

Ausschussvorlage SIA 20/87 – öffentlich –

Stellungnahmen der Anzuhörenden zur öffentlichen mündlichen Anhörung zu

Gesetzentwurf

Fraktion DIE LINKE

**Gesetz zur Hilfe und Unterbringung von Menschen mit Hilfebedarf
infolge psychischer Störungen**

– Drucks. [20/9758](#) –

- | | |
|---|-------|
| 19. Klinikum Hanau GmbH | S. 74 |
| 20. AG der Ärztlichen Leitung der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie
sowie für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters in
Hessen | S. 82 |
| 21. Forum Schmiede Teil 3 | S. 86 |

Welche Zukunft hat die psychiatrische Versorgung in Hessen?

Stellungnahme zum Gesetzentwurf *Gesetz zur Hilfe und Unterbringung von Menschen mit Hilfebedarf infolge psychischer Erkrankungen* der Fraktion DIE LINKE.

Thomas Schillen

Bereits heute besteht in Hessen ein akuter Notstand bei der psychiatrischen¹ Versorgung. Dieser betrifft insbesondere die Pflicht- und Notfallversorgung durch die psychiatrischen Kliniken. Erste Kliniken müssen bekanntermaßen ihren Versorgungsauftrag bereits aufgeben oder zwischenzeitlich immer wieder einschränken. Wie die Arbeitsgemeinschaft der Chefärzte² psychiatrischer Kliniken in Hessen in ihren Schreiben an Herrn Ministerpräsident Bouffier vom 17.12.2021 und noch einmal an Herrn Ministerpräsident Rhein vom 25.10.2022 dargelegt hat, **ist absehbar, dass fast alle psychiatrischen Kliniken in Kürze ihre Pflichtversorgung entsprechend den verfügbaren Personalressourcen begrenzen müssen**. Die Erwiderung von Herrn Klose in seinem Schreiben vom 08.02.2023, eine Einschränkung der Pflichtversorgung sei vertraglich unzulässig, verfehlt die Aufgabenstellung und ignoriert die Not der betroffenen Patienten und Professionellen.

Wie weiter unten detailliert, waren im Jahr 2021 bereits 50% der hessischen Fachärzte für psychische Gesundheit älter als 60 Jahre, der Nachwuchs unter 35 Jahren lag bei 0,9% (Abb. 1b). **Ohne umgehende und weitreichende Gegenmaßnahmen werden die Versorgungskapazitäten über die nächsten Jahre einbrechen. In 5 bis 10 Jahren können und dürfen [PPP-RL] die psychiatrischen Kliniken dann nur noch die Hälfte der heutigen Patientenzahlen behandeln.**

Gleichzeitig wird psychische Gesundheit zunehmend von einem Großteil der Bevölkerung als zentrale Grundlage von Lebensqualität wahrgenommen. Bedarf und Inanspruchnahme haben in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen. Aus vielen psychiatrischen Kliniken der Regelversorgung wird auch eine nicht unerhebliche Bedarfssteigerung bei Patienten mit forensisch-psychiatrischer Indikation berichtet. Zusätzlich erfordert auch der Anspruch, eine möglichst gewaltarme und patientenfreundliche psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung mit hoher therapeutischer Qualität zu gewährleisten, eine deutliche Steigerung der Personalressourcen noch über die Mindestanforderung der PPP-RL hinaus.

Die Arbeitsgemeinschaft der Chefärzte hat dazu Herrn Ministerpräsident Bouffier mit einem Positionspapier vom 15.12.2021 die dringendsten Probleme und Lösungsvorschläge zur psychiatrischen Versorgung in Hessen vorgetragen. Das Positionspapier fokussiert dabei auf die Themen (1) Personalmangel, (2) Verwehrpsychiatrie ohne Behandlungsmöglichkeit, (3) nicht-entlassfähige Patienten, bei denen die Kliniken teilweise über Monate und Jahre als Übergangswohnheim missbraucht werden, (4) regionaler Zusammenbruch der psychiatrischen Versorgung durch die Kassenärztliche Vereinigung und (5) bauliche Situation vieler psychiatrischer Kliniken.

Die damals detaillierten Versorgungsprobleme haben sich mittlerweile weiter verschärft und bedürfen dringend einer Lösung.

Vorrangiges Problem vor allen anderen bleibt dabei die dramatische Personalsituation (Abb. 1 – 4). Entscheidender Wirkfaktor in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung ist die Therapiebeziehung. Die therapeutisch wirksame Gestaltung der Therapiebeziehung

¹ Der Begriff psychiatrisch meint hier sowohl die Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters als auch die Psychiatrie und Psychotherapie für Erwachsene.

² Es sind jeweils alle Geschlechter impliziert.

erfordert ausreichend Zeit mit und für den Patienten. Auch für die Zielsetzung einer gewaltarmen, patientenfreundlichen Psychiatrie ist die ausreichende Personalmenge und Zeit zur Deeskalation expansiver Patienten ein entscheidender Faktor.

Die notwendige Therapiezeit ist bereits mit der heutigen Arbeitsverdichtung und Fokussierung auf die Notfallversorgung kaum noch gegeben, was gerade hoch motivierte Mitarbeiter als extrem frustrierend erleben. Der zurzeit absehbare demographische Rückgang der Personalressourcen wird diese Situation weiter aggravieren und den Zugang zur Berufstätigkeit in der psychiatrischen Versorgung weiter erschweren. Die damit einhergehenden Arbeitsbedingungen werden sich dadurch weiter so gravierend verschlechtern, dass Berufsanfänger kein Interesse an einer Arbeit mit psychisch Kranken entwickeln und junge Fachärzte nicht länger in den Kliniken bleiben werden. **In Anbetracht der bereits jetzt extrem angespannten Lage würde das den Zusammenbruch der psychiatrischen Versorgung bedeuten.**

Mit einer Halbierung der Personalressourcen wird in einigen Jahren auch die Behandlung von Patienten mit Eigen- und Fremdgefährdung nicht mehr in vollem Umfang zu gewährleisten sein.

Die stark eingeschränkten Therapiemöglichkeiten führen zum Schaden für den Einzelnen und die Gesellschaft. Der Versorgungsnotstand führt zur Chronifizierung mit schlechter Prognose, schlechtem Behandlungsergebnis und sekundären Folgestörungen.

Dieser Notstand betrifft Patienten, Angehörige, Einrichtungen der Jugendhilfe und der Eingliederungshilfe, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, Altenheime, Jugendämter, Sozialpsychiatrische Dienste, Ordnungsbehörden, Polizei und Justiz. Auch das laut Medienberichten in Hessen geplante Bedrohungsmanagementsystem zur Begleitung von psychisch kranken Menschen mit Gefährdungspotential wird betroffen sein.

Es ist daher dringend erforderlich, die Bevölkerung und die professionell Betroffenen über die gesundheitspolitisch absehbare Entwicklung zu informieren und darauf vorzubereiten.

Die Diskussion idealer Versorgungskonzepte erschließt sich nicht, wenn die notfällige Pflichtversorgung kaum noch gewährleistet werden kann. Auch moderne, patientenzentrierte Modellkonzepte kommen bei zunehmendem Personalmangel an ihre Grenzen und müssen perspektivisch wieder aufgegeben werden.

In gleicher Weise fehlen dem PsychKHG-Entwurf der Fraktion DIE LINKE die personellen Voraussetzungen für eine Ausweitung der sozialpsychiatrischen Dienste oder die Bereitstellung von Krisendiensten, die der Notwendigkeit zu einer stationären Klinikeinweisung wirksamen abhelfen könnten.

Aus meiner Sicht gänzlich untauglich ist § 1 Abs. 2 zum Anwendungsbereich des Gesetzentwurfs. Psychische Erkrankungen über die Behandlungsbedürftigkeit „nach medizinischer Einschätzung“ zu definieren, liefert die Anwendung des Gesetzes der Beliebigkeit der persönlichen Haltung zur Behandlungsbedürftigkeit aus. Der Entwurf versäumt hier die Gelegenheit, sich klar zu Kriterien einer Behandlungsbedürftigkeit psychischer Störungen zu positionieren.

Das existierende PsychKHG der Landesregierung hat sich in der Anwendungspraxis des Hanauer Amtsgerichts weitgehend bewährt. Problematisch bleibt auch hier vor allem die individuelle Einschätzung zur Notwendigkeit einer Zwangsbehandlung durch den jeweiligen Richter. Dies führt zum einen zu Latenzen bei der Behandlung zum Schaden von Patienten, Mitpatienten und Mitarbeitern. Zum anderen kommt es zu Zwangseinweisungen aufgrund gefährlichen Verhaltens im sozialen oder öffentlichen Raum bei einer Psychose, die dann nach Deeskalation im geschützten Rahmen der Station aber nicht mehr gegen den Willen des Patienten psychopharmakologisch behandelt werden darf. Daraufhin kommt es zur Entlassung

des unmedizierten Patienten und erneuten Eskalation außerhalb der Klinik, im schlimmsten Fall bis zur forensisch-psychiatrischen Indikation.

1. Welche Zukunft hat eine Psychiatrie ohne Mitarbeiter?

Die demographische Überalterung der Mitarbeiter ist dramatisch und hat erhebliche negative Auswirkungen.

Abbildung 1a zeigt eine stetige Zunahme an Ärzten mit Fachgebieten zur Behandlung psychischer Störungen seit 1990. Abbildung 1b stellt dazu die zeitliche Entwicklung der Alterskohorten dieser Ärzte dar. Die Gegenüberstellung macht deutlich, dass der Anteil junger Ärzte seit 1990 fast durchgehend rückläufig ist. Die Zunahme der Arztzahlen ist weitgehend nur von der Überalterung in diesen Fachgebieten getragen. 2021 sind 50% der Ärzte für psychische Störungen älter als 60 Jahre, 0,9% jünger als 35 Jahre.

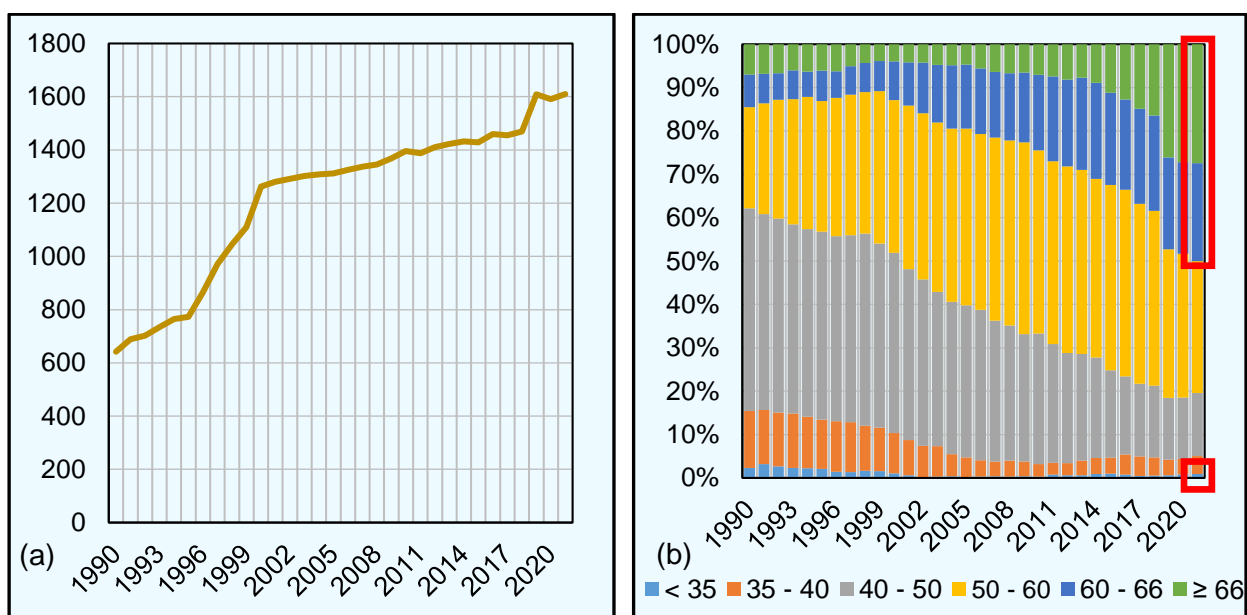


Abb. 1. Berufstätige Fachärzte für Nervenheilkunde (NHK), Psychiatrie und Psychotherapie (PPT) und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (PMPT) in Hessen. (a) Anzahl dieser Fachärzte von 1990 bis 2021. (b) Alterskohorten dieser Fachärzte im gleichen Zeitraum. 2021 liegt der Anteil über 60 Jahre bei 50%, der Anteil unter 35 Jahre bei 0,9% (rote Rahmen).

Die Alterskohorten aus 2021 wurden in Verbindung mit der demographischen Verteilung der Bevölkerung dazu herangezogen, Prognosen für die Entwicklung der Arztzahlen in den kommenden Jahren zu berechnen. Der jährliche Nachwuchs wurde dabei auf dem Stand von 2021 konstant gesetzt. Abbildung 2 zeigt mit der Kurve HE(70) die erwarteten Arztzahlen in Hessen bei Renteneintritt mit 70 Jahren, mit der Kurve HE(67) bei Renteneintritt mit 67. Im ersten Fall werden 2035 noch 40%, im vermutlich realistischeren zweiten Fall noch 33% der Ärzte dieser Fachgebiete verfügbar sein. Der Bundesdurchschnitt und Bayern liegen dann bei etwa 50%, Sachsen bei 59%. **Bei Renteneintritt mit 67 Jahren halbiert sich Anzahl der Ärzte in Hessen bereits Ende 2029.**

Anderen Bundesländern und im Bundesdurchschnitt gelingt offenbar eine 10 bis 20% bessere Rekrutierung von Fachärzten für psychisch kranke Menschen als in Hessen.

Die Prognoserechnung ist sicher nur eine sehr grobe. Davon unabhängig ist evident, dass bei einem aktuellen Anteil von 50% der Ärzte über 60 Jahre in etwa 5 bis 7 Jahren nur noch die Hälfte dieser Ärzte in relevantem Umfang berufstätig sein werden.

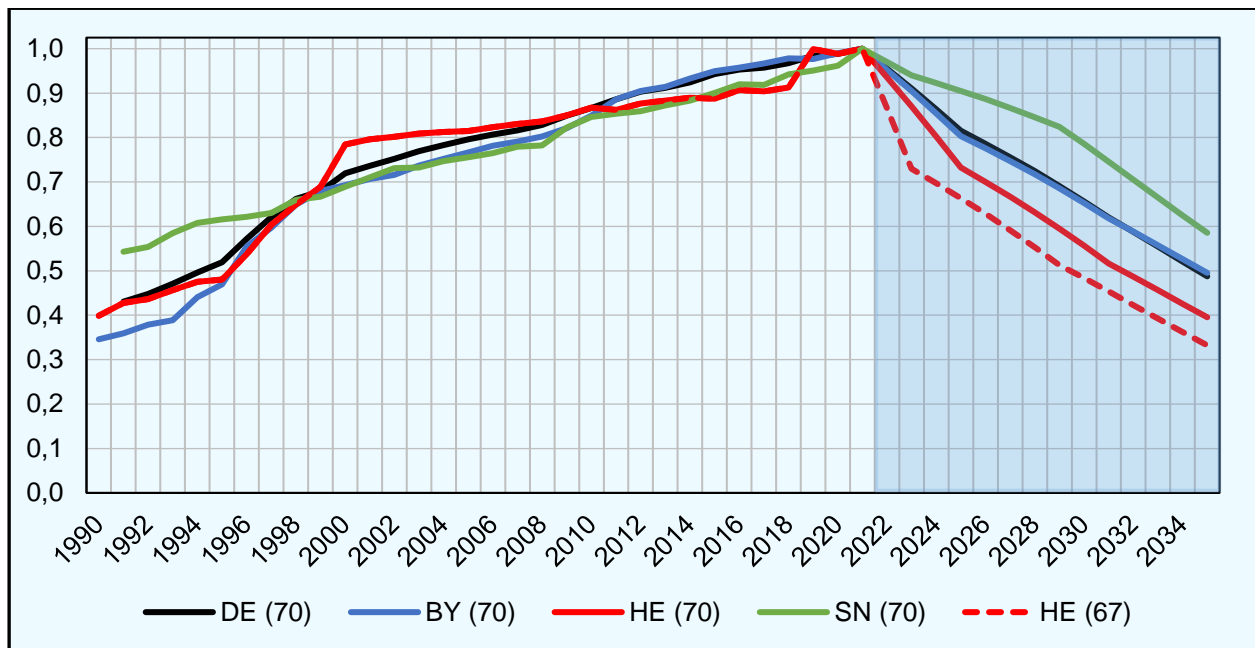


Abb. 2. Anzahl berufstätiger Fachärzte für psychische Störungen (NHK + PPT + PMPT) in Deutschland (DE), Bayern (BY), Hessen (HE) und Sachsen (SN). Prognose ab 2022 berechnet anhand der demographischen Verteilung der Bevölkerung in Verbindung mit den Alterskohorten aus Abb. 1b. Solide Linien für Renteneintritt mit 70, gestrichelte Linie für Renteneintritt mit 67 Jahren. Nachwuchs konstant auf dem Stand 2021 angenommen.

Das Ausmaß des Nachwuchsdefizits pro ärztlichem Fachgebiet ist in Abbildung 3 dargestellt. Der Schweregrad des Nachwuchsdefizits nimmt von links nach rechts ab. **Im Vergleich aller medizinischen Fachgebiete haben Ärzte zur Behandlung psychisch kranker Menschen die größten Nachwuchsdefizite mit den größten Anteilen an Überalterung und den geringsten Anteilen an Nachwuchs.** Vergleichbar schwierig ist nur die Situation der Allgemeinmedizin.

Abbildung 4 zeigt das Nachwuchsdefizit für das Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie nach Bundesländern. **Hessen hat mit -35% fast das schlechteste Nachwuchsdefizit an Ärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, nur Bremen ist noch schlechter.** Die Nachwuchslücke in Sachsen beträgt dagegen nur -5%.

Die hier dargestellten Kennzahlen basieren auf den öffentlich verfügbaren, grob kohortierten Angaben zur Anzahl der Ärzte nach Fachgebieten, Bundesländern und Jahren auf www.gbe-bund.de. **Dabei ist zu beachten, dass zusätzlich zur Überalterung auch der Anteil der Ärzte in Teilzeit in den letzten Jahren erheblich zugenommen hat. Das ärztliche Versorgungsdefizit dürfte daher noch höher liegen.**

Auch für die anderen Berufsgruppen der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie ist von einer vergleichbaren demographischen Situation und Überalterung auszugehen. Öffentlich verfügbare Daten dazu sind aber mir nicht bekannt.

Hier wäre wünschenswert, dass die **Landesregierung jährlich aktualisierte Kennzahlen zur Prognose der Mitarbeiterzahlen der Berufsgruppen in den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie** publiziert. Zumindest für die Ärzte würde eine Zusammenarbeit mit der Landesärztekammer eine Auswertung ohne die Unschärfe der Alterskohorten ermöglichen.

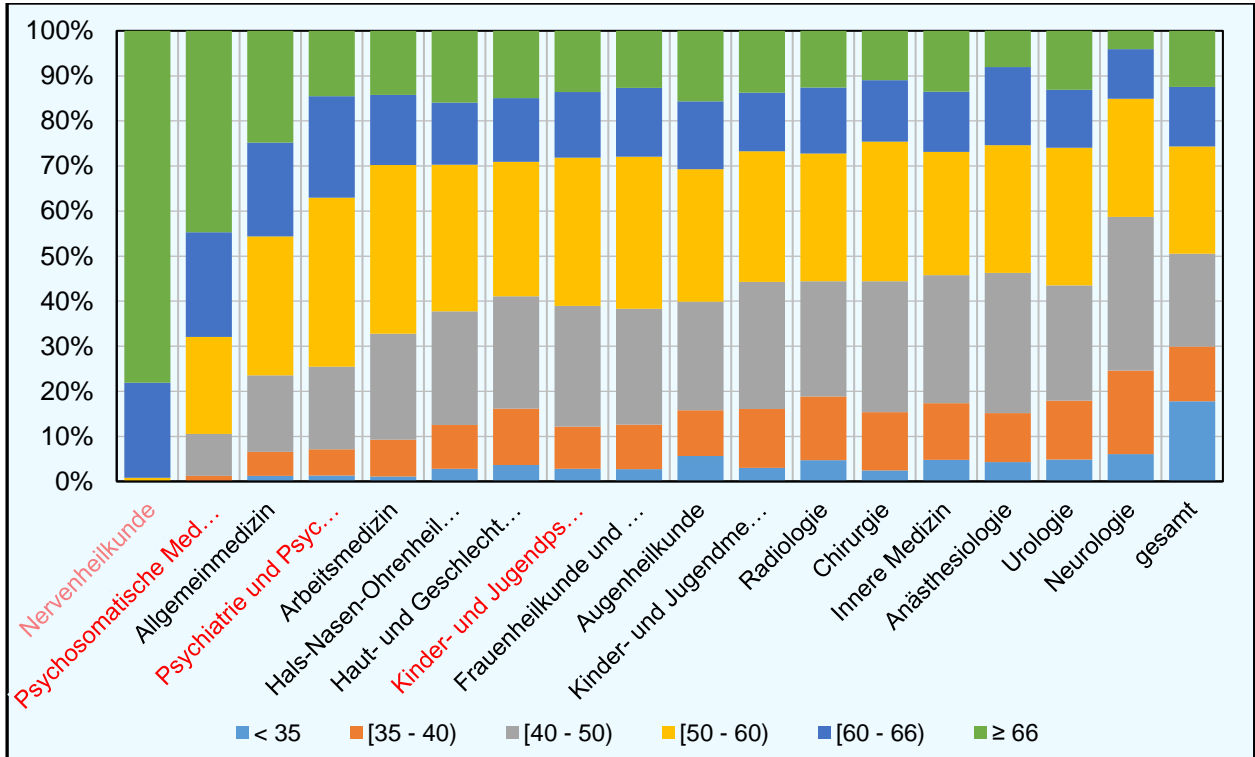


Abb. 3. Alterskohorten der Ärzte aller medizinischen Fachgebiete in Hessen. Sortierung nach Schweregrad des Nachwuchsdefizits (Anteil ≥ 60 Jahre – Anteil < 35 Jahre), abnehmender Schweregrad von links nach rechts, 'gesamt' unsortiert ganz rechts. Fachgebiete mit weniger als 1% aller Ärzte nicht dargestellt.

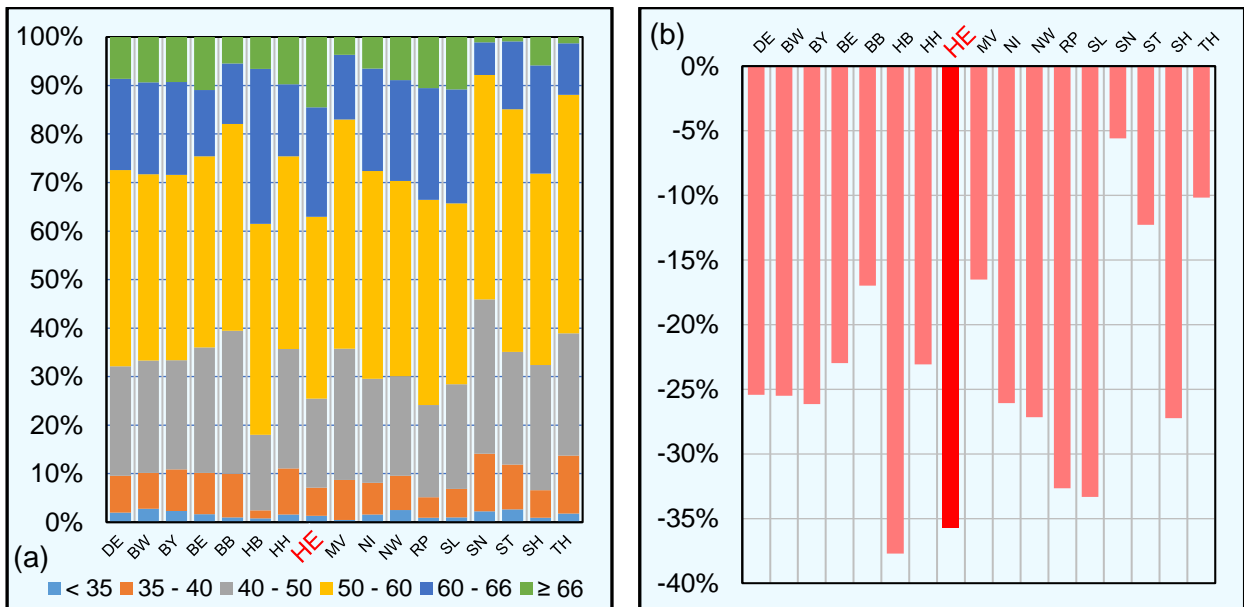


Abb. 4. Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie nach Bundesländern: (a) Alterskohorten, (b) Nachwuchsdefizit (Anteil ≥ 60 Jahre – Anteil < 35 Jahre). Hessen (HE) ist auf dem vorletzten Rang.

Die Krankenhausbehandlung ist eine ärztliche geleitete Behandlung. Die Sicherstellung der Versorgung durch die Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie erfordert dementsprechende ärztliche Ressourcen. Für die Berufsgruppe der Ärzte ist in Anbetracht der beschriebenen Entwicklung dringend eine Förderung von Studienplätzen mit Bindung an eine Facharztweiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie erforderlich.

Aufgrund der langjährigen Latenz zusätzlicher Studienplätze ist der Zugang für Ärzte aus dem Ausland erforderlich. In vielen Kliniken wäre die psychiatrische Versorgung ohne ausländische Ärzte bereits heute nicht mehr aufrecht zu erhalten. In der Hanauer Klinik kommen zurzeit etwa ein Drittel der Ärzte aus dem europäischen Ausland oder aus Drittstaaten.

Die ärztlichen Mitarbeiter aus Drittstaaten benötigen häufig eine Kenntnisprüfung zur Erlangung der deutschen Approbation. Bis dahin wird eine eingeschränkte ärztliche Tätigkeit im Rahmen einer Berufserlaubnis zugelassen. Im Kreis der Ärzte aus Drittstaaten ist bekannt, dass die hessische Berufserlaubnis ein besonderes Einstellungshindernis darstellt und dass die Bearbeitungszeiten und Wartezeiten bis zur Kenntnisprüfung in Hessen extrem lang sind. Es wird von Wartezeiten bis zu einem Jahr nach Anmeldung zur Kenntnisprüfung berichtet.

Dafür exemplarisch ist ein junger Arzt aus einer türkischen Familie in Offenbach, der nach seinem Medizinstudium in der Türkei zur Berufserlaubnis und Kenntnisprüfung in ein anderes Bundesland mit integrativeren Strukturen ging und erst nachdem er dort die deutsche Approbation erhalten hatte, wieder in die Rhein-Main-Region zurückkehrte.

Hessen

Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs.

Die Erlaubnis berechtigt nur zu einer nicht selbständigen ärztlichen Tätigkeit unter ständiger Aufsicht und in ständiger Anwesenheit von approbierten Ärztinnen und Ärzten.

Die Einschränkung betrifft auch alle Nacht-, Notfall- und Bereitschaftsdienste.

Unterstreichungen im Original

Bayern

Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs in fachlich abhängiger Stellung (nicht selbständige und nichtleitende Tätigkeit).

Abb. 5. Berufserlaubnis Hessen vs. Bayern.

Die Gegenüberstellung der Berufserlaubnis aus Hessen mit der aus Bayern (Abb. 5) gibt einen Eindruck davon, warum es einer großen Nachbarklinik in Bayern gelingt, mit einer sehr guten Weiterbildung eine ausreichende Anzahl an ausländischen Ärzten zur Berufserlaubnis und anschließenden Facharztweiterbildung zu gewinnen, während das in Hessen leider behindert wird.

Das zur Begründung der sehr einschränkenden Berufserlaubnis in Hessen häufig angeführte Argument der Qualitätssicherung greift nicht. Das Herkunftsland der ärztlichen Approbation ist leider kein Qualitätsindikator. Es finden sich Ärzte aus Drittstaaten mit deutlich besserer Qualifikation als Ärzte aus EU-Ländern oder aus Deutschland. Umgekehrt erhalten Ärzte mit einer europäischen Approbation bei Nachweis der Sprachkenntnisse ungeprüft die deutsche Approbation, obwohl die medizinische Fachlichkeit im Einzelfall sehr dürftig ist.

Davon unabhängig verantwortet jeder Chefarzt den Facharztstandard seiner Klinik im Rahmen seiner Organisations- und Delegationsverantwortung. Die Sicherstellung der Behandlungsqualität muss daher in den Kliniken und nicht durch die abweisende Formulierung einer Berufserlaubnis erfolgen. Der Qualitätsverlust durch unbesetzte Arztstellen scheint dabei in keiner Weise im Blick zu sein.

In gleicher Weise wie bei den Ärzten sind auch bei Pflege, Ergotherapie, Bewegungstherapie und Sozialarbeit dringend Anreize für eine Tätigkeit in den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie

erforderlich. Die Arbeit in den psychiatrischen Kliniken ist menschlich und fachlich anspruchsvoll. Gerade engagierte Mitarbeiter kommen an ihre Grenzen, wenn sie aufgrund des demographischen Personalmangels ihren Patienten nicht mehr gerecht werden können.

2. Haben Modellkonzepte einer modernen Psychiatrie eine Zukunft?

Einleitend wurde das Ziel formuliert, eine möglichst gewaltarme und patientenfreundliche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit hoher Therapiequalität zu gewährleisten.

Mit dieser Intention hat die Hanauer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie 2010 begonnen, Modellkonzepte einer modernen psychiatrischen Versorgung zu entwickeln und erproben. Ziel ist es dabei, die Klinik flexibel an den Bedarf der Menschen anzupassen und nicht die Patienten in die starren Strukturen der Regelpsychiatrie zu zwingen. Mittlerweile werden mehr als 40% der Patienten mit stationärer Behandlungsindikation in einem akutambulanten Setting mit stationsäquivalenter Therapiedichte behandelt. Dieses akutambulante Setting ist nur mit freiwilliger Zustimmung der Patienten realisierbar und wird von vielen Patienten wahrgenommen, die eine stationäre Behandlung ablehnen oder ohne dieses Angebot vorzeitig beenden würden.

Trotzdem ist das Hanauer Modell nur vordergründig erfolgreich. Die aufsuchende Behandlung schwer kranker Patienten in der häuslichen Umgebung musste aufgrund des Personalmangels insbesondere bei Ärzten und Pflegenden inzwischen wieder ausgesetzt werden. Der Personalmangel in den psychiatrischen Kliniken führt außerdem zu einer solchen Arbeitsverdichtung, ständigen Bindung in der Notfallversorgung und frustrierend geringen Kapazitäten für die Regelbehandlungen trotz Überstunden, dass auch hoch motivierte Mitarbeiter sich gegen eine Berufstätigkeit in einer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie entscheiden.

Die Modellversorgung wäre die Psychiatrie der Zukunft. Mit akutambulanter und ambulant aufsuchender Behandlung ist sie die fachlich erstrebenswerte Versorgung in einer modernen, patientenzentrierten Psychiatrie. **Sie ist sicher komplexer und anspruchsvoller als die bisherige Regelversorgung auf geschlossenen Stationen. Die Sicherstellung der dafür erforderlichen Strukturen erfordert eine ausreichende Anzahl erfahrener Mitarbeiter. Es ist daher absehbar, dass die Modellversorgung wieder aufgegeben werden muss, wenn es nicht bald gelingt, die erforderlichen Personalressourcen bereitzustellen und den absehbaren Rückgang der Mitarbeiterzahlen zu verhindern.**

Die Modellprojekte werden von Krankenkassen regelmäßig **als strukturelle Lösung für die fehlenden Personalmengen** vorgetragen. Diese Einschätzung ist **nachweislich unzutreffend**. Die Modellprojekte zeigen, dass umfangreiche stationäre Leistungen durch akutambulante Behandlungen zu ersetzen wären. Ein solche Entwicklung ist aus den genannten fachlichen Gründen für eine bessere patientenorientierte und freiwillige Versorgung sicher wünschenswert. Die Komplexität dieser anspruchsvollen Versorgungsstrukturen erfordert aber etwa 90 bis 95% der stationären Personalressourcen. Und sicherlich gibt es keine strukturellen Veränderungen, die 50% Personaldefizit irgendwie therapeutisch sinnvoll ausgleichen können.

3. Zusammenfassung und Fazit

Ein Einbruch der Personalressourcen für die Versorgung psychisch kranker Menschen in wenigen Jahren ist bereits allein aufgrund der demographischen Entwicklung absehbar (Abb. 1 – 4). Ohne Gegenmaßnahmen wird sich die Anzahl der Mitarbeiter in den nächsten 5 bis 10 Jahren halbieren. **Ein Renteneintritt mit 67 Jahren halbiert die Anzahl der Ärzte in Hessen Ende 2029** (Abb. 2). Bereits heute besteht eine hohe Arbeitsverdichtung, Fokussierung auf die Notfallversorgung und frustrierend geringe Therapiezeit für den einzelnen Patienten. Der weitere

Rückgang der Personalressourcen macht die Tätigkeit in den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie dann zusätzlich immer unattraktiver.

Eine zu geringe Anzahl an Mitarbeitern erlaubt es nicht mehr, den psychiatrisch-psychotherapeutischen Auftrag der Kliniken umzusetzen, schwer psychisch kranke Menschen zu behandeln und die Bevölkerung zu schützen. Auch der Anspruch einer gewaltarmen, patientenfreundlichen Gestaltung der Therapiebeziehung ist damit nicht erreichbar.

Bereits ab 01.01.2024 werden die absurden Sanktionen der PPP-RL die Versorgungskapazität der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie zusätzlich einschränken. Die Kliniken sollen dann Strafzahlungen für unbesetzte Personalstellen leisten, deren Höhe sich aus den nicht einsetzbaren Personalbudgets bestimmt, multipliziert mit einem Steigerungsfaktor 4 bis 5. Diese Sanktionen zwingen die Kliniken dazu, so viele Betten zu schließen, wie es die nach PPP-RL gerade fehlende Personalmenge in Relation zu Anzahl und Erkrankungsschwere der Patienten erfordert. In Verbindung mit dem demographischen Rückgang der Mitarbeiterzahlen **führen die geplanten Sanktionsmechanismen der PPP-RL zu einem, politisch offenbar gewollten, Abbau der Versorgungskapazität psychiatrischer Kliniken. Notwendig und hinreichend wäre demgegenüber die einfache Rückzahlung nicht eingesetzter Personalbudgets.**

Der ab 01.01.2024 vorgesehenen, absurden Sanktionen der PPP-RL machen die Umsetzung des Versorgungsauftrags zur Behandlung und zum Schutz der Bevölkerung noch unmöglicher.

Wie dargelegt, **lösen** auch die erfolgreichen **Modellprojekte** der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie **die Personalprobleme nicht**. Die strukturellen Entwicklungen der Modelle mit einer Stärkung von ambulanter Akutbehandlung und Patientenautonomie sind menschlich und fachlich wertvoll, wirtschaftlich leicht vorteilhaft und inhaltlich anspruchsvoll umzusetzen. **Mit unzureichenden Personalressourcen ist die Ambulantisierung akuter Patienten nicht nachhaltig aufrecht zu erhalten und potentiell gefährlich**. Die absehbaren Auswirkungen lassen sich exemplarisch in den USA beobachten, wo die Unterfinanzierung der Ambulantisierung nach dem Abbau der stationären Kapazitäten seit Jahrzehnten dazu geführt hat, dass schwer psychisch kranke Menschen nicht mehr in einer psychiatrischen Klinik behandelt werden können, sondern in den Gefängnissen weggesperrt werden.

Der Zusammenbruch der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung ist kein zufälliges, unabwendbares Naturereignis. Der Einsatz gesetzgeberischer und finanzieller Mittel ist in der Lage, dem Versorgungsnotstand abzuhelpfen.

Die Landespolitik wird sich entscheiden müssen, welche psychiatrische Versorgung der Bevölkerung und welchen Einsatz zur Gefahrenabwehr bei psychischen Störungen sie realisieren muss und möchte. Mit dem Einbruch der Personalressourcen wird in einigen Jahren auch die Behandlung von Patienten mit Eigen- und Fremdgefährdung nicht mehr in vollem Umfang zu gewährleisten sein. Vorrangiges Ziel sollte es daher sein, dafür zu sorgen, dass die Kliniken ihren Versorgungsauftrag erfüllen können.

Zur gesetzgeberischen Absicht braucht es nicht nur die positive Intention und den konstruktiven Auftrag, sondern auch die Möglichkeit, die Ziele des Gesetzes zu verwirklichen. Fehlt es daran, wird das Gesetz realitätsfremd. Dies trifft in gleicher Weise auf den PsychKHG-Entwurf der Fraktion DIE LINKE zu, wie auch auf das bereits bestehende PsychKHG der Landesregierung.

82
**Arbeitsgemeinschaft der Ärztlichen Leitungen der
Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für
Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
in Hessen**

SIA AV 20/87 – Teil 3

Bad Emstal Bad Hersfeld Bad Soden Büdingen Darmstadt Eltville Erbach Frankfurt/Main Friedberg Friedrichsdorf
Fulda Gießen Groß-Umstadt Hadamar Haina Hanau Heppenheim Herborn Hofheim Kassel Kiedrich Langen
Lauterbach Marburg Melsungen Oberursel Offenbach Riedstadt Schlüchtern Schwalmstadt Weilmünster Wiesbaden

Dr. Matthias Bender, Ärztlicher Direktor, Vitos Klinik für Psychiatrie
und Psychotherapie, Wilhelmshöher Allee 345A, 34131 Kassel

Hessischer Landtag
Herrn Moritz Promny
Vorsitzender des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses
Schlossplatz 1-3
65183 Wiesbaden

Dr. med. Matthias Bender
Sprecher der Arbeitsgemeinschaft
Tel.: 0561 310999 300097
e-mail: matthias.bender@vitos-kurhessen.de
Kassel, 09.06.2023

**Per Mail an: m.sadkowiak@ltg.hessen.de
und l.ribbeck@ltg.hessen.de**

**Stellungnahme zum Gesetzentwurf Fraktion DIE LINKE,
Gesetz zur Hilfe und Unterbringung von Menschen mit Hilfebedarf
infolge psychischer Störungen, Drucks. 20/9758**

Sehr geehrter Herr Ausschussvorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

wir bedanken uns für die Möglichkeit, zum obigen Gesetzesentwurf Stellung nehmen zu können und damit zu der Situation der psychiatrischen Versorgungssituation.

Denn bereits heute besteht vielerorts in Hessen ein akuter Notstand bei der psychiatrischen Versorgung (gemeint ist hierbei immer die Kinder-Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie und Psychotherapie). Dieser betrifft insbesondere die Pflicht- und Notfallversorgung durch die psychiatrischen Kliniken. Erste Kliniken müssen bekanntermaßen ihren Versorgungsauftrag bereits aufgeben oder zwischenzeitlich immer wieder einschränken. Benachbarte Kliniken werden diese Einschränkungen aufgrund ihres eigenen Versorgungsauftrages nicht ausgleichen können. Wie die Arbeitsgemeinschaft der Ärztlichen Leitungen psychiatrischer Kliniken in Hessen in ihren Schreiben an Herrn Ministerpräsident Bouffier vom 17.12.2021 und noch einmal an Herrn Ministerpräsident Rhein vom 25.10.2022 dargelegt hat, ist absehbar, dass fast alle psychiatrischen Kliniken in Kürze ihre Pflichtversorgung entsprechend den verfügbaren Personalressourcen begrenzen müssen.

Dieser Notstand betrifft dann Patienten, Angehörige, Einrichtungen der Jugendhilfe und der Eingliederungshilfe, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, Altenheime, Jugendämter, Sozialpsychiatrische Dienste, Ordnungsbehörden, Polizei und Justiz. Auch das in Hessen geplante Bedrohungsmanagementsystem zur Begleitung von psychisch kranken Menschen mit Gefährdungspotential wird betroffen sein.

Insofern gilt es sektorenübergreifend die Zusammenarbeit und Vernetzung der verschiedenen Bereiche der psychiatrischen Versorgung zu verbessern: Akutpsychiatrie mit ihrer weiterhin zu gewährleistenden regionalen Pflichtversorgung und wohnortnahen Behandlung, die Eingliederungshilfe, die ihren Sicherstellungsauftrag auch im Hinblick auf ausreichende geschützte Plätze zu erfüllen hat, der Öffentliche Gesundheitsdienst mit dem SpDi sowie die forensische Psychiatrie.

Wir unterstützen die im Gesetzesentwurf dargelegte Zielsetzung, eine möglichst gewaltarme und patientenfreundliche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit hoher Therapiequalität zu gewährleisten, die Vorsorge und Selbstbestimmung, den Ausbau der ambulanten Hilfen und die erfolgreiche Wiedereingliederung zu stärken.

Vor einigen Anmerkungen zu einzelnen Paragraphen des Gesetzentwurfes, ist festzuhalten, dass in der praktischen Anwendung sich das bestehende PsychKHG nach Einschätzung der meisten ärztlichen Leitungen der psychiatrischen Kliniken grundsätzlich und weitgehend bewährt hat.

§2-4

Die Stärkung des sozialpsychiatrischen Dienstes, deren (?) Krisendienste und des GpV ist sozialpsychiatrisch sinnvoll und zu begrüßen, insbesondere die finanzierte Integration von Genesungsbegleitern in das multiprofessionelle Team und die Implementierung eines Krisentelefon. Die Krisendienste sollten wohnortnah rund um die Uhr (24/7) erreichbar und handlungsfähig sein, um effektiv dem beschriebenen Anspruch zu entsprechen und eine präventive Funktion in der Versorgung erfüllen zu können. Bei dem skizzierten Aufgabenprofil ist eine psychiatrisch-psychotherapeutische fachärztliche Leitung zwingend erforderlich.

Allerdings bleibt die geforderte personelle Ausstattung unrealistisch ohne wirksame Maßnahmen gegen den Fachkräftemangel.

§9-10

Hier muss bei der Untersuchung, Behandlung und dr ärztlichen Stellungnahme zur Unterbringung der Facharztstandard gewährleistet sein.

§16

Wir befürworten, dass eine Unterbringung auch in einem somatischen Krankenhaus vollzogen werden kann, wenn es die medizinische Indikation erfordert.

§30-31

Zwangs- und Sicherungsmaßnahmen sollten ausschließlich von nach §17 Abs. 2 PsychKHG beliehene Ärztinnen und Ärzte angeordnet bzw. besondere Sicherungsmaßnahmen beantragt werden, worüber der SpDi, der die Möglichkeit einer Stellungnahme gegenüber dem zuständigen Gericht hat, informiert werden sollte.

Wir begrüßen, dass durch den Gesetzentwurf und die sachkundige sowie engagierte Auseinandersetzung mit dem Thema der parlamentarische Diskurs zu der Hilfe für Menschen mit psychischen Störungen angeregt wird.

Denn Bedarf und Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen nehmen kontinuierlich zu. Kinder und Jugendliche wurden durch die Einschränkungen der Pandemie am härtesten und nachhaltig getroffen. Es gibt einen deutlichen Anstieg von Suizidversuchen, von Depressionen, Angsterkrankungen und Sozialen Phobien im Jugendalter. Die Betroffenen sind teilweise nicht mehr schulbesuchsfähig und scheitern an Entwicklungsaufgaben. Die Fallzahlen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind gravierend gestiegen, Wartelisten haben sich verdreifacht, Wartezeiten für eine stationäre Behandlung betragen mehrere Monate.

Die beschriebenen Behandlungsbedarfe treffen auf einen zunehmenden dramatischen Personalmangel. Die dadurch stark eingeschränkten Therapiemöglichkeiten führen zum Schaden für den Einzelnen und die Gesellschaft. Der Versorgungsnotstand führt zur Chronifizierung mit schlechter Prognose, schlechtem Behandlungsergebnis, sekundären Folgestörungen. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie bedeutet der Notstand eine flächendeckende Kindeswohlgefährdung, deren Folgen wir jahrzehntelang spüren werden.

Der Personalnotstand betrifft insbesondere die Berufsgruppen¹ der Ärzte und Pflegenden, darüber hinaus aber auch alle anderen Berufsgruppen der psychiatrischen Versorgung. Assistenzarzt- und Oberarztstellen können oft monatelang nicht besetzt werden, bei der Pflege ist es ähnlich. Der Ärztemangel ist im Vergleich aller medizinischen Fachgebiete bei den psychiatrisch-psychotherapeutischen Gebieten besonders ausgeprägt. Zusätzlich findet sich gerade bei diesen Gebieten eine dramatische Überalterung, die bisher in keiner Weise durch einen Zugang jüngerer Ärzte ausgeglichen wird]. In Hessen liegt der Anteil der Fachärzte mit Berufstätigkeit, die 2021 älter als 60 Jahre waren, bei Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychosomatik zusammen bei 50%. Hessen steht damit nochmal 10% schlechter da als der Bundesdurchschnitt. Die Altersgruppe der Fachärzte unter 35 Jahren umfasst demgegenüber nur 0,9%, ebenfalls schlechter als der Bundesdurchschnitt. Hierzu führt Herr Dr. Schillen vom Klinikum Hanau in seiner Stellungnahme noch detaillierter aus.

Der ständig steigende Aufwand durch Bürokratisierung, Datenerfassung und Prüfungen überlastet die verbleibenden Personalressourcen zusätzlich. Auch die inzwischen übliche Praxis, schwangere Mitarbeiterinnen auch gegen ihren Willen umgehend mit einem Beschäftigungsverbot zu belegen, trägt erheblich zu Personalmangel und Weiterbildungsverzögerung bei. Ferner wird gerade in Hessen der Zustrom von Ärzten aus Drittstaaten besonders erschwert. Der ab 01.01.2024 vorgesehene, absurde Sanktionen der PPP-RL erschweren die Umsetzung des Versorgungsauftrags zur Behandlung und zum Schutz der Bevölkerung noch weiter.

Die damit eintretenden Arbeitsbedingungen werden sich dadurch weiter so gravierend verschlechtern, dass Berufsanfänger kein Interesse an einer Arbeit mit psychisch Kranken entwickeln und junge Fachärzte nicht länger in den Kliniken bleiben werden. Auch der Anspruch einer gewaltarmen, patientenfreundlichen leitlinienorientierten individualisierten Behandlung mit therapeutischer Beziehungsarbeit ist damit nicht erreichbar.

Aufgrund der großen Bedeutung und Dringlichkeit einer Sicherstellung der psychiatrischen (Pflicht-)Versorgung durch die Kliniken gilt es sich die Zeit zu einem lösungsorientierten Austausch zu nehmen, an dem Vertreter der Kliniken und der Ministerien des Inneren (Polizei, Einschränkung der Pflichtversorgung), der Wissenschaft (Studienplätze) und der Gesundheit (Fachaufsicht, HLPUG) beteiligt sind.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Matthias Bender
Ärztlicher Direktor
Vitos Klinikum Kurhessen
Direktor der Vitos Klinik für Psychiatrie
und Psychotherapie Kassel und Hofgeismar

¹ Bei allen Berufsgruppen sind jeweils alle Geschlechter impliziert.

DAS STAATENBERICHTSVERFAHREN IST IM AUGUST 2023 WIEDER THEMA

Kommentar aus der Fachwelt: Papier ist geduldig. Deshalb tut sich auch nichts!

Als ich am 22.5.2015 als Vorstandsmitglied unseres Landesverbandes (LvPEH) im **FACHBEIRAT** des Hessischen Ministeriums für Soziales und Sport auf die Ergebnisse des STAATENBERICHTS hinwies, sprang Herr Kron, der Leiter der Hessischen Stabstelle zur Umsetzung der UN-Konvention, spontan auf und sagte wütend, dass diese Übersetzung des Staatenberichts bisher nur ein Entwurf sei, da würde noch viel geändert werden müssen.

Der Sprecher des am 16.7.2015 neu gegründeten **INKLUSIONSBEIRATS** im Hessischen Innenministerium sah den Entwurf des Staatenberichts hingegen in unserem Sinne und sagte: „Daran wird nicht viel geändert“.

Meine Anmerkungen damals:

Schon auf Seite 2 des Staatenberichts von 2015 findet man unter Ziffer 10, dass Mittel bereitgestellt werden sollen für Organisationen, die Menschen mit Behinderungen vertreten, und zwar insbesondere Mittel für kleinere Selbstvertretungsorganisationen.

Auf Seite 4, Ziffer 19, wird der Abbau der Stigmatisierung psychosozialer Behinderungen gefordert:

Die meisten Probleme psychisch kranker Menschen sind aus meiner Sicht hausgemacht und von psychosozialer Natur. Unter positiven Bedingungen wären die meisten erst gar nicht krank geworden, und würde man die Erkrankten nicht in den 08/15-Einrichtungen der modernen Psychiatrie mit allen Mitteln festhalten, könnten viele mit etwas fachlicher Unterstützung mitten in der Zivilgesellschaft leben.

Die teuren Tagesstätten, Betreutes Wohnen, Werkstätten und Heime, die professionell geführt werden, sind in den zurückliegenden Jahren notwendig geworden, weil es nicht genügend bezahlbaren Wohnraum und schon lange nicht mehr Arbeit für alle gibt.

Auf Seite 5 ist unter Ziffer 27 die Forderung, juristische Assistenz zu gewähren:

Ohne Juristen kommen wir gegen die Fachwelt nicht an, die uns ausschließlich ihre eigenen aufgeblasenen Projekte zur „Genesung“ anbietet.

Wiedereingliederung in die Zivilgesellschaft ist mit den professionellen Einrichtungen die Ausnahme. Die Stigmatisierung psychisch kranker Menschen geht in Hessen insbesondere von der Auslegung der Bundes-Gesetze zu Gunsten der professionellen Einrichtungen aus.

Die Institutionen betreiben EXKLUSION anstelle von INKLUSION. Deshalb hat das Persönliche Budget und die EX-IN-Ausbildung in Hessen noch keinen Stellenwert.

Auf Seite 6 ist unter Ziffer 33 von Folter die Rede, wenn körperliche und chemische Freiheitseinschränkungen zur Anwendung kommen:

Dem ist aus meiner Sicht nichts hinzuzufügen.

Von Schadenersatzleistungen für die Opfer ist unter Ziffer 34 auf Seite 6 die Rede:

Die Zwangsbehandlung mit Neuroleptika in der „modernen“ Psychiatrie der neunzehnhundertneunziger Jahre wird schon heute als nicht rechtmäßig zugegeben.

Auf Seite 7 zeigt sich der Staatenbericht besorgt über den hohen Grad der Institutionalisierung und den Mangel an alternativen Wohnformen:

Da werden in den Sozialgesetzbüchern Leistungen aller Art beschrieben, und man hat vergessen, dass die Wohnung das Allerwichtigste ist. Es gibt zwar den Berechtigungsschein für eine Wohnung, jedoch keinen Anspruch.

Auf Seite 9 wird sogar unter Ziff. 50 (b) die schrittweise Abschaffung von Behindertenwerkstätten gefordert:

Ich bin der Ansicht, dass man den Berechtigten z.B. mit dem Persönlichen Budget für Arbeit auf vielfältige Art und Weise Tagesstruktur ermöglichen kann. Insbesondere unabhängige Anlaufstellen der Selbsthilfebewegung bieten mit professioneller Begleitung sinnvolle Beschäftigungsmöglichkeiten.

Mit unseren desolaten Bundesverbänden kommen wir derzeit nicht weiter.

Die Selbsthilfebewegung benötigt auf allen Ebenen fachliche Unterstützung.

Höhn
20.4.2023

ES IST ALLES GESCHRIEBEN UND ALLES GESAGT

Nach mehreren Stellungnahmen zum PsychKG seit 2004 fällt mir zu diesem unzeitgemäßen Unterbringungsgesetz aus der Vorkriegszeit echt nichts mehr ein. In der Präambel wird immerhin personenzentrierte Hilfe erwähnt.

Anstelle von Selbsthilfe wird jetzt EX-IN gefördert. Sieht man überhaupt den eklatanten Unterschied zwischen PEERS und EX-IN-Absolventen?

- Weil man alleine gar nichts bewirken kann, haben sich psychiatrieerfahrene PEERS Anfang der neunziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts organisiert um das unerträgliche Schweigen in der Psychiatrie und ihrem Umfeld zu brechen. Wir wollten auf unsere Sicht auf die Dinge aufmerksam machen.
- EX-IN-Absolventen bekommen im Fahrwasser der Selbsthilfebewegung ein Zertifikat. Man kann sie im System einsetzen, preiswert sind sie allemal!

PEERS haben 2014 in Hessen allein mit der Förderung durch die Krankenkassen die Geschäftsstelle des Landesverbandes im Lehenshof in Taunusstein eingerichtet und haben seit dem Jahr 2000 jahrelang in allen relevanten Gremien mitgearbeitet. Unsere Aktivitäten wurden mit der Emil-Sioli-Medaille und mit dem Walter-Picard-Preis ausgezeichnet.

Hessische PEERS haben unangefochten 20 Jahre im Lehenshof die Gelegenheit genutzt, die Ideen von einer rund um die Uhr geöffneten Anlaufstelle im Sinne von Klaus Dörner umzusetzen. Wir hatten von vielen Seiten moralische Unterstützung für diese Art von Nachbarschaftshilfe. Ich nenne nur Ralf Bremauer („Grindelwald-initiative“), Professor Peukert (Hochschule Rhein/Main), Benno Rehn (Caritas) und Frau Dr. Roll, die in unserer Sektorklinik auf dem Eichberg Chefärztin war. Auch die Psychiatrie-Koordinatorinnen Frau Dr. Hirsekorn in Wiesbaden und Frau Stier im Kreishaus in Bad Schwalbach sind uns durchaus wohlgesonnen. Nicht zu vergessen das durchgehende Wohlwollen von Marlies Senne, der ersten Ehrenbürgerin unserer jungen Stadt und von Gaby Schlossbauer, die sich für die Kulturarbeit in Taunusstein einsetzt. Wir hatten Freude bei unserer segensreichen Arbeit, im Lehenshof zu Hahn, die vorurteillos auf Mitmenschlichkeit abgestimmt war.

PEERS fordern in Hessen nach wie vor die Stärkung der unabhängigen Selbsthilfe unter Einbeziehung des Umfelds der/s Erkrankten und vor allen Dingen Beforschung der bereits bestehenden und insbesondere auch der gescheiterten Projekte der psychiatriee erfahrenen PEERS.

Sehr einfach hat Alexander Kummer die Regeln seines Nachtlichts in der WRW in Wiesbaden kurzgefasst:

„Kein therapeutischer oder beratender Aspekt, keine überfürsorglichen Regeln, keine illegalen Drogen, keine Gewalt und Einhaltung sonstiger Selbstverständlichkeiten im Umgang miteinander.“

Bis heute haben PEERS mit ihrem bundesweiten Engagement nicht annähernd die notwendige Unterstützung gefunden. Diese Erfolglosigkeit führte dazu, dass sich

unser gemäßigter Bundesverband nach dem Tod der Ehrenvorsitzenden Dorothea Buck mit den radikalen Berlinern zusammengetan hat. Ich weiß heute nicht mal mehr, wie viele Mitglieder unsere Verbände überhaupt noch haben. Im Vergleich mit anderen Behindertenverbänden sind die Zahlen jedenfalls lächerlich.

PEERS werden wohl auch weiterhin ohne geeignete Räumlichkeiten und ohne geeignetes Fachpersonal vor sich hinwurschteln, und sie werde sich in ihrer Beschränktheit gegenseitig Knüppel zwischen die Beine werfen.

Nach wie vor werden Klienten aus der Klinik in die Obdachlosigkeit entlassen.

Die Verantwortung wird vom einen zum anderen geschoben. Am Ende sind die psychisch kranken Menschen und ihre Familien selbst schuld an diesem ganzen Elend.

Die Verantwortlichen sind seit Jahren total überfordert. Der Skandal in der Frankfurter AWO müsste eigentlich allen die Augen geöffnet haben.

PSYCHIATRIE GEHT UNS ALLE AN !

15.06.2023

Hö.