

Forderungen/Eckpunkte für ein Landespsychiatriegesetz (PsychKG BW)

Vorbemerkung

Aufgrund der jüngsten Entscheidungen des BVerfG zum Maßregelvollzugsgesetz Rheinland-Pfalz und zum Unterbringungsgesetz BW sowie aus der Verpflichtung zur Umsetzung der UN-BHR-Konvention besteht in allen Bundesländern. gesetzgeberischer Handlungsbedarf.

BW hat jetzt die Chance, aber auch die Pflicht, unter Nutzung der Erfahrungen der anderen Bundesländer ein modernes, den Bedürfnissen der psychisch Kranken und den verfassungsrechtlichen Vorgaben entsprechendes Landespsychiatriegesetz zu gestalten. Dabei ist zu prüfen, ob und in welchem Umfang die in den anderen Bundesländern bereits bestehenden Gesetze für BW "Modell stehen" können bzw. zu übernehmende Regelungen enthalten.

Das Brandenburgische PsychKG als Modell

Das *"Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen sowie über den Vollzug gerichtlich angeordneter Unterbringung für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen im Land Brandenburg - PsychKG"* (2009), das den MRV einschließt, bietet u. E. eine geeignete Vorlage. Dieses Gesetz setzt viele der bereits 1999 unter Federführung des Sozialministeriums in BW erarbeiteten "Eckpunkte für ein Landespsychiatriegesetz" um und enthält weitere, aus heutiger Sicht wesentliche gesundheitspolitische Zielsetzungen.

Hervorzuheben sind aus Sicht der Angehörigen z. B. deren Beteiligung in psychosozialen Arbeitsgemeinschaften (in BW sind das die GPV) und in Besuchskommissionen, wobei die verbindliche Mitgliedschaft (so in Schleswig-Holstein, zu fordern ist; Unterstützung in der Betreuung psychisch Kranker; die familiären Beziehungen stärkende Besuchsregelungen; Verbot einer den "Kernbereich der Persönlichkeit" verändernden Behandlung; Aus- und Weiterbildung sowie Arbeitsmöglichkeiten für Untergebrachte; klar umschriebene Rechtsbehelfe; Pflicht, den schädlichen Folgen des Freiheitsentzugs entgegen zu wirken; spezielle Besuchskommission für den MRV; eigener Abschnitt "Nachgehende Betreuung".

Wie im PsychKG NRW sollten vor- und nachsorgende Hilfen in eigenen Kapiteln behandelt werden, um die der Prävention zukommende Bedeutung hervorzuheben.

Allerdings muss, anders als in § 1 dieses Gesetzes, der Anwendungsbereich bzw. die Definition des Begriffs "psychisch krank" wesentlich weiter, und zwar alle psychischen Krankheiten einschließend, gefasst werden.

In den Vorbemerkungen zu den o. e. "Eckpunkten" (1999) wurde zu Recht darauf hingewiesen, dass im Gesetz auch solche versorgungspolitischen Ziele zu benennen und zu verwirklichen sind, die Auswirkungen auf das Sozialleistungsrecht haben und der Gesetzgebungskompetenz des Bundes unterliegen. Diese Forderung ist unverändert aktuell. Beispiel sind kostenträgerübergreifende Konzepte, die klinische und außerklinische Leistungen umfassen (z.B. integrierte Versorgung, präventive Maßnahmen der Vor- und Nachsorge, Hilfeplanung).

Allgemeine Grundsätze für ein PsychKG BW aus Sicht der Angehörigen

1. Prävention vor (Rückfall-) Behandlung

Nicht nur wünschenswerte, sondern erforderliche präventive Maßnahmen scheitern bisher all zu oft an der Verweigerung der Kostenträger. Das ist i. d. R. kurzsichtig, da mit dem Aufwand für Prävention mittel- und langfristig wesentlich höhere Kosten eingespart werden können.

Landesverband Baden – Württemberg der Angehörigen psychisch Kranker e. V.

- Beispiele:
- a) zu knappes Budget der niedergelassenen Psychiater und Psychotherapeuten verhindern adäquate Behandlung (insbes. Gespräche, aufsuchende Hilfe)
 - b) zu kurze Verweildauer im Krankenhaus führt zu "Drehtüreffekten"
 - c) Betreutes Wohnen ohne ausreichende, dem individuellen Bedarf angepasste Betreuung, misslingt häufig wegen Überforderung des Betroffenen (Rückfall)
 - d) fehlende Unterstützung der Familien, die mit dem Kranken leben, führt zu physischen und psychischen Störungen bei den Angehörigen und erhöht zugleich das Rückfallrisiko des Betroffenen.

Forderung:

Die Kosten präventiver Maßnahmen entlasten längerfristig die Krankenkassen und sind daher von diesen zu tragen. Insbesondere sind aufsuchende Hilfen des SpDi nicht nur für den Betroffenen, sondern auch für die ihn betreuenden Angehörigen zu gewähren.

2. "Ambulant vor stationär" setzt vorsorgende und nachsorgende Hilfen voraus

Das an sich richtige Prinzip "ambulant vor stationär" kann nur funktionieren, wenn die Voraussetzung hierfür, nämlich eine gemeindenahe, flächendeckende Grundversorgung mit differenziertem Angebot ambulanter, vor allem auch aufsuchender Hilfen gewährleistet ist. Daran fehlt es in weiten Bereichen, vor allem im ländlichen Raum. Das gilt im Hinblick auf unverantwortbare Wartezeiten bei niedergelassenen Psychiatern und Psychotherapeuten, fehlende Angebote der Krisenintervention, zu wenige tagesstrukturierende Angebote (insbes. Arbeitsmöglichkeiten). All das sind Maßnahmen der vorsorgenden Hilfe (Sekundärprävention), die auf- bzw. auszubauen sind.

Nachsorge, insbes. durch (auch) aufsuchende Hilfe, kann - gerade wegen der Risiken der (zu) frühzeitigen Entlassung aus der stationären Behandlung - Rückfälle vermeiden helfen. Die Einrichtung der PIA war zwar ein richtiger Ansatz, dieser wird jedoch bisher bei weitem nicht ausreichend umgesetzt (zeitlich eingeschränkt besetzt). Chronisch Kranke, für die die PIA vornehmlich gedacht ist, können oft nur über aufsuchende Hilfe erreicht werden, da sie nicht "wartezimmerfähig" oder die Wegstrecken zu weit sind.

Vor- und nachsorgende Hilfen sind eine Kernaufgabe des Sozialpsychiatrischen Dienstes, die dieser jedoch infolge der in den vergangenen Jahren vorgenommenen personellen Ausdünnung zur Zeit nicht annähernd in erforderlichem Umfang wahrnehmen kann.

Forderung:

Die psychiatrische Grundversorgung (insbesondere der Sozialpsychiatrische Dienst) ist so auszubauen, dass durch vor- und nachsorgende Hilfen der Betreuungsbedarf vor allem chronisch psychisch Kranker finanziell sichergestellt und so (erneute) stationäre Behandlung vermieden werden kann.

3. Bedarfsgerechte ("personenzentrierte") statt pauschale Hilfen

Am Beispiel des "Betreuten Wohnens" wird deutlich, dass Pauschalen oft an den individuellen Bedürfnissen des Betroffenen vorbeigehen: die Intensität der Betreuung muss der Ent-

Landesverband Baden – Württemberg der Angehörigen psychisch Kranker e. V.

wicklung des Betroffenen angepasst werden (von intensiver Anfangsbetreuung über laufende bis gelegentliche Betreuungsleistungen; in stabileren und in Krisensituationen ...). Das gilt genauso für die Dauer der stationären Behandlung, für die Behandlung durch den niedergelassenen Psychiater und für Dauer und Umfang von Reha-Maßnahmen.

"Halbherzige" Hilfen bedeuten zwar zunächst weniger Kosten, diese erweisen sich im Nachhinein all zu oft als "vertane" Kosten und verursachen erhebliche Mehrkosten, die bei einer dem individuellen Bedarf angepassten "Ersthilfe" vermeidbar gewesen wären.

Forderung:

Keine pauschalen, sondern dem individuellen Hilfebedarf angepasste Leistungen.

4. Betreuende Angehörige bilden " 3. Säule" der psychiatrischen Versorgung

Angehörige, die mit dem psychisch Kranken leben und/oder ihn betreuen, sind - neben der ambulanten und der stationären Versorgung - die "dritte Säule" der psychiatrischen Versorgung. Die Angehörigen stellen sich dieser Aufgabe, erhalten hierfür jedoch keine ausreichende Unterstützung, was häufig zu Überforderung, zu physischer und psychischer Erschöpfung führt.

Die Einbeziehung der Angehörigen in die Behandlung als abrechenbare Leistungen (z.B. Aufklärung, Beratung und Gespräche; Familientherapie); aufsuchende Hilfe (insbes. in Krisensituationen); ständig erreichbare Notfallversorgung (Krisenintervention) - all das sind Maßnahmen der Prävention, die Angehörigen Entlastung bieten, ihrer Überforderung entgegenwirken und die eigene Erkrankung vermeiden helfen können. Dazu gehören auch Leistungen der familienentlastenden Dienste, die den Angehörigen psychisch Kranker in gleicher Weise wie den Angehörigen anderer Behindertengruppen zugänglich sein müssen (z. B. Kurzzeitpflege, Familienurlaube).

Forderung:

Familien, in denen ein Betroffener lebt, sind so zu unterstützen, dass sie diese Aufgabe dauerhaft und ohne Gefährdung der eigenen Gesundheit wahrnehmen können. Die Kosten dieser Hilfen können erhebliche Mehrkosten etwa einer Heimunterbringung des Betroffenen oder der Erkrankung des Angehörigen vermeiden, die Finanzierung ist daher von den so entlasteten Kostenträgern zu tragen.

5. Institutionelle Einbindung der Angehörigen und ihrer Verbände

Forderung:

Obligatorisches Benennungsrecht des Landesverbandes für Angehörigenvertreter mit Stimmrecht in den Gremien von Land und Kommunen (LAK, GPV, Psychiatriebeiräte, Besuchskommissionen ...).

6. Pflege und Betreuung chronisch psychisch Kranker im Alter

Die Betreuung und die Formen der Teilhabe von älter werdenden psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen rücken erst allmählich in das Blickfeld von Politik und Wissenschaft (die Jahrestagung 2011 der DGSP hat diese Problematik verdienstvoller Weise aufgegriffen). - Für Angehörige, vor allem wenn sie Eltern eines Betroffenen sind, ist das schon immer eine der bedrückendsten und ungelösten Fragen: Was geschieht, wenn wir nicht mehr können oder nicht mehr da sind?

Im Landespsychiatrieplan 2000 (Teil 1 - Rahmenplanung, S. 53) wird die Vernetzung der verschiedenen Leistungen bzw. deren Träger in einem "ambulanten gemeindepsychiatrischen Dienstleistungsverbund" vorgeschlagen, um den hier bestehenden Bedarf zu decken. Auch wird die Gleichbehandlung von körperlichen und psychischen Kranken in der Pflegeversicherung gefordert - das ist inzwischen über 10 Jahre her, ohne dass sich nennenswerte Verbesserungen ergeben hätten!

Die Verbindung von allgemeinen Pflegeleistungen mit den besonderen Aufgaben der psychiatrischen Betreuung ist ein bisher nicht befriedigend gelöstes Problem, das sich bei zunehmendem Alter des psychisch Kranken noch verschärft. Pflegende Angehörige sind durch ergänzende Hilfen zu unterstützen, nicht zuletzt damit sie dieser Aufgabe gesundheitlich gewachsen bleiben.

Forderung:

In der Psychiatrieplanung und im PsychKG BW ist dem besonderen Bedarf älter werdender psychisch kranker Menschen und der sie betreuenden/pflegenden Angehörigen Rechnung zu tragen.

7. Forensische Psychiatrie (Maßregelvollzug) ist ein Teilgebiet der Psychiatrie

Auch der straffällig gewordene psychisch Kranke bleibt Kranker, also Patient und hat Anspruch auf Behandlung, wenn auch unter besonderen, der Sicherheit der Allgemeinheit dienenden Bedingungen. Um den nicht nur in der Öffentlichkeit, sondern selbst in Fachkreisen vielfach bestehenden Ausgrenzungstendenzen entgegen zu wirken, sollte durch den Einbezug des Maßregelvollzugs in das Psychiatriegesetz klar gestellt werden, dass auch der straffällig gewordene psychisch Kranke ein Psychiatriepatient ist.

Forderung:

Das Landespsychiatriegesetz muss alle Bereiche der Psychiatrie und damit auch die forensische Psychiatrie (Maßregelvollzug) einbeziehen.

8. Wahrung der Verhältnismäßigkeit im Maßregelvollzug

Wiederholt hat das BVerfG nicht nur für die Anordnung, sondern auch für den Vollzug der Unterbringung das Gebot der Verhältnismäßigkeit bekräftigt. Der mit dem Freiheitsentzug verbundene Eingriff in existentielle Grundrechte muss auf das Notwendige beschränkt werden, mit Rücksicht auf die Intensität des Grundrechtseingriffs wächst mit der Dauer der Un-

terbringung das Freiheitsinteresse und damit der Anspruch des Untergebrachten auf Vollzugslockerungen.

Forderung:

Im Gesetz ist der - vom Krankheitsverlauf und von der Dauer der Unterbringung abhängige - Anspruch auf Vollzugslockerungen zu formulieren.

9. Gefahren der Hospitalisierung begegnen

Volckart hat das Dilemma des Maßregelvollzugs treffend als "Ausgrenzung mit dem Ziel der Wiedereingliederung" umschrieben. Um den schädlichen Folgen dieser "Ausgrenzung" entgegen zu wirken, muss der Maßregelvollzug so gestaltet werden, dass die soziale Kompetenz der Patienten gefördert wird, vorhandene familiäre und sonstige soziale Beziehungen unterstützt und die Eigenverantwortung gestärkt werden. Diesen Zielen muss auch die Art der Unterbringung entsprechen (z.B. in Wohngruppen).

Forderung:

Die Unterbringung ist so zu gestalten, dass Hospitalisierungsschäden vermieden werden.

10. Landesbeauftragter für Fragen der "Psychiatrie"

Das Bild der Psychiatrie in der Öffentlichkeit ist von Unkenntnis und damit von Vorurteilen und Ängsten geprägt. Dies schadet den Betroffenen und ihren Angehörigen ebenso wie den in der Psychiatrie Tätigen, ob in der Allgemeinpsychiatrie oder in der forensischen Psychiatrie.

Aufgabe eines Psychiatriebefragten des Landes wäre es u. a. , durch eine umfassende und regelmäßige Berichterstattung zu einer Versachlichung des Zerrbildes der Psychiatrie in der Öffentlichkeit beizutragen.

Der Psychiatriebefragte sollte zugleich die Aufgabe erhalten, auf eine ausgewogene und im Land BW in allen Regionen qualitativ vergleichbare psychiatrische Versorgung hinzuwirken, an ihn herangetragenen Beschwerden nachzugehen und im Maßregelvollzug dafür Sorge zu tragen, dass die dort Untergebrachten bei allem Sicherheitsbedürfnis der Allgemeinheit als kranke und "grundrechtsmündige Patienten" (Volckart) behandelt werden und hierbei den Therapeuten ein ausreichender Spielraum für die fachlich gebotenen Maßnahmen bleibt.

Forderung:

Es ist ein Landespsychiatriebefragter mit einem klar umschriebenen Auftrag zu bestellen.