

18. Juni 2014
Wu/Az.: 548/1-2

Stellungnahme des Bayerischen Bezirkstags zur Anhörung des Ausschusses für Gesundheit und Pflege zum Thema „Anforderungen an ein Bayerisches Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz“ am 24. Juni 2014

Es ist dem Bayerischen Bezirkstag (BayBT) schon lange ein Anliegen, das bayerische Unterbringungsgesetz (UnterbrG) in Richtung eines Gesetzes zur Hilfe und zum Schutz psychisch erkrankter Menschen (PsychKHG) umfassend zu reformieren. Zuletzt haben wir gemeinsam mit den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege, dem BayPE (Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen) und dem LApK (Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker) an Ministerpräsident Horst Seehofer appelliert, einen entsprechenden Konsensprozess zur Weiterentwicklung des Unterbringungsgesetzes zu einem modernen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz zu initiieren und zu moderieren (siehe Schreiben vom 14. April 2014, [Anlage 1](#)).

Der Hauptausschuss des Bayerischen Bezirkstags hat am 22. Mai 2014 ein umfassendes Positionspapier zur Notwendigkeit und den Inhalten eines bayerischen PsychKHG verabschiedet. Dieses beantwortet den für die Anhörung vorbereiteten Fragenkatalog aus Sicht der Bezirke und ist als [Anlage 2](#) beigefügt. Um Wiederholungen zu vermeiden, darf ich mich umfänglich darauf beziehen.

Weiter möchte ich vorab noch Folgendes ergänzen:

Zum Reformbedarf des Unterbringungsgesetzes

Unterbringungen sollten so weit als möglich vermieden werden, deswegen sind sie in ein Gesamtkonzept von Hilfen und Maßnahmen einzubetten. Wenn eine Unterbringung jedoch nicht vermieden werden kann, sollte eine Reform der Unterbringungsregelungen in Bayern dazu führen, dass das Gesetz, das die Unterbringung regelt, auch angewendet wird. Das bayerische Unterbringungsgesetz (UnterbrG) erfüllt diesen Anspruch bisher nicht. Das öffentlich-rechtliche UnterbrG wird bei weniger als einem Fünftel der Unterbringungen in Bayern angewendet, der Großteil der Unterbringungen erfolgt über betreuungsrechtliche Zivilverfahren. In einem nicht unerheblichen Maß auch dort, wo vor der Krise kein gesetzlicher Betreuer bestellt war und es nach Bewältigung der Krise auch keinen mehr bräuchte. Das ist in anderen Bundesländern anders. Die betreuungsrechtliche Unterbringungsrate je 10.000 Einwohner war beispielsweise 2010 in Bayern doppelt so hoch wie im Bundesdurchschnitt (vgl. zu allen genannten Daten Valdes-Tauber et al. in PsychiatPrax 2012; 39: 267-274, dort S. 271).

In der Antwort der Staatsregierung auf eine Anfrage der Abgeordneten Brigitte Meyer, dem Landtag zugegangen als Drucksache vom 1. September 2011, konnten nur bereits genehmigte zivilrechtliche Unterbringungen der Anzahl anhängigen öffentlich-rechtlichen Unterbringungsverfahren gegenüber gestellt werden. Von letzteren mündet nur ein Teil in eine Unterbringung. Selbst bei dieser Gegenüberstellung sind 2010 doppelt so viele zivilrechtliche Unterbringungen genehmigt worden wie öffentlich-rechtliche Verfahren überhaupt anhängig waren.

Daraus könnte gefolgert werden, dass in Bayern überproportional Betreuer bestellt werden. Eine praxistaugliche Regelung der öffentlich-rechtlichen Unterbringungen könnte vermutlich nicht wenige zivilrechtliche Betreuungen vermeiden, die neben der Unterbringung selbst einen weiteren und häufig als schwerwiegend empfundenen Eingriff in die Autonomie des Betroffenen bedeuten.

Zu Frage 1: Braucht Bayern ein Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz

Hier könnte man die Frage aufwerfen, ob nicht eine Überarbeitung des Unterbringungsgesetzes mit Anpassung an die aktuelle Rechtsprechung weniger regelungsintensiv und ausreichend wäre und ob die geforderten Verbesserungen der Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen überhaupt einer Aktivität des Landesgesetzgebers bedürfen.

Nach Auffassung des Bayerischen Bezirktags reicht es nicht, die im Positionspapier des Bayerischen Bezirktags genannten notwendigen Inhalte im Expertenkreis Psychiatrie oder in einer Fortschreibung der Grundsätze der bayerischen Staatsregierung zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu konsentieren. Der Expertenkreis Psychiatrie ist ein wertvolles Gremium, um sich auszutauschen und die gegenseitigen Sichtweisen und Rahmenbedingungen kennen zu lernen. Einige Probleme können tatsächlich so gelöst werden. Jedoch sind weder die Verabredungen im Expertenkreis noch die Grundätze verbindlich, zahlreiche der dort gefundenen Empfehlungen bleiben im Vagen, entweder ohne konkrete Verantwortliche zu benennen oder ohne konkrete Ausführungen zu beschreiben. Die beteiligten Experten können als beauftragte Vertreter ihrer Institutionen bzw. Verbände keine freiwilligen Verpflichtungen eingehen.

Einige Versorgungsprobleme sind seit vielen Jahren bekannt und können nicht gelöst werden, weil es sich um Schnittstellenprobleme handelt, wie beispielsweise bei der psychiatrischen Krisenversorgung. Diese Schnittstellenprobleme sind zwar häufig durch unzureichende Zuständigkeitsbeschreibungen in den bundesgesetzlichen Regelungen verursacht. Dennoch können politische Entscheidungen auf der Landesebene hilfreich sein. Entweder, indem Ergänzungen auf der Landesebene vorgenommen werden, wie bei den Regelungskreisen Zwangsbehandlung (s. Ziffer 3 des Positionspapiers), Psychiatrische Hilfen (s. Ziffer 4) und Qualitätssicherung (Ziffer 6,7 und 8). Oder indem eine Hinwirkungsverpflichtung eines Akteurs normiert wird, Ziffer 4 Krisenversorgung. Es wird nicht verkannt, dass es dazu auch die Bereitschaft des Freistaats braucht, Kosten, die bei der Bereinigung der Schnittstelle gegebenenfalls entstehen, im Rahmen der Konnexität zu übernehmen.

Einige der vom BayBT geforderten Regelungsinhalte können nur als Auftrag bzw. Qualitätskriterium beschrieben werden, zum Beispiel unter Ziffer 4 „Grundsätze wie Sozialraumorientierung der Hilfen, Partizipation, Dialog, Empowerment“, oder Ziffer 5 „Prävention“. Damit sind sie immer noch nicht direkt justiziabel.

Dennoch hätte ein gesetzlicher Auftrag einen deutlichen Mehrwert gegenüber den Grundsätzen der Staatsregierung: Entscheidungen des Landtags als gesetzgebende Gewalt haben eine größere Bedeutung und setzen als Bekenntnis des Landesparlaments ein deutlicheres Signal. Damit können sich alle an den verschiedenen Weiterentwicklungs- und Aushandlungsprozessen beteiligten Akteure in andere Weise und wirksamer auf diesen Auftrag berufen als auf die Empfehlungen der Grundsätze.



Josef Mederer



Bayerischer
Bezirketag



BayPo e.V.
Bayerischer Landesverband
Psychiatrie-Erfahrener e.V.

ANGEHÖRIGE
PSYCHISCH KRANKER

Freie Wohlfahrtspflege Landesarbeitsgemeinschaft Bayern



Arbeiterwohlfahrt
Landesverband
Bayern e.V.



Bayerisches
Rotes
Kreuz



Landes-
Caritasverband
Bayern

Diakonie
Bayern

DER PARITÄTISCHE
BAYERN

LANDESVERBAND
der israelischen Kulturgemeinden
in Bayern

München, 14. April 2014

Herrn
Ministerpräsidenten
Horst Seehofer
Bayerische Staatskanzlei
Franz-Josef-Strauß-Ring 1
80539 München

Appell für die Reform des Bayerischen Unterbringungsgesetzes

Sehr geehrter Herr Ministerpräsident,

die in diesem Bündnis zusammen geschlossenen Institutionen wenden sich an Sie mit dem Ziel, einen Prozess zur Reform des Bayerischen Unterbringungsgesetzes anzustoßen.

Fast 62.000 Unterbringungsverfahren weist die amtliche Statistik für Bayern im Jahr 2011 auf, über 3.000 mehr als im bevölkerungsreicheren Nordrhein-Westfalen und mehr als doppelt so viele wie in Baden-Württemberg. Mit der Verbreitung psychischer Erkrankungen oder der Häufigkeit von schweren Krisen, die in Deutschland gleich verteilt sind, können diese großen Unterschiede nicht erklärt werden.

Die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesgerichtshofs der letzten drei Jahre zu den Themen Zwangsmaßnahmen und Unterbringung von Menschen mit psychischen Erkrankungen werfen zudem die Frage auf, ob die zu Grunde liegenden gesetzlichen Regelungen und Verfahren auch verfassungs- und menschenrechtskonform sind. Das Bayerische Unterbringungsgesetz scheint nicht in der Lage, die individuellen

Rechte der psychisch kranken Menschen und den Schutz sowie die Interessen der Gesellschaft an Rehabilitation und Resozialisierung gleichermaßen zu garantieren.

Es sind angesichts der vorliegenden Zahlen Zweifel angebracht, ob mit den bestehenden Regeln des Zusammenwirkens von Psychiatrie, Ordnungsbehörden und Justiz für Menschen in schweren psychischen Krisensituationen in Bayern alle Möglichkeiten ausgeschöpft werden, den Schutz und die Interessen von Betroffenen und Gesellschaft zu gewährleisten.

Der Umgang und die Verfahrensweisen mit schweren psychischen Krisen sind für die beteiligten Institutionen komplexe fachliche und in nicht wenigen Fällen am Ende auch zivil- und ordnungsrechtliche Prozesse. Oberstes Ziel aller Maßnahmen sollte die Verhinderung einer Zwangsunterbringung sein. Dazu muss nicht nur rechtsstaatlich wie fachlich geprüft sein, ob der Eingriff in die Freiheitsrechte der betroffenen Person unumgänglich ist, es sollte vor allem schon im Vorfeld ein wirksames Unterstützungssystem greifen, damit die Anwendung von Zwang tatsächlich zur Ultima Ratio wird.

Ziel eines Gesetzes, das die Unterbringung regelt, sollte sein, dass es angewendet wird. Das bayerische Unterbringungsgesetz erfüllt diesen Anspruch nicht. Bei weniger als einem Fünftel der Unterbringungen in Bayern wird dieses öffentlich-rechtliche Gesetz angewendet, der Großteil der Unterbringungen erfolgt über betreuungsrechtliche Zivilverfahren. In einem nicht unerheblichen Maß auch dort, wo vor der Krise kein gesetzlicher Betreuer bestellt war und es nach Bewältigung der Krise auch keinen mehr bräuchte. Auch das ist ein Alleinstellungsmerkmal der bayerischen Praxis.

Wir brauchen in Bayern ein Gesetz, das von den betroffenen Menschen akzeptiert wird, weil es ihre Rechte schützt und den Hilfeaspekt in den Vordergrund rückt. Ein Gesetz, das von den Richtern angewendet wird, weil es weniger stigmatisierend wirkt. Ein Gesetz, das für Behörden und Ärzte Verfahrenssicherheiten schafft und das Orientierung gibt, wie das Hilfesystem im Vorfeld einer Krisenzuspitzung ausgestaltet sein muss und so ineinandergreift, damit es am besten gar nicht zu einer Unterbringung kommt. Das wäre dann auch ein Gesetz, das der UN-Behindertenrechtskonvention folgt und mit der höchstrichterlichen Rechtsprechung der vergangenen drei Jahre konform geht.

Wir fordern die Bayerische Staatsregierung auf, einen Konsensprozess zur Weiterentwicklung des Unterbringungsgesetzes zu einem modernen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz

(PsychKHG) zu initiieren und zu moderieren, unter Beteiligung von Betroffenen- und Fachverbänden sowie allen relevanten gesellschaftlichen und staatlichen Institutionen. Das Landesgesetz wird zahlreiche bundesgesetzliche Regelungskreise vertiefen und ausfüllen. Das kann nicht ohne Kostenfolgen geschehen. Auch deswegen ist ein Konsensprozess notwendig.

Ein Gesetz ist nur so gut wie es gelebt wird: Ein breiter Konsens schafft eine hohe Akzeptanz für die Umsetzung.

Die unterzeichnenden Institutionen bieten an, sich an so einem Prozess zu beteiligen.

Wir erlauben uns, einen Abdruck dieses Schreibens an Frau Staatsministerin Melanie Huml und Frau Staatsministerin Emilia Müller sowie an Herrn Staatsminister Joachim Herrmann und Herrn Staatsminister Professor Dr. Bausback zuzuleiten.

Mit freundlichen Grüßen



Josef Mederer
Präsident des Bayerischen Bezirkstags



Theo Zellner
Vorsitzender der
Landesarbeitsgemeinschaft der freien
Wohlfahrtspflege in Bayern



Margarete Blank
im Vorstand
des Bayerischen Landesverbandes
Psychiatrie-Erfahrener e.V.



Reinhold Hasel
im Vorstand
des Bayerischen Landesverbandes
Psychiatrie-Erfahrener e.V.



Karl Heinz Möhrmann
1. Vorsitzender
des Landesverbandes Bayern der
Angehörigen psychisch Kranker e.V.



**Bayerischer
Bezirketag**

Az.: 548/1-2

**Positionspapier
des Bayerischen Bezirketags
zu den notwendigen Inhalten
eines PsychKHG in Bayern**

**Beschluss des Hauptausschusses
des Bayerischen Bezirketags
vom 22. Mai 2014**

Positionspapier

des Bayerischen Bezirktags zu den notwendigen Inhalten eines PsychKHG in Bayern

Sachstand:

1. In der (Fach-)Öffentlichkeit findet aktuell eine Diskussion statt, dass Bayern ein Gesetz zur Hilfe und zum Schutz psychisch erkrankter Menschen (PsychKHG) benötigt.
2. Momentan gibt es in 14 der 16 Bundesländer in Deutschland entsprechend „modernisierte“ Gesetze. Ausnahmen sind Bayern, Baden-Württemberg und Hessen. In Baden Württemberg wird gerade ein PsychKG erarbeitet; entsprechende Eckpunkte sind konsentiert. In Hessen besteht bis heute ein alliiertes Polizeigesetz.
3. In Bayern gab es in den letzten 20 Jahren mehrere erfolglose Anläufe, ein entsprechendes Gesetz auf den Weg zu bringen. Der Freistaat Bayern war jedoch bisher nicht bereit, die in Folge des Konnexitätsprinzips sicher zustellende Finanzierung durch den Freistaat zu gewährleisten
4. Der Hauptausschuss des Bayerischen Bezirktags hat am 18. Oktober von der Staatsregierung 2012 gefordert, darauf hin zu wirken, das Unterbringungsgesetz unter Einbeziehung therapeutischer Konzepte zu modernisieren. Inhaltlich sollte sich das neue Gesetz auch an den Grundsätzen der Bayerischen Staatsregierung zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern (Psychiatrie-Grundsätze) orientieren.
5. Aus der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes und des Bundesverfassungsgerichts ergibt sich, dass die gegenwärtigen Regelungen der Unterbringung und Zwangsbehandlung im bestehenden Bayerischen Unterbringungsgesetz der Überprüfung und evtl. Korrektur bedürfen.

6. Auch die Direktoren der psychiatrischen Kliniken in bezirklicher Trägerschaft begrüßen diese Diskussion ausdrücklich und befürworten entsprechende Regelungen, die neben der Unterbringung auch Hilfen, Prävention, Schutz, Entstigmatisierung und Qualitätssicherung festschreiben muss. Durch ein modernes PsychKHG könne die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung im Freistaat Bayern nachhaltig entwickelt werden. Dabei sind sich die bayerischen Direktoren aber auch bewusst, dass ein Gesetz alleine die Versorgung nicht verändern wird: dazu bedürfe es des Gestaltungswillens der an der psychosozialen Versorgung beteiligten Akteure, es bedarf entsprechender Finanzierung und einer dem Thema angemessenen Grundhaltung¹.

Der Weg zu einem PsychKHG

Der Gesetzgebungsprozess bietet die Möglichkeit, einen breiten gesellschaftlichen und politischen Konsens zur Rolle von Psychiatrie und Psychotherapie in der bayerischen Gesellschaft zu finden. Gerade bei einem Gesetz, das Hilfen und Schutzmaßnahmen für Menschen mit psychischen Erkrankungen neu regeln soll, das zahlreiche Regelungskreise berührt und von entsprechend vielen bundesgesetzlichen Regelungen überlagert ist, ist dieser Konsens von besonderer Bedeutung, da die Wirkung eines Gesetzes davon abhängt, wie es von allen Beteiligten gewollt, umgesetzt, finanziert und gelebt wird.

Nach Auffassung der Bezirke wie auch der leitenden Ärzte im Maßregelvollzug sollten die Regelungen zum Maßregelvollzug nicht Teil eines PsychKHGs sein. Diese sollten vielmehr in einem eigenen Maßregelvollzugsgesetz Niederschlag finden, um der Unterschiedlichkeit des Regelungsbedarfs, der sich aus dem sehr unterschiedlichen Rechtsgrund der stationären Versorgung, der unterschiedlichen Verweildauer und dem Maß an hoheitlichen Eingriffspflichten und -rechten ergeben, Rechnung zu tragen.

¹ „Memorandum der Bayerischen Konferenz der ärztlichen Direktoren der Bezirkskrankenhäuser vom 8. November 2013“

Themen eines PsychKHG

Auf der Grundlage des Memorandums der Ärztlichen Direktoren der Bezirkskliniken fordern (vgl. Fußnote 1) die Bezirke, folgende Aspekte in einem PsychKHG zu berücksichtigen

1. Legaldefinition der Psychiatrie:

Es gibt momentan eine intensive Diskussion um die „Psychiatriesierung“ des Alltags. Kritische Stimmen warnen vor überzogener „Pathologisierung“. Wiederholt haben die bayerischen Direktoren in der Vergangenheit auf den Missbrauch der Psychiatrie hingewiesen, wenn soziale Auffälligkeiten oder eine überzogen bewertete Gefährlichkeit, bzw. eine „Gefährlichkeit“ ohne zugrundeliegende (diagnostizierte) psychiatrische Störung als Kriterium einer Unterbringung herangezogen werden sollten (z.B. Verabschiedung und Umsetzung des Therapie- und Unterbringungsgesetzes – ThUG). Es muss zukünftig präzise zwischen „Kriminalprävention“ oder Schutz vor Störungen der öffentlichen Sicherheit und Ordnung durch auffälliges Verhalten einerseits und psychiatrischen Hilfen andererseits unterschieden werden. Menschen mit Suchterkrankungen sind explizit mit einzubeziehen.

Es bedarf daher einer klaren Definition auf welche Menschen in welchen Situationen ein PsychKHG Anwendung finden soll.

Weiterhin sollte ein PsychKHG alle Bereiche der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen, medizinischen wie psychosozialen Versorgungs- und Hilfsangebote umfassen.

2. Unterbringung:

Die Unterbringung stellt ein Instrument der Krisenintervention und Gefahrenabwehr dar. Sie sollte künftig noch stärker als bisher in ein Gesamtkonzept von Hilfen und Maßnahmen eingebettet sein. In diesem Zusammenhang verweisen wir auch auf die Regelungen der Art.14 Abs.2² und Art. 25 (Gesundheit) der UN-BRK. Es gibt inzwi-

² „Die Vertragsstaaten gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen, denen aufgrund eines Verfahrens ihre Freiheit entzogen wird, gleichberechtigten gleichberechtigt mit anderen Anspruch auf die in den internationalen Menschenrechtsnormen vorgesehenen Garantien haben und im Einklang mit den Zielen und Grundsätzen dieses Übereinkommens behandelt werden, einschließlich durch die Bereitstellung angemessener Vorkehrungen.“

schen belastbare und verlässliche obergerichtliche Vorgaben, die Grundlage sein können. Zu diskutieren ist aber an diesem Punkt, in welchem Maße „vorläufige Unterbringungen“ (analog bisher Art. 10 II UnterbrG) die wesentliche Form der Unterbringung bleiben können. Wie sind die Hilfen vor, während und nach der Unterbringung zu koordinieren? In diesem Zusammenhang ist auch die Rolle der Polizei, des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), SPDi, PSB, Kliniken, Vertragsärzte, komplementärer psychosozialer Leistungsangebote in Unterbringungen zu klären. Die regelhafte Beteiligung von Fachpersonal ist sicher zu stellen. Eine Hinwirkungsverpflichtung zur flächendeckenden Schaffung von Krisendiensten an der Schnittstelle der Leistungsträger SGB V, SGB XII und kommunale Daseinsvorsorge ist zu normieren.

3. Zwangsbehandlung:

„Zwangsbehandlung“ kann in Ausnahmefällen als ultima-ratio-Maßnahme unumgänglich sein. In einem PsychKHG wären ethische Grundhaltung, Voraussetzungen unter Hinweis und Ergänzung zu bundesgesetzlichen Regelungen, Verfahren und Rahmenbedingungen der einzelnen Maßnahmen zu beschreiben. Die Regelungstiefe sollte Teil des Konsensprozesses sein. Sowohl im Krankenhaus, psychiatrisch wie somatisch, als auch in Wohneinrichtungen und in der ambulanten Versorgung ist zwingend eine Dokumentation und Meldung an eine zentrale Statistik vorzusehen, die Standards der Dokumentation sind im Gesetz zu beschreiben.

4. Psychiatrische Hilfen:

Die Rollen der vielfältigen Beteiligten des psychiatrischen Hilfesystems sollten in einem PsychKHG klar beschrieben sein. Dabei sollte die Rolle und Beteiligung des ÖGD an der psychosozialen Versorgung beschrieben und nach Möglichkeit gestärkt werden, was eine entsprechende Personalausstattung voraussetzt. Die jeweilige Lotsen- und Clearingfunktion der SpDis und/oder des ÖGD sollte klar zugeordnet sein, dabei sollten hoheitliche Aufgaben dem ÖGD zugeordnet werden. Der bisherige Auftrag und die bezirkliche Zuständigkeit der SPDi und PSB bedarf keiner grundsätzlichen Korrektur.

Eine Hinwirkungsverpflichtung zur flächendeckenden Schaffung von Krisendiensten bzw. regionaler Krisenkonzepte an der Schnittstelle der Leistungsträger SGB V, SGB XII und kommunale Daseinsvorsorge ist zu normieren.

Grundsätze wie Sozialraumorientierung der Hilfen, Partizipation, Dialog, Empowerment und weitere sind als Auftrag bzw. Qualitätskriterium zu normieren.

Eine Fokussierung auf die Verbesserung der Zusammenarbeit der beteiligten Akteure (Leistungsträger und Leistungserbringer) darf nicht auf Kosten der Beachtung der in der UN-Konvention ausgeführten Menschenrechte der Klienten erfolgen (siehe Artikel 22: Achtung der Privatsphäre).

5. Prävention:

Auch wenn das Thema psychiatrische Prävention in vielen Versorgungssystemen nur eine untergeordnete Rolle spielt, erscheint es doch wichtig, es im Rahmen eines Gesetzes zu verankern, da hier eine erhebliche sozialmedizinische und gesundheitspolitische Bedeutung liegt. Staat und Versorgungseinrichtungen müssen sich dazu bekennen, diese Aufgaben zu übernehmen. Im Wege des Konsensprozesses wäre zu klären, was Inhalt der Prävention sein kann und konkret in Bayern welche Aufgabe übernimmt.

6. Heim-/ Langzeitversorgung:

In Bayern besteht eine Vielzahl von – teilweise geschlossenen – Heimeinrichtungen für psychisch Kranke, die chronisch psychisch Kranke beherbergen. Sie haben damit Funktionen der früheren „Langzeiteinrichtungen“ der psychiatrischen Bezirkskrankenhäuser übernommen. Hier gibt es eine große Trägervielfalt. Auch in diesem Bereich muss die Regelung eines PsychKHGs angewandt und umgesetzt werden, da es gerade in diesem Bereich Unterbringungen, Zwangsmaßnahmen aber auch Hilfeangebote zu regeln gilt. Auch die Qualitätssicherung ist in diesem Bereich zu gewährleisten. Dabei sind die Rollen und Schnittstellen von Besuchskommissionen, Heimaufsicht und der Leistungsträger im Rahmen ihrer Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu beschreiben.

7. Häusliche / ambulante Versorgung:

Auch für die ambulante psychiatrische und/oder gerontopsychiatrische Versorgung müssen die Regelungen eines PsychKHG gelten, insbesondere bei häuslichen frei-

heitsbeschränkenden und Zwangsmaßnahmen (z.B. Zwangsmedikation). Auch hier ist der Bereich der Qualitätssicherung zu gewährleisten.

8. Schutz und Qualitätssicherung:

Es sollte ein flächendeckendes System von unabhängigen Beschwerdestellen eingerichtet und die Rolle der Patientenfürsprecher klar beschrieben werden, dadurch werden die Rechte der Betroffenen gestärkt und die Versorgung psychisch kranker Menschen verbessert. Dabei wären Auftrag, Versorgungsgrad und die Rahmenbedingungen wie Finanzierung, Verbindlichkeit, Ehrenamt, Schulung und Supervidierung der Beschwerdestellen und Patientenfürsprecher zu regeln. Die Institutionen sind verpflichtet, die Patienten, bzw. Klienten bzw. ihre Bewohner über ihre Rechte auf dem Laufenden zu halten. In anderen Bundesländern (z.B. Sachsen-Anhalt) gibt es Erfahrungen mit Besuchskommissionen, die unter Leitung einer zum Richteramt befähigten Person und unter Einbeziehung einer multiprofessionellen Kommission einschließlich von Angehörigen und Betroffenen alle Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung, auch außerklinische, besucht und deren Versorgungsleistungen wie auch -qualität dokumentiert und veröffentlicht. Solche Vorgehensweisen führen zu mehr Transparenz und Akzeptanz. Auftrag, Rahmenbedingungen und Verbindlichkeit der Feststellungen der Besuchskommissionen sind zu regeln. Sowohl bei den Beschwerdestellen wie auch den Besuchskommissionen sind Angehörigen- und Selbsthilfevertreter einzubinden.

Die Rolle der Regionalen Steuerungsverbände, Gemeindepsychiatrischen Verbände (GPVs) und Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften (PSAGs) als koordinative Organe der Gemeindepsychiatrie und als Instrument der regionalen Qualitätssicherung sollte verankert werden. Weiter sind für alle gemeindepsychiatrischen Angebote verbindliche Dokumentations- und Qualitätsstandards einzuführen.

9. Berichtserstattung, Planung und Steuerung:

Zur Erhöhung der Transparenz der Mittelverwendung muss eine systematische, flächendeckende und kostenträgerübergreifende Psychiatrieberichterstattung unter der Beteiligungsverpflichtung aller Akteure im Gesetz verankert werden. Dazu bedarf es (untergesetzlich) einer Vorgabe bzw. der Festlegung relevanter Kennzahlen. Mittelfristig könnte neben der Ermittlung des Ressourcenaufwandes auch Ergebnisqualität er-

fasst werden. Die relevanten Kennzahlen müssen regelmäßig von der Staatsregierung veröffentlicht werden. Daran muss sich dann auch die weitere Planung in Bayern orientieren.

Es bedarf in diesem Kontext der Einbeziehung der Staatsregierung mit den Ressorts Gesundheit, Soziales, Inneres, Finanzen und Justiz. Geregelt werden sollten hier auch die Rolle eines Psychiatrieausschuss und gegebenenfalls eines unabhängigen Psychiatriebefragten.