

Stark für  
die Pflege



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

Landtag NRW  
Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und  
Soziales  
Platz des Landtags 1  
40221 Düsseldorf

Per E-Mail an: [anhoerung@landtag.nrw.de](mailto:anhoerung@landtag.nrw.de)

**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](mailto:nordwest@dbfk.de)

Hannover, 24.08.2016

Zur Anhörung A 01 -31.08.2016

**Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Landesregierung, Drucksache 16/12068  
'Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Gesetzes über Hilfen und  
Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG)'  
zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am  
31. August 2016**

Sehr geehrter Herr Garbrecht, sehr geehrte Abgeordnete,

wir danken Ihnen für die Möglichkeit, im Rahmen der Verbändeanhörung zum Gesetzentwurf der Landesregierung zum 'Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG)' Stellung nehmen zu können.

In der Einladung zur öffentlichen Anhörung vom 06. Juli 2016 wurde darauf hingewiesen, dass sich der Änderungsbedarf des bestehenden Gesetzes in der noch geltenden Fassung aus dem Jahr 1999 vor allem auf Regelungen zu Unterbringungsmaßnahmen, die nicht im Einklang mit der höchstrichterlichen Rechtsprechung und der veränderten Rechtslage im Bereich der allgemeinen Patientinnen- und Patientenrechte sowie des Betreuungsrechts stehen, bezieht. Daher ist leicht nachvollziehbar, dass die wesentlichen Änderungen des Gesetzes auf diese Aspekte abstellen.

Gleichwohl wird aber auch eingeräumt, dass es auf Grund von angezeigten Problemen in der Umsetzungspraxis in Teilbereichen Konkretisierungen sowie Klarstellungen bedürfe. – Hier sehen wir tatsächlich Änderungsbedarfe, um die Qualität des Gesetzentwurfes zu verbessern und diesen an die Versorgungspraxis anzupassen.

Wir begrüßen zahlreiche Änderungen des Gesetzes, die auf bessere Versorgungsbedingungen und eine angemessene Dokumentation dieser vor dem Hintergrund

Seite 1/9

des Schutzes von Menschen mit psychischen Erkrankungen abzielen. Zu unserem großen Bedauern jedoch kommt die Betonung einer multidisziplinären Versorgungsrealität als Voraussetzung einer sicheren Patientenversorgung eindeutig zu kurz. Der Anteil der beruflichen Pflege an der Gewährleistung einer sicheren Umgebung für Menschen mit psychischen Krankheiten wird im Änderungsentwurf des o.g. Gesetzes nicht einmal erwähnt.

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 fest auf einer Station – auch nicht in der geschlossenen Psychiatrie – anzutreffen. Auch unter der Woche und hier 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 primäre Kontaktperson zum Patienten fungiert. Somit steht in der Versorgungsrealität außer Frage, dass 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.

Aus Perspektive der professionellen Pflege und vor dem Hintergrund einer interdisziplinär angestrebten bestmöglichen und vor allem sicheren Versorgung von Menschen mit psychischen Krankheiten empfehlen wir folgende Änderungen:

**Änderungsvorschlag 1 // BEHANDLUNG //**  
**– da von grundlegender Bedeutung unchronologisch vorangestellt –**  
**§ 18 Abs. 1 PsychKG-E:**

Wer mit diesem Gesetz angesprochen und zu einer Einhaltung dessen verpflichtet werden soll, muss explizit benannt werden. Nur so ist Patientensicherheit zu gewährleisten. Die Rolle der professionellen Pflege in der Gewährleistung einer sicheren Versorgung von Menschen mit psychischen Krankheiten darf im Gesetz nicht nur vage umschrieben werden, sondern ist präzise festzustellen. Wir empfehlen hierfür an geeigneter Stelle eine eindeutige Formulierung mit zugehöriger Definition im Rahmen des Gesetzes.

Eine Definition des im Gesetz genutzten Begriffes „medizinisch“ findet sich – und zwar ausschließlich – in der Einzelbegründung des Entwurfs in Teil B 'Zu Nummer 9' auf S. 30 des Entwurfs: „In [§ 18] Absatz 1 [PsychKG-E] wird festgelegt, dass eine bedarfsgerechte Behandlung alle im Einzelfall medizinischen (ärztlichen, psychotherapeutischen, pflegerischen, soziotherapeutischen, ergotherapeutischen etc.) Leistungen umfasst“. Durch das Ausbleiben selbst dieser mangelhaften Definition im Kern des Gesetzes, liegt die Interpretation nahe, dass das in § 18 Abs. 1 PsychKG-E genutzte Wort „medizinisch“ ausschließlich auf eine ärztliche Behandlung abzielt und das Gesetz somit auch nur Ärzte adressiert. Dies ist jedoch falsch und stellt die gesamte Wirkung des Gesetzestextes in Frage.

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 PsychKG-E NRW die „pflegerische Hilfeleistung“ vollständig ausgeblendet. Dies muss korrigiert werden.

Wir raten nachdrücklich dazu im PsychKG NRW der Versorgungsrealität regelmäßiger interdisziplinärer Fallbesprechungen und Therapieplanung und der Bedeutung multi- sowie interdisziplinärer Versorgung von Menschen mit psychischen Krankheiten auch sprachlich gerecht zu werden. Wir empfehlen den Begriff „medizinisch“ durch „psychiatrisches Versorgungsteam“ oder „multiprofessionelles psychiatrisches Versorgungsteam“ zu ersetzen und diesen eingangs im Gesetz im Rahmen einer Begriffsbestimmung wie am Beispiel des KHG oben veranschaulicht explizit zu definieren als „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“.

### **Änderungsvorschlag 2 // AUFGABENÜBERTRAGUNG, AUFSICHT // § 10a Abs. 1 Satz 4 und 5 PsychKG-E):**

Im Entwurf § 10a Abs. 1 PsychKG-E befindet sich ein für unser Dafürhalten deutlicher Anpassungsbedarf. In Satz 5 wird postuliert, dass die zuvor in Satz 4 genannte „personelle und sachliche Ausstattung, Organisation sowie medizinische und persönliche Betreuung der Betroffenen für die Unterbringung geeignet ist“, wenn laut Satz 5 „der Krankenhausträger durch feststellenden Bescheid im Sinne des § 16 des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen [KHGG NRW] in den Krankenhausplan aufgenommen ist“. Diese Aussage leidet zum einen an der im vorherigen Änderungsvorschlag beschriebenen Schwäche der Begriffsdefinition „medizinisch“ – hier ergänzt um den an einer Definition und Abgrenzung mangelnden Begriff „persönliche Betreuung“. Zum anderen ist die Aussage aus Perspektive der unter o.g. Voraussetzungen implizit vermutlich als „medizinisch“ angesprochenen beruflichen Pflege schlichtweg falsch, da in § 16 KHGG NRW die Feststellung eines Krankenhausplans beschrieben wird, der nach § 12 Abs. 2 KHGG NRW eine u.a. „bedarfsgerechte (...) Versorgung der Bevölkerung [sicherstellt]“ – was aus Perspektive der beruflichen Pflege nicht möglich ist, wenn die Pflege als größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen hierbei ausgeschlossen wird, wie in § 15 Abs. 1 und Abs. 2 KHGG NRW ersichtlich. Eine Schilderung mit Bitte um Beseitigung dieses Missstandes wurde von

uns aus aktuellem Anlass am 29. Juli 2016 an das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) adressiert (vgl. DBfK 2016a, o.S.).

### **Änderungsvorschlag 3 // AUFGABENÜBERTRAGUNG, AUFSICHT // § 10a Abs. 1 Satz 6 PsychKG-E:**

Ebenfalls im Entwurf § 10a Abs. 1 Satz 6 PsychKG-E wird bestimmt, dass die Entscheidung für den Einsatz von Personal der ärztlichen Leitung obliegen kann. Die formulierte Option der ärztlichen Personalhoheit in dem orthografisch zu prüfenden Satz 6 ist eine Abmilderung der Formulierung im bisherigen Entwurf des MGEPA, zu welchem wir am 09. März 2016 (Aktenzeichen 213-0511.1) Stellung bezogen haben (vgl. DBfK 2016b, o.S.). – Die derzeitige Formulierung ist jedoch noch immer nicht ausreichend. Fremdbestimmte Personalentscheidungen widersprechen dem Selbstverständnis der professionellen Pflege – wir nehmen unsererseits in Anspruch, diese, die Pflege betreffende Personalentscheidung, treffen zu können und sprechen anderen Akteuren diese Kompetenz entschieden ab.

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 gesetzliche Einräumung dieser Kompetenz kann die Patientensicherheit interessengeleitet gefährdet werden. Dies ist gesetzlich zu verhindern.

Dass die Entscheidungshoheit der professionellen Pflege in der Bestimmung pflegerischer Personalvorgaben nötig ist, zeigt eine Studie, die als nicht interessengeleitet bewertet werden kann: Eine im Juni 2016 veröffentlichte Studie der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) 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 Nordrhein-Westfalen 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 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 PsychKG NRW zu begehen.

### **Änderungsvorschlag 4 // BEENDIGUNG DER UNTERBRINGUNG //** **§ 15 Satz 2 PsychKG-E:**

Bei Beendigung der Unterbringung sind nach § 15 Satz 2 PsychKG-E verschiedene Personengruppen zu benachrichtigen. Mit Verweis auf den Expertenstandard 'Entlassungsmanagement in der Pflege' des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) fordern wir, die Berücksichtigung der Empfehlungen des Expertenstandards, eine Einbringung pflegerischer Perspektive und folglich einen Unterpunkt 8 von zu informierenden Personengruppen / Institutionen zu ergänzen (vgl. DNQP 2009, o.S.). Beispielsweise muss bei Entlassung eines zuvor durch einen (psychiatrischen) ambulanten Pflegedienst oder durch eine stationäre Pflegeeinrichtung betreuten Patienten 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 Patientenversorgung insbesondere bei Entlassungssituationen zwischen Freitag und Montag höchste Relevanz: hier sind niedergelassene Ärzte, Sozialarbeiter und öffentliche Einrichtungen in der Regel nicht erreichbar. Obenstehend vorgeschlagene Ergänzungen des PsychKG NRW können helfen diese potenzielle Patientengefährdung zu verringern.

### **Änderungsvorschlag 5 // AUFNAHME UND EINGANGSUNTERSUCHUNG //** **§ 17 Abs. 2 Satz 2 PsychKG-E:**

Eine in §17 Abs. 2 Satz 2 PsychKG-E geforderte tägliche „ärztliche“ Dokumentation ist zu erweitern um die pflegerische Dokumentation. – Diese erfolgt grundsätzlich täglich und hat im Rahmen der Einschätzung des Bedarfs einer Sicherungsmaßnahme eine hohe Relevanz.

### **Änderungsvorschlag 6 // BEHANDLUNG //** **§ 18 Abs. 5 Satz 1 PsychKG-E:**

Der in § 18 Abs. 5 Satz 1 PsychKG-E genutzte Begriff „Behandlungsmaßnahmen“ bedarf einer Begriffsbestimmung, wie in Änderungsvorschlag 1 bereits angemerkt. In § 18 Abs. 1 Satz 1 PsychKG-E wird wie in Änderungsvorschlag 1 formuliert eine „Behandlung“ als indiziert betrachtet, wenn sie „medizinisch“ notwendig ist. Dies beinhaltet wie o.a. auch pflegerische Indikationen – was im Gesetz jedoch so nicht explizit als „Behandlung“ festgeschrieben ist. § 18 Abs. 5 Satz 1 PsychKG-E fordert „Behandlungsmaßnahmen nach Absatz 4 [„wenn ohne Behandlung Lebensgefahr oder erhebliche Gefahren für die Gesundheit der betroffenen Personen oder dritter Personen im Rahmen der Unterbringung drohen“] dürfen nur durch die ärztliche Leitung, bei deren Verhinderung durch deren Vertretung angeordnet und nur durch Ärzte und Ärztinnen vorgenommen werden“. Im Falle

der akuten Gefährdung des in einem deutlich engeren Patientenkontakt stehenden Pflegepersonals dürfte sich dieses hiernach nicht schützen oder gar bei einer zu definierenden „Behandlung“ gegenseitig assistieren, da vorerst eine ärztliche Anordnung abgewartet werden müsste. Dies stellt eine immense Gefährdung des Pflegepersonals dar. Auf die Versorgungsrealität haben wir eingangs hingewiesen. Die gesetzliche Regelung ist mit dieser nicht vereinbar und muss daher überarbeitet 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 Selbstschutz und Assistenz bei einer definierten „Behandlungsmaßnahme“ gesetzlich im Rahmen des PsychKG NRW explizit zuzusprechen.

### **Änderungsvorschlag 7 // BEHANDLUNG //** **§ 18 Abs. 6 Satz 5 PsychKG-E:**

In Anlehnung an die Begründungen in Änderungsvorschlag 6 gilt es auch § 18 Abs. 6 Satz 5 PsychKG-E in Punkt 3 anzupassen, wo es heißt „die sofortige ärztliche Zwangsmaßnahme“. Hier sollte das Wort „ärztliche“ beispielsweise durch „indizierte“ ersetzt werden, da wie o.a. für Zwangsmaßnahmen auch die Ärztekammer ein „multiprofessionelles Team“ empfiehlt.

### **Änderungsvorschlag 8 // BESONDERE SICHERUNGSMABNAHMEN //** **§ 20 Abs. 3 PsychKG-E:**

Die ständige Beobachtung fixierter Patientinnen und Patienten ist nach § 20 Abs. 3 PsychKG-E nötig. – Eine Spezifizierung, welche Qualifikation hierfür notwendig sein soll, bleibt der Gesetzesentwurf jedoch schuldig. Der Einsatz von Schülern, Pflegehelfern oder anderen nicht als Pflegefachkraft ausgebildeten Mitarbeitern stellt für Leitungspersonen in der Pflege eine mangels spezifischer Vorgaben resultierende rechtliche Unsicherheit dar. Hier gilt es im Gesetz zu konkretisieren, da dieses in § 20 Abs. 3 Satz 7 PsychKG-E nur unspezifisch die „ständige persönliche Beobachtung mit kontinuierlicher Kontrolle der Vitalfunktionen“ ohne nähere Spezifikation beschreibt.

Was über die Fähigkeit der Vitalzeichenkontrolle hinausgehend eine qualitativ adäquate Beobachtung ausmacht und welche Kompetenzen notwendig sind, um professionell, fachlich korrekt und situationsgerecht auf Beobachtetes reagieren zu können, bleibt im PsychKG-E NRW leider offen. Aus unserer Perspektive ist als Mindestanforderung an die Begleitung im Kontext einer Fixierung im Sinne des § 20 Abs. 3 PsychKG-E die Qualifikation der Pflegefachkraft 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.

Auch in diesem Absatz findet sich abermals die Forderung ärztlicher Anordnungsnotwendigkeit in Notfallsituationen mit der Folge der potenziellen Gefährdung des Pflegepersonals und einer in der Versorgungspraxis unrealistischen Umsetzung dieses Vorgehens. 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 des Patienten, die Wahrung der Intimsphäre, zeitliche, monetäre und personelle Ressourcen sowie ablehnendes und aggressives Verhalten des Patienten 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 Modellparagrafen im PsychKG-E NRW aus, in dessen Rahmen alternative Sicherungsmaßnahmen wie die Kameraüberwachung erprobt und umfassend wissenschaftlich evaluiert werden können.

### **Änderungsvorschlag 9 // BESUCHSKOMMISSION //** **§ 23 Abs. 4 PsychKG-E:**

Wir fordern die Aufnahme einer mit der Fachweiterbildung Psychiatrie weitergebildeten Pflegefachperson in die Besuchskommission nach § 23 Abs. 4 PsychKG-E. Bisher erwähnt der Entwurf PsychKG-E NRW die Pflege nur in Teil B Besonderer Teil - Einzelbegründungen auf S. 34f zu Nummer 12 (§ 23 PsychKG-E Besuchskommissionen): „Das für Gesundheit zuständige Ministerium kann jederzeit auch Vertreterinnen und Vertreter berufen, die zeitweise an den Besuchen der Kommission teilnehmen können, wie beispielsweise Vertretungen der Pflege o. ä.“ - Dies ist eindeutig zu unverbindlich und nicht weitreichend genug geregelt.

Die Beurteilung pflegerischer Versorgung kann, wie oben mehrfach beschrieben, nur durch Vertreter der Profession Pflege selbst fachlich adäquat beurteilt werden. Eine Berücksichtigung dieser Tatsache im Gesetzestext würde u.a. im Einklang mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) sowie dem Alten- und Pflegegesetz NRW (APG NRW) stehen. In beiden Gesetzen ist die Beteiligung der beruflichen Pflege in Gremien wie den Beiräten zum Medizinischen Dienst der Krankenversicherung gemäß § 279 Abs. 4a SGB V oder dem Landesausschuss Alter und Pflege gemäß § 3 Abs. 2 APG NRW bereits realisiert.

**Änderungsvorschlag 10 // LANDESFACHBEIRAT PSYCHIATRIE //**  
**§ 31 Abs. 1 Satz 3 PsychKG-E:**

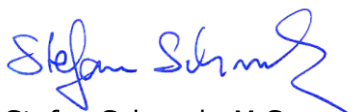
Die fehlende Berücksichtigung der professionellen Pflege in der Krankenhausplanung NRW wurde in Änderungsvorschlag 2 beschrieben. Im Speziellen gilt es einen derartigen Missstand rechtzeitig im Bereich der psychiatrischen Versorgung zu verhindern. In § 31 Abs. 1 Satz 3 PsychKG-E fordern wir, den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe Nordwest e.V. als Vertreter der professionellen Pflege im Landesfachbeirat Psychiatrie zu benennen. Ansonsten wird eine durch den Landesfachbeirat Psychiatrie nach § 32 Abs. 3 Satz 3 PsychKG-E geforderte „Beratung“ des zuständigen Ministeriums ohne Berücksichtigung der Expertise der Profession Pflege stattfinden. – Dies ist vor dem Hintergrund der Bedeutung der professionellen Pflege in der zweifelsohne multi- und idealerweise interdisziplinären Versorgung von Menschen mit psychischen Krankheiten, wie obenstehend mehrfach dargestellt, nicht zu verantworten.

In diesem Zusammenhang möchten wir darauf hinweisen, dass der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Nordwest e.V. aufgrund seiner Mitgliederstärke die maßgebliche Interessenvertretung aller beruflich Pflegenden in Nordrhein-Westfalen ist. Mit gezielten Mitgliederinformationen und Fortbildungsangeboten werden wir auch in Zukunft professionell Pflegenden und ihren Arbeitgebern die Möglichkeit eröffnen sich jederzeit gezielt weiterzubilden.

Uns ist bewusst, dass das ursprüngliche Gesetz und die vorliegende Anpassung in erster Linie dem Schutz von Menschen gelten soll, denen wegen einer psychischen Erkrankung eine vorübergehende Anordnung zur Unterbringung in einer psychiatrischen Einrichtung droht. 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 PsychKG NRW 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.

Bei Rückfragen kontaktieren Sie uns gern.

Mit freundlichen Grüßen



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



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



## Literatur

- 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 23.08.2016.
- 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.
- 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.
- 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 23.08.2016.

## Stellungnahmen des DBfK Nordwest e.V.

- DBfK [Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe] (2016a): DBfK Nordwest e.V. fordert Berücksichtigung pflegerischer Expertise in Krankenhausplanung NRW. Stellungnahme vom 29.07.2016. Online unter: <https://www.dbfk.de/media/docs/regionalverbaende/rvnw/pdf/beteiligung-krankenhausplanung-nrw.pdf>, abgerufen am 23.08.2016.
- DBfK [Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe] (2016b): Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten – Aktenzeichen 213-0511.1. Stellungnahme vom 09.03.2016. Online unter: [https://www.dbfk.de/media/docs/regionalverbaende/rvnw/pdf/PsychKG-NRW\\_MGEPA\\_2016-03-09.pdf](https://www.dbfk.de/media/docs/regionalverbaende/rvnw/pdf/PsychKG-NRW_MGEPA_2016-03-09.pdf), abgerufen am 23.08.2016.