

**Ausschuss für Angelegenheiten der  
psychiatrischen Krankenversorgung  
des Landes Sachsen-Anhalt**

**Erfahrungen mit dem PsychKG LSA**

Beiträge zur Ausschuss-Sitzung  
am 23.03.2000 in Naumburg



Ausschuss für Angelegenheiten der  
psychiatrischen Krankenversorgung  
des Landes Sachsen- Anhalt

## Erfahrungen mit dem PsychKG LSA

Beiträge zur Ausschuss-Sitzung  
am 23.03.2000 in Naumburg

Herausgegeben von  
Felix M. Böcker, Naumburg

Halle 2000

Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen  
Krankenversorgung des Landes Sachsen- Anhalt  
Geschäftsstelle: c/o Landesamt für Versorgung und Soziales  
Neustädter Passage 15, 06122 Halle/Saale  
Tel. +49- 345- 6912 305 (Fax 308)

Priv. Doz. Dr. med. Felix M. Böcker  
Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie  
am Kreis Krankenhaus Saale-Unstrut  
Friedensstraße 7, 06618 Naumburg  
Tel. +49- 3445- 72 1800 (Fax 1802)

## **Vorwort:**

Die Unterbringungsgesetze sind in manchen Bundesländern erst kürzlich novelliert worden; in anderen steht eine Überarbeitung bevor. Eine Konvergenz der unterschiedlichen landesrechtlichen Regelungen ist noch nicht erkennbar; über Konsequenzen für die regionale klinisch- psychiatrische Versorgung ist wenig bekannt.

Mit dem Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen des Landes Sachsen-Anhalt (PsychKG LSA), das 1992 in Kraft getreten ist, war Sachsen- Anhalt das erste der neuen Bundesländer, das die Hilfeleistung für psychisch kranke und seelisch behinderte Mitbürger rechtlich neu geordnet hat. Der Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung hat seine diesjährige Frühjahrssitzung den Erfahrungen gewidmet, die seither mit dem PsychKG LSA gesammelt wurden. Um zu überprüfen, ob die dort getroffenen Regelungen sich bewährt haben, hat der Ausschuss Statements zusammengetragen, die aus der Sicht von sozialpsychiatrischen Diensten, niedergelassenen Ärzten, psychiatrischen Kliniken, Polizei und Rettungsdienst, Gerichten und Verwaltungsbehörden, Angehörigen und Betroffenen den Umgang mit psychisch Kranken auf der Grundlage des Gesetzes beleuchten. Selbstverständlich war auch zu erörtern, ob Erfahrungen aus der Praxis für einzelne Bestimmungen eine Fortschreibung nahelegen. Durchaus beabsichtigt war ein räumlicher und zeitlicher Bezug zur Tagung "Unterbringungsrecht in Deutschland", die am 24.03.2000 ebenfalls in Naumburg stattfand und von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde DGPPN gemeinsam mit der Bundesdirektorenkonferenz psychiatrischer Krankenhäuser und dem Arbeitskreis der Leiter psychiatrischer Abteilungen ausgerichtet wurde.

Zur Vorbereitung der Sitzung hat der Ausschussvorstand im Oktober 1999 die kommunalen Gebietskörperschaften gebeten, ihre Erfahrungen zu schildern. Von Interesse waren Erkenntnisse der mit dem Vollzug des PsychKG LSA befassten Verwaltungsbehörden und der sozialpsychiatrischen Dienste. Neben statistischen Daten zur Häufigkeit von Unterbringungsverfahren und vorläufigen Einweisungen ging es um die Frage, ob dem PsychKG LSA für die bedarfsgerechte Gestaltung der Versorgung in der Region eine Bedeutung zukommt und ob darin dem Rechtsschutz der Betroffenen, dem Rechtsschutz der Angehörigen, dem Recht auf Behandlung und den Interessen der Allgemeinheit angemessen Rechnung getragen wird. Alle 23 Landkreise und kreisfreien Städte des Landes haben auf unsere Anfrage geantwortet; dafür gebührt ihnen Dank.

Neben den Referenten, denen an dieser Stelle ebenfalls für Ihre Mitwirkung herzlich zu danken ist, und Mitgliedern des Ausschusses und der Besuchskommissionen waren 80 Gäste der Einladung in das Tagungszentrum "Naumburg- Haus" gefolgt, darunter der Präsident des Landesamtes für Versorgung und Soziales, Knut Lehmann, und die Leiterin des Referates 26 im Ministerium für Arbeit, Frauen, Soziales und Gesundheit, Frau Dr. Heidemarie Willer. Allen Gästen sei gedankt für ihren Beitrag zu einer sehr lebendigen und anregenden Diskussion. Diese Broschüre soll die wesentlichen Ergebnisse der Sitzung dokumentieren und allen Interessierten im Land zugänglich machen.

Priv. Doz. Dr. med. Felix M. Böcker  
Vorsitzender des Ausschusses

## **Inhaltsverzeichnis:**

<b>Vorwort</b>	V
Felix M. Böcker, Naumburg	
<b><u>Teil I: Praktische Erfahrungen</u></b>	1
<b>Erfahrungen mit dem PsychKG LSA im sozialpsychiatrischen Dienst</b>	3
Birgit Hügler, Dessau	
<b>Erfahrungen mit dem PsychKG LSA in der Praxis eines Nervenarztes</b>	7
Norbert Michalski, Weißenfels	
<b>Erfahrungen in der psychiatrischen Abteilung eines Krankenhauses</b>	11
Meinulf Kurtz, Ballenstedt	
<b>Erfahrungen von Angehörigen psychisch Kranker</b>	13
Gisela Matthäus, Osterburg	
<b>Erfahrungen der Polizei</b>	19
Dietmar Gebel, Halle	
<b>Die Sicht des Unterbringungsrichters</b>	21
Karin Hopfmann, Naumburg	
<b><u>Teil II Bedeutung für die Versorgung psychisch Kranker</u></b>	25
<b>Absichten des Gesetzgebers und ihre Umsetzung</b>	27
Winfried Reckers, Magdeburg	
<b>Ergebnisse einer Umfrage bei den Landkreisen und kreisfreien Städten des Landes Sachsen- Anhalt</b>	31
Ulrike Feyler, Bernburg	
<b>Besonderheiten in Niedersachsen, Thüringen und Sachsen</b>	37
Dietrich Rehbein, Quedlinburg	
<b>Regionsbezogene Hilfeplanung</b>	41
Peter Brieger, Halle	
Nachtrag:	
<b>Erfahrungen im Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung</b>	41
Felix M. Böcker, Naumburg	
Anschriften	

# Erfahrungen mit dem PsychKG LSA

## Teil I: Praktische Erfahrungen



# Erfahrungen mit dem PsychKG LSA im Sozialpsychiatrischen Dienst

Birgit Hügler, Dessau<sup>1</sup>

Ich wurde gebeten, Ihnen über Erfahrungen mit dem PsychKG LSA aus der Sicht des Sozialpsychiatrischen Dienstes am Beispiel von Dessau zu berichten. Nach unseren praktischen Erfahrungen haben sich die im PsychKG LSA getroffenen Regelungen im Wesentlichen bewährt. Obwohl nicht Thema meines Beitrages, sei doch erwähnt, dass die Mitarbeiter des Ordnungsamtes und die Kollegen der Psychiatrischen Klinik in Dessau ebenfalls dieser Ansicht sind.

## Zu den Schutzmaßnahmen:

In Dessau wurde es so eingerichtet, dass im Unterbringungsverfahren das Ordnungsamt als antragstellende Behörde fungiert und zugleich den Vollzug leistet. Die Rettungssanitäter der Feuerwehr sind ebenfalls zu Vollzugsbeamten bestellt worden. Sie werden auch außerhalb der regulären Dienstzeiten (im Bereitschaftsdienst) tätig.

Der Sozialpsychiatrische Dienst ist also nicht mit dem Vollzug befasst und nicht befugt, Zwang anzuwenden. Der Schwerpunkt unserer Tätigkeit liegt bei den Hilfeleistungen. Die behördliche Trennung von Zwang und Hilfe empfinden wir als günstige Lösung.

In meiner Funktion als Psychiaterin beim Gesundheitsamt werde ich allerdings vom Ordnungsamt mit Untersuchungen nach § 8 beauftragt. Die Anzahl haben wir nicht statistisch erfasst. In Abhängigkeit vom Einzelfall erfolgt die Untersuchung als Hausbesuch oder im Rahmen einer Vorführung durch Ordnungsamt oder Polizei, ab und zu auch direkt im Polizeirevier. Unterbringungen sind nur in ganz wenigen Fällen notwendig. Meist können wirksame Hilfen eingeleitet werden.

Behandlungsaufgaben nach § 10 sind nach meiner Erfahrung praktisch wenig wirksam. Ich selbst habe noch keinen Patienten erlebt, der mit einer schriftlichen Behandlungsaufgabe des Ordnungsamtes davon überzeugt werden konnte, sich in Behandlung zu begeben, wenn dies zuvor im Arztgespräch nicht gelungen war.

In Tab. 1 ist die Häufigkeit von Unterbringungen nach § 14 und vorläufigen Einweisungen nach § 15 in der Stadt Dessau dargestellt. Erfasst wurden die Jahre 1995 bis 1999 nach der Statistik des Ordnungsamtes und der Statistik der Psychiatrischen Klinik. Der letzten Zeile können Sie entnehmen, wie oft der Sozialpsychiatrische Dienst beteiligt war. Ergänzend (in Klammern) die Anzahl der Unterbringungen nach Betreuungsgesetz, die vom sozialpsychiatrischen Dienst initiiert wurden.

Die Psychiatrische Klinik in Dessau verfügt erst seit dem 12. Mai 1997 über eine geschlossene Station. Zuvor wurden Patienten aus Dessau (nach § 14 mit richterlichem Beschluss) im Landeskrankenhaus Bernburg untergebracht. Auffällig ist, dass das Ordnungsamt wesentlich mehr vorläufige Einweisungen registriert hat als die Klinik. Das Ordnungsamt hat jeden Patienten, der vom Rettungsdienst gegen seinen Willen oder im Zustand der Willenlosigkeit in die Psychiatrische Klinik transportiert wurde, als vorläufig Eingewiesenen gezählt.

Von der Klinik wurden dagegen nur die Patienten erfasst, die nach der ärztlichen Untersuchung (Arztgespräch) ausdrücklich nicht zur Behandlung bleiben wollten, so dass dann ein Protokoll über eine vorläufige Einweisung nach PsychKG unterzeichnet werden musste. Die anderen Fälle wurden als Vorführung zur fachärztlichen Untersuchung angesehen. Von der Psychiatrischen Klinik wurde uns die in der Tab. 2 aufgeführte dazugehörige Diagnosestatistik zur Verfügung gestellt.

---

<sup>1</sup> Dipl.-Med. Birgit Hügler ist Leiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes am Gesundheitsamt der Stadt Dessau

### Zu den Hilfen:

Hier möchte ich auf einige aus meiner Sicht wesentliche Entwicklungen und daraus folgenden Probleme eingehen.

Der Sozialpsychiatrische Dienst leistet umfassende Hilfen unter Beachtung des Subsidiaritätsprinzips. Die Suchtberatung wurde an zwei Beratungsstellen in freier Trägerschaft übertragen. Chronisch mehrfach geschädigte Suchtkranke werden allerdings weiterhin vom Sozialpsychiatrischen Dienst betreut. Bisher handelt es sich ausschließlich um Alkoholranke; chronisch mehrfach geschädigte Drogenranke sind uns noch nicht bekannt. Bei den Hilfeleistungen für chronisch mehrfach geschädigte Suchtkranke steht die soziale Existenzsicherung im Vordergrund. Weiterhin bemühen wir uns, diese Klienten zu motivieren, Eingliederungsangebote nach §§ 39 und 40 BSHG (Vermittlung in Übergangs- und Langzeiteinrichtungen) anzunehmen. Wenn erforderlich, werden juristische Betreuungen angeregt, in bestimmten Fällen auch die dazugehörigen Gutachten erstellt.

Von den 322 Klienten, die unser Dienst im Jahre 1999 beraten hat, waren die chronisch mehrfach geschädigten Alkoholranke als zweitstärkste Gruppe in der Diagnosestatistik vertreten. (Schizophrene Psychosen: 74 Klienten; Alkoholkrank: 64 Klienten).

Da die Betreuung der chronisch mehrfach geschädigten Suchtkranke aufsuchend erfolgen muss (Hausbesuche, Behördenbesuche), wird ein Großteil unserer Arbeitszeit hierdurch in Anspruch genommen. Insgesamt ist festzustellen, dass sich unser Tätigkeitsprofil stark zu Lasten der aufsuchenden Tätigkeit verschoben hat. Die Anzahl der Hausbesuche ist von 1992 bis 1998 Jahr für Jahr angestiegen (Tab. 3).

Diese Entwicklung ist folgendermaßen zu erklären: Bis 1992 gab es in Dessau noch kein Obdachlosenproblem. Klienten wurden uns hauptsächlich von den niedergelassenen Ärzten und von der Klinik zur Nachsorge überwiesen, nur wenige vom Ordnungsamt. Nachdem die ersten Zwangsräumungen stattgefunden hatten, war den zuständigen Mitarbeitern des Sozialamtes aufgefallen, dass es sich bei den betroffenen Bürgern überwiegend um Alkoholranke handelte. Es galt dann, bereits im Vorfeld zu prüfen, ob Hilfeleistungen möglich sind und ob damit die drohende Obdachlosigkeit abgewendet werden kann. Wir baten das Ordnungsamt und die Wohnungsgesellschaften, uns zu informieren, wenn Hinweise dafür gegeben sind, dass soziales Versagen oder Fehlverhalten eines Bürgers durch eine psychische Krankheit, Suchtkrankheit, geistige oder seelische Behinderung zu erklären ist. In allen Fällen handelte es sich tatsächlich um Personen, die unter § 1 des PsychKG fielen (überwiegend Alkoholranke, auch allein lebende geistig Behinderte und psychisch Kranke).

Auf Grund steigenden Arbeitsaufkommens wurde 1994 und 1997 eine weitere Personalstelle für unseren Dienst bewilligt. Die aktuelle Personalbesetzung umfasst eine Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, zwei Sozialarbeiter, eine psychiatrisch erfahrene Krankenschwester und eine Schreibkraft.

Dem gegenüber steht das kontinuierliche Absinken der Dessauer Einwohnerzahl (von 95.104 Einwohnern zum 31.12.1992 auf 84.409 Einwohner zum 31.12.1999). Nach unserem Eindruck nimmt aber die Anzahl der Hilfebedürftigen in Dessau nicht ab. Angesichts der sinkenden Einwohnerzahl wird es immer schwieriger, den Personalbedarf in unserem Dienst zu begründen. Die Richtlinien für den Auf- und Ausbau Sozialpsychiatrischer Dienste im Land Sachsen-Anhalt (Runderlass des Ministeriums vom 26.03.1993) wirken sich hier eher nachteilig aus.

### **Diskussion**

Frau MR Dr. Schneider, Leiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Landeshauptstadt Magdeburg, wies anhand eigener statistischer Daten auf einen sprunghaften Anstieg drogenabhängiger Patienten und drogeninduzierter Psychosen hin (Tab. 4).

Tab. 1: Unterbringungen nach PsychKG LSA: Stadt Dessau

	Ordnungsamt		Klinik*		Beteiligung SpDi		Unterbringung nach BtG
	§ 14	§ 15	§ 14	§ 15	§ 14	§ 15	
1995	5	35			4	-	2
1996	7	61			4	-	2
1997	9	51			2	-	1
1998	7	51	7	1	1	-	1
1999	10	42	10	6	2	1	2

§ 14: Unterbringung für mehr als 24 Std. mit richterlichem Beschluss; § 15: Vorläufige Einweisung

\* St. Josefs- Krankenhaus Dessau, geschlossene Station seit 12.5.97

Tab. 2: Diagnosen untergebrachter Patienten: Psychiatrische Klinik Dessau\*

Vorschrift	Diagnose	Anzahl
<b>§ 14 (richterliche Unterbringung)</b>	schizophrene Psychose	6 Patienten
	schizoaffektive Psychose	3 Patienten
	manisches Syndrom bei bipolarer Erkrankung	2 Patienten
	depressives Syndrom im Senium (suizidal)	2 Patienten
	Alkoholabhängigkeit bei Schizophrenia simplex	2 Patienten
	Suizidversuch bei Persönlichkeitsstörung	2 Patienten
<b>§ 15 (vorläufige Einweisung)</b>	Erregungszustand bei Alkoholabhängigkeit	4 Patienten
	schizoaffektive Psychose	1 Patient
	Politoxikomanie	1 Patient
	Suizidversuch bei Persönlichkeitsstörung	1 Patient

\* Patienten der Jahre 1998 und 1999

Tab. 3: Besuchstätigkeit des sozialpsychiatrischen Dienstes Dessau

Jahr	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Besuche*	<b>305</b>	<b>411</b>	<b>554</b>	<b>645</b>	<b>887</b>	<b>1.263</b>	<b>1.608</b>	<b>1.562</b>

\* Hausbesuche und Behördenbesuche mit oder ohne Klienten

Tab. 4: Einweisungen nach §§ 13/15 PsychKG LSA in Magdeburg\*

	1996	1997	1998	1999
<b>Einweisungen insgesamt</b>	<b>315</b>	<b>368</b>	<b>426</b>	<b>350</b>
davon:				
Unterbringung nach Betreuungsgesetz	48	40	20	50
Unterbringung nach § 14 PsychKG LSA	41	124	130	92
Zustimmung zur stationären Behandlung	88	112	176	112
Entlassung nach 24 Stunden	138	92	100	96
davon:				
Erregung bei geistiger Behinderung:	2	6	3	
Epilepsie mit gehäuften Krampfanfällen	3	5	2	
Persönlichkeitsstörung		7	6	11
Verwirrtheitszustand/Demenz	29	40	31	15
Psychosen	109	130	173	155
Suizidalität/Suizidversuch	54	42	52	
Drogenprobleme			7	12
Alkoholprobleme (überwiegend Selbstgefährdung)	118	138	152	129

\* Diskussionsbeitrag von Frau Dr. Ilse Schneider, Sozialpsychiatrischer Dienst der Stadt Magdeburg



# Erfahrungen mit dem PsychKG LSA in der Praxis eines Nervenarztes

Norbert Michalski, Weißenfels<sup>2</sup>

seit 1978 arbeite ich als niedergelassener Nervenarzt im Kreis Weißenfels. Psychiatrische Notfälle, bei denen eine stationäre psychiatrische Behandlung dringend erforderlich ist, gehören zur Alltagsroutine eines ambulant tätigen Nervenarztes, wengleich Zwangsmaßnahmen in der vergangenen Zeit und auch nach der Einführung des sogenannten PsychKG LSA am 30.01.1992 eine Ausnahme waren und sind.

Unter den psychiatrisch Erkrankten, wie sie unter § 1 Abs. 1 des Gesetzes genannt werden, sind immer wieder Personen, die keine Krankheitseinsicht haben und demzufolge auch keine Behandlungsbereitschaft zeigen, andererseits aber aufgrund ihrer psychischen Gestörtheit eine Fremd- oder Selbstgefährdung darstellen können und behandelt werden müssen. Im Gespräch mit schwer psychisch Gestörten und deren Angehörigen in der Sprechstunde oder beim Hausbesuch, stehen immer die Bemühungen im Vordergrund, den Patienten über die notwendigen Therapiemaßnahmen und deren Alternativen in Kenntnis zu setzen, mit dem Ziel, möglichst eine freiwillige Behandlung zu erwirken.

Im zweiten Teil des Gesetzes sind die notwendigen Hilfen bei der Behandlung und der Überwindung einer psychischen Erkrankung festgelegt. Im Kreis Weißenfels ist das Ziel, eine möglichst rasche und umfassende sozialpsychiatrische Hilfe und ambulante Therapie einzuleiten, umgesetzt. Es existiert ein Sozialpsychiatrischer Dienst, der dem Amtsarzt untersteht und der gut und effektiv mit den niedergelassenen Ärzten zusammenarbeitet. Auftretende Probleme der Versorgung, der Behandlung oder Nachbehandlung nach stationären Behandlungen psychisch Kranker können so, das Einverständnis des Patienten vorausgesetzt, konstruktiv gelöst werden. Auch die Zusammenarbeit mit den Betreuungsbehörden funktioniert reibungslos. Soweit zu dem Patientenklitel, das im Wesentlichen keine Schwierigkeiten bei der Betreuung und Behandlung bereitet.

Anders sieht die Situation bei den Patienten aus, die keine Krankheitseinsicht oder Behandlungsbereitschaft zeigen, wie sie zum Beispiel bei Suizidalität, Katatonie, Erregungszuständen, schweren Psychosen auftreten können und bei denen die Möglichkeit einer Eigengefährdung oder Fremdgefährdung besteht. Während Notfälle in anderen medizinischen Disziplinen, z. B. ein akuter Bauch oder ein Herzinfarkt, keine juristischen Probleme bei der Unterbringung in einem Krankenhaus bereiten, wird die Unterbringung in einer psychiatrischen Einrichtung grundsätzlich als Freiheitsentzug im juristischen Sinn gedeutet und bedarf deshalb der ausdrücklichen Zustimmung des Patienten. Liegt die Einwilligung nicht vor, sind besondere Maßnahmen erforderlich, um eine stationäre Behandlung durchzusetzen.

Im dritten Teil des Gesetzes, insbesondere in den §§ 11, 12, 13 und 14 sind die Grundsätze einer gegen den Willen des Erkrankten vorgenommenen Einweisung geregelt. Die praktische Umsetzung dieser Paragraphen in einem Notfall oder in einer kritischen Situation, bei einem fremd- oder selbstgefährdenden Patienten, bei dem meistens eine starke Erregung vorliegt, ist schwierig. Oftmals besteht eine Situation, die dringend und sofort der Intervention bedarf. Die gesetzlich vorgeschriebene Prozedur ist aufgrund verwaltungstechnischer Mechanismen für eine Soforthilfe oft wenig geeignet, wie ich an einigen Fallbeispielen aus meiner eigenen Praxis erläutern möchte:

Die Patientin R. K., aus einem dissozialen Elternhaus, leidet an einer leichten Intelligenzminderung und entwickelt mit 17 Jahren eine akute schizophrene Symptomatik. Vor der Behandlung in meiner Praxis erfolgten bereits zwei stationäre psychiatrische Behandlungen und ein Behandlungsabbruch bei einer anderen ambulant tätigen Nervenärztin wegen aggressiver Handlungen in deren Praxis. Bei der Patientin bestehen massive Wahnvorstellungen und Halluzinationen. Die Patientin entwickelte den Wahn, selbst

---

<sup>2</sup> Dr. med. Norbert Michalski ist niedergelassener Nervenarzt in Weißenfels

Nervenärztin zu sein. Es besteht bei ihr keine Krankheitseinsicht und nur bedingte Behandlungsbereitschaft, später lehnt sie eine Therapie vollständig ab. Sie ist mehrfach, auch in meiner Praxis, durch aggressive Handlungen aufgefallen. Sie war jedoch immer wieder zu beruhigen. An einem Freitag, gegen 9.00 Uhr, stürmt die Patientin in die Praxisräume. Sie will hier jetzt ihre Sprechstunde abhalten, bedroht im Behandlungszimmer einen anderen Patienten, droht mit Suizid, wenn sie ihr Vorhaben nicht sofort verwirklichen kann, verletzt eine zum Schutz des anderen Patienten herbeigerufene Schwester, zerschlägt Gegenstände in den Praxisräumen, blockiert die Praxis, kann nicht beruhigt werden. Sie ist nicht bereit, sich ein Beruhigungsmittel injizieren zu lassen. Polizei und Ordnungsamt werden verständigt, insbesondere wegen der wiederholt ausgestoßenen Suizidandrohungen. Sowohl Polizei als auch Ordnungsamt benötigen über zwei Stunden Zeit, um in der Praxis zu erscheinen. In dieser Zeit droht die Patientin immer wieder dem Personal, dem Arzt und den Patienten, ist laut und aggressiv, verlässt auch die Praxis nicht, da sie ja hier Sprechstunde machen möchte. In der Folge, die Polizei beaufsichtigt unterdessen die Patientin, erstelle ich das schriftliche Gutachten. Es erfolgt ein Rückruf des Vertreters des Ordnungsamtes mit dem Richter. Die Patientin wird mit dem Gutachten dem Richter vorgestellt. Die Einweisung der Patientin in die Klinik erfolgt endlich in den Abendstunden.

Dieses Beispiel zeigt, dass ein erheblicher zeitlicher und bürokratischer Aufwand erforderlich ist, um eine hochbrisante, akute Situation logistisch und effektiv in den Griff zu bekommen. Für das Personal der Praxis, für die anwesenden Patienten und für den Arzt bedeuten solche Situationen einen immensen Stress und auch ein erhebliches Gefährdungspotential, ohne dass rasch und effektiv eingegriffen werden kann.

Ein zweites Beispiel: Im nächtlichen Notdienst wird ein Kollege, alarmiert durch Hausbewohner, zu einem hochbetagten, älteren und völlig verwirrten Herrn gerufen, der in seinem Wohnblock seit Stunden herumtobt, an Türen trommelt, immer aggressivere Reden führt und andere Bewohner im Haus bedroht, in seiner Verwirrung aufgereggt im Treppenhaus hin- und herläuft und somit eine Eigengefährdung (Sturzgefahr) heraufbeschwört. Zunächst versucht der gerufene Kollege durch gutes Zureden eine Behandlungsbereitschaft bei dem Mann zu erreichen. Es gelingt, ihn zunächst in die verwahrloste Wohnung zu führen. Dort drängt der Patient immer wieder weg, läuft aus der Wohnung und wird verbal und körperlich aggressiv bei den Versuchen, dieses zu verhindern. Der Patient kann weder von einer medikamentösen Behandlung noch von einer stationären Aufnahme überzeugt werden. Er lehnt jegliche medizinische Maßnahmen ab. Nach einstündigen Bemühungen entschließt sich der Notarzt, das Ordnungsamt zu verständigen. Nach geraumer Zeit, es ist nachts, erscheint ein Mitarbeiter des Ordnungsamtes vor Ort. Unterdessen ist der Patient infolge der ungewohnten körperlichen Anstrengung entkräftet und schläfrig geworden. Auf die jetzt noch einmal gestellte Frage, ob er sich behandeln ließe, gibt er an, seinen Hausarzt am nächsten Tag aufsuchen zu wollen. Damit unterbleiben weitere Maßnahmen. In der darauffolgenden Nacht ereignet sich der gleiche Ablauf, da sich natürlich der Patient nicht in die Behandlung seines Hausarztes begeben hat.

§ 13 regelt, dass bei einem psychisch Kranken eine erhebliche Eigengefährdung oder eine erhebliche Fremdgefährdung vorliegen muss. Nur dann ist eine mit Freiheitsentzug verbundene Unterbringung zulässig. Wann eine erhebliche Eigen- und Fremdgefährdung vorliegt, erweist sich in der Praxis jedoch zeitweilig als schwer definierbar. Es bedeutet mitunter für Patienten, die keine Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft haben, dass ein langer un behandelter Krankheitsprozess vor ihnen liegt, bis die Situation soweit eskaliert ist, dass eine Unterbringung in eine Klinik gerichtlicherseits gerechtfertigt ist. Auch dieses möchte ich an einem Beispiel belegen:

Die Patientin B. E., 1961 geboren, war bis 1991 gesund. Dann begann sie, sich zunehmend von der Umwelt zu isolieren, zog sich in die Wohnung zurück, ging plötzlich nicht mehr zur Arbeit, kündigte nicht, meldete sich auch nicht auf dem Arbeitsamt an. Auf Vorhaltungen der Eltern reagierte sie nicht. Die Patientin wurde gekündigt, erhielt keinerlei Zahlungen vom Arbeitsamt, die Zahlungen an die Krankenkasse, Rentenversicherung usw. wurden eingestellt. Damit erloschen die Ansprüche auf Krankenversicherung und

Rentenversicherung. Die Patientin schreit nachts, tobt in der Wohnung, fühlt sich bedroht, vergiftet. Die Nachbarn beschwerten sich über den Lärm. Die Patientin versorgt sich selbst nicht mehr mit Essen, nimmt jedoch gelegentlich Essen von den Eltern ab.

1991 ein erster psychiatrischer Hausbesuch auf Wunsch des Amtsarztes (noch vor Inkrafttreten des PsychKG LSA). Die Patientin verweigert die Behandlung. Sie verweigert eine stationäre Aufnahme. Eine erhebliche Selbstgefährdung liegt nicht vor.

1994 Zuspitzung der Situation. Die Patientin ist bis dahin nicht arbeiten gegangen, war weiterhin, wie beschrieben, auffällig. Jetzt kommt es nachts zu massiven Tobsuchtsanfällen. Die Patientin isst nicht regelmäßig. Es bestehen unverändert Wahnvorstellungen, keine Behandlungsbereitschaft und Krankheitseinsicht. Es erfolgt ein nervenärztlicher Hausbesuch zusammen mit dem zuständigen Richter. Es wird keine lebensbedrohliche Situation festgestellt. Es erfolgt keine Einweisung.

Einige Wochen später weitere Eskalation. Die Patientin nimmt jetzt auch keine Nahrung mehr von den Eltern an (Vergiftungswahn). Jetzt erfolgt schließlich die Einweisung nach dem PsychKG LSA (drei Jahre Krankheitsentwicklung!!). Unterdessen Verlust aller sozialen Leistungen. Die Wohnung ist verwahrlost. Nach der Entlassung aus der Klinik erhält die Patientin Depot-Neuroleptika bis 1997. In dieser Zeit war eine Betreuung eingerichtet. Infolge der Besserung des psychischen Zustandes erfolgte die Aufhebung der Betreuung. Kurze Zeit später lehnt die Patientin eine weitere Injektionsbehandlung ab. Orale Medikamente werden nicht regelmäßig eingenommen, schließlich werden diese von ihr abgesetzt. Dann kommt es zum Abbruch der Behandlung. Die Symptomatik entwickelte sich wie 1994. 1999 erfolgt dann, nach erneuter Zuspitzung mit lebensbedrohlicher Situation (Nahrungsverweigerung), die erneute gerichtliche Einweisung der Patientin. Die zwischenzeitlichen Versuche, auf die Patientin durch die psychiatrische Fürsorge Einfluss zu nehmen, scheiterten jeweils an ihrer Uneinsichtigkeit.

Der Krankheitsverlauf dieser Patientin zeigt auf, wie schwierig es ist, bei einer Verweigerung eines psychiatrischen Gesprächs oder Verweigerung des Kontaktes eine nach außen kritische Situation immer fachgerecht einzuschätzen. Es ist schwierig, den genauen Zeitpunkt der Selbst- oder Fremdgefährdung zu erkennen, um dann im richtigen Moment die verwaltungstechnischen Schritte einzuleiten.

Das ärztliche Handeln und die Entscheidungen haben immer davon auszugehen, dass eine Behandlung gegen den Willen des Patienten, mag diese noch so im Interesse desselben stehen, nicht zulässig ist. Die in Deutschland übliche Rechtsprechung geht davon aus, dass eine Behandlung mit bestimmten Psychopharmaka, insbesondere mit Neuroleptika, als "persönlichkeitsverändernder Eingriff" zu verstehen ist. Aus nervenärztlicher Sicht ist dieses Verständnis einer medikamentösen Therapie schwerer Psychosen als "persönlichkeitsverändernder Eingriff" nur sehr schwer nachzuvollziehen, muss aber aufgrund der herrschenden deutschen Rechtslehre zur Kenntnis genommen und respektiert werden.

Die verantwortungsbewusste Handhabung der gesetzlichen Bestimmungen im oben genannten Beispiel bedeutet deshalb zunächst, dass eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes der Patientin in Kauf genommen werden musste. Ebenso waren erhebliche soziale Probleme abzusehen. Die im Absatz 2 des Gesetzes genannten Hilfen bei der Behandlung und Überwindung einer psychischen Erkrankung griffen bei der Patientin aufgrund der völligen Uneinsichtigkeit nicht. Eine Behandlung gegen den Willen der Patientin konnte per PsychKG erst durchgesetzt werden, als eine erhebliche Eigengefährdung bestand.

Nun noch einige Worte zur Erstellung der Gutachten: Diese sollten mindestens folgende Punkte beinhalten: Als Adressaten das zuständige Gericht; die Personalien des Patienten; den psychopathologischen Befund und die Diagnose (gegebenenfalls eine Verdachtsdiagnose), eine Begründung der notwendigen geschlossenen Aufnahme, Hinweise auf eine erhebliche Eigen- und Fremdgefährdung sowie fehlende Krankheitseinsicht und Einwilligungsfähigkeit. In der Regel bedeutet die Erstellung eines

Sachverständigengutachtens kein Problem für einen niedergelassenen Nervenarzt. Im Weißenfelser Einzugsgebiet sind im Zusammenhang mit den Sachverständigengutachten in den Jahren seit Bestehen des PsychKG keine Schwierigkeiten aufgetreten.

Abschließend kann festgestellt werden, dass Einweisungen nach dem PsychKG LSA in den letzten zehn Jahren im Rahmen der Behandlung psychisch gestörter Patienten eine extreme Ausnahme bildeten. Betroffen waren im wesentlichen Patienten mit endogenen, meist schizophrenen Psychosen und Suchtkranke.

# Erfahrungen mit dem PsychKG LSA in der psychiatrischen Abteilung eines Krankenhauses

Meinulf Kurtz, Ballenstedt<sup>3</sup>

Im Allgemeinen stellt das PsychKG LSA eine gute gesetzliche Grundlage dar, insbesondere, weil es nicht nur das Unterbringungsrecht regelt, sondern ambulanten Hilfen und Therapiemaßnahmen den Vorrang gibt und wesentliche Hinweise auf nachsorgende Hilfen beinhaltet. Es sollen einige praktische Erfahrungen im Umgang mit dem Gesetz aus der Sicht einer Psychiatrischen Abteilung am Allgemeinkrankenhaus mit Vollversorgung referiert werden. Dabei ergeben sich neben der allgemeinen positiven Einschätzung auch einige kritische Anmerkungen.

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums Quedlinburg gGmbH "Dorothea Christiane Erleben" hat de facto die Vollversorgung für den Landkreis Quedlinburg übernommen. Dies bezieht sich ohne Einschränkungen auf die Unterbringung gemäß PsychKG LSA. Die Zahlen, die mir freundlicherweise mit Unterstützung des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes Quedlinburg zur Verfügung gestellt wurden, weisen Folgendes aus:

Bis zum Inkrafttreten des Gesetzes 1992 erfolgten die sogenannten "Zwangseinweisungen" gemäß Einweisungsgesetz der DDR überwiegend in das Landeskrankenhaus Haldensleben. Auf dieser gesetzlichen Grundlage wurden bis 1992 etwa durchschnittlich zehn solche Einweisungen pro Jahr vorgenommen.

Seit der Eröffnung der Psychiatrischen Abteilung am Kreiskrankenhaus, jetzt Klinikum Quedlinburg, erfolgt die Einweisung gemäß PsychKG nicht mehr außerhalb des Landkreises. Die Zahl der Einweisungen entsprechend PsychKG LSA variierte in den Jahren 1992 bis 1999 zwischen 15 und 28 Patientinnen/Patienten pro Jahr. Dabei ist festzuhalten, dass weder eine steigende noch eine sinkende Tendenz wirklich feststellbar ist. Hinsichtlich der diagnostischen Zuordnungen stehen Erkrankungen mit Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, häufig in Kombination mit einem Suchtmittelmissbrauch bzw. einer entsprechenden Abhängigkeit, im Vordergrund. An zweiter Stelle hinsichtlich der Häufigkeit sind Suchterkrankungen, insbesondere die Alkoholabhängigkeit zu nennen. In den letzten drei Jahren ist eine leicht steigende Tendenz der Einweisung von Patienten mit akuten Krankheitsbildern im Zusammenhang mit einer Demenz zu erkennen.

Hinsichtlich des Verfahrensweges ist darauf hinzuweisen, dass der Regelfall über eine Anwendung des § 15 (vorläufige Einweisung) erfolgt.

Die Aufgaben der Verwaltungsbehörde sind im Landkreis Quedlinburg am Gesundheitsamt angesiedelt, wiederum in enger Zusammenarbeit mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst. Diesbezüglich kann auf sehr gute Erfahrungen der Zusammenarbeit verwiesen werden. Positiv sind auch unsere Erfahrungen mit der Amtshilfe durch die Polizei, sowohl hinsichtlich der "Schnelligkeit" des Eintreffens vor Ort wie auch im Hinblick auf den angemessenen Umgang mit unseren Patienten. Insgesamt hat sich auch die Zusammenarbeit mit dem beteiligten Amtsgericht bzw. den beteiligten Richterinnen positiv entwickelt. Praktische Schwierigkeiten ergeben sich vorrangig an den Wochenenden, wenn der Bereitschaftsdienst durch auswärtige Richter anderer Amtsgerichte gewährleistet wird. (zum Teil begnügen Richter aus Nachbarkreisen sich mit telefonischer Anhörung, zum Teil sind sie erst am nächsten Tag vor Ort).

Im Allgemeinen haben wir die Erfahrung gemacht, dass das Gespräch zwischen Juristen und Ärzten nicht immer einfach ist, bei positivem Willen aber wechselseitige Lernprozesse aktiviert werden können, die schließlich zu einer angemessenen Verständigung beitragen (beispielsweise zu Fragen wie: Was heißt "krank" und "behandlungsbedürftig", wann besteht

---

<sup>3</sup> Dr. med. Meinulf Kurtz ist Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Dorothea Christiane Erleben Quedlinburg

Selbst- und Fremdgefährdung, wann ist ein auffälliger Betroffener krank, wann nur aggressiv ohne Krankheitswert). Für die Zukunft wären diesbezüglich häufiger gemeinsame Weiterbildungsveranstaltungen wie die aktuelle Tagung in Naumburg wünschenswert.

Eine kritische Detailanmerkung sei zur Frage der besonderen Sicherungsmaßnahmen, insbesondere zu den sprachlichen Formulierungen im § 19 PsychKG LSA gestattet. Als besondere Sicherungsmaßnahme wird u.a. "die Absonderung in einem besonderen Raum" aufgeführt. Wenn der Satz, "Sprache, die für Dich dichtet und denkt", gültig ist, wäre hier bei einer eventuellen Revision des Gesetzes eine andere Sprachregelung wünschenswert. Es handelt sich zwar zugegebenermaßen nur um eine Detailformulierung, die nicht ohne den positiven Gesamtkontext des Gesetzes gesehen werden darf, der nämlich die Schwürdigkeit der Persönlichkeitsrechte der Betroffenen in den Vordergrund stellt. In der Praxis scheinen aber durchaus sehr unterschiedliche Auffassungen und Verfahrensweisen hierzu zu bestehen. Aus der praktischen Erfahrung unserer Klinik, die wie oben dargestellt, die Vollversorgung übernommen hat, was auch bedeutet, dass keine Selektion der Patientenzuweisung stattfindet und wir insofern auch die ganze Bandbreite aggressiver Verhaltensweisen vorfinden, möchte ich zusammenfassend darlegen, dass wir einen solchen Raum für nicht erforderlich halten und eher die Sorge haben, dass, wo ein solcher Raum zur Verfügung steht, er doch häufiger als zwingend erforderlich genutzt werden könnte.

Abschließend sei aus der praktischen Erfahrung auf das Problem des Umgangs mit jugendlichen Patienten im Alter von etwa 15 - 17 Jahren hingewiesen, die gelegentlich einer Unterbringung in einem Krankenhaus bedürfen, etwa wegen einer früh manifesten psychischen Erkrankung oder aufgrund eines akuten erheblichen Drogenmissbrauchs. Hier stellt der Verfahrensweg des BGB in der realen Situation vorrangig oder noch verschärft an Wochenenden sowohl Notärzte, als auch Verwaltungsbehörden und Kliniken vor extrem schwierige Situationen. Eltern sind häufig nicht zu erreichen, das Jugendamt ist nicht besetzt, ebenso das Vormundschaftsgericht. Hier wäre zu prüfen, ob nicht doch gesetzliche Neuregelungen möglich bzw. erforderlich sind.

# Erfahrungen von Angehörigen psychisch Kranker

Gisela Matthäus, Osterburg<sup>4</sup>

Meine Ausführungen basieren auf der Zuarbeit von Mitgliedern des Landesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker, der Diskussion in der Selbsthilfegruppe, die aus Angehörigen und betroffenen psychisch Kranken besteht, und der Absprache mit dem Vorstand unseres Landesverbandes. Damit möchte ich deutlich machen, dass ich hier nicht nur meine eigene Meinungsbildung und persönliche Erfahrungen darlege, sondern das Resultat vieler Hinweise, Anregungen und Erwartungen.

Angehörige meinen, das PsychKG muss fortgeschrieben werden!

Wichtige Hilfen, wie sie bereits formuliert und festgelegt sind, sollten endlich und dringend durch- und umgesetzt, auch im Wortlaut präzisiert werden. Dazu gehört der Erhalt und die tägliche Öffnung der Tages- und Begegnungsstätten, der ambulanten Pflegedienste für psychisch Kranke, aufsuchende Not- und Krisendienste. Der Betreuerschlüssel muss dringend angepasst werden, um z. B. nach einer Klinikentlassung dem sehr viel teureren "Drehtür- Effekt" entgegenzuwirken. Es ist viel Zeit und Geduld erforderlich, um den Kranken bei der Eigenbewältigung des Alltags anzuleiten. Hier könnte ich persönlich, sowie ein Mitglied meiner Selbsthilfegruppe, über erfolgreiche Erfahrungswerte berichten. Es müssen stets verlässliche Hilfen sein, die vorbeugend, begleitend und nachsorgend tätig sind.

Angehörige erwarten personenzentrierte und koordinierte, keine parallelen Hilfen. Die Verantwortlichkeit sollte festgeschrieben werden, wie es z. B. bei der Unterbringung in den Heimen teilweise funktioniert, sonst fühlt sich im ambulanten Bereich niemand zuständig. Eine bittere Erfahrung für uns !

Wir fordern daher auch die dringende und notwendige Zusammenarbeit der Ärzte des ambulanten und des stationären Bereiches mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst und den Angehörigen.

Bei der Diagnosestellung müssen die Angehörigen meistens vor dem Behandlungszimmer bleiben, sie werden nicht mit einbezogen. Ich verweise auf die "Motzener Thesen". Ohne das Einbeziehen der Angehörigen verkommt die Diagnose zur Theorie! Leider ist es noch immer die Ausnahme, dass Angehörige in das Behandlungskonzept einbezogen werden.

Nicht anders verhält es sich bei Zwangseinweisungen. Deshalb fordern Angehörige, bei Anhörungen einbezogen zu werden. Rechtspfleger, die ihre Aufgabe nur formal sehen, sind keine Hilfen für die Kranken. Ich könnte meine eigenen Auseinandersetzungen in einem solchen Fall schildern, doch in der Kürze der vorgegebenen Zeit ist dies nicht möglich.

Wir schlagen vor zu erwägen, ob bei einer Zwangseinweisung die Aufenthaltsbestimmung für 3 - 5 Tage in die Verantwortung des Arztes gelegt werden sollte, bevor es zu einer richterlichen Festlegung kommt. Diese Erwägung schlagen wir aus der Erfahrung vor, dass z. B. akute Krisen in diesem Zeitraum abklingen könnten und dem Erkrankten eine niederschmetternde Prozedur erspart bleibt.

Angehörige befremdet es, dass bei Zwangseinweisungen unnötigerweise durch lautstarkes und aufsehenerregendes Verhalten von Notarzt und Polizei ganze Wohnviertel auf eine solche Maßnahme aufmerksam gemacht werden, selbst wenn sich der Einzuweisende in seiner Wohnung befindet und allen Zugang gewährt! Ein derart unsensibles Vorgehen belastet den Kranken bei der Rückkehr in sein Lebensumfeld.

Wurden Zwangsmaßnahme kurz nach Inkrafttreten des PsychKG voreilig und ohne Not vorgenommen, so beweist sich heute immer mehr genau das Gegenteil: Selbst wenn der Erkrankte dringendste Hilfe benötigt und Angehörige über Jahre immer wieder darauf

---

<sup>4</sup> Gisela Matthäus ist Vorstandsmitglied des Landesverbandes Sachsen- Anhalt der Angehörigen psychisch Kranker

hinweisen und darum bitten, werden ihre Hinweise - hier wende ich mich auch ganz besonders an die zuständigen Richter - im Einzelfall nicht gründlich geprüft. Bei Tötlichkeiten und Bedrohungen durch die Kranken wird auf die Polizei verwiesen, es sollte Anzeige erstattet werden, womit das Spannungsfeld in der Familie noch mehr belastet wird.

Ich verweise auf "Hilfe wider Willen" von Asmus Finzen (S. 157): "Wenn die formalen und inhaltlichen Voraussetzungen erfüllt sind - wenn eine schwere psychische Krankheit vorliegt, die mit Aussicht auf Erfolg behandelbar ist und die Urteilsfähigkeit des Betroffenen aufhebt oder schwer beeinträchtigt, dann gibt es unseres Erachtens nicht nur das Recht der Gesellschaft, eine solche Behandlung zu erzwingen. Dann meinen wir, dass die psychisch Kranken selbst ein Recht darauf haben, dass sie diese Hilfe auch bekommen. Wenn wir sie ihnen vorenthalten, und sei es auch im Namen der Freiheit, ist das nicht nur eine Angriff auf die Würde der Kranken. Es ist schlichte Barbarei."

Angehörige fordern, dass Medizinstudenten und andere Auszubildende für psychiatrische Fachgebiete bereits Erfahrungen zum Krankheitsbild in Angehörigen- und Betroffenen-Selbsthilfegruppen sammeln. Umgekehrt erwarten wir bei Ausbruch der Krankheit von professioneller Seite Aufklärung und Unterstützung für die Betroffenen und ihre Familien.

Bei der Einschätzung einer Pflegestufe für psychisch Erkrankte fordern wir vom Medizinischen Dienst diese Festlegung durch eine Fachkraft. (Eine Herzoperation wird sicher auch nicht von einem Orthopäden durchgeführt.)

In der psychiatrischen Arbeit gibt es keine Qualität ohne Zeit! Die Behandlung darf nicht mit dem Ausstellen eines Rezeptes abgeschlossen sein. Geforderte Wirtschaftlichkeit der Krankenkassen setzt hier am verkehrten Punkt an.

Eine weitere dringliche Forderung: Es muss eine staatliche Festlegung zur Krankenversicherung bei einer Geringfügigkeitsrente geben! Dieser Kampf um Zuschüsse, dem psychisch Kranke gar nicht gewachsen sind, ist beschämend!

Anhand eines Fallbeispiels, das hier auf ausdrücklichen Wunsch der Angehörigen wiedergegeben wird, soll das Schicksal und die Auseinandersetzung mit der Krankheit, Professionellen und den Behörden geschildert werden. Ich könnte viele weitere Berichte anheften. Schicksale, an denen Familien zerbrechen und Angehörige an den Rand der Erschöpfung und selbst in die Krankheit getrieben werden. Angehörige hoffen, dass sich mit der Fortschreibung des PsychKG, dessen Durch- und Umsetzung die verzweifelte Situation der Betroffenen - wie oft sind es gerade junge Menschen - und ihrer Familien ändert. Dazu möchte ich mit diesen Ausführungen beigetragen haben.

### **Fallbeispiel: Wie ich persönlich den Ausbruch und Verlauf einer schizoaffektiven Psychose bei meiner Tochter erlebte**

Ein Bericht über persönliche Erfahrungen, meine Verzweiflung und Ohnmacht über fehlende Hilfeleistungen bei ambulanter Behandlung, die Schwierigkeiten mit den Behörden und den Kampf um ein finanzielles Existenzminimum, aber auch aufkeimende Hoffnung bei der einzigen ambulanten, aber so wirkungsvollen Hilfe der Begegnungsstätten für psychisch Kranke.

Irgendwann im Jahre 1994 brach die Krankheit erstmalig furchtbar, unfassbar und zerstörerisch in das Leben meiner Tochter herein. Sie war gerade 22 Jahre alt. Depression und Halluzinationen ließen meine Tochter verstummen.

Teilweise wurde von verschiedenen Ärzten Hilfe mit Medikamenten gegeben und wieder genommen. Es wurden viele Diagnosen gestellt, aber niemals die Diagnose einer Psychose. Nach der Ablehnung einer Aufnahme in einer psychiatrischen Klinik war der Leidensdruck meiner Tochter so groß, dass wir den Sprung vom Balkon nur in letzter Minute verhindern konnten. Eine Aufnahme im psychiatrischen Krankenhaus erschien mir eine kleine Hoffnung in meiner Ratlosigkeit und Verzweiflung. Dort blieb sie sehr lange, damalige Entlassungsdiagnose: Endogene Depression. Dieser erste Ausbruch der Psychose dauerte ungefähr zweieinhalb Jahre.

Nach fast vollständiger Remission begann sie im März 1998 in einer Integrationsfirma für psychisch

Behinderte (TSE) in Halle als Mitarbeiterin im kaufmännisch-verwaltenden Bereich zu arbeiten. Wir hatten auch endlich eine gute Psychiaterin gefunden, die die ambulante Betreuung hervorragend meistert und bis heute das volle Vertrauen meiner Tochter hat. Leider war meine Tochter der Belastung in der Integrationsfirma noch nicht gewachsen. Die Nerven waren bald total überreizt, Halluzinationen traten auf. Ab Juli/ August 1998 lebte sie bereits in einer anderen Welt, die ich nicht mehr sehen konnte. Sie war nicht mehr arbeitsfähig.

Zu dieser Zeit war ich froh, dass die LVA eine stationäre Heilbehandlung als medizinische Leistung zur Rehabilitation in Flechtingen anordnete. Im September 1997 wurde bereits ein Antrag auf Erwerbsunfähigkeits-Rente gestellt; nach Abschluss des Heilverfahrens sollte über den Rentenanspruch entschieden werden. Der Aufenthalt dort dauerte sieben Wochen. Nach der Entlassung aus der Klinik hoffte ich auf Besserung des Gesundheitszustandes meiner Tochter, aber sie war kaum noch ansprechbar, total überreizt, rannte durch die Wohnung und räumte alles eigenartig um. In kurzen Gesprächen, die möglich waren, erzählte sie mir von "unglaublichen" Erlebnissen in der Klinik. Meine Tochter hatte die ganze Heilbehandlung in einer anderen Welt erlebt. Waren denn in dieser Klinik keine Fachärzte, dass man bei Kurentlassung eine stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben festlegt, obwohl dies absolut nicht mehr möglich war?

Es wurde immer schlimmer, sie war schwer krank und die AOK nahm die Krankenscheine entgegen, aber zahlte kein Krankengeld. Eine Information darüber erhielt meine Tochter nicht! Erst nach Einreichen einer Dienstaufsichtsbeschwerde wurde entschieden, dass Krankengeld gezahlt werden muss. Total verunsichert und verzweifelt suchte ich die behandelnde Psychiaterin auf. Nach der Kurentlassung waren nun sechs Wochen vergangen, aber die behandelnde Ärztin hatte noch keinen Kurentlassungsbericht erhalten.

Die Ärztin handelte sofort, telefonierte mit der Klinik in Flechtingen, und ich nahm auf ihr Anraten Urlaub, um bei meiner Tochter zu bleiben. Das war aber nicht mehr möglich. Sie empfand mich als störend, hatte Wesen in ihrer Wohnung, die ich nicht sehen konnte und deren Anweisungen sie befolgen musste, der Kühlschrank war leer und Medikamente nahm sie nicht mehr ein. Die Hausgemeinschaft verfasste gerade eine Beschwerde wegen nächtlicher Ruhestörung. Rechnungen wurden nicht mehr bezahlt. Die Wohnung war ein Schlachtfeld, das Weihnachtsfest 1998 nahte.

Ich suchte Hilfe beim sozialpsychiatrischen Dienst. Die Sozialarbeiterin vermittelte sofort ein Gespräch mit der zuständigen Psychiaterin. Eine Zwangseinweisung in die Klinik sollte möglichst vermieden werden. Im Januar 1999 konnte unsere Ärztin meine Tochter dazu bringen, freiwillig eine psychiatrische Klinik aufzusuchen. Ich war erleichtert. Endlich erfolgte eine zielgerichtete Behandlung mit Medikamenten. Als die Nerven im Krankenhaus etwas zur Ruhe kamen, gesellte sich zu diesem schizophrenen Zustand noch eine sehr starke Depression. Die Depression wurde trotz Behandlung unerträglich. Eine gleichaltrige befreundete Mitpatientin konnte ihre Depressionen nicht mehr ertragen und legte sich vor die S-Bahn.

Meine Tochter hatte ähnliche Gedanken, sie hörte einfach auf zu essen. Am vierten Tag ohne Nahrungsaufnahme sollte sie künstlich ernährt werden. Behutsam versuchte ich ihren Lebenswillen zu wecken und Wärme in ihre tote Seele zu bringen. Mit letzter Kraft flehte sie mich an: "Bitte hol mich nach Hause. Hier halte ich es nicht mehr aus". Im Krankenhaus lagen sechs Patienten in einem Zimmer eng nebeneinander. Die so wichtige Rückzugsmöglichkeit für die Patienten fehlte und das Angebot im Krankenhaus, die Patienten nicht nur aufzubewahren, sondern ihnen Beschäftigung anzubieten, war leider noch sehr unzureichend. So erfolgte nach drei Monaten stationärer Behandlung die Entlassung auf eigenen Wunsch unter der Diagnose: "Schizoaffektive Psychose".

Sie war noch immer schwer krank, ich nahm meinen Jahresurlaub zur Betreuung meiner Tochter. Wie zum Hohn kam nun, im März 1999, die Ablehnung des Rentenanspruchs. Ich ging in Widerspruch. Zu Hause ging es meiner Tochter etwas besser, sie fing an zu essen und die vertraute Umgebung gab ihr die Möglichkeit, sich etwas zu beschäftigen. Entscheidend war auch die gute Zusammenarbeit mit der niedergelassenen Psychiaterin.

Ich erkannte, wie wichtig das psychosoziale Umfeld für psychisch kranke Menschen ist. Nur wer die Krankheit kennt, kann verstehen und gezielt helfen. Leider gibt es eine Aufklärung der Angehörigen oder eine Zusammenarbeit mit ihnen und den Ärzten noch nicht. Langsam wurde meiner Tochter bewusst, dass sie über viele Monate Erlebnisse hatte, die nicht real sind. Diese Zeit des "Erwachens" ist für die Patienten grausam. Der weitere Verlauf der Krankheit war gezeichnet durch Schwankungen, mal mehr depressiver, mal mehr schizophrener Art. Die Belastbarkeit ist bis heute sehr gering, sie ist ein Pflegefall.

Über die Zeitung "Irrgarten" erfuhr ich von den Begegnungszentren für Menschen mit psychischen

Erkrankungen. Wenn es die Krankheit erlaubt, versucht sie dort hin zu gehen. Die einzige sehr wirkungsvolle Hilfe, die wir erfahren haben, ist die Begegnungsstätte "Labyrinth" in Halle-Neustadt. Oft muss sie nach einem kurzen Besuch im "Labyrinth" wieder in ihre Wohnung flüchten, gehetzt und verzweifelt wieder in die Isolation, die Belastbarkeit ist zu gering.

Gerade hier sind die zwei Sozialpädagogen in dieser Begegnungsstätte unbezahlbar. Ich habe keine Menschen erlebt, die besser mit psychisch kranken Menschen umgehen können. Diese Begegnungsstätte ist für meine Tochter eine Anlaufstelle, um aus der Isolation herauszufinden. Sie gibt ihr Kraft, gegen ihre Krankheit anzukämpfen, und etwas Lebensfreude. In schlechten Krankheitsphasen ist sie ein Hoffnungsschimmer. Ich habe erlebt, wie viele kranke Menschen im "Labyrinth" wieder Lebensmut gefunden haben und sich auch gegenseitig helfen. Für sie alle wäre die Lebensgrundlage entzogen, wenn diese mit Liebe aufgebaute Einrichtung dem Sparzwang zum Opfer fallen würde. In dieser Begegnungsstätte geht man neue Wege, man versucht z. B. auch durch kleine Arbeitsangebote den jungen Menschen den langen, aber nicht hoffnungslosen Weg zurück in das Erwerbsleben zu ermöglichen. Leider fiel die Theatergruppe im Jahr 2000 dem Sparzwang zum Opfer.

Ich weiß, dass Psychosen meist einen guten Verlauf haben, wenn das psychosoziale Umfeld es den Patienten erlaubt, zu genesen. Dazu gehört auch die finanzielle Absicherung der Existenz, im schweren Krankheitsfall wäre das die Erwerbsunfähigkeitsrente. Aber der positive Bescheid der Erwerbsunfähigkeitsrente kam im November 1999 wie ein Fluch über meine Tochter: Die Rente beträgt 395,33 DM monatlich, erste Zahlung ab Dezember 1999. Bis Oktober 1999 erhielt meine Tochter monatlich 998,10 DM Krankengeld; sie hat kein anderes Einkommen. Ab Rentenbescheid wurde die Krankengeldzahlung sofort gestoppt, und Sozialhilfeforschuss wird erst ab Antragstellung gewährt.

Nach dem Widerspruch kam es zu einer Anhörung auf dem Sozialamt. Hier wurde mir erklärt, dass laut Gesetz meinem Widerspruch nicht statt gegeben werden kann, da die letzte Krankengeldzahlung Ende Oktober auf das Konto meiner Tochter gebucht wurde. Laut Gesetz dürfe das Sozialamt nicht recherchieren, und die Hilfe in besonderen Lebenslagen greife auch nicht, wenn der schwer kranke Mensch dadurch unschuldig in Not gerät, hier wäre erst eine Gesetzesänderung nötig. Ich sage: Hier ist eine Gesetzesänderung unbedingt nötig!

Durch Nichtabstimmung der Behörden (LVA, AOK und Sozialamt) und eine Gesetzeslücke blieb meine Tochter unverschuldet zwei Monate ohne Einkommen.

Am 15.12.1999 erhielt meine Tochter endlich rückwirkend vom Datum der Antragstellung an Sozialhilfeforschuss. Trotz intensiver Bemühungen war eine schnellere Bearbeitung des Antrages vom 05.11.1999 durch das Sozialamt nicht möglich. Damit nicht genug, am 04.11.1999 kam ein Schreiben von der AOK: "Mit Einstellen der Krankengeldzahlung endet Ihre Pflichtversicherung in der Krankenkasse". Somit hatte man sie aus der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgeworfen. Begründung der AOK nach Anruf: "Bei einer so geringfügigen Rente sind laut Gesetz die Bedingungen für eine Pflichtversicherung in der AOK nicht mehr erfüllt". Eine genaue Erklärung konnte nicht abgegeben werden, das war alles. Ich sage: So etwas ist beschämend, hier muss das Gesetz unbedingt geändert werden! Sie ist nun freiwillig versichert.

Warum gibt man psychisch kranken Menschen Erwerbsunfähigkeitsrenten, von denen sie nicht leben können? Ich fordere eine Grundrente für schwer psychisch kranke Menschen und auch mit Rentenbeginn die Weiterführung der Pflichtversicherung in der Krankenkasse. Der Übergang von der Krankengeldzahlung zur Rentenzahlung muss finanziell nahtlos erfolgen. Gerade schwer psychisch kranke Menschen sind nicht in der Lage, einen Rentenbescheid zu überleben, wo die finanzielle Notlage schon vorprogrammiert ist. Ein kranker Mensch, der allein ist, würde untergehen und ich denke, jeder von uns kann erkranken. Psychosen können in jedem Lebensalter ausbrechen.

Das Jahr 2000 beginnt. Nach Arzt- und Facharztbesuchen werde ich nun psychosomatisch behandelt. Der Arzt sagt: Überlastung! Ich suche Hilfe für meine Tochter und stelle einen Antrag bei der AOK auf Pflegestufe 1. Die AOK schickt einen Gutachter, um darüber zu entscheiden. Er sagt: "Eigentlich bin ich hier falsch am Platz. Was ist eigentlich eine Psychose? Wissen Sie, ich bin von Haus aus Chirurg, früher hat man über so etwas nicht gesprochen". Trotzdem wird der Antrag abgelehnt, wie ist so etwas möglich?

Leider greift die Pflegeversicherung nur bei körperlichen Erkrankungen. Die psychischen Erkrankungen wurden vom Gesetzgeber in der Pflegeversicherung nicht bedacht. Dabei sind gerade Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis schwerste Erkrankungen und die Menschen werden zum Pflegefall. Bei suffizienter Hilfeleistung im ambulanten Bereich haben diese Krankheiten aber meist gute Verläufe.

Wenigstens drei Stunden pro Woche Haushaltshilfe wurde vom Sozialamt genehmigt. Ich werde einen Antrag auf betreutes Einzelwohnen stellen. Es ist die einzige Hilfe für psychisch kranke Menschen, aber ich weiß, die zuständigen fünf Sozialarbeiter (mit nur je einer dreiviertel Arbeitsstelle) für ganz Halle sind damit vollkommen überlastet.

Ich weiß nicht, wie es weitergeht, aber meine Tochter muss die Möglichkeit haben, mit suffizienter Hilfe, selbstbestimmt in ihrer Wohnung zu leben. Nur so hat sie eine Chance auf einen guten Krankheitsverlauf. Die Begegnungsstätte "Labyrinth" ist dabei das Tor zur Außenwelt, hier werden erhalten gebliebene Fähigkeiten gefördert. Warum hat so eine Einrichtung, die so viel Positives bewirkt, nicht täglich geöffnet? Vier Tage in der Woche sind einfach zu wenig! Hier wird am falschen Platz gespart! Durch diese Begegnungsstätte hatte meine Tochter die Kraft und den Mut, ohne einen erneuten Krankenhausaufenthalt eine Krise zu überwinden. Gibt man Menschen die Möglichkeit, ihrer Krankheit zu entkommen, ist es nicht nur humaner, sondern auch billiger als teure Krankenhausplätze zu bezahlen oder die Unterbringung in Heimen.

Ich bewundere die innere Kraft vieler noch junger Menschen, die an einer Psychose erkrankt sind, ihren Kampf nach einem langen Leidensweg, und ich habe Hoffnung für sie. Möge ihnen in Zukunft die Hilfe gewährt werden, die sie so dringend benötigen und möge man ihnen die beschämenden Schwierigkeiten und Existenznöte ersparen, mit denen ich im Namen meiner Tochter zu kämpfen hatte.

Halle, den 05.03.2000

Silvia Scholz, 06193 Teicha



# Erfahrungen der Polizei

Dietmar Gebel, Halle<sup>5</sup>

## 1. Hilfen durch die Landkreise und kreisfreien Städte

Um das Ergebnis einmal vorwegzunehmen: Die Unterbringung psychisch Kranker hat der Polizei in Halle in der Vergangenheit weder rechtliche noch praktische Probleme bereitet. Auch aus dem Land sind mir von meinen Amtskollegen keine Mängel im Verfahren berichtet worden. Die Ursache dafür liegt wohl darin, dass die Polizei nach dem PsychKG LSA keine eigene Zuständigkeit hat und die Durchführung von Schutzmaßnahmen einschließlich des Vollzuges der gerichtlichen Entscheidungen über die Unterbringung nach § 7 PsychKG den Landkreisen und kreisfreien Städten obliegt, die zu diesem Zweck besonders geeignete und ausgebildete Bedienstete einsetzen. Die Polizei wird in diesem Zusammenhang nur im Rahmen der Vollzugshilfe tätig. Es gelten die Bestimmungen der §§ 50 - 52 SOG LSA.

Bedeutsam wird die Vollzugshilfe besonders bei der Unterbringung, d. h. wenn jemand gegen seinen Willen oder im Zustand der Willenlosigkeit in den abgeschlossenen Teil eines Krankenhauses eingewiesen wird und dort verbleiben soll. Die Unterbringung wird nach § 14 PsychKG auf Antrag des Landkreises oder der kreisfreien Stadt durch gerichtliche Entscheidung angeordnet. Ist die gerichtliche Entscheidung nicht rechtzeitig herbeizuführen, besteht die Möglichkeit der vorläufigen Einweisung durch die Verwaltungsbehörde auf Grund eines ärztlichen Befundes und der ärztlichen Bestätigung, dass die Einweisung notwendig ist.

Die Entscheidungen herbeizuführen und durchzusetzen ist die Aufgabe der Verwaltungsbehörde. Die Polizei leistet Vollzugshilfe, wenn unmittelbar Zwang anzuwenden ist und die ersuchende Behörde nicht über die erforderlichen Dienstkräfte verfügt. Im Jahr 1998 waren dies 84 von insgesamt 261 durch die Kommune veranlassten Fällen und 1999 waren es 71 von insgesamt 271 Fällen.

Bei der Vollzugshilfe zur Durchsetzung einer Unterbringung nach PsychKG handelt es sich um Vollzugshilfe bei Freiheitsentziehung im Sinne des § 52 SOG LSA. Deshalb hat die ersuchende Behörde auch die Entscheidung über die Zulässigkeit der Maßnahmen mitzuteilen und eventuell zu übergeben, in jedem Einzelfall aber rechtlich zu vertreten.

Die Polizei hingegen ist verantwortlich für die Art und Weise der Durchführung, also für die Entscheidung über die Anwendung unmittelbaren Zwangs und die Wahl der Mittel. Dies richtet sich nach den Vorschriften des SOG LSA, da im PsychKG dazu keine Regelung getroffen wird. Probleme im Zusammenhang mit der Gewährung von Vollzugshilfe hat es in diesem Bereich meines Wissens nicht gegeben. In wenigen Fällen kam es zur Anwendung einfacher körperlicher Gewalt durch Hand- bzw. Armhebel oder Abführgriffe, aber auch zur Fesselung bei andauernder Aggressivität.

## 2. Hilfen durch die Polizei

In Einzelfällen werden Personen z. B. auch im Rahmen von sonstigen polizeilichen Maßnahmen angetroffen, bei denen der Verdacht einer Psychose, Suchtkrankheit oder einer anderen seelischen oder geistigen Störung besteht. Diese werden grundsätzlich wie andere Notfallpatienten behandelt. Von der Polizei wird sofort über die Leitstelle des Brand- und Rettungsdienstes ein Notarzt herangerufen. Von der Diagnose des Notarztes ist das weitere Verhalten der Polizeibeamten abhängig.

Bei Suchtkrankheiten (Alkoholexzess) kann ein Verhinderungsgewahrsam gem. § 37 Abs. 1 Nr. 1 SOG LSA in Einrichtungen des Polizeigewahrsams ausreichend sein (Ausnüchterung). Dies ist eine Einzelfallfrage, die der Arzt entscheiden muss. Soweit der Arzt zu der Diagnose kommt, dass eine Ausnüchterung ohne weitere unmittelbare medizinische Behandlung

---

<sup>5</sup> Dietmar Gebel ist Polizeipräsident der Stadt Halle

ausreicht, kann der Bürger in Gewahrsam genommen werden.

Wenn der Notarzt aber die Diagnose stellt, dass eine unmittelbare medizinische Behandlung oder eine nähere Aufnahme der Krankengeschichte (Anamnese) erforderlich ist, muss der Bürger in einem geeigneten Krankenhaus stationär aufgenommen werden. Die Einweisung in dieses Krankenhaus ist auch im Eilfall nicht Aufgabe der Polizei, sondern obliegt dem Arzt, denn die Unterbringung ("Gewahrsamnahme") von psychisch Kranken darf auch im Eilfall nur auf Grund eines ärztlichen Zeugnisses erfolgen (§ 15 Satz 1 PsychKG i. V. m. § 14 PsychKG).

Nach § 7 Abs. 5 PsychKG ist die Polizei im Rahmen des Vollzuges des PsychKG auf der Vollzugshilfe beschränkt, wie eingangs schon erwähnt. Die Polizei hat also keine eigenen "Einweisungsbefugnis" für psychisch Kranke, und es ist damit auch nicht Aufgabe der Polizei, sich im Eilfall um die Unterbringung dieser Kranken zu bemühen. Dies ist Aufgabe der Rettungsleitstellen der Landkreise und kreisfreien Städte, weil es sich letztlich auch bei psychisch Kranken um medizinische Notfälle handelt. Die Leitstellen müssen einen Arzt zur Erstbehandlung entsenden und haben ggf. die Aufnahme in einem geeigneten Krankenhaus abzustimmen.

Vollzugshilfe bedeutet aber, sobald der Arzt die stationäre Behandlung für medizinisch notwendig erklärt, dass die Polizei auch unter Anwendung von unmittelbarem Zwang ggf. den Transport des Kranken in die vom Brand- und Rettungsdienst ermittelte stationäre Einrichtung zu begleiten hat. Ob dies in einem Krankentransportfahrzeug erfolgen muss oder in einem FuStKw erfolgen kann, ist Einzelfallfrage und hängt von der Entscheidung des Arztes ab. Wenn dieser einer Fesselung und/oder dem Transport im FuStKw ohne ärztliche Begleitung zustimmt, kann dies erfolgen.

Kosten der Vollzugshilfe: Nach § 103 III SOG LSA trägt die ersuchende Behörde die durch die Vollzugshilfe entstandenen Kosten. In Betracht kommen hier jedoch nur Sachkosten über 50,00 DM. In meiner Behörde sind bisher keine Kosten erhoben worden.

### 3. Ergebnis

Ich fasse daher zusammen: Die Polizei in Sachsen-Anhalt hat nach meinem Kenntnisstand keine Probleme bei der Anwendung des PsychKG LSA.

# Die Sicht des Unterbringungsrichters

Karin Hopfmann, Naumburg<sup>6</sup>

Das PsychKG LSA wurde am 30.01.1992 in Kraft gesetzt. Vorab galten für eine Übergangszeit die Vorschriften über die Unterbringung nach DDR-Recht. Damals herrschte große Unsicherheit bei den Juristen, da es kaum Erfahrungen bei der Anwendung dieser Rechtsvorschriften gab. Eine Unterbringung war danach zwar möglich, fand aber in der Praxis fast nie statt. In meiner fünfjährigen Tätigkeit als Richterin am Kreisgericht ist mir kein Unterbringungsverfahren bekannt geworden.

Umso unvorbereiteter traf es dann die zuständigen Richter, als nach dem 03.10.1990 die ersten Anträge eingingen. Praktische Erfahrungen im Umgang mit den Unterbringungs Vorschriften hatten weder die Juristen noch die Mediziner. Dies führte zunächst zu Differenzen, weil jeder aus seinem beruflichen Selbstverständnis versuchte, das Problem zu lösen. Die ersten Unterbringungsanträge, welche damals vom Gesundheitsamt an das Amtsgericht herangetragen wurden, führten zu heftigen Diskussionen und Meinungsverschiedenheiten zwischen Antragsteller und Gericht. Zum Ausdruck kam darin einerseits das Bedürfnis, andere Menschen zu beschützen und zu behüten, ihnen zu helfen, und andererseits die Umsetzung des neuen Freiheitsbegriffes, Freiheit der Persönlichkeit, Freiheit des Andersseins. Besonders intensiv war die Diskussion z. B. zum Recht auf Verwahrlosung.

Zusätzlich erschwert wurde die Situation durch die Tatsache, dass es vor Ort keine psychiatrische Einrichtung gab. Das Landeskrankenhaus befand sich in Bernburg, mitunter war es möglich, eine Unterbringung in Halle zu organisieren. Die Unterbringung musste sofort realisiert werden, da ansonsten große Wege vorprogrammiert waren. War der Patient schon abtransportiert, mussten alle Beteiligten des Verfahrens zur Anhörung nachreisen. Nicht unerwähnt lassen möchte ich die Berührungängste der Juristen mit den psychisch Kranken selbst. Die geschilderten Faktoren führten oft zu einem für alle Beteiligten sehr belastenden Verfahrensablauf.

Durch die Verabschiedung des PsychKG LSA entspannte die Situation sich etwas. Besonders der § 15, die vorläufige Einweisung durch die Verwaltungsbehörde, führte zu einer Erleichterung des Verfahrens: Wenn gerichtliche Unterbringung nicht sofort möglich ist, kann die Verwaltungsbehörde die Unterbringung bis zum Ablauf des nächsten Tages selbst anordnen. Die Praxis bewies oft, dass sich die Situation am nächsten Tag schon entspannt hatte, der Patient freiwillig in der Klinik blieb oder gar entlassen werden konnte.

Die Voraussetzungen für eine Unterbringung sind in § 13 PsychKG LSA benannt:

§ 13 Voraussetzung der Unterbringung:

(1) Eine Unterbringung ist nur zulässig, wenn und solange

1. die gegenwärtige erhebliche Gefahr besteht, dass der Betroffene sich infolge einer Krankheit, Störung oder Behinderung im Sinne des § 1 Nr. 1 schwerwiegende gesundheitliche Schäden zufügt oder

2. das durch die Krankheit, Störung oder Behinderung bedingte Verhalten des Betroffenen aus anderen Gründen eine gegenwärtige erhebliche Gefahr für die öffentliche Sicherheit oder Ordnung darstellt, und die Gefahr auf andere Weise nicht abgewendet werden kann.

(2) Eine Unterbringung nach diesem Gesetz darf nicht angeordnet werden, wenn eine Maßnahme nach § 126 a der Strafprozessordnung oder den §§ 63, 64 des Strafgesetzbuches oder § 7 des Jugendgerichtsgesetzes getroffen worden ist. Wird eine solche Anordnung oder Maßregel nach einer Unterbringung getroffen, ist die Unterbringung aufzuheben.

Fast parallel dazu wurde das Betreuungsgesetz in Kraft gesetzt, welches enorme Auswirkungen auf die Anwendung des PsychKG hatte. Ob dies gewollt war, ist mir nicht

---

<sup>6</sup> Karin Hopfmann ist Richterin am Amtsgericht Naumburg

bekannt. Da die Unterbringung nach Betreuungsrecht die Hemmschwelle unterhalb der des PsychKG ansetzt, kam es in der Praxis immer mehr zu Antragstellungen nach Betreuungsrecht oder aber es wurde zwar nach PsychKG beantragt, dann aber die Unterbringung nach Betreuungsrecht durchgeführt.

Die Unterbringung nach Betreuungsrecht regelt der § 1906 BGB:

#### § 1906 BGB Unterbringung

I. Eine Unterbringung des Betreuten durch den Betreuer, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, ist nur zulässig, solange sie zum Wohl des Betreuten erforderlich ist, weil

1. auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung des Betreuten die Gefahr besteht, dass er sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt, oder

2. eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig ist, die ohne die Unterbringung des Betreuten nicht durchgeführt werden kann und der Betreute auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann.

II. Die Unterbringung ist nur mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichts zulässig. Ohne die Genehmigung ist die Unterbringung nur zulässig, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist; die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen.

III. Der Betreuer hat die Unterbringung zu beenden, wenn ihre Voraussetzungen wegfallen. Er hat die Beendigung der Unterbringung dem Vormundschaftsgericht anzuzeigen.

IV. Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend, wenn dem Betreuten, der sich in einer Anstalt, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung aufhält, ohne untergebracht zu sein, durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig die Freiheit entzogen werden soll.

In der Praxis führte dies dazu, dass Unterbringungen nach PsychKG zahlenmäßig immer mehr zurückgingen zugunsten der Unterbringung nach Betreuungsrecht. Bei chronisch psychisch Kranken kommt oft im Vorfeld des akuten Schubes zur Anordnung der Betreuung und dann zur Unterbringung durch den Betreuer. Dagegen ist das PsychKG der akuten Situation vorbehalten. Aufgrund von Problemen kommt es zur akuten Selbst- oder Fremdgefährdung.

Zwischenzeitlich hat sich die Zusammenarbeit aller Beteiligten am Verfahren positiv entwickelt. Man hat sich sozusagen zusammengerauft. Im Mittelpunkt steht dabei das Wohl des Betroffenen und alle Beteiligten sind bemüht, eine Lösung des Problems auf gesetzlicher Grundlage zu finden. Dabei gibt es auch heute noch häufig Meinungsverschiedenheiten zwischen Antragsteller, Gericht, Medizinern und weiteren Verfahrensbeteiligten. Meist kann im Interesse des Betroffenen eine Kompromisslösung gefunden werden.

Die Durchführung des Verfahrens auf Unterbringung nach PsychKG und Betreuungsrecht ist ähnlich. Grundlage für das Verfahren ist das Gesetz über die freiwillige Gerichtsbarkeit. Die Antragsteller sind verschieden, der Ablauf des Verfahrens ist gleich (Fristen).

# Erfahrungen mit dem PsychKG LSA

Teil II: Bedeutung für die Versorgung psychisch Kranker



## Absichten des Gesetzgebers und ihre Umsetzung

Winfried Reckers, Magdeburg<sup>7</sup>

Der Ausschuss der Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung beruht auf der Bestimmung des § 29 des Gesetzes über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen des Landes Sachsen-Anhalt. Als erstes neues Bundesland hat Sachsen-Anhalt ein derartiges Gesetz erhalten. Es ist seit dem 6. Februar 1992 in Kraft.

Gerade nach und aufgrund der Erfahrungen in der DDR hat der Gesetzgeber des Landes Sachsen-Anhalt die Notwendigkeit gesehen, schon frühzeitig Regelungen zum Schutz und zur Gewährung von Hilfeleistungen für psychisch Kranke zu treffen. Dabei ging es nicht in erster Linie - aber auch - um die Leistungserbringung für diesen Bevölkerungskreis. Ansprüche für eine ordnungsgemäße medizinische Behandlung ergeben sich bereits aus dem Krankenversicherungsrecht. Dieses war mit dem Beitritt der DDR zur Bundesrepublik Deutschland durch den Einigungsvertrag bundeseinheitlich geregelt. Jeder Bürger hat entsprechend der Vorgabe des § 12 SGB V seit diesem Zeitpunkt Anspruch auf eine ausreichende, zweckmäßige, wirtschaftliche und bedarfsgerechte Versorgung. Dieser Anspruch besteht unabhängig vom Krankheitsbild, schließt also auch psychisch Kranke ein.

Rechtliche Eingriffsmöglichkeiten waren aber für die Fälle zu schaffen, in denen ein Mitbürger an einer psychischen Erkrankung oder Behinderung mit der Gefahr einer Selbst- oder Fremdgefährdung leidet oder bei dem entsprechende Erscheinungen drohen. Liegen dafür konkrete Anhaltspunkte vor, kommt dem Staat eine Schutzfunktion zu. Notwendige Eingriffe in Grundrechte, etwa der Freiheit der Person oder der körperlichen Unversehrtheit bedürfen einer klaren gesetzlichen Grundlage. Die dafür erforderlichen Voraussetzungen hat der sachsen-anhaltinische Gesetzgeber mit dem PsychKG LSA frühzeitig geschaffen.

Im Gesetzgebungsverfahren ist sehr ernsthaft über die Voraussetzungen und den Umfang gesetzgeberisch zu schaffender Eingriffsmöglichkeiten diskutiert worden. Gerade im Hinblick auf die noch frischen DDR-Erfahrungen im Umgang mit diesem Personenkreis lag dem Gesetzgeber daran, sich bei der Festlegung zulässiger Maßnahmen jeweils am Gedanken des geringstmöglichen Eingriffe in Grundrechte zu orientieren. Dieser Leitgedanke durchzieht das gesamte PsychKG. Dies sollte so zwar die notwendigen rechtlichen Voraussetzungen für die Gewährleistung von - im Sinne der Patienten vielleicht manchmal aufgedrängten - Hilfeleistungen und die Einleitung und Durchführung von Schutzmaßnahmen schaffen. Als Idealzustand wäre aber eine Nichtinanspruchnahme dieses Gesetzes zu werten. Da ein solches Ziel allerdings nicht zu erreichen ist, ist eine möglichst geringe Inanspruchnahme zumindest der in die Persönlichkeitsrechte von Mitbürgern einschneidenden Maßnahmen als Zielsetzung des Gesetzgebers anzunehmen.

Gesetzliche oder untergesetzliche Regelungen entfalten jedoch relativ häufig eine Eigendynamik. Die Umsetzungswilligkeit und die Anwendungsbereitschaft von rechtlichen Normen sind bei den zuständigen Behörden und auch bei der Justiz manchmal recht hoch. Dann wird nicht immer in dem eigentlich notwendigen Umfang kritisch nach der Intention des Gesetzgebers und der Sinnhaftigkeit einer buchstabengetreu eingeleiteten Maßnahme gefragt.

Dies hat auch der Gesetzgeber erkannt. Er hat daher in das Gesetz durch die Schaffung des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung ein Korrektiv aufgenommen. Die Landkreise und kreisfreien Städte, denen die Durchführung von Hilfen und Schutzmaßnahmen als Aufgabe des übertragenen Wirkungskreises zugeordnet wurde, sollten nicht allein unter gerichtlicher Kontrolle verantwortlich tätig werden.

Als zusätzliches Gremium, als "Anwalt" der Untergebrachten wurde der Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung eingerichtet. Dieser soll nicht

---

<sup>7</sup> Herr Ministerialdirigent Winfried Reckers ist Leiter der Abteilung Gesundheit im Ministerium für Arbeit, Frauen Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt

Hilfen und Schutzmaßnahmen selbst durchführen oder deren Berechtigung prüfen, er soll vielmehr in erster Linie dort kontrollierend und damit auch präventiv tätig werden, wo Hilfen gewährt werden oder Schutzmaßnahmen angeordnet sind. Der Ausschuss und seine Besuchskommission sollen sich im Interesse der Patienten einen Einblick in die Behandlung verschaffen. Sie sollen mit dafür Sorge tragen, dass bei jeder Behandlung und Pflege die Rechte der betroffenen Mitbürger gewahrt bleiben und respektiert werden. Sie haben für eine menschenwürdige Betreuung einzutreten, wozu auch die Forderung nach einer adäquaten Gestaltung des Umfeldes gehört. Sie haben Bewusstsein zu schaffen und Verantwortungsgefühl gegenüber den Belangen psychisch kranker und behinderter Menschen zu wecken. Der Ausschuss mit seinen Besuchskommissionen soll somit einen ganz wesentlichen Beitrag zu der Zielsetzung des Gesetzgebers leisten, die Gleichstellung psychisch und somatisch Erkrankter voranzutreiben und gewährleisten.

Ein Rückblick auf die vergangenen Jahre seit Aufnahme der Ausschusstätigkeit und seit dem ersten Bericht des Ausschusses über seine Erfahrungen zeigt nach meinem Dafürhalten, dass der Ausschuss seiner Funktion nachkommt. Die vielfältigen Anregungen, die kritischen Anmerkungen und Wertungen haben zu oft unmittelbaren Reaktionen und im Ergebnis zu Verbesserungen bei der Betreuung und Versorgung psychisch Kranker und Behinderter geführt. Der Ausschuss musste jedoch auch erkennen, dass die Realisierung berechtigter Wünsche oft nicht von heute auf morgen möglich ist. Dies liegt üblicherweise nicht am bösen Willen der Adressaten kritischer Berichte, sondern hängt meist mit finanziellen Fragen und tatsächlichen Umsetzungsmöglichkeiten zusammen. Baumaßnahmen brauchen von der Planung bis zur Vollendung eben ihre Zeit.

Auch wenn in den jährlichen Berichten des Ausschusses immer noch wieder einige starke Worte kritisch fallen, dürfte die Wertung doch berechtigt sein, dass in den vergangenen Jahren in Sachsen-Anhalt gerade auf dem Gebiet der Versorgung psychisch Kranker Erhebliches und Positives geleistet worden ist. Dies ist sicher ganz wesentlich mit auf das Wirken des Ausschusses zurückzuführen, es entspricht so aber dem Willen des Gesetzgebers, der im Interesse der psychisch kranken Mitbürger gerade ein derartiges Tätigwerden mit entsprechendem Druck wollte. Dieser hatte auch selbst verschiedentlich die Konsequenzen daraus zu tragen, wenn es etwa bei den Haushaltsberatungen darum ging, Gelder für notwendige Sanierungsmaßnahmen an Landeskrankenhäusern bereitzustellen, die für die Unterbringung psychisch Kranker zuständig waren.

Wenn ich so in der Gesamtschau zu dem Ergebnis komme, dass die mit dem Erlass des PsychKG verbundenen Absichten des Gesetzgebers vielfältige positive Wirkungen entfaltet haben, so bedeutet dies selbstverständlich nicht, dass alle gesetzgeberischen Intentionen schon erfüllt sind. Es gibt sicher bei der Durchführung von Hilfen und der Zusammenarbeit der dafür zuständigen Institutionen immer noch Reibungsverluste. Die Gewährung nachsorgender Hilfsmaßnahmen erfolgt entsprechend den örtlichen Gegebenheiten mit zum Teil unterschiedlicher Intensität. Die Herbeiführung einer Unterbringung wird manchmal als der einfachere Weg gewählt und akzeptiert, ohne dass die Möglichkeiten geringfügigerer Eingriffe ausgeschöpft sind.

Es ist sicher auch einfacher, eine Unterbringungsmaßnahme durchzuführen als auf ein freiwilliges Verbleiben in einem psychiatrischen Krankenhaus hinzuwirken, wenn immer die Gefahr besteht, dass eine entsprechende Freiwilligkeitserklärung von einem auf den anderen Moment widerrufen wird. Von den Möglichkeiten einer Behandlungsempfehlung gemäß § 9 PsychKG oder einer Behandlungsaufgabe gemäß § 10 PsychKG zur Vermeidung einer Unterbringung wird wohl nur eingeschränkt - wenn überhaupt - Gebrauch gemacht, vielleicht auch weil bei einem entsprechenden Krankheitsbild eine Unterbringung als sicherer erscheint.

Eine geschlossene Unterbringung ist heute zwar schon vielfach einigermaßen ortsnah möglich - die großen meist entfernt liegenden Landeskrankenhäuser existieren nicht mehr in der früheren Form -, doch sind noch nicht in allen neu geschaffenen psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern hinreichende Möglichkeiten einer geschlossenen Unterbringung gegeben. Die Zusammenarbeit zwischen den örtlich zuständigen Ämtern,

etwa dem Gesundheitsamt und dem Ordnungsamt, funktioniert nicht immer im gewünschten Maße. Beurlaubungen und vorläufige Entlassungen sind nach meinem Erkenntnisstand für Untergebrachte eher die Ausnahme. Dies ist allerdings dann auch völlig berechtigt und sinnvoll, wenn ein Patient im Rahmen seiner Unterbringung so weit wieder hergestellt ist, dass der Einweisungsgrund entfallen ist, es also keine Veranlassung mehr gibt, bei ihm von einer Eigen- oder Fremdgefährdung auszugehen.

Wenn Sie die genannten Punkte im Einzelnen durchgehen, werden Sie feststellen, dass dies alles Anmerkungen zur Durchführung des Gesetzes sind. Es gibt zunächst einmal keine zwingenden, gesetzgeberischen Handlungsbedarf erfordernden Missstände. Ich nehme dies angesichts der heute oft geringen Halbwertszeit von Gesetzen gerade im Gesundheitsbereich als durchaus positives Zeichen.

Unabhängig davon wird sich in absehbarer Zeit in gewissem Umfang auch gesetzgeberischer Handlungsbedarf ergeben. Dies gilt konkret für den Bereich des Datenschutzes, wo aufgrund von Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts eigene gesetzgeberische Regelungen in das PsychKG aufgenommen werden müssen.

In anderen Fällen könnte auch eine Verdeutlichung der gesetzgeberischen Zielsetzung hilfreich sein. Die Frage des Behandlungsziels etwa könnte im § 13 PsychKG aufgegriffen werden: Welcher Zustand muss erreicht sein, um die Voraussetzungen für eine Unterbringung entfallen zu lassen? Eine vollständige Heilung ist häufig nicht zu erreichen, aber reicht etwa eine durch Medikamentengaben erreichte Milderung von Krankheitsschüben und deren gleichmäßigerer Verlauf bereits aus, um die Unterbringungsvoraussetzungen entfallen zu lassen? Sind seelische Erkrankungen ausreichend einbezogen und definiert? Ist bei der Rechtsstellung des Untergebrachten klarzustellen, dass dieser nicht nur mit dem Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung ohne Überwachung und Beschränkung Kontakt aufnehmen kann, sondern auch mit seinem Rechtsanwalt? Bedarf es eines gesetzgeberischen Hinweises, dass ein von der Norm abweichendes Verhalten nicht zwingend eine Eigen- oder Fremdgefährdung darstellt? Sollten wir die Bestimmungen im § 12 über den Vollzug der Unterbringung ändern, weil das Land selbst nicht mehr unmittelbar Träger von Krankenhäusern ist? Bedarf es zur Gutachterproblematik zusätzlicher gesetzgeberischer Vorgaben? Ist die Nachrangigkeit einer Unterbringung nach dem PsychKG gegenüber einer Unterbringung etwa nach der StPO deutlich genug erkennbar?

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

die heutige Tagung soll ja gerade dazu dienen, Erfahrungen mit dem PsychKG und dessen Anwendung auszutauschen. Ich habe es eingangs als Idealfall bezeichnet, wenn wir dieses Gesetz nie anwenden müssten. Dass diese Vorstellung unrealistisch ist, wissen wir alle.

Die Erfahrungen, die heute vorgetragen worden sind und werden, zeigen gerade die Notwendigkeit dieses Gesetzes. Sie sollen aber eben auch die in der Praxis entstandenen Probleme mit dessen Umgang deutlich machen. Ergibt sich daraus ein gesetzgeberischer Handlungsbedarf, sollte es sich m. E. gerade der Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung des Landes Sachsen-Anhalt, der die heutige Veranstaltung dankenswerterweise organisiert hat, zur Aufgabe machen, in einem seiner nächsten Berichte entsprechende Hinweise zu geben.

Für diese Legislaturperiode ist in den zwischen den die Regierung stützenden Fraktionen getroffenen Vereinbarungen eine Änderung des PsychKG bisher nicht vorgesehen. Das für die Begleitung dieses Gesetzes federführende Sozialministerium sieht, abgesehen von dem Datenschutzbereich, trotz der vorhin aufgeworfenen vielfältigen Fragen keinen zwingenden akuten Änderungsbedarf. Wir sind aber offen für neue Erkenntnisse. Insgesamt schätzen wir ein, dass die mit dem PsychKG LSA verfolgten Ziele des Gesetzgebers zu einem großen Teil erreicht sind bzw. im Umgang mit diesem Gesetz erreicht werden können. Probleme liegen oft weniger im Gesetzestext selbst als in einer nicht immer ganz zulänglichen Anwendung des Gesetzes begründet. Hieran zu arbeiten ist unser aller Aufgabe. Hier mitzuwirken, ist eine vornehme Aufgabe des Ausschusses für Angelegenheiten der

psychiatrischen Krankenversorgung, für deren engagierte Wahrnehmung ich Ihnen auch im Namen von Frau Ministerin Dr. Kuppe und des ganzen Ministeriums für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt sehr herzlich danken darf.

# Ergebnisse einer Umfrage bei den Landkreisen und kreisfreien Städten des Landes Sachsen-Anhalt

Ulrike Feyler, Bernburg<sup>8</sup>

In Vorbereitung auf die heutige Tagung des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung des Landes Sachsen-Anhalt erfolgte eine Umfrage zu Erfahrungen mit dem PsychKG. Dabei wollte der Ausschuss den Umgang mit dem PsychKG bei den kommunalen Gebietskörperschaften gezielt erfragen. Von Interesse waren dabei insbesondere Erkenntnisse der mit dem Vollzug befassten Verwaltungsbehörde - in der Regel das Ordnungsamt - und des sozialpsychiatrischen Dienstes - angesiedelt im Gesundheitsamt. Es wurden die Landräte der Landkreise und die Oberbürgermeister der kreisfreien Städte angeschrieben mit der Bitte, sich im Wesentlichen zu vier Schwerpunkten zu äußern. Dabei ging es um die Bedeutung des PsychKG LSA für die bedarfsgerechte Gestaltung der Versorgung, um die Frage nach statistischem Material über die Häufigkeit von Verfahren nach §§ 8, 9, 10 und über die Häufigkeit der Unterbringungsverfahren nach § 14 und § 15 PsychKG und schließlich darum, ob der Rechtsschutz der Betroffenen, der Angehörigen, dem Recht auf Behandlung und den Interessen der Allgemeinheit angemessen Rechnung getragen wird.

Insgesamt wurden 21 Landkreise und 3 kreisfreie Städte des Landes Sachsen-Anhalt angeschrieben. Lediglich aus dem Kreis Schönebeck erfolgte die Rückmeldung verspätet, wobei es offensichtlich in diesem Kreis Probleme durch das Ausscheiden der Leiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes gibt. Insgesamt konnten also 24 Rückmeldungen ausgewertet werden.

1. Frage: Welche Bedeutung hat das PsychKG in Ihrer Region für die bedarfsgerechte Gestaltung der Versorgung des in § 1 PsychKG genannten Personenkreises (... Personen, die an einer Psychose, Suchtkrankheit, einer anderen krankhaften seelischen oder geistigen Störung oder an einer seelischen oder geistigen Behinderung leiden und gelitten haben oder bei denen Anzeichen einer solchen Krankheit, Störung oder Behinderung vorliegen)?

Die Umfrage ergab, dass in den meisten Landkreisen das PsychKG als Grundlage für die Errichtung und die Arbeit des sozialpsychiatrischen Dienstes angesehen wurde. In diesem Sinne äußerten sich 15 der angeschriebenen Kreise bzw. kreisfreien Städte. Unterschiedliche Bewertung des PsychKG erfolgte hinsichtlich einer bedarfsgerechten Versorgung in der Region.

10 Rückmeldungen äußerten sich dahingehend, dass das PsychKG als Basis für die Gestaltung der regionalen Versorgung zum Beispiel auch bei der Schaffung von Vor- und Nachsorgeeinrichtungen von wesentlicher Bedeutung ist (Bitterfeld, Aschersleben, Staßfurt, Burgenlandkreis, Dessau, Köthen, Magdeburg, Sangerhausen, Stendal, Bördekreis). Aus dem Kreis Weißenfels wurde mitgeteilt, dass das PsychKG auch als Argumentationshilfe für eine bedarfsgerechte Versorgung in den Ausschüssen zur Verfügung steht. In anderen Kreisen wird das PsychKG als wenig bedeutungsvoll eingeschätzt, zum Beispiel in Salzwedel, hier scheint dem BSHG eine stärkere Bedeutung zugemessen zu werden. Eine bedarfsgerechte Versorgung wurde nur für Suchtkranke eingeschätzt, für psychisch Kranke nicht.

Defizite in der bedarfsgerechten Versorgung besonders für die kinder- und jugendpsychiatrischen Fragestellungen, mangelnde Angebote für "Systemsprenger", Mangel an Übergangwohnheimen für psychisch Kranke sowie geeigneten Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten für psychisch Kranke und Suchtkranke wurden aus dem Burgenlandkreis gemeldet.

Von der Stadt Halle wurde eingeschätzt, dass die Formulierungen des PsychKG zu

---

<sup>8</sup> Frau Dr. Ulrike Feyler ist Chefarztin der Suchtklinik und der Klinik für Forensische Psychiatrie am Fachkrankenhaus Bernburg und Mitglied des Ausschusses

allgemein seien. Als Hauptmangel wurde beurteilt, dass keine konkreten Feststellungen über Organisationsformen der Hilfe, keine konkreten Vorgaben aufgeführt sind.

Aus dem Mansfelder Land wurde angemahnt, dass Regeln, die bereits im Vorfeld akuter Exacerbation einer akuten Psychose Handlungsmöglichkeiten erlauben, im Gesetz verankert werden sollten.

Auch aus dem Kreis Quedlinburg wurde rückgemeldet, dass die Aufgaben bei der Schaffung von komplementären Einrichtungen und Beratungsstellen nicht eindeutig genug formuliert worden seien (im Gegensatz zur Niedersächsischen Gesetzgebung).

Der Mangel an Regelungen für die Einweisung von Kindern und Jugendlichen in diesem Gesetz wurde aus dem Kreis Wittenberg geäußert. Die Einweisung ist nach BGB geregelt, es fehlen aber Behandlungskapazitäten.

Auch aus dem Jerichower Land wurde bemängelt, dass aus dem Gesetz keine direkte Ableitung zur Schaffung institutioneller Bausteine außer der Errichtung des sozialpsychiatrischen Dienstes möglich ist. Man könne dem Gesetz eine gewisse Anstoßwirkung auf zu schaffende Versorgungsstrukturen bescheinigen, mehr aber nicht.

Die Vorgehensweise und Handhabung bei Einweisungen, Aufgaben der Ordnungsämter bzw. sozialpsychiatrischen Dienste werden von den einzelnen Kreisen unterschiedlich dargestellt.

Verschiedene Kreise betonen die Bedeutung der psychosozialen Arbeitsgruppe (PSAG) und deren Funktion (zum Beispiel Quedlinburg, Jerichower Land), während aus Halberstadt gemeldet wird, dass keine PSAG existiert und die Personen nach § 1 des Gesetzes sporadisch von den einzelnen Anbietern versorgt werden. Nach Meinungen des Saalkreises wäre die Notwendigkeit der Verankerung der PSAG im Gesetz hilfreich.

Von einigen Kreisen wird bemängelt, dass die Informationen bei Entlassung aus den Einrichtungen an die sozialpsychiatrischen Dienste nur unzureichend und nicht immer erfolgen, hier werden aber auch Probleme des Datenschutzes und der Schweigepflichtsentbindung dargestellt.

Aus der Stadt NN wird rückgemeldet, dass als Grundlage für die Versorgung das Gesetz über Sicherheit und Ordnung des Landes Sachsen-Anhalt vom 01.01.1996 nicht ausreichend ist und das PsychKG lediglich eine ergänzende Möglichkeit darstellt.

Aus dem Kreis Wernigerode wird das Problem der mangelnden Beteiligung der Richter tagsüber am Ort des Geschehens beim Einweisungsverfahren dargestellt und geäußert, dass Anhörungen oft erst später im Krankenhaus bei Änderung der Situation stattfinden, wonach dann zu frühe Entlassungen resultieren.

2. Frage: Gibt es für die Region statistisches Material über die Häufigkeit von Verfahren nach den §§ 8, 9, 10 PsychKG LSA und deren Ausgang?

Aus 15 Kreisen ergeht die Rückmeldung, dass kein statistisches Material über die Häufigkeit von Verfahren nach den §§ 8 –10 und deren Ausgang existieren. Von 2 Kreisen wird angegeben, dass statistische Daten im "Easy-card"-Programm vorhanden sind, jedoch der Ausgang der Verfahren im Computerprogramm nicht erfasst wird, auch keine Angaben über die Häufigkeit vorhanden sind. Von 2 Kreisen wird die Frage gar nicht beantwortet. Die Stadt Dessau äußert sich zu einer Statistik ohne genauere Angaben. In der Stadt Halle sind keine Fälle bekannt, auch nicht in den Kreisen Wernigerode und Schönebeck, auch im Jerichower Land kommen diese Maßnahmen kaum zur Anwendung, der praktischen Nutzen dieser Bestimmungen wird als gering eingeschätzt.

Auch im Bördekreis gibt es keine Statistik, die Möglichkeit der Anwendung des § 8 wird als zunehmend ebenso wie die Empfehlung gemäß § 9 beurteilt. In mehreren Kreisen erfolgte die Dokumentation in der Klinikdatei des sozialpsychiatrischen Dienstes (Merseburg-Querfurt), wobei hier die §§ 8-10 sehr selten angewendet werden, im Mansfelder Land erfolgte die Dokumentation über das Ordnungsamt.

Eine statistische Erhebung im Ordnungsamt wird aus dem Burgenlandkreis gemeldet, wobei hier eine enge Zusammenarbeit zwischen Ordnungsamt und SpDi registriert wird.

Aus dem Kreis Wittenberg wird als Mangel angesprochen, dass in diesen §§ keine Regelung der Zuständigkeit für den Rücktransport erfolgt ist, falls sich nach ärztlicher Untersuchung keine Notwendigkeit für eine stationäre Einweisung ergibt.

3. Frage: Gibt es Daten über die Häufigkeit von Unterbringungsverfahren nach § 14 (Unterbringung) und § 15 (vorläufige Einweisung) und die Dauer der daraufhin erfolgten Unterbringungsmaßnahmen?

Hinsichtlich der statistischen Erhebungen der Verfahren nach § 14 und 15 ergibt sich durch die Rückmeldungen, dass in zwei Kreisen keinerlei statistische Erhebungen existieren, wobei auch Bedenken wegen des Datenschutzes angemeldet werden, in 14 Kreisen existieren detaillierte Zahlen nach Jahren der Einweisung, wobei nicht zu erkennen ist, wo die Statistik geführt wird. In vier Kreisen gibt es statistische Erfassungen in den Ordnungsämtern, in zwei Kreisen speziell beim psychiatrischen Dienst, in einem Fall werden die Einsätze der Bereitschaftsdienste dokumentiert. In mehreren Fällen wird geäußert, dass die Zusammenarbeit zwischen der Klinik und dem sozialpsychiatrischen Dienst verbesserungswürdig ist besonders hinsichtlich der Information über Entlassungen. Aus mehreren Kreisen wurde betont, dass keine Kenntnis über die Dauer der Unterbringung existiert, da Rückmeldungen nicht erfolgen.

Im Kreis Halberstadt gibt es seit Herbst 1997 keinen Bereitschaftsdienst für niedergelassene Psychiater, so dass Einweisungen durch alle Ärzte erfolgen. Bezüglich der Angaben über die Dauer der Unterbringung wird die ungenügende Rückmeldung nach Entlassung aus der Klinik an den sozialpsychiatrischen Dienst beklagt.

Im Kreis Stendal existieren detaillierte Aufstellungen auch hinsichtlich der Unterbringungsdauer.

Hinsichtlich der weiteren Geschehnisse wird aus Magdeburg rückgemeldet, dass etwa ein Drittel der eingewiesenen Personen nach 24 Stunden die Zustimmung zur weiteren Behandlung geben, knapp ein Drittel im wieder entscheidungsfähigen Zustand die Klinik verlassen kann und ein Drittel richterlich eingewiesen werden muss.

Aus der Sicht des sozialpsychiatrischen Dienstes Quedlinburg sind die Unterbringungen eher zu kurz, ein Einfluss der Behörde oder Betreuer auf die Dauer der Unterbringung ist nicht gegeben.

4. Frage: Wird dem Rechtsschutz der Betroffenen, dem Rechtsschutz der Angehörigen, dem Recht auf Behandlung und den Interessen der Allgemeinheit durch die Regelungen des PsychKG LSA nach Ihrer Beurteilung angemessen Rechnung getragen?

Aus 15 Rückmeldungen geht hervor, dass eingeschätzt wird, dass allen Einzelaspekten dieser Frage (Recht der Betroffenen, Recht der Angehörigen, Recht auf Behandlung, Interessen der Allgemeinheit) in angemessenem Maße Rechnung getragen wird. In einer Rückmeldung wird dazu nichts ausgeführt. In verschiedenen Rückmeldungen erfolgt eine differenzierte Betrachtungsweise:

Aus dem Landkreis Salzwedel ergeht die Einschätzung, dass der Rechtsschutz der Betroffenen gewahrt ist, der Rechtsschutz der Angehörigen, das Recht auf Behandlung sowie die Interessen der Allgemeinheit einer aussagekräftigeren Regelung bedürfe, weil die Handhabung zu unterschiedlich erfolgte und die Auslegung oft subjektiv sei.

Aus dem Kreis Aschersleben-Staßfurt wird rückgemeldet, dass hinsichtlich der Interessen der Allgemeinheit seitens der Allgemeinbevölkerung eine große Erwartungshaltung und fehlende Einsicht existiere, dass die Unterbringung nur das letzte Mittel sei. Das Recht auf Behandlung sei gewährleistet, könnte aber unter Berücksichtigung der Unterversorgung des Landkreises mit niedergelassenen Psychiatern verbessert werden. Das Fehlen einer psychiatrischen Abteilung im Landkreis wirke sich erschwerend auf die Arbeit des sozialpsychiatrischen Dienstes aus.

Aus dem Kreis Bitterfeld erfolgte die Äußerung, dass eine Tendenz des Gesetzgebers, die Anwälte als Verfahrenspfleger zu verdrängen, bestünde. Die Bestellung anderer Personen als Rechtsanwälte beschränkte die Rechte der Betroffenen, da diese nicht in der Lage seien, Rechtsbeschwerden einzulegen.

Der Kreis Schönebeck empfiehlt, den Betroffenen einen Aufklärungsbogen über die rechtlichen Möglichkeiten des Widerspruches auszuhändigen, um damit dem Rechtsschutz der Betroffenen besser gerecht zu werden.

Aus der Stadt Halle wird eingeschätzt, dass der Rechtsschutz der Angehörigen in manchen Fällen problematisch sein könnte, da im § 15 die unscharfe Formulierung "Die Angehörigen sollen benachrichtigt werden", erhalten ist. Dies habe in der Vergangenheit zu Irritationen geführt, besonders, wenn der Betroffene eine Unterrichtung der Angehörigen verbiete. Das Recht auf Behandlung sei auch nicht immer gewährleistet, da es viele behandlungsbedürftige psychisch Kranke gäbe, die mit dem PsychKG nicht erreicht werden können. Seitens der Allgemeinheit würden häufig Klagen über unzureichende Rechtsgrundlagen zur Einweisung psychisch Kranker gehören, das sei darauf zurückzuführen, dass ein erhebliches Informationsdefizit hinsichtlich psychischer Krankheiten bestehe.

Aus dem Mansfelder Land wird rückgemeldet, dass den Interessen der Allgemeinheit zu wenig Beachtung geschenkt werde, z.B. müssten sich Mitbewohner eines Mietshauses verbale Angriffe, Sachbeschädigung, Telefonterror gefallen lassen. da die §§ 8 - 10 nicht zum Erfolg führen und § 13 noch nicht erfüllt sei. Strafanzeigen hätten keinen Erfolg, da der Verursacher als psychisch krank gelte.

Aus dem Kreis Quedlinburg wird gemeldet, dass der Rechtsschutz für die Betroffenen nicht immer ausreichend erfüllt sei, da in überwiegender Zahl kein Verfahrenspfleger für die Unterbringungsverfahren bestellt werde. Der Rechtsschutz der Allgemeinheit sei in einigen Fällen dadurch nicht gewährleistet, dass die Klinik Patienten zu frühzeitig entlasse, ohne dass das Gericht der Behörde Gelegenheit zur Äußerung gibt.

Das sind die Ergebnisse der Auswertung der Rückmeldungen. Insgesamt ist einzuschätzen, dass von den meisten Personen, die mit der Durchsetzung des PsychKG LSA beauftragt sind, geäußert wird, dass dieses Gesetz im wesentlichen seine Aufgaben als Hilfestellung für die Behandlung und Unterbringung des genannten Personenkreises erfüllt, als Grundlage für die Errichtung und die Arbeit der sozialpsychiatrischen Dienste angesehen wurde. In manchen Kreisen wird es auch als Hilfestellung für die Errichtung komplementärer Einrichtungen eingeschätzt. Es wurden aber auch kritische Anmerkungen und Defizite in Detailfragen geäußert, die im Einzelfall über eine Nachbesserung oder Korrektur nachdenken lassen sollten.

## Besonderheiten in Niedersachsen, Thüringen und Sachsen

Dietrich Rehbein, Quedlinburg<sup>9</sup>

Wenn man sich mit den Psychisch-Kranken-Gesetzen (Unterbringungsgesetzen) der verschiedenen Länder beschäftigt, kann man erfreulicherweise feststellen, dass es sich in fast allen Fällen (bis auf zwei, Baden-Württemberg und Hessen) nicht um reine Unterbringungsgesetze handelt, wie sie im Vorwort zur morgigen Tagung etwas unglücklich benannt werden, sondern dass schon bei der Bezeichnung der Gesetze (Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen) in fast allen Ländern zu erkennen ist, dass die Hilfen für psychisch Kranke Vorrang haben und diese Hilfen nach Möglichkeit Unterbringungen vermeiden sollen. Lediglich in den Gesetzen von Baden-Württemberg und Hessen habe ich keine Hinweise auf die Pflicht zur Hilfe finden können, nehme aber an, dass dieses an anderer Stelle geregelt ist.

Der betroffene Personenkreis und die Art und Weise der zu leistenden Hilfen sind in allen Gesetzen ähnlich definiert, wobei manchmal genauere Formulierungen hilfreich wären, um z.B. die Aufgaben der Sozialpsychiatrischen Dienste gegenüber den Kostenträgern besser rechtfertigen zu können (ich werde darauf später noch einmal eingehen).

Als Leiter des Gesundheitsamtes, dem neben dem Sozialpsychiatrischen Dienst auch die Aufgaben der Verwaltungsbehörde im Sinne unseres PsychKG wie auch die Betreuungsbehörde zugeordnet ist, habe ich somit Berührungspunkte zu den verschiedenen Ebenen, die u.U. im Rahmen eines Unterbringungsverfahrens tätig werden müssen.

Wenn ich nun die Aufgabe übernommen habe, mir die Psychisch-Kranken-Gesetze in einigen benachbarten Ländern etwas genauer anzusehen, habe ich das natürlich unter dem Gesichtswinkel getan, welche Formulierungen aus diesen Gesetzen hätte ich mir im PsychKG LSA gewünscht und welche Regelungen empfinde ich im Interesse insbesondere der Patienten, aber auch bezüglich der praktischen Anwendung durch meine Mitarbeiter in unserem Gesetz günstiger geregelt.

Blicken wir zunächst nach Niedersachsen, einem alten Bundesland mit dem jüngsten PsychKG: Und obwohl dieses Gesetz noch ganz frisch ist, treten schon Kritiker auf, die das Fazit ziehen: "Auch in Niedersachsen ist der Weg bis zu einer wirklich befriedigenden Psychiatriegesetzgebung immer noch weit (Bernd Volckard, Recht und Psychiatrie 1997). Kritisiert werden insbesondere der Begriff der Duldung von Heilbehandlungen im § 21 und die Unmöglichkeit, diese Duldung bei Weigerung des Patienten dann auch durchzusetzen. Dieses wäre dann nur in Anwendung des Verwaltungsvollstreckungsgesetzes durch Zwangsgeld und Ordnungshaft möglich. Ebenso wird bemängelt und sogar als Verstoß gegen das Grundgesetz gewertet, wenn der § 21 eine Zwangsbehandlung anderer Krankheiten als der Anlasskrankheit zulässt.

Die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen bei der Durchführung von Schutzmaßnahmen sind in Niedersachsen durch den Sozialpsychiatrischen Dienst, in Sachsen-Anhalt durch die Verwaltungsbehörde zu veranlassen. Die Praxis hat immer wieder gezeigt, dass es zu irreversiblen Störungen des Vertrauensverhältnisses zwischen Patienten und Sozialarbeitern kommen kann, wenn Mitarbeiterinnen des Sozialpsychiatrischen Dienstes direkt bei Zwangsmaßnahmen beteiligt waren und insofern halte ich die Regelung in Sachsen-Anhalt für günstiger.

Positiv empfinde ich die Formulierung in § 5 NPsychKG, dass Patienten, die nicht in der Lage sind, sich selbst um Hilfe zu bemühen, vom Sozialpsychiatrischen Dienst aufgesucht werden sollen. So kann es nicht passieren, dass eine Bürgermeisterin einer großen Stadt in Sachsen-Anhalt auf einer Fortbildungsveranstaltung der Amtsärzte des Landes mehrfach betont, dass es nicht Aufgabe des Sozialpsychiatrischen Dienstes sei, Patienten zu Hause aufzusuchen! (ich habe natürlich heftig protestiert).

---

<sup>9</sup> Dr. Dietrich Rehbein ist Nervenarzt, Leiter des Gesundheitsamtes Quedlinburg und stellvertretender Vorsitzender des Ausschusses

Weitere sinnvolle und auch für Sachsen-Anhalt wünschenswerte Festschreibungen zum PsychKG, die nicht direkt etwas mit Unterbringungen zu tun haben, sind die Verpflichtungen zur Bildung Sozialpsychiatrischer Verbände (§ 8), die Erstellung eines Sozialpsychiatrischen Planes mit laufender Fortschreibung (§ 9) und die Behandlungsermächtigung der Sozialpsychiatrischen Dienste für Patienten, die "durch innere oder äußere Umstände" nicht in der Lage sind, eine Behandlung durch einen niedergelassenen Arzt aufzusuchen oder fortzusetzen.

Sicher von Datenschützern kritisch betrachtet, nach meiner Ansicht zum Schutze der Allgemeinheit aber zwingend notwendig, wäre auch bei uns die Regelung "Unterrichtung in besonderen Fällen" gemäß § 34. Dieser Paragraph beinhaltet die Möglichkeit einer Meldung an die zuständige Behörde durch den Sozialpsychiatrischen Dienst oder das Krankenhaus, wenn infolge Krankheit oder Behinderung durch das Führen von Kraftfahrzeugen oder den Umgang mit Waffen der Patient sich selbst oder andere gefährdet.

Aus dem Sächsischen Gesetz über die Hilfen und die Unterbringung bei psychisch Kranken vom 16.06.94 halte ich insbesondere den § 7 für erwähnenswert mit dem Wunsch einer ähnlichen Regelung in Sachsen-Anhalt. Die Notwendigkeit der Koordination der psychiatrischen Versorgung, die seit Jahren immer wieder angemahnt wird, so auch im Bericht der Expertenkommission, ist hier in beispielhafter Weise festgeschrieben. Die Schaffung Psychosozialer Arbeitsgemeinschaften, die Bestellung eines Psychiatrie-Koordinators im Landkreis, jährliche Berichte der Psychiatrischen Dienste und Einrichtungen an den Landkreis und das Land und die Schaffung eines Landesbeirates Psychiatrie sind m.E. Grundlage für eine bedarfsgerechte Versorgung psychisch Kranker und Behinderter.

Einen weiteren Beitrag dazu bildet die im § 8 vorgeschriebene Bestellung ehrenamtlicher Patientenführer, die die Wünsche und Beschwerden der Patienten prüfen und diese beraten. Das würde auch in unserem Lande die nicht mehr zu bewältigende Arbeit des Psychiatriausschusses und seiner Besuchskommissionen erleichtern.

Bedenklich erscheint mir im sächsischen PsychKG (§ 13), dass bei einer Unterbringung, die ja wie in fast allen Ländern nur bei Vorliegen einer erheblichen und gegenwärtigen Gefahr zulässig ist, das dafür erforderliche Gutachten (so ist es genau formuliert) auf den gegenwärtigen Gesundheitszustand abstellen soll, aber bis zu drei Tage alt sein darf. Die Verwaltungsbehörde darf eine sofortige vorläufige Unterbringung ohne ärztliches Zeugnis vornehmen und erst in der Klinik ist der Patient unverzüglich zu untersuchen.

Im Interesse auch der Sicherheit der Verwaltungsbeamten, in den meisten Fällen Mitarbeiter der Ordnungsbehörde ohne medizinische Kenntnisse, halte ich das Vorliegen eines ärztlichen Zeugnisses als Voraussetzung für eine vorläufige Unterbringung in Sachsen-Anhalt für günstiger geregelt.

In Thüringen ist die Unterbringung nur auf schriftlichen Antrag des Sozialpsychiatrischen Dienstes möglich, also die Aufgabe der Verwaltungsbehörde von vornherein gleich dem Sozialpsychiatrischen Dienst zugeordnet und auch eine vorläufige Unterbringung für einen Tag ist durch den Sozialpsychiatrischen Dienst möglich, auch in diesem Falle ohne ärztliches Zeugnis.

Sozialarbeiterinnen und Ärzte haben in der täglichen Praxis oft das Gefühl der Hilflosigkeit, wenn sie einen verwirrten und unruhigen Patienten nicht einweisen können, weil keine Krankheitseinsicht besteht und der Tatbestand der "gegenwärtigen erheblichen Gefahr" dem Vormundschaftsrichter nicht deutlich zu machen ist. Die Formulierungen im § 6 des Thüringischen PsychKG erscheinen hier hilfreicher: Eine Unterbringung gegen den Willen des Kranken kann erfolgen, wenn und solange er infolge seines Leidens sein Leben, seine Gesundheit oder Rechtsgüter anderer erheblich gefährdet. Diese Gefahr besteht auch dann, wenn der bisherige Verlauf erkennen lässt, dass ein schadenstiftendes Ereignis unmittelbar bevorsteht oder jederzeit damit gerechnet werden kann.

Wenn hier im § 7 gleichzeitig auf die Bestellung eines Verfahrenspflegers hingewiesen wird (nach § 70 b FGg), ist ein Missbrauch des Gesetzes trotz der o.g. "weiterreichenden"

Formulierung m.E. ausgeschlossen und viele Patienten wären hinterher sicher dankbar, wenn sie bei der Entlassung von ihrem Wahn und z.T. quälenden Halluzinationen befreit sind.

In diesem Zusammenhang sei auch noch einmal auf den Umstand verwiesen, dass aus verfahrenstechnischen praktischen Erwägungen und z.T. auch aus anderen Gründen zu häufig öffentlich-rechtliche Einweisungen erfolgen, obwohl zivilrechtliche Einweisungen nach Betreuungsgesetz den Vorrang haben sollten - ein Thema, was eigentlich an anderer Stelle noch einmal ausführlich besprochen werden sollte.

Ich habe hier nur stichpunktartig auf einige Besonderheiten in den verschiedenen PsychKG hinweisen können. Wenn sich unsere Landesregierung entschließen sollte, vielleicht angeregt durch die heutige Tagung des Psychiatrieausschusses und die nachfolgende Veranstaltung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), müssten wir noch einmal gemeinsam über das "Für und Wider" der von mir benannten und weitere Unterschiede in den verschiedenen Gesetzen diskutieren und uns dabei die Erfahrungen der anderen Länder zunutze machen.



# Regionsbezogene Hilfeplanung

Peter Brieger, Halle/Saale<sup>10</sup>

Wir haben in unserem Gesundheitssystem eine Vielzahl von verschiedenen Anbietern und Angeboten. Finanziert werden sie aus unterschiedlichen Töpfen, von den Krankenkassen, örtlichen und vom überörtlichen Sozialhilfeträger, von den Rentenversicherungen, vom Arbeitsamt, von den Pflegekassen, von anderen Versicherungen und wohl auch noch weiteren Kostenträgern. Keiner weiß eigentlich so recht, wer wie viel für die psychisch kranken Menschen einer Region zahlt. Abstimmung zwischen Kostenträgern, Leistungserbringern und Planern wäre wünschenswert, verpflichtende Regelungen gibt es aber diesbezüglich kaum.

Wer plant und organisiert eigentlich die Hilfen einer Region? Natürlich sind hier nicht unwesentlich die Kreise, Kommunen und kreisfreien Städte gefordert. Aber woran sollen die sich halten? Was sind die Ziel- und Orientierungspunkte? Wir haben in Sachsen-Anhalt ein Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen. Könnte dieses uns bei der Psychiatrieplanung - darum geht es ja letztlich - weiterbringen? Im Titel des Gesetzes stehen die Hilfen vor den Schutzmaßnahmen. Kommt ihnen auch inhaltlich die größere Bedeutung zu? Anders gefragt: Welche Bedeutung können die dort geregelten Hilfen für die regionale Psychiatrieplanung haben?

Zur Beantwortung der Frage, wie ein Faktor ein bestimmtes Ergebnis beeinflusst, unternimmt man ein Experiment. Man variiert den Faktor. Für unsere Frage hieße das, wir verändern das PsychKG und betrachten dann die Wirkung auf die regionale Psychiatrieplanung und damit auf die Versorgung. Natürlich funktioniert das so nicht. Wir können aber, da es sich um ein Landesgesetz handelt, vergleichen, wie die 16 Bundesländer die Sache geregelt haben und welche Konsequenzen dies jeweils auf die Psychiatrieplanung und die Gestaltung der psychiatrischen Versorgung hat.

In Abb. 1 sind einige Aspekte der entsprechenden Landesgesetze aufgeführt. Die Abbildung gibt wieder, ob das entsprechende Gesetz überhaupt Hilfen für psychisch kranke Menschen regelt, ob es Grundprinzipien der Hilfen festschreibt, ob es Vorschriften zur Psychiatrieplanung nennt und ob bestimmte Einrichtungen wie Sozialpsychiatrische Dienste, Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften und Besuchskommissionen damit verbunden sind. In der Abbildung bedeuten helle Bereiche, dass Entsprechendes nicht vorhanden ist, und dunkle Bereiche, dass es vorhanden ist, Schraffur deutet auf eine Zwischenstellung hin. Natürlich ist so ein Schema vereinfachend, aber es kann grundsätzliche Züge der Landesgesetzgebungen übersichtsartig darstellen.

Wenn man das Schema betrachtet, dann kommt man - ähnlich wie beim Durchblättern der entsprechenden Gesetze - schnell zu der Erkenntnis, dass prinzipiell drei verschiedene Wege eingeschlagen wurden:

1. Einige Länder verzichten ganz darauf, Hilfen in irgendeiner Form im entsprechenden Gesetz zu regeln; sie haben nur ein Unterbringungsgesetz, das die Unterbringung psychisch Kranker auf eine gesetzliche Basis stellt. Zu diesen Ländern zählen Baden Württemberg, Bayern, Hessen und das Saarland.
2. Dann gibt es eine Gruppe von Ländern, dazu zählen zum Beispiel Brandenburg, Rheinland-Pfalz und Sachsen, die in ihren PsychKG's sehr weitgehend die Angelegenheiten der regionalen Versorgung und Planung regeln. Dort sind die psychosoziale Arbeitsgemeinschaft, die kommunale Planung und teilweise auch die verbindliche Funktion eines Psychiatriekoordinators gesetzlich festgeschrieben.
3. Und dann gibt es eine Mittelstellung von Ländern, die manches gesetzlich regeln,

---

<sup>10</sup> Dr. Peter Brieger ist Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Stadt Halle und des Funktionsbereiches Sozialpsychiatrie an der Psychiatrischen Klinik der Martin-Luther-Universität.

manches auch nicht. Zu dieser Gruppe zählt Sachsen-Anhalt. In diesen Ländern ist fast überall die Funktion des Sozialpsychiatrischen Dienstes beschrieben, Besuchskommissionen existieren zumeist und allgemeine Prinzipien der Hilfen für psychisch kranke Menschen ebenso.

**Abbildung 1**

	Hilfen	SpDi	PSAG	Planung	BK	Prinzipien
BW 1991						
BY 1992						
B 1985						
BRB 1996						
BRE 1979						
HAM 1995						
HES 1952						
M-V 1993						
NIE 1997						
NRW 1969						
R-P 1995						
SAR 1992						
SAC 1994						
LSA 1992						
S-H 1979						
THÜ 1994						

nicht vorhanden	
teilweise	
vorhanden	

Gehen wir also zurück zu unserer Überlegung: Welches ist der Zusammenhang zwischen PsychKG und Psychiatrieplanung bzw. psychiatrischen Versorgung? Es wäre natürlich jetzt vermessen, die psychiatrische Versorgung der verschiedenen Bundesländer hier von Naumburg aus zu bewerten. Einfacher ist es schon, die unterschiedlichen Gesetze zu vergleichen; es besteht nämlich weitgehender Konsens, dass es ein Gesetz gibt, das bundesweit zu den schwächsten gehört: das hessische. Das hessische Freiheitsentziehungsgesetz, das HFEG, stammt aus dem Jahr 1952 und existiert eigentlich nur noch als Rudiment, da viele Paragraphen aus verfassungsrechtlichen oder anderen Gründen gestrichen wurden. Letztlich regelt es nur die Unterbringung psychisch Kranker und die erfolgt in Hessen, wie ich aus mehrjähriger eigener beruflicher Erfahrung dort weiß, durch die Polizei. Im Vergleich mit den anderen entsprechenden Gesetzen ist das hessische Gesetz somit äußerst dürftig, eine Einschätzung, die wohl auch in Hessen geteilt wird. Zugleich wird aber niemand behaupten, dass die psychiatrische Versorgung in Hessen deutschlandweit die schlechteste sei, im Gegenteil: Die dortigen Konzepte und Ideen sind, auch dank der Aktivitäten des Landeswohlfahrtsverbandes oder bestimmter Regionen, ich denke beispielsweise an die Planungs- und Versorgungsregion Offenbach, als innovativ und wegweisend zu sehen. Das heißt, wenn man unser Experiment weiterdenkt, ein schwaches PsychKG muss nicht zu schlechter psychiatrischer Versorgung oder Psychiatrieplanung führen. Umgekehrt kann man aber zu dem Eindruck kommen, dass PsychKG's, die die psychiatrische Versorgung und Psychiatrieplanung detailliert regeln, auch zu positiven Effekten in der Versorgung führen. Man wage beispielsweise den Blick ostwärts nach Sachsen und betrachte, was dort in den letzten Jahren an Konzepten für die psychiatrische Versorgung vorgegeben wurde. Es ist wohl kein Zufall, dass vom Freistaat Sachsen ein "Sächsischer Musterversorgungsvertrag für die Bereitstellung und Durchführung von Hilfen im Bereich der ambulant- komplementären Versorgung von psychisch Kranken und Suchtkranken" vorgegeben wird, der einen gemeindepsychiatrischen Verbund mit solchen Elementen wie Versorgungsverpflichtung, Qualitätssicherung, Psychiatrieberichterstattung und einem kommunalen Psychiatriebudget mit Landeszuschuss verbindlich regelt.

Welchen Einfluss hat also das PsychKG auf die regionale Psychiatrieplanung? Ein PsychKG, das nur die Unterbringung regelt, scheint nicht notwendigerweise gute Planung zu behindern, ein detailliertes Gesetz mag aber bei solcher helfen. Insgesamt würde ich aber aus meiner eigenen beruflichen Erfahrung feststellen (ich war in drei verschiedenen Bundesländern mit unterschiedlichen PsychKG's tätig), dass der Einfluss des PsychKG auf die psychiatrische Versorgung und die Psychiatrieplanung nur dann relevant ist, wenn das PsychKG konkrete Dinge regelt; allgemeine Regelungen dagegen sind dehnbar und nützen wenig. Relevant können solche Regelungen sein, die die Funktion der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft festlegen - etwa dahin gehend, dass die psychosoziale Arbeitsgemeinschaft verbindlich bei allen entsprechenden Planungsvorhaben der Kommune bzw. der Gebietskörperschaft zu hören ist. Wichtig können auch konkrete Regelungen sein, die die Bereiche Versorgungsverpflichtung, Planung, Berichterstattung und Psychiatriekoordination eindeutig vorgeben.

Entscheidender als solche Bestimmungen im PsychKG scheint mir aber, dass auf Landesebene Vorgaben gemacht werden, die die Psychiatriepolitik befördern. Ein Musterversorgungsvertrag ist zum Beispiel für mich in dieser Hinsicht ein sehr positives Beispiel wie auch der in Sachsen stattfindende Modellversuch zur Basisdokumentation in komplementären Einrichtungen als Maßnahme der Qualitätssicherung. Das Land Sachsen-Anhalt lässt in dieser Hinsicht den kommunalen Gebietskörperschaften sehr viel mehr Freiheit in ihrer jeweiligen Planung.

Ich komme zu meinem Fazit: Die Gestaltung der psychiatrischen Versorgung und ihre entsprechende Planung kann nur dann erfolgreich in einer Region sein, wenn eine entsprechende verbindliche Bereitschaft zur Zusammenarbeit besteht, wenn die Finanzierungen geklärt sind und über einige grundlegende Prinzipien Konsens erzielt wurde. Zu einer solchen Planung müssen regionale und überregionale Leistungsanbieter wie auch Kostenträger an einem Tisch sitzen. Überregionale Anbieter und Kostenträger sind aber mit kommunalen Vorgaben nicht immer zu integrieren, hier bedürfen wir der Hilfe des Landes. Ich wünsche mir im Bereich der Psychiatrie- und Suchtkrankenhilfeplanung Vorgaben, Richtlinien und Empfehlungen, die es den Regionen, Städten und Landkreisen erleichtern, ihre eigenen Vorstellungen in der psychiatrischen Versorgung umzusetzen. Es geht darum, die konkreten und brennenden Probleme der Planung gemeinschaftlich und konstruktiv zu erkennen und die zu lösen versuchen. Als solche brennenden Probleme fallen mir beispielsweise ein:

- die kinder- und jugendpsychiatrische Pflichtversorgung,
- die Entgiftung jugendlicher Drogenabhängiger,
- die Finanzierung des ambulanten betreuten Wohnens nach dem Wegfall der Zuschüsse des Landes,
- die Landesvorgaben hinsichtlich der Hilfen gemäß § 93 BSHG oder
- die psychiatrische Versorgung von Strafgefangenen und Häftlingen.

Dies sind einige Probleme, die eine Kommune oder Region schwerlich alleine lösen kann. Für die regionale Psychiatrieplanung brauchen wir nicht unbedingt eine Änderung des PsychKG, wir brauchen aber Hilfe und Dialog bei solchen Problemen. Hier müssen Betroffene, Angehörige, Kostenträger und Leistungsanbieter miteinander reden. Auf staatlicher Seite sind hier Gemeinden, Kreise, Städte und das Land gefordert - konzeptionell und finanziell. Nur so wird die regionsbezogene Hilfeplanung denen zugute kommen können, für die sie erstellt wird: Menschen mit psychischen Krankheiten, Störungen und seelischen Behinderungen.



# Nachtrag: Erfahrungen im Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung

Felix M. Böcker, Naumburg<sup>11</sup>

In § 29 PsychKG LSA hat der Gesetzgeber Berufung und Aufgaben des Ausschusses bestimmt:

§ 1 Anwendungsbereich: Dieses Gesetz regelt

1. Hilfen für Personen, die an einer Psychose, Suchtkrankheit, einer anderen krankhaften seelischen oder geistigen Störung oder an einer seelischen oder geistigen Behinderung leiden oder gelitten haben oder bei denen Anzeichen einer solchen Krankheit, Störung oder Behinderung vorliegen;
2. Schutzmaßnahmen bis hin zur Unterbringung für Personen, die an einer Krankheit, Störung oder Behinderung im Sinne der Nr. 1 leiden. ...

## **§ 29 Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung: Berufung und Aufgaben**

- (1) Das Ministerium für Arbeit und Soziales beruft einen Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung
- (2) Der Ausschuss prüft, ob die in § 1 Nr. 1 genannten Personen entsprechend den Vorschriften dieses Gesetzes behandelt und betreut werden. Er soll für die Belange dieses Personenkreises eintreten und bei der Bevölkerung Verständnis für die Lage psychisch kranker und behinderter Menschen wecken. ...

In seiner ersten Amtsperiode von 1993 bis 1997 unter dem Vorsitz von Ministerialrat a.D. Prof. Dr. Hans Heinze, Wunstorf, hat der Ausschuss in vier Berichten eine umfassende Bestandsaufnahme der psychiatrischen Krankenversorgung in Sachsen-Anhalt mit ihren Problemen vorgelegt. Die Amtszeit der 1997 neu berufenen Ausschuss-Mitglieder endet am 30.04.2001; zugleich mit diesem Tagungsband wird dem Landtag, der Landesregierung und der Öffentlichkeit von Sachsen-Anhalt der 7. Bericht übergeben. Zu den zwölf Mitgliedern und zwölf stellvertretenden Mitgliedern des Ausschusses zählen derzeit acht Fachärzte für Psychiatrie (aus verschiedenen Institutionen: Universitätsklinik, Fachkrankenhaus, Abteilung am Allgemeinkrankenhaus, Gesundheitsamt, sozialpsychiatrischer Dienst, medizinischer Dienst der Krankenversicherung, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters), zwei Diplom-Psychologen, zwei Sozialarbeiterinnen, sechs Richter, darunter der Vizepräsident des Landessozialgerichts, und sechs Abgeordnete des Landtags von Sachsen-Anhalt als Personen des öffentlichen Lebens, darunter nochmals zwei Ärzte. Wir bedauern sehr, keinen aktiven niedergelassenen Arzt unter den Ausschuss-Mitgliedern zu haben; andererseits ist eine ehrenamtliche Tätigkeit solchen Umfangs von einem niedergelassenen Kollegen schon rein zeitlich kaum zu leisten.

Der Ausschuss bildet sechs Besuchskommissionen, denen einschließlich der Ausschuss-Mitglieder jeweils fünf Mitglieder und deren Stellvertreter angehören, darunter immer ein Facharzt und ein Mitglied mit der Befähigung zum Richteramt. Sie sollen jährlich die Einrichtungen und Dienste besuchen, die an der Versorgung von psychisch kranken und behinderten Menschen beteiligt sind, und zwar nicht nur die psychiatrischen Krankenhäuser und Abteilungen, die Unterbringungen vollziehen, sondern auch sozialpsychiatrische Dienste und Suchtberatungsstellen, Wohnstätten und Heime, Werkstätten und Rehabilitationseinrichtungen. Stichprobenartig werden auch Einrichtungen der Jugendhilfe und der Altenhilfe in die Besuche mit einbezogen. Insgesamt sind inzwischen weit mehr als 300 Institutionen zu besuchen; bewältigen können sechs Besuchskommissionen allerdings nur

---

<sup>11</sup> Priv. Doz. Dr. med. Felix M. Böcker ist Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am Kreiskrankenhaus Saale-Unstrut Naumburg und Vorsitzender des Ausschusses.

Gekürzte Fassung eines Vortrags zur Tagung "Unterbringungsrecht in Deutschland" am 24.03.2000 in Naumburg

etwa 120 Besuche pro Jahr.

Erwartet wird, dass zum Besuch Vertreter des Trägers und der Einrichtungsleitung zur Verfügung stehen; häufig nimmt auch ein Repräsentant der kommunalen Gebietskörperschaft daran teil. Zur Strukturierung der Informationen und Eindrücke dient ein Leitfaden als Grundlage für das Besuchsprotokoll. Die Kommissionen sind gehalten, sich über die Beurteilung der Betreuungsqualität einzelner Einrichtungen und Dienste hinaus einen Überblick über die Qualität der psychiatrischen Versorgung in den Regionen zu verschaffen, für die sie zuständig sind.

Der Ausschuss tritt mindestens zweimal im Jahr zu Sitzungen zusammen – auch in Form von öffentlichen Anhörungen zu speziellen Themen (1995: Suchtkrankenversorgung; 1996: Betreuungsrecht; 1997: Gerontopsychiatrie; 1997: Kinder- und Jugendpsychiatrie; 1998: Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe; 1999: Eingliederung von psychisch Kranken und seelisch Behinderten in Arbeit und Beruf; 2000: Erfahrungen mit dem PsychKG LSA). Der jährliche Bericht an den Landtag und die Landesregierung enthält eine Zusammenfassung aller Besuche und Stellungnahmen zu ausgewählten Bereichen der ambulanten, klinischen und komplementären Versorgung. Einmal jährlich wird über den Bericht im Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landtags beraten; zweimal jährlich beraten die Mitglieder mit der Ministerin für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales und den zuständigen Abteilungsleitern und Referenten; Vorstand und Geschäftsstelle haben regelmäßig Kontakt zum Präsidenten des Landesamtes für Versorgung und Soziales, zum Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker und nach Bedarf zu zahlreichen anderen Stellen. Wenn im Rahmen von Besuchen die Situation vor Ort erörtert wird, geben die Besuchskommissionen vielfältige Anregungen; so versucht der Ausschuss seit langem das von der "Aktion psychisch Kranke" entworfene Konzept personenbezogener Hilfen in Sachsen-Anhalt bekannt zu machen. Innerhalb des Ausschusses herrscht Meinungsvielfalt und eine lebhaft und manchmal kontroverse Diskussion; so kam etwa zur "Privatisierung" des Maßregelvollzuges keine gemeinsame Stellungnahme zustande; über Leitlinien und Maßstäbe zur Beurteilung der Versorgungsqualität besteht dagegen weitgehendes Einvernehmen. Falls der Gesetzgeber den Ausschuss als eine Art von "Feigenblatt" vorgesehen hatte (was wir nicht glauben), ist es anders gekommen: Durch das frühzeitige und konsequente Engagement von Prof. Heinze ist der Ausschuss zu einem ganz wesentlichen Motor der Psychiatrie-Reform in Sachsen-Anhalt geworden.

## Autoren:

Felix M. Böcker, Priv. Doz. Dr. med., Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am Kreiskrankenhaus Saale-Unstrut Naumburg

Peter Brieger, Dr. med., Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Stadt Halle und des Funktionsbereiches Sozialpsychiatrie an der Psychiatrischen Klinik der Martin- Luther-Universität

Ulrike Feyler, Dr. med., Chefärztin der Klinik für Forensische Psychiatrie und der Suchtklinik am Fachkrankenhaus Bernburg

Dietmar Gebel, Polizeipräsident der Stadt Halle/Saale

Karin Hopfmann, Richterin am Amtsgericht Naumburg

Birgit Hügler, Dipl.- Med., Leiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes am Gesundheitsamt der Stadt Dessau

Meinulf Kurtz, Dr. med., Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Dorothea Christiane Erxleben Quedlinburg

Gisela Matthäus, stellvertretende Vorsitzende des Landesverbandes Sachsen- Anhalt der Angehörigen psychisch Kranker, Osterburg

Norbert Michalski, Dr. med., niedergelassener Nervenarzt in Weißenfels

Winfried Reckers, Ministerialdirigent und Leiter der Abteilung Gesundheit im Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen- Anhalt, Magdeburg

Dietrich Rehbein, Dr. med., Amtsarzt und Leiter des Gesundheitsamtes in Quedlinburg

