

Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten

Stellungnahme zur Überprüfung des PsychKG 2014.

Bericht an den Landtag PsychKG

Sehr geehrte Damen und Herren,

zur Umsetzung des PsychKG nehme ich im Namen des Landesverbandes NRW der Angehörigen psychisch Kranker wie folgt Stellung:

a) Vorwort

Das PsychKG NRW ist ein subsidiäres (nachrangiges) Gesetz, das die vorrangige geschlossene Unterbringung durch Betreuer, Bevollmächtigten oder Betreuungsgericht ergänzt (so der Praxiskommentar von Dodegge und Zimmermann zum PsychKG NRW). Ähnliche Vorschriften gibt es für nach anderen Normen Untergebrachte (z.B. nach Betreuungsrecht) jedoch nicht, obwohl diese desselben Schutzes bedürfen. Hier wäre ein Ausführungsgesetz notwendig, das die bundesgesetzlichen Regelungen z.B. zum Betreuungsrecht ergänzt und den Patienten einen ähnlichen Schutz bietet.

Schutzbedürftig sind auch Patienten, die außerhalb der Psychiatrie Maßnahmen wie Fixierungen ausgesetzt sind – z.B. in der Geriatrie – aber bei der Durchführung der Maßnahmen nicht denselben Schutz genießen.

b) Sicherstellung und Koordination vorsorgender Hilfen

Defizite der ambulanten Versorgung führen dazu, dass Krisen eskalieren und eine Behandlung in einer Klinik notwendig wird.

Vorsorgende Hilfen stehen landesweit nicht immer zur Verfügung. Selbst in den Gebieten, in denen gemeindepsychiatrische Verbände existieren, ist die Versorgung nur teilweise gesichert. So sind selbst bei sozialpsychiatrischen Diensten Krisendienste nicht immer vorhanden oder Krisenzimmer nur für Bewohner von Heimen zugänglich oder Krisendienste sind nicht rund um die Uhr abrufbar. Hinzu kommt das Öfteren, dass es an Angeboten für die Tagesstruktur fehlt und niedergelassene Psychiater erhebliche Wartezeiten haben und somit nicht für eine schnelle Krisenintervention zur Verfügung stehen.

Außerdem sinkt die Zahl der sozialpsychiatrischen Dienste, bei denen noch ein Psychiater tätig ist. Diese Psychiater, die idealerweise selbst in Deeskalation geschult sind, könnten bereits bei Beginn einer Krise deeskalierend eingreifen und so eine Einweisung verhindern. Des Weiteren kennen diese noch die Vielzahl möglicher ambulanter Hilfen und könnten – im Gegensatz zu Notärzten, die in der Regel sofort eine Einweisung vornehmen – angemessener reagieren.

Insbesondere sind aufsuchende Hilfen von Nöten. Diese können nur durch die Psychiater bei psychiatrischen Diensten geleistet werden. Besonders die Versorgung obdachloser psychisch kranker Menschen leidet unter dem Mangel an Psychiatern dort.

Anzumerken ist auch, dass Angehörige nicht darin unterstützt werden, Krisen im Vorfeld zu deeskalieren.

Deeskalationstrainings für Angehörige wären eine Möglichkeit, Krisen im Vorfeld zu begegnen oder

gar nicht erst entstehen zu lassen.

c) Unterbringungs Voraussetzungen, Verfahren und Vollzug der Unterbringung

Die Vielfalt ambulanter Hilfen scheint paradoxerweise mit zu einer hohen Zahl eingeleiteter PsychKG-Verfahren beizutragen.

Die Einleitung und Durchführung eines Verfahrens nach dem PsychKG ist relativ einfach, das Verfahren ist schnell und bietet dem Patienten einen relativ hohen Schutz. Das Verfahren als solches ist auch ganz NRW gleich und ist deshalb von auch Honorarkräften oder fachfremden Ärzten gut durchzuführen.

PsychKG-Verfahren werden im ambulanten Bereich in der Regel durch Hausärzte, Not- bzw. Polizeiärzte oder niedergelassene Psychiater eingeleitet. Zum großen Teil handelt es sich also hier um Ärzte, die nur wenig Erfahrung im psychiatrischen Bereich haben.

Die Ordnungsämter beziehen sich in aller Regel nur auf die ärztlichen Atteste und stellen fast immer einen Antrag auf sofortige Unterbringung, prüfen also nicht mehr eigenständig die Voraussetzungen des PsychKG.

Es scheint Defizite bei der Aus- und Fortbildung der Ärzte zu geben, die nicht von Haus aus Psychiater sind. Für die Einleitung eines Verfahrens nach dem PsychKG wird eine Fremd- oder Eigengefährdung vorausgesetzt. Diese Gefahrenlage wird von fachfremden Ärzten unter Umständen nicht richtig eingeschätzt. Des Weiteren sind diesen Ärzten ambulante Hilfemöglichkeiten oft nicht bekannt.

Bei der Durchführung des gerichtlichen Verfahrens gibt es Verbesserungsmöglichkeiten:

-Die bestehenden gesetzlichen Regelungen lassen den Amtsgerichten einigen Spielraum bei der Durchführung des Verfahrens, so dass die Vorgehensweise je nach Amtsgerichtsbezirk stark differiert.

- Es wird nicht regelhaft ein Verfahrenspfleger bestellt. Die Gerichte geben hierfür verschiedene Gründe an. So müssen vermögende Patienten die Kosten eines Verfahrenspflegers selbst tragen, was man diesen vor allem im Wiederholungsfall nicht zumuten möchte. Um die Rechte der Patienten zu wahren, wäre die Übernahme der Kosten durch die Allgemeinheit von Nöten.

- Jedem Patienten sollte es frei stehen, einen Verfahrenspfleger seiner Wahl zu benennen. In aller Regel werden die Verfahrenspfleger jedoch durch das Gericht bestimmt. Dies ist in vergleichbaren Verfahren, in denen es auch um eine Freiheitsentziehung geht, wie z.B. im Strafrecht (Haftsachen), absolut unüblich; dort wird jeder Angeschuldigte zunächst nach einem Verteidiger seiner Wahl gefragt.

- Es kommt häufig vor, dass Beschlüsse vor der Anhörung des Betroffenen ergehen, das heißt, das Gericht hat den Betroffenen noch gar nicht gesehen, fällt aber bereits eine Entscheidung. Teilweise finden Anhörungen mehr als 48 Stunden nach Erlass des Beschlusses statt. Eine Freiheitsentziehung ohne richterliche Anhörung des Betroffenen spätestens nach 48 Stunden wäre im Strafrecht undenkbar. Sinnvoll wäre eine Regelung, die zwingend die Anhörung vor Beschlussfassung vorschreibt.

- Anhörungen finden oft statt, wenn bereits mit einer medikamentösen Behandlung begonnen wurde und der Patient auch durch die Wirkung der Medikamente beeinträchtigt ist. Das Gericht macht sich dann aber ein verfälschtes Bild vom Patienten.

- Anhörungsprotokolle werden den Betroffenen teilweise gar nicht oder erst nach Wochen übermittelt. Die Ausfertigungen der Beschlüsse erhalten die Betroffenen in der Regel frühestens nach einer Woche, teilweise dauert dies erheblich länger. So wird die Einlegung eines Rechtsmittels unter Umständen erst nach Beendigung des PsychKG-Verfahrens möglich. Ein nicht als Verfahrenspfleger benannter Rechtsanwalt, der den Betroffenen vertreten soll, kann sich nur schwerlich ein Bild vom Stand des Verfahrens machen.

- Dies gilt insbesondere dann, wenn der Verfahrenspfleger bei der Anhörung nicht dabei war und ein Gespräch mit dem Patienten auch nicht nachgeholt hat, sondern nur den Beschluss überprüft hat. Ein Verfahrenspfleger sollte vor der Anhörung mit dem Patienten gesprochen haben.

- Hier wäre möglicherweise eine Anlehnung der Regelungen an die des Patientenanwaltes nach österreichischem Recht sinnvoll.

- Ergangene Beschlüsse verhalten sich nicht darüber, ob niederschwellige (ambulante) Maßnahmen keinen Erfolg gebracht haben; die Anwendung des PsychKG sollte aber das letzte Mittel sein. Das Gebot der Verhältnismäßigkeit wird außer Acht gelassen.

Deshalb sollte in den Beschlüssen dokumentiert werden, dass das Gericht überprüft hat, welche psychosozialen oder medizinischen Hilfen angeboten oder geleistet wurden oder werden müssten, um eine Unterbringung zu vermeiden.

Das setzt aber eine Fortbildung der zuständigen Richter über ambulante Hilfemöglichkeiten voraus; was wiederum adäquate ambulante Strukturen voraussetzt, die rund um die Uhr zugänglich sind.

d) Behandlungsangebote, Behandlungsplan und Behandlungsvereinbarungen

Immer noch sind die baulichen Standards in der Psychiatrie denen der Somatik nicht angeglichen.

Dies gilt auch für den Sanitärbereich. So kann es nicht sein, dass auf einer Station – wie gesehen - 18 Patienten nur eine Dusche und eine Toilette zur Verfügung stehen. Hier sollte es verbindliche Vorschriften geben.

Es fehlt insbesondere ein strukturiertes Angebot (psycho-)therapeutischer Behandlung in den Kliniken. Gruppenangebote einmal in der Woche sind nicht ausreichend.

Auch durch die zunehmende Zahl ausländischer Ärzte/Ärztinnen – und auch Patienten -in den Kliniken ergeben sich neue Probleme. So gibt es zunehmend Verständigungsprobleme wegen unzureichender Sprachkenntnisse und unzureichendem kulturellen Verständnis deutscher Patienten und auch der Patienten mit anderem Migrationshintergrund.

Von Nöten ist auch die sehr gründliche Schulung dieser Ärzte/Ärztinnen hinsichtlich der Vorschriften des PsychKG und anderer Rechtsnormen sowie der in den Kliniken einzuhaltenden Standards.

Ärzte/Ärztinnen stehen in der Hierarchie auf einer Station ganz oben. Es ist strukturell abzusichern, dass das Pflegepersonal gefahrlos Verstöße gegen Vorschriften des PsychKG melden kann und eine Möglichkeit hat, solche fehlerhaften Anordnungen gegebenenfalls nicht ausführen muss.

Behandlungsvereinbarungen sind ein sehr sinnvolles Instrument. Leider werden diese noch viel zu selten abgeschlossen. Es gibt hier deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Kliniken. Es fehlt an einheitlichen Standards für die Form und Inhalte dieser Vereinbarungen und am aktiven Zugehen seitens der Klinik auf die Patienten im Rahmen der Entlassvorbereitung.

e) Zwangsbehandlung und freiheitseinschränkende Maßnahmen im Rahmen der Unterbringung
Im Lichte der UN-Behindertenrechtskonvention, der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zum Maßregelvollzug und des Bundesgerichtshofs zum Betreuungsrecht ist meines Erachtens eine Änderung der Regeln über Zwangsbehandlungen zwingend erforderlich.

Eine Zwangsbehandlung ist nach der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts nur zulässig, wenn dem Betroffenen krankheitsbedingt die Einsichtsfähigkeit fehlt, die Zwangsbehandlung das letzte Mittel darstellt, die Belastung des Patienten durch die Behandlung nicht außer Verhältnis zum erwartbaren Nutzen für den Patienten steht, der Arzt/die Ärztin sich um die freiwillige Zustimmung des Betroffenen zur Behandlung bemüht hat, der Arzt/die Ärztin die Zwangsbehandlung ankündigt, anordnet, überwacht und dokumentiert und die Maßnahme vorher extern (also unabhängig von der Unterbringungseinrichtung) überprüft wird.

Das Bundesverfassungsgericht hat in einer weniger beachteten Entscheidung vom 15.12.2011 (2 BvR 2362/11) zum sächsischen PsychKG diese Rechtsprechung 1 zu 1 auf das PsychKG übertragen.

Fraglich ist damit auch, ob das nordrhein-westfälische PsychGK damit noch verfassungsgemäß ist.

Man kann zumindest davon ausgehen, dass auch ein Richtervorbehalt in das Gesetz eingefügt werden muss, eine Zwangsbehandlung also richterlich genehmigt werden muss und insgesamt eine Regelung ähnlich der des § 1906 BGB einzuführen sein wird.

Zwangsbehandlungen bleiben notwendig. Trotzdem wird zunächst verstärkt versucht werden müssen, durch 1 zu 1 Betreuung und andere Maßnahmen Zwangsbehandlungen zu verhindern.

Dadurch, dass dies versucht wird, bleibt der Patient aber länger unbehandelt auf der Station. Unseres Erachtens sollte hier nicht länger als eine Woche zugewartet werden.

Denn durch die Nichtbehandlung steigt auch das Aggressionspotential auf den Stationen; Angriffe auf Mitarbeiter, Mitpatienten und zufällig anwesende Angehörige können häufiger werden.

Verschärfen kann sich die Situation auch durch das voraussichtlich kommende neue Entgeltgesetz, das dazu führen wird, das vor allem Gespräche mit Patienten nicht mehr wie bisher honoriert.

Sollte ein Patient ohne Behandlung entlassen werden, würde dies für sein soziales Umfeld eine erhebliche Belastung bedeuten und unter Umständen zu Kontaktabbrüchen führen.

f) Unterbringungsgeschehen

Die §§ 21 Schriftverkehr oder § 22 (Besuche, Telefongespräche, Telekommunikation) sollten überarbeitet und der heutigen Zeit angepasst gestaltet werden. So ist die Nutzung von Handys und des Internets heutzutage Standard und sollte nur in absoluten Ausnahmefällen eingeschränkt werden. Angesichts der Anforderungen der modernen Arbeitswelt ist die Einschränkung von Besuchszeiten überholt; Rücksichtnahme auf Therapieangebote kann natürlich erwartet werden.

Patienten sollten die Möglichkeit haben, Ihre Wertgegenstände und Ihre mitgebrachten Sachen diebstahlsicher aufzubewahren und in der Regel den Schlüssel zu ihren Schränken erhalten.

Besonders bei innerstädtisch gelegenen Kliniken ist die Gewährung von Ausgang problematisch, vor allem dann, wenn es an einem geschlossenen Garten und/oder an Personal fehlt.

g) Unabhängige Beschwerdestellen, Rechtsschutz

Beschwerdestellen nach § 24 III PsychKG sollen neben den Besuchskommissionen eine wichtige

Kontrollfunktion ausüben. Es kommt jedoch so gut wie nie vor, dass eine Beschwerde an die Besuchskommission weitergeleitet wurde. Hierzu ist zu bemerken, dass Schreiben an die Besuchskommission von Seiten der Klinik kontrolliert werden dürfen, was bedenklich ist. Es müsste daher der unzensurierte Zugang für Beschwerden an die Besuchskommission sowie die Beschwerdestellen festgeschrieben werden. Desweiteren fehlt es in den Kliniken an Hinweisen auf die Möglichkeit, Beschwerden an die Besuchskommissionen zu richten. Eine - anonyme - Befragung von Patienten/innen und deren Kontaktpersonen zu den Erfahrungen in und mit der Klinik - sollte zum Standard werden, wobei die Teilnahme daran freiwillig sein sollte.

In der Praxis wird häufig eine telefonische Kontaktaufnahme angeboten, feste Sprechstunden auf der Station sind selten. Wünschenswert wären jedoch, dass die unabhängige Beschwerdestelle aufsuchend auf die Patienten zugeht, dass der Ombudsmann/die Ombudsfrau unangemeldet die Stationen aufsucht, aktiv auf Patienten – und auch ihre Angehörigen - zugeht und nach möglichen Beschwerden fragt und eine eigene Statistik über die Zahl der Beschwerden und die Gründe hierfür erstellt. Diese Statistik sollte der Besuchskommission und auch den Patientenbeschwerdestellen und den sonstigen Stellen nach § 5 I KHGG NW auch zugänglich gemacht werden.

Die telefonische Kontaktaufnahme sollte auch nicht über eine Telefonnummer der Klinik erfolgen müssen. Dies kann Zweifel an der Unabhängigkeit der Ombudsperson hervorrufen, bei der es sich natürlich nicht um einen (ehemaligen) Mitarbeiter der Klinik handeln darf. Da die Verweildauern in den Kliniken immer kürzer werden, wäre ein mindestens wöchentlicher Besuch der Station durch die Ombudsperson wünschenswert.

Sicherzustellen ist auch der Rechtsschutz bei Angriffen von Patienten auf Mitpatienten.

Ärzte/Ärztinnen und andere Mitarbeiter fühlen sich durch Ihre Schweigepflicht und Fürsorge für ihren Patienten gebunden und erstatten somit keine Strafanzeigen. Die Opfer befinden sich gerade auf geschlossenen Stationen in einer akuten Krise und sind oft nicht in der Lage, selbst Anzeigen zu erstatten.

Problematisch ist, dass solche Fälle de facto ungesühnt bleiben.

Hinzu kommt, dass die Schuldfähigkeit des Täters in der Regel nicht gegeben oder vermindert ist, was im Fall einer Anzeige die Unterbringung im Maßregelvollzug zur Folge hätte.

Zu fordern ist deshalb, dass Mitpatienten vor solchen Angriffen wirksam zu schützen sind, insbesondere vor sexuellen Übergriffen, und dies vor allem auch in der Nacht zu gewährleisten ist und dass Opfer regelhaft bei der Erstattung einer Strafanzeige unterstützt werden und diese Unterstützung aktiv angeboten wird, damit kein rechtsfreier Raum entsteht.

h) Entlassung und Sicherstellung nachsorgender Hilfen

Wünschenswert wäre es, wenn Angehörige in die Entlassvorbereitung mit einbezogen werden und nicht plötzlich vor vollendete Tatsachen gestellt werden. Dies gilt insbesondere angesichts der zunehmenden Erwerbstätigkeit von Frauen und den Anforderungen der modernen Arbeitswelt.

Es ist Angehörigen oft nicht mehr oder nur unter erschwerten Umständen möglich, bei der Versorgung psychisch kranker Angehöriger mitzuwirken. Sie werden angesichts der Anforderungen der Arbeitswelt auch nicht mehr in dem Umfang wie früher als Ausfallbürgen für Lücken der ambulanten Versorgung zur Verfügung stehen.

Der Ausbau professioneller Versorgungsstrukturen und nachsorgender Hilfen ist zwingend erforderlich. Dazu gehört auch der konsequente Ausbau der ambulanten psychiatrischen Pflege so

wie z.B. in Niedersachsen.

Problematisch ist die wachsende Zahl der in Altenheimen untergebrachten psychisch Kranken. Diese oft vierzig- bis fünfzig-jährigen Menschen werden durch Ihre Betreuer dort eingewiesen, wenn die sie vorher betreuenden Eltern selbst pflegebedürftig werden und die Versorgung nicht mehr anders sichergestellt werden kann. Die Altenheime sind nicht auf die Versorgung psychisch kranker Menschen eingerichtet.

i) Dokumentations- und Berichtspflichten

Es fehlt an zwingend zu führenden Statistiken über Zwangsbehandlungen und alle freiheitseinschränkenden Maßnahmen, insbesondere auch Isolierungen.

Fehlerhaft ist immer wieder die Dokumentation der Erforderlichkeit der Unterbringung. So erfolgt diese in zu großen Zeitabständen. Wünschenswert wäre hier eine tägliche Dokumentation, spätestens aber alle zwei Tage, auch am Wochenende. Weiterhin sollte die Erforderlichkeit der Unterbringung ausreichend begründet sein.

Es handelt sich hier um eine freiheitsentziehende Maßnahme, dessen sollten sich die Ärzte/Ärztinnen bewusst sein.

Mit freundlichem Gruß

(Wiebke Schubert)
Vorsitzende LV NRW