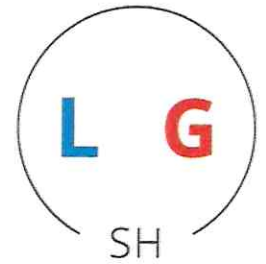


Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 19/4785



www.lagpsych-sh.de

Sehr geehrte Damen und Herren,

hier die Zusammenfassung zur Anhörung des neuen PsychHG der **LAG Schleswig-Holstein**, d.h. dem Zusammenschluss der Ärztlichen LeiterInnen der pflichtversorgenden Psychiatrischen Krankenhäuser in Schleswig-Holstein, also von denen, die in der Praxis die das PsychKG, d.h. die Unterbringung und die Behandlung tagtäglich in ihren Kliniken umsetzen.

Grundsätzlich begrüßen wir als LAG die positive Entwicklung und den neuen Gesetzesentwurf zum PsychHG und sind der Meinung, dass sich in vielen Punkten das neue Gesetz positiver darstellt als das alte PsychKG, so z.B. die ausdrückliche Betonung, auf freie Unterbringungsformen und somit Patientenrechte und Patientenautonomie gestärkt werden und die Vermeidung von Zwang betont wird. Dennoch sehen wir auch einige Punkte der aktuellen Version mit Sorgen, da wir hier sowohl erhebliche Verschlechterung in der psychiatrischen Versorgung für die Betroffenen und Patienten fürchten, zudem wohl auch deutliche Nachteile und Belastungen für die Kliniken entstehen und somit möchten wir unbedingt auf folgende Punkte hinweisen:

Im Einführungstext des Gesetzes wird unter dem Punkt „1.Kosten“ auf dem Mehraufwand bei Gerichten und im Sozialpsychiatrischen Dienst hingewiesen, der erhebliche Mehraufwand in den Kliniken findet hier nicht annähernd ausreichende Würdigung. Ebenso wird unter „2. Verwaltungsaufwand“ die Etablierung eines landesweiten Dokumentations- und Berichtswesens erläutert. Dieses „Aufbrechen der sogenannten Black Box“ ist aus unserer Sicht absolut begrüßenswert und der richtige Schritt, doch muss hier auch die Refinanzierung bzw. der Mehraufwand **in den Kliniken** durch Landesmittel abgedeckt werden. Es besteht hier sonst ein erheblicher Qualitätsverlust in der Patientenversorgung. Als konkretes Beispiel kann ich aus meiner Klinik berichten, dass bei Umsetzung dieses Gesetzesentwurfes wahrscheinlich ein Diplompsychologe – der dann wahrscheinlich bald kündigen wird – statt im Einsatz in der täglichen Patientenversorgung, z.B. Depressionsbewältigungsgruppe nun mit diesen Dokumentations- und Berichtsaufgaben betraut wird.

Nun zu den einzelnen Paragraphen im eigentlichen Gesetzentwurf:

In § 2 (3) Leitung Sozialpsychiatrischer Dienst wird im Entwurf lediglich ein Arzt oder Psychologischer Psychotherapeut gefordert. Dies ist aus unserer Sicht zu wenig und liegt sogar unter den später definierten Anforderungen für den Gutachter des PsychHG und aus unserer Sicht muss hier zwingend

AMEOS Klinika
Heiligenhafen, Preetz,
Kiel, Oldenburg i.H.

AMEOS Klinika
Neustadt, Lübeck, Eutin

DIAKO NF Flensburg

DIAKO Nordfriesland

Diakoniewerk Kropp

**Friedrich-Ebert-
Krankenhaus**
Neumünster

**Heinrich Sengelmann
Kliniken**
Bargfeld – Stegen

Helios Klinik Schleswig

Johanniter Krankenhaus
Geesthacht

Klinikum Elmshorn

Klinikum Itzehoe

Inland Klinik
Rendsburg

Psychiatrisches Zentrum
Rickling

Westküstenklinikum
Heide

**Zentrum für Integrative
Psychiatrie**
Campus Kiel

**Zentrum für Integrative
Psychiatrie**
Campus Lübeck

ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie die Leitung des Sozialpsychiatrischen Dienst übernehmen, denn auch nur mit dieser Ausbildung kann die Fachaufsicht über Kliniken ausgefüllt werden.

Unter § 7 (4) Voraussetzung der Unterbringung wird auf ein erhebliches Problem hingewiesen: Es soll möglichst wenig Doppel- bzw. Mehrfachunterbringungen geben, die für Betroffenen extrem belastend sind und ungemein Personal-Ressourcen auf allen Ebenen beanspruchen. Unserer Auffassung nach wird das durch diesen Passus nicht erreicht, sondern hier besteht weiterhin die erhebliche Gefahr, dass viele Betroffene eine sogenannte Mehrfachunterbringung, d.h. PsychHG und BGB für Eigen- und Fremdgefahr erleiden werden. Hier muss sowohl zum Wohle der Patienten wie auch zur Ressourcensteuerung nachgebessert werden.

§ 8 Unterbringungsantrag: Hier muss positiv erwähnt werden, dass die Qualifikation des Gutachters wie oben erwähnt geschützt wird! Allerdings ist die Betonung im Passus, dass die Begutachtung **vor Ort und vor** der Verbringung in die Klinik zu erfolgen hat, verloren gegangen. Hier befürchten wir von der LAG die Aufhebung des sogenannten „6-Augen-Prinzips“ und es steht Tür und Tor offen, dass diese sensible gutachterliche Tätigkeit direkt in die Klinik verlegt wird. Dies kann nicht gewollt sein. Ebenso muss die „**Zuständigkeit für den Transport**“ der Betroffenen wieder, wie in der Vorversion, klar formuliert dem SPDi zugeschrieben werden.

§ 11 Vorläufige Unterbringung: Hier fehlt es im Gesetzestext lediglich an der Wahrheit, denn diese Form deckt nach unserer Auffassung mehr als 99% der Unterbringung ab und kann und soll nicht so dargestellt werden, dass es sich hier nur um eine Ausnahmeregelung handelt.

§ 12.4 Rechtsstellung: Unserer Auffassung nach ist der Passus „*Kinder und Jugendliche **sollen**, je nach Schwere ihrer psychischen Störung, in Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie untergebracht und behandelt werden müssen*“ zu offen und unklar formuliert. Gerade diese besonders schutzbedürftige Patientengruppe bedarf hoher Fürsorge. Daher muss dieser Passus **konkreter** formuliert werden.

§ 13 Vollzug der Unterbringung (2): Wiederum positiv zu erwähnen ist die rechtliche Klarstellung, dass untergebrachte Betroffene auch primär in der Somatik behandelt werden können, dürfen und sogar müssen, wobei die Darstellung nicht ganz den realen Entscheidungsabläufen in der klinischen Notfallsituation angepasst wurde.

Extrem kritisch ist der (Punkt 3) zu sehen, denn so ist es haftungs- von arbeitsrechtlich wohl kaum möglich, dass die Aufsichtsbehörde gegenüber dem Personal eines beliebigen Krankenhauses **Einzelweisung** in Bezug auf die Durchführung des Vollzuges und der Unterbringung erteilen kann. **Dieser Absatz ist daher zu streichen.**

§ 14 Behandlung: Dieser Passus ist - wie mehrere Passagen im PsychHG - deutlich zu **arzt-zentriert** geschrieben und müsste insbesondere hier nochmal überarbeitet werden. Eine fachgerechte Dokumentation, also auch vom beliebigen Pflegepersonal, ist in vielen Fällen völlig ausreichend und die Überbetonung des ärztlichen Handelns und Dokumentierens ist hier nicht richtig und hilfreich.

§ 17 Aufenthalt im Freien: Ist ein sicherlich wünschenswerter Passus, allerdings in die vorzuhaltenden Personalressourcen, insbesondere in der Pflege, in der aktuellen Personalbemessung nicht abgedeckt und natürlich müssen noch andere Gründe als die Sicherheit im Krankenhaus, z.B.

Fluchtgefahr oder Drogenhandel, Möglichkeit bieten, um den Aufenthalt im Freien einzuschränken.

§ 26 Anliegenvertretung: Hier ist die feste Verankerung einer Besuchskommission positiv zu erwähnen. Aus unserer Sicht sollte zwingend in der Besuchskommission noch ein Vertreter der Mitarbeitenden, z.B. aus der MAV, teilnehmen, um auch die Belastungen, Risiken und Sorgen des Personals, vor allem aus der Pflege- z.B. die Übergriffe auf Personal, Krankenstände, Bedrohungen, usw. in den fachaufsichtlichen und politischen Gremien adäquat einzubringen, zu berücksichtigen und auch gemeinsam mit der Exekutive adäquate Lösungen zu finden.

§ 28 Besondere Sicherungsmaßnahmen: Hier muss zwingend noch als Grund für besondere Sicherungsmaßnahmen „Gewalt gegen Sachen oder Rechtsgüter anderer eingefügt werden“, ansonsten wäre dieses zwar ein Unterbringungsgrund, aber kein Sicherungsmaßnahmengrund und insofern inkonsequent. Der rechtliche Passus ist aus unserer Sicht gut formuliert, ist im realen Klinikablauf aber extrem verwaltungsaufwendig und teilweise erheblich überbürokratisiert.

Ein weiteres großes Problem stellt aus unserer Sicht die Fixierung auf somatischen Stationen, insbesondere bei somatischer Genese des Krankheitsbildes dar. Hier kommt es aus unserer Sicht zu einer „**Überpsychiatisierung**“ der Bevölkerung. Ein Beispiel: Wenn einem jungen Mann ein Dachziegel auf den Kopf fällt und er mit einer schweren Kopfwunde auf der Intensivstation liegt und fixiert werden muss, damit er sich nicht Verkabelung und Schläuche, die zwingend lebenserhaltend sind entfernt, wird von vielen Richtern und Amtsgerichten explizit ein **Psychiatrisches Gutachten** zur Umsetzung dieser Fixierungsmaßnahme gefordert. Unserer Meinung nach handelt es sich hier nicht um ein psychiatrisches Krankheitsbild im eigentlichen Sinne und hier müssten andere Lösungswege zur Fixierung in der Somatik gefunden werden, als diese über das PsychHG zu lösen.

Als letzter Punkt:

§ 38 Dokumentations- und Berichtspflicht: Wie gesagt, eigentlich ein extrem unterstützungswerter Passus, allerdings müssen hier die Kosten für die Dokumentation, d.h. Beschäftigung eines Dokumentars in der Klinik ebenfalls von Landesmitteln übernommen werden oder diese Dokumentation muss vom Sozialpsychiatrischen Dienst ausgewertet werden. Mit dem Personal, das aktuell in den Kliniken zur Verfügung steht, wäre dieses - wie dargestellt - nur mit **erheblicher Qualitätsminderung der Patientenversorgung** zu leisten.

Abschließend möchten wir noch folgende konkrete Wünsche und Hinweise formulieren:

1. Wir im Krankenhaus, insbesondere in der Ärzteschaft aber auch in der Pflege, wünschen uns eine erhebliche **Endbürokratisierung und Ressourcenschonung**. Dies passiert genau durch diesen Gesetzentwurf nicht. Sowohl die Pflege wie auch die Ärzte werden sich mehr mit der Bewältigung von Faxen, Anfragen und Dokumentationen als mit den Patienten beschäftigen können. Das Gesetz sollte nochmals dringlich auf Entbürokratisierungsmöglichkeiten -gern unter Mitarbeit von Klinikmitarbeitern- geprüft werden.

2. Dringlich fordern wir die überfällige **qualitative und quantitative Stärkung des Sozialpsychiatrischen Dienstes**, damit dieses Gesetzes auch annähernd umgesetzt werden kann.

Aber auch für die Fachaufsicht muss es adäquate Aufgabenkontrolle geben. *Hier besteht durchaus die Gefahr, dass die Kommunen bei der Bewilligung von Hilfen aus Kostengründen sehr zurückhaltend sind und somit Unterbringungen nach PsychHG, wo ja in der Regel die Krankenkassen die Kostenträger sind, „sagen wir mal wenig kritisch“ finden. Hier sehen wir fast mehr Kontrollbedarf als zum Teil in einigen Kliniken.*

3. Ebenso zur Ressourcenschonung, aber insbesondere auch um die extreme Belastung für die Betroffenen untergebrachten Menschen zu vermindern, wünschen wir uns eine **Reduktion der Mehrfachunterbringung und Mehrfachbeschlüssen**. Es kommt inzwischen nicht selten vor, dass bei einem Patienten in einem kurzen Zeitraum 7 bis 10 Anhörungen und Beschlüsse ausgefertigt werden, wenn man BGB, PsychKG, Verlängerungen, Fixierungen und alle weiteren rechtlichen Maßnahmen zusammenzählt. Hier muss es einen einfacheren Weg geben, um die erheblichen Belastung für das System und die Patienten zu reduzieren.

Eine mögliche Lösung könnte eine **24/7 richterliche Präsenz (ggfs. sogar in den Kliniken)** sein, damit viele Entscheidungen direkt vor Ort vom Amtsgericht gefällt und direkt schriftlich hinterlegt werden. 4. Ebenso wäre es wünschenswert, dass sowohl bei den einzelnen Richtern untereinander wie auch in den verschiedenen Amtsgerichtsbezirken einer **Vereinheitlichung der Rechtsauffassungen** erwirkt wird. Wobei wir uns natürlich der Schwierigkeiten bewusst sind und die richterliche Unabhängigkeit natürlich zwingend zu unterstützen ist.

5. Ein weiteres – möglicherweise für viele o. g. Punkte mit-ursächliches - **Grundproblem** darf hier nicht unerwähnt bleiben: Der eklatante Mangel an **Nachsorgeplätzen**, v. a. in vollstationären und geschützten Einrichtungen, die aber auch dann Aufnahmepflicht haben sollten, so ist oftmals die voranzustellende „Hilfe“ gar nicht möglich.

Abschließend regen wir eine Intensivierung der **Förderung** baulicher Maßnahmen in den psychiatrischen Kliniken an und fordern Übernahme des zu benötigten Dokumentationspersonals durch **Landesmittel**.

Dr. Frank Helmig

Sprecher der LAG SH