

DOKUMENTATION |

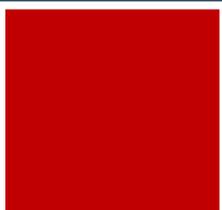
Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des Brandenburgischen Psychisch-Kranken-Gesetzes

am 24. April 2017 von 10:00-16:00 Uhr

im Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und
Familie des Landes Brandenburg

Veranstalter: Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.

Moderation: Stefan Pospiech und Petra Rossmanith



GESUNDHEIT BERLIN-BRANDENBURG E. V.

Stärkung der Patientenrechte
in der psychiatrischen Versorgung

INHALTSVERZEICHNIS

PROGRAMMPUNKT I: BEGRÜßUNG

Begrüßung

Bettina Baumgardt, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie
des Landes Brandenburg 1

Begrüßung

Stefan Pospiech, Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. 4

PROGRAMMPUNKT II: FACHVORTRÄGE

Ethische und rechtliche Aspekte aus Sicht der UN-Behindertenrechtskonvention

Margret Osterfeld, Unterausschuss der Vereinten Nationen zur Verhinderung von
Folter und anderer grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder
Strafe (UN SPT) 5

Vernetzung als Merkmal tragfähiger Unterstützung

Matthias Rosemann, Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft
Gemeindepsychiatrischer Verbände e. V. (BAG GPV) 15

Herausforderungen und Chancen von Berichterstattung: Berichterstattung über psychiatrische Unterbringungen – Ergebnisse eines Forschungsprojektes in Nordrhein-Westfalen

Prof. Dr. Michael Regus,
Professor für Sozialmedizin an der Universität Siegen a. D. 20

PROGRAMMPUNKT III: FACHFOREN

Fachforum 1: Stärkung von Patientenrechten; Lesbarkeit und Anwendbarkeit des BbgPsychKG im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention

Moderation: Gerd Schulze, Mitglied des Vorstands Dachverband Gemeindepsychiatrie
e. V. 27

Fachforum 2: Schwellen beim Zugang zu Hilfen in zugespitzten Situationen

Moderation: Stefan Pospiech, Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. 34

**Dokumentation |
Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG
am 24. April 2017 in Potsdam**

Fachforum 3: Welche Aspekte sind bei der Anwendung von Zwang in der stationären Versorgung zu berücksichtigen?

Moderation: Dr. Wolfram Voigtländer,
Ärztlicher Direktor am Klinikum Heidenheim i. R. 40

Fachforum 4: Schwellen beim Zugang zu Hilfen in zugespitzten Situationen

Moderation: Petra Rossmann, Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. 45

PROGRAMMPUNKT IV: BLITZLICHTER AUS DEN FACHFOREN 53

KREIS DER EINGELADENEN INSTITUTIONEN 55

IMPRESSUM 57

**PROGRAMMPUNKT I:
BEGRÜßUNG**

BEGRÜßUNG

Bettina Baumgardt, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg

Guten Morgen meine Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, verehrte Gäste, ich begrüße Sie ganz herzlich zum heutigen Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des Brandenburgischen Psychisch-Kranken-Gesetzes (BbgPsychKG) hier in Potsdam im Ministerium für Arbeit, Soziale, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg.

Ich freue mich, dass Sie so überaus zahlreich zu uns gekommen sind, um mit uns die Fragen zu diskutieren:

- Wie kann die Lesbarkeit und Anwendbarkeit des BbgPsychKG gestärkt werden?
- Wie gelingt ein niedrigschwelliger Zugang zu Hilfen in zugespitzten Situationen?
- Welcher Regelungen zur Umsetzung von Zwangsmaßnahmen bedarf es in der stationären Versorgung?
- Wie kann die Vernetzung und Kooperation bei den Übergängen sowie an den Schnittstellen gefördert werden?

Dass das Interesse so groß ist, freut uns ganz besonders.

An dieser Stelle möchte ich erwähnen, dass der Deutsche Ethikrat am 23. Februar dieses Jahres eine Expertenanhörung zum Thema Zwang in der Psychiatrie durchgeführt hat. Unsere Referentinnen Frau Osterfeld und Frau Rossmann sowie Herr Rosemann waren unter den befragten Expertinnen und Experten und ich bin froh, dass wir unser Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des Brandenburgischen Psychisch-Kranken-Gesetzes mit ihrer Unterstützung durchführen können!

Ich möchte auch Herrn Jürgen Dusel, den Beauftragten der Landesregierung für die Belange der Menschen mit Behinderungen, herzlich begrüßen.

Heute sind viele verschiedene Akteurinnen und Akteure aus der psychiatrischen Versorgung hier: Patientenfürsprecher*innen, Fachleute aus stationärer und ambulanter Versorgung, der Gerichtsbarkeit, der Betreuungen, aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und den vielen komplementären Angeboten, von den Besuchskommissionen.

Frau Staatssekretärin Hartwig-Tiedt hat in einer Sitzung der Arbeitsgemeinschaft der Leiterinnen und Leiter Psychiatrischer Abteilungen und Fachkliniken des Landes Brandenburg

Dokumentation | Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG am 24. April 2017 in Potsdam

im letzten Jahr Leitideen der Brandenburgischen Psychiatriepolitik formuliert, die heute hier auch genannt sein sollen:

- Angestrebt wird die Sicherung gemeindepsychiatrischer Versorgungsstrukturen und damit eine wohnortnahe Grundversorgung, die an den Bedürfnissen der psychisch erkrankten Menschen und ihrer Familien ausgerichtet ist. Für die Kranken soll ein weitgehend eigenständiges und sozial integriertes Leben ermöglicht werden.
- Das Selbstbestimmungsrecht und die Persönlichkeitsrechte psychisch kranker Menschen sollen beachtet und weiter gestärkt werden. Dieser Grundsatz bringt uns auch dazu, die Arbeit der Besuchskommissionen besonders zu schätzen und zu unterstützen (Viele von Ihnen waren ja auch auf unserer breit angelegten öffentlichen Fachtagung „Stärkung der Patientenrechte in der psychiatrischen Versorgung – Die Arbeit der Besuchskommissionen in Brandenburg“ am 8. Oktober 2015. Die neue Arbeitsperiode der Kommissionen hat im letzten Jahr begonnen).
- Gute psychiatrische Versorgung zeigt sich in einer Verringerung der Anwendung von Zwangsmaßnahmen. Dazu gehören Unterbringungen gegen den Willen der Kranken, wie auch andere Zwangsmaßnahmen, z. B. Fixierungen. Zwangsmaßnahmen sind immer ein schwieriges Thema. Sicher ist aber, dass ein vernetztes, qualifiziertes und kooperatives Versorgungsangebot bereits im Vorfeld einer krisenhaften Entwicklung Zwangsmaßnahmen reduzieren hilft.
- Gute psychiatrische Versorgung wird in Beziehungen von Menschen für Menschen gemacht. Daher setzen wir uns für ausreichendes und qualifiziertes Personal ein.

Das erste BbgPsychKG wurde im Jahr 1996 verabschiedet und – nach einer umfassenden Empfehlung der „unabhängigen Kommission Maßregelvollzug in Brandenburg“ – in den Jahren 2001 und 2004 in einigen Punkten geändert, insbesondere im Bereich der Aufsicht (über den Maßregelvollzug) wurde novelliert.

In 2009 wurde das BbgPsychKG neu gefasst und so gilt es bis heute (mit Änderungen aus 2010, die die Besuchskommissionen betreffen). Das BbgPsychKG ist in dem Sinne schon von Beginn an, seit den 90er Jahren, bereits ein modernes Gesetz, wie es als erstes Hilfen für Menschen mit psychischer Krankheit oder seelischer Behinderung nennt und im Grundsatz die Rechte von kranken Menschen betont. Geregelt werden dann die öffentlich-rechtliche Unterbringung und der Maßregelvollzug.

Aber es gibt aktuellen Novellierungsbedarf:

1. Mit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention hat sich Deutschland verpflichtet, Gesetze für Anwendende lesbarer zu gestalten, um deren Umsetzung zu erleichtern.
2. Auf nationaler Ebene hat das Bundesverfassungsgericht neue Regelungen zur Umsetzung von Zwangsmaßnahmen in der stationären Versorgung getroffen.

Die heutige Veranstaltung findet vor der Formulierung und parlamentarischen Erörterung eines Novellierungsentwurfes statt. Dieses Dialogforum soll im Vorfeld dafür sorgen, dass sich die

Dokumentation | Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG am 24. April 2017 in Potsdam

Akteurinnen und Akteure aus der psychiatrischen Versorgung im Land Brandenburg einbringen können. Das Dialogforum ist Beteiligung und Partizipation. Wir wollen noch vor der Formulierung eines Referentenentwurfes ein möglichst breites Bild gewinnen. Wir wollen Sie alle aufmerksam hören und nicht am grünen Tisch das Novellierungsvorhaben unternehmen. Und wir wollen, dass die verschiedenen Akteurinnen und Akteure auch voneinander und von vertretenen Schwerpunkten und Positionen wissen.

Im Ergebnis des heutigen Dialogforums wird es eine Dokumentation, ein Protokoll, geben, das natürlich auch im Internet veröffentlicht wird. Außerdem, das sei an dieser Stelle gesagt, haben wir in den letzten Monaten aus den Reihen der Praktiker bereits eine Reihe von Vorschlägen und Überlegungen für eine Überarbeitung des PsychKGs bekommen. Wir haben bereits einen großen Fundus der Ideen. Dieser wird heute weiter wachsen.

Im Einladungsflyer, den Sie in Händen halten, ist die Aufgabenstellung für die Fachforen nach der Mittagspause formuliert. Sie werden als Experten mit Praxiserfahrung gebeten, Ihre bisherigen Erfahrungen in der Anwendung des aktuellen PsychKG einzubringen sowie aus Ihrer Sicht Veränderungsbedarfe bezogen auf das Gesetz zu formulieren.

Diese Aufgabenstellung bringt mit sich, dass wir keine umfassende Diskussion über das Wohl und Wehe der psychiatrischen Versorgung insgesamt führen können. Es ist eine Verengung auf die Bereiche, die in einem Bundesland in einem Psychiatriegesetz geregelt werden können. Das heißt vor allem die Hilfen, die auf kommunaler Ebene zu regeln sind, und die öffentlich-rechtliche Unterbringung sowie der Maßregelvollzug.

Und noch ein zweiter Aspekt soll genannt sein. Die Unterscheidung: gesetzliche Regelungen auf der einen Seite und der Vollzug des Gesetzes auf der anderen Seite. Wir werden heute auch darüber sprechen, wo möglicherweise der Text des PsychKG ausreichend ist, aber Lücken im Vollzug gesehen werden.

Und schließlich haben wir ein selbstverwaltetes Gesundheitswesen, in dem der Staat unmittelbar nur begrenzte Aufgaben hat. Zwar gibt es in der psychiatrischen Versorgung staatliche Pflichten, wie z. B. die Aufsicht über die öffentlich-rechtlichen Unterbringungen. Aber insgesamt ist die Versorgung von psychisch kranken Menschen keine Staatsaufgabe. Der Staat, und das heißt hier das Land und vor allem die Kommunen, haben begrenzte, aber wichtige Aufgaben. Eben das, was in einem Psychisch-Kranken-Gesetz geregelt werden kann.

Ich wünsche uns allen einen anregenden und konstruktiven Tag! Vielen Dank.

Dokumentation | Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG am 24. April 2017 in Potsdam

BEGRÜßUNG

Stefan Pospiech, Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.

Sehr geehrte Damen und Herren, sehr geehrte Referentinnen und Referenten,

als Geschäftsführer von Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. moderiere ich gemeinsam mit der Projektleitung des Projektes „Stärkung der Patientenrechte in der psychiatrischen Versorgung in Brandenburg“, Frau Petra Rossmann, die heutige Veranstaltung.

Zur Einleitung würde ich gerne ein paar Sätze zum Verein Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. sagen, damit Sie eine Vorstellung haben, in welcher Weise wir als Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung das Thema Patientenrechte bearbeiten. Der Verein wurde 1993 als Gesundheit Berlin gegründet und von Beginn an gehörte die Stärkung von Patientenrechten zu einem zentralen Handlungsfeld.

Prägend für die Entwicklung des Themas im Verein war ein Projekt, das zwischen 2001 und bis 2005 durchgeführt wurde – das Projekt „Patienteninfopunkt.de.“ Dies war eines der Modellprojekte, aus denen dann die Unabhängige Patientenberatung Deutschland entstanden ist. Im Rahmen der Arbeitskreise Patientenfürsprecher*innen in Brandenburg und Berlin begleiten wir die Arbeit dieser ehrenamtlichen Struktur fachlich und organisatorisch. Der Verein ist zudem Veranstalter des jährlichen Kongresses Armut und Gesundheit, des größten Public Health Kongresses in Deutschland, wo das Thema seit vielen Jahren zentral diskutiert wird. Die Übernahme der Trägerschaft der Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie in Berlin war ein weiterer Entwicklungsschritt.

In Brandenburg hat der Verein ab 2009 – seitdem wir Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. sind – in enger Kooperation mit dem Ministerium Projekte übernommen, die auf eine Stärkung des Versorgungssystems, aber auch die Unterstützung der Patientenrechte zielen. Ein maßgebliches Kriterium dafür war immer die dialogische Sichtweise, mit dem Ziel Betroffene, Angehörige und die Akteure des Versorgungssystems in einen gleichberechtigten Dialog zu bringen.

Mit dem Projekt „Stärkung der Patientenrechte in der psychiatrischen Versorgung in Brandenburg“ verfolgen wir zwei Kernziele: Zum einem die Verbesserung der strukturellen und rechtlichen Rahmenbedingungen zu unterstützen, dafür steht die heutige Veranstaltung. Des Weiteren wurde bereits 2015 ein Fachtag zur Arbeit der Besuchskommissionen durchgeführt. Dies ist die zweite zentrale Aufgabe des Projektes, die Besuchskommissionen in der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zu unterstützen.

Wir freuen uns sehr über die große Resonanz, die die Veranstaltung heute findet. Dies bietet viel Potenzial gemeinsam mit Ihnen Empfehlungen und Anregungen zur Novellierung des Psychisch-Kranken-Gesetzes hier in Brandenburg zu erarbeiten. Wir freuen uns auf einen konstruktiven, kritischen Dialog mit den Teilnehmenden und auf die Vorträge. Vielen Dank.

**PROGRAMMPUNKT II:
FACHVORTRÄGE**

**ETHISCHE UND RECHTLICHE ASPEKTE AUS SICHT DER
UN-BEHINDERTENRECHTSKONVENTION**

Margret Osterfeld, Unterausschuss der Vereinten Nationen zur Verhinderung von Folter und anderer grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (UN SPT)

Gern bin ich nach Potsdam zum Dialogforum gekommen und danke für die Einladung.

Als Expertin für diesen Eröffnungsvortrag zeichnen mich vor allem meine persönlichen Erfahrungen als Psychatriepatientin (1999, 2000 u. a.) aus. Lassen Sie mich zunächst versuchen mich in diesem mir fremden Ministerium heimisch zu fühlen. Ich möchte nicht die Heimreise antreten mit dem Gefühl: „Die denken jetzt alle, das war die arrogante Wessi-Frau, die uns sagt wie alles besser geht.“

Heute erst habe ich erfahren, hier beginnen Sie den Prozess der Novellierung Ihres PsychKG mit diesem Dialogforum und somit mit einer breiten Beteiligung von Experten aus Erfahrung und aus Profession. Vor dem Hintergrund der Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) soll es um die Stärkung der Patientenrechte durch ein neues Brandenburger PsychKG gehen. So steht es im Tagungsflyer. Nicht verhehlen will ich, dass mich beim Studium des geltenden Gesetzes in der Vorbereitung für diesen Tag doch eine depressive Verstimmung heimsuchte. Ziel des Gesetzes ist (nach § 1 Absatz 2 BbgPsychKG) der Freiheitsentzug bei „Gefahr im Verzug“ und es gilt für alle Brandenburger Bürger, die jemals psychisch krank waren oder es aktuell sind, und potenziell auch allemal für mich.

Schaue ich mich jetzt mit meinen diagnostischen Fähigkeiten hier im Raum um, weiß ich natürlich nicht, wer solch Krankheitserfahrung mit mir teilt oder wer als Angehöriger schon einmal psychiatrische Unterbringung und Behandlung miterlebt hat. Doch ich behaupte, stelle also die Hypothese auf: Nach einem einstündigen Gespräch finde ich bei etlichen der unter 40-Jährigen mindestens eine Persönlichkeitsstörung und bei denen die älter als 60 sind, Zeichen einer „beginnenden Demenz.“ Eine solche habe sicher auch ich schon, gelegentlich glaube ich dies jedenfalls, wenn ich gerade meinen Schlüssel nicht finde. Ein Gesetz ist eine Norm, die für alle Menschen gilt und so war ich ein wenig erschüttert, dass der Name des Gesetzes von „Hilfe und Schutz“ spricht. Viele Paragraphen zu „Hilfen“ habe ich nicht gefunden, es geht meist um „Schutz“ und „Unterbringung.“

Dokumentation | Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG am 24. April 2017 in Potsdam

Erfreulich ist hingegen, dass auf dem Tagungsflyer die Anregung der UN-BRK erwähnt wird: „Gesetze für Anwendende lesbare zu gestalten.“ Auch für die von dem Gesetz Betroffene sollte es lesbar und verständlich sein. Um zu zeigen, dass dies geht, habe ich für die Ministeriumsmitarbeiter ein paar Broschüren¹ mitgebracht. Darin geht es um ein anderes Thema – „Psychiatrische Medikation und Aufklärung in leichter und normaler Sprache“. Erarbeitet wurde die Broschüre vom Landesverband der Psychisch Kranken in Rheinland Pfalz (LVPE RPL) und mehreren Landeskrankenhäusern, auch dies ist ein schönes Beispiel für Dialog mit Betroffenenbeteiligung.

Heute kann ich mich natürlich nur auf wenige Paragraphen dieses Gesetzes konzentrieren. Im Rahmen der Einleitung möchte ich noch rasch erwähnen, dass ich bis vor wenigen Tagen glaubte, mit der im Gesetzeskopf erwähnten Änderung vom 25. Januar 2016 sei es bereits zeitgemäßer geworden. Das gab mir dann ein wenig Hoffnung. Doch dann erklärte mir eine Freundin, die lange als Staatsanwältin gearbeitet hat, was ein Artikelgesetz ist. So erfuhr ich am vergangenen Freitag, dass lediglich der Name der Aufsichtsbehörde geändert worden war.

Danken möchte ich Elisabeth Scheunemann, die mir bei der Überwindung meiner depressiven Verstimmung geholfen hat. Elisabeth Scheunemann ist Soziologin von Ausbildung, sie hat wiederholt stationäre psychiatrische Behandlung erlebt und ist genau wie ich seit vielen, vielen Jahren Mitglied der staatlichen Besuchskommission nach PsychKG Nordrhein-Westfalens. Dort sind bereits seit 1999 nicht nur „andere Berufsgruppen“ (§ 2a BbgPsychKG) beteiligt, sondern auch Menschen die von diesem Gesetz betroffen sind, ebenso wie ihre Angehörigen. In dieser Rolle, als von der Landesregierung berufenes Mitglied der Besuchskommission, hat sie und habe auch ich recht genauen Einblick in die Gesetzespraxis aller NRW-Psychiatrien.

Vergleich PsychKG Brandenburg ↔ Nordrhein Westfalen

Frau Scheunemann schickte mir tröstend ein sehr schönes, fast noch druckfrisches Papier vom 31. Januar 2017². Dies ist der Bericht der Besuchskommission an das Landesparlament über ihre Tätigkeiten. Daraus lassen sich recht aktuelle Zahlen zu psychiatrischen Freiheitsentzügen auf der Grundlage des PsychKG entnehmen. Als Mitglied des UN SPT³ weiß ich, dass es in der ganzen Bundesrepublik ca. 65.000 Strafgefangene gibt und ca. 8.000 psychisch kranke und deswegen schuldunfähige Straftäter im Freiheitsentzug.

Wir alle wissen, wie schwer es in Deutschland ist, jemanden in Untersuchungshaft zu bringen. Spätestens nach der Kölner Silvesternacht war die Frage in NRW aktuell und das ist auch mein Standard: Freiheitsentzug, nur weil ein Verdacht besteht? Nicht so einfach. So etwas nennt man Präventivhaft. Negativ in Nordrhein-Westfalen und zwar mit seit Jahren ansteigender Tendenz, sind die Freiheitsentzüge nach PsychKG. Im Jahr 2014 waren es

¹ [www.lvpe-rlp.de/inhalt/leichte Sprache](http://www.lvpe-rlp.de/inhalt/leichte_Sprache) und [www.lvpe-rlp.de/inhalt/normale Sprache](http://www.lvpe-rlp.de/inhalt/normale_Sprache) (Stand: 13. Juni 2017)

² www.landtag.nrw.de/Dokumentenservice/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMV16-4722.pdf (Stand: 13. Juni 2017)

³ www.ohchr.org/EN/HRBodies/OPCAT/Pages/OPCATIndex.aspx (Stand: 13. Juni 2017)

Dokumentation | Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG am 24. April 2017 in Potsdam

23.648 Menschen, denen nach PsychKG die Freiheit entzogen wurde, bei 202.000 Krankenhausbehandlungsfällen. Wenn Sie dazu noch die 25.000 Unterbringungsfälle nach Betreuungsrecht zählen, dann wird deutlich, dass ein Viertel aller Psychiatrie-Patienten im größten Bundesland – im bevölkerungstechnisch größten, sonst mag Brandenburg größer sein – gegen ihren Willen oder ohne Zustimmung in die Klinik gebracht und behandelt werden. Das zeigt das ethische Spannungsfeld, in dem wir uns befinden.

Die Rolle der Besuchskommissionen

Besuchskommissionen sind nicht nur Teil der staatlichen Aufsichtsfunktion, sondern auch Teil der externen Qualitätssicherung. So steht es auch im oben erwähnten Bericht an den Landtag. Gerade wir Betroffenen- und Angehörigenvertreter kommen in alle Kliniken, in allen Ecken des Landes, während die in Ihrem § 2a BbgPsychKG eingeteilten Personengruppen, ähnlich wie in NRW, stets nur bestimmte Bezirke besuchen. Ich halte es für sehr wichtig, dass der Austausch der Erfahrungen eben auch in Richtung Ministerium erfolgt, denn es ist allgemein bekannt, dass die Gesetzespraxis oft eine andere ist, als der Wortlaut der Gesetzesnorm. Das Ministerium als Aufsichtsbehörde⁴ und auch das Parlament müssen wissen, wo wir die Aufsicht verschärfen müssen und wann und wie wir die Gesetzesnorm ändern müssen, um eine bessere Praxis zu erreichen.

Durchaus geschehen in NRW-Kliniken nicht nur Missgeschicke, sondern manchmal auch echter Mist. Mit „Mist“ meine ich, dass Handlungen ärztlich abgesegnet werden, die weder vom Recht noch von fachlichen Leitlinien gedeckt sind. Erst im Oktober 2016 traf ich während eines Kommissionsbesuchs noch eine junge Patientin, die auf ärztliche Anordnung allein in ihrem Zimmer essen musste, keine Zeitschriften und DVDs mehr mit auf ihr Zimmer nehmen durfte und wiederholt ohne Sitzwache fixiert wurde – in einem Raum gemeinsam mit einem männlichen Patienten. Solche Sachen gibt es in NRW immer noch, so kann die Praxis aussehen. Offen ist für mich die Frage: Was tut dann die Aufsichtsebene, denn sowas kann man dann ja nicht einfach so weiterlaufen lassen.

Gut ist in NRW in den letzten Jahren auf veränderte Vorgaben reagiert worden. Wir waren das erste Bundesland, das bei Fixierungen die Videoüberwachung verboten und die Sitzwache vorgeschrieben hat. Ich halte dies für eine rechtliche Selbstverständlichkeit. Wir können uns in Deutschland nicht einerseits darüber streiten, wie viel Quadratmeter eine Legehenne im Käfig braucht und andererseits Menschen an allen vier Extremitäten festbinden, um sie dann nur von so einem Kamera-Auge überwachen zu lassen. Es gibt Kliniken mit guten und sorgfältig geführten Statistiken über Fixierungen, mittlerweile ist dies für alle Kliniken in NRW Vorschrift. Seit dem 01. Januar 2017 haben wir erneut das PsychKG novelliert, zunächst nur die Paragraphen zu Freiheitsentzug und Zwangsanwendung, der andere Teil wird noch überarbeitet. Erstmals ist im Gesetz ausdrücklich angeführt, dass die Unterbringung auch auf

⁴ www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Stellungnahme_MO_zu_Psych-KG-Novelle_NRW.pdf (Stand: 13. Juni 2017)

Dokumentation | Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG am 24. April 2017 in Potsdam

offenen Stationen erfolgen kann, die geschlossene Tür ist also nicht vorgeschrieben⁵. Viele interessante Debatten ergeben sich jetzt bei den Besuchsterminen. Einige Kliniken nehmen die Gesetzesänderungen sehr offen auf und berichten über neue Wege und „mildere Mittel“ im Sinne der UN-BRK. Im Bericht an das Landesparlament heißt es zu Recht: „Viele Kliniken sehen den Besuch der Kommission als Möglichkeit der externen Qualitätssicherung und des Austausches von Ideen und Erfahrungen.“

Ein psychiatrisches Krankenhaus kann kein Gefängnis sein.⁶ Es gibt allerdings in NRW auch Kliniken, Universitätskliniken sogar, in denen der Klinikleiter sofort sagt: „Das geht überhaupt nicht, damit würde ich ja meine Mitarbeiter gefährden.“ Wirklich, mit solch einer Tonlage wird begründet, dass man so weitermachen will wie bisher.

Gewundert hat mich der § 29 des BbgPsychKG. Aus- und Fortbildungspflichten der Kliniken gegenüber untergebrachten Menschen werden dort normiert. Das mag ja in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bei den dort üblichen längeren Verweildauern sinnvoll sein. Doch nährt dieser Paragraph die heimliche Befürchtung, dass auf Grundlage des BbgPsychKG junge oder auch ältere Menschen möglicherweise langfristig in Heimen untergebracht werden.

Die durchschnittliche Verweildauer in einer psychiatrischen Klinik liegt heute bei drei bis vier Wochen. Klar ist aus der Praxis – ich habe ja lange selbst in einer großen Klinik gearbeitet – eine längere Verweildauer lässt sich relativ leicht gegenüber der Krankenkasse rechtfertigen, wenn Patienten auf Grundlage des PsychKG behandelt werden. Bei freiwilligen Patienten wird nach vier Wochen, manchmal auch schon nach 14 Tagen gefragt, warum der Mensch noch nicht entlassungsfähig ist.

Dieser ökonomische Druck lastet ja auf Kliniken, politisch gewollt, aber nicht demokratisch legitimiert.⁷ Der Staat ist verantwortlich für die Gesundheit der Menschen im Freiheitsentzug, nicht primär der Solidarfond der Krankenkasse. Aufmerksam machen möchte ich mit dieser Feststellung auf die Tatsache, dass Kliniken keine intrinsische Motivation haben, psychiatrisch legitimierte Freiheitsentzüge zu minimieren. Sie können sich stets auf die Ultima Ratio berufen und werden sich nicht dagegen wehren, wenn sie viele Patienten nach PsychKG oder Betreuungsrecht behandeln, weil dann die Rechtfertigung gegenüber der Krankenkasse einfacher wird. So hat sich die Rolle der psychiatrischen Klinik im letzten Vierteljahrhundert deutlich geändert. Im Jahr 1993, als meine Assistenzarztzeit in der Psychiatrie begann, hatten wir noch eine durchschnittliche Verweildauer von drei Monaten.

⁵ vgl. dazu aktuell Recht & Psychiatrie 2017, S. 36-85.

⁶ vgl. dazu EuCHR 2016, Case of Hiller v Austria

⁷ vgl. Maio, G., 2014, Geschäftsmodell Gesundheit: Wie der Markt die Heilkunst abschafft, Berlin

Dokumentation | Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG am 24. April 2017 in Potsdam

Menschenrecht & Freiheitsentzug

Seit drei Jahren liegt mein Tätigkeitsschwerpunkt bei den Menschenrechten in der Psychiatrie. Anfang 2014 wurde ich ins UN SPT⁸ entsandt. Die Arbeit dieses Ausschusses betrifft den Schutz der Menschenrechte aller Personen im Freiheitsentzug und die zugrunde liegende Konvention ist nicht die inzwischen oft zitierte UN-BRK, sondern die sehr viel ältere Antifolterkonvention. Das 2006 dazu verabschiedete Zusatzprotokoll OPCAT schaffte die Grundlage für die Arbeit des UN SPT, mit vollem deutschem Namen der „Unterausschuss zur Prävention von Folter oder anderer grausamer, unwürdiger oder erniedrigender Behandlung oder Strafe.“ Das OPCAT ist für die psychiatrische Praxis aber auch für die staatlichen Gesetzesnormen genauso relevant, wie die UN-BRK. International besucht die UN-Kommission Vertragsstaaten und dort alle Orte des Freiheitsentzugs, auch psychiatrische Kliniken. Jeder Staat, der das OPCAT ratifiziert hat, also auch die Bundesrepublik, muss einen Nationalen Präventionsmechanismus (NPM)⁹ einrichten und dem gehöre ich seit gut zwei Jahren an. Damit besuche ich inzwischen auch in anderen Bundesländern psychiatrische Kliniken und geschlossene Heimeinrichtungen und kann kurz berichten, dass ein Chefarzt versuchte, uns unter Berufung auf sein Hausrecht unter Hinzuziehung der Polizei aus seiner Klinik zu komplimentieren. Sein Ministerium hatte die Klinik nicht über Existenz, Aufgabe und Rechte dieser unabhängigen Stelle zum Menschenrechtsschutz informiert, doch ist solch Verhalten auch ein Indiz dafür, wie ungern sich die Psychiatrie in die Karten ihrer Alltagspraxis schauen lässt. Dass dieser Chefarzt gleichzeitig auf der Klinik-Homepage damit wirbt, den Anteil der Privatpatienten erheblich erhöht zu haben, zeigt die Bedeutung ökonomischer Faktoren in der psychiatrischen Versorgung. Mit staatlichen Schutzpflichten und Menschenrechten auch für Bürger mit psychiatrischen Diagnosen hat das wenig zu tun.

Doch es gibt bei der Arbeit mit dem deutschen NPM auch sehr positive Erfahrungen. Bei einem Besuch in einer anderen Klinik wurden wir Zeugen einer Aufnahme mit „Polizei und allen Schikanen.“ Natürlich wollte ich es mir nicht nehmen lassen, auch diesen Patienten zu interviewen, doch die Klinik teilte stolz mit, man habe ihn von einer Aufnahme auf freiwilliger Grundlage überzeugen können. Das war für mich vorbildlich und eindrucksvoll. Zwar klappt das nicht immer, auch in der Psychiatrie gibt es echte Notfälle, wie in fast allen anderen medizinischen Fachgebieten. Doch ob häufig oder eher selten zu Zwangsmaßnahmen gegriffen wird, hängt davon ab, ob ein Team bereit ist, den Beziehungsfaden zu Patienten in seelischen Krisen zu knüpfen, ob die Zeit dafür zur Verfügung steht und die Personalausstattung dies erlaubt. Zeit ist ein Faktor und der Wille der Profis der zweite, denn unter Zwang geht vieles einfacher und rascher. Heißt die Direktionsvorgabe nur auf Fallzahlen, Verweildauer und betriebswirtschaftliches Ergebnis zu achten, wirkt sich dies auf die Versorgungsqualität aus.

⁸ www.ohchr.org/EN/HRBodies/OPCAT/Pages/OPCATIndex.aspx (Stand: 13. Juni 2017)

⁹ in Deutschland die „Nationale Stelle zur Prävention von Folter“, www.nationale-stelle.de (Stand: 13. Juni 2017)

Dokumentation | Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG am 24. April 2017 in Potsdam

Anders als die staatlichen Besuchskommissionen veröffentlicht die Nationale Stelle die Besuchsberichte der öffentlichen Einrichtungen. Im Rahmen der Landtagsanhörung zum neuen PsychKG NRW habe ich vorgeschlagen, auch das Ministerium oder die Bezirksregierung sollten die Besuchsberichte anonymisiert veröffentlichen. Technisch ist das heute ja ganz einfach, und so ließe sich kostenneutral deutlich mehr Transparenz in das psychiatrische Unterbringungsgeschehen bringen.

Zur Rolle der Menschenrechte und den Aufgaben der Besuchskommissionen lässt sich zusammenfassend feststellen: Wir haben heute nicht mehr die elenden und unwürdigen Zustände, die die Enquête-Kommission vor vier Jahrzehnten beklagte. Wir haben genügend Geld im System nach SGB V, XI und XII, die Frage ist: Wie und zu wessen Gunsten wird es verteilt? Recht häufig und systematisch wird längst wieder an den Schwächsten gespart, es gibt langjährige unwürdige Zustände für Menschen mit psychiatrischen Diagnosen im Freiheitsentzug. Erst vor wenigen Wochen besuchte ich mit der Nationalen Stelle eine große forensische Klinik eines großen psychiatrischen Trägers. Schon bei einem Erstbesuch 2011 wurde kritisiert, dass Straftäter, als intelligenzgemindert oder geistig behindert eingestuft, auf viel zu engem Raum im 4-Bett-Zimmer mit schrägem Dach leben mussten. Jetzt, sechs Jahre später, hat sich daran nichts geändert. Vier Betten unter den Dachschrägen, vor jedem Bett noch einmal 2 qm, also eine Matratzenbreite als Privatsphäre und Bewegungsfläche, das Ganze mühsam und provisorisch mit Vorhängen abgetrennt, so leben schuldunfähige Menschen in Deutschland im unbefristeten Freiheitsentzug. Warum eine Anstalt des öffentlichen Rechts, finanziert von unseren Steuern, an solchen Zuständen in sechs Jahren nichts ändern konnte oder wollte, das kann oder will ich nicht verstehen. Auch solche Menschen haben eine Würde und dürfen nicht schlechter behandelt werden, als z. B. Privatpatienten in Süddeutschland.

„Gefährdung“ als Rechtfertigung für Freiheitsentzug

Die Gefährdung ist der Schlüsselbegriff für alle Freiheitsentzüge nach PsychKG, doch wo Gefahr und Gefährdung beginnen, wird von Psychiatern anders gesehen als von Autobahnrasern, Polizisten oder Flüchtlingen, denen die Abschiebung droht. Heute, zehn Jahre nach der UN-BRK können Psychiater sich nicht mehr zurückziehen auf die Formulierung: „Wir bringen ja nicht unter, das tun die Richter.“ Entscheidungsgrundlage ist immer die psychiatrische Gefährdungsbegründung, also die kausal in der Krankheit liegende Gefahr des erheblichen Schadens. Es ist eine ärztliche Amtshandlung, dies im PsychKG-Zeugnis zu belegen und bei der richterlichen Anhörung zu vertreten. Es ist psychiatrische Aufgabe abzuwägen zwischen Symptomen der Krankheit, die wir Psychiater für stationär behandlungsbedürftig halten, und der sich daraus konkret und kausal ergebenden Gefährdung. Nun wollen Psychiater Krankheit behandeln und können gut beschreiben, warum jemand krank ist und warum eine stationäre Behandlung zu Lasten der Krankenkasse erforderlich ist. Die konkrete Gefährdungslage in das PsychKG-Zeugnis zu schreiben, fällt uns Psychiatern sehr viel schwerer.

Dokumentation | Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG am 24. April 2017 in Potsdam

An dieser Stelle möchte ich gern auf ein jüngeres obergerichtliches Urteil hinweisen.¹⁰ Wegen Amtspflichtverletzung der Ärzte, auf Grund einer nicht hinreichenden Gefährdungsbegründung mit Folge einer achtwöchigen Unterbringung und Zwangsmedikation, hat das Oberlandesgericht dem Opfer ein Schmerzensgeld von 25.000 Euro zuerkannt. Die Summe ist hoch genug, dass eine Klinik sie nicht mehr „aus der Portokasse“ bezahlt. Doch nur sehr selten schaffen die Opfer solch ungerechtfertigter psychiatrischer Freiheitsentzüge den langen Weg durch die Rechtsinstanzen.

Kürzlich ist in Schleswig-Holstein ein weiterer Fall von Freiheitsentzug aufgrund nicht hinreichender psychiatrischer Legitimierung zugunsten des Opfers entschieden worden.¹¹ Ob Schmerzensgeld- oder Amtshaftungsverfahren daraus folgen, steht noch offen. Ein Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen im Land Brandenburg sollte seine Bürger auch vor solchen Übergriffen des medizinischen Versorgungssystems schützen. Das Grundgesetz garantiert im Artikel 19 Absatz 4: „Wird jemand durch die öffentliche Gewalt in seinen Rechten verletzt, so steht ihm der Rechtsweg offen.“

Selbstgefährdung und Freiheitsentzug

Eine lang erwartete, erst neun Monate alte Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts¹² beginnt mit dem Leitsatz: „Aus Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 GG folgt die Schutzpflicht des Staates, für nicht einsichtsfähige Betreute bei drohenden erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen unter strengen Voraussetzungen eine ärztliche Behandlung als letztes Mittel auch gegen ihren natürlichen Willen vorzusehen.“ Ich stehe voll hinter der Entscheidung, doch das eben angeführte Urteil des Verwaltungsgerichts Schleswig-Holsteins zeigt, dass immer wieder Ärzte auch anderer Fachrichtungen sich gern und unter Berufung auf eigene Richtlinien über Recht und Gesetz hinwegsetzen.

Natürlich können wir Menschen nicht ihrem Schicksal überlassen, nur weil sie, aus welchen Gründen auch immer, nicht in der Lage sind, selbst um Hilfe nachzusuchen. Unklar ist in Medizinerkreisen, wie akut die Selbstgefährdung sein soll oder muss, um einen Freiheitsentzug in einer Klinik zu rechtfertigen. Die dement genannte Oma, die einen Topflappen auf dem Herd vergisst, muss nicht gleich in die Klinik, unter Betreuung und in ein Heim geschickt werden. Das Problem wäre gelöst, wenn ihr ein Induktionsherd bereitgestellt wird. Doch sobald es Rauch und Feuer gibt, greifen die Möglichkeiten des psychiatrischen Freiheitsentzugs.

¹⁰ OLG Karlsruhe, 9 U 78/11, vom 12. Nov. 2015; www.jurion.de/urteile/olg-karlsruhe/2015-11-12/9-u-78_11/

¹¹ VG Schleswig, 1 A 24/14, vom 01. Dez. 2016; www.gesetze-rechtsprechung.sh.juris.de/jportal/portal/t/2o3m/page/bsshoprod.psm1:jsessionid=C7DDBE0C3F649416A2D2BE582B113E12.jp14?pid=Dokumentanzeige&showdoccase=1&js_peid=Trefferliste&documentnumber=1&number_ofresults=1&fromdoctodoc=yes&doc.id=MWRE160003896%3Ajuris-r02&doc.part=L&doc.price=0.0&doc.hl=1

¹² BVerfG, Beschluss des Ersten Senats vom 26. Juli 2016 - 1 BvL 8/15 - Rn. (1-103); www.bverfg.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2016/07/1s20160726_1bvl000815.html

Dokumentation | Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG am 24. April 2017 in Potsdam

Nicht bei allen Menschen mit psychotischen Symptomen sind diese auch erheblich genug für einen Freiheitsentzug. Wenn ich als Ärztin einen Menschen sehe und spreche, den ich gern in psychiatrischer Behandlung sehen möchte, muss deswegen noch lange keine Selbstgefährdung vorliegen. Doch in der psychiatrischen Aus- und Weiterbildung geschieht systematisch etwas anderes. Wir lernen dort, 10 % der Menschen, die schizophren genannt werden, begehen irgendwann einen Suizid. In der Besuchskommission NRW erleben wir zunehmend, dass als Gefährdungsbegründung geschrieben steht: „Suizidalität lässt sich nicht mit Sicherheit ausschließen.“ Dass Richter dies als Gefährdungsbegründung abnicken, kann ich nicht verstehen. Bei niemandem hier im Saal lässt sich Suizidalität mit Sicherheit ausschließen und auch bei niemandem in der Psychiatrie oder andernorts. Steinhart spricht von „konstruierter Selbstgefährdung.“¹³

Geholfen hat mit in diesem berufsimmanenten Dilemma, dass das auch der Gesetzgeber nicht auflösen kann. Dazu formuliert Valdés-Stauber¹⁴: „fünf bei Arzt, Patient und Gesellschaft symmetrische(n) Gefühle (Angst, Wut, Hilflosigkeit, Ambivalenz und Macht) könnten die Frage der therapeutischen Beziehung im Umgang mit Suizidgefährdeten, als eingebettet im Konzept Menschenbild, erhellen“ und setzt sich nochmal sorgfältig, auch im rechtlichen Sinne, mit der Frage auseinander, was die Psychiatrie in diesem Zusammenhang überhaupt leisten kann.

Dazu habe ich im geltenden BbgPsychKG eine Anekdote gefunden. Im § 18 Absatz 2 BbgPsychKG heißt es: „Eine medizinische Untersuchung und Behandlung ist ohne Einwilligung der untergebrachten Person zulässig, um den Erfolg eines Selbsttötungsversuchs zu verhindern.“ Die Formulierung dieser Norm ist viel zu allgemein, sie berechtigt Psychiater zu medikamentösen Behandlungen, die in den Kern der Persönlichkeit eingreifen und sagt nichts aus zur Erheblichkeit des „Erfolgs eines Selbsttötungsversuchs“ oder die Bedeutung der Einwilligungsfähigkeit des Suizidenden aus. Natürlich behandelt jeder Arzt einen Menschen, der sprungbereit auf einer Brücke stand oder gar gesprungen ist. Aber zunächst ist doch zu klären, welche Folgen zu beheben sind? Wenn nur ein Bein gebrochen ist, dann ist der Patient sicher einwilligungsfähig. Bei schwereren Kopfverletzungen mit Bewusstlosigkeit greift der rechtfertigende Notstand für ärztliches Handeln. Wenn hingegen die Lobbyorganisation DGPPN zum Welttag der Suizidprävention 2017 auf ihrer Webseite schreibt: „95% aller Suizide sind depressionsbedingt,“ dann ist dies eine Post-hoc-Schlussfolgerung, die lediglich besagt: Unser Fachgebiet kann bei fast allen Menschen, die sich umgebracht haben oder dies tun wollen, rückwirkend eine Depression feststellen. Es ist keine saubere wissenschaftliche Argumentation mehr.

Mir ist wichtig zu verdeutlichen, dass in einer Gesetzesnorm auch die Rechte der Patienten klar definiert werden müssen, nicht nur die Rechte der Psychiatrie zu Eingriffen in Grundrechte. Die Psychiatrie sieht Menschen gern als Symptomträger, selten aber als Träger

¹³ www.ethikrat.org/dateien/pdf/anhoeerung-23-02-2017-fragenkatalog-steinhart.pdf (Stand: 13. Juni 2017)

¹⁴ Valdés-Stauber, J., 2017 Suizidales Verhalten aus anthropologischer Sicht - Dialektik zwischen dem medizinischen und dem anthropologischen Paradigma Nervenheilkunde 4, 251-273

Dokumentation | Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG am 24. April 2017 in Potsdam

von unveräußerlichen Rechten. So fällt ihr das Abwägen oft schwer und die Verhältnismäßigkeit gerät aus dem ärztlichen Blick. Welches Ausmaß an Suizidalität ist hinreichend als Begründung für einen Krankenhausbehandlung ohne Einwilligung? Sicher reichen Suizidgedanken genauso wenig aus wie ein statistisches Risiko. Was kann eine ambulante Versorgung bei Menschen mit Suizidgedanken leisten? Ein PsychKG ist nicht dazu da, das Haftungsrisiko für Psychiater zu minimieren. Obwohl wir weit mehr psychiatrische Krankenhausbetten haben als jedes andere europäische Land, habe ich noch nicht gehört, dass in Deutschland die Suizidrate geringer sei als bei unseren Nachbarn. Wenn wir eine ambulante, multiprofessionelle Versorgung haben, dann lassen sich Grundrechtseingriffe und Kosten im Krankenhaus sicher häufiger vermeiden. Die mit der Erstellung von Gesetzestexten befassten Mitarbeiter aus dem Ministerium möchte ich ausdrücklich bitten, den Aufsatz von Valdés-Stauber zu lesen. Er ist wirklich empfehlenswert.

Fremdgefährdung und Freiheitsentzug

Ob eine Zwangsmedikation rechters ist, „wenn von der untergebrachten Person eine schwerwiegende Gefahr für die Gesundheit einer anderen Person ausgeht“ (§ 18 Absatz 2 BbgPsychKG), wird wohl das Verfassungsgericht für den Bereich Psychiatrie entscheiden müssen. Bekanntermaßen sind psychische Krankheiten nicht ansteckend – auch wenn der Angehörigenverband gern vertritt, seine Mitglieder leiden am meisten unter der Erkrankung eines Familienmitglieds, darum müsse Zwang in der Psychiatrie erlaubt sein – die Frage der Verhältnismäßigkeit ist hier noch schwieriger abzuwägen.

Seit im Sommer letzten Jahres der Amoklauf eines jungen Mannes in München uns eine fünfstündige Tagesschau bescherte und die Republik lange im Glauben gelassen wurde, es handele sich um ein terroristische Attentat, wissen wir alle, wie rasch sich der Bedeutungsrahmen für Gefährdung verschieben kann. Erst Tage später kam heraus, es war die Gewalthandlung eines jungen Menschen, in der Schule schon gemobbt, seit einem Jahr in psychiatrischer Behandlung. All dies konnte sein Tun weder vorhersagen noch gar verhindern. Auch der Axt-Attentäter des gleichen Sommers ist jetzt wegen Schuldunfähigkeit im unbefristeten Freiheitsentzug und in psychiatrischen Händen, offensichtlich war nicht politisch-religiöse Überzeugung seine Triebfeder.

Wie oft werden regionale mediale Schreckensmeldungen über gewalttätige Handlungen im Familienkontext mit der Anmerkung „der Täter soll psychisch krank gewesen sein“ beendet? Diese Zuschreibung von Gefährlichkeit in Richtung einer bestimmten Menschengruppe mit bestimmten Diagnosen ist weder gerechtfertigt noch wissenschaftlich haltbar. Die Art der Stigmatisierung wird von der Psychiatrie, aber ebenso vom Gesetzgeber aufrechterhalten. Natürlich ist die „mad-or-bad-Debatte“ alt, Krankheit oder Bosheit kommen überall vor, der Borussia-Attentäter hat dies vor wenigen Tagen wieder bewiesen. Statt Krankheit war Geschäftssinn seine treibende Kraft. Schuldunfähigkeit wird ihm wohl nicht bescheinigt werden.

Der Kreis schließt sich und die Frage bleibt: Lässt sich das Verhalten von Menschen psychiatrisch-medikamentös längerfristig beeinflussen und „steuern“? Wird NRW gesünder

Dokumentation | Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG am 24. April 2017 in Potsdam

oder weniger gefährlich, wenn das Land aus Steuermitteln weitere 500 Forensik-Betten baut und die Besserung und Sicherung – der unbefristete Freiheitsentzug – hier im Durchschnitt zehn Jahre dauert, während Baden-Württemberg bei gleicher Problemstellung einen Durchschnitt von vier Jahren schafft. Wo ist solche Behandlung oder Verwahrung noch evidenzbasiert? Ein so großer Unterschied ist nicht gut erklärbar, die Steuermittel für 500 neue Forensik-Betten sind leicht bewilligt. Die entscheidende Frage ist eben: Wie lässt sich durch Überzeugung Behandlungsbereitschaft erwirken und welche Behandlung ist mit welchen Erfolgsaussichten überhaupt wie erzwingbar. Will die Psychiatrie in der „Ultima-Ratio-Falle“¹⁵ weiter Zwang in diesem Ausmaß anwenden oder wird sie neue mildere Mittel finden?

Fazit und Ausblick

Das psychiatrische Zwangssystem ist seit den Zeiten der Enquête, wo rein zahlenmäßig viel weniger Menschen unter psychiatrisch legitimiertem Freiheitsentzug zu leiden hatten, aus der Balance geraten. Die Gesetzgebung hat sowohl mit dem Betreuungsrecht als auch mit den PsychKGs der Länder seinen Anteil daran. Die Zahlen an Unterbringungen und weiteren freiheitsentziehenden Maßnahmen bis hin zu Zwangsmedikation sind zu hoch oder sie sind nicht bekannt.

Auch wenn im BbgPsychKG (§ 11) genauso wie in NRW ein Regelverfahren vorgesehen ist, geschehen wahrscheinlich hier wie in NRW die meisten psychiatrischen Freiheitsentzüge im Ausnahmeverfahren „Einstweilige Unterbringung.“ Die Ausnahme ist also die Regel und solange dies so ist, kann jedem nach PsychKG untergebrachten Menschen nur empfohlen werden, sofortige Beschwerde bei Gericht einzulegen. Niederschwellige, unabhängige Beratungs- und Beschwerdestellen gibt es kaum in der deutschen Psychiatrielandschaft, nur Baden-Württemberg hat sie seit 2015 in seinem neuen PsychKG vorgeschrieben.

Klinikvergleiche helfen zu erkennen, wo Psychiater und andere Ärzte zwangsbereiter sind als andernorts. Jede anständige, weltoffene Klinik kann diese Zahlen kostenneutral in ihrem verpflichtenden Qualitätsbericht veröffentlichen, denn die Minimierung und Vermeidung von Zwang ist ein Qualitätsmerkmal. Dort kann jeder Bürger nachschauen, wie oft kommt es in der Klinik meiner Kommune im Vergleich zu anderen zu Zwangssituationen. So gäbe es mehr Transparenz bei diesem psychiatrischen Tabu-Thema.

Sinnvoll kann es auch sein, im Rahmen der fachpsychiatrischen Weiterbildung mehr Rechtskunde zu verlangen, doch dies hat der Staat in die Hände der ärztlichen Selbstverwaltung gelegt. Bis Weiterbildungsverordnungen geändert sind, wird zu viel Zeit vergehen.

¹⁵ Aichele, V., 2016, Menschenrechte und Psychiatrie in: Zinkler et al. Prävention von Zwangsmaßnahmen Menschenrechte und therapeutische Kulturen, Köln, S. 34

Dokumentation | Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG am 24. April 2017 in Potsdam

Damit komme ich zum Schluss und zeige Ihnen ein Bild von meinem persönlichen Kronprinzen. Seit er auf dem Weg in diese Welt ist, überlege ich, in den Speckgürtel von Berlin zu ziehen. Aber mit dem PsychKG, das Brandenburg aktuell hat, ziehe ich nicht dorthin.

→ *Die Folien der Präsentation finden Sie im Anhang der Dokumentation.*

VERNETZUNG

ALS MERKMAL TRAGFÄHIGER UNTERSTÜTZUNG

Matthias Rosemann, Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e. V. (BAG GPV)

Ich freue mich sehr an diesem Forum mitzuwirken und mit diesem Beitrag Aspekte dazu beizutragen, wie Vernetzung im Rahmen eines Gesetzes zur Hilfe für psychisch kranke Menschen geregelt werden kann.

Auswirkungen psychischer Erkrankungen

Beginnen möchte ich damit zu beschreiben, warum eigentlich Vernetzung so wichtig ist. Das Problem ist, dass psychische Erkrankungen Auswirkungen auf praktisch alle Lebensbereiche haben. Von daher sind viele Menschen im Umfeld eines psychisch kranken Menschen von dieser Krankheit mit betroffen. In der Bundesrepublik Deutschland hat dies oft zur Folge, dass psychisch kranke Menschen in ihrer Ausübung von Beruf oder Schule beeinträchtigt sein können, was letztlich in Einsamkeit, Wohnungslosigkeit bis hin zur Armut münden kann. In dem Zusammenhang steht, dass im Falle einer psychischen Erkrankung verschiedene Kosten- und Leistungsträger involviert sind. Natürlich stehen die Krankenkassen dabei im Vordergrund, aber es kommen auch viele andere Leistungsträger in Kontakt mit Menschen mit psychischen Erkrankungen. Dies umfasst sowohl staatliche Leistungsträger, wie die Jugendhilfe oder die Eingliederungshilfe, wie auch die Agentur für Arbeit, Rentenversicherung oder Pflegeversicherungen (das ist keine abschließende Aufzählung).

Es macht nur deutlich, dass Psychiatrie sich als Fach von vielen anderen Fächern dadurch unterscheidet, dass es zahlreiche unterschiedliche Akteure gibt, insbesondere auch auf Seiten der Verantwortlichen für die Kosten und Leistungen. Das Problem liegt darin, dass manche Hilfen oftmals gleichzeitig oder gut verzahnt und miteinander vernetzt erforderlich sind. Dies funktioniert jedoch oft unzureichend, da Kosten- und Leistungsträger sowie Leistungserbringer nicht ausreichend abgestimmt miteinander arbeiten. Das ist ein strukturelles Grundproblem in der Bundesrepublik Deutschland und wir müssen uns damit auseinandersetzen.

Dokumentation | Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG am 24. April 2017 in Potsdam

Was fordern psychisch kranke Menschen?

Ich kontrastiere das mal mit Erwartungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen an das Hilfesystem, die von ihnen im Zusammenhang mit Fragen zur Qualität psychiatrischer Versorgung geäußert wurden (Auswahl aus Beiträgen von Detlef Tintelott¹⁶ und Uwe Wegener¹⁷):

- niedrigschwelliger und zeitgerechter Zugang zu Hilfen
- individuelle Behandlung, Eingehen auf Probleme, Ziele und Bedürfnisse des Klienten
- Vorrang ambulanter Hilfen
- orientiert an gesundheitlichen und lebensweltlichen Zielen
- mit Augenmerk auf die Ressourcen des Klienten
- Anpassung der Hilfen nach Art und Zeitaufwand an den sich wechselnden Bedarf
- Abstimmung mit dem Klienten sowie unter den Berufsgruppen, Einrichtungen und Leistungsträgern
- Teamkonferenzen und Hilfeplankonferenzen mit der Erstellung von Behandlungs- und Rehabilitationsplänen, auch für die Bereiche Arbeit und Wohnen
- Kontinuität in der persönlichen Begleitung, Wohnbetreuer sollen auch in der Klinik dabei sein können
- Vermeidung von Zwangsmaßnahmen

Aber...

Das Problem ist, dass das nicht immer so zutrifft, sondern es auch zum Wesen einer psychischen Erkrankung gehört, dass manche Menschen sich – gerade im Zustand der Erkrankung – nicht krank fühlen und deswegen oder aus Scham nicht bereit sind, die Hilfe in Anspruch zu nehmen. Und deswegen haben wir es mit einer zusätzlichen Komplikation zu tun, dass Menschen zwar der Hilfe bedürfen, aber die Hilfe nicht in Anspruch nehmen wollen. Alle diese Aspekte müssen wir uns in Erinnerung rufen, wenn wir ein Hilfesystem organisieren.

Die Sicht Angehöriger (LV HH)

Die Angehörigen – das ist eine sehr deutliche Entwicklung der letzten Jahre – formulieren, dass es wichtig wäre auch für die Menschen etwas zu tun, die zwar keinen stören, aber auch keine Hilfe in Anspruch nehmen. Hier ist insbesondere auf die Initiative des Hamburger Landesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker hinzuweisen.¹⁸

¹⁶ Detlef Tintelott: Schnell zugänglich, wählbar, alltagsnah, ressourcenorientiert... was ist Qualität in der Psychiatrie und wie erreichen wir sie? Psychosoziale Umschau 1/2014 S.36-37

¹⁷ Uwe Wegener: Qualität im Hilfesystem – Eine Betroffenenansicht. Vortrag. Abruf unter „Beiträge 2. Tag, Forum A“ unter www.fachtagung-psychiatrie.org/id-2012.html#Tagungsbeitraege_12 (Stand: 13. Juni 2017)

¹⁸ www.lapk-hamburg.de/index.php/auf-ruf-auf-suchende-behandlung-staerken (Stand: 13. Juni 2017)

Dokumentation | Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG am 24. April 2017 in Potsdam

Wenn Menschen auffällig werden, dann rollt unser Hilfesystem in voller Wucht los, aber jemand, der sich nur zurückzieht und vor sich hin verelendet, findet wenig Hilfe und wenig Ansprechpartner.

Was bedeutet das für das Hilfesystem?

Übersetzt auf die Organisation von Hilfesystemen, werden Grundforderungen deutlich:

- Es muss zugänglich sein. → Es reicht nicht aus nur Angebote vorzuhalten.
- Es muss einfach zugänglich sein. → Es muss die erreichen, die die Hilfe benötigen.
- Es muss transparent sein.
- Es muss für die Koordination der Hilfen sorgen.
- Es muss persönliche Kontinuität bieten.
- Es muss hohe fachliche Kompetenz gewährleisten – in allen Bereichen.
- Es muss das Recht auf Selbstbestimmung respektieren und fördern.
- Es muss auch den erreichen, der krankheitsbedingt – in bestimmten Situationen – dieses Recht nicht ausüben kann.

Dazu muss es offene, niedrighschwellige, aufsuchende, nachgehende, vielfältig unterschiedliche Angebote entwickeln und in der Lage sein, für deren Inanspruchnahme beharrlich zu werben.

Dafür bedarf es der Bildung vieler Kompromisse, die man organisatorisch in einem Hilfesystem gewährleisten muss. Das heißt, Hilfen müssen entsprechend organisiert werden. Psychiatrie ist kein Prozess, der damit auskommt, dass irgendwelche Angebote sich entwickeln. Psychiatrie muss organisiert und gesteuert werden. Deswegen gibt es ja auch seit vielen Jahren ein PsychKG in Brandenburg, das dazu auch konkrete Aussagen trifft.

Was leistet ein Gemeindepsychiatrischer Verbund?

Die Bundesarbeitsgemeinschaft gemeindepsychiatrischer Verbände (BAG GPV) tritt ein, um für jeden psychiatrisch hilfebedürftigen Bürger einer Region die für ihn individuell passenden Hilfen zugänglich zu machen. Da steckt viel drin – das klingt so banal.

Für jeden Bürger, heißt, niemanden wegen Art oder Schwere seiner Erkrankung auszuschließen. Das bedeutet auch Menschen, die ein Delikt in ihrer Lebensgeschichte haben, nicht auszuschließen, aber auch alle anderen haben einen Anspruch nicht ausgeschlossen zu werden von dem Hilfeangebot innerhalb einer Region.

Der zweite Anspruch, heißt, Hilfen individuell passend zu machen. Das heißt, Hilfen so zu gestalten, dass sie der Person, um die es geht, angemessen gerecht werden.

Wer das organisieren will – beides gleichzeitig – hat es nicht einfach. Weil das etwas ist, was keine Einrichtung alleine tun kann. Keine Einrichtung kann sich alleine um alle Menschen, auch um die Schwierigsten kümmern und Hilfen immer individuell passend gewährleisten. Das

Dokumentation | Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG am 24. April 2017 in Potsdam

heißt, es geht nicht anders, als dass alle Anbieter der verschiedenen Leistungsarten, die es gibt, sich gemeinsam organisieren, um diesem Anspruch gerecht zu werden.

Was unterscheidet den Gemeindepsychiatrischen Verbund von anderen Kooperationsformen?

Die Idee des Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV) ist es, eine solche Vernetzung zu organisieren, in der man sich miteinander vernetzt und miteinander verbindlich zusammenarbeitet. Der Aspekt der Verbindlichkeit ist dabei der Unterschied zu anderen Formen der Kooperation. Verbindliche Kooperation führt dazu, dass die Vernetzung auch Bestandteil der eigenen Arbeit wird und es nicht mehr ins Belieben einer einzelnen Person gestellt ist. Der Schritt, auf den es ankommt ist, dass Institutionen, Einrichtungen und Dienste sich miteinander verbindlich vereinbaren, um sich davon zu lösen, ob eine Person eine Bereitschaft zur Vernetzung hat oder nicht. Dafür reicht es nicht, wenn einzelne Dienste kooperieren, sondern ist die Beteiligung aller wesentlichen Akteurinnen und Akteure einer Region notwendig. Dabei kann das verbindliche Formulieren einer zum Teil etablierten guten Zusammenarbeit in Form von Satzungen oder Kooperationsvereinbarungen mit langen Debatten verbunden sein. Verbindlichkeit setzt voraus, dass man miteinander Qualitätsstandards, die man in einer Region erreichen will, verbindlich vereinbart.

Was ist die staatliche Aufgabe?

Wir haben die Besonderheit, dass das Gesundheitswesen der Selbstorganisation unterliegt. Das heißt; der Staat hat eigentlich wenige unmittelbare, bestenfalls mittelbare Möglichkeiten tatsächlich hier einzugreifen. Die UN-Behindertenrechtskonvention gebraucht den Begriff, dass die Staaten sich verpflichten, angemessene Vorkehrungen zu treffen. Welche Möglichkeiten haben denn die Staaten angemessene Vorkehrungen zu treffen?:

- Versorgungsverpflichtung lokal gewährleisten (→ niemand kann die Verpflichtung für ganz Brandenburg übernehmen)
- Hilfen niedrigschwellig zur Verfügung stellen (z. B. durch die Sozialpsychiatrischen Dienste)
- individuelle Hilfeplanung und –erbringung durchsetzen
- personenbezogene Kooperation von Anbietern durch verbindliche Verbundstrukturen fördern
- Verpflichtung wesentlicher Akteurinnen und Akteure (z. B. Krankenhäuser mit Versorgungsverpflichtung) zur Beteiligung an Hilfeplankonferenzen und zur Einleitung individuell abgestimmter Hilfen zur Unterstützung nach der Krankenhausbehandlung (beispielsweise in Berlin: Verpflichtung der Krankenhäuser zur Kooperation mit regionalen Verbundstrukturen im Krankenhausgesetz)
- Bundesgesetzgeber: hat Anspruch auf strukturiertes Entlassmanagement im Krankenversicherungsrecht verankert (nicht spezifisch für Psychiatrie, aber unter Einbeziehung der Krankenkassen)
- Anwendung von Zwang und Gewalt auf ein unerlässliches Minimum in definierten Situationen zurückführen

Dokumentation | Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG am 24. April 2017 in Potsdam

Dabei geht es um die permanente Balance, tatsächlich Zwang und Gewalt zu vermeiden und zugleich das Recht auf Selbstbestimmung, das Recht auf Schutz und Fürsorge nicht außer Acht zu lassen. Es gibt auch ein Recht auf Hilfe. Diese Balance zu gewährleisten obliegt der staatlichen Fürsorge, dazu hat sich die Bundesrepublik Deutschland mit der UN-Behindertenrechtskonvention verpflichtet, immer unter dem Aspekt des Schutzes des Rechtes auf Selbstbestimmung jedes Menschen.

- Rechte der Betroffenen im Verfahren bei Unterbringungen stärken
- Einführung von Behandlungsvereinbarungen
- der Bundesgesetzgeber hat Anspruch auf Beteiligung der anspruchsberechtigten Bürger im Bundesteilhabegesetz in allen Teilen des Verfahrens systematisch verankert
- Bundesgesetzgeber hat Anspruch auf koordinierte Bedarfsermittlung, u.a. im Bundesteilhabegesetz verankert, sowohl hinsichtlich der Träger der Rehabilitation untereinander wie auch in der Abstimmung der Eingliederungshilfe mit der Pflegeversicherung

Hervorzuheben ist wie der Bundesgesetzgeber mit dem Bundesteilhabegesetz die Rechte von Menschen mit Behinderungen ausgestaltet hat. Dort wurden an fast jeder Stelle die Rechte von Menschen mit Behinderung gegenüber den Rehabilitationsträgern sowohl beim Zugang zur Leistung sowie bei der Beteiligung am Verfahren systematisch gestärkt. Die Seite der Leistungserbringer und deren Verbände haben sehr kritisch angemerkt, dass ihre Rechte durch das Bundesteilhabegesetz nicht gefördert wurden, aber die Rechte von Menschen mit Behinderungen sind in diesem Gesetz tatsächlich sehr deutlich gestärkt worden. Ab dem 01. Januar 2018 gibt es einen verbindlichen Anspruch auf eine koordinierte Bedarfsermittlung durch alle Träger der Rehabilitation und der Eingliederungshilfen. Dies beinhaltet das Recht auf einen Teilhabeplan, auf einen Gesamtplan und auf eine Teilhabekonferenz. Es wird zu unserer Aufgabe gehören, die Menschen, die es betrifft, so zu stärken, dass sie in der Lage sind, diese Rechte tatsächlich in Anspruch zu nehmen. Auch bei der Ausgestaltung der Schnittstelle zwischen Eingliederungshilfe und Pflege wurde das Recht des Menschen auf ein abgestimmtes Verfahren gestärkt. Auch hier wird sich viel in den nächsten Jahren bewegen müssen.

Wie wird die koordinierte Leistungserbringung sichergestellt?

Wie kann der Staat Leistungserbringer dazu bewegen verbindlicher miteinander zusammenzuarbeiten? Wie kann dies im PsychKG ausgestaltet werden? In den Bundesländern gibt es hier sehr unterschiedliche Umsetzungen.

Als schwache Variante hat Berlin im neuen PsychKG im § 1 eine Definition zu psychosozialen Arbeitsgemeinschaften (PSAG) und gemeindepsychiatrischen Verbänden (GPV) festgeschrieben. Es besteht somit für bestehende PSAG und GPV eine Grundlage, auf die sie sich beziehen können. Der § 7 regelt die Zusammenarbeit im Hilfesystem. Darin ist festgeschrieben, dass die Bezirke darauf hinwirken, dass die Leistungserbringer gemeinsam die Sicherstellung der psychiatrischen Versorgung für psychisch erkrankte Personen in ihrem Bezirk übernehmen. Das ist eine eher schwache Form der Organisation.

Dokumentation | Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG am 24. April 2017 in Potsdam

Das erinnert an das alte niedersächsische PsychKG, das den Begriff der sozialpsychiatrischen Verbände enthält. Darin ist geregelt, dass es sozialpsychiatrische Verbände geben kann. Dies wurde auch in zwei, drei Regionen aktiv umgesetzt, aber es hat auch keine Konsequenzen, wenn es nicht umgesetzt wurde.

Ähnlich ist es in Thüringen geregelt, allerdings etwas konkretisiert. Im §5 „Planung und Koordination der Hilfen“ ist festgeschrieben: Die Landkreise und kreisfreien Städte wirken darauf hin, dass die Leistungserbringer und die Leistungsträger im Rahmen eines GPV zusammenarbeiten und dabei insbesondere Absprachen über eine sachgerechte Erbringung der Hilfen treffen.

In Baden-Württemberg wird die Bildung von GPV im § 7 tatsächlich festgeschrieben. Diese treffen schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit dem Ziel, eine möglichst bedarfsgerechte, wohnortnahe Versorgung zu erreichen. Die GPV wurden somit per PsychKG zur Organisationseinheit, was aber noch kein Garant für eine gute Zusammenarbeit ist. Eine gesetzliche Vorgabe führt dazu, dass man etwas tun kann. Die Umsetzung muss dann in der Region gemacht werden. In Baden-Württemberg ist dies mit Zentren verbunden, die auch vom Land gefördert werden.

Das ist die Möglichkeit, die der Staat hat, nämlich, sicherzustellen, dass überhaupt eine solche Struktur von Verbindlichkeit entstehen kann, ohne die eine wirklich bedarfsgerechte Behandlung nicht gelingen kann und ohne die vor allem nicht gelingen kann, dass kein Bürger aufgrund der Art und Schwere seiner Erkrankung tatsächlich durch das Raster fällt.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen bei Ihrer weiteren Arbeit an dem Gesetz viel kreative Phantasie, viel Erfolg und auch ein bisschen Freude damit.

→ *Die Folien der Präsentation finden Sie im Anhang der Dokumentation.*

HERAUSFORDERUNGEN UND CHANCEN VON BERICHTERSTATTUNG: BERICHTERSTATTUNG ÜBER PSYCHIATRISCHE UNTERBRINGUNGEN – ERGEBNISSE EINES FORSCHUNGSPROJEKTES IN NORDRHEIN-WESTFALEN

**Prof. Dr. Michael Regus, Professor für Sozialmedizin an der Universität Siegen
a. D.**

Auch ich möchte mich bei Ihnen herzlich bedanken für die Einladung. Vielleicht kurz zu meiner Person: Ich war bis vor sechs Jahren Professor für Sozialmedizin an der Uni Siegen. Mein inhaltlicher Schwerpunkt war seit etwa 25 bis 30 Jahren der Bereich der Sozialpsychiatrie. Dazu habe ich beim Institut „Zentrum für Planung und Evaluation sozialer Dienste“ viele Forschungen und Begleitprojekte zu Modellversuchen umgesetzt. Über eines dieser Projekte möchte ich heute berichten.

Dokumentation | Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG am 24. April 2017 in Potsdam

Mein Vortrag schließt gut an die beiden Vorangegangenen an, denn die beiden Vorträge haben genau die zwei zentralen Knackpunkte benannt, die bezogen auf eine angemessene Gesetzgebung eine Herausforderung sind. Nämlich, dass es sich bei der psychiatrischen Versorgung um einen besonders grundrechtsensiblen Bereich handelt und aufgrund der vielen beteiligten Akteurinnen und Akteure es sich um eine besonders komplexe Frage der Koordination handelt. Herr Rosemann hat dabei in seinem Vortrag die Qualitätsanforderungen, die an ein solches System zu stellen sind – und vom Gesetzgeber von der Praxis verlangt werden müssen – verdeutlicht.

Forschungsprojekt zur Unterbringungspraxis in Nordrhein-Westfalen

Ich möchte mich jetzt der Frage der Transparenz hinsichtlich der Umsetzung in der Praxis widmen. Das war die Aufgabe des Projektes, über das ich Ihnen berichte, bezogen auf die Unterbringungspraxis in Nordrhein-Westfalen.¹⁹ Das Projekt wurde vor 15 Jahren durchgeführt, manches hat sich seitdem verändert, aber die Grundprobleme sind nach wie vor unverändert. Ich werde jetzt kurz über das Projekt berichten, um dann anschließend auf die Anforderungen zurückzukommen, die sich bezogen auf die Novellierung eines PsychKG speziell hier in Brandenburg ergeben.

Der Anlass des Projektes war die Feststellung Mitte der 90er Jahre, dass sich die Zahl der Unterbringung nach PsychKG in NRW seit Beginn der 80er Jahre verdoppelt hatten. Dies war insbesondere in Bezug auf die Reformen (Enthospitalisierung, Transinstitutionalisierung, Aufbau neuer Strukturen) im Zusammenhang mit der Psychiatrie-Enquête sehr überraschend und passte nicht zu dem Bild als Paradebeispiel einer gelungenen Reformpolitik. Daraufhin erstellte das Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (LÖGD) jährlich ein Bericht, in dem zahlenmäßig die Unterbringungsarten bezogen auf die Gebietskörperschaften dargestellt wurden. Das brachte ein Stück mehr Transparenz, aber die Berichterstattung blieb in der Praxis völlig folgenlos, da die Zahlen je nach Interessenslage unterschiedlich interpretiert wurden. Es gab enorme regionale Unterschiede, die jedoch anhand der Angaben nicht zu deuten waren.

Das Projekt hatte als Ziel, zu untersuchen, wie das Unterbringungsgeschehen aussieht und was die relevanten Bedingungsfaktoren für den Anstieg der Häufigkeit sowie die Unterschiede zwischen den Regionen sind. Darüber hinaus wollten wir Möglichkeiten erproben, wie die Psychiatrieberichterstattung auf kommunaler Ebene mit einem gemeindepsychiatrischen Qualitätsmanagement verbunden werden kann – heute würde man sagen, dass es eine der Aufgabenstellungen eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes ist. Auf Grundlage dieser

¹⁹ www.uni-siegen.de/zpe/projekte/abgeschlossene/kbpsych/referat_kbpsych.pdf (Stand: 13. Juni 2017)

Dokumentation | Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG am 24. April 2017 in Potsdam

Erfahrungen wurde in Kooperation mit dem Landesinstitut Arbeitshilfen für eine umfassende und vernünftige Berichterstattung erarbeitet.²⁰

Im Rahmen der Forschung wurden neben weiterführenden Analysen der amtlichen Statistik auf Landesebene in vier Modellregionen – Köln, Münster, Landkreis Olpe und Landkreis Viersen – Projekte durchgeführt. Ziel war die Erprobung einer Berichterstattung im Rahmen von örtlichen Arbeitskreisen mit den relevanten Akteuren vor Ort, in Regie der kommunalen Psychiatriekoordinatoren, mit Unterstützung durch die wissenschaftliche Begleitung. Die Datenbasis stellte dabei kommunale klinische und amtsgerichtliche Routinedaten dar, ergänzt durch Stichtagerhebungen in allen neun beteiligten Kliniken und eine zusätzliche befristete Erfassung der Unterbringungen (fast 400 Fälle) anhand von Fragebögen, die von den behandelnden Ärzten ausgefüllt wurden. Weitere Datengrundlagen waren Angaben aus früheren Untersuchungen, die als Vergleichswerte dienten, sowie qualitative Untersuchungen anhand von Interviews und Fokusgruppen mit örtlichen Experten, Betroffenen und Angehörigen um die Hintergründe zu den erhobenen Zahlen zu erfassen.

Ergebnisse und Impulse aus der Untersuchung

Eine Schwierigkeit bei der Berichterstattung auf Landesebene war die Nichtberücksichtigung der BGB-Unterbringungen, da deren Regelung auf der Bundesebene liegt. Bis 1992 war bei den Angaben zu Unterbringungen nach dem § 1906 BGB eine differenzierte Erfassung nach Unterbringungen und unterbringungsähnlichen Maßnahmen nicht möglich. Nach wie vor ist eine Unterscheidung, ob die Unterbringung in einer Klinik oder in einem Heim durchgeführt wird nicht, gegeben. Zu Unterbringungen in Heimen gab es nur eine Untersuchung von Salize (2005)²¹ auf der Grundlage einer Stichprobenerhebung in vier Großstädten. Daraus ergab sich, dass ca. 29% der Maßnahmen nach § 1906 Absatz 1-3 und ca. 50% bei Maßnahmen nach § 1906 Absatz 4 in Heimen durchgeführt wurden.

Im Folgenden geht es mir darum anhand einiger ausgesuchter Beispieldaten zu zeigen, was eine solche datengestützte Erhebung leisten kann und was sie aber auch nicht leisten kann.

- Gezeigt hat sich, wie auch allgemein bekannt, dass bei den PsychKG-Unterbringungen ein Stadt-Land-Unterschied bestand, der aber bei den betreuungsrechtlichen Unterbringungen nicht so sehr verzeichnet werden konnte.
- Die relative Häufigkeit der Unterbringungen nach PsychKG korrelierte signifikant positiv mit der örtlichen Quote der psychiatrischen Krankenhausbetten, dem Bezug von

²⁰ www.uni-siegen.de/zpe/projekte/abgeschlossene/kbpsych/arbeitshilfe_duer_die_kommunale_gesundheitsberichterstattun_g.pdf (Stand: 13. Juni 2017)

²¹Spengler A, Dreßing H, Koller M, Salize H J. Zwangseinweisungen - bundesweite Basisdaten und Trends. Nervenarzt. 2005; 76 363-370

Dokumentation | Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG am 24. April 2017 in Potsdam

Transferleistungen (Hilfe zum Lebensunterhalt), der Betreuungsplätze in Heimen und im Bereich Wohnen, sowie der Niederlassungsdichte der Nervenärzte.

- Der sehr ländliche Landkreis Olpe – der durchaus mit Teilen Brandenburgs gut vergleichbar ist – hatte im Vergleich zu den anderen Regionen in der Summe aller freiheitsbeschränkenden Maßnahmen nach PsychKG und BGB eine deutlich niedrigere Quote. In dem Zusammenhang ist das Verhältnis untergebrachter und freiwillig anwesender Personen zu betrachten. Olpe zeichnete sich durch eine sehr niedrige Quote von Unterbringungen aus, die zudem ausschließlich auf offenen Stationen durchgeführt wurden. Allerdings zeigte sich später im Vergleich, dass dort im Verhältnis die Zahl der Zwangsmaßnahmen, wie Fixierungen und medikamentöser Sedierungen deutlich höher lag als bei den anderen Kliniken. In den qualitativen Interviews insbesondere mit Betroffenen wurden die niedrigen Unterbringungsquoten in Zusammenhang gebracht mit einem Mangel an Angeboten in der Versorgungsstruktur, insbesondere im ambulanten Bereich. Dadurch haben dort teilweise Allgemeinkrankenhäuser und das soziale Umfeld oder die Familie die Versorgungsaufgaben übernommen. Das bedeutet, dass eine niedrige Unterbringungsquote nicht zwangsläufig gleichbedeutend ist mit einer qualitativ hohen Versorgungsqualität. Dies könnte vielleicht auch für Brandenburg von besonderer Bedeutung sein.

An dieser Stelle möchte ich auf die Ergebnisse einiger Untersuchungen zur Häufigkeit von Fixierungen und Isolierungen hinweisen, auf die ich aber in diesem Rahmen nicht weiter eingehen kann (Verweise siehe Folien). Hinweisen möchte ich jedoch noch auf eine Untersuchung des Medizinischer Dienst der Krankenversicherung NRW aus 2001, nach der in Pflegeheimen bei ca. einem Drittel aller Fälle mit längerem oder regelmäßigem Freiheitsentzug keine richterliche Genehmigung oder schriftliche Einverständniserklärung der Betroffenen vorlag. Dies macht noch einmal deutlich, wie wichtig es ist, zu prüfen, inwiefern die gesetzlichen Vorgaben in der Praxis wirklich umgesetzt werden.

- Bezogen auf das Verhältnis von freiwilligen und unfreiwilligen Klinikaufnahmen („Zwangseinweisungsquote“) ist zu sagen, dass die freiwilligen Aufnahmen stärker gestiegen sind als die unfreiwilligen. Damals wurde sehr viel darüber diskutiert, wie dies zu interpretieren ist.
- Die Verweildauern bei Aufnahmen nach PsychKG waren Anfang der 80er Jahre noch doppelt so lang, wie die bei freiwilligen Aufnahmen, und sind Ende der 90er Jahre sogar unter die der freiwilligen Aufnahmen gesunken. Dies ist durchaus zwiespältig zu bewerten, so dass heute die Menschen nicht mehr zu lange untergebracht sind, sondern – als unangenehme Patienten – eher zu schnell entlassen werden.
- Die Zahl der Rückhaltungen ist eine weitere wichtige Kennziffer, also wie häufig Menschen, die freiwillig aufgenommen wurden, während ihres Aufenthaltes untergebracht werden. Dies bezog sich auf ca. 20 % der Unterbringungen, allerdings mit einer sehr großen Streubreite zwischen 12 und 54 %. Das verdeutlicht die unterschiedliche Praxis in den Kliniken.

Dokumentation | Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG am 24. April 2017 in Potsdam

- Der Anteil der Erstaufnahmen an der Gesamtheit der Unterbringungen zu betrachten ist wichtig, da es den weiteren Behandlungsverlauf maßgeblich prägt, wie sich der erste Kontakt zur Klinik gestaltet.
- Bei den personenbezogenen Merkmalen zeigte sich ein überproportionaler Zuwachs bezogen auf den Anteil alter Menschen, allein lebender Menschen und wohnungsloser Menschen.
- Eine weitere wichtige Bezugsgröße sind die Diagnosen. Hier ist es wichtig darauf hinzuweisen, dass es nicht ausreichend ist nur die Erstdiagnosen zu betrachten, da insbesondere die Diagnosen im Bereich Sucht völlig unterschätzt werden, wenn nur die Erstdiagnosen betrachtet werden. Hier hatte sich gezeigt, dass dies auch auf die Bewertung der Krankenkassen zurückzuführen war, die bei Sucht als Erstdiagnose ein deutlich restriktiveres Vorgehen hatten, als beispielsweise bei der Erstdiagnose Schizophrenie.
- Die Anzahl der Kurzaufenthalte gibt ein Hinweis auf die Qualität des außerklinischen Versorgungssystems und weist auf Defizite der ambulanten Krisen- und Notfallhilfe hin. Insbesondere bei Personen, die innerhalb von 24 Stunden wieder entlassen werden konnten, stellte sich die Frage, inwiefern durch eine gut funktionierende ambulante Unterstützung eine stationäre Unterbringung hätte vermieden werden können.
- Eine weitere wichtige Kennziffer ist das Verhältnis von Selbst- und Fremdgefährdung als Anlass für die Unterbringung. Hier ist darauf hinzuweisen, dass bei 75% der Fälle mit Selbstgefährdung und 50 % der Fälle mit Fremdgefährdung die ärztlichen Atteste in der weiteren Beschreibung keinen Hinweis auf ein konkretes aktuelles Ereignis enthielten.
- Zur Anwendung körperlicher Gewalt bei der Unterbringung wurden neben der Erhebung in den Kliniken insbesondere auch Betroffene befragt. Hier wurde von allen Befragten körperliche Gewaltanwendung immer als Kränkung erlebt. Vereinzelt wurden Zwangsmaßnahmen aber auch rückwirkend als hilfreich empfunden. Im Rückblick wurde meist weniger der Freiheitsentzug als solcher kritisiert, als vielmehr ein als verständnis- oder respektlos erlebtes Verhalten (insbesondere) von Ärzten.

Schlussfolgerungen für die Berichterstattung über Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen

Es ist, glaube ich, deutlich geworden, dass die Unterbringungshäufigkeit, das gilt auch für andere Zwangsmaßnahmen, allein kein Qualitätsindikator ist – das ist eine ganz wichtige Botschaft, da damit viel Missbrauch betrieben wird. Krankenhäuser oder Regionen mit niedrigen Unterbringungsquoten erklären häufig, dass sie kein Handlungsbedarf haben. Es ist natürlich immer so, dass eine hohe Unterbringungsquote Anlass sein sollte, die Hintergründe zu überprüfen. Aber auch bei Quoten im durchschnittlichen oder niedrigen Bereich kann unter Umständen ein hoher Handlungsbedarf bestehen.

Eine Reduktion der Unterbringungshäufigkeit kann nur dann als Erfolg gewertet werden, wenn sie nicht durch verstärkte Anwendung anderer Zwangsmaßnahmen kompensiert wird. Dies

Dokumentation | Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG am 24. April 2017 in Potsdam

bezieht sich auch auf medikamentöse Sedierungen, wie ich schon bezogen auf Olpe erläutert hatte.

Es folgen weitere allgemeinere Schlussfolgerungen, die sich nicht nur auf Unterbringungen beziehen, sondern generell auf die Berichterstattung in der psychiatrischen Versorgung. Notwendig sind mehr Transparenz, Benchmarking und Dialog mit und zwischen den relevanten Akteurinnen und Akteuren. Zu einer qualifizierten Berichterstattung sollte nach Möglichkeit gehören:

- eine hinreichend aussagefähige, verlässliche und praktikable Dokumentation in den Diensten und Einrichtungen nach gemeinsamen Standards – hier ist noch unglaublich viel zu leisten um dahin zu kommen
- ein zentraler Datenpool für nach einheitlichen Richtlinien zu übermittelnde qualitätsrelevante Basisindikatoren
- kontinuierliche Datenauswertung (Monitoring) und regelmäßige Basisberichterstattung (mit ausreichender Kommentierung!)
- verbindliche Besprechung der Ergebnisse, Interpretationen und Konsequenzen mit den jeweiligen Praktikern vor Ort sowie den politisch und administrativ Verantwortlichen auf allen Ebenen
- Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen mit Anspruch auf Unterstützung durch geeignete Experten ihrer Wahl – dieser Aspekt ist wichtig zu beachten, um zu verhindern, dass die Beteiligung nur ein Alibicharakter hat
- Möglichkeit der datenliefernden Akteurinnen und Akteure, den zentralen Datenpool auch für ihr eigenes Qualitätsmanagement zu nutzen – nur wenn sich auch für die Beteiligten ein konkreter Nutzen ergibt, kann sich eine Motivation entwickeln an dem Berichtswesen auch wirklich mitzuwirken
- Möglichkeit ergänzender Recherchen durch wissenschaftliche Begleitung (z. B. zur Klärung kontroverser Interpretationen, offener Fragen etc.) – zur Unterstützung der beteiligten Akteurinnen und Akteure, um zu verhindern, dass offenen Fragen in Bezug auf die Interpretation der Daten dazu führen, dass nichts davon abgeleitet wird

Anregung zu neuen Regelungen im BbgPsychKG

Abschließen möchte ich noch auf konkrete Aspekte bezogen auf das Brandenburgische PsychKG eingehen:

- Verantwortlichkeit von Politik und Verwaltung, örtlich und überörtlich, müssen verbindlicher formuliert werden – um zu verhindern, dass die Umsetzung nicht abhängig ist von einigen engagierten Menschen, die dann meist schnell ermüden
- Rechte und Pflichten der am Versorgungssystem Beteiligten müssen eindeutiger formuliert werden
- inhaltliche Prioritäten der Berichterstattung und wie die methodischen Mindeststandards für diese Berichterstattung aussehen, müssten konkret beschrieben werden

Dokumentation | Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG am 24. April 2017 in Potsdam

- Vorgaben zur Differenzierung von Basisberichterstattung und Spezialberichten müssten erstellt werden
- Vorgaben zur Förderung und Kontrolle der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Berichterstattung und die Verknüpfung mit dem gemeindepsychiatrischen Qualitätsmanagement müssten formuliert werden
- eine wissenschaftliche Begleitung des Prozesses müsste verbindlicher geregelt werden

Das ist sozusagen das, was ich mir wünschen würde, was künftig im Brandenburgischen PsychKG besser geregelt werden sollte. Damit vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

→ *Die Folien der Präsentation finden Sie im Anhang der Dokumentation.*

PROGRAMMPUNKT III: FACHFOREN

FACHFORUM 1: STÄRKUNG VON PATIENTENRECHTEN; LESBARKEIT UND ANWENDBARKEIT DES BBGPSYCHKG IM SINNE DER UN-BEHINDERTENRECHTSKONVENTION

Moderation:

**Gerd Schulze, Mitglied des
Vorstands Dachverband
Gemeindepsychiatrie e. V.**

Das Fachforum wurde eröffnet durch einen Eingangsbeitrag von einem Mitglied der Besuchskommissionen, der dort die Perspektive der Psychiatrie-Erfahrenen vertritt.

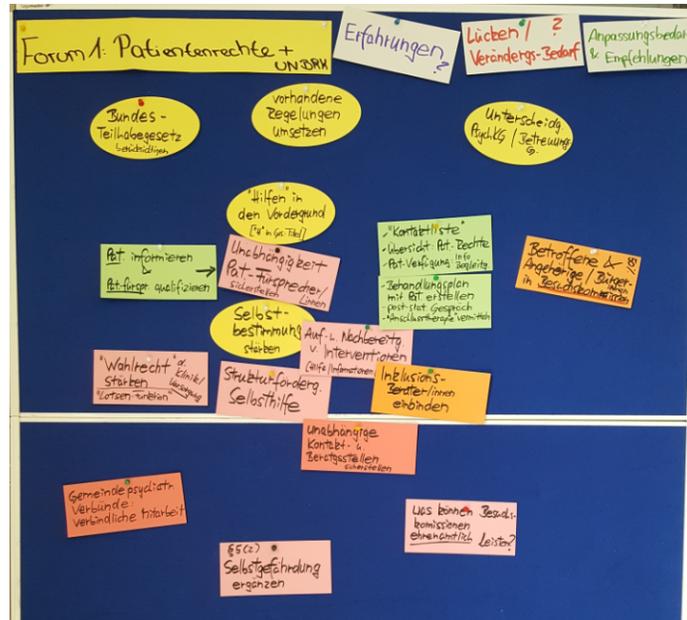
Im ersten Teil des Fachforums befassten sich die Teilnehmenden mit der Frage nach Veränderungsbedarfen im BbgPsychKG bezogen auf die Stärkung von Patientenrechten. Im weiteren Verlauf der Diskussion lag der Fokus darauf, wie das BbgPsychKG im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention für Betroffene und deren Angehörige besser „lesbar“ und verständlich gestaltet werden kann.

Die Teilnehmenden des Fachforums betonten, dass nicht immer neue Regelungen notwendig sind, sondern die bereits bestehenden zum Teil klarer zu formulieren sind und insbesondere konsequent umgesetzt werden sollten, z. B. § 4 Absatz 2 und 3 (Ziele der Hilfen), oder § 16 Absatz 2 (Gestaltung der Unterbringung).

Grundsätzlich wurde angemerkt, dass bei der Neuregelung des BbgPsychKG der veränderte gesetzliche Rahmen im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB), im Bundesteilhabegesetz sowie Regelungen zur Psychotherapie, Soziotherapie und zum Persönlichen Budget mit berücksichtigt werden sollte.

Fachforum 1: Novellierungsbedarfe

Insgesamt wurde dafür plädiert im BbgPsychKG den Aspekt der Hilfen deutlich zu stärken und um dies zu verdeutlichen auch schon im Kurztitel des Gesetzes ein „H“ mit aufzunehmen (Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz).



Dokumentation | Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG am 24. April 2017 in Potsdam

Angemerkt wurde auch, dass für eine gute Umsetzung der vorsorgenden und nachgehenden Betreuung den psychosozialen Arbeitsgemeinschaften bei der Ausgestaltung insbesondere der niedrigschwelligen Hilfen mehr Mitspracherecht ermöglicht werden sollte.

§ 18 Behandlung und Zwangsmaßnahmen auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge

Angeregt wurde hier verpflichtend das Angebot einer Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen nach § 18 Absatz 2 und 3, insbesondere auch mit der Zielsetzung durch vorsorgende Vereinbarungen weitere Zwangsmaßnahmen zu vermeiden, mit aufzunehmen.

§ 20 Unmittelbarer Zwang, Begründungspflicht, Akteneinsicht

Berichtet wurde von Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Akteneinsicht und angeregt wurde, die Einschränkung im § 20 Abschnitt 5 Satz 2: *„Dieses Recht kann im Interesse der Gesundheit der untergebrachten Person eingeschränkt werden“* zu streichen und damit die Akteneinsicht umfassen zu gewähren.

§ 21 Besondere Sicherungsmaßnahmen

Berichtet wurde von unverhältnismäßig lang andauernden Fixierungen über mehrere Wochen und dafür plädiert hier eine zeitliche Begrenzung im Gesetz mit aufzunehmen. Angeregt wurde auch hier verpflichtend das Angebot von Nachbesprechungen von Maßnahmen nach § 21 Absatz 2, insbesondere auch mit der Zielsetzung durch vorsorgende Vereinbarungen weitere Zwangsmaßnahmen zu vermeiden, mit aufzunehmen.

§ 32 und § 48 Beschwerderecht

In der Diskussion wurde die Wichtigkeit, dass untergebrachte Personen sich an „neutrale“ Stellen wenden können, mehrfach betont. Beispielhaft wurde erzählt, dass untergebrachte Personen sich hilfeschend an die Polizei gewandt haben, diese jedoch in der Regel eine Überprüfung ablehnte. Bemängelt wurde auch, dass die Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher (PF) zu wenig bekannt sind, nicht alle Kliniken einen PF benannt haben und die PF oft auch nicht oder nicht zeitnah erreichbar waren.

Als Möglichkeit der Unterstützung wurde eine Stärkung der Funktion der PF benannt. Dafür sollte die Unabhängigkeit und Handlungsfähigkeit der PF in den Kliniken verbindlich geregelt sein. Hierzu wurde auch die Notwendigkeit einer für den Bereich der Psychiatrie angemessene Qualifizierung der PF, insbesondere zu den Themen des BbgPsychKG, benannt. Alternativ wurde über die Benennung spezifischer PF für die psychiatrischen Kliniken und Stationen nachgedacht. Gleichzeitig wurde darauf verwiesen, dass alle Betroffenen und deren Angehörige über die Unterstützungsangebote durch die PF informiert und ihnen Möglichkeiten der Kontaktaufnahme angeboten werden sollten. Angedacht wurde, dass sie über ein Beschwerdeanliegen hinaus die Patientinnen und Patienten aktiv beim Verständnis des Informationsmaterials sowie bei der Wahrnehmung ihrer Rechte unterstützen.

Dokumentation | Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG am 24. April 2017 in Potsdam

Zu prüfen ist, inwiefern die gewünschten Änderungen im PsychKG umgesetzt werden können oder es einer Anpassung der Regelungen im Brandenburgischen Krankenhausentwicklungsgesetz bedarf:

Gesetz zur Entwicklung der Krankenhäuser im Land Brandenburg (Brandenburgisches Krankenhausentwicklungsgesetz - BbgKHEG) vom 8. Juli 2009

§ 5 Beschwerdestellen

(1) Der Krankenhausträger richtet eine unabhängige Stelle ein, die Beschwerden von Patientinnen und Patienten entgegennimmt und bearbeitet. Bedienstete des Krankenhausträgers oder Mitglieder seiner Organe können mit der Wahrnehmung der Aufgaben dieser Stelle nicht beauftragt werden.

(2) Die unabhängige Beschwerdestelle prüft Anregungen und Beschwerden der Patientinnen und Patienten und vertritt deren Anliegen gegenüber dem Krankenhaus. Eigene Erkenntnisse zur Patientenversorgung können von der unabhängigen Stelle geltend gemacht werden.

Aufklärungspflichten über Rechte und Beschwerdemöglichkeiten im Zusammenhang mit Zwangsmaßnahmen

Zur Stärkung der Patientenrechte wurde angeregt bei den Regelungen zu Zwangsmaßnahmen in den § 12, § 13, § 14, § 18, § 21, § 40, § 41 und § 45 jeweils eine Verpflichtung, die untergebrachten Personen in verständlicher Form über ihre Rechte und Beschwerdemöglichkeiten aufzuklären, mit aufzunehmen.

Es wurde von einer Klinik berichtet, bei der der Sozialdienst diese Aufgabe übernimmt und auch beim Einlegen von Rechtsmitteln beim Amtsgericht unterstützt. Es wurden mit dieser Vorgehensweise sehr positive Erfahrungen der Deeskalation gemacht.

Weiter wurde angeregt, verpflichtend den Einsatz von Maßnahmen der Deeskalation zu stärken und insofern möglich auch gesetzlich zu verankern, um Zwangsmaßnahmen zu vermeiden.

Einbezug von Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleitern (www.ex-in.de)

Aufgrund der guten Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Einsatz von Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleitern wurde angeregt zu prüfen, inwiefern eine regelhafte Einbeziehung auch gesetzlich festgeschrieben werden kann.

Fachforum 1: Mängel in der Umsetzung/Vollzugsdefizite

§ 5 Art der Hilfen

Berichtet wurde, dass aufgrund unzureichender Kapazitäten vorsorgende und nachgehende Hilfen oft nur mangelhaft umgesetzt werden können. Insbesondere im Zusammenhang mit der Weitervermittlung zum ambulanten Bereich wurde über zu lange Wartezeiten und damit

Dokumentation | Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG am 24. April 2017 in Potsdam

verbunden erneuten Klinikaufenthalten berichtet. Auch bei den vorsorgenden Hilfen wurde das Fehlen niedrigschwelliger Hilfen insbesondere zur Krisenintervention bemängelt und die Etablierung von Krisenwohnungen gefordert. Insgesamt sollte die Einrichtung von mehr Angeboten und ein Stärkung des Wahlrechtes bzw. der Mitbestimmungsmöglichkeiten als Alternativen zu Zwangsmaßnahmen etabliert werden.

§ 11 - § 14 Rolle der Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) im Zusammenhang mit Unterbringungen

Die Teilnehmenden schilderten, dass der SpDi nur bei einem Drittel der Einweisungen beteiligt ist. Es wurde so eingeschätzt, dass bei einer höheren Beteiligung des SpDi mit einem Fokus auf eine Krisenintervention viele Einweisungen durch die Polizei oder die Notärzte vermeidbar wären. Darauf basierend wurde eine Stärkung der Funktion des SpDi im Zusammenhang mit Einweisungen gefordert.

§ 15 Eingangsuntersuchung, Aufnahmebericht und Behandlungsplanung

Mehrfach in der Diskussion wurde der aktive Einsatz des Behandlungsplans nach § 15 Absatz 2 im Sinne einer Behandlungsvereinbarung unter stärkerer Einbeziehung der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen angeregt. Eine gemeinsame, transparente und vorsorgende Behandlungsplanung wurde von den Teilnehmenden als wirksames Instrument eingeschätzt, um Zwangsmaßnahmen zu vermeiden.

§ 16 Gestaltung der Unterbringung

Bezogen auf § 16 Absatz 2 Satz 2 und 3 wurde angemerkt, dass der SpDi hier von den Kliniken in seiner Lotsenfunktion viel mehr einbezogen werden müsste. Kritisch angemerkt wurde jedoch auch, dass es zusätzlich neutrale Stellen bräuchte, da der SpDi teilweise in seinen Einschätzungen an kommunale Vorgaben zur Kostenausgabe gebunden ist.

§ 18 Behandlung und Zwangsmaßnahmen auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge

Bemängelt wurde, dass die in § 18 Absatz 1 Satz 4 verpflichtende Erläuterung der Behandlung nur unzureichend umgesetzt wird. Oft würden Patientinnen und Patienten nur an der veränderten Form und Farbe der Tabletten mitbekommen, dass die Medikation verändert wurde. Eine verbindliche Aufklärung durch die behandelnden Ärzte, insbesondere in Bezug auf die Medikamentengabe, wurde gefordert.

Fachforum 1: Weitere Themen, die im Verlauf der Diskussion benannt wurden

Stärkung der Selbstbestimmung von Betroffenen

Die Fähigkeit der Betroffenen und ihrer Angehörigen, informiert und selbstbestimmt mit der Situation umzugehen, sollte durch die Regelungen des Gesetzes gestärkt werden. Präventiv kann dies durch die Information und Begleitung bei der Erstellung von vorsorgenden

Dokumentation | Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG am 24. April 2017 in Potsdam

Verfügungen geschehen. Neben dem Hinweis auf Behandlungsvereinbarungen²² und Krisenpässen²³ wurde hier insbesondere auf den vom Ministerium der Justiz und für Europa und Verbraucherschutz (MdJEU) erstellten Vorsorgeleitfaden²⁴ aufmerksam gemacht. Kritisch angemerkt wurde jedoch, dass die Vorlagen für die Anwendung im Rahmen der psychiatrischen Versorgung nur begrenzt anwendbar sind und hier eine psychiatriespezifische Überarbeitung sehr hilfreich wäre.

Berichtet wurde, dass durch die regionalisierte Zuständigkeit der Kliniken und die begrenzten Kapazitäten in der ambulanten Versorgung die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten oft massiv eingeschränkt wird. Nicht zuständige Kliniken können oft aus Kapazitätsgründen niemand außerhalb ihres Zuständigkeitsbereiches aufnehmen. Dementgegen sind Betroffene oft bereit freiwillig in eine Klinik zu gehen, lehnen aber einen stationären Aufenthalt in der für sie zuständigen Klinik ab. Die Teilnehmenden des Fachforums haben darauf hingewiesen, dass nach der UN-Behindertenrechtskonvention (Artikel 5 Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung) auch in der psychiatrischen Versorgung die Wahlfreiheit vergleichbar zu der bei somatischen Erkrankungen gewährleistet sein sollte.

Barrierefreie Zugänglichkeit zum BbgPsychKG

Die zentralen Regelungen des BbgPsychKG sollten auf einem leicht verfügbaren und in verständlicher Sprache abgefassten Informationsblatt/Informationsmaterial zusammengefasst und die Rechte der Patientinnen und Patienten deutlich herausgestellt werden. Dieses Material wird allen Betroffenen aktiv übergeben, sobald sie – z. B. nach dem Abklingen einer „akuten Phase“ – zur Auseinandersetzung damit in der Lage sind. Das BbgPsychKG sollte auf jeder Station gut zugänglich sein, so dass untergebrachte Personen die Möglichkeit haben sich auf Wunsch den Gesetzestext durchzulesen.

Vorschläge zur Begleitung und Nachbereitung akuter Situationen

Im Anschluss an eine akute Situation sollten Betroffene und deren Angehörige regelmäßig und systematisch in die Lage versetzt werden, die nächsten Schritte gut informiert und aktiv mit zu gestalten. Es wurde darauf hingewiesen, dass bei Freiwilligkeit in der Regel ausreichend Unterstützungsmöglichkeiten gegeben sind, aber bei Zwangsmaßnahmen die oft nur kurzen Interventionen nicht ausreichen, um eine unterstützende Anbindung ans Hilfesystem zu gewährleisten. Um erneute Zwangsmaßnahmen zu vermeiden und den Betroffenen und Angehörigen eine selbstbestimmte Anbindung an das Hilfesystem zu

²² www.psychiatrie-verlag.de/fileadmin/storage/dokumente/Diverse/ZusatzmaterialService/Diverse/behandlungsvereinbarung.pdf (Stand: 13. Juni 2017)

²³ www.bipolaris.de/weitere-informationen-links/materialien-downloads/krisenpass/ (Stand: 13. Juni 2017)

²⁴ www.lasv.brandenburg.de/media_fast/4055/Vorsorgeleitfaden.pdf (Stand: 13. Juni 2017)

Dokumentation | Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG am 24. April 2017 in Potsdam

ermöglichen, schlagen die Teilnehmenden der Arbeitsgruppe folgende unterstützende Materialien und Angebote vor:

- Bereitstellung einer auch für Laien verständlichen Zusammenstellung der Patientenrechte (siehe vorheriger Abschnitt „Barrierefreier Zugänglichkeit zum BbgPsychKG“)
- Infolyer und Aushang mit Hinweis auf die Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher sowie die Besuchskommissionen (ggf. Ergänzung durch das Angebot einer unabhängigen Beschwerdestelle)
- Erstellung eines Behandlungsplans gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörigen (siehe Anmerkungen zu § 15, Vollzugsdefizite)
- Zugang zu unabhängigen Kontakt- und Beratungsstellen mit Lotsenfunktion beim Zugang zu Hilfen (siehe Ausführungen weiter unten)
- Bereitstellung einer Kontaktliste von Anlaufstellen für Beratung und Information
- Vereinbarung eines post-stationären Gesprächs mit der Einrichtung, in der die Unterbringung stattfand, u.a. zur Vermittlung von Anschlusstherapien

Stärkung weiterer Unterstützungsstrukturen

Die Teilnehmenden des Fachforums regen an, auch weitere unterstützende Strukturen zu stärken und in die Regelungen des Gesetzes einzubeziehen. Dies umfasst insbesondere neben der schon erwähnten Einbeziehung von Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleitern die strukturelle Stärkung von Selbsthilfe-Strukturen.

Mehrfach angesprochen wurde der Bedarf an unabhängigen Kontakt- und Beratungsstellen mit einer Lotsenfunktion, die die Betroffenen dabei unterstützt, ihr Wahlrecht bei der Auswahl einer geeigneten Einrichtung auszuüben. Hier nahmen die Teilnehmenden Bezug zu den im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes geplanten ergänzenden unabhängigen Beratungsstellen, deren Einrichtung sehr positiv bewertet wurde.

Personalausstattung in den Kliniken

Berichtet wurde, dass die personelle Ausstattung in den Kliniken unzureichend ist und die Besuchskommissionen nicht ausreichend für die Überprüfung der Einhaltung der Psychiatrie-Personalverordnung nach § 2, Absatz 4, Satz 1 und 2 ausgestattet sind. Insgesamt wurde die Arbeit der Besuchskommissionen als sehr hilfreich und wichtig bewertet.

Verhältnis Unterbringungen nach PsychKG und BGB

Von den Teilnehmenden wurde die Einschätzung geäußert, dass oft zu leichtfertig und zu schnell eine Verschiebung in den Regelungsbereich des BGB veranlasst wird und insgesamt zu häufig rechtliche Betreuungen angeregt werden.

Dokumentation | Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG am 24. April 2017 in Potsdam

FACHFORUM 2:

SCHWELLEN BEIM ZUGANG ZU HILFEN IN ZUGESPITZTEN SITUATIONEN

Moderation:

Stefan Pospiech, Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.

Im Mittelpunkt der Diskussion stand die Frage, ob das Brandenburgische Psychisch-Kranken-Gesetz (BbgPsychKG) den Professionellen, den Betroffenen, deren Angehörigen sowie weiteren Beteiligten eine ausreichende Handlungs-basis bietet, um die in § 4 genannten Ziele auch in zugespitzten Situationen zu verfolgen. Bezogen auf die Frage des Zugangs zur stationären Versorgung wurde der Abschnitt 3 des Gesetzes, insbesondere § 8 bis § 14, betrachtet. Im weiteren Verlauf der Diskussion wurde zudem auf die Anforderungen an niedrigschwellige, präventive und ambulante Hilfsangebote im Zusammenhang mit zugespitzten Situationen eingegangen. Hierbei wurde vorrangig der Abschnitt 2 bezogen auf den § 7 Psychiatriekoordination und psychosoziale Arbeitsgemeinschaften beleuchtet.



In der Gesamtschau wurde das BbgPsychKG von den Teilnehmenden des Fachforums 2 überwiegend als ausreichende rechtliche Basis angesehen, um für Menschen mit psychischen Erkrankungen in zugespitzten Situationen, auch unter Ausübung von Zwang, Hilfe zu leisten. Neben wenigen Veränderungsimpulsen standen daher stärker Aspekte im Vordergrund der Diskussion, die zwar gesetzlich geregelt sind, in der Zusammenarbeit jedoch z. T. nicht vollständig umgesetzt werden.

Andere Verbesserungsbedarfe fielen nicht in den gesetzlichen Regelungsbereich oder entstanden aus Schnittstellen, u. a. bei der rechtlichen Betreuung nach § 1901 BGB, oder bezogen auf die Kooperationsbereitschaft der Akteurinnen und Akteure. Insbesondere bezogen auf die Frage der Koordinierung von einzelfallbezogener Hilfeplanung und die Aufgaben der Sozialpsychiatrischen Dienste als Sonderordnungsbehörde wurde ein großer Bedarf nach genaueren Regelungen in der alltäglichen Umsetzung deutlich.

Dokumentation | Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG am 24. April 2017 in Potsdam

Fachforum 2: Novellierungsbedarfe

§ 7 Psychiatriekoordination und psychosoziale Arbeitsgemeinschaften

Ein konkreter Novellierungsbedarf wurde zum § 7 Absatz 1 Satz 2 benannt. Hier wurde empfohlen, eine die Landkreise und kreisfreien Städte verpflichtende Formulierung zur Einsetzung einer Psychiatriekoordination sowie für die Einrichtung der psychosozialen Arbeitsgemeinschaften anzuwenden. Damit wurde die Erwartung verbunden, dass die Zusammenarbeit und Kommunikation verbessert wird.

Als Bitte auf Prüfung wurde des Weiteren formuliert, wie ein fachübergreifender und systemübergreifender Austausch bezogen auf Einzelfälle rechtlich festgeschrieben werden kann, ohne datenschutzrechtlichen Vorgaben zu verletzen. Der Wunsch war, insbesondere bei der Anwendung von Zwangsmaßnahmen ein gutes Zusammenspiel der beteiligten Akteurinnen und Akteure zu gewährleisten, sowie für die Verantwortlichen einen gegenseitigen Reflexionsraum bezogen auf das eigene Handeln zu ermöglichen.

§ 10 Beteiligte Krankenhäuser, Beleihung, Fachaufsicht

Angeregt wurde, dass im § 10 Absatz 3 auch explizit ein Vollzug der Unterbringung auf einer offenen Stationen ermöglicht wird. Es wurde angemerkt, dass bei Unterbringungen nach § 8 zum Teil die Situation in offenen Stationen entsteht, dass die Türen abgeschlossen werden und Patientinnen und Patienten, die auf freiwilliger Basis stationär aufgenommen wurden, ebenfalls von den freiheitsentziehenden Maßnahmen betroffen sind. Anstatt durch geschlossene Stationen wurden die Möglichkeit einer Sicherung vor Entweichung durch eine Eins-zu-eins-Betreuung oder durch Sitzwachen an der Tür angeführt.

Fachforum 2: Mängel in der Umsetzung/Vollzugsdefizite

In der Diskussion wurde die Zusammenarbeit der Akteurinnen und Akteure anhand von wiederkehrenden Situationen und Schwierigkeiten in der Praxis reflektiert. Deutlich wurde, dass sich das Zusammenwirken vom Sozialpsychiatrischen Dienst, der Polizei (Amtshilfeersuchen), den Krankenhäusern, der rechtlichen Betreuungen, den Notärztinnen und Notärzten, den Richter*innen sowie den Betreuungsbehörden in den Landkreisen trotz der gleichen gesetzlichen Basis zum Teil sehr unterschiedlich entwickelt hat.

Im Folgenden werden Punkte benannt, wo das BbgPsychKG Regelungen und Verfahren vorsieht, deren Umsetzung aber z.T. von den im Fachforum Beteiligten als defizitär in der Praxis erlebt wurde.

§ 7 Psychiatriekoordination und psychosoziale Arbeitsgemeinschaften

Neben den bereits benannten Empfehlungen wurde die Rolle der psychosozialen Arbeitsgemeinschaften in den Landkreisen thematisiert. Als Schwierigkeiten für eine verbindliche Beteiligung wurden die mangelhafte inhaltliche Strukturierung, die Ausrichtung

Dokumentation | Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG am 24. April 2017 in Potsdam

auf infrastrukturelle Fragestellungen und die ausschließliche Selbstorganisation benannt. Eine Einbindung der Betreuungsbehörden wurde als wichtig erachtet, was aber bisher nicht immer praktiziert wird.

Die prozess- und ergebnisorientierte Zusammenarbeit erfolgt nicht in allen Landkreisen. Ein Grund ist, dass ein mangelnder Kooperationswille wichtiger Partner diagnostiziert wird. Ein weiterer Faktor ist, dass die Arbeitsgemeinschaften beim Aufbau des psychiatrischen Versorgungssystems in Brandenburg eine wichtige Funktion eingenommen haben, die nach Etablierung des Systems weggefallen ist.

Um Umsetzungsdefizite beim PsychKG zu beheben und die Kommunikation zwischen den beteiligten Personen, Behörden, Institutionen und Verbänden zu verbessern, werden die psychosozialen Arbeitsgemeinschaften als geeignetes Format angesehen. Voraussetzung ist die Kooperationsbereitschaft sowie eine gute fachliche Vorbereitung der Sitzungen.

§ 11 Antrag auf gerichtliche Unterbringung

Berichtet wurde über Unsicherheiten und Unterschiede der Handhabung bei der Antragstellung zwischen Kliniken, Notärztinnen und Notärzten sowie dem SpDi. Teilweise ausgelöst durch abweichende Regelungen in anderen Bundesländern, gibt es die Vorstellung, dass das Ordnungsamt zuständig sei oder ausschließlich der SpDi. Es wurde berichtet, dass in manchen Landkreisen die Kliniken den SpDi auffordern den Antrag zu stellen, obwohl die Person schon in der Klinik ist oder es sich um ein Gutachten bezogen auf die Verlängerung einer Unterbringung handelt. Dabei kam es zu unterschiedlichen Einschätzungen über die Beteiligung des SpDi. Es gab sowohl den Standpunkt, der SpDi soll nie an Unterbringungen beteiligt sein als auch die Forderung es so zu regeln, dass der SpDi immer beteiligt sein muss. Einhellig gewünscht wurden klarere Formulierungen und eine einheitlichere Umsetzung.

§ 12 Einstweilige Unterbringung

SpDi-Mitarbeiterinnen berichteten von Schwierigkeiten in einigen Landkreisen bei Amtshilfeersuchen durch die Polizei nach § 12 Absatz 3 Satz 2. Es wurde von Situationen berichtet, in denen die Polizei die Notwendigkeit der Unterstützung hinterfragte oder bezweifelte, ob der Antrag durch den SpDi ohne ärztliche Beteiligung eine ausreichende Handlungsgrundlage darstellt. Manchmal kam es dann zur Hinzuziehung einer Notärztin oder eines Notarztes, wo aber auch von Abstimmungsschwierigkeiten in Bezug auf die Einschätzung der Situation aufgrund der unterschiedlichen fachlichen Qualifikation berichtet wurde. Hier wurde der Wunsch geäußert, dass die Kompetenzen der Mitarbeitenden der SpDi, ihre fachliche Einschätzung durchzusetzen, gestärkt werden.

Von Seiten der Notärztinnen und Notärzte gab es im Vorfeld zu der Veranstaltung die Rückmeldung, dass sie bezogen auf die Regelungen im § 12 keinen Veränderungsbedarf sehen.

Dokumentation | Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG am 24. April 2017 in Potsdam

Bemängelt wurde, dass die nach § 12 Absatz 4 Satz 4 gesetzlich festgeschriebene Benachrichtigung des SpDi über den Aufenthalt in der Klinik von den Krankenhäusern häufig nicht umgesetzt wird.

§ 13 Sofortige Aufnahme im Krankenhaus und gerichtliche Unterbringungsanordnung

Hier wurde von Unsicherheiten in Bezug auf die Antragsstellung durch die Kliniken berichtet und insbesondere von zu schnellen Entlassungen bzw. verweigerten Aufnahmen durch die Kliniken. Diskutiert wurde die Möglichkeit einer stärkeren Einbeziehung des SpDi vor der Entlassung, bis hin zu dem Vorschlag dem SpDi zu ermöglichen, auch gegen die Einschätzung der Kliniken beim Gericht Unterbringung erwirken zu können. Begründet wurde die Forderung damit, dass nach der Entlassung erneut der SpDi für die Regulierung zugespitzter Situationen verantwortlich ist.

Bemängelt wurde, dass die gesetzlich festgeschriebene unverzügliche Mitteilung über die Entlassung aus dem Krankenhaus an den SpDi nicht immer erfolgt. Als ein Grund wird von den Teilnehmenden die Arbeitsbelastung in den Krankenhäusern gesehen, wodurch die regelhafte Information unterbleibt. Dadurch wird jedoch ein gutes Entlassmanagement, wie es eigentlich im § 16 Absatz 2 PsychKG geregelt ist, kaum möglich. Aufgrund einzelner Erfahrungen in der Praxis wurde diskutiert, ob die Verpflichtung zur Information über Unterbringungen nicht an das zuständige Gericht angebunden werden kann.

§ 20 Unmittelbarer Zwang, Begründungspflicht, Akteneinsicht

Berichtet wurde, dass es in manchen Landkreise zu Unstimmigkeiten zwischen den Mitarbeitenden des SpDi und der Polizei kommt, da es unterschiedliche Auffassungen bezogen auf die Möglichkeit unmittelbarem Zwang anzuwenden gibt, die bei Amtshilfeersuchen des SpDi zu einer Infragestellung der Notwendigkeit durch die Polizei führen. Über weitere Schwierigkeiten wurde berichtet, wenn dem SpDi erst während eines Außeneinsatzes die Notwendigkeit der Unterstützung durch die Polizei ersichtlich wird und die entsprechenden Verfahrensabläufe für ein Amtshilfeersuchen nicht eingehalten werden können (z. B. schriftliche Anfrage per Fax).

Fachforum 2: Weitere Themen, die im Verlauf der Diskussion benannt wurden

Frage der Wertschätzung sowie den Schutz für die Helfenden und des gesellschaftlichen Bildes auf das Versorgungssystem

- Wie kann (ggf. auch gesetzlich) das Spannungsverhältnis zwischen dem Anspruch nach Wahrung der Patientenrechte und dem Schutz der Professionellen, z. B. der rechtlich Betreuenden, gestaltet werden? Hierbei ist zu beachten, dass die rechtliche Betreuung nicht in den gesetzlichen Regelungsrahmen auf Landesebene fällt, sondern im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) definiert ist

Dokumentation |

Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG am 24. April 2017 in Potsdam

- Wie kann der gesellschaftliche Blick auf den begrenzten Handlungsspielraum des Versorgungssystems angemessen – auch in Kooperation mit Betroffenen und Angehörigen – vermittelt werden?
- Die Wichtigkeit von Reflexionsräumen für Professionelle im Zusammenhang mit der Umsetzung von Zwangsmaßnahmen wurde betont.

Einbeziehung von Angehörigen

- In Bezug auf die Einbeziehung von Angehörigen ist meist eine unzureichende rechtliche Grundlage (keine vorliegende Vollmacht oder Verfahrensbeteiligung) der begrenzende Faktor.
- Auf der anderen Seite sind Angehörige in zugespitzten Situationen häufig sehr eng beteiligt. Oft liegt bei ihnen die Verantwortung, wenn eine Situation eskaliert, die Polizei oder die Feuerwehr zu rufen und somit in der Regel gegen den Willen der Betroffenen das Hilfesystem mit einzubeziehen.

Unzureichende Personalausstattung in den Kliniken, insbesondere bei der Aufnahmesituation

- Es wurde berichtet, dass insbesondere nachts und am Wochenende die eingeschränkte Personalbesetzung bei hoher Belastung zu unnötigen Eskalationen beitragen. Vor allem bei Aufnahmesituationen fehlen ausreichend Zeit und Kapazitäten, um zugespitzte Situationen angemessen zu beruhigen.
- Bemängelt wurde auch der Einsatz von Ärztinnen und Ärzte mit unzureichenden Deutschkenntnissen, da bei der sensiblen Kommunikation in zugespitzten Situationen manchmal einzelne Wörter von entscheidender Bedeutung sein können.

Regelungen zur Zuständigkeit der klinischen Versorgung in zugespitzten Situationen

- In akuten Situationen führt eine zum Teil aufwendige Klärung der Zuständigkeit teilweise zur Eskalation oder zum Abbruch der Hilfen. Weitervermittlungen bzw. Verweise an die zuständigen Kliniken gestalten sich oft schwierig.
- Die begrenzte Wahlfreiheit bei der klinischen Versorgung und unzureichende Unterstützungsmöglichkeiten beim Wunsch nach Aufnahme in einer anderen als die pflichtversorgende Klinik, können zum Ablehnen des Unterstützungsangebots führen und ggf. Zwangsmaßnahmen notwendig machen.

Fokus auf Freiwilligkeit der Hilfen

- Es gibt viele Hilfsangebote und viel Bemühen von Seiten der Helfenden, aber bei ablehnender Haltung ohne Eigen- und Fremdgefährdung gibt es keinen Handlungsspielraum. Dadurch muss es oft erst zur Eskalation kommen, bevor ein Eingreifen gegen den Willen möglich ist. Das ist für das Umfeld und die Angehörigen oft schwierig zu akzeptieren.
- Formuliert wurde die Notwendigkeit zugespitzte Situationen zu akzeptieren, als Preis für die Fokussierung auf die Freiwilligkeit. Bei Eskalationen ausschließlich das

Dokumentation | Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG am 24. April 2017 in Potsdam

Hilfesystem verantwortlich zu machen greift zu kurz. Es ist wichtig zwischen einem Versagen des Hilfesystems und Fehlentscheidung der Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden Konsequenzen zu differenzieren.

- Gleichzeitig ist es von hoher Wichtigkeit, um Eskalationen zu vermeiden, die Patientinnen und Patienten zu versuchen mit einzubeziehen. Dabei ist es wichtig, den Kontakt zu ihnen in den Fokus des Bemühens zu setzen und sich nicht maßgeblich von den Interessen des Umfelds (Familie, Nachbarn) leiten zu lassen.

Zusammenspiel vieler Akteurinnen und Akteure/fachübergreifende und systemübergreifende Interaktion

- Bezogen auf das Zusammenwirken wurden sowohl Beispiele für strukturellen Konflikte als auch auf der persönlichen Ebene verankerte Kommunikationsbarrieren benannt. Als Gefahr wurde benannt, dass strukturelle Konflikte – als solche nicht erkannt – auf der persönlichen Ebene ausgetragen werden, als auch persönliche Kommunikationsbarrieren dazu führen, dass strukturelle Regelungen nicht zum Tragen kommen.
- Formuliert wurde, dass eine gute Vernetzung aller am Prozess Beteiligten entscheidend ist. Die Notwendigkeit von institutionsübergreifenden Fallbesprechungen im Zusammenhang mit der Anwendung von Zwangsmaßnahmen wurde hervorgehoben. Das bezieht sich zum einen auf den hohen Abstimmungsbedarf im Zusammenhang mit Zwangsmaßnahmen, aber dient auch der gegenseitigen Reflexion und Entlastung. Formuliert wurde, dass die Beteiligten möglichst einheitlich vorgehen sollen und eine Diskussion unterschiedlicher Haltung oder Unklarheiten der Zuständigkeit in der zugespitzten Situation vor den Patientinnen und Patienten vermieden werden muss.
- Als Beispiel einer guten Umsetzung wurde berichtet, dass in einer Klinik monatliche Treffen zwischen Klinik und SpDi installiert wurden. Diese haben sich nach einer langen Phase der Implementierung bewährt und wurden durch gegenseitige Praktika und Hospitation ergänzt. Sich gegenseitig kennenzulernen und regelmäßig im Kontakt zu stehen, wurde als sehr hilfreich beschrieben.

Rolle und Funktion des SpDi

- Bemängelt wurde eine zum Teil fehlende oder nicht ausreichende Besetzung der Ärztlichen Stellen beim SpDi. Die Schwierigkeiten bei der Einstweiligen Unterbringung mit der Polizei sowie den Notärztinnen und Notärzten im Zusammenhang mit einer unzureichenden Diagnosestellung durch den SpDi könnten dadurch gelöst werden.
- In der Diskussion wurden Unsicherheiten und unterschiedliche Auslegung, inwiefern eine Diagnosestellung für eine Unterbringung notwendig ist, deutlich. Es gab die Einschätzung, dass es als Einweisungsgrund ausreicht die Zuspitzung der Situation detailliert zu schildern.

Dokumentation | Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG am 24. April 2017 in Potsdam

Abgrenzung Unterbringungen nach PsychKG und BGB

- Gewünscht wurde eine gute Kooperation mit der rechtlichen Betreuung, den Betreuungsbehörden und den Gerichten.
- Von Seiten der rechtlichen Betreuung und der Betreuungsbehörden gab es die Einschätzung, dass besonders schwierige Patientinnen und Patienten in ihren Zuständigkeitsbereich übertragen werden und dann aber im weiteren Verlauf nicht ausreichend Möglichkeiten der Vernetzung mit den anderen Akteuren bestehen.
- Unsicherheit in Bezug auf die Abgrenzung des Geltungsbereiches zwischen PsychKG und Bürgerliches Gesetzbuch wurde auch benannt, wenn die akuten Symptome durch somatische Erkrankungen, wie zum Beispiel einem Hirntumor, ausgelöst werden.

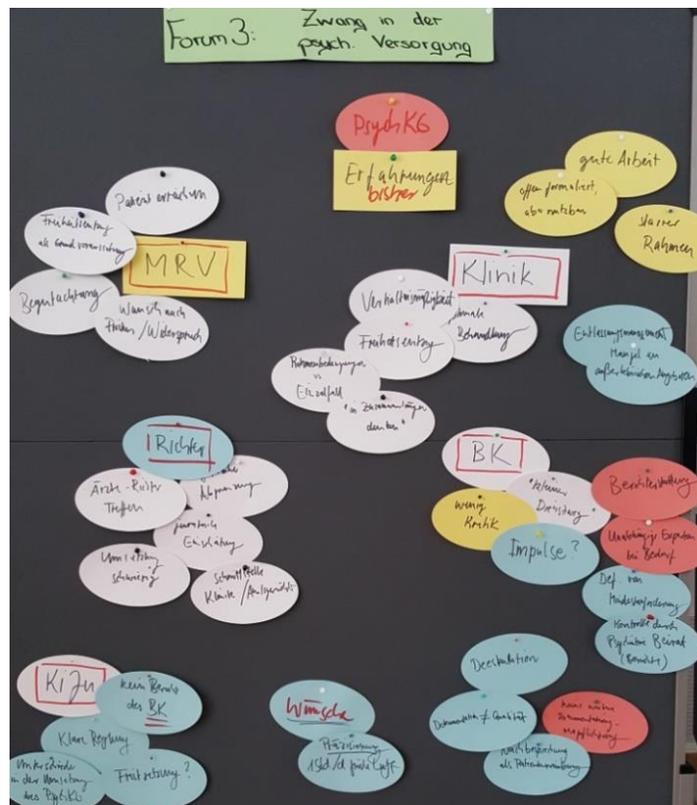
FACHFORUM 3: WELCHE ASPEKTE SIND BEI DER ANWENDUNG VON ZWANG IN DER STATIONÄREN VERSORGUNG ZU BERÜCKSICHTIGEN?

Moderation:
Dr. Wolfram Voigtländer,
Ärztlicher Direktor am Klinikum
Heidenheim i. R.

Das Fachforum wurde eröffnet durch zwei Eingangsbeiträge von einem Chefarzt der Allgemeinpsychiatrie und einer Oberärztin im Maßregelvollzug.

Hervorgehoben wurde, dass bisher gute Erfahrungen mit dem Brandenburgischen Psychisch-Kranken-Gesetz gemacht wurden.

Hingewiesen wurde auf die Gefahr einer Überregulierung und dass die Verantwortlichen in der psychiatrischen Versorgung bezogen auf den Einzelfall im Sinne einer professionellen Autonomie einen gewissen Handlungsspielraum benötigen. Das Gesetz muss einen Rahmen geben, der es ermöglicht die Verantwortung zu tragen, wofür der aber nicht zu starr sein darf.



Fachforum 3: Novellierungsbedarfe

Trennung der Regelungen zur Allgemeinpsychiatrie und des Maßregelvollzugs

Angeregt wurde, über eine Trennung der Regelungen für die Allgemeinpsychiatrie und den Maßregelvollzug nachzudenken. Grund der Überlegung ist, dass beim Maßregelvollzug die Freiheitsentziehung Voraussetzung für die Unterbringung ist, bei der Allgemeinpsychiatrie jedoch genau mit der Unterbringung die Verhältnismäßigkeit der Freiheitsentziehung in Bezug auf die Einschränkungen bzw. Gefahren durch die Erkrankung abgewogen werden muss.

§ 2 a Besuchskommissionen

In der Diskussion wurde mehrfach der Umgang mit der Berichterstattung kritisch betrachtet. Hervorgehoben wurde, dass die Inhalte der Berichte nicht nur einmal während der Legislaturperiode in stark gekürzter Form an die Politik herangetragen werden sollten. Dafür wurde jedoch befürwortet, dass neben einer gesetzlich festgeschriebenen Frist für die Erstellung der Berichte auch ein Raster mit Mindestanforderungen festgeschrieben wird. Insgesamt gab es von Seiten der Kliniken eine sehr positive Rückmeldung zur Arbeit und der Funktion der Besuchskommissionen.

Kontrovers diskutiert wurde inwiefern die Besuchskommissionen im Rahmen des Ehrenamtes ausreichend ausgestattet sind, um insbesondere bezogen auf die Personalausstattung in den Kliniken wirklich eine Kontrollfunktion übernehmen zu können. Angeregt wurde, den Besuchskommissionen zu ermöglichen bei den Besuchen externe Expertinnen und Experten mit hinzuzuziehen.

Diskutiert wurde auch über den Zuständigkeitsbereich der Besuchskommissionen. Insbesondere wurde betrachtet, ob es nicht wichtiger ist, wirklich alle Einrichtungen, in denen Menschen gerichtlich untergebracht werden, zu besuchen, anstatt nur die Tageskliniken. und inwiefern es nicht wichtiger ist, anstatt der Besuche der Tageskliniken.

§ 10 Beteiligte Krankenhäuser, Beleihung, Fachaufsicht

Berichtet wurde, dass es in Bezug zum § 10 Absatz 3 Satz 2: „*Sie müssen insbesondere gewährleisten, dass die Sicherheit der untergebrachten Person jederzeit gewährleistet ist ...*“ zu Unklarheiten kommt, wenn im Zusammenhang mit einer Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus ein somatischer Notfall auftritt, der eine Verlegung notwendig macht. Angeregt wurde hier Regelungen für eine Aussetzung der Unterbringung in Betracht zu ziehen, da sonst die Sicherungsaufgaben weiterhin bei der psychiatrischen Klinik liegen, ohne jedoch weiter für die medizinische Behandlung zuständig zu sein.

§ 16 Gestaltung der Unterbringung

Hier wurden im Verlauf der Diskussion sehr unterschiedliche Positionen eingebracht. Angeregt wurde, zum Schutz vor Übergriffen zwischen Patientinnen und Patienten untergebrachte

Dokumentation | Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG am 24. April 2017 in Potsdam

Personen immer auf abgetrennten Stationen unterzubringen. Jedoch wurde entgegnet, dass dies eine zu einseitige Sichtweise ist, da auch die untergebrachten Personen voreinander zu schützen sind sowie auch von Patientinnen und Patienten, die freiwillig in der Klinik sind, Gefahren ausgehen können. Eingeräumt wurde, dass es sich um ein Dilemma handelt, in dem die Einschränkung unterschiedlicher Grundrechte gegeneinander abgewogen werden müssen. So zum Beispiel bei der Entscheidung, jemanden zum Schutz der Mitpatienten zu fixieren.

Ein anderer Einwurf war die Forderung, die Regelungen unter § 16 Absatz 4 Satz 2 so zu formulieren, dass die Unterbringung so weitgehend wie möglich in offenen Formen durchgeführt werden soll. Neben der Einschätzung, dass offene Türen helfen Zwangsmaßnahmen zu verringern, wurde kritisch angemerkt, dass hier in Wirklichkeit bereits flexibel agiert wird und in der Praxis die Regelungen zwischen offenen, fakultativ offenen und geschlossenen Türen viel fließender sind.

Angeregt wurde im Gesetzestext das Recht von untergebrachten Personen auf einen täglichen Aufenthalt an der frischen Luft und den Zugang zu gesicherten Freiflächen präzise festzuschreiben.

§ 18 Behandlung und Zwangsmaßnahmen auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge

Problematisiert wurde die Einschränkung in § 18 Absatz 2 nur im akuten Notfall die Möglichkeit einer Behandlung ohne Einwilligung der untergebrachten Person zu haben. Kritisiert wurde, damit rechtlich in die Situation gebracht zu werden, nach § 34 Rechtfertigender Notstand StGB (Strafgesetzbuch) eine Straftat zu begehen, die jedoch als nicht rechtswidrig erklärt wird. Gefordert wurden Regelungen, die zumindest für einen begrenzten Zeitraum gekoppelt an eine Unterbringung auch eine Behandlung ohne Einwilligung ermöglichen.

Verwiesen wurde in dem Zusammenhang auf die Regelungen im PsychKG von Nordrhein-Westfalen, wo als Ziel der Unterbringung neben der Gefahrenabwehr die Behandlung der Betroffenen benannt ist.

§ 10 Unterbringung, PsychKG von Nordrhein-Westfalen

(1) Ziel der Unterbringung ist es, die in § 11 Abs. 1 und 2 genannten Gefahren abzuwenden und die Betroffenen nach Maßgabe dieses Gesetzes zu behandeln.

Kritisch kommentiert wurden die Ausführungen in § 18 Absatz 7, in denen eine Behandlung, die die Persönlichkeit der untergebrachten Person dauerhaft in ihrem Kernbereich ändern würde, als unzulässig erklärt wird. Angemerkt wurde, dass eine Veränderung im Kernbereich der Persönlichkeit nicht wirklich auszuschließen ist und auf die Notwendigkeit des Vertrauens in die ärztlich Tätigen hingewiesen. Entgegnet wurde, dass es in der früheren und näheren Vergangenheit leider gegenteilige Beispiele in Bezug auf rechtswidrige Medikamenten-erprobungen gab.

Dokumentation | Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG am 24. April 2017 in Potsdam

§ 37 Eingangsuntersuchung und Behandlungsplanung + § 39 Lockerungen des Maßregelvollzugs

Bezogen auf die Regelungen zur Einbeziehung von Sachverständigengutachten wurde für gut geheißen, dass es im Gesetz so klar geregelt ist. Angeregt wurde jedoch, dass nicht für jede in § 39 Absatz 2 benannte Lockerungsstufe ein extra Gutachten erstellt werden muss, da es dadurch zu einem „Gutachtenmarathon“ kommt. Zumal teilweise nicht ausreichend Sachverständige zur Verfügung stehen.

§ 40 Behandlung der Anlasserkrankung und Zwangsmaßnahmen

Mit der Novellierung in 2014 wurde hier eine gute Handlungsgrundlage geschaffen, mit der bei Fremd- oder Selbstgefährdung während der Unterbringung im Maßregelvollzug ein Antrag auf Zwangsbehandlung gestellt werden kann, der dann einer Zustimmung einer Gutachterin oder eines Gutachters bedarf, die von der obersten Fachaufsichtsbehörde benannt werden. Bemängelt wurde jedoch, dass im § 40 Absatz 2 Satz 2 keine Fristen festgelegt wurden, bis wann die untergebrachte Person einen Antrag auf eine gerichtliche Entscheidung stellen kann. Dadurch bleibt eine gewisse Handlungsunsicherheit. Hier wird eine Ergänzung von Fristen gewünscht.

Fachforum 3: Mängel in der Umsetzung/Vollzugsdefizite

Zusammenwirken von medizinischer und juristischer Fachkompetenz

Insbesondere im Zusammenhang mit der Einschätzung von der Verhältnismäßigkeit von Zwangsmaßnahmen wurde das Zusammenwirken zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie Richterinnen und Richtern im Laufe der Diskussion mehrfach thematisiert. Beispielhaft wurde die Situation einer Selbstgefährdung geschildert, die aber vom zuständigen Gericht anders eingeschätzt wurde und so eine Unterbringung abgelehnt wurde. Als schwierig beschrieben wurde, dass die Rechtsprechung je nach Zuständigkeit sehr unterschiedlich sein kann und die Zusammenarbeit manchmal sehr reibungslos, aber auch sehr sperrig verlaufen kann.

Um dem zu begegnen wurde als Idee in den Raum gestellt einen medizinisch-juristischen Arbeitskreis zu etablieren, in dem gemeinsam ethische und praktische Fragen diskutiert werden, um so kontinuierlich zu einer besseren Zusammenarbeit zu gelangen.

Aus ärztlicher Sicht wurde der eingeschränkte Zugang zu richterlichen Entscheidungen insbesondere am Wochenende und nachts problematisiert.

Angemerkt wurde, dass es in manchen Situationen hilfreich wäre, flexibler zwischen PsychKG- und BGB-Regelungen variieren zu können, was aber von Seiten der Gerichte nicht in der gewünschten Form mitgetragen wird.

Dokumentation | Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG am 24. April 2017 in Potsdam

Regelungen zur Zwangsbehandlung

Angemerkt wurde, dass hier zum Teil eine zu große Konzentration auf der medikamentösen Behandlung liegt und andere Formen der Behandlung nicht ausreichend betrachtet werden. Als kritisches Beispiel wurde jedoch die Situation einer Frau benannt, bei der aufgrund eines Suizidversuches eine somatische Behandlung notwendig wurde, die sie jedoch verweigerte. Dies führte dazu, dass alle notwendigen Behandlungsschritte in Umfang und Dauer einzeln aufgelistet werden mussten, um sie sich vom Gericht genehmigen zu lassen. Angemerkt wurde, dass damit ein bürokratischer Aufwand verbunden ist, der aus medizinischer Sicht nicht nachvollziehbar ist.

Fachforum 3: Weitere Themen, die im Verlauf der Diskussion benannt wurden

Verweildauern im Maßregelvollzug

Es wurde berichtet, dass es zum Teil zu sehr langen Verweildauern kommt, wenn Patientinnen und Patienten im Maßregelvollzug untergebracht sind, dort nicht auffällig sind, aber eine Behandlung insbesondere mit Medikamenten ablehnen. Die Handlungsmöglichkeiten des therapeutischen Personals sind dann begrenzt und die Einschätzung der Gefährlichkeit bleibt meist bestehen. Angemerkt wurde, dass es manchmal schwer auszuhalten ist, dann von ärztlicher Seite her nichts machen zu können, obwohl eine Behandlung möglich wäre.

Erfassung Zwangsmaßnahmen nach BGB und PsychKG

Es wurde darauf hingewiesen, dass entsprechend dem Verfassungsgerichtsurteil aus 2016 Zwangsbehandlungen nach Betreuungsrecht bei einem stationären Aufenthalt auch in anderen Abteilungen möglich werden.

Angeregt wurde, dass die Zwangsmaßnahmen außerhalb psychiatrischer Stationen und Kliniken, wie zum Beispiel auf Intensivstationen oder in geschützten Bereichen von Heimen, die gleiche Aufmerksamkeit bekommen und der gleichen Kontrolle unterliegen.

Fokussiert wurde auch, sich für eine bundeseinheitliche Erfassung der Daten einzusetzen, so dass die Anwendung von Zwangsmaßnahmen zwischen den Bundesländern vergleichbar wird.

Dokumentation | Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG am 24. April 2017 in Potsdam

FACHFORUM 4:

GUTE VERNETZUNG UND KOOPERATION BEI DEN ÜBERGÄNGEN UND AN DEN SCHNITTSTELLEN

Moderation:

Petra Rossmann, Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.

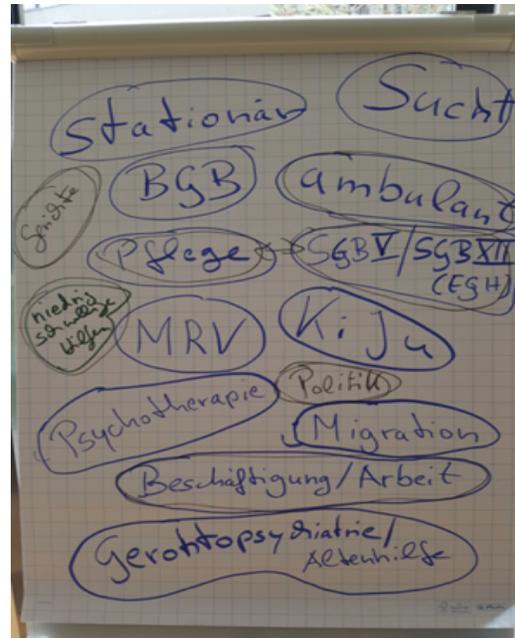
Nachdem zu Beginn ein Überblick über Schnittstellen innerhalb der psychiatrischen Versorgung und den angrenzenden Hilfesystemen gegeben wurden, beschäftigte sich das Fachforum 4 überwiegend mit der Frage der Ausgestaltung einer guten Kooperation und Vernetzung nach § 6 und § 7 des BbgPsychKG.

Wichtig war den Teilnehmenden des Fachforums herauszustellen, dass in Brandenburg mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen von vielen engagierten Personen eine gute Arbeit geleistet wird.

Mehrfach verwiesen wurde auf Ergebnisse, die in Arbeitsgruppen des Landespsychiatriebeirats in der letzten Legislaturperiode erarbeitet wurden, mit der Bitte diese im weiteren Prozess mit zu berücksichtigen.

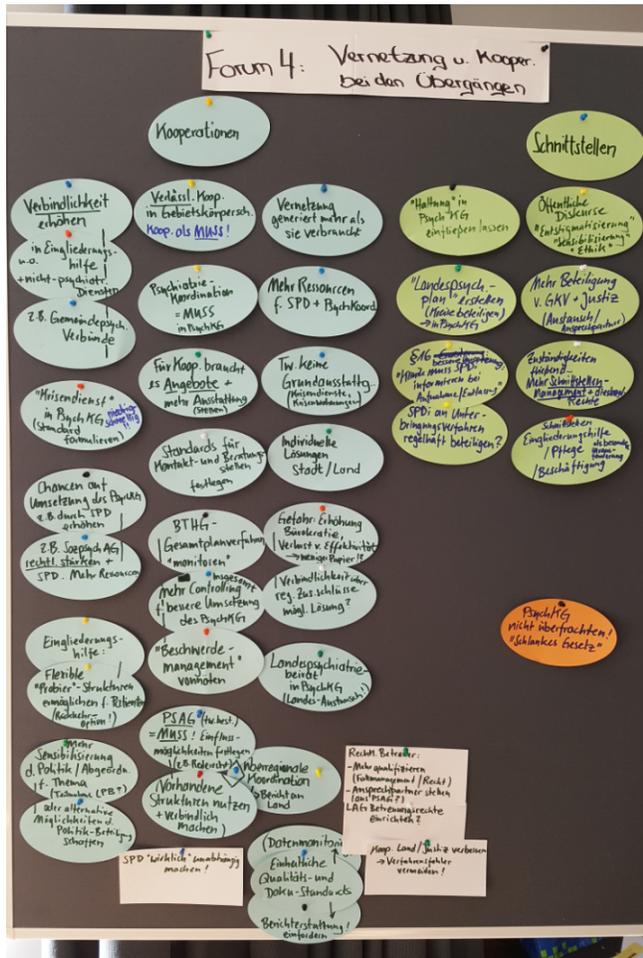
Auch wurde darauf hingewiesen, dass die anstehenden Veränderungen im Rahmen der Eingliederungshilfe durch das Bundeteilhabegesetz und die Einführung des neuen Behindertenbegriffs, der den Zugang zur Eingliederungshilfe ab 2023 verändern wird, unbedingt in die weiteren Überlegungen mit einbezogen werden müssen.

Als weitere grundsätzliche Anmerkung wurde die Wichtigkeit, die Kommunen in den weiteren Prozess mit einzubeziehen betont, da überwiegend dort die getroffenen Regelungen umgesetzt werden müssen. Ohne dass die Kommunen sich dafür einsetzen einen hohen Qualitätsstandard in der psychiatrischen Versorgung zu erlangen, wird dies auch nicht umzusetzen sein. Dabei wurde auf die anstehende Veränderung der Gebietskörperschaften hingewiesen und die damit verbundene Verunsicherung auf dem Gebiet der psychiatrischen Versorgung.



Dokumentation | Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG am 24. April 2017 in Potsdam

Die Teilnehmenden haben in dem Kontext angemerkt, dass eine mangelhafte Umsetzung von Qualitätsvorgaben aufgrund von Unstimmigkeiten – im Zusammenhang mit dem Konnexitätsprinzip – ob das Land oder die Kommunen die Kosten zu tragen haben, zu vermeiden sind.



Generell wurde von den Teilnehmenden auf die Wichtigkeit einer guten Vernetzung hingewiesen und dass dafür auch die notwendigen Ressourcen bereitgestellt werden müssen. Dabei gab es die Einschätzung, dass eine gute Vernetzung jedoch dauerhaft mehr Ressourcen generiert, als sie erfordert. Insbesondere durch eine gute Kooperation im Einzelfall und einer vernetzten Hilfebedarfsplanung können Kosten gespart werden. Um dies umzusetzen ist eine Stärkung der Psychiatriekoordination und der Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) in den Landkreisen dringend erforderlich.

Die Teilnehmenden haben sich für ein möglichst schlankes Gesetz mit konkreten und verbindlichen Regelungen ausgesprochen.

Fachforum 4: Novellierungsbedarfe

§ 6 Träger der Hilfen; örtliche Zuständigkeit

Die Teilnehmenden wünschten sich insbesondere im § 6 Absatz 3 gesetzlich festgeschrieben verbindliche Regelungen zur Kooperation aller an der psychiatrischen Versorgung Beteiligten sowie die Einbeziehung relevanter nichtpsychiatrischer Hilfen, zu denen eine Vernetzung besteht.

Angeregt wurde, die zu beteiligenden Akteurinnen und Akteure klar zu benennen bzw. die in § 6 Absatz 4 benannten zu einer gegenseitigen Kooperation zu verpflichten und ggf. durch weitere wichtige Akteurinnen und Akteure zu ergänzen.

Dokumentation | Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG am 24. April 2017 in Potsdam

§ 7 Psychiatriekoordination und psychosoziale Arbeitsgemeinschaften

Bezogen auf § 7 Absatz 1 und Absatz 2 wurde angemerkt, dass die Kann- in eine Muss-Regelung umgewandelt und auch bezogen auf die Aufgaben und Ausgestaltung der Psychiatriekoordination konkretisiert werden sollte. Sonst führt es dazu, dass es in manchen Landkreisen keine oder nur eine unzureichende Psychiatriekoordination, mit nur sehr geringen Stellenanteilen, gibt.

Die Psychiatriekoordination und die SpDi sollten befähigt werden in der Ausgestaltung der kommunalen Vernetzung eine zentrale Rolle einzunehmen.

Zu prüfen ist, inwiefern hier auch eine vernetzte Hilfebedarfsplanung bezogen auf den Einzelfall auf kommunaler Ebene verbindlich festgeschrieben werden kann.

Angeregt wurde eine verbindliche Einbeziehung der Betreuungsbehörden in die kommunale Vernetzung im Rahmen der psychosozialen Arbeitsgemeinschaften.

§ 16 Gestaltung der Unterbringung

Um eine Einbindung der SpDi beim Entlassmanagement zu stärken, sollte hier die Verpflichtung der Klinik, den SpDi bei einer Entlassung zu informieren, festgeschrieben werden.

§ 29 Ausbildung, Weiterbildung, Arbeit

Angesichts der kürzeren Verweildauern sollte überlegt werden, die Regelungen zu Ausbildung, Weiterbildung und Arbeit im Zusammenhang mit einer Unterbringung im Krankenhaus im Rahmen des PsychKG zu streichen und dafür die Regelungen mit dem Fokus auf Hilfe und Schutz zu konkretisieren.

Vernetzung und Planung auf Landesebene

Die Teilnehmenden haben angeregt auch eine Vernetzung auf Landesebene mit dem Fokus auf versorgungsstrukturübergreifenden Fragen (Schnittstelle klinische Versorgung/Eingliederungshilfe) verbindlich zu regeln, um so über die Ebene der Landkreise hinaus ein Gremium zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen Versorgung zu haben. Neben der Forderung, dass wieder ein Landespsychiatriebeirat fest etabliert wird, entstand im Fachforum die Idee, die landesweite Vernetzung über Sprecher*innen der jeweiligen psychosozialen Arbeitsgemeinschaften zu koordinieren, also im Sinne einer überregionalen psychosozialen Arbeitsgemeinschaft. Gewünscht war dann für dieses Gremium auf Landesebene die Möglichkeit vom Landtag gehört zu werden verbindlich festzuschreiben.

In diesem Sinne wurde insgesamt eine engere Verzahnung mit der politischen Ebene gewünscht und die weiterführende Planung im Rahmen eines Landespsychiatrieplans angeregt. In dem Zusammenhang wurde die Anregung durch Herrn Regus nach einer begleitenden Forschung sehr dankbar aufgenommen und eine wissenschaftliche Begleitung im Sinne einer Bestandsanalyse und der Entwicklung einheitlicher Dokumentationsstandards

Dokumentation | Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG am 24. April 2017 in Potsdam

für die Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung gewünscht. Hervorgehoben wurde, dass Koordination und Planung nur auf der Basis einer vorhandenen und belastbaren Datenlage funktioniert, was aber für große Bereiche der psychiatrischen Versorgung im Moment nicht gewährleistet ist.

Aufgaben der Sozialpsychiatrischen Dienste

Zur Transparenz und Stärkung der SpDi wurde angeregt die Aufgaben der SpDi im Gesetz in einem eigenen Paragraphen zu regeln bzw. zusammenzufassen. Gewünscht wurde hier die Aufgaben des SpDi konkret zu beschreiben, um so die Handlungssicherheit der Mitarbeitenden beim Einsatz von Zwangsmaßnahmen und im Umgang mit der nachgehenden Betreuung zu stärken. Verdeutlicht wurde, dass dies an eine entsprechende personelle Ausstattung der SpDi gebunden ist, damit es dann auch entsprechend umgesetzt werden kann. Hingewiesen wurde auf die Regelungen im Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetz (BbgGDG), in denen festgeschrieben ist, dass es ein SpDi geben muss.

*Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Brandenburg
(Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz - BbgGDG) vom 23. April 2008*

§ 8 Psychisch Kranke, seelisch und geistig behinderte Menschen

Die Landkreise und kreisfreien Städte beraten und betreuen psychisch kranke, seelisch und geistig behinderte sowie abhängigkeitskranke und -gefährdete Menschen sowie deren Angehörige durch ihre sozialpsychiatrischen Dienste. Diesen obliegt auch die Beratung und Betreuung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher, soweit zu diesem Zweck keine eigenständigen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste bestehen. Das Nähere regelt das Brandenburgische Psychisch-Kranken-Gesetz.

Angeregt wurde zur Stärkung der SpDi eine regelhafte Beteiligung der SpDi bei allen Unterbringungen nach PsychKG im Gesetz festzuschreiben.

Zugang zu niedrigschwelligen Hilfen/Beschäftigung

Hingewiesen wurde auf die Wichtigkeit niedrigschwelliger Hilfen im Rahmen der Kontakt- und Beratungsstellen sowie der Beschäftigung im Rahmen vom Zuverdiensten. Diese ermöglichen Menschen einen flexiblen Zugang zu Hilfen entsprechend ihrer Möglichkeiten. Die Teilnehmenden regten an, dass diese Angebote weiter ausgebaut werden und möglichst auch verbindlich im Gesetz verankert werden.

Berichtet wurde, dass in einigen Landkreisen im Zusammenhang mit Sparmaßnahmen die niedrigschwelligen Hilfen immer weiter abgebaut wurden, so dass bei einem Unterstützungsbedarf oft als einzige Möglichkeit die Einrichtung einer rechtliche Betreuung bleibt.

Dokumentation | Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG am 24. April 2017 in Potsdam

Fachaufsicht und Beschwerdemöglichkeiten

Bezogen auf die Hilfebedarfsplanung und insbesondere das Entlassmanagement der Kliniken wurde der Wunsch geäußert eine Fachaufsicht zu etablieren und/oder Beschwerdestellen einzurichten, an die sich Betroffene, Angehörige aber auch Professionelle wenden können, wenn Vorgaben im Einzelfall nicht entsprechend umgesetzt werden. Die bisherigen gesetzlichen Regelungen wurden hierfür als nicht ausreichend erachtet.

Ein Ausbau des Beschwerdemanagements wurde auch explizit unter dem Aspekt einer Beteiligung der Betroffenen insbesondere in Bezug auf die kommunale Ausrichtung der Versorgung gefordert, um so die Position der Psychiatrie-Erfahrenen und deren Partizipation zu stärken.

Fachforum 4: Mängel in der Umsetzung/Vollzugsdefizite

§ 6 Träger der Hilfen; örtliche Zuständigkeit

Bezogen auf § 6 Absatz 1 Satz 2 wurde angemerkt, dass in der Umsetzung zum Teil die Eigenständigkeit und die fachärztliche Leitung der SpDi nicht oder nicht ausreichend gegeben sind. Berichtet wurde von von reglementierenden Vorgaben im Zusammenhang mit der Hilfeplanung oder Vernetzungsaktivitäten durch den Landkreistag oder die Kommunen.

§ 7 Psychiatriekoordination und psychosoziale Arbeitsgemeinschaften

Die im Gesetz im § 7 Absatz 4 Satz 2 festgehaltenen Regelung, dass die psychosozialen Arbeitsgemeinschaften von den zuständigen Behörden bei Planung und Entscheidungen für eine gemeindesnahe und bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung zu hören ist, wird nicht oder nur unzureichend in den einzelnen Landkreisen umgesetzt. Angeregt wurde dies noch verbindlicher zu regeln, so dass es umgesetzt werden muss.

§ 12 Einstweilige Unterbringung

Die im § 12 Absatz 4 Satz 4 geregelte Verpflichtung der Kliniken den SpDi über eine Aufnahme unverzüglich zu informieren, wird in der Praxis oft nicht oder nur phasenweise umgesetzt. Berichtet wurde, dass die Kliniken sich teilweise in dem Zusammenhang auf ihre Schweigepflicht berufen.

§ 52 Aufgaben

Bezogen auf die Aufgaben der nachgehenden Betreuung wurde berichtet, dass der SpDi dieser Aufgabe oft nicht nachkommen kann, da er nicht über ausreichend Kapazitäten verfügt oder die Kliniken oder andere Einrichtungen nicht ausreichend kooperieren.

Fachforum 4: Weitere Themen, die im Verlauf der Diskussion benannt wurden

Stärkung der Sozialpsychiatrischen Dienste und ambulante Krisenintervention

Hervorgehoben wurde, dass die SpDi insbesondere bei der Krisenintervention und an den Schnittstellen eine wichtige Arbeit leisten können, für die aber oft die Ressourcen fehlen. Berichtet wurde von der bundesweiten Vernetzung der SpDi „Segel setzen“. Ein Austausch zwischen den SpDi auch über die Landesgrenze wurde als sehr unterstützend beschrieben, insbesondere auch im Hinblick der Erarbeitung einheitlicher Qualitäts- und Ausstattungsstandards. Hingewiesen wurde in dem Zusammenhang darauf, dass es ein großes Engagement gibt mit den gegebenen Ressourcen die bestmögliche Hilfe zu leisten. Jedoch führt die Knappheit an Angeboten (Krisendienst, Soziotherapie, zu wenig Krankenhausbetten und ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Praxen) dazu, dass Maßnahmen nur begrenzt umgesetzt werden können und Eskalationen nur schwer zu verhindern sind.

Mehrfach wurde hier Bezug genommen auf aktuelle Ereignisse in Brandenburg, in denen Menschen im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen zu Tode gekommen sind, da eine Anbindung an das Versorgungssystem nicht oder nicht ausreichend umgesetzt werden konnte.

Gefordert wurden verlässliche Vergleichszahlen innerhalb von Brandenburg, die eine einheitliche Datenerfassung in den SpDi voraussetzt. Als gute Beispiele wurden hier Berlin und Frankfurt am Main genannt, die für die Dienste einheitliche Erfassungssysteme entwickelt haben.

Eine weitere Forderung war, dass jeder Landkreis ein Angebot zur ambulanten Krisenintervention bereithält. Hier wurde auf Krisenwohnungen verwiesen, die in Nauen modellhaft erprobt wurden und sich als hilfreich erwiesen hatten. Unstimmig waren sich die Teilnehmenden in Bezug auf die Notwendigkeit bzw. Machbarkeit einer einheitlichen Umsetzung einer ambulanten Krisenintervention in allen Landkreisen. Angesichts der unterschiedlichen Bedingungen in den Landkreisen wurde auch für individuelle den jeweiligen Bedingungen angepasste Konzepte argumentiert. Hingewiesen wurde darauf, dass in großen Landkreisen mit zu langen Wegen weiterhin vieles durch den Notärztin/den Notarzt abgedeckt werden muss. Einigkeit bestand jedoch darin, dass die Umsetzung einer ambulanten Krisenintervention verbindlich geregelt sein müsste, um diese zu gewährleisten.

Geschlossene Unterbringung im Rahmen der Eingliederungshilfe

Berichtet wurde, dass ca. 20 Personen pro Jahr außerhalb von Brandenburg untergebracht werden, da es für sie keine geeigneten Einrichtungen in Brandenburg gibt. Angeregt wurde hier die Versorgungsstruktur so anzupassen, dass auch eine Versorgung dieser Menschen innerhalb von Brandenburg geleistet werden kann.

Dokumentation | Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG am 24. April 2017 in Potsdam

Gründung von Gemeindepsychiatrischen Verbänden (GPV)

An verschiedenen Stellen berichteten Teilnehmende von Bemühungen die Arbeit der psychosozialen Arbeitsgemeinschaften in einem Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) verbindlich zu regeln, die aber teilweise gescheitert sind. Nur in den Landkreisen Märkisch-Oderland und Oder-Spree konnte ein GPV umgesetzt werden. Hier wurde kritisch angemerkt, dass die Umsetzung einen sehr langen Vorlauf hatte und es im weiteren Verlauf notwendig wurde, die damit verbunden Mehraufgaben und insbesondere Dokumentationspflichten anzupassen. Auch die Beteiligung angrenzender Kostenträger wie die Rentenversicherung, Jobcenter, Krankenkassen gestaltet sich sehr schwierig. Bewährt haben sich monatliche Treffen der Mitarbeitenden der Klinik, des SpDi und des Sozialamtes, bei denen konkrete Anliegen bezogen auf den Einzelfall gemeinsam besprochen werden können.

Im Verlauf des Fachforums wurde noch einmal die verbindliche gesetzliche Verpflichtung zur Kooperation befürwortet und positiv festgestellt, wie viele Hindernisse durch die Kooperation im Rahmen des GPV verhindert werden können.

Ambulante psychiatrische Pflege und Soziotherapie

Berichtet wurde, dass Brandenburg mit zehn Diensten und zwei Kliniken, die ambulante psychiatrische Pflege anbieten, gut ausgestattet ist. Allerdings ist die Verteilung in den Landkreisen sehr unterschiedlich und neben sehr gut versorgten Landkreisen gibt es Landkreise, in denen sich die ambulante psychiatrische Pflege bisher nicht etablieren konnte. Als hilfreich für die Etablierung wurde die Kooperation mit dem Berufsverband der Nervenärzte beschrieben. Deutlich wurde, dass bei einer guten Vernetzung schon im Vorfeld viel abgefangen werden kann.

Kritisch angemerkt wurde, dass auf die Krankenkassen eingewirkt werden sollte, die Angebote von ambulanter psychiatrischer Pflege und Soziotherapie in den Landkreisen einheitlicher zu gestalten und somit den Zugang zu den Hilfen in allen Landkreisen zu gewährleisten.

Gesamtplanverfahren nach dem Bundesteilhabegesetz

Es wurde darauf hingewiesen, dass ein grundlegender Veränderungsbedarf in der Hilfebedarfsplanung im Einzelfall besteht, um die bis 2018 nach dem Bundesteilhabegesetz vorgegebene Verfahren entsprechend umsetzen zu können. Das aktuell in Brandenburg angewandte Instrument zur Erfassung des Hilfebedarfs entspricht nicht den Standards nach ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), UN-Behindertenrechtskonvention oder Bundesteilhabegesetz.

Ausgestaltung von Schnittstellen

Berichtet wurde, dass vieles im direkten Gespräch geklärt werden kann und davon abhängig ist, wie die zuständigen Personen miteinander kooperieren. Hier hat sich insbesondere die gegenseitige Hospitation sehr bewährt. Zum Teil fehlen aber auch konkrete Angebote und Perspektiven, an die vermittelt werden kann. Hier wurde eine flexiblere Ausgestaltung

Dokumentation | Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG am 24. April 2017 in Potsdam

insbesondere beim Übergang von stationären zu ambulanten Angeboten gewünscht, die es erlaubt auch etwas auszuprobieren, ohne dadurch das bisher Bewährte zu riskieren.

Zusammenarbeit mit der Justiz und Betreuungsbehörden

Die Teilnehmenden haben darauf hingewiesen, dass für eine Versorgung der Schwierigsten, Undankbarsten, Kompliziertesten und Aussichtslosen eine gute Kooperation mit der Justiz unerlässlich ist. Eine Schwierigkeit ist hier die Wahrung der Unabhängigkeit der Richterinnen und Richter, die es nicht ermöglicht sie zur Vernetzung zur verpflichten. Wünschenswert wäre aber eine bessere Vernetzung, sowohl um die Arbeit der rechtlichen Betreuerinnen und Betreuer zu unterstützen, als auch zu große Differenzen in der Rechtsprechung auszugleichen. Ziel wäre, dass auch Vertretungen der Amtsgerichte und der Betreuungsbehörden an den psychosozialen Arbeitsgemeinschaften teilnehmen.

Berichtet wurde von guten Erfahrungen einer festen Kooperationsvereinbarung zwischen den SpDi, Kliniken, dem Sozialamt und den Betreuungsbehörden. Die Vernetzung mit den Betreuungsbehörden, wurde betont, sollte unbedingt gestärkt werden.

Als Idee für eine gute Vernetzung wurden regelmäßige Gespräche zwischen Richter*innen und Akteurinnen/Akteuren der psychiatrischen Versorgung auf der Ebene der Versorgungsregionen oder der Landesebene sowie verbindliche Gespräche zwischen den Ressorts auf der Eben des Ministeriums angeregt.

Hingewiesen wurde auf das Behindertenpolitisches Maßnahmenpaket der Landesregierung 2.0 zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, in dem viele Maßnahmen in Bezug auf die rechtliche Betreuung formuliert wurden. In diesem Rahmen soll auch eine Landesarbeitsgemeinschaft – also eine Vernetzung auf Landesebene – implementiert werden.

PROGRAMMPUNKT IV: BLITZLICHTER AUS DEN FACHFOREN

Die Moderierenden fassten die Ergebnisse der Fachforen in kurzen Blitzlichtern zusammen. Dabei lassen sich übereinstimmend folgende Einschätzungen formulieren:

- Das Gesetz beinhaltet schon viele gute Regelungen.
- Um Mängel in der Umsetzung und Vollzugsdefiziten entgegen zu wirken, sollten einige Regelungen konkreter und bindender formuliert werden.
- Zwangsmaßnahmen sollen systematisch dokumentiert und ausgewertet werden. Regelungen sind für eine Unterbringung bei gleichzeitiger schwerer körperlicher Erkrankung zu treffen.
- Die Sozialpsychiatrischen Dienste sind sowohl in der Ausstattung als auch ihrer Funktion zu stärken.
- Eine Etablierung einer Psychiatriekoordination in jedem Landkreis wurde als wichtig erachtet und dafür sollten ausreichend Kapazitäten bereitgestellt werden und verbindliche Regelung getroffen werden.
- Eine verbindliche Vernetzung der regional verantwortlichen Akteurinnen und Akteure sollte umgesetzt werden und auch bezogen auf die Hilfeplanung im Einzelfall und in zugespitzten Situationen geregelt werden. Dabei ist es wichtig, alle Akteurinnen und Akteure insbesondere auch die rechtlichen Betreuerinnen und Betreuer sowie die Betreuungsbehörden mit einzubeziehen.
- Angeregt wurde, Informationen über die im Gesetz formulierten Patientenrechte in verständlicher Sprache auch in zugespitzten Situation gut zugänglich zu machen und die Betroffenen durch unabhängige Beratungsstellen und den Zugang zu Beschwerdeinstanzen zu unterstützen.

Ausblick über das weitere Gesetzgebungsverfahren

Frau Baumgardt erläutert abschließend, dass die heutige Veranstaltung ganz bewusst vor den Gesetzgebungsprozess geschaltet wurde:

Das Gesetzgebungsverfahren verläuft in mehreren Schritten. Am Anfang steht ein sogenannter Referentenentwurf, der ein bestimmtes Verfahren bis hin zur Kabinettreise durchläuft und erst dann beginnt im Landtag das eigentliche Gesetzgebungsverfahren. Hier werden sich mehrere Ausschüsse auch im Rahmen von Anhörungen damit befassen. Üblicherweise tagt der federführende Ausschuss zuletzt, um die Impulse der anderen Ausschüsse aufzunehmen. Dann gibt es eine Anhörung, die zweite und die dritte Lesung im Plenum und am Ende wird dann ein neues Gesetz vom Landtag verabschiedet.

Dokumentation | Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG am 24. April 2017 in Potsdam

Der Plan ist, diesen Prozess noch innerhalb dieser Legislaturperiode umzusetzen. Das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg wollte die Akteure der psychiatrischen Versorgung im Land Brandenburg bereits vor diesem Prozess einbinden und ihre Impulse mit aufnehmen. Im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens wird es sicherlich für die Teilnehmenden noch mehrere Gelegenheiten geben, sich in den weiteren Schritten erneut einzubringen.

KREIS DER EINGELADENEN INSTITUTIONEN:

- Ärztliche Leiter des Rettungsdienstes im Land Brandenburg
- Ambulante psychiatrische Pflegedienste im Land Brandenburg
- Arbeitsgemeinschaft der Leiterinnen und Leiter Psychiatrischer Abteilungen und Fachkliniken des Landes Brandenburg
- Arbeitskreis Patientenfürsprecher*innen Brandenburg
- Beauftragter der Landesregierung für die Belange der Menschen mit Behinderungen
- Berufsverband Deutscher Nervenärzte – Landesverband Brandenburg
- Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. – Regionalgruppe Brandenburg
- Besuchskommissionen im Land Brandenburg
- Betreuungsbehörden im Land Brandenburg
- Betreuungsvereine im Land Brandenburg
- Betroffenen- und Angehörigenverbände des Landes Brandenburg
- Brandenburgische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V.
- Brandenburgische Landesstelle für Suchtfragen e. V.
- Eingliederungshilfe der Sozialämter im Land Brandenburg
- Gerontopsychiatrische Verbände im Land Brandenburg
- Integrationsfachdienste im Land Brandenburg
- Kontakt- und Beratungsstellen im Land Brandenburg
- Landesamt für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg
- Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg
- Landespflegerat Berlin Brandenburg
- Landes- und Amtsgerichte im Land Brandenburg
- Landesverband Berlin-Brandenburg der Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen in der Psychiatrie e. V.
- LIGA der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege im Land Brandenburg
- Ministerium der Justiz und für Europa und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg
- Ministerium des Innern und für Kommunales des Landes Brandenburg
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg
- Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg
- Oberlandesgericht des Landes Brandenburg
- Patientenfürsprecher*innen im Land Brandenburg
- Pflegestützpunkte im Land Brandenburg
- Polizeidirektionen im Land Brandenburg
- PIBB – Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg
- Psychiatriekoordinator*innen im Land Brandenburg
- Psychiatrische Abteilungen und Fachkliniken im Land Brandenburg
- Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften im Land Brandenburg

Dokumentation | Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG am 24. April 2017 in Potsdam

- Selbsthilfenetzwerke im Land Brandenburg
- Sozialgerichte im Land Brandenburg
- Sozialpsychiatrische Dienste im Land Brandenburg
- Staatsanwaltschaften im Land Brandenburg
- Unabhängige Patientenberatung Brandenburg
- Verband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes der Länder Brandenburg und Berlin e. V.
- Werkstätten für behinderte Menschen im Land Brandenburg
- Wohlfahrtsverbände des Landes Brandenburg

Dokumentation | Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des BbgPsychKG am 24. April 2017 in Potsdam

IMPRESSUM

Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des Brandenburgischen Psychisch-Kranken-Gesetzes
am 24. April 2017 in Potsdam

HERAUSGEBER

Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.
Behlertstraße 3a | Haus H1
14467 Potsdam
www.gesundheitbb.de



**Gesundheit
Berlin-Brandenburg e.V.**
Arbeitsgemeinschaft
für Gesundheitsförderung

REDAKTION

Stefan Pospiech (V.i.S.d.P.), Petra Rossmanith, Anja Gebauer

SATZ UND LAYOUT

Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.

BILDNACHWEISE

(Titelseite) real-enrico, photocase.com
Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.

KONTAKT

Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.
Stärkung der Patientenrechte in der psychiatrischen Versorgung

Petra Rossmanith, Anja Gebauer
Tel: 03 31 / 88 76 20 25

E-Mail: patientenrechte@gesundheitbb.de

Behlertstraße 3a | Haus H1
14467 Potsdam



*Gefördert aus Mitteln des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen
und Familie des Landes Brandenburg*

Ministerium für Arbeit,
Soziales, Gesundheit,
Frauen und Familie