

Gutachten Nr. 61 vom 9. März 2015 über die Sozialisierung der Pflege

A. Befassung des Ausschusses

Herr J. Reyntens, Vorsitzender des ärztlichen Ethikrates „Spes et Fides“, hat in einem Brief vom 24. Oktober 2012 (Eingang: 13. Dezember 2012) folgende Frage gestellt:

„Die belgischen Behörden streben mit Artikel 107 des Krankenhausgesetzes eine Reorganisierung der Gesundheitsversorgung für psychisch Kranke an, einschließlich einer Neuordnung der stationären psychiatrischen Versorgung.

Anscheinend besteht ihr Endziel darin, den Langzeitcharakter der Pathologie des Psychatriepatienten zu entschärfen, indem sie den Patienten emanzipiert und integriert am Gesellschaftsleben teilhaben lassen. Schlüsselbegriffe sind hier: eine angepasste Wohnumgebung und eine besser auf den persönlichen Bedarf eingestellte ambulante Pflege.

Obschon die Sozialisierung der psychiatrischen Versorgung zweifellos zur Integration und wahrscheinlich auch zur Verbesserung des Zustands des Patienten beiträgt, sorgt sich der Ethikrat „Spes et Fides“, der in sieben Psychiatriekliniken in Ostflandern tätig ist, die sich an einem Pilotprojekt auf der Grundlage des obenerwähnten Artikel 107 beteiligen, um die Achtung der ethischen Grundsätze in den Pflegeeinrichtungen, die möglicherweise gefährdet ist.

Aus dieser Sorge heraus hat der Ethikrat in seinen letzten Versammlungen einige Überlegungen formuliert, die er den ehrbaren Mitgliedern des Belgischen Beratenden Bioethik-Ausschusses mit der Bitte vorlegt, sich dazu zu äußern und ihren Standpunkt zu veröffentlichen.

Nach Auffassung des Ethikrates „Spes et Fides“ drohen wichtige Werte wie Gerechtigkeit, Beteiligung und Lebensqualität durch die Auswirkungen der Umstrukturierung, die sich für alle Psychiatriekliniken aus dem Pilotprojekt auf der Grundlage von Artikel 107 des Krankenhausgesetzes ergeben kann, in Bedrängnis zu geraten.

Diese Überlegungen konzentrieren sich auf folgende Fragen:

- Inwiefern kann der chronische Psychatriepatient, der meistens Defizite in verschiedenen Bereichen aufweist und viel Betreuung braucht, diese Dienste effektiv in Anspruch nehmen, wenn man weiß, dass es bereits jetzt an qualifiziertem Pflegepersonal mangelt und es heute schon Wartelisten in den psychiatrischen Kliniken gibt?
- Was geschieht, wenn im Rahmen einer Behandlung bei einem vorab definierten Versorgungsmodell ein „*informed or negotiated consent*“ im Sinne des Gesetzes über die Patientenrechte aus gleich welchem Grund nicht zustande kommt?
- Ist die Gesellschaft in all ihren Bestandteilen bereit, die Sozialisierung vollständig zu akzeptieren und umzusetzen, wissend, dass die Toleranz gegenüber Minderheiten, in casu Menschen mit ernsthaften psychiatrischen Erkrankungen, zurückgegangen ist?

- Sind die finanziellen Implikationen für die Patienten und für die Gesellschaft ausreichend bekannt und bezahlbar, wissend, dass Forschung im Ausland (unter anderem in den Niederlanden) mit erheblichen Mehrkosten verbunden ist?
- Welche Auswirkung wird der Abbau der Anzahl T-Betten auf die Aufnahmepolitik psychiatrischer Kliniken bei Patienten mit chronischen, komplexen Problemen haben?
- Sind für die oben genannte Zielgruppe ausreichend angepasste und bezahlbare Aufnahmekapazitäten vorhanden, wenn man weiß, dass auch hier die Wartelisten sehr lang sind, die Gesetzgebung streng ist und die Kosten unaufhaltsam steigen?

Es ist also alles andere als sicher, dass die von der Gesetzgebung angestrebte Reorganisierung eine bessere Versorgung für Menschen mit ernststen psychiatrischen Erkrankungen sicherstellen wird.

Die gerechte Verteilung oder Neuverteilung von Dienstleistungen und Gütern nach den tatsächlichen Bedürfnissen, ist ein lobenswertes Prinzip, das die Gleichheit zwischen kranken und gesunden Menschen unterstützt und für das folglich gleichwertige Mittel bereitgestellt werden müssen. Die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben setzt ja nicht nur gleiche Chancen, sondern auch vergleichbare Ergebnisse voraus, was impliziert, dass Integration und Inklusion von allen Akteuren praktiziert werden. Lebensqualität setzt außerdem eine bestimmte Form von Selbstständigkeit voraus und hängt vom psychischen, physischen, zwischenmenschlichen, sozialen und spirituellen Wohlbefinden ab, wobei neben objektiven auch subjektive Aspekte erkannt und geachtet werden.

Darüber hinaus ist wegen des Mangels an Parametern für die gängige Praxis bei wissenschaftlichen Experimenten (oder nach dem SMART-Prinzip, das erlaubt, allgemeine Zielsetzungen zu beurteilen) nicht klar, was passieren wird, wenn die oben beschriebenen gesteckten Ziele nicht erreicht werden; in diesem Fall könnten die Folgen für die Zielgruppe – und möglicherweise auch für die Gesellschaft – unverhältnismäßig schwer sein.

Wir hoffen, dass obige Überlegungen den Beratenden Bioethik-Ausschuss dazu bewegen können, sich mit dem Problem zu befassen und gegebenenfalls hierzu ein Gutachten abzugeben und zu veröffentlichen.“

B. Artikel 107 des Krankenhausgesetzes

Laut Artikel 107 des Krankenhausgesetzes dürfen psychiatrische Kliniken maximal 10% der Mittel, die derzeit für die Versorgung von stationären Patienten aufgewendet werden, für einen anderen Zweck verwenden. Diese Einrichtungen können also mit einem Teil ihrer Geldmittel für Krankenhausbetten neue Versorgungsformen schaffen, zum Beispiel „mobile Teams“ für die Präventivpflege von Patienten zuhause oder als Alternative zur stationären Behandlung. Diese multidisziplinären mobilen Teams sind ambulante Intensivpflegeteams, die den Patienten bei (sub)akuten (mobile Krisenteams) und chronischen psychiatrischen Problemen betreuen. Dieses Projekt ist Teil einer umfassenderen Reform der psychiatrischen Versorgung hin zu einer

nachfragegesteuerten, rehabilitationsorientierten Pflege, die den Patienten (seine/ihre Wünsche, Nöte, ihren Dynamismus und ihre Stärken) in den Mittelpunkt stellt und die in einem koordinierten Netzwerk oder Pflegekreis organisiert wird. Ziel dieser Pflege ist Wiedereingliederung, Emanzipation und Partizipation: Symptome verschwinden lassen oder verringern und/oder trotz Symptome und Einschränkungen ein qualitativ besseres und sinnvolles Leben führen können. Man spricht dann von „Sozialisierung der Pflege“. Der Schlüssel dazu lautet: eigene Kräfte und Möglichkeiten entdecken und diese mit Unterstützung der Angehörigen entfalten.

Der Beratende Bioethik-Ausschuss unterstützt einstimmig dieses ehrgeizige langfristige Reformprojekt zur breiteren Sozialisierung der psychiatrischen Versorgung durch den Ausbau einer leicht zugänglichen, fachlichen Hilfe, in enger Zusammenarbeit mit der Primärversorgung, um die psychiatrische Versorgung zugänglicher zu machen und sie mehr auf Rehabilitation auszurichten.

C. Antworten auf die gestellten Fragen

Wir werden die sechs gestellten Fragen getrennt aus ethischer Sicht beantworten.

Frage 1 : Inwiefern kann der chronische Psychiatriepatient, der meistens mehrere Defizite aufweist und viel Betreuung braucht, diese Dienste effektiv in Anspruch nehmen, wenn man weiß, dass es bereits jetzt an qualifiziertem Pflegepersonal mangelt und es heute schon Wartelisten in den psychiatrischen Kliniken gibt?

Art. 107 schafft einen Rahmen, mit dem u.a. bestehende Krankenhaushelder – folglich auch Pflegedienstleister – in der Erwachsenenpsychiatrie anders eingesetzt werden können (unter anderem für mobile Teams) und der eine Verschiebung, aber keine Verringerung dieser Geldmittel beinhaltet. Das Problem mit den Wartelisten besteht eher bei den ambulanten psychosozialen Diensten und nicht bei den stationären Psychiatrieabteilungen für Erwachsene.

Problematischer ist Artikel 33 dieser Reform der psychiatrischen Kliniken auf Gemeinschaftsebene (flämisches Dekret vom 19. Mai 1999 über die psychische Gesundheitsversorgung), der den Zentren für psychische Gesundheitsversorgung erlaubt, bis zu 10% ihrer verfügbaren Mittel für besagte Reform zu verwenden. In den ambulanten psychosozialen Diensten gibt es effektiv Wartezeiten, und eine Verschiebung von Geldmitteln und Personal zugunsten von Prävention, Früherkennung und mobilen Teams ist weitaus weniger naheliegend. Eine Reform der psychiatrischen Kliniken, die die Sozialisierung der Pflege anstrebt, müsste übrigens auch die klassischen ambulanten psychosozialen Dienste ausbauen, statt nur die mobilen Teams zu verstärken.

Frage 2 : Was geschieht, wenn bei einem vorgegebenen Versorgungsmodell im Rahmen der Behandlung aus gleich welchem Grund auch immer kein „informed or negotiated consent“ im Geiste des Gesetzes über die Patientenrechte erreicht wird?

Mobile Teams bieten Pflege im Rahmen des Gesetzes über die Patientenrechte an, berücksichtigen also den „informed or negotiated consent“ (Zustimmung nach entsprechender Aufklärung). Der

urteils- oder handlungsfähige Patient kann das Pflegeangebot ablehnen; die nach den Modalitäten von Art. 107 angebotene Pflege ist keine Form von Zwangsbehandlung. Die mobilen Teams können ihr Pflegeangebot jedoch regelmäßig und wiederholt unterbreiten und dessen Notwendigkeit sowohl dem Patienten als seinem Umfeld erläutern. Aus ethischer Sicht müssen mobile Teams nach Auffassung des Beratenden Bioethik-Ausschusses die Möglichkeit haben, die Pflege selbstbewusster anzubieten. In diesem Zusammenhang ist manchmal von einem eindringlicheren Pflegeangebot die Rede. Auch bei dieser Vorgehensweise wird jedoch die Ablehnung der Pflege oder der Behandlung durch einen urteilsfähigen Patienten respektiert – wie im Gesetz über die Patientenrechte vorgesehen.

Aus ethischer und juristischer Sicht gilt es, drei Situationen zu unterscheiden, wenn von urteils- oder handlungsfähigen Patienten die Rede ist. (1) Wenn der Patient seine Zustimmung nach entsprechender Aufklärung gibt, kann besagte Pflege und Behandlung angeboten werden. (2) Wenn er diese Pflege ablehnt, wird diese Ablehnung respektiert; natürlich wird dann keine Pflege oder Behandlung angeboten.

(3) Schließlich kann eine Situation eintreten, die ambivalent ist: Es wurde keine Zustimmung, aber auch keine eindeutige Ablehnung ausgesprochen. In diesem Fall kann – in Ermangelung einer Zustimmung nach entsprechender Aufklärung – keine Behandlung gestartet werden, aber es ist möglich zu verhandeln, wiederholt Pflege anzubieten, mit dem Patienten in Kontakt zu bleiben,...

Das Problem der möglichen Pflegeablehnung durch den Patienten besteht nicht nur bei diesem Projekt zur Sozialisierung der Pflege. Es stellt sich auch außerhalb des Kontextes von Art. 107 und muss angemessen gelöst werden. So ist unter anderem zu prüfen, ob ernsthafte Gefahr besteht und ob andere Kriterien für eine Zwangsaufnahme erfüllt sind (siehe Gesetz vom 26. Juni 1990 über den Schutz der Person des Geisteskranken). Ferner muss die besondere Urteils- und Handlungsfähigkeit des Patienten (hinsichtlich dieser Ablehnung) beurteilt werden. Wie im Gesetz vom 22. August 2002 über die Rechte des Patienten vorgesehen, wird der Vertreter des Patienten dann in bestimmten Situationen die Zustimmung nach entsprechender Aufklärung geben können. Weil diese Situationen nicht typisch für mobile Teams sind, wird hier nicht näher darauf eingegangen.

Frage 3 : Ist die Gesellschaft in all ihren Komponenten bereit, die Sozialisierung vorbehaltlos zu akzeptieren und umzusetzen, wissend, dass die Toleranz Minderheiten gegenüber, in casu Menschen mit ernsthaften psychiatrischen Erkrankungen, zurückgegangen ist?

Der Beratende Bioethik-Ausschuss teilt einhellig diese Besorgnis der Fragesteller und ist sich der starken gesellschaftlichen Stigmatisierung dieser anfälligen Patientengruppe bewusst, aber dieser Sachverhalt übersteigt die Problematik von Art. 107 und muss als solche untersucht werden. Die Sozialisierung der psychosozialen Dienste ist eine Aufgabe, die darin besteht, in voller Offenheit auf psychisch labile Personen zuzugehen, ihnen einen gebührenden Platz zu geben und sie in unser tägliches, berufliches und soziales Leben zu integrieren.

Frage 4 : Sind die finanziellen Auswirkungen auf die Patienten und die Gesellschaft ausreichend bekannt und bezahlbar? Studien (unter anderem in den Niederlanden) sagen erhebliche Kostensteigerungen voraus.

Diese Frage nach den finanziellen Auswirkungen von Art. 107 für die betroffenen Patienten ist vollkommen berechtigt und muss genau geprüft werden. Psychiatrischen Langzeitpatienten in psychiatrischen Kliniken oder psychiatrischen Pflegeheimen entstehen wenig Kosten für Unterbringung, Nahrung und Medikamente, weil das LIKIV einen großen Teil der Krankenhausrechnung übernimmt. Bei einer sozialisierten Pflege müssen die Patienten diese Kosten selbst tragen. Es ist problematisch und paradox, dass Patienten bei einer „sozialisierten“ Pflege mehr zahlen müssten. Für die Regierung darf Art. 107 den psychiatrischen Kliniken keine Mehrausgaben aufbürden; dieses Prinzip müsste aber auch für die Patienten gelten.

Der Beratende Bioethik-Ausschuss plädiert für eine wissenschaftliche Studie, die die finanziellen Auswirkungen von Art. 107 für die Patienten beschreiben und die Haushaltsneutralität als Zielsetzung für den weiteren Verlauf der Reform der psychiatrischen Kliniken festschreiben soll.

Frage 5 : Welche Auswirkung wird der Abbau der Anzahl T-Betten auf die Aufnahmepolitik von psychiatrischen Kliniken bei Patienten mit chronischen und komplizierten Problemen haben?

Die Reform von Art. 107 sieht eine Nachfolgestudie vor; dieser Frage muss darin unbedingt nachgegangen werden. Der Beratende Bioethik-Ausschuss teilt diese Besorgnis jedoch weniger, und zwar aus folgenden Gründen. (1) Die Anzahl Psychatriebetten ist (pro rata) besonders hoch in Belgien. (2) Die Erfahrung aus dem Ausland zeigt, dass mobile Teams Krankenhausaufnahmen verhindern, ersetzen und verkürzen. Die Branche steht allerdings vor der Aufgabe, die restlichen Betten abhängig von der notwendigen Pflege optimal zu (re)organisieren, bei guter regionaler Streuung, Abstimmung, Aufgabenteilung und Koordinierung.

Frage 6: Gibt es für die obengenannte Zielgruppe genügend angemessene und bezahlbare Klinikplätze, wissend, dass die Wartelisten auch hier sehr lang sind, die Gesetzgebung streng ist und die Kosten weiter steigen?

Der Beratende Bioethik-Ausschuss teilt die Sorge, dass eine Reform der psychiatrischen Kliniken, die eine Sozialisierung der Pflege anstrebt, gut mit einer ganzen Reihe von Gesellschaftsbereichen und Entscheidungsträgern koordiniert werden müsste: mit der Wohnungs- und Beschäftigungspolitik, der Sozialversicherung ...

D. Schlussbemerkungen und Schlussfolgerung

Der Beratende Bioethik-Ausschuss ist voll und ganz mit den Grundsätzen dieser Reform der psychiatrischen Kliniken einverstanden und hat keine grundsätzlichen ethischen Vorbehalte. Der bestehende Rechtsrahmen für die psychiatrischen Kliniken, unter anderem das Gesetz über die Patientenrechte, ist ausreichend geeignet für die neuen Pflegemodalitäten, z.B. die mobilen Teams, und ist natürlich in vollem Umfang anwendbar. Die Probleme, z.B. Pflegeverweigerung und Urteilsunfähigkeit, sind bestimmt nicht typisch für diese neuen Pflegemodalitäten: Sie stellen sich zweifellos auf andere Weise unter anderen Umständen, zum Beispiel die Ablehnung von Pflege zuhause oder in einer Einrichtung.

Um durch diese Reform eine bessere Versorgung zugunsten des Patienten zu erreichen, empfiehlt der Beratende Bioethik-Ausschuss, bei der Umsetzung dieser Reform genügend Aufmerksamkeit und Geldmittel bereitzustellen für die gesellschaftliche Akzeptanz und Integration dieser Patienten, für den Kampf gegen ihre Stigmatisierung, für die Gesellschaftsbereiche, die an der Sozialisierung der psychiatrischen Versorgung (Wohnungspolitik, Arbeitsmarkt, Sozialversicherung, ...) beteiligt sind, für die Kostenneutralität dieser Reform für den Patienten, für die klassische ambulante Versorgung als wichtiger Pfeiler einer sozialisierten psychiatrischen Versorgung und für die Neuordnung der restlichen Krankenhausressourcen, um den Pflegebedarf zu decken. Der Beratende Bioethik-Ausschuss macht auf die Situation der ambulanten Zentren für psychiatrische Versorgung aufmerksam, die bereits jetzt Mühe haben, ihre derzeitigen Aufgaben zu erfüllen. Der Ausschuss empfiehlt ferner, die oben geschilderten Sachverhalte in die Nachfolgestudie aufzunehmen, die mit dieser Reform einhergeht.

* * *

Dieses Gutachten ist am 9. März 2015 auf der Grundlage eines Entwurfs der Herren Paul Cosyns und Joris Vandenbergh, beide Ausschussmitglieder, von der Plenarversammlung des Beratenden Bioethik-Ausschusses verabschiedet worden.

Die Arbeitsunterlagen für dieses Gutachten können im Dokumentationszentrum des Ausschusses eingesehen und kopiert werden.

Das Gutachten ist unter www.health.belgium.be/bioeth einsehbar.