



Stellungnahme Freie Wohlfahrtspflege Bayern zur Anhörung des Gesundheitspolitischen Ausschusses des Bayerischen Landtages am 24. Juni 2014

Die Freie Wohlfahrtspflege Bayern (FW Bayern) begrüßt grundsätzlich, dass der Bayerische Landtag mit der Anhörung im Gesundheitspolitischen Ausschuss am 24. Juni 2014 die Tür zu einer Gesetzesinitiative aufgemacht hat und bedankt sich für die Möglichkeit, zu dieser Thematik Stellung zu nehmen.

Entgegen dem Bericht der Bayerischen Sozialministerin vom 6. Mai an den Bayerischen Landtag das Unterbringungsgesetz und ein Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG) betreffend, können wir die dort vorgenommene Trennung in zwei Gesetze mit unterschiedlichen Regelungsinhalten nicht nachvollziehen

Unterbringung in einer psychiatrischen Einrichtung steht am Ende einer Kette von Maßnahmen und Interventionen und ist damit untrennbar verknüpft mit Hilfen. Die entsprechenden Verfahren der Unterbringung können systematisch gar nicht geregelt werden, ohne auf vor- und nachgeschaltete Systeme bezogen zu sein. Wir reden als FW Bayern von daher über ein **Gesetzesvorhaben zur Weiterentwicklung des Bayerischen Unterbringungsgesetzes zu einem modernen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz.**

1. Braucht Bayern ein Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz?

Die Frage, ob Bayern ein so verstandenes PsychKHG braucht, wird von der FW Bayern eindeutig mit ja beantwortet.

Das hier in Rede stehende Gesetz hat die Aufgabe, die Einschränkungen des grundgesetzlich garantierten Rechts der Freiheit der Person so zu regeln, dass die Verletzung der Grund- und Menschenrechte an dieser Stelle als letztes Mittel und so selten wie möglich geschieht. Die hohen Unterbringungsraten in Bayern und auch die regionalen Unterschiede bei den Unterbringungsraten deuten darauf hin, dass dieses Regelungsziel verfehlt wird. Bei der Betrachtung dieser Problematik ist dabei immer auch ein Zusammenhang mit der bundesgesetzlich geregelten zivilrechtlichen Unterbringung nach dem Betreuungsrecht herzustellen.

Im Folgenden formulieren wir die aus unserer Sicht wesentlichen Aspekte und Bereiche im Arbeitsprozess:

2. Welche Bereiche soll es umfassen?

2.1. Unterbringungsgesetz

Wir können der Staatsregierung folgen, wenn sie einen grundsätzlichen Modernisierungs- und Überarbeitungsbedarf des Unterbringungsgesetzes feststellt. Mit der Begründung für diesen Bedarf - „geänderte Lebensumstände“ und „aktuelle Rechtsprechung“ - bleibt die Staatsregierung aber im Vagen. Die UN-BRK und auch die Urteile des Bundesverfassungsgerichts im Jahr 2011 zur Zwangsbehandlung machen wichtige Vorgaben, die gesellschaftlich breit diskutiert gehören und in die einschlägigen Gesetze auf Bundes- und auf Landesebene einfließen müssen.

Insbesondere die Artikel 12 und 14 der UN-BRK verweisen auf diesen Diskussi-

ons- und Handlungsbedarf.

Artikel 12 geht von einer uneingeschränkten rechtlichen Handlungsfähigkeit aus, aus der die Verpflichtung abgeleitet wird, diejenige Unterstützung für Menschen mit Behinderungen zu gewährleisten, die sie in die Situation bringt, selbst frei und informiert zu entscheiden: die unterstützende Entscheidungsfindung („supported-decision-making“).

Artikel 14 fordert, dass „jede Freiheitsentziehung im Einklang mit dem Gesetz erfolgt und dass das Vorliegen einer Behinderung in keinem Fall eine Freiheitsentziehung rechtfertigt“. Eine Überarbeitung rechtlicher Vorschriften nach Vorgabe von Artikel 14 UN-BRK muss sicherstellen, dass die Unterbringung als Ausnahme nur dann erfolgt, wenn alle anderen Möglichkeiten zur Hilfestellung und Unterstützung geprüft wurden und sich als nicht hinreichend geeignet erwiesen haben. Damit verbunden ist eine Gewährleistungspflicht für Gesetzgeber, Leistungsträger und staatliche Stellen, dass in allen Regionen die Hilfen wohnortnah, in ausreichendem Umfang und in fachlicher Qualität zur Verfügung stehen, um Unterbringungen und weitere Zwangsmaßnahmen zu vermeiden.

Gleiches ergibt sich auch aus den Vorgaben des BVerfG zur zentralen Bedeutung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes. Denn Fragen der Verhältnismäßigkeit stellen sich nicht erst bei der Anwendung von Zwang in einem konkreten Einzelfall zum Zeitpunkt einer Eskalationssituation im derzeitigen System der psychiatrischen Versorgung, sondern bereits bei der Ausgestaltung der Rahmenbedingungen in diesem System. Weichenstellungen für strukturelle und fachliche Fortentwicklungen bei den Hilfen im Vorfeld bis hin zu den Interventionen in der Klinik sind erforderlich. Wird in diesem Sinne nicht alles Notwendige und Mögliche staatlicherseits getan, um die Mittel und Praktiken der psychiatrischen Versorgungssysteme dergestalt zu entwickeln, dass akute Krisen anders als mit Zwangsmitteln bzw. mit dem mildesten Mittel beantwortet werden, kann sich der Staat nicht auf Zwang als „Ultima Ratio“ berufen.

Die FW Bayern fordert im Rahmen der Weiterentwicklung des Unterbringungsgesetzes zu einem PsychKHG eine Auseinandersetzung mit den Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention in Artikel 12 und 14, nach dem eine Behinderung in keinem Fall eine Freiheitsentziehung rechtfertigt, v.a. nicht, wenn nicht Sorge getragen wird, dass alle Mittel zur Vermeidung von Zwang vorhanden sind.

2.2. Krisendienste: Krisenpensionen/Rückzugsräume und Implementierung von Home Treatment

Im Fünften Sozialgesetzbuch ist im § 27 rechtlich normiert, dass bei der Krankenbehandlung den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen ist. Darüber hinaus formuliert Artikel 25 der UN-BRK das Recht von Menschen mit Behinderung auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung. Die Vertragsstaaten sind aufgefordert, Gesundheitsleistungen so gemeindenah wie möglich zu erbringen. Auch die Dienste und Einrichtungen der Eingliederungshilfe sind so auszustatten und vorzuhalten, dass sie gerade Menschen mit schweren und chronifizierten psychischen Erkrankungen ein Höchstmaß an Selbstbestimmung ermöglichen und die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens gewährleisten (vergleiche Artikel 26 UN-BRK).

Versorgungslücken können – wie oben ausgeführt – zu mehr Zwangsmaßnahmen führen. Frühe und aufsuchende, personenzentrierte Hilfen möglichst in der Lebenswelt der Patientinnen und Patienten sowie verlässliche und kontinuierliche Beziehungen hingegen ermöglichen ein Mehr an Selbstbestimmung. Zur

Wahrung ihrer Bürger- und Freiheitsrechten gehört es, Menschen in psychischen Krisen qualifizierte ambulante Hilfen zur Seite zu stellen. An diesen Prinzipien müssen sich die Hilfesysteme orientieren.

In der Konsequenz bedeutet dies den Ausbau einer flächendeckenden und ausreichenden ambulanten Versorgung mit aufsuchender Krisenintervention sowie niederschweligen Behandlungsangeboten. Eine Weiterentwicklung der stationären Behandlung als auch der ambulanten und stationären Teilhabeleistungen in diesem Sinne ist dazu notwendig.

Home Treatment – verstanden als wohnfeldnahe psychiatrische Akutbehandlung mit multiprofessionellem Behandlungskonzept und Alternative zur herkömmlichen stationären Krankenhausbehandlung – wäre ein Aspekt bei der Weiterentwicklung des stationären Psychiatriesettings. Im Zentrum dieses Angebotes steht ein multiprofessionelles Team (Mobiles Krisenteam), das in der Lage ist, den akutpsychiatrisch behandlungsbedürftigen Patienten in seiner gewohnten Umgebung im Rahmen eines mit ihm vereinbarten Behandlungsplanes zu betreuen. Das familiäre / soziale Umfeld wird in die Behandlung eng mit einbezogen, um dadurch Symptomlinderung beim Patienten und Entlastung im sozialen Netzwerk zu erreichen. Darüber hinaus fördert die wohnfeldnahe Behandlung die Lebensqualität. Die Dauer der Behandlung übersteigt in der Regel nicht die einer stationären. Das Mobile Krisenteam arbeitet an sieben Tagen in der Woche in enger Kooperation mit der Psychiatrischen Klinik und dem diensthabenden Arzt der Klinik. Es ist damit ein Scharnier an der Schnittstelle zwischen sozialpsychiatrischer Begleitung und stationärer psychiatrischer Behandlung. Home Treatment ist eine Methode gemeindenaher Akutversorgung um im Krisenfall Krankenhausaufenthalte zu vermeiden. Es versucht die Lücken in der Versorgung zu schließen und die betroffenen Menschen möglichst in ihrem vertrauten Umfeld zu belassen. Der Behandlungsort verlagert sich in das häusliche Umfeld der Klienten.

Eine gut funktionierende psychiatrische Krisenversorgung gewährleistet eine professionelle, flexible Soforthilfe möglichst rund um die Uhr und bedarf keiner hochschwelligeren Zugangsvoraussetzungen: keine ärztlichen Überweisungen oder vergleichbare Anträge und Hilfe auch ohne Angabe von persönlichen Daten. Die Ursachen für die Inanspruchnahme eines Krisendienstes können dabei sehr heterogen sein: gelegentlich auftretende Dekompensationen oder krisenhafte Zuspitzungen bei Menschen mit einer schweren und chronischen Erkrankung oder Menschen in Lebenskrisen, mit Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen unterschiedlichster Art, akute Belastungssituationen Angehöriger und mittelbar Betroffener oder Polizeieinsätze.

Krisenhilfe erfordert Zeit, um deeskalierend zu wirken, um zu beruhigen, zu ermutigen, bis eine ggf. notwendige Überleitung zu spezifischen Hilfen gelingt.

Punktuell – Nürnberg/Mittelfranken, München, Regensburg und Würzburg – wurden in Bayern in den letzten Jahren wirkungsvolle Angebote zur Krisenversorgung aufgebaut. Die Sozialpsychiatrischen Dienste leisten dazu ihren Beitrag. Diese regionalen Krisendienste haben gezeigt, dass psychiatrische Soforthilfe erfolgreich sein und effizient organisiert werden kann. Eine flächendeckende Verankerung von Diensten mit konkreten organisatorischen und strukturellen Vorgaben und Ausstattungen sowie vergleichbaren Arbeitsweisen ist allerdings bislang ausgeblieben. Eine Krisenversorgung gibt es für den Großteil der bayerischen Bevölkerung nicht.

Eine zeitgemäße Krisenversorgung - gemeindenah, niedrigschwellig, ambulante Behandlungsteams des Home Treatment und das zur Verfügung stellen von Rückzugsmöglichkeiten wie beispielsweise Krisenpensionen - leistet einen we-

sentlichen Beitrag für eine gewaltfreiere Psychiatrie und ist einer inklusiven Gesellschaft, wie sie der Staat erreichen möchte, zuträglich.

Die FW Bayern fordert die Bayerische Staatsregierung auf, den Prozess für eine flächendeckende Krisenversorgung auf der Grundlage des Konzeptes des Bezirkstags aus dem Jahr 2012 zu initiieren und durchzusetzen.

2.3. Psychiatrieberichterstattung

Durch Gesellschaft und Politik muss die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention gewährleistet und größtmögliche Versorgungsgerechtigkeit und optimale Ressourcenallokation in der Krankenversorgung erreicht werden. Dazu notwendige Informationen müssen ermittelt und den Entscheidungsträgern zur Verfügung gestellt werden.

Bayern steht vor großen Herausforderungen:

- Förderung des psychischen Wohlbefindens seiner Bevölkerung,
- Verhütung psychischer Gesundheitsprobleme gerade auch in marginalisierten und vulnerablen Gruppen und
- Behandlung, Versorgung und Unterstützung der Genesung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen.

Psychische Gesundheit erhält angesichts des Leidens jeder einzelnen Person und der enormen direkten wie indirekten gesellschaftlichen Kosten eine hohe Relevanz.

Eine fundierte „Psychiatrieberichterstattung Bayern“ (Inklusive der Suchtberichterstattung) ist unerlässliche Basis für die Gestaltung bedarfsorientierter Versorgungsangebote für Menschen mit einer psychischen Erkrankung und gibt Aufschluss über deren Lage.

Aufgabe der Psychiatrieberichterstattung ist es, die für rationales Planen und Handeln im psychiatrischen System notwendigen Daten verdichtend darzustellen, zu interpretieren und zu kommentieren. Sie schafft Transparenz durch Information wie Evaluation und ermöglicht den Entscheidungsträgern aus Politik und Verwaltung die Orientierung und Fokussierung bei der Koordination, Prioritätensetzung und beim versorgungsgerechten Ressourceneinsatz. Eine Psychiatrieberichterstattung kann aber auch für alle Bürgerinnen und Bürger – insbesondere auch für Angehörige und Betroffene von Interesse sein, um sich über Aspekte der psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungswirklichkeit in Bayern zu informieren. Die Zersplitterung des Leistungsgeschehens aufgrund fragmentierter Leistungszuständigkeiten macht eine (zusammenführende) Berichterstattung besonders notwendig - aber auch besonders schwierig.

Die Entwicklung einer landesweiten Psychiatrieberichterstattung zur zusammenfassenden Darstellung der psychiatrischen Versorgung in Bayern ist deswegen von herausragender Bedeutung. In anderen Bundesländern sind solche Vorgehensweisen durch Gesetze geregelt (vgl. z.B. die Berichte der Psychiatrieausschüsse in Niedersachsen oder Sachsen-Anhalt oder den Entwurf der Neufassung des PsychKG in Sachsen mit einem eigenen Kapitel §§ 9ff. zur Psychiatrieberichterstattung). Entsprechende Regelungen in Bayern fehlen noch und sind in einem PsychKHG perfekt positioniert.

Beispiel für die Notwendigkeit einer Psychiatrieberichterstattung: Auszug aus dem Ergebnispapier des Expertenkreises Psychiatrie in Bayern vom Mai 2012

Arbeitsgruppe
"Freiheitentziehende Maßnahmen in der Psychiatrie"
im Expertenkreis Psychiatrie

**"Handlungsbedarf bei der geschlossenen Heimunterbringung
psychisch kranker Menschen in Bayern"**

Die Arbeitsgruppe "Freiheitentziehende Maßnahmen in der Psychiatrie" hat ihren Arbeitsauftrag thematisch zweigeteilt: in das Thema "Geschlossen geführte Heime für psychisch kranke Menschen" und in das weiter gehende Thema "Psychiatrische Unterbringung nach Unterbringungsrecht und nach Bürgerlichem Gesetzbuch". Mit dem vorliegenden Papier schließt die AG die Befassung mit dem ersten Thema ab und empfiehlt den zuständigen Stellen die Verfolgung der aufgeführten Punkte.

1. Handlungsbedarf für übergreifende Steuerung

Die Unterbringung von psychisch kranken Menschen in geschlossen geführten Heimen der Eingliederungshilfe nach SGB XII ist ein Schlüsselthema der psychiatrischen Versorgung:

- Bei Unterbringungen in geschlossene Heime sind individuelle Rechte stark eingeschränkt, weshalb diesem Bereich erhöhte Aufmerksamkeit zukommen muss.
- Es sind nur wenige Daten zur Versorgungssituation verfügbar. Die sehr groben Zahlen aus der Landtagsanfrage im Herbst 2011 (weit über 1.200 Plätze in Bayern) zeigen, dass die Zahlen in Bayern im Vergleich zu anderen Bundesländern sehr hoch sind.
- Betroffene und auch viele Experten sind der Auffassung, dass etliche geschlossene Heimaufenthalte vermeidbar seien.
- Viele Akteure (rechtliche Betreuer, Betreuungsrichter, Sozialdienste und Ärzte der Kliniken, Mitarbeiter des Sozialhilfeträgers und der Heimbetreiber...) arbeiten an der "Eingangstür" in die Heime zusammen. Deren institutions- und berufsspezifische Routinen ergänzen sich nicht immer von selbst sinnvoll im Sinne der Betroffenen.
- Es ist nicht klar, wer für die Gesamtplanung der Versorgung in diesem Bereich ("geschlossen") verantwortlich ist.

Dazu kommt eine nicht näher bezifferbare Zahl von psychisch kranken Menschen, die in Altenpflegeheimen geschlossen untergebracht werden, auch wenn sie keine somatische Pflegebedürftigkeit aufweisen.

Die Zahl von geschlossenen Heimplätzen allein ist kein aussagefähiger Indikator für die Qualität der Versorgung. Aus einer niedrigen Zahl kann nicht automatisch auf eine hohe Versorgungsqualität geschlossen werden. Eine hohe Zahl dieser freiheitseinschränkende Maßnahmen - und im Vergleich mit anderen Bundesländern ist sie sehr hoch - muss aber als Aufforderung für weitergehende Recherchen und Datenerhebungen gewertet werden.

Bayern braucht eine kontinuierliche Berichterstattung zur geschlossenen Heimunterbringung, in die schon vorhandenes Wissen und künftig zu erhebende Daten einmünden sollen. Die Berichterstattung bildet die Basis für Qualitätsprozesse.

Wie dargestellt fehlt in Bayern eine Psychiatrieberichterstattung, die regelmäßig bzw. kontinuierlich systematisch die Versorgungssituation überprüft und Empfehlungen zur Weiterentwicklung erarbeitet. Diese ist vom für die psychiatrische Versorgung zuständigen Staatsministerium einzurichten und muss regelmäßig (alle ein bis zwei Jahre) dem Landtag vorgelegt werden. Ein berufener Landes-Psychiatrieausschuss kann mit den Aufgaben, die mit einer Psychiatrieberichterstattung einhergehen, betraut werden.

Zu diesen Aufgaben zählen auch Besuchskommissionen.

Im Bayerischen Unterbringungsgesetz werden Besuchskommissionen vom Staatsministerium des Inneren (!) beauftragt und es besteht keine Berichtspflicht gegenüber dem Landtag. Eine Zusammenschau im Sinne einer Gesundheits- oder Psychiatrie-Berichterstattung ist nicht vorgesehen. So verbleiben mögliche Konsequenzen aus der Arbeit der Besuchskommissionen im Dunkeln bzw. der Beliebigkeit ausgesetzt.

Zu kritisieren ist auch die Zusammensetzung der Kommissionen: nicht vorgesehen ist bislang die Beteiligung von Vertretern der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen.

2.4. Psychiatriebeauftragte/r des Landes Bayern

Das Bild der Psychiatrie in der Öffentlichkeit ist noch immer von Unkenntnis geprägt, und die daraus resultierenden Vorurteile und Ängste gegenüber Menschen mit einer psychischen Erkrankung und deren Angehörigen bedeuten für sie eine enorme gesellschaftliche Barriere. In Zeiten großer Herausforderungen bei der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention mit ihrem inklusiven Ansatz im Hinblick auf

- die grundrechtlich geschützten Freiheits- und Schutzrechte im psychiatrischen Hilfesystem,
 - eine menschenrechtsbasierte Weiterentwicklung der psychosozialen Unterstützungssysteme,
 - zu der eine flächendeckende Krisenversorgung zählt,
- ist es die Aufgabe der Staatsregierung in Bayern für eine koordinierende Stelle zu sorgen, die diese Aspekte in den Blick nimmt und nachhaltig verfolgt. Mit der Einsetzung eines Psychiatriebeauftragten durch die Staatsregierung – analog der Behindertenbeauftragten – werden von diesem die Belange von Menschen mit einer psychischen Erkrankung unabhängig und ressortübergreifend (Innenministerium, Justizministerium, Sozialministerium, Ministerium für Gesundheit und Pflege) vertreten. Die Beratung der Staatsregierung zu einschlägigen Fragestellungen und die Mitarbeit an bayerischen Gesetzesentwürfen und Konzepten gehören zum Kerngeschäft des/der Psychiatriebeauftragten. Als Experte pflegt er die Fachdiskussion mit allen Akteuren in der Psychiatrie.

Durch eine umfassende und regelmäßige Berichterstattung kann er zu einer Versachlichung des Zerrbildes der Psychiatrie in der Öffentlichkeit beitragen und wirkt auf eine ausgewogene, in allen Regionen qualitativ vergleichbare psychiatrische Versorgung hin. Eine besondere Rolle kommt dem Beauftragten bei der und den an ihn herangetragenen Beschwerden nachzugehen. Insofern ist die Funktion einer unabhängigen Ombudsstelle mit juristischer Kompetenz auf Landesebene ebenfalls unter der Verantwortung des Psychiatriebeauftragten zu verorten. Ziel ist es, betroffene Bürger mit psychischer Erkrankung in ihren Rechten zu stärken. Der Psychiatriebeauftragte des Landes Berlin, Heinrich Beuscher, erklärt diese wichtige Funktion so: „Um Fehlentwicklungen und Defizite frühzeitig zu erkennen, benötigen wir neben der Qualitätssicherung durch die Leistungserbringer eine von Leistungserbringern und Kostenträgern unabhängige Interessenvertretung der Nutzer/innen. Beschwerden sind eine gute und wichtige Botschaft für eine Verbesserung der Arbeit!“ und „Viele Nutzer/innen und Betroffene, Angehörige und Mitarbeiter/innen haben sich bereits an uns gewandt, um sich über eigene Erfahrungen oder Missstände in der psychiatrischen Versorgung in Berlin zu beschweren. Wir machen die Erfahrung, dass wir bei Problemen oft schon mit geringem Aufwand viel bewirken können.“

2.5. Unabhängige Beschwerdestellen

Ein weiteres Instrument der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung der psychiatrischen Versorgung stellen unabhängige Beschwerdestellen dar. Dialogisch besetzt, sollen sie möglichst frei von institutionellen Zwängen eine Möglichkeit für Psychiatrie-Erfahrene sein, ihre individuelle Situation zu schildern und zu reflektieren. Beschwerdestellen können dabei in eine Vermittlerrolle treten. Das geht über die in den Kliniken angesiedelten Patientenbeschwerdestellen hinaus.

Unabhängige Beschwerdestellen sind gesetzlich zu verankern und so zu fördern, dass deren Unabhängigkeit auch möglichst gewahrt bleibt.

3. Wie könnte die konkret Umsetzung bzw. die inhaltliche Struktur aussehen?

Da es sich um menschenrechtlich intensive Regelungen und gesellschaftspolitisch hoch bedeutsame Regelungsbereiche handelt, sollte die Staatsregierung aufgefordert werden, einen transparenten und partizipativen Arbeitsprozess über die Fortentwicklung des Systems der psychiatrischen Versorgung bei diesem sensiblen Thema zu organisieren, dem durch einen intensiven parlamentarischen Prozess auch die gebührende politische Aufmerksamkeit zu Teil wird. Zu diesem partizipativen Prozess, unter Einschluss der entscheidenden Akteure, einschließlich der Gruppe der Psychiatrie-Erfahrenen, den Nutzerinnen und Nutzern der Psychiatrie und ihrer Angehörigen, verpflichtet auch die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) in Artikel 4 Absatz 3. Die FW Bayern als weiterer Akteur im psychiatrischen System bietet ihre Beteiligung an diesem Arbeitsprozess an.