

<b>Schleswig-Holsteinischer Landtag Umdruck 19/3702</b>
---

Einrichtung für körperliche und psychische Erkrankungen  
Akademisches Lehrkrankenhaus der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Helios Fachklinik Schleswig GmbH  
Am Damm 1 • 24837 Schleswig

Klinik für Psychiatrie und Psychosomatische Medizin  
Ärztliche Direktion  
PD Dr. Sebastian Rudolf  
Ärztlicher Direktor / Chefarzt

An den  
Sozialausschuss  
des Schleswig-Holsteinischen Landtags  
Düsternbrooker Weg 70  
24105 Kiel

Tel +49 4621 83-13 00  
Fax +49 4621 83-48 01

sebastian.rudolf@helios-gesundheit.de  
[www.helios-gesundheit.de](http://www.helios-gesundheit.de)

12.03.2020

**Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Landesregierung zur Hilfe und Unterbringung von Menschen mit Hilfebedarf infolge psychischer Störungen (PsychHG) für den Sozialausschuss**

Sehr geehrte Damen und Herren,

zu dem o.g. Gesetzentwurf nehme ich ergänzend zu der Landesarbeitsgemeinschaft der Ärztlichen Leiterinnen und Leiter der Krankenhäuser und Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie in Schleswig – Holstein (LAG SH) wie folgt Stellung.

Grundsätzlich begrüße ich den Ansatz, die Versorgung und Hilfe für Menschen mit psychischen Störungen in Schleswig-Holstein auf eine sichere Rechtsgrundlage zu stellen.

Der Vorliegende Gesetzentwurf enthält jedoch Fehler mit bedeutsamen Nachteilen für die Krankenhäuser und vor allem für die Versorgung psychisch erkrankter Menschen in unserem Land. Diese möchte ich an einigen Passagen verdeutlichen.

Der Passus Abschnitt D. 1. Kosten, Abs.2 suggeriert, dass der personelle Aufwand, der im Rahmen von Fixierungen auf Basis des Urteils des BVerfG entsteht, bereits finanziert sei und insofern kein finanzieller Mehrbedarf entstehen würde. Dies ist definitiv nicht der Fall. Der Personalschlüssel für eine durchgehende 1:1 Betreuung ist über die Kostenträger nicht refinanziert.

Der dann folgende Passus beschäftigt sich mit dem Verwaltungsaufwand: Es wird für alle Beteiligten (Amtsgerichte, Sozialpsychiatrische Dienste/Fachdienste) und v.a. für die Krankenhäuser eine enorme Steigerung des Verwaltungsaufwandes geben. Der ist jetzt bereits in der „Übergangsphase“ der Gesetzgebung eingetreten und erheblich spürbar, wird sich in Zukunft zementieren und steigern, insbesondere durch die vorgeschriebenen und deutlich erweiterten Benachrichtigungs-, Berichts- und Dokumentationspflichten. Es wird nicht nur die Dokumentation sondern auch deren Auswertung eingefordert, was einen erheblichen Aufwand an Zeit erfordert, die bereits jetzt in der Versorgung der Menschen mehr als knapp bemessen ist.

Hier ist ergänzend auch darauf hinzuweisen, dass diese Punkte bereits in der Diskussionsphase von den Vertretern der Krankenhäuser angesprochen und einfach nur negiert wurden.

**§ 13 Abs. 2** legt fest, dass der Kreis oder die kreisfreie Stadt bestimmt, in welchem geeigneten Krankenhaus die Unterbringung des Betroffenen erfolgt. Wenn eine somatische Behandlung vorrangig erforderlich ist, sollte diese auch in einem geeigneten Krankenhaus erfolgen. Die meisten psychiatrischen Kliniken sind zu der Versorgung somatisch akut erkrankter Patienten sowohl inhaltlich als auch technisch nicht in der Lage. Mit einem weiteren Passus existiert die Möglichkeit, dass ein beliehenes Krankenhaus bzw. ein Krankenhaus, das personell nicht (mehr) in der Lage ist, einen weiteren unterzubringenden Patienten aufzunehmen, dennoch verpflichtet wird, einen zusätzlichen Patienten aufzunehmen. Das wird für die die betreffenden Patienten zu einer vitalen Gefährdung führen.

In **§ 13 Abs. 3** wird dem Kreis bzw. den kreisfreien Städten u.E. eine Möglichkeit eingeräumt, Träger von Krankenhäusern mit Aufgaben zu betrauen, die bis dato dem Sozialpsychiatrischen Dienst bzw. den Gesundheitsämtern obliegen – wie z.B. die Tätigkeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes selbst. Eine „Auslagerung“ dieser primär kommunalen Aufgaben lehne ich entschieden ab, da damit ein wichtiges Rechtsgut der betroffenen Patienten eingeschränkt wird. So sind die ärztlich-therapeutisch Handelnden gleichzeitig die im Wesentlichen mit der Unterbringung betrauten, sie dokumentieren die Notwendigkeit des eigenen Behandlungsansatzes, ohne das eine Zweitsicht gewährleistet ist.

**§ 14 Abs. 4** legt fest: „Die Behandlung muss von einer Ärztin oder einem Arzt angeordnet oder selbst durchgeführt werden. Sie muss ärztlich überwacht und dokumentiert werden.“ Die Behandlung eines Patienten kann nicht komplett ärztlich überwacht und dokumentiert werden, egal in welcher Fachrichtung. So ist zum Beispiel die Vitalparameterkontrolle teilweise eine pflegerische Tätigkeit und wird entsprechend dokumentiert. Hier greift auch die Delegationsmöglichkeit ärztlicher Tätigkeiten an nichtärztliches Hilfspersonal. Dass die Behandlungsplanung und –supervision ärztliche Tätigkeit ist, ist ohnehin selbstverständlich.

**§ 20 Abs. 3** schreibt vor: „Begründet die Art oder Beschaffenheit eines aufgefundenen Gegenstandes den Verdacht der Begehung einer Straftat, sind die Strafverfolgungsbehörden hiervon in Kenntnis zu setzen.“ Dieser Passus widerspricht u.E. der Datenschutzverpflichtung bzw. der Schweigepflicht. Gerade die Beziehung zwischen Behandler und Patienten gilt als besonders schutzwürdig, so dass der Verdacht auf eine begangene Straftat nicht ausreichen dürfte um die Strafverfolgungsbehörden zu informieren.

**§ 28 Abs. 1** besagt: „Bei einem betroffenen Menschen dürften zeitweise besondere Sicherungsmaßnahmen angeordnet werden, wenn die Gefahr besteht, dass der betroffene Mensch gegen Personen gewalttätig wird oder sich selbst tötet oder erheblich verletzt.“ Hier wird ausschließlich auf Gewalt gegenüber Personen abgestellt; Gewalt gegen die Einrichtung des Krankenhauses hat somit keinerlei Konsequenzen. Die klinische Erfahrung zeigt aber, dass Gewalt gegen Sachen häufig eine unmittelbare Vorstufe zu Gewalt gegen Menschen und ist und daher aufgenommen werden sollte.

**§ 28 Abs. 7 und die Ausführungen auf S. 37** regeln die sogenannte 1:1 Betreuung bei Fixierung. Wie die Gesetzesbegründung richtig ausführt, fordert die S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang...“ eine kontinuierliche 1:1-Überwachung mit persönlichem Kontakt. Allerdings ist mit dieser Forderung an keiner Stelle die unmittelbare und ununterbrochene Anwesenheit einer Person direkt am bzw. beim Patienten verbunden; auch aus dem Urteil des BVerfG ist eine entsprechende Forderung nicht abzulesen. Vor dem Hintergrund des ohnehin bereits

vorhandenen und weiterhin zunehmenden Mangels an Pflegekräften jeglicher Qualifikation und der Tatsache, dass auch die technische Entwicklung stetig voranschreitet, ist es geboten, technische Möglichkeiten zu nutzen, um die zweifelsohne sinnvolle akustische und optische Überwachung der Patienten zu gewährleisten.

Es ist davon auszugehen, dass Pflegekräfte jeglicher Qualifikation sich Arbeit in Kliniken suchen werden, in denen keine nach PsychHG untergebrachten Patienten versorgt werden müssen, da sie diesen Beruf nicht erlernt haben um ihre Zeit am Patientenbett „abzusitzen“.

Kliniken, die im Unterbringungsplan des Landes S.-H. geführt sind, werden schnell an die Grenzen ihrer Aufnahmekapazitäten gelangen und müssen dann die zusätzliche Aufnahme von Patienten ablehnen, da die Rahmenbedingungen nicht eingehalten werden können

### **§ 38 Dokumentations- und Berichtspflicht**

Hier wird vom Krankenhaus eine erhebliche (15 Unterpunkte!) Dokumentations- und Berichtspflicht neu eingefordert: In diesem Umfang löst das in den Kliniken erheblichen Bedarf in EDV und v. a. Personal aus, auch hier gilt: Diese Mehrarbeit in den Kliniken ist weder aktuell wohl noch zukünftig durch Refinanzierung gedeckt, so dass diese Leistungen zwangsläufig durch eine Reduktion des therapeutischen und medizinischen Angebotes erbracht werden und somit eine deutliche Verschlechterung in der Patientenversorgung darstellen werden.

Es ist mehr als fraglich fraglich, ob diese erweiterten Dokumentations- und Berichtspflicht-Tätigkeiten überhaupt durch die Krankenkassen zu finanzieren sind, denn diese gehören ja nicht zur Krankenbehandlung. Wenn eine solche Regelung eingeführt werden sollte, stehen hier primär Land und Kommune in der Leistungspflicht.

**Zusammenfassend** muss festgestellt werden, dass einige Regelungen effektiv die Versorgung und das Leben von Patienten beeinträchtigen wenn nicht gar gefährden würden, wenn sie so in ein Gesetz aufgenommen werden würden – insbesondere die vorgesehenen Regelungen zur 1:1-Betreuung und das vorgesehene Verbot technischer Hilfsmittel. Es wird hier zu einer Flucht der Mitarbeiter und zu einer Rückkehr zu Wachsälen mit minimaler Privatsphäre für die Patienten kommen. Für die Kliniken wird die Akutversorgung nicht mehr leistbar sein, die Aufnahme von Patienten müsste abgelehnt werden, mit nicht voraussehbaren Folgen für die Patienten.

Arbeitsverdichtung und Personalmangel in den psychiatrischen Krankenhäusern werden durch das Gesetz befördert. Der ohnehin hohe Verwaltungsaufwand steigt weiter. Es wird eine erhebliche Steigerung der Kosten kommen (für die aufwändige Dokumentations- und Berichtspflicht, die personelle 1:1 Betreuung), ohne dass dies zu einem klaren Nutzen für die betroffenen Menschen führt.

Bei einer Gesamtbetrachtung der einzelnen Punkte sehen wir aktuell nicht die Möglichkeit, in unseren Häusern den gesetzlichen Anforderungen des neuen geplanten PsychHG SH in der aktuellen Form zu entsprechen. Wir wären verpflichtet, die Aufsichtsbehörden unverzüglich zu unterrichten, dass die Voraussetzungen für die Umsetzung des Gesetzes innerhalb des Krankenhauses nicht mehr gewährleistet werden kann.

Mit freundlichen Grüßen

PD Dr. Sebastian Rudolf  
Ärztlicher Direktor