

## Psychiatrie? Ohne Zwang!

### Protokoll des Fachgesprächs der Fraktion DIE LINKE. im Hessischen Landtag zur Neugestaltung der psychiatrischen Versorgung in Hessen

Wiesbaden, 7.2.2020, 11-16.15 Uhr

#### Begrüßung

Christiane Böhm begrüßte im Namen der Fraktion und als gesundheitspolitische Sprecherin die anwesenden Gäste. Sie zeigte sich von der überragenden Beteiligung und dem großen Interesse begeistert. Unter den 60 Teilnehmenden seien alle Bereiche der psychiatrischen Versorgung – ambulante Dienste, niedergelassene Kolleg\*innen, Vertreter\*innen von Kliniken und Betriebsräten –, viele Angehörige und Psychiatrieerfahrene, Jurist\*innen und Vertreter\*innen von Kammern und Verbänden anwesend. Ganz besonders begrüßte sie Herrn Dr. Zinkler, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Kliniken Heidenheim für das Eingangsreferat und Frau Birgit Simon für die Moderation. Sie freue sich auf eine spannende Diskussion unter Beachtung der aktuellen hessischen Entwicklung nach dem Wallraff-Bericht zur Situation am Klinikum Höchst und weiteren Recherchen, aber auch den Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts zu Zwangsmitteln. Christiane Böhm verwies auch auf das letzte Fachgespräch zum PsychKHG von 2014.

Schon damals hatte die Linksfraktion in Hessen dieses als unzureichend kritisiert, ebenso sei darauf zu verweisen, dass die zu geringen Investitionsmittel für die Kliniken oft zulasten der personellen Ausstattung gingen. Die neue Personalverordnung für den Bereich der psychiatrischen Versorgung (Psych-PV) helfe nur äußerst begrenzt, in vielen Bereichen auch gar nicht. Vor diesem Hintergrund müsse die psychiatrische Versorgung in Hessen – ambulant wie stationär – dringend auf den Prüfstand, auch um die Verzahnung beider Segmente zu verbessern.

Anschließend erläuterte Frau Simon den Ablauf und das Moderationskonzept, ehe sie an Herrn Dr. Zinkler für den einleitenden Vortrag übergab.

#### Einleitungsvortrag: Wo stehen wir bei der Entwicklung einer patientenzentrierten und humanen Psychiatrie heute?

(Dr. Martin Zinkler, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Kliniken Heidenheim)

Herr Dr. Zinkler eröffnete seinen Beitrag mit der Aussage: „Psychiatrie muss politisch sein, sonst wird sie sich nicht verändern.“

*Wir danken Herrn Dr. Zinkler für die Bereitstellung seiner Präsentation für das Protokoll. Sie finden diese als **Anlage 1**.*

Nachfragen und Antworten im Anschluss an den Vortrag:

- Wie gehen Sie mit Hierarchien in der Klinik um? Wie ist das Pflegepersonal eingebunden?
  - stationär bleiben Hierarchien weitgehend bestehen, wenn dies auch durch die Einstellung der jeweiligen verantwortlichen Ärzt\*innen mitbestimmt wird

- besser läuft es diesbezüglich im Hometreatment, da verschwimmen die Hierarchien deutlich
- Welchen Einfluss haben vielfältige Therapieformen in Heidenheim?
  - viele Angebote bieten eine Garantie für geringere Medikationsnotwendigkeit
- Wie regeln Sie das Entlassmanagement?
  - Übergänge müssen lückenlos erfolgen und in Absprache mit den Patient\*innen bestimmt werden (beispielsweise Dauer und Häufigkeit der Tagesklinikbesuche, Umsetzungsschritte Home Treatment)
  - Dafür sind Globalbudgets wie im Modellprojekt in Heidenheim zwingende Voraussetzung und sollten flächendeckend der Psychiatrie zur Verfügung stehen
- Warum bleiben diese praktischen Erfolge und Erfahrungen im fachlichen Mainstream so unbeachtet?
  - Lehrkanon ist ein Problem, die wenigen Inselprojekte sind oft erfahrungsgeprägt
- Integration von Ex-In-Kräften – wie läuft das?
  - Beispiel: als Sozialarbeiterin bezahlt auch ohne die klassische Qualifikation
- Gibt es eine Betriebsvereinbarung für Pflegekräfte im Home Treatment?
  - Nein, Versicherungspflicht geklärt, der Rest läuft
- Ist die Etablierung offener Kliniken auch als schrittweiser Prozess möglich?
  - Ja, braucht aber sehr genaue Dokumentation, um Fort- und Rückschritte zu erkennen (Schließzeiten etc.)
- Wie ist die Situation von Angehörigen und Behandelten, die nicht wollen?
  - Das Problem bei dieser Frage ist das heute etablierte System – das ändert sich, wenn das Hilfesystem aufsuchend, unterstützend und vertrauensbasiert ist; das würde mehr Menschen in das Hilfesystem bringen (wenn auch nie alle)
- Behandlungsvereinbarungen funktionieren nur, wenn sie auch beachtet werden
  - Ja, das liegt dann eben an den Behandelnden, da muss angesetzt werden und das geht nur mit konsequenter Umsetzung
- Wie lange werden Menschen in der Regel im Home Treatment unterstützt?
  - durchschnittlich 35 Tage; schrittweises Abklingen der Besuche, Übergleiten in ambulante Behandlung – längstes Home Treatment bisher 3 bis 4 Monate
- Fehlen Vorbilder für eine zwangsfreiere Psychiatrie oder werden sie nicht beachtet?
  - Es gibt Beispiele und Vorbilder, etwa Triest und die Aktivistin Carmen Roll, wo inzwischen sogar die forensischen Einrichtungen aufgelöst werden
  - Grundlage wäre eine erneute und klare Psychiatriereform
- Wie soll das für Kinder und Jugendliche umgesetzt werden?
  - Riedstadt / Nordhausen (Thür.) gibt es entsprechende Schritte

## 1. Gesprächsrunde: Erfahrungen mit dem Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz in Hessen

### *Feststellungen zu den Besuchskommissionen*

- Besuchskommissionen zu spät eingesetzt und noch immer nicht vollzählig (Bewerbungen von Angehörigen und Psychiatrieerfahrenen werden gleichzeitig vom HMSI ignoriert)
- Besuche werden vorher angemeldet – das nützt nichts
- Besuchskommissionen müssen auch ambulante Versorgungsstrukturen mitberücksichtigen dürfen, um sich ein umfassendes Bild machen zu können, der Fokus auf die ausschließliche stationäre Situation ist falsch
- Aufwandsentschädigungen für BK-Mitglieder viel zu gering, Fahrtkosten werden nicht übernommen
- Berichte werden nur dem HMSI vorgelegt, gehen nicht an das Parlament und werden nicht öffentlich diskutiert

### *Feststellungen zu den unabhängigen Beschwerdestellen*

- Beschwerdestellen sind unterfinanziert und oft schlecht besetzt
- Zustand auch oft von Engagement der jeweiligen Kommune abhängig

### *Feststellungen zum Feld der Zwangsmaßnahmen*

- auch bei freiwilliger Unterbringung in Kliniken oft geschlossene Stationen die Regel (Drucksituation: Wer Freiwilligkeitserklärung verweigert, wird mit Zwangseinweisung bedroht); dort dann kaum Therapie- und Freizeitangebote oder Freigang
- PsychKHG gibt eigentlich Patient\*innen Rechte – diese werden regelmäßig ignoriert (Wegnahme von Gegenständen, Kameraüberwachung uvm.)
- Zwangsmaßnahmen werden von Gerichten oft ungeprüft durchgewunken; Bedenken von Patient\*innen und Angehörigen werden oft nicht ernstgenommen; Ärzt\*innen fühlen sich durch Gerichtsbeschlüsse über diese Bedenken gestellt
- nachts gibt es keinen richterlichen Bereitschaftsdienst, der Zwangsmaßnahmen prüfen könnte
- Zwangsunterbringungen nehmen in Hessen wieder zu, insbesondere dort, wo es kein funktionierendes ambulantes Unterstützungssystem (bspw. gute sozialpsychiatrische Dienste) gibt
- Fixierungen unter 30 Minuten werden statistisch nicht erfasst – alle Zwangsmaßnahmen müssen vollständig dokumentiert werden
- Medikation und Behandlung werden von Betroffenen oft als willkürlich empfunden
- Gefälligkeitsgutachten für Gerichte und Staatsanwaltschaften werden als Problem wahrgenommen

### *Feststellungen zur Versorgungslage*

- Nachbetreuung (stationär → ambulant) fehlt im PsychKHG komplett
- ambulante Netzwerke (wenn überhaupt vorhanden) werden oft nicht ins Entlassmanagement eingebunden → befördert Drehtüreffekte
- Home Treatment fehlt als Angebot oft komplett
- Sozialpsychiatrische Dienste sind oft deutlich unterbesetzt
- ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Angebote oft deutlich zu gering, auch wenn nach Arztsitzen angeblich eine Überversorgung existiert
- [§17 PsychKHG](#) (Begutachtung durch Ärzt\*innen) ist trotz aller weiterbestehenden Mängel definitiv ein Fortschritt im Vergleich zur vorhergehenden Situation der Einweisung durch die Polizei

- [§ 32 Abs. 4 HSOG](#) führt in generalversorgenden Kliniken zur Unterbringung von psychisch behandlungswürdigen Personen auf somatischen Stationen – dies belastet die Kliniken sehr

*weitere Hinweise*

- Angehörige und Psychiatrieerfahrene werden seitens des Ministeriums weitgehend ignoriert (bspw. bei Konferenzpanels)

2. Gesprächsrunde:

Was ist in der stationären psychiatrischen Versorgung in Hessen erforderlich? Was ist in der ambulanten psychiatrischen Versorgung in Hessen erforderlich? Wie können beide Sektoren besser miteinander verknüpft werden?

*Nach der Mittagspause setzten wir die Diskussion mithilfe eines „Fishbowl“ fort. Ein kleiner Kreis repräsentativer Teilnehmer\*innen ist dauerhaft in der Diskussion, weitere Interessierte können jederzeit für Beiträge ergänzend hinzutreten.*

*Für den inneren Kreis stellten sich folgende Personen dankenswerter Weise zur Verfügung:*

*Christian Braun, Amtsrichter aus Frankfurt am Main*

*Monika Daum, Leiterin der Koordinierungsstelle Krisendienst Südhessen des Caritasverbandes Darmstadt*

*Manfred Desch, Landesvorstand des Angehörigenverbandes Hessen*

*Gisela Maronn, Betriebsrätin und Pflegefachkraft bei Vitos Riedstadt*

*Vervollständigt wurde die Runde durch Christiane Böhm und Birgit Simon.*

Birgit Simon eröffnete die Diskussion um die ambulante Entwicklung mit einer These:

„Hilfen sind erfolgreich, wenn sie zu den Hilfesuchenden kommen, nicht diese zu den Hilfen kommen müssen.“

Frau **Daum** stimmte dieser Aussage unter Verweis auf die Erfahrungen des Caritas-Krisendienstes Südhessen unumwunden zu. Aufsuchende und fachlich versierte Arbeit sei ein zentraler Aspekt der ambulanten Versorgung.

Auch Herr **Desch** konnte sich der These anschließen, musste jedoch feststellen, dass für gewöhnlich die ambulante Hilfe in Hessen eben nicht zu den Betroffenen komme. Gerade in akuten Krisensituationen wäre dies jedoch dringend erforderlich. Die aufsuchende Arbeit brauche dann aber auch funktionierende Netzwerkstrukturen und die Erlaubnis Medikamente zu verordnen, um effektiv helfen zu können.

Frau **Maronn** konnte für ihren Arbeitgeber darauf hinweisen, dass es inzwischen einen ambulanten Dienst gibt und Home Treatment aktuell entwickelt werde. Aus ihrer Sicht gibt es eine große Bereitschaft der Pflegekräfte sich hier zu engagieren, es brauche aber auch Regelungen und Betriebsvereinbarungen, die u.a. Themen wie Freiwilligkeit, Fahrzeugnutzung, Equipment, Gefährdungsbeurteilungen, Versicherungsschutz und den gesicherten Arztkontakt klären.

Frau **Böhm** erkundigte sich, welche Rolle der Offene Dialog bei diesen Fragen spielen könnte. Ein hinzugetretener **Genesungsbegleiter** würde mehr Offenen Dialog durchaus begrüßen, sieht jedoch verkrustete Strukturen – sei es in der Psychiatrie oder auch in der Sozialen Arbeit – als wesentliches Hinderungsmoment.

Frau **Daum** ergänzte, dass es ganz wesentlich sei, dass multiprofessionelle Unterstützung geleistet wird und empfiehlt für die aufsuchende Arbeit prinzipiell Zweier-Teams zu bilden.

Ein hinzugetretener **Facharzt** wies daraufhin, dass er in langjähriger Berufspraxis die Erfahrung gemacht hat, dass Sätze wie „Wir arbeiten ja schon ambulant“ Metaphern für schöne Fassaden sind. Wirkliche Fortschritte brächte nur ein generelles Infragestellen der gegebenen Institutionen.

Frau **Böhm** begrüßte dies. Für DIE LINKE in Hessen sei eine funktionierende ambulante Versorgung zentrale Voraussetzung, um die Notwendigkeit von stationären Einsätzen überhaupt zu begrenzen. Aus Sicht der LINKEN braucht dies eine klare Finanzierung, die der Markt nicht leiste und aus Sicht der LINKEN auch gar nicht leisten solle, da es sich um eine Frage der öffentlichen Daseinsvorsorge handele. Sie verwies auf zwei Änderungsanträge (Drucksache [20/2274](#) sowie [20/2275](#)) der Fraktion zum Haushalt 2020 mit dem der größte Teil des Mittelaufwuchs für die Forensik in Hessen zugunsten der ambulanten Versorgung umverteilt werden sollte. Das sei natürlich mit Blick auf die zu erwartende schwarzgrüne Ablehnung symbolisch, aber es soll die Debatte beflügeln, insbesondere da Schwarzgrün gerade einmal 100.000 Euro mehr für die ambulante Versorgung eingestellt habe. (Siehe Anlage Haushaltsplan)

Herr **Desch** unterstützte den Ansatz der Prävention. Die Teilhabe auch psychisch Erkrankter gehöre in den Mittelpunkt gestellt, Präventionsvermeidung sei mittelfristig Steuerverschwendung, weil Chronifizierungen deutlich teurer kämen. Wichtig ist auch die berufliche Integration.

Eine **Vertreterin eines größeren Sozialpsychiatrischen Dienstes** verwies darauf, dass sie selbst zwar aufsuchend tätig seien, dies aber keineswegs die Regel darstelle. Aufsuchende Arbeit müsse jedoch ein Standard werden. Sie beschrieb auch zwei zentrale Hinderungsgründe. Zum einen hätten die Kliniken zumeist kein Interesse, weil diese an ihren Betten festhalten wollten, auch um Querfinanzierungen innerhalb der Kliniken zu ermöglichen. Als zweites bestehe das Problem der fehlenden Medikationserlaubnis.

Eine weitere **hinzutretende Person** verlangte dem Problem der Bettenfixierung im Rahmen der Krankenhausplanung zu begegnen. Hier müsste eine Reduktion durchgesetzt werden, auch um Druck auf einen Ausbau ambulanter Versorgungsformen zu erzielen. Zudem müssten Klinikbauten dringend den Anforderungen der Patient\*innen angepasst werden. Statt riesiger, kalter Bauten mit langen Fluren bräuchte es vielmehr kleine Strukturen, die nicht überbelegt seien, wie Krisenpensionen, Orte mit etwas Gemütlichkeit und Rückzugsflächen.

Eine **leitende Ärztin** verwies auf die generelle Notwendigkeit einer Institutionenreform, wobei sie die Ökonomisierung des Gesundheitswesens als ein wesentliches Hemmnis für eine gelingende Psychiatrie ausmache. Hier sei die (Bundes-)Politik gefragt, die Rahmenbedingungen anzupassen. Bestes Beispiel sei aus ihrer Sicht, dass ja nicht einmal bei den Krankenkassen eine Verknüpfung von ambulant und stationär vorgesehen sei.

Abschließend wies sie darauf hin, dass eine gute ambulante Psychiatrie nicht zwingend günstiger käme – aber sie würde deutlich besser helfen.

Frau **Maronn** verwies darauf, dass der Gegensatz zwischen ambulant und stationär per se falsch sei. Beide Formen hätten ihre Berechtigung, beide müssten besser (ausgestattet) werden. Sie wolle aber auch darauf hinweisen, dass insgesamt die Gewalt auf den Stationen zunehme. Vor diesem Hintergrund sei das Bundesverfassungsgerichts-Urteil von 2018 zwar prinzipiell richtig, jedoch ohne die Finanzierung von mehr Personal (die es nicht gäbe) kaum realisierbar und führe zu zusätzlichen Konflikten auf den Stationen. Die 1:1-Betreuung dünne das Pflegepersonal weiter aus, so dass alle anderen Aufgaben weiter zurücktreten müssten. Die Psych-PV sei in diesen Fragen eine absolute Enttäuschung gewesen.

Eine **Vertreterin der Psychotherapeutenkammer** verwies darauf, dass auch die Versorgung mit Therapieplätzen ein großes Problem darstelle. Auf dem Papier sei Hessen jedoch mit 140% überversorgt. Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz des Bundes gibt es nun zwar Sprechstunden und Terminvermittlung, aber der Zugang zu langfristigen Therapien bleibt

ungeklärt. Immerhin ein kleiner Erfolg für den Übergang von stationärer zu ambulanter Versorgung ist die Neuerung, dass probatorische Sitzungen künftig schon in den Kliniken erfolgen können sollen und Netzwerkbildung nun verpflichtend erfolgen soll.

**Saadet Sönmez** (MdL, DIE LINKE. im Hessischen Landtag) verwies darauf, dass auch ambulante Versorgungsstrukturen eine höhere Anpassung im Sinne der Patient\*innen bieten müssten. Warum geht es beispielsweise nicht, dass Patient\*innen nur drei Tage in die Tagesklinik kommen, wenn ihnen das entgegenkommt?

Frau **Böhm** erkundigte sich, wie die Zahl der Fixierungen von den Anwesenden eingeschätzt wird.

Herr **Braun** kritisiert, dass die Zahl der Zwangsunterbringungen viel zu hoch seien im Vergleich zu den gerichtlichen Ablehnungen. Ähnlich sei es bei den Fixierungen. Hier sei vor allem das Setting und die Haltung an den Kliniken sehr entscheidend. Es gäbe auch in Hessen Kliniken, die quasi ohne Fixierungen auskämen, andere fixierten drei Mal am Tag, teils für Nichtigkeiten. Das habe mit Ultima Ratio dann nichts zu tun. Es sei ihm auch wichtig darauf hinzuweisen, dass die 1:1-Betreuung 2018 nicht neu eingeführt worden seien. Sowohl die wissenschaftlichen Leitlinien als bspw. auch die Produktionsanleitungen der Fixierungsmittel schreiben diese schon lange vor. Die Notwendigkeit eines richterlichen Beschlusses galt auch vor dem Bundesverfassungsgerichtsbeschluss.

Frau **Maronn** ergänzt, dass es dennoch dringend gegenfinanziert werden muss.

Eine hinzugetretene **Traumatherapeutin** weist darauf hin, dass Fixierung fast immer auch Traumatisierung bedeutet. Die Machtverhältnisse im System Arzt-Patient müssten ggf. auch durch klarere Vorschriften durchbrochen werden.

Abschließend wies ein **Vertreter eines Sozialpsychiatrischen Vereins** darauf hin, dass auch die ambulante Versorgung weiter verbessert werden muss. Home Treatment dürfe nicht zu kontrollierter Medikamenteneinnahme herabgestuft werden.

### 3. Gesprächsrunde: Was erwarten die Teilnehmenden von der LINKEN. Im Hessischen Landtag?

#### *Besuchskommissionen*

- Berichte der Besuchskommissionen und die Evaluation des PsychKHG müssen öffentlich werden
- besser und vollständig besetzen, Aufwandsentschädigungen erhöhen
- Verzahnung der BK ermöglichen
- Aufgabengebiete ausbauen
- Transparenz erhöhen
- aktuelle Versuche des HMSI, über Protokollvorgaben die Arbeit der Besuchskommissionen einzuschränken, abwehren

#### *Beschwerdestellen*

- gut besetzen und von Seiten der Kommunen unterstützen
- Finanzierung ist unterirdisch
- Arbeit der Beschwerdestellen ernstnehmen (Was passiert mit Erkenntnissen? Wer liest die Berichte? Werden diese öffentlich?)

#### *Finanzierung*

- §70 SGB V steht unter der Überschrift „Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit“; diese bewusste Reihenfolge ist inzwischen umgekehrt worden



- Zergliederung der Finanzierung in ambulant und stationär muss zugunsten einer sozialraumorientierten regionalen Budgetierung überwunden werden
- Rechtebasierte psychosoziale Versorgungsangebote muss es geben

#### *Baulicher Zustand*

- aus Schleswig-Holstein lernen: dortiges [Gesetz](#) sieht vierjährige Übergangsfrist vor, um bauliche Bedingungen für deutliche Reduzierung von Zwangsmaßnahmen zu erreichen (dies könnte auch auf andere Bedingungen übertragen werden)
- in Kliniken bessere Atmosphäre schaffen

#### *Strukturentwicklung*

- Orientierung auf Offene Psychiatrie muss im PsychKHG festgeschrieben werden; zugleich ist sicherzustellen, dass dies nicht zu außerhalb des Gesetzeszugriffs stehenden geschlossenen "Heimen" führt
- 24-Stunden-Krisendienste mit Krisenwohnungen müssen flächendeckend ausgebaut werden und zwar nicht nur als Modellprojekte
- Schnelle Hilfe bei Schizophrenie anbieten – offener Dialog
- Sozialpsychiatrische Dienste müssen über Unterbringungen informiert werden, um Nachbehandlungen begleiten und unterstützen zu können
- ambulante Angebote ausbauen und bekannter machen
- Deeskalation vor Zwangsmaßnahmen
- Rolle und Einsatz von Peers stärken
- Angehörige anhören zu/vor Zwangsmaßnahmen
- Angehörigen Unterstützung anbieten
- es braucht klare Statistiken, die öffentlich werden müssen
- Sozialraumorientierung mit Finanzierung für die Region

#### *Gutachten*

- Negativ-/Positivlisten bei Gerichten zu bestimmten Gutachtern aufdecken und transparent machen
- hohe Kosten für Zweitgutachten angehen
- § 407a Problem Begutachtung = Verbraucherschutz
- Gutachter ausschließen, die für Fehlgutachten von Kammern abgemahnt worden sind

#### *Allgemein*

- heutiges Gespräch war die erste fachübergreifende Diskussionsveranstaltung zum PsychKHG seit 2017; Psychiatriebeirat hat noch nie getagt; LINKE soll das adressieren
- Psychiatrieaufsicht in Hessen tritt kaum in Erscheinung
- freiheitsentziehende und andere Zwangsmaßnahmen bei Kinder und Jugendlichen problematisieren
- Psychopharmakaeinsatz problematisieren
- Selbsthilfe mit eigenem Referat im HMSI stärken (vergleichbar zu Bayern)
- politischen Druck auch über öffentlichkeitswirksame Aktionen erzielen (hierzu ergänzend: **Anlage 2**)
- Fortsetzung des Fachgesprächs in irgendeiner Form, evtl. Forum Facebook

### **Keine Menschenrechtsverletzungen in der Psychiatrie!**

Anlage 3



**Kapitel 08 07 / Buchungskreisnummer 2795  
Besondere Transferleistungen**

**Wirtschaftsplan (Fördermittelbuchungskreis)**

**Erläuterungen zu Förderprodukt Nr. 10:  
Hilfen für psychisch kranke Menschen**

**IPR-Nr. 612 - Krankenhäuser, psychiatrische Einrichtungen**

**1. Verantwortliche fachliche und operative Verwaltungseinheit**

Hessisches Ministerium für Soziales und Integration

**2.Rechtsgrundlage oder sonstige Grundlage**

Hessisches Gesetz über Hilfen bei psychischen Krankheiten (Psychisch-Kranken-Hilfe Gesetz -PsychKHG) vom 04.05.2017, GVBl I S. 66

**3. Förderprodukt- und Leistungsbeschreibung**

**3.1 Beschreibung des Förderprodukts**

Das Land Hessen führt das Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz durch. Hierbei werden auf unterschiedlichen Ebenen Hilfen für psychisch kranke Menschen erbracht. Ziel der psychiatrischen Versorgung ist die Sicherstellung personenzentrierter und individuell passgenauer Hilfsangebote und Minimierung der Grundrechtseingriffe. Dazu gehören der flächendeckende Aufbau von Krisenhilfe, Maßnahmen zur Stärkung der Selbsthilfe und Prävention (z.B. Projekte, Fortbildungen, Veranstaltungen und Fachtagungen); Förderung von Projekten; Einrichtung von Besuchskommissionen und Unabhängigen Beschwerdestellen; sowie Verankerung des Hessischen Fachbeirats Psychiatrie. Dabei werden die Interessen der Betroffenen und der Angehörigen soweit wie möglich berücksichtigt.

Für die Maßnahmen nach dem PsychKHG (z. B. Freiheitsentziehung und Behandlung gegen den Willen eines psychisch kranken Menschen) werden die Träger der psychiatrischen Fachkrankenhäuser bzw. -fachabteilungen beliehen und die Bestellung der dort tätigen Ärzte geregelt. Über Maßnahmen nach PsychKHG werden Daten erhoben und ausgewertet. Die Fachaufsicht in Bezug auf Grundrechtseingriffe über die Allgemeinpsychiatrien erfolgt durch das Hessische Ministerium für Soziales und Integration.

**3.2 Leistungen zum Förderprodukt**

Die Leistungen entsprechen der Produktbeschreibung.

**4. Bezug zu politischen Zielen**

Durch Gesundheitsvorsorge vor Krankheiten und Gesundheitsgefährdungen schützen, bedarfsgerechte und wirtschaftliche medizinische Versorgung im ambulanten und stationären Bereich sowie die Ausübung der Gesundheitsberufe durch qualifiziertes Personal sichern und Sicherheit im Verkehr mit Arzneimitteln und Wirkstoffen gewährleisten.

**5. Empfänger**

Gebietskörperschaften (für Gesundheitsämter und unabhängige Beschwerdestellen), Mitglieder der Besuchskommissionen sowie unmittelbar an der Versorgung psychisch kranker Menschen Beteiligte sowie sonstige an der Erfüllung der Aufgaben Beteiligte (z.B. Vereine, freie Träger, Selbsthilfegruppen u.a.).

Kapitel 08 07 / Buchungskreisnummer 2795  
Besondere Transferleistungen

**Wirtschaftsplan (Fördermittelbuchungskreis)**

**6. Mengen- und Qualitätskennzahlen**

	Einheit	Soll 2020	Soll 2019	Ist 2018	Ist 2017	Ist 2016
<b>6.1 Zählgröße/Menge</b>						
Gesundheitsämter der Gebietskörperschaften	Anzahl	24	24	24	24	0
<b>6.2 Kennzahlen zur Leistungswirkung (Effektivität der Leistungen)</b>						
<b>6.2.1 Minimierung der Grundrechtseingriffe</b>						
Durchgeführte Konferenzen zum PsychKHG	Anzahl	24	24	24	24	0
<b>6.3 Kennzahlen zur Finanzwirtschaft (Effizienz der Leistungen)</b>						
<b>6.3.1 Geringe Verwaltungskosten und effektiver Mitteleinsatz</b>						
Verwaltungskosten pro 100 € Fördermittel	Euro	8,30	1,50	8,30	15,70	0

**7. Bewilligungsvolumen / Verpflichtungsermächtigungen**

	Neues Bewilligungsvolumen	2020	VE 2021	VE 2022	VE 2023	VE 2024 #
<b>Gesamt</b>	<b>3.200.000</b>	<b>3.200.000</b>	-	-	-	-
davon						
Landesmittel	3.200.000	3.200.000	-	-	-	-
Sonstige Erträge	-	-	-	-	-	-
Erträge aus Mitteln der EU	-	-	-	-	-	-
Erträge aus Mitteln des Bundes	-	-	-	-	-	-
Erträge aus Mitteln anderer Geber	-	-	-	-	-	-

**8. Produktspezifische Regelungen; Bewirtschaftungsvermerke**

- 8.1 Die Mittel sind übertragbar.  
8.2 Einnahmen erhöhen die Ausgabeermächtigung.

**9. Liquidität**

	Soll 2020 EUR	Soll 2019 EUR	Ist 2018 EUR
Landesmittel (Abfinanzierung)	-	-	2.524.191
Landesmittel (Neubewilligung)	3.200.000	3.100.000	-
Einnahmen (Abfinanzierung)	-	-	-
Einnahmen (Neubewilligung)	-	-	-
<b>Gesamt</b>	<b>3.200.000</b>	<b>3.100.000</b>	<b>2.524.191</b>

**10. Laufzeit bzw. Befristung**

unbefristet