

KONZEPTPAPIER

PSYCHISCHE GESUNDHEIT UND KRANKHEIT

Keine Stigmatisierung mehr: Moderne Versorgungsstrukturen für eine patientenorientierte, selbstbestimmte und transparente Psychiatrie

I. PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN: DAS NEUE VOLKSLEIDEN?

Millionen von Menschen in Deutschland sind psychisch krank. Einige Studien gehen sogar davon aus, dass fast jeder im Laufe seines Lebens einmal davon betroffen ist – entweder selbst oder als Verwandter oder Freund eines Menschen, der erkrankt. Nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit gehen rund zehn Prozent der Fehltage bei den Berufstätigen auf Erkrankungen der Psyche zurück. Laut dem Bericht der Bayerischen Staatsregierung zur psychischen Gesundheit von Erwachsenen in Bayern hatten 2014 etwa 2,3 Millionen Menschen in der Altersgruppe ab 20 Jahren eine ambulante Diagnose aus der Gruppe der psychischen Störungen. Die psychischen Störungen nehmen seit Jahren zu und verursachen alleine in Bayern schätzungsweise sechs bis sieben Mrd. Euro direkte Krankheitskosten jährlich. In Bayern haben sich 1.785 Menschen im Jahr 2014 das Leben genommen, drei Viertel davon waren Männer. Auffällig ist vor allem die über dem bayerischen Durchschnitt liegende Suizidrate in Niederbayern.¹ Neben den Depressionen, Angststörungen und somatoformen Störungen ist die Sucht eine der häufigsten psychischen Erkrankungen in Deutschland. Zu den häufigsten substanzbezogenen Süchten gehören die Abhängigkeit und der Missbrauch von Alkohol und Medikamenten.

Psychische Erkrankungen treffen zunehmend auch junge Menschen. Laut dem Bericht der Bayerischen Staatsregierung zur psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Bayern hat jeder vierte Heranwachsende in Bayern eine psychische Störung oder ist in seiner Entwicklung verzögert. Im Jahr 2014 nahmen sich 48 Heranwachsende unter 20 Jahren das Leben, zumeist als Folge einer Depression. Bayern liegt damit leicht über dem Bundesdurchschnitt. Nach tödlichen Unfällen sind Suizide in der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen die zweithäufigste Todesursache.²

Ob Depression, Sucht, Ess- oder Angststörungen, die Zahl derer, die wegen seelischer Leiden Hilfe suchen, nimmt zu. Gleichzeitig zeigen sich strukturelle Probleme mit der ärztlichen Versorgung, insbesondere in der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung. Die massiven Ungleichgewichte in der räumlichen Verteilung der PsychotherapeutInnen und PsychiaterInnen erschweren den betroffenen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen den schnellen Zugang zu qualifizierter Hilfe. Diese regionalen Unterschiede müssen konsequent abgebaut werden.

¹ Bericht „Psychische Gesundheit von Erwachsenen in Bayern, Schwerpunkt Depression“. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, 06.04.2017.

² Bericht zur psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Bayern. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, München 2016.

II DIE SITUATION UND DER HANDLUNGSBEDARF IN BAYERN

Die psychiatrische Versorgung in Bayern hat sich im Allgemeinen seit 2007 nur sehr langsam und nur in wenigen Bereichen dem wissenschaftlichen Fortschritt entsprechend weiterentwickelt. Der konkrete Bedarf der Patientinnen und Patienten wird häufig nicht berücksichtigt. Der „Zweite Bayerische Landesplan zur Versorgung psychisch Kranker und psychisch Behinderter“ aus dem Jahr 1990 sowie die „Grundsätze zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern“ aus dem Jahr 2006 („Psychiatriegrundsätze“) sind die maßgeblichen Versuche, die Situation der Menschen mit einer psychischen Erkrankung zu verbessern. Eine entsprechende Aktualisierung fehlt. Sie ist dringend notwendig.

Wir wollen:

- Bericht der Staatsregierung zu Fortschritten bei der Umsetzung und Fortschreibung der „Grundsätze“ im Rahmen der Psychiatrieberichterstattung
- verbindliche Umsetzung und Fortschreibung der „Grundsätze zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern“ und Klärung der beinhaltenen Finanzierungsfragen

Nur im **Bereich des Maßregelvollzugs** hat die Bayerische Staatsregierung ein neues, längst überfälliges Gesetz auf dem Weg gebracht. Das Gesetz bringt zwar viele Verbesserungen für die Patientinnen und Patienten, verbleibt leider in einem ordnungsrechtlichen Denken verhaftet. Konkret fehlen vor allem **ausreichende Vorschriften** zu individuellen Therapieangeboten, zum Zugang zu medizinischer Versorgung, zur Gesundheitsberichterstattung und zu einem Melderegister für Zwangsmaßnahmen, zur transparenten Qualitätssicherung, zu PatientenfürsprecherInnen, Besuchskommissionen und unabhängigen Beschwerdestellen und damit der externen Kontrolle der Abläufe im Maßregelvollzug. Des Weiteren vermischen wir Ausführungen zur Fort- und Weiterbildung des Fachpersonals sowie zur Sicherung der Forensischen Ambulanzen. In unseren Augen ist die Sicherheit für die Allgemeinheit in erster und entscheidender Linie durch entsprechende Therapie zu erreichen. Gerade bei schwierigen Patientinnen und Patienten bedarf es eines individuell zugeschnittenen Therapieprogramms, das über das standardisierte Therapieangebot der Maßregelvollzugseinrichtungen hinausgeht.

Derzeit nimmt **Bayern** – im negativen Sinne – insgesamt **dreimal den Spitzenplatz** in der Bundesrepublik ein: bei der Anzahl von **Suiziden**, bei der Anzahl von **Drogentoten** und bei der Anzahl der **Unterbringungen** pro Jahr.

Die Wartezeiten bei **psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlungen** sind hoch, obwohl der Freistaat im Vergleich mit anderen Bundesländern noch eher gut abschneidet. Vor allem in den ländlichen Gebieten Bayerns ist es sehr schwierig, schnell einen Termin bei PsychiaterInnen oder PsychotherapeutInnen zu bekommen. Dies gilt für Erwachsene genauso wie für Kinder und Jugendliche. So etwa praktizieren in Niederbayern nicht einmal halb so viele FachärztInnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie wie in Oberbayern. Besonders prekär ist die Versorgung der betroffenen Kinder und Jugendlichen mit psychischen Problemen in der nördlichen Oberpfalz mit einem Versorgungsgrad von gerade einmal 42,2 Prozent.³ Landesweit sorgt ein Stadt-Land-Gefälle dafür, dass es in der ambulanten Psychotherapie zu mehrmonatigen Wartezeiten für eine Therapie kommen kann.⁴ Gleichzeitig fehlt bisher eine flächendeckende und rund um die Uhr erreichbare Versorgung mit Krisendiensten.



Seit 2011 hat sich die Zahl der Drogentoten fast verdoppelt.

Der Freistaat Bayern führt die bundesweite Statistik der **Drogentoten** an. Seit 2011 hat sich die Zahl der Drogentoten im Freistaat fast ver-

doppelt. 321 Drogentote in Bayern im Jahr 2016 – in keinem anderen Bundesland waren es mehr. Es fehlt immer noch an Ärztinnen und Ärzten, die eine substitions-gestützte Behandlung durchführen. **Drogenkonsumräume** für Schwerstsuchtkranke, die sonst mit den aktuellen Angeboten des Hilfesystems nicht erreicht werden können, lehnt die Staatsregierung aus ideologischen Gründen ab trotz der Forderung zahlreicher Verbände, ExpertInnen sowie des Bayerischen Bezirktags.

Im Freistaat wird wesentlich häufiger untergebracht als in anderen Bundesländern. Insbesondere wird häufiger zivilrechtlich und nach § 1846 BGB untergebracht.⁵ Das mag auch an dem **Bayerischen Unterbringungsgesetz** vom 5. April 1992 liegen, das nur sehr rudimentäre Vorschriften für die öffentlich-rechtliche Unterbringung enthält.

Das Bayerische Unterbringungsgesetz ist von seiner Regelungsstruktur und seiner Begrifflichkeit (öffentliche Sicherheit und Ordnung) im Gegensatz zu den Psychisch-Kranken-Gesetzen in anderen Bundesländern einem polizeirechtlichen Ansatz verhaftet. Hilfen für Betroffenen werden nicht konstituiert, vielmehr wird auf bestehende Versorgungsangebote sowie die Hilfen des Sozialgesetzbuches verwiesen. Ein modernes Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz, das eine sachgerechte Abgrenzung zwischen öffentlich-rechtlicher und betreuungsrechtlicher Unterbringung (Krisenintervention einerseits – längerfristiger Betreuungsbedarf andererseits) und dem Maßregelvollzug ermöglichen würde, fehlt in Bayern immer noch.

³ Im Vergleich dazu kommt der Großraum München auf 101,3 Prozent, der Raum Landshut auf 162,7 Prozent und die unterfränkische Region Würzburg gar auf 402,6 Prozent. Verbesserungswürdig ist die Situation rund um Ingolstadt (60,6 Prozent) und in den Regionen Donau-Wald (56,9 Prozent) und Oberfranken-Ost (61,6 Prozent). KVB Versorgungsatlas. KVB, 02.02.2016.

⁴ Bayerns kranke Kinder. Süddeutsche Zeitung, 08.06.2016.

⁵ Unterbringung bezeichnet im medizinischen Bereich eine Zwangseinweisung, eine gegen den Willen des Betroffenen durchgeführte rechtlich vollzogene Unterbringung eines Menschen mit psychischen Auffälligkeiten oder Störungen in einer geschlossenen Abteilung einer psychiatrischen Klinik.

Die Grüne Landtagsfraktion hält die **Einführung eines Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes** bereits seit Jahren für dringend erforderlich. Es soll unter anderem den Behandlungsanspruch sichern. Sowohl der verfassungsrechtliche Grundsatz, dass der Freiheitsentzug nur als ultima ratio in Betracht kommt, als auch die Vorgaben der UN- Behindertenrechtskonvention (UN- BRK)⁶ erfordern ein neues Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (Psych KHG) in Bayern, in dem für jeden Betroffenen erreichbare Hilfen konstituiert werden, die eine Unterbringung vermeiden oder verkürzen. Dabei ist eine flächendeckende Versorgung mit sozialpsychiatrischen Diensten sowie Krisendiensten erforderlich. Aber nicht nur das. Auch die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts erfordert eine grundrechtskonforme Regelung der Zwangsbehandlung.

Die Grüne Landtagsfraktion hat selbst im Juni 2014 einen **Gesetzentwurf zum Psych KHG** vorgelegt. Mit diesem wollen wir einen Anstoß zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung in Bayern geben.

III UNSERE FORDERUNGEN

1. Prävention und Früherkennung

Prävention und Früherkennung stellen die Basis guter Gesundheitsversorgung und einen Grundbaustein in der Bekämpfung der Volkskrankheiten dar. In vielen Bereichen der Medizin können Prävention und Früherkennung Folgeschäden von Krankheiten verhindern. Dieses Prinzip wird in den letzten Jahren häufiger auch bei psychischen Erkrankungen wie Sucht, Essstörungen oder Psychosen angewendet.

Mit **Prävention** sind Maßnahmen wie beispielsweise Stressbewältigung gemeint, die sich an gesunde Menschen richten. Psychische Erkrankungen und darunter auch Suchterkrankungen in der eigenen Familie sind ein großer Risikofaktor, selbst krank bzw. abhängig zu werden. Zum Beispiel machen bestimmte „Umfeldfaktoren“ oder genetische Anlagen Menschen anfälliger für eine Abhängigkeit. Suchtforscher schätzen die Vererbbarkeit von Drogen-, Alkohol- und Nikotinsucht sogar auf 50 bis 60 Prozent.⁷ Die Präventionsmaßnahmen sollen helfen, solche möglichen Risikofaktoren zu verringern, und so der Entstehung einer psychischen Erkrankung vorzubeugen.

Wir wollen das Erkrankungsrisiko für eine psychische Störung nicht nur bei Erwachsenen, sondern auch bei Kindern und Jugendlichen zu senken. Denn die Zahl der Menschen, die psychisch erkranken, steigt Jahr für Jahr. Dabei spielen offensichtlich auch neue Faktoren wie Arbeitsdichte, Erfolgsdruck und Arbeitsstrukturen eine große Rolle; Kinder und Jugendliche sind immer häufiger betroffen.

⁶ Das „Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ (Convention on the Rights of Persons with Disabilities – CRPD) ist ein Menschenrechtsübereinkommen der Vereinten Nationen, das am 13. Dezember 2006 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen beschlossen wurde und am 3. Mai 2008 in Kraft getreten ist.

⁷ Süchtig nach einer anderen Realität. Zeit Online, 04.09.2013.

Die Gesundheitsförderung in Betrieben und in der Ausbildung gewinnt deshalb an immer mehr Bedeutung. Wir halten den Ausbau der Betrieblichen Gesundheitsförderung für essenziell. Kleine und mittlere Firmen haben bei der Gesundheitsförderung Nachholbedarf und sollen in dieser Hinsicht unterstützt werden.

Mit Bewegung und Sport müssen wir aber bereits im Kindesalter anfangen. Deshalb ist es wichtig, dass eine dritte Sportstunde an den bayerischen Schulen eingeführt wird.

Mit der Zunahme von psychischen sowie auch chronischen somatischen Erkrankungen bei Kindern wie Diabetes oder Allergien, sind nicht nur die Eltern, sondern auch die Lehrkräfte häufig überfordert (z.B. Insulingabe durch die Lehrkraft). Aus diesem Grund treten wir dafür ein, dass Modellprojekte an ausgewählten Schulen durchgeführt werden, die den Einsatz einer „Pflegekraft für schulische Gesundheit“ erproben könnten. Festangestellte Pflegekräfte in Schulen erfüllen in vielen Ländern – z.B. in den Vereinigten Staaten, in Großbritannien, Skandinavien und Israel – eine wichtige Aufgabe. In Bayern werden Pflegekräfte bislang nur in Förderschulen sowie in Einzelfällen in privaten Schulen eingesetzt. Fest angestellte Pflegekräfte können insbesondere in Ganztagschulen, in denen Kinder nicht tagsüber zu den berufstätigen Eltern nach Hause kommen, wichtige Versorgung-Funktionen übernehmen, aber

auch Prävention – insbesondere in den Bereichen Alkohol, Sucht, Stress, Mobbing, Essstörungen, oder auch altersspezifische Information und Beratung von Fragen zu Partnerschaft und Sexualität – leisten.

”

Psychische Erkrankungen sollen aus der Tabuzone herausgeholt werden.

Maßnahmen der **Früherkennung** richten sich dagegen eher an Menschen, die sich in einem frühen Stadium einer Erkrankung

befinden. Unser Ziel ist es, psychische Erkrankungen eher zu erkennen, Betroffenen und ihren Familien möglichst rechtzeitig zu helfen und ein Fortschreiten zu verhindern oder abzuschwächen. Studien sprechen eindeutig dafür, dass eine frühzeitige Behandlung den Heilungsverlauf verbessert oder sogar das Entstehen des Vollbildes einer Erkrankung verhindert (z.B. bei Psychosen). Das heißt, je weniger Zeit vom Beginn der Erkrankung bis zur Behandlung vergeht, desto besser sind die Heilungschancen insgesamt.

Unser Ziel ist, dass psychische Erkrankungen aus der Tabuzone herausgeholt werden. Deshalb müssen wir Eltern, Großeltern, ErzieherInnen, LehrerInnen sowie auch FlüchtlingshelferInnen und andere Bezugspersonen ansprechen und sie für dieses Thema noch mehr sensibilisieren und sie darüber informieren, wo fachliche Hilfe zur Verfügung steht. Eine Depression, Burn out oder Magersucht darf heute kein Tabu mehr sein. Psychische Erkrankungen können jeden treffen, wir können aber mit qualifizierter Hilfe etwas dagegen tun.

Der Handlungsbedarf ist umso größer, da die Zahl von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen, wie zum Beispiel Depression, stetig zunimmt. Jedes vierte Kind hat irgendein psychisches Problem oder eine Störung.⁸ Nach Angaben des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege sind derzeit circa zwei bis drei Prozent der Kinder und fünf bis zehn Prozent der Jugendlichen betroffen. Wichtig ist, dass Eltern in solchen Fällen rasch qualifizierte Beratung aufsuchen, damit möglichst bald eine geeignete Therapie starten kann.

Ein weiteres Ziel stellt die Reduktion und das Überwinden von Barrieren zur Inklusion der psychisch erkrankten Menschen dar.

Der wichtigste Aspekt der Prävention der Selbstgefährdung zeigt sich allerdings in der ständigen Erreichbarkeit von Krisendiensten bzw. Krisenstationen, die mit geschultem Fachpersonal ausgestattet sind, das eine Eskalation der psychischen Krise der/des Betroffenen verhindert.

Wir brauchen:

- Abbau der Stigmatisierung und Reduzierung der Barrieren zur Inklusion durch enge Zusammenarbeit des Gesundheitswesens, der Betroffenen, der Angehörigen und weiteren Akteuren
- Fortbildungsmaßnahmen für medizinisches, soziales und pädagogisches Fachpersonal für ein verbessertes Wissen zu psychischen Erkrankungen und deren Früherkennung
- Einbindung von Wissen und Basiskompetenzen zu psychischen Erkrankungen in schulischen Lehrplänen und in der Ausbildung von Lehr-, Polizei- & Verwaltungskräften

Gleichzeitig dürfen wir nicht die Menschen vergessen, die Hilfe leisten und auch leisten wollen, dafür aber oft nicht ausreichend ausgebildet und vorbereitet sind. Dies betrifft zum Beispiel LehrerInnen oder HelferInnen, die mit Flüchtlingskindern und Asylsuchenden arbeiten, die an posttraumatischen Belastungsstörungen leiden. Es betrifft auch PolizeibeamtInnen, die häufig bei einer seelischen Krise als erste beim Betroffenen ankommen, oder das Personal in somatischen Einrichtungen und viele mehr.

So sind Fortbildungsmaßnahmen für medizinisches, soziales und pädagogisches Fachpersonal für ein verbessertes Wissen im Bereich der psychischen Erkrankungen und die schnellere Früherkennung von Betroffenen ein wichtiger Aspekt. Grundkenntnisse und Basiskompetenzen zu psychischen Krankheiten sollten auch in schulische Lehrpläne und in die jeweiligen Ausbildungen von Lehr-, Polizei- und Verwaltungskräften integriert werden.

⁸ Bericht zur psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Bayern. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, 2016

Zusätzlich zu diesen Fortbildungsmaßnahmen sollte eine Deeskalationsschulung stattfinden, um in Krisensituationen entsprechend handeln zu können. Ein Deeskalationstraining für Kinder und Jugendliche sollte ebenfalls angeboten werden. Gerade für Betroffene, die aufgrund einer psychischen Störung eine Neigung zur Gewaltanwendung besitzen, müssen anonyme Gruppen- und Beratungsangebote geschaffen werden. Um auch in psychiatrischen Einrichtungen die Fremdgefährdung zu reduzieren, sollen Schutzräume zur Abwendung von Übergriffen gebaut werden.

Von besonderer Bedeutung ist jedoch, dass eine enge Zusammenarbeit zwischen der Polizei und den psychiatrischen Krisendiensten stattfindet, damit in der konkreten Krisensituation die Vorgehensweisen beider Seiten bekannt und miteinander abgestimmt sind. Hierbei wären regelmäßige regionale Treffen der Polizei und der Krisendienste hilfreich, bei denen auch Vertretungen der Betroffenen und Angehörigen einbezogen werden, um eine gelungene Kooperation zu gewährleisten. Solche Veranstaltungen würden auch dem Erfahrungsaustausch dienen. Wir treten für die Vorbeugung von Unterbringungen ein. So sollten Zwangseinweisungen tatsächlich nur bei einer akuten Selbst- oder Fremdgefährdung angewendet werden.

Zudem müssen Informationen für Betroffene und Angehörige bereitgestellt werden und der Wille des Patienten bzw. der Patientin in den Behandlungsentscheidungen so weit wie möglich berücksichtigt werden.

Wir brauchen deshalb:

- leichte Erreichbarkeit von Krisendiensten bzw. -stationen mit geschultem Personal.
- enge Zusammenarbeit zwischen psychiatrischen Krisendiensten und der Polizei
- Deeskalationsschulung als Teil der vorher genannten Fortbildungen für medizinisches, soziales und pädagogisches Fachpersonal und ebenfalls für Fortbildungen der Polizei

2. Gleicher Zugang zur Gesundheitsversorgung in allen Teilen Bayerns

Wer auf dem Land wohnt, hat es oft schwer, einen wohnortnahen Zugang zu spezialisierter Gesundheitsversorgung und Hilfe-Angeboten zu erhalten. Dies gilt insbesondere für psychisch Kranke und Suchtkranke in den ländlichen Gebieten Bayerns. Das Warten auf einen Therapieplatz kann dramatische Folgen haben. Viele Patientinnen und Patienten müssen stationär behandelt werden, obwohl eine ambulante Therapie ausreichend wäre – und sie nicht aus ihrem Leben reißen würde. Mancher wird erst während des Wartens so krank, dass er in die Klinik muss.

Wir wollen die ambulante Versorgung psychisch Kranker vor allem im ländlichen Raum verbessern, wo eine oft unzureichende Infrastruktur für psychisch erkrankte Menschen zu unzumutbaren Anfahrtswegen und Kosten führt. Die Wartezeiten auf eine passende ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung müssen zudem dringend verkürzt werden. Deshalb haben wir uns auch dafür eingesetzt, dass ein rechtssicherer Betrieb von **Außenstellen psychiatrischer Institutsambulanzen** ohne unmittelbare Anbindung an psychiatrische Krankenhäuser oder Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen möglich ist.

Seit Jahren setzen wir uns außerdem intensiv für eine **Verbesserung der Substitutionsversorgung opiatabhängiger PatientInnen in Bayern** ein. Die substitutionsgestützte Therapie unterstützt suchtkranke Menschen auf ihrem Weg aus der kriminalisierten Drogenszene heraus. Eine Minderung der Kriminalitäts- und Sterblichkeitsrate sowie eine Stabilisierung der Gesundheit (und oft auch die Möglichkeit einer Eingliederung ins Arbeitsleben) sind die positiven Folgen. Die Risiken einer sehr langfristigen bzw. lebenslangen Substitution sind viel geringer als ständige Rückfälle mit dem Risiko einer weiteren Progression des Krankheitsbildes.

In Bayern finden sich aber fast keine Ärztinnen und Ärzte mehr, die bereit sind, Substitutionsbehandlungen durchzuführen. Der Altersdurchschnitt der aktuell tätigen Substitutionsärztinnen bzw. -ärzte liegt bei über 55 Jahren. Seit dem Rückzug vieler HausärztInnen aufgrund der rechtlichen Rahmenbedingungen werden Substitutionsbehandlungen vielerorts nahezu ausschließlich in Krankenhäusern durchgeführt.

Wir sind der Meinung, dass ÄrztInnen in die Lage versetzt werden müssen, rechtssicher Substitutionsbehandlungen anbieten zu können. Deshalb haben wir viele Jahre dafür gekämpft, dass ÄrztInnen in der Substitutionsversorgung mehr Rechtssicherheit gegeben wird. Im Oktober 2015 wurde ein entsprechender interfraktioneller Antrag unter Federführung der GRÜNEN Landtagsfraktion in Bayern verabschiedet. Im Mai 2017 wurde endlich eine Verordnungsnovelle erlassen, die die derzeitige Situation bei den substitutionsgestützten Behandlungen endlich verbessern sollte. Jetzt ist es wichtig, zu sichern, dass es wieder mehr niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in Bayern gibt, die Substitution betreiben.

3. Flächendeckender Ausbau von Hilfen und Weiterentwicklung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. in psychischen Krisen

Großen Verbesserungsbedarf sehen wir im psychiatrischen Nothilfesystem und in der Nachsorge. Menschen in seelischen Krisen haben Anspruch auf fachkundige psychiatrische Hilfe, möglichst ohne zeitlichen Aufschub und rund um die Uhr. Wird diese „erste Hilfe in seelischer Not“ als entlastend erlebt, bahnt sich Vertrauen in das psychiatrische Hilfesystem, das langfristig wirkt und dazu beitragen kann, krisenhafte Zuspitzungen, vermeidbares Leid und institutionelle Umwege für alle Beteiligten zu vermeiden. Vernetzung, Erreichbarkeit und Verlässlichkeit sind Grundanforderungen an ein Hilfesystem, das Menschen mit einer schwerwiegenden psychischen Erkrankung unterstützen soll.

Deshalb wollen wir niederschwellige psychiatrische Krisenhilfe oder **Krisendienste** (einschließlich einer angemessenen Finanzierung) flächendeckend und wohnortnah etablieren. So soll mindestens ein Krisendienst pro Region entstehen. Dabei soll die Einbindung an die Regelversorgung sichergestellt und regionale Lösungen beachtet werden, wie zum Beispiel bereits vorhandene Versorgungsstrukturen. Das Ziel ist die Schließung von Versorgungslücken, Vernetzung der regionalen Hilfen und eine enge Zusammenarbeit der Akteure.

Bereits im „Rahmenkonzept für ein ambulantes Kriseninterventionssystem“ des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen aus dem Jahr 2000 sowie in der aktuelleren (Oktober 2012) Fortschreibung des Verbandes der Bayerischen Bezirke zur ambulanten Krisenversorgung wurden die Bedeutung und das Potenzial solcher Krisenversorgung aufgezeigt.

Gleichzeitig ist es wichtig, die Zusammenarbeit der Hilfe-Angebote zu stärken, damit wir möglichst früh vielen Betroffenen helfen können. Aus diesem Grund wollen wir uns für regionale Kooperationsvereinbarungen für eine systematische, verbindliche Kooperation von Krisendiensten, Krisennetzwerken, Polizei und anderen regionalen Behörden einsetzen.

Wir treten dafür ein, dass „ambulant vor stationär“ nicht eine leere Phrase wird. Unser Ziel: Abwendung von stationärer Unterbringung und Zwangsmaßnahmen. Dafür muss aber die zeitliche Erreichbarkeit der Krisenversorgung stimmen. Ideal wäre ein 24-stündig telefonisch erreichbares Krisendienste-Netz unter einer bekannten einheitlichen Nummer, mit einem breiten Spektrum an spezifischen Krisenhilfeangeboten und ausgestattet mit professioneller Struktur (Fachkräfte mit Kompetenzen zur Krisenintervention). Die Krisendienste sollten im Vorfeld von und auch bei und nach einer Unterbringung mitwirken.

Das flächendeckende Netz von Hilfen soll eine verlässliche Struktur für Betroffene und Angehörige darstellen.

Zu den notwendigen Funktionen und Strukturelemente der Krisendienste soll gehören:

- Kontakt- & Vermittlungsstelle / Leitstelle
- telefonische Krisenintervention
- Erstkontaktstelle
- Vermittlung und Koordination von Hilfen
- aufsuchende Leistungen zur Entschärfung von Krisen vor Ort (z.B. mobiles Team)
- Komm-Strukturen: Bereitstellung von und Beratung zu Hilfsangeboten für Hilfesuchende
- Rückzugsräume als Räumlichkeiten für Hilfesuchende

Die frühe und qualifizierte Hilfe trägt zur Minderung schwerer Krankheitsfolgen bei; so kann auch eine selbständige Lebensführung erhalten bleiben. So ist auch eine ausreichende und gesicherte Pauschalfinanzierung für notwendige personelle und materielle Ressourcen für die Schaffung einer flächendeckenden niederschweligen psychosozialen Versorgung ein Muss.⁹

⁹ Derzeit strebt der Bayerische Bezirkstag einen schnellstmöglichen flächendeckenden Ausbau der Krisendienste für Menschen in psychischer Not und ist bereit 50 % der Kosten zu übernehmen. Dafür fordert er, dass der Freistaat die andere Hälfte der nicht-gedeckten Kosten trägt. Mit dem Krisendienst können wir Leben retten. Münchner Merkur, 31.5.2016.

Wir wollen:

- den Ausbau eines flächendeckenden Netzes von Hilfen
- Hilfsangebote mit präventiven und nachsorgenden Angeboten
- Unterstützungsangebote für Angehörige
- verbindliche Vernetzung und Kooperation der Akteure, sowie transparente Festschreibung von Zuständigkeiten
- Verpflichtende Schaffung von regionalen Steuerungsverbänden/psychosozialen Arbeitsgemeinschaften und Einbindung jener in regionaler Bedarfsermittlung
- Pauschalfinanzierung für notwendige personelle und materielle Ressourcen für flächendeckende niederschwellige psychosoziale Versorgung
- verbindliche Finanzierung von sozialpsychiatrischen Diensten, gerontopsychiatrischen Diensten, der psychosozialen Beratungsstellen, der Beratungsangebote des öffentlichen Gesundheitsdienstes und von Angeboten im Bereich der Jugendhilfe

Das entsprechende **Nachsorge-Angebot** nach einer stationären Behandlung spielt eine wesentliche Rolle. Wir brauchen mehr psychiatrische Rehabilitationsplätze zur Verfügung, denn wir wollen weg von der „Drehtür-Psychiatrie“. Rehabilitationsplätze, die eine maßgeschneiderte Therapie für chronisch psychisch Kranke bieten, sind rar. Doch nach einem Aufenthalt in einer Klinik benötigen die meisten sofort Hilfe in Form einer Anschlusstherapie, um ihr Leben in Griff zu bekommen.

4. Selbsthilfe, Partizipation und Stärkung der Patientenrechte

Die Selbsthilfe ist ein wichtiger Bestandteil der Hilfsstruktur für psychisch Erkrankte. Dabei gilt für uns stets der Grundsatz „unterstützende Entscheidung anstatt ersetzender Entscheidung“, um die selbstständige Rechts- und Handlungsfähigkeit der PatientInnen möglichst lange aufrechtzuerhalten.

Deshalb unterstützen wir auch die Idee, dass PatientInnen eine Assistenz für den Umgang mit Behörden, Kliniken, Versicherungen und sonstigem bereitgestellt bekommen könnten, wobei hier auch eine aufsuchende Leistung der Assistenz wünschenswert wäre.

Gleichzeitig wollen wir GenesungsbegleiterInnen, sogenannte „Experten aus Erfahrung“ oder „Ex-In“, mehr einbinden, da Psychiatrieerfahrene meist einen besonderen Zugang zu anderen psychisch erkrankten Personen haben. Ex-In haben selbst psychische Krankheiten, sind aber so gefestigt, dass sie anderen helfen können. Sie verstehen psychische Krisen oft besser als das Fachpersonal, weil sie sie von sich selbst kennen, gleichzeitig können sie für andere Betroffene Vorbilder und Hoffnungsträger sein, denn schließlich haben sie es „auch geschafft“. Andererseits hilft die Arbeit auch den Ex-In selbst, sich wieder einen Alltag aufzubauen, eine Beschäftigung zu finden und die eigene Krankheit langfristig zu überwinden. Der Dialog auf Augenhöhe kann durch die Genesungsbegleitung also wirksam gestärkt werden. Noch sind die professionellen Ex-In selten in Bayern, wir wollen, dass mehr Ex-In entsprechend ausgebildet werden und sie mehr in diversen Einrichtungen Einsatz finden.

Wir setzen uns für **bessere Qualität der psychiatrischen Einrichtungen** aller Art ein. In Zukunft muss die Qualität aller psychiatrischen Einrichtungen **vergleichbar sein**. Um dieses Ziel zu erreichen, müssen wir die **Transparenz** der Einrichtungen erhöhen. Für die Kontrolle der Versorgungsleistungen der unterschiedlichen psychiatrischen Einrichtungen, wollen wir **Besucherkommissionen** einrichten. Diese sollten unangekündigt kommen können und durch eine Person mit Richteramtsbefähigung geleitet werden, multiprofessionell ausgestaltet sein und Vertreter der Betroffenen und Angehörigen beinhalten.

Die Stärkung der Patientenrechte ist ein zentrales Anliegen unserer Gesundheitspolitik. Wir fordern ein **Zentralmelderegister für Zwangsmaßnahmen** mit regelmäßiger Berichterstattung über Zwangsmaßnahmen und die Anzahl der untergebrachten Personen in allen Einrichtungen. Unser Ziel ist eine einheitliche Erfassung aller durchgeführten Zwangsmaßnahmen nach definierten Parametern. Dabei wollen wir Zwangsmaßnahmen nicht nur in den stationären Einrichtungen, sondern auch in den ambulanten Einrichtungen erfassen.

Wir wollen keine „Black-Box“-Psychiatrie mehr! PatientInnen sollten deshalb die Möglichkeit haben, sich an eine unabhängige regionale **Beschwerdestelle** zu wenden, wenn sie eine Verletzung ihrer Rechte empfinden. Eine unabhängige Ombudsstelle mit juristischen Kompetenzen auf Landesebene soll für die genannten Beschwerdestellen beratend tätig werden und mit einer Berichtspflicht gegenüber dem Bayerischen Landtag ausgestattet werden. Auch den Einsatz von Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprechern in allen psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen, um die psychisch erkrankte Person generell und bei Einbringung ihres Willens zu unterstützen, halten wir für wesentlich.

Wir wollen:

- Selbsthilfegruppen unterstützen
- GenesungsbegleiterInnen einsetzen
- Unangekündigte Besucherkommissionen einrichten
- Melderegister für Zwangsmaßnahmen einführen
- Unabhängige Ombudsstelle schaffen
- PatientenfürsprecherInnen in allen psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen etablieren.

5. Ein modernes Psych-KHG für Bayern

Betrachtet man die derzeitige Situation und die rechtlichen Grundlagen, die bezüglich der Behandlung und Unterbringung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern vorliegt, so deuten die hohen Zahlen an Unterbringungen im Vergleich zu den Zahlen anderer deutscher Bundesländer darauf hin, dass Bayern einen akuten Nachholbedarf im Umgang mit psychisch Erkrankten hat. Es gab zwar in den vergangenen Jahrzehnten bereits mehrere Anläufe zu einem Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (Psych KHG), leider bisher ohne Erfolg. Deshalb legte die Landtagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen am 27. Juni 2014 einen eigenen Gesetzesentwurf vor.

Die geltenden gesetzlichen Regelungen in Bayern beschränken sich hauptsächlich auf das bayerische Unterbringungsgesetz, welches im Jahr 1992 verabschiedet wurde. Dieses Gesetz wurde in der Tradition des bayerischen Verwahrgesetzes von 1952 verfasst, wodurch eine Stigmatisierung der Betroffenen kontinuierlich fortwährte. Das Unterbringungsgesetz legt in seiner Ausführung sein Hauptaugenmerk auf die Wiederherstellung der öffentlichen Ordnung bzw. Sicherheit, indem es die Unterbringung psychisch Kranker mit temporärem Fremdgefährdungspotenzial regelt. Hierbei werden allerdings wichtige Schwerpunkte, wie die Regelung von Hilfen und die Gewährleistung der Patientenrechte, außer Acht gelassen. Beinahe alle deutschen Bundesländer, um genau zu sein alle außer Bayern und Hessen, besitzen daher bereits ein modernes Psych KG bzw. Psych KHG, welches dementsprechende rechtliche Regelungen bereitstellt.



Bayern hat einen akuten Nachholbedarf im Umgang mit psychisch Erkrankten.

Gerade in Hinblick auf die Zwangsbehandlungen und die Forderungen der von Deutschland unterzeichneten UN-Behindertenrechtskonvention ist es unerlässlich auch in Bayern ein modernes Psych KHG zu schaffen, um verbindliche Ansprüche auf Hilfen zu implementieren und Zwangsbehandlungen auf ultima-ratio-Maßnahmen zu beschränken. Derzeit liegen nur erste Eckpunkte zu einem Bayerischen Psych KHG vor. Wann genau die Bayerische Staatsregierung endlich ein modernes PsychKHG vorlegen wird, ist nicht bekannt.

Für uns ist klar: Jede Freiheitsentziehung kann nur als das letzte Mittel erfolgen. Wir wollen deshalb im neuen Gesetz verankern, dass eine Unterbringung die absolut letzte Maßnahme wird, davor müssen alle Hilfen ausgeschöpft werden. Die öffentlich-rechtliche Unterbringung muss streng gefassten Voraussetzungen unterliegen. Deshalb sprechen wir uns dafür aus, dass bei einer Unterbringung zum Beispiel ein ärztliches Attest nicht älter als 24 Stunden sein darf. Des Weiteren fordern wir, dass eine Einschränkung der freien Willensbildung bei der/dem Betroffenen vorliegt und dass eine konkrete Gefährdung in Form von Selbst- bzw. Fremdgefährdung besteht. Die Dauer der Unterbringung soll dabei abhängig von der Dauer der Behandlung sein.

Aus unserer Sicht muss ein bayerisches Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz unter anderem noch folgende Bausteine regeln:

- 1) Landesweite Planung und Koordination von psychiatrischen Hilfen, insbesondere Koordination ambulanter und stationärer Behandlungsmaßnahmen,
- 2) Unterbringung als Krisenintervention,
- 3) Hinzuziehung psychiatrischer Fachkräfte bei der in der Praxis vorherrschenden sofortigen (behördlichen oder polizeilichen) Unterbringung, um die Gefahrensituation einschätzen und Alternativen zur Unterbringung aufzeigen zu können,
- 4) Sicherstellungspflicht bezüglich der der Unterbringung vor- und nachgehenden Hilfen,
- 5) Stärkung der Rechte von PatientInnen und Angehörigen,
- 6) Einführung einer belastbaren Psychiatrieberichterstattung,
- 7) Niedrigschwellige Einrichtung von und verbindliche Regelung zur Personalausstattung und Finanzierung von sozialpsychiatrischen Diensten und Krisendiensten (aufsuchende Hilfen und Krisenbetten).

Die Krisendienste müssen bei einer psychischen Krise so früh wie möglich einbezogen werden. Die Kooperation zwischen den Krisendiensten und der Polizei ist zentral. Hierbei könnten die Krisendienste Empfehlungen bezüglich des Umgangs mit Betroffenen geben, während die Polizei die konkrete Umsetzung bzw. Durchführung vornehmen würde. Dafür ist allerdings notwendig, flächendeckend ständig erreichbare Krisendienste zu installieren. Durch die Professionalisierung des Umgangs mit den betroffenen Personen, die mit der Einbindung der Krisendienste in das Verfahren der öffentlich-rechtlichen Unterbringung einhergeht, könnte auch die Akzeptanz einer Unterbringung bei den Betroffenen selbst gesteigert werden.

Wir wollen:

- Stärkere Konzentration auf öffentlich-rechtliche Unterbringung anstelle von zivilrechtlicher Unterbringung (umgekehrte Konstellation im Falle der Kinder- & Jugendpsychiatrie)
- Frühzeitige Einbeziehung der Krisendienste, Kooperation zwischen Krisendiensten und Polizei
- Zwangsunterbringung als ultima-ratio
- Legitimität der Unterbringung ausschließlich im Falle eines Betroffenen ohne Möglichkeit zur freien Willensbildung und mit Selbst- & Fremdgefährdung aufgrund einer psychischen Störung
- Zeitlich begrenzte Unterbringung und sofortiger Abbruch der Unterbringung bei Entfallen der Voraussetzungen für jene

Bei der Aufnahme von Menschen mit psychischen Erkrankungen müssen FachärztInnen die Unterbringungs Voraussetzungen überprüfen und einen Therapie- und Behandlungsplan erstellen. Bei der Behandlung von einwilligungsunfähigen PatientInnen gegen ihren natürlichen Willen gelten die Voraussetzungen aus §1906 (3) BGB und das FamFG. Eine Behandlung ausschließlich zum Wohl Dritter bzw. der Allgemeinheit ist auszuschließen. Die Behandlung ohne bzw. gegen den natürlichen Willen der/des Betroffenen ist nur unter der Annahme der Vereinbarkeit mit dem mutmaßlichen Willen jener Person legitim. Mögliche Ziele der öffentlich-rechtlichen Unterbringung unter der Annahme des Genesungswunsches der betroffenen Person wären die Wiederherstellung des freien Willens, die „Entlassfähigkeit“ unter Berücksichtigung des mutmaßlichen Willens, die Berücksichtigung des Behandlungswunsches bzw. des mutmaßlichen Willens der/des Betroffenen sowie die Wiederherstellung der tatsächlichen Voraussetzungen der freien Selbstbestimmung.

Wir sagen: Solange Betroffene einen freien Willen besitzen, ist eine Einwilligung seitens der Person zu den Behandlungsmaßnahmen nötig. Falls es nicht der Fall ist, müssen ÄrztInnen, um Zwangsbehandlung zu vermeiden, vorerst alle Überzeugungsversuche und Hilfen bezüglich der Behandlung bei der betroffenen Person ausschöpfen. Dabei muss der Nutzen der Behandlung erheblich größer sein, als die Beeinträchtigungen für die PatientInnen, zu der durch die Behandlung kommen könnte. Das Behandlungsziel von Zwangsbehandlungen beschränkt sich unserer Überzeugung nach ausschließlich auf den Wegfall der erheblichen Selbstgefährdung.

Großen Wert legen wir auf die Stärkung der Rechte der untergebrachten PatientInnen. Sie sollten das Recht auf Behandlung, auf Eigentum und Besitz, auf Besuch, auf Schriftwechsel, auf Telefonate, auf Kontakt und auf Religionsausübung haben. Dabei muss selbstverständlich sein, dass die psychiatrische Einrichtung PatientInnen über ihren Rechte, Pflichten und Rechtsmittel aufklärt. Das Recht auf Besitz persönlicher Gegenstände ist unter Ausschluss von Gefährdungen der Gesundheit sowie der Gefährdung der Sicherheit der Einrichtung zu gestatten. Zusätzlich zu der gesetzlichen Regelung halten wir eine frühe Einbindung des Sozialdienstes für Wohnungs- und Vermögensangelegenheiten der PatientInnen für erforderlich.

Die Ergreifung von Disziplinarmaßnahmen in Form von Bestrafungen lehnen wir ab.

Wir fordern:

- Rechtlicher Anspruch auf Hilfeangebote
- Pflicht der Aufklärung der PatientInnen zu Rechten, Pflichten und Rechtsmitteln
- Recht auf Besuch, auf Schriftwechsel, auf Telefonate, auf Kontakte
- Recht auf Besitz persönlicher Gegenstände unter Ausschluss von Gefährdungen der Gesundheit und der Sicherheit der Einrichtung
- Verbot von Disziplinarmaßnahmen im Sinne von Bestrafungen
- Frühe Einbindung des Sozialdienstes für Wohnungs- & Vermögensangelegenheiten der PatientInnen

Besondere Sicherungsmaßnahmen wie die Wegnahme oder der Vorenthalt von Gegenständen, die ständige Beobachtung, die nächtliche Nachschau, die Abtrennung bzw. Absonderung in besonderen Räumen, der Entzug oder die Beschränkung von Aufenthalt im Freien, die Einschränkung der Bewegungsfreiheit der/des Betroffenen durch unmittelbaren Zwang, die Fixierung und die Verabreichung von notwendigen Medikamenten im Falle einer Behandlung gegen den Willen der/des Betroffenen müssen eng und klar gefasst und im Gesetz festgeschrieben werden und sollen nur in bestimmten Situationen und unter bestimmten Bedingungen zulässig sein. Die Voraussetzungen für solche **Sicherungsmaßnahmen** sind einerseits eine Gefahr für die untergebrachte Person selbst oder andere, sei es im Sinne von Tötung oder ernsthaften Verletzungen, und andererseits die Gefahr, dass die/der PatientIn die Einrichtung verlässt und alle anderen Möglichkeiten zur Gefahrenbewältigung nicht greifen. Solche besonderen **Sicherungsmaßnahmen** sind jedoch anzukündigen und zu **begründen**, es sei denn es liegt Gefahr im Verzug vor. Zudem müssen sie **befristet** sein und nach ärztlicher Anordnung und Überwachung durchgeführt werden, wobei die Sicherungsmaßnahmen bei Entfallen der Voraussetzungen unbedingt sofort aufgehoben werden müssen.

Wir wollen, dass alle **Maßnahmen zur Sicherung einer strengen Dokumentationspflicht unterliegen**, die den Anlass, die Anordnung, die Art, den Umfang und die Dauer der Behandlung beinhaltet. Wir fordern auch eine **Beschränkung von Absonderungen, Fixierungen und Ruhigstellungen** auf 12 Stunden, die allerdings unter Zustimmung des ärztlichen Leiters oder der ärztlichen Leiterin des Krankenhauses und unter der Voraussetzung der Meldung der Maßnahmen an ein zuständiges Gericht verlängerbar sind. Die Fixierung sollte nicht 24 Stunden überschreiten. Bei der Fixierung muss die betroffene Person vorweg von einem Beschäftigten der Einrichtung auf gefährliche Gegenstände durchsucht werden und anschließend eine ständige Beobachtung, Betreuung und Überwachung während der Fixierung durch entsprechendes Fachpersonal gewährleistet sein. Wir fordern, dass die Videoüberwachung bei einer Fixierung nur dann zulässig ist, wenn der Patient oder die Patientin darauf besteht.

Wir fordern:

- Festschreibung von Voraussetzungen für besondere Sicherungsmaßnahmen
- Dokumentationspflicht der Sicherungsmaßnahmen (Anlass, Anordnung, Art, Umfang und Dauer)
- Festlegung der Fixierung auf eine Maximaldauer von 24 Stunden unter ständiger Beobachtung, Betreuung und Überwachung durch einen Beschäftigten und vorheriger Durchsuchung der Person auf gefährliche Gegenstände
- Legitimität von Zwangsbehandlung nur im Falle schwerwiegender Gefahr oder langfristiger Schädigung für die untergebrachte Person und Abwesenheit deren freien Willens

6. Psychiatrieberichterstattung

Die Psychiatrieberichterstattung stellt ein wichtiges Mittel zur Kontrolle, Qualitätssicherung, Steuerung und Planung dar. Unverzichtbar ist die regelmäßige Berichterstattung einerseits für Messung der Qualität von Prozessen, Strukturen und Ergebnissen von Hilfen im Einzelfall, andererseits für Messung der Qualität von Abläufen in der Versorgungslandschaft. Durch die regelmäßige Berichterstattung können Maßnahmen gezielt evaluiert werden sowie Hilfsangebote auf die Bedürfnisse der Betroffenen und ihrer sozialen Umgebung besser zugeschnitten und bedarfsgerecht ausgebaut werden.

Um die Steuerung und Qualitätssicherung gewährleisten zu können, ist die Bereitstellung von Ressourcen auf verschiedenen Ebenen (Land, Bezirk, usw.) und die Schaffung von flächendeckenden verbindlichen Strukturen notwendig.

Wir wollen mehr Transparenz und vergleichbare Qualität in allen Einrichtungen. Dabei sollte die Psychiatrieberichterstattung auf regionaler und auf Landesebene unter anderem die Erfassung von Zwangsmaßnahmen (Melderegister für Zwangsmaßnahmen) und Unterbringungen in allen Einrichtungen oder auch die Erhebung von bevölkerungsbezogenen Daten, wie beispielsweise Suizide, um regionale Unterschiede und zeitliche Entwicklungen sichtbar zu machen, umfassen. Allerdings sollen auch Daten zu den unterschiedlichen Einrichtungen und Maßnahmen erhoben werden, womit die Qualität der tatsächlichen Umsetzung der Versorgungsleistungen überprüft wird. Auch Ergebnisse aus Untersuchungen zu spezifischen Fragestellungen, wie zum Beispiel zu Langzeitverläufen, sollen in die Psychiatrieberichterstattung integriert werden.

Der Bericht soll vom zuständigen Ministerium gegenüber dem Bayerischen Landtag jährlich zusammen mit einer Expertenanhörung vorgestellt werden. Auch Stellungnahmen der Landesverbände der Betroffenen und Angehörigen soll der Bericht beinhalten.

Wir wollen:

- regelmäßige Psychiatrieberichterstattung für Steuerung und Qualitätssicherung
- Bereitstellung von Ressourcen für die Steuerung und Qualitätssicherung auf verschiedenen Ebenen (Land, Bezirk usw.)
- Erfassung von Zwangsmaßnahmen und Unterbringungen in allen Einrichtungen
- Erfassung von bevölkerungsbezogenen Daten (z.B. Suizid) mit regionalen Unterschieden
- Erfassung von einrichtungs- & maßnahmenbezogenen Daten zur Überprüfung der Qualität der Umsetzung der Versorgung

ZUSAMMENFASSUNG

Wir GRÜNE stellen den Menschen in Mittelpunkt unserer Politik. Wir stehen für eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung. Wenn wir GRÜNE in Bayern regieren, werden wir Angebote und Hilfen für psychisch erkrankte Menschen verbessern.

Unsere Strategie ist es, psychische Erkrankungen bei Kindern, Jugendlichen sowie Erwachsenen frühzeitig zu erkennen und zu behandeln und durch verstärkte Aufklärung, Fortbildungen für Fachpersonal und niedrigschwellige Angebote zur Entstigmatisierung beizutragen. Ein besonderes Augenmerk legen wir GRÜNE dabei auf die Versorgung von Kindern- und Jugendlichen.

Wir wollen Versorgungsstrukturen, die eine flexible und schnelle Behandlung ermöglichen, damit psychische Störungen nicht zur chronischen Krankheit werden und Menschen dadurch aus dem Arbeitsleben und ihrem sozialen Gefüge reißen. Damit Menschen in Krisen die Unterstützung bekommen, die sie brauchen, muss das psychotherapeutische Angebot bedarfsgerecht ausgebaut und hierfür die Bedarfsplanung grundlegend reformiert werden. Es kann nicht sein,

”

Wir stehen für eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung.

dass in zahlreichen Regionen, die rechtlich sogar als überversorgt gelten, Menschen weder Anlaufstellen bei akuten Krisen finden noch in zumutbarer Zeit einen Psychotherapieplatz erhalten.

Wir setzen uns dafür ein, dass die selbständige Rechts- und Handlungsfähigkeit der PatientInnen möglichst aufrecht erhalten bleibt. Die oft noch bestehenden Zugangsbarrieren zum Hilfesystem wollen wir endlich überwinden. Hierzu gehört auch die Errichtung von 24 Stunden erreichbaren, flächendeckenden Krisendiensten bei den Bezirken, um stationäre Aufenthalte und Unterbringungen von Menschen in psychischen Krisensituationen zu vermeiden.

Wir GRÜNE im Bayerischen Landtag arbeiten bereits seit vielen Jahren daran, dass die psychiatrische Versorgung verbessert wird und Bayern endlich ein neues, modernes Psych KHG bekommt. Mit dem neuen Psych KHG soll das längst überholte Unterbringungsgesetz ersetzt und die öffentlich-rechtliche Unterbringung so reformiert werden, dass der Hilfezeit des Gesetzes im Vordergrund steht und eine klare Trennung vom Maßregelvollzugsgesetz erfolgt. Die Staatsregierung lässt sich zuviel Zeit, obwohl ein dringender gesetzgeberischer Handlungsbedarf aufgrund der verfassungsrechtlichen Rechtsprechung zu Zwangsmaßnahmen, Zwangsbehandlungen und Fixierungen besteht. Mit der Neuregelung sollte auch der bisherigen Praxis einer überwiegend zivilrechtlichen Unterbringung mit Betreuerbestellung entgegengewirkt werden.

Wir GRÜNE sind überzeugt, dass die öffentlich-rechtliche Unterbringung sowie Zwangsmaßnahmen nur als allerletzte Mittel zum Einsatz kommen dürfen. Großen Wert legen wir auf die Stärkung der Rechte und auf den Behandlungsanspruch der untergebrachten PatientInnen und lehnen Disziplinarmaßnahmen im Sinne der Bestrafung ab. Wir wollen mehr Transparenz sowie eine vergleichbare und bessere Qualität aller psychiatrischen Einrichtungen erreichen. Dazu brauchen wir den Einsatz von Besucherkommissionen mit Fachleuten, die als unabhängige Instanz die Einrichtungen unangemeldet besuchen und überwachen sowie eine Datenbank für Unterbringungen und Zentralmelderegister für Zwangsmaßnahmen in allen Einrichtungen - und dies mit regelmäßiger Berichterstattungspflicht. Kurz gesagt: wir wollen keine „Black-Box“-Psychiatrie mehr! PatientInnen sollten deshalb auch die Möglichkeit haben, sich an eine unabhängige Beschwerdestelle zu wenden, wenn sie eine Verletzung ihrer Rechte empfinden.

”

Wir wollen mehr Transparenz sowie eine vergleichbare und bessere Qualität aller psychiatrischen Einrichtungen erreichen.

Wir GRÜNE wollen weg von der „Drehtür-Psychiatrie“ und deshalb wollen wir die Nachsorge nach einer stationären Behandlung verbessern und weiter ausbauen. Hier geht es insbesondere um mehr psychiatrische Rehabilitationsplätze, die eine maßgeschneiderte Therapie für chronisch psychisch Kranke bieten und den Betroffenen in der Form einer Anschlusstherapie helfen, ihr Leben langfristig in Griff zu bekommen. Denn für uns zählt jeder Mensch.

**Kerstin Celina, MdL,
Sprecherin für Arbeitsmarkt, Sozialpolitik und Jugend**

Stand Juni 2017



Kontakt:

Kerstin Celina, MdL
kerstin.celina@gruene-fraktion-bayern.de

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
im Bayerischen Landtag
Maximilianeum, 81627 München

Abgeordnetenbüro:
Praterinsel 4a, 81627 München
