

Novelle des Psych-KG in NRW: Ist nach der Reform vor der Reform?

Im Jahr 2016 hat der NRW-Landtag das Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) novelliert – allerdings nur in den Punkten, die durch die höchstrichterlichen Urteile im Hinblick auf Grundrechtseinschränkungen durch Zwangsmaßnahmen betroffen waren. Die vor- und nachsorgende sozialpsychiatrische Hilfe war indes leider nicht Gegenstand der Novelle, sondern befindet sich praktisch noch auf dem Stand von 1969. Das sollte sich im Sinne der Patienten ändern.

von Matthias Albers

Als erstes Bundesland führte NRW 1969 ein *Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG)* ein. Damit begann die Ablösung der ordnungsrechtlich geprägten Gesetze zur Unterbringung von Personen, die Ruhe und Ordnung stören, durch Gesetze über Hilfs- und Schutzmaßnahmen, die dem Ziel der uneingeschränkten gesellschaftlichen Teilhabe psychisch kranker Menschen dienen.

Mehr als ein Unterbringungsgesetz

Im Jahr 2016 hat der NRW-Landtag das *PsychKG* novelliert, allerdings nur in den Punkten, die durch die höchstrichterlichen Urteile im Hinblick auf Grundrechtseinschränkungen durch Zwangsmaßnahmen betroffen waren. Aus den Kliniken wird über einen erhöhten Dokumentationsaufwand berichtet. Die Umsetzung des gerichtlichen Verfahrens bei der Beantragung einer Zwangsbehandlung gelingt überwiegend bereits relativ gut. An einigen Orten, wo dies noch nicht der Fall ist, kommt es unter anderem zu „Drehtür-Effekten“, weil der Aufwand der Beantragung bei langer Dauer und unabsehbarem Ausgang gescheut wird.

Das *PsychKG* ist jedoch nicht nur ein Unterbringungsgesetz: Es regelt auch, beziehungsweise in erster Linie, die Aufgaben der Kreise und Städte in Bezug auf psychisch kranke Bürger mit Unterstützungs-

bedarf jenseits von individuellen Leistungsansprüchen an Leistungsträger der sozialen Sicherung. Diese Aufgaben wurden den unteren Gesundheitsbehörden oder Gesundheitsämtern übertragen. Sie sollen einen ärztlich geleiteten Sozialpsychiatrischen Dienst einrichten, der von sich aus tätig wird, wenn ihm Umstände bekannt werden, die darauf hindeuten, dass ein Mensch wegen einer psychischen Störung Hilfe benötigt, und Maßnahmen ergreifen, die eine zwangsweise Unterbringung vermeiden helfen. Weiter sollen sie die Koordination der Versorgungssysteme für psychisch kranke und suchtkranke Menschen in der jeweiligen Gebietskörperschaft gewährleisten (Psychiatriekoordination). Hierzu wird in § 5 *PsychKG* bestimmt, dass die unteren Gesundheitsbehörden den Auftrag haben „darauf hinzuwirken, dass insbesondere ambulante Dienste und Einrichtungen, die die klinische Versorgung ergänzen, in Anspruch genommen werden können“. Diese beiden Aufgabenbereiche sind auch im *Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst* benannt.

Neben den Erfahrungen der Praktiker aus den Sozialpsychiatrischen Diensten gibt es auch Forschungsergebnisse zum Weiterentwicklungsbedarf des psychiatrischen Versorgungssystems in NRW. Das von Professor Dr. Georg Juckel im Auftrag des NRW-Gesundheitsministeriums erstellte Gutachten „Vergleichsuntersuchung der stationären klinischen Behandlung von psychisch kranken Menschen in offenen

und geschlossenen Stationen in NRW“ des LWL-Forschungsinstituts für Seelische Gesundheit war schon im Jahr 2010 zu dem Schluss gekommen, dass entscheidende Faktoren zur Verhinderung von Zwangsunterbringungen die Qualität und Quantität der Angebote der Sozialpsychiatrischen Dienste sind; dazu zählen die aufsuchende nachgehende Tätigkeit in Hausbesuchen und der Grad der Vernetzung im Gemeindepsychiatrischen Verbund. Nur so können die besonders gefährdeten Betroffenen ambulant erreicht werden, die die Regelangebote (noch) nicht nutzen können. Einflussfaktoren im Bereich der Kliniken hatten hingegen keinen relevanten Einfluss auf das Unterbringungsgeschehen. Zusammenfassend kamen die Autoren zu der Schlussfolgerung: Die Rolle des Sozialpsychiatrischen Dienstes sowie des Home Treatment ist zu stärken, um das psychiatrische Ziel möglichst niedriger Unterbringungsraten flächendeckend in Deutschland zu erreichen.

Bei einer weiteren Novellierung des *PsychKG* muss es daher vor allem darum gehen, Rahmenbedingungen zu schaffen, um das gemeindepsychiatrische Versorgungssystem derart weiterzuentwickeln, dass ambulante Behandlungs- und Unterstützungsangebote vor Ort niederschwellig und im Fall von akuten Krisen auch unverzüglich zur Verfügung stehen. Das bedeutet, dass zum Beispiel die zwangsweisen Unterbringungen abgewendet werden, bei denen die Unterbringung nur erfolgt, weil Betrof-



Rechts entlang zur Tagesstätte: Geht es nach den Mitarbeitern Sozialpsychiatrischer Dienste, sollen Menschen mit Versorgungsbedarf künftig leichter auch in ihrem Umfeld, in der Regel also zuhause, betreut werden können – auch um Zwangseinsparungen vermeiden zu können.

Foto: Albers

fene nicht zum Aufenthalt in einer Klinik beziehungsweise zum Verlassen der eigenen Wohnung zu veranlassen sind, eine Behandlung und Betreuung in der erforderlichen Dichte in der häuslichen Umgebung aber anzunehmen bereit wären, wenn sie denn verfügbar wäre, wodurch die Gefährdung ohne Unterbringung in der Klinik abgewendet werden könnte. Dafür ist die Möglichkeit der „stationsäquivalenten Behandlung“ in § 115d SGB V für die psychiatrischen Kliniken bereits vorgesehen, deren Einbindung in die gemeindepsychiatrischen Strukturen ist jedoch ungeklärt.

Ebenso wichtig wie die Vermeidung von Zwangsunterbringungen sind bei Beendigung eines durch eine zwangsweise Unterbringung eingeleiteten Klinikaufenthaltes unverzüglich einsetzende Angebote der ambulanten Behandlung und Betreuung in einer dem individuellen Bedarf angemessenen Intensität, um ein Wiederaufflackern der Krise bei Rückkehr in das angestammte Umfeld zu vermeiden. Die Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen müssen gegebenenfalls auch multiprofessionell, aufeinander abgestimmt und kostenträgerübergreifend sein. Dies gilt ganz besonders dann, wenn das Behandlungsergebnis erwarten lässt, dass die im Vorfeld bestehenden Probleme im sozialen Umfeld unmittelbar wieder auftreten werden.

Mit dem Tag der Einweisung ist klar, dass eine Entlassung bevorsteht. Darum ist unverzüglich unter Einbeziehung des Betroffenen, seines sozialen Umfeldes sowie der vor- und nachbetreuenden Stellen mit der Entwicklung eines Nachsorgekonzepts zu beginnen, als integraler Bestandteil des schon heute in § 18 (2) PsychKG vorgeschriebenen Behandlungsplans. Eine gesetzliche Regelung zu diesem Punkt verdeutlicht die Erforderlichkeit der Übermittlung personenbezogener Daten und erhöht dadurch die Verbindlichkeit und Handlungssicherheit einer Kooperation bei der Nachsorgeplanung.

„Sozialraumbblindheit“ überwinden

Der Bundesgesetzgeber hat mit dem Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V Regelungen für die Organisation der Anschlussbehandlung nach Klinikaufenthalten getroffen. Diese umfassen jedoch ausdrücklich nicht den sogenannten „komplementären“ Bereich, der gerade bei Personen mit hohem Risiko für eine erneute

(zwangsweise) Klinikbehandlung von besonderer Relevanz ist. Auch das *Bundesteilhabegesetz (BTHG)*, das die Orientierung am bio-psycho-sozialen Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (engl.: ICF) in allen Bereichen der Rehabilitation beziehungsweise der Teilhabeleistungen einführen soll, ist „sozialraumbblind“, da Umfeldbedingungen nur bei der Beschreibung der Teilhabestörung, nicht aber bei der Suche nach Maßnahmen zu deren Überwindung Berücksichtigung finden. Außer dem Betroffenen selber, der dies aktiv verlangen muss, ist die Teilnahme von Personen, die Informationen über im Umfeld aktivierbare Ressourcen beitragen können, nicht vorgesehen. Diese können den Leistungsträgern nach SGB IX jedoch nicht bekannt sein, das gilt auch für den Träger der Eingliederungshilfe, wenn er, wie in NRW zu erwarten, überörtlich organisiert ist. Das *PsychKG* bietet dem Landesgesetzgeber die Möglichkeit, diese Defizite der Bundesgesetze auszugleichen und den Zugang psychisch kranker Menschen zu den für sie erforderlichen Hilfen zu erleichtern.

Es müssen konkrete Regeln über die Bildung von Gemeindepsychiatrischen Verbänden zur Koordination und Sicherstellung eines umfassenden, Leistungsträger und Leistungserbringer übergreifenden Hilfesystems in der Gebietskörperschaft aufgenommen werden. In NRW gibt es, ausgehend von dem Anfang der 2000er-Jahre durchgeführten „Implementationsprojekt personenzentrierter Ansatz“, bereits zwölf Verbände, die in der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Gemeindepsychiatrischer Verbände organisiert sind, sowie mehrere weitere Regionen, die ebenfalls verbindliche Strukturen der Zusammenarbeit entwickelt haben, ohne der BAG beizutreten.

Der Auftrag der Besuchskommission nach § 23 *PsychKG* sollte erweitert werden auf die Überprüfung sämtlicher Einrichtungen, die der Vor- und Nachsorge dienen. Es genügt nicht, nur die Institutionen zu besuchen, in denen Unterbringungen vollzogen werden. Es sollten auch die Einrichtungen erfasst werden, die Unterbringungen vermeiden. Darum sollte ausdrücklich die Notwendigkeit der Kommunikation zwischen Besuchskommission und Gemeindepsychiatrischen Verbänden erwähnt werden.


Bei einer Novellierung sollten bei Benennung der Zielgruppe klarstellend „Kin-

der- und Jugendliche“ aufgenommen werden. Dies ist zwar in der jetzigen Formulierung „alle Altersgruppen“ impliziert, ein ausdrücklicher Hinweis wäre jedoch zur Schärfung des Profils hilfreich und auch im Hinblick auf die Frage, welches Personal für die Aufgabenerfüllung erforderlich ist. Zur Liste der Kooperationspartner in § 6 sollten daher Erziehungsberatungsstellen und Schulpsychologische Dienste hinzugefügt werden.

Auch die Einrichtungen und Dienste, die Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung erbringen, sollten hinzugefügt werden, da bekanntlich Menschen mit geistigen Behinderungen beziehungsweise Lernbehinderungen ein stark erhöhtes Risiko für die Entwicklung psychischer Störungen haben.

Koordination im Einzelfall

Aus Sicht der Sozialpsychiatrischen Dienste der Gesundheitsämter sind die Fragen im Zusammenhang mit Sicherstellung und Koordination der vorsorgenden und nachsorgenden Hilfen bei einer weiteren Novellierung des *PsychKG* von besonderer Bedeutung. Ein klarer gesetzlicher Auftrag erleichtert die Vereinbarung von konkreten Vorgehensweisen in der Kooperation und Kommunikation der verschiedenen Beteiligten an der psychiatrischen beziehungsweise psychosozialen Versorgung der Bevölkerung vor Ort. Die Koordination im Einzelfall ist eine wichtige Aufgabe des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Der Transfer der hieraus resultierenden Erkenntnisse in die kommunale Psychiatrieplanung gibt die Möglichkeit, die Gesamtsituation nicht nur beurteilen, sondern auch steuern zu können.

Die Koordinationsfunktion des öffentlichen Gesundheitsdienstes als Teil der Kommunalverwaltung kann die mit der UN-Behindertenrechtskonvention angestoßenen Prozesse im Hinblick auf die uneingeschränkte Zugänglichkeit des allgemeinen Gesundheitssystems für Menschen mit Behinderungen fördern sowie darüber hinaus den Prozess zu einem inklusiven Gemeinwesen unterstützen, denn Gesundheit ist - insbesondere in Bezug auf Behinderung und Teilhabe - in allen Lebenslagen und Altersgruppen ein Schlüsselthema. 

Dr. med. Matthias Albers leitet die Abteilung Soziale Psychiatrie des Kölner Gesundheitsamtes und ist Mitglied im erweiterten Vorstand der LAG Sozialpsychiatrische Dienste NRW.