

Offenbach, 20. März 2020

Hessisches Ministerium für Soziales und Integration
Referat V5
Psychiatrische Versorgung und Maßregelvollzug
Sonnenberger Straße 2/2a
65193 Wiesbaden

Ergänzte Stellungnahme zur Evaluierung Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG) vom 04. Mai 2017 (GVBl. S. 66)

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir danken für Ihre Einladung zur Stellungnahme und reichen hiermit unsere Positionen zum neuen Hessischen Gesetz über Hilfen bei psychischen Krankheiten, zum Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG), ein. Das Gesetz vom 04. Mai 2017 verliert Ende Dezember 2021 die Gültigkeit. Nachfolgend beantworten wir die von Ihnen gestellten Fragen:

Zur Frage 1: Ist das Gesetz weiterhin notwendig?

Ja, wir halten das Gesetz weiterhin für notwendig.

Begründung: Das Gesetz soll den Patienten eine Hilfestruktur anbieten, die akute und bei Bedarf langfristig therapeutische aufsuchende Hilfen bereithält. Die Einführung von qualitativen Mindeststandards und deren regelmäßige Überprüfung würden wir begrüßen.

Zur Verbesserung der Wiedereingliederungs-Perspektive für die Patienten fordern wir mehrere Intensiv-Maßnahmen (analog zu schweren somatischen Erkrankungen) und Anwendung der Netzwerkgespräche und der Empfehlungen der zuständigen S3-Leitlinien. Außerdem **fordern wir die Einbeziehung des stützenden sozialen Umfelds in Entscheidungsprozesse in allen psychiatrischen Kliniken, Pflege- und Wohn-Einrichtungen sowie Einrichtung von mobilen Krisen- und Nachsorgeteams unter Einbeziehung von Peers zur Regel zu erheben.** Wir beobachten, dass sich Klienten ohne familiären Beistand oft in deutlich unterdurchschnittlichem Gesamtzustand befinden, weil sie ihren Belastungen durch mangelhaften sozialen Halt und Beistand schlechter standhalten.

Zur Frage 2: Wenn ja, hat sich das Gesetz in Ihrem Bereich bewährt?

Bewährt haben sich die Besuchskommissionen und die Unabhängigen Beschwerdestellen (mit Verbesserungspotential, siehe unter Frage 3),

in einigen Regionen gibt es Fortschritte bei der Koordinierung der Hilfen regional tätiger Akteure. Nach dem Modell eines GPV (z.B. Offenbach) gibt es erste Planungen und Gespräche. Auch in den Kliniken gibt es Fortschritte: Deeskalationstraining sowie 1:1-Betreuung führen zu weniger Fixierungen.

Zur Frage 3: Welchen Änderungsbedarf sehen Sie? Aus welchen Gründen?

Auf Kosten ambulanter Präventions- und Nachsorgemaßnahmen und Freiwilligkeit steht die Zwangsausübung zu sehr im Vordergrund. Wir erleben den ambulanten psychiatrischen und präventiven Bereich in Hessen, besonders in ländlichen Regionen als massiv unterversorgt.

Der Zugang zum Erwerbsleben und Teilhabe an Gesellschaft muss für Menschen mit Neigung zu Psychosen (Symptome aus dem Formenkreis der Schizophrenie) deutlich verbessert werden. In **Regionen Finnlands** werden nach unserer Kenntnis **ca. 50 - 60 % der Psychose-Patienten nach Abklingen ihrer Krisensymptome durch präventive ambulante Hilfen wieder arbeitsfähig**, während

diese Zahl in Deutschland bei unter 2 % liegt. Aus dieser Differenz leiten wir sehr dringenden Handlungsbedarf ab!

Vieles, was in der Präambel des Gesetzes beschrieben ist, wurde nur sehr begrenzt umgesetzt. Das betrifft die ambulante Versorgung (Hilfen) und die stationäre Versorgung:

Wir Angehörigen erleben die ambulante Versorgung besonders in ländlichen Regionen meist als erschütternd unzureichend: vorhandene Hilfen (Betreutes Wohnen, ambulante Behandlung durch Psychiater/PIA, „Komm“-Struktur) reichen selten aus, um die vermeidbare Chronifizierung der Erkrankung zu verhindern, Ersterkrankten schnelle Hilfe zukommen zu lassen oder Zwangseinweisungen zu vermeiden. Zu viele Erkrankte fallen noch durch die Maschen des Versorgungssystems. Die Zusammenarbeit an den Versorgungsschnittstellen ist sehr ausbaufähig. Das zergliederte Hilfesystem und diverse Kostenträger sind für Betroffene und Angehörige kaum durchschaubar.

Laut dem **Begründungstext des G-BA vom 19.09.2019** (Erstfassung) ergab eine Experten-Befragung von Klinikern des G-BA aus dem Jahr 2017, dass **47 % aller bundesdeutschen Kliniken die damals schon als zu knapp beschriebene Personalbemessung unterschritten.** Diese Tatsache geht zu Lasten der Patienten und des therapeutischen Personal und bewegt uns zur dringenden **Forderung**, dass die **ministerielle Struktur-Gewährung und Fachaufsicht auszuweiten ist.**

Unsere dringendsten Ziele sind:

Die erhöhte soziale Bedürftigkeit (nach Ernst Forsthoff, Gabler Online-Lexikon) von Menschen in akuten, bzw. chronischen schweren psychischen Krisen und deren Bedarfe im Kontext mit ihren oft höchst prekären Lebensumständen veranlasst uns, für ganz Hessen die **Komplettierung des dynamischen Kananons der Daseinsvorsorge zu fordern: Schaffung oder Verbesserung der ambulanten psychiatrischen Prävention und Versorgung mit dem Zweck der Vermeidung von Wohnungslosigkeit** nach dem Pronzip: **ambulant vor teilstationär und teilstationär vor stationär und bessere Teilhabechancen:**

- flächendeckende aufsuchende 24h-Krisen- und Notfalldienste (Orientierung am **Berliner**, Bayerischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz: Krisendienst Oberbayern und München, Caritas-Krisendienst Darmstadt, **unter Einsatz von Peers**, der Technik „Netzwerk-, systemischen Gesprächen“ zur Entlastung psychiatrischer Kliniken und Reduzierung belastender Blaulicht-Einweisungen von Krisenpatienten. Modell „Propheten“ in Kärnten, siehe auch Frage 5),
- langfristige therapeutische Nachsorge-Angebote und Krisen-Rückzugsräume nach Klinik-Aufenthalt bei Bedarf,
- Förderung und Einrichtung von Präventionsambulanzen (siehe Ansbacher Modell, Bayrisches Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz, Artikel 51),
- Vernetzung/Koordinierung der ambulanten Strukturen ist im Gesetz verankert (siehe § 6)
- SPD i mit verbindlichem Aufgabenkatalog: siehe § 6),
- Erweiterung der Aufgaben der PIAs: aufsuchende Behandlung, psychosoziale Therapien, Netzwerkgespräche/Familieninterventionen, Sozio-, Musik-, Kunst-, Bewegungs-, Entspannungsangebote etc.
- Flächendeckende Angebote der „Psychiatrischen Pflege“,
- Soziotherapie als anerkannt gutes Angebot der ambulanten Versorgung. Utopisch niedrige Vergütungssätzen und Vorschriften der Krankenkassen lassen dieses Modell bisher scheitern,
- begleitete Krisenwohnungen/-räume,
- gesicherte Finanzierung der o.g. Dienste/Angebote (Krisendienste, SPDIs, siehe Vorbild Bayern)
- Geeignete, auch temporäre Selbsthilfe-Aktivitäten von Patienteninitiativen sind zu unterstützen. Z. B. Freizeitgestaltung durch Ex-In-Personen,

- Landesverbände der Familien-Selbsthilfe (Angehörige) und der Psychiatrie-Erfahrenen müssen auch durch das Ministerium gefördert werden. Zeitaufwändige Ehrenämter für gesellschaftliche Belange bedürfen der öffentlichen Förderung,
- Regelmäßige und fachlich begleitete Therapiekonferenzen (Dr. Zinkler, Klinik Heidenheim) unter Einbeziehung der Familien auch im Heim, bzw. Wohn-Umfeld, bzw. Hinführung zu familien-therapeutischen Maßnahmen,
- Besuchskommissionen: Berichte ans Ministerium und an den mindestens einmal jährlich tagenden Psychiatrieausschuss. Kliniken sollen berechtigt sein, ihre eigenen Prüf-Ergebnisse unter Berücksichtigung der Persönlichkeits- und Datenschutzrechte zu veröffentlichen.

Insgesamt weniger soll- und kann-Formulierungen, mehr Verbindlichkeit und verlässliche Hilfen. Änderungsvorschläge der Paragraphen im Einzelnen (Änderungen jeweils fett gedruckt):

§ 3 – Begriff und Ziel der Hilfen

Abs. (2), Pkt. 4. und 5. (Änderung fett):

4. dazu beizutragen, dass... frühzeitig erkannt und behandelt werden, und **dadurch**
5. Maßnahmen der Unterbringung... **vermieden werden** (statt „zu vermeiden“). **Wir bitten zu ergänzen:** Therapeutische Zielsetzung soll die Verbesserung der Teilhabe an Gesellschaft und Erwerbstätigkeit und Stabilisierung, bzw. Stärkung der Beziehung zum familiären und sozialen Umfeld sein.

§ 4 – Ausgestaltung der Hilfeleistung

Abs. (5): Personen, die Menschen ...nahestehen, **werden** (statt „sollen“) entlastet und unterstützt **und in die Therapieziele einbezogen** (eingefügt). Die besondere Situation von Kindern und Eltern ... **muss** (statt „soll“) berücksichtigt werden.

§ 6 Koordinierung der Hilfsangebote vor Ort durch die SPDIs:

(1) Die Sozialpsychiatrischen Dienste **planen und koordinieren** die Hilfsangebote in ihrem örtlichen Zuständigkeitsbereich. Sie **bestellen** („können“ streichen) eine Psychiatriekoordinatorin.... **Wir bitten zu ergänzen:** Ambulant begleitende Gesundheitslotsen unter **begleitendem Einsatz von Genesungsbegleitern** ergänzen die ambulante Versorgung.

(3) Mindestens einmal im Jahr vor Ort anzupassen und weiterzuentwickeln **gemäß Modell GPV**.

Zusätzlich sollte ein **verbindlicher Aufgabenkatalog der SPDIs** formuliert und aufgenommen werden: Behandlungskompetenz, Bildung von GPV, Vernetzung von ambulanten u. stationären Anbietern, Koordination der Hilfen, Mitwirkung beim Entlassmanagement, Beratung der Familien/Angehörigen

§7: Ehrenamtliche Hilfen:

Ehrenamtliche Hilfen **werden unterstützt**. (statt „können unterstützt werden“).

§ 8 Finanzierung:

Für die Erfüllung der Aufgaben einen **ausreichenden** Mehrbelastungsausgleich (siehe z.B. PsychKHG Bayern oder Berlin)

§ 13 Besuchskommission:

(3) Satz: „Die Besuchskommission kündigt ihren Besuch ein bis drei Tage vorher an“ **soll entfallen**. Anmerkung: Besuchskommissionen sollten die Kliniken auch unangemeldet besuchen können.

(4) Die Besuchskommission legt ... dem für die Gesundheit zuständigen Ministerium **und dem Psychiatrieausschuss** einen Besuchsbericht... vor.

(5) Eine Vergütung der Mitglieder der Besuchskommission soll nach dem Verfahren der Aufwandsentschädigungen bzw. Übungsleiterentgelte erfolgen.

Zusatz: Kontaktdaten der Besuchskommissionen sollten transparent sein, um eine Vernetzung der Besuchskommissionen mit den Beschwerdestellen zu gewährleisten.

§ 15 Fachaufsicht:

Wir bitten Punkt 1 zu ergänzen: Das Ministerium legt qualitative Mindeststandards und Zielvorstellungen fest.

Das Ministerium sorgt für Qualitätsmanagement:

Strukturqualität

Unsere Patienten können unmittelbar auf eine Vielzahl von qualifizierten und engagierten Fachkräften zurückgreifen. Wir gewährleisten eine hohe Therapiedichte und werktägliche Einzeltherapie.

Prozessqualität

Die erfolgreiche Erbringung der komplexen Behandlungsprozesse erfordert von allen Mitarbeitenden ein hohes Maß an sozialer Kompetenz, verbunden mit persönlichem Engagement. Therapieziele und Behandlungsprozesse werden vom Chefarzt unmittelbar gesteuert.

Ergebnisqualität

Wir messen regelmäßig diverse Indikatoren der Ergebnisqualität, insbesondere Patientenzufriedenheit und Besserung des Gesundheitszustandes und der Lebensqualität.

§ 19 – Behandlung:

(1) Die untergebrachte Person hat Anspruch auf **leitliniengerechte** Behandlung.

Anmerkung:

Leitliniengerechte Behandlung sollte sichergestellt sein: die Mehrzahl der Patienten erhält keine Behandlung entsprechend der S3-Leitlinien (dies betrifft Medikamentengabe, Aufklärung, Einbeziehung der Angehörigen in Therapieziele, Psycho-, Sozio-, Kunst-, Sport- und andere Therapieformen).

4

Wir bitten zu ergänzen:

- Behandlungsvereinbarungen, Beratung, Prüfung und Durchführung Medikamenten-Reduzierung gehört zum Standard-Angebot.

§ 21 – Besondere Sicherungsmaßnahmen:

(1) Punkt 5.: ...(Fixierung): **Richtervorbehalt** (Richter muss unverzüglich informiert werden),
→ Anpassung der Formulierung an Urteil des BV zu Fixierungen vom 24. Juli 2018.

Wird eine besondere Sicherungsmaßnahme ... vorgenommen, hat eine **1:1- Überwachung** (statt „engmaschig“) ...zu erfolgen.

§ 22 Wir bitten Punkt 3 zu ergänzen: 1:1-Betreuung fixierter Patienten ist zu gewährleisten.

§ 28 – Entlassung

(2) Die Entlassung ist dem befassten Sozialpsychiatrischen Dienst, den gesetzlichen Betreuern und den Familien (sofern bekannt) mitzuteilen **und das Entlassmanagement** (Wohnen, Medikamente, Geld...) **mit diesem zu koordinieren** (Ergänzung). **Aufsuchende Nachsorge ist sicherzustellen.**

§ 31 – Fachbeirat Psychiatrie:

Einfügen als Zusatz unten: „**Der Fachbeirat tagt mindestens einmal im Jahr und wird ins Berichtswesen einbezogen.**“

§ 32 – Unabhängige Beschwerdestelle

(1) Die Landkreise und kreisfreien Städte **richten unabhängige Beschwerdestellen ein** (statt „sollen einrichten“).

(4) ...Die Dokumentation ist dem ... Gesundheitsamt, dem Fachbeirat und **dem HMSI** jährlich in anonymisierter Form zur Verfügung zu stellen. (Anmerkung: es ist nicht transparent, was mit der Doku-

mentation geschieht)

(6) Für die Einrichtung... gewährt das Land...eine **ausreichende** jährliche Pauschale.

Anmerkung: Die Tätigkeit in **Unabhängigen Beschwerdestellen** sollte aufgewertet werden (Vergütung, Besetzung mit (teilweise) hauptamtlichen MitarbeiterInnen), siehe Unabhängige Beschwerdestelle Berlin

Zur Frage 4: Gibt es Regelungen, die entfallen können?

§ 24 – Schriftverkehr:

„Der Schriftverkehr darf überwacht und angehalten werden“ **sollte entfallen.**

§ 30 Kosten der Unterbringung:

Die Kosten der Unterbringung hat die untergebrachte Person zu tragen...“ **muss entfallen!**

§ 31 Psych-KHG – Fachbeirat Psychiatrie

Wir bitten zu ergänzen: Diese Ehrenamtstätigkeit wird nach üblichen Sätzen der Übungsleiterentgelte abgegolten.

§ 32 Psych-KHG -

Wir bitten zu ergänzen: Diese Ehrenamtstätigkeit wird nach üblichen Sätzen der Übungsleiterentgelte abgegolten.

§ 36 PsychKHG – Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Änderungsvorschlag: Dieses Gesetz tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2026 au0er Kraft.

Zur Frage 5: Gibt es zusätzliche Regelungen, die aufgenommen werden sollen? (Begründung)

Wir sehen folgenden Ergänzungsbedarf: Zu viele Menschen mit schweren psychiatrischen Diagnosen leben ohne oder ohne ausreichenden Bezug zum Hilfesystem. **Hilfen gemäß Modellen, wie Berlin (Einsatz von Genesungsbegleitern / Peers) Caritas Hessen-Süd, oder dem sogenannten Propheten-Modell, welches auch als langfristige klinische Nachsorge nach klinischen Therapien in Kärnten** praktiziert wird (Anlage).

§ 3 bitten wir zu ergänzen:

Bei Psychose-, ...-Patienten, besonders bei Ersterkrankten verstärkt menschliche Zuwendung, betont niedriger Neuroleptika-Einsatz und systemische Prinzipien bevorzugt einsetzen. Ambulant vor stationär (abhängig von Ressourcen des Patienten und seines Umfelds), jährlich zu überprüfenden Qualitäts-Standards, nach dem Beispiel der myway-Klinik vorsehen, mit Berichten an den mind. 1 x jährlich tagenden Psychiatrieausschuss im Sozialministerium. **Begründung:** Verstärkung der Prophylaxe zur besseren Vermeidung von Chronifizierung und Verhinderung langjähriger Pflegemaßnahmen. Psychosen müssen heute beim Einsatz neuester Therapien nicht mehr für jeden Patienten lebenslang dominant einschränkend wirken.

§ 6 bitten wir zu ergänzen:

Zusätzlicher verbindlicher Aufgabenkatalog der SPD_i, siehe oben.

Zur Stationären Behandlung:

Zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen und Qualitätsverbesserung sollte sich orientiert werden an Best-Practice-Modellkliniken (Heidenheim, Herne o.a., Kliniken mit Soteria-Abteilung) → wir bitten einen zusätzlichen Paragraphen mit entsprechender Formulierung im PsychKHG aufzunehmen

Mit freundlichen Grüßen

Gez. Manfred Desch
Vorsitzender

Edith Mayer
stellvertr. Vorsitzende