

DBfK Nordwest e.V. | Lister Kirchweg 45 | 30163 Hannover

Niedersächsischer Landtag  
Ausschuss für Soziales, Frauen, Familie,  
Gesundheit und Migration  
Hannah-Arendt-Platz 1  
30159 Hannover

Per E-Mail an:  
norbert.horn@lt.niedersachsen.de,  
Betreff: „PsychKG-Drs. 17/7146“

**DBfK Nordwest e.V.**

**Geschäftsstelle**  
Lister Kirchweg 45  
30163 Hannover

**Regionalvertretung Nord**  
Am Hochkamp 14  
23611 Bad Schwartau

**Regionalvertretung West**  
Müller-Breslau-Straße 30a  
45130 Essen

**Zentral erreichbar**

Telefon (05 11) 69 68 44-0  
Telefax (05 11) 69 68 44-299  
E-Mail nordwest@dbfk.de

Hannover, 08.03.2017  
Zur Anhörung am 09.03.2017

**Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Landesregierung, Drucksache 17/7146  
‘Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen  
und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG)’  
zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Soziales, Frauen, Familie, Gesund-  
heit und Migration am 09. März 2017**

Sehr geehrter Herr Horn, sehr geehrte Abgeordnete,

wir danken Ihnen für die Möglichkeit, im Rahmen der Verbändeanhörung zum Gesetzentwurf der Landesregierung zum ‘Gesetz zur Änderung des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG)’ Stellung nehmen zu können.

Mit der Einladung zur öffentlichen Anhörung vom 07. Februar 2017 übersandten Sie uns ein Exemplar der Drucksache 17/7146. Hier wurde im Allgemeinen Teil der Gesetzesbegründung darauf hingewiesen, dass sich der Änderungsbedarf des bestehenden Gesetzes vor allem in der Umsetzung aktueller Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zur Zwangsmedikation begründe, jedoch u.a. auch Präventionsförderung, die Früherkennung psychischer Krankheiten sowie Möglichkeiten zur Selbsthilfe berücksichtigen solle. Die Zielsetzung der Überarbeitung ist für uns plausibel – die aktuelle Diskussion der Zwangsbehandlung im Deutschen Ethikrat (letzte öffentliche Anhörung am 23.02.2017) und dessen derzeit entstehende Stellungnahme, untermauern den fortwährenden Diskussions- und Handlungsbedarf im Kontext „wohltätiger“ (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2017) bzw. sicherer Zwangsbehandlung.

Gleichwohl möchten wir in unserer Stellungnahme, aus unserer Perspektive des größten Berufsverbands der freien beruflich Pflegenden, aufzeigen, dass es auf Grund von angezeigten Problemen in der Umsetzungspraxis in Teilbereichen Konkretisierungen sowie Klarstellungen bedarf. – Unsere folgenden Änderungsvorschläge zielen darauf ab, die Qualität des Gesetz-

entwurfes zu verbessern und diesen im Sinne einer gesteigerten Patientensicherheit weiter an die Versorgungspraxis anzupassen.

Wir begrüßen grundsätzliche Änderungen des Gesetzes, die auf bessere Versorgungsbedingungen und eine angemessene Dokumentation dieser vor dem Hintergrund des Schutzes von Menschen mit psychischen Erkrankungen abzielen. Zu unserem großen Bedauern jedoch kommt die Betonung einer multidisziplinären Versorgungsrealität als Voraussetzung einer sicheren Versorgung eindeutig zu kurz. Der Anteil der beruflichen Pflege an der Gewährleistung einer sicheren Umgebung für Menschen mit psychischen Krankheiten, an deren Entwicklung einer Selbsthilfekompetenz, der regionalen Versorgung und Prävention wird im Änderungsentwurf nur indirekt benannt.

Professionelle Pflege stellt die quantitativ größte Berufsgruppe in psychiatrischen Einrichtungen dar und weist zudem den zeitlich umfangreichsten Kontakt zu Menschen mit psychischen Krankheiten in der Versorgung auf. Um die Bedeutung plakativ zu verdeutlichen: Insbesondere an Wochenenden ist in der Regel weder ein Arzt noch ein Psychotherapeut auf einer Station – auch nicht in der geschlossenen Psychiatrie – anzutreffen. Auch unter der Woche, insbesondere nachts, wird ärztliche Versorgung größtenteils über Bereitschaftsdienste sichergestellt, was ökonomisch begründet nachvollziehbar ist. Im Ergebnis stellen wir jedoch die Hypothese auf, dass in mindestens 50 Prozent der Betreuungszeit eines Menschen mit psychischen Krankheiten ausschließlich Pflegepersonal als dessen primäre Kontaktperson fungiert. Somit steht in der Versorgungsrealität außer Frage, dass Aufnahme-, Entlassungs-, sowie die meisten Notfallsituationen unter ausschließlicher Anwesenheit von Patient und Pflegepersonal eintreten. Dies gilt es beim Anstreben einer sicheren Versorgung von Menschen mit psychischen Krankheiten im Folgenden zu berücksichtigen.

Die korrekte Ansprache ist bedeutsam für die Identifikation jeder mit dem Gesetz angesprochenen Berufsgruppe. Landläufig und in Strukturen des Gesundheitswesens wird der Begriff „Mediziner“ als Synonym für den Beruf des Arztes betrachtet (vgl. „Medizinstudium“) und ist eindeutig kein Begriff, der einer in der psychiatrischen Pflege notwendigen multidisziplinären Gruppe von Versorgenden gerecht wird. Das Gesundheitswesen ist multiprofessionell aufgebaut: Eine gesetzlich umschriebene Begriffsbestimmung multidisziplinärer Versorgung findet sich zum Beispiel eingangs im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in § 2 Abs. 1 KHG formuliert, welches auch für die psychiatrische Versorgung Gültigkeit besitzt: „Krankenhäuser [sind] Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt (...) werden können.“ In mangelnder Analogie hierzu wird im vorliegenden Entwurf des NPsychKG die im KHG beschriebene „pflegerische Hilfeleistung“ zu oft ausgeblendet. Dies muss korrigiert werden.

Behandlungsmaßnahmen und die hieran beteiligten Personen müssen – auch im Sinne der Patientensicherheit – präzise bestimmt werden. So fordert die Ethikkommission der Bundesärztekammer: „Entscheidungen über eine Zwangsbehandlung sollten generell durch ein multiprofessionelles Team unter Einschluss auch des Pflegepersonals beraten und getroffen werden“ (Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 2013, S. 1337). Pflegenden ist folglich die Mitwirkung und – bei der Gefährdung ihrer Person – auch das Recht auf Selbst-

schutz und Assistenz bei einer definierten „Behandlungsmaßnahme“ gesetzlich im Rahmen des NPsychKG explizit zuzusprechen.

Wir raten nachdrücklich dazu, im NPsychKG der Versorgungsrealität regelmäßiger interdisziplinärer Fallbesprechungen und Therapieplanung und der Bedeutung multi- sowie interdisziplinärer Versorgung von Menschen mit psychischen Krankheiten auch sprachlich gerecht zu werden und dies mittels einer eindeutigen Definition der „Behandlungsmaßnahme“ zu beschreiben. Wir empfehlen die Verwendung der Begriffe „medizinisch“, „ärztlich“, „Arzt/Ärztin“ zu prüfen und ggf. durch den Begriff „Psychiatrisches Versorgungsteam“ oder „Multiprofessionelles psychiatrisches Versorgungsteam“ zu ersetzen. Wir bitten, diesen eingangs im Gesetz im Rahmen einer Begriffsbestimmung - wie am Beispiel des KHG oben veranschaulicht - explizit zu definieren.

### Unser Definitionsvorschlag:

„Ein multiprofessionelles psychiatrisches Versorgungsteam ist eine Zusammensetzung aus ärztlichen, psychotherapeutischen, pflegerischen, soziotherapeutischen, ergotherapeutischen [etc.] Mitarbeitern, die durch gemeinsame Bestrebungen eine Behandlung von Menschen mit psychischen Krankheiten ermöglichen“.

Ausgehend von der in der Gesetzesbegründung benannten Anforderung der „Klarheit und Bestimmtheit“ zur Sicherstellung des Handelns von rechtsbewusst agierendem medizinischem und pflegerischem Personal (vgl. Gesetzesentwurf, S. 16), bitten wir ferner folgende Passagen zu überarbeiten:

### Zu § 7 (2) 1

Zur Vervollständigung der Benennung zur Leitung des Sozialpsychiatrischen Dienstes geeigneter therapeutischer Gruppen, sollte hier auch die Berufsgruppe der Pflege ergänzt werden. Eine im psychiatrischen Berufsfeld, sowie leitungserfahrene und fachweitergebildete bzw. hochschulisch auf Masterniveau qualifizierte Pflegefachperson<sup>1</sup> ist unserer Meinung nach ebenfalls in der Lage einen Sozialpsychiatrischen Dienst zu leiten und hiermit zur Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung beizutragen. Internationale Beispiele belegen die Option einer pflegerischen Klinikleitung (vgl. USA/ Kanada: nurse practitioner led clinics).

### Zu § 15 (2)

Die Formulierung *„Die Krankenhäuser müssen personell und sachlich so ausgestattet sein, dass eine im Sinne des § 19 auf die unterschiedlichen Anforderungen abgestimmte Behand-*

<sup>1</sup> Wir verwenden den Begriff der dreijährig ausgebildeten „Pflegefachperson“ anstelle des häufig verwandten Begriffs der „Pflegefachkraft“, da ersterer nicht stigmatisierend ist und unserem Verständnis einer wertschätzenden Kommunikation über beruflich pflegende Menschen entspricht.

**DBfK Nordwest e.V.**

lung und Betreuung der untergebrachten Person ermöglicht und deren Wiedereingliederung in die Gemeinschaft gefördert werden." ist nicht ausreichend. Wir beziehen uns auf unsere Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes (NKHG) vom 07.02.2017. Hier erläuterten wir die Notwendigkeit konkreter Mindestpersonalvorgaben für den Pflegedienst im Krankenhaus und begründeten dies mit internationaler Studienlage mit allgemeiner Gültigkeit für Pflege im Krankenhaus. Diese Forderung greifen wir hier abermals auf. – Eine personelle Ausstattung an weiche Faktoren zu knüpfen, wie sie in § 19 beschrieben werden, beinhaltet die Gefahr, dass das Ziel verfehlt wird, da dessen Erreichungsgrad derzeit – im Gegensatz zum Einhaltungsgang von Mindestpersonalvorgaben – nicht ohne eine subjektive Bewertung überprüft werden kann.

Die fatale Personalsituation in der Psychiatrischen Pflege und warum eine autonome Entscheidungshoheit der professionellen Pflege in der Bestimmung pflegerischer Personalvorgaben nötig ist, wird eindrucksvoll in einer objektiven Studie der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) beschrieben: Die im Juni 2016 veröffentlichte Studie kommt in einem Abgleich der Qualitätsberichte von 167 Kliniken in Bayern, Hamburg und Sachsen mit Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) zu folgendem signalträchtigen Ergebnis: „Die Hälfte (51 Prozent) der Kliniken und Fachabteilungen der Erwachsenenpsychiatrie verfügt nicht über eine ausreichende pflegerische Personalausstattung. Dies kann für Patienten dramatische Folgen haben.“ (BPTK 2016, S. 25). Weiter heißt es, dass mit dieser mangelhaften Pflegepersonalausstattung Krisensituationen kaum ohne Gefährdung von Patient und Personal zu bewältigen seien (vgl. ebenda). Die Studie verdeutlicht die Relevanz des Problems im Bereich der Pflegeberufe exemplarisch: Nur 24 Prozent der betrachteten 38 privaten Einrichtungen erfüllen die Vorgaben der Psych-PV hinsichtlich des quantitativen Einsatzes von Pflegepersonal. Im Bereich der Ärzte liegt der Erfüllungsgrad hier je nach Fachrichtung bei 79 bzw. 90 Prozent (vgl. ebenda, S. 19). Aus unserer Sicht sind diese Ergebnisse mit der Situation in Niedersachsen vergleichbar.

Uns ist bewusst, dass die Psych-PV sich momentan im Rahmen der Entwicklung des ‚Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)‘ in Überarbeitung befindet. Der dargestellte Status Quo zeigt jedoch eindrucksvoll auf, welche Folgen die Nicht-Berücksichtigung pflegeprofessioneller Expertise in der Gesetzgebung und der daraus resultierenden Versorgungsrealität haben kann. Wir warnen daher davor, diesen Fehler auch beim NPsychKG zu begehen.

Die Anhaltzahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), die Pflegepersonalregelung (PPR) und auch die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) dienen der Budgetermittlung, stellen jedoch keine Verpflichtung der Kliniken zum Einsatz eines definierten Personalschlüssels dar – dieser ist betriebswirtschaftlicher Spielball. Inwieweit sich die Situation durch die Einführung des PsychVVG ändern wird, bleibt abzuwarten.

Gesetzliche Mindestpersonalvorgaben sind in der Psychiatrie möglich, wie Simon & Mehmecke 2017 in ihrem jüngst veröffentlichten Papier anhand internationaler Beispiele darstellen: In Kalifornien / USA liegt die gesetzlich festgelegte Betreuungsquote in psychiatrischen Kliniken bei 1:6 (vgl. Simon & Mehmecke, S. 18ff), in Queensland / Australien gibt es spezifischen Regelungen und eine staatlich definierte Mindestpflegepersonalbesetzung im Tag-

**DBfK Nordwest e.V.**

dienst von 1:4 (vgl. ebenda, S. 57ff) und eine in der Psychiatrie je nach Schicht tarifvertraglich vereinbarten Mindestbesetzung von 1:4 bis 1:7 in New South Wales / Australien (vgl. ebenda, S. 69). Nach Aiken et al. 2012 liegt die Personalausstattung in deutschen Krankenhäusern im Durchschnitt bei rund 1:13. In Aiken et al. 2002, 2012, 2014, Schwab et al. 2012 und Needleman et al. 2002 finden sich wissenschaftliche Belege, dass eine erhöhte Anzahl an betreuten Menschen bzw. Patienten pro Pflegefachperson mit einer zunehmenden Patientengefährdung einhergeht. Da eine Ergebnisqualitätsmessung zur individuellen Beurteilbarkeit der Versorgungsqualität derzeit nicht möglich ist, fordern wir die Überprüfung und Einführung gesetzlich definierter Personalvorgaben in Anlehnung an internationale Vorbilder und begrüßen somit die jüngst am 07.03.2017 erfolgte Ergebnisverkündung der vom Bundesministerium für Gesundheit eingesetzten Expertenkommission ‚Pflege im Krankenhaus‘, welche die Entwicklung gesetzlicher Mindestpersonalvorgaben im Krankenhaus als Zielsetzung formuliert hat (vgl. BMG 2017). Außerdem begrüßen wir den Gesetzentwurf zum PsychVVG auf Bundesebene, welcher den G-BA beauftragt bis zum 31.01.2020 gesetzliche Mindestpersonalvorgaben für die psychiatrische Versorgung festzulegen. Wir fordern hier eine proaktive Formulierung im NPsychKG, da wie eingangs beschrieben, eine weitere Verzögerung um mehrere Jahre nicht akzeptabel ist, da sie täglich die sichere Versorgung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung und die Gesundheit des pflegerischen Personals gefährdet:

**Vorschlag zur Aufnahme einer Klausel zu Transparenz / Mindestpersonalvorgaben:**

„Zur Vorbereitung der gesetzlichen Benennung einer Mindestbesetzung im Pflegedienst wird in Niedersachsen, unter Aufsicht des zuständigen Ministeriums, bis zum 01.01.2018 ein die Qualitätsberichte ergänzendes öffentliches Portal geschaffen, das die durchschnittlichen Pflege-Patienten-Verhältniszahlen (Nurse-to-Patient Ratios) je psychiatrischer Klinik und Station erfasst und veröffentlicht, eine Kommentarspalte erläutert eventuelle Begründungen des vorliegenden Betreuungsverhältnisses. Grobe Abweichungen vom ermittelten Durchschnitt sind gegenüber dem Landesfachbeirat Psychiatrie zu erklären. Die zukünftige Ermittlung und Veröffentlichung von beschreibenden Kennzahlen der Versorgungsintensität kann ab dem 01.01.2019 in den Zuständigkeitsbereich der gegründeten Pflegekammer Niedersachsen übertragen werden.“

Für die zukünftige Entwicklung gilt: Eine interdisziplinäre Diskussion des Formulierungsprozesses von Mindestpersonalstandards ist möglich, die Entscheidungshoheit muss jedoch – wie auch die Ärzte dies für ihren Bereich beanspruchen – in Fragen pflegerischer Personalbemessung bei der pflegerischen Profession selbst liegen. Ohne eine Einräumung dieser Kompetenz kann die Patientensicherheit interessengeleitet gefährdet werden. Dies ist gesetzlich zu verhindern.

**Zu § 15 a (1) 7**

Wir begrüßen die Benennung der Anforderungen an Personen, die grundrechtseinschränkende Maßnahmen durchführen dürfen, bitten hier jedoch um weitere Spezifikation. Wir verste-

hen die Anforderung „(...) und bei den Pflegekräften durch ihren berufsqualifizierenden Abschluss (...)“ als einen mindestens dreijährigen Berufsabschluss einer Pflegefachperson, wie er als Bedingung der Zugehörigkeit zur Pflegekammer Niedersachsen unter § 2 im ‚Entwurf eines Gesetzes über die Pflegekammer Niedersachsen‘ (Drs. 17-5110) beschrieben wird.

### **Einschub zwischen § 19 und § 20: Pflegerische Aufnahme**

Bevor mit „§ 20 Aufnahmeuntersuchung“ eben jene beschrieben wird, fehlt eine Beschreibung der Aufnahme selbst, welche vor der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung stattfindet. Hiermit fehlt ein entscheidender Schritt im Einweisungsprozess mit der Klärung folgender Fragen: Wer führt die Aufnahme durch? Welche Qualifikation wird verlangt? Wo wird die Aufnahme durchgeführt? Was wird dokumentiert? – In der Praxis wird die Aufnahme in der Regel durch qualifiziertes Pflegefachpersonal durchgeführt, noch bevor ein Arzt / eine Ärztin eine medizinische Untersuchung durchführt. Dies ist unter anderem vor allem der ständigen Anwesenheit von Pflegefachpersonal auf den psychiatrischen Stationen geschuldet. Ärztliches Personal wird hier nur bei Bedarf hinzugezogen.

Die pflegerische Aufnahme ist im psychiatrischen Setting besonders heikel, da die Pflegefachperson eine erste Bewertung möglicher Eigen- und Fremdgefährdungspotenziale der eingewiesenen Person durchführen muss. Es wäre folglich grob fahrlässig bei einem identifizierten Gefährdungspotenzial nicht fachgerecht zu reagieren, beispielsweise die eingewiesene Person alleine in einem Raum mit eventuell anderen untergebrachten Personen oder zur Gefährdung nutzbaren Gegenständen auf den Arzt warten zu lassen etc.. Wir bitten somit unbedingt einen Paragraphen aufzunehmen, der die Notwendigkeit und Anforderungen einer pflegerischen Aufnahme vor der ärztlichen Untersuchung beschreibt.

### **Zu § 20**

In Fortführung des vorherigen Absatzes schließt sich folglich an, dass „Nach ihrer Aufnahme wird die untergebrachte Person unverzüglich ärztlich untersucht“ nur korrekt ist, wenn vorab eine pflegerische Aufnahme stattgefunden hat.

### **Zu § 21 (1) 1**

Wir bitten den Satz...

*„Die untergebrachte Person hat Anspruch auf die nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts notwendige medizinische, therapeutische, pflegerische und pädagogische Behandlung und Untersuchung ihrer psychischen Krankheit, Störung oder Behinderung.“*

...zu ändern, da sich pflegerische Untersuchung und anschließende Behandlung nicht auf medizinischen Erkenntnissen oder deren Fortschritt, sondern auf Basis aktueller pflegewis-



**DBfK Nordwest e.V.**

senschaftlicher Erkenntnisse begründet. Dies würde sprachlich beispielsweise an die Formulierung in § 30 (5) 3 „*Medizinische Unterlagen und Pflegedokumentationen (...)*“ angepasst. Die Formulierung „*Stand der medizinischen Wissenschaft*“ wurde laut Gesetzesbegründung auf S. 27 nach § 23 IfSG gewählt. Diese Formulierung ist jedoch nach § 23 (3) IfSG an die Einhaltung konkreter Institutsvorgaben gebunden. Wir empfehlen im Gesetz folgende Formulierung, die allen Professionen und ihrer eigenständigen Wissenschaftsbasis gerecht wird:

*„Die untergebrachte Person hat Anspruch auf die nach dem allgemein anerkannten Stand der aktuellen-medizinischen wissenschaftlichen Erkenntnisse und des medizinischen technischen Fortschritts notwendige medizinische, therapeutische, pflegerische und pädagogische Behandlung ~~und Untersuchung~~ und Behandlung ihrer psychischen Krankheit, Störung oder Behinderung.“*

**Zu § 21 a (1) Nr. 6 – Gesetzesbegründung (S. 30)**

Wir halten es für selbstverständlich, dass Folgendes gilt: *„Eine Behandlung ohne Einwilligung, die ausschließlich oder vorrangig mit dem Ziel einer Ruhigstellung der untergebrachten Person angeordnet wird und dadurch lediglich der Entlastung der Pflegekräfte dienen soll, ist unzulässig“*. Dass beschriebene Situation vorkommen kann, wenn eine zu geringe pflegerische Personalausstattung vorliegt, ist denkbar, wobei anzumerken ist, dass in diesen Fällen die Anordnungshoheit nicht in der Pflege selbst liegt und Qualitätssicherungsmaßnahmen den Ausschluss eines Medikamentenmissbrauchs unterstützen müssen. Das beschriebene Szenario stützt unsere vorab benannte Forderung nach transparentem Personaleinsatz und klaren Mindestpersonalvorgaben in der Psychiatrie.

**Zu § 21 a (4) 2**

In der beschriebenen ärztlichen Anordnung sind ausschließlich medizinische Faktoren, wie die ärztliche Überwachung benannt. Wir bitten um eine Ergänzung der mittels Pflegeplanung festzuschreibenden pflegerischen Versorgung.

**Zu § 21 a (5) 1 und § 21 b (4)**

Die ärztliche Gesamtverantwortung kann nicht die pflegerischen Anteile der in § 21 a (1) beschriebenen Behandlung umfassen. Fremdbestimmte Behandlungs- und Personalentscheidungen stellen nicht die Versorgungsrealität hochwertiger und evidenzbasierter Pflege dar und widersprechen dem Selbstverständnis der professionellen Pflege. Wir nehmen unsererseits in Anspruch, die Pflege betreffende fachpflegerische Entscheidungen treffen zu können und sprechen anderen Akteuren diese Kompetenz entschieden ab.

## Zu § 21 c (2) 2

Eine „ständige, unmittelbare, persönliche Beobachtung“ ist bei einer Fixierung sicherzustellen. – Hier bitten wir die Zuständigkeit zu regeln: Wer ist für die Beobachtung zuständig und welche Qualifikation wird hierfür verlangt? Der Einsatz von Schülern, Pflegehelfern oder anderen nicht als Pflegefachperson ausgebildeten Mitarbeitern stellt für Leitungspersonen in der Pflege eine mangels spezifischer Vorgaben resultierende rechtliche Unsicherheit dar. Die Gesetzesbegründung nennt Sitzwachen oder Überwachungsfenster als mögliche Optionen, eine Spezifikation ist in unseren Augen jedoch notwendig um der (pflegerischen) Leitung Rechtssicherheit zu ermöglichen und eine sichere Begleitung des fixierten Menschen sicherzustellen.

Aus unserer Perspektive ist als Mindestanforderung an die Begleitung im Kontext einer Fixierung die Qualifikation der Pflegefachperson zu formulieren. Wir bitten hier um eine konkrete Benennung der notwendigen Qualifikation im Gesetz sowie um einen Hinweis auf die adäquate rechnerische Berücksichtigung in der Personalausstattung.

Eine aus einer Notfallsituation heraus resultierende Intensivbetreuung wird in der Versorgungspraxis beispielsweise durch Mediziner, Pflegende, häufig aber auch als „interdisziplinäre Teamentscheidung“ ausgelöst. Mittels verschiedener Instrumente zur regelmäßigen Risikokontrolle, wie dem Nurses Global Assessment of Suicide Risk (NGASR), tragen Pflegende elementar zur frühzeitigen Erkennung von Gefahrensituationen bei (vgl. Nienaber et al. 2016, S. 79f.).

Aktuelle Entwicklungen sind in der Intensivbetreuung ebenfalls zu berücksichtigen. Eine Untersuchung von Nienaber et al. (2016) kommt zu dem Ergebnis, dass zahlreiche in der Psychiatrie tätige Experten (35,2 Prozent der Befragten, hiervon 62,4 Prozent Pflegende) sich für den Einsatz von Kameras für die Durchführung der Intensivbetreuung in der psychiatrischen Versorgung aussprechen. Die Argumente für eine solche Überwachung sind vor allem der Schutz hilfsbedürftiger Menschen, die Wahrung der Intimsphäre, zeitliche, monetäre und personelle Ressourcen sowie ablehnendes und aggressives Verhalten des hilfsbedürftigen Menschen bei direktem Kontakt (vgl. Nienaber et al. 2016, S. 80f.). Die Evidenzlage zu alternativen besonderen Sicherungsmaßnahmen wie einer teilweisen kameragestützten Überwachung ist unzureichend, während die Evidenz der Wirksamkeit therapeutischer Beziehungen jedoch hinlänglich belegt ist (vgl. Sauter et al. o.J., S. 2). Hiervon ausgehend sprechen wir uns für einen Paragraphen im NPsychKG aus, welcher die Erprobung alternativer Sicherungsmaßnahmen, wie die Kameraüberwachung, zur wissenschaftlichen Evaluation unter Aufsicht des Ministeriums in einem Modellprojekt erlaubt.

## Zu § 26 (3) 1

Wir bitten den Satz wie folgt zu ändern: „Maßnahmen Anordnungen nach den Absätzen 1 und 2 werden durch die ärztliche Leitung getroffen“, da die medizinische Profession zwar die Anordnung ausspricht, die Maßnahmen während der Unterbringung jedoch vom multiprofessionellen Versorgungsteam angepasst werden.



## Zu § 27

Analog zu der o.g. als fehlend dargestellten pflegerischen Aufnahme, mangelt es im Gesetzesentwurf an der Benennung der Rolle Pflegenden bei der Entlassung / Beendigung der Unterbringung. Zwar mag die Beurteilung medizinischer Indikation ärztliche Aufgabe sein, eine Entlassung aus einem multiprofessionellen stationären Setting in ein ambulantes ist jedoch multiprofessionelle Aufgabe. Bei Entlassung eines zuvor durch einen (psychiatrischen) ambulanten Pflegedienst oder durch eine stationäre Pflegeeinrichtung betreuten Menschen, muss die jeweilige Institution rechtzeitig und umfassend informiert werden. Unter anderem vor dem Hintergrund einer alternden Bevölkerung und auch hier auftretender psychiatrischer Indikationen ist diese Ergänzung von elementarer und steigender Bedeutung, um Versorgungsbrüche zu vermeiden. Die Thematik zeigt im Rahmen einer sicheren psychiatrischen Versorgung insbesondere bei Entlassungssituationen am Wochenende höchste Relevanz: hier sind niedergelassene Ärzte, Sozialarbeiter und öffentliche Einrichtungen in der Regel nicht erreichbar.

Im Sinne von Selbstbefähigung und Prävention im Anschluss an die stationäre Behandlung, kommt dem pflegerischen Entlassungsmanagement eine hohe Bedeutung zu. Mit Verweis auf den Expertenstandard 'Entlassungsmanagement in der Pflege' des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) fordern wir hier, die Berücksichtigung der Empfehlungen des Expertenstandards und eine Einbringung pflegerischer Perspektive im Rahmen des Entlassungsprozesses zu ergänzen (vgl. DNQP 2009, o.S.).

Wir fordern, ausgehend auf der Zuständigkeit des Ministeriums nach § 31, dass die Vertretung der professionellen Pflege sowohl einen Sitz in dem in § 29 gesetzlich verankerten Landesfachbeirat Psychiatrie und der in § 30 genannten Besuchskommission erhält, um einen fachpflegerischen Beitrag zur Versorgungssicherheit in diesen Gremien sicherzustellen. Die Beurteilung pflegerischer Versorgung kann, wie oben mehrfach beschrieben, nur durch Vertreter der Profession Pflege selbst fachlich adäquat beurteilt und nicht an andere Berufsgruppen delegiert werden. Eine Berücksichtigung dieser Tatsache im Gesetzestext würde u.a. im Einklang mit der Handhabe im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG), stehen. Hier ist die Beteiligung der beruflichen Pflege in Gremien wie den Beiräten zum Medizinischen Dienst der Krankenversicherung gemäß § 279 Abs. 4a SGB V bereits realisiert.

Uns ist bewusst, dass das ursprüngliche Gesetz und die vorliegende Anpassung in erster Linie dem Schutz von Menschen, denen wegen einer psychischen Erkrankung eine vorübergehende Anordnung zur Unterbringung in einer psychiatrischen Einrichtung droht, gelten sollen. Daher betonen wir, dass die berufliche psychiatrische Pflege eine wichtige Ressource in einem solchen Setting ist und als solche auch in explizit adressierter Form Verantwortung übernimmt. Bisher weichen implizite Verantwortung für die Patientensicherheit in der Versorgungspraxis und deren gesetzliche Verankerung im NPsychKG sehr stark voneinander ab. Eine entsprechende Berücksichtigung der beruflichen psychiatrischen Pflege und die Anerkennung psychiatrischer Pflege als selbstständiger Therapiepartner kann im vorliegenden Gesetzesentwurf in Orientierung an unseren Änderungsvorschlägen eingearbeitet werden.

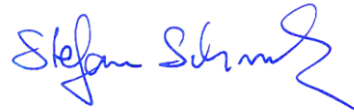
Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Nordwest e.V. ist aufgrund seiner Mitgliederstärke die maßgebliche Interessenvertretung aller beruflich Pflegenden in Niedersachsen. Mit gezielten Mitgliederinformationen und Fortbildungsangeboten werden wir auch in Zukunft professionell Pflegenden und ihren Arbeitgebern die Möglichkeit eröffnen, sich jederzeit gezielt weiterzubilden und die Interessen der professionell Pflegenden und deren Ziel einer durch ihre Arbeit gewährleisteten Patientensicherheit berufspolitisch vertreten.

Bei Rückfragen kontaktieren Sie uns gern.

Mit freundlichen Grüßen



Burkhardt Krebs-Zieger  
Geschäftsführer des DBfK Nordwest e.V.



Stefan Schwark, M.Sc.  
Gesundheits- und Krankenpfleger  
Referent für Pflege im Krankenhaus



Martin Dichter, MScN  
Gesundheits- und Krankenpfleger  
Vorsitzender des DBfK Nordwest e.V.

## Literatur

- Aiken et al. (2002): Aiken, L. H.; Clarke, S. P.; Sloane, D. M.; Sochalski, J.; Silber, J. H.: *Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction*. JAMA: the Journal of the American Medical Association, 288(16), 1987-1993.
- Aiken et al. (2012): Aiken, L. H.; Sermeus, W.; Van den Heede, K.; Sloane, D. M.; Busse, R., McKee, M.; et al.: *Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States*. BMJ, 344, e1717.
- Aiken et al. (2014): Aiken, L. H.; Sloane, D. M.; Bruyneel, L.; Van den Heede, K.; Griffiths, P.; Busse, R., et al.: *Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study*. The Lancet, 383(9931), 1781-1860.
- BMG [Bundesgesundheitsministerium] (Hrsg.) (2016): Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG). Online unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/P/160803\\_PsychVVG\\_Kabinett.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/160803_PsychVVG_Kabinett.pdf), abgerufen am 07.03.2017.
- BMG [Bundesgesundheitsministerium] (Hrsg.) (2017): Schlussfolgerungen aus den Beratungen der Expertinnen- und Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ - Berlin, 7. März 2017. Online unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/P/Pflegekommission/170307\\_Abschlusspapier\\_Pflegekommission.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegekommission/170307_Abschlusspapier_Pflegekommission.pdf), abgerufen am 08.03.2017.
- BptK [Bundespsychotherapeutenkammer] (Hrsg.) (2016): Die Qualität der Versorgung in Psychiatrie und Psychosomatik - Eine Auswertung der Qualitätsberichte der Krankenhäuser. Bundespsychotherapeutenkammer. Online unter: [http://www.bptk.de/uploads/media/20160622\\_BPtK-Studie\\_Qualitaetsberichte\\_KH\\_web.pdf](http://www.bptk.de/uploads/media/20160622_BPtK-Studie_Qualitaetsberichte_KH_web.pdf), abgerufen am 07.03.2017.
- DBfK [Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe] (2016): Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes (NKHG). Stellungnahme vom 07.02.2017. Online unter: [https://www.dbfk.de/media/docs/regionalverbaende/rvnw/pdf/stellungnahme\\_dbfk-nw\\_aend\\_nkhg\\_2017-02-07\\_final.pdf](https://www.dbfk.de/media/docs/regionalverbaende/rvnw/pdf/stellungnahme_dbfk-nw_aend_nkhg_2017-02-07_final.pdf), abgerufen am 07.03.2017.
- Deutsches Ärzteblatt (Hrsg.) (2017): Verzicht auf Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie braucht qualifiziertes Personal und viel Zeit. Veröffentlicht am 20.02.2017. Online unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/73218/Verzicht-auf-Zwangsmassnahmen-in-der-Psychiatrie-braucht-qualifiziertes-Personal-und-viel-Zeit>, abgerufen am 22.02.2017.
- DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege ] (Hrsg.) (2009): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege – 1. Aktualisierung 2009. Hochschule Osnabrück, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften: Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Osnabrück 2009.
- Needleman et al. (2002): Needleman, J.; Buerhaus, P.; Mattke, S.; Stewart, M.; & Zelevinsky, K.: *Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals*. New England Journal of Medicine, 346, 1715-1722.
- Nienaber et al. (2016): Nienaber, A.; Groß, R.; Hemdenkreis, B.; Hagemann, T.; Schulz, M.; Löhr, L.: *Eins-zu-eins-Betreuung in der psychiatrischen Versorgung – Ergebnisse einer Online-Umfrage zur Eins-zu-eins-Betreuung in der psychiatrischen Versorgung in deutschsprachigen Ländern*. Psychiatrische Pflege, 1 (3 – 4), 76 – 84, Hogrefe Verlag, Göttingen 2016.
- Sauter et al. (o.J.): Sauter, D.; Schindler, C.; Löhr, M.: Positionspapier zum Einsatz von kameragestützter Beobachtung in psychiatrischen Kliniken. Positionspapier der Deutschen Fachgesellschaft für Psychiatrische Pflege (DFPP). Online unter: [http://www.dfpp.de/archiv/dfpp/DFPP-Position\\_Kamerabeobachtung.pdf](http://www.dfpp.de/archiv/dfpp/DFPP-Position_Kamerabeobachtung.pdf), abgerufen am 23.08.2016.
- Schwab et al. (2012): Schwab, F.; Meyer, E.; Geffers, C., & Gastmeier, P.: *Understaffing, overcrowding, inappropriate nurse:ventilated patient ratio and nosocomial infections: which parameter is the best reflection of deficits?* J Hosp Infect, 80, 133-139.
- Simon & Mehmecke (2017): Simon, M.; Mehmecke, S.: *Nurse-to-Patient Ratios - Ein internationaler Überblick über staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser*. Working Paper Forschungsförderung Nummer 027, Februar 2017; Hans Böckler Stiftung. Online unter: [http://www.boeckler.de/pdf/p\\_fofoe\\_WP\\_027\\_2017.pdf](http://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_027_2017.pdf), abgerufen am 07.03.2017.
- Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (Hrsg.) (2013): Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen - Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 110, Heft 26, 28. Juni 2013, S. 1334 - 1338. Online verfügbar unter: <http://www.zentrale-ethikkommission.de/downloads/StellZwangsbehandlungPsych2013.pdf>, abgerufen am 07.03.2017.