



Stenografischer Bericht
(ohne Beschlussprotokoll)

– öffentliche Anhörung –

17. Sitzung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses

12. März 2015, 14:04 bis 16:20 Uhr

Anwesend:

Vorsitzende Claudia Ravensburg (CDU)

CDU

Abg. Lena Arnoldt
Abg. Sabine Bächle-Scholz
Abg. Dr. Ralf-Norbert Bartelt
Abg. Andreas Hofmeister
Abg. Irmgard Klaff-Isselmann
Abg. Michael Reul
Abg. Ismail Tipi
Abg. Tobias Utter
Abg. Kurt Wiegel

SPD

Abg. Wolfgang Decker
Abg. Corrado Di Benedetto
Abg. Lisa Gnadl
Abg. Timon Gremmels
Abg. Gerhard Merz
Abg. Dr. Daniela Sommer
Abg. Dr. Thomas Spies

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Abg. Marcus Bocklet
Abg. Sigrid Erfurth
Abg. Mürvet Öztürk

DIE LINKE

Abg. Marjana Schott

FDP

Abg. René Rock

Fraktionsassistentinnen und -assistenten:

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

Landesregierung, Rechnungshof, etc.:

Name - Bitte in Druckbuchstaben -	Amts- bzw. Dienst- bezeichnung	Ministerium, Behörde
NÖCKER	MR'in	HMSI
BAER	MR'in	Staatskanzlei
HEYE	ROR'in	A HMSI
BOSLE	Praktikantin	HMSI
Köhler	Parl. Ref.	HMSI
Günther	Min	HMSI

Protokollführung: RDir Dr. Spalt
Frau Dischinger

Anwesenheitsliste der Anzuhörenden

Institution	Name
Hessisch Lichtenau	Martin von Hagen
Arbeitsgemeinschaft der Ausländerbeiräte in Hessen (agah) Wiesbaden	Ulrike Bargon
Bundersverband der Berufsbetreuer/innen e. V. Landesgruppe Hessen Hadamar	Eberhard Marten
BAG Psychiatrie Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser München	Joachim Hübner
DFPP – Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e. V. c/o Uwe Genge Ulm	Christoph Müller
Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie - Dir. der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Ludwig-Noll-Krankenhaus Kassel	Prof. Dr. Martin D. Ohlmeier
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) – Landesvertretung Hessen – Oikos Sozialzentrum Schwalmstadt	Constantin v. Gatterburg
Klinik und Poliklinik der Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig Maximilians Universität Klinikum Innenstadt - Abt. Forensische Psychiatrie München	Prof. Dr. Norbert Nedopil
Kommissariat der Katholischen Bischöfe im Lande Hessen Wiesbaden	Frau Prof. Dr. Kläver
Landesärztekammer Hessen Frankfurt	Dr. von Knoblauch zu Hatzbach Andreas Wolf Herr Zolg
Landesverband der Psychiatrieerfahrenen Hessen Wiesbaden	Alexander Kummer

Landesverband Hessen der Angehörigen psychisch Kranker e. V. - Geschäftsstelle c/o Edith Mayer Offenbach am Main	Manfred Desch Edith Mayer
Landesverband Psychiatrie-Erfahrene Hessen e. V. c/o Sylvia Kornmann Wetzlar	Sylvia Kornmann
Landeswohlfahrtsverband Hessen Kassel	Babette Reinhold Joachim Hübner (auch Vitos Kassel)
Psychotherapeutenkammer Hessen Geschäftsstelle Wiesbaden	Alfred Krieger
ver.di Landesbezirk Hessen Frankfurt	Holger Willhardt
Vitos GmbH Kassel	Joachim Hübner (auch LWV)
Vitos Klinik für forensische Psychiatrie Eltville Eltville am Rhein	Walter M. Schmidbauer
Vitos Klinik für forensische Psychiatrie Eltville Eltville am Rhein	Wolfgang Gunold
Vitos Klinik für forensische Psychiatrie Haina Haina	Dr. Rüdiger Müller-Isberner
Vitos Klinik für forensische Psychiatrie Haina Haina	Gudrun Gaertner
Vitos Klinik für forensische Psychiatrie Haina Kaufmännische Leitung	Ralf Schulz
Vitos Klinik für forensische Psychiatrie Haina Patientenfürsprecher	Herr J. Mayrl
Vitos Klinik für forensische Psychiatrie Haina Personalvertretung	Wolfgang Mihr

Vitos Klinik für forensische Psychiatrie Haina - Standort Gießen Personalvertretung	Thomas Stein
Vitos Klinik für forensische Psychiatrie Hadamar (§64 Klinik) Hadamar	Ralf Wolf

Öffentliche Anhörung

zu dem

Gesetzentwurf
der Landesregierung für ein Zweites Gesetz zur Änderung des
Maßregelvollzugsgesetzes
– Drucks. [19/1195](#) –

hierzu:

Stellungnahmen von Anzuhörenden
– Ausschussvorlage SIA 19/24 –

(Teil 1, 2, 3 und 4 verteilt am 27.02., 02.03. 10.03. und 25.03.2015)

Die **Vorsitzende** eröffnet die 17. Sitzung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses und begrüßt die erschienenen Anzuhörenden, die Gäste und Abgeordneten sowie Vertreter der Landesregierung, insbesondere Herrn Staatsminister Grüttner.

Sie bittet die Anzuhörenden, in einem kurzen Redebeitrag ihre schriftliche Stellungnahme gegebenenfalls zu erläutern oder zu ergänzen.

Als Erster erhält Herr von Hagen das Wort.

Herr **von Hagen**: Danke für die Einladung und dass ich hier vortragen darf. In meiner Stellungnahme habe ich das Wesentliche schon deutlich gemacht; deswegen will ich nur noch einmal auf einige Schwerpunkte hinweisen.

Um das Behandlungs- und Vollzugsziel zu erreichen, also letztlich, um im Maßregelvollzug Untergebrachte zu entlassen oder entlassungsfähig zu machen, darf der Gesetzgeber Eingriffe in das Selbstbestimmungsrecht und die körperliche Unversehrtheit zulassen.

Eine krankheitsbedingte Einsichtsunfähigkeit hindert ja den Betroffenen oft, seine grundrechtlichen Belange insoweit wahrzunehmen, als es um die Wiedererlangung der Freiheit geht. Zwangsmaßnahmen dürfen allerdings immer nur als das letzte Mittel eingesetzt werden. Das heißt, eine weniger eingreifende Behandlung muss letztlich aussichtslos sein. Der hierfür erforderliche Zeitaufwand und ohne Ausübung unzulässigen Druckes unternommene Versuch müssen vorausgegangen sein, seine auf Vertrauen gegründete Zustimmung zu erreichen.

Gemäß § 7a Abs. 3 sind zwar Zwangsmaßnahmen zu dokumentieren, es fehlt aber ein Absatz zur Dokumentationspflicht dieser weniger eingreifenden Intervention, um die Kooperationsbereitschaft des Untergebrachten zu erlangen. Die Dokumentationspflicht der Zwangsbehandlung sollte die Auswahl der anzuwendenden Maßnahmen und die Auswahl der Medikamente auch konkret nach Dauer und Dosierung und mit den dazugehörigen Kontrollen umfassen. Verhältnis und Nutzen sollten dokumentarisch festgelegt sein.

In § 7a Abs. 4 wird von der vorherigen Genehmigung der Fachaufsicht nach einer Anordnung nach Abs. 2 geredet, und erst dann kann eine gerichtliche Entscheidung her-

beigeführt werden. Ein wirklicher Rechtsschutz ist, wenn einer von außen darauf schaut und nicht der Chef von innen. Das Gebot eines effektiven Rechtsschutzes wird hier also ausgehebelt. Die Anstaltsleitung genehmigt, dann erst darf sich der Untergebrachte wehren? Daher erst rechtlich genehmigen und dann erlassen.

Die Pflicht zu vorheriger Ankündigung einer Maßnahme, die letztlich den effektiven Rechtsschutz ex ante ermöglichen soll, macht eine Dokumentation zur Sicherung der Effektivität des Rechtsschutzes, den der Betroffene erst später, auch etwa in Haftungsangelegenheiten, sucht, nicht entbehrlich. Unabhängig von der Garantie eines effektiven Rechtsschutzes ist die Dokumentation auch zur Sicherung der Verhältnismäßigkeit des Eingriffes geboten. Die gesetzlichen Voraussetzungen für eine Zwangsbehandlung müssen hinreichend klar und bestimmt geregelt werden.

Der Gesetzesentwurf berücksichtigt auch nicht das Behindertenrecht. Unstrittig dürfte sein, dass die meisten Untergebrachten im Maßregelvollzug auch als Behinderte zu gelten haben. Sie sind ja gerade deswegen in den Maßregelvollzug gekommen, weil sie aus Krankheitsgründen ihre Teilhabe an der Gesellschaft nicht wahrnehmen konnten. Die lange Unterbringung im Maßregelvollzug tut natürlich noch ihr Übriges.

Umso unverständlicher wirkt dann die Aussage des Gesetzesentwurfes in der Einführung unter G: „Besondere Auswirkungen auf behinderte Menschen: Keine.“ Sie wirkt nach meiner Meinung sehr kontraproduktiv, obwohl die Bundesregierung wie natürlich auch in der Folge die Landesregierung die UN-Behindertenrechtskonvention nicht nur ratifiziert, sondern auch ins politische Programm mit übernommen hat. Ich möchte Ihnen jetzt aus Zeitgründen nicht die einzelnen Punkte der UN-Behindertenrechtskonvention vorsagen, weil das auch in der schriftlichen Stellungnahme genau steht.

Wichtig ist jedenfalls, dass § 7, Ärztliche Behandlung, viel zu allgemein abgefasst ist und viel konkreter gefasst werden muss. Auch § 8 muss konkret beschreiben, welche psychiatrischen Hilfen der offene Vollzug z. B. beinhalten kann. In §§ 7 und 8 sind alle psychiatrischen Hilfen aufzuführen, die eine moderne Psychiatrie und Psychotherapie kurativ wie rehabilitativ vorhält. Dazu gehören nicht nur – jetzt bezogen auf Maßregelvollzug – die forensisch-psychiatrische Institutsambulanz, sondern natürlich auch die Angebote der Regelversorgung in Psychiatrie und Psychotherapie. Ziel muss sein, über die Regelversorgung wieder zur Teilhabe an die allgemeinen gesellschaftlichen Angebote heranzuführen.

Dazu gehören auch die entsprechenden Wohnangebote und Arbeitsangebote, wobei ich in meiner schriftlichen Stellungnahme ausgeführt habe, dass es natürlich sehr sinnvoll erscheint, Arbeitsangebote für im Maßregelvollzug untergebrachte Patienten auch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu suchen.

Herr Prof. **Dr. Nedopil**: Ganz herzlichen Dank für die Einladung. Zunächst einmal will ich sagen, dass ich das Gesetz begrüße, weil es zum ersten Mal ein Gesetz ist, das die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichtes ernst nimmt und wirklich in die Tat umsetzt. Das ist schon einmal ein großer Fortschritt.

Ich habe in meiner schriftlichen Stellungnahme ein paar redaktionelle Anmerkungen gemacht und würde im Gegensatz zu meinen Vorrednern sagen: Ich würde lieber relativ pauschale Aspekte im Gesetz haben und nicht alle Einzelheiten regeln wollen, weil die Einzelheiten, die zu regeln wären, sicher dann viel Bindungskraft und Kräftebindung beinhalten würden.

Ich kann mir nicht vorstellen, dass es sinnvoll wäre, dass eine ärztliche Aufklärung erforderlich ist, wenn beispielsweise ein psychologischer Psychotherapeut eine Therapie macht, sondern es sollte von dem gemacht werden, dessen Fachkompetenz es ist. Ich würde da, wo „ärztlich“ oder „medizinisch“ steht, einfach „therapeutisch“ oder aber „Behandlung“ schreiben. Das wäre viel einfacher und würde nicht binden. Was würde denn passieren, wenn jemand plötzlich sagt, ich habe in die Therapie nicht eingewilligt, weil ich vom Psychologen, aber nicht vom Arzt aufgeklärt worden bin? Das muss man sich redaktionell einfach mal überlegen.

Das Zweite ist auch wieder etwas Redaktionelles: der natürliche Wille. Ich glaube, kaum jemand weiß, was wirklich der natürliche Wille ist und wer ihn alles hat. Wenn das Neugeborene die Nahrung verweigert, wird man auch nicht sagen: Eine Verweigerung mit dem natürlichen Willen hat Bindungskraft für die Handlung. – Aber das Neugeborene hat einen natürlichen Willen. Auch dieser Begriff des natürlichen Willens sollte also wegbleiben.

Ein dritter Punkt, den ich auch weglassen würde, ist die Definition in dem Paragraphen, in dem die Aufhebung der Einwilligungsfähigkeit beschrieben wird. Die Definition, wann die Einwilligungsfähigkeit nicht vorliegt, ist verkürzt – sie ist falsch –, und sie sollte einfach fehlen, denn sie hat keine Konsequenzen in dem Paragraphen.

Insofern würde ich bei aller Zustimmung zu diesem neuen Gesetz einfach bitten, dass man es redaktionell noch einmal bearbeitet und vielleicht die Gesichtspunkte, die ich in meiner schriftlichen Stellungnahme genannt habe, berücksichtigt: also Weglassen von „ärztlich“ und keine neuen Definitionen, die keine Funktion haben, in das Gesetz aufnehmen.

Ein letzter Wunsch, den ich immer an den Gesetzgeber habe: die Gesetze so zu formulieren, dass sie auch der, der davon betroffen ist, versteht. Auch das lässt sich in manchen der Paragraphen nicht wirklich nachvollziehen. Manches habe auch ich mit durchaus einigem Sachverstand erst verstanden, als ich die Begründung gelesen habe. Das sollte nicht der Fall sein.

Insofern halte ich mich ganz kurz: Erstens ist es gut, dass Sie es gemacht haben. Zweitens schlage ich ein paar kleine Änderungen vor. Und drittens: Setzen Sie es schnell in die Praxis um.

(Zuruf einer ZuhörerIn: Wieso schnell? Sorry, wir haben doch wohl Zeit, oder?)

Vorsitzende: Liebe Zuschauer, Sie sind herzlich hier in der öffentlichen Anhörung willkommen, aber es hat immer nur derjenige das Wort, der jetzt hier auch dran ist. Deshalb, Herr Prof. Nedopil, brauchen Sie darauf jetzt nicht zu antworten.

Herr Prof. **Dr. Nedopil:** Aber ich will das „schnell“ schon begründen.

Vorsitzende: Gut, in einem Satz.

Herr Prof. **Dr. Nedopil:** Der Maßregelvollzug, wenn Sie ihn in der Praxis sehen würden – ich würde jedem empfehlen, da hineinzugehen –, ist in einem desolaten Zustand, und

die Mitarbeiter des Maßregelvollzug sind in ihrer körperlichen und seelischen Unversehrtheit durch die jetzige Situation erheblich bedroht. Deswegen ist eine schnelle Lösung erforderlich.

Herr Prof. **Dr. Ohlmeier**: Vielen Dank für die Einladung hier in den Hessischen Landtag. Ich habe mich ausführlich schriftlich geäußert und werde jetzt nur kurz einige Aspekte noch einmal betonen und benennen. Zunächst möchte ich explizit begrüßen, dass mit diesem Gesetzesentwurf auch festgelegt wird, dass es nicht zu einer Zusammenführung des Maßregelvollzugsgesetzes mit dem jetzt zu planenden PsychKG kommen wird. Dazu muss man wissen, dass es seit etwa zwei Jahren eine sehr intensive Diskussion hinsichtlich der Schaffung eines PsychKG in Hessen gibt – bei seit 1952 bestehendem Unterbringungsgesetz. Das heißt, auch in diesem Zuge gab es eine sehr differenzierte und intensive Diskussion über die wesentlichen Punkte der Behandlung im Rahmen von Unterbringungsverfahren.

In diesem Sinne ist jetzt auch festzustellen, dass grundsätzlich ähnliche Grundprinzipien der Behandlung bei der Unterbringung im Maßregelvollzugsgesetz anzuwenden sind. Grundsätzlich muss natürlich auch im Maßregelvollzug die Erkrankung der Straftäter eine wesentliche Rolle spielen, das heißt eine Vorstellung bestehen, dass eine solche Erkrankung primär mit dem Ansatz einer kurativen Heilung zu verfolgen ist, allerdings der präventive Ansatz auch eine große Rolle spielen muss, ebenfalls natürlich auch der rehabilitative.

Was die Zwangsmaßnahmen angeht, ist die Diskussion natürlich eine ähnliche wie in Bezug auf das PsychKG. Das heißt, auch hier geht es um einen maßgeblichen Eingriff in die Grundrechte, in diesem Fall der Gefangenen bzw. der psychisch kranken Straftäter. Es muss also auch hier Ultima Ratio sein und kann auch nur im Zuge einer richterlichen Anordnung legitimiert sein.

Das hat zwei Aspekte. Der eine Aspekt ist, dass der Betroffene selbst nicht willkürlich im Rahmen einer Zwangsmaßnahme behandelt werden kann. Der andere Aspekt ist aber auch sicher, dass das Personal, das eine solche Zwangsmaßnahme durchführen würde, ebenfalls rechtlich legitimiert sein muss. Auch da muss also eine ganz klare rechtliche und verbindliche Grundlage geschaffen werden.

Letztendlich läuft es darauf hinaus, dass ähnlich wie im Unterbringungsgesetz bzw. in einem zu schaffenden PsychKG ein Richter, der diese Entscheidung fällt, diese auf der Grundlage einer qualifizierten ärztlich-psychiatrischen gutachterlichen Beurteilung treffen muss. Darüber hinaus ist, wenn eine solche Zwangsmaßnahme legitimiert ist und zustande kommt, darauf zu achten, wie es eben auch schon deutlich geworden ist, dass es hier natürlich um eine Dokumentationspflicht geht, weil es um einen erheblichen Eingriff in die Grundrechte des Betroffenen geht und deshalb eine genaue und dezidierte Beschreibung des medikamentösen Vorgehens zu erfolgen hat.

Am Schluss möchte ich auch noch kurz auf die UN-Behindertenrechtskonvention eingehen. Natürlich macht es absolut Sinn, sich bei Neuschaffung eines Gesetzes bzw. einer Novellierung an den Rechtsnormen zu orientieren, die im Moment überregional, also auf Bundesniveau, aber auch auf europäischem Niveau Vorgaben machen. Das heißt, man würde sich bemühen, in der Novellierung dieses Gesetzes genau diese modernen Rechtsauffassungen einfließen zu lassen, um nicht in zwei Jahren festzustellen, dass man wieder nicht den rechtlichen und auch nicht den ethischen Gegebenheiten folgt.

(Zuruf einer ZuhörerIn: Ethisch läuft hier nichts!)

Am Schluss wollte ich kurz, wie auch schon in meiner schriftlichen Stellungnahme niedergelegt, darauf hinweisen, dass es aus meiner Sicht sehr zu begrüßen ist, dass es jetzt zu dieser Novellierung kommt und dass es gerade für Hessen aus meiner Sicht eine historische Chance ist, im humanistischen, ethischen Sinne, ärztlichen Sinne ein Gesetz zu schaffen, das auch zukünftig gut praktikabel ist, ohne dass man in der Anwendung des Gesetzes in moralisch-rechtliche Schwierigkeiten kommt.

Vorsitzende: Vielen Dank, Herr Prof. Ohlmeier. – An dieser Stelle kämen jetzt die kommunalen Spitzenverbände an die Reihe. Wir haben aber vom Hessischen Städte- und Gemeindebund die Information bekommen, dass sie sich umfassend der Stellungnahme des Landeswohlfahrtsverbands anschließen. Darum schlage ich vor, dass wir vor einer Fragerunde zunächst noch die Kirchen anhören. – Dann hat jetzt Frau Prof. Dr. Kläver vom Kommissariat der Katholischen Bischöfe in Hessen das Wort.

Frau Prof. **Dr. Kläver:** Herzlich danke ich Ihnen für die Möglichkeit, zum Gesetzentwurf noch einmal eine Stellungnahme abgeben zu können. Die schriftliche Stellungnahme liegt Ihnen allen vor. Mündlich möchte ich kurz auf die für uns wesentlichen Punkte hinweisen.

Die Ausübung der Seelsorge und die Durchführung von Gottesdiensten in Krankenhäusern sind als Anstaltsseelsorge grundrechtlich abgesichert. Durch das Hessische Krankenhausgesetz wird dementsprechend die Ausübung der Seelsorge und Durchführung von Gottesdiensten gewährleistet. Wir begrüßen es ausdrücklich, dass das Maßregelvollzugsgesetz für die Untergebrachten weitere Konkretisierungen beibehält.

Zwei Punkte halten wir aus unserer Sicht aber für verbesserungswürdig. Vertrauliche Kommunikation ist im Bereich der Seelsorge besonders wichtig und fällt in ihr schützenswertes Interesse. Die Freiheit der Verkündung und das Beicht- und Seelsorgegeheimnis sind zu wahren. Um diesem schützenswerten Interesse der Seelsorge Rechnung zu tragen, regen wir an, eine Vorschrift in das Maßregelvollzugsgesetz aufzunehmen, nach der die Einschränkungen für Besuche, Telefongespräche und Schriftwechsel nicht auf Seelsorgerinnen und Seelsorger anwendbar sind. Man könnte etwa schreiben: „§§ 19 bis 23 MaßrVollzG gelten nicht für Seelsorgerinnen und Seelsorger.“

Auch in anderen Gesetzen wie etwa dem Hessischen Strafvollzugsgesetz oder Jugendstrafvollzugsgesetz gelten die Einschränkungen nicht für Seelsorgerinnen und Seelsorger. Das zeigt eigentlich den Willen des Gesetzgebers, dass die Seelsorge von Überwachung freizuhalten ist.

Um die religiöse Betreuung durch Seelsorgerinnen und Seelsorger noch effektiver zu ermöglichen, regen wir außerdem an, folgenden Anspruch der Seelsorge aufzunehmen:

Der/die Seelsorger/in hat Anspruch auf Zutritt, Auskünfte, Vorbringen und Bearbeitung von Anliegen, Mitwirkung, Information über Zu- und Abgänge sowie besondere Vorkommnisse, soweit dies zur Ausübung der Seelsorge erforderlich ist und dadurch nicht gegen die ärztliche Verschwiegenheitspflicht verstoßen wird.

Wir freuen uns, wenn unsere Anregungen Berücksichtigung finden.

Vorsitzende: Vielen Dank, Frau Prof. Dr. Kläver. – Ich eröffne jetzt die Fragerunde. Als Erster hat sich Herr Dr. Spies gemeldet.

Abg. **Dr. Thomas Spies:** Vielen Dank. – Ich habe drei Fragen an alle drei Sachverständigen. Wir sind uns ja im Unterschied sowohl zum Hessischen Freiheitsentziehungsgesetz als auch zur ursprünglichen Form des Maßregelvollzugsgesetzes in der Einschätzung der Zielrichtung von psychiatrischer Behandlung – egal, ob es sich um Maßregelvollzug handelt oder um psychiatrische Behandlung insgesamt – grundsätzlich einig – das ergibt sich auch aus der Behindertenrechtskonvention, auf die Herr von Hagen verwiesen hat –, dass es sich spätestens mit der Einweisung in die psychiatrische Klinik um Patienten handelt. Das ist eine Einschätzung und Praxis, die auch in den psychiatrischen Kliniken einschließlich der forensischen Kliniken so gehandhabt und gesichtet wird.

Dennoch enthält dieser Gesetzentwurf keinen einzigen Verweis auf die Tatsache, dass das primäre Ziel eine Behandlung von Patienten sein soll, auch im Maßregelvollzug, und dass es sich nicht um eine Maßnahme des Strafvollzuges handelt. Denn Strafvollzug kann für Leute, die gar nicht schuld sind, weil sie nicht schuldfähig sind, ja gar nicht angewandt werden.

Deshalb die erste Frage: Würden Sie es für angemessen, erforderlich oder wenigstens für sinnvoll halten, wenn die tatsächliche Praxis der Psychiatrie, die nämlich auch im Maßregelvollzug den Patienten als Patienten sieht, einen angemessenen Widerhall im Gesetz fände und ein Primat der Hilfeleistung vor sichernden oder disziplinierenden Maßnahmen festgelegt würde? Das kann natürlich kostenwirksam sein.

Zweite Frage: Wir haben von zwei Sachverständigen eben eine diskrepante Einschätzung zu der Frage der Aufzählung von Hilfsmaßnahmen gehört. Herr von Hagen hat vorgeschlagen, die therapeutischen Möglichkeiten explizit aufzuführen, während Prof. Nedopil darauf verwiesen hat, dass man in der Formulierung der zu Gebote stehenden Hilfsmaßnahmen eher zurückhaltend sein sollte.

Teilen Sie nicht die Einschätzung, dass eine möglichst umfassende Aufzählung der erforderlichen Therapiemaßnahmen, die ein „darüber hinaus“ offenlässt, also nicht abschließend und sehr wohl öffnend ist, auch an dieser Stelle die Möglichkeiten der forensischen Klinik verbessert, darauf zu pochen, dass das, was an therapeutischen Maßnahmen im Gesetz vorgesehen ist, auch tatsächlich stattfinden kann, das heißt eine adäquate Finanzgrundlage sicherzustellen ist? Das ist ja dann immer die Konsequenz.

Dritte Frage: § 7a Abs. 1 Satz 3 hält die Maßnahmen gegen den Willen der untergebrachten Person auch dann für zulässig, wenn sie zwar einwilligungsfähig ist, aber eine Gefahr des Lebens oder einer schwerwiegenden Schädigung der Gesundheit anderer Personen besteht. Das ist eine Situation, auf die im Strafvollzug niemand käme: einen gefährlichen Kriminellen mit medizinischen Maßnahmen zu traktieren, der einwilligungsfähig ist. Auch für den psychiatrischen Patienten gilt ja: Wenn er einwilligungsfähig ist, ist er einwilligungsfähig, auch wenn er aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung und fehlender Schuldfähigkeit ursprünglich eingewiesen wurde.

Halten Sie es für angemessen, einen psychiatrischen Patienten, der einwilligungsfähig ist, aber gefährlich, nicht etwa abzusondern, sondern medizinischer Maßnahmen zu unterziehen? Oder müsste nicht auch an dieser Stelle die Frage der fehlenden Einwilligungsfähigkeit im Zusammenhang mit der Gefährlichkeit explizit aufgeführt werden?

Abg. **Marjana Schott:** Ich habe drei Fragen. Frau Dr. Kläver, sehen Sie in der Neufassung des § 28 Abs. 1 Nr. 1 – religiöse Betreuung ist zu gestatten – einen Unterschied zu der vorherigen Formulierung? Da stand: „darf nicht versagt werden“. Ist das für Sie jetzt etwas anderes?

Herr Dr. Nedopil, Sie haben von den disziplinarischen Maßnahmen und von den Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge gesprochen. Wie können die getrennt werden?

Herr Dr. Ohlmeier, welche Folgen hat es aus Ihrer Sicht, wenn es keine gerichtliche Genehmigung der Zwangsmaßnahme gibt?

Vorsitzende: Danke, Frau Schott. – Herr Dr. Spies hat noch eine Zusatzfrage.

Abg. **Dr. Thomas Spies:** Entschuldigung, das hatte ich eben vergessen; Frau Schott hat mich darauf gebracht. – Der Gesetzentwurf sieht explizit Disziplinierungsmaßnahmen vor. Wir haben in den Stellungnahmen den Hinweis eines Betroffenen, der darauf verweist, dass als Konsequenz aus einem Verstoß gegen Rauchauflagen letztlich freiheitsentziehende Maßnahmen angewandt wurden.

Viel Spielraum hat man ja, glaube ich, in der forensischen Psychiatrie nicht. Ich erinnere mich an einen Fall, in dem das Aufsuchen eines nicht für das Baden freigegebenen Weihers schwer zu handhaben ist. Ist es nicht trotzdem problematisch, dass die Frage disziplinierender Maßnahmen in der forensischen Psychiatrie in der Regel mit Eingriffen einhergeht, die unter normalen Umständen ohne Richtervorbehalt auf gar keinen Fall zu handhaben wären, weil das Spektrum der disziplinierenden Maßnahmen relativ eingeschränkt ist?

Sehen Sie unter diesem Gesichtspunkt die im Gesetz explizit aufgeführte Disziplinierungsmaßnahme als ein sinnvolles Instrument an?

Herr **von Hagen:** Zur ersten Frage: Ich halte es für unbedingt erforderlich, auch wenn es Geld kostet, dass die entsprechenden Hilfeleistungen, die für die forensisch untergebrachten Patienten notwendig sind, zumindest nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft in Psychiatrie und Psychotherapie mit aufgeführt werden, weil dadurch eine Verpflichtung zustande kommt, dass die entsprechenden Patienten selbst auch ein Interesse haben, aktiv an ihrer Entlassung zu arbeiten. Es ist also eine Motivation.

Zweitens glaube ich auch, dass es im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention eine *Conditio sine qua non* ist. Daher würde ich favorisieren, dass hier auch die entsprechenden Hilfsangebote, wenn sie nicht ausführlich genannt werden, dann eben nach dem aktuellen Wissensstand angeboten werden müssen.

Herr Dr. Spies, was war zu den konkreten Hilfsangeboten Ihre Frage?

Abg. **Dr. Thomas Spies:** Der Zusammenhang zwischen der ersten und der zweiten Frage war eng. Es ging zuerst um die Frage, ob wir den Hilfsanspruch explizit als Prinzip formulieren sollen, und dann darum, ob wir die Maßnahmen aufzählen, damit es finanziert wird.

Herr **von Hagen**: Wie gesagt, den Hilfsanspruch auf jeden Fall explizit nennen und dann zumindest beispielhaft Hilfsangebote aufführen, die entsprechend auch verpflichtend wirken.

(Zuruf einer ZuhörerIn: Am besten, sie werden gleich erschossen!)

Zur Einwilligungsfähigkeit: Wenn man einwilligungsfähig ist – so verstehe ich das Urteil des Verfassungsgerichtes –, dann kann es keine Zwangsbehandlung geben, und zwar in jeglicher Form.

Zur vierten Frage: Therapiemaßnahmen sind auf keinen Fall Disziplinierungsmaßnahmen und dürfen es auch nicht sein. Daher sollte das ganz streng getrennt werden und gar nicht in einen Kasten geworfen werden.

Herr Prof. **Dr. Nedopil**: Zu den Fragen von Herrn Spies möchte ich sagen: Es wäre sicher sehr sinnvoll – das würde ich auch unterstützen –, wenn eine Definition und eine Zielsetzung des Gesetzes unter dem Aspekt des Patienten und der Hilfsmaßnahmen vorangeschickt würden. Da reicht ein Satz, wie es in anderen Gesetzen auch der Fall ist. Auch im Strafvollzugsgesetz gibt es eine solche Definition, also warum nicht auch im Maßregelvollzugsgesetz?

Ich verstehe Ihren Ansatz, dass man unter dem Aspekt der Mittelbeschaffung möglichst Therapiemaßnahmen auflisten könnte. Aber ich sehe auch die Gefahr, dass die Therapiemaßnahmen sich in einem relativ raschen Maße ändern. Wenn man heute Therapiemaßnahmen festschreibt, was ist dann in zehn Jahren, wenn Therapiemaßnahmen sich geändert haben, wir bessere Therapiemaßnahmen haben, diese aber nicht enthalten sind? Insofern halte ich einen Satz wie „Nach dem aktuellen Wissensstandard und dem Stand der psychiatrischen Versorgung sollte die Therapie durchgeführt werden“ für sinnvoll. Vielleicht könnte er auch in die Präambel oder in § 1 hinein.

Aber Sie sollten nicht die Therapiemaßnahmen im Einzelnen aufführen, weil sie sich ändern – das ist der sachliche Grund –, und es gibt auch in der Praxis eine schwierige Sache. Stellen Sie sich vor, Sie schreiben z. B.: „Auch Therapiemaßnahmen wie Reittherapie sind angemessen.“ Hat dann jeder der im Maßregelvollzug Untergebrachten einen Anspruch auf solche Therapien? Wie wollen Sie dieses Anspruchsdenken dann eingrenzen? Insofern würde ich eine Formulierung wie „eine Therapie nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft und nach Indikation“ für richtig halten.

Der dritte Punkt, der sich auch auf die Einwilligungsfähigkeit bezog: Tatsächlich muss man sich da Gedanken machen. Ich halte das, was im Gesetz jetzt steht, eigentlich für richtig, wobei ich die „und“-Verknüpfungen in § 7a für nicht günstig halte, sondern sie als vier Einzelpunkte aufzählen würde. Es kann nicht sein, dass man eine aktuell wirklich notwendige Behandlung unterlässt, weil diese möglicherweise nicht zur Entlassung führen würde.

Nach § 7a Abs. 1 dürfen Zwangsmaßnahmen nur angewendet werden, wenn sie akut eine Gefahr beseitigen und zur Entlassung beitragen. Es kann sein, dass sich das nicht immer decken muss. Deswegen würde ich das nicht mit „und“ verknüpfen, sondern die beiden Punkte getrennt aufführen. Ich habe das in meiner schriftlichen Stellungnahme genau ausgeführt.

Der letzte Punkt war aus meiner Sicht die Frage der Disziplinarmaßnahmen und der therapeutischen Maßnahmen. Auch da halte ich es für wichtig, die Trennung herbeizuführen. Ich will Ihnen ein Beispiel sagen, das ich im Bezirkskrankenhaus Straubing erlebt habe.

(Zuruf einer ZuhörerIn: Oh, Bayern!)

Ein Patient hat in einer chronischen Schizophrenie mit Kot geworfen. Er wurde deswegen behandelt, weil dadurch andere Leute erheblich belästigt und auch verletzt wurden.

(Zuruf einer ZuhörerIn: Ja, das sind ja auch Bakterien!)

Dieser Patient hat dann eine andere Behandlung erfahren. Ein persönlichkeitsgestörter Patient hat gesehen, dass der andere dadurch irgendwelche Verbesserungen bekommen hat, und hat das Gleiche gemacht. Es wäre eine Disziplinarmaßnahme, wenn man gegen ihn eingreifen würde, weil es da ja nicht um therapeutisches Intervenieren geht, sondern um Disziplinierung. Hier das Gleiche zu machen, wäre fatal. Insofern muss es eine klare Regelung geben, was disziplinarisch ist und was therapeutisch ist.

(Zuruf einer ZuhörerIn: Vaterlandsverrat!)

Vorsitzende: Ich darf Sie bitten, unsere Anzuhörenden aussprechen zu lassen! Das wäre ganz nett. Vielen Dank.

(Zuruf einer ZuhörerIn: Die Forensik lässt grüßen!)

Ich gebe das Wort an Prof. Ohlmeier.

Herr Prof. **Dr. Ohlmeier:** Ich kann mich anschließen, was die Hilfemaßnahmen angeht. Ich glaube auch nicht, dass es sinnvoll und zielführend ist, im Detail solche Hilfemaßnahmen im Gesetz zu benennen. Man könnte allerdings die parallele Entwicklung in der Gesetzgebung bezüglich eines PsychKG zugrunde legen und in dieses Gesetz aufnehmen, dass vergleichbar der Neuregelung des PsychKG in Hessen die modernen und üblichen Therapieverfahren in den psychiatrischen Kliniken zugrunde gelegt werden, natürlich gemessen an den aktuellen medizinischen Entwicklungen. Im Detail Ausführungen zu machen, macht sicher keinen Sinn.

Frau Schott hat mich gefragt, wie hinsichtlich der richterlichen Genehmigung zu verfahren ist. Es hatte natürlich einen guten Grund, dass ich das zum Thema gemacht habe: weil am 20. Juni 2013 der Bundesgerichtshof das Unterbringungsgesetz, das Betreuungsrecht ausgesetzt hat, weil keine notwendigen rechtlichen Grundlagen für diese Gesetzesanwendung auf Bundesebene bestehen. Wir haben im Vorfeld der Diskussion bezüglich eines neu zu schaffenden PsychKG bereits ausführlich darauf hingewiesen, die Funktion eines Richters bei Unterbringungsmaßnahmen und bei Zwangsmaßnahmen eingehend zu diskutieren. Ich habe bereits schriftlich ausgeführt, dass das aus meiner Sicht unabdingbar ist.

Natürlich muss das über eine richterliche Entscheidung geregelt sein, übrigens nicht nur bezüglich der Grundrechte der zu Behandelnden, sondern natürlich auch – das darf man an dieser Stelle nicht vergessen –, was die Ärzte bzw. das Pflegepersonal und das

gesamte therapeutische Personal angeht. Das hat, als das Bundesgericht am 20. Juni 2013 darüber entschieden hat, zu einer allgemeinen Verunsicherung in ganz Deutschland geführt und teilweise die psychiatrische Behandlung deutschlandweit lahmgelegt, weil plötzlich außer Kraft gesetzt war, wie im Sinne des Betreuungsgesetzes bei Unterbringung bzw. Zwangsbehandlung vorzugehen ist. Auch im Sinne der im professionellen Bereich Tätigen ist es unabdingbar, dass dies über eine richterliche Anordnung, die natürlich eine Gesetzesgrundlage haben muss, geregelt ist. Das war der Hintergrund der entsprechenden Passage in meiner schriftlichen Stellungnahme.

Frau Prof. **Dr. Kläver**: Aus meiner Sicht haben die beiden Sätze „Religiöse Betreuung ist zu gestatten“ und „Religiöse Betreuung darf nicht versagt werden“ die gleiche Bedeutung, nämlich in dem Sinne, dass religiöse Betreuung zu ermöglichen ist.

(Zuruf einer ZuhörerIn: Allah sei mit dir! Was soll denn der Scheiß?)

Vorsitzende: Ich muss der Dame aus dem Zuhörerkreis jetzt zum letzten Mal sagen: Sie können hier nicht die Anzuhörenden kommentieren. Sonst muss ich Sie des Raumes verweisen.

(Zuruf einer ZuhörerIn: Man muss Sie einweisen lassen! Was ist denn das hier? Jesus, oder was? Ich lache mich tot!)

– Es tut mir furchtbar leid, aber wir können uns sonst nicht auf die Anhörung konzentrieren.

(Eine ZuhörerIn wird aus dem Sitzungssaal geleitet.)

In der nächsten Runde kommen jetzt die Kammern zu Wort, als Erster Herr Dr. von Knoblauch zu Hatzbach für die Landesärztekammer Hessen.

Herr **Dr. von Knoblauch zu Hatzbach**: Es sind hier ja bereits die Therapie- und Hilfeleistungen angesprochen worden. Da ist es aus unserer Sicht ganz wichtig, dass bereits im Maßregelvollzug präventive Maßnahmen eingeführt werden und auch im Auge behalten wird, dass Rehabilitationsmaßnahmen bereits während des Maßregelvollzuges und danach mit eingebunden sind.

Wenn wir von Hilfestellungen sprechen, dann scheint es uns sehr wichtig zu sein, auf einen Punkt hinzuweisen, der in diesem Zusammenhang eine gewisse Objektivität schafft, indem eine Besuchskommission eingerichtet werden sollte, die einen möglichst niederschweligen Zugang für die Betroffenen hat, damit unter anderem solche Aufgaben wie Besuch und Überprüfung der psychiatrischen Einrichtungen, in denen der Maßregelvollzug durchgeführt wird, möglich sind und geprüft wird, ob die mit dem Maßregelvollzug verbundenen Anforderungen erfüllt werden.

Das Zweite im Zusammenhang mit der Besuchskommission wäre, dass wir eine Überprüfung und Auswertung von mündlichen Anregungen sowie Beschwerden von den im Maßregelvollzug befindlichen Personen wünschen. Ich verweise zur Begründung auf unsere schriftliche Stellungnahme. Wir halten es für erforderlich, dass dies mit in das Gesetz aufgenommen wird.

Als Drittes und abschließend möchte ich noch auf den Datenschutz hinweisen. Mich würde interessieren, ob bei der Verfassung des Entwurfes der Datenschutzbeauftragte des Landes Hessen einbezogen worden ist. Wir halten es für sehr wichtig, dass eine Trennung der Akte zwischen Personalakte und der Anlasserkrankung stattfindet, schlagwortartig beschrieben mit einem Zwei-Schrank-System, dass also die krankheitsbezogenen Daten lediglich von dem Arzt einzusehen sind und bei Verlegung oder bei Hinzuziehung von Konsiliaren die krankheitsbezogenen Daten lediglich den Ärzten offengelegt werden.

Weiter ist es uns wichtig, dass den untergebrachten Patienten ein umfassendes Einsichtsrecht in die sie betreffende Dokumentation gewährt werden muss. Dazu verweisen wir auf das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 9. Januar 2006.

Im Übrigen darf ich noch auf die Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission verweisen, die im „Deutschen Ärzteblatt“, Jahrgang 110, Heft 26 vom 28. Juni 2013, nachzulesen ist.

Herr **Krieger**: Grundsätzlich begrüßt die hessische Psychotherapeutenkammer den Gesetzesentwurf als sehr geeignet, die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts umzusetzen. Wir begrüßen insbesondere die Aufnahme der psychologischen Psychotherapeuten. Das entspricht der Versorgungsrealität in der Forensik auch in der hier beschriebenen leitenden Funktion.

Einschränkend möchte ich auch darauf hinweisen, dass die Überschrift von § 7, „Ärztliche Behandlung“, insofern als eine Engführung empfunden wird, als auch die nachfolgenden Maßnahmen nicht nur ärztliche Behandlungen darstellen. Auch da würde ich denken, dass „Behandlung“ oder „Therapie“ als Überschrift und adäquate Bezeichnung umfassender und angemessener wäre.

Was mir sehr gut gefällt, ist, dass in § 7a auf Vertrauen gegründete Zustimmung ganz explizit erwähnt wird. Das ist im Kern und im Zentrum unserer psychotherapeutischen Tätigkeit. Wenn man überlegt, was für Menschen wir hier vor uns haben, ob das primär Straftäter sind oder primär psychisch Erkrankte sind, dann würde ich sagen, dass es primär psychisch Kranke sind. Deshalb unterstütze ich auch alle Voten, die in Richtung einer Ergänzung des Gesetzesentwurfs um präventive und rehabilitative Maßnahmen plädieren.

Ein Punkt, der schon angesprochen wurde: Datenschutz, § 36. Auch die Psychotherapeutenkammer möchte eine klarere Trennung von Personal-, Krankenakte und anlassbezogenen Daten. Die Kammer könnte sich auch eine dritte Akte, wo die Anlasserkrankung getrennt dokumentiert wird, vorstellen, weil zu befürchten ist, dass im Vollzugsalltag krankheitsbezogene und auch anlassbezogene Daten mittransportiert werden, ohne dass das sachgerecht und erforderlich wäre.

Herr **Willhardt**: Zunächst einmal seitens der Gewerkschaft Verdi vielen Dank für die Einladung und die Anhörung. Es gibt zwei Punkte, die ich besonders herausheben möchte: Zum einem begrüßen wir, dass einige Dinge jetzt geregelt sind, die vor allen Dingen bei den Beschäftigten im Zuge der Rechtsformänderung für Unsicherheit gesorgt haben, sodass jetzt die Beschäftigten wieder Behandlungsklarheit haben.

Auch andere Regelungen, die sich schon etabliert haben, wie Patientenfürsprecher und die Forensikbeiräte jetzt ins Gesetz zu schreiben, begrüßen wir sehr.

Was uns im Sinne der Beschäftigten besonders wichtig ist, ist die Regelung der Zwangsbehandlung. Wir begrüßen die Regelung in der Form, wie sie jetzt in dem Gesetzentwurf steht. Wir begrüßen auch, dass die Gefährdung anderer – es sind in der Regel Mitpatienten oder Beschäftigte – mit aufgenommen worden ist.

Die aktuelle Situation ist sehr schwierig bis katastrophal – in den Stellungnahmen, die die Kollegen aus den Einrichtungen selbst geschrieben haben, sind einige Sachen beschrieben worden –, sodass wir aus unserer Sicht auch im Sinne der Beschäftigten hier dringend eine Abhilfe brauchen. Deswegen würden wir es begrüßen, wenn wir diese Regelungen zeitnah umgesetzt bekommen würden.

Herr **Dr. Müller-Isberner**: Vielen Dank, dass ich heute hier sprechen darf. Auch von mir gibt es eine ausführliche schriftliche Stellungnahme; daher nenne ich jetzt nur zwei Schwerpunkte. Weitere Petitionen, deren Änderungen ich mir wünschen würde, werde ich jetzt nicht mehr erwähnen. Wenn sich da Korrekturen anbringen lassen, wäre das schön, aber verzögern sollten sie die Verabschiedung dieses Gesetzes auf gar keinen Fall.

In den beiden zentralen Punkten kann ich den Gesetzentwurf, der sehr gelungen ist, uneingeschränkt befürworten. Er regelt die vom Bundesverfassungsgericht angemahnte Stärkung und Konkretisierung der Legitimationskette vom Staat hin zum rechtsformprivatisierten Betreiber, und er regelt die im Maßregelvollzug gelegentlich leider nötige Zwangsbehandlung von Patienten in verfassungskonformer und praxisgerechter Weise.

Zunächst zur Legitimationskette: Das Verfassungsgericht hat das Hessen-Modell durchgehen lassen, aber es war haarscharf. Wer am 18.02.2012 in Karlsruhe dem Vortrag des Präsidenten des Bundesverfassungsgerichts folgte, konnte spüren, dass die Richter mehrfach nach der roten Karte gegriffen hatten, die sie dann aber doch wieder weggesteckt haben. Man werde die weitere Entwicklung sorgsam beobachten; so steht es in diesem Beschluss. Der hessische Landesgesetzgeber handelt also weise, hier etwas Sicherheitsabstand hin zum Abgrund der Verfassungswidrigkeit zu schaffen. Genau das leistet dieser Gesetzentwurf.

Auch die Regelungen zur Zwangsbehandlung folgen den Vorgaben unseres obersten Gerichtes. Menschen, die krankheitsbedingt einwilligungsunfähig sind, aus diesem schrecklichen Zustand, der mit der Menschenwürde regelhaft unvereinbar ist, zu befreien, ist eine fest auf dem Boden unserer Verfassung stehende Handlungsweise, wenn so die Wiedererlangung von Freiheit ermöglicht oder ein schwerer Gesundheitsschaden abgewendet werden kann. § 7a Abs. 1 Ziffern 1 und 2 tragen dem Rechnung.

Auch die Mitarbeiter des Maßregelvollzuges und die Mitarbeiter eines unbehandelten Kranken sind Grundrechtsträger. Art. 2 Abs. 2 unseres Grundgesetzes, körperliche Unversehrtheit, gilt auch für sie. § 7a Abs. 1 Ziffer 3 trägt dem Rechnung. Die Fachaufsicht muss das genehmigen. Das machtvolle Instrument des § 109 StVollzG – im Gesetzentwurf steht übrigens „Strafprozessordnung“; das ist falsch – steht dem Patienten und seinem Rechtsvertreter zur Verfügung, und zwar nicht nur nachträglich, sondern ich kann bereits im Vorfeld die Vornahme der Maßnahme untersagen lassen. Willkür braucht keiner zu befürchten, dies schon deshalb nicht, weil Zwangsbehandlungen auch für die

Behandler keineswegs angenehm oder gar gefahrlos sind. Es war schon immer die Ultima Ratio.

Dass all dies nun, wie vom Verfassungsgericht gefordert, klar geregelt ist, ist sehr gut. Was ich an Kritik anzubringen habe, ist etwas anderes. Ich kann, ich will und ich werde auch nicht verstehen, weshalb es fast vier Jahre gedauert hat, bis klare Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts in ein Gesetz gegossen wurden.

Bei meiner letzten Erhebung Mitte Januar dieses Jahres waren in den hessischen 63er-Kliniken insgesamt 30 Patienten wegen nicht möglicher Zwangsbehandlung in dauerhafter Absonderung. 30 psychisch schwerstkranken Menschen konnte die mögliche und ärztlich dringend gebotene Behandlung nicht gewährt werden. Dass dem hessischen Steuerzahler hier unnütze Jahreskosten von fast 4 Millionen auferlegt wurden, kann angesichts des menschlichen Elends nur eine Randnotiz sein.

Mittlerweile liegt selbst ein SEK-Einsatz hinter uns. Ein Patient wurde mittels Taserbeschluss unter Kontrolle gebracht. Im Klartext: Ihm wurde eine Starkstromverletzung mittels 50.000 Volt zugeführt. Wenn Sie nun meinen, das sei ein hessischer Einzelfall, dann irren Sie. Wenige Tage nach dem SEK-Einsatz in Gießen vermeldete die „Süddeutsche Zeitung“, dass es in der Psychiatrie in Haar bei München zu einem Schusswaffengebrauch durch die Polizei gekommen ist: Bauchschuss auf einer Krankenstation.

Das, meine Damen und Herren, ist die Realität des psychiatrischen Maßregelvollzuges in der zweiten Dekade des 21. Jahrhunderts. Diesen Zustand in Hessen zu beenden, liegt in Ihrer Hand.

Herr **Hübner**: Vielen Dank, dass ich heute hier noch einmal sprechen darf. Ich tue dies für drei Institutionen, für den Landeswohlfahrtsverband, für die Vitos gGmbH und für die Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser.

Ich möchte zunächst in Erinnerung rufen, dass wir in Hessen ein Maßregelvollzugsgesetz haben, das sich in der Praxis sehr bewährt hat. Es ist 1981 als erstes bundesdeutsches Maßregelvollzugsgesetz verabschiedet worden. In den vergangenen 24 Jahren waren nur wenige Änderungen erforderlich. Sie wissen alle, dass das in der Gesundheitsgesetzgebung eher eine Ausnahme ist. Ich zähle den Maßregelvollzug ausdrücklich zum Gesundheitswesen, denn psychisch kranke Rechtsbrecher und der Maßregelvollzug gehören zur psychiatrischen Versorgung. Hessen nimmt im bundesdeutschen Maßregelvollzug, was Qualitätskriterien angeht, durchaus eine führende Position ein. Dafür ist auch dieses Gesetz Grundlage gewesen.

Zum Entwurf selbst will ich nur einige Punkte herausgreifen, die mir sehr wichtig erscheinen. Ansonsten verweise ich auf die Ihnen vorliegenden Stellungnahmen. Ich begrüße es sehr, dass für die forensisch-psychiatrischen Ambulanzen eine gesetzliche Grundlage geschaffen wird, denn die Nachsorge der aus der Klinik entlassenen und unter Führungsaufsicht stehenden Patienten durch erfahrene Klinikärzte und Therapeuten trägt sowohl zu den vergleichsweise kurzen Unterbringungsauern als auch zu kriminalpräventiven Maßnahmen bei. Das heißt, es besteht eine sehr niedrige Rückfallquote.

Für wichtig halte ich es auch, dass für die forensischen Kliniken eigene Patientenfürsprecher berufen werden sollen. Sie können sich ausschließlich den Belangen dieser Maßregelvollzugspatienten widmen, bei denen – das dürfen wir nicht vergessen – eine doppelte Stigmatisierung vorliegt, nämlich als psychisch krank und als straffällig.

Auch die gesetzliche Etablierung der Forensikbeiräte ist sehr zu begrüßen. Sie haben die wichtige Aufgabe, sozusagen eine Brücke zwischen Klinik und Öffentlichkeit zu schlagen. Das ist in der Praxis nicht ganz einfach, denn die Bürger haben vor dem Maßregelvollzug Angst, vor allem vor Vollzugslockerungen bei den Patienten. Es ist meist auch sehr schwierig, Vertrauen in der Öffentlichkeit zu gewinnen. Aber dieses Vertrauen ist besonders am Ende der Behandlung gefragt, wenn die entlassenen Patienten wieder gesellschaftlich integriert werden sollen.

Die zentrale Bestimmung des Änderungsgesetzes ist das Thema Zwangsbehandlung. Dieser Begriff löst Emotionen aus und stößt auch auf Ablehnung. Denn ärztliche Maßnahmen sind Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit. Diese ist – Sie wissen es alle – grundgesetzlich geschützt. Deshalb gilt auch im Maßregelvollzug, siehe § 7, der Grundsatz der Zustimmung des Patienten. Nur wenn der Patient wegen seiner psychischen Erkrankung nicht in der Lage ist, seine Entscheidungen zu treffen, und weil ihm die Einsichtsfähigkeit fehlt und er sich deshalb erheblichen gesundheitlichen Risiken aussetzt oder gar eine Gefahr für Mitpatienten und Mitarbeiter der Station darstellt, darf er gegen seinen Willen behandelt werden.

Ziel ist es, die Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit des Patienten wiederherzustellen. Denn ohne sie wäre eine Entlassung aus dem Maßregelvollzug kaum möglich.

Ein Vertreter der Angehörigen psychisch Kranker charakterisierte einmal das Verhalten von Patienten in akuten psychischen Krisen mit einem wahnhaften Erleben, mit Erregungs- und Unruhezuständen und impulsiven Aggressionen als menschenunwürdig. Die Behandlung müsse ihm also zunächst einmal seine Würde wiedergeben. Das ermöglicht das Gesetz.

Das Bundesverfassungsgericht hat sehr eingehende inhaltliche, aber auch verfahrensrechtliche Eckpunkte festgelegt. Nach meinem Dafürhalten werden diese von dem hessischen Maßregelvollzugsgesetz in der Entwurfsfassung umgesetzt.

Das Bundesverfassungsgericht hat keine richterliche Genehmigung für Zwangsbehandlungsmaßnahmen verlangt. Die im Entwurf vorgesehene Genehmigung der Fachaufsicht halte ich deshalb für angemessen und sinnvoll. Auf § 109 StVollzG ist schon verwiesen worden.

Es wird immer wieder eingewandt – Herr Dr. Spies hat diese Frage auch schon aufgeworfen –: Darf denn eigentlich auch bei einer Fremdgefährdung zwangsbehandelt werden? Wenn man sich die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts einmal genau anschaut, dann sieht man, dass es sich dazu nicht geäußert hat. Es ist offengeblieben. Ich weiß zwar, dass es zahlreiche juristische Interpretationen gibt, die sogar so weit gehen, dass auch sedierende Medikation als Sicherungsmaßnahme angesehen werden kann. Da sind wir schon sehr dicht an einer Behandlung dran.

Im Übrigen sollte diese Frage nicht nur juristisch, sondern auch fachlich beurteilt werden und interpretiert werden. Dazu verweise ich auf eine sehr ausführliche Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, die darauf hinweist, dass es als Alternative nur eine mechanische Fixierung des Patienten gibt. Die ist unter ethischen Gesichtspunkten, gerade wenn sie länger andauern muss, weit problematischer als eine Behandlung gegen den Willen des Patienten, um ihn schnell wieder zugänglich zu machen.

Zusammenfassend kann ich deshalb aus der Sicht der drei Institutionen sagen, dass der Gesetzentwurf mit kleinen Änderungs- und Ergänzungswünschen voll unterstützt wird und die Zustimmung findet.

Zum Schluss muss ich noch einen kurzen Wunsch äußern, denn all das, was zur Zwangsbehandlung hier geregelt ist und was zur Legitimation privatrechtlicher Unternehmen geregelt ist, gilt natürlich genauso für Patienten, die nach dem Hessischen Freiheitsentziehungsgesetz eingewiesen sind. Dort findet im Moment viel – man muss es klar sagen – Illegales statt. Deshalb braucht Hessen dringend ein PsychKG. Es wäre ein guter Anlass, zum 40-jährigen Jubiläum der Psychiatrie-Enquete, die 1975 veröffentlicht worden ist, auch in Hessen ein Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz zu haben.

Herr **Schmidbauer**: Durch die Entscheidung der fehlenden Verfassungsmäßigkeit des § 7 des derzeit noch gültigen Maßregelvollzugsgesetzes hat das Bundesverfassungsgericht eine Lücke gerissen in die Möglichkeiten, die uns anvertrauten Patienten adäquat zu behandeln. Den im Maßregelvollzug untergebrachten Patienten steht aufgrund der Regelungen des Strafvollzugsgesetzes die gesamte Palette psychiatrischer Hilfemaßnahmen und von Behandlungsmitteln, Wiedereingliederungsmaßnahmen, einschließlich schulischer, beruflicher und sonstiger Maßnahmen, zur Verfügung, sofern sie einwilligen.

In dem Augenblick, in dem die Patienten aufgrund ihrer Erkrankung nicht mehr einwilligen, sind sie seit dem Entscheid des Bundesverfassungsgerichtes letztendlich in das Spätmittelalter zurückgebeamt und sind auf sich geworfen. Letztendlich haben wir als Behandler nur noch die Möglichkeit, sie vor sich selbst und die anderen vor ihnen zu sichern. Das ist ein dauerhaft unhaltbarer Zustand. Insofern kommt die gesetzliche Regelung, wenngleich spät, doch in der richtigen Form.

Vorsitzende: Vielen Dank, Herr Schmidbauer. – Ich eröffne die zweite Fragerunde. Herr Spies hatte sich zu Wort gemeldet.

Abg. **Dr. Thomas Spies**: Ich habe zwei Fragen, eine an die Direktorin der forensisch-psychiatrischen Kliniken: Teilen Sie die Einschätzung, dass eine Anspruchsformulierung aus der Sicht der Patienten, also ein Hilfeanspruch, ein Anspruch auf umfassende Therapie der Patienten, im Gesetz explizit aufgenommen, die Verhandlungsgrundlage für die Finanzierung Ihrer Aufgaben verbessern könnte? Wenn ja, hätten Sie eine solche Formulierung gerne im Gesetz?

Die zweite Frage geht an Dr. von Knoblauch zu Hatzbach. Sie haben sich sehr explizit zur Frage der Behandlung von einwilligungsfähigen Patienten geäußert. Sehen Sie nach den Hinweisen einen Rahmen, in dem die Behandlungen von einwilligungsfähigen Patienten gegen ihren expliziten Willen adäquat sein können?

Die gleiche Frage möchte ich auch an Verdi stellen, weil dort ausdrücklich darauf verwiesen wurde. Ist die Auffassung von Verdi tatsächlich, dass die Behandlung von Patienten, die in der Lage sind, einzusehen, was mit ihnen passiert, auch gegen ihren Willen aufgrund ihrer Gefährlichkeit angemessen sein soll, wenn der Patient einsichtsfähig ist, um zu verstehen, dass ihm möglicherweise stattdessen ein Einzelzimmer oder andere freiheitseinschränkende Maßnahmen treffen können?

Vorsitzende: Bevor ich Frau Schott das Wort gebe, muss ich mich entschuldigen. Wir haben noch zwei Anzuhörende aus diesem Bereich. Das war mir noch nicht bekannt. Herr Dr. Christian Wolf aus Marburg und der Ärztliche Direktor Ralf Wolf aus Hadamar sind ebenfalls hier. Den beiden wollen wir natürlich auch noch die Gelegenheit geben, ihre Stellungnahmen abzugeben. – Frau Schott nickt schon. Dann würde ich Ihnen beiden erst einmal das Wort geben. Ich denke, Herr Dr. Spies, Ihre Fragen werden nicht vergessen. Vielleicht können die Fragen gleich in der Stellungnahme mitbesprochen werden.

Jetzt hat als Erster Herr Dr. Christian Wolf, Vitos jugendforensische Klinik Marburg, das Wort. – Er ist wohl doch nicht da.

Dann hat Herr Ralf Wolf, Ärztlicher Direktor der Vitos Klinik für forensische Psychiatrie Hadamar, das Wort.

Herr **Wolf:** Ich bedanke mich für die Möglichkeit, hier Position beziehen zu können, aber die Aufforderung überrascht mich etwas. Ich kann im Grunde genommen nur noch einmal das bestätigen, was meine Vorredner auch gesagt haben.

Es ist ein ganz zentrales Anliegen und Moment für im Maßregelvollzug Tätige, aber insbesondere auch für die Patienten, dass dann, wenn die Einsichtsfähigkeit in die Notwendigkeit einer Behandlung nicht gegeben ist, dennoch die Möglichkeit einer Behandlung besteht, um diesen Patienten und diesen Menschen wieder entsprechende Perspektiven zur Gesundheit und letztlich auch zur Erlangung der Freiheit zu eröffnen und zu ermöglichen.

Deshalb befürworte ich es ausgesprochen, dass diese Möglichkeit jetzt im Gesetz geschaffen wird. Ich halte das für eine richtige Maßnahme, die in die richtige Richtung zielt.

Vorsitzende: Vielen Dank, Herr Wolf. – Jetzt fahren wir mit der Fragerunde fort. Frau Schott hat das Wort.

Abg. **Marjana Schott:** Danke, Frau Vorsitzende. – Ich hätte an die Ärzte im Raum und wer sich berufen fühlt, es zu beantworten, die Bitte, das Verhältnis von Zwangsbehandlung und Patientenverfügung noch einmal aufzugreifen, weil ich da immer noch erheblichen Beratungsbedarf habe.

Ich bin keine Medizinerin. Bitte verzeihen Sie mir das Laienhafte, aber ich versuche, mich in ein Thema einzuarbeiten und hineinzudenken, das mir nicht unbedingt ganz nahe ist. Inwieweit bestehen denn Abhängigkeitsgefahren bei Zwangsbehandlungsmaßnahmen? Generiert man damit nicht möglicherweise neue Probleme, die man vorher nicht hatte?

Ich habe noch eine ganz spezielle Frage an Herrn Dr. von Knoblauch zu Hatzbach. Sie haben im Sinne des Datenschutzes vorhin davon gesprochen, dass nur das ärztliche Personal Einsicht haben sollte. Wie ist das aus Ihrer Sicht mit dem Pflegepersonal? Oder hatten Sie das mitgemeint? Oder kann das funktionieren, ohne dass das Pflegepersonal das Krankbild genau kennt? Ist es an dieser Stelle eine sinnvolle Forderung?

Vorsitzende: Vielen Dank, Frau Schott. – Weitere Fragen liegen mir nicht vor. Deshalb gehe ich wieder in der gleichen Reihenfolge vor. Herr Dr. von Knoblauch zu Hatzbach, Sie haben als Erster das Wort.

Herr **Dr. von Knoblauch zu Hatzbach:** Vielen Dank, Frau Vorsitzende. – Die Frage von Herrn Spies möchte ich aufgreifen und in diesem Zusammenhang noch einmal auf die Stellungnahme der Bundesärztekammer verweisen, die ich vorhin erwähnt habe. Es gibt ein Recht auf Kranksein. Im Arzt-Patienten-Bezug gibt es kein Recht für den Arzt, zu behandeln, wenn der Patient es ablehnt. Das geht natürlich nur bei einwilligungsfähigen Patienten. Wenn ich mit Ihrer Erlaubnis zitieren darf:

Bei bestehender Einwilligungsfähigkeit eines Patienten entscheidet dieser selbst über seine Behandlung, auch wenn ein Betreuer mit dem Aufgabenkreis „Gesundheitsfürsorge“ bestellt oder ein Bevollmächtigter vorhanden ist. Für die Einwilligungsfähigkeit ist ausreichend, dass der Patient Wesen, Bedeutung und Tragweite der Maßnahme im Groben erfassen, das Für und Wider abwägen und seinen Willen hiernach bestimmen kann.

Erst wenn man sich davon überzeugt hat, dass dies von dem Patienten nicht erfasst wird und dass in diesem Zusammenhang keine Einwilligungsfähigkeit besteht, kann man z. B. mit der Zustimmung des bestellten Betreuers behandeln, aber nie gegen den Willen eines einwilligungsfähigen Patienten. Es ist ärztlich-ethische Grundsatzhaltung, dass wir einen Patienten, der nicht behandelt werden will, auch nicht behandeln.

Außerdem wäre in diesem Zusammenhang, wenn wir gegen den Willen behandeln, durchaus mit einer Traumatisierung zu rechnen, und das Patienten-Arzt-Verhältnis wird im Vertrauen nachhaltig gestört.

Nun komme ich zur Frage zum Pflegepersonal. Da, wo es um die Sicherstellung der Behandlung geht, werden Arzt und Patient miteinander kommunizieren, aber grundsätzlich gehört die krankheitsbezogene, anlassbezogene Akte, als Arztakte gesehen, unter Verschluss und ist auch unter Verschluss zu halten, damit kein Missbrauch entsteht.

Vorsitzende: Vielen Dank. – Ich hatte noch eine Frage von Herrn Dr. Spies an Herrn Willhardt von Verdi notiert.

Herr **Willhardt:** Es ging um die Frage, einer Gefahr entgegenzuwirken. Wenn man das im Zusammenhang mit den Voraussetzungen sieht, die im Absatz 2 genannt sind, ist es ja ein ganz enger Maßstab und ein seltener Fall. Wir denken schon, dass man im Sinne der Mitpatienten und Beschäftigten, um diese zu schützen, wenn dies die einzige Möglichkeit ist, hier eingreifen zu können, dies auch ermöglichen sollte.

Vorsitzende: Vielen Dank. – Die nächsten Fragen richteten sich an die Ärztlichen Direktorinnen und Direktoren. Ich weiß nicht, ob Herr Dr. Müller-Isberner für alle antworten will.

Herr **Dr. Müller-Isberner:** Dort eine Anspruchsformulierung noch extra aufzunehmen, schadet sicher nicht. Aber ich darf darauf hinweisen, dass eine enthalten ist. In § 7 wird nämlich auf § 136 StVollzG verwiesen. Ich kann diesen Paragraphen nicht auswendig,

aber darin steht genau, dass man Patienten des Maßregelvollzuges alle ärztlich nötigen und möglichen Behandlungsmaßnahmen zugute zu kommen zu lassen hat.

Wenn man das oberflächlich liest, denkt man, es ist nicht enthalten, aber über den Querverweis ist es bereits enthalten; das machen ja Gesetzesformulierer öfter. Man kann es natürlich zur besseren Lesbarkeit auch in dieses Gesetz noch einmal aufnehmen.

Frau Schott hat noch nach dem Verhältnis von Zwangsbehandlung und Patientenverfügung gefragt. Mir sind im Augenblick nur Patientenverfügungen von unseren Patienten bekannt, die sagen, dass in dem Fall, dass sie so schwer krank sind, dass sie das Ausmaß ihrer Krankheit nicht mehr erkennen und der zuständige Arzt sie für behandelbar hält, er auch die Behandlung durchführt. Einige dieser Patienten haben diese Verfügung gemacht, nachdem sie zum ersten Mal zwangsbehandelt worden sind.

In der anderen Richtung kenne ich das nicht. Ich kann mir aber schwer vorstellen, dass eine Patientenverfügung, die eine Behandlung, die dazu führt, dass man nicht mehr jeden, der in seine Nähe kommt, schwerstverletzt, ausschließt, hier eine übergreifende Gültigkeit haben kann. Denn wie ich schon sagte: Art. 2 Abs. 2 des Grundgesetzes gilt auch für die Mitarbeiter des Maßregelvollzuges. Auch sie haben ein Recht auf körperliche Unversehrtheit.

Zum Datenschutz würde mir auch noch etwas einfallen: Wir behandeln ja nicht als psychologischer Psychotherapeut, als Arzt oder als Pfleger. Wir behandeln im Team, und natürlich müssen alle, die im Team mit einem Patienten zu tun haben, auch wissen, was da gerade vor sich geht. Das ist die tägliche Praxis. Mir ist auch kein Fall bekannt, in dem das mal in irgendeiner Weise rechtlich gerügt worden ist.

Es gibt ja nicht nur Art. 2 Abs. 2 des Grundgesetzes. Die Menschen, die zu uns kommen, sind zu 85 % Gewalttäter. Nur durch die Behandlung kann das Risiko gesenkt werden. Kann ich sie nicht behandeln, heißt das nichts anderes, als dass sich nur der Opferpol verschiebt. Es ist dann nicht mehr die Allgemeinheit draußen, sondern es sind die Menschen in der Klinik, die jetzt viktimisiert werden. Das kann es ja wohl auch nicht sein.

Vorsitzende: Vielen Dank. – Zu dieser Fragestellung hatte sich auch noch Herr Prof. Dr. Nedopil gemeldet.

Herr Prof. **Dr. Nedopil:** Patientenverfügung und Maßregelvollzug: Wenn man in die Entstehungsgeschichte der Patientenverfügung zurückgeht, dann wurde dort der Maßregelvollzug *expressis verbis* ausgenommen. Patientenverfügungen gelten nicht für den Maßregelvollzug und Unterbringungsgesetze. Ich bin aus Bayern. Hier wäre es das Hessische Freiheitsentziehungsgesetz. Für diese Paragraphen oder diese staatlichen Eingriffe gilt die Patientenverfügung dem Grundsatz nach nicht; so wurde es damals gesagt.

Natürlich kann es in Einzelfällen eine andere Überlegung geben, und es macht sicher Sinn, Patientenverfügungen anzuregen. Gleichwohl: Vom Grundsatz her sollten sie nicht gelten; so war es damals gedacht.

Herr **Schmidbauer:** Es gab noch die Frage zu den Abhängigkeitsgefahren durch Zwangsbehandlungsmaßnahmen. Es geht bei den zwangsweisen Behandlungen zur

Wiedererlangung der Einsichtsfähigkeit im Wesentlichen um eine medikamentöse Behandlung mit antipsychotisch wirksamen Substanzen. Die sind gemeinhin nicht abhängigkeiterzeugend. Es kann sein, dass es einzelne adjuvante Maßnahmen in Form der Vergabe von Benzodiazepinen gibt, die dann allerdings auch nur vorübergehend gegeben werden. Diese könnten abhängig machen.

Das heißt, wir achten im Rahmen einer Behandlung grundsätzlich darauf, dass wir abhängigkeiterzeugende Medikamente, wenn überhaupt, nur zeitlich begrenzt, über einen kurzen Zeitraum – das heißt über sechs bis maximal zwölf Wochen – einsetzen und dann nach Möglichkeit wieder absetzen.

Vorsitzende: Vielen Dank. – Damit ist diese Fragerunde beendet.

Wir kommen zu den Stellungnahmen der Pflegedirektorinnen und -direktoren. Als Erste hat die Krankenpflegedirektorin der Psychiatrie Haina, Frau Gudrun Gaertner, das Wort.

Frau **Gaertner:** Der Gesetzentwurf ist gelungen. Aus Sicht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes der Vitos Klinik für forensische Psychiatrie Haina ist vor allem die Novellierung des § 7a des Gesetzes besonders zu begrüßen. Die Einweisung eines Menschen in den Maßregelvollzug erfolgt aufgrund der Feststellung einer psychischen Erkrankung. Wäre der Mensch seitens des Gerichtes nicht als psychisch krank erkannt worden, wäre er aufgrund seiner Delinquenz in den Strafvollzug eingewiesen worden.

Die Mitarbeiter des Maßregelvollzuges können und wollen psychisch kranke Rechtsbrecherinnen und Rechtsbrecher effektiv behandeln. In den Maßregelvollzug kommen deutlich behandlungsbedürftige psychisch Kranke, für sich und ihre Mitmenschen teils hochgefährliche Patientinnen und Patienten. Aufgrund ihrer Erkrankung fehlt ihnen häufig jegliche Einsicht in die Behandlungsnotwendigkeit, aber auch in ihre Gefährlichkeit.

Diese Menschen werden durch die bloße Einweisung in den Maßregelvollzug weder gesünder noch ungefährlicher. Sie sind lediglich, wie eben schon mehrfach erwähnt, nicht mehr für die Allgemeinheit schlechthin, aber für eine klinikinterne Öffentlichkeit – allein in Haina über 600 Bedienstete aller Berufsgruppen und 350 Mitpatientinnen und Mitpatienten – eine Gefahr, wenn sie nicht behandelt werden.

Die Bediensteten des Maßregelvollzuges sind ebenfalls Bürgerinnen und Bürger des Landes Hessen und sind gefährlichen unbehandelten, psychisch kranken Rechtsbrecherinnen und Rechtsbrechern rund um die Uhr deutlich näher, als jeder andere Mensch in Freiheit es in der Regel ist. Sie können nicht ausweichen. Sie können sich nicht entziehen. Sie müssen sich jeglichem von diesen unbehandelten Patientinnen und Patienten ausgehenden Risiko stellen.

Diese Bürgerinnen und Bürger haben, auch wenn sie Bedienstete einer Maßregelvollzugseinrichtung sind, das gleiche Recht auf Schutz und körperliche Unversehrtheit wie jede andere Bürgerin oder jeder andere Bürger. Sie wissen und Sie haben es hundertfach erlebt, dass nahezu allen Patientinnen und Patienten mit der entsprechenden Medikation zumindest so weit geholfen werden kann, dass diese ihre Gedanken ordnen und ihre Behandlungsbedürftigkeit erkennen können.

Vor dem Hintergrund dieses Wissens und der für einen Pflegeberuf notwendigen Haltung gegenüber Hilfebedürftigen ist es für die Bediensteten kaum zu ertragen, dem

teilweise unermesslichen Leiden der Patientinnen und Patienten wochen- und monatelang rund um die Uhr hilflos zuschauen zu müssen, wohl wissend, dass über eine entsprechende Medikation Hilfe und Leidenslinderung möglich wären.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes müssen als Sitzwachen stundenlang zusehen, wie sich Patientinnen und Patienten selbst schädigen, wie sie sich Zähne ausschlagen, in Fixierung toben, schreien, in ihrem Urin und Kot liegen, verdrecken, vermüllen, verwahrlosen. Jeder Eingriff zur Verhinderung oder Minderung von Schäden für diese Patientinnen und Patienten ist mit großer Gefahr und hohem Verletzungsrisiko für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verbunden. Hierbei sind Beleidigungen, Anspucken, Kratzen, an den Haaren Reißen, Faustschläge, Fußtritte, mit Kot beworfen werden usw. im wahrsten Sinne des Wortes an der Tagesordnung. Wir haben Verletzungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bis hin zu Frakturen oder Gehirnerschütterungen zu verzeichnen.

Alle bestürzenden und dramatischen Erlebnisse aufzulisten, die wir allein in der Klinik Haina in den letzten vier Jahren verzeichnen mussten, würde meine Redezeit hier deutlich sprengen.

Allein im Jahr 2014 haben Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes der Klinik Haina mehr als 8.000 Stunden als zusätzliche Sitzwachen diese unbehandelten Patientinnen und Patienten zumindest mit ihrer Anwesenheit und Aufmerksamkeit begleitet, um in Extremfällen unter Inkaufnahme höchsten Risikos eingreifen zu können.

Die Novellierung des hessischen Maßregelvollzugsgesetzes wird von allen Bediensteten des hessischen Maßregelvollzugs gespannt und mit höchster Erwartung verfolgt. Ich bin mir sicher, dass Sie, der Gesetzgeber, sich Ihrer Verantwortung für die Patientinnen und Patienten sowie für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Maßregelvollzuges bewusst sind, und bitte Sie, im Sinne der betroffenen Patientinnen und Patienten, aber auch der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dem Gesetzentwurf zuzustimmen. – Ich bedanke mich, dass ich hier sprechen durfte.

Vorsitzende: Sehr gerne. Vielen Dank, Frau Gaertner. – Als Nächster kommt der Pflegedirektor der Vitos Klinik für forensische Psychiatrie Eltville, Herr Wolfgang Gunold, an die Reihe.

Herr **Gunold:** Ich danke Ihnen für die Gelegenheit, hier heute zu sprechen. Meine schriftliche Stellungnahme liegt Ihnen vor. Ich möchte nur noch einmal deutlich machen, dass ich den vorliegenden Gesetzentwurf als sehr gelungen ansehe und ihn befürworte. Die vorgenannten Praxisbeispiele von Frau Gaertner lassen sich sicherlich um weitere ergänzen, aber es geht ja hier um die Redezeit.

Mir ist dabei sehr wichtig, dass wir wieder handlungsfähig bleiben. Frau Gaertner hat das sehr gut dargestellt.

Vorsitzende: Vielen Dank für die Ergänzung und Bestärkung. – Dann kommt für die kaufmännischen Leitungen der Geschäftsführer der Vitos Klinik für forensische Psychiatrie Haina, Herr Ralf Schulz, an die Reihe.

Herr **Schulz**: Ich schließe mich in den wesentlichen Punkten uneingeschränkt den bereits vorgetragenen Expertenmeinungen an, insbesondere den Ausführungen von Frau Gaertner und Herrn Dr. Müller-Isberner. Ich möchte aber zwei, drei Punkte herausgreifen, z. B. die laufende Nr. 8: Patientenfürsprecher. Das ist eine rundum gelungene Regelung und sehr zu begrüßen.

Gleiches gilt für die Forensikbeiräte. Auch diese Regelung ist sehr zu begrüßen. In der Praxis gibt es bereits Beiräte, und die Zusammenarbeit mit den ehrenamtlich besetzten Beiräten hat sich bewährt, weil sich die Kommunikation zwischen den Kliniken und der Öffentlichkeit damit deutlich verbessert hat. Ängste wurden abgebaut, und insbesondere in kritischen Situationen war durch die gute Zusammenarbeit im Vorfeld immer ein sachliches und sehr zielgerichtetes Zusammenarbeiten möglich.

Laufende Nr. 11: Zwangsbehandlungen. Diese Regelung ist auch aus kaufmännischer Sicht sehr zu begrüßen. Sie schafft Rechtssicherheit für unsere Mitarbeiter und für unsere Patienten. Es wurde heute bereits mehrfach darauf hingewiesen, dass das derzeitige Verbot der Zwangsbehandlungen nicht nur für den Patienten negative Folgen hat, sondern auch für unsere Mitarbeiter.

Eine sehr hohe körperliche und psychische Belastung wird von den Mitarbeitern gefordert und bringt die tägliche Arbeit mit sich. Dies führt leider zu einem deutlich erhöhten Krankenstand aufgrund der unmittelbar einwirkenden Gewalt gegenüber den Mitarbeitern und zu Spannungen in der Belegschaft, die sich ebenfalls in einem deutlich erhöhten Krankenstand niederschlagen.

Sowohl die Nichtdurchführung der erforderlichen medizinischen Maßnahmen und Behandlungen als auch die Erhöhung der psychischen und physischen Belastungen am Arbeitsplatz führen im Ergebnis dazu, dass die Kosten im hessischen Maßregelvollzug deutlich gestiegen sind. Die Verweildauern der Patienten verlängern sich nicht unwesentlich, und die hohen Krankenstände führen zu einer kostenintensiven Personalvorhaltung.

Alle anderen weitergehenden Kommentierungen zu dem Entwurf der neuen gesetzlichen Regelung überlasse ich unseren Experten, die Sie größtenteils schon gehört haben. Jedoch ist aus Sicht des Geschäftsführers einer forensischen Klinik festzustellen, dass der Änderungsentwurf des Maßregelvollzugsgesetzes in allen Punkten gelungen ist, längst überfällig war, seine Regelungen verhältnismäßig und im Ergebnis sehr begrüßenswert sind.

Vorsitzende: Vielen Dank, Herr Schulz. – Wir kommen zu den Personalvertretungen. Ich rufe Herrn Wolfgang Mihr auf. Sie sind Betriebsratsvorsitzender der Vitos Klinik Haina.

Herr **Mihr**: Auch ich möchte mich recht herzlich für die Einladung zur Anhörung bedanken. Wir haben eine ausführliche schriftliche Stellungnahme abgegeben und haben auch ein entsprechendes Fallbeispiel beigefügt, um aufzuzeigen, mit welchen Belastungen unsere Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen seit einigen Jahren zu kämpfen haben.

Die zwingende Notwendigkeit zur Novellierung des hessischen Maßregelvollzugsgesetzes wird von uns Betriebsräten insbesondere nach den höchstrichterlichen Entscheidungen sowie den aktuellen Entwicklungen in den forensischen Kliniken gesehen. Der Gesetzesentwurf scheint uns dazu geeignet, die dringend erforderliche Rechtssicherheit für

die in den Einrichtungen behandelten Patienten und Patientinnen sowie für die dort beschäftigten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zu schaffen.

Die Entwicklung der letzten Jahre ohne die Möglichkeit der Zwangsbehandlung hatte zum Teil fatale Folgen für die Betroffenen, die wir im Fallbeispiel dargestellt haben. Ferner führte sie zu einem erheblichen Anstieg der Einzelzimmerunterbringungen und produzierte massive Alltagsprobleme, unter denen auch Mitpatienten und Mitpatientinnen und Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zu leiden haben. Für die Beschäftigten ist sie gekennzeichnet durch eine drastische Zunahme an Gefährdungen.

Gerade diejenigen, die sich dafür entschieden haben, mit dieser schwierigen Klientel zu arbeiten, ob mit pflegerischer oder therapeutischer Profession, sollten nach Auffassung der Betriebsräte auch ein Anrecht auf weitgehende körperliche Unversehrtheit am Arbeitsplatz haben.

Der Betriebsrat der Vitos Haina gGmbH begrüßt daher ausdrücklich den vorgelegten Gesetzentwurf, um den skizzierten Veränderungen und Entwicklungen der vergangenen Jahre endlich Rechnung zu tragen.

Vorsitzende: Vielen Dank, Herr Mihr. – Der stellvertretende Betriebsratsvorsitzende Thomas Stein ist als Nächster an der Reihe. Sie vertreten auch den Standort Gießen von Vitos.

Herr **Stein:** Auch wir am Standort Gießen sind dankbar, hier unsere Stellungnahme abgeben zu können. Wir können uns in vielen Dingen nur dem anschließen, was bereits gesagt worden ist. Die Gefahren, denen die Beschäftigten in den letzten drei Jahren ausgesetzt sind, sind sehr erheblich. Wir reden darüber, dass Mitarbeiter Knochenbrüche zu erleiden haben, dass Mitarbeiter von nicht behandelten Patienten bis zur Bewusstlosigkeit gewürgt worden sind; junge Frauen sind davon betroffen.

Mir ist bewusst, dass es sehr kritisch zu sehen ist, wenn man über Zwangsbehandlung von psychiatrischen Patienten spricht, aber es geht immer um die Besserung des Patienten und nicht darum, Zwangsmaßnahmen an Menschen auszuüben.

Vorsitzende: Vielen Dank, Herr Stein. – Für die Patientenvertretungen hat Herr Mayrl das Wort. Sie sind Patientenfürsprecher der forensischen Psychiatrie in Haina.

Herr **Mayrl:** Vielen Dank für die Einladung. Ich bin seit einigen Jahren Patientenfürsprecher in der Klinik für forensische Psychiatrie Haina und begrüße es sehr, dass eine Modifikation von § 7 des Hessischen Krankenhausgesetzes Eingang in das Maßregelvollzugsgesetz finden soll.

Ich habe es in meiner Stellungnahme begrüßt, dass in Absatz 1 an die Stelle des Benehmens in Zukunft das Einvernehmen treten soll. Den Patienten ist meines Erachtens besser gedient, wenn der Patientenfürsprecher die Strukturen einer Einrichtung kennt und auch über das Maßregelvollzugsgesetz oder über die Behandlungsformen Bescheid weiß. Ich finde, dass emeritierte Mitarbeiter in besonderer Weise für eine Patientenförsprechertätigkeit geeignet sind.

Was ich an diesem § 5a zu kritisieren habe oder zumindest zur Diskussion stelle, ist der fünfte Punkt, dass der Träger die Kosten der Aufwandsentschädigung zu tragen hat. Das heißt, wenn man das Vorliegen der Einvernehmlichkeit damit verbindet, dass der Träger die Kosten der Aufwandsentschädigung trägt, dann sehe ich die Unabhängigkeit des Patientenfürsprechers infrage gestellt. Das würde ich gerne noch einmal zur Diskussion stellen. Die Einvernehmlichkeit plus eine Art finanzielle Abhängigkeit ist meines Erachtens für die Unabhängigkeit des Patientenfürsprechers nicht zuträglich.

Vorsitzende: Ich bedanke mich auch bei Ihnen, Herr Mayrl. – Ich blicke in die Runde der Abgeordneten: Gibt es zu diesem Bereich Fragen? – Frau Schott.

Abg. **Marjana Schott:** Ich habe zwei Fragen. Herr Mayrl, Sie haben gesagt, dass Patientenfürsprecher emeritierte Mitarbeiter der Klinik sein sollten oder könnten bzw. dass das von Vorteil wäre. Wie sehen Sie dann die Neutralität eines solchen Menschen, wenn er bis dahin eigentlich in das System Klinik eingebunden war?

Ich habe noch eine Frage an die Betriebsräte. Wir haben vorhin gehört, wie viele Stunden jetzt zusätzlich mit Sitzwachen verbracht werden. Was mir in der ganzen Formulierung aufgefallen ist, ist, dass ich nicht herausfinden konnte, ob es eine Begrenzung gibt, wie lange eine Fixierung stattfinden kann, weder in der alten noch in der neuen Version. Wie lange wird nach Ihrer Erfahrung ein Mensch da fixiert? Sollte das nicht begrenzt werden?

Abg. **Marcus Bocklet:** Zwei Fragen, auch zur Sitzwache: Frau Gaertner, Sie haben dankenswerterweise auf den Umstand hingewiesen, dass Sie in Ihren Einrichtungen über 8.000 Stunden Sitzwache abgehalten haben. Viele der schriftlichen Stellungnahmen sprechen sich dafür aus, im Gesetz eine Sitzwache von 24 Stunden vorzusehen. Was ist denn die alltägliche Praxis, wenn Sie jemanden fixieren? Wie machen Sie denn momentan die Fixierung? Sitzt da jemand?

Gerade der Verband der Angehörigen und ehemaligen Betroffenen hat das Beispiel der Fliege gebracht, die im Gesicht Juckreiz auslöst. Es wird auch die Gefahr gesehen, dass jemand fixiert ist und unter Umständen Medikamente erbricht. Wenn es dann Sitzwachen gibt, ist dieses Problem ja gelöst. Sind denn immer Sitzwachen da? Wenn die Realität, der Alltag so wäre, sehen Sie da Regelungsbedarf?

Zu dem Thema „Benehmen“ und „Einvernehmen“ die Frage: Wie ist die Realität bei den Patientenfürsprechern? Fühlen Sie sich durch die bisherige Regelung denn behindert? Das Wort „Einvernehmen“ ist ja ein stärkeres Wort als „Benehmen“. Gibt es dort in der alltäglichen Arbeit für Sie Behinderungen, sodass Sie sich diese Verstärkung wünschen?

Unser gemeinsames Ziel ist ja wahrscheinlich, dass wir eine Instanz wollen, eine vermeintlich neutrale Instanz, die sich zugunsten des Patienten die Sache noch einmal anschaut. Dieser Person sollte der Zugang ja so leicht wie möglich gemacht werden. Ein Einvernehmen oder unter Umständen sogar ein Einverständnis, was ja noch eine stärkere Formulierung wäre, könnte die Arbeit des Patientenfürsprechers eher behindern als erleichtern.

Deswegen möchte ich an Sie noch einmal die Frage richten: Was erhoffen Sie sich durch diese Erleichterung? Gab es Alltagskonflikte, die diese Regelung Ihrer Meinung nach tatsächlich auch begründen?

Vorsitzende: Gibt es noch weitere Fragen von Abgeordneten? – Ich sehe keine Meldung. Dann eröffne ich die Antwortrunde. Wir behalten die Reihenfolge bei. Dann kommt Frau Gaertner als Erste.

Frau **Gaertner:** Ich glaube, man muss bei der Sitzbewachung grundsätzlich Maßregelvollzug und Allgemeinpsychiatrie unterscheiden. Ich konzentriere mich jetzt natürlich ausschließlich auf den Maßregelvollzug.

Im Maßregelvollzug und im Speziellen in der Vitos Klinik für forensische Psychiatrie Haina ist es in der Tat so, dass jeder Patient, der innerhalb des Maßregelvollzuges noch einmal in seinen Freiheiten eingeschränkt wird, sei es durch Fixierung oder sei es durch Unterbringung in einem gesicherten Einzelzimmer, permanent besitzwacht wird. Das heißt, es ist immer ein Mitarbeiter aus der Pflege rund um die Uhr, wenn es denn so lange andauert, ausschließlich für diesen Patienten zusätzlich zuständig.

Abg. **Marcus Bocklet:** Kann man davon ausgehen, dass das gängige Praxis für alle Vitos-Institutionen ist?

Frau **Gaertner:** Für Vitos-Institutionen ist das so – wobei ich natürlich immer nur für die eigene Einrichtung sprechen kann; das ist ganz klar.

Was die Dauer der Sitzwachen betrifft, gibt es natürlich immer eine ärztliche Anordnung. Das kann in Hessen ausschließlich ein ärztlicher Mitarbeiter anordnen, der Bediensteter des Landeswohlfahrtsverbandes ist. Die Dauer hängt insofern von der ärztlichen Anordnung ab, und auch das Aufheben, das Beenden der Sitzwache ist eine ärztliche Anordnung.

Abg. **Marcus Bocklet:** Welches Personal besitzwacht?

Frau **Gaertner:** Das sind zu 100 % ausgebildete Mitarbeiter des Pflegedienstes.

Vorsitzende: Vielen Dank, Frau Gaertner. – Es war noch der Betriebsrat angesprochen. Herr Mihr, wollen Sie antworten?

Herr **Mihr:** Ich gehe davon aus, Frau Schott, dass sich die Frage durch die Ausführungen der Kollegin Gaertner erübrigt hat. Ich kann Ihnen dazu nichts anderes sagen, als die Kollegin das eben ausgeführt hat.

Abg. **Marjana Schott:** Mir geht es schon darum, mal einen Eindruck zu bekommen, wie lange so etwas dauert. Ist da jemand zwölf Stunden, einen Tag oder drei Tage oder drei

Wochen oder drei Monate, sage ich jetzt mal überzogen – ich gehe davon aus, dass das nie passiert, aber ich habe keine Idee dazu –, fixiert? Wäre es sinnvoll, hier eine Begrenzung in das Gesetz zu schreiben und zu sagen, mehr geht nicht?

Herr **Dr. Müller-Isberner**: Vor dem Mai 2011, als wir noch die alte Regelung der Zwangsbehandlung hatten, waren Fixierungen Maßnahmen, die sich auf wenige Tage, in der Regel weniger als drei Tage, beschränkt haben. Mittlerweile haben wir leider Patienten, die wir mehrere Wochen fixieren müssen. Das ist die traurige Wahrheit. Ich gehe davon aus, dass, wenn der Gesetzentwurf in der jetzigen Form zumindest bezüglich des § 7a verwirklicht wird, das wieder in den Tagesbereich und Stundenbereich sinken wird.

Vorsitzende: Danke schön. – Dann haben wir noch eine Frage an den Patientenforsprecher, Herrn Mayrl, gehabt.

Herr **Mayrl**: Die Regelung mit der Einvernehmlichkeit ist zu befürworten, weil nach meinen Erfahrungen Patientenforsprecher früher nach politischer Couleur ausgewählt worden sind. Das waren ehemalige Parteigenossen, die aber nicht unbedingt etwas von Maßregelvollzug oder von der Psychiatrie verstanden haben. Insofern ist dem Patienten da auch nicht unbedingt viel gedient.

Wenn jetzt ein emeritierter Mitarbeiter vom Landkreis für diese Funktion gewählt wird, dann wechselt er praktisch auch die Position. Das heißt, er betrachtet als ehemaliges Mitglied die Sache von außen, weiß, was intern so passiert und was möglich ist und was zu realisieren ist, wenn Patienten irgendwelche Wünsche äußern. Insofern ist das für den Patienten eher von Vorteil. Das ist meine Einschätzung.

Vorsitzende: Vielen Dank, Herr Mayrl, für Ihre Einschätzung. – Damit sind die Fragen, glaube ich, beantwortet.

Wir kommen zur nächsten Anzuhörendenrunde; das sind die Bundesverbände. Als Erster hat Herr Marten für den Bundesverband der Berufsbetreuer/innen, Landesgruppe Hessen, das Wort.

Herr **Marten**: Wir als rechtliche Betreuer halten es für unbedingt notwendig, dass im neuen Gesetz die Hinzuziehung der gesetzlichen Betreuer in allen Belangen, insbesondere bei Zwangsbehandlungen, als unbedingt notwendig festgeschrieben wird. Es handelt sich hier um Kranke und Behinderte, die oft nicht verstehen, was mit ihnen geschieht. Sie benötigen Beistand und Hilfestellung sowie Rechtsvertretung und öffentliche Kontrolle.

Ich kann als Betreuer von zwei Betroffenen anbieten, zu den Fragen in der Praxis Stellung zu nehmen.

Vorsitzende: Vielen Dank. – Dann hat als Nächster Herr Joachim Hübner für die BAG Psychiatrie das Wort.

(Herr Hübner: Das habe ich vorhin schon miterledigt!)

– Okay.

Dann kommen wir zur DFPP, der Deutschen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege. – Herr Christoph Müller.

Herr **Müller**: Danke schön für das Wort. Ich würde auch nur vertiefen oder konkretisieren wollen, was über unsere schriftliche Stellungnahme hinausgeht. In Anschluss an Herrn Nedopil wäre auch unser Wunsch, das Behandlungsprinzip noch einmal zu betonen und diese Medizinerlastigkeit in Richtung einer multiprofessionellen Behandlung umzuformulieren, weil unsererseits schon deutlich ist, dass es Realität ist, dass wir alle zusammenarbeiten und alle zusammen Entscheidungen tragen. Das soll sich irgendwie auch mal rechtlich abbilden.

Uns ist bewusst, dass die Letztverantwortlichkeit bei einem Mediziner liegt, im forensischen Bereich meistens beim Ärztlichen Direktor, aber wieso soll der Alltag sich nicht im Juristischen wiederfinden?

Damit verbunden haben wir auch die Hoffnung, dass dem Wunsch nach Forensikbeiräten und Ombudsleuten entsprochen wird. Das können wir ausdrücklich begrüßen, würden aber auch den Vorschlag machen, wie es z. B. in Nordrhein-Westfalen Usus ist, Besuchskommissionen einzurichten, die dialogisch geprägt sind, wo also Betroffene vertreten sind, Angehörige vertreten sind, Vertreter des Ministeriums Mitglied sind, wo Mediziner und Pfleger dabei sind, weil es sich, glaube ich, schon gezeigt hat, dass es unserem forensisch-psychiatrischen Alltag guttut, diese Multiperspektivität aufzunehmen und vielleicht auch hier und da in die Praxis umzusetzen.

An einer Stelle geht es ja um den Umgang mit Smartphones. Da ist es uns wichtig, darauf zu achten, dass wirklich Persönlichkeitsrechte gewahrt bleiben – sowohl der Mitpatienten auf einer Station wie auch von Mitarbeitenden auf den Stationen –, weil es schon ein Stück weit die Befürchtung gibt: Wo ein Stück mehr Freiheit ist, gibt es natürlich auch immer ein Stück weit mehr Freiheit zu Missbrauch.

Was mir persönlich noch am Herzen liegt: In einem Absatz wird die Beobachtung der untergebrachten Person auch durch technische Hilfsmittel erwähnt. Ich fände es spannend, festzuschreiben, dass diese Eins-zu-eins-Betreuung bei fixierten Patienten oder auch abgesonderten Patienten stattfinden kann. In Klammern gesprochen: Es gibt im psychiatrisch-pflegerisch-wissenschaftlichen Bereich auch Versuche, das mehr und mehr zu bewerten, um zu schauen: Welchen Sinn macht das? Wie müssen wir das dann gestalten? Mir geht es darum, vielleicht auch da noch einen Rückgriff zu formulieren.

Vorsitzende: Vielen Dank, Herr Müller. – Für die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, DGSP, hat Herr Constantin von Gatterburg das Wort.

Herr **von Gatterburg**: Vielen Dank, Frau Vorsitzende. – Ich werde mich auf einen Aspekt beschränken, der gerade eben schon angeschnitten worden ist; die schriftliche Stellungnahme liegt ja vor.

Wir halten es für sinnvoll und erforderlich, dass Besuchskommissionen auch hier in Hessen in das Gesetz aufgenommen werden. Das gibt es in Rheinland-Pfalz, in Nordrhein-

Westfalen. Es ist also nichts Exotisches. Es würde den Einrichtungen guttun, weil auch die Öffnung nach außen in der Forensik erforderlich ist.

Es wurde ja auch schon gesagt: Ein fachlich multiprofessionell besetzter Beirat kann einem eigentlich nur helfen, die Institution besser und noch wirkungsvoller zu machen, um den gemeindepsychiatrischen Ansatz auch in der Forensik umzusetzen.

Vorsitzende: Vielen Dank. – Ich rufe Babette Reinhold für den LWV, Kassel, auf.

(Frau Reinhold: Herr Hübner hat die Stellungnahme abgegeben!)

– Ist in Ordnung. Vielen Dank.

Dann kommt die Liga der Freien Wohlfahrtspflege, Herr Benno Rehn. – Er ist nicht im Haus, sehe ich gerade.

Dann sind wir schon bei Frau Ulrike Bargon für die agah.

Frau **Bargon:** Vielen Dank, Frau Vorsitzende. – Der Gesetzentwurf ist aus unserer Sicht ebenfalls zu begrüßen. Herausstreichen wollen wir an dieser Stelle noch einmal, dass die Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund insgesamt zunimmt. Folglich nehmen auch die Patienten mit Migrationsgeschichte im Maßregelvollzug zu. Aufenthaltsrechtliche Fragen können aber bei dieser Personengruppe und damit im Maßregelvollzug auch eine große Rolle spielen. Die Frage einer möglicherweise drohenden Ausweisung oder Abschiebung kann auch Auswirkungen haben. Zu nennen sind dabei Ängste, Überforderung, Verweigerung der Mitarbeit in der Therapie, wenn nämlich die Betroffenen auf einmal äußern, sie würden lieber wieder ins Heimatland zurückkehren wollen.

Wir haben unseren Appell, diese Faktoren besonders zu berücksichtigen, an § 5a – das ist das Amt des Patientenfürsprechers – festgemacht, da er ja die Rechte der Betroffenen besonders vertreten oder berücksichtigen soll.

Auf der anderen Seite gilt es natürlich, die Patientenfürsprecher nicht zu überfordern, denn gerade im Maßregelvollzug – er befindet sich ja permanent in einem Spannungsfeld zwischen therapeutischem Anspruch, Sicherheitsempfinden der Öffentlichkeit und Rechten der Betroffenen – sind ein kontinuierlicher fachlicher und interdisziplinärer Austausch und Fortbildung von Bedeutung.

Es gilt, die Betroffenen auch in aufenthaltsrechtlichen Fragen zu stützen und die Patientenfürsprecher dann in die Lage zu versetzen, dies auch zu tun, also ihnen die entsprechenden Fortbildungsangebote zu eröffnen oder zur Verfügung zu stellen.

Ein Beispiel: Eine Ausweisungsverfügung erfolgt in der Regel erst nach Rechtskraft der strafrechtlichen Verurteilung. Es kann aus rechtlichen Gründen erst in dieser Reihenfolge vonstattengehen. Dann befindet sich der Betreffende aber bereits im Maßregelvollzug bzw. in der Therapie, und der Patientenfürsprecher sollte dann einen Rechtsanwalt hinzuziehen oder informieren. Dazu muss er aber den entsprechenden Überblick haben: Wann ist welcher Schritt notwendig?

Was im Hinblick auf die Gruppe der Patienten mit Migrationsgeschichte noch eine wesentliche Rolle spielt: Bei mangelnden Deutschkenntnissen sollte im Gesetz eine Kosten-

Übernahmeregelung enthalten sein. Es ist zum einen schon schwierig, geeignete Dolmetscher zu finden. Genauso schwierig oder noch schwieriger ist es, die Kostenübernahme in diesem Fall zu regeln.

Vorsitzende: Danke sehr, Frau Bargon. – Für den Landesverband Hessen der Angehörigen psychisch Kranker erhält Herr Desch das Wort.

Herr **Desch:** Vielen Dank, Frau Vorsitzende. – Wir freuen uns sehr, hier vortragen zu dürfen, und begrüßen auch dieses sehr große Verfahren. Das ist sicherlich sehr aufwendig und zeitraubend, aber bringt, denke ich, das bestmögliche Ergebnis. Wir schließen uns der Stellungnahme der Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen an und begrüßen auch diesen Gesetzentwurf, der nach so vielen Jahrzehnten Sicherheit in vielen Bereichen bringt.

Insbesondere wollen wir hier hervorheben, dass wir bei dem Thema Fixierung begrüßen, was schon mehrfach angesprochen wurde, dass die permanente Sitzwache zum Schutz der Klienten gehandhabt wird und dass auch, wie es anklang, diese Fixierungen möglichst kurz gehalten werden. Aber das liegt ja im Interesse aller Beteiligten; da sind wir als Angehörige auch sehr sicher.

Ansonsten wünschen wir uns wirklich intensiv diese unabhängige Besuchskommission. Warum wünschen wir uns die? Die Unterbringung in einer forensischen Klinik oder in einem geschlossenen Heim oder einer geschlossenen Abteilung in einem Heim, die man früher Freiheitsentziehung nannte, ist eine Unterbringung gegen den Willen der betroffenen Person, also ein Eingriff in ihre Freiheitsrechte, auch wenn dies zum Schutz der betroffenen Person stattfindet.

Dieser hoheitliche Eingriff der zwangsweisen Unterbringung erfordert unserer Auffassung nach ein wirksames, unabhängiges Kontroll- und Beschwerdeorgan in Form einer unabhängigen Besuchskommission mit Prüfungs- und Berichtspflichten, wie es z. B. in Rheinland-Pfalz, im Freistaat Sachsen erfolgreich betrieben wird, wie wir hören.

In vielen anderen Bundesländern wird dieser Aufgabenkreis schon von überwiegend ehrenamtlich tätigen Menschen betrieben, die natürlich Sachkenntnis haben sollen, ob jetzt juristische oder richterliche oder natürlich pflegerische, medizinische, und auch den Angehörigen. Insofern wäre der dialogische Ansatz dort zu bevorzugen.

In unserem Verband sind nicht viele Angehörigen von Betroffenen aus forensischen Bereichen vertreten, was wir bedauern. Diese Angehörigen machen sich in unserem Verband ein bisschen rar. Das will ich bei dieser Gelegenheit auch einmal betonen. Sie überlassen praktisch ein weites Feld den anderen. Man spricht nicht mit. Man traut sich nicht. Es wäre schön, wenn Sie die Angehörigen, die Sie kennen, einmal auf die vorhandenen Verbände hinweisen, dass es die gibt und dass es durchaus nicht schlecht ist, dort Mitglied zu sein.

Wir würden Wert darauf legen, dass folgende Punkte zu prüfen sind: dass die Unterbringung des psychisch kranken Menschen den Normen der UN-BRK entspricht. Bemerkung von mir: Das ist selbstverständlich; ich gehe davon aus. Es ist auch kein Misstrauen da, aber es ist eben die Öffentlichkeitsmachung.

Wir legen Wert darauf, dass die Unterbringung wohnortnah stattfindet, damit die Beziehung zu Freunden und Familie nicht verlorengeht, soweit Familie oder Freunde überhaupt noch vorhanden sind.

Wir haben aus Nordrhein-Westfalen gehört, dass durch frühzeitige ambulante und aufsuchende Maßnahmen, also die Aufhebung der Komm-Struktur, die Zahl der forensischen Einweisungen deutlich zurückgegangen ist. Das würden wir uns sehr stark wünschen, dass dieses unnötige Ausmaß an menschlichem Leid sich wirklich reduziert.

Der untergebrachte Mensch hat ein Recht auf psychiatrische Behandlung und sozial-psychiatrische Pflege. Das klang hier an. Da fühlen wir uns auch gut aufgehoben.

Die Behandlungen müssen geeignet sein, seinen Gesundheitszustand zu bessern usw.; das haben wir hier alles schon gehört. Ich denke, das wird sich im Gesetz spiegeln.

Die Rechte der Betroffenen dürfen nicht willkürlich beschnitten werden. Das würde Besuche, Postempfang, Ausgang und Freizeitgestaltung betreffen.

Da habe ich in Fachartikeln jetzt nur die Meinung gefunden, dass Angehörige von Insassen von forensischen Kliniken mitunter nicht nachvollziehen können, welche Maßnahmen gerade greifen, weil sie ihren Angehörigen in der Einrichtung nicht antreffen, weil er vielleicht gerade irgendwelche Maßnahmen hat, die erzieherische Maßnahmen sind oder so etwas. Aber das wird den Angehörigen draußen nicht kommuniziert, und sie unterstellen dann Beliebigkeit und fühlen sich hilflos. So stelle ich es mir zumindest vor. Sehen Sie es mir nach; ich kann das jetzt nur aus der Literatur so beschreiben.

Der letzte Punkt: Die Notwendigkeit der Unterbringung muss in kürzesten Abständen überprüft werden. Das mögen wir auch den Fachleuten überlassen. Es ging uns darum, Ihnen das ans Herz zu legen.

Vorsitzende: Danke sehr, Herr Desch. – Als Nächstes hat der Landesverband Psychiatrie-Erfahrene Hessen, Herr Alexander Kummer, das Wort.

Herr **Kummer:** Ich will nur ganz wenige Anmerkungen machen. Ich hätte mir etwas mehr Sachlichkeit in der Darstellung gewünscht, weil sehr oft diskriminierende Ausdrücke gebraucht werden. Auch ich selber spreche von psychisch krank, obwohl offiziell der Begriff der WHO „Störung“ ist. Ob der Begriff „Störung“ wirklich besser ist als „Krankheit“, wage ich zu bezweifeln, weil Krankheit nicht auf Schuld beruht, während Störung durchaus schuldhaft existieren kann.

Wir sprechen nicht hundertprozentig über Forensik. Ich habe keine Forensikerfahrung, aber 25 Jahre Psychiatrieerfahrung und vor allen Dingen 25 Jahre Erfahrung mit Neuroleptika. Dazu wird seit Jahren – auch in der „FAZ“ etc., die das nicht aus Spaß abdrucken – bekannterweise von Hirnschädigungen geredet. Diese Medikamente machen sehr wohl abhängig. Sie machen nicht süchtig; das ist ein Unterschied. Abhängigkeit bedeutet, ich brauche immer die permanente Dosis, während Sucht darauf beruht, die Dosis immer steigern zu müssen.

Zum Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz wurde Ende des Jahres, glaube ich, ein neuer Entwurf gemacht. Wenn es jetzt so sehr um Gewalt gegen psychisch Kranke geht, sendet

das ein fatales Signal an die Gemeindepsychiatrie, an die Psychiatrie an sich. Forensik ist eben ein Teilbereich.

Ich verstehe das Dilemma der professionellen Mitarbeiter sehr gut, und wir reden auch hauptsächlich von den Menschen, die sich in der Selbsthilfe beteiligen und auch fähig sind, sich daran zu beteiligen. Insofern ist mir klar, dass das Ganze differenziert betrachtet werden muss. Auch wir können diese Differenzierung nicht vollständig vornehmen. Dafür ist das Thema einfach zu komplex.

Zu den Hirnschädigungen: Ich habe in meinem Leben niemandem etwas getan. Das ist auch ein bisschen der Witz, dass immer von Gewalttätern ausgegangen wird. Wo haben Sie die 85 % her, Herr Müller-Isberner? Sie sprachen von 85 % Gewalttätern. Sind Sie da wirklich sicher? Wo kommt diese Zahl her?

(Herr Dr. Müller-Isberner: In unserer Klinik, ja!)

– In Ihrer Klinik.

Ich habe, wie gesagt, jahrelang in Institutionen gelebt. Ich habe in meinem Leben mit den Leuten nie ein Problem gehabt. Auch mit Leuten, die ausrasten, habe ich kein Problem. Wenn die professionellen Mitarbeiter schon Angst vor ihren Patienten haben, dann wird es schon ein bisschen schwierig. Wie gesagt, ich verstehe durchaus das Dilemma, aber es ist ein bisschen sehr einfach, dann auf diesen diskriminierenden Ausdrücken herumzureiten, die die Richtung dessen schon vorgeben, was eigentlich diskutiert werden soll.

Insofern würde ich gerne fragen, wieso in den gGmbHs, was Vitos ja ist, eine Privatisierung des Gewaltmonopols des Staates vorgenommen werden kann. Es würde mich schon etwas wundern, dass das Gewaltmonopol des Staates in diesem Fall auf meiner Ansicht nach nicht zulässige Bereiche delegiert wird.

Ich würde abschließend gerne anmahnen, dass die Diskussion ein wenig sachlicher geführt wird, indem nicht jeder nur seine Position vertritt, sondern auch im Sinne eines Konsens oder zumindest eines Kompromisses, mit dem alle Beteiligten leben können. Das ist ein schwieriger Prozess, nennt sich Demokratie, geht auch in der Politik öfter schief. Wir stehen jederzeit zur Verfügung, uns darüber auszutauschen.

Vorsitzende: Vielen Dank, Herr Kummer. – Ich habe als Letzte Frau Silvia Kornmann auf der Liste.

Frau **Kornmann:** Wir sind grundsätzlich gegen Zwang. Ich selbst bin zwangserfahren, ich habe Fixierung am eigenen Körper erlebt. Ich weiß, wie es ist, wenn man länger als 24 Stunden fixiert ist. Das kann ich sagen. Ich bin nicht Forensikpatientin gewesen, bin auch froh darüber, denn ich sehe ein Problem: Man will die Leute dort brechen, um zu erreichen, dass sie wieder ein normales Leben führen könnten. Aber in vielen Fällen funktioniert das auch nicht mit Medikamenten.

Wir haben Leute, die so kaputt sind – durch ihr Umfeld, durch ihre Lebenserfahrungen, durch die Situationen, die sie erlebt haben, durch Drogenkonsum. Sie sind teilweise auf die schiefe Bahn gekommen. Man muss sagen, es sind wirklich Menschen. Ich verstehe

auch, dass man manchen Menschen nicht mehr richtig helfen kann, weil sie schon fertig sind. Es ist einfach so.

Ich finde es ganz wichtig, dass Besuchskommissionen eingesetzt werden, und zwar welche, die unangemeldet kommen. Sie sollten trialogisch besetzt sein. Da sollten Erfahrene vertreten sein. Es gibt ja auch Forensikerfahrene, die zu Recht in der Forensik waren, die auch sagen, dass sie dort „gerne“ waren, denen geholfen worden ist. Diese könnten Sie ja in die Besuchskommissionen aufnehmen. Dies sind dann Systemkonforme. Es gibt auch welche, die einfach nicht systemkonform sind. Mit ihnen werden Sie immer Probleme haben. Diesen Menschen können Sie nicht helfen; das ist einfach so.

Die Dame von der katholischen Kirche hat das Besuchsverbot für Pfarrer und für Seelsorger angesprochen. Das finde ich eigentlich total bescheuert. Normalerweise braucht man in einer solchen Situation keinen Seelsorger. Dann braucht man eher Freunde und Bekannte. Da finde ich es schwierig, dass man es Leuten teilweise verbietet, Kontakt zu ihren Freunden zu haben. Es ist schwierig. Es kann wegen der Erkrankung ein Problem sein, aber man sollte es nicht grundsätzlich verbieten.

Ich denke auch immer an den Gewalttäter, der in der Psychiatrie einen Blumentopf schmeißt und dann in der Forensik landet. Ich finde, manchmal geht das zu schnell. Diese Leute bleiben teilweise mehr als zehn Jahre in Obhut. Ich weiß nicht, ob das gut ist, ob das den Menschen etwas nützt.

Jemand, der eine Patientenverfügung hat, hat sich ja schon mal Gedanken gemacht für den Fall, dass er in eine solche Situation kommt. Ich habe z. B. eine Patientenverfügung gemacht für den Fall, dass ich gewalttätig werde und in die Forensik komme. Das habe ich natürlich mit meinen Ärzten abgesprochen. Die wenigsten wissen, dass es diese Möglichkeit gibt. Ich bin dafür, dass Patientenverfügungen, wenn sie richtig abgefasst worden sind, für solch einen Fall auch gültig sind.

Ich finde es gut, dass es die Forderung gibt, wenn schon fixiert wird, dass dann Sitzwachen vorhanden sein müssen. Das muss sein; das geht anders nicht. Dieser Mensch müsste auch reden dürfen. Es ist schwierig, ich weiß. Es sind manchmal Menschen, die so krank oder so kaputt sind, dass es da Schwierigkeiten gibt. Aber man muss sehen, dass man da eine Lösung hat. Ich denke, da muss man auch den Mut haben, miteinander zu reden.

Es ist wirklich so – Herr Desch hat das vorhin schon gesagt –, dass in der Selbsthilfebewegung viel zu wenige aktiv sind, die diese negativen Erfahrungen gemacht haben und gewillt sind, dass man miteinander spricht, dass man sagt: Da ist ein Fehler im System; da müsste man etwas ändern.

Jeder Mensch ist ein Individuum; das darf man auch nicht vergessen. Es darf nicht sein, dass Menschen, die in der Forensik waren, anschließend nur die Karriere vor sich haben, in einem Wohnheim zu sein und dann in die Behindertenwerkstatt zu gehen. Da gibt es doch viel mehr Möglichkeiten. Ich habe vor Kurzem einen Forensiker kennengelernt, der arbeiten gehen möchte. Er ist noch jung, Anfang 20. Er kann doch noch eine Ausbildung machen und vielleicht auch einen normalen Job machen. Bei Älteren ist es schwieriger, aber bei jungen Leuten kann man noch viel machen.

Ich denke, wir müssen einfach miteinander kommunizieren.

Vorsitzende: Vielen Dank für Ihre Stellungnahme, Frau Kornmann. – Damit sind wir am Ende der Anzuhörendenliste. Deshalb frage ich in die Runde der Abgeordneten, wer noch Fragen hat. – Als Erste hat sich Frau Schott gemeldet.

Abg. **Marjana Schott:** Ich habe eine Frage an Herrn Marten wegen der Betreuung von Menschen in der Forensik. Kommt das eigentlich häufig vor? Halten Sie das für sinnvoll, oder kann man davon ausgehen, dass, wenn jemand in einer forensischen Einrichtung untergebracht ist, da eigentlich alles ohnehin hochprofessionell ist, man die Betreuung dann nicht mehr braucht und man das eigentlich abschaffen kann? Oder müsste man es ausweiten?

Ich hätte noch die Frage an die Familienangehörigen, ob sie denken, dass es sinnhaft wäre – das kann aber auch gern jemand anderes noch beantworten –, dass es so etwas wie eine Interessenvertretung der Betroffenen selber in den Einrichtungen gibt, ähnlich wie im Strafvollzug? Oder gibt es das vielleicht schon, und es hat sich nur meiner Kenntnis entzogen?

Herr **Marten:** Frau Schott, ich bin momentan Betreuer von zwei Betroffenen, die aktuell im Maßregelvollzug sind. Das kommt relativ wenig vor, nicht so häufig, weil die Behinderten nicht so oft straffällig werden. Aber wenn es dann soweit ist, stehen gerade die Behinderten und Kranken sehr allein und einsam da.

Es fängt ja schon beim Strafprozess an, wenn ein Mensch mit Downsyndrom, der sich kaum äußern kann, mit Handschellen ins Gericht geführt wird. Er weiß nicht, worum es geht. Ich als Betreuer werde da nicht beteiligt, sitze nur als Zuschauer im Zuschauerraum. Das halte ich nicht für richtig. Der Betroffene versteht nicht, was vorgeht, und kann auch seine Rechte nicht wahrnehmen.

Ich denke, es ist unbedingt notwendig, dass es da einen Betreuer gibt, bestimmt nicht für jeden Untergebrachten im Maßregelvollzug, aber ich denke mir, wenn man dort feststellt, dass die Menschen auch einwilligungsunfähig sind, dann halte ich das schon für einen Grund, einen Betreuer zu bestellen, der die Rechte für denjenigen wahrnimmt und der auch eine Beziehung zu dem Betroffenen hat.

Vorsitzende: Vielen Dank, Herr Marten. – Die zweite Frage war, glaube ich, an Herrn Desch gerichtet. Es ging um die Interessenvertretung.

Frau **Mayer:** Ich komme auch vom Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker. Ich habe Ihre Frage nicht ganz genau verstanden. Könnten Sie das noch mal erläutern?

Abg. **Marjana Schott:** Die Frage geht dahin, ob es sinnvoll ist, dass es eine Interessenvertretung von den Betroffenen selbst gibt, also dass sie demokratisch jemanden wählen, wie das im Strafvollzug üblich ist, der für ein Jahr gegenüber der Einrichtungsleitung ihre Interessen vertritt. Im Strafvollzug darf das niemand sehr lange machen, und er kann es auch nicht wieder machen. Da gibt es eine Höchstgrenze.

Das sind dann Sprecher aus dem Kreis der Betroffenen in der Einrichtung, die dadurch ein Mandat haben, gegenüber der Einrichtungsleitung zu sprechen. Halten Sie das für sinnvoll und hilfreich?

Frau **Mayer**: Ich könnte mir an und für sich gut vorstellen, dass es das gibt. Ich stelle mir das im Strafvollzug eigentlich beinahe schwieriger vor als in einer Forensik, weil im Strafvollzug unter Umständen schwer kriminelle Menschen das an sich reißen könnten. Das stelle ich mir in der Forensik nicht als Problem vor.

Vorsitzende: Vielen Dank, Frau Mayer. Das war die letzte Antwort des heutigen Tages.

Ich bedanke mich im Namen des gesamten Ausschusses bei allen Anzuhörenden. Sie haben in sehr komprimierter, aber dennoch für uns sehr wertvoller Art und Weise, auch in disziplinierter Art ganz wichtige Wortbeiträge für unsere Diskussion zum Maßregelvollzugsgesetz im Ausschuss heute geleistet.

Ich wünsche Ihnen einen guten Heimweg. Umfahren Sie Frankfurt weit, denn jetzt ist der Messerückverkehr. Heute Morgen hatten wir schon erheblichen Stau.

Ich darf die Anhörung schließen. Ich bitte die Abgeordneten, sich um 16.30 Uhr zur eigentlichen Ausschusssitzung wieder in diesem Raum einzufinden. Vielen Dank.