



Schriftliche Anfrage

der Abgeordneten **Kerstin Celina BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**
vom 06.05.2020

Krisenpass, Behandlungsplan, Behandlungsvereinbarung und Weiterentwicklung des PsychKHG

Im Internet findet man verschiedene Formen von sogenannten Krisenpässen für Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Psychoseerfahrungen. Bereitgestellt und beworben werden sie durch Fachverbände sowie Fachbuchverlage, aber auch durch kommunale Träger, z. B. in Hannover, wo der Krisenpass in Zusammenarbeit mit den Sozialpsychiatrischen Verbund entwickelt worden ist. Der Krisenpass dient dazu, im Krisenfall wichtige Informationen unverzüglich an Helfer weitergeben zu können, mit den Informationen, die der/die Betroffene gerne den Ersthelferinnen und Ersthelfer oder Fachkräften zukommen lassen möchte. Zentral sind dabei die Informationen zu Erfahrungen mit der Verträglichkeit von bestimmten Medikamenten oder Behandlungsmethoden, ob und welche gesundheitlichen Einschränkungen vorliegen und ob es rechtliche Betreuerinnen und Betreuer gibt.

Ich frage die Staatsregierung:

- 1.1 In welchen Bezirken wurden sogenannte Krisenpässe bereits entwickelt? 2
- 1.2 Welche von Verbändeseite herausgegebenen Krisenpässe sind der Bayerischen Staatsregierung bekannt? 2
- 1.3 Inwieweit wurde die Einführung und Nutzung von Krisenpässen im Gesetzgebungsverfahren zum Bayerischen Psychisch-Kranken-Hilfegesetz am „Runden Tisch“ und im offiziellen Gesetzgebungsverfahren diskutiert? 2
- 2.1 Welche Informationen auf einem freiwillig bei sich geführten Krisenpass hält die Staatsregierung im Krisenfall für potenziell hilfreich und nützlich? 3
- 2.2 Inwieweit müssen Behandlungswünsche auf einem Krisenpass in die ärztliche Entscheidung über die Behandlung miteinbezogen werden? 3
- 2.3 Sollten rechtliche Betreuerinnen und Betreuer, wenn es sie gibt und sie auf dem Krisenpass genannt sind, im Krisenfall informiert und ggf. einbezogen werden? 3
- 3.1 Wie steht die Staatsregierung zur Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) aus der Leitlinie von März 2019 im Rahmen von Behandlungsvereinbarungen Krisenpässe anzubieten? 3
- 3.2 Wie steht die Staatsregierung zur Nutzung von Krisenpässen in psychiatrischen Einrichtungen sowie im ambulanten Sektor? 3
- 3.3 Welcher konkrete Nutzen könnte nach Meinung der Staatsregierung durch die breitere Nutzung von Krisenpässen entstehen, gerade im Hinblick auf die Einführung von Krisendiensten im Rahmen des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes in Bayern? 4
- 4.1 Wie definiert die Bayerische Staatsregierung den Unterschied zwischen einem „Behandlungsplan“ nach Artikel 19 des Bayerischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes und einer „Behandlungsvereinbarung“? 4
- 4.2 In welcher Form werden bei einem Behandlungsplan bzw. einer Behandlungsvereinbarung die Behandlungswünsche der erkrankten Patientinnen und Patienten konkretisiert? 4
- 4.3 Wie bewertet die Staatsregierung eine bayernweit einheitliche Vorgabe für Behandlungsvereinbarungen, beispielsweise in der Form wie sie in den

Hinweis des Landtagsamts: Zitate werden weder inhaltlich noch formal überprüft. Die korrekte Zitierweise liegt in der Verantwortung der Fragestellerin bzw. des Fragestellers sowie der Staatsregierung.

	Kliniken des Bezirks Oberbayern zur Anwendung kommt?	4
5.1	Wie können psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten in Bayern sicherstellen, dass ihre Behandlungswünsche von den Fachkräften in einer akuten Krisensituation berücksichtigt werden?	5
5.2	Wie können psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten in Bayern sicherstellen, dass ihre Behandlungswünsche von den Fachkräften am Lebensende berücksichtigt werden?	6
5.3	Mit welchen rechtlichen Änderungen könnte eine höhere Verbindlichkeit in Bezug auf Behandlungswünsche in Krisensituationen erreicht werden?	6
6.1	Welche Vorteile für die Betroffenen könnte die rechtliche Verankerung der Behandlungsvereinbarung in das Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz bieten?	6
6.2	Welche Vorteile könnte die rechtliche Verankerung von Krisenpässen in das Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz bieten?	6

Antwort

des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege im Einvernehmen mit dem Staatsministerium der Justiz und dem Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales

vom 02.07.2020

1.1 In welchen Bezirken wurden sogenannte Krisenpässe bereits entwickelt?

Es ist nicht die Aufgabe der bayerischen Bezirke, sogenannte Krisenpässe (KP) zu entwickeln. Der Staatsregierung ist bekannt, dass Kliniken in bezirklicher Trägerschaft KP nutzen, soweit Patientinnen und Patienten dies wünschen.

1.2 Welche von Verbändeseite herausgegebenen Krisenpässe sind der Bayerischen Staatsregierung bekannt?

Der Staatsregierung ist der KP der Münchner Psychiatrie Erfahrenen (MüPE) e. V. bekannt.

1.3 Inwieweit wurde die Einführung und Nutzung von Krisenpässen im Gesetzgebungsverfahren zum Bayerischen Psychisch-Kranken-Hilfegesetz am „Runden Tisch“ und im offiziellen Gesetzgebungsverfahren diskutiert?

Eine gesetzliche Normierung der Einführung und Nutzung von KP war nicht Gegenstand der Beratung. Zur Begründung wird auf die Antworten zu den Fragen 6.1 und 6.2 verwiesen.

2.1 Welche Informationen auf einem freiwillig bei sich geführten Krisenpass hält die Staatsregierung im Krisenfall für potenziell hilfreich und nützlich?

Hilfreiche und nützliche Angaben sind Namen und Telefonnummern von Bezugs- bzw. Kontaktpersonen, die im Krisenfall benachrichtigt werden sollen, weiter Hinweise auf eine Patientenverfügung oder Behandlungsvereinbarung (BV), die ggf. aktuell verordnete Medikation, möglichst genaue und relevante Informationen zur medizinischen Anamnese sowie Angaben zu einer ggf. vorhandenen rechtlichen Betreuung oder Vorsorgevollmacht. Eine ärztliche Bestätigung der medizinischen Informationen durch den im KP ebenfalls zweckmäßig zu benennenden behandelnden Haus- bzw. Facharzt ist zudem sinnvoll. Weiter können Angaben zu Kindern und Angehörigen, zur sozialen, beruflichen und privaten Situation sowie auch zu Haustieren angezeigt sein.

2.2 Inwieweit müssen Behandlungswünsche auf einem Krisenpass in die ärztliche Entscheidung über die Behandlung miteinbezogen werden?

Behandlungswünsche auf einem KP werden selbstverständlich in ärztliche Entscheidungen einbezogen und – wenn irgend möglich – umgesetzt. Aus einem KP kann jedoch keine absolute Verpflichtung für oder gegen bestimmte Behandlungsmaßnahmen abgeleitet werden, da auch Situationen und Konstellationen vorkommen, in denen gewünschten Behandlungsmaßnahmen aufgrund von medizinischen Notwendigkeiten nicht entsprochen werden kann.

2.3 Sollten rechtliche Betreuerinnen und Betreuer, wenn es sie gibt und sie auf dem Krisenpass genannt sind, im Krisenfall informiert und ggf. einbezogen werden?

Beindet sich der Patient im Krisenfall im Zustand der Einwilligungsunfähigkeit und muss eine Entscheidung über seine medizinische Behandlung getroffen werden, ist es – ungeachtet des Vorhandenseins eines KP – nicht nur sinnvoll, sondern notwendig, einen rechtlichen Betreuer oder Vorsorgebevollmächtigten einzubeziehen. Dem Betreuer bzw. Vorsorgebevollmächtigten obliegt es gem. § 1901a Abs. 1 Satz 2, Abs. 6 BGB, dem Patientenwillen des Betreuten oder Vorsorgevollmachtgebers Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Dazu wird er regelmäßig nur in der Lage sein, wenn er seitens der Helfer und Fachkräfte hinzugezogen wird.

Zudem ist das Einholen notwendiger Informationen zur Anamnese des Betroffenen über den rechtlichen Betreuer oder Vorsorgebevollmächtigten im Hinblick auf wirksame Hilfen in einem Krisenfall geboten.

3.1 Wie steht die Staatsregierung zur Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) aus der Leitlinie von März 2019 im Rahmen von Behandlungsvereinbarungen Krisenpässe anzubieten?

Es wird davon ausgegangen, dass sich die Frage auf die aktuelle S3-Leitlinie Schizophrenie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) mit Stand vom 15.03.2019 bezieht.

Die Einschätzung der in Empfehlung 85 definierten Empfehlungsgrade in der vorgenannten Leitlinie wird von der Staatsregierung geteilt.

3.2 Wie steht die Staatsregierung zur Nutzung von Krisenpässen in psychiatrischen Einrichtungen sowie im ambulanten Sektor?

Zur Nutzung von KP in psychiatrischen Einrichtungen sowie im ambulanten Sektor wird auf die Antworten zu den Fragen 2.2 und 3.1 verwiesen.

Zudem bedingt eine tragfähige, dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende ambulante psychiatrische Therapie immer einen Plan zum Umgang mit Krisen, der gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet wird und sich in aller Regel differenzierter darstellt als ein KP alleine.

3.3 Welcher konkrete Nutzen könnte nach Meinung der Staatsregierung durch die breitere Nutzung von Krisenpässen entstehen, gerade im Hinblick auf die Einführung von Krisendiensten im Rahmen des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes in Bayern?

Es wird auf die Antworten zu den Fragen 3.1. und 3.2. verwiesen.

In Hinblick auf die Krisendienste kann ein KP ergänzend bei Hilfesuchenden nützlich sein, die den Fachkräften des in Anspruch genommenen Krisendienstes unbekannt sind und deren Erkrankungsverlauf insbesondere durch hoch akute Exazerbationen charakterisiert ist.

4.1 Wie definiert die Bayerische Staatsregierung den Unterschied zwischen einem „Behandlungsplan“ nach Artikel 19 des Bayerischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes und einer „Behandlungsvereinbarung“?

Die Notwendigkeit des Aufstellens sowie der Inhalt eines Behandlungsplans (BP) im Rahmen der öffentlich-rechtlichen Unterbringung wird in Art. 19 Bayerisches Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (BayPsychKHG) geregelt und in 19.2 der vorläufigen Verwaltungsvorschriften zum BayPsychKHG konkretisiert. Der BP für die untergebrachte Person ist unverzüglich aufzustellen. Er enthält insbesondere alle erforderlichen Maßnahmen zur Behandlung von Erkrankungen, einschließlich psychotherapeutischer Maßnahmen sowie medizinischer, pädagogischer, sozialer und beruflicher Eingliederungsmaßnahmen. Sinn und Zweck eines BP ist zum einen, die untergebrachte Person als verantwortlichen Teilnehmer in den therapeutischen Prozess einzubinden. Der BP soll die untergebrachte Person motivieren und sie in ihrer Verantwortlichkeit für den Therapieverlauf unterstützen. Der BP soll aber auch alle behandelnden Beschäftigten der Einrichtung anhalten, die zur Erreichung der Ziele der Unterbringung erforderlichen Maßnahmen festzulegen und auf deren Einhaltung und Umsetzung hinzuwirken. Der BP ist individuell für jede untergebrachte Person zu erstellen und bedarf außer der Schriftform keiner bestimmten Form. Er ist stets an die aktuellen Entwicklungen der untergebrachten Person und der Behandlung anzupassen. Außerdem ist es von elementarer Bedeutung, dass der BP und wesentliche Änderungen in geeigneter Weise mit der untergebrachten Person erörtert werden.

Für detaillierte Informationen zur Behandlungsvereinbarung (BV) wird auf Seite 156 der aktuellen S3-Leitlinie Schizophrenie verwiesen. [DGPPN e.V.(Hrsg.) für die Leitliniengruppe: S3-Leitlinie Schizophrenie. Langfassung, 2019, Version 1.0, zuletzt geändert am 15. März 2019, verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-009.html>].

4.2 In welcher Form werden bei einem Behandlungsplan bzw. einer Behandlungsvereinbarung die Behandlungswünsche der erkrankten Patientinnen und Patienten konkretisiert?

Ein BP ist ebenso wie eine BV eine schriftlich vereinbarte Übereinkunft zwischen Patientin bzw. Patient und dem Behandlungsteam der psychiatrischen Klinik, möglichst unter Einbeziehung von Angehörigen oder anderer Vertrauenspersonen. Sowohl beim BP als auch bei der BV liegen – unter Beachtung der unter 4.1. dargestellten Zielrichtungen – die Notwendigkeit der Berücksichtigung konkreter Vorstellungen und Wünsche des Betroffenen sowie die Wichtigkeit einer tragfähigen Konsensfindung auf der Hand.

4.3 Wie bewertet die Staatsregierung eine bayernweit einheitliche Vorgabe für Behandlungsvereinbarungen, beispielsweise in der Form wie sie in den Kliniken des Bezirks Oberbayern zur Anwendung kommt?

Die Staatsregierung sieht eine bayernweit einheitliche Vorgabe für BV nicht als zielführend an. Der Abschluss einer BV sollte für die Patientinnen und Patienten nicht verpflichtend, sondern weiterhin freiwillig sein. Für die Patientenverfügung ist in § 1901a Abs. 5 Satz 1 BGB normiert, dass niemand zur Errichtung einer Patientenverfügung verpflichtet werden kann. Auch wird eine Verpflichtung zum Abschluss einer BV dem Sinn und Zweck sowie dem Adressatenkreis einer solchen Vereinbarung nicht gerecht. Der Abschluss

einer BV bietet sich nicht für alle Patientinnen und Patienten an, sondern baut auf den Charakter der Freiwilligkeit und einem Mindestmaß an Compliance und Motivation auf. Einheitliche Vorgaben würden zudem den individuellen Gestaltungsspielraum von BV und die therapeutische Freiheit beschränken.

5.1 Wie können psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten in Bayern sicherstellen, dass ihre Behandlungswünsche von den Fachkräften in einer akuten Krisensituation berücksichtigt werden?

Solange und soweit psychisch erkrankte Patienten einwilligungsfähig in Bezug auf ihre medizinische Behandlung sind, können sie grundsätzlich eigenständig über die medizinischen Maßnahmen entscheiden, d.h. in die medizinische Behandlung einwilligen, die Einwilligung verweigern oder eine einmal erteilte Einwilligung widerrufen. Ohne ihre Einwilligung darf eine medizinische Behandlung nicht erfolgen. Die behandelnden Personen haben bei der Behandlung stets den Willen der behandelten Patientinnen und Patienten zu beachten.

Die behandelnden Personen versuchen, den Willen und die Wünsche der Patientinnen und Patienten im Gespräch mit der Patientin oder dem Patienten, wenn diese dazu nicht in der Lage sind, mit Betreuern, Angehörigen und Vertrauenspersonen, festzustellen.

Nur unter ganz engen Ausnahmen erlaubt das BayPsychKHG eine Behandlung gegen den Willen des einwilligungsfähigen Betroffenen. Das ist nur möglich, wenn der freiheitsentziehend untergebrachte Patient das Leben oder die Gesundheit einer anderen Person in der Einrichtung konkret gefährdet (vgl. Art. 20 Abs. 3 Nr. 3 BayPsychKHG) und alle sonstigen Voraussetzungen für eine Zwangsbehandlung erfüllt sind.

Wurde eine BV geschlossen, sind die Wünsche der Patientinnen und Patienten zusätzlich schriftlich fixiert und in der Patientenakte hinterlegt. Dies führt sowohl bei den Behandlern als auch bei den Betroffenen zu mehr Rechtssicherheit. Häufig wird auch im elektronischen Dokumentationssystem der Kliniken das Bestehen einer BV kenntlich gemacht, sodass künftige Behandler bei einer erneuten Aufnahme der Patientin oder des Patienten sofort erkennen können, dass eine BV vorliegt. Wirksame BV sind von den Behandlern angemessen zu berücksichtigen.

Um sicherzustellen, dass der Behandlungswunsch eines Patienten in einer Situation, in der er nicht mehr einwilligungsfähig ist, beachtet wird, steht psychisch kranken Patienten genauso wie somatisch kranken Patienten das Instrument der Patientenverfügung (PV) zur Verfügung. In einer PV kann für den Fall der späteren Einwilligungsunfähigkeit festgelegt werden, welche Behandlung der oder die Betroffene in einer noch nicht unmittelbar bevorstehenden Gesundheitssituation wünscht oder nicht wünscht. Der in einer PV, die schriftlich abgefasst sein muss, niedergelegte Willen ist von den Behandelnden nicht nur zu berücksichtigen, sondern verbindlich zu beachten. Damit eine PV rechtlich wirksam und verbindlich ist, müssen einerseits die genannten Gesundheitszustände, für die sie gelten soll, so konkret wie möglich beschrieben werden. Andererseits muss der Patient zum Zeitpunkt der Erstellung der PV einwilligungsfähig sein. Bestehen z.B. aufgrund einer chronischen Erkrankung Zweifel an der Einwilligungsfähigkeit des Patienten, ist es ratsam, die Einwilligungsfähigkeit ärztlich prüfen und bestätigen zu lassen.

Besteht für den Betroffenen nicht ohnehin bereits ein Betreuer mit dem Aufgabenkreis der Gesundheitsvorsorge, kann es sinnvoll sein, neben der PV auch eine Vorsorgevollmacht zu erteilen. Mit dem rechtlichen Betreuer bzw. dem Vorsorgebevollmächtigten sollten die Behandlungswünsche im Krisenfall besprochen werden. Denn wenn sich der Patient im einwilligungsunfähigen Zustand befindet, ist es Aufgabe des Betreuers bzw. Bevollmächtigten dafür zu sorgen, dass der Patientenwille beachtet wird. Das kann nur gelingen, wenn dem rechtlichen Vertreter die PV oder die Behandlungswünsche bekannt sind.

Eine PV kann für sich genommen nicht über einen späteren entgegenstehenden natürlichen Willen des dann einwilligungsunfähigen Patienten hinweghelfen. Wer im einwilligungsfähigen Zustand für eine spätere Krise in eine Behandlung einwilligen möchte, gegen die er sich im einwilligungsunfähigen Krisenzustand wehrt, kann nicht allein aufgrund dieser PV zwangsweise behandelt werden. Das gilt selbst dann, wenn der Patient seinen späteren entgegenstehenden natürlichen Willen antizipiert und die Behandlung als Zwangsbehandlung wünscht. Auch in dem Fall der vom Patienten erwünschten Zwangsbehandlung ist eine solche nur unter den engen Voraussetzungen

des § 1906a BGB oder Art. 20 Abs. 3 ff BayPsychKHG und nur auf der Grundlage einer gerichtlichen Entscheidung zulässig.

5.2 Wie können psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten in Bayern sicherstellen, dass ihre Behandlungswünsche von den Fachkräften am Lebensende berücksichtigt werden?

Hierfür gelten die Ausführungen zur Frage 5.1. entsprechend.

Der im einwilligungsfähigen Zustand in einer schriftlichen PV für die letzte Lebensphase niedergelegte Patientenwille ist für die behandelnden Ärzte und Pflegekräfte verbindlich. Nähere Hinweise zur PV und Vorsorgevollmacht einschließlich und konkreter Tipps zum Verfassen eines Vorsorgedokuments finden sich in der Broschüre „Vorsorge für Unfall, Alter, Krankheit“, die auf der Homepage des Staatsministeriums der Justiz kostenlos heruntergeladen werden kann.

5.3 Mit welchen rechtlichen Änderungen könnte eine höhere Verbindlichkeit in Bezug auf Behandlungswünsche in Krisensituationen erreicht werden?

Der in einer wirksamen PV niedergelegte Wille des Patienten ist verbindlich und muss von den behandelnden Ärzten und Pflegekräften beachtet werden. Eine „höhere“ Verbindlichkeit ist rechtlich nicht denkbar.

Wenn Behandlungswünsche nicht beachtet werden, kann das seine Ursache zum einen darin haben, dass keine wirksame PV erstellt wurde, sei es, weil die Formvorgaben einer PV nicht beachtet wurden oder weil in der Verfügung die Angaben zu den jeweiligen Gesundheitszuständen, für die sie gelten soll, nicht konkret genug sind oder weil der Patient zum Zeitpunkt des Erstellens nicht (mehr) einwilligungsfähig war. Auch wenn keine wirksame PV vorliegt, sind die Wünsche des Betroffenen aber nicht unbeachtlich. Vielmehr muss der Betreuer oder Vorsorgebevollmächtigte die Behandlungswünsche feststellen und sie bei der Entscheidung, ob er in eine medizinische Behandlung einwilligt oder diese untersagt, berücksichtigen

(§ 1901a Abs. 2 Satz 1 BGB). Eine Rechtsänderung dahin, dass auch eine PV, die im Zustand der Einwilligungsunfähigkeit verfasst wurde, verbindlich ist, kommt zum Schutz der Betroffenen nicht in Betracht. Denn Einwilligungsunfähigkeit bedeutet, dass der Betroffene die Tragweite der Erkrankung und der Behandlung, ihr Risiko und ihre Folgen krankheitsbedingt nicht abschätzen kann. Eine in einem solchen Zustand getroffene Entscheidung kann auch durch künftige Rechtsänderungen nicht rechtsverbindlich ausgestaltet werden. Weitere Hinweise hierzu finden sich in der unter 5.2. genannten Broschüre.

6.1 Welche Vorteile für die Betroffenen könnte die rechtliche Verankerung der Behandlungsvereinbarung in das Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz bieten?

6.2 Welche Vorteile könnte die rechtliche Verankerung von Krisenpässen in das Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz bieten?

Die Fragen 6.1 und 6.2 werden aufgrund des sachlichen Zusammenhangs gemeinsam beantwortet. Es wird ergänzend auf die Antworten zu den Fragen 1.3, 4.1, 4.3 und 5.1. verwiesen.

Patientinnen und Patienten haben am Ende eines Klinikaufenthaltes in der Regel die Hoffnung, dass nach der stationären Behandlung möglichst dauerhaft eine ambulante Weiterbehandlung möglich sein wird. Für einen Teil der Betroffenen kann deshalb eine BV damit assoziiert sein, dass eine künftige stationäre psychiatrische Behandlung wahrscheinlich scheint. Es ist daher in vielen Fällen sinnvoller, gemeinsam mit dem Betroffenen und dessen Vertrauenspersonen einen differenzierten und individuell abgestimmten Krisenplan zu erstellen, der – im Unterschied zu einer formalen BV – insbesondere Möglichkeiten von personenzentrierten Hilfen im ambulanten Setting und im Lebensumfeld des betroffenen Menschen abbildet.

Eine rechtliche Verankerung und eine Verpflichtung zur Erstellung einer BV würde somit einem großen Anteil der Patientinnen und Patienten nicht gerecht werden und wird somit von der Staatsregierung als nicht zielführend erachtet.

Eine verpflichtende Einführung bzw. Nutzung von KP würde in die ärztliche Thera-

piefreiheit eingreifen, einen erheblichen Eingriff in die Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten darstellen und könnte einer Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen Vorschub leisten. Aus Sicht der Staatsregierung muss folglich die Entscheidung zur Nutzung eines KP ein persönlicher und freiwilliger Schritt bleiben, der im Gespräch individuell thematisiert und abgewogen werden muss. Eine Normierung von KP im BayPsychKHG wird von der Staatsregierung daher abgelehnt.