

Hessischer Landtag
Postfach 3240
65021 Wiesbaden

**Gesetzentwurf der Landesregierung (v. 06.09. 2016 / Drucksache 19 / 3744) zur Regelung
des Rechts der Hilfen und Unterbringung bei psychischen Krankheiten vom 06.09.2016**

Sehr geehrter Herr Ministerpräsident,
sehr geehrter Herr Minister für Soziales und Integration,
sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit reichen wir unsere Stellungnahme zum o.g. Gesetzentwurf ein und bitten um Berücksichtigung der von uns eingebrachten Vorschläge und Kritikpunkte.

Stellungnahme

Wir begrüßen die Bemühung der Landesregierung, die Vorgaben der UN BRK zur Grundlage der Gesetzgebung zu machen. Erfolgreiche Versuche, die Zustimmung des Unterzubringenden durch Verhandlung zu erlangen, sollen jedem Zwangs-Eingriff vorausgehen. Die Rechte des Betroffenen sind zu achten und die geringstmöglichen Einschränkungen sollen gewählt werden. Außerdem muss bei einer als notwendig erachteten Zwangsbehandlung in jedem Fall die Zustimmung des Betreuungsgerichts eingeholt werden (§ 20, (3) 1-4, Ausnahmen nur bei Gefahr im Verzug (§ 20, (3) 5). Auch die für Laien verständliche und der Achtung des Gesetzgebers vor den Rechten der betroffenen Menschen angemessene Sprache ist positiv zu werten. Und wir begrüßen besonders, dass die Landesregierung den Landkreisen und kreisfreien Städten einen Mehrbelastungsausgleich zur Verfügung stellt, der für die neuen Aufgaben der Sozialpsychiatrischen Dienste bestimmt ist, wenn auch das zur Verfügung gestellte Geld auf die Dauer nicht reichen wird. Eine Vorschrift zur landesweiten Mindestausstattung und Finanzierung befürworten wir.

Dennoch haben wir noch **Einwände** zu einzelnen Paragraphen, zu denen wir im Folgenden Ergänzungs- bzw. Änderungsvorschläge machen. Die für uns wichtigsten betreffen die Präambel, die Aufgaben der SPDs (Zweiter Teil, § 5, Abs. (1) sowie die Besondere Sicherungsmaßnahme „Fixierung“ (Dritter Teil, § 21, (1), Nr. 5).

Wir erwarten für unsere kranken Angehörigen ein gutes therapeutisches und deeskalierend wirkendes Milieu im ambulanten und stationären Bereich, mit ausreichend Personal (u. a. Ärzte, Pflegepersonal, klinische Psychotherapeuten u.a.). Ebenso erwarten wir die koordinierende Vernetzung aller Fachdienste nach dem Modell der GPVs, um nachhaltigere Behandlungserfolge auch mit verstärkt einzusetzenden psychosozialen Therapien zu ermöglichen.

Präambel, Satz 2 Änderung: Dabei sollen die Vorgaben der UN BRK erfüllt und soweit wie möglich die Interessen der Personen mit psychischen Störungen und ihrer Angehörigen und Vertrauenspersonen berücksichtigt werden.

Kommentar: Behindertenrechte sind ebenso wie Frauen- und Kinderrechte Teil der Allgemeinen Menschenrechte. Diese können nicht eingeschränkt werden („soweit wie möglich...berücksichtigt“). Sie sind durch ein Gesetz verankert.

Zweiter Teil, Hilfen

§ 5, Ambulante Hilfen des Sozialpsychiatrischen Dienstes

Forderung der Angehörigen zu den Aufgaben des SPDi: Die Menschen mit psychischen Störungen und ihre Bezugspersonen halten die neutrale Beratung und Vermittlung von Hilfen durch den SPDi, wie sie das HGöGD vorsieht, für unverzichtbar. Sei es, dass sie vor Ort keine adäquate Hilfe finden, die Erkrankung aus beruflichen Gründen geheim halten wollen oder aus anderen Gründen. Ebenso erwarten sie von einem Sozialpsychiatrischen Dienst (alternativ von einer PIA?) einen Kriseninterventionsdienst und suchtspezifische Angebote. Ein flächendeckender Kriseninterventionsdienst mit ausreichender Ausstattung und Mindestvorgaben ist auch angesichts der geplanten Ambulantisierung der Behandlung unerlässlich. Maßnahmen zur Sicherung der Wohnung des Betroffenen sollen möglich sein, damit ihm nicht auch noch in dieser sehr schwierigen Lebensphase der persönliche Bezugsort verloren geht.

Abs. (4)

Ergänzung und Änderung: Der Sozialpsychiatrische Dienst hat in **Begleitung der Polizei** das Recht auf Zugang in die Wohnung der Person...

Kommentar: Bitte prüfen Sie, wie erfolgreich die Maßnahmen ohne Polizei-Begleitung in den Bundesländern verlaufen, wie z. B. NRW. In wenigen zugespitzten Notfällen kann die Polizei immer noch hinzugezogen werden.

S. 2

Dritter Teil: Unterbringung

§ 11, Beleihung und Bestellung

Abs. (2) Ergänzung am Ende des Absatzes

... Personen müssen fachlich und persönlich geeignet sein. **Den aufnahmebefugten Fachärzten der Klinik soll eine Handreichung zur Aufnahme sowie zur Durchführung der Zwangseinweisung und einer im Gefahrenfall notwendigen Zwangsbehandlung zur Verfügung stehen. Bei einer erheblichen Gesundheitsgefahr für den Betroffenen oder Dritte dürfen dabei zur Beruhigung nur Benzodiazepine eingesetzt werden. Die Maßnahmen müssen dem Betroffenen angekündigt werden und die Genehmigung des Betreuungsgerichts ist unverzüglich einzuholen. Nachbesprechung und Dokumentation sind verpflichtend.**

§ 12, Ausübung der Befugnisse im psychiatrischen Krankenhaus

Abs. 2, Ergänzung

Bei Gefahr im Verzug.... zu unterrichten. **Der Vorgang ist zu dokumentieren.**

§ 18, Rechtsstellung

Abs. (4)

Nach **(4), Satz 2, Ergänzung: Der vorläufig untergebrachten Person ist Gelegenheit zu geben, freiwillig in eine Behandlung einzuwilligen, um eine Zwangsunterbringung abzuwenden.**

Kommentar: War das nicht bisher möglich??

§ 20, Behandlungsmaßnahmen

Abs. (5)

Ergänzung am Ende des Absatzes:Behandlungsmaßnahme fortgesetzt werden muss. Ein zu veröffentlichendes Register der Zwangsmaßnahmen und Todesfälle soll angelegt werden und ein Dokumentationssystem entwickelt werden. Die aktuell laufenden Forschungsvorhaben sind dabei zu berücksichtigen.

§ 21, Besondere Sicherungsmaßnahmen

Abs. (1), nach Punkt 6, Änderung / Ergänzung nach dem nachfolgenden Satz:

Wird eine besondere Sicherungsmaßnahme nach Satz 2 Nr.2 oder Nr. 5 vorgenommen, hat eine engmaschige Überwachung durch therapeutisches oder pflegerisches Personal zu erfolgen. **Im Fall einer Maßnahme nach Nr. 5 (Fixierung) soll dies durch die Anordnung einer permanenten Sitzwache (eine psychiatrische Fachkraft) geschehen. Nachbesprechungen zur Reflektion des Geschehens sollen verpflichtend sein.**

Kommentar: Der Patient befindet sich in einer absolut hilflosen und für ihn entwürdigenden Lage. Er kann weder einen dringenden Wunsch äußern noch auf Gefahren hinweisen. Es gibt Ereignisse, bei denen sofort eingegriffen werden muss: Embolie (Thrombose), Atemdepression (hohe Dosierung von Beruhigungsmitteln), Ersticken durch Einatmen von Erbrochenem u.a.). Ebenso wichtig ist es, dass er in der Situation der Hilflosigkeit nicht alleingelassen wird. Die anwesende Person (eine psychiatrische Fachkraft!) kann angesprochen werden und dieser Wortwechsel kann therapeutisch zu einem Beziehungsaufbau genutzt werden, der nach Aussagen vieler Behandler die weitere Behandlung erleichtern und verkürzen kann. Fixierungszahlen, Todesfälle in psychiatrischen Kliniken und die Zahl der Fälle von unversorgt zu Hause lebenden Betroffenen sollen gesammelt und nach Kliniken bzw. Regionen sortiert veröffentlicht werden. Wir sehen aus unseren Erfahrungen direkte Zusammenhänge zwischen den Fällen des langen Unversorgt seins und Zwangsmaßnahmen.

§ 30, Kosten

Kommentar: Das Verlangen nach Kostenübernahme durch die Betroffenen lehnen wir ab. Diese Forderung widerspricht dem Gleichbehandlungs-Grundsatz.

Die Vorgaben der UN BRK erfordern nach Auffassung der Angehörigen psychisch kranker Menschen auf Bundes- und Landesebene sowie auf kommunaler Ebene die Regelung folgender zusätzlicher Punkte:

Die **Gleichstellung** psychisch kranker Menschen vor dem Gesetz (Dauer des Aufenthalts in der Forensik, Wahlrecht, Geschäftsfähigkeit, Streichung im Zentralregister) und in den Sozialversicherungen (ambulante häusliche Krankenpflege, Reha-Maßnahmen nach schwerer Erkrankung insbesondere für Ersterkrankte, Zugang zu geeigneten psychotherapeutischen (KVT u.a.) und psychosozialen (hometreatment, open dialogue u.a.) Therapien, s. auch dazu die Empfehlungen in der S3-Leitlinie "Psychosoziale Therapien". Keine Benachteiligung psychisch schwer kranker Menschen im Versorgungssystem. Dies gilt auch für das Bundesteilhabegesetz!

Zugang zu Arbeit und Beschäftigung und Schaffung von Ex-In-Arbeitsplätzen, da dies entscheidend zur Stabilisierung und relativen Beschwerdefreiheit (Resilienz) führt. Wir erwarten individuell erforderliche Teilhabeleistungen für alle behinderten Menschen, unabhängig vom Schweregrad der Erkrankung und der Wohnsituation. Gesundheitliche und berufliche Reha-Maßnahmen sind verpflichtend in das Behandlungskonzept einzubeziehen.

Verbindliche Qualitätsstandards für Behandlung und Versorgung: Es darf nicht sein, dass nur leichter Erkrankte Zugang zu wirksamen, den neusten Standards entsprechenden Behandlungs- und Versorgungsformen haben. Dies wird am besten erreicht durch eine Vernetzung und Kooperation aller Anbieter von Therapien und Hilfen in einer Kommune/in einer Region nach dem Modell eines GPVs mit verbindlichen Standards. Dies zu organisieren ist die Aufgabe des SPDi. Krisenpensionen sollten Bestandteil des Hilfeangebots sein. Sie bieten niederschwellig erreichbare Hilfe in einem außerklinischen Schutzraum.

Regelungen zur Vermeidung von Zwang und Gewalt: Über das im Gesetz bereits Verankerte hinaus müssen weitere Maßnahmen zur Vermeidung von Zwang und Gewalt angeordnet werden. In den Kliniken und anderen Einrichtungen muss es zum Schutz aller Anwesenden eine Handreichung geben, die eine Reihenfolge von deeskalierenden Maßnahmen auflistet, die dem Personal und den Patienten bekannt sind. Das Personal muss sie trainieren und anwenden können. Diese Schulungen sollen engmaschig wiederholt werden. Für Patienten und ihre Angehörigen könnte das Bestandteil der Psychoedukation sein. Nachahmenswerte Modelle sind z.B. der „Werdenfelser Weg“ (u.a. das therapeutische Festhalten) und das Kooperationsmodell zwischen der Caritas Darmstadt und der Klinik in Groß-Umstadt (Odw.).

Einbindung der Angehörigen und/oder des sozialen Umfelds der Patienten in die Behandlung: Psychosoziale und psychotherapeutische Verfahren (s. u.a. auch die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien“) sollten wesentlicher Bestandteil der Behandlung sein. Angehörige und andere nahe Bezugspersonen sollten in die Behandlung einbezogen und darin geschult werden, zusammen mit dem Patienten förderliche Beziehungsmuster einzuüben, die für eine entspanntere Atmosphäre in dem familiären Umfeld sorgen (triadische Therapie). Dadurch soll die Therapie mit Neuroleptika auf eine geringstmögliche Dosis beschränkt werden. Das ist für uns besonders bei jungen Menschen und Ersterkrankten wünschenswert. Zusätzlich können Psychoedukation und Angehörigensprechstunden zur Information und Entlastung des sozialen Umfelds dienen. Angehörige nicht in die erweiterte Behandlung einzubinden ist ein Kunstfehler!

Es ist für uns betroffene Familien nicht zu akzeptieren, dass die psychiatrischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser landesweit zu Gunsten der somatischen Abteilungen Überschüsse erwirtschaften müssen. An unseren kranken Angehörigen wird zugunsten der somatisch Kranken gespart.

Wir Angehörige sind zu lange von der professionellen Seite (der Auftragsstellung entgegengesetzt) oft geduldet(!), ungehörte und stille Dienstleister rund um die erkrankte Person. Wir bezahlen die Rechnungen und Miete die Kranken, renovieren die Wohnung und begleiten bei Erledigungen! Die Angehörigen müssen kontinuierlich in den Genesungsprozess einbezogen werden!

S. 5


Auch wenn wir an dieser Stelle Bundesgesetze berühren, wollen wir die Gelegenheit nutzen, um unsere Forderung nach Soteria-orientierten Behandlungsweisen mit niedrigem Neuroleptika-Einsatz und hohem psychosozialen Engagement und einem wirklich vernetzten psychiatrischen System (stationär / ambulant) deutlich auszusprechen. - Das Geld ist da, es scheitert am Willen zur gerechten Verteilung.

Manfred Desch



1. Vorsitzender

Edith Mayer



Stellv. Vorsitzende