

Herrn LtdMR. Dr. Michael Hübsch Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration Winzererstraße 9 80797 München Per E-Mail an: referat-IV5@stmas.bayern.de	Geschäftsstelle Glückstraße 2 86153 Augsburg Tel. 0821/45047863 Fax 0821/45047864 Kontakt@BayPE.info www.psychiatrie-erfahrene-bayern.de Finanzamt Augsburg Steuernummer 103/107/31639 Referentin Nina Theofel M.A. 27.02.2018
Herrn Ministerialdirigent Herwig Heide Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege Haidenauplatz 1 81667 München Per E-Mail an: Referat.Sucht-Aids@stmgp.bayern.de	

Stellungnahme des Bayerischen Landesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V. zum BayPsychKHG (Entwurf 15.01.2018)

Einleitung

Im Bewusstsein des Leids, das durch Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie entsteht; im Bewusstsein des Leids, dass durch psychische Krisen bei Betroffenen und in deren Umfeld entsteht; und im Bewusstsein, dass Gewalt Gewalt niemals nachhaltig löst; nehmen wir in Bezug auf die UN-Behindertenrechtskonvention wie folgt Stellung zum Entwurf des BayPsychKHG im Entwurf vom 15.01.2018:

2014 hatten wir uns gemeinsam mit anderen Akteuren in einen Brief an Ministerpräsident Seehofer für eine Reform des bayerischen Unterbringungsgesetzes ausgesprochen. Wir hatten darauf hingewiesen, dass die Unterbringungszahlen in Bayern überproportional hoch sind. Wir hatten zum Ausdruck gebracht, dass die individuellen Rechte psychisch kranker Menschen und der Schutz, und die Interessen der Gesellschaft an Rehabilitation und Resozialisierung durch ein neues Gesetz gewahrt werden sollen.

Der vorliegende **1. Entwurf des BayPsychKHG erfüllt diese Erwartungen nicht.** Die Chance auf einen breiten Konsens, der dem PsychKHG Akzeptanz auch und gerade bei den Betroffenen gibt, wurde nicht ergriffen. **Wir können den Entwurf als Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener keineswegs voll unterstützen.**

Wir begrüßen ausdrücklich den Diskurs von Verantwortungsträgern in Politik, Fachverbänden und von Bürgern. Wie hoffen, dass dadurch über das vorliegende Gesetzesvorhaben hinaus Lösungen gefunden werden, die die Gesellschaft dauerhaft und nachhaltig unterstützen können.

Mit folgenden Kommentaren hoffen wir, konstruktiv zu Änderungen am Entwurf beitragen zu können.

Kritik und Änderungswünsche im Einzelnen

1. Fehlender Fokus auf Hilfe

Wir kritisieren, dass der **Fokus auf Hilfe**, der im Namen des Gesetzes steht, sich nicht im Inhalt und auch nicht in der Gewichtung von Hilfe- und Unterbringungsteil niederschlägt. Der Hilfeteil ist deshalb für uns so wichtig, weil er Gewalt und Zwang mittel- und langfristig überflüssig machen kann.

Zu unseren Vorschlägen zum Hilfeteil, vgl. unten „Unsere Vision für eine menschlichere Psychiatrie – Genesung ist möglich“

2. Grundsatz der Ultima Ratio

Wir brauchen eine echte Perspektive für eine **andere, gewaltfreiere Psychiatrie**. Dafür müssen Zwang und Gewalt eine echten **Ultima Ratio**, also tatsächlich zur Ausnahme werden. Sie sollen drastisch reduziert und perspektivisch von der Behandlung entflochten werden, um nicht langfristig Gewalt im Kontext der Psychiatrie zu reproduzieren.

Nur mit einer solchen Perspektive der Reduktion von Zwang und Gewalt kann dem Anspruch, ein **Hilfegesetz** zu sein und **Unterbringungen zu reduzieren**, entsprochen werden. Vom ernsthaften Willen des Gesetzgebers, diese Zielsetzung zu verfolgen sind wir noch nicht überzeugt.

Unser Vorschlag: In **Teil 1** (Stärkung der psychiatrischen Versorgung) als **Paragraf 1** vor dem Paragrafen zu den „Krisendiensten“ einfügen:

„Menschen in schweren psychischen Krisensituationen soll umfassende Hilfe zuteilwerden. Zwang und Gewalt in der Behandlung sind letztes Mittel und sollen durch die Entwicklung von Alternativen im Ausmaß ihrer Anwendung mittel- und langfristig reduziert werden, um nachhaltige Behandlungserfolge zu erzielen.“

Dies ist für uns nicht nur programmatische „Prosa“, sondern ein Grundsatz der für den weiteren Diskurs wichtig ist. Die Aufnahme dieser Zielsetzung (hier oder an anderer Stelle) ist für uns daher von zentraler Bedeutung. Sie trägt auch zur Glaubwürdigkeit einer guten Intention des Gesetzgebers bei. Der Grundsatz kann bewusstseinsstiftend wirken und reale schützende Wirkung im Leben der Betroffenen entfalten.

Das Argument der Paragrafenbremse bezieht sich auf ein ehrenwertes Anliegen, kann aber selbstverständlich keinesfalls über dem bislang ungeregelten Schutz der Grundrechte psychisch kranker Menschen stehen. Daher können wir dieses Argument nicht akzeptieren.

3. Haltung im Unterbringungsteil

Die **Sprache und Geisteshaltung im Unterbringungsteil** setzt die Betroffenen in zahlreichen Formulierungen ins Unrecht. Sie sind nicht im Unrecht und dürfen nicht gedanklich in die Nähe von Straftätern gestellt werden. Wir bitten, den Unterbringungsteil bei den folgenden Formulierungen zu überarbeiten, um eine zutiefst stigmatisierende Wirkung – entgegen der erklärten Absicht – zu verhindern:

1. Der Begriff „Missbrauch“ taucht in Teil 2 des Gesetzestextes sechs Mal auf:

- Art. 25: „Missbrauch des Schriftwechsels“
- Art. 26: Entzug von religiösen Schriften bei „grobem Missbrauch“
- Art. 28: 2x Begriff „missbrauchen“ von eingeräumten Freiheiten im Rahmen von Belastungserprobungen
- Art. 35: 2x Begriff „Missbrauch“ einer Stufe der Belastungserprobung

Wir geben zu bedenken, dass der Begriff entsprechend dem allgemeinen Sprachgebrauch eine moralisierende Verurteilung enthält. Es ist zu befürchten, dass er auch in die psychiatrische Praxis zunehmend Einzug erhält und damit unmittelbar auf die Betroffenen wirkt und das Vertrauensverhältnis im klinischen Rahmen untergräbt. Daher plädieren wir für mildere und konkretere, nicht bewertende Formulierungen, z.B.

- Artikel 28: „Wenn die Person im Rahmen einer Belastungserprobung die Station verlässt und nicht wiederkehrt...“

2. Art. 9 (1) Punkt 6: mit einer Belastungserprobung verbundene „Weisungen“. Gute psychiatrische Praxis ist es, Absprachen zu treffen statt Weisungen zu geben. Wir bitten, dies entsprechend umzuformulieren.

3. Art. 30 und an anderer Stelle: Den Begriff der „Durchsuchung“ entstammt der Polizeisprache. Wir lehnen ihn als inadäquat im Umgang mit Patienten und Patientinnen ab. Unsere Kritik geht allerdings über die Frage der Formulierung hinaus, s. unten Punkt 14

4. Art. 32 (3): „Unmittelbarer Zwang ist vorher anzudrohen.“ Stattdessen: „anzukündigen“. Drohungen dürfen dem Klinikpersonal nicht erlaubt sein.

5. Weitere schwierige Formulierungen und Sachverhalte:

- Kapitel 6: „Sicherungsmaßnahmen“, s. auch unten
- Art. 14 (6): „Ergreifen“
- Art. 15: „vorführen lassen“/„Vorführung“
- Art. 18: „Pflichten“ von Patienten
- Art. 31: „entweicht“
- Art 32 (5) „festgenommen“ (Art. 32)

All diese Formulierungen begründen ein Machtgefälle. Das ist das Gegenteil von Behandlung auf Augenhöhe, die wir als Voraussetzung für Behandlungserfolge ansehen. Machtgefälle statt Augenhöhe ist der Heilung abträglich und schädlich für die seelische Gesundheit. Wir schlagen vor, geeignetere Formulierungen zu suchen.

4. Entflechtung vom Maßregelvollzug

Wir stimmen mit den Fachkreisen überein, dass die gedankliche Nähe zu Forensik/Maßregelvollzug sehr bedenklich ist. Dieser spiegelt sich auch in der Gesetzesarchitektur wieder. **Anleihen aus dem Maßregelvollzug und Paragrafen, die durch Verweise für beide Bereiche gelten, sind unakzeptabel**, da es um ganz verschiedene Personengruppen geht.

Wir wünschen eine vollständige Entflechtung vom Maßregelvollzug.

Der Standort Nördlingen als Sitz der Fachaufsichtsbehörde analog zum Maßregelvollzug ist aus eben diesem Grunde zu kritisieren.

Auch Art. 25 ist gleichzeitig für den Maßregelvollzug formuliert. Er stellt eine Verschlechterung der Verhältnisse dar. Wir bitten ihn zu prüfen und lehnen insbesondere den Verweis auf das BaySvVollzG ab.

Wir können nicht hinnehmen, wenn Menschen, die in der Allgemeinpsychiatrie untergebracht sind, wie Straftäter behandelt werden. Wir haben die große Befürchtung, dass eine solche gedankliche Verschiebung und die damit verbundene Fremdwahrnehmung destruktiv auf die Selbstwahrnehmung der Betroffenen zurückwirken. **Die Gesetzgebung kann hier kontraproduktiv sein.**

5. Grundsätze der Unterbringung

Unter anderem in Art. 6 (1) Satz 1 heißt es: „Ziel der Unterbringung ist die Gefahrenabwehr“. Wir wünschen eine Umformulierung folgender Art:
„Ziel der Unterbringung ist es, die Person davor zu schützen, Rechtsgüter anderer oder sich selbst erheblich zu verletzen.“

6. Unterbringungsvoraussetzungen

Wir bevorzugen, wie auch die Beauftragte der Staatsregierung, eine Formulierung, die die Grenzen enger steckt, etwa:

„Wer auf Grund einer psychischen Störung, insbesondere Erkrankung, die so schwerwiegend ist, dass Einsichts-, Steuerungs- und Urteilsfähigkeit erheblich beeinträchtigt sind, Rechtsgüter anderer...“.

Ferner soll der Text auf eine akute und konkrete Gefahr abzielen.

7. Durchsuchungen

Die Möglichkeit von **Durchsuchungen** (Art. 30) durch psychiatrisches Personal sehen wir äußerst kritisch. Drastische Maßnahmen wie Leibesvisitationen bei Entkleidung sollen nicht ermöglicht werden, die entsprechenden Vorschriften eingeschränkt werden. **Bitte schaffen Sie in Krankenhäusern nicht die Atmosphäre von Gefängnissen.**

8. „Sicherungsmaßnahmen“ bzw. Zwangsmaßnahmen

Wir sprechen uns für eine **engere Fassung von Zwangsmaßnahmen** aus.

Den Richtervorbehalt für „Fixierungen“ begrüßen wir sehr.

Ferner wünschen wir uns eine verbindlich vorgeschriebene, **durchgängige 1:1-Begleitung**. Wir sind sicher, dass Begleitung anstelle von bloßer Überwachung hilft, die Gewalterfahrung abzumildern.

Wir sprechen uns gegen **Videoüberwachung** aus auch angesichts der Tatsache, dass viele Betroffene sich ohnehin verfolgt bzw. überwacht fühlen. Der unmittelbare menschliche Kontakt ist für die Heilung unerlässlich. Auch hier gilt: **Begleitung statt Überwachung**.

Art. 31 lässt zu viel Spielraum für alle möglichen Zwangsmaßnahmen gegen Patienten.

Sämtliche Zwangsmaßnahmen sollen verbindlich **nachbesprochen** werden. Wir wünschen eine Festlegung hierzu.

Den Begriff der „Sicherungsmaßnahmen“ stellen wir in Frage. Eine Klinik ist kein Gefängnis.

9. Zwangsmedikation

Zwangsmedikation darf nicht zur Abwehr von Gefahren für Dritte verwendet werden.
Wir bitten dringend die Art. 20 (3) 3. im Lichte der Rechtsprechung zu prüfen.

In Art. 20 (4) 7. a) wird der äußerst kontroverse und belastete Begriff der „Krankheitseinsicht“ verwendet, der immer mit einer ärztlichen Deutungshoheit einhergeht. Wir bitten, eine alternative Formulierung zu prüfen.

10. Unterbringungsdatei

Hierdurch sind erfahrungsgemäß gravierende Nachteile für Menschen in und insbesondere nach einer Unterbringung zu befürchten.

Wir sind hier für eine Reduzierung auf wenige Basisdaten, die allein der Aufsichtsbehörde zur Verfügung stehen und am Tag nach der Beendigung der Unterbringung gänzlich gelöscht werden. **Zweck darf ausschließlich sein, den Freistaat über den Verbleib seiner Bürger und Bürgerinnen zu informieren.**

Insbesondere lehnen wir das zugänglich machen von Daten über vergangenen Unterbringungen und Diagnosen an Polizei und Kreisverwaltungsbehörden ab. Diejenigen, die über die Unterbringung und damit das Schicksal von Menschen entscheiden, sollen dies unvoreingenommen aufgrund der aktuellen Situation tun. Wir wollen nicht aufgrund unserer alten Krankheitsgeschichte immer wieder zurück in die Mühlen der Drehtür-Psychiatrie geworfen werden. **Jeder Mensch hat das Recht auf einen Neuanfang.**

Vgl. dazu auch Anlage 1 „Stellungnahme zu Art. 35 des geplanten BayPsychKHG“, Verfasser Gottfried Wörishofer

11. Benachrichtigung bei Entlassung

Die in Art. 14 vorgesehene Benachrichtigung der Polizei bei Entlassung stellt eine Verschärfung der bisherigen Regelung dar und wird von uns ebenfalls abgelehnt. Wir möchten nicht, dass (zuvor) erkrankte Menschen im Visier der Polizei bleiben. Dies würde eine sehr konkrete Form der Stigmatisierung bedeuten, sie nämlich unter einen Generalverdacht hinsichtlich ihrer Gewaltbereitschaft stellen. Bitte streichen Sie die Regelung.

12. Dokumentation von Zwang

Eine Dokumentation soll dem Schutz der Grundrechte und der Entwicklung der Psychiatrie dienen. Wir erbeten daher erneut im Einklang mit vielen Experten ein zentrales, standardisiertes, anonymes Melderegister für freiheitsentziehende Maßnahmen und Zwangsmaßnahmen. Eine Todesfallstatistik soll enthalten sein.

13. Rechtssicherheit von Patienten

Grundsätzlich begrüßen wir eine hoheitliche Kontrolle sehr. Fachaufsicht (Art. 10) und Unterbringungsbeiräte (Art. 39) können uns aber nicht ausreichend in der Wahrung

unserer Rechte unterstützen, zumal diese nicht einseitig für die Betroffenen und zudem nicht für alle Patienten zuständig sind.

Wir würden gerne wirkungsvolle, niedrigschwellig zugängliche Instrumente zur Wahrung der Rechtssicherheit von Patienten und Patientinnen sehen. Diese befinden sich in einem Setting, in denen sie nicht nur durch die eigene Krise, sondern auch durch die starken Wirkungen und Nebenwirkungen der Behandlung sowie durch die Erschütterung, in der Psychiatrie eingesperrt zu sein, behindert sind. Sie brauchen verlässliche Ansprechpersonen.

1. Ideal zur Schaffung der bislang vermissten Rechtssicherheit wäre ein **Patientenanwalt**, der proaktiv tätig werden kann. Er wird vom Staat bezahlt. Er oder sie kann der untergebrachten Person, deren Grundrechte und Möglichkeiten massiv eingeschränkt sind, beistehen und sie gegenüber Gericht, Krankenhaus und Personal vertreten. Dies gibt auch dem Krankenhauspersonal Wissen und Sicherheit.
2. Wir befürworten ein gestärkte **Besuchskommissionen**. Diese würden wir gerne aufgewertet, statt abgeschafft sehen.
3. Weiterhin bräuchten wir auch flächendeckend unabhängige **Beschwerdestellen**.

Unsere Erfahrung ist die des fehlenden Rechtsschutzes für Betroffene. **Verfahrenspfleger** sind weder mit der Vertretung der Interessen des Patienten beauftragt noch verfügten sie über angemessene Fachkompetenz für diesen Bereich. Sie werden nicht kontrolliert und unterstehen auch nicht dem StMAS. Sie tragen ebenso wenig wie **freie Rechtsanwälte**, die gegen Honorar arbeiten, zur Rechtssicherheit bei. Den meisten Betroffenen ist schon aufgrund ihrer sozialen Situation dieser Weg verschlossen. Für Anwälte diese Fachs konnte sich kein Markt entwickeln, so dass selbst gut versicherte Patienten umsonst nach einen Juristen suchen.

14. Besuch

Die Regelungen für Außenkontakte sind unbefriedigend, wenn in Betracht gezogen wird, dass sie für die Heilung ganz zentral sind. Wir fürchten, dass sich die Situation dadurch verschlechtert. Menschen in der Psychiatrie sind auch Menschen und sie sollten ausreichend Gelegenheit zu Kontakt mit Familie, Partner/in und Freund/innen haben.

In Art. 24 (1) wird eine Stunde Besuchszeit pro Woche vorgesehen, was selbst als Mindestzeit viel zu wenig ist. Passender wäre mindestens eine Stunde pro Tag.

Die vorgesehenen Möglichkeiten zur Einschränkung und Überwachung von Besuch sind für uns alarmierend. Wir bitten, sie zu überprüfen.

Art. 32 begründet scheinbar das Recht der Einrichtung sogar gegenüber Dritten Zwang auszuüben. Wir halten das für äußerst fragwürdig und bitten, auch dies zu prüfen.

15. Kosten der Unterbringung

Die Kosten der Unterbringung sind steuerfinanziert zu tragen, wenn die Leistungspflicht der Krankenversicherung wegfällt.

16. Beleihung

Die in Art. 8 vorgesehene Beleihung von Einrichtungen der Eingliederungshilfe sehen wir kritisch. wir wollen nicht, dass mehr geschlossenen Heimplätzen entstehen.

17. Deutschkurse, Freizeit

Zu Art. 22, Beschäftigung, Bildung: Deutsch- und Integrationskurse sollen als freiwillig „angeboten“ werden. Untergebrachte Person sollen nicht dazu „angehalten“ werden, wie es in der derzeitigen Formulierung heißt.

Art. 23 (1): Den Begriff „sinnvoll“ bitte rausnehmen, er setzt eine übergriffige Interpretation von Sinnhaftigkeit voraus. Besser wäre: „Die untergebrachte Person erhält Unterstützung, ihre Freizeit in einer für sie sinnvollen Weise zu gestalten“.

18. Krisendienst

Wir begrüßen die historische Entscheidung zur Schaffung eines landesweiten Krisendienstes als wichtigen Schritt für eine umfassendere Versorgung für Menschen in psychischen Ausnahmezuständen. Den Erfolg werden wir an der Zielsetzung, die Unterbringungen zu reduzieren, messen. Wir sind bereit, unser Erfahrungswissen in die Ausgestaltung einzubringen.

Zur Zusammenarbeit von **Krisendienst und Polizei** haben wir folgendes anzumerken: Menschen, die als psychisch krank eingestuft werden, sollen ausnahmslos die Möglichkeit haben, bei einer Konfrontation mit der Polizei vom Krisendienst unterstützt zu werden. Eine Entschleunigung der Einsätze ist aus unserer Sicht kein Grund, der gegen eine Hinzuziehung des Krisendienstes spricht. Vielmehr kann allein eine Entschleunigung der polizeilichen Maßnahmen und Entscheidungen der kranken Person wirklich gerecht werden. Die Vermittlung freiwillig in Anspruch genommener Hilfe, wie freiwillige Aufnahme in einem Krankenhaus, oder der Transport in eine Ambulanz sind immer zu bevorzugen.

Auch soll geprüft werden, ob die Kreisverwaltungsbehörde verpflichtet werden kann, den Krisendienst hinzuzuziehen.

19. Stellung der Selbsthilfe

Die Stärkung der Selbsthilfe würden wir gerne konkretisiert wissen. Wir erneuern unseren Wunsch, in Doppelbesetzung und mit großzügiger Aufwandsentschädigung an Gremien teilzunehmen und beziehen uns dabei auf die „Bayerischen Psychiatriegrundsätze“. Auch gemäß der UN-Behindertenrechtskonvention kann heutzutage nicht mehr hinter eine angemessene Beteiligung der Psychiatrie-Erfahrenen zurückgegangen werden.

Vgl. dazu auch Anlage 2 von Gottfried Wörishofer

Unsere Vision für eine menschlichere Psychiatrie – Genesung ist möglich

Psychische Krisen sind linderbar und heilbar. Das zeigen unsere eigenen Erfahrungen und das zeigen innovative und jahrzehntelang erprobter Behandlungsformen. Eine seit Anfang des letzten Jahrhunderts nachwirkende Entwicklungsverzögerung unserer hiesigen psychiatrischen Praxis und Landschaft kann einen enormen Schub bekommen. Das zeigt auch die Zusammenarbeit der Fachgremien in Vorbereitung zu diesem Gesetzesvorhaben.

Wir wünschen uns, dass **positive Vorbilder zwang- und gewaltfreier psychiatrischer Praxis** studiert werden und in die Entwicklung einfließen und dies wenn möglich im Gesetzesentwurf verankert wird, um das PsychKHG zu einem echten Hilfegesetz zu machen. Auch Modellprojekte würden wir sehr begrüßen.

Beispiele positiver Vorbilder:

- ✓ **Soteria:** alternative milieutherapeutische Behandlung von Menschen in psychotischen Krisen bei offener Stationsführung: <http://soteria-netzwerk.de/>
- ✓ **Open Dialogue/offener Dialog:** erfolgreicher international verbreiteter Behandlungsansatz, bei dem Menschen in akuter Krise durch ein aufsuchendes Team im Familiensystem behandelt werden: <http://www.offener-dialog.de/>
- ✓ **Weddinger Modell:** psychiatrisches Therapiekonzept mit umfassender Einbeziehung und Transparenz für die Behandelten: <https://www.psychiatrieverlag.de/buecher/detail/book-detail/das-weddinger-modell.html>
- ✓ Herne eine Klinik mit durchweg offenen Stationen und einer Rate von weniger als 1 Prozent Zwangsanwendungen. (Quelle: Martin Zinkler / Klaus Laupichler / Margret Osterfeld (Hg.): Prävention von Zwangsmaßnahmen – Menschenrechte und therapeutische Kulturen in der Psychiatrie)

- ✓ Dr. med. Martin Zinkler, Chefarzt in **Heidenheim** hat in seiner Klinik Zwang und Gewalt erheblich reduziert.
- ✓ und weitere.

Wir wissen, dass eine andere Psychiatrie und bessere Lösungen zugespitzter Situationen möglich sind.

Wenn immer mehr offen geführte, psychiatrische Stationen zu angenehmen, heilsamen Umgebungen werden und es gelingt, das Positive und Lebensbejahende in den Patienten und Patientinnen zu fördern, wenn sie mit Ihren Stärken und Fähigkeiten zurück in die Mitte der Gesellschaft geholt werden, dann ist **Inklusion im Sinne der UN-Behindertenkonvention** möglich. Die Konvention sieht eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung vor, damit Zwangsmaßnahmen langfristig nicht mehr notwendig sind.

Daher werben wir um eine veränderte Haltung und dafür, in die Genesung zu investieren. Dies rechnet sich langfristig auch volkswirtschaftlich, insbesondere in Anbetracht der neuesten Zahlen über Erkrankungen junger Menschen.

Schlussbemerkung

Auf S. 1 („Lösung“) des Gesetzentwurfs heißt es: „*In den Entstehungsprozess des Gesetzesentwurfs waren alle an der Behandlung und Begleitung von psychisch kranken Menschen befassten Institutionen, Verbände und Organisationen, insbesondere die Bezirke und Betroffenenverbände, eingebunden (Runder Tisch PsychKHG).*“

Hier entsteht der Eindruck von einem breiten fachlichen Konsens, den es zwar gab, der aber nicht im Gesetzestext abgebildet ist. Wir wollen nicht, dass der Eindruck entsteht, dass wir maßgeblich am Gesetz mitgearbeitet haben, wenn unsere Vorschläge tatsächlich so wenig Einfluss hatten. Wir möchten unseren Namen für das Ergebnis daher nicht hergeben und **bitten den Bezug auf die Betroffenenverbände zu entfernen.**

Eine persönliche Bemerkung der Autor/innen: In uns hat die Lektüre des Gesetzestextes teils Empörung, Wut und Enttäuschung ausgelöst, weil wir befürchten, dass bei einer Verschärfung der Gesetzgebung für psychisch Kranke, Wege in die Genesung künftig noch schwerer statt leichter werden. Bitte nehmen sie unsere Reaktion als Indikator dafür, wie das Gesetz auf die Betroffenen wirken kann – als Text und später in seiner Umsetzung. Wir sehen nicht, dass es in der jetzigen Fassung eine heilsame Wirkung entfalten kann. **Dabei ist Genesung die wichtigste Gewaltprävention.**

Wir stellen uns mit diesen Positionen auf den **Grundsatz der Gewaltfreiheit**. Die Selbsthilfe ist heute am ehesten in der Position, glaubwürdig für die Reduktion der Gewalt bei Betroffenen zu werben. Wir bitten Politik und Psychiatrie um gute Partnerschaft in dieser Zielsetzung. Wir geben zu bedenken, dass ein PsychKHG in der jetzigen Fassung diese Zielsetzung der Selbsthilfe schwerer statt leichter macht.

Abschließend möchten wir die Sensibilität der vorliegenden Thematik erneut ins Bewusstsein heben. Es geht um ein Gesetz, das für eine bestimmte Gruppe kranker und behinderter Menschen gilt und deren Grundrechte einschränkt. Wie bekannt, wurde in der Geschichte die Ausübung psychiatrischer Macht massiv missbraucht. Schon von daher **treten wir dafür ein, dass Gewaltanwendung von Seiten des Staates überaus zurückhaltend eingesetzt wird und nicht über das unerlässliche Maß hinaus delegiert wird**. Bitte lesen Sie den Gesetzesentwurf auch vor diesem Hintergrund erneut.

Anlagen

Anlage 1

Stellungnahme zu Art. 35 des geplanten BayPsychKHG – Unterbringungsdatei

Als Organisation der Psychiatrie-Erfahrenen lehnen wir die in Art. 35 des BayPsychKHG geplante Unterbringungsdatei ab, und wollen das folgendermaßen begründen:

Die allermeisten untergebrachten Patienten, im öffentlich-rechtlichen, aber auch im betreuungsrechtlichen Sinne, werden mit Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis belegt und müssen bereits jetzt, da es noch keine Unterbringungsdatei gibt, erhebliche, um nicht zu sagen massive Nachteile im alltäglichen Leben, besonders in der Gesundheitsversorgung hinnehmen. Diagnosen wie z. B. man.-depressiv, schizoaffektiv oder schizophren werden, wenn sie auch *nur einmal* aktenkundig wurden, nie mehr getilgt. Sämtliche Versuche, das wissen wir aus vielfacher Erfahrung, bleiben erfolglos, auch dann wenn seit Jahren keine Krankheitsvorfälle mehr zu beklagen sind. Eine psychiatrische Diagnose, wenn Sie aktenkundig ist, wird überallhin weitergetragen und ist wahrhaftig als Brandmahl (Stigma) zu bezeichnen, weil es die Empfänger von Überweisungen (ins somatische Krankenhaus z. B., zu einem anderen Arzt, zu Einrichtungen der Sozialhilfe etc.) in einer Weise informiert, dass dem Betroffenen zwangsläufig nur mit einem Vor-Urteil begegnet werden kann. Fortan steht seine Glaubwürdigkeit in Frage, man zieht seine Beobachtungen in Zweifel und wirkliche Körpererkrankungen werden kausal in der psychiatrischen Erkrankung verortet.

Die geplante Unterbringungsdatei verschärft und zementiert – entgegen der erklärten Absicht des Gesetzes – die Stigmatisierung psychisch Kranker. Und zwar nicht nur auf der abstrakten Ebene, sondern in der Lebenspraxis jedes einzelnen Menschen, der je untergebracht wurde. Dabei drängt sich ein Vergleich mit dem Vorstrafenregister geradezu auf.

Es sollen eine Fülle von Daten über die einzelne Person gemeldet, erfasst und gesammelt werden und zu Zwecken verwendet werden, die gar keine personenbezogenen Daten erfordern und erlauben. Warum sie dann erheben, wenn für Betroffene, wie beschrieben, derartige Nachteile zu befürchten sind?

Wir Patienten, die aus Gründen der vielfach beschriebenen Stigmatisierung im öffentlichen Raum, bei Nachbarn, an der Arbeitsstelle und sogar unter den Verwandten ihr Ansehen verlieren und sich nicht als ganzer Mensch zeigen wollen, wir haben das allergrößte Interesse daran, dass es nicht zu Gefährdungen in der Öffentlichkeit kommt. Jedes Mal, wenn spektakuläre – gleichwohl seltene – und tragische Vorfälle von Gewalt, die von psychisch Kranken ausgeübt wird, erfahren sämtliche Bemühungen um Entstigmatisierung einen schweren Rückschlag. Aber glauben Sie allen Ernstes, dass die Unterbringungsdatei dem auch nur im Geringsten Entgegenwirken kann? Die Motive dieser Gewalttaten bleiben verborgen im Unsichtbaren der Seele. Jede Unterbringungsdatei kommt dabei immer schon zu spät. Allenfalls eine Psychiatrie, die sich wirklich um Ihre Patienten kümmert, wird präventiv tätig sein können. Dazu sollte das BayPsychKHG die Rahmenbedingungen schaffen auf Dokumentationspflichten, die uns schädlich sind, verzichten, damit Psychiater und Pflegekräfte die Zeit für ihre Patienten nützen.

g.w. 5.02.18

Anlage 2

Stellungnahme zu Art. 3 des BayPsychKHG - Beteiligung der Selbsthilfeorganisationen

Damit die Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen tatsächlich im „angemessenen Umfang“ erfolgen kann, braucht es bestimmter Voraussetzungen, die für Nicht-Betroffene so ohne weiteres nicht einzusehen sind.

Gremien spielen sich auf zwei ungleichen Ebenen ab: Hier die dominante Abstraktheit einer Phalanx von Profis, denen es um Strukturen und Regelungen für die Vielen geht – und gehen *muss* –, andererseits die konkrete Psychiatrie- und Patientenerfahrung. Wer von uns Psychiatrieerfahrenen die Anpassungsleistung an die abstrakte Ebene nicht einigermaßen mitvollzieht, wird frustriert oder bleibt auf befremdliche Weise isoliert. Aus diesem Grund müssen wir darauf drängen, dass unsere Gremienvertreter, jeweils zu zweit auftreten, damit sie sich untereinander austauschen und im – grundsätzlich nie auszuschließenden – Fall einer Wiedererkrankung kompetent vertreten können. Die doppelte Vertretung erleichtert auch den Wissenstransfer in die jeweilige Selbsthilfeorganisation. Zudem bildet sie ein breiteres Spektrum von Patientenerfahrung ab, welches nur von Vorteil sein kann, wenn man als Gremium an der Patientenperspektive interessiert ist.

Die Politische Teilhabe Behindter, ist auch Gegenstand der UN-Behindertenrechtskonvention (Art. 29). Wir müssen in diesem Punkt eine massive Barriere, ein Teilhabedefizit feststellen. Der allergrößte Teil Betroffener kommt aus Furcht vor Stigmatisierung überhaupt nicht als Akteur in Frage. Durch die Erkrankung selbst, deren Medikation oder durch beides, stellen wir die Absenkung des gesamten Energielevels fest. Minderung von Belastbarkeit, Interesse, Durchhaltevermögen, Freude am Tun, Schwinden von Sinnerleben und geistig-seelischer Präsenz bündeln sich zu einer „Barriere“, die sich als ‚schwankende Leistungsfähigkeit‘ zeigen kann. Wer sich in einem Gremium engagiert, bringt eine Erfahrung ein, die von niemandem sonst erbracht werden kann, und sie/er setzt sich einer sozialen Situation aus, die Stress verursacht. Meist müssen die engagierten MitarbeiterInnen von einer kleinen EU-Rente oder/und von Grundsicherung leben. Alles zusammen genommen ist es nicht nur gerechtfertigt, sondern nur gerecht und notwendig, dass Psychiatrie-Erfahrene eine Aufwandsentschädigung erhalten.

g.w. 6.02.2018

Gottfried Wörishofer ist Diplomsozialpädagoge, langjähriger Geschäftsführer der Münchener Selbsthilfeeinrichtung Psychiatrie-Erfahrener MÜPE e.V. und Beirat in BayPE e.V.