



## **Stenografischer Bericht**

(ohne Beschlussprotokoll)

## **– Öffentliche Anhörung –**

48. Sitzung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses

12. Januar 2017, 14:02 bis 18:06 Uhr

### **Anwesend:**

Vorsitzende Claudia Ravensburg (CDU)

### **CDU**

Abg. Sabine Bächle-Scholz  
Abg. Dr. Ralf-Norbert Bartelt  
Abg. Irmgard Klaff-Isselmann  
Abg. Michael Reul  
Abg. Ismail Tipi  
Abg. Tobias Utter  
Abg. Bettina Wiesmann

### **SPD**

Abg. Ulrike Alex  
Abg. Wolfgang Decker  
Abg. Corrado Di Benedetto  
Abg. Lisa Gnadl  
Abg. Gerhard Merz  
Abg. Ernst-Ewald Roth  
Abg. Dr. Daniela Sommer

### **BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

Abg. Marcus Bocklet  
Abg. Sigrid Erfurth  
Abg. Daniel May

### **DIE LINKE**

Abg. Marjana Schott

### **FDP**

Abg. René Rock

### **fraktionslos**

Abg. Mürvet Öztürk

**Fraktionsassistentinnen und -assistenten:**

Tamara Hajji	(Fraktion der CDU)
Hiltrud Wall	(Fraktion der SPD)
Mareike Lieb	(Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)
Christiane Böhm	(Fraktion DIE LINKE)
Vera Toth	(Fraktion der FDP)

**Landesregierung, Rechnungshof, etc.:**

Minister Stefan Grüttner, HMSI  
ROR Thorsten Henz, HMSI

**Anzuhörende:**

Institution	Name
Hessischer Landkreistag	RL Robert Stark Amtsleiter Dr. Siegfried Giernat
Beauftragte der Hessischen Landesregierung für Menschen mit Behinderung	Frau Oluk, Referentin
Beauftragter der Evangelischen Kirchen in Hessen am Sitz der Landesregierung	Sven Hardegen
Leiter des Kommissariats der Katholischen Bischöfe im Lande Hessen	Justiziarin Prof. Dr. Magdalene Kläver
Caritasverband Darmstadt e. V. Krisendienst, Integrierte Versorgung, Seelische Gesundheit	Bastian Ripper M. A. Dipl. Sozialpädagoge Sozialrecht/Beratung
Landeswohlfahrtsverband Hessen	Erster Beigeordneter Dr. Jürgens
vitos GmbH	Joachim Hübner
Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen e. V.	Benno Rehn
AG der ärztlichen Leitung der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie	Prof. Dr. Martin D. Ohlmeier
Universitätsklinikum Frankfurt am Main, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	Direktor Prof. Dr. Andreas Reif
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie	Ärztlicher Direktor Dr. Matthias Bender (als Sprecher AG Ärzte)
Justus-Liebig-Universität Gießen Institut für Psychiatrie und Psychotherapie	Prof. Dr. Bernd Gallhofer
Klinikum Hanau GmbH Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie	Chefarzt Dr. Thomas Schillen
Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie	Dr. Susanne Schlüter-Müller
Hessische Krankenhausgesellschaft e. V.	Präsident Prof. Dr. Dr. Wabnitz

Kliniken des Landkreises Heidenheim gGmbH Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik	Dr. Martin Zinkler
	Michael Köditz
AG der Angehörigen psychisch kranker Menschen in Frankfurt	Vorsitzender Manfred Desch Edith Mayer
Bundesverband der Berufsbetreuer/innen Landesgruppe Hessen	Harald Kalteier
Bundeschfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie	Martin Biskamp Leiter des Pflege- und Erziehungs- dienstes
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie Landesvertretung Hessen	Constantin von Gatterburg
EX-IN-Hessen	Andreas Jung, Koordinator
Gemeindepsychiatrischer Verbund Main-Kinzig-Kreis	Bernd Kaltschnee
Gesundheitsamt Main-Taunus-Kreis Sozialpsychiatrische Dienste in Hessen	Dr. Pia Berkefeld
Gewerkschaft der Polizei Landesbezirk Hessen	Stv. Landesvorsitzender Ewald Gerk
Hoffmanns Höfe	Wolfgang Schrank
Landesärztekammer Hessen	Dr. med. Stefan Hornung
Landesverband Hessen der Ärzte und Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes Kreisgesundheitsamt Fulda	Landesvorsitzender Jürgen Krahn
Landesverband Psychiatrie-Erfahrene Hessen	Sylvia Kornmann
Aktion Psychisch Kranke Vereinigung zur Reform der Versorgung psychisch Kranker e. V.	Prof. em. Dr. Reinhard Peukert

Protokollführung: Kerstin Decker, Henrik Dransmann

**Öffentliche mündliche Anhörung** zu dem

**Gesetzentwurf  
der Landesregierung für ein Gesetz zur Regelung des Rechts der  
Hilfen und Unterbringung bei psychischen Krankheiten  
– Drucks. [19/3744](#) –**

hierzu:

Stellungnahmen der Anzuhörenden  
– Ausschussvorlage/SIA/19/70 –

(Teil 1 verteilt am 05.12.16, Teil 2 am 06.12.16, Teil 3 am 23.12.16,  
Teil 4 am 01.02.17)

**Vorsitzende:** Sehr geehrte Anzuhörende! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Zunächst einmal herzlich willkommen im Hessischen Landtag. Ich begrüße Sie zur 48. Sitzung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses. Wir haben eingeladen zur öffentlichen Anhörung zum Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Gesetz zur Regelung des Rechts der Hilfen und Unterbringung bei psychischen Krankheiten, Drucksache 19/3744.

Die schriftlichen Unterlagen, die Sie, liebe Anzuhörende, eingereicht haben, liegen allen Kolleginnen und Kollegen im Ausschuss vor. Sie haben diese für die Sitzung vorbereitet. Deshalb bitten wir Sie herzlich, in Ihren mündlichen Stellungnahmen nicht das zu wiederholen, was bereits in der schriftlichen Stellungnahme stand, sondern nur das, was Sie für wichtig halten und zusätzlich zu bemerken ist.

Laut meiner Liste sind heute 25 Anzuhörende anwesend. Das bedeutet für uns alle ein wenig Disziplin. Deshalb haben wir die Bitte, dass Ihre Stellungnahme etwa 3 Minuten beanspruchen sollte. Ich schaue nicht ganz genau auf die Uhr, aber ich bitte Sie um die Einhaltung der Zeit. Es wird danach die Fragerunden der Kollegen geben, in denen Sie noch einmal explizit zu bestimmten Dingen gefragt werden und weiterhin Stellung beziehen können.

Ich darf Herrn Minister Stefan Grüttner herzlich begrüßen. Als Allerersten rufe ich nun den Hessischen Landkreistag auf. Laut meiner Liste hat Herr Stark zugesagt.

Herr **Stark:** Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Sehr geehrter Herr Minister! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich möchte kurz die Stellungnahme des Hessischen Landkreistages wiedergeben und die Auswirkungen auf die hessischen Gesundheitsämter skizzieren. Ich bin in Begleitung von Herrn Dr. Siegfried Giernat hier, dem Sprecher der amtsleitenden Ärzte der Gesundheitsämter. Er wird anschließend die Auswirkungen auf die Gesundheitsämter verdeutlichen.

Außerdem möchte ich die Gelegenheit nutzen, Herrn Dr. Risch, den Referatsleiter des Hessischen Städtetages, zu entschuldigen. Der Hessische Städtetag ist heute leider verhindert; Herr Dr. Risch hat mich aber darum gebeten, kurz auf die Stellungnahme des Städtetages hinzuweisen.

Vonseiten des Hessischen Landkreistages wird der Gesetzentwurf befürwortet. Er dient auf jeden Fall der Förderung der psychisch erkrankten Menschen, und er bietet auch

unseren Sozialpsychiatrischen Diensten, die in unseren Landkreisen überwiegend bei den Gesundheitsämtern angesiedelt sind, eine gewisse Rechtssicherheit und einen Stellenwert, der sehr zu befürworten ist.

An dieser Stelle weise ich darauf hin, dass im Gesetz – das finden wir sehr gut – aufgeführt ist, dass es einen Mehrbelastungsausgleich für die kreisfreien Städte und die Landkreise gibt. Es wird eine Rechtsverordnung vonseiten des HMSI geben. Darin soll darauf hingewiesen werden, dass der Mehrbelastungsausgleich für uns auskömmlich sein muss, um die Aufgaben fachgerecht zu erfüllen. Dieser Mehrbelastungsausgleich sollte dynamisiert werden, auch im Hinblick darauf, dass auch die Personalkostenentwicklung immer steigt. Die Tarife erhöhen sich. Dementsprechend sollte auch der Mehrbelastungsausgleich dynamisiert sein.

Am Ende des Gesetzeswerkes sind mehrere Durchführungsverordnungen vorgesehen. Diese sollten nach unserer Auffassung unbedingt rechtzeitig vor der Umsetzung des Gesetzes vorliegen, damit wir vonseiten des Hessischen Städtetags, der das Gesetzeswerk ebenfalls befürwortet, entsprechend handeln können, wenn das Gesetz in Kraft tritt. Er sieht es als sehr großen Fortschritt für die Betroffenen sowie die an der Umsetzung Beteiligten an.

Der Städtetag ist der Meinung, dass die Angebote, die bereits vor Ort vorhanden sind, auf jeden Fall auch weiterhin erhalten bleiben und nicht durch das Gesetz abgewickelt werden sollten.

Nun bitte ich Herrn Dr. Giernat, die Auswirkungen auf die Gesundheitsämter kurz darzustellen.

Herr **Dr. Giernat**: Ich bin Amtsleiter im Gesundheitsamt Main-Kinzig-Kreis. Wir befürworten als Gesundheitsämter diesen Gesetzentwurf ausdrücklich. Wir haben allerdings einige kleine Anmerkungen, die in der Stellungnahme aufgeführt sind.

Einmal haben wir in § 5 Abs. 1 für die Sozialpsychiatrischen Dienste den § 10 Abs. 3 HGöGD erwähnt. Dieser würde aus unserer Sicht nur die Kinder und Jugendlichen betreffen, und diese sind bei uns nicht durch den SPDi versorgt, sondern durch den kinder- und jugendärztlichen Dienst, sodass das aus unserer Sicht nicht in dieses Gesetz gehört. Die kleine Anmerkung in § 10 Abs. 3 HGöGD dürfte also eigentlich nicht in diesem Gesetz stehen, da dies eigentlich Sache der kinder- und jugendärztlichen Dienste ist. Dafür sind die Kinder- und Jugendpsychiater sowie die Jugendämter zuständig, und der SPDi würde sich dort unnötig einschalten.

Ich habe noch eine Anmerkung, da es einen Widerspruch in § 13 Abs. 2 gibt. Dies betrifft die Besuchskommission. Darin steht, dass der SPDi vor Ort an der Besuchskommission teilnehmen soll, was auch völlig richtig ist, dass er aber nicht mit Unterbringungsverfahren betraut sein darf. Das finde ich widersprüchlich. Das kann nicht sein. Der SPDi ist fast immer mit Unterbringungsverfahren betraut, sollte aber trotzdem an der Besuchskommission teilnehmen. Hierzu müsste eine Änderung in § 13 erfolgen.

Weiter hinten gibt es in § 16 noch die Zuständigkeit des Gemeindevorstands. Dort steht, der Gemeindevorstand und der Sozialpsychiatrische Dienst seien zuständig. Das kann nicht sein, da nur einer von beiden tätig werden kann, sodass dort „oder“ stehe müsste.

Das sind uns die wichtigsten Anliegen. Alles andere haben wir in der schriftlichen Stellungnahme bereits beschrieben.

**Vorsitzende:** Ist jemand vom Städte- und Gemeindebund anwesend? – Das ist nicht der Fall.

Damit kommen wir zur Beauftragten der Hessischen Landesregierung für Menschen mit Behinderungen. Frau Müller-Erichsen lässt sich aus zwingenden privaten Gründen entschuldigen. Sie hat es uns gestern Abend mitgeteilt, hat aber ihre Referentin, Frau Oluk, entsendet. Frau Oluk, Sie haben das Wort.

Frau **Oluk:** Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Sehr geehrter Herr Minister! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich begrüße Sie im Auftrag der Beauftragten. Ich möchte kurz erwähnen – Sie kennen unsere Stellungnahme –: Für die Beauftragte ist es sehr wichtig, dass dieses Gesetz unter Berücksichtigung der UN-Behindertenrechtskonvention und des Prüflitfadens für Normforschung noch einmal in den Fokus gerückt und überprüft wird.

Weiter ist für Sie wichtig: Patienten mit Doppeldiagnosen, Selbst- und Fremdgefährdung sollten die Möglichkeit erhalten, in stationären, geschlossenen Wohneinrichtungen rehabilitiert zu werden.

Außerdem ist die Zwangsunterbringung von großer Bedeutung. Sie sollte wirklich das letzte Mittel sein und nicht über fünf Tage dauern. Das jüngste Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom Oktober 2016 sollte bei der Beurteilung ebenfalls berücksichtigt werden.

Frau Prof. **Dr. Magdalene Kläver:** Sehr geehrter Herr Minister! Sehr geehrte Frau Ravensburg! Sehr geehrte Damen und Herren! Wir danken herzlich für die Möglichkeit zur Stellungnahme. Die katholischen Bistümer und die evangelischen Kirchen in Hessen geben eine gemeinsame Stellungnahme ab.

Ich möchte einen für uns wichtigen Gesichtspunkt aufgreifen. Wir bewerten es als sehr positiv, dass in das neue Gesetz eine Regelung zur Religionsausübung aufgenommen wurde. Aber wir halten eine weitere Konkretisierung für erforderlich. Dies dient der Rechtsklarheit und Rechtssicherheit für alle Beteiligten. Anhand von zwei Beispielen möchte ich verdeutlichen, dass der Landesgesetzgeber immer wieder solche klarstellenden Konkretisierungen vorgenommen hat.

Das erste Beispiel ist das Maßregelvollzugsgesetz. Es enthält ausführliche Konkretisierungen in drei Paragrafen, nämlich in den §§ 28, 29 und 30.

Als zweites Beispiel möchte ich die Strafvollzugsgesetze anführen, die zwar in die Zuständigkeit des Justizministeriums und nicht in die des Sozialministeriums fallen, aber in beiden Fällen geht es vergleichbar um Anstaltsseelsorge. Zwischen dem Land Hessen und den beiden großen Kirchen wurden bereits in den 1970er-Jahren detaillierte Vereinbarungen über die Ausgestaltung der Seelsorge in den JVA's getroffen. Trotz dieser detaillierten Regelungen hat der Gesetzgeber im ab 2010 geschaffenen Hessischen Jugendstrafvollzugsgesetz und im Sicherungsverwahrungsvollzugsgesetz ebenfalls noch einmal Konkretisierungen zur Religionsausübung und Seelsorge vorgenommen.

Ich könnte Ihnen viele weitere Beispiele dafür anführen, in denen der Landesgesetzgeber zur Verdeutlichung und zur Erreichung von Rechtssicherheit weitreichende Konkretisierungen vornimmt. Dies sollte auch beim vorliegenden Gesetzentwurf beibehalten werden.

Damit möchte ich meinem Kollegen vom evangelischen Büro, Herrn Hardegen, das Wort geben.

Herr **Hardegen**: Die Evangelischen Kirchen in Hessen danken ebenfalls für die Möglichkeit der Stellungnahme. Die Kirchen sind hier eng beieinander. Deshalb haben wir uns entschieden, hier gemeinsam aufzutreten.

Ich möchte noch ergänzen, dass sich die Vergleichbarkeit – weswegen wir auch meinen, dass Seelsorge und gottesdienstrechtliche Regelungen etwas ausführlicher erwähnt sein könnten – auch daraus ergibt, dass wir in den Strafvollzugsgesetzen, ähnlich wie im PsychKHG, Regelungen zur zwangsweisen Unterbringung und zu den besonderen Sicherungsmaßnahmen haben, z. B. zum unmittelbaren Zwang. Das sind Parallelen, die wir aus dem allgemeinen und besonderen Strafvollzug kennen. In diesem Sinne betone ich nochmals, dass wir die von uns vorgeschlagenen Konkretisierungen zu den Seelsorgerinnen und Seelsorgern als sehr zweckdienlich erachten. Inhaltlich möchte ich, um Zeit zu sparen, auf die eingereichten vorgeschlagenen Ergänzungen verweisen.

Abg. **Marjana Schott**: Meine Damen und Herren! Ich habe mich über die vielen Beiträge, die wir erhalten haben, sehr gefreut. Es bleiben natürlich wie immer noch offene Fragen.

Ich möchte mich zunächst an den Landkreistag, also an die kommunale Familie, wenden. Dabei geht es mir insbesondere um den Sozialpsychiatrischen Dienst und um die Aufgaben. Sie haben vorhin schon gesagt, dass dies dynamisiert werden müsste, da es in Zukunft möglicherweise steigende Kosten verursacht.

Die Frage ist: Wenn man von dem Jetzt-Satz ausgeht und einmal überschlägt, was das für einzelne Kreise in Stellen bedeutet, dann kommt man vielleicht auf eine Stelle pro Kreis. Es ist schon schwierig genug, sie mit jemandem auszufüllen, der eine psychiatrische oder ähnliche Ausbildung hat.

Dazu kommt: Wenn man sich den Markt anschaut, die Gehaltsgestaltung und das, was geboten wird, dann dürfte es für die Kreise schwierig sein, in diesem Segment überhaupt Personal zu finden. Ich hätte von Ihnen gern eine Einschätzung dazu, inwieweit das vorhandene Geld ausreicht und ob Sie sich vorstellen können, in ausreichendem Maße Personal zu finden.

Wir haben anhand einer Kleinen Anfrage, die wir gestellt haben, festgestellt, dass die Ausstattung in den einzelnen Kreisen und kreisfreien Städten sehr unterschiedlich ist und es keinen landesweiten Standard gibt. In anderen Ländern ist das anders. Dort werden zum Teil Standards vorgegeben. Wenn man diese mit den hiesigen vergleicht, müsste man, um aufzuholen, in einigen Kreisen ad hoc fünf Menschen mehr beschäftigen, nur um auf den Stand zu kommen, den andere Bundesländer bereits haben. Auch dazu wüsste ich gern: Sehen Sie das als zielführend an? Meinen Sie, dass es den anderen einfach zu wohl geht, oder müssen wir nachbessern?

Außerdem geht es mir um die Koordinierung der Hilfsangebote. Der Landkreis schreibt in seiner Stellungnahme, dass der Sozialpsychiatrische Dienst diese Hilfen koordinieren solle. Wie bekommen Sie dann die Abgrenzung zu den Kontakt- und Beratungsstellen hin? Denn in vielen anderen Stellungnahmen war zu lesen, dass diese schwierig sei, weil die Sozialpsychiatrischen Dienste jetzt in die Wohnungen der Betroffenen gehen können, auch gegen deren Willen, dies aber ein Problem darstelle, da es eigentlich ein niedrigschwelliges Angebot sein soll, das auch etwas mit Vertrauen zu tun hat, und dieses Vertrauen dadurch gebrochen würde. Wie sehen Sie das als Träger?

Abg. **Gerhard Merz:** Ich habe eine Frage an die Vertreter der Religionsgemeinschaften. Es ist etwas misslich, dass wir hier niemanden aus dem muslimischen Bereich haben; denn darauf zielt meine Frage in Bezug auf den vorgeschlagenen § 25 a. Er ist relativ einfach, was den § 1 und Ihre Religionsgemeinschaften betrifft. In den anderen Fällen wird er weniger einfach.

Wir haben im Moment insgesamt bei der Krankenhausesseelsorge im Bereich der Muslime das Problem, dass es dort keine konkreten Ansprechpartner gibt. Haben Sie das in Ihrem Gesetzesvorschlag berücksichtigt? Wie würde man dabei verfahren? Es ist eine kleinere, aber eine andere Religionsgemeinschaft mit einer anderen Organisationsstruktur und anderen Ausbildungsverfahren.

Herr **Stark:** Zur Beantwortung der Fragen – es waren insgesamt drei Frageblöcke; es ging auch um die inhaltliche Tätigkeit des Sozialpsychiatrischen Dienst – möchte ich darauf verweisen, dass noch Kollegen vom Sozialpsychiatrischen Dienst, Frau Dr. Berkefeld und Herr Kaltschnee, Statements dazu abgeben werden. Das sind inhaltliche Fragen. Sie werden in ihren Statements noch explizit darauf eingehen. Deshalb möchte ich jetzt nicht vorgreifen.

Zur Frage der Dynamisierung des Mehrbelastungsausgleichs und vor allem zur Personalgewinnung gebe ich Ihnen absolut recht, dass der öffentliche Dienst, insbesondere der öffentliche Gesundheitsdienst mit seinem Sozialpsychiatrischen Dienst wie alle anderen Branchen ein Problem haben, Fachkräfte zu gewinnen. Gerade bei den Ärzten ist es in letzter Zeit schwierig. Wir haben seit längerem zusammen mit dem Landkreistag und dem Städtetag einen Prozess zur Gewinnung von Ärzten für den ÖGD – darunter fallen auch die psychiatrischen Kräfte, die wir dadurch gewinnen wollen – und haben immer wieder gute und erfolgreiche Einstellungen. Ich habe vorhin von Herrn Dr. Giernat zufälligerweise erfahren, dass auch im Main-Kinzig-Kreis aktuell wieder jemand eingestellt worden ist. Der öffentliche Dienst ist also auch für Ärzte immer noch ein attraktiver Arbeitgeber, sodass wir durchaus in der Lage sind, Fachkräfte zu gewinnen, die dann auch die Aufgaben des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes durchführen können. Wir sind also durchaus optimistisch.

Der zweite große Fragenblock betraf die landesweiten Standards. Dass der Sozialpsychiatrische Dienst in den Kreisen sehr unterschiedlich aufgestellt ist, hat auch etwas damit zu tun, wie die regionale Struktur gewachsen ist. Viele Kreise haben es etwas anders organisiert, außerhalb ihrer Verwaltung, zusammen mit den Beratungsstellen, die auch, wie es der Städtetag in seiner Stellungnahme explizit erwähnte, nicht abgewickelt werden sollen, sondern weiterhin bestehen bleiben müssen. Das soll auch so bleiben. Die Abgrenzung wird sich dann bei der weiteren Entwicklung zeigen.



Der Sozialpsychiatrische Dienst hat die Aufgabe, das Ganze zu koordinieren. Dieser Aufgabe wird er weiter nachkommen, so wie es im Gesetz vorgesehen ist. Ich hoffe, dass ich die Frage damit einigermaßen beantworten konnte.

Frau Prof. **Dr. Kläver:** Ich möchte darauf hinweisen, dass die Regelungen zur Anstaltsseelsorge letztendlich auf dem Grundgesetz basieren, da darin eine Anstaltsseelsorge zugesichert wird. Die grundrechtlich abgesicherte Anstaltsseelsorge setzt aber das Vorliegen einer Religionsgemeinschaft voraus. Das bedeutet – wenn ich noch einmal den Vergleich zur JVA-Seelsorge bringen darf –, dass auch da das Problem besteht, dass wir kaum einen muslimischen Verband in Hessen haben, der als Religionsgemeinschaft anerkannt ist, die DITIB und die Ahmadiyya, aber mehr noch nicht.

Deshalb ist bei den JVAs die Lage im Moment noch so, dass es Einzelvereinbarungen zwischen JVAs und einzelnen Imamen gibt. Ich denke, das muss auch hier der Weg sein, bis man zu dem Punkt kommt, dass islamische Verbände als Religionsgemeinschaft anzuerkennen sind. Gerade die Einführung des muslimischen Religionsunterrichts in Hessen zeigt, dass auch muslimische Verbände diese Voraussetzung erfüllen können. Ich denke, das wäre ein vergleichbarer Weg.

Herr **Ripper:** Ganz herzlichen Dank für die Wertschätzung unserer Arbeit durch die Einladung und die Möglichkeit zur Stellungnahme. – Wir haben sehr fokussiert Stellung genommen, und eingangs möchte ich sagen: Der Gesetzgeber manifestiert in der Präambel immer ein Stück weit den Geist des Gesetzes. Wenn man die Aufgabe hätte, die Grundzüge progressiver Sozialpsychiatrie zusammenzufassen, dann würde man genau diese Präambel schreiben. Von unserer Seite also herzlichen Glückwunsch zu diesem Einstieg! Wir stimmen ihm vollumfänglich zu.

Auch die Definition des hohen Stellenwerts der Prävention – § 2 – trifft auf unsere Unterstützung. Wir stellen uns die Frage, was man erreichen will. Dabei stellt sich bei der vorgesehenen Stärkung der Sozialpsychiatrischen Dienste nach diesem Gesetz die spannende Frage der quantitativen Personalstärke. Aber ist das wirklich dazu angetan, wozu es hier eigentlich gehen muss, nämlich zukünftig Chronifizierungskarrieren zu vermeiden?

Wir wissen, dass der aktuelle Forschungsstand so ist – Effektivitätsforschung gibt es auch in diesem Bereich –, dass man schon seit Längerem festgestellt hat, dass Hilfen für Menschen in seelischen Krisensituationen, für psychisch kranke Menschen vor allem dann effektiv sind, wenn sie möglichst frühzeitig erfolgen. Insofern stellt sich bei der Vorlage eines neuen Gesetzes die Frage: Wie kann man Strukturen auf Landesebene schaffen, damit diese Hilfe möglichst schnell und vor allem niedrigschwellig geschieht? Niedrigschwelligkeit ist wirklich das A und O; das wissen Sie, das brauche ich Ihnen nicht zu erzählen, aber ich möchte es trotzdem nochmals betonen. Das bedeutet, dass die Menschen sehr schnell und unbürokratisch Hilfe erhalten können.

Wir sind der Ansicht, dass dies vor allem sozialpsychiatrische Krisentelefone, die 24 Stunden/365 Tage am Netz sind, in hervorragender Art und Weise tun können. Wir stellen uns die Frage – gerade weil nach dieser Personalverstärkung der SPDs die meisten Sozialpsychiatrischen Dienste in Hessen und auch bei uns in Darmstadt nicht in der Lage sein werden, dies eigenständig zu stemmen –, ob die Möglichkeit besteht, auch in Verbindung mit der Forschung, gemeinsam mit Universitäten Initiativen zu starten, um Best-Practice-Beispiele in diesem Bereich zu entwickeln, also nicht zu sagen, man wisse

schon, was das Beste ist, sondern zumindest zwei oder drei Modellversuche in diesem Bereich zu starten. Das möchten wir gern anregen.

**Vorsitzende:** Als Nächster darf ich den Ersten Beigeordneten des Landeswohlfahrtsverbandes, Herrn Dr. Jürgens, begrüßen. Gleichzeitig begrüßen alle Kolleginnen und Kollegen Sie als ehemaligen Abgeordneten. Schließlich waren Sie lange in unseren Reihen. Also herzlich willkommen von allen Seiten.

Herr **Dr. Jürgens:** Vielen Dank, Frau Vorsitzende. – Ich bin gespannt, wie der Rollenwechsel funktioniert, die Fragen nicht stellen, sondern zu beantworten. Schauen wir mal.

Frau Vorsitzende, Herr Minister, meine Damen und Herren Abgeordnete! Der Landeswohlfahrtsverband Hessen begrüßt außerordentlich, dass nunmehr auch in Hessen – man könnte sagen: endlich – ein Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz geschaffen werden soll. Die Forderung danach gibt es bereits seit vielen Jahrzehnten, seit der Psychiatrie-Enquete, und es ist höchste Zeit, dass endlich das veraltete, polizeirechtlich orientierte Freiheitsentziehungsgesetz durch ein modernes Gesetz abgelöst wird. Es wäre aus unserer Sicht ein sozialpolitischer Meilenstein, wenn dies endlich in dieser Wahlperiode gelingen könnte.

Wir sind als Landeswohlfahrtsverband hauptsächlich für die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen zuständig. Als seelisch behindert gelten – Sie wissen das – vor allem psychisch kranke Menschen oder Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, bei denen sich die Krankheit bereits chronifiziert oder zu einem langandauernden Hilfebedarf für voraussichtlich mindestens sechs Monate geführt hat. Im Rahmen der Eingliederungshilfe bieten wir für diesen Personenkreis stationäre Wohnmöglichkeiten, betreutes Wohnen in der eigenen Wohnung, Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder zur Gestaltung des Tages in einer Tagesstätte sowie verschiedene andere Dinge.

Unsere Rechtsgrundlage dafür ist bisher das Sozialgesetzbuch XII und künftig das Bundesteilhabegesetz. Deshalb sind wir in unserem Leistungsbereich vom Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz nicht unmittelbar betroffen. Aber wir haben natürlich ein großes Interesse daran, dass die Möglichkeiten der frühzeitigen Unterstützung für psychisch kranke Menschen, die Behandlungsangebote, die niedrighwelligen Hilfen, die Kriseninterventionen bis hin zu den aufsuchenden Hilfen so wirksam sind, dass den Menschen möglichst erspart bleibt, überhaupt Eingliederungshilfe bei uns in Anspruch nehmen zu müssen.

Wir haben seit Jahren die größten Fallzahlzuwächse in der Eingliederungshilfe bei seelisch behinderten Menschen. Das ist keine hessische Spezialität, sondern das ist bundesweit so. Wir wissen aber auch: Wenn die vorgelagerten Hilfesysteme gut funktionieren, werden die nachgelagerten Hilfen der Eingliederungshilfe bei uns entweder gar nicht oder nur in geringerem Umfang oder für einen kürzeren Zeitraum notwendig. Deshalb haben wir ein großes Interesse daran, dass die Hilfen für psychisch kranke Menschen in Hessen funktionieren. Dies hätte auch unmittelbare Auswirkungen auf uns.

Wir haben in der gemeinsamen schriftlichen Stellungnahme den Fokus auf die Punkte gelegt, bei denen wir betroffen sind oder unser Tochterunternehmen vitos unmittelbar betroffen ist. Für vitos wird gleich Herr Hübner vortragen.

Ich möchte noch einige Sätze zu dem Punkt verlieren, bei dem wir als Landeswohlfahrtsverband unmittelbar betroffen wären, nämlich bei der Kostenregelung in § 30 des Entwurfs. Danach soll nach untergebrachten Person oder anderen Sozialleistungsträgern der Landeswohlfahrtsverband subsidiär für die Kosten der Unterbringung aufkommen. Wir haben das in der schriftlichen Stellungnahme bereits erläutert. Wir halten diese Regelung für überflüssig. Sie ist damals in ähnlicher Form ins HFEG, in Hessische Freiheitsentziehungsgesetz, gekommen, als die Sozialleistungssysteme noch völlig anders aufgebaut waren. Das war möglicherweise schon vor der Zeit des Bundessozialhilfegesetzes.

Auf jeden Fall hat sich in den letzten Jahrzehnten die Landschaft der Sozialleistungen deutlich geändert, insbesondere durch das SGB XII, die Sozialhilfe, und die Änderungen, die es dort erfahren hat, insbesondere bei der Hilfe zur Gesundheit. Wir sehen deshalb keine Lücken mehr für die Kostentragung. Natürlich kann es sein, wenn es im Rahmen der Eingliederungshilfe zu einer Unterbringung kommen muss, dass wir auch als Kostenträger zuständig wären. Ansonsten sehen wir jedoch nicht, dass es eine Lücke für Menschen ohne Kostenträger gibt. Für eine Krankenbehandlung sind die Krankenkassen zuständig. Dies gilt sogar in weitem Umfang für nicht krankenversicherte Personen. Für diese werden die Leistungen von den Krankenkassen erbracht und vom zuständigen Sozialhilfeträger erstattet. So ist es seit einigen Jahren im Gesetz geregelt, sodass wir die ursprüngliche Annahme, nicht krankenversicherte Personen müssten den Landeswohlfahrtsverband als subsidiären Kostenträger haben, nicht teilen können. Wir haben deshalb einen Vorschlag für eine Formulierung unterbreitet, den wir den Ausschuss wohlwollend zu prüfen bitten.

Herr **Hübner**: Frau Vorsitzende, Herr Minister, meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich danke ebenfalls dafür, dass ich die Möglichkeit habe, kurz die Position des größten Trägers psychiatrischer Kliniken in Hessen zu dem Gesetzentwurf deutlich zu machen.

Ich verweise zunächst einmal pauschal auf unsere ausführliche Stellungnahme. Es gibt einigen Änderungsbedarf betreffend beispielsweise den fehlenden Krisendienst, die Notwendigkeit der Verankerung des Prinzips regionaler Pflichtversorgung im Gesetz, das Problem der Unterbringung von Kindern und Jugendlichen in der Erwachsenenpsychiatrie, eine Klarstellung der Kompetenzen der Fachaufsicht gegenüber den Kliniken und rechtliche, aber vor allem auch praktische Bedenken gegen die Anordnung der sofortigen vorläufigen Unterbringung durch Klinikärzte und letztlich auch Kosten- und Finanzierungsrisiken für die Krankenhäuser, die sich aus diesem Gesetz ergeben. Ich denke, dies wird noch ausführlicher von der Hessischen Krankenhausgesellschaft und den Chefärzten dargestellt.

Ich möchte mich auf zwei Lebensschicksale von behinderten Menschen beschränken, die ich Ihnen vorstellen möchte, da diese vom Gesetz in ganz gravierender Weise beeinträchtigt werden. Es geht um einen 51-jährigen geistig behinderten Mann mit einer Pädophilie und einer dissozialen Persönlichkeit, der sich über viele Jahre hinweg immer wieder an Kindern vergriffen hat; es kam jedoch nie zu einem Strafverfahren. Er wurde dann auf Anregung seines Betreuers nach dem Hessischen Freiheitsentziehungsgesetz in einer Behinderteneinrichtung untergebracht, in einer Intensivbetreuungsgruppe, in der er auch heute noch lebt. Die Pädophilie besteht weiterhin, also eine erhebliche Fremdgefährdung. Trotzdem genießt er dort einen verantwortbaren Freiraum, eine Teilhabe, wie man das heute nennt. Er nimmt an Freizeitaktivitäten teil und arbeitet sogar von der Behinderteneinrichtung aus in einer Werkstatt für behinderte Menschen.

Der zweite Klient ist ein 22-jähriger junger Mann, ebenfalls mit einer geistigen Behinderung und deutlichen Verhaltensstörungen, mangelnder Impulskontrolle, Aggressivität und der Gefahr des Zündelns. Die letzte, erst kürzlich ergangene ärztliche Begutachtung betont die Wahrscheinlichkeit von Brandstiftungen, gefährlichem Eingriff in den Straßenverkehr und Sachbeschädigungen, weil er einfach die Gefährlichkeit seiner Handlungen nicht selbst einschätzen und beurteilen kann. Er lebt ebenfalls in einer Behinderteneinrichtung, dort in einem Einzelzimmer, nimmt an Freizeitaktivitäten teil und arbeitet in der Garten- und Parkpflege. Er hat also auch eine Lebensnische gefunden.

Warum erzähle ich das so ausführlich? – Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, dass Unterbringungen nur in psychiatrischen Krankenhäusern vollzogen werden dürfen. Das heißt, diese beiden Menschen müssten in eine akutpsychiatrische Klinik verlegt werden. Das kann nicht sein, meine Damen und Herren; denn damit würden sie ihrer Heimat beraubt, ihrer Lebensnische, die sie gefunden haben.

Ich appelliere also dringend an Sie, dies zu ändern, dass Unterbringungen in begründeten Einzelfällen auch in anderen geeigneten Einrichtungen vollzogen werden dürfen. Viele andere Bundesländer kennen diese Regelung. Ich verweise auch auf § 2 Ihres Gesetzentwurfes, in dem Sie speziell die Würde, den Willen und die Rechte der behinderten Menschen ansprechen. Dagegen würde in eklatanter Weise verstoßen, wenn sie nicht in ihren Heimen bleiben dürfen.

Es geht nicht nur um diese beiden Einzelfälle. Ich habe erst kürzlich mit freien gemeinnützigen Behinderteneinrichtungen gesprochen, die mir bestätigt haben, dass es verstärkt zu einem Problem geworden ist, gegenüber Fremdaggressivität in angemessener Weise reagieren zu können. Auch der Maßregelvollzug ist kein Ausweg. Der Bundesgesetzgeber hat die Hürde des Zugangs zum Maßregelvollzug gerade erhöht. Wenn wir das als Ausweg nehmen – dies sei am Rande erwähnt –, müsste das Land die Kosten tragen. Ich denke, das wollen Sie auch nicht unbedingt.

Meine Bitte lautet also: Überprüfen Sie diese gesetzliche Regelung noch einmal. Ich stehe damit als vitos-Vertreter sicher nicht allein; die Behindertenbeauftragte hat es ebenfalls bereits deutlich gemacht, und im freigemeinnützigen Bereich wird dieser Punkt in den Stellungnahmen ebenfalls erwähnt.

Herr **Rehn**: Sehr geehrter Herr Minister, sehr geehrte Frau Ravensburg, sehr geehrte Damen und Herren! Die Liga der Freien Wohlfahrtspflege bedankt sich für die Möglichkeit, Stellung nehmen zu können. Wir verweisen – Sie haben es bereits gesagt – auf unsere schriftlichen Stellungnahmen. Ich möchte daher zur Verdeutlichung nur einige Punkte herausgreifen, die uns besonders am Herzen liegen.

So finden wir z. B. im Gesetz die Formulierung: „besonders bedeutende Rechtsgüter anderer“. Bislang konnte uns niemand erklären, was das eigentlich genau ist und in welchem Zusammenhang es steht. Auch Nachfragen beim Ministerium wurden bislang nicht beantwortet.

Wenn es hier allerdings eines solchen unbestimmten Rechtsbegriffes bedarf, dann entspricht dies trotzdem nicht dem verfassungsrechtlichen Bestimmtheitsgrundsatz beim Eingriff in Menschenrechte. Wir fordern daher, diese Formulierung an allen Stellen des Gesetzes ersatzlos zu streichen.

Wir unterstützen den Zugang zur Wohnung für den SPDi, aber nur in Verbindung mit Amtshilfe. Denn wenn der SPDi tatsächlich ein Basisdienst sein soll, der präventiv arbeitet, dann kann es nicht sein, dass er dieses Vertrauen zerstört, indem er diese Funktion selbstständig wahrnimmt.

Unser Ziel ist es, die Verbesserungsvorschläge von unserer Seite so zu setzen, dass Zwangsmaßnahmen so weit wie möglich reduziert werden und gleichzeitig die Hilfe so gestaltet wird, dass eine wertschätzende Versorgungsstruktur entsteht, die Begegnungen auf Augenhöhe zwischen Betroffenen, Angehörigen und Profis der Hilfesysteme ermöglicht.

Unter diesem Gesichtspunkt möchte ich insbesondere hervorheben, dass wir uns dafür einsetzen, dass – wie in Bayern – innerhalb der SPDIs Stellen für EX-IN-Genesungsbegleiter geschaffen werden. Das sind ausgebildete Betroffene, die für psychisch Kranke arbeiten können. Sie schaffen sehr häufig eine Brücke. Das führt dazu, dass Situationen entschärft werden können, da das eine andere Form des Zugangs ermöglicht.

Wir finden auch, dass die Ausbildung dieser Genesungsbegleiter unterstützt werden sollte, weil viele Menschen, die Interesse haben, nicht die finanziellen Mittel dafür haben. Nach dieser Anhörung gehe ich direkt in einen solchen Kurs. Dort finde ich 25 Personen vor, die diese Ausbildung machen wollen; aber viele von ihnen haben die 2.400 € einfach nicht oder kratzen sie aus Erspartem usw. zusammen.

Ich finde, das ist eine Bereicherung der Hilfestrukturen. Dafür Gelder bereitzustellen, dass diese Menschen beispielsweise über Stipendien oder Ähnliches gefördert werden – denn es ist nicht alles über die Sozialhilfe oder das Arbeitsamt zu finanzieren –, und hierfür Unterstützung zu leisten, halte ich für enorm wichtig.

In gleicher Weise halten wir es für wichtig, dass die Selbsthilfe explizit gefördert und unterstützt wird. Wir halten den Einsatz von mindestens 100.000 € für den gesamten Bereich für erforderlich, darüber hinaus für die Ausbildung der EX-IN-Genesungsbegleiter und, wie bereits erwähnt wurde, auch für die Förderung von Präventionsprojekten.

Im Rahmen der Behandlung, um den Zwang zu vermeiden, sollte genau hingeschaut werden, ob die Zwangsmaßnahmen auch angezeigt sind und nicht ein Mittel zur Behebung unzureichender Personalausstattung oder nicht erfolgter Deeskalationsmaßnahmen. Es ist zwar schwierig, solche Themen anzusprechen, aber die Realität in manchen Kliniken, auch in anderen Zusammenhängen, sieht manchmal so aus, dass man mit mehr Personal das eine oder andere regeln könnte, was dann nicht zu Zwangsmaßnahmen führt.

Des Weiteren möchten wir auf § 23 eingehen und darauf hinweisen, dass man damit, so wie er zurzeit formuliert ist, den Gebrauch von Anstaltskleidung – was sicher überhaupt niemand will – rechtfertigen könnte. Wir regen deshalb eine Klarstellung an, nämlich dass das Recht zum Tragen persönlicher Kleidung nur eingeschränkt werden darf, um eigene oder Fremdgefährdung sowie eine massive Störung des Einrichtungsbetriebes zu rechtfertigen.

Wir finden, dass das zurzeit vorliegende Gesetz auf jeden Fall eine wesentliche Besserstellung gegenüber dem bisherigen Recht ist. Das ist, denke ich, auch nicht weiter schwierig. Wir bitten aber, im Zuge der Umsetzung darauf zu achten, dass die UN-BRK wirklich an allen Stellen Berücksichtigung findet.

In § 18 Abs. 4 finden wir Regelungen zur Belehrung von Betroffenen. Das ist wichtig, aber wenn nicht dabeisteht, dass Barrierefreiheit hergestellt wird – – Wir haben es bei diesem Gesetz auch mit Menschen mit geistiger Behinderung zu tun, und wenn dort ausschließlich eine schriftliche Belehrung erfolgt in einer Art und Weise, die dem nicht gerecht wird, dann widerspricht das unserer Auffassung nach der Barrierefreiheit. Das heißt, wir brauchen Belehrungen in schriftlicher und mündlicher Form, die auch von Menschen mit einer geistigen Behinderung verstanden werden können.

Abg. **Dr. Daniela Sommer:** Herzlichen Dank für Ihre Stellungnahmen. Sie haben darin zum Teil alle den präventiven Charakter des Gesetzes erwähnt.

Herr Ripper, ich habe eine Frage an Sie. Sie sagten, es sei wichtig, frühzeitige, niedrigschwellige Hilfen zu haben, diesbezügliche Strukturen zu schaffen, und haben unter anderem das Krisentelefon genannt. Sehr oft ist auch der Krisendienst genannt worden, der 24 Stunden an 7 Tage erforderlich sei. Gibt es weitere schnelle und unbürokratische Maßnahmen, die wichtig sind?

Herr Rehn, Sie sagten, Hilfe sei so zu gestalten, dass sie wertschätzend ist, und nannten in erster Linie die Genesungsbegleiter. Diese sind jedoch nur ein Aspekt von vielen. Vielleicht könnten Sie noch einmal konkreter werden: Was wäre wichtig, damit der präventive Charakter, wie von einigen von Ihnen genannt, im Gesetz nicht mehr unzureichend verankert ist?

Abg. **Gerhard Merz:** Ich habe ebenfalls noch eine Nachfrage an Herrn Rehn: Sie sagten – dies wurde auch schon in der Stellungnahme der Landesbeauftragten gesagt –, dass bei einer Reihe von Stellen die Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention nicht erfüllt seien. Sie haben aber keine Beispiele genannt.

**Vorsitzende:** Das hat er doch gerade.

Abg. **Gerhard Merz:** Dann ist mir akustisch der Zusammenhang entgangen. Entschuldigung!

(Herr Rehn: Das war das mit der Einordnung im Gesetz!)

Abg. **Marjana Schott:** Ich habe Fragen an Herrn Rehn. Sie sprechen im Zusammenhang mit § 5, Zugang zur Wohnung, an, dass der Sozialpsychiatrische Dienst den Zugang zur Wohnung eines gefährdeten Menschen nicht ohne Amtshilfe durchsetzen soll. Können Sie bitte erläutern, warum das aus Ihrer Sicht erforderlich ist?

Zu § 19 fordern Sie die verbindliche Berücksichtigung von Behandlungsvereinbarungen oder Krisenplänen. Können Sie uns berichten, welche Erfahrungen Sie bei der Beachtung solcher Schriftstücke in der aktuellen Situation haben? Inwiefern und von wem erhalten die erkrankten Menschen Unterstützung zur Formulierung dieser Pläne? Werden diese Vereinbarungen in der Psychiatrie allgemein gern gesehen und regelmäßig getroffen, oder erleben Sie das eher anders?

An Herrn Dr. Jürgens habe ich folgende Frage. Sie schreiben, dass der SPD den Krisendienst nicht selbst betreiben solle. Wie verhält sich das dann mit ordnungsrechtlichen Funktionen, wie z. B. dem Öffnen der Wohnung?

An Herrn Ripper habe ich die Frage: Welche Erfahrungen haben Sie mit dem 24-Stunden-Krisendienst in den drei Landkreisen und der Stadt Darmstadt gemacht? Kann man Unterbringungen und Zwang reduzieren? Ist das irgendwie messbar? Wie wird der Krisendienst eigentlich finanziert? Finanzieren ihn nur die Krankenhäuser, oder gibt es noch andere Quellen?

Herr **Ripper**: Herzlichen Dank. Ich antworte gern darauf. Es wurde gefragt, was neben dem Krisentelefon und dem Krisendienst noch notwendig wäre. Im Prinzip kann man sagen, es sind exakt drei Dinge. Das Schöne daran ist, dass man dabei keine Parallelstrukturen entwickeln muss, sondern es kann alles innerhalb einer Stelle installiert werden.

Punkt 1 ist das 24-Stunden-365-Tage-Krisentelefon, ergänzt durch einen Herausfahrdienst in Krisenfällen. Warum ist das wichtig? – Gerade in zugespitzten Fällen, also in den Nachtzeiten, stehen die Polizei oder die Rettungsdienste bei Psychosen oder anderen Erkrankungen sehr häufig zwischen Baum und Borke und wissen nicht so recht, was sie damit anfangen sollen. Dies führt dann häufig dazu, dass fixiert wird und Menschen unter Anwendung von Gewalt in die psychiatrischen Kliniken gebracht werden. Die Stadt Berlin hat mit dem Berliner Krisendienst, der meiner Ansicht nach republikweit jedes andere Beispiel sucht, bewiesen, dass die Möglichkeit besteht, wenn ein solcher Dienst vor Ort hinzugezogen wird, solche Situationen zu vermeiden und die Angehörigen in diesem Fall zu stützen.

Im dritten Fall sind wir gerade dabei, mit einer psychiatrischen Klinik in unserer Nähe etwas zu entwickeln. Dabei geht es um eine Clearingstelle. Sie wissen, es gibt sehr viele Möglichkeiten, und die Frage ist: seelische Krise – und was kommt dann? Dort gibt es mindestens 20 verschiedene Möglichkeiten. Sie können zu ihrem Haus- oder Facharzt gehen, Sie können sich in die Klinik einweisen lassen oder eine Tagesklinik nutzen – bis hin zum Esoterik-Buchladen, der Lebensführungsseminare anbietet. Viele Betroffene brauchen ein halbes, ein Dreiviertel- oder ein ganzes Jahr, bis sie überhaupt bei der für sie adäquaten Hilfestellung sind. Eine psychosoziale Clearingstelle könnte dazu dienen, diese Wege abzukürzen und den Betroffenen eine Plattform der Möglichkeiten anzubieten, sodass jeder Bürger autonom in der Lage ist zu sagen: Okay, diese vier oder fünf Möglichkeiten habe ich, und für die oder die Hilfe möchte ich mich entscheiden. Das könnte in einer Stelle abgebildet werden.

Nun kurz zu der Frage, welche Erfahrungen wir damit gemacht haben: Tatsächlich betreiben wir das bereits seit dem 1. Juli 2012. Die Grundlage dafür ist die sogenannte integrierte Versorgung, die Versorgungsverträge mit mehreren Krankenkassen, mit der Techniker-Krankenkasse und vielen Betriebskrankenkassen. Sie bezahlen das für ihre Versicherten. Den Krisendienst betreiben wir auch im Auftrag anderer Leistungsanbieter und betreuen in der Nacht und an den Wochenenden sowie an Feiertagen weit über tausend Menschen.

Ich kann Ihnen sagen: Wir haben damit ausnahmslos gute Erfahrungen gemacht, dass sie vonseiten der Krankenkassen eingesteuert werden. Voraussetzung ist natürlich eine manifeste psychische Erkrankung. Bei diesen tausend Menschen haben wir pro Jahr maximal zwei oder drei stationäre Aufnahmen durch das Krisentelefon. Das bedeutet,

dass eine Vielzahl von zugespitzten Situationen ohne stationäre Unterbringung gelöst werden kann. Wir sind gern bereit, das Ganze in weiteren Gesprächen offenzulegen, wie dort gearbeitet wird und wie die Erfolgsbilanzen sind.

Das AQUA-Institut des Bundesgesundheitsministeriums hat in zwei parallelen Studien – an einer waren wir beteiligt – mehrere Millionen Euro investiert, uns auf Herz und Nieren geprüft und ist zu einem guten Ergebnis in der Effektivität der Arbeit gekommen.

Herr **Rehn**: Ich bin gefragt worden, wie man eine wertschätzende Psychiatrie erreicht. Eine wertschätzende Haltung kann man leider nicht verordnen. Man kann das aber lernen. Wenn Sie sich beispielsweise den Krisendienst in Darmstadt anschauen, von dem Herr Ripper sprach, dann finden Sie dort genau das.

Grundlage der Ausbildung der Mitarbeiter ist der sogenannte offene Dialog, eine Art und Weise, ins Gespräch zu kommen, die das gesamte Netzwerk des Betroffenen mit beleuchtet. Ähnliche Formen finden wir in dialogischen Seminaren, Psychoseminaren und Vergleichbarem. Aber das genügt natürlich noch nicht. Hier kann man sicher noch einiges tun, aber das kann man gesetzlich leider nicht einfach so regeln.

Was man regeln kann und was enorm integrierend ist und eine wertschätzende Haltung fördert, ist die Beschäftigung von Genesungsbegleitern. Wenn jemand als Kollege am Tisch sitzt, der selbst Betroffener ist und qua eigener Betroffenheit als professioneller Mitarbeiter Bestandteil des Teams ist, dann ist der psychiatrische „Entlastungssprech“ so nicht mehr machbar. Dann kann man nicht mehr von „den Depris“ sprechen oder sagen: „schon wieder dieser Borderliner, schon wieder so einer“, sondern dann verändert sich die Haltung. Dann muss man sich ein Stück verändern. Das sind Integration, Inklusion und die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention.

Wir sind deshalb dagegen, dass der SPDi das eigenständig macht, da er auch eine Vertrauensstellung gegenüber den Betroffenen hat. Wir haben sehr intensiv mit Betroffenen, mit Angehörigen, aber auch mit Kollegen im Vorfeld diskutiert, wie wir uns zu diesem Bereich verhalten sollen. Unisono waren sie der Meinung: In dem Moment, in dem ein Mitarbeiter des SPDi selbst die Tür aufbricht, verliert er das Vertrauen der Betroffenen. Es ist besser, wenn die Polizei dabei ist. Selbstverständlich ist der Mitarbeiter des SPDi dabei, aber diese unmittelbare Gewalthandlung erfolgt dann im Prinzip durch die Polizei.

Was den Umgang mit Krisenplänen und Vereinbarungen in der Praxis betrifft, so kann man nicht sagen, dieser sei einheitlich. Es gibt hervorragende Kliniken, die das bereits jetzt in vorbildlicher Art und Weise berücksichtigen, und es gibt auch das krasse Gegenteil. Ein Krisenplan – nur um es noch einmal deutlich zu machen –: Ein betroffener Mensch hat im Vorfeld deutlich gemacht: Wie möchte ich behandelt werden, falls ich wieder in eine psychische Krise komme? Wie soll mit mir umgegangen werden? – Er hat sich im Vorfeld genaue Gedanken gemacht und gesagt: So und so hätte ich es ganz gern. Das und das Medikament hilft mir in dieser Situation, und mit diesem oder jenem Medikament habe ich die Erfahrung gemacht, dass es ganz schwierig ist.

Wir halten es für dringend erforderlich, dass möglichst viele Menschen einen solchen Krisenplan haben. Wenn dieser vorhanden ist, sollte er auch Berücksichtigung finden.



Herr **Dr. Jürgens:** Frau Schott, die Frage, die Sie angesprochen haben, steht im Grunde genommen im Kontext dessen, was sich als roter Faden durch die gesamte Diskussion zieht: Wie können wir Angebote so gestalten, dass sie im Rahmen der freien Selbstbestimmung von Menschen wahrgenommen werden können und ihnen auch helfen? Ab wann ist es notwendig, im wohlverstandenen Interesse der betroffenen Menschen notfalls auch in Rechte einzugreifen, um ihnen die Hilfe geben zu können, die sie krankheitsbedingt selbst freiwillig nicht mehr in Anspruch nehmen können?

Für die konkrete Frage, die Sie gestellt haben, würde ich darum bitten, dass Sie erlauben, dass Herr Hübner darauf antwortet, da er aufgrund seiner praktischen Erfahrungen weit näher dran ist. – Frau Vorsitzende, ist das in Ordnung?

**Vorsitzende:** Ja.

Herr **Hübner:** Frau Schott, wir haben vorgeschlagen, dass man im Gesetz eine Verpflichtung für den sozialpsychiatrischen Dienst verankert, sich um einen Krisendienst in der Region zu kümmern und ihn zu organisieren. Wir wissen, dass es nicht einfach ist, über 24 Stunden am Tag an allen Tagen eine Bereitschaft mit Fachkompetenz zu organisieren. Deshalb dieser pragmatische Vorschlag. Es gibt in den Regionen sehr viele Leistungsanbieter, die diese Fachkompetenz vorhalten. Diese einzubinden halten wir für sinnvoll und wichtig, um das zu erreichen, was auch Herr Ripper als Aufgabe eines solchen Dienstes beschrieben hat. Gerade die Situation, die Sie befürchten – wer soll eigentlich dann die Wohnung öffnen? –, diese Zuspitzung soll möglichst durch die frühzeitige Inanspruchnahme solcher Hilfen verhindert werden. Insofern wäre das ein Lösungsweg, wie man einen solchen Krisendienst sehr wirkungsvoll aufbauen könnte.

Abg. **Dr. Daniela Sommer:** Vielen Dank für Ihre Konkretisierung. – Ich möchte noch einmal auf die Clearingstelle zurückkommen. Ich finde es sehr positiv, was Sie dazu berichtet haben. Die Liga schreibt in ihrer Stellungnahme, dass ein Verfahrenspfleger bzw. eine Verfahrenspflegerin bei den Behandlungsmaßnahmen zwingend vorzusehen sei. Geht so etwas in die Richtung einer Clearingstelle?

Sie haben vermerkt, dass das in den Landesgesetzen anderer Bundesländer aufgegriffen worden sei. Vielleicht könnten Sie noch einmal sagen, inwiefern das auch für das hessische Gesetz gut wäre. Das war die Frage an Herrn Rehn.

Herr **Rehn:** Eine vergleichbare Regelung gibt es in Rheinland-Pfalz. Dort ist das Gesetz gerade erst entstanden. Da unsere Diözese sowohl in Hessen als auch in Rheinland-Pfalz ist, weiß ich das unmittelbar. Es ist positiv, gleichzeitig ist es sicher nicht nur angenehm für die Kliniken, das vorzugeben. Es geht nicht in die Richtung Clearingstelle, sondern es ist etwas anderes: Es geht darum, gewissermaßen eine Kontrollinstanz zwischenschalten, den Betroffenen jemanden an die Seite zu geben, um die Schwelle für Zwangsmaßnahmen möglichst hoch zu setzen. Der eine mag das begrüßen, der andere mag sagen, es seien vielleicht unnötige Kosten usw. Wir haben uns dafür entschieden und sagen, es ist sinnvoll, diese Schwelle möglichst hoch zu setzen. Wir sind tagtäglich mit Menschen zusammen, die solche Zwangsmaßnahmen hinter sich haben.

Wenn Sie einmal sehen, was diese in einer solchen Situation durchmachen. Gehen Sie einmal irgendwohin und lassen sich für eine Stunde in einem abgedunkelten Raum fixie-

ren. Machen Sie einmal diese Erfahrung. Es kann auch eine Videoüberwachung oder Ähnliches geben. Das sind einschneidende Veränderungen im Leben, davon macht sich kaum jemand in irgendeiner Weise eine Vorstellung. Deshalb wollen wir die Schwelle möglichst hoch setzen.

Herr Prof. **Dr. Ohlmeier**: Sehr geehrte Frau Ravensburg, sehr geehrter Herr Minister, sehr geehrte Damen und Herren! Zunächst vielen Dank für die Einladung zur heutigen mündlichen Anhörung. Ich bin Sprecher der Chefärzte und ärztlichen Direktoren der hessischen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie im Psychiatriefachbeirat. Zunächst möchte ich noch einmal ausdrücklich begrüßen, dass nun in Hessen ein polizeirechtliches Gesetz durch ein Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz ersetzt wird und damit eine klare Grundlage für die im Einzelfall notwendige Unterbringung und ärztliche Zwangsbehandlung psychisch erkrankter hessischer Bürger geschaffen wird.

Gleichwohl möchte ich erneut anmerken, dass im Zuge der aktuellen Rechtsprechung – ich beziehe mich hier insbesondere auf die Urteile des Bundesverfassungsgerichtes und des Bundesgerichtshofs zur Zwangsbehandlung, auf die Stellungnahme des UN-Fachausschusses zur Behindertenrechtskonvention sowie auf die UN-Kinderrechtskonvention – im Gesetzestext aus unserer Sicht noch deutlicher betont werden sollte, dass eine rechtliche Verpflichtung zur Hilfe und Prävention besteht und alle Möglichkeiten, die zur Verfügung stehen, um Zwang zu vermeiden, ausgeschöpft werden müssen.

Ich werde im Folgenden aufgrund der begrenzten Zeit nur auf einzelne Punkte der bereits vorliegenden ausführlichen und unter allen hessischen Chefärzten und Direktoren der psychiatrischen Kliniken konsentierten schriftlichen Stellungnahme eingehen. Weitere Punkte werden von Prof. Reif, Universität Frankfurt, Dr. Bender, Hadamar, Privatdozent, Dr. Schillen, Klinikum Hanau, Frau Dr. Hiller, Friedberg, sowie Prof. Gallhofer, Universitätsklinik Gießen, vorgetragen.

Ich möchte deshalb zunächst § 1 erwähnen. Das erscheint relativ trivial, wenn es um den Personenkreis geht, aber aus unserer Sicht fehlen in der beispielhaften Aufzählung psychischer Störungen in der Begründung die Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen, die im Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie einen großen Teil der behandelten Erkrankungen darstellen und in der Regel mit komplexen psychiatrischen Komorbiditäten einhergehen. Man kann rechnen, dass in einer größeren psychiatrischen Klinik etwa 30 bis 40 % der Patienten, die dort behandelt werden, komorbide Suchterkrankungen haben. Das taucht explizit im Gesetzestext nicht auf und muss dringend ergänzt werden.

Weiterhin besteht aus ärztlicher Sicht hinsichtlich des § 15, Fachaufsicht, Klärungsbedarf. Das war für die Ärzte ein ganz elementarer Punkt in diesem Gesetzentwurf. Im Gesetz ist zwar verschriftlicht, dass die ärztliche Therapiefreiheit besteht – das wurde nachgebessert –, jedoch reicht dies aus unserer Sicht nicht aus, um das Weisungsrecht der Aufsichtsbehörde gegenüber den Klinikträgern und Ärzten in einer Weise zu bestimmen und zu begrenzen, dass es nicht ungerechtfertigt und unverhältnismäßig in das grundrechtlich geschützte Arzt-Patienten-Verhältnis eingreift. Es muss im therapeutischen Ermessen der jeweiligen Klinik bzw. der Ärzte liegen, nach welchem ärztlichen Konzept psychiatrische Behandlung erfolgt, ohne dass hier seitens der Behörde zwingende Vorgaben gemacht werden können. Das Ganze muss vor dem Hintergrund verstanden werden, dass es in den letzten 20 Jahren in Deutschland eine erhebliche Entwicklung in der psychiatrischen Behandlung gab – im modernen Sinne. Es ist nicht alles stehengeblieben,

sondern im Wesentlichen als Folge der Psychiatrie-Enquete sind insbesondere Sozialpsychiatrische Konzepte weiterentwickelt worden.

Dies würde einen deutlichen Eingriff in die ärztliche Therapiefreiheit bedeuten, deren Schutz das Gesetz ja gerade betont und die auch im ureigensten Interesse der Patienten steht. In diesem Zusammenhang ist auch anzumerken, dass die ärztliche Schweigepflicht ebenfalls grundrechtlich geschützt ist. Die in § 15 Abs. 3 gesetzlich verankerte Möglichkeit der uneingeschränkten Einsichtnahme in die Krankenakte durch eine Behörde wird dieser nicht gerecht und ist deshalb in dieser Form abzulehnen. Dazu ist noch auszuführen, dass wir es im Moment in den Kliniken in der praktischen Ausführung erheblich mit dieser Thematik zu tun haben, und die ärztliche Schweigepflicht ist ein extrem hoch aufgehängtes Rechtsgut. Das heißt, im strafrechtlichen Sinne haben wir große Probleme, wenn es überhaupt schon jetzt im klinischen Betrieb um Auskunftspflicht oder Auskunftswünsche geht. Es ist rechtlich gesehen ein sehr brisantes Thema.

Nun möchte ich noch etwas zum § 17 sagen. Darin geht es um die sofortige vorläufige Unterbringung. Wir haben unter denen hessischen Chefärzten äußerst intensiv über diesen Paragraphen diskutiert. Es ist ein problematischer Paragraph, da er im eigentlichen Sinne den Nothilfe-Paragraphen darstellt. Aus unserer Sicht gibt es hier noch dringenden Klärungsbedarf. Die sofortige vorläufige Unterbringung hat insbesondere in der Nacht, an Feiertagen und an den Wochenenden große praktische Relevanz, da dann die Unterbringung, wie in § 16 geregelt, aufgrund fehlender Präsenz nicht durch einen Antrag der zuständigen Verwaltungsbehörden eingeleitet werden kann. Man muss sich natürlich vorstellen, dass dies die hauptsächliche Zeit ist; und es wurde schon mehrfach in den Stellungnahmen kommentiert, dass die wenigsten Menschen im psychiatrischen Sinne in den Geschäftszeiten zwischen 7:00 und 17:00 Uhr dekompensieren. Das heißt, es geht ganz erheblich um diesen Paragraphen und wie man ihn gestaltet.

Ungeeignet erscheint hier die ersatzweise Bestellung der Ärzte für die vorläufige Anordnung der Unterbringung. Die Übernahme einer solchen Aufgabe im Unterbringungsverfahren durch den bestellten Arzt führt zu einer Belastung der Arzt-Patienten-Beziehung, welche sich insbesondere bei schwerstkranken Patienten negativ auf die Therapiemöglichkeiten auswirkt.

Vorzugswürdig ist hier, wie z. B. in Niedersachsen geregelt, die Unterbringung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst auch in der Nacht, an Feiertagen und am Wochenende, allerdings – das ist eine der wesentlichen Neuerungen in diesem Gesetzentwurf – unter der zwingenden Voraussetzung einer vorherigen ärztlich-psychiatrischen Untersuchung, die über die medizinisch begründete Notwendigkeit einer Unterbringung überhaupt erst entscheidet.

Im Vorfeld wurde mehrfach das Thema Kosten angesprochen sowie die Frage, ob ersatzweise die Polizei diese Unterbringung vornehmen könnte. Auch dies wäre ein erheblicher Unterschied zu der aktuellen Rechtssituation mit dem HFEG, da die Polizei in diesem Fall zwar ordnungspolitisch unterbringt, aber letztendlich nur auf medizinische Begründung, die durch den Arzt gegeben wird.

Schlussendlich erscheint aus ärztlicher Sicht im Begründungsteil zu § 20 Abs. 4, Seite 27 des Gesetzentwurfs, der Begriff „Vollzugsaufgaben“ im Sinne des Sprachgebrauchs aus ärztlicher Sicht ungeeignet, da es sich nicht um ein forensisches Psychrietiagesetz handelt und hier sonst fälschlicherweise der Eindruck entstehen würde, dass das PsychKHG im Interesse von Sicherheit und Ordnung der Unterbringung im Maßregelvollzug gleichsetzen will.

Weitere Punkte zur bereits schriftlich vorliegenden ausführlichen und unter allen hessischen Chefärzten konsentierten Stellungnahme werden im Folgenden von Herrn Prof. Reif, Herrn Dr. Bender, Herrn Dr. Schillen, Frau Dr. Hiller sowie Herrn Prof. Gallhofer vorgebracht.

Herr Prof. **Dr. Reif:** Ganz herzlichen Dank für die Einladung und die Möglichkeit, hier eine Stellungnahme abzugeben. – Ich bin in meiner Eigenschaft als Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik in Frankfurt eingeladen worden.

Wie Kollege Ohlmeier gerade erwähnt hat, haben wir uns im Kreise der hessischen Chefärzte im letzten Jahr eng abgestimmt. Es gab zahlreiche Treffen, sodass wir zu einer gemeinsamen konsentierten Entschließung gekommen sind, die ich heute mitvertrete. Ich vertrete also meine Meinung, die auch die der hessischen Chefärzte ist.

Zum anderen sitze ich hier als Vorstandsmitglied der DGPPN. Die DGPPN ist die größte Fachgesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland und Europa und vertritt über 8.000 Psychiater und Psychotherapeuten. Ich wurde angefragt, eine Stellungnahme abzugeben, und sitze also heute auch mit dem Hut des DGPPN-Vorstandsmitglieds hier. Auch die Stellungnahme der DGPPN wurde mit den hessischen Chefärzten abgestimmt, konsentiert und ist bis auf Kleinigkeiten und Feinheiten im Wesentlichen inhaltsidentisch. Die Punkte, die die DGPPN besonders hervorhebt, möchte ich im Folgenden getrennt hervorheben.

Ich möchte im Wesentlichen auf vier Punkte eingehen. Davon hat Kollege Ohlmeier schon § 15, die ärztliche Therapiefreiheit, angesprochen. Hierzu ist auch die Sicht der DGPPN, dass das ein extrem hohes Gut ist, das nicht durch Aufsichtsbehörden vorgegeben und eingeschränkt werden darf. Wir hatten bedauerlicherweise in anderen Ländern, beispielsweise in der Sowjetunion, einen Missbrauch der Psychiatrie durch die Politik, um missliebige Menschen einzuschränken. So etwas kann und soll im Sinne der Patientenrechte und der Freiheitsrechte nicht passieren.

Der zweite Punkt wurde ebenfalls bereits angesprochen: die ärztliche Schweigepflicht. Eine Einsichtnahme in die Krankenakten muss darauf begrenzt werden, dass es sich hierbei um die Patienten handelt, die auch tatsächlich in den Kliniken untergebracht wurden. Ich denke, das ist auch der Sinn des Gesetzes. Es muss aber dieser Stelle auch präzisiert werden.

§ 16 ist sowohl aus der Sicht der DGPPN als auch aus der Sicht der hessischen Chefärzte problematisch. Darin wird erwähnt, dass eine ärztliche Stellungnahme durch den SPDi gewünscht wird, wenn konkrete Angaben zu Behandlungsmaßnahmen und deren Dauer getroffen werden sollen. In diesem Fall, wenn ein Gutachten zu Art und Dauer einer Unterbringungsmaßnahme vorgesehen ist, halten wir es für unbedingt erforderlich, dass der Facharztstandard eingehalten wird, dass so eine sehr weitreichende Entscheidung nur durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie getroffen wird. Das ist an dieser Stelle zu fordern, insbesondere, da diese Aussage in der Akutsituation selten mit letztendlicher Präzision zu stellen ist. Hier wäre also zu bevorzugen, dass solche detaillierten Maßnahmenpläne erst nach Klinikaufnahme und Sichtung der Lage durchgeführt werden und der Inhalt der akuten Stellungnahme lediglich auf die Notwendigkeit der akuten Maßnahme als solche beschränkt bleibt.

Im Nachgang zu den Ausführungen von Herrn Ohlmeier zu § 17 – vorläufige sofortige Unterbringung – sei noch eine Problemkonstellation erwähnt, auf die wir bis jetzt noch nicht zu sprechen kamen, die aber in den schriftlichen Stellungnahmen von mehreren Kollegen erwähnt wurde, nämlich die Tatsache, dass ein Patient, der sich zunächst freiwillig in der Klinik befindet, sie dann aber verlassen möchte, jedoch die Unterbringungskriterien im Sinne des PsychKHG erfüllen würde. Was passiert mit diesem Patienten? Das Gesetz in seiner jetzigen Form bietet hierzu überhaupt keine Handhabe. Gelebte Praxis nach HFEG war hier, die Polizei anzurufen, die dann in die Klinik kam und gesagt hat, der Patient müsse dableiben, bis am nächsten Tag die richterliche Entscheidung getroffen wurde.

Das war ein langes Prozedere, das das Arzt-Patienten-Verhältnis unter Umständen extrem beeinträchtigt und vom ganzen Ablauf her nicht nur den Arzt und den Patienten, sondern auch die ganze Station erheblich durcheinanderwirbelt, wenn plötzlich zwei Polizisten dastehen, um z. B. einen akut suizidalen, depressiven Patienten, der sich in einem Zustand der Entscheidungsschwäche befindet, zum Bleiben zu bewegen. Das ist sehr unschön für alle Beteiligten.

Aus anderen PsychKHGs kennen wir den Begriff der fürsorglichen Zurückhaltung für einen zu definierenden Zeitraum. In Baden-Württemberg sind das drei Tage. Das ist sicherlich zu lange. Wir haben uns hier im Kreis der hessischen Chefärzte „24 Stunden oder bis zum Mittag des darauffolgenden Tages“ als sinnvolle Formulierung überlegt, um eine fürsorgliche Zurückhaltung durch den Behandler zu ermöglichen, analog, wie es im baden-württembergischen PsychKHG geregelt ist und auch in anderen Bundesländern sehr gut zu praktizieren ist und nicht zu einer Verschlechterung, sondern eher zu einer Verbesserung des Arzt-Patienten-Verhältnisses führt, wenn es gut – das wollen wir auch – und transparent kommuniziert und durchgeführt wird.

Ich spreche mich sehr für eine solche Regelung aus, da sie in der Praxis sehr gut anwendbar ist und eine sehr deeskalierende Regelung im Vergleich zum Polizeieinsatz auf der Station darstellt.

Zu guter Letzt zu § 21. Dazu klang heute bereits mehrfach an, dass hier der sehr unklare, sehr breit auslegbare Begriff der Bedeutung der Rechtsgüter anderer zu nennen ist. Wir haben uns die Mühe gemacht, einmal nachzuschlagen, was darunter fällt. Darunter würden auch ehrabschneidende Beleidigungen fallen. Wenn Sie sich vorstellen, dass jeder, der im Zustand der Betrunkenheit droht, ausländische Staatsoberhäupter zu beleidigen, untergebracht werden würde, dann würden wir, glaube ich, unseres Lebens nicht mehr froh. Das kann nicht im Sinne des Gesetzes sein. Deshalb sollte dieser Begriff möglichst nicht auftauchen bzw. entsprechend präzisiert werden.

Herr **Dr. Bender**: Sehr geehrte Frau Ravensburg, sehr geehrter Herr Minister, meine Damen und Herren! Auch von meiner Seite besten Dank für die Einladung zu der heutigen Anhörung. Ich beziehe mich wie meine ärztlichen Vorredner auf die Ihnen vorliegende schriftliche Stellungnahme unserer Arbeitsgemeinschaft der ärztlichen Leitung der Kliniken in Hessen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, die von den hier geladenen psychiatrischen Klinikdirektoren und Frau Dr. Hiller unterzeichnet und in dem bereits angedeuteten Prozess von allen Chefärztinnen und Chefärzten der Psychiatrie konsentiert wurde.

Aufgrund der Zeit will ich nur wenige Aspekte hervorheben. Wir begrüßen ausdrücklich, dass die Landesregierung in der Präambel des Gesetzentwurfs festgelegt hat, dass das

Ziel der psychiatrischen Versorgung die Sicherstellung möglichst personenzentrierter und individuell passgenauer Hilfsangebote ist. Hierzu gehört unserer Auffassung nach das klare Bekenntnis zu der bewährten gemeindenahen regionalen Pflichtversorgung. Sie muss, was auch in anderen Landesgesetzen der Fall ist, konkret in den Gesetzestext aufgenommen werden und soll weiterhin im Rahmen des nach hessischem Krankenhausplan ergangenen Feststellungsbescheides verbindlich festgelegt sein. Wie bisher soll der Wohnort für die Meldestelle der unterzubringenden Person, für die pflichtversorgende Klinik maßgeblich sein, auch wenn der Wunsch des Eingewiesenen bei der Krankenhauswahl zu berücksichtigen ist.

Die regionale Pflichtversorgung ist ein fachliches Kernelement psychiatrischer Behandlung in Deutschland und hat sich wesentlich als Errungenschaft aus der Psychiatrie-Enquete in den vergangenen Jahrzehnten auch in Hessen als verlässliche und verbindliche Regelung insbesondere hinsichtlich der Versorgung schwerstkranker Patienten bewährt, sichert die Zuständigkeit der Notfallversorgung, der gemeindenahen Sozialpsychiatrie mit therapeutischer Beziehungskontinuität und eine enge Verknüpfung mit komplementären Trägern und darf deshalb keinesfalls aufgegeben werden. Auch die Psychiatriepersonalverordnung und die psychiatrischen Institutsambulanzen der Abteilungen sowie das Angebot des Hometreatment sind an diese regionale Pflichtversorgung gekoppelt und insofern ein sehr wichtiges Prinzip.

Aber noch weiter zu § 10. Das psychiatrische Krankenhaus nimmt nur entsprechend der medizinischen Indikation und Behandlungs- bzw. Versorgungsmöglichkeit auf, wie wir eben schon von Herrn Hübner gehört haben. Die öffentlich-rechtliche Unterbringung ist nur dann und nur so lange statthaft, wie sie auch der Behandlung dient. Dies soll auch im Gesetzestext so zum Ausdruck kommen.

Weiterhin ist aus unserer Sicht die Unterbringung und Behandlung von Patienten nicht ausreichend geregelt, die nicht nur psychisch, sondern auch somatisch schwer erkrankt sind. Hier ist aus ärztlicher Sicht eine entsprechende Gesetzesregelung, die mit der klinischen Praxis kompatibel ist und über die Notfallbehandlung hinausgeht, erforderlich. Das heißt, nicht nur das psychiatrische Krankenhaus, sondern der jeweilige Unterbringungsort muss sich an der jeweils medizinisch im Vordergrund stehenden Indikation orientieren. Das heißt, wenn es in einer internistischen oder chirurgischen Station notwendig ist, dann wird der Psychiater konsiliarisch tätig.

Darüber hinaus sollen auch geistig oder seelisch behinderte Menschen mit erheblicher Fremdgefährdung außer in psychiatrischen Kliniken auch in anderen geeigneten Einrichtungen aufgenommen werden können – wie es auch in etlichen anderen Landesgesetzen vorgesehen ist –, wenn dort ein heilpädagogischer Förderbedarf in einem geschützten Rahmen besteht. Herr Hübner hat eben schon sehr eindrucksvolle Kasuistiken dazu ausgeführt.

Ein sehr wichtiger Punkt zu § 10 ist der Abs. 2, der sich auf die Kinder bezieht. Die mögliche Verpflichtung zur Aufnahme von Kindern in der Erwachsenenpsychiatrie ist aus unserer Sicht unbedingt zu streichen, da in den Kliniken für Erwachsenenpsychiatrie weder inhaltlich, also z. B. in der Differenzialdiagnostik oder der Pharmakotherapie, noch formal, also bezüglich der rechtlichen Situation von Kindern, geeignete Voraussetzungen bestehen und darüber hinaus auch die Krankenkassen ohne vorhandenen Facharztstandard die Behandlungskosten nicht übernehmen könnten. Hier wird man dem Kindeswohl nicht gerecht. Dazu vertrete ich auch die Position der kinder- und jugendpsychiatrischen Sprecher und Kliniken.

Im überarbeiteten Gesetzestext ist in § 14 die Berichtspflicht noch nicht ausreichend präzisiert. Ich begrüße es, dass wir in die Auswahl der Datengrenze einbezogen werden. Es gilt dabei, die im Krankenhaus ohnehin schon überbordende ärztliche Dokumentationspflicht auch an dieser Stelle sinnvoll zu begrenzen und die Daten aus der schon praktizierten Routedokumentation zu generieren. Die landesweit erhobenen Daten sind dann, zwecks Benchmark anonymisiert, auch allen Kliniken für ihr Qualitätsmanagement, für Verbesserungsmöglichkeiten zugänglich zu machen. Das ist unsere Forderung oder Bitte.

Abschließend noch eine kleine, aber für den Ablauf der klinischen Versorgung relevante Bemerkung zu § 26. Beurlaubungen und therapeutisch begründete Belastungserprobungen sollten allein aus pragmatischen Gründen im Sinne des Organisationsablaufes einer Klinik mit oft vielen verschiedenen Standorten nicht nur von der ärztlichen Leitung des psychiatrischen Krankenhauses, wie es der Gesetzentwurf momentan vorsieht, sondern von jedem bestellten Arzt ausgesprochen werden, der in die Behandlung involviert ist, den Patienten gut kennt und in Verantwortung mit den Oberärzten entscheidet.

Herr Prof. **Dr. Bernd Gallhofer**: Ich bin jetzt in die Rolle des dienstältesten aktiven Psychiaters in Hessen gerutscht. Man merkt es gar nicht, wenn man dort anlangt. Ich blicke auf 40 Jahre Psychiatrie in vier staatlichen Versorgungssystemen zurück. Ich habe meine Ausbildung in Großbritannien gemacht, habe in Skandinavien gearbeitet, danach, wie mein Akzent verrät, in Österreich gearbeitet und bin nun seit über einem Vierteljahrhundert in unserem schönen Hessen. Ich möchte vorausschicken, dass ich mich inhaltlich voll und ganz den Ausführungen der Arbeitsgemeinschaft der hessischen Chefärzte anschließe. Ich halte das für ein sehr gut erarbeitetes Papier und gehe damit absolut konform.

Als Erstes möchte ich einer meiner Freuden Ausdruck geben und danach zwei große Sorgen äußern. Die Freude ist, dass ich glaube, dass dieses Gesetz ein erster Schritt in die Richtung ist, Betroffene aus dem Generalverdacht, grundsätzlich kriminell zu sein, herauszuholen. Das halte ich für extrem wichtig; denn die Öffentlichkeit wird noch immer von hollywoodartigen Filmen der CrazyLoomis darauf hingewiesen, dass psychiatrische Patienten a priori gefährlich seien. Damit muss es jetzt langsam ein Ende haben.

Das Zweite ist: Psychiater werden aus dem Generalverdacht herausgeholt, lüsterne Freiheitseinschränker zu sein, die man selbst bewachen muss. Ich denke, das Gesetz ist ein Schritt weg davon. Das halte ich für sehr, sehr gut.

Ich habe zwei Sorgen: Die eine ist – es ist sehr viel gesagt worden, und ich denke, ich sollte ins Generelle gehen –: Ich habe in diesem Gesetzeswerk wieder eine große Menge von Sollbestimmungen entdeckt. Das halte ich für unglaublich falsch und gefährlich. Damit wird wieder eine neue Grauzone geschaffen, in der man nicht sicher weiß, ob das, was darin steht, umzusetzen ist oder nicht.

Wenn der Gesetzgeber einen gesetzlichen Auftrag erteilt, dann muss er diesen eindeutig definieren, sonst ist er nicht durchführbar. Hier müssen die Sollbestimmungen herausgenommen und durch Mussbestimmungen für alle Seiten ersetzt werden.

Anschließen möchte ich noch: Es ist sehr schön, dass der Sozialpsychiatrische Dienst jetzt sozusagen entkriminalisierend ins Zentrum gerückt wird. Es muss aber auch eine entsprechende Finanzierung umgesetzt und im Gesetz verankert werden. Ist sie das nicht, haben wir wieder das alte Problem wie bei der Psych-PV, dass es eine ganze Reihe von

Voraussetzungen gibt, die zu erfüllen sind, die jedoch völlig unterfinanziert bzw. so unattraktiv finanziert sind, dass dies niemand tun wird. Damit erzeugen Sie eine neue Not. Ich glaube nicht, dass Sie vorhaben, eine neue Not zu erzeugen, wenn Sie ein neues Gesetz vorlegen. Hier muss etwas geschehen.

Es gehört aber noch etwas hinein: Ich würde mir für meine nicht muttersprachlich deutschen Patienten wünschen, dass sie ein Recht auf eine muttersprachliche Verständigung erhalten. Das heißt, Sprachmittler für nicht deutschsprachige Patienten müssen im Gesetz vorgesehen und nicht mit einer Kann- oder Soll-, sondern mit einer Mussbestimmung verankert werden. Hier fehlt etwas im Gesetz, das dem gegenwärtigen Umstand, dass in unserer Republik eben nicht nur deutschsprachige Menschen wohnen, Rechnung trägt. Das halte ich für sehr wichtig.

Der dritte und letzte Punkt ist: Es fehlt jede Anweisung, was mit forensischen Patienten zu geschehen hat, die in der Regelpsychiatrie gelandet sind. In der Vergangenheit war es so, dass der Umweg über die Staatsanwaltschaft über den § 128 StPO gewählt werden musste. Es lag im Ermessen jedes Staatsanwaltes, und Staatsanwälte machen davon sehr wenig Gebrauch. Diese Patienten bedeuten ein großes Gefahrenpotenzial, nicht nur für sich selbst, sondern auch für andere Patienten sowie für die psychiatrischen Teams. Diese großen Schwierigkeiten aus der Vergangenheit müssen behoben und es muss im Regelwerk nachgearbeitet werden, das sagt, was mit forensischen Patienten, die in der Regelpsychiatrie gelandet sind, geschehen soll. Hier besteht ein Manko.

Herr **Dr. Schillen**: Sehr geehrte Frau Ravensburg, sehr geehrte Damen und Herren, sehr geehrter Herr Minister! Vielen Dank auch von mir für die Möglichkeit, hier unsere Stellungnahme abzugeben. Wie meine Vorredner beziehe ich mich auf das konsentiertere schriftliche Papier der Chefärzte in Hessen und möchte an dieser Stelle vor allem das Recht der Hilfen bei psychischen Krankheiten herausgreifen.

Die enorme Bedeutung des Rechts auf Hilfen ist bereits mehrfach angesprochen worden. Präambel und § 2 formulieren hierzu auch zeitgemäße Positionen. Diese reichen von „ambulant vor stationär“ über Würde, Recht und Willen des Patienten, niedrigschwellige Hilfen, Autonomie und selbstständige Lebensführung bis hin zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen.

Wie Sie vielleicht wissen, erproben wir in unserer Klinik in Hanau seit etwa fünf Jahren das erste Modellprojekt in Deutschland nach § 64 b, indem wir neue Behandlungsangebote für psychisch Kranke erproben. Bei voller Pflichtversorgung haben wir mittlerweile 35 von 100 Betten geschlossen. Die dadurch freigewordenen Personalressourcen nutzen wir für ambulante Hilfen. Unsere Patienten und wir machen damit gute Erfahrungen. Wir haben Patienten, die früher monatelang stationär behandelt werden mussten, oft bei schwersten Psychosen, lange fixiert, auch mit Zwangsbehandlungen. Viele dieser Patienten suchen unsere Klinik inzwischen freiwillig auf, beispielsweise, wenn sie Symptome der Wiedererkrankung erkennen. Unsere aufsuchende Intervention im Lebensumfeld der Patienten, bei den Angehörigen im direkten Kontakt mit den Familien, erlaubt viel besser angepasste Hilfen als früher, reduziert Behandlungsabbrüche und ersetzt nicht selten die stationäre Aufnahme.

All diese besonderen Hilfen in unserer Klinik sind an die Arbeitszeit von 8:00 bis 17:00 Uhr gebunden. Wenn die Patienten nachts dekomensieren, wenn sich die Angehörigen am Wochenende bei uns hilfeschend melden, können wir aus diesen Gründen deshalb keinen Hausbesuch anbieten. Das heißt, diese besonderen aufsuchenden Leistun-



gen unserer Klinik erreichen gerade einmal 25 % der Lebenszeit unserer Patienten. Während der anderen 75 % bietet das neue Gesetz, das Sie entworfen haben, weiterhin keine spezifischen Hilfen, sondern unverändert nur den Einsatz der Polizei. Im Gegensatz dazu zeigen die Erfahrungen in den Bundesländern mit einem kommunalen Krisendienst rund um die Uhr, dass bei diesen Diensten maximal jeder vierte Einsatz des Dienstes überhaupt zu einer Einweisung in die Klinik führt. Auf Berlin wurde bereits hingewiesen. Ähnliche Erfahrungen mit der Verankerung im PsychKG gibt es in Schleswig-Holstein.

Der Kommunale Krisendienst, der seine Patienten vor Ort kennt, ist bestens geeignet, gerade im häuslichen Umfeld zu deeskalieren und Zwangsmaßnahmen zu vermeiden. Machen Sie sich bitte klar: Die Wahrscheinlichkeit, dass jemand von Ihnen persönlich irgendwann von diesem Thema in seinem verwandtschaftlichen Umfeld betroffen sein wird, ist gar nicht so gering, und dann werden Sie nicht wollen, dass Ihre Angehörigen mit Rettungsdienst oder Polizei schreiend, auf einer Trage festgebunden, in ein Krankenhaus gebracht wird. Sie werden sich wünschen, dass ein Experte zu Ihnen vor Ort kommt und Ihnen dabei hilft, die Situation in Ihrem familiären Umfeld zu deeskalieren. Auf lange Sicht gelingt eine Behandlung nur dann, wenn der Patient sich auf eine Beziehung einlässt und die Behandlung selbst als hilfreich erlebt. Die gewaltsame Zwangseinweisung in eine Klinik ist dafür keine gute Ausgangsbasis.

Zusammenfassend: Sie haben aus gutem Grund die Hilfen in den Titel des PsychKHG Hessen aufgenommen. Die Hilfen im vorliegenden Gesetzentwurf greifen aber leider erheblich zu kurz. Kommunale Krisendienste rund um die Uhr kommen in anderen Bundesländern sehr erfolgreich zur Anwendung. Sie reduzieren Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen, vielleicht auch die Suizidraten. Es steht aus meiner Sicht im klaren Widerspruch zur UN-Behindertenrechtskonvention, Menschen gewaltsam in eine Klinik zu verbringen, wenn wir über gewaltärmere und erwiesenermaßen langfristige erfolgreiche Konzepte verfügen. Ein PsychKG ohne einen solchen kommunalen Krisendienst, der Hilfen bei psychischen Krankheiten regelt, kann den in § 2 und in der Präambel genannten selbst gesetzten Ansprüchen nicht gerecht werden.

Frau **Dr. Schlüter-Müller**: Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrter Herr Minister, meine Damen und Herren! Ich bedanke mich herzlich, dass ich als Kinder- und Jugendpsychiaterin eingeladen worden bin, um eine Stellungnahme zu den Kindern psychisch erkrankter Eltern abzugeben.

In dem Gesetzentwurf ist in § 4 Abs. 5 als Sollbestimmung erwähnt, dass Angehörige entlastet werden sollen und es eine besondere Berücksichtigung von Kindern von psychisch Kranken geben soll. Ich denke, das muss eine Mussbestimmung werden, da es sich bei Kindern psychisch erkrankter Eltern um eine, wie wir es nennen, Hochrisikogruppe handelt, die sowohl genetisch als auch psychisch und sozial stark belastet ist. Etwa die Hälfte der Inanspruchnahmepopulation, das heißt, die Patienten, die uns in den Kliniken oder Praxen aufsuchen, sind Kinder, die ein oder zwei psychisch kranke Elternteile haben. Das bedeutet, diese Kinder sind per se belasteter und brauchen dringend Prävention, um nicht auch psychisch krank zu werden.

Wir wissen heute sehr viel über Resilienzfaktoren. Wir wissen sehr viel darüber, was Kinder gesund erhält, und wir wissen auch viel darüber, was Kinder krank macht. Daher brauchen wir dringend Institutionen. Diese müssen festgelegt sein. Es darf nicht auf den guten Willen von Gemeinden oder Städten oder auf Spendengelder ankommen oder darauf, dass sich derjenige, der Lust hat, um diese Kinder kümmert. Es handelt sich um keine kleine, zu vernachlässigende Gruppe, sondern wir gehen davon aus, dass zwei bis

drei Millionen Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren einmal im Jahr mit einem psychisch kranken Elternteil konfrontiert sind. Die Dunkelziffer ist sehr hoch, da dies mit viel Scham und Schuld belastet ist und die Kinder und Jugendlichen in den Familien oft nicht darüber sprechen. Daher bitte ich dringend, dies zu berücksichtigen.

Herr Prof. **Dr. Wabnitz**: Frau Vorsitzende, sehr geehrter Herr Minister, meine sehr geehrten Damen und Herren Abgeordneten! Als Präsident der Hessischen Krankenhausgesellschaft bedanke ich mich ausdrücklich für die Möglichkeit zur mündlichen Stellungnahme in Ergänzung unserer schriftlichen Stellungnahme vom 6. Dezember 2016, die übrigens inhaltlich sehr weitgehend dem entspricht, was von den Chefärzten sowie von Vitos vorgetragen und niedergelegt worden ist.

Wir begrüßen es natürlich auch, dass es zu einer Ablösung des früheren ordnungsrechtlich orientierten HFEG durch ein PsychKHG kommen soll, das die psychischen Störungen und die Ansprüche von Menschen auf Hilfen in den Mittelpunkt stellt. Wir begrüßen aus Sicht der Krankenhäuser auch, dass endlich eine gesetzliche Grundlage für die ärztliche Behandlung ohne oder gegen den Willen des Betroffenen im Krankenhaus geschaffen wird. Dazu gehört auch der gesetzliche Rahmen zur Beileihung der privatrechtlichen Krankenhäuser und die Bestellung der verantwortlichen Ärzte, denen mit der Entscheidung zur Unterbringungen letztendlich hoheitliche Aufgaben gestellt sind.

Ebenfalls begrüßen wir, dass der Bereich der ambulanten Hilfen geregelt werden soll. Wir würden uns wünschen, dass es hierbei zu einer zügigen Umsetzung kommt, und schließen uns dem LWV insoweit an, als wir eine Regelung begrüßen würden, die auch den Bereich der Heime betrifft, damit es nicht zu Fehlplatzierungen von Menschen in Krankenhäusern kommt, die dort nicht hingehören.

Mit Blick auf die Zeit möchte ich ergänzend nur drei Punkte nennen:

Erstens. Wie von den Chefärzten ebenfalls bereits vorgetragen wurde, halten auch wir es für keine gute Lösung, dass in § 10 Abs. 2 Satz 2 die Möglichkeit vorgesehen werden kann, dass Kinder und Jugendliche auch in einem psychiatrischen Krankenhaus für Erwachsene behandelt werden sollen. Man muss sich vorstellen: Ein betroffenes Kind oder ein betroffener Jugendlicher befindet sich in einer extrem akuten Krisensituation und braucht genau hier adäquate fachliche Hilfe. Dafür gibt es, wie Sie wissen, ein eigenständiges medizinisches Fachgebiet. Das ist die Kinder- und Jugendpsychiatrie mit entsprechend ausgebildeten Fachärzten. Ein, gestatten Sie – in Anführungsstrichen –, normaler Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie verfügt hier nicht über die hinreichende Erfahrung und Behandlungskompetenz. Außerdem kann es zu haftungsrechtlichen Problemen kommen sowie zur Ablehnung der Kostenübernahme durch die Krankenhäuser.

Zweitens. Auch zu § 17 wurde bereits viel gesagt. Der Gesetzentwurf sieht die Übertragung der Verantwortung für die Anordnung einer sofortigen vorläufigen Unterbringung durch die Polizei wie bisher auf den bestellten Krankenhausarzt vor. Diese Anordnung ist ein gravierender Grundrechtseingriff. Anordnung und Vollzug der Maßnahme lägen damit in einer Hand. Dies halten wir unter rechtsstaatlichen Gesichtspunkten ebenfalls für bedenklich und schließen uns insoweit ausdrücklich der Stellungnahme des LWV an. Außerdem wäre das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient in dieser Krisensituation von vornherein massiv belastet.

Wir empfehlen, an dieser Stelle den Sozialpsychiatrischen Dienst zu beauftragen, der dann auch einen Krisendienst einzurichten hätte. Auch dazu wurde bereits viel gesagt. Sollten Sie allerdings insoweit keine Änderung vornehmen, bedarf es zumindest einer klaren Regelung zur Haftung und Kostenübernahme für diese hoheitlichen Aufgaben.

Drittens. § 30 betrifft die Kosten. Hier gibt es theoretisch vier verschiedene Kostenträger: Patient, Leistungsträger nach § 12 Abs. 1 SGB I, sonstige Dritte und LWV Hessen. Für die Krankenhäuser ist es schon ein Problem, zu prüfen und nachzuverfolgen, wer tatsächlich zuständig ist, wenn es der Patient nicht selbst bezahlen kann.

Wir befürchten also ein Verschieben mit Blick auf unterschiedliche Zuständigkeiten, einen großen Bürokratieaufwand. Letztlich bliebe das Krankenhaus unter Umständen noch auf den Kosten sitzen, bis dann ein langwieriges Verfahren die Zuständigkeiten geklärt hat. Wir wünschen uns hier eine klare Stelle. Eine Institution tritt gegenüber dem Krankenhaus in Vorlage und fordert, sofern notwendig, die Kosten bei einem anderen zuständigen Leistungsträger an – also alles in einer Hand.

So viel nochmals ergänzend unter Verweis auf die schriftliche Stellungnahme. Nochmals herzlichen Dank für die Gelegenheit zur mündlichen Anhörung.

Herr **Dr. Zinkler**: Ich bin hier ein Außenseiter, da ich aus Baden-Württemberg komme. Ich habe mich besonders gefreut, dass sich hier sprechen darf.

Ich beginne gleich mit der Zusammenfassung. Der Gesetzentwurf verstößt in entscheidenden Punkten gegen die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und gegen die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts. Zwangsbefugnisse werden in diskriminierender Weise auf Mitarbeiter in psychosozialen Diensten und Ärzte in Krankenhäusern übertragen. Dadurch wird das Vertrauensverhältnis zwischen schwer psychisch erkrankten Menschen und psychosozialen Diensten unterminiert.

Die Regelungen im Entwurf würden dazu führen, dass sich mehr Menschen vom Hilffssystem abwenden und dadurch erst spät oder überhaupt nicht Hilfe annehmen. Dies widerspricht diametral dem Ziel des Gesetzes, präventive und nachsorgende Hilfen zu etablieren. Schließlich sind die Hürden zur Anwendung von Freiheitsentzug und Zwangsmaßnahmen durch eine Reihe von Ausnahmeregelungen hinsichtlich der Genehmigung und Aufklärung eher niedrig. Die Sicherheit von fixierten Patienten ist nicht gewährleistet. Nicht einmal eine landesweite Erfassung von Zwangsmaßnahmen ist vorgesehen.

Um diesen Entwurf mit der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen in Einklang zu bringen, habe ich einige Vorschläge gemacht. Dazu verweise ich auf meine schriftliche Stellungnahme und gehe nun auf einige Paragraphen ein. Erlauben Sie mir eine Bemerkung: Wenn Sie die Stellungnahme der Psychiatrieerfahrenen gelesen haben, dann sehen Sie, dass diese Stellungnahme voller Resignation und Enttäuschung ist. Ich denke, bei dem, was vor dem heutigen Tag passiert ist, ist sehr viel schiefgegangen. Es kann nicht sein, dass die Stellungnahme der Psychiatrieerfahrenen vor diesem Entwurf resigniert und schon davon ausgeht, dass sich nichts mehr daran ändert.

Wenn Sie die Stellungnahme der Angehörigen lesen, die wunderschönen Dinge fordern wie Soteria, mehr psychotherapeutisches Vorgehen, weniger Neuroleptika und offenen Dialog, psychosoziales Engagement usw., dann sage ich Ihnen: Sie werden das nicht bekommen, wenn Sie nicht die Anwendung für Zwang höher setzen. Erst dann, wenn

Sie die Psychiatrie dazu bringen, anders zu arbeiten, wenn sie nicht mehr – oder jedenfalls weniger – auf Zwang zurückgreifen kann.

§ 5 bringt die Sozialpsychiatrischen Dienste in die Zwitterrolle, dass sie in die Wohnungen gehen können und eigentlich helfen sollen. Das stört das Vertrauensverhältnis. Was man braucht, hat Herr Schillen schon erläutert, nämlich 24-Stunden-Dienste, die helfen und nicht unterdrücken.

§ 10, die ausnahmsweise Unterbringung von Kindern und Jugendlichen, ist ebenfalls bereits erwähnt worden. Es wird der Sache nicht gerecht, wenn diese in die Erwachsenenpsychiatrie kommen.

Nun ein exklusiver Punkt, den Sie noch nicht gehört haben und den ich auch in den anderen Stellungnahmen nicht gefunden habe. § 13 Abs. 3, letzter Satz. Darin wird die schriftliche Zustimmung des Patienten gefordert, um den Mitgliedern der Besuchskommission Zugang zu personenbezogenen Patientenunterlagen zu verschaffen. Damit wird zwar scheinbar die Vertraulichkeit der Behandlungsakte geschützt, aber tatsächlich der Grundrechtsschutz durch die Besuchskommission behindert.

Wie soll diese wissen, warum dieser Mensch dort festgebunden ist, wenn sie nicht in die Akte schauen kann? Meinen Sie, dass ein Patient, der fixiert ist, sagt, er unterschreibt irgendetwas? – Das muss anders geregelt werden. Übrigens ist es so, dass die sogenannte nationale Stelle, die hier in der Nähe angesiedelt ist, dies nicht in ihrem Briefing hat, sondern sie sagt, sie könne in die Akten hineinschauen, und sie will das auch durchsetzen.

§ 17 ist ebenfalls ein exklusiver Punkt. Die Anordnung der Unterbringung durch einen Arzt eines psychiatrischen Krankenhauses bei Gefahr im Verzug würde dem Arzt ein Recht zu Grundrechtseingriffen geben, das sonst der Justiz vorbehalten ist und gerade bei psychisch Kranken der Justiz vorbehalten sein sollte. Die vorgeschlagene Anordnung durch den Arzt würde psychisch Kranke diskriminieren, denn das kann niemand anderem passieren als einem psychisch Kranken. Dort wird ein Unterschied gemacht, und wo Unterschiede gemacht werden, wird diskriminiert.

§ 18. Hier fehlt, dass ein Register über Zwangsmaßnahmen eingerichtet wird. Wenn Sie sagen, Sie wollen Zwangsmaßnahmen verhindern, dann sage ich: Beginnen Sie wenigstens damit festzustellen, was überhaupt getan wird. Erfassen Sie es in einem landesweiten Register und vergleichen Sie die Kliniken. Schauen Sie, wo die Best-Practice-Modelle sind, und lernen Sie davon.

Ein weiterer Punkt: §§ 19 und 20. In beiden Paragrafen wird auf die Einwilligungsfähigkeit Bezug genommen. Nach dem allgemeinen Kommentar zu Artikel 12 der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen kann aber die fehlende Einwilligungsfähigkeit gerade nicht herangezogen werden, um Grundrechtseingriffe zu rechtfertigen. Hier ist der Punkt, an dem der Gesetzentwurf nicht mit der UN-Konvention kompatibel ist.

In § 20 Abs. 2 werden bei bestehender Einwilligungsfähigkeit Behandlungen gegen den Willen der untergebrachten Personen als zulässig erklärt. Es wird in der rechtlichen Stellungnahme sehr viel klarer erläutert, wieso das verfassungsrechtlich gar nicht gehen kann. Ich bin Mitglied der Redaktion der Zeitschrift „Recht und Psychiatrie“, die auch sehr gern vom Verfassungsgericht zitiert wird. Wir haben uns bereits 2011 durch Herrn Marschner sehr klar dazu geäußert. Das gilt nach wie vor.

§ 20 Abs. 3: Bei Gefahr im Verzug kann vor einer Zwangshandlung auf Überzeugung, Vertrauensbildung und Information verzichtet werden. Das mag bei lebensbedrohlichen Zuständen für körperliche Behandlungsmaßnahmen erforderlich sein, öffnet aber bei einer sofortigen Behandlung mit Psychopharmaka, die in den Kern der Persönlichkeit eingreifen, die Tür.

§ 20 übergehe ich jetzt einmal. Hier gilt für Abs. 5 das Gleiche, dass man dies höchstens bei Lebensgefahr tun sollte.

Zu § 21 Abs. 1 haben auch die Vertreter der Sozialpsychiatrischen Dienste darauf hingewiesen: Wenn jemand festgebunden wird, dann muss ein Mensch bei ihm bleiben. Es gab da Todesfälle. Das ist auch nicht durch Video zu lösen, sondern es muss ein Mensch dabei bleiben und den Festgebundenen therapeutisch begleiten.

Abg. **Marjana Schott**: Irgendwie ist die Seite der Fragenden etwas einseitig. Wenn wir ein Schiff wären, hätten wir Schlagseite. Das verwundert mich doch ein wenig.

(Zuruf von der CDU: Fast philosophisch, dieser Einwand!)

– Genau. Eigentlich ist es traurig. – Ich habe an Herrn Dr. Zinkler Nachfragen. Dabei geht es um § 17, dass die Anordnung einer Unterbringung durch Ärzte in psychiatrischen Kliniken eine Verletzung der UN-Behindertenrechtskonvention darstellt. Ich frage mich, ob diese Regelung nicht auch dem Gesetz über das Verfahren in Familiensachen widerspricht, in dem auch nur das Gericht das Recht auf eine einstweilige Anordnung einer vorläufigen Unterbringung hat. – Wenn Sie sagen, das sei nicht Ihr Metier, dann ist das natürlich völlig in Ordnung.

Sie schlagen in § 18 eine Erfassung der Rechtseingriffe in ein Register vor und begründen das in der Stellungnahme mit den hohen Unterbringungszahlen in Hessen. Immerhin haben wir bundesweit die dritthöchsten Unterbringungszahlen. Können Sie uns schon etwas darüber sagen, wie sich das in Baden-Württemberg ausgewirkt hat, sodass man es dort dokumentieren muss?

In § 19 wird festgelegt, dass eine untergebrachte Person – auch darüber hatten Sie eben schon im Ansatz gesprochen – einwilligungsunfähig ist, wenn sie störungsbedingt nicht fähig ist, Grund, Bedeutung und Tragweite der Behandlung einzusehen und ihren Willen zu bestimmen. Ich habe Sie so verstanden, dass das der UN-Konvention widerspricht. Können Sie uns erläutern, wie die Unterstützung in einer solchen Situation aussehen sollte? Denn irgendwie muss man doch zu einer Handlung kommen können. Wenn man das eine nicht darf und das andere nicht möglich ist, muss man ja aus dem Dilemma herauskommen. Das hat sich mir noch nicht erschlossen.

Ich habe noch Fragen an Herrn Dr. Schillen. Sie sagten, Sie seien der Meinung, dass die Kommunen Krisendienste organisieren müssten, und führten dazu die Begründung zu § 5 Abs. 1 ins Feld. Wir würden das ebenfalls gern sehen, erkennen aber noch nicht so richtig, dass es so klar im Gesetzestext vorgeschrieben ist. Können Sie sagen, ob Sie das anders sehen oder ob man im Gesetzestext nacharbeiten müsste, damit es am Ende eindeutig so ist?

In § 17 befürworten Sie eine weitergehende Kompetenz des Krisendienstes des SPDi, der so eigentlich noch gar nicht im Gesetz steht in Bezug auf die Unterbringung. Haben Sie

nicht die Befürchtung, dass die Akzeptanz als Krisendienst nachlassen würde, wenn er auch die vorläufige ordnungsrechtliche Maßnahme der Unterbringung verantwortet?

Es muss getan werden, aber keiner will es gewesen sein. So kommt mir das vor. Man schiebt den Schwarzen Peter von einem zum anderen. Jeder sagt: Eigentlich müsste das möglich sein, aber ich will es nicht machen.

Abg. **Dr. Daniela Sommer:** Ich möchte mich zunächst bei Herrn Gallhofer bedanken, dass er die Kultursensibilität nannte – ich finde, dies ist ein sehr wichtiger Punkt, der noch nicht berücksichtigt worden ist –, aber auch dafür, dass die fürsorgliche Zurückhaltung genannt wurde, die in anderen Landesgesetzen verankert ist, sowie die Tatsache, dass Kinder eine adäquate fachliche Hilfe brauchen; denn das entspricht der Kinderrechtskonvention. Dazu wird mein Kollege Gerhard Merz gleich noch eine Frage stellen.

Mir geht es um die passgenauen Angebote. Dazu sprachen Sie von einer wohnortnahen Pflichtversorgung. Herr Dr. Schillen, Sie sagten aber auch, dass Sie ambulante Hilfen in Kliniken, also eine aufsuchende Intervention, leisten. Das finde ich hervorragend. Auf der einen Seite geht es uns darum, Hilfen im Vorfeld zu schaffen, aber auch nach dem Aufenthalt. Deshalb noch einmal meine konkrete Frage: Wie sieht es mit dem Entlassungsmanagement aus? Wie kann man dieses optimieren, damit die Menschen auch nach dem Aufenthalt in einer Klinik möglichst nicht mehr zurückkommen müssen? Das ist eine Frage, mit der wir uns beschäftigen müssen.

Ich bin auch Ihnen, Herr Dr. Zinkler, sehr dankbar, dass Sie die Anwendung von Zwang thematisiert haben. Ich finde, darüber lässt sich streiten und diskutieren. Ziel des Gesetzes ist es, Zwang als letztes Mittel zu nutzen. Sie sagten, man brauche eine therapeutische Begleitung. Das heißt, Sie sprechen sich für Sitzwachen aus. Habe ich das richtig verstanden? – Sie nicken. Welche weiteren Schutzkonzepte wären nötig?

Abg. **Gerhard Merz:** Ich habe eine Frage an Frau Schlüter-Müller. Mir ist die ganze Zeit bei Ihrer Stellungnahme durch den Kopf gegangen, dass wir für diesen Personenkreis eine ganz klare und eindeutige Zuständigkeit der Jugendhilfe haben. es gibt § 35 a des Kinder- und Jugendhilfegesetzes, der meines Erachtens auch auf den Sachverhalt anwendbar ist, dass seelische Behinderung droht.

Wären vor diesem Hintergrund nicht Regelungen über die Zusammenarbeit zwischen der ärztlichen und der Jugendhilfeseite in einem solchen Gesetz wünschenswert oder vielleicht sogar dringend erforderlich?

Herr **Dr. Zinkler:** Zunächst zur Frage nach § 17, ob Ärzte eine Unterbringung anordnen sollen, wie es im Entwurf vorgesehen ist. Das widerspricht für mich als Bürger grundsätzlich meiner Auffassung von einem Rechtsstaat. Es müssen aber Juristen sagen, ob Ärzte dies dürfen sollen.

Zu § 18: Wenn Sie sofort etwas tun wollen, um die Anwendung von Zwang zu verringern, was Sie nichts kostet, dann müssen Sie dieses Register einführen. Wir wissen: In Baden-Württemberg gab es schon ein Register über Zwangsmaßnahmen auf freiwilliger Basis, bevor es 2015 verpflichtend eingeführt wurde. In allen Kliniken, die Sie auf freiwilliger Basis an diesem Benchmark beteiligt haben – das ist die Arbeitsgruppe von Herrn Steiner –, ging die Anwendung von Zwangsmaßnahmen kontinuierlich zurück. Wir haben

jetzt leider noch keine Ergebnisse von der verpflichtenden Erfassung, von diesem Register. Sie sollen demnächst von Herrn Flammer und Herrn Steinert, die das für das ganze Bundesland machen, präsentiert werden. Aber dazu habe ich noch nichts vorliegen, schon gar keine Vergleichszahlen.

Zu § 19 war die Frage: Wenn das Konzept der Einwilligungsfähigkeit dem Artikel 12 der Konvention widerspricht, wie soll dann die Unterstützung aussehen? – Der Kommentar zu Artikel 12 sagt dazu ganz klar: Zunächst zählt der Wille des Betroffenen. Wenn dieser jedoch nicht zu erkennen ist, soll die bestmögliche Interpretation des Willens oder der Einstellungen dieser Person herangezogen werden.

Wenn ich das vertrete, wird mir oft vorgehalten: Was machst du denn mit dem Suizidalen, der aus dem Fenster springen will? Dann sage ich: Der Mensch wollte bis vor wenigen Minuten oder Stunden noch leben, denn sonst wäre er nicht derzeit noch am Leben. Ich habe also erhebliche Zweifel daran, ob diese Aktion dem Willen und der Einstellung dieser Person entspricht. Darum mein Vorschlag, es so zu regeln, dass dort, wo Zweifel über den Willen und die Einstellung dieser Person bestehen und das Leben der Person auf dem Spiel steht, nicht nur unterstützend, sondern auch schützend eingegriffen wird. Aber bis zu diesem Punkt soll das unterstützend geregelt werden. So ist die Konvention gemeint.

Eine weitere Frage ist nach der Anwendung von Zwang als letztem Mittel gestellt worden und ob ich mich für Sitzwachen ausspreche. Natürlich spreche ich mich für Sitzwachen aus, und zwar so, wie es von den Kollegen der Pflege vorgeschlagen wurde: durch qualifiziertes therapeutisches Personal, das darin geschult ist, in diesen Situationen unterstützend tätig zu werden. Das geht dann praktisch so: „Es tut uns leid, dass Sie hier festgebunden sind. Meine Aufgabe ist, Sie darin zu unterstützen, dass Sie aus diesem Festbinden, aus dieser Fixierung wieder herauskommen. Nur dafür bin ich hier. Dafür bleibe ich aber so lange hier, solange Sie hier festgebunden werden, und wenn meine Schicht endet, dann übernimmt mein Kollege in der nächsten Schicht.“ Anders ist das für mich nicht denkbar. Es ist nicht Aufgabe von therapeutischem Personal, Menschen die Freiheit zu beschränken, sondern wenn es notwendig geworden ist, dann ist es die Aufgabe, dass sie wieder herauskommen, und das geht nur über eine therapeutische Begleitung.

Schutzkonzepte zur Prävention von Zwangsmaßnahmen: Dazu ist meine flapsige Antwort – Sie verzeihen es mir hoffentlich, aber es ist auch ein wenig politisch, da darf man auch polemisch sein –: Fragen Sie die Psychiatrieerfahrenen. Beginnen Sie von Neuem mit diesem Gesetz und fragen Sie die Psychiatrieerfahrenen: Wie stellt ihr euch vor, dass wir ein Gesetz machen können, in dem es weniger Zwang gibt?

Es wurde bereits erwähnt, dass Sie die Psychiatrieerfahrenen in ihren Kliniken beschäftigen können. Das geht über die EX-IN-Absolventen, die händeringend Jobs suchen. Beschäftigen Sie sie! Zum Konzept der offenen Stationstür gibt es in Hessen z. B. in Friedberg Beispiele. Öffnen Sie also die Stationstüren, schließen Sie Behandlungsvereinbarungen ab und ermutigen Sie Ihre Patienten zum Formulieren von Patientenverfügungen. Dazu wurde aktuell statistisch nachgewiesen: Patientenverfügungen verringern Zwangsmaßnahmen.

Abg. **Marjana Schott:** Wenn die Zahlen bei Ihnen signifikant zurückgegangen sind, dann kann es ja nicht daran liegen, dass man plötzlich irgendwo etwas aufschreibt, sondern es muss sich ja etwas verändert haben. Sie haben keine anderen Patienten in Baden-

Württemberg, als wir sie in Hessen haben, nehme ich an. Trotzdem gibt es weniger Zwangsmaßnahmen. Dann müssen Sie ja irgendetwas anders machen. Können Sie in kurzen Sätzen beschreiben, was anders gemacht werden müsste, damit wir von den Zwangsmaßnahmen wegkommen?

Abg. **Marcus Bocklet:** Sie sind ja, wenn ich es richtig lese, von den Kliniken des Landkreises Heidenheim. Sie sprechen davon, Herr Dr. Zinkler, dass die Zwangsmaßnahmen der UN-Konvention widersprechen. Nun frage ich Sie: Wenn Sie dieser Meinung sind, gibt es in Ihrer Klinik trotz aller Prävention und trotz aller eingeleiteten Maßnahmen und Reduktionsangebote noch Zwangsmaßnahmen? Soweit ich weiß, gibt es in Baden-Württemberg auch ein Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz, das mit den Experten über viele Jahre hinweg erarbeitet wurde. Müssten Sie nicht, wenn Sie der Meinung sind, dass es dagegen widerspreche, jegliche Zwangsmaßnahmen einstellen?

Meine zweite Frage richtet sich an Herrn Prof. Dr. Reif. Ich hoffe, ich verpetze Sie nicht. Sie haben oft Gespräche mit mir geführt, und Sie haben mir Fälle vorgestellt, in denen Zwangsbehandlungen unausweichlich sind. Sind Sie auch der Auffassung, dass das gegen die UN-Konvention verstößt? Sind Sie der Meinung, dass dies bei aller Prävention und allen Reduktionsmaßnahmen, die man durchführen könnte, dazu führen würde, dass es nie wieder Zwangsmaßnahmen braucht? Wenn dem so ist, müsste man dann nicht, wie im Gesetzentwurf geschehen, Zwangsmaßnahmen klar und transparent regeln? Dann schließt sich der Kreis wieder.

Herr **Dr. Zinkler:** Was muss anders gemacht werden? – Es wurde nach der Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen gefragt. Vorhin wurde auch gesagt, dass das in den Ländern mitunter sehr unterschiedlich ist. In Hessen kommen Unterbringungen dreimal häufiger vor als in Berlin. Da gibt es also große Unterschiede.

In dem Moment, in dem man beginnt, es zu messen, fragt sich jeder, der nicht den niedrigsten Wert hat, was bei ihm verkehrt läuft; denn kein Mensch will Zwangsmaßnahmen anwenden. Niemand will eine Unterbringung zu viel anordnen und eine Zwangsbehandlung zu viel durchführen. Aber erst dann, wenn man es misst und vergleicht, erkennt man, wer das zurzeit am besten hinbekommt.

Das bringt mich zur Antwort auf die zweite Frage. Meine Klinik ist überhaupt nicht jene, die das in Deutschland am besten hinbekommt. Diese gibt es aber; sie ist bekannt: Das ist die Klinik in Herne. Sie hat seit Jahren einen Anteil von unter 1 % an Patienten, die von Zwangsmaßnahmen betroffen sind. In den meisten Kliniken liegt dieser Anteil zwischen 5 und 10 %. In Heidenheim lag er im letzten Jahr bei 3 %. Das heißt, wir sind überhaupt keine zwangsfreie Psychiatrie. Das war ja die Frage. Allerdings ist es so, dass es in der Klinik seit 2011 keine neuroleptischen Zwangsbehandlungen mehr gibt. Es gibt nur offene Stationstüren. Es gibt keine Isolierzimmer, aber es gibt die Möglichkeit, Patienten festzubinden, die sogenannte Fixierung, die übrigens in England, wo ich auch schon gearbeitet habe, verboten ist.

Nun kann man sich fragen: Wieso fixieren Sie jetzt, wenn Sie zehn Jahre lang nicht fixiert haben? – Das ist eine berechtigte Frage. Wir sind dabei noch lange nicht am Ende. Nur: Solange wir uns bei dieser Frage, bei der es sich um Grundrechtseingriffe handelt, nicht an denen orientieren, die es am besten können, so lange springen wir zu kurz.



Herr Prof. **Dr. Reif**: Einleitend noch die kurze Anmerkung, dass wir in Hessen, was die Zahl der Zwangsmaßnahmen betrifft, nicht als Kliniken gebenchmarkt werden können, weil wir als Kliniken überhaupt keine Wahl haben. Die Zwangsmaßnahme wird ja momentan nach HFEG durchgeführt, und darin etwas zu verändern liegt leider nicht in der Hand der Kliniken. Dies nur zur Vergleichbarkeit.

In der Tat haben wir uns häufig unterhalten, Herr Bocklet. Dabei verpetzen Sie mich auch überhaupt nicht. Dazu nehme ich gern noch einmal Stellung. Ich bin mir sehr sicher, dass wir, so gut wir in unseren Präventionen, Therapien und vor- und nachsorgenden Hilfen auch sein mögen, in der Psychiatrie leider – auch, wenn das das letzte Mittel sein sollte – nie gänzlich ohne Zwang auskommen werden, wenn wir als Gesellschaft – das ist die Einschränkung – akzeptieren, dass es Erkrankungen gibt, die aufgrund der Erkrankung zu einer Selbstschädigung führen können, und wenn wir als Gesellschaft wollen, dass wir das verhindern.

Natürlich kann sich jede Gesellschaft selbst verordnen zu sagen: Ich akzeptiere, dass jeder Mensch sich oder andere gefährdet, sich suizidiert, sich selbst schädigt, auch wenn das Ausdruck einer vorübergehenden Erkrankung ist. Damit müssen wir leben. – Das ist eine Haltung, die man vertreten kann, die ich aber nicht teile. Ich denke, es gibt Erkrankungen, die phasisch verlaufen. In diesen akuten Erkrankungsphasen kommt es zu Zuständen der akuten Selbstschädigung oder potenziellen Fremdschädigung, und dann ist Hilfe, notfalls auch gegen den Willen des Patienten unter Umständen geboten. Diese Zustände zu verhindern, das sollte das allererste und wichtigste Ziel jeglicher ambulanter oder stationärer Hilfe sein.

Aber auch, wenn man dies so gut wie möglich macht – Herr Zinkler nannte 1 %; ob das jetzt 0,5, 1 oder 2 % sind, es ist sicher auch unterschiedlich, ob man sich in einem großstädtischen Umfeld, auf dem platten Land oder wo auch immer bewegt –, wird es leider immer eine gewisse Quote an Zwangsmaßnahmen geben. Auch das hat Herr Zinkler bereits genannt. Die Arten der Zwangsmaßnahmen sind regional sehr unterschiedlich. In England wird fixiert. In den Niederlanden wird weggesperrt. Das muss man so nüchtern sagen. Ich habe es mir selbst einmal angeschaut. Dort gibt es Edelstahlappartements, in die die Patienten verbracht werden. Dann wird die Tür zugemacht, und zwei Wochen später wird sie wieder geöffnet und geschaut, wie es geht. Das ist auch ein Weg, von dem man jetzt zunehmend wieder abrückt. Soll heißen: Jedes Land findet seine eigene Akzeptanz und Toleranz gegenüber Zwangsmaßnahmen, seine eigene Ausgestaltung für Zwangsmaßnahmen.

Hier müssen wir als Gesellschaft verhandeln: Was finden wir korrekt, angebracht, richtig und gut? – Ich denke, dass Zwang das letzte Mittel sein sollte. Darin sind wir uns alle einig. Aber dass es nicht ganz ohne Zwang gehen wird, ist leider momentan noch Realität.

Um auf die Frage zurückzukommen, inwieweit sich das mit der UN-BRK verträgt: Dafür bin ich nicht der richtige Ansprechpartner, da ich kein Rechtsexperte und erst recht kein Experte der UN-BRK bin. Aber es sei nur angemerkt, dass nicht alle Länder auf dieser Welt die UN-BRK unterzeichnet haben aufgrund gewisser „Webfehler“ dieser Konvention. Zu diesen Ländern gehört unter anderem die Schweiz, die nicht gerade als Unrechtsstaat gilt.

Herr **Dr. Schillen**: Wenn Sie erlauben, möchte ich gern trotzdem noch einmal kurz auf die beiden Punkte eingehen, die vorhin genannt wurden. Ich hoffe, ich habe Ihnen

deutlich gemacht, dass wir eine Psychiatrie betreiben, in der wir uns große Mühe geben, möglichst wenig Zwang auszuüben. Trotzdem sind unsere Fixierungsraten etwa dreimal so hoch wie bei Herrn Zinkler. Ich habe mir die Klinik mit einer kleinen Gruppe von Herrn Zinkler vor anderthalb Jahren angeschaut, um zu sehen: „Was machen die anderen? – Learning from the best“. Aber es gibt auch Rahmenbedingungen, die Sie nicht einfach im Gesetz regeln können. Herr Zinkler hat beispielsweise auf allen Stationen Zugang zu einem geschützten Garten. Das ändert sehr viel. Dadurch kann sehr viel Druck herausgenommen werden, was bei uns aber nicht geht, da wir das baulich gar nicht umsetzen können.

Ich habe bauliche Situationen, wo die Überwachungszimmer verlangen – – Ich habe ein Überwachungszimmer pro Station, in dem drei, im schlimmsten Fall vier Menschen sind. Das ist eine bauliche Katastrophe. Ich habe aber überhaupt nicht die Ressourcen, um das zu verändern. Ich denke im Moment darüber nach, ob ich periphere Zimmer mit einer Videoüberwachung einrichte, damit ich die Patienten nicht in ein gemeinsames Zimmer packen muss. Das sind Rahmenbedingungen, bei denen Sie darüber nachdenken müssen, wenn wir das wirklich ändern wollen: Wie statten Sie Kliniken personell und räumlich aus – das kostet auch Geld –, damit das machbar ist? Es ist nicht einfach möglich, zu sagen: Schaut es euch bei den Besten ab, und ihr macht irgend-etwas falsch, wenn die Zahl bei euch höher ist. Es gibt durchaus Rahmenbedingungen, die nicht nur an den Personen hängen.

Zur zweiten Frage: Von der DGGPN wurden die Zahlen aus Baden-Württemberg kurz cursorisch dargestellt. Baden-Württemberg hat, gemessen an der Zahl stationärer Fälle mit Zwangsmaßnahmen, eine Varianz von etwas über 35 Kliniken: Kliniken mit einem halben Prozent und Kliniken mit 14 %, im Durchschnitt etwa 7 %. Die Varianz ist nicht klar: Sind das Erfassungsthemen? Sind es bauliche Aspekte? Dort gibt es eine Menge nachzuschauen, was man nicht einfach mit einem Schnellschuss lösen kann nach dem Motto: Die, die viel fixieren, sind blöd und können es nicht besser.

Dass man es messen muss, sehe ich genauso. Das ist banales QM. Was wir nicht messen, ändert sich nicht. Wenn Sie es nicht wahrnehmen und es nicht klar ist, was Sie da tun, bekommen Sie keinen Effekt.

Ich komme zu den Fragen, die Frau Schott und Frau Sommer zum Thema Krisen an mich gestellt haben. Aus meiner Sicht regelt § 5 überhaupt keinen Krisendienst. § 5 regelt, welche Befugnisse der SPD<sub>i</sub> hat, aber keinen Krisendienst. Bei dem Wort Krisendienst muss man aber auch genau schauen: Was meint dieser Begriff? Da der Krisendienst aus Darmstadt erwähnt wurde – ich kenne ihn nicht genau, aber ich glaube, das ist das NDPG –: Das sind eingeschriebene Patienten eines integrierten Versorgungsvertrages. Das ist nicht das, was in Berlin läuft. Sie brauchen eine Struktur, die nicht an der Krankenkasse hängt, sondern die die Kommune betreibt, und Sie müssen sich klarmachen, welchen Level an Krisendienst Sie erreichen wollen. Der Krisendienst in Berlin, der seit 1999 am Netz ist, hat den Anspruch, auch psychosoziale Krisen an bis zu zehn Nachsorgeterminen zu begleiten. Der Krisendienst in Schleswig-Holstein nennt sich gar nicht Krisendienst. Dort sagt man: Wir machen keine Werbung, sonst schaffen wir das nicht. – Das ist ein Krisendienst, wie ich ihn eben angerissen habe: auch mitten in der Nacht mit der Polizei hinauszufahren und zu schauen, wie man die Situation deeskalieren kann – etwas, das wir vielleicht in unserer Terminologie „Notfallpsychiatrie“ nennen würden, in Abgrenzung von der psychosozialen Krise.

Hier muss man sich überlegen, was ein solcher Krisendienst leisten soll, und dafür die personelle Ausstattung vorgeben, denn sonst haben Sie ein Anforderungsprofil, das Sie personell nicht umsetzen können.

Zu § 17, zum SPD<sub>i</sub> als Vollzugsorgan der Freiheitsentziehung. Die Kollegen aus Schleswig-Holstein berichteten mir sowohl auf der Ebene der sozialpsychiatrischen Dienstes als auch auf der Ebene der Chefärzte, dass der Einsatz dieses Dienstes gerade einmal jeden vierten Kontakt überhaupt in die Klinik führt, und der Sozialpsychiatrische Dienst, der dort die Freiheitsentziehung ausspricht, sagte mir, dass er viele Geschenke von Patienten bekommen habe, die zwangseingewiesen worden seien und danach verstanden hätten, warum dies geschehen sei und was ihnen geholfen habe.

Mir geht es jetzt nicht um Geschenke an den Sozialpsychiatrischen Dienst oder an Ärzte, die diesen Job übernehmen, sondern um das Argument, dass es nicht im Widerspruch dazu stehen muss, dass der Sozialpsychiatrische Dienst diese Aufgabe übernimmt und trotzdem ein hilfreicher Dienst sein kann, den Patienten auch so wahrnehmen, gerade dann, wenn dieser Dienst mitten in der Nacht am Wochenende kommen kann, wenn sonst keiner kommt, wenn sonst nur Zwangsmaßnahmen erfolgen, die in die Klinik führen, und der Klinikarzt, der am Wochenende den Patienten sieht, auch nur noch entscheiden kann, ob er hierbleibt oder wieder nach Hause gehen kann. Aber zu Hause kann er nicht helfen.

Deshalb braucht es ein klar definiertes Aufgabenprofil für die Art des Krisendienstes und die regionale Verankerung, denn nur regional kann man die Patienten kennenlernen und dabei helfen, dass sie in ihrer normalen häuslichen Umgebung mit einer Krise klar kommen, ohne dass Zwang ausgeübt werden muss.

Frau Dr. Sommer hatte eine Frage zu ambulanten Hilfen und dazu gestellt, was die Wiederaufnahme verhindere. Was wir in unserer Klinik machen, ist eine Veränderung der stationären Versorgung. Wir haben nicht mehr Ressourcen oder mehr Personal, und wir haben auch keinen Mengenanreiz, mehr Patienten zu versorgen. Mit den Krankenkassen haben wir ein gedeckeltes Budget vereinbart. Das heißt, es gibt keinen Gewinn für die Klinik, für irgendeinen Patienten, den wir mehr versorgen. Wir können nur die gleichen Patienten anders und besser versorgen. Das bedeutet: Das, was wir ambulant anbieten wollen, müssen wir stationär – in Anführungsstrichen – einsparen. Wir können also nur Leistungen verschieben. Das ist trotzdem sehr wertvoll, da es die Kliniken aus dem Korsett herausnimmt, Betten zu belegen, weil nur im Bett die Leistung bezahlt wird. Die Krankenkasse sagen immer, es sei ein Fehlanreiz für eine Klinik, ein Bett zu belegen. In Wahrheit ist es der Unfug, dass die aufwendige Ressource nur stationär bezahlt wird und die PiA-Pauschalen in Hessen nichts hergeben außer ein, zwei Terminen im Quartal; aber damit können Sie keine ambulante Versorgung durchführen.

Das heißt, was wir jetzt tun, ist: Wir verschieben die stationäre Ressource nach dem Bedarf des Patienten. Das wird durch dieses Finanzierungskonstrukt bei einem festen Budget möglich. Wir sind aber überhaupt nicht in der Lage, die KV-Defizite aufzugreifen oder einen Krisendienst zu leisten, wie wir ihn für den SPD<sub>i</sub> angerissen haben. Wir können nur Patienten aufnehmen, die auch, wie bisher, einen solchen Schweregrad der Erkrankung haben, dass sie sonst im stationären Krankenhaus wären.

Anders herum betrachtet: Sie können auf irgendeine psychiatrische Station in Deutschland gehen, und wenn Sie lange genug Zeit haben, die Patienten zu untersuchen und zu begleiten, können Sie vermutlich 40 % nach Hause schicken, wenn Sie jeden Tag ambulante Kontakte ermöglichen. Der Patient braucht die Komplexleistung des Kran-

kenhauses – so schwer krank ist er –, aber nicht unbedingt das Bett. Sie fördern die Autonomie und die Selbstständigkeit des Patienten viel mehr sowie die Beziehung, die die Behandlung auch über diesen stationären Aufenthalt aufrechterhält, wenn Sie in der Lage sind, ambulant zu arbeiten, und wenn der Patient freiwillig kommt. Das ändert einfach das Geschehen komplett. Wenn wir einen Hausbesuch machen, sind wir beim Patienten zu Gast, und er hat die Schlüsselhoheit, aber nicht wir, wie auf der Station. Auch das ändert die Lage komplett.

Abg. **Dr. Daniela Sommer:** Was Sie gerade erzählt haben, hat mir sehr gut gefallen; denn das geht quasi in Richtung Soziotherapie.

Ich habe aber eine andere Frage: Sie haben vorhin berichtet, dass Sie von den Besten lernen wollen und bei Herrn Dr. Zinkler waren. Dazu ist mir eingefallen: Es gibt den internationalen Standard von einer Stunde Aufenthalt im Freien. Wenn ich mich richtig erinnere, ist das im Gesetz nicht geregelt. Meine Frage ist: Müsste man das nicht regeln? Sollte so etwas nicht auch normiert werden?

Herr **Dr. Schillen:** Ich kann das überhaupt nicht leisten. Wir haben Patienten, die so psychotisch und so krank sind. Wir haben hin und wieder – zum Glück nicht häufig – z. B. einen geistig Behinderten, der mit dem Nachttisch im Überwachungszimmer das Pflegepersonal angegriffen hat, das sich gerade noch retten konnte. Das war ein Patient, der bei uns Dreivierteljahr lang in der Klinik war. Das Team kannte ihn gut, aber es gab niemanden, der ein Gefühl dafür hatte, wann dieser Patient „hochgeht“. Normalerweise entwickeln Sie so ein Gefühl. Er hat an der Scheibe gewunken, um zu verdeutlichen, dass er jetzt Essen haben wollte. Wir gingen durch die Tür hinein und wurden angegriffen. Dieser Patient war bei uns wochenlang fixiert. Wir haben mittags acht Leute zusammengeholt, um ihm Körperpflege und eine Dusche zu ermöglichen. Mit ihm hinauszugehen, das würde ich nicht hinbekommen.

(Abg. Dr. Daniela Sommer: Weil Sie vorhin sagten, Sie haben andere Rahmenbedingungen! – Zuruf: In den Garten!)

– In den Garten. Ja. Das betrifft den Großteil der Patienten. Natürlich sind das nicht alles solche Kracher. Ich hatte auch an der Uni Düsseldorf so eine Möglichkeit. Wenn die Station einen Zugang zu einem geschützten Garten hat, wird vieles erleichtert. Der Punkt ist aber: Die Patienten gehen unbegleitet dort hinein, und der Garten ist auch eine gewisse Pseudosicherheit. Ab und zu steigt einer über den Zaun, aber das ist selten.

Der Garten ermöglicht ohne großen Personalaufwand, Patienten Ausgang zu ermöglichen. Das entspannt das Stationsmilieu ganz erheblich. Ich habe darüber nachgedacht, wie wir das bei uns machen können. Es ist baulich und räumlich einfach nicht möglich. Hier stellt sich die Frage, wie man Psychiatrie von vornherein besser designen könnte.

Auch die Stationsstützpunkte: Herr Zinkler hat einen Stationsstützpunkt direkt an der Tür. Wir geben uns sehr viel Mühe, die Stationstüren offenzuhalten. Aber unser Stützpunkt ist etwa 10 Meter entfernt. Wir versuchen, durch Personalkontakt die Tür aufzuhalten, was sehr aufwendig ist. Wir schätzen alle Patienten am Morgen ein: Wer ist riskant, wer nicht? Wer darf hinaus, wer nicht? – Die meisten haben ohnehin Ausgang. Sehr selten gibt es Patienten, die, egal wie, flüchten wollen. Dann hilft es nur noch, die Tür abzuschließen. Aber bei den meisten Patienten, die nicht gehen, haben Sie Garantspflicht

und sind mit Personalkontakt in der Lage, das zu regeln. Sie brauchen aber das Personal. Das ist eine wichtige Voraussetzung.

Ein wichtiger Punkt ist aber auch, dass Sie – das passiert bei Herrn Zinkler genauso –, wenn Patienten auf einmal einen Spurt hinlegen, einen Knopf haben, um die Tür zu schließen. Da kommen wiederum bauliche Voraussetzungen ins Spiel, die Sie nicht einfach ändern können.

Herr **Prof. Dr. Reif**: Das, was Herr Schillen gerade ganz richtig ausgeführt hat, lässt sich auch wunderbar durch Zahlen belegen. Kollege Fallgatter aus Tübingen hat nach dem Klinikneubau, der gezielt deeskalierend war, die Zahl der Zwangsmaßnahmen vorher und nachher verglichen. Die Zahl der Zwangsmaßnahmen konnte durch den Neubau der Klinik signifikant und effektiv reduziert werden. Es ist also vollkommen korrekt, was Herr Schillen sagte.

Frau **Dr. Schlüter-Müller**: Herr Merz, der Punkt ist, dass die Eltern, die psychisch krank sind, vor nichts so viel Angst haben wie vor dem Jugendamt. Das ist leider so. Sie haben Angst, dass man ihnen die Kinder wegnimmt. Daher greift z. B. § 35 a, um psychische Erkrankungen nach Möglichkeit zu verhindern, erst, wenn Kinder auffällig geworden sind.

Mein Vorschlag ist, dass wir viel früher ansetzen, dass Prävention bedeutet, dass wir ansetzen, bevor die Kinder auffällig sind. Denn wenn sie auffällig sind, können sie auch zu mir als Kinderpsychiaterin kommen, und ich behandle sie. Aber wir würden gern ansetzen, bevor es so weit ist. Ich habe das zehn Jahre lang in meiner Praxis auf eigene Kosten gemacht, immer nur mit Spenden. Sie schaffen es nicht, die Eltern dazu zu bringen, sich beispielsweise Hilfen zur Erziehung zu holen, weil sie Panik davor haben, dass die Ämter irgendetwas erfahren. Das heißt, wir brauchen etwas anderes. Wir brauchen Angebote fernab psychiatrischer Praxen und des Jugendamts.

Dabei haben sich viele Dinge bewährt. Sie kennen die AURYN-Projekte. Das sind sehr gute Ansätze. Man weiß heute sehr genau, wo man die Kinder unterstützen kann, damit sie nicht erst auffällig werden müssen. Ich kann sie aber erst dann behandeln, wenn sie krank sind; denn erst dann zahlt die Krankenkasse.

Ich möchte noch eine kleine Bemerkung machen, mit der ich mich hier nicht beliebt mache, aber ich kann Ihnen sagen: Wenn Sie das Leid von Kindern erleben, die psychotische Eltern haben, die komplett verrückt sind und sie über lange Jahre belasten, dann wünschen Sie sich nichts so sehr wie, als dass es Zwangsbehandlungen gibt.

Ich hatte ganz aktuell – das ist nur ein Fall von sehr vielen in 30 Jahren – kurz vor Weihnachten eine Mutter, die fixiert wurde, aber nie Neuroleptika bekommen hat und mehrmals in die Psychiatrie eingewiesen und wieder entlassen wurde. Sie hat sich drei Tage vor Weihnachten umgebracht und eine Schneise der Verwüstung hinterlassen und drei Kinder, die todunglücklich sind. Hier hätte ich mir sehr gewünscht, dass sie zwangsbehandelt worden wäre.

Abg. **Gerhard Merz**: Ich möchte ein Missverständnis vermeiden. Ich habe von Jugendhilfe gesprochen und nicht vom Jugendamt. Es gibt eine Gesamtverantwortung der Jugendhilfe, die aus dem öffentlichen und dem freien Träger der Jugendhilfe besteht.

Deren Aufgabe ist insbesondere auch die Prävention. Insofern sind wir ähnlicher Meinung, und wir haben auch ein ähnliches Ausgangsproblem gehabt, da die Jugendämter wie die Psychiatrien jene waren, die die Eltern oder die Kinder wegsperren. Aber das ist nun zum Glück etwas anders geworden.

Vor diesem Hintergrund frage ich Sie noch einmal: Sollte man nicht, wenn es Beratungsangebote für Kinder und Jugendliche sowie für ihre Eltern in solchen Situationen gäbe, von denen man weiß, dass die Kinder hochgradig einer Gefahr ausgesetzt sind, die Verpflichtung, solche Angebote dezentral in Kooperation zwischen den Kliniken, den Fachleuten und der Jugendhilfe zu konstruieren, ins Gesetz schreiben? Das war eigentlich der Punkt, auf den ich hinauswollte.

Frau **Dr. Schlüter-Müller**: Okay. Dann habe ich Sie falsch verstanden. Das wäre sicher sinnvoll. Dies wird mit den frühen Hilfen versucht. Dazu gibt es schon relativ viele Angebote, nur werden diese leider von den Eltern oft nicht angenommen.

Noch ein Satz aus meiner Sicht als Kinder- und Jugendpsychiaterin: Die wirklich kranken Eltern können ihre Kinder zu keinem Angebot mehr bringen. Dort müssen wir aufsuchend hingehen usw. Aber das erhöht natürlich die Schwelle für Eltern, überhaupt Hilfe in Anspruch zu nehmen.

(Abg. Gerhard Merz: Es gibt noch einen Dritten in diesem Spiel, ggf. ein Gericht!)

– Ja.

Herr **Köditz**: Vielen Dank für die Gelegenheit, hier Stellung nehmen zu dürfen. – Bei mir steht nicht daneben, von welcher Organisation ich komme. Ich bin mit einer Gruppe von Angehörigen zusammen, die nicht aus unterschiedlichen Gründen in einem Verein organisiert sind. Darüber hinaus haben wir diese Stellungnahme auch in der GEW, der Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft, in Offenbach diskutiert. Dieser Kreisverband ist, etwas untypisch für die GEW, hälftig mit Sozialarbeitern und Sozialpädagogen besetzt und daher auch stark an dieser Thematik interessiert. Er unterstützt diese Stellungnahme ebenfalls und wird am Wochenende eine Presseerklärung dazu herausgeben.

Unser Ansatz als Angehörige ist nicht so sehr juristisch, denn wir haben keine Juristen dabei, aber Mediziner, Sozialarbeiter und Sozialpädagogen, sondern eher aus dem Miterleben mit unseren kranken Angehörigen, wenn wir z. B. ein solches Gesetz lesen und denken: Wie wirkt es auf sie?

Als wir das Gesetz gelesen haben, fanden wir den Anfang super, wurden aber immer erschrockener. Es geht in dem Gesetz, auch wenn es um Hilfen geht, doch sehr viel um Zwänge, die ausgeübt werden sollen, seien es Zwangsbehandlungen oder Zwangsmaßnahmen.

Ich möchte kurz schildern, was das für einen kranken Menschen bedeuten kann. Es wurde eben bereits gesagt, wie es wirkt, wenn man sich vorstellt, man wäre eine Stunde lang in einem dunklen Raum fixiert. Das ist bei psychisch Kranken ganz anders. Wir können das anders verarbeiten und einordnen. Ich gehe als Beispiel einmal von einer paranoiden Schizophrenie aus. Genaue Zahlen gibt es nicht. Es sind ca. 800.000 Menschen in Deutschland davon betroffen. Es ist also kein seltener Fall. Das sind Menschen, die in der Regel davon überzeugt sind, verfolgt oder umgebracht zu werden, die bei einigen

Leuten schon wissen, dass sie sie verfolgen und umbringen wollen, bei anderen nicht, die das jedem zutrauen und sich kaum auf die Straße trauen und mit einem irrsinnigen Misstrauen und einer riesigen Angst durch die Welt gehen.

Wenn dort jetzt Zwangsmaßnahmen greifen – sie fallen natürlich oft durch ihre merkwürdige Wahrnehmung und ihr merkwürdiges Verhalten auf – und sie z. B. in Handschellen abtransportiert werden, wenn sie in die Psychiatrie kommen und dort fixiert werden – – Das ist genau die Vorstellung: Mein Wahn, jetzt wird er Realität, jetzt passiert es, jetzt werde ich hier umgebracht. – Dann werden sie fixiert, kommen in diese Zellen mit Glasfenster, sodass sie von der anderen Seite aus beobachtet werden können. Sie werden mit Gewalt gespritzt. Die Spritzen haben nicht nur die Wirkung, dass dann alles weg ist, sondern sie haben auch massive Nebenwirkungen. Ich denke beispielsweise an Haldol. Ich demonstriere Ihnen einmal die Nebenwirkungen von Haldol.

(Der Redner erhebt sich und macht Bewegungen, um das zuvor Gesagte zu verdeutlichen.)

Ich habe das selbst miterlebt, ununterbrochen, genau so. Das merkt der Patient ja. Er merkt: Da ist etwas mit mir gemacht worden. – Dann bekommt er ein Anti-Parkinson-Mittel. Dann kann er nicht mehr urinieren. Dann gibt es wieder etwas anderes dagegen. Er merkt ja, was mit ihm gemacht wird – und das alles mit dieser wahnsinnigen Angst.

Nun denkt man vielleicht, dass er am nächsten Tag so heruntergebracht ist – was in der Regel überhaupt nicht der Fall ist –, dass er dann vielleicht sieht: Okay, ich war daneben, und das war zu meinem Schutz. – Tatsächlich ist es aber so: Diese Erfahrung ist sehr traumatisierend und lässt sich in vielen Fällen nie wieder richtig einordnen. Man versteht dann einfach nicht: Da war etwas ganz Schreckliches, das passt zum Wahn, und immer, wenn der wiederkommt, ist das auch da, und es ist an Krankenhaus und Ärzte gebunden.

Eine sehr verbreitete Fantasie ist auch: “Die wollen mich vergiften.“ Wir sprechen ja auch über Gesundheitsschädigungen. Es gibt Untersuchungen über Neuroleptika. Ich erlebe es so, dass die Kliniken maßgeblich darauf setzen. Es gibt Untersuchungen über massive Schädigungen durch Neuroleptika, die langfristig verabreicht werden. Das sind auch Gesundheitsgefährdungen.

Ich will mich kurz fassen. Was ich sagen will, ist: Stellen Sie sich die Patienten vor. Sehen Sie, was Sie mit diesen Zwangsmaßnahmen anrichten. Ich will nicht sagen, dass das niemals sein darf. Bei Lebensgefährdung müssen Sie etwas unternehmen. Das gebe ich zu. Aber in diesem Gesetzentwurf ist das alles viel zu frei gehalten und zu weit gefasst. Die bedeutenden Rechtsgüter wurden bereits angesprochen. Es geht ja um einen Patienten, der bereits in der Klinik ist, und er gefährdet bedeutende Rechtsgüter anderer. Was soll das sein? Er beleidigt jemanden. Muss er deshalb solchen Zwangsmaßnahmen unterworfen werden? Ich bin dafür, das ersatzlos zu streichen und Zwangsmaßnahmen wirklich auf akute, lebensgefährliche Situationen zu beschränken und zeitlich ganz massiv einzuschränken.

Bei alledem müssen Sie sehen – dies wurde ebenfalls bereits angesprochen –: Grundlegend für die Arbeit mit den psychisch Kranken ist tatsächlich die Beziehung. Das ist bis jetzt noch nicht so umgesetzt – vielleicht bei Ihnen in Darmstadt oder bei Ihnen in Baden-Württemberg. Dazu braucht man viel Personal, viele Menschen, die Zeit und Ruhe haben und sich wirklich umeinander kümmern können. Man muss Sicherheit verschaffen können.

Es wurde schon gesagt, wenn schon ein Garten genügt, um Zwangsmaßnahmen zu verhindern, wenn Zwangsmaßnahmen so fatal sind, dann muss alles andere erst einmal vorhanden sein und geschaffen werden, bevor man mit Zwangsmaßnahmen eingreift. Das ist, wie gesagt, Konsens, kommt aber im Gesetzentwurf nicht zum Ausdruck.

Zu den Sicherungsmaßnahmen gehört auch: kein Telefon, eingeschränkter Schriftverkehr, kein Besitz. Wenn man jemandem ein Messer wegnimmt, das verstehe ich noch. Aber bei anderen Dingen verstehe ich es nicht. Telefon und Schriftverkehr, auch Besuche Angehöriger. Man muss auch eines sagen: Gerade bei Schizophrenen ist es ja so, dass die Chance besteht, dass gerade die Freunde und Angehörigen, die noch da sind und ein wenig Vertrauen haben, in der Lage sind, der wahnhaften Wahrnehmung des Patienten ihre andere Welt entgegenzusetzen und so versuchen, ihn ein Stück wieder zurückzuholen und zu verankern. Wenn sie ausgeschlossen werden, dann verstehe ich das nicht. Warum dürfen Patienten ihre Angehörigen und Freunde, die heilend und helfend sein können, nicht anrufen? Für mich ist das eher ein Stück Kontrolle. Damit wird verhindert, dass jede Art von Protest überhaupt nach außen kommen kann. Ich plädiere dafür, dass dieses Gesetz grundsätzlich überarbeitet und versucht wird, die Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen so stark einzuschränken, wie es nur irgendwie möglich ist.

Frau **Mayer**: Ich wollte nur ganz kurz einige Sätze sagen. Das Weitere wird Herr Desch anfügen. – Die Angehörigen vermissen vor allem, dass der ambulante Bereich auf einen meiner Ansicht nach epochalen Wandel vorbereitet wird. Denn es ist so, dass durch die kurzen Krankenhausaufenthalte die Menschen nicht gesund nach Hause kommen. Es ist eine Illusion, zu glauben, sie würden dann funktionieren.

Im ambulanten Bereich gibt es in vielen hessischen Kommunen – Darmstadt mag vielleicht eine „einsame Insel“ sein – die sogenannten Hilfen, von denen ständig die Rede ist, überhaupt nicht, vor allem nicht im medizinischen Bereich. Sie brauchen nicht nur psychosoziale Betreuung, sondern sie müssen auch medizinisch behandelt werden. Wo sind da die wissenschaftlich erwiesenen fortschrittlichen Psychotherapien, mit denen man z. B. ganz bestimmte Krankheitsbilder behandeln kann, wie etwa Panikattacken?

Diese Leute brauchen überhaupt nicht in eine Klinik, sondern man kann sie mit Psychotherapie, wenn es die geeignete ist – ich berufe mich auf die Arbeiten von Herrn Markgraf und Herrn Schneider; sie dürften bekannt sein –, in bis zu 80 % der Fälle heilen, ohne dass man massiv Medikamente einsetzen muss. Das ist nur ein Beispiel. Als Angehörige erlebe ich, dass selbst solche Menschen Neuroleptika bekommen, obwohl diese in der Behandlung gar nicht besonders erfolgreich sind.

Es muss also massiv in den Kommunen investiert werden, damit auch das, was Herr Schillen sagte, geleistet werden kann. Das muss bezahlt werden. Das kostet Geld. Dort brauchen wir die Krisendienste rund um die Uhr. Wir brauchen eine Notfallversorgung, die unter Umständen auch einen Krankenhausaufenthalt zu vermeiden hilft; denn manche Dinge sind relativ schnell zu erledigen. Wenn es z. B. um die Verabreichung eines Medikaments geht, braucht man nicht unbedingt ins Krankenhaus. Man muss es aber, wenn man ambulant nicht herankommt.

Herr **Desch**: Wir danken ebenfalls für die Einladung bzw. die Gelegenheit, hier sprechen zu dürfen. – Wir begrüßen den Gesetzentwurf im Ganzen und sind dankbar und stim-



men mit den allermeisten – ich glaube sogar, mit allen – Intentionen überein, die hier besprochen wurden. Ich stelle nur eine Diskrepanz fest: dass so viel guter Wille, so viel gute Absicht und so viel Kompetenz vorhanden ist – das habe ich mir jetzt nicht ausgeschrieben, sondern es ist mein Eindruck aus dem eben Gehörten –, aber das Erleben, das, was wir als Angehörige mitbekommen – teilweise anders ist.

Ich habe eine kleine Umfrage unter etwa zehn Angehörigen gemacht, bevor ich hierher kam. Diese sind unglücklich über die hohen Medikamentengaben. Sie fühlen sich alle in größter mentaler Not, ihre kranken Angehörigen in die Psychiatrie zu geben, die hauptsächlich auf Medikamente setzt. Es gibt Ausnahmen, aber ich weiß nicht, wie das verteilt ist, denn ich habe keinen Einblick. Es gibt Gelegenheiten, wo hoch dosiert wird, und solche, wo niedrig dosiert wird. Ich kenne keine Namen und möchte auch nichts hervorheben. Es ist jedoch für uns ein wesentliches Anliegen, genauso, dass wir Angehörigen einbezogen werden. Wir sollten nicht mehr nur als die Angehörigen betrachtet werden, sondern als eine Ressource. Sicher sind nicht alle Angehörigen dazu in der Lage, konstruktiv mitzuarbeiten.

Ich habe aus dieser Mini-Umfrage auch erfahren: Es gibt zu wenige Einladungen. Es gibt zwar die Angehörigenschulungen, aber in die Therapie einbezogen zu werden, wäre uns ein großes Anliegen. Wir können so viel beitragen. Es geht nicht um Geheimnisverrat oder Ähnliches, oder dass wir besserwisserisch oder übergriffig über das Schicksal unserer Angehörigen bestimmen. Das ist nicht unsere Rolle. Unsere Rolle ist – wir müssen das sicher auch lernen –, dass wir an ihrem Schutz mitwirken.

Ich weiß das aus eigener Erfahrung. Meine Tochter wurde im Alter von Anfang 30 psychisch krank. Sie hat autonom gelebt. Als sie erkrankte, brauchte sie unseren Beistand. Das heißt, man kommt wieder in die Rolle eines Jugendlichen zurück. Aus dieser Rolle muss man ihnen auch wieder heraushelfen. Aber dazu brauchen wir auch Ihren Beistand, Ihre Beratung. Das erlebt jede Familie anders. Insofern meine herzliche Bitte: Nehmen Sie die Angehörigen mit ins Boot.

Ich plädiere dafür, dass sie dort, wo sie nicht auftauchen, wo sie von den Betroffenen entfremdet worden sind, eingeladen werden. 60 bis 80 % derer, die in Einrichtungen leben, leben allein. Stellen Sie sich vor, Sie haben einen Angehörigen, der irgendwo – in Vogelsberg oder im Harz – lebt. Er lebt allein und wird vergessen. Wenn er feststellt, dass andere Besuch bekommen, was glauben Sie, welche Eifersucht bei ihm aufkommt, wenn er sieht, dass andere Zuwendung haben und er nicht. Ihnen muss geholfen werden. Die Kliniken werden davon wenig betroffen sein, sondern eher die Langzeiteinrichtungen. Dort muss darüber nachgedacht werden. Das ist mein herzlicher Appell.

Wir haben hohe Erwartungen. Wir möchten vermeiden, dass so viele psychisch Kranke wie derzeit in wohnortfernen Großeinrichtungen leben. Wir wünschen uns wohnortnahe Kleinheime. Ob das eine eigene Wohnung sein kann, sei dahingestellt. Aber die wohnortferne Unterbringung muss aufhören. Wir müssen es hinbekommen, dass nicht mehr so viele Kranke in gesetzliche Betreuung müssen, sondern dass sie autonom leben können. Zu viele psychisch Kranke sind vom Erwerbsleben abgeschnitten. Sie haben keinen Zugang. Es fehlt das Dazugehören. Teilhabe erfordert Teilgabe. Die Schwachen können sich das nicht nehmen, sondern man muss es ihnen geben. Das ist nun einmal so.

Zu viele Kranke sind chronifiziert abhängig, wie es Herr Köditz berichtet hat. Die Wirkung der Medikamente muss beachtet werden. Sicher garantiert das einen ruhigeren Klinikbetrieb, würde ich als Außenstehender annehmen. Aber das kann unterm Strich nicht das Ziel sein. Wir vergeuden zu viele menschliche Kapazitäten, wenn wir zu pauschal

denken. Ich möchte niemandem pauschales Denken vor dem Patienten unterstellen. Ich erlebe eine große Sensibilität bei allen, die hier Verantwortung tragen.

Genesungsbegleiter würde ich ausdrücklich begrüßen, wenn mit ihnen Möglichkeiten geschaffen werden, diesen Menschen den Zugang zum Arbeitsmarkt zu ermöglichen. Dafür muss Geld bereitgestellt werden.

Hinsichtlich der Leistungen der Sozialpsychiatrie, die wir erwarten, ist mit knapp 3 Millionen € ein Anfang gemacht. Dabei wird es aber nicht bleiben können. Wir erwarten und unterstellen, dass wir dort mehr investieren müssen, um dies hinzubekommen.

Im Hinblick auf junge Ersterkrankte weisen wir darauf hin, was auch Herr Ripper und Herr Rehn sagten: Der „Open Dialogue“ ist ein Spezialverfahren. Ich bin Laie. Insofern kann ich nicht beurteilen, ob das ein Allheilmittel ist. Aber mit solchen Techniken bekommt man die Angehörigen mit ins Boot. Deshalb ist das sinnvoll.

Frau **Mayer**: All das, was ich vorhin gefordert habe, setzt einen gut funktionierenden Sozialpsychiatrischen Dienst voraus. Dieser hat die Aufgabe, die Hilfen vor Ort zu koordinieren, indem er die Leistungsanbieter nach Art eines GPV zusammenarbeiten lässt. Das ist sehr wichtig. Es muss nicht unbedingt der GPV in Reinkultur sein, aber nach diesen Prinzipien müssen sie zusammenarbeiten, soweit es ihnen möglich ist; denn es kostet relativ viel Geld, wenn man viele Forderungen erfüllt. Aber man kann zumindest als Ziel anstreben, dass alle zusammenarbeiten und vor allem die ambulante Versorgungsverpflichtung, die bereits genannt wurde, übernehmen. Dies ist dringend notwendig, damit Ressourcen in den Kommunen nicht falsch platziert werden. Es genügt nämlich nicht, dass es nur Geld gibt, sondern es muss auch so eingesetzt werden, dass alle, auch die Schwerstkranken, passend versorgt werden. Das gelingt nur, wenn eine Stelle in der Kommune allein für diese Aufgabe verantwortlich ist.

Herr **Kalteier**: Frau Vorsitzende, Herr Minister! Was wir zu sagen haben, haben wir niedergeschrieben, und was ich noch hätte ergänzen können, ist hier hervorragend vorgetragen worden. Ich glaube, ich mache mich sympathisch, wenn ich damit schließe. Ich möchte trotzdem ganz kurz auf zwei Dinge eingehen.

Ich möchte auf einen Fehler im Gesetzentwurf aufmerksam machen. In § 20 Abs. 2 steht, dass die Betreuer zu informieren seien. Das ist falsch. Es kann nur ein Betreuer informiert werden, der auch die Gesundheitsorge hat. Wenn ein Betreuer die Vermögensorge hat, ist er nicht zu informieren. Das ist ein ganz einfacher Fehler, der bereinigt werden kann.

Ein weiterer Punkt, der auch schon von Herrn Hübner genannt wurde, betrifft den Personenkreis der geistig behinderten Menschen. Ein Beispiel – ich habe in der letzten Runde, glaube ich, am gleichen Platz etwas Ähnliches vorgetragen –: Fünf handelnde Personen. Einer ist der geistig Behinderte, der in einer schweren Krise ist; der Zweite ist der Mitarbeiter eines Wohnheimes, der Dritte ist der Notarzt, das Vierte ist die Polizei und der Fünfte bin ich. Eine Situation in einem Wohnheim am Sonntagabend: Ein geistig behinderter Mensch, der sonst völlig unauffällig ist, ist an diesem Abend sehr extrem auffällig geworden. Die Mitarbeiterin des Wohnheims hat den Notarzt gerufen. Der Notarzt hat die Qualifikation „Ausbildung zum Orthopäden“. Er hat die Polizei angerufen, und die Polizei hat das Rote Kreuz angerufen, damit der Betreute abgeholt werden konnte.

Ich bin in letzter Sekunde in diesem Wohnheim als Betreuer angekommen. Im Ergebnis hat der Arzt in Ausbildung darauf bestanden, dass die Polizei mit dem Krankenwagen den Betreuten von mir entfernt. Wir haben uns dann darauf verständigen können, dass ich mit dem Vorgesetzten des Polizisten telefonieren durfte. Das Ergebnis war, dass diese Aktion dann abgebrochen worden ist, und der Betreute ist nie mehr auffällig geworden.

Das ist jetzt etwa ein halbes Jahr her. Auf dieses Problem möchte ich aufmerksam machen, auf die Menschen mit geistiger Behinderung, die hier und da mal auffällig werden und nicht unbedingt in ein psychiatrisches Krankenhaus müssen.

Herr **Biskamp**: Sehr geehrte Frau Ravensburg, sehr geehrter Herr Minister, sehr geehrte Damen und Herren! Vieles – das ist das Los derer, die spät an die Reihe kommen –, was zu dem Gesetz gesagt worden ist, haben wir als Verband auch festgestellt. Wir begrüßen insgesamt, dass in Hessen ein Gesetz auf den Weg gebracht wird, das die psychiatrische Versorgung der betroffenen Personen deutlich verbessern wird.

Ich möchte auf einige Punkte, auf die einzugehen ich mir vorgenommen hatte, jetzt nicht mehr eingehen. Sie stehen in unserer Stellungnahme und sind auch hier schon im Wesentlichen ähnlich, wie wir es sehen, benannt worden. Mir ist im Verlauf der Sitzung Folgendes aufgefallen, auf das ich mich jetzt konzentrieren möchte.

Von den ärztlichen Vertretern und von vielen anderen wurde gesagt, unter anderem am Beispiel Darmstadt von Herrn Ripper, wie es optimal laufen kann. Wenn das Gesetz den Anspruch erhebt, so präventiv wie möglich, so vorsorglich wie möglich und so unterbringungsverhindernd wie möglich tätig werden zu wollen, dann müssen das Drumherum um die psychiatrischen Kliniken deutlich ausgebaut werden und die Kompetenzen – wer hat das Sagen und „den Hut auf“? – festgelegt werden. Dann lässt sich vieles installieren.

Ich möchte auch auf die Berufsgruppe, die ich vertrete, hinweisen, die im Bereich der Soziomilieuthérapie, im Bereich der Begleitung psychisch Kranker gerade auch im ambulanten Bereich hohe Kompetenzen hat und eine entscheidende Rolle bei der Betreuung, bei der Nachsorge und beim Hometreatment spielt.

Deutlich wurde, dass das Gesetz, wie bereits gesagt wurde, mehr Muss- als Sollformulierungen enthalten muss, damit klar ist, was gewünscht ist und was umgesetzt werden soll. Aber – hier bin ich nur begrenzt Fachmann – ich habe Bedenken, dass die Gefahr besteht, dass das Gesetz – ich nenne es einmal bewusst provozierend – ein Papiertiger werden könnte, wenn nicht geklärt wird, wie das alles finanziert wird und ob wir das alles auch wirklich finanzieren wollen.

Es wurden mehrere Beispiele genannt, unter welchen Rahmenbedingungen in den Kliniken gearbeitet wird, seien es bauliche, organisatorische oder Personalbesetzungskriterien. Hier müssen wir so ehrlich sein und sagen: Wir bekommen das nur besser und fachlich kompetent hin, wenn die Kliniken auch entsprechend ausgestattet und aufgestellt sind.

Noch zwei kurze Anmerkungen zu dem Gesetz. Wir haben im Verband intensiv über den Punkt Videoüberwachung im § 21 diskutiert. Diese halten wir für ethisch nicht vertretbar. Deshalb fordern wir, dass sie aus dem Gesetz herausgenommen wird. Wir sehen auch die Gefahr, wenn es die Möglichkeit der Videoüberwachung gibt, dass wir bei dem

jetzt erwähnten knappen Personalstand schnell einmal in die Situation kommen können, dass wir eine Videoüberwachung machen. Das ist chic, und dann haben wir Personal gespart oder brauchen nicht noch extra jemanden zu holen, um die Überwachung zu gewährleisten.

Mehrfach fiel der Begriff der Sitzwache. Diesen würde ich, etwas wortklauberisch, streichen wollen. Wir sollten von der Eins-zu-eins-Betreuung sprechen; denn es geht um Betreuung, um Begleitung der betroffenen Person, aber nicht darum, dass jemand Wache sitzt.

Ein letzter Punkt, der uns aufgefallen ist, ebenfalls in § 21 Abs. 2: Dort wird von Fesselung bei Fluchtgefahr gesprochen. Wir sollten in einem solchen Gesetz nicht von Fluchtgefahr sprechen, sondern eventuell vom Risiko einer Entweichung.

Zum Begriff „Fesselung“ schlagen wir vor, diesen Passus ganz herauszunehmen; denn aus unserer Erfahrung ist das eine Situation, die darin beschrieben wird, die sehr selten vorkommt, nämlich dass ein Patient, der gegen seinen Willen in der Psychiatrie ist, dann noch woanders hingebacht werden muss. Hier wäre die Frage, ob in so einem Fall nicht die Amtshilfe der Polizei hinzugezogen werden kann, um die Entweichung zu verhindern, wenn sie verhindert werden muss; denn eine Fesselung – das sage ich auch als Mitarbeiter in einer forensischen Klinik – muss man können. Man muss wissen, wie man das macht, und man kann dabei auch Fehler machen. Dafür ist eine Pflege- oder medizinische Kraft nicht unbedingt die richtige Lösung.

**Herr von Gatterburg:** Frau Vorsitzende, Herr Minister, sehr geehrte Abgeordnete! Unsere Gesellschaft fordert seit Jahrzehnten ein modernes Psychisch-Kranken-Gesetz. Insofern sind wir froh, dass dieser sehr partizipative Prozess jetzt an dem Punkt angelangt ist, dass das Gesetz vorliegt, und ich hoffe sehr, dass es auch verabschiedet wird.

Wir begrüßen ausdrücklich die Stärkung der Verantwortung der kommunalen, gemeindenahen Psychiatrie durch die klaren Regelungen für die Aufgaben der Sozialpsychiatrischen Dienste, die bis dato überhaupt nicht geregelt waren. Vermeidung von Zwang, Ausbau von ambulanten Hilfsstrukturen, aufsuchende Hilfestellung, vor allem für Menschen, die Probleme haben, Hilfe anzunehmen und deren psychische Einschränkungen sehr ausgeprägt sind. Dazu gehört auch die geregelte finanzielle Ausstattung der Sozialpsychiatrischen Dienste für diese Aufgaben. Mehr würde man sich sicher gern wünschen, aber ich bin schon froh, wenn das jetzt zum Zuge kommt, da die Sozialpsychiatrischen Dienste dadurch auch bessere Möglichkeiten haben, ihre Aufgaben wahrzunehmen, und die sehr heterogene Struktur, die vorhin schon angesprochen wurde, dadurch vielleicht etwas verändert würde.

Die Stärkung der Rechte der Betroffenen durch unabhängige Beschwerdestellen, Patientenfürsprecher und Besuchskommissionen und klare Regelungen für den Aufenthalt auf Stationen werden von uns begrüßt. Die Stärkung der Aufsicht, die engere Einbindung der psychiatrischen Kliniken in die Versorgungsverpflichtung und die Einrichtung eines Fachbeirates Psychiatrie auf Landesebene begrüßen wir ebenfalls.

Das Ziel, Zwang und Gewalt unter allen Umständen zu vermeiden und durch Hilfeangebote zu ersetzen, sowie klare Regelungen für den Fall, dass Maßnahmen gegen den Willen des Betroffenen als Ultima Ratio erforderlich sind, waren längst überfällig. Die Orientierung an der UN-BRK und an den Kriterien des ICF begrüßen wir ebenfalls.

Ich möchte auf zwei Punkte hinweisen, die wir als DGSP besonders kritisch sehen und bei denen wir uns etwas andere Regelungen gewünscht hätten. Wir weisen nachdrücklich darauf hin, dass für psychisch erkrankte Menschen in Hessen, die nach § 19 Abs. 6 BGB in Kliniken und Heimen untergebracht sind, keine Rechts- bzw. besonders keine Rechtere Regelungen vorhanden sind. Wir betrachten dies, ganz unabhängig von der Fragestellung der formaljuristisch gesetzgeberischen Zuständigkeit, als großes Problem. Wir hätten es begrüßt, wenn das Land Hessen sich hier im Rahmen des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes ebenfalls für zuständig erklärt hätte, wie das z. B. in Brandenburg der Fall ist. Eine rechtliche Gleichstellung dieser Menschen ist dringend geboten.

Die Besuchskommissionen sollten das Recht erhalten, in Einzelfällen auch unangemeldet in den Kliniken vorzusprechen. Die Teilnahme von ehrenamtlichen Bürgervertretern sollte aufgenommen werden.

Noch ein Punkt zum Zutrittsrecht zur Wohnung, das sehr kontrovers diskutiert wird: Hierzu gab und gibt es auch in unserem Landesverband kontroverse Auffassungen. Ich persönlich sehe hier kein Problem, da das Zugangsrecht auf eine klar definierte Gefahren- bzw. Gefährdungssituation beschränkt ist. Ich selbst verfüge über langjährige Erfahrungen als Mitarbeiter eines Sozialpsychiatrischen Dienstes. Diese Verantwortung, die Gefährdungsklä rung vor Ort zu übernehmen, finde ich enorm wichtig. Ich halte es überhaupt wichtig, Verantwortung zu übernehmen und nicht immer nach Zuständigen zu suchen, die diesen Job machen, wie das Herr Dr. Schillen schon richtig beschrieben hat. Die Regelungen des HSOG, des Sicherheits- und Ordnungsgesetzes, gelten ohnehin genauso weiter, und eine Zusammenarbeit mit den zuständigen Ordnungs- und Polizeidienststellen gehört zum A und O sozialpsychiatrischer Alltagsarbeit.

Mehrheitlich befürwortet die DGSP Hessen das doppelte Mandat der Sozialpsychiatrischen Dienste.

Herr **Jung**: Sehr geehrte Frau Ravensburg, meine sehr geehrten Damen und Herren! Es ist schön, dass ich als Psychiatrieerfahrener des EX-IN-Hessen-Vereins, der psychisch gehandikapte Menschen zur Genesungsbegleitern ausbildet, vor Ihnen sprechen darf. Es ist schon ein Fortschritt, aber es ist auch ein wenig mit Leid verbunden gewesen, hier die anderen Profis über Zwangsbehandlungen reden zu hören, und man sitzt dort und hat es selbst erfahren und kommt ziemlich weit hintendran. Das möchte ich kritisieren.

Es ist für uns wichtig, dass wir in diesen Punkten gehört werden. Wir haben zu diesem Gesetz eine eher positive Einstellung, da wir glauben, dass dadurch etwas Notwendiges abgelöst wird und das Polizeigesetz, in dem die Unterbringung geregelt worden ist, so nicht weiter in einer demokratischen Grundordnung Bestand haben darf. Man wird auch Kompromisse eingehen und schauen müssen, wie man das im Einzelnen aus gestaltet.

Wir begrüßen es, dass den SPDIs Präventionsmaßnahmen zugeschrieben werden sollen. Wir waren in den Diskussionen im Psychiatriebeirat übereinstimmend der Auffassung, dass es die Möglichkeit geben muss, nicht nur administrative Maßnahmen zu übernehmen, sondern auch zu beraten. Wir hätten es gut gefunden, wenn wir als EX-IN in diesem Zusammenhang als Peers erwähnt worden wären, auch, um die Möglichkeiten von Peers im sozialpsychiatrischen und psychiatrischen Versorgungssystem zu verbessern. Wenn wir dort erwähnt worden wären, hätte das unsere Position sehr gestärkt. Vielleicht kann man das noch tun.

Wir würden diesem Gesetzentwurf auch deshalb zustimmen, weil wir denken, dass nicht nur hier in der Diskussion, sondern insgesamt dadurch eine größere Transparenz hergestellt wird. Wir haben beispielsweise nicht nur größere Möglichkeiten im Rahmen der Beschwerdeführung; darüber wurde heute überhaupt noch nicht gesprochen. In allen Landkreisen soll eine Psychiatriebeschwerdestelle eingerichtet werden, die dialogisch besetzt wird, also mit Angehörigen, Betroffenen und professionell Tätigen. Das ist für uns ein sehr großer Fortschritt. Wenn hier über Zwangsbehandlung gesprochen wird, dann ist es auch für uns möglich, in den Kliniken Beschwerde zu führen.

Ich möchte auf das Thema Zwangsbehandlung eingehen, da ich glaube, dass das Ziel und der Erfolg des Gesetzes damit zusammenhängen, inwieweit es uns gelingt, diese Zwangsbehandlung zurückzufahren. In der neuen „Psychosozialen Umschau“, die heute erschienen ist, steht ein Artikel einer betroffenen Ärztin, die anonym über ihre Zwangsbehandlung in einer Psychiatrie irgendwo in Hessen schreibt. Ich möchte daraus zitieren:

Es ist wie ein plötzliches Erwachen, jedoch nicht aus einem Albtraum, sondern in einen Albtraum hinein. Ich liege auf einem Bett, die Hände bereits zur Seite festgeschnürt. Hände versuchen, meine Beine ruhigzustellen. Gefühlt sind es vier Hände an jedem Bein. Ich rufe laut aus: Das ist hier wie eine Vergewaltigung! – Je mehr Gegendruck ich gebe, desto mehr Gegendruck erhalte ich.

Ich bitte Sie, soweit Sie die Möglichkeit haben, diesen Artikel einmal zu lesen. Er ist sehr ausgewogen und differenziert und liefert einen recht genauen Eindruck davon, wie es uns geht, wenn wir in eine solche Situation hineingeraten, die möglicherweise nicht immer vermeidbar ist. Wir denken aber, dass Veröffentlichungen wie dieser einer jungen Ärztin, die mittlerweile eine eigene Praxis hat, dazu führen, das Leid, das Menschen erfahren, transparent zu machen und zu registrieren.

Auf dieser Ebene sind wir auf die von Herrn Zinkler angesprochene Veröffentlichungspflicht der Kliniken von Zwangsbehandlungen auch eher positiv zu sprechen. Es wäre doch positiv, wenn die Kliniken miteinander in einen Wettbewerb treten würden, um Zwangsbehandlungen zu vermeiden. Es wäre doch ein voller Erfolg dieses Gesetzes, wenn wir das erreichen könnten.

Ich möchte in diesem Zusammenhang noch einen zweiten Punkt erwähnen. Vor wenigen Monaten gab es in Italien große Demonstrationen und Proteste für den Erhalt der Psychiatriereform in Italien, die damit geendet hat, dass die Kliniken geschlossen bzw. die psychiatrischen Stationen an die Kliniken angedockt worden sind im Zusammenhang mit dem Tod eines Mannes auf Sardinien, der sieben Tage lang in der Fixierung lag und an Lungenembolie gestorben ist, was man erst viel später bemerkt hat.

Es gibt in diesem Rahmen eine richtige Debatte und eine politische Kampagne mit dem Titel „E tu slevalo subito“ – auf Deutsch: „Bindet ihn sofort los!“, die bis ins Parlament geht. Ich will nur darüber sprechen, dass dieses Gesetz, das es auch in Italien gibt, trotz der Auflösung der Psychiatrien zur Zwangsbehandlung nicht unumstritten ist und auch Ärzte wissen müssen, wenn sie so etwas tun, dass sie sich immer auch in einem Grenzgebiet bewegen und dies verantwortlich tun sollten. Dafür werbe ich. Ich denke aber, trotz aller Kritikpunkte zu diesem Gesetz, dass dieses Gesetz ein Schritt nach vorn ist.

**Vorsitzende:** Ich frage meine Kollegen: Wer hat Fragen? – Das ist nicht der Fall. Dann kommen wir zum letzten Anzuhörendenblock.

Herr **Kaltschnee:** Sehr geehrte Vorsitzende, sehr geehrter Herr Minister, sehr geehrte Damen und Herren! Zunächst einmal vielen Dank für die Einladung, sodass ich als Vertreter des Gemeindepsychiatrischen Verbundes des Main-Kinzig-Kreises eine kurze Stellungnahme abgeben kann. Ich denke, es ist schon viel gesagt worden, das eine oder andere Positive, vielleicht aber auch das eine oder andere Kritische. Insbesondere die Stellungnahme von Herrn von Gatterburg spiegelt im Wesentlichen das wider, was in unserem Verbund auch diskutiert wurde.

Auf einen Punkt möchte ich aber ganz explizit hinweisen. Im Main-Kinzig-Kreis gibt es schon seit vielen Jahren die Unabhängige Beschwerdestelle in der Psychiatrie. Wir haben ein Beschwerdemanagement. Das funktioniert auf ehrenamtlicher Basis. Wir würden uns sehr freuen, wenn es gelänge, eine unabhängige Beschwerdestelle des Landes Hessen zu installieren, wie dies in § 32 des Gesetzentwurfs vorgesehen ist. So könnte die Möglichkeit eines Beschwerdemanagements nicht nur im Main-Kinzig-Kreis und in einzelnen anderen Kreisen, sondern hessenweit implementiert werden. Das würde uns sehr freuen.

Dies würde auch dazu beitragen, dass es nicht nur im Main-Kinzig-Kreis einen Gemeindepsychiatrischen Verbund gibt, sondern auch eine hessenweite Koordinierung und Zusammenarbeit. Auch das sieht der Gesetzentwurf ausdrücklich so vor.

Wir begrüßen die Diskussion über ein Gesetz, die es schon seit vielen Jahrzehnten gibt. Wir wünschen uns, dass dies der erste Schritt ist, um ein Psychisch-Kranken-Hilfen-Gesetz in Hessen auf den Weg zu bringen.

Frau **Dr. Berkefeld:** Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrter Herr Minister, sehr geehrte Damen und Herren! Vielen Dank für die Einladung und die Gelegenheit, hier für die Sozialpsychiatrischen Dienste sprechen zu dürfen. Vieles ist ja schon gesagt worden. Ich fasse mich kurz und will mich nicht wiederholen.

Die Sozialpsychiatrischen Dienste in Hessen begrüßen ausdrücklich den vorliegenden Gesetzentwurf und freuen sich, dass ein Psychisch-Kranken-Hilfen-Gesetz für Hessen auf den Weg gebracht worden ist. Dieses definiert erstmals in Hessen Hilfen für psychisch kranke Menschen. Ziel des Gesetzes ist die Stärkung von Prävention und von aufsuchender Arbeit mit dem Ziel, Zwang und Zwangsmaßnahmen möglichst zu vermeiden. Wir freuen uns, weil dies eine Stärkung der Position der Sozialpsychiatrischen Dienste mit sich bringt. Rechtliche Rahmenbedingungen für unsere Arbeit werden erstmals konkretisiert und festgeschrieben.

Wir freuen uns über eine Verbesserung der personellen Ausstattung der Dienste. Mehr wünschen kann man sich immer. Das hat Herr von Gatterburg schon gesagt. Wir denken aber, mit dem, was jetzt geplant ist, ist ein Anfang gemacht. Damit kann man etwas machen. Damit kann man etwas anfangen. Wir hoffen, dass wir dadurch umso mehr präventiv und aufsuchend tätig sein können.

Ich möchte auch noch erwähnen, dass mit dem vorliegenden Gesetzentwurf erstmals in Hessen systematisch erfasst wird, welche Zwangsmaßnahmen es überhaupt gibt. Anzahl, Dauer und rechtliche Grundlagen werden erstmals erfasst. Im Moment wissen wir

das ja gar nicht. Wir spekulieren. Wir können weder innerhalb von Hessen vergleichen noch können wir länderübergreifend sagen, was eigentlich los ist. Das ist doch ein sehr großer Fortschritt, wenn wir dazu zum ersten Mal konkrete und greifbare Zahlen haben. Dann können wir anfangen, voneinander zu lernen. Dann können wir Best Practice machen und schauen, wer was gut macht und wie wir was besser machen können.

Ich möchte ganz kurz erwähnen, dass ich es gut finde, dass in dem Gesetz die Kooperation und Zusammenarbeit in der Region festgeschrieben wird. Es ist doch wichtig, dass wir vor Ort Hilfen steuern, planen und koordinieren können. Ich denke, wir kennen die betroffenen Klienten. Wir kennen die Strukturen. Wir bekommen eigentlich ganz gut mit, wo der Bedarf ist und was notwendig ist. Auch dafür ein Danke. Dass das im Gesetz steht, finde ich wichtig.

Noch ein Letztes, das ich erwähnen möchte: Die Einrichtung von Besuchskommissionen und Beschwerdestellen ist ein Qualitätskriterium zur Verbesserung der Hilfen für psychisch kranke Menschen in Hessen.

Seitens der Sozialpsychiatrischen Dienste begrüßen wir ganz ausdrücklich den vorliegenden Gesetzentwurf. Wir glauben, dass durch dieses Gesetz die Versorgung psychisch kranker Menschen in Hessen deutlich verbessert werden kann.

Wir würden uns freuen, wenn nach einem langen und offen geführten konstruktiven Dialog die Sache möglichst bald zu einem Abschluss kommt und wir uns freuen können, möglichst noch in dieser Legislaturperiode ein Psychisch-Kranken-Hilfen-Gesetz für Hessen auf den Weg gebracht zu haben. Was lange währt wird endlich gut. Das wäre schön.

Herr **Gerk**: Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrte Anwesende! Als Polizei begrüßen wir den vorliegenden Gesetzentwurf, weil er uns ein Stück weit administrativ entlastet. Wir brauchen nachher die Maßnahme nicht mehr anzuordnen. Das macht jetzt der dazu bestellte Arzt. Gleichwohl gibt es eine Rollenumkehr. Früher war der Arzt der Zeuge. In diesem Verfahren sind wir dann der Zeuge. Das begrüßen wir.

In den Ausführungsbestimmungen muss klar geregelt werden, dass nicht durch die Hintertür weitere Verwaltungshürden aufgebaut werden, die auch zu Kompetenzgerangel der einzelnen Institutionen untereinander führen. Dazu müssen Klarstellungen erfolgen.

Jeder von Ihnen kann sich vorstellen, zu welcher Art von Einsätzen wir gerufen werden, bei denen dieses Gesetz ausgelöst wird. Man muss bedenken, dass das nicht immer nur im geschlossenen Raum passiert, sondern oftmals auch in der Öffentlichkeit. Wir haben in Deutschland ein Problem mit Gaffern. Wir versuchen schnellstmöglich, die Lage vor Ort zu bereinigen. Es geht nicht, dass Gaffer die Situation filmen und die Filme anschließend bei sozialen Netzwerken einstellen und somit den betroffenen Personen größeren Schaden zufügen, als dies eigentlich durch das ursprüngliche Krankheitsbild ausgelöst worden war.

Deswegen ist das alles zu bedenken. Die Aufgabe der Polizei dabei ist nicht immer leicht. Die Kollegen beklagen sich auch deswegen, weil die Anzahl der Fälle immer größer wird und die Eigenverarbeitung des Geschehens mittlerweile auch eine große Problematik darstellt. Gerade nach Nachtdiensten wird oftmals berichtet: Wenn ich um 7 Uhr ins Bett gehe, nehme ich diese Fälle mit ins Bett. Ich wache nachts deswegen auf



und schrecke auf. – Hier ist also Handlungsbedarf gegeben. Hier muss unbedingt etwas gemacht werden. Wie gesagt, aus Sicht der Polizei begrüßen wir das.

Herr **Dr. Hornung**: Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrter Herr Minister, sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete! Ich fasse mich kurz. Das meiste ist auch schon gesagt worden, jedoch nicht alles. Bei den Punkten, die bereits genannt wurden, fasse ich mich besonders kurz. Die wichtigsten Punkte möchte ich dennoch noch einmal nennen.

Zunächst zu § 10 Abs. 2 Satz 2. Die Unterbringung von Kindern und Jugendlichen ist für die Landesärztekammer nicht vorstellbar. Das wäre aus unserer Sicht ein großer Fehler. Dies würde unter anderem die Gefahr einer sekundären Traumatisierung dieser jungen Patientinnen und Patienten mit einiger Wahrscheinlichkeit hervorrufen. Eine Akutstation der Erwachsenenpsychiatrie ist nicht immer schön. Daher bitten wir, das noch einmal kritisch zu überdenken.

Der nächste Punkt ist auch schon einmal genannt worden. Die regionale Pflichtversorgung muss aus unserer Sicht unbedingt mit aufgenommen werden. Nach § 10 Abs. 3 sollen Wünsche und Wohnortnähe berücksichtigt werden. Das hört sich erst einmal gut und patientenfreundlich an. Für den Kenner aus der Praxis bedeutet das jedoch oft das Gegenteil. Eine uneingeschränkte Krankenhauswahl kann bei psychiatrisch Kranken – wir reden ja von schwerstpsychiatrisch Kranken – die Qualität der Krankenversorgung nicht unbedingt verbessern, sondern kann ihr massiv Schaden zuführen. Daher plädieren wir dringend dafür, eine regionale Pflichtversorgung beizubehalten und dies auch gesetzlich festzuschreiben.

Ein Aspekt ist bisher nur einmal genannt worden, der aus unserer Sicht aber besonders wichtig ist. Deswegen möchte ich etwas ausführlicher darauf eingehen. Wir haben in der Psychiatrie relativ häufig die Situation, dass wir Patienten haben, deren eigentliche Grunderkrankung – ich bezeichne das jetzt einmal so, auch wenn der Begriff bestimmt diskussionswürdig ist – eine organmedizinische Erkrankung ist. Dies ist z. B. ein Herzinfarkt. Diese Patienten haben dann aber manchmal eine psychiatrische Folgeerkrankung, ein sogenanntes delirantes Syndrom. Chirurgen nenne das auch Durchgangssyndrom.

Was mit diesen Patienten passieren soll, ist im Moment völlig unklar. Das ist zwar auch jetzt nicht gut geklärt, aber es ist jetzt durch eine jahrzehntelange Praxis sehr wohl geklärt. Durch ein neues Gesetz würde die alte Praxis nicht mehr funktionieren. Eine neue gibt es aber nicht. Es ist zu befürchten, dass es zu sehr vielen unter Umständen lebensbedrohlichen Situationen käme. Das muss dringend geklärt werden.

Umgekehrt können natürlich auch psychisch Kranke, die untergebracht sind, vielleicht auch länger untergebracht sind, einen Herzinfarkt erleiden, sie können z. B. dialysepflichtig werden oder einen Unfall haben. Dann sind sie aber immer noch untergebracht. Auch dafür braucht es dringend eine Regelung, die es im aktuellen Entwurf nicht gibt.

Der nächste Punkt ist bereits genannt worden, sodass ich mich an dieser Stelle kürzer fasse. In den §§ 16 und 17 geht es um das Unterbringungsverfahren als solches und die sofortige vorläufige Unterbringung. Aus der Sicht der Landesärztekammer Hessen ist es sehr wichtig, zu unterscheiden zwischen einer Anordnung der Unterbringung, die durch Ärzte möglich sein sollte. Das lehnen wir ab. Einen sinnvollen Paradigmenwechsel würde es darstellen, wie es vorhin auch der Kollege von der Polizei gesagt hat, dass eine Antragsberechtigung durch Ärzte möglich sein sollte, sodass wir als Ärzte das Krankheitsbild

erkennen, aber dann nachts die Polizei rufen müssen, die erst einmal sagen muss, dass wir auch recht haben und er auch wirklich im Krankenhaus bleiben muss. Das ist aus unserer Sicht eine sehr sinnvolle Veränderung. Also: Antragsberechtigung ja, Unterbringung durch Ärzte nein.

Mein vorletzter Punkt klingt vielleicht ein bisschen banal, ist er aus unserer Sicht aber nicht. Nach § 18 Abs. 4 ist geregelt, dass die untergebrachte Person unverzüglich über ihre Rechte und Pflichten während der Unterbringung aufzuklären ist. Das wird auf einmal zur ärztlichen Aufgabe. Das sehen wir grundsätzlich anders. Das ist nach wie vor eine hoheitliche Aufgabe. Insofern muss auch hoheitlich geregelt werden, wie man das genau macht. Es ist bestimmt nicht gewollt, dass z. B. die Polizei ins Krankenhaus kommt und das dann mitteilt. Über vorgefertigte Formulare kann man das viel besser erreichen. Dass aber ein Arzt, der zunächst einmal ein Arzt-Patienten-Verhältnis aufbauen muss, das oftmals schwer genug ist, erklären muss, wieso, weshalb und warum diese Unterbringung erfolgt, kann aus unserer Sicht so nicht bleiben.

Nun komme ich zum letzten Punkt. Die Landesärztekammer Hessen unterstreicht, dass ein flächendeckender und 24 Stunden an 365 Tagen im Jahr abdeckender Krisendienst des Sozialpsychiatrischen Dienstes eine sehr wichtige Veränderung und letztlich eine der wesentlichen Veränderungen ist, die dieses Gesetz mit sich bringt. Insofern muss man das unbedingt nicht nur in das Gesetz hineinschreiben, sondern auch finanziell sicherstellen.

Herr **Krahn**: Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrter Herr Minister Grüttner, sehr geehrte Damen und Herren! Als Vertreter der 24 Gesundheitsämter und der Mehrzahl der Ärzte möchte ich ganz kurz und prägnant auf verschiedenen Punkte hinweisen, die mir sehr wichtig sind. Da hier teilweise nicht ganz realistisch über den Sozialpsychiatrischen Dienst gesprochen worden ist, muss ich noch etwas vom Sozialpsychiatrischen Dienst berichten. Das werde ich aber kurz und prägnant machen.

Ausgangslage ist das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst, in dem bisher stand, dass die Gesundheitsämter einen Sozialpsychiatrischen Dienst vorhalten müssen, um Hilfeangebote anzubieten. Das ist die Ausgangslage. Wir begrüßen ausdrücklich das neue Gesetz, das unsere Aufgaben durchdekliniert und einen Rechtsrahmen hierfür schafft. Es muss aber einmal ganz deutlich gesagt werden, dass uns das vor große Herausforderungen qualitativer, quantitativer und struktureller Art stellen wird. Das muss allen klar sein.

Zunächst zur personellen Ausstattung der Gesundheitsämter. Eine kurze Spitze von mir. Ich bin Leiter des Gesundheitsamtes in Darmstadt. Darmstadt ist nicht der Hort der Seligen. Mit dem Modell von der Caritas, das ich kenne und das ich auch sehr gut finde, wird ein kleiner Anteil betreut. Die restlichen betreut unser psychosozialer Dienst. Der ist nicht besser und nicht schlechter als der in den anderen kreisfreien Städten und Kommunen.

Ich bedanke mich für die teilweise Unterstützung der klinischen Kollegen. Gehen Sie nicht davon aus, dass es immer so ist, dass ein Sozialpsychiatrischer Dienst von fünf bis zehn Mitarbeitern redet. Viele Gesundheitsämter haben noch nicht mal einen Fachpsychiater. In der Mehrzahl der Mitarbeiter handelt es sich um Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, sozialmedizinische Assistenten, vielleicht künftig auch um Genesungsbegleiter. Wir sind da ganz offen. Wir sind das zweitgrößte Amt in Hessen. Wir haben nur eine Psychiaterin. Wir haben also keine Abdeckung rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr.

Zur heterogenen Aufstellung möchte ich Ihnen noch eine Zahl sagen. Die kleinen Kreise in Hessen bewegen sich bei knapp über und knapp unter 100.000 Bewohnern. Hier hält teilweise nicht eine ganze Stelle die Stange für den Sozialpsychiatrischen Dienst. Wir begrüßen sehr die finanzielle Ausstattung. Diese brauchen wir. Wir denken, das ist ein Aufschlag. Das würde aber in etwa einer Aufstockung um die halbe Stelle eines Sozialarbeiters bedeuten. So haben Sie ungefähr eine Vorstellung davon, worum es hier geht.

Ich möchte das unterstützen, was der Kollege von der Polizei gesagt hat. Für uns ist es sehr wichtig, dass das Zugangsrecht zur Wohnung noch etwas eindeutiger und in Zusammenarbeit und in Abgrenzung zu den Kollegen von der Polizei definiert wird. Das ist neu für uns.

Sehr wichtig ist außerdem, was der Kollege aus Baden-Württemberg zu § 34 gesagt hat. Wir begrüßen sehr, dass es zu einem Datenfluss der Maßnahmen kommen wird, wenn es um Dienstverordnungen zur Datengewinnung geht. Wir begrüßen sehr den Datenfluss, der durch die Krankenhäuser gewonnen wird. Wir bitten jedoch die Politik, einen Rechtsrahmen zu schaffen, damit nachher nicht datenschutzrechtliche Aspekte in den Vordergrund treten. Wenn wir wirklich Verbesserungen erzielen wollen, ist es unerlässlich, dass wir mit belastbaren Daten versorgt werden. Das halte ich für einen unglaublich wichtigen Punkt.

Herr Grüttner war im November vergangenen Jahres Teilnehmer unserer Amtsärztedienstversammlung. Wir haben uns sehr dafür bedankt und fanden es klasse, dass er da war. Wir haben ihm damals schon gesagt, dass wir damit nicht starten können und auch nicht alle Sachen, die im Gesetz stehen, auf Anhieb erfüllen werden. Wir werden uns nach Kräften bemühen. Wir werden in Zukunft eine Dynamisierung brauchen, damit wir diesen Zielen einigermaßen gerecht werden, zumal das Recht auf Hilfe durch das neue Gesetz auch definiert wird. Das müssen wir dann weitgehend erfüllen.

Wir sorgen gemeinsam mit den Sozialpsychiatrischen Diensten für eine psychosoziale Versorgung. Das muss Ihnen klar sein. Wir koordinieren das auch. Mit einer Ausnahme haben wir überhaupt kein Kriseninterventionsteam. Davon sind wir Lichtjahre entfernt. Sie wissen das, aber trotzdem steht das in Ihrem Forderungskatalog. Dann müssten wir in Darmstadt einen Anbau machen und neue Teams einstellen. Das können wir also überhaupt nicht bieten. Wenn das irgendwann einmal so sein sollte, bin ich offen dafür, aber dann brauchen wir mehr finanzielle Mittel.

Frau **Kornmann**: Zunächst einmal möchte ich mich bedanken, dass wir als Betroffene gehört werden. Andreas Jung, der ebenfalls betroffen ist, hat bereits gesprochen.

Das Hauptthema für uns ist Zwang. Viele von uns sind aufgrund einer Zwangsbehandlung richtig krank geworden.

Wir begrüßen, dass Gespräche stattfinden, sodass man auf gleicher Augenhöhe miteinander reden kann. Das ist ein enormer Gewinn für die Gesellschaft, denke ich.

Wir befürchten, dass das Gesetz gegen die UN-Behindertenrechtskonvention verstößt, weil es ein Spezialgesetz für eine bestimmte Personengruppe ist.

Wir finden es gut, dass das Gesetz ein Artikelgesetz ist und dass dieses Gesetz mit Leben ausgefüllt werden muss und es immer wieder angepasst werden soll. Das ist gut.

Das Polizeigesetz, das wir vorher hatten, musste abgeschafft werden. Das ist ganz klar. Das ist höchste Eisenbahn. Ich bezweifle allerdings, dass das Gesetz viele Verbesserungen mit sich bringt.

Wir vertreten die Selbsthilfe. Die Selbsthilfe wird zwar genannt. Im Gesetz steht aber nur: Die Selbsthilfe kann gefördert werden. – Eigentlich müsste es „soll“ heißen. „Muss“ will ich vielleicht nicht sagen, aber „soll“ sollte auf jeden Fall aufgenommen werden. Wir sind leider immer noch zu wenige Betroffene, die sich engagieren und sagen: Hallo! Wir möchten das System verändern. Wir möchten, dass es besser wird. Wir wollen uns auch ein bisschen gegenseitig stützen und aufbauen. – Das können Betroffene untereinander zumeist viel besser als Angehörige oder Ärzte oder Fachpersonal oder Sozialarbeiter. Betroffene können sich untereinander am besten helfen, weil sie vieles selbst miterlebt und Erfahrungen gesammelt haben, was die Krankheit angeht. Außerdem können sie die Probleme einschätzen, die damit verbunden sind.

Das Problem die Familie betreffend ist mir im Gesetz zu wenig benannt. Was passiert mit den Kindern, wenn jemand krank wird? Eine Mutter muss doch das Recht haben können, einmal krank zu sein. Es muss doch irgendwie geregelt werden können, dass das sein kann. Es lastet ein unheimlicher Druck auf der Bevölkerung, sich zu ernähren. 25 % der Kinder sind arm. So ist es zumindest bei uns im Lahn-Dill-Kreis. Es sind viele darunter, bei denen die Eltern psychisch krank sind.

Was ganz am Anfang kam, halte ich für relativ wichtig. Das betrifft die Religionsausübung. Für Christen ist das kein Problem in der Klinik. Ein Problem ist das aber für Muslime.

Ein Fortschritt ist es, dass es eine Besuchskommission geben soll. Negativ ist allerdings, dass diese angemeldet sein muss.

Wir unterstützen auch, dass es ein Beschwerdesystem geben soll. Wir haben bei uns beim Landessverband ein Beschwerdetelefon. Das ist momentan meine private Telefonnummer. Dort rufen inzwischen täglich Leute an, die sich beschweren. Am Anfang hat es Monate gedauert, bis einmal jemand kam. Inzwischen ruft täglich jemand an. Wir brauchen eine finanzierte Beschwerdestelle, die auch mit Angehörigen, mit Betroffenen und auch mit Profis besetzt ist, die sich dafür interessieren. Es ist allerdings ein Problem, Leute zu finden, die das machen. Die Leute müssen alle die Hand aufhalten, weil sie alle zum Leben Geld brauchen.

Ich halte es für wichtig, dass es Sitzwachen gibt, wenn fixiert wird. Es darf nicht sein, dass jemand fixiert wird, ohne dass da jemand sitzt.

Es sollte ein Register der Todesfälle in der Psychiatrie aufgestellt werden. Es müsste einmal überprüft werden, ob ein Patient aus somatischen Gründen gestorben ist, oder ob es wirklich psychische Probleme gewesen sind. Waren es Selbstmorde? War es Folge einer Reaktion der Unverträglichkeit von Psychopharmaka? Sind die Todesfälle rein somatisch bedingt?

Die Leute müssen besser untersucht werden. Das ist meine Forderung an die Ärzte. Hier sitzen ja genügend Ärzte, und diese kennen sich auch untereinander und sprechen sich ab. Es ist einfach wichtig, dass man miteinander redet. Das Wichtigste ist die Kommunikation auf allen Ebenen.

Frau **Zahn**: Ich wollte ergänzen, aber eigentlich nur eine Stellungnahme, und zwar wollte ich darauf hinweisen, dass es in Europa sehr wohl Länder gibt, die ohne Zwangsmaßnahmen Psychatriepatienten behandeln. Schweden, ich glaube auch Großbritannien, vielleicht auch Norwegen gehören wohl dazu. Man sollte Reisen dorthin machen mit Landtagsabgeordneten und Ärzten und Psychatrieerfahrenen, um dahinter zu kommen, was sie anders machen. Ich denke mir nämlich, wenn eine Klinik überhaupt keine Zwangsmaßnahmen macht, dann hat sie eine ganz andere Atmosphäre, und die Patienten kommen in dieser Klinik einfach nicht blöd drauf. Das war eigentlich schon alles.

Herr Prof. **Dr. Peukert**: Schönen guten Tag! Zunächst einmal möchte ich mich bedanken. Vielen Dank für die Einladung. Außerdem danke ich den Initiatoren dieses Gesetzesentwurfs. Ferner danke ich den Damen und Herren Abgeordneten, dass sie sich so viele unterschiedliche Gesichtspunkte intensiv anhören. Mein besonderer Dank gilt Ihnen. Wir haben unsere Stellungnahme erst heute Mittag um 12 Uhr eingereicht. Diese liegt kopiert hier aus. So weit der Werbeblock. Sie können unsere Stellungnahme also noch mitnehmen.

Wenn man am Ende spricht, bringt das den Vorteil mit sich, dass man sich eigentlich kurz fassen kann. Das versuche ich. Eines muss aber mindestens zweimal gesagt werden. Die Unterstützung der Selbsthilfe darf natürlich nicht als Kann-Bestimmung formuliert werden, sondern es ist eine Soll- oder Muss-Bestimmung. Das ist ausgesprochen wichtig.

Herr Desch hat gesagt, dass die Einbeziehung von Angehörigen eine große Rolle spielt. Dafür gibt es ein probates Mittel. Ich nehme an, das steht sogar in der Stellungnahme des Landesverbandes. Das betrifft die Angehörigenvisite. Ich würde es als sinnvoll erachten, dass im Gesetz steht, dass die Angehörigen in die Behandlung einzubeziehen sind, z. B. in Form einer Angehörigenvisite. Das heißt, die Angehörigen können jederzeit auf die Behandler zugehen nach einem festen Plan und müssen dem nicht hinterherlaufen.

In unserer Stellungnahme haben wir auch auf das hingewiesen, was hier schon oft gesagt wurde, nämlich auf die Notwendigkeit der Krisenhilfe. Dafür gibt es mindestens drei Gründe. Die UN-Behindertenrechtskonvention legt das nahe, das Selbstverständnis des Gesetzes, wie es in der Präambel und in den ersten Paragraphen zum Ausdruck kommt, eigentlich auch. Deshalb ist es ein Wunder, dass das nicht konkret benannt wird.

Es gibt ein Argument für die Krisenhilfe, das bisher noch nicht benannt worden ist. Wenn es eine Krisenhilfe gibt, die diese Bezeichnung verdient, dann bedeutet das, dass die Erstbegegnung mit dem Krankenhaus oder überhaupt mit der Psychiatrie sich völlig anders gestaltet als so, wie wir es bisher in ihren Berichten gehört haben. Das ist für mich einer der zentralen Gründe für die Krisenhilfe.

Allerdings sind wir von der Aktion Psychisch Kranke schon seit 40 Jahren in der Psychiatrie unterwegs. Ich bin seit 37 Jahren in diesem Bereich unterwegs und lebe in Hessen. Gleiches gilt für Heinrich Kunze. Er hat mir folgende Formulierung mitgegeben, die ich jetzt einfach einmal verlese: Es gibt Schwierigkeiten, diese Lücke in Hessen zu schließen. Das ist seit Langem bekannt. Kommunen, örtliche und überörtliche Ebenen, Städte und Landkreise, Verbände, Kämmerer sitzen unter dem Schuldenschirm. Verbände der Wohlfahrtspflege fordern die Leistungsträger und Leistungserbringer auf. Diese erklären sich bisher auch nicht als zuständig.

Ehrlich gesagt glauben wir nicht, dass in das Gesetz aufgenommen wurde, was hier vorgeschlagen wurde, nämlich dass die Sozialpsychiatrischen Dienste diese Aufgabe übernehmen sollen. Diejenigen, die dafür sind, haben alles schon gesagt, warum das keine gute Idee ist; denn es wird richtig teuer. Das wird in Hessen schon seit sieben bis acht Legislaturperioden diskutiert.

Deshalb schlagen wir etwas anderes vor. Wir schlagen vor, dass in den Gesetzentwurf oder im Rahmen des Protokolls mit Zustimmung der Abgeordneten und der hier sitzenden Fachleute festgehalten wird, dass dieses Ziel angestrebt wird. Es geht um die politische Aussage, dass dieses Ziel angestrebt wird. Unserer Meinung nach geht es um die politische Verantwortung des Landes für die Einführung bzw. für die Moderierung dieses Prozesses.

Ich glaube nicht, dass es gelingt, Krisendienste so einzurichten, wie wir es von Berlin gehört haben und wie das in zwei bis drei Regionen in Hessen der Fall ist. Ich glaube auch nicht, dass es gelingt, es so toll zu machen, wie es im Bezirk Oberbayern gemacht wird, der noch nicht benannt worden ist. Im gesamten Bezirk Oberbayern werden flächendeckend mit ausreichender Ausstattung Krisenhilfen angeboten.

Warum ist das so zustande gekommen? – Das ist deshalb zustande gekommen, weil der Bezirk Oberbayern – das wäre bei uns der LWV – gesagt hat: Wir haben die Faxen dicke, seit 50 Jahren über diese Notwendigkeit zu diskutieren, die von jedem vorgeschlagen wird, und im Endeffekt kommt nichts dabei heraus, weil jeder den Schwarzen Peter zum anderen schiebt. – Ich weiß nicht, was die göttliche Fügung beim Bezirk Oberbayern war, aber da gibt es ja irgendwie besondere Verbindungen zum Himmel. Der Bezirk Oberbayern hat dann die Finanzierung übernommen.

(Zuruf: Das war der Ratzinger!)

– Es gibt eine Reihe von Hypothesen, um zu erklären, woran das liegt.

Ich finde, Ihr vom Gemeindepsychiatrischen Verbund habt euch einfach nicht gut geschlagen. In unserer Stellungnahme steht sehr genau, warum Gemeindepsychiatrische Verbünde erforderlich sind. Ich kann mir nicht vorstellen, dass der Sozialpsychiatrische Dienst als Dienst selbst dann, wenn er aufgestockt wird, die erforderliche Koordination der Hilfen und der Hilfeanbieter und all das, was dazu gehört, tatsächlich vor Ort hinbekommt. Es ist gut, dass er in die Verantwortung kommt. Dass er aber diese Koordination hinbekommt, das ist eher unwahrscheinlich. Dafür gibt es ja etwas ganz anderes, das längst ausprobiert worden ist, was in einigen Regionen stattfindet, unter anderem da und in etwas abgewandelter Form da. Es gibt nämlich die Gemeindepsychiatrischen Verbünde. Da setzen sich alle an der Versorgung Beteiligten inklusive Leistungsanbieter hin und verständigen sich darauf, wie sie das Ziel, das in Ihrem Gesetzentwurf wirklich ausreichend beschrieben worden ist, vor Ort erreicht werden kann. Ich fände es auch gut, wenn die Sozialpsychiatrischen Dienste dabei die Geschäftsführung und die Leitung übernehmen würden. Schließlich ist es eine kommunale Verantwortung, die sich dahinter verbirgt. Sie haben sogar einen Gesetzestext vorgeschlagen. Der ist ein bisschen lang. Ich lese ihn trotzdem vor.

**Vorsitzende:** Wir haben das alles schriftlich.

Herr Prof. **Dr. Peukert:** Die Kurzform ist, dass zumindest in dem Gesetz – – Die Langform wird man nicht durchsetzen können. Da bin ich mir sicher. Das schaffen sie in der Zeit nicht mehr. Die Kurzform ist aber noch möglich, nämlich dass die Sozialpsychiatrischen Dienste in Wahrnehmung der im Gesetz festgelegten Koordinationsfunktion auf die Etablierung von Gemeindepsychiatrischen Verbänden im Sinne der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände hinwirken. Das ist unsere besondere Anregung für dieses Gesetz.

**Vorsitzende:** Meine Liste der Anzuhörenden, die ihre Teilnahme zugesagt haben, ist nun zu Ende. Ist noch ein Anzuhörender im Saal, der noch nicht gesprochen hat?

Herr **Schrank:** Ich vertrete Organisationen der gemeindepsychiatrischen Versorgung und der integrierten Versorgung in Frankfurt. Ich stimme vielem zu, was gesagt wurde. Ich denke, es sind kluge Anregungen gemacht worden. Ein Bereich ist meiner Meinung nach jedoch nicht deutlich genug angesprochen worden. Das betrifft die Frage, wer für die Struktur der Hilfen vor Ort im Rahmen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes zuständig ist. Das ist eine Frage, für die sich möglicherweise irgendwann einmal jemand zuständig fühlt, oder aber man kann im Gesetz festlegen, wer für die Struktur verantwortlich ist, der dann auch von den einzelnen Akteuren die Teilnahme einfordern kann.

Bei allem, was wir heute besprochen haben, fällt mir auf, dass wir die Hilfe bzw. das Hilfeangebot ab dem Zeitpunkt diskutieren, ab dem jemand klinisch behandlungsbedürftig wird. Der gesamte Bereich der psychiatrischen und psychotherapeutischen Hilfen, die häufig davor liegen, ist er zu kurz gekommen. Da reichen auch nicht die Ausführungen der Landesärztekammer. Ich bedauere sehr, dass in die Frage der Versorgungsplanung und der Organisation in der Regel die niedergelassenen Ärzte nur moderat oder gar nicht eingebunden sind. Gleiches gilt für niedergelassene Psychotherapeuten usw. Ich kann aus meiner eigenen 20-jährigen Erfahrung mit dem Psychosozialen Ausschuss in Frankfurt am Main sagen, dass vielleicht vier- oder fünfmal Vertreter der niedergelassenen Ärzte teilgenommen haben.

Wenn wir sagen, dass das Hilfesystem umso besser ist, je mehr die Hilfen koordiniert und aufeinander abgestimmt werden, dann können wir den gesamten Bereich der niedergelassenen Hilfen doch nicht außen vor lassen, zumal wir ja davon ausgehen, dass nach erfolgreicher klinischer Behandlung oder nach erfolgreicher Begleitung im außerklinischen Bereich häufig jemand noch psychotherapeutischer Hilfe oder Ähnliches bedarf. Dann geht in der Regel die große Sucherei los. Wer findet jemanden, der irgendwo einen freien Platz anbietet? – Ich denke, es ist nicht gut, das aus der Versorgungsplanung herauszulassen.

Daher plädiere ich dafür, dass der Gedanke, wer für die Struktur verantwortlich ist, welche Struktur wir eigentlich haben wollen, im Gesetz einen sehr viel deutlicheren Niederschlag findet, als dies bisher in § 6 oder § 31 angedeutet worden ist. Ich halte das für deutlich unzureichend.

Noch ein abschließendes Wort: Mit dem Gesetz geht es um das Ersetzen einer gesetzlichen Verordnung aus dem Jahr 1952. Eine Überarbeitung hat also über 60 Jahre lang gedauert. Ich hoffe, dass es nicht wieder 60 Jahre dauert, bis ein Nachfolgegesetz geschaffen wird. Daher plädiere ich dafür, diesen Gesetzentwurf auf jeden Fall noch in dieser Legislaturperiode zu verabschieden. Es sollte aber auch mit all den Ergänzungen

verabschiedet werden, die erforderlich sind. Ich glaube, so schnell wird es kein Nachfolgegesetz geben.

Abg. **Dr. Daniela Sommer:** Frau Berkefeld, Sie haben gesagt, dass Sie das positiv bewerten und dass das Gesetz für Sie quasi wie ein Werkzeug sei. Für mich stellt sich aber noch eine Frage angesichts dessen, was Herr Krahn gesagt hat. Sie haben das so schön damit umschrieben, dass qualitativ, personell, strukturell und finanziell etwas passieren müsse. Meine Frage geht an Frau Berkefeld, Herrn Kaltschnee und Herrn Krahn. Welche Ausstattung bräuchte man, um tatsächlich einen Rund-um-die-Uhr-Krisendienst und auch eine Beschwerdestelle zu implementieren?

Meine zweite Frage bezieht sich auf § 6. Demnach soll ein Mal im Jahr ein Informationsaustausch aller zuständigen Bereiche organisiert werden. Sozialpsychiatrische Dienste, mit denen ich gesprochen habe, haben vorgeschlagen, sich in einem zeitlich geringeren Abstand zu treffen, damit man einfach pragmatischer zusammenarbeiten könne und damit der Informationsaustausch besser funktioniere. Wenn wir uns heute alle gut zugehört haben, dann ist festzustellen, dass das auch notwendig ist. Vielleicht können Sie dazu noch einmal Stellung beziehen.

Abg. **Marjana Schott:** Frau Berkefeld hat gesagt, sie freue sich über dieses Gesetz, hat in einem Nebensatz aber gleichzeitig eine entsprechende Ausstattung eingefordert. Herr Krahn sagt, wie viele Stellen tatsächlich vorhanden sind und wie viele Stellen nach seinen Vorstellungen überschlägig notwendig sind. Insofern stellt sich für mich die Frage, wie viel Manpower umgerechnet in Stellen bzw. in Geld wir brauchen, um das gut zu leisten, was jetzt im Gesetz steht, ungeachtet dessen, was jetzt noch nicht im Gesetz steht.

Nach dem Beitrag von Herrn Peukert bin ich einigermaßen irritiert und verwirrt: Wer koordiniert eigentlich tatsächlich was? Ist die Frage der Koordination geklärt?

Dann höre ich Herrn Schrank, der sagt, dass wir den gesamten Bereich, der nicht direkt ins Klinische geht, noch gar nicht genau betrachtet hätten. Insofern denke ich: Wir sitzen jetzt seit 14 Uhr hier, haben eine Menge Kritik gehört, wobei wir aber oft von einer grundsätzlichen Zustimmung gehört haben.

Mein Eindruck am Ende des Tages ist erstens, dass uns sehr viel Geld fehlt. Das ist meine Frage. Sehe ich das richtig? Zweitens ist immer noch nicht wirklich klar, was im außerklinischen Bereich stattzufinden hat und wer das tatsächlich koordiniert. Sehe ich es richtig, dass es das Personal, das wir eigentlich bräuchten, auf dem Markt gar nicht verfügbar ist? Dann bin ich am Ende des Abends, wenn ich all diese Dinge tatsächlich richtig einschätze und wir das wirklich so zur Kenntnis nehmen müssen, ziemlich ratlos.

Abg. **Dr. Ralf-Norbert Bartelt:** Ich habe zwei kurze Fragen an Frau Dr. Berkefeld und an Herrn Krahn. Erste Frage: Wie beurteilen Sie den Arbeitsmarkt, um die endsprechenden Fachärzte für die erweiterten Aufgaben gewinnen zu können? Zweite Frage: Gibt es bereits informelle Kontakte zur Kassenärztlichen Vereinigung, wie die Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung stattfinden soll, insbesondere mit der ambulanten Notfallversorgung?



Die Kassenärztliche Vereinigung ist zu unserem großen Bedauern in der heutigen Anhörung nicht vertreten. Man kann sie natürlich nicht von der Aufgabe entbinden, auch für die Notfallversorgung im ambulanten Bereich zuständig zu sein. Hier muss es eine Koordination geben, eine Abgrenzung, eine Einigung über Schnittstellen. Das muss noch intensiv erörtert werden in vielen freundschaftlichen und kollegialen Gesprächen. Gibt es aus Ihrer Sicht erste Ansätze aus Ihrer Sicht?

Ich möchte nicht versäumen, mich sehr herzlich bei Ihnen zu bedanken für die Wahrnehmung der Aufgaben, die durch das Gesetz auf Sie zukommen. Das ist eine große Herausforderung. Insofern möchten wir Ihnen allen Dank aussprechen.

Ich habe noch eine Frage an den Vertreter der Landesärztekammer, Herrn Dr. Hornung. Sie haben zu Recht gesprochen über die Problematik der psychiatrischen Symptomatik und der psychiatrischen Notfälle im Zusammenhang mit organischen Erkrankungen, Durchgangssyndromen z. B., postoperativ und viele andere Dinge auch im Zusammenhang mit z. B. internistischen Erkrankungen. Das ist völlig richtig.

Können Sie einen Einblick geben oder kurz die Herangehensweise beschreiben, wie Sie mit dieser Problematik umgehen? Gibt es entsprechende Arbeitskreise, dass im Rahmen von Weiterbildung bzw. Fortbildung verstärkt auf diesen Aspekt eingegangen wird, damit die anderen Disziplinen eine entsprechende Sensibilität entwickeln, damit dann daraus, aus dieser Kenntnis dann auch die Forderung und die Organisation entstehen, verstärkt für Konsildienste zu sorgen und für eine entsprechende interdisziplinäre Zusammenarbeit?

**Frau Dr. Berkefeld:** Als Sozialpsychiatrischer Dienst sind wir immer ein bisschen realpolitisch unterwegs. Jeden Tag ist man damit befasst, das zu tun, was auch machbar ist. Ich kann vielleicht einfach einmal sagen, wie wir so ausgestattet sind. Ich komme aus einem Landkreis mit 240.000 Einwohnern. Wir haben das Glück, dass ich zu 100 % als Fachärztin für Psychiatrie im dortigen Sozialpsychiatrischen Dienst tätig bin. Ich habe vier Sozialarbeiterinnen auf zweieinhalb Stellen. Das sind also alles Teilzeitkräfte. Außerdem habe ich noch eine halbe Sekretariatsstelle. Ich finde, damit tun wir schon ganz schön viel.

Ich denke, dass wir vor Ort die betroffenen Menschen kennen. Ich bilde mir ein, dass wir allen chronisch psychisch kranken Menschen im Main-Taunus-Kreis kennen. Ich denke, die heute anwesenden Kollegen der Sozialpsychiatrischen Dienste werden das auch so sehen.

Wir haben 1.000 Akten. Wenn man davon ausgeht, dass 5 % der Bevölkerung eine schwere chronische psychische Erkrankung haben, dann liegen wir mit 1.000 Akten bei 200.000 Einwohnern genau im Durchschnitt, der zu erwarten ist. Ich denke, wir kennen die Leute. Ich denke, wir kennen die Strukturen vor Ort. Wir kennen auch viele Familien. Wir kennen die Dienste, die vor Ort da sind. Wir kennen die Kliniken. Wir arbeiten mit allen gut zusammen. Man kann aber natürlich immer mehr machen. Ich sehe einen kritischen Blick dort hinten.

(Zuruf des Abg. Marcus Bocklet)

Wenn das Gesetz so kommt, wie es nun vorliegt, gehe ich davon aus, dass ich ein bis zwei Sozialarbeiterstellen mehr besetzen kann. Ich denke, damit können wir schon eine ganze Menge tun. Es ist doch so, dass bei uns die Anrufe auflaufen. Bei uns melden sich

Angehörige, Nachbarn und Betroffene und schildern Notsituationen. Wie gesagt, viele kennen wir. Manche kennen wir nicht. Wir fahren dann raus. Vieles von dem, was im Gesetz beschrieben wird, praktizieren wir bereits. Wir laden ein. Manchmal kommen Leute. Dann ist es einfach. Dann kann man zeigen, welche Hilfen es gibt. Dann kann man schon etwas auf den Weg bringen. Wenn jemand nicht kommt, laden wir vielleicht noch ein zweites Mal ein. In einem zweiten Schritt fahren wir auch hin. Wir machen angemeldete Hausbesuche. Manchmal machen wir auch nicht angemeldete Hausbesuche, wenn wir davon ausgehen, dass der Briefkasten überquillt, wenn wir davon ausgehen, dass seit Monaten kein Brief mehr geöffnet wurde. Dann gehen wir davon aus, dass die Einladung nicht gelesen wird und wir nicht erwartet werden. Wir fahren dann trotzdem raus.

Wir fahren einmal oder auch zweimal raus. Wenn ich mehr Personal in der Abteilung hätte, könnte ich dreimal oder viermal rausfahren und noch öfter klopfen. Bei unserer Arbeit gilt, dass steter Tropfen den Stein höhlt. Irgendwann geht eine Tür auf. Nicht immer, aber oft. Dann gibt es doch Möglichkeiten, Hilfen aufzuzeigen, zu zeigen, was es gibt, wie man begleitet werden kann, sei es in ärztlicher Behandlung, sei es bei gemeindepsychiatrischen Hilfen. Da treffen wir den Landeswohlfahrtsverband wieder, der Teil der Eingliederungshilfe ist. Wir haben ein gut ausgebautes gemeindepsychiatrisches Netz.

Da kommen wir zum nächsten Kritikpunkt: Wer koordiniert eigentlich? Wir koordinieren – da müssen wir ehrlich sein – SGB-XII-Leistungen. Das sind Leistungen der Kommune, des örtlichen und des überörtlichen Sozialhilfeträgers. Das koordinieren wir aber natürlich nur begrenzt, aber in guter Zusammenarbeit. Es gibt Kooperationsgremien vor Ort, in denen wir uns austauschen. Somit erkennen wir ziemlich genau, was gebraucht wird. Einiges können wir so schon weiterentwickeln und umsetzen.

Wir haben jedoch keine Schnittstelle – das muss man ganz ehrlich sagen – zum SGB-V-Bereich. Da ist im Moment – das muss man in diesem Kreis auch ehrlich sagen – die psychiatrische Versorgung bzw. die ambulante Versorgung sehr schlecht. Ich komme aus einem Landkreis, in dem es formal zwölf psychiatrische Facharztstellen gibt, von denen noch fünf im Betrieb sind. Alle anderen machen Psychotherapie, Neurologie und private Gutachten. Im Grunde genommen habe ich nur noch fünf Psychiater, die überhaupt ambulant behandeln.

Wir haben das Glück, dass wir zwei psychiatrische Institutsambulanzen haben, die auch so arbeiten, so gut sie können. Der psychotherapeutische Sektor ist auch schon angesprochen worden. Ich weiß nicht, ob jemand von Ihnen einmal versucht hat, einen Psychotherapieplatz zu bekommen. Das ist ein wochenlanges Geschäft. Man muss herumtelefonieren und stößt nur auf Anrufbeantworter. In der Regel werden Sie nicht zurückgerufen. Ein Platz in der Psychotherapie ist wie ein Sechser im Lotto.

Trotzdem lassen wir uns nicht entmutigen. Wir haben im SGB-XII-Bereich einiges an der Hand. Wie gesagt, wir sind Realpolitiker. Wir tun, was wir können. Wir können auch einiges. Wir können zwar nicht therapieren, aber wir können beraten, begleiten und unterstützen. Wir sind schon da.

Zum Arbeitsmarkt kann ich vielleicht auch noch etwas sagen. Der Arbeitsmarkt ist in der Tat relativ leergefegt. Eines unserer Probleme ist der TVöD. Es ist zumindest im ärztlichen Bereich so, dass in den Kliniken nach Bundesärztertarif gezahlt wird. Dieser liegt ungefähr 25 % über dem TVöD. Sie können sich sicher vorstellen, wie schwierig es für uns ist, einen

Facharzt zu gewinnen, der bereit ist, im Gesundheitsamt oder im Sozialpsychiatrischen Dienst zu arbeiten.

Sie haben jetzt von unserer Ausstattung gehört, und diese ist mittelgut. Es gibt auch Landkreise, in denen es nur einen halben Sozialarbeiter gibt. Da gibt es manchmal nur einen Sozialarbeiter. Ich denke, die Hälfte der hessischen Landkreise hat überhaupt keinen Facharzt. Das muss man auch einmal sagen. Angesichts der aktuellen Vergütungssituation wird man auch wohl nicht so schnell einen gewinnen können. Wenn man also einen 24-Stunden-Krisendienst betreiben wollen würde, müsste man mächtig finanziell aufrüsten.

An dieser Stelle werde ich wieder realpolitisch. Es ist auch die Frage, ob das wirklich so gebraucht wird. Es ist die Frage, ob jeder Landkreis mit 100.000 Einwohnern einen Bereitschaftsdienst braucht, der an 24 Stunden am Tag erreichbar ist. Ganz zu Anfang ist von einem der Anzuhörenden gesagt worden, man könne da auch einmal ein Projekt machen und schauen, wie die Inanspruchnahme ist, was da wirklich aufläuft, wer da kommt und ob das, was wir vermeiden wollen, dadurch wirklich zu vermeiden ist.

Wenn wir entsprechende Zahlen haben, können wir sehen, wer eigentlich nachts eingewiesen wird. Nach meiner Wahrnehmung ist das oftmals das, was auch ein Krisendienst nicht abpuffern kann. Es gibt viele Suchtkranke. Das ist angesprochen worden. Ich denke, 70 % der HFEG-Einweisungen, die derzeit außerhalb der normalen Dienstzeiten laufen, sind Alkoholintoxikationen und Drogenintoxikationen. Das kann auch ein ambulanter Krisendienst nicht abpuffern. Die Leute müssen in die Klinik, weil das sonst lebensgefährlich ist. Sie können auch keinen psychiatrischen Erregungszustand mit einem ambulanten Krisendienst abpuffern. Ich denke, das muss man sich einfach einmal kritisch anschauen. Man muss ein, zwei Projekte auf den Weg bringen, und dann kann man schauen.

Herr **Kaltschnee**: Es ist tatsächlich schwierig, Fachpersonal für diesen Bereich zu gewinnen. Einen Krisendienst zu installieren, der an 365 Tagen im Jahr an 24 Stunden pro Tag im Einsatz ist, würde enorme personelle Ressourcen erfordern. Ob diese vorhanden sind, an dieser Stelle würde ich ein großes Fragezeichen machen. Es sollte aber gleichwohl als Ziel genannt werden.

Ich denke, dieser Gesetzentwurf sollte ein erster Schritt sein, diese Diskussion aufzunehmen. Wenn dieser Gesetzentwurf noch in dieser Legislaturperiode verabschiedet wird, könnte dies ein erster Baustein dazu sein, diesen Gesetzentwurf in die nächste Legislaturperiode mitzunehmen mit dem Ziel, da noch weiter aktiv zu werden.

Zur unabhängigen Beschwerdestelle. Wir haben das ehrenamtlich organisiert. Wir werden durch den Gesetzentwurf zum ersten Mal die Chance haben, dass das Beschwerdemanagement, das ein wichtiger Bestandteil des Gemeindepsychiatrischen Verbundes ist, eine Aufwertung dahin gehend erfährt, dass finanzielle Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Das ist sicherlich nicht sehr üppig, und das wird sicherlich auch nicht dazu führen, dass wir Personen beschäftigen werden können. Das wird aber dazu führen, dass es zu einer Aufwertung kommt. Das sehen wir durchaus positiv.

Daher denke ich, dass das einen Schritt nach vorne ergibt. Es könnte aber sicherlich noch mehr Schritte nach vorne geben. Es ist aber zumindest schon einmal ein Anfang gemacht.

Herr **Krahn**: Die Frage nach der Beschwerdestelle ist bereits beantwortet worden.

Zum Krisendienst. Ich habe Ihnen vorhin bereits etwas zum Anbau an das Haus gesagt. Ich möchte die klinischen Kollegen vorbehaltlos unterstützen, dass der Arzt vor Ort natürlich ein Fachpsychiater sein muss. Das ist überhaupt keine Frage. Dem kann ich nur zu 100 % zustimmen.

Wozu hat das aber geführt? – Nordrhein-Westfalen hat ein PsychKHG auf den Weg gebracht. Dort hat man sich auch für einen Psychiater ausgesprochen. Im Gesetz ist aber nur von einem Psychiatererfahrenen die Rede. Selbst wenn wir das Geld hätten, können wir aber keinen einstellen, weil die Kollegen gar nicht da sind. Das ist ja das Problem. Legen Sie doch einmal 22 Kreise und fünf kreisfreie Städte zugrunde. Wenn es dann noch Verbünde gibt, braucht man insgesamt trotzdem zwölf bis 14 Bereitschaftsdienste, weil die Kollegen nicht den Stift fallen lassen können, wenn irgendwo etwas los ist. Dann braucht man also 50 bis 60 Psychiater. Diese gibt es aber weder in Hessen noch in einem anderen Bundesland. Es liegt also nicht am Geld.

Nun zu Frau Kollegin Berkefeld. Ich will nur ein paar Tropfen Wasser in den Wein gießen. Die gesamte psychiatrische, psychosoziale und medizinische Betreuung ist wie ein Bettuch. Wenn es irgendwo fehlt – und es fehlt ganz viel in der ambulanten Versorgung, bei den Fachpsychiatern, in den Praxen, bei den Psychotherapeuten usw. –, dann wird mehr psychosoziale Versorgung verlangt. Wenn es irgendwo fehlt, wird an einer anderen Ecke mehr benötigt. Wenn alles gut wäre, würden wir auch mit weniger auskommen. Nur von uns wird relativ viel psychosoziale Versorgung verlangt. Das möchte ich noch einmal sagen.

Es entsteht ein Rechtsanspruch für die Bürgerinnen und Bürger, den wir befriedigen müssen. Vorher war es eine Kann-Bestimmung im Gesetz. Die Liegezeiten in den Krankenhäusern sind auch nicht mehr so wie früher. Man schafft viele Dinge auch nicht in kürzerer Zeit. Ich will Ihnen da nicht in Ihr Metier reinreden, aber ohne Zweifel ist es so, dass wir Amtsärzte auch ein halbes Jahr lang klinisch Psychiatrie machen müssen.

Das alles sorgt dann dafür, dass dann teilweise im sozialen Bereich mehr benötigt wird. Es ist nicht so sehr ein selektives Geldproblem an einer Stelle, sondern es ist ein globales medizinisches und soziales Problem in der psychiatrischen Versorgung.

Herr **Dr. Hornung**: Die an mich gerichtete Frage lässt sich kurz beantworten. Die Idee ist prinzipiell gut, aus meiner Sicht aber nicht realisierbar. Ich überblicke jetzt zwar nicht das gesamte Weiterbildungsspektrum, das die Landesärztekammer Hessen anbietet, aber ich glaube schon, dass es so etwas im psychiatrischen Bereich nicht gibt. Ich kann mir das auch deshalb schwer vorstellen, weil wir im Zuge der Recherchen zum PsychKHG und auch in Gesprächen mit den Kollegen immer wieder bestätigt bekommen, wie heterogen innerhalb Hessens die Handhabung der schon bestehenden Gesetze ist. Sowohl das HFEG als auch das bundesweit geltende BGB werden durch die verschiedenen Betreuungsgerichte Hessens sehr unterschiedlich ausgelegt.

Eine ärztliche Schulung, wie man welches Problem mit welcher Rechtsauslegung welches Richters zu lösen hat, das ist meines Erachtens nur vor Ort machbar. Am Beispiel der Universität Frankfurt kann ich Ihnen sagen, dass es ein recht großer Anteil der Arbeitszeit ist, den man damit verbringt, den Kollegen aus den entsprechenden Fachabteilungen zu erklären, wie es halbwegs richtig laufen kann. Das ist in der Tat nicht ganz

einfach. In den letzten Jahren ist das auch nicht einfacher geworden. Daher meine Sorge bezüglich eines neuen Gesetzes, das die bestehenden Strukturen ablöst. Als Kammer begrüßen wir das. Man muss sich die Ausführungsbestimmungen aber zuvor sehr gut überlegt haben und am besten auch schon vorher publiziert haben, um entsprechende Schulungen passgenau anbieten zu können.

Herr Prof. **Dr. Peukert:** Frau Schott, vielen Dank, dass ich noch einmal zu Wort komme. Wir sind ja gerade dabei, die Krisendienste zu beerdigen. Das hatte ich ja schon angekündigt. Ich habe allerdings vergessen zu sagen, wie es denn trotzdem geht. An dieser Stelle darf ich auf Herrn Hübner verweisen, der diesen Begriff verwendet hat. Ich glaube, er ist jetzt aber nicht mehr da.

Es ging um eine kooperative Krisenhilfe. Das heißt, dass sich die Anbieter der Region darauf verständigen, wie sie mit dem vorhandenen Personal die psychosozialen Krisenhilfen managen und wie sie den Zugang zu Psychiatern in Notfällen gewinnen. Ein großer Teil eines psychiatrischen Krisendienstes ist schon irgendwie beschäftigt. Es sind Leute da. Also sind sie beschäftigt. Der Anteil aber, bei dem ein Psychiater erforderlich ist, wird mit hoher Wahrscheinlichkeit gering sein. Dazu braucht man keinen Modellversuch. Das ist alles von vorne bis hinten durchdekliniert. Es gibt dazu Tagungsbände. Vor zwei Jahren hat es dazu eine Tagung gegeben, an der sich die gesamte internationale Forschung beteiligt hat.

Insofern brauchen wir das nicht. Meiner Meinung nach brauchen wir nur die klare Aussage, dass wir Gemeindepsychiatrische Verbände in die Welt setzen sollen. Das ist die Antwort auf die Frage, wer die Koordination übernehmen soll. Aus meiner Sicht ist das der Job der Gemeindepsychiatrischen Verbände, und zwar unter der Voraussetzung, dass sie erstens die Versorgungsverpflichtung aufnehmen und dass sie sich zweitens den Qualitätskriterien der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände verpflichten. Dann funktioniert das. Auch das ist wissenschaftlich längst erwiesen. Es ist auch erwiesen, dass überall dort, wo Gemeindepsychiatrische Verbände tätig sind, die Zahl der Zwangsmaßnahmen abnimmt.

Da fragt man sich: Wie kann das eigentlich sein? Das hängt nicht mit dem Krisendienst, sondern mit der Art der Koordination zusammen. Aus diesem Grund hat z. B. das Bundesgesundheitsministerium der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände die Hälfte der Mittel für eine Studie zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen übertragen. Die andere Hälfte der Mittel ist bei Herrn Steinert gelandet in einer eher statistisch orientierten Arbeitsgruppe. Das zur Koordination.

Zur Finanzierung. Vielleicht macht man sich unbeliebt, aber es ist ja klar, dass die APK und auch ich immer schon gesagt haben: Es ist so viel Geld im System. Dieses Geld könnte man auch anders ausgeben. Es gibt Leute, die uns vormachen, wie man es anders ausgeben kann. Man könnte die Mittel vom ambulanten in den stationären Bereich übertragen. Dadurch könnten positive Effekte erzielt werden. Das Geld reicht aber natürlich nicht. Es gibt aber eine ganze Reihe von Modellen, die vorgestellt worden sind, die nicht viel Geld kosten und die trotzdem relativ erfolgreich sind.

Was tun? – Das Land Nordrhein-Westfalen hat dazu folgenden Plan. Das Land Nordrhein-Westfalen wird eine Ausschreibung machen, bei der sich Gemeindepsychiatrische Verbände oder Kommunen, die einen solchen in Kürze installieren wollen, bewerben können, um das vor Ort zu installieren, was in der Ausschreibung steht. Man kann als Politik doch auch formulieren, wie man es denn gerne hätte. Man kann sich

auch Fachleute hinzunehmen. Die Politik könnte formulieren: Was sind unsere Ziele der Versorgung in einer Region? – Dann können sich Kommunen und Gemeindepsychiatrische Verbände bewerben, indem sie sagen: Wir glauben, dass wir das mit diesen und jenen Mitteln hinbekommen. – Die probieren das, und das Ganze wird wissenschaftlich begleitet. Das halte ich übrigens für eine geniale Idee.

Welche Partei es ist, ist ja wurscht. Es sind die GRÜNEN, die darauf gekommen sind.

Herr **Schrank**: Zur Frage der Finanzierung. Wenn das, was jetzt in Bezug auf Krisendienst und die Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes genannt wurde, über neue Stellen zu finanzieren wäre, dann könnten wir jetzt das Licht ausmachen und gehen, weil uns jeder sagen wird, dass das so nicht zu finanzieren ist. Da gebe ich in wesentlichen Punkten meinem Kollegen Peukert recht. Es ist sehr viel Geld im System. Das heißt aber nicht, dass wir nicht noch mehr brauchen. Aber es ist sehr viel Geld da, das nicht gut eingesetzt wird, weil es nicht koordiniert ist.

Bei der integrierten Versorgung in Hanau beispielsweise wird real Geld gespart, weil man mehr Handlungsspielräume eröffnet. Das Kästchendenken und das Säulendenken und das Nachdenken darüber, wer was abrechnen kann, ist derart verhängnisvoll und Geld treibend, dass ich mir erhoffe, dass über ein neues Gesetz so etwas zumindest verändert wird. Im Gesetz sollten zumindest die Begriffe „Gemeindepsychiatrischer Verbund“ oder „integrierte Versorgung“ auftauchen, damit man sich darauf berufen kann. Das wird nichts kosten, aber dann wird es zumindest eine Handhabe geben, darauf hinzuwirken.

Wir haben einige Personengruppen bisher noch völlig vergessen. Das betrifft beispielsweise den Bereich der wohnungslosen Menschen. Dreiviertel der wohnungslosen Menschen sind wahrscheinlich psychisch krank. Das wird alles aber so noch nebenbei mitgemacht. Das ließe sich alles im Rahmen einer integrierten Versorgung oder der Gemeindepsychiatrischen Verbände sehr viel besser organisieren als in diesem Kästchen- und Säulendenken, das wir jetzt haben.

Abg. **Gerhard Merz**: Von den zuletzt Befragten hat sich niemand dazu geäußert, was das in Stellen oder in Geld ausgedrückt bedeutet. Ob das dann viel ist oder wenig, das ist eine politische Entscheidung. Ich wäre aber dankbar, wenn jemand noch einen Hinweis darauf geben könnte, über welche Zahlen wir hier reden. Wer auch immer diese Frage beantworten mag. Die politische Antwort darauf ist auf unserer Seite zu geben.

Herr **Dr. Schillen**: Es kommt auf die Definition des Krisendienstes an. Ich bestehe nicht darauf, dass das unbedingt beim Sozialpsychiatrischen Dienst angesiedelt sein muss. Die Leute, die das machen, z. B. in Berlin, machen das mit Vollzeitstellen plus jede Menge rufbereiter Honorarkräfte, die auch aus den Kliniken kommen.

Natürlich gibt es die Psychiater nicht mehr. Diese werden auch nicht durch Geld oder irgendetwas anderes herbeigeschafft. Die KV-Versorgung bricht zusammen, und all die ganzen Geschichten.

In Berlin wird das im Moment für eine Gesamtbevölkerung von rund 3,7 Millionen Menschen mit sehr vielen Honorarkräften in der Größenordnung von 3,5 Millionen. Das ist

aber nicht einfach übertragbar, weil sehr viele Ehrenamtliche dabei sind. Das ist aber schon einmal eine Hausnummer.

Herr Prof. **Dr. Peukert:** Ich möchte auch eine kurze Antwort geben. Die Aktion Psychisch Kranke hat vor einigen Jahren vom Bundesgesundheitsministerium den Auftrag bekommen, genau das auszurechnen und zu definieren. Das Ergebnis war, dass das nicht geht. Das Ergebnis war, dass gesagt wurde: Wenn wir mit dem Personal und den Mitteln vernünftig umgehen wollen, dann müssen wir eine vernünftige Kooperationsstruktur vor Ort hinbekommen. In diesem Zusammenhang sind die sogenannten Hilfeplankonferenzen und die Gemeindepsychiatrischen Verbünde benannt worden. Das war die Antwort darauf, wie man das bestehende Problem unter den gegenwärtigen Strukturbedingungen sinnvoll lösen kann.

Herr **Ripper:** Wir machen das im Moment noch für einen eingeschränkten Personenkreis. Dennoch sind hauptamtliche Kräfte am Netz, auch nachts. Wir machen das natürlich, um Missverständnisse aufzuklären. Es wäre doch verrückt, wenn man das für jede Stadt und für jeden Landkreis singulär organisieren würde. Natürlich macht man das. Wir können dieses Krisentelefon anbieten. Dabei sind wir gerade in Gesprächen mit dem gesamten südhessischen Bereich. Dabei geht es um den Odenwald, die Bergstraße, Darmstadt, den Landkreis Offenbach und den Landkreis Groß-Gerau. Alles andere wäre ja völlig verrückt.

Dort gibt es zwei Kräfte. Die Hauptanrufzeiten sind zwischen 19 und 23 Uhr. Nachts um 2 Uhr rufen kaum noch Leute an. Da braucht man insofern keine zwei Leute. Dann braucht man am Ende des Tages fünfeinhalb Stellen. Wir haben 20 niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie als Kooperationsvertretung. Die machen mit bei uns, weil sie das spannend finden und weil sie dafür auch vernünftig entlohnt werden. Da muss man auch nicht gesondert Psychiater einstellen. Diese sind auch samstags und sonntags für uns da. Die niedergelassenen Fachärzte machen das also, wenn man eine Struktur schafft, sodass diese erkennen, dass sie fachlich aufgehoben sind und dass sie auch ein bisschen Geld damit verdienen können. Das geht also schon.

Ich möchte dem Abgang auf die Krisendienste energisch widersprechen. Wenn man etwas will und das mit Herzblut betreibt, wenn man das synergetisch betreibt – da bin ich auch bei Herrn Peukert –, dann kann man solche Dinge tun. Das ist nicht unmöglich.

**Vorsitzende:** Ich bedanke mich im Namen aller Kolleginnen und Kollegen und auch des Ministeriums ganz herzlich bei den Anzuhörenden für die wirklich ausführliche und konkrete Diskussion, die wir heute geführt haben. Ich wünsche Ihnen allen einen guten Nachhauseweg.

#### **Beschluss:**

SIA 19/48 – 12.01.2017

Der Sozial- und Integrationspolitische Ausschuss hat eine öffentliche mündliche Anhörung durchgeführt.