

Stellungnahmen der Anzuhörenden
zur Sitzung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses
am 12.01.2017

zu dem

**Gesetzentwurf
der Landesregierung für ein Gesetz zur Regelung des
Rechts der Hilfen und Unterbringung bei psychischen
Krankheiten
– Drucks. [19/3744](#) –**

33.	EX-IN-Hessen	S. 1
34.	Aktion Psychisch Kranke Vereinigung zur Reform der Versorgung psychisch Kranker e. V.	S. 4
35.	AG der ärztlichen Leitung der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, Prof. Dr. Martin D. Ohlmeier	S. 13
36.	Landesverband Hessen der Angehörigen psychisch Kranker e. V.	S. 25
37.	Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Marburg, Prof. Dr. Katja Becker	S. 28

Andreas Jung

EX-IN-Hessen e.V.

Erlenring 20

35037 Marburg

06421/6909944

jung-marburg@web.de

Die Informationen sind entnommen aus:

Psychosozialen Umschau, Januar 2017

Verband Ariadne Für die seelische Gesundheit aller, Bozen Südtirol

Stellungnahme zum Gesetzesentwurf der Landesregierung am 12.01. im Landtag (Öffentliche Anhörung) PsychKHG von EX-IN-Hessen e.V.

Meine Damen und Herren,

dass ich als Psychiatererfahrener des EX-IN Hessen Vereins, der psychisch gehandicapte Menschen zu Genesungsbegleitern ausbildet, hier vor ihnen sprechen darf, ist schon ein Fortschritt. Die Einladung und Anhörung, auch von wenigen Betroffenen, sollte uns nicht darüber hinwegtäuschen, dass der vorliegende Gesetzesentwurf nur ein erster Schritt in die richtige Richtung ist und noch nicht der ganze Weg. Gut wäre es gewesen, wenn der Beruf des Genesungsbegleiters und Peer, der in einigen Städten Deutschlands bereits in die psychiatrische Versorgung Einzug gehalten hat, in der Gesetzesvorlage erwähnt und dadurch mögliche Dienste berücksichtigt worden wären, z.B bei der Aufgabenerweiterung der SPDIs (Gesundheitsämter), die wir als Präventionsmaßnahme ausdrücklich begrüßen.

Auf Grund der im Gesetzesentwurf vorgeschriebenen größeren Transparenz der Psychiatrischen Kliniken durch Besuchskommissionen, der Veröffentlichungspflicht der Anzahl durchgeführter Zwangsbehandlungen von Patienten, als auch der Möglichkeit für Patienten und Klienten in allen Bereichen der Psychiatrie an eigens eingerichteten Stellen der Landkreise Beschwerde zu führen, bitte ich Sie der Gesetzesvorlage zuzustimmen. Demokratische Öffentlichkeit durch Teilhabe von Betroffenen und kritische Publizität ist, wie das Beispiel eines im Januarheft der PsychoSozialen Umschau abgedruckten Texts: „Zwangsmassnahmen bei Psychose und die Bedeutung des Erlebten, Bericht einer Psychiatererfahrenen, die mit Hilfe ihrer Krankenakte ihre Erinnerungen ergänzt“, ein lehrreicher Ratgeber.

Es schreibt dort eine Betroffene Ärztin, anonym über ihre Zwangsbehandlung in einer Psychiatrie irgendwo in Hessen.

„Es ist wie ein plötzliches Erwachen, jedoch nicht aus einem Albtraum, sondern in einen Albtraum hinein. Ich liege auf einem Bett die Hände bereits zur Seite festgeschnürt. Hände versuchen meine Beine ruhig zu stellen. Gefühlt sind es vier Hände an jedem Bein. Ich rufe laut aus: „Das ist hier wie eine Vergewaltigung.“ Je mehr Gegendruck ich gebe, desto mehr Gegendruck erhalte ich.“

Leiden hat so viel Recht auf Ausdruck wie der Gemartete zu brüllen, so heißt es in einem bekannten Zitat von Theodor W. Adorno.

Ich erspare es Ihnen hier aber, den berührenden Bericht dieser Frau, die das erste Mal in einer Psychiatrischen Klinik war und dort während einer Psychose fixiert und Zwangsmedikamentiert wurde, in Gänze vorzulesen und nenne stattdessen ein anderes Beispiel. Die Proteste nach dem Tod des Italieners Giuseppe Casu, der vor wenigen Monaten in einer Klinik auf Sardinien an den Folgen der Fixierung –er lag darin 7 Tage- an einer Lungenembolie starb, zeigen, dass trotz der rechtlich geregelten Ausnahmesituation, die Anwendung des Gesetzes in der Bevölkerung umstritten ist. Wir sollten daher zumindest eine erhebliche Reduzierung von Zwangsbehandlungen anstreben, damit wir nicht die Glaubwürdigkeit bei den Patienten verlieren und uns nicht des Verdachts unnötiger Gewaltanwendung aussetzen. Damit steht und fällt der Gesetzesentwurf. Das Gesetz fordert die Anwendung „milderer Mittel“. Dazu gehören unserer Auffassung nach besonders, Reiz arme Soteria Stationen, weiche Zimmer in der sich Patienten zurückziehen können, sowie Peer Angebote in den Kliniken durch ausgebildete Betroffene, um Patienten auch in Krisensituationen beraten und begleiten zu können.

Ich fordere sie daher auch auf, sich für eine bessere Ausstattung der Kliniken und Einrichtungen einzusetzen. Sonst wird es möglicherweise auch hier in Hessen wie in der Italienischen Kampagne bald heißen müssen:

„E tu slegalo subito.“ (Bindet ihn sofort los. Von der Ruhigstellung in der Psychiatrie).

AKTION PSYCHISCH KRANKE · Oppelner Straße 130 · 53119 Bonn

An den Hessischen Landtag
 z. Hd. Frau Ravensburg,
 Vorsitzende des Sozial- und
 Integrationspolitischen Ausschusses
 Schlossplatz 1 – 3
65183 Wiesbaden

Oppelner Straße 130
 53119 Bonn
 Telefon 0228 676740
 Telefax 0228 676742
 E-Mail: apk-bonn@netcologne.de
 Internet: www.apk-ev.de

Berliner-Büro:
 Alt-Reinickendorf 45
 13407 Berlin

Bonn, 12. Januar 2016

**Betr.: Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Gesetz zur Regelung des
 Rechts der Hilfen und Unterbringung bei psychischen Krankheiten (Drucks.
 19/3744, Anhörung am 12.01.2017)**

**Sehr geehrte Frau Ravensburg,
 sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,**

in dieser Stellungnahme begrüßt die Aktion Psychisch Kranke e.V. die Absicht, mit dem Gesetzentwurf das veraltete HFEG den neuen Anforderungen anzupassen. Die Präambel des Gesetzentwurfs und die §§ 1 - 3 sind vorbildlich, bis auf die Formulierung, wonach „eine Zusammenarbeit und Vernetzung ambulanter und stationärer Angebote ... *wünschenswert*“ (Hervorhebung der APK) sei; hier würden wir eine stärkere Formulierung vorziehen, die den von dem Gesetz betroffenen Institutionen diese enge Zusammenarbeit und Vernetzung verbindlich auferlegt.

(In welcher Form das geschehen könnte siehe unten unsere Ausführungen zu Gemeindepsychiatrischen Verbänden).

Auch der § 4 ist vorbildlich, soweit die Wohnortnähe vorgegeben wird. Aber die Zielsetzung der *rechtzeitigen* ambulanten Hilfen in schweren Krisen fehlt. Das Recht auf *wohnnah und rechtzeitige ambulante* Hilfe bei psychiatrischen Krisen ergibt sich aus der auch in Deutschland gültigen UN-BRK und entspricht dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ in der Präambel. Dieses Anrecht sollte als Ziel in die Präambel aufgenommen werden.

Vorstand:

Peter Weiß, MdB, Vorsitzender, Berlin
 Prof. Dr. Andreas Heinz, stellv. Vorsitzender, Berlin
 Regina Schmidt-Zadel, stellv. Vorsitzende, Köln-Rodenkirchen
 Prof. Dr. Reinhard Peukert, Schatzmeister, Wiesbaden
 Prof. Dr. Caspar Kulenkampff, Ehrenvorsitzender, Köln †

Prof. Dr. Jörg Michael Fegert, Ulm
 Dr. Dieter Grupp, Bad Schussenried
 Maria Klein-Schmeink, MdB, Berlin
 Helga Kühn-Mengel, MdB, Berlin
 Prof. Dr. Heinrich Kunze, Kassel

Margret Osterfeld, Dortmund
 Matthias Rosemann, Berlin
 Prof. Dr. Ingmar Steinhart, Dortmund/Greifswald
 Birgit Wöllert, MdB, Berlin
 Dr. Dyrk Zedlick, Glauchau

Auf die vorgesehene konkrete Ausgestaltung der Regelungen zum Schutz der Personenrechte bei Zwangsmaßnahmen wollen wir nicht näher eingehen, weil dazu der Sachverstand von Experten unterschiedlicher Fachrichtungen (Medizin, Pflege und Justiz) sowie der Experten in eigener Sache (Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige) in deren Stellungnahmen vorliegt.

Nur zu dem „§ 30 Kosten“ wollen wir anmerken: Dass der Patient selbst die Kosten tragen soll ist eine veraltete Praxis. Diese Regelung ist geeignet, die Ablehnung der psychiatrischen Krankenhausbehandlung zu verstärken. Das ist kontraproduktiv bei Personen, die rechtzeitige Hilfe nicht finden konnten, oder krankheitsbedingt dazu nicht in der Lage sind waren.

Aber auf das zentrale Problem, die Lücke in der ambulanten Versorgung, wollen wir näher eingehen.

Mit einem erreichbaren psychiatrischen Krisendienst außerhalb der üblichen Regelarbeitszeiten können stationäre Notaufnahmen zum Teil vermieden oder humaner durchgeführt werden. Weil die ambulanten Hilfen unzureichend ausgestaltet sind, erreichen Personen mit schweren psychischen Erkrankungen mit dringendem Hilfebedarf am Abend, bei Nacht, an Wochenenden und Feiertagen keine psychiatrische oder psychotherapeutische Praxis und keinen Sozialpsychiatrischen Dienst. Gegebenenfalls muss die Polizei eingreifen und sorgt dafür, dass die Person in die nächste psychiatrische Klinik kommt. Die Polizei ist also auch als Ersatz für den Sozialpsychiatrischen Dienst (sowie die ambulanten Praxen) zuständig, wenn diese nicht im Dienst sind, und die wohnortnahe psychiatrische Klinik ersetzt die Lücken ambulanter Versorgung. Die maximale Zuspitzung von psychiatrischen Krisen kann oft verhindert werden, wenn fachlich qualifizierte Hilfe früher erreichbar ist und ggf. aufsuchend aktiv wird. Wenn die Polizei als erste Instanz zur Stelle ist, dann kann ein Krisendienst die Polizei begleiten, zum Wohle des Patienten und zur Unterstützung der Polizei bei ihrer schwierigen Aufgabe.

Da die Lücke leicht erreichbarer psychiatrischer Krisendienste im Zusammenhang mit den vom Gesetzesvorhaben den Sozialpsychiatrischen Diensten zugewiesenen Aufgaben steht beziehen wir uns im Weiteren auf die §§ 5 - 6.

Zunächst begrüßen wir die mit der Stärkung der Sozialpsychiatrischen Dienste verbundene kommunale Ausrichtung des Gesetzentwurfs: Art und Umfang der hilfebringenden Dienste und Einrichtungen, deren Kooperationen und deren Qualität sowie die Koordination und Qualität der Hilfen selbst sind vorrangig auf der kommunalen Ebene zu planen und zu bewerten. Diese Funktionen bei den Sozialpsychiatrischen Diensten anzusiedeln begrüßen wir ausdrücklich - allerdings haben wir Sorge, dass die dafür unabdingbare Aufstockung des Personals nicht im erforderlichen Umfang erfolgen könnte, *soweit verbindliche Vorgaben ausbleiben.*

Gemäß § 6 sollen die Sozialpsychiatrischen Dienste die „Koordinierung der Hilfsangebote vor Ort“ übernehmen, sie „sollen die Hilfsangebote in ihrem örtlichen Zuständigkeitsbereich planen und koordinieren“; dies halten wir selbst dann nicht für ausreichend, wenn sie dafür „eine Psychiatriekoordinatorin oder einen Psychiatriekoordinator bestellen.“ (Alles § 6)

Diese grundsätzlich zu begrüßende Beauftragung bedarf - nicht nur - aus unserer Sicht einer Ergänzung, die in den allseits bekannten und wiederholt in auch international angelegten Forschungsprojekten bestätigten Besonderheiten unseres (Gemeinde)Psychiatrischen Hilfesystems sowie der diesem zugrunde liegenden sozialrechtlichen Regelungen basiert.

So nehmen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der stationären, teilstationären und ambulanten (Gemeinde-)Psychiatrie ihre Behandlungs- bzw. Betreuungsaufgaben fachlich kompetent und engagiert wahr - aber sie stoßen nach wie vor in ihrem Bemühen an massive Grenzen, wenn sie für die Patienten bzw. Klienten *auf die Person zugeschnittene, passgenaue und zeitgerecht verfügbare Hilfen* zu gestalten suchen, so wie dies mit dem Gesetzesvorhaben angestrebt wird.

Dies sind allgemein bekannte Grenzen, die aus der Struktur der Versorgung sowie den daraus resultierenden Formen der Zusammenarbeit der vielen Institutionen, Dienste und Einrichtungen herrühren, die für die Gestaltung personenzentrierter, passgenauer Hilfen kooperieren müssen, um die jeweils erforderliche, auf die Person zugeschnittene Komplexleistung vorhalten zu können.

Ohne auf die vielen behindernden Strukturmerkmale (sozialrechtlicher, administrativer Art und in den jeweiligen - häufig berechtigten - Interessen der Beteiligten begründet) einzugehen gibt es zwei probate Wege, die praktischen Auswirkungen zu minimieren.

1. Alle Beteiligten verständigen und verpflichten sich gemeinsam darauf, die Versorgungsverpflichtung auch auf alle anderen Sektoren und Bereiche der gemeindepsychiatrischen Hilfen auszudehnen - so wie sie im stationär-klinischen Bereich gilt.

Dies würde z.B. zwingend das *gemeinsame Betreiben von Krisenhilfen oder die Bildung eines psychiatrischen Krisendienstes* für 7 Tage in der Woche und für 24 Stunden täglich nach sich ziehen, was weiter oben als *die zentrale Lücke* der ambulanten Versorgung herausgestellt wurde.

Den Vorschlag, die Dienstzeiten der Sozialpsychiatrischen Dienste auf 24 Stunden an 7 Tagen in der Woche auszudehnen, um diese Aufgabe zu übernehmen, halten wir für eine weitere Überbeanspruchung der Dienste; an vielen Orten Deutschlands haben sich demgegenüber kooperative Lösungen der regionalen Anbieter gut bewährt.

2. Alle Beteiligten nehmen das im Gesetz angesprochene Kooperationsgebot, das vom Sozialpsychiatrischen Dienst nicht nur angeregt, sondern auch organisiert werden soll, in folgender Weise wahr: sie verständigen sich auf verbindliche Kooperationsformen auf der Basis gemeinsam vereinbarter Qualitätskriterien, die auf die langfristige, den einzelnen Behandlungs- bzw. Betreuungsort übergreifenden Hilfeziele orientiert sind.

Anders ausgedrückt:

Es geht um verbindliche Regeln für einen komplexen Hilfeprozess, bei dem die Qualität der eigenen Leistung im Hilfemix sich nicht mehr nur daran erweist, wie gut der eigene Hilfeanteil dem Patienten bzw. Klienten nutzt oder genutzt hat, sondern daran, welchen Beitrag der eigene Leistungsanteil im langfristigen Verlauf des Mental-Health-Prozesses spielt.

Dieses Anliegen könnte im § 6 als Absatz (2) neu formuliert werden:

"Die Sozialpsychiatrischen Dienste nehmen ihre Koordinationsaufgabe wahr, indem sie mit allen Leistungsanbietern einen Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) mit einer verbindlichen Geschäftsordnung unter Leitung des SPDIs bilden. Zu den unabdingbaren Verpflichtungen des GPV gehört die ambulante Versorgungsverpflichtung, wonach von den Leistungsanbietern und Leistungsträgern alle erforderlichen Anstrengungen unternommen werden müssen, jedem Erkrankten in seiner Heimatregion ein ihm entsprechendes Angebot bereitzustellen. Die Geschäftsordnung umfasst zudem weitere Qualitätsmerkmale, zu denen sich die GPV-Mitglieder verpflichten; als Anregung für Qualitätsmerkmale, deren Praktikabilität und Wirksamkeit bereits erwiesen sind, werden die Qualitätskriterien der BAG-GPV herangezogen" (die Qualitätskriterien sind beigelegt, siehe Anlage).

Die Wirksamkeit *dieser verbindlichen und inhaltlich definierten Kooperation als GPV im Sinne der BAG-GPV* wurde in wissenschaftlichen Studien nachgewiesen; darum hat diese Version der GPVs auch Eingang in die bereits bestehende S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ gefunden und wird in der zur Zeit stattfindenden Aktualisierung sicher noch stärker gewichtet werden.

Die so strukturierte Kooperation, incl. der integralen Krisenhilfen, wirkt auch bei der Vermeidung von Zwangsmaßnahmen. Nicht zuletzt aus diesem Grunde wurde der BAG-GPV ein Teil der bundesweiten Forschung zu Reduktion von Zwangsmaßnahmen übertragen.

Einschätzung der Realisierungschancen

Die Bildung von Gemeindepsychiatrischen Verbänden gemäß der Kriterien der BAG-GPV wurden und werden in Hessen in vielen Versorgungsregionen diskutiert, einige haben sich entschlossen, ihre Region bzw. ihre Institutionen entsprechend zu strukturieren. Viele Regionen nahmen dennoch nach wie vor davon Abstand, da nicht alle Mitspieler in der Region überzeugt werden konnten.

Wir gehen nicht davon aus, dass unser obiger Vorschlag für einen neuen Absatz (2) im § 6 in der verbleibenden Zeit in den Gesetzestext aufgenommen werden kann; daher schlagen wir eine hoffentlich konsensfähige „Light-Version“ vor, die - so unsere Hoffnung - zu weiteren GPVs im Sinne der BAG-GPV führen wird, und dass bei der Überprüfung des Gesetzes in fünf Jahren die gemachten Erfahrungen die obige weitreichende Formulierung nahe legt.

§6 (2) neu:

„Die Sozialpsychiatrischen Dienste wirken auf die Bildung Gemeindepsychiatrischer Verbände sowie auf die Mitgliedschaft der Verbände in der BAG-Gemeindepsychiatrische Verbände hin.“

Auch für die verbindliche Etablierung von Krisenhilfen bzw. Krisendiensten an 7 Tagen die Woche über täglich 24 Stunden gibt es Hürden; die Schwierigkeiten, in Hessen die Schließung dieser Lücke zu finanzieren, sind seit langem bekannt. Kommunen - örtliche und überörtliche Ebene, Städte- und Landkreisverbände, Kämmerer unter dem Schuldenschirm - Verbände der Wohlfahrtspflege, vorrangige Leistungsträger und Leistungserbringer im Gesundheitswesen erklären sich bisher nicht als zuständig. Wir sehen hier das Land Hessen in der Pflicht, aus seiner übergreifenden **politischen** Verantwortung für die Gestaltung des Gesundheitssystems in Hessen **moderierend** die Leistungsträger und die Leistungserbringer zur gemeinsamen Problemlösung zusammen zu führen, und dann ggf. eine Lösung durch einen finanziellen Landesanteil zu ergänzen.

Eine solche Problemlösung ist allerdings mit dem Rest-Zeitplan dieses wichtigen und überfälligen Gesetzesvorhabens nicht vereinbar. Deshalb sollte diese gesundheitspolitische Zielsetzung im Zusammenhang mit diesem Reformgesetz politisch aufgestellt, aber die Realisierung davon entkoppelt werden.

Abschließend bitten wir dringend darum, den § 7 „Ehrenamtliche Hilfe und Selbsthilfe“ in der Weise zu ändern, **dass die Hilfen** nicht nur unterstützt werden „können“, sondern **unterstützt werden sollen**. Die Leistungen der Selbsthilfe sowie der Selbstorganisation von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen sind aus der Hilfepraxis sowie der Strukturierung der psychiatrischen Versorgung nicht mehr wegzudenken und dies muss unterstützt werden.

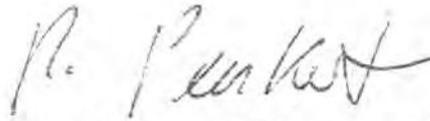
Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Dr. Andreas Heinz, Berlin
Stellv. Vorsitzender der APK



Prof. Dr. Heinrich Kunze, Kassel
Im Vorstand der APK



Prof. Dr. Reinhard Peukert, Wiesbaden
Im Vorstand der APK

Vorstand:

Peter Weiß, MdB, Vorsitzender, Berlin
Prof. Dr. Andreas Heinz, stellv. Vorsitzender, Berlin
Regina Schmidt-Zadel, stellv. Vorsitzende, Köln-Rodenkirchen
Prof. Dr. Reinhard Peukert, Schatzmeister, Wiesbaden
Prof. Dr. Caspar Kulenkampff, Ehrenvorsitzender, Köln †

Prof. Dr. Jörg Michael Fegert, Ulm
Dr. Dieter Grupp, Bad Schussenried
Maria Klein-Schmeink, MdB, Berlin
Helga Kühn-Mengel, MdB, Berlin
Prof. Dr. Heinrich Kunze, Kassel

Margret Osterfeld, Dortmund
Matthias Rosemann, Berlin
Prof. Dr. Ingmar Steinhart, Dortmund/Greif
Birgit Wöllert, MdB, Berlin
Dr. Dyrk Zedlick, Glauchau



Qualitätsstandards für Gemeindepsychiatrische Verbände in der BAG GPV

(siehe §2 Abs. 3 der Satzung)

Die Gemeindepsychiatrischen Verbände (GPV) konstituieren sich mit der Zielsetzung der Einhaltung von definierten Standards für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Rahmen einer regionalen Pflichtversorgung sowie der kontinuierlichen Verbesserung der Qualität.

Sie verfolgen dabei diese Ziele:

1. Innerhalb einer definierten Region übernimmt der GPV die Verpflichtung zur Organisation umfassender psychiatrischer Hilfen.
2. Die Zielgruppe des GPV sind Menschen mit schweren akuten und langdauernden psychischen Erkrankungen und komplexem Hilfebedarf¹, die ihre erforderlichen Leistungen nicht selbst koordinieren können.
3. Der GPV sichert für diese Zielgruppe die bedarfsgerechte Behandlung und Hilfe in den folgenden Leistungsbereichen
 - sozialpsychiatrische Hilfe zur Selbstversorgung/ Wohnen
 - sozialpsychiatrische Hilfe zur Tagesgestaltung und Kontaktfindung
 - sozialpsychiatrische Hilfe im Bereich Arbeit, Ausbildung und Beschäftigung
 - sozialpsychiatrische Grundversorgung
 - spezielle Therapieverfahren
 - sozialpsychiatrische Leistungen zur Behandlungs- und Rehabilitationsplanung im Sinne einer regionalen Versorgungsverpflichtung.
4. Die Mitglieder des GPV verpflichten sich zur einzelfallbezogenen Kooperation (jeweils Mitwirkung oder Berücksichtigung der Hilfeplanung anderer) bei psychisch kranken Menschen mit komplexem Hilfebedarf mit folgenden Grundsätzen:
 - Es gibt eine gemeinsame umfassende und individuelle Hilfeplanung (z.B. IBRP) aller notwendigen Leistungen im Einzelfall.
 - Die Hilfeplanung ist zielorientiert und lebensfeldbezogen.
 - Die Hilfeplanung erfolgt gemeinsam mit dem Klienten, der Klientin und bezieht die Bezugspersonen mit ein.

¹ Komplexer Hilfebedarf = Bedarf an multiprofessionellen Hilfen, Leistungen erfolgt unter Einbeziehung mehrerer Einrichtungen und Dienste, u.a. im Bereich Hilfen zur Teilhabe

Qualitätsstandards für Gemeindepsychiatrische Verbände in der BAG GPV

- Die Hilfeplanung ist einrichtungsübergreifend und leistungsbereichsübergreifend.
- Zur Koordination der Hilfen im Einzelfall existiert eine Hilfeplankonferenz. Hier erfolgt die einvernehmliche Einigung über Hilfeleistungen in Bezug auf Art und Umfang der Hilfeleistungen sowie die jeweiligen Zuständigkeiten.
- Zur einrichtungs- und leistungsübergreifenden Koordination der Hilfen im Einzelfall wird eine koordinierende Bezugsperson benannt.
- Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aller Träger beteiligen sich an den erforderlichen einzelfallbezogenen Fallgesprächen und Hilfeplankonferenzen und übernehmen Tätigkeiten als einrichtungsübergreifende koordinierende Bezugsperson.

5. Der GPV ist ein verbindlicher Zusammenschluss der wesentlichen Leistungserbringer einer definierten Versorgungsregion.

Die Kommune ist im Rahmen ihrer Pflichtaufgaben zur Daseinsvorsorge Mitglied im GPV oder es gibt zumindest eine verbindlich geregelte Zusammenarbeit.

6. Um das Ziel der bedarfsgerechten Versorgung zu gewährleisten sind gemeinsame Standards und kontinuierliche Qualitätsverbesserung erforderlich.

Die Mitglieder vereinbaren Qualitätsstandards mindestens für folgende Bereiche:

- Beachtung des Rechts auf Selbstbestimmung der psychisch kranken Menschen,
- personenzentrierte Planung und Organisation der Hilfen die bedarfsgerecht, individuell, flexibel, zeitgerecht, abgestimmt und wirtschaftlich erbracht werden
- Organisation der Hilfen grundsätzlich innerhalb des Versorgungsgebietes
- Vorrang nicht-psychiatrischer Hilfen,
- Zusammenarbeit mit Angehörigen und sonstigen Bezugspersonen,
- Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen,
- Fortbildung, Supervision und Qualifizierung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen,
- Beachtung des Datenschutzes und des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung.

Kontinuierliche Qualitätsverbesserung geschieht durch:

- Weiterentwicklung des Leistungsspektrums,
- Differenzierung der Hilfen zur Anpassung an den Bedarf und
- Optimierung der Nutzung der Ressourcen.

7. Die Mitglieder verpflichten sich zur gemeinsamen kontinuierlichen Überprüfung der regionalen Versorgungssituation in Hinblick auf Bedarf, Angebot und Leistung.

Die Mitglieder verpflichten sich zur wechselseitigen Information und Beratungen über

- das eigene Leistungsangebot, insbesondere Änderungen des Leistungsangebots,
- Erkennen neuer Bedarfe oder Versorgungsmängel in der Region.

8. Die Mitglieder beteiligen sich an einem gemeinsamen regionalen Qualitätsmanagement mit mindestens folgenden Aspekten :

Qualitätsstandards für Gemeindepsychiatrische Verbände in der BAG GPV

- Fortschreibung der Qualitätsstandards des GPV,
 - gemeinsames Beschwerdemanagement,
 - gemeinsame Initiativen zur Optimierung der Qualität von Behandlung und Hilfe zur Teilhabe,
 - Mitwirkung an regionaler Gesundheitsberichterstattung, möglichst auf der Grundlage einer einrichtungsübergreifenden Dokumentation,
 - Beteiligung von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen psychisch erkrankter Menschen.
9. Der GPV unterstützt den Aufbau und fördert die Arbeit der Selbsthilfeorganisationen². Er arbeitet gleichberechtigt mit ihnen zusammen und berücksichtigt ihre Interessen.
10. Der GPV sieht sich als Teil des Gemeindepsychiatrischen Hilfesystems. Er trägt aktiv zur Weiterentwicklung der regionalen Steuerung des Systems bei, in dem er sich:
- an der Arbeit der regionalen Steuerungsgremien zur psychiatrischen Entwicklung (Gemeindepsychiatrischer Steuerungsverbund / GPSV, Psychiatriebeirat u.ä.) beteiligt,
 - um verbindlichen und kontinuierlichen Austausch mit der kommunalen Gesundheits- und Sozialverwaltung kümmert,
 - die Zusammenarbeit mit den Leistungsträgern entwickelt und
 - Kontakt zu den weiteren Leistungserbringern sucht, die nicht Mitglieder im GPV sind.
11. Ein Kooperationsvertrag, eine Vereinssatzung oder eine Grundsatzerklärung regelt die Kooperation der Vertragspartner des GPV. Die Bildung einer juristischen Person (z.B. e.V.) wird empfohlen, ist aber nicht vorausgesetzt.
- Davon unberührt bleibt die Rechtsträgerschaft der Dienste und Einrichtungen, die in den Verbund einbezogen sind. Verträge und Vereinbarungen mit Leistungsträgern werden von den jeweiligen Rechtsträgern gesondert allein oder in Gemeinschaft geschlossen. Dabei können spezielle Trägerverbände gebildet werden.
12. Der GPV regelt seine Vertretung in der Region und in der BAG GPV verbindlich. Es gibt ein Entscheidungsgremium und einen Vorsitzenden oder Sprecher.
- Das Recht auf Mitgliedschaft besteht für jeden Leistungserbringer, der die Ziele und die Satzung des GPV anerkennt und in seinem Verantwortungsbereich angemessen berücksichtigt.

Das vorliegende Papier wurde durch die Mitgliederversammlung am 14.12.12 einstimmig beschlossen.

² Psychiatrieerfahrene, Angehörige, Bürgerhilfe

**Arbeitsgemeinschaft der Ärztlichen Leitungen der
Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für
Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
in Hessen**

Bad Emstal Bad Hersfeld Bad Soden Darmstadt Eltville Frankfurt/Main Friedberg Friedrichsdorf Fulda
Gießen Groß-Umstadt Hadamar Haina Hanau Heppenheim Herborn Hessisch Lichtenau Hofheim Kassel Kiedrich
Langen Lauterbach Marburg Oberursel Offenbach Riedstadt Schlüchtern Schwalmstadt Weilmünster Wiesbaden

Prof. Dr. Martin D. Ohlmeier, Ärztlicher Direktor, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Klinikum Kassel, Dennhäuser Str. 156 | 34134 Kassel

Hessischer Landtag
z. Hd. Frau Ravensburg, Vorsitzende des Sozial- und
Integrationspolitischen Ausschusses
Schlossplatz 1-3
65183 Wiesbaden

Prof. Dr. med. Martin D. Ohlmeier
Sprecher im Hessischen Fachbeirat
Psychiatrie für die AG der ärztlichen
Leitungen der Kliniken für Psychiatrie
und Psychotherapie in Hessen

Tel.: 0561 4804-401
Fax: 0561 4804-402

Martin.Ohlmeier@Klinikum-Kassel.de

vorab per E-Mail an:

ministervorzimmer@hsm.hessen.de

info@claudia-ravensburg.de

ralf-norbert.bartelt@gmx.net

m.bocklet@ltg.hessen.de

d.sommer@ltg.hessen.de

marjana.schott@die-linke-hessen.de

h.dransmann@ltg.hessen.de

M.Mueller@ltg.hessen.de

23.01.2017

**Ergänzende Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der ärztlichen Leitungen
der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie in Hessen zu dem
Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Gesetz zur Regelung des Rechts der
Hilfen und Unterbringung bei psychischen Krankheiten (Drucks. 19/3744) nach
erfolgter öffentlich mündlicher Anhörung vor dem Sozial- und
Integrationspolitischen Ausschuss des Hessischen Landtages am 12. Januar
2017**

Sehr geehrter Herr Minister Grüttner,

Sehr geehrte Frau Vorsitzende Ravensburg,

Sehr geehrte Abgeordnete Herr Dr. Bartelt, Herr Bocklet, Frau Dr. Sommer, Frau
Schott,

nach den Stellungnahmen der mündlichen Anhörung möchten die Unterzeichner die nachfolgenden Punkte zu ihren schriftlichen Stellungnahmen ergänzen und anschließend im Detail begründen:

1. Ohne die Möglichkeit zur psychiatrische Deeskalation jederzeit (24/7) und am aktuellen Aufenthaltsort des Patienten besteht bei der **vorliegenden Konstruktion des PsychKHG Hessen** die erhebliche Gefahr, **dass das Gesetz die Zahl von Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen gegenüber dem HFEG nicht reduzieren, sondern vielmehr erhöhen wird.**

2. Um die Auswirkungen des PsychKHG auf Zwangsunterbringungen beurteilen zu können, ist eine retrospektive Erhebung der HFEG-Unterbringungen durch die Polizei und/oder Vormundschaftsgerichte mindestens ab 01.01.2014 bis zum Inkrafttreten des Gesetzes erforderlich. Die erhobenen Daten sollen an den SPD_i übermittelt werden.

Dazu schlagen wir folgende Ergänzung vor:

§14 (3): "Das Amtsgericht berichtet der Fachaufsichtsbehörde die Angaben aus Abs. 1 einmalig für den Zeitraum vom 01.01.2014 bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes. Die Übermittlung dieser Daten an die Sozialpsychiatrischen Dienste sowie in anonymisierter Form an die Kliniken erfolgt entsprechend Abs. 2."

3. Der vorliegende Gesetzesentwurf bedarf der Ergänzung, um die Erwartung des Gesetzgebers an Hilfen zur Minimierung von Grundrechtseingriffen klarzustellen:

Präambel, nach dem letzten Satz: "Das vorliegende Gesetz unternimmt alle erforderlichen Anstrengungen, um ausreichende Hilfsangebote zur Begrenzung von Grundrechtseingriffen zu entwickeln und bereit zu stellen."

§4 (6): "Die in Abs. 1 bis 5 genannten Hilfen sollen vor der Anwendung von Zwang und Gewalt jederzeit am aktuellen Aufenthaltsort des Patienten bereitgestellt werden."

4. Der SPDi wird für eine Intervention jederzeit und vor Ort in aller Regel ein regionales Netzwerk geeigneter Personen einbeziehen und vergüten müssen. Die im Gesetzentwurf genannten Beträge reichen dafür nicht aus. Die im Gesetzentwurf für den SPDi ausgewiesenen Beträge sollten außerdem bereits jetzt mit der Perspektive eingesetzt werden, dass nicht nur die Leistungen während der regulären Arbeitszeit verbessert werden, sondern auch Personalressourcen für die Interventionen außerhalb der Regelarbeitszeit geschaffen werden.

5. Das PsychKHG kann sich nicht auf die UN-Behindertenrechtskonvention berufen und die Reduzierung von polizeilicher Gewalt für sich reklamieren, wenn die dafür relevanten, exemplarisch in Berlin, Schleswig-Holstein oder Oberbayern erprobten Elemente eines psychiatrischen Notfall- bzw. Krisendienstes jederzeit und vor Ort fehlen.

Regionale Erfahrungen in Berlin und Schleswig-Holstein zeigen eine Reduktion der Zwangsunterbringungen in der Klinik durch aufsuchende psychiatrische Notfallinterventionen auf unter 25% der Einsätze. Die zu erwartenden Kosten von etwa 1,5 bis 2 € pro Bürger und Jahr erscheinen für den Schutz von Persönlichkeitsrechten und zur Minimierung von Grundrechtseingriffen nicht besonders hoch.

Zu den Positionen im Detail:

1. Gefahr einer Zunahme von Unterbringungen und Zwang durch das PsychKHG

Der Arbeitskreis der hessischen Chefärzte für Psychiatrie und Psychotherapie hat sich in den letzten 2 1/2 Jahren intensiv mit dem Gesetzesvorhaben zum PsychKHG auseinandergesetzt.

In Bezug auf die Freiheitsentziehung ergab die Bewertung, dass Zwang und Gewalt nur dann reduziert werden können, wenn die Entscheidung in unmittelbarer Einschätzung der Situation am aktuellen Aufenthaltsort des Patienten erfolgt. Ist der Patient erst einmal durch die Polizei in die Klinik gebracht, dann ist dadurch bereits eine relevante Vorentscheidung zur Freiheitsentziehung getroffen. Die schwierige Grenzenscheidung einer Deeskalation vor Ort, an der der Patient und sein soziales Umfeld mitwirken und die auf eine unmittelbare freiheitsentziehende Herausnahme des Patienten aus der Situation verzichten kann, ist durch eine fehlende Interventionsmöglichkeit vor Ort und durch die bereits erfolgte Verbringung des Patienten in die Klinik schon grundsätzlich eingeschränkt und vorweggenommen. Dem Entscheider in der Klinik bleiben dann nur Hörensagen über die auslösende Situation als Grundlage dafür, den Patienten ohne Interventionsmöglichkeit mit allen Beteiligten in diese Situation zurückzuschicken und – auch am Wochenende und in der Nacht – gegen die Freiheitsentziehung zu entscheiden.

Im Hanauer Modellprojekt mit der ähnlich komplexen Grenzenscheidung, ob ein akuter Patient täglich ambulant statt stationär behandelt werden kann, wurde die Erfahrung gemacht, dass der Entscheider dafür die eigene unmittelbare Interaktion mit dem Patienten und seinem sozialen Umfeld sowie einen Einblick in die Lebenssituation benötigt. Eine Entscheidung aufgrund von Aktenlage und Hörensagen ist in der Regel nicht möglich.

Übertragen auf die Freiheitsentziehung kann in der Regel kein Entscheider in der Klinik die Verantwortung übernehmen, den Patienten in die von der Polizei berichtete, auslösende Situation zurückzuschicken, die er nicht aus eigener Anschauung einschätzen und durch Intervention deeskalieren kann. Als Konsequenz wird sich die Ablehnung der Freiheitsentziehung auf die – voraussichtlich wenigen – Fälle beschränken, bei denen die ärztliche Untersuchung in der Klinik keine psychiatrische Störung als Grundlage für die Verbringung durch die Polizei ergibt. Das ist dann vergleichbar mit den Eingangsvoraussetzungen des HFEG, aufgrund derer auch bisher schon im Einzelfall die Unterbringung durch die Polizei abgewiesen wurde, wenn keine psychiatrische Störung als ursächlich für das auslösende Verhalten des Unterbrachten festgestellt werden konnte.

Der Entkopplung von Einschätzung der Gefahrenlage und Verantwortung für die Freiheitsentziehung fehlt das immanente Regulativ einer alleinverantwortlichen Person. Der Polizist, der die Gefahrensituation einschätzt, muss nicht selber die Verantwortung für die sich daraus ergebende Konsequenz einer Freiheitsentziehung übernehmen. Umgekehrt kann der Arzt, der die Notwendigkeit der Freiheitsentziehung beurteilen muss, nicht aus eigener Anschauung die Verantwortung zur Einschätzung der Gefahrenlage vor Ort übernehmen. Damit wird eine Konstruktion geschaffen, bei der sich im Zweifelsfall der Polizist für die Verbringung und der Arzt für die Unterbringung entscheiden müssen.

Bei den häufig schwierigen Grenzentscheidungen wird dieser Zweifelsfall die Regel sein, so dass ohne einen Krisendienst – mit Interventionsmöglichkeit und Entscheidung der Freiheitsentziehung vor Ort – eine Zunahme von Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen zu erwarten ist.

Die eigene Einschätzung der Situation durch den Entscheider als Grundlage für eine Freiheitsentziehung hat uns im Arbeitskreis der Chefärzte zu der Position geführt, die Freiheitsentziehung im Lebensumfeld des Patienten beim SPDi und die Freiheitsentziehung / fürsorgliche Zurückhaltung solcher Patienten, die sich bereits in der Klinik befinden, beim Arzt der Klinik verorten zu wollen. Der Krisendienst eines GPV ist für diese Entscheidungen und hoheitlichen Aufgaben ungeeignet.

2. Kennzahlen zu Unterbringungen

Ohne Kennzahlen zu den bisherigen Unterbringungen sind die Auswirkungen des PsychKHG auf Unterbringungen und Zwang nicht beurteilbar. Nach Hörensagen gibt es regionale Zunahmen der HFEG-Unterbringungen um einen Faktor 10 über die letzten 10 Jahre oder einen sprunghaften Anstieg vor 3 bis 5 Jahren. Die vorgeschlagene retrospektive Erhebung über 3 1/2 Jahre soll zumindest eine Berechnung der erwarteten Unterbringungen für 2017 und 2018 ermöglichen. Nur dadurch lässt sich der regionale Einfluss des PsychKHG gegenüber der bisherigen Gesetzeslage nach HFEG abschätzen.

3. Ergänzung im Gesetz zum Ziel einer Minimierung von Grundrechtseingriffen

Das Gesetz muss klarstellen, dass der Gesetzgeber zur Minimierung von Zwang und Gewalt (1) die Umsetzung der jederzeitigen Intervention am Aufenthaltsort des Patienten – angepasst an die regionalen Gegebenheiten und organisiert entsprechend der regionalen Pflichtversorgung – erwartet und (2) bereit ist, die dafür erforderlichen Mittel bereitzustellen. Die Formulierung des vorgeschlagenen § 4 Abs. 6 als Soll-Regelung ist dem Umstand geschuldet, dass es aufgrund der bestehenden

Versorgungssituation Regionen in Hessen geben wird, in denen der SPDi die erwarteten Interventionen jederzeit und vor Ort trotz aller Anstrengungen nicht realisieren können wird (siehe 4.)

4. SPDi verantwortet und vergütet ein regionales Netzwerk zur Intervention jederzeit am Aufenthaltsort des Patienten

Bestehende Rahmenbedingungen:

4.1 Die Minimierung von Zwangsmaßnahmen hängt maßgeblich ab von (1) der Vertrautheit und Beziehung zu den bekannten, langfristig psychisch Kranken einer Region sowie (2) der fachlichen Kompetenz zu einer psychiatrischen Intervention vor Ort als Grundlage für die oben unter Punkt 1 ausgeführte Grenzenscheidung für oder gegen die Freiheitsentziehung.

4.2 Erste Gesundheitsämter verfügen bereits jetzt nicht mehr über einen Arzt bzw. einen Arzt mit Qualifikation im Gesundheitswesen. Der SPDi der Zukunft wird in aller Regel auch nicht mehr über einen Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie verfügen.

4.3 Die kassenärztliche Versorgung mit Ärzten für Psychiatrie und Psychotherapie ist regional bereits heute kaum noch existent bzw. wird mittelfristig nicht mehr existieren (die heutige Generation an Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie ist nicht mehr zu einer KV-Versorgung von 500 bis 1000 Patienten pro Quartal mit im Mittel etwa 1,1 Kurzkontakten bereit).

4.4 Der notärztliche Dienst der KV wird von Ärzten aller Fachgebiete getragen, die nicht geeignet sind, die Polizei zu begleiten, die nicht die Kriterien nach 4.1 erfüllen und die sicherheitshalber in die Klinik einweisen werden.

4.5 Der ärztliche Rettungsdienst kann die Kriterien nach 4.1 ebenfalls nicht erfüllen und wird sicherheitshalber in die Klinik einweisen. Dieses Einweisungsverhalten

besteht bereits heute. Die Notwendigkeit, in einer für den Rettungsdienst kaum beurteilbaren Notfallsituation in die Klinik einzuwenden, ist vergleichbar mit der regelmäßigen Klinikeinweisung Sterbenskranker vor Einführung der aufsuchenden, mit dem Patienten vertrauten Teams zur Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV). Erst die aufsuchende Interventionsmöglichkeit der SAPV-Teams im Lebensumfeld der ihnen bekannten Patienten hat diese Situation fundamental gebessert. In der SAPV ist Hessen bundesweit vorbildlich.

4.6 Viele Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie haben bereits heute große Schwierigkeiten, offene Arztstellen und als Konsequenz den ärztlichen Bereitschaftsdienst der Klinik zu besetzen (nach Auskunft der DGPPN gibt es im Bundesdurchschnitt zurzeit noch etwa 1 neuen Arzt pro Klinik und Jahr, der die Weiterbildung zum Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie beginnt). Der Bereitschaftsarzt der Klinik ist durch die Aufgaben im Krankenhaus gebunden. Die Vorstellung, der Bereitschaftsarzt der Klinik könne die Klinik verlassen und einen Patienten zur notfälligen Krisenintervention vor Ort aufsuchen, ist aus medizinischen und rechtlichen Gründen auszuschließen. Die Kliniken können wegen der skizzierten fehlenden Personalressourcen sicher auch keinen zweiten, aufsuchenden Rufdienst realisieren, der dann zu reduzierten Personalressourcen im regulären Klinikablauf führt.

Die dargelegten Rahmenbedingungen machen deutlich, dass die Ressource eines „in der Psychiatrie erfahrenen Arztes“ (§ 8 PsychKG Schleswig-Holstein) oder gar die eines „Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie“ in den bestehenden Systemen nicht für zusätzliche aufsuchende Leistungen verfügbar ist. Die Versorgungssituation unzureichender Personalressourcen in der Psychiatrie und Psychotherapie wird mittelfristig sicher weiter deutlich aggravieren.

Die notfallpsychiatrische aufsuchende Krisenintervention auß erhalb der regulären Arbeitszeit gelingt in Berlin und Schleswig-Holstein nur dadurch, dass dort in der Psychiatrie erfahrene Mitarbeiter in Nebentätigkeit die fehlenden Ressourcen zur Krisenintervention kompensieren, die hauptberuflich beim Krisendienst nicht (mehr) zur Verfügung stehen. In Berlin kommt 1 hauptberuflicher Mitarbeiter auf 2 Mitarbeiter in Nebentätigkeit. In einzelnen Regionen in Schleswig-Holstein gibt es bereits keinen Arzt mehr beim Gesundheitsamt, das deshalb für den aufsuchenden notfallpsychiatrischen Dienst vollständig auf Ärzte der Klinik in Nebentätigkeit zurückgreifen muss.

Diese Konstellation war in der Lage, durch die Vertrautheit der Ärzte mit ihren bekannten Patienten die Zahl der Zwangseinweisungen auf unter 25% der Einsätze zu reduzieren. Die Finanzierung der Nebentätigkeit erfolgt durch das Land bzw. das Gesundheitsamt. Regional unterschiedlich werden dafür bis zu 35 € / Std. pauschal für die Rufbereitschaft/Einsätze unabhängig von der Häufigkeit der aufsuchenden Einsätze vergütet. Bei einer regionalen Pflichtversorgung von im Mittel 200.000 Einwohnern pro Klinik entspricht dies Kosten von etwa 1,15 € pro Einwohner und Jahr.

Für Hessen schlagen wir vor, den Sozialpsychiatrischen Diensten zusätzliche Mittel zur Finanzierung regionaler Netzwerke in Nebentätigkeit für aufsuchende notfallpsychiatrische Dienste auß erhalb der regulären Arbeitszeit zur Verfügung zu stellen. Mit diesen Mitteln können Sozialpsychiatrische Dienste versuchen, abhängig von ihrer regionalen Situation Mitarbeiter in Nebentätigkeit zu gewinnen. Zusätzliche Mittel von jährlich etwa 1,7 M€ erlauben eine Erprobung für 25% der hessischen Bevölkerung. Als Regionen zur Erprobung werden diejenigen ausgewählt, die als erste einen notfallpsychiatrischen Dienst 24/7 anbieten können. Die Erprobung wird von der

Fachaufsichtsbehörde begleitet. Die Entwicklung der Zwangsmaßnahmen der Proberegionen wird mit den übrigen Regionen verglichen.

5. UN-Behindertenrechtskonvention

Wie bei der Anhörung auch von der APK noch einmal ausgeführt, gibt es umfangreiche Erfahrungen zur Wirksamkeit aufsuchender Krisendienste zur Reduzierung von Zwang und Gewalt. Es ist nicht mit der UN-BRK vereinbar, Menschen gewaltsam in eine Klinik einweisen, wenn gewaltfreie bzw. gewaltärmere Alternativen zur Verfügung stehen.

Die flächendeckende Umsetzung von Krisendiensten scheitert in der Regel in erster Linie an der fehlenden oder unzureichenden Finanzierung, in zweiter Linie eventuell an den fehlenden Personalressourcen.

Die unter 4. vorgeschlagene Erprobung soll prüfen, ob mit ausreichender Finanzierung die erforderlichen regionalen Netzwerke an in der Psychiatrie erfahrenen Mitarbeitern aufgebaut werden können.

Eine Entscheidung gegen eine solche Finanzierung ist eine Entscheidung gegen bekanntermaßen wirksame Mittel zur Reduzierung von Zwang und Gewalt. Aus den oben unter 1. ausgeführten Gründen kann dabei aber nicht davon ausgegangen werden, dass die vorliegende Konstruktion des Gesetzes von sich aus geeignet ist, Zwang und Gewalt zu reduzieren.

Für die Arbeitsgemeinschaft der Ärztlichen Leitungen der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters in Hessen.

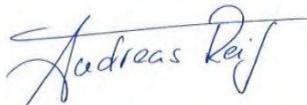
Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. med. Martin D. Ohlmeier
Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Klinikum Kassel
Sprecher im Hessischen Fachbeirat Psychiatrie für die AG der ärztlichen Leitungen der
Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie in Hessen



Dr. med. Matthias Bender
Ärztlicher Direktor Vitos Klinikum Weil-Lahn, Standort Hadamar
Klinikdirektor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Weilmünster
Sprecher, AG der ärztlichen Leitungen der Kliniken für Psychiatrie u. Psychotherapie in Hessen



Prof. Dr. med. Andreas Reif
Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Universitätsklinikum Frankfurt



Priv.-Doz. Dr. med. habil. Dipl. Phys. Thomas Schillen
Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Klinikum Hanau GmbH



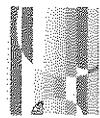
Prof. Dr. med. Bernd Gallhofer
Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Gießen



Dr. med. Barbara Hiller
Oberärztin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Friedberg

LANDESVERBAND HESSEN DER ANGEHÖRIGEN PSYCHISCH KRANKER e.V.

Registergericht OF, Nr.: VR 1379



familien selbsthilfe
psychiatrie

Offenbach, 24.01.2017

LANDESVERBAND HESSEN DER ANGEHÖRIGEN PSYCHISCH KRANKER e.V.
c/o Edith Mayer, Am Grenzgraben 4, 63067 Offenbach

An den Hessischen Landtag
Vorsitzende des Sozial- und innenpol. Ausschusses
Frau Claudia Ravensburg
Schlossplatz 1-3
65183 Wiesbaden

Nachtrag zur öffentlichen Anhörung zum Psych-KG am 12.01.2017

Sehr geehrter Herr Minister Dr. Grüttner,
sehr geehrte Frau Vorsitzende Ravensburg,
sehr geehrte Abgeordnete, Herr Bocklet, Frau Dr. Sommer, Frau Schott,

in der Anhörung zum Gesetzesvorhaben eines Hessischen PsychKHG am 12.01.2017 zeigte sich eine breite Übereinstimmung in der Einschätzung, dass zur Umsetzung sowohl des Geistes des Gesetzes (Präambel) als auch der UN-BRK in der gegenwärtigen psychiatrischen Versorgung in Hessen ein wesentliches Element nahezu überall fehlt: in die Versorgungssituation integrierte Krisen- und Notfallhilfen, die von einem niederschweligen Zugang über Telefonanrufe, über die Möglichkeit von deeskalierenden Hausbesuchen im Falle sich eskalierender Krisenentwicklungen durch Mitarbeitende bis hin zu möglichst weichen Wegen hin zu einer stationären Unterbringung im Sinne des Gesetzesvorhabens reichen sollten. Die hier skizzierten Funktionen werden in einigen Regionen Deutschlands auf unterschiedliche Weise realisiert, häufig jedoch nur ein Teil davon.

Mit dieser ergänzenden Stellungnahme wollen wir Sie, verehrter Herr Minister und Sie, verehrte Abgeordnete, vor allem auf Eines aufmerksam machen:

Dass die aufgeführten Funktionen regional erfüllt werden müssen, um Zwangsmaßnahmen wie Unterbringungen weiter zu reduzieren, entspricht einem unbezweifelten Konsens unter professionellen Helfern, Experten aus Erfahrung (z.B. uns Angehörigen) sowie den bedeutenden Verbänden der Deutschen Psychiatrie.

Dies belegt auf eindeutige Weise der beigefügte Aufruf, der von Angehörigen formuliert inzwischen von weit über 1.000 Personen und Institutionen unterzeichnet wurde, u.a. den Verbänden der Angehörigen, der DPPPN, der DGSP, der APK etc. (siehe eine Auswahl der Unterzeichner auf der Liste in der Beifügung). Wir möchten hiermit unseren dringenden Wunsch an die Politik unterstreichen, sich im Zuge der Realisierung des Geistes, den die Präambel prägt, der Schließung dieser bedeutsamen Lücke in den Hilfen für psychisch erkrankte Menschen beherzt zuzuwenden.

Geschäftsstelle:
c/o Edith Mayer
Am Grenzgraben 4
63067 Offenbach
Fon: +49 (0) 69-88 30 04
Fax: +49 (0) 3212-6741194

Vorstand:
Manfred Desch (1. Vorsitz.)
Edith Mayer (Stellv.)
Valentin Kratzer (Stellv.)
info@angehoerige-hessen.de
www.angehoerige-hessen.de

Bankverbindung:
Städt. Sparkasse Offenbach
IBAN: DE39500105170684821530
BIC: INGDEFFXXX

LANDESVERBAND HESSEN DER ANGEHÖRIGEN PSYCHISCH KRANKER e.V.



familien selbsthilfe
psychiatrie

Registergericht OF, Nr.: VR 1379

Wir gehen zudem von Folgendem aus: in der Präambel wurde das Fehlen der Formulierung „zeitnah“ lediglich übersehen und nachgetragen, sodass der zentrale Satz zu den Hilfen wie folgt komplettiert wird: „Die im vorliegenden Gesetz beschriebenen Hilfen sollen zeitnah niederschwellig zugänglich sein, präventiv, begleitend und nachsorgend wirken.“

Wir übernehmen damit einen Vorschlag aus der Stellungnahme der APK.

Wir danken Ihnen für Ihre freundliche Beachtung unseres Anliegens und freuen uns auf Diskussionen zur Ausgestaltung von Krisen- und Notfallhilfen in Hessen.

Mit freundlichen Grüßen

(für den Vorstand)

Manfred Desch

1. Vorsitzender

Edith Mayer

stellvertr. Vorsitzende

Prof. emer. Reinhard Peukert

Mitglied des erw. Vorstandes

Anlagen:

Eppendorfer Aufruf

Unterzeichner-Listen

Geschäftsstelle:

c/o Edith Mayer
Am Grenzgraben 4
63067 Offenbach
Fon: +49 (0) 69-88 30 04
Fax: +49 (0) 3212-6741194

Vorstand:

Manfred Desch (1. Vorsitz.)
Edith Mayer (Stellv.)
Valentin Kratzer (Stellv.)
info@angehoerige-hessen.de
www.angehoerige-hessen.de

Bankverbindung:

Städt. Sparkasse Offenbach
IBAN: DE39500105170684821530
BIC: INGDDEFFXXX

40 Jahre Psychiatriereform – und immer noch gravierende Versorgungslücken!

In den vergangenen Jahrzehnten wurden erhebliche Erfolge erzielt in dem Bemühen, die Situation psychisch erkrankter Menschen und ihrer Familien zu verbessern.

Dennoch bestehen immer noch erhebliche Lücken.

Insbesondere fehlen häusliche Hilfe- und Unterstützungsangebote für Menschen in akuten Not- und Krisensituationen, für Menschen, die sich in der Frühphase einer psychischen Erkrankung befinden sowie für Menschen, die trotz langfristiger Erkrankung keinen Kontakt zum Versorgungssystem haben.

Bereits im Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz der Länder vom 28. Juni 2012 wurde festgestellt:

Es bestehe „die Gefahr einer Unterversorgung derjenigen, die zumeist schwer chronisch krank sind, jedoch von sich aus nicht selbst um Hilfe nachsuchen, sowie derjenigen Patienten und Patientinnen, die krankheitsuneinsichtig und nicht compliant sind. Diese Menschen werden von den bestehenden Hilfesystemen häufig nicht erreicht; die Folgen sind erheblich. Gerade für diese Personengruppe erhöht sich das Risiko, in der Obdachlosigkeit, im Strafvollzug oder im Maßregelvollzug zu landen. Hier gilt es, verstärkt systemübergreifende, nachgehende und aufsuchende Hilfen zu entwickeln bzw. auszubauen.“ ...„Aufgabe von Psychiatriepolitik ist es, zukunftsfähige Strukturen zu schaffen, welche die Übernahme von Verantwortung für alle psychisch erkrankten Menschen gewährleisten und dabei öffentlich kontrolliert sind.“

Diese Strukturen fehlen - nach vier Jahren - immer noch!

Darüber hinaus wird der Hilfebedarf der Familien bzw. sonstiger nahestehender Personen psychisch erkrankter Menschen so gut wie nie zur Kenntnis genommen.

Wir fordern alle Verantwortlichen in Politik und Verwaltung, im Bund, in den Ländern und den Kommunen auf, ihrer Verpflichtung zur Daseinsvorsorge für psychisch erkrankte Bürger nachzukommen und die notwendigen zukunftsfähigen Strukturen zu schaffen, die auch Hilfen für die betroffenen Familien vorsehen.

Wir fordern ebenso Leistungsträger und Leistungserbringer auf, sich ihrer Verantwortung für schwerkranke Menschen und ihrer Familien bewusst zu sein und an der Schaffung dieser Strukturen mitzuwirken.

Vertreter der psychisch erkrankten Menschen und ihrer Angehörigen sind zu beteiligen.

Diese Resolution wurde vom Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen und allen Landesverbänden der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen verabschiedet. Sie beruht auf dem im Januar initiierten Aufruf zur Stärkung der aufsuchenden Hilfen (*), der bis jetzt von über 1.200 Personen aus ganz Deutschland (psychisch erkrankten Menschen, ihren Angehörigen und zahlreichen psychiatrischen Fachleuten) sowie vielen Selbsthilfeorganisationen, Fachverbänden, Berufsverbänden und psychiatrischen Einrichtungen unterzeichnet wurde.

*Die Landesverbände der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen, Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen
Berlin, im Juni 2016*

(*) Der Aufruf zur Stärkung der aufsuchenden Hilfen sowie weitere Informationen unter:
<http://www.lapk-hamburg.de/index.php/aufruf-aufsuchende-behandlung-staerken>

Am 12.01.2017 per Mail eingegangene Stellungnahme
von Prof. Dr. med. Katja Becker:

In der Gesamtgruppe der LAG der hessischen Kliniken für EP und KJP ist die Auffassung klar und eindeutig, dass Kinder keinesfalls in einer Klinik für Psychiatrie (auch nicht kurzzeitig) behandelt werden können. Es gibt in Hessen zuständige Kliniken für KJP mit Regel- und Pflichtversorgung, die die psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen ihrem Alter und Entwicklungsstand entsprechend diagnostizieren und behandeln können und die Familie mit einbeziehen. Die Ärzte in der Klinik für KJP sind dafür ausgebildet (eigener Facharzt für KJP mit 5-jähr. FA-Weiterbildung inkl. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapieausbildung) und die Personalausstattung (fachlich inhaltlich, aber auch aufgrund des nötigen pädagogisch-/erzieherischen und höheren Unterstützungs-/Betreuungsaufwand bei Kindern und Jugendlichen auch durch die Mitarbeiteranzahl) und räumlich dafür ausgestattet.

Was mir bei der Durchsicht der Rednerliste noch auffiel ist, dass scheinbar (?) das Landesjugendamt mit seiner Kompetenz nicht vertreten ist? Ist das korrekt? Nach den öffentlich gewordenen Missbrauchsskandalen an Internaten (Odenwaldschule), Schulen und christlichen Einrichtungen (und leider auch Kliniken) an Kindern und Jugendlichen war eine wichtige Folge/Empfehlung der drei Runden Tische in Berlin (an einem war auch ich beteiligt!), dass zur Verhinderung von Gewalt ggü. Kindern und Jugendlichen, die besonderen Schutzbedarf haben aufgrund ihres Alters und ihrer Reife, eine insofern erfahrene Fachkraft des Jugendamts Einrichtungen berät in Hinblick auf zu erstellende Schutzkonzepte. Ich empfehle zur Wahrung der Rechte von Kindern und Jugendlichen (die nicht "nebenbei" abgehandelt werden können oder gar einfach dieselben, aber dann manchmal nicht passenden Regeln gelten können wir für Erwachsene) diese Sachkompetenz ebenfalls mit einzubinden.

Es ist zweifelsfrei nötig, von einer schwerwiegenden psychischen Störung betroffene Kinder und Jugendliche initial (nach intensiver Güterabwägung) gegen ihren Willen kinderpsychiatrisch zu behandeln. Aber Schutzkonzepte in Kliniken (zur Verhinderung aggressiver oder sexueller Gewalt) für gegen deren Willen behandelte Kinder und Jugendliche muss es auch geben, die fachlich zu erarbeiten sind. Hier mag das Einrichten einer Besuchskommission alleine zu wenig sein bzw. muss darüber gesprochen werden!!