

# Stellungnahme zum PsychKG Sachsen von EX-IN Sachsen e.V.

## Inhalt

<b>1. Grundsätzliches</b> .....	<b>1</b>
1.a) Rechtsgrundlagen .....	1
1.b) Umbenennung des PsychKG.....	1
1.c) Aufbau des Sächs. PsychKHG .....	1
<b>2. Verbesserung der Mitbestimmung/Partizipation von Menschen mit einer psychischen Erkrankung und/oder Behinderung</b> .....	<b>2</b>
2.a) „Nichts über uns ohne uns!“ .....	2
2.b) Die Umsetzung der in der Versorgung psychisch kranker Menschen relevanten Bereiche des Bundesteilhabegesetzes (BTHG).....	3
<b>3. Verbesserung der psychiatrischen Versorgung</b> .....	<b>4</b>
3.1. Ressourcenorientierung .....	4
3.2. Einsatz von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen als Mitarbeiter*innen.....	5
3.3. Stärkung ambulanter Versorgungsstrukturen .....	5
3.4. Die Einbeziehung und Förderung alternativer Betreuungs-und Unterbringungsformen .....	6
3.5. die Gewährleistung der Versorgung von Menschen mit einem psychischen Hilfebedarf .....	6
<b>4. Entstigmatisierung</b> .....	<b>7</b>
4.1. öffentliche Informationspflicht / Transparenz.....	7
4.2. Aufklärung über Wirkung von Ableismus und Diskriminierung.....	7
<b>5. Maßnahmen gegen den Willen der Patienten</b> .....	<b>8</b>
5.1. Zwangsmaßnahmen .....	8
5.2. Unterbringung.....	9
<b>6. Dokumentation, Evaluierung und Meldepflicht</b> .....	<b>9</b>
<b>Anhang 1</b> .....	<b>10</b>
Textfassungen aus anderen Bundesländern zur Einrichtung von Beschwerde- und Informationsstellen sowie Ombudsstelle.....	10

# Stellungnahme zum PsychKG Sachsen von EX-IN Sachsen e.V.

## 1. Grundsätzliches

Wir benennen hier die Themen, die für eine Überarbeitung des Sächs. PsychKG primär aus der Sicht von Betroffenen und deren Angehörigen von Relevanz sind und die aktuelle Rechtslage beachten.

Uns ist es vor allem wichtig, dass ein Gesetz, das sich dem Namen nach mit den Hilfen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung befasst, dies auch inhaltlich widerspiegelt und nicht primär als Gesetz zur Regelung von Zwangsmaßnahmen und Unterbringung gestaltet wird. Diese bisher sehr einseitige Schwerpunktsetzung des sächs. PsychKG trägt massiv zur Stigmatisierung psychischer Erkrankungen bei.

### 1.a) Rechtsgrundlagen

Zu den neu zu berücksichtigenden Rechtsgrundlagen gehören:

- die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK),
- die UN-Kinderrechtskonvention
- das Bundesteilhabegesetz (BTHG/SGB IX)
- die Umsetzung des ITP (integrierter Teilhabepan) Sachsen
- die Einbeziehung des Aktionsplans der Sächsischen Staatsregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK)

Hierzu liegen bisher keine gefassten Regeln im Sächs. PsychKG vor. Deshalb bedarf es eines vollkommen neuen Abschnitts sowie diverser neuer Einzelregelungen, um diese Gesetze in Sachsen konkret auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen und/oder Behinderungen umzusetzen.

### 1.b) Umbenennung des PsychKG

In Anlehnung an die Fassung des Gesetzes in Baden-Württemberg und Bayern empfehlen wir, das PsychKG umzubenennen, um die Allgemeingültigkeit für den Einsatz der Hilfen für alle Menschen mit einer psychischen Erkrankung und/oder Behinderung zu verdeutlichen sowie den Hilfecharakter zu betonen.

#### **Vorschlag für einen neuen Namen:**

Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für Menschen mit psychischer Erkrankung und/oder Behinderung  
Kurz: **Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz = PsychKHG**

### 1.c) Aufbau des Sächs. PsychKHG

Um sicherzustellen, dass das PsychKHG seinem Namen entsprechend als Gesetz zur Hilfe für alle Menschen mit einer psychischen Erkrankung und/oder Behinderung verstanden wird, halten wir es für sinnvoll, eine klare Gliederung vorzunehmen, die den unterschiedlichen Themen- und Anwendungsbereichen entsprechen. Damit sollen künftig Missverständnisse, Fehldeutungen und Stigmatisierungen vermieden, eine bessere Übersicht hergestellt und gleichzeitig die Rechtssicherheit gewahrt werden.

#### **Vorschlag für einen neuen Aufbau:**

- a) Präambel (nach dem Vorbild des PsychKHG in Bayern und PsychKG Berlin)
- 1) Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen und/oder Behinderungen
- 2) Maßnahmen gegen den Willen von Menschen mit psychischen Erkrankung und/oder Behinderung
- 3) Unterbringung
- 4) Forensik

## 2. Verbesserung der Mitbestimmung/Partizipation von Menschen mit einer psychischen Erkrankung und/oder Behinderung

### 2.a) „Nichts über uns ohne uns!“

Es geht um die konkrete **Umsetzung der seit 2009 in der BRD gültigen UN-BRK**, in der die Partizipation (Einbeziehung und Mitbestimmung) der Behinderten in allen sie betreffende Bereiche gefordert wird: „Nichts über uns ohne uns!“ Dazu gehört das Recht auf Selbstbestimmung und auf Partizipation auf drei Ebenen:

#### a) Selbst- und Mitbestimmung auf individueller Ebene:

- aktive Einbeziehung und Mitbestimmung bei der Behandlungsplanung, entsprechender Abschluss einer personenbezogenen Behandlungsvereinbarung (*Vorschlag siehe Anhang 2: BV vom UKE Hamburg*)
- Pflicht zur Aufklärung; Mitwirkung und Mitbestimmung der Betroffenen bei der Behandlung, einschließlich der Medikation (z.B. durch Behandlungskonferenzen statt Visiten, keine Gruppenvisiten)
- Mitspracherecht bei Abschluss-/Entlassberichten
- Selbstbestimmung und Mitsprache- incl. Vetorecht bei der Weitergabe von personenbezogenen Daten
- Respektierung des Patientenwillens bei Vorliegen einer speziellen psychiatrischen Patientenverfügung (*zur Orientierung dient die Münchner Patientenverfügung: siehe Anhang 3*)
- Schaffung von Möglichkeiten, zeitnah Bedürfnisse, Beschwerden und Anliegen inner- und außerhalb der betreuenden Einrichtungen vortragen zu können und sich sowohl bei persönlichen Entscheidungen als auch rechtlich unterstützen und beraten zu lassen.
- Beschwerdemanagement der Einrichtungen inkl. Antwortpflicht bei nichtanonymisierten Beschwerden
- freie Wahl der (vorhandenen) Therapeuten auch bei einer stationären Unterbringung (die Beziehungsgestaltung ist ein wichtiger Teil des therapeutischen Prozesses)
- freie Wahl der Klinik unabhängig von Sektoren bei geplanten Behandlungsterminen

#### b) Mitbestimmung auf institutioneller Ebene:

in denen Menschen mit einer psychischen Erkrankung und/oder Behinderung arbeiten, lernen, behandelt werden oder dauerhaft untergebracht sind, u.a. durch

- Einrichtung von unabhängigen Patienten-, Behinderten- bzw. Bewohnerräten, Runden Tischen etc. die insbesondere bei Entscheidungen mitbestimmen, die die betreuende Einrichtung betreffen (z.B. Um- und Neubauten, Ausstattung, Zimmergestaltung, Therapieangebote etc.)
- Förderung der Arbeit und Mitspracherecht von Patientenführsprechern auch in der Klinikleitung

#### c) Mitbestimmung auf politischer und gesellschaftlicher Ebene

- in allen relevanten lokalen und überregionalen Gremien, auch bei der Gestaltung von sie betreffenden Gesetzestexten (z.B. Beteiligung und Mitbestimmung nicht nur bei der Evaluierung, sondern auch bei der Fassung des neuen PsychKHG – wir sind als Nutzer\*innen des Versorgungssystems nicht nur ein wichtiger Teil der Entscheidungsprozesse – sondern auch Fachexperten),
- bei der Entwicklung von Leistungsangeboten zur Behandlung und Unterstützung sowie von Angeboten für die medizinische und berufliche Rehabilitierung,
- Einrichtung von unabhängigen Beschwerde- und Informationsstellen (vgl. PsychKHG Berlin § 11) sowie einer zentralen Ombudsstelle (vgl. PsychKHG Baden Württemberg §§ 9 u. 10), (*siehe Anhang 1*) die paritätisch trialogisch zu besetzen sind, und eng mit den Besuchskommissionen sowie den Patientenführsprechern kooperieren.

**Erläuterung:** In der bisherigen Fassung des PsychKG war die Mitbestimmung vorrangig reduziert auf die individuellen Entscheidungsprozesse und die Mitwirkung in lokalen Gremien.

Insbesondere die institutionelle Partizipation ist bisher in Sachsen weder gesetzlich verankert, noch gibt es entsprechende Strukturen in den sächsischen Einrichtungen (aktuell gibt es sie nur in den Werkstätten – geregelt durch das BTHG – mit vielen unbefriedigenden Einschränkungen).

Dieser Zustand führt bei den Betroffenen zur Wahrnehmung des passiven Ausgeliefertseins einer medizinischen, staatsgewaltlichen und ökonomischen Perspektive, in der die Meinungen und die Bedürfnisse der Betroffenen (besser: Nutzer\*innen) viel zu wenig beachtet werden. Empowerment (Eigenverantwortung und Selbstermächtigung) kann aber nur entstehen, wenn aktive Mitwirkung und Mitbestimmung auch strukturell gefördert und paternalistische Prinzipien abgebaut werden. Das Erleben von Selbstwirksamkeit stärkt die Mitwirkungsbereitschaft sowohl im individuellen als auch im gesellschaftlichen Bereich. Insofern hat die Stärkung von Mitbestimmungsformen auch für die Menschen selbst eine therapeutische und damit genesungsfördernde Wirkung.

Textvorschläge:

**Patienten- bzw. Bewohnerräte** sind Betroffenenvertretungen, die in stationären Einrichtungen gebildet werden (müssen). Mitglieder eines Patienten- bzw. Bewohnerrates können sowohl ehemalige als auch aktuell behandelte Patienten bzw. Bewohner der Einrichtung sein. Zur Unterstützung können auch Mitarbeiter der Einrichtung von den Patienten gewählt werden, die jedoch grundsätzlich keine Mehrheit im Patienten- bzw. Bewohnerrat darstellen dürfen. Patienten- und Bewohnerräte vertreten die Interessen der Patienten und Bewohner und sind an allen Entscheidungen zur Gestaltung der Einrichtung zu beteiligen. Sie haben uneingeschränktes Mitbestimmungsrecht zu allen Belangen der Einrichtung, in der sie tätig sind.

**Runde Tische** dienen der Qualitätssicherung in den Einrichtungen und in den Versorgungsregionen sowie zur Sicherung der Nutzer\*inneninteressen (Sicherung und Schaffung von nutzerorientierten Angeboten). An Runden Tischen sind Vertreter von vier Gruppen mit uneingeschränktem Stimmrecht zu beteiligen: Leistungserbringer, Kostenträger, Nutzer\*innen und Angehörige.

## **2.b) Die Umsetzung der in der Versorgung psychisch kranker Menschen relevanten Bereiche des Bundesteilhabegesetzes (BTHG).**

Maßstab hierfür ist die konsequente Einhaltung der personenzentrierten Versorgung mit Wahrung der individuellen Entscheidungsfreiheit – u.a. mit einer entsprechend individuell abgestimmten und dialogorientierten Behandlungs- und Hilfeplanung für Leistungsberechtigte.

Dazu gehören u.a.:

- konsequenter Einsatz der Integrierten Teilhabepflicht (ITP) zur Ermittlung von Hilfebedarfen entsprechend persönlicher Zielsetzung und Ressourcen
- Befähigung der Betroffenen, an der Entwicklung ihres eigenen ITP aktiv und informiert mitwirken zu können – z.B. mit Hilfe einer vorgeschalteten Weiterbildung der Betroffenen (angepasst an das individuelle Verständnisniveau) – durch entsprechend qualifizierte Beratungsstellen (z.B. EUTB). Der dafür erforderlicher Mehraufwand muss geregelt werden.
- Unterstützung bei der Gestaltung einer individuellen Patientenverfügung, die speziell auf die Bedürfnisse von Menschen mit einer psychischen Erkrankung zugeschnitten ist.

Zur Orientierung dient die „Münchener Patientenverfügung“, die aktuell am besten bestehende Rechtsnormen beachtet. (*siehe Anhang 3*)

Vgl. u.a.:

[https://www.laek-thueringen.de/aerzte/recht-und-goae/hinweise\\_rechtsinformationen\\_jura/patientenverfuegung\\_in\\_der\\_psychiatrie/#:~:text=In%20psychiatrischen%20Patientenverf%C3%BCgungen%20findet%20sich,die%20psychiatrische%20Patientenverf%C3%BCgung%20vorgebeugt%20werden.](https://www.laek-thueringen.de/aerzte/recht-und-goae/hinweise_rechtsinformationen_jura/patientenverfuegung_in_der_psychiatrie/#:~:text=In%20psychiatrischen%20Patientenverf%C3%BCgungen%20findet%20sich,die%20psychiatrische%20Patientenverf%C3%BCgung%20vorgebeugt%20werden.)

### 3. Verbesserung der psychiatrischen Versorgung

In der Psychiatrie/Psychologie gibt es eine rasante Entwicklung moderner Verfahren und neuer Erkenntnisse. Wir erleben aber, dass an Behandlungskonzepten festgehalten wird, die solche neuen Entwicklungen nicht widerspiegeln. Insbesondere die aktive Einbeziehung der Betroffenen selbst und die Förderung ihrer eigengesteuerten Ressourcenaktivierung fehlen in Sachsen bisher fast vollständig. Innovative Behandlungsansätze müssen stärker gefördert und Ergebnisse von Modellprojekten publiziert werden. Die ganzheitliche Betrachtung des Menschen als bio-psycho-soziales Modell sollte zu den allgemeingültigen Grundsätzen des neuen PsychKHG gehören. Die Unterstützung durch Hilfen, Rehabilitierungsangeboten, Zugang zu beruflicher Ausbildung und Studien, die zugeschnitten sind auf die speziellen Erfordernisse bei psychischen Erkrankungen, muss weiter ausgebaut werden. Aktuell orientieren sich viele dieser Hilfs- und Rehabilitationsangebote eher an dem Hilfebedarf von Menschen mit körperlichen und/oder kognitiven Einschränkungen, was den Folgen von psychischen Erkrankungen häufig nicht gerecht, sondern – im Gegenteil – als zusätzlich stigmatisierend und demütigend erlebt wird.

Wichtiges Ziel ist zudem die Reduktion von Gewalt, Zwangsmaßnahmen und geschlossener Unterbringungen, bzw. geschlossener Wohnformen. Hierzu müssen Voraussetzungen in Form alternativer (vorrangig ambulanter Angebote geschaffen und gestärkt werden – wie Krisenzimmer als tatsächlich geschützte Rückzugsräume (damit sind Räume gemeint, die nicht geschlossen sind, sondern wo eine ruhige Umgebung und verlässliche Beziehungsangebote Sicherheit vermitteln). Statistiken zum Thema Suizid zeigen, dass bei offener Unterbringung von eigengefährdeten Personen weder die Rate weiterer Suizidversuche noch die Zahl der Entweichungen höher ist als bei geschlossener Unterbringung. Die individuelle Bereitschaft, psychiatrische Unterstützung anzunehmen und vorgeschlagene Therapien aktiv zu nutzen, ist in offenen Strukturen deutlich höher. Insofern ist die offene Unterbringung als milderes und effektiveres Mittel zu bevorzugen und entsprechend gesetzlich auch zu verankern.

(vgl. *Beobachtungsstudie in Lancet Psychiatry (2016; doi: 10.1016/S2215-0366(16)30168-7*).

Wichtig ist für uns, dass das neu zufassende PsychKHG nicht aus Furcht vor dem prozentual geringen Anteil von psychisch erkrankten Menschen mit Eigen- oder Fremdgefährdung so gestaltet wird, dass auch die Patienten in ihren Freiheiten und Rechten eingeschränkt werden, die keiner dieser Gefährdungsgruppen zuzurechnen sind.

Zu den wichtigsten Themen der dringend notwendigen Verbesserung der psych. Versorgung gehören:

#### 3.1. Ressourcenorientierung

- durch ressourcenorientierte Behandlung und Assessment  
(hierzu umfassende Weiterbildung der zuständigen Mitarbeiter\*innen)
- Einbeziehung moderner Behandlungskonzepte und entspr. Weiterbildung und Erfahrungsaustausch des Personals
- Förderung von Eigenverantwortung und Selbstermächtigung (Empowerment)

- Vermeidung von Gewalt- und Zwangsmaßnahmen durch umfassende Deeskalationskonzepte in allen ambulanten und stationären Einrichtungen mit verpflichtender und mind. 1 x jährlicher Weiterbildung des Personals, sowie Sicherung einer ausreichenden Personaldecke. Die aktuelle PPP-RL stellt eine Mindestausstattung in Krankenhäusern dar – ist aber vor allem in der Akutversorgung nicht ausreichend, um adäquat auf belastende und gefährliche Situationen reagieren zu können. Noch problematischer sieht es bei ambulanten Strukturen aus. Auch hier müssen Mindeststandards definiert werden. Eine reine Orientierung an den Anwohnerzahlen (z.B. 1:25.000) führt aber zu Versorgungslücken im ländlichen Raum und verstößt damit gegen das Prinzip einer wohnortnahen Versorgung. Hier müssen andere Schlüssel einbezogen werden – u.a. die Entfernungen zum Wohnort.

### 3.2. Einsatz von Psychatrieerfahrenen und Angehörigen als Mitarbeiter\*innen

Seit über 12 Jahren gibt es in Deutschland umfangreiche und sehr positive Erfahrungen mit dem Einsatz von Peer-Mitarbeitern (eigenerfahrene Menschen nach entsprechender Qualifizierung zum Genesungsbegleiter sowie von Angehörigen zum Angehörigenbegleiter) innerhalb des gesamten psychiatrischen Versorgungssystems. In Sachsen befindet sich diese Erweiterung des Versorgungsangebotes noch sehr in den Anfängen, vor allem weil die Finanzierung zusätzlicher Kräfte für die Einrichtungen als auch die Finanzierung der Ausbildungskosten nicht gesichert sind.

Inzwischen gibt es eine Empfehlung für Peer-Mitarbeiter\*innen in den zugehörigen S3-Leitlinien. Außerdem wurde 2020 der Einsatz von Genesungsbegleitern in der aktuellen PPP-RL gefasst. Darin wird aber eine entsprechende Vereinbarung auf lokaler bzw. regionaler Ebene gefordert, was durch eine Verankerung innerhalb des sächsischen Psych-KHG wesentlich erleichtert werden könnte. Wir empfehlen:

- Verankerung des Einsatzes von entsprechend qualifizierten Peer-Mitarbeitern (Genesungsbegleitern und Angehörigenbegleitern) in allen psychiatrischen Versorgungsstrukturen, Beratungsstellen u.ä.
- Unterstützung der Finanzierung der Ausbildungskosten von Genesungsbegleitern – auch bei Einsatz in Zuverdienststellen
- Unterstützung regelmäßiger Weiterbildung, Supervision und sachsenweiter Vernetzung von eingesetzten Genesungsbegleitern
- aktive Förderung von Selbsthilfestrukturen jeder Art, inkl. weitgehend selbstverwalteter Projekte (z.B. Peer-School, Peer-Cafes, Recovery-College u.ä.)

### 3.3. Stärkung ambulanter Versorgungsstrukturen

Dieser Bereich ist im bisherigen PsychKG sehr unterrepräsentiert und muss zwingend im (neuen) Abschnitt 1 gestärkt werden. Ein niedrigschwelliges Netzwerk wohnortnaher stationärer und ambulanter Behandlungsangebote gehört zur Pflichtversorgung, um einen unmittelbaren Übergang der Patienten in jeweils erforderliche Versorgungsstrukturen zu gewährleisten. Grundsätzlich müssen ambulante Hilfsangebote vorrangig vor einer Krankenhausbehandlung im PsychKG benannt und geregelt werden.

- **Ambulant vor Stationär:** Ausbau ambulanter, wohnortnaher Unterstützungsstrukturen, (z.B. Hometreatment, APP, StÄB, niedrigschwellige Beratung und Begleitung, Krisenzimmer, andere Wohnformen inkl. ambulant betreutes Wohnen)
- engmaschiges Entlassmanagement stationärer Einrichtungen in ambulante Strukturen und zeitweise Nachbegleitung bei Erfordernis (hierzu weitreichende Kooperationen zwischen stationären und ambulanten Leistungserbringern)
- Vernetzung durch Gemeindepsychiatrische Verbände (GPV) (aktuell gibt es einen solchen Verbund nur in Görlitz)

**Textvorschlag: Gemeindepsychiatrische Verbände** im Sinne dieses Gesetzes sind vertragliche Zusammenschlüsse der wesentlichen psychiatrischen Leistungserbringer sowie Angehörigen- und Betroffenenvertreter in einer Versorgungsregion, um mit Hilfe verbindlich vereinbarter gemeinsamer Qualitätsstandards die Versorgung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung zu gewährleisten. Die Qualitätsstandards orientieren sich an den Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände (BAG GPV).

### **3.4. Die Einbeziehung und Förderung alternativer Betreuungs- und Unterbringungsformen**

Bei Suizidalität (Eigengefährdung) werden Menschen entsprechend bisherigem PsychKG zu ihrem Schutz in geschlossene Akutstationen untergebracht. Die dortige oft hochbelastende Situation mit psychisch akut erkrankten Mitpatienten bietet Suizidenten aber oftmals keine wirklich geschützte Atmosphäre und auch keine gute therapeutische Unterstützung in seelischer Not. Hinzu kommt, dass nicht jede Suizidabsicht eine psychische Erkrankung darstellt (z.B. bei bilanziertem Suizid). Für diese Menschen gilt grundsätzlich das Recht auf Selbstbestimmung. Uns ist bewusst, dass dies zu schwierigen Entscheidungssituationen für die Verantwortlichen führt. *(vgl. BverfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26.2.2020/ 2 BvR 2347/15-, Rn. 1-343)*

Auch bei psychischen Erkrankungen wie Depression oder PTBS bieten Akutstationen in der Regel keine guten Rahmenbedingungen. Patienten mit PTBS können z.B. verschlossene Räume sowie die Unruhe und Gewalt auf Akutstationen enorm triggern – und damit die Symptomatik verschlechtern.

Das gleiche gilt für Menschen mit chronischer psychischer Erkrankung, Demenz, Sucht u.ä. Bisher sieht das sächs. PsychKG im Fall der Eigen- oder Fremdgefährdung auch solcher Menschen nur die Unterbringung in psychiatrischen Krankenhäusern vor. Das führt teilweise dazu, dass Patienten monatelang auf Akutstationen verbleiben, weil es kein ausreichendes Platzangebot in anderen passenden Unterbringungseinrichtungen gibt, die besser auf die Behandlung solcher Erkrankungen eingestellt sind.

Entsprechend müssen im neuen PsychKHG (alt u.a.: PsychKG §2 Abs 2) für kurzfristige oder langandauernd erforderliche Unterbringung von Patienten neben den Krankenhäusern auch alternative und speziell autorisierte Einrichtungen aufgeführt werden (z.B. in Form von Krisendiensten, Krisenzimmern, sozialpsychiatrische Wohnstätten; geschützte Trauma-/Suizidschutzstationen – die nicht offen sind für Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen).

### **3.5. die Gewährleistung der Versorgung von Menschen mit einem psychischen Hilfebedarf**

Zu sichern sind die gleichen Zugangsmöglichkeiten zur psychiatrischen Versorgung in allen Teilen Sachsens im Sinne des Art. 3 der Verfassung, unter besonderer Berücksichtigung vor allem des ländlichen Raumes. Oftmals fehlt es hier an wohnortnahen Angeboten.

Die teilweise unzumutbar langen Wartezeiten auf passende psychiatrische Behandlungsangebote (bis zu 3 Jahren auf Spezialplätze z.B. für Traumabehandlung) sind zwingend zu reduzieren, da es sonst zur Chronifizierung psychischer Erkrankung kommen kann.

Ein weiteres Problem stellen die verwirrenden Versorgungsangebote und unklaren Übergänge zwischen den verschiedenen Bereichen der jeweils zuständigen Sozialgesetzgebung dar, die für die Betroffenen wiederum zu längeren Wartezeiten und undurchschaubaren Zugangswegen führen. Dies macht den Nutzer\*innen eine Orientierung und einen niedrigschwiligen Zugang fast unmöglich. Die Vielfalt an Anbietern, uneinheitliche Bezeichnungen für Angebote aller Art wirken nicht nur verunsichernd für die Nutzer\*innen solcher Angebote, sondern auch zu Unklarheiten von Zuständigkeiten bei den Anbietern selbst. Die Orientierung innerhalb der Strukturen sollte auch ohne (vorgeschaltete) Gatekeeper für Nutzer\*innen möglich sein. Das BTHG fordert „Alles wie aus einer Hand“ und hat hier diverse Erleichterungen geschaffen, die aber nicht ausreichend umgesetzt sind.

Besonders problematisch ist es, wenn bestimmte Behandlungsangebote nur bei Mitgliedschaft in speziellen Krankenkassen möglich sind (z.B. integrierte Versorgung). Uns ist klar, dass dieser Zustand nicht dem PsychKHG geschuldet ist.

Insgesamt wäre auch hier mehr Aufklärung über Versorgungsstrukturen erforderlich. Die seitenlangen Übersichten über Hilfsangebote sind nur bedingt sinnvoll, denn das trotzdem notwendige „Weiterreichen“ zwischen den Zuständigkeiten ist für Menschen mit einem akuten psychischen Hilfebedarf unerträglich und wirkt ebenso abschreckend wie die enormen Wartezeiten auf einen Therapieplatz.

## 4. Entstigmatisierung

### 4.1. öffentliche Informationspflicht / Transparenz

Ziel ist die Entstigmatisierung der psychischen Erkrankungen – aber auch der Versorgungsangebote – durch mehr Transparenz und Aufklärung in der Öffentlichkeit und im medizinischen bzw. psychiatrischen und psychosomatischen HilfeSystem. Entstigmatisierung und entspr. Öffentlichkeitsarbeit halten wir für eine wesentliche Grundlage, um die Behandlung psychischer Erkrankungen zu normalisieren.

Dazu gehören nicht nur Informationen über die Abläufe in den Hilfesystemen, sondern auch transparente Informationen über dortige Probleme und entsprechende Schlussfolgerungen / Lösungsansätze.

Eine umfassende Informationspflicht gehört deshalb zwingend in das PsychKHG. Die Information der allgemeinen Öffentlichkeit könnte analog zu der Strategie in Bremen erfolgen, wo jährlich ein Bericht der Besuchskommissionen im Internet veröffentlicht wird. In Sachsen könnte diese jährliche Information auch die einzurichtende Ombudsstelle übernehmen.

*Vgl. u.a.:*

[https://www.bremische-buergerschaft.de/drs\\_abo/2019-02-07\\_Drs-19-2030\\_91f8a.pdf](https://www.bremische-buergerschaft.de/drs_abo/2019-02-07_Drs-19-2030_91f8a.pdf)

[https://www.transparenz.bremen.de/vorschrift\\_detail/bremen2014\\_tp.c.69288.de](https://www.transparenz.bremen.de/vorschrift_detail/bremen2014_tp.c.69288.de)

Neue Behandlungsangebote sollten ähnlich wie neue technische Errungenschaften und Therapien im somatischen Bereich durch die Kliniken bzw. Anbieter in der Öffentlichkeit vorgestellt werden.

### 4.2. Aufklärung über Wirkung von Ableismus und Diskriminierung

Wichtig ist die Aufklärung über die Wirkung von ungerechtfertigter Ungleichbehandlung und Bewertung von Menschen wegen einer körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung (Ableismus).

Diverse Formen von Ableismus gibt es nicht nur in der Öffentlichkeit, sondern auch innerhalb des psychiatrischen Hilfesystems (u.a. Negativerwartung, Pathologisierung statt Salutogenese, Abwertung u.ä.)

Verschiedene Formen des weitverbreiteten Alltags-Ableismus vor allem gegenüber Menschen mit psychischer Erkrankung und/oder Behinderung gehen unmittelbar konkretem diskriminierendem Verhalten voraus - z.B. Ablehnung bei Studien- oder Arbeitsplätzen.

Auch die Unsicherheit, welche Maßnahmen erforderlich sind, um einen Nachteilsausgleich für Menschen mit einer psychischen Erkrankung zu schaffen, kann nur durch mehr Aufklärung und Kooperation mit Betroffenen (Nutzer\*innen) überwunden werden.

*(vgl. hierzu Anhang 4 – Broschüre über Ableismus)*

## 5. Maßnahmen gegen den Willen der Patienten

### 5.1. Zwangsmaßnahmen

Zwangsmaßnahmen dürfen wie bisher grundsätzlich nur in Krankenhäusern durchgeführt werden.

Zwangsmaßnahmen müssen immer das letzte Mittel sein und dem Prinzip der Verhältnismäßigkeit folgen.

Zuvor sollen alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft werden. Dazu zählen wir vor allem:

- beziehungsfördernde Maßnahmen,
- Beruhigung,
- würdige Rückzugsmöglichkeiten,
- Ablenkung,
- Gesprächsangebote,
- Kontakt zu vertrauten Personen herstellen,
- Zeit geben o.ä.

Dies kann z.B. vorab in Behandlungsvereinbarungen und/oder Patientenverfügungen individuell passend definiert werden.

Uns ist bewusst, dass eine gewalt- bzw. zwangsfreie Lösung nicht in jeder Situation möglich ist. Besonders Gewalt in Zusammenhang mit stoffgebundenem Suchtmittelkonsum stellt eine große Herausforderung dar, die möglicherweise personelle Neustrukturierung durch speziell ausgebildete Fachkräfte nötig machen, um für alle die Sicherheit zu erhöhen.

Wir wissen aber auch, dass zumeist aus Personalmangel, Stress u.ä. in der Praxis oft mit Zwangsmaßnahmen reagiert wird, die vermeidbar wären.

Das Personal sowohl in stationären und ambulanten Versorgungsbereichen soll durch regelmäßige, mind. 1 x jährliche Deeskalationsschulungen auf ein effektives Verhalten in problematischen Situationen vorbereitet werden. Die Sicherheit und Unversehrtheit der Patienten ist uns ebenso wichtig wie die Sicherheit und Unversehrtheit des Personals.

Zu Zwangsmaßnahmen bzw. Maßnahmen gegen den Willen der Patienten zählen wir ergänzend zu § 31 PsychKG Satz 1 :

- Unterbringung in geschlossenen Einrichtungen oder in verschlossenen Räumen
- Verweigerung eines vom (einwilligungsfähigen und nicht fremdgefährdenden) Patienten gewünschten Behandlungsabbruchs
- körperliche Fesselungen bzw. Fixierung (egal ob freiheitseinschränkend oder freiheitsentziehend)
- medikamentöse Ruhigstellung und Sicherung
- Einsatz von sichernden Maßnahmen, über die keine ausreichende Aufklärung erfolgt ist oder die ohne Wissen des Patienten durchgeführt werden.

Sämtliche Maßnahmen dieser Art müssen dokumentiert und eine entsprechend einzurichtende Fach- bzw. Ombudsstelle ([vgl. Anhang 1a, § 10](#)) informiert werden.

Alle Formen der Fesselung und Fixierung (einschließlich Bettgitter und Vorsatztisch) erfordern eine zu definierende, engmaschige Überwachung und ein aktives Beziehungsangebot durch das Personal.

Angesichts fehlender personeller Ressourcen wird in der Praxis im Fall von Fixierungen auf sehr unterschiedliche Maßnahmen gesetzt. Sie reichen von regelmäßiger Beobachtung durch ein Sichtfenster, Unterbringung mehrerer fixierter Personen in einem Raum, Kontrollgängen u.ä.

Selbst bei verordneter 1-zu-1-Überwachung ab 3 bzw. 5-Punkt-Fixierungen wird oft unausgebildetes Personal als Sitzwache eingesetzt. Im Bewusstsein, dass jede Form von Fixierungen und bereits die Einleitung

einer Fixierung durch Überwältigung für die betroffenen Menschen eine hochtraumatische Erfahrung ist, müssen hierzu im PsychKHG Regeln gefasst werden, die einen maximal schonenden Umgang garantieren.

Insbesondere medikamentöse Ruhigstellungen und Sicherungen stellen ein großes Problem dar – unabhängig davon, ob dies als therapeutische Maßnahme deklariert wird. Der Einsatz solcher Mittel kann langzeitige gesundheitliche Folgen für die Betroffenen verursachen und in Einzelfällen als Körperverletzung gewertet werden. Deshalb bedarf es einer klaren Begründungspflicht und Meldung des Einsatzes vorwiegend sedierend wirkender Medikamente (z. B. auch niedrigpotenter Neuroleptika).

Als reine Sicherungsmaßnahme sind Medikamente nicht zulässig.

Physische Fixierungen egal welcher Art müssen auf eine maximale Zeit von 2 Tagen festgesetzt werden. Aus der Praxis werden uns immer wieder Fixierungen über mehrere Wochen berichtet (und sind laut PsychKG §31 Abs. 5 derzeit sogar zulässig). Auch mit richterlichem Beschluss verstößt eine solch lange Fixierung aber gegen grundlegende Menschenrechte. Ein Richter, der eine Fixierung über den max. zulässigen Zeitrahmen beschließen soll, muss darüber die unter 6. genannte Fachstelle/Ombudsstelle für Zwangsmaßnahmen umgehend informieren.

Eine „kurzfristige“ Fixierung (PsychKG §31 Abs. 5 Satz 2) ist von der Dauer her genau zu definieren.

## 5.2. Unterbringung

Die Unterbringung eines Menschen in einer dafür autorisierten Einrichtung kann nur in begründeten Ausnahmefällen durchgeführt werden. Die Ausnahme stellt vor allem fremdgefährdendes Verhalten dar, das durch eine psychische Erkrankung bzw. Krisensituation verursacht ist. Eine Unterbringung kann nur für 24 Stunden ohne richterlichen Beschluss erfolgen. Allerdings muss diese Zeitvorgabe so gestaltet werden, dass im vorgeschriebenen Zeitraum eine richterliche Entscheidung durchgeführt werden kann.

(PsychKG §18 Abs 7 Satz 1)

## 6. Dokumentation, Evaluierung und Meldepflicht

Um überhaupt aussagefähig über den Stand von Zwangsmaßnahmen zu werden, ist eine konsequente Dokumentation, Melde- und Evaluationspflicht für alle Maßnahmen gegen den Willen der Patienten einzuführen. Der hierfür nötige Mehraufwand für die Einrichtungen muss klar geregelt werden.

Auch eine verlässliche Statistik über genehmigungspflichtige Maßnahmen gibt es bisher nicht. Damit können weder einrichtungsbezogene noch problembezogene Schwerpunkte identifiziert werden.

Um diese Informationen zu verarbeiten, empfehlen wir die Einrichtung einer speziellen Fachstelle oder einer Ombudsstelle. *(vgl. Anhang 1)*

Zu achten ist darauf, dass die Berichterstattung keinerlei Rückschlüsse auf die Identität der Patienten ermöglicht. Dies muss durch ein entsprechend sicheres Anonymisierungsverfahren garantiert werden.

## Anhang 1

### Textfassungen aus anderen Bundesländern zur Einrichtung von Beschwerde- und Informationsstellen sowie Ombudsstelle

#### a) nach PsychKHG Baden Württemberg

##### § 9

##### **Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher sowie Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen**

(1) Die Stadt- und Landkreise bestellen unabhängige Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher. Die Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher prüfen Anregungen und Beschwerden von Personen im Sinne von § 1 Nummer 1 und deren Angehörigen und wirken in Zusammenarbeit mit den Betroffenen auf eine Problemlösung hin. Bei Bedarf vermitteln sie zwischen den Betroffenen und der stationären, teilstationären oder ambulanten psychiatrischen Versorgungseinrichtung für psychisch Kranke. Voraussetzung für die Übernahme der Tätigkeit sind Kenntnisse über Behandlungs- und Versorgungssysteme für Menschen mit psychischen Erkrankungen.

(2) Die Patientenfürsprecherin oder der -fürsprecher ist Mitglied eines unabhängigen Gremiums auf Ebene der Stadt- und Landkreise (Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle). Kreisüberschreitende Kooperationen sind möglich. Die Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle soll sich aus mindestens einer Vertretung der Psychiatrie-Erfahrenen, der Angehörigen sowie einer Person mit professionellem Hintergrund im psychiatrischen Versorgungssystem zusammensetzen. Sie soll eng mit dem Gemeindepsychiatrischen Verbund zusammenarbeiten. Die Mitglieder der Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Tätigkeit erfolgt im Wege des Ehrenamts, soweit nicht der Stadt- oder Landkreis auf freiwilliger Basis eine anderweitige Einbindung insbesondere in bereits vorhandene Strukturen vorsieht. Im Übrigen finden die §§ 11 bis 16 der Landkreisordnung sowie die §§ 15 bis 19 der Gemeindeordnung Anwendung.

(3) Personen im Sinne von § 1 Nummer 1 und deren Angehörige können sich mit Anregungen und Beschwerden wahlweise an die Patientenfürsprecherin oder den -fürsprecher oder die Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle wenden. Die Eingaben werden nach Möglichkeit im Zusammenwirken aller Gremiumsmitglieder einer Problemlösung zugeführt, wobei die Mitglieder gleichberechtigt zusammenarbeiten. Eingaben, die an die Patientenfürsprecherin oder den -fürsprecher herangetragen werden und bei denen personenbezogene Daten offenbart werden, dürfen nur insoweit mit den übrigen Gremiumsmitgliedern besprochen werden, als die betroffene Person hierzu eingewilligt hat. Des Weiteren gibt die Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle Auskunft über die für die möglichst wohnortnahe Versorgung in Betracht kommenden Hilfs- und Unterstützungsangebote. Die Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle erteilt keine Rechtsberatung. Ihre angemessene Erreichbarkeit ist sicherzustellen. Ihre Tätigkeit ist zu dokumentieren.

(4) Die Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle legt der Ombudsstelle auf Landesebene (§ 10 Absatz 1) einen jährlichen Erfahrungsbericht vor. Kenntnisse über persönliche Belange, die die Mitarbeitenden der Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle im Rahmen ihrer Tätigkeit erlangt haben, dürfen nur in einer Form in die Berichte aufgenommen werden, die keine identifizierenden Rückschlüsse auf einzelne Personen zulässt, es sei denn, diese Kenntnisse sind zur Darstellung des Sachzusammenhangs in einem Bericht unerlässlich und die betroffene Person hat in die Aufnahme eingewilligt.

## § 10

### **Ombudsstelle auf Landesebene, Melderegister**

- (1) Auf Landesebene wird eine Ombudsstelle eingerichtet. Ihr gehört eine Person mit Befähigung zum Richteramt an.
  - (2) Die Ombudsstelle berät die Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen. In dieser Tätigkeit ist sie nicht an Weisungen gebunden. Eine Beratung der Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen in Bezug auf individuelle Beschwerden und sonstige Eingaben, bei denen personenbezogene Daten offenbart werden, darf nur erfolgen, soweit die betroffene Person eingewilligt hat.
  - (3) Die Ombudsstelle hat des Weiteren Sorge zu tragen für die landesweite zentrale Erfassung von Unterbringungsmaßnahmen und Zwangsmaßnahmen innerhalb anerkannter Einrichtungen nach § 14 in verschlüsselter Form in einem Melderegister. Zwangsmaßnahmen in diesem Sinne sind die Zwangsbehandlung, die Fixierung, das Festhalten anstelle der Fixierung, die Absonderung in einem besonders gesicherten Raum und der Zimmereinschluss. Die anerkannten Einrichtungen sind verpflichtet, unter Wahrung des Gebots der Schweigepflicht der Angehörigen der Heilberufe sowie der datenschutzrechtlichen Bestimmungen, die zur Erfassung der Maßnahmen erforderlichen Auskünfte in verschlüsselter Form zu erteilen.
  - (4) Die Ombudsstelle berichtet dem Landtag mindestens einmal in der Legislaturperiode zusammenfassend über die Ergebnisse ihrer Tätigkeit nach den Absätzen 2 und 3. § 9 Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend.
- 

### **b) nach PsychKG Berlin § 11: Beschwerde- und Informationsstelle**

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales und gesellschaftlichen Zusammenhang gewährleistet, dass in Angelegenheiten der psychiatrischen Versorgung individuelle Beschwerden entgegengenommen und die Beschwerdeführenden im Prozess der Beschwerdebearbeitung beraten und begleitet werden sowie die Arbeit der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher nach den § xx und der Besuchskommissionen unterstützt wird (Beschwerde- und Informationsstelle). Sie kann sich hierfür Dritter bedienen. Die Beschwerde- und Informationsstelle ist hinsichtlich ihrer einzelfallbezogenen Aufgabenwahrnehmung fachlich eigenständig und unabhängig von Weisungen. Die unter § x genannten Beteiligten erteilen den Mitarbeitenden der Beschwerde- und Informationsstelle auf Anforderung die zur Bearbeitung von Beschwerden erforderlichen Auskünfte unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorschriften.