

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Dr. Janosch Dahmen, Simone Fischer, Dr. Armin Grau, Linda Heitmann, Johannes Wagner, Misbah Khan und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Zugang und Versorgung psychisch erkrankter Menschen

Psychische Belastungen und Erkrankungen haben in den letzten Jahren – auch durch die COVID19-Pandemie – stark zugenommen. Besonders betroffen durch die Pandemie sind Kinder- und Jugendliche, wie die COPSYS-Studie eindrücklich zeigt. Die Lebenszeitprävalenz psychischer Erkrankungen liegt in Deutschland bei 43 Prozent der Bevölkerung, jährlich sind etwa 28 Prozent aller Erwachsenen, Frauen häufiger als Männer, betroffen. (www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder_und_Dokumente/Wissensdatenbank_oeffentlich/Report_Psychotherapie/DPTV_Report_Psychotherapie_2021.pdf).

Aufgrund der erforderlichen Weiterentwicklung des Hilfesystems hat die Aktion Psychisch Kranke (APK) im Anschluss an den vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) initiierten „Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen“ eine Fortführung des Psychiatriedialogs umgesetzt. Wie bereits im ersten Dialog war das grundsätzliche Ziel, Handlungsbedarfe zu identifizieren und diese in Form von gesetzlichen und untergesetzlichen Änderungsempfehlungen zu formulieren. Nachdem der Fokus des ersten Dialogs im Binnenbereich des Sozialgesetzbuches lag (www.psychiatriedialog.de/fileadmin/downloads/Informationen_Dialog/230227_Projektbericht_Dialog_gesamt_bf.pdf), konzentrierte sich die Fortführung insbesondere auf die Themen Partizipation und Zwangsvermeidung, sowie auf die Schnittstellen zwischen den Leistungen im Behandlungsbereich und denen der Teilhabe (www.apk-ev.de/projekte/fortfuehrung-psychiatriedialog?fs=3&cHash=8731f4b05278300cbe8342e4ad95c418). Die Ergebnisse des zweiten Psychiatriedialogs wurden im Rahmen eines Fachgesprächs im Gesundheitsausschuss am 10. September 2025 vorgestellt, die Handlungsempfehlungen wurden entsprechend auch an das Parlament und die zuständigen Ministerien adressiert.

Die Hilfen aus den psychiatrischen Kliniken sind häufig zu unflexibel, was zu Sektorenbrüchen zu Lasten der Patient*innen führt, wenn der Übergang von stationärer zu teilstationärer oder ambulanter Behandlung erfolgen soll. Angesichts der prognostizierten Entwicklung der psychiatrischen vertragsärztlichen Versorgung wird es zunehmend notwendig, Hilfen aus dem psychiatrischen Krankenhaus zu flexibilisieren. In Modellprojekten wurden nach § 64b sogenannte „Globalbudgets“ erprobt. Diese ermöglichen es den Kliniken bedarfsgerechte und personenzentrierte Hilfe stationär, teilstationär und ambulant anzubieten. Dazu gehören auch Konzepte wie das „Home Treatment“ als „stationsäquivalente Leistungen“. Die Evaluation zeigt, dass diese Hilfen bessere Qualität und Ergebnisse für die Betroffenen bringen, kostenneutral sind und die Zufriedenheit der Mitarbeitenden erhöhen.

Die demografische Entwicklung in der vertragsärztlichen psychiatrischen Versorgung macht es ebenfalls notwendig, die Psychiatrischen Institutsambulanzen zu stärken, u. a. um sogenannten „Drehtürentwicklungen“ entgegenzuwirken und insbesondere schwer und chronisch psychisch kranken Menschen passgenaue vor- und nachstationäre Hilfen zu ermöglichen.

Es ist oft schwer für psychisch erkrankten Menschen zeitnah niedrigschwellige Hilfen oder einen Therapieplatz zu finden. Zahlreiche Studien belegen lange Wartezeiten. So ermittelte die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) für das Jahr 2019 eine durchschnittliche Wartezeit von 142,4 Tagen vom Erstgespräch bis zum Beginn einer Psychotherapie (www.bptk.de/pressemitteilungen/psychisch-krankte-warten-142-tage-auf-eine-psychotherapeutische-behandlung/). Für Kinder- und Jugendliche haben sich die Wartezeiten seit Pandemiebeginn laut einer Studie der Universität Leipzig nahezu verdoppelt (www.lw.uni-leipzig.de/fakultaet/aktuelles/detail-nachrichten/artikel/studie-kinder-von-pandemie-besonders-hart-betroffen-2022-07-08).

Die aktuelle Bedarfsplanung orientiert sich weitgehend an Verhältniszahlen aus den 1990er Jahren. Ein Gutachten im Auftrag des G-BA aus dem Jahr 2018 (www.g-ba.de/downloads/39-261-3493/2018-09-20_Endbericht-Gutachten-Weiterentwicklung-Bedarfsplanung.pdf) zeigt die große Versorgungslücke in der psychotherapeutischen Versorgung. Im Koalitionsvertrag (S. 111–112) ist festgehalten, dass die Bedarfsplanung im Hinblick auf Kinder und Jugendliche und auf die Verbesserung der Versorgung im ländlichen Raum angepasst werden soll (www.koalitionsvertrag2025.de/sites/www.koalitionsvertrag2025.de/files/kov_2025.pdf).

Der Mangel an Hilfsangeboten wird nach Ansicht der Fragesteller*innen durch Unsicherheiten in der Finanzierung der Psychotherapie-Weiterbildung zusätzlich verschärft. Die Bundesregierung verspricht im Koalitionsvertrag (S. 112) die Sicherstellung der Weiterbildungsfinanzierung in der Psychotherapie (www.koalitionsvertrag2025.de/sites/www.koalitionsvertrag2025.de/files/kov_2025.pdf).

Niedrigschwelligen Hilfen, die von Betroffenen zeitnah und ohne große Zugangshürden in Anspruch genommen werden können, beugen der Chronifizierung vor und entlasten das psychiatrische und psychotherapeutische System. Trotz dieser Effekte sind psychiatrische Krisendienste, niedrigschwellige Suizidprävention und weitere psychosoziale Hilfen nicht flächendeckend erreichbar.

Frühzeitige Hilfsangebote stehen im engen Zusammenhang mit der Vermeidung von Zwang. Im Kontext der Psychiatrie wird zu oft auf Zwangsmaßnahmen zurückgegriffen. Dies geschieht auch in Bereichen, in denen die Anwendung von ärztlichen Zwangsmaßnahmen nicht explizit gesetzlich geregelt ist. Der Einsatz von Zwang kann gravierende Auswirkungen auf die körperliche und psychische Gesundheit der Betroffenen haben (www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Stellungnahmen_Positionspapiere/Position_APK_Zwangsbehandlung_-_Zwangsvermeidung.pdf). Internationale Abkommen, wie die UN-Behindertenrechtskonvention, unterstreichen das Recht auf Selbstbestimmung und Autonomie. Auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) sowie der UN-Sonderberichterstatter für Folter sprechen sich klar gegen Zwangsmaßnahmen aus, einschließlich der unfreiwilligen Verabreichung von Medikamenten. Beide APK-Psychiatriedialoge, die Ergebnisse des Projektes „Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem“ sowie die S3 Leitlinien der DGPPN „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ fordern daher, jede Art von Zwang im Kontext der Psychiatrie, wo immer es möglich ist, zu vermeiden. Es gibt kaum belastbare Belege dafür, dass Zwangsmaßnahmen tatsächlich die Selbst- oder Fremd-

gefährdung verringern. Vielmehr können sie dazu führen, dass Menschen aus Angst vor Zwang auf notwendige Hilfe verzichten.

Psychische Erkrankungen können, wenn sie nicht frühzeitig behandelt werden, lebenslange negative Folgen haben. Dazu kann der Zugang zur Versorgung durch eine psychische Erkrankung und damit einhergehende Herausforderungen erschwert werden. Im Jahr 2024 führten psychische Erkrankungen mit durchschnittlich 28,5 AU-Tagen zu den längsten Ausfallzeiten (www.aok.de/p/p/gg/update/fehlzeiten-2024/). Sie sind außerdem die häufigste Ursache für vorzeitige Verrentungen in Deutschland (www.deutsche-rentenversicherung.de/Bund/DE/Presse/Pressemitteilungen/pressemitteilungen_archive/2021/2021_11_30_psych_erkrankungen_erwerbsminderung.html). Damit ist nach Ansicht der Fragesteller*innen eine Früherkennung und -behandlung auch aus einer sozioökonomischen Perspektive von hoher Relevanz.

Nach Ansicht der Fragesteller*innen stellen die aktuellen, übergreifenden Krisen eine ernsthafte Bedrohung für die Versorgung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland dar. Eine frühzeitige Diagnostik und Versorgung sind daher zentral, um die psychische Gesundheit wiederherzustellen und Beschwerden zu lindern. Aus Sicht der Fragesteller*innen trägt die Bundesregierung eine besondere Verantwortung, konkrete Maßnahmen zu ergreifen, um die Folgen psychischer Erkrankungen abzumildern.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Wie bewertet die Bundesregierung die einzelnen Handlungsempfehlungen aus den beiden Psychiatriedialogen und auf welcher Grundlage kommt Sie zu ihrer Annahme?
Mit welcher Priorität plant die Bundesregierung die Handlungsempfehlungen aus beiden Dialogen umzusetzen?
2. Bis wann plant die Bundesregierung die Handlungsempfehlungen beider Psychiatriedialoge umzusetzen?
3. Wie bewertet die Bundesregierung die gesetzliche Verankerung von stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlungen (aufsuchende Hilfen)?
4. Teilt die Bundesregierung die Auffassung der Fragesteller*innen, dass der Ausbau stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlungen (aufsuchende Hilfen) zu einer verbesserten Versorgung schwer psychisch kranker Menschen führen würde, und wenn nicht, warum nicht?
5. Plant die Bundesregierung, die psychische Krisen- und Notfallversorgung weiter auszubauen und einheitliche Standards hierfür zu etablieren, und wenn ja, wie wird sie dabei vorgehen?
6. Plant die Bundesregierung die Ergebnisse beider vom BMG geförderten Psychiatriedialoge der Aktion Psychisch Kranke (APK), die eine gemeinsame und geteilte Beteiligungsanforderung von Krankenversicherung und Eingliederungshilfe an der Sicherstellung der Krisendienste fordern, in einer Reform der Notfallversorgung zu platzieren, und wenn nicht, warum nicht?
7. Plant die Bundesregierung die Einführung einer einheitlichen Notrufnummer für psychische Krisen, und wenn ja, wie, und bis wann soll diese umgesetzt werden?
8. Was bedeutet konkret das im Koalitionsvertrag der Bundesregierung formulierte Ziel, die psychosozialen Zentren zu unterstützen?

9. Welche Schritte hat die Bundesregierung geplant, um das Ziel, die psychosozialen Zentren zu unterstützen, zu erreichen und wurden bisher konkrete Maßnahmen umgesetzt?
10. Wie bewertet die Bundesregierung die Verlängerung der Leistungseinschränkung für Geflüchtete unter dem Asylbewerberleistungsgesetz auf 36 Monate hinsichtlich der Prävalenz psychischer Erkrankungen und den Integrations- und Teilhabechancen von Asylbewerber*innen?
11. In welchem Rahmen plant die Bundesregierung die psychotherapeutische Versorgung in psychosozialen Zentren insbesondere von Geflüchteten in der Bedarfsplanung abzudecken?
12. Wurden das nach der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf gemäß § 92 Absatz 6b SGB V (KSV-Psych-RL) formulierten Unterziel
 - a) die Bildung einer leicht erreichbaren und flexiblen Versorgungsstruktur zu fördern nach Kenntnissen der Bundesregierung erreicht,
 - b) zeitnahe Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten zur Verfügung zu stellen nach Kenntnissen der Bundesregierung erreicht,
 - c) eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten sowie die Möglichkeit der Versorgung in der häuslichen Umgebung zu ermöglichen nach Kenntnissen der Bundesregierung erreicht,
 - d) schwer psychisch erkrankten Patient*innen eine patientenindividuelle notwendige Koordination der Versorgungsangebote zu gewährleisten erreicht?
13. Plant die Bundesregierung, die Versorgung nach der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf gemäß § 92 Absatz 6b SGB V (KSV-Psych-RL) weiter zu fördern und Behandlungskapazitäten gezielt zu stärken, indem
 - a) ein gesetzlicher Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss gerichtet wird, die KSV-Psych-RL dahingehend zu überarbeiten, dass Befunde und Vorbehandlungen berücksichtigt werden müssen sowie Vertragsärzt*innen und Vertragspsychotherapeut*innen mit reduziertem Versorgungsauftrag („halber Kassensitz“) ebenfalls die Koordination der Versorgung übernehmen können,
 - b) gesetzlich verankert wird, dass Vertragsarztpraxen und Vertragspsychotherapiepraxen ihren Praxisumfang im Einzelfall bedarfsnotwendig vergrößern dürfen, sofern dies der Versorgung nach der KSV-Psych-RL dient und
 - c) die finanzielle Förderung der Praxisstrukturen und des Aufbaus der Netzwerkverbünde für die Versorgung nach der KSV-Psych-RL gesetzlich geregelt wird?
 - d) Und wenn nicht, warum nicht?
14. Plant die Bundesregierung, die Mental Health Surveillance durch das Robert Koch Institut oder das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit hinsichtlich der Schließung von Datenlücken zu Bedarfen sowie der Prävalenz und Inzidenz psychischer Erkrankungen fortzuführen, und wenn nicht, warum nicht?

15. Plant die Bundesregierung, die Daten des Robert Koch Instituts gemeinsam mit aktuellen Leitlinien als Grundlage für die Planung von Versorgungsangeboten und -strukturen in den Gesundheitsregionen zu nutzen, und wenn nicht, warum nicht?
16. Welche Bedeutung werden digitale Angebote zur Versorgung psychischer Erkrankungen bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen nach Ansicht der Bundesregierung künftig haben, und welche konkreten Maßnahmen sind von der Bundesregierung geplant?
17. Teilt die Bundesregierung die Ansicht der Fragesteller*innen, dass eine Überführung der sektorenübergreifenden Versorgungs – und Finanzierungsmodelle (Regionalbudgets, Modellprojekte nach § 64b SGB V) in die Regelversorgung zu einer Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung von Versicherten im Kliniksetting führt, und wenn nicht, warum nicht?
18. Bis wann plant die Bundesregierung eine Regelung zur Überführung der sektorenübergreifenden Versorgungs- und Finanzierungsmodelle (Regionalbudgets, Modellprojekte nach § 64b SGB V) in die Regelversorgung und Regelfinanzierung, und welche Maßnahmen hat die Bundesregierung bisher ergriffen, um den Forderungen der Gesundheitsministerkonferenz in diesem Bereich nachzukommen?
19. Wie bewertet die Bundesregierung eine Entfristung der Modellvorhaben nach § 64b SGB V als Zwischenschritt bis zur Überführung der sektorenübergreifenden Versorgungs- und Finanzierungsmodelle in die Regelversorgung und Regelfinanzierung?
20. Bis wann wird die Bundesregierung eine gesetzliche Regelung zur Stärkung der Psychiatrischen Institutsambulanzen schaffen?
21. Inwieweit plant die Bundesregierung den Zugang zu Psychiatrischen Institutsambulanzen als Anlaufstelle für Menschen in akuten Krisen zu erleichtern?
22. Wie sind nach Kenntnis der Bundesregierung aktuell die durchschnittlichen Wartezeiten für Erwachsene auf einen psychotherapeutischen Termin nach einem Erstgespräch in der psychotherapeutischen Sprechstunde und wie haben sich diese Wartezeiten in den letzten 10 Jahren verändert (bitte differenziert nach Bundesländern, Raumkategorien (städtisch, halbstädtisch, ländlich) und KV-Bezirken angeben)?
23. Wie sind nach Kenntnis der Bundesregierung aktuell die durchschnittlichen Wartezeiten für Kinder und Jugendliche auf einen psychotherapeutischen Termin nach einem Erstgespräch in der psychotherapeutischen Sprechstunde und wie haben sich diese Wartezeiten in den letzten 10 Jahren verändert (bitte differenziert nach Bundesländern, Raumkategorien (städtisch, halbstädtisch, ländlich) und KV-Bezirken angeben)?
24. Wie bewertet die Bundesregierung angesichts der langen Wartezeiten die derzeitige wohnort- und zeitnahe psychotherapeutische Versorgung, wenn bei gesetzlich Versicherten die Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung festgestellt wurde?
25. Welche Gründe gibt es nach Kenntnissen der Bundesregierung für lange Wartezeiten auf den Beginn einer Psychotherapie bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen und welche Maßnahmen plant sie konkret, um Wartezeiten zu reduzieren?
26. Wie bewertet die Bundesregierung den Anstieg der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen in den letzten Jahren und welche Ursachen sieht sie dafür?

27. Welche Entwicklungen erwartet die Bundesregierung bei der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen in den nächsten zehn Jahren und auf welche wissenschaftliche Evidenz stützt sie sich bei ihrer Einschätzung?
28. Wie viele Psychotherapeut*innen sowie psychotherapeutisch tätige Psychiater*innen, dargestellt in absoluten Zahlen und Verhältniszahlen, stehen nach Kenntnis der Bundesregierung derzeit in der psychotherapeutischen Versorgung im Bundesgebiet zur Verfügung, und wie haben sich diese Zahlen seit der Wiedervereinigung entwickelt (bitte differenziert nach einzelnen Bundesländern und Raumkategorien, wie städtisch, halbstädtisch und ländlich sowie nach Geschlecht und Altersgruppe angeben)?
29. Wie viele Psychotherapeut*innen sowie psychotherapeutisch tätige Ärzt*innen, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, dargestellt in absoluten Zahlen und Verhältniszahlen, stehen nach Kenntnis der Bundesregierung derzeit in der psychotherapeutischen Versorgung im Bundesgebiet zur Verfügung, und wie haben sich diese Zahlen seit der Wiedervereinigung entwickelt (bitte differenziert nach einzelnen Bundesländern und Raumkategorien, wie städtisch, halbstädtisch und ländlich sowie nach Geschlecht und Altersgruppe angeben)?
30. Wie viele Psychotherapeut*innen sowie psychotherapeutische Praxen, differenziert nach einzelnen Bundesländern und Raumkategorien, nehmen nach Kenntnis der Bundesregierung aktuell keine neuen Patient*innen mehr auf, und welche Gründe werden dafür genannt?
31. Wo steht Deutschland nach Kenntnis der Bundesregierung im europäischen Vergleich bezüglich der Anzahl der Psychotherapeut*innen pro Kopf der Bevölkerung?
32. Inwieweit hält die Bundesregierung die Quotierung für Kassensitze für Psychotherapeut*innen sowie Ärzt*innen, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln (mindestens 20 Prozent der Kassensitze), für angemessen, um eine ausreichende psychotherapeutische Versorgung für Kinder und Jugendliche sicherzustellen?
33. Wie viele zusätzliche Kassensitze für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen würden nach Prognose der Bundesregierung durch eine separate Bedarfsplanung von Psychotherapeut*innen sowie Ärzt*innen, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, entstehen und inwieweit reichen diese nach Ansicht der Bundesregierung aus, um dem gestiegenen Bedarf gerecht zu werden?
34. Wie würden sich die Wartezeiten auf eine psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach Prognose der Bundesregierung durch eine separate Bedarfsplanung von Psychotherapeut*innen sowie Ärzt*innen, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, entwickeln?
35. Hat die Psychotherapiestrukturereform 2017 (Änderung der Psychotherapierichtlinie) durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach Ansicht der Bundesregierung das Ziel erfüllt, den Patient*innen zeitnah einen niederschweligen Zugang zu einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung zu ermöglichen, und falls nicht, welche Konsequenzen oder Änderungen schlägt die Bundesregierung vor?
36. Plant die Bundesregierung, dem Gemeinsamen Bundesausschuss einen gesetzlichen Auftrag zu erteilen, die Bedarfsplanung in der Psychotherapie weiterzuentwickeln und dabei

- a) die regionalen Verhältniszahlen für die Fachgruppe der Psychotherapeut*innen abzusenken, um die Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen sowie für schwer psychisch erkrankte Personen zu stärken,
 - b) die regionalen Verhältniszahlen für Leistungserbringer*innen, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, abzusenken, um die Versorgung insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu stärken und
 - c) die Verhältniszahlen durch eine separate Bedarfsplanung von Psychotherapeut*innen sowie Ärzt*innen, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, abzusenken?
 - d) Und wenn nicht, warum nicht?
37. Hält die Bundesregierung die Verhältniszahlen in der Bedarfsplanung für angemessen, um eine adäquate psychotherapeutische Versorgung für schwer psychisch erkrankte Personen sicherzustellen, und wenn ja, auf welche Erkenntnis beruft sie sich bei ihrer Einordnung?
38. Plant die Bundesregierung eine Anpassung des Morbiditätsfaktors durch einen gesetzlichen Auftrag an den G-BA, um eine Absenkung der Verhältniszahlen und damit des Versorgungsniveaus im Zeitverlauf zu ermöglichen, und wenn nicht, warum nicht?
39. Plant die Bundesregierung Anreize zur psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen, beispielsweise durch Freihalten von Kapazitäten oder finanzielle Zuschläge für zusätzliches Personal, zu schaffen und wenn nicht, warum nicht?
40. Plant die Bundesregierung Sprachbarrieren in der psychotherapeutischen Versorgung abzubauen, und wenn ja, plant sie gesetzlich abrechenbare Sprachmittlungsleistungen einzuführen und wenn nicht, warum nicht?
41. Plant die Bundesregierung Anreize zur psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Sprachbarrieren, beispielsweise durch Freihalten von Kapazitäten oder finanzielle Zuschläge für zusätzliches Personal, zu schaffen und wenn nicht, warum nicht?
42. Was bedeutet konkret das im Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD für die Bundesregierung formulierte Ziel, die Weiterbildungsfinanzierung in der Psychotherapie sicherzustellen?
- Welche Schritte hat die Bundesregierung eingeleitet, um das Ziel, die Weiterbildungsfinanzierung in der Psychotherapie sicherzustellen, zu erreichen?
43. Inwieweit hat die Bundesregierung bisher auf die abschließenden Bemerkungen des Staatsprüfverfahrens für Deutschland im Jahr 2023 durch den UN-Fachausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderung reagiert, die die mangelnde Datenlage zur Anwendung von Zwangsmaßnahmen anmahnt (www.deutscher-behindertenrat.de/mime/00137622D1725608806.pdf)?
- Hat die Bundesregierung dabei die Handlungsempfehlungen aus dem ersten Psychiatriedialog berücksichtigt, und wenn nicht, warum nicht?
44. Bis wann wird die Bundesregierung ein „Zwangsregister“ zur Dokumentation von Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Institutionen und Pflegeheimen mit dem Ziel der Vermeidung von Zwang einführen, und wie plant sie dies bundesrechtlich umzusetzen?

Plant die Bundesregierung dabei die Handlungsempfehlungen der beiden Psychiatriedialoge zu berücksichtigen?

45. Plant die Bundesregierung, die gesetzliche Regelung des Zwangsmonitorings in die Erarbeitung des Bundesverfassungsgerichts-Auftrags von November 2024 (www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2024/bvg24-100.html) zu implementieren, und wenn nicht, warum nicht?
46. Inwieweit plant die Bundesregierung eine trialogisch besetzte Besuchskommission als Instrument der zivilgesellschaftlichen Kontrolle gesetzlich zu verankern, wie es im Rahmen des zweiten Psychiatriedialog empfohlen wird?
47. Plant die Bundesregierung die Erarbeitung eines bundesweiten Orientierungsleitfadens in Auftrag zu geben, um eine patientenorientierte und menschenrechtebezogene Arbeit der Besuchskommission in die Wege zu leiten, wie es im Rahmen des zweiten Psychiatriedialog empfohlen wird?

Berlin, den 7. Oktober 2025

Katharina Dröge, Britta Haßelmann und Fraktion