

**Aktionsgemeinschaft Handlungsplan –
Netzwerk von Menschen mit psychischen Erkrankungen, Beeinträchtigungen und
Behinderungen in Schleswig-Holstein e.V.**

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 19/4369

Stellungnahme zum Gesetzentwurf des PsychHG

Recovery – der Weg trotz einer schweren psychischen Erkrankung
zu einem lebenswerten Leben zu kommen

Stellungnahme der Aktionsgemeinschaft Handlungsplan –
Netzwerk von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen,
Erkrankungen und Behinderungen in Schleswig-Holstein. (AGH-
SH) zum Entwurf eines Gesetzes zur Hilfe und Unterbringung von
Menschen mit Hilfebedarf infolge psychischer Störungen
(PsychHG)

Die AG-Handlungsplan ist eine sozialpolitische Selbstvertretung
von Menschen mit psychischen Erkrankungen,
Beeinträchtigungen und Behinderungen.

Sehr geehrter Herr Kalinka,

Wir freuen uns über die Möglichkeit zum neuen PsychHG Stellung nehmen zu dürfen und bedanken uns für das Engagement des Sozialministers und des Referates 43 für den fortschrittlichen Gesetzesentwurf.

Das Motto der UN-BRK lautet „Nicht über uns ohne uns!“. In diesem Sinne hoffen wir, dass die Betroffenenperspektive in Form unserer Stellungnahme in den weiteren Beratungen eine angemessene Beachtung findet.

Wir sind der Meinung, dass der neue Entwurf des PsychHG eine Verbesserung der Lage von Menschen mit psychischen Erkrankungen unterstützen kann. Insbesondere möchten wir positiv hervorheben, dass sich Teile des Recoverygedankens bereits in §1 und an anderen Stellen wiederfinden. Dies ist ein Schritt in die richtige Richtung, die Würde der Menschen zu schützen und das Recht auf Selbstbestimmung zu stärken.

Besonders hervorheben möchten wir, dass wir in §1 die Punkte **4, 6 und 7** als deutliche Verbesserung im Sinne einer Orientierung an den Bedürfnissen und Bedarfen der Patient*innen empfinden. Zwang zu vermeiden und ambulante vor stationäre Hilfen zu stellen ist vermutlich im Interesse aller beteiligten Akteure. Sehr begrüßen wir auch die Ausführungen zum Auftrag zur Zusammenarbeit des SPDIs mit anderen Hilfetägern in §2.5. Noch besser wäre auch hier ein Auftrag an den SPDId federführend zu sein und eine verbindliche Verpflichtung der anderen Hilfetäger zur Mitarbeit.

Die in §17.2 geregelte, sinnvolle Freizeitgestaltung und das Recht auf Aufenthalt im Freien sind wichtige Punkte und sollten heutzutage selbstverständlich sein. Ebenso schafft die Möglichkeit zur Beurlaubung in §24 ein wichtiges Instrument, um die Behandlung von Menschen in Unterbringung flexibel an die Bedürfnisse der Betroffenen anzupassen und ermöglicht mehr Selbstbestimmung.

Die Anliegenvertretung in §26.1 ist in ihren Möglichkeiten deutlich verbessert worden. Gut wäre allerdings, wenn aus der ‚Kann-Bestimmung‘ für Patient*innenfürsprecher*innen eine ‚Muss-Bestimmung‘ wird.

Ein sehr wichtiger Fortschritt ist unseres Erachtens nach, die neue Regelung der Anwendung von Zwang in §27 und 28.

Wir sehen viele positive Konkretisierungen in der Begründung zum Gesetz. Es stellt sich für uns allerdings die Frage, in wie weit diese in der Anwendung des Gesetzes tatsächlich zum Tragen kommt.

Einige Punkte halten wir nach wie vor für verbesserungswürdig. Die wichtigsten werden im Folgendem benannt.

1. Partizipation

Die Mitwirkungsmöglichkeiten von Betroffenen wurde im Gesetzesentwurf deutlich gestärkt.

Im englischen Original der UN-BRK ist Partizipation der am meisten vorkommende Begriff.

Allerdings taucht im gesamten Gesetz der Begriff ‚Partizipation‘ nicht einmal auf.

Im Gegensatz zur Mitwirkung geht der Begriff Partizipation weiter und umfasst auch die Mitbestimmung und damit die Möglichkeit für den/die Einzelne selbst zu entscheiden, wann und wie sie/er sich beteiligen möchte. Echte Mitbestimmung bedeutet, dass sichergestellt ist, dass die Betroffenen Einfluss auf die Entscheidungsfindung haben.

Überall wo dies möglich ist sollte es im Gesetz auch ausdrücklich geregelt sein. Sonst besteht die Gefahr, dass sich Mitwirkung an reformunwilligen Stellen auf die Möglichkeit zur Stellungnahme beschränkt.

Gerade bei der Unterbringung oder auch bei einem freiwilligen Aufenthalt in geschlossenen Stationen sind Menschen in Krisen mit einem sehr machtvollen System konfrontiert, was Ohnmacht bei den Betroffenen fördert. Patientenverfügung, Behandlungsvertrag & Krisenpass (§1.4) helfen betroffenen Menschen, sich bewusster mit ihrer Erkrankung und dem Umgang damit auseinanderzusetzen. Außerdem stellen solche partizipativen Instrumente eine wirksame Einbindung in das Behandlungskonzept dar.

Menschen, für die das PsychHG zur Anwendung kommt sind schwer krank und brauchen mehr Unterstützung auf dem Weg der Partizipation. Echte Partizipation kann Krisen entgegenwirken und den Genesungsprozess fördern. Peers könne hier eine Schlüsselrolle einnehmen.

Partizipation als Handlungsleitlinie sollte, da dieser Begriff zentral ist, in §1 erwähnt werden.

§1.6 und §1.7 sind gute Ansätze. Um die volle Wirksamkeit zu entfalten, müssen konkrete Beispiele und die Kostenträger benannt werden.

Die Wichtigkeit der Grundsätze der vorgelagerten Hilfen und „ambulant vor stationär“ kann gar nicht genug unterstrichen werden. Dieser prophylaktische Gedanke ist so fundamental, dass er im Gesetz ausformuliert werden sollte.

In §1 fehlt ein Punkt 8: Kinder psychisch kranker Eltern stellen eine Personengruppe dar, die in unserem Gesundheitssystem oft nicht angemessen beachtet wird: entweder weil man das Thema "nicht auf dem Schirm hat", oder weil es keine adäquaten Unterstützungsmöglichkeiten gibt bzw. die Ressourcen der vorhandenen Strukturen ausgeschöpft sind. Wir plädieren dafür, dieses Thema im PsychHG zu benennen: wenn sich Vater oder Mutter mit einem Unterbringungsbeschluss auf der geschützten Station befindet, hat dies gravierende Auswirkungen auf die familiären Strukturen, sowohl schon im Vorfeld, während der Unterbringung als auch nach der Entlassung. Auch hier sollte der SPDi federführend für die Versorgung zuständig sein.

§ 8 Unterbringungsantrag

Zu (2) Die in Absatz (2) formulierte Anforderung an die Qualifikation der Gutachterin oder des Gutachters unterstützen wir voll und ganz. Mit großer Sorge beobachten wir die momentane Diskussion über eine mögliche Absenkung dieser Mindeststandards. Dem stellen wir uns vehement entgegen: Die Unterbringung stellt einen erheblichen Eingriff in die Persönlichkeitsrechte des Menschen dar, die Feststellung einer solchen Notwendigkeit darf nur von adäquat qualifizierten, ärztlichen Gutachter*innen erfolgen. Wenn es um die Wahrung der Menschenrechte geht, darf der Mangel an Personal kein Argument sein, um einfach die Standards abzusenken; vielmehr sollten die Überlegungen dahin gehen, den Beruf der Gutachter*innen wieder attraktiver zu gestalten, um auf diesem Weg die Lücke zu schließen.

§ 14 Behandlung

Prolog: auch der **§14** wäre eine gute Andockstation für die beiden vernachlässigten Themen: ‚Einbeziehung von qualifizierten Peers‘ und ‚Gewährleistung einer genderspezifischen Versorgung‘.

(1) Prima! Wir empfinden es als positiv, dass der breite Fächer der Behandlungsmöglichkeiten schriftlich benannt wurde. Dieser wäre hier (und nicht in §17) noch um die wichtigen Bereiche ‚Bewegung & Sport‘ und ‚Möglichkeiten zur körperlichen Betätigung‘ zu ergänzen.

Wir möchten aber darauf hinzuweisen, dass der Bereich ‚Behandlung‘ auf geschützten Stationen in einigen Kliniken eher rudimentär abgedeckt wird und der Schwerpunkt nur auf der medikamentösen Therapie liegt. Andere therapeutische Angebote mögen zwar auf dem Behandlungsplan stehen, finden aber real nicht oder nur selten statt.

Zudem ist es wichtig, den Patient*innen ausreichend Zeit zu geben: Zeit, um die persönliche Krankheitseinsicht zu entwickeln; Zeit, um das Vertrauen zum medizinischen System aufzubauen; Zeit, um die Notwendigkeit einer länger dauernden Behandlung (auch nach dem stationären Aufenthalt) zu erkennen. Bedingt durch die Vorgaben der Krankenkassen wird in unseren Augen der Patient/ die Patientin zu oft zu früh zu schnell entlassen, was dann häufig zum baldigen Behandlungsabbruch führt - der sogenannte ‚Drehtüreffekt‘ wird wahrscheinlich.

Auch wenn es den Rahmen eines PsychHG sprengt, möchten wir an dieser Stelle ein weiteres Mal für ein Konzept der interdisziplinären Konferenzen plädieren, die individuell über den Weg der Patientin / des Patienten beraten.

§ 26 Anliegenvertretung

Zu §26.2 Eine mögliche Erweiterung der Besuchskommission durch Beauftragte für Menschen mit Behinderung oder Vertreter*innen der unabhängigen Beschwerdestellen begrüßen wir sehr. Jedoch fehlt die Nennung des Betreuungsvereins, dessen Mitarbeiter*innen als Verfahrenspfleger im Bereich der Unterbringung die Besuchskommission mit Erfahrung und Wissen unterstützen können. (Vertreter der kommunalen Politik, Sozialausschuss)

Zu §26.3 Die Besuchskommission wird auf mindestens vier Personen festgelegt. Der Zugang der in (2) genannten Vertreter*innen (Kommunale Beauftragte, Unabhängige Beschwerdestellen, Betreuungsverein, Sozialausschuss) in die Besuchskommission sollte an dieser Stelle aber vereinfacht werden. Wenn dies schon nicht in einer ‚Muss-Vorschrift‘ möglich ist, dann sollte es doch zumindest in einer ‚Soll-Bestimmung‘ geschehen.

Zu (6) Wir sind der Ansicht, dass die jährlichen Berichte der Besuchskommissionen nicht nur an die Kreise oder kreisfreien Städte, sondern auch an das zuständige Ministerium geschickt werden sollten. Wenn das Land die Bereitschaft hat, die psychiatrische Versorgung aktiv mitgestalten zu wollen, wäre dies ein Weg, um sich ein flächendeckendes Bild über die Anliegenvertretung in Schleswig-Holstein zu machen.

§ 29 Ärztliche Zwangsmaßnahmen

Unter Berücksichtigung der besonderen Situation in Schleswig-Holstein sind die Paragraphen §27 bis §29 so gut ausgearbeitet, dass wir deren Kernbotschaften durch unsere Anmerkungen gar nicht verwässern wollen. Das Wesen dieser drei zentralen Paragraphen des PsychHG deckt sich weitestgehend mit unseren Ansichten.

Dennoch können wir nicht umhin, uns zu einem Punkten zu äußern:

Wir haben die Sorge, dass aus unterschiedlichen Gründen (wie Personalmangel oder zeitliche Vorgaben durch die Krankenkassen), Maßnahmen zu schnell zu hoch angesetzt werden: dies gilt besonders für den Bereich der sedierenden Medikation. Zu häufig finden wir das Bild der "Neuroleptika-Fixierung" vor. Oder Patient*innen werden durch Medikamente "abgeschossen", statt durch vorsichtiges Einschleichen oder durch eine langsame Herangehensweise dem Menschen die positiven Eigenschaften der Medikamente näher zu bringen. Die Erfahrung einer "Holzhammer-Medikation" hat bei vielen Patient*innen eine abschreckende Wirkung und kann zur grundsätzlichen Ablehnung einer medikamentösen Behandlung führen.

1. Einbeziehung von qualifizierten Peers¹ und der Recoverygedanke²

In §1 Abs. 3 und 4 finden Begriffe wie ‚Würde‘ und ‚Selbstbestimmung‘ Erwähnung. In der Begründung zum Gesetz wird die Betonung auf den Schutz der Persönlichkeitsrechte verdeutlicht. Gerade bei der Förderung der Selbstbestimmung wäre eine Konkretisierung im Sinne des Recoverygedankens aus unserer Sicht auch im Gesetzestext direkt notwendig. So kann dem neusten Stand der Forschung und einer evidenzbasierten Behandlung entsprochen werden. Professionell Tätige können für die Belange der Betroffenen sensibilisiert werden und die Rechte der Menschen mit psychischen Erkrankungen und damit ihren Genesungsweg unterstützen.

In der S3-Leitlinie für psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen wird die Implementierung von Recovery empfohlen. Menschen sollten auf ihrem individuellen Genesungsweg unterstützt werden, Individualität und Autonomie gestärkt und Lebensqualität gefördert werden. Zur Unterstützung des Recoveryprozesses wird Peer-Support empfohlen.³

Beides gehört unserer Ansicht nach untrennbar zusammen. Recovery ist ein Konzept, das in der Betroffenenbewegung entstanden ist und am besten von Menschen mit eigenen Recoveryerfahrungen vertreten werden kann. Qualifizierte Peers können ebenso als Menschen, die schon schwere Krisen gemeistert haben, Vorbild sein und Personen die gerade in solchen Krisen stecken ermutigen. Dies wurde auch beim Fachtag „Baustelle Sozialpsychiatrie“ am 4.12.2019 im Landeshaus thematisiert und fand sich in Thesen mehrerer Workshops wieder:

- Es braucht eine Änderung im Denken mit der Leitfrage „Was braucht der Mensch?“
- Unbedingte Ausrichtung des Handelns aller Beteiligten an den individuellen Bedarfen und Bedürfnissen der Menschen.
- Verankerung von EX-IN in die regionale und kommunale Versorgungsstruktur.

Daher wünschen wir uns, dass nicht nur der Recoverybegriff in §1 Erwähnung findet, sondern auch die qualifizierten Peers. Diese sind unseres Erachtens nicht nur in den multiprofessionellen Teams der Sozialpsychiatrischen Dienste, sondern in allen

1 Mit **qualifizierten Peers** sind Menschen mit eigener Krisen- und Psychiatrieerfahrung gemeint, die zum Beispiel durch eine EX-IN Ausbildung gelernt haben, die Betroffenenperspektive konstruktiv ins Hilfesystem einzubringen. Erfahrungen zeigen, dass gerade Menschen in akuten Krankheitsphasen von Peers als Ansprechpersonen zusätzlich profitieren.

2 Eine vielzitierte **Definition** des **Recovery**-Begriffes von William A. Anthony lautet: „Recovery ist ein zutiefst persönlicher, einzigartiger Veränderungsprozess der Haltung, Werte, Gefühle, Ziele, Fertigkeiten und Rollen. Es ist ein Weg, um ein befriedigendes, hoffnungsvolles und konstruktives Leben, trotz der durch die psychische Krankheit verursachten Einschränkungen zu leben. Recovery beinhaltet die Entwicklung eines neuen Sinns und einer neuen Aufgabe im Leben, während man gleichzeitig über die katastrophalen Auswirkungen von psychischer Krankheit hinauswächst.“

3 vgl. DGPPN, 2018, S. 37ff.

Versorgungsbereichen wichtig. Daher sollten Genesungsbegleiter*innen nicht nur in der Begründung des Gesetzes Erwähnung finden, sondern auch im Gesetzestext. Mögliche Andockstellen sind in den Paragrafen §§1, 2 und 14.

2. Geschlechtsspezifische Aspekte

Auch im aktuellen Entwurf sehen wir die Belange besonders von Frauen mit Gewalterfahrung nicht ausreichend berücksichtigt.

Eine Wahlfreiheit in Bezug auf das Geschlecht der Behandler*in – nur wenn möglich (§14.6) ist ein wichtiger Aspekt, reicht aber keinesfalls aus.

Frauen mit Gewalterfahrung haben häufig ein besonderes Schutzbedürfnis und werden insbesondere durch Zwangsmaßnahmen retraumatisiert. Studien gehen davon aus, dass bis zu 70% aller Psychiatricpatientinnen sexualisierte oder physische Gewalterfahrungen in der Kindheit gemacht haben⁴ Es geht also nicht um Einzelfälle!

Ein besserer Schutz von Frauen und frauenspezifische Belange sollten sich im Gesetz niederschlagen. Es braucht eine Wahlfreiheit in Bezug auf das Geschlecht der Behandler*innen und Schutzräume. Ohne Beachtung der geschlechtsspezifischen Belange sind (Re-)Traumatisierungen auch bei Zwangsmaßnahmen vorprogrammiert.

Geschlechtssensible Aspekte sollten in konkreten Interventionen, aber auch bei der Datenerhebung Beachtung finden.

Forderungen des Fachtags „Baustelle Sozialpsychiatrie“ am 4.12.2019 im Landeshaus lauteten daher:

- Frauenspezifische Datenerhebung für eine bedarfsgerechte und flächendeckende Finanzierung in SH.
- Frauenspezifische Angebote und Sichtweisen (auf Augenhöhe) gesamtgesellschaftlich und institutionell verankern (z.B. Wahlfreiheit in Klinik).

Diese sind unseres Erachtens nach im Gesetz zu berücksichtigen.

3. Assistenz für Menschen mit psychischem Handicap

Analog zu Menschen mit körperlichen Einschränkungen hat sich gezeigt, dass der Einsatz einer Assistenz für Menschen mit psychischem Handicap Teilhabe ermöglichen kann.

So kann die Mitgliedschaft in Besuchskommissionen durch eine Assistenz ermöglicht, bzw. vereinfacht werden.

Ein Grundsatz der AG Handlungsplan: „Niemals allein – immer zu zweit“ hat sich für die Handlungsfähigkeit Betroffener als sehr wirkungsvoll und nachhaltig erwiesen.

⁴ vgl. Burgard 2002, S. 25

Wir sehen die Notwendigkeit, den Begriff der Assistenz im Gesetz zu verankern, damit Betroffenen diese bei Bedarf nicht untersagt wird und sie somit einen Anspruch darauf haben.

4. Datenerhebung und Forschung

Neben dem schon weiter oben erwähnten geschlechtsspezifischen Aspekt der Datenerhebung halten wir eine landesweite Auswertung der Daten für zwingend notwendig. Nur so lassen sich Entwicklungen erkennen und ggf. notwendige Änderungen ableiten. Wir sind besorgt darüber, dass die Kliniken das nicht wollen. Transparenz in Bezug auf Häufigkeit und Art der Anwendung von Zwang kann einen präventiven Charakter haben.

Bei dem §38 erhält das PsychHG volle Rückendeckung von uns. "Gewalt scheut Öffentlichkeit" - schon durch das bloße Erfassen von Daten wird die Zahl der Zwangsmaßnahmen abnehmen.

In den letzten Monaten wird von einer Zunahme von gewaltbereiten Patient*innen im geschützten Bereich berichtet. Daher wäre es auch erforderlich, die Anzahl der Gewalt-Übergriffe von Patient*innen auf das Stationspersonal oder auf andere Patient*innen statistisch zu erfassen.

Wir sind der Ansicht, dass die jährlichen Berichte nicht nur an die Kreise oder kreisfreien Städte, sondern auch an das zuständige Ministerium geschickt werden sollten: die zentrale Erfassung und Auswertung der Daten wäre eine fundierte Basis für eine aktive Mitgestaltung an der psychiatrischen Versorgung im Land.

Wichtig ist ebenso das Thema Forschung. Die Vermeidung von Zwang und Gewalt sind dabei zentrale Themen. Die Nutzung der erhobenen Daten zu Forschungszwecken ist unerlässlich.

Literatur:

DGPPN (Hg.): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie
2. Auflage, 2018 Langversion <https://doi.org/10.1007/978-3-662-58284-8> (25.3.2020, 12:00 Uhr)

Burgard, Roswita: Frauenfalle Psychiatrie, Berlin 2002

Bericht des Fachtags: Baustelle Sozialpsychiatrie am 4.12.2020 im Landeshaus