



Stellungnahme der DFPP (Deutsche Fachgesellschaft Psychiatriische Pflege) zum Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz - PsychKHG) für Baden-Württemberg

Die DFPP begrüßt den vorgelegten Gesetzesentwurf über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz – PsychKHG) für Baden-Württemberg. Positiv hervorzuheben ist das für Baden-Württemberg erstmalige Vorliegen einer gesetzlichen Regelungen zu Hilfen für diese Zielgruppe, die den Maßregelvollzug integriert und unter Beteiligung von Fachleuten, Einrichtungen, Verbänden sowie psychiatriee erfahrenen Menschen und Angehörigen entstanden ist.

Der Entwurf zielt auf die Stärkung von Rechten und damit der Autonomie psychisch erkrankter oder behinderter Menschen und berücksichtigt auch die Position der Angehörigen. Hervorzuheben sind in diesem Zusammenhang die Informations-Beratungs- und Beschwerdestellen, die Ombudsstelle sowie das zentrale anonymisierte Melderegister zur Erfassung von Zwangsmaßnahmen. Ebenfalls gestärkt werden die gemeindenahen Versorgungsstrukturen.

Der vorliegende Gesetzesentwurf berücksichtigt zudem viele Aspekte, welche die AG Psychiatrie der AOLG in ihrem Bericht für die GMK 2012 zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen empfohlen hat.

Deutsche Fachgesellschaft
Psychiatriische Pflege

Hargesheim, 15. Mai 2014

Ruth C. Ahrens, RN, MScN
Präsidentin
ahrens@dfpp.de

Bruno Hemkendreis
Vize-Präsident
hemkendreis@dfpp.de

Uwe Genge
Vize-Präsident
Finanzverwaltung
genge@dfpp.de

Postanschrift
Deutsche Fachgesellschaft
Psychiatriische Pflege
c/o BAPP-Geschäftsstelle
Nürnberger Str. 20
90579 Langenzenn

Bankverbindung
Sparkasse Ulm
BLZ 63050000
Konto 21188994

Da psychisch erkrankte und behinderte Menschen häufig das Versorgungssegment Pflege benötigen, ist zu einer Stärkung der gemeindenahen Versorgung, einer flexiblen, am individuellen Bedarf ausgerichteten sektorenübergreifenden Versorgung sowie einer Bedarfsplanung der Einbezug einer pflegfachlichen Expertise aus Sicht der DFPP unabdingbar. Für den Gesetzesentwurf für ein PsychKHG ergeben sich vor diesem Hintergrund folgende Kommentare, Anmerkungen, Forderungen bzw. Änderungsbedarfe.

a) Bedeutung der Prävention

Das Thema Prävention ist in Teilaspekten in einzelnen Paragraphen (§§ 3 und 5 sowie unter B. Einzelbegründungen zu § 3) implizit vorhanden. Dem Präventionsgedanken wird u.a. durch den Ausbau gemeindenaher Versorgungsstrukturen und Stärkung der Patienten- und Angehörigenrechte Rechnung getragen. Begrüßenswert wäre, wenn der Präventionsgedanke in den einzelnen Paragraphen deutlicher hervorgehoben würde; zumal er in Bezug auf die gerontopsychiatrische Versorgung eine besondere Bedeutung erfährt (AG Psychiatrie der AOLG, 2012)ⁱ.

§ 5 Abs. 4 fokussiert die Vielfalt der Lebensumstände, die kulturelle und soziale Lebenssituation von betroffenen Menschen. Es fehlt der ökonomische Aspekt, also das Berücksichtigen der sozio-ökonomischen Umstände, welche das Gesundheits- bzw. Krankheitserleben beeinflussen können. Auch sollte explizit geklärt werden, in wie weit nichtmedizinische Umgebungsfaktoren beeinflusst bzw. modifiziert werden können.

b) Selbstbestimmung und freiheitsentziehende Interventionen

Ziel des Gesetzes ist neben der bedarfsgerechten psychiatrischen Versorgung ein Stärken der Rechtsstellung psychisch erkrankter bzw. behinderter Menschen. Regelungen welche die Autonomie im Falle psychischen Krankseins einschränken, sind deshalb besonders sensibel zu betrachten. Sie stellen einen Spannungsbogen dar, zwischen den Freiheitsrechten der Patienten und dem Anspruch auf unversehrtes Leben und Gesundheit anderer. Die DFPP begrüßt die grundlegende Überarbeitung des bisherigen Unterbringungsgesetzes und die Integration in diesen Gesetzesentwurf. Gleichzeitig sieht sie in Bezug auf das Wahren von Freiheitsrechte betroffener Patienten folgende Änderungsbedarfe:

- Die in § 16 Abs. 4 hinterlegte Zeitspanne für den Antrag auf Anordnung der Unterbringung könnte im Interesse des Patienten auf einen Tag verkürzt werden.

- § 19 Abs. 2 kann großzügig interpretiert werden und eröffnet u.U. zu viel Spielraum für Zwangsmaßnahmen.
- § 20 (4) und § 25 regeln die Behandlung, Aufklärung, die besonderen Sicherungsmaßnahmen und die Nachbesprechung. Sie sehen die Aufklärung und die Anordnung durch den Arzt vor. In diesen zwei Paragraphen fehlen Ausführungen zum Entscheidungsprozess. So empfiehlt die Zentrale Ethikkommission "Entscheidungen über eine Zwangsbehandlung sollen generell durch ein multiprofessionelles Team unter Einschluss auch des Pflegepersonals beraten und beschlossen werden." (Deutsches Ärzteblatt, Jg. 110, Heft 26, S. 1334 -1338). Die DFPP teilt diese Empfehlung und fordert den Einbezug von Pflegefachpersonen in den Entscheidungsprozess. Letztere sind maßgeblich an der Durchsetzung und Wirkungsüberwachung der Interventionen beteiligt und gestalten deren patientenorientierte bzw. dem aktuellen State of the Art entsprechend mit. Die ärztliche Verantwortung zur Aufklärung und Anordnung von Maßnahmen welche die Behandlung betreffen, blieben hiervon unberührt.
- In § 25 Abs. 3 ist eine engmaschige Überwachung genannt. Analog zur Praxisempfehlung Intensivbetreuung (http://www.dfpp.de/archiv/dfpp/DFPP-Praxisempfehlung_Intensivbetreuungen.pdf) empfiehlt die DFPP diese, im Sinne einer Patientenorientierung durch den Begriff „intensive Betreuung“ zu ersetzen.
- § 26 regelt die Anwendung unmittelbaren Zwangs. Hier wird anhand der Formulierung in Abs. 3 „Die Anwendung unmittelbaren Zwangs ist anzudrohen“ ein aus Sicht der DFPP besonderes Machtgefälle deutlich. Wenn es darum geht, Patientenrechte zu stärken, dann spielt der sprachliche Aspekt eine nicht unerhebliche Rolle. Die DFPP empfiehlt deshalb eine patientenorientiertere Formulierung die wie folgt lauten könnte: Maßnahmen sind den Betroffenen vorher mitzuteilen und zu begründen. Von der vorherigen Mitteilung kann bei einer Fixierung ausnahmsweise abgesehen werden, wenn die Umstände sie nicht zulassen, insbesondere wenn die sofortige Anwendung des Zwangsmittels zur Abwehr einer Gefahr notwendig ist. Sie bedürfen der ärztlichen Anordnung und Überwachung. Sie sind umgehend aufzuheben, sobald die Voraussetzungen für ihre Anordnung entfallen.

c) Kooperation und sektorenübergreifende Versorgung

Multiprofessionelle Kooperation und eine sektorenübergreifende Versorgung, die sich am individuellen Bedarf orientiert und einen bedarfsgerechten Zugang zu Versorgungsstrukturen ermöglicht, stellen wichtige Präventions- und Qualitätsaspekte psychiatrischer Versorgung dar (DGPPN Stellungnahme 11.06.2013, AG Psychiatrie der AOLG, 2012). Die DFPP begrüßt ausdrücklich die Inhalte des Gesetzentwurfs zur Verbesserung einer bedarfsgerechten Versorgung in Baden-Württemberg. Gleichzeitig ergeben sich aus Sicht der DFPP Kriterien, die es in diesem Zusammenhang zu berücksichtigen gilt.

- **Informations- Beratungs- und Beschwerdestellen:**

Mit deren Etablierung sowie Erweiterung und Stärkung der Rolle des Patientenfürsprechers ermöglicht der Entwurf eine Stärkung der Position von psychisch erkrankten Menschen und ihren Angehörigen. Allerdings, und das ist wohl eher dem Finanzierungsaspekt geschuldet, sind diese Rollen als Ehrenamt gedacht und an dieses sind die Anforderungen nicht gerade gering. Es bleibt abzuwarten, ob eine flächendeckende und damit bessere Zugangsmöglichkeit für die Zielgruppen gelingt. Diese Regelung bleibt hinter den Empfehlungen der AG Psychiatrie der AOLG zurück, die auf das honorieren einer multiprofessionellen Kooperation verweist (2012).

- **Gemeindepsychiatrische Verbände:**

Einen weiteren, aus Sicht der DFPP wichtigen Kooperationsaspekt, enthält der § 7 Gemeindepsychiatrische Verbände nicht. Er sieht keinen besonderen Kooperationsbedarf für die gerontopsychiatrische Versorgung, und das obwohl das Thema unter dem Stichwort „Demographischer Wandel“ in den letzten Jahren in der Fachwelt und der Bevölkerung zunehmend ins Bewusstsein gerückt ist. Im vorliegenden Gesetzentwurf, insbesondere den §§ 6 und 7 gibt es keine Regelungen dazu, wie wir als Gesellschaft mit psychisch kranken alten Menschen umgehen möchten. Gerade in Baden-Württemberg gestalten sich die gemeindenahen Zugangsmöglichkeiten für diese Zielgruppe höchst unterschiedlich. Die DFPP fordert für das PsychKHG Baden-Württemberg dem besonderen Kooperationsbedarf der gerontopsychiatrischen Versorgung (AG Psychiatrie der AOLG, 2012) Rechnung zu tragen.

- **Sozialpsychiatrischer Dienst:**

Der vorliegende Gesetzentwurf stärkt die Rolle und Aufgaben der Sozialpsychiatrischen Dienste, einem wichtigen Baustein der gemeindenahen Versorgung. Aus Sicht der DFPP fehlen folgende Aspekte bzw. sind zu fordern:

- Im § 6 gibt es keine Verbindlichkeit in Bezug auf die Ausgestaltung des sozialpsychiatrischen Dienstes. Es braucht eine Regelung zur Erreichbar- bzw. Verfügbarkeit von Leistungen des sozialpsychiatrischen Dienstes (Stichworte 24 Stunden/Tag, 7 Tage wöchentlich).
- Einbezug von psychiatrieerfahrener Menschen bzw. Peer-Mitarbeiter und Genesungshelfer.
- Eine verbindlichere Kooperation mit Soziotherapie-Erbringern, da es hier regional unterschiedliche Zugangsmöglichkeiten gibt.
- Es ist unklar ob der sozialpsychiatrische Dienst von sich aus d.h. ohne ärztlichen bzw. psychologischen Auftrag aktiv wird. Hier wäre eine klärende Formulierung zu begrüßen.
- Eine Berücksichtigung des besonderen gerontopsychiatrischen Versorgungsbedarfs.

d) Pflege in der ambulanten und stationären psychiatrischen Versorgung

Leistungen der professionellen Pflege werden in der ambulanten und stationären Versorgung erbracht. Sie betreffen die Bereiche Prävention, Behandlung, Rehabilitation, Pflege, Wohnen, Tagesstrukturierung und der Integration von erkrankten Menschen in das gesellschaftliche Leben. Deshalb kommt ihr in den Bereichen Integration und Inklusion psychisch erkrankter Menschen eine besondere Stellung zu. Im Krankenpflegegesetz werden für die Pflege für die Handlungsfelder der Prävention und Rehabilitation beschrieben (KrPflG § 3 Abs.2 – 3). Danach hat die Pflege den therapeutischen Auftrag, an der Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung von psychischer und physischer Gesundheit der ihnen anvertrauten

Patienten mitzuwirken (Bundesgesetzblatt, 2003). Die AG Psychiatrie der AOLG empfiehlt in ihrem Bericht zum Ausbau der ambulanten Behandlungsstrukturen und einer Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung u.a. die Integration des Bereichs Pflege in Versorgungsmodelle für die Psychiatrie (2012). Umso mehr erstaunt es, dass der vorliegende Gesetzentwurf dieses Leistungssegment kaum berücksichtigt bzw. den Bereich Pflege in das durch das Gesetz angestrebte Versorgungsmodell nicht integriert. So finden sich in § 5 Abs. 1 zwar Aufzählungen was zu den Hilfen gehört, die

Pflege findet sich hier ebenso wenig wie in § 6. Dort finden zwar Aussagen zu Fachkräften, aber auch diese sind unscharf bzw. zielen mit ihrer Formulierung “Die Leistungen werden von Fachkräften erbracht. Fachkräfte sind in erster Linie Sozialarbeiter und Sozialpädagogen“ (vgl. Begründung § 6 Zu Abs. 2) nicht auf eine tatsächliche Integration der pflegerischen Leistung.

Aus Sicht der DFPP ist der Bereich Pflege in das Versorgungsmodell und somit in den Gesetzentwurf zum PsychKHG verbindlich zu integrieren:

- Integration einer Verpflichtung der Zusammenarbeit mit ambulanten Pflegediensten wie sie für die anderen Leistungserbringer in § 6 Abs. 2 vorgesehen ist; gerade auch vor dem Hintergrund des demographischen Wandels.
- Veränderung des Fachkräfte-Begriffs. Vor dem Hintergrund der Akademisierung der Pflege (z.B. Psychiatriische Pflege in Bielefeld), die aufgrund von Studiengängen über einen formal gleichwertigen Abschluss wie Sozialarbeiter verfügen kann, ist die in der Begründung zum Gesetz formulierte Differenzierung nicht haltbar. Ebenso wären Pflegefachkräfte mit Berufserfahrung den Heilerziehungspflegekräften gleich zu setzen. Solche, wie im Gesetzentwurf getroffenen Regelungen mögen im Interesse einzelner Berufsgruppen sein; sie führen letztlich dazu, dass psychisch erkrankte Menschen und ihre Angehörigen zu einem wichtigen Versorgungssegment keinen Zugang haben.
- Einbezug der psychiatrischen Pflege in die Besuchskommissionen in § 27. Die in Anlage B unter § 27 zu Abs. 1 genannten Inhalte dieser Kommission wie das Überprüfen der generellen Qualität der stationären Unterbringung wie Verpflegung, Kleidung, hygienische und allgemeine Verhältnisse sind Aufgaben- und Verantwortungsbereich der Pflege (vgl. dazu auch PsychPV). Das Krankenpflegegesetz befähigt sie zur eigenverantwortlichen „Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege [sowie] Evaluation (...), Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege“ (KrPflG, 2003).

Fazit

Der vorliegende Gesetzentwurf zum Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz für Baden-Württemberg ist ein wichtiger und richtiger Schritt in Richtung Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen. Er ist unter breiter Beteiligung von Interessensgruppen entstanden. Dennoch bleibt er mit seinen Regelungen in Bezug auf die

Bedeutung der Prävention, dem besonderen Bedarf älterer, chronisch erkrankter Menschen und dem Einbezug des Bereichs Pflege in ein psychiatrisches Versorgungsmodell hinter aktuellen Entwicklungen und Empfehlungen zurück.

Für die DFPP:

Ruth Ahrens, Cornelia Schindler, Uwe Genge, Thomas Buneta, Bruno Hemkendreis

¹ AG Psychiatrie der AOLG (2012). Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektiven. Bericht für die GMK 2012, http://www.gesunde.sachsen.de/download/Download_Gesundheit/GMK-Bericht_2012_der_AG_Psychiatrie_de__AOLG.pdf (27.12.2012).

ⁱ AG Psychiatrie der AOLG (2012). Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektiven. Bericht für die GMK 2012, http://www.gesunde.sachsen.de/download/Download_Gesundheit/GMK-Bericht_2012_der_AG_Psychiatrie_de__AOLG.pdf (27.12.2012).