellen, wenn es in der Begründung (§.28) zu Recht heißt: "Die Hilfen nach diesem Gesetz sollen sich mit Hilfen nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG)...mit bestmöglicher Wirkung für die Betroffenen wechselseitig ergänzen". So kommt es in der Praxis indertat dazu, daß die Mitarbeiter des Sozialpsychiatr. Dienstes zwar den Hilfebedarf feststellen können, aber dann oft ohnmächtig resignieren müssen, weil sie beim Hilfebündelungsversuch an den je anderen Trägern und anderen Gesetzen scheitern und dann zu der an sich nicht notwendigen Unterbringung greifen müssen.

Ich weiß natürlich auch, daß das nicht kurzfristig zu ändern ist. Aber müßte nicht wenigstens diese Situation in geeigneter Formulierung im Gesetz abgebildet sein? Müßte nicht als Minimum ins Gesetz hineinformuliert werden, daß die Sozialpsychiatr. Dienste wenigstens Zugriffsmöglichkeiten zu den Hilfen haben, die sich in Zuständigkeit der Kommune befinden? Könnte nicht, wenn schon immer mehr Kommunen dankenswerterweise dazu übergehen, in die - freiwillige - Finanzierung absolut notwendiger "psychosozialer Krisendienste" (rund um die Uhr zu allen nicht üblichen Dienstzeiten) einzusteigen, ein Hinweis auf eben diese Notwendigkeit im Gesetz stehen, zudem die Aufnahme des "Krisendienstes" in die Liste derjenigen Partner, mit denen zusammenzuarbeiten ist (§6)? Könnte nicht in §8,2 der "Hausbesuch" als praktisch vornehmste Maßnahme der Krisenintervention aufgewertet werden? Könnten nicht in diesem Zusammenhang in § 8,3 auch die - oft besonders wichtigen - Nachbarn in die "Beratung" einbezogen werden? Und könnte nicht in § 9,1 die besonders entwürdigende Maßnahme, "Betroffene...durch die örtliche Ordnungsbehörde zur Untersuchung vorführen zu lassen" ersatzlos gestrichelt werden, da schon längst niemand, der professionell arbeitet, noch auf ein solches Mittel angewiesen sein darf? Kann schließlich nicht auch die "Mitteilung...an den Betroffenen" hinsichtlich Ihres "Unterbleiben" (§ 9,4, aber auch anderen Stellen des Gesetzes) durch eine weitere Hürde erschwert werden, da sie eigentlich nur bei Unfähigkeit des Mitarbeiters, aus der Perspektive des Betroffenen heraus zu formulieren, in Betracht kommen kann.

Ich betone: diese Vorschläge sind kostenneutral, haben aber den Vorteil, die gesetzgeberische Absicht in die richtige Richtung zu öffnen.

2. Zeugnis bei sofortiger Unterbringung

Die löbliche Absicht, daß hier das Zeugnis grundsätzlich von einem zumindest psychiatrisch erfahrenen Arzt stammen soll, hat in den meisten Regionen folgende Alternativen zur Folge: Entweder alle kümmern sich nicht darum und berufen sich auf das "grundsätzlich". Oder man fühlt sich gedrängt, einen "Krisendienst" mit psychiatrischer Beteiligung einzurichten, was optimal wäre, dann aber auch zumindest als Zielrichtung ins Gesetz hineingeschrieben werden müßte. Oder aber - was nach der Erfahrung ziemlich wahrscheinlich, aber unerwünscht wäre - die Ordnungsbehörde fährt (vor allem nachts und am Wochenende) widerrechtlich mit dem Betroffenen in die zuständige Klinik, weil man dort einen psychiatrisch erfahrenen Arzt (und nur dort) findet. Hier ist nachzudenken!

3. Aufnahme und Behandlung

Hier ist der an sich löbliche Zwang zu einem "unverzöglichen Therapie

plan" für die Praxis mit katastrophalen Gefahren behaftet, zumal Therapieplan in der Regel auch - zu Recht oder Unrecht - als Zwang zu einem Medikamenten-Behandlungsplan verstanden wird. Denn in vielen Fällen - wie etwa dem eingangs erwähnten Ehestreit (unter Alkohol) - wäre ein "Therapieplan" geradezu ein Kunstfehler. Vielmehr ist in solchen Fällen "Krisenintervention" angesagt, damit ich, der ich außer mir geraten bin, wieder zu mir kommen kann, also vor allem die bloße Präsenz von Menschen mit und ohne Worte, bis ich kein Unheil mehr anrichte und mich wieder gefunden habe. Würde mir jemand in dieser Situation mit einem "Therapieplan" kommen, würde mich das - zu Recht - nur wieder erneut reizen und aggressionsbereit machen. Und jetzt kommt das Schrecklichste: Würde man mir wegen meiner gereizten Ablehnung einer Therapie "mangelnde Einsicht" diagnostizieren nach § 18,3 und für mich eine Betreuung - zwecks Therapie - beantragen, mich also (nach Volksmund) entmündigen, weshalb jetzt meine Wut - zu Recht - keine Grenzen mehr kennt, was die Maßnahme noch mehr gerechtfertigt erscheinen läßt obwohl mein Ausnahmezustand eigentlich nach Stunden/Tagen wieder abgeklungen wäre - also eine gesetzlich (fast) erzwungene, künstliche und völlige überflüssige Eskalation einer Therapie-Gewalt-Spirale im Sinn einer "fürsorglichen Belagerung", nur weil man es gut mit mir gemeint hat, bloß die unbeabsichtigten Folgen nicht bedacht hat. Der "Therapieplan" ist also dringend abzuschaffen und etwa durch "angemessene Maßnahmen der Krisenintervention" o.ä. zu ersetzen. Noch viel wichtiger ist es aber, die Verknüpfung einer unterbringungsbedürftigen akuten Krise mit der Einrichtung einer Betreuung aufzuheben (§ 18,3). Das gilt noch viel dringlicher für § 11,3, wonach eine Unterbringung nach PsychKG sogar ausgeschlossen ist, wenn sie durch Einrichtung einer Betreuung erfolgen "kann". Dies ist zwar juristisch logisch richtig gedacht, führt aber in der Praxis zu oft zum Gegenteil des auch vom Juristen Beabsichtigten. Der Denkfehler liegt in der Auffassung, daß eine Zwangsunterbringung nach PsychKG der schwerere Eingriff in meine Rechte sei - gegenüber der doch freundlich-hilfreich gemeinten Gewährung einer Betreuung. In der erlebten und erlittenen Wirklichkeit der Betroffenen ist es jedoch oft umgekehrt: Wenn meine akute Krise (selbst auch im Rahmen einer an sich chronischen Psychose) als akuter Ausnahmezustand mit der Ausnahmemassnahme einer PsychKG-Unterbringung beantwortet wird, dann wird das eher wie "angemessene ad hoc-Massnahme der Notfallmedizin erlebt, ~~während die Betreuungseinrichtung~~ die nach Stunden, Tagen höchstens Wochen vergessen ist. Dagegen wird die Betreuungseinrichtung a) als Entmündigung erlebt, die ich b) so schnell nicht wieder los werde und die c) meinem Ruf in der Familie, in meinem Beruf und Geschäft und auch dem Ruf der Familie selbst dann noch anhängt, wenn die Betreuung wieder aufgehoben ist - umso mehr im heutigen Trend, wo ~~xxx~~ Betreuer von der Führung von x Betreuungen leben können, also an der Aufhebung derselben nicht mehr immer aktiv mitzuarbeiten geneigt sind. In diesem Sinne sind § 11,3 und 18,3 dringend Änderungsbedürftig.

4. Einbeziehung des Krankenhaussozialdienstes

Die Nachsorge ist in dem Entwurf genauso beschämend mager (gegenüber der Fülle der Möglichkeiten) beschrieben wie die Vorsorge (s.o.) Aus dieser Fülle wird in § 27 eine Möglichkeit herausgegriffen und die Zusammenarbeit verbindlicher gemacht, was zu erproben ein interessanter und zukunftsweisender Präzedenzfall sein könnte. Sind freilich mit dem hier gemeinten Krankenhaussozialdienst die sog. Fachkliniken (ehem. Landeskrankenhäuser) angezielt, wäre dies bloß ein Rückfall in die übliche Anstalts-Außenfürsorge. Nun haben sich jedoch inzwischen die Psychiatrischen Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern so vermehrt, daß sie in NRW (und der BRD) mit einer relativ kleineren Bettenzahl über 50% der psychiatr. Krankenhausaufnahmen abdecken. Hier ist der § 27 innovativ, da er eine stärkere Zusammenarbeit der Sozialarbeiter

der jeweiligen psychiatr. Abteilung mit dem Sozialdienst des körpermedizinischen Teils des Allgemeinkrankenhauses impliziert und dadurch in eine mehr stationär-ambulant verzahnte Arbeitsweise einübt, worin ohnehin die Zukunft des Gesundheitswesens liegt.

Darüber hinaus sind allerdings auch hier in dem Entwurf die "Institutsambulanzen" vergessen, die in der Vor- und Nachsorge mindestens ebenso einschlägig sind.

§ 27,1 ist also im 1. Satz um die Institutsambulanzen zu ergänzen.

Abschließend ist m.E. in dem Entwurf nirgends die "Pflichtversorgung" definiert. Dies ist nachzuholen.

Indem ich hoffe, Ihnen auf diese Weise gedient zu haben, verbleibe ich

mit besten Grüßen

H. K. Oelme