

Stenografischer Bericht
(ohne Beschlussprotokoll)

öffentliche Anhörung

100. Sitzung – Sozial- und Integrationspolitischer Ausschuss

15. Juni 2023, 15:56 bis 19:07 Uhr

Anwesend:

Vorsitz: Moritz Promny (Freie Demokraten)

CDU

Sabine Bächle-Scholz
Dr. Ralf-Norbert Bartelt
Marvin Flatten
Sandra Funken
Petra Müller-Klepper
Claudia Ravensburg
Max Schad

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Kathrin Anders
Marcus Bocklet
Silvia Brünnel
Felix Martin

SPD

Ulrike Alex
Nadine Gersberg
Lisa Gnadl
Dr. Daniela Sommer
Turgut Yüksel

AfD

Arno Enners
Volker Richter

Freie Demokraten

Yanki Pürsün

DIE LINKE

Christiane Böhm
Petra Heimer
Saadet Sönmez

Fraktionslos

Claudia Papst-Dippel

Fraktionsassistentinnen und -assistenten:

CDU: Dr. Carla Thiel
 BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Jana Widdig
 SPD: Bettina Kaltenborn
 Freie Demokraten: Melissa-Madeleine Wörz
 DIE LINKE: Thomas Völker

Landesregierung, Rechnungshof, Datenschutz, Landtagskanzlei:

| Name (bitte in Druckbuchstaben) | Amtsbezeichnung | Ministerium, Behörde |
|---------------------------------|-----------------|----------------------|
| Marina Zahn | ROR'in | HMST |
| Kai Kose | Min | HMST |
| Jessica Wenzel | RR'in | HMST |
| Jutta Hege | RR'in | HMST |
| | | |

Anzuhörende:

| Anzuhörende | |
|---|---|
| Institution | Name |
| Richter am Amtsgericht Fulda | Dr. Szymon Mazur |
| Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen e. V. | Katharina Alborea |
| Hessische Krankenhausgesellschaft | Geschäftsführer Dr. Steffen Gramminger |
| Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. | Karla Keiner |
| Landesverband Psychiatrie-Erfahrene Hessen e. V. | Karla Keiner |
| Landesverband der Angehörigen und Freunde von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Hessen e. V. | Barbara Maelshagen Mia Oebels |
| AG der Ärztlichen Leitung der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters in Hessen | Sprecher Arbeitsgemeinschaft Dr. Matthias Bender |
| Klinikum Hanau | vertreten durch Dr. Matthias Bender |
| Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bad Emstal | Ärztlicher Direktor und Klinikdirektor Dr. Matthias Bender |
| BAG Psychiatrie | Vorsitzender Reinhard Belling |
| Vitos GmbH | Geschäftsführer Reinhard Belling |
| Vitos Kinder- und Jugendklinik für psychische Gesundheit Hanau | Direktorin Dr. med. Eftichia Duketis |

| | |
|---|---------------------------------------|
| Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Haina | Direktor Prof. Dr. Florian Metzger |
| Forum Schmiede | Heidi Höhn |
| Landesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener Hessen (LAG PEH) | Alexander Kummer |
| | Sylvia Kornmann |
| | Hans-Jürgen Wittek |

Protokollführung: Maximilian Sadkowiak, Brigitte Laveuve, Kerstin Decker

Öffentliche mündliche Anhörung

1. **Gesetzentwurf**
Fraktion DIE LINKE
Gesetz zur Hilfe und Unterbringung von Menschen mit Hilfebedarf infolge psychischer Störungen
– Drucks. [20/9758](#) –

hierzu:

Stellungnahmen der Anzuhörenden
– Ausschussvorlage SIA 20/87 –

(Teil 1 und Teil 2 verteilt am 22.05.2023, Teil 3 verteilt am 16.06.2023)

Vorsitzender: Als erste Institution im Block 1 rufe ich Richter am Amtsgericht Fulda Dr. Mazur auf. Bitte, Sie haben das Wort.

Dr. Szymon Mazur: Mein Name ist Szymon Mazur. Seit zehn Jahren bin ich als Richter für Betreuung Angelegenheiten zuständig. Ich war also schon für die Unterbringung nach dem HFEG zuständig und begleite das PsychKHG sozusagen seit seiner Geburt. Bezüglich dessen, was an dem Gesetzentwurf gut ist, beziehe ich mich auf meine schriftliche Stellungnahme. Dazu möchte ich jetzt nichts sagen. Ich werde mich auf das konzentrieren, was aus meiner Sicht verbessert werden könnte.

Das größte Manko des Gesetzentwurfs ist die fehlende Nachsorge, insbesondere die fehlende Verpflichtung zur Schaffung von Einrichtungen der Nachsorge. Die Menschen kommen derzeit auf die Akutstation, werden dort behandelt, aber sie werden nicht zu Ende behandelt. Das ist wie eine Intensivstation nach einem Schlaganfall. Aber danach gibt es keine Reha-Maßnahmen. Die Menschen können oftmals nicht zu niedergelassenen Ärzten gehen, weil es diese nicht gibt. Oft müssen sie auch, was viel schlimmer ist, in offenen oder beschützten Einrichtungen weiterbehandelt, versorgt oder therapiert werden, bis sie dann wieder ein eigenständiges Leben führen können. In Fulda haben wir keinen einzigen Platz einer beschützten Station. Das führt dazu, dass die Menschen besonders lang auf Akutstationen untergebracht oder nicht fertig behandelt entlassen werden.

Im letzten Jahr hatte ich es mit einer Frau zu tun, die 15 Monate lang auf der Akutstation untergebracht war. Die Akutstation ist schlimmer als Gefängnis. Im Gefängnis gibt es Freigang, es gibt frische Luft, man kann hinausgehen, und man hat auch feste Bezugspersonen. Das hat man auf

der Akutstation nicht. Man hat dauernd wechselnde Mitpatienten bzw. Mitpatientinnen, die mit den schwersten Krisen dorthin kommen. Nach 15 Monaten habe ich trotz bestehender Eigen- und Fremdgefahr – ich wiederhole: trotz bestehender Eigen- und Fremdgefahr – die Unterbringung aufgrund fehlender Verhältnismäßigkeit aufgehoben. Es gab zwischen Flensburg und Südbayern keinen einzigen Platz für diese Frau.

Ich habe daraus gelernt. Ich habe es jetzt mit einem jungen Mann zu tun, der erheblich psychotisch und erheblich fremd- und eigengefährdet ist. Ich kann ihn nicht unterbringen. Ich habe gesagt, ich fertige den Unterbringungsbeschluss erst, wenn es eine Einrichtung für ihn gibt. Wir warten jetzt, bis er eine Straftat begeht, damit er in die forensische Behandlung überführt werden kann. – Das ist die Realität.

Es wäre besser für die Menschen, in entsprechenden Einrichtungen versorgt zu werden. Auch blockieren Menschen wie die Frau, die 15 Monate auf einer Akutstation verbrachte, aufgrund ihrer langen Verweildauer dringend für andere Patienten und Patientinnen benötigte Plätze. Das ist erstens eine erhebliche Gefährdung der öffentlichen Sicherheit, es entsteht aber zweitens auch ein erheblicher Kostendruck durch den Drehtüreffekt: Die Menschen werden unbehandelt entlassen und müssen nach kurzer Zeit, in der sie nicht nachbehandelt wurden, erneut auf die Akutstation kommen.

Katharina Alborea: Ich spreche für die Liga der Wohlfahrtsverbände in Hessen. Als Referentin für Wohnungsnotfallhilfe und Straffälligenhilfe bei der Diakonie Hessen werde ich auch aus dieser Perspektive sprechen.

Die Sicht, die mein Vorredner vertreten hat, ist im Prinzip auch meine. Er hat uns aus dem Herzen gesprochen und Beispiele für das genannt, womit wir es zu tun haben. Gerade Menschen in prekären Lebenslagen und ohne festen Wohnsitz haben in der Psychiatrie absolut verloren. Wenn sie überhaupt einmal in den Genuss von Behandlungen kommen, dann meistens auf Akutstationen. Sie werden im Prinzip mit Medikamenten versorgt und wieder auf die Straße gesetzt – und zwar tatsächlich auf die Straße gesetzt. Es findet keine Nachsorge statt, es findet keine Nachbetreuung statt, die Leute haben im Vorfeld überhaupt nicht die Möglichkeit, eine psychiatrische oder psychotherapeutische Versorgung zu erhalten.

Die Menschen sind selbst mit Unterstützung der Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege nicht in der Lage, sich versorgen zu lassen, weil auch wir für diese Leute keine Plätze finden. Wir werden abgewimmelt, abgewiesen, bekommen Tipps, wie die Leute in Kliniken kommen: Sie sollten sich eine Flasche Wodka kaufen, sie abkippen, sich auf die Straße legen; dann hätten sie schneller einen Zugang zur Psychiatrie, als wenn sie zwei Wochen lang jeden Tag immer wieder anriefen und zum Beispiel sagten, sie wollten in die Entgiftung.

Auch die Klientinnen und Klienten berichten von bestimmten Zuständen in den Kliniken. Wie mein Vorredner sagte, sind die Akutstationen voll bis unter die Decke. Dort wird alles hineingestopft,

was irgendwie hineingestopft werden kann. Wenn Klientinnen und Klienten den Fehler machen, auch nur einmal zu erwähnen, dass sie irgendwann etwas mit dem Konsum von gewissen Substanzen zu tun hatten, werden sie von allen anderen Stationen weggebracht und direkt auf irgendwelche Entgiftungsstationen geschickt, obwohl sie kein Problem mehr oder im Grunde nie ein Problem damit hatten.

Die Situation in den Kliniken ist schlimm, die Situation davor ist schlimm, und die Situation danach ist noch viel schlimmer, weil die Leute im Prinzip eigentlich nur herauskommen, um wieder hinzugehen und so Schicksale und Biografien entstehen, die sich im Prinzip zwischen Straßenpsychiatrie und Knast bewegen.

Das würden wir wirklich gern verhindern. Dieses Gesetz wäre ein Weg dahin. Aber im Endeffekt braucht es eine bessere Vernetzung. Es braucht die Sicht der Psychiaterinnen und Psychiater auf diese Menschen und auch auf die Lebensbedingungen dieser Menschen. Es braucht eine Vernetzung mit der Straßensozialarbeit, und das nicht nur punktuell an einzelnen Orten – ich nenne es einmal Projekteritis –, sondern als Grundhaltung der Kolleginnen und Kollegen vor Ort, auf den Stationen. Damit meine ich nicht nur das medizinische Personal, sondern auch den Sozialdienst, mit dem wir leider nicht nur gute Erfahrungen machen.

Dr. Steffen Gramminger: Selbstverständlich sind die Situationen, so wie sie beschrieben worden sind, wirklich schlimm; aber hier geht es um die Anhörung zu einem Gesetzentwurf.

Das Wichtigste vorweg: Wir brauchen eigentlich kein neues Gesetz und auch keine Neufassung des PsychKHG, sondern wir brauchen eine stringente Umsetzung und entsprechende Rahmenbedingungen dafür. Das ist der springende Punkt. Wenn Sie heute ein Gesetz erlassen, um zum Beispiel Parkbänke blau zu streichen, und stellen die blaue Farbe nicht zur Verfügung, dann werden die Parkbänke so bleiben, wie sie sind.

Nicht, dass Sie mich falsch verstehen: Die Inhalte des Gesetzes sind mit Sicherheit sehr umfangreich, und es sind alle wesentlichen Punkte aufgegriffen. Aber diese sind eigentlich nur eine Beschreibung der misslichen Lage, die momentan besteht, und alle diese Punkte sind bereits im PsychKHG enthalten.

Das Gesetz wurde erweitert, und die Kriseninterventionsdienste, die Verankerung der regionalen Pflichtversorgung, die Sicherstellung der besonderen Verantwortung für Kinder und Jugendliche sind alles wunderbare Dinge. Dennoch besteht das Problem der Umsetzung, weil es keine ausreichende personelle und finanzielle Ausstattung gibt. Wir müssen endlich an den Abbau von Bürokratie herangehen. Wir müssen mit dem Fachkräftemangel umgehen. Wir müssen unsere Fachkräfte effizienter einsetzen. Wir können sie uns nicht „backen“. Sie fallen nicht für uns vom Himmel. Wir konkurrieren mit allen weiteren Branchen. Wir Babyboomer müssen jetzt gepflegt werden, und von denen, die uns pflegen wollen, gibt es nicht genügend. Also müssen wir das, was wir haben, effizient einsetzen. Dabei stehen wir uns sehr häufig selbst im Weg.

Die Vernetzung wurde bereits angesprochen. Es geht um eine sektoren- und branchenübergreifende Vernetzung, um die Zusammenarbeit mit der Gemeindepsychiatrie und mit den Kliniken. In dem Gesetzentwurf ist die Gemeindepsychiatrie in eigener Trägerschaft vorgesehen. Dann werden auch Kreis und Land genannt. Ja, klar: Wir ziehen wieder hohe Mauern an den Grenzen. – Wir brauchen Kooperation. Wir müssen die Probleme gemeinsam lösen. Nur so werden wir die Herausforderungen, die uns mit dem Fachpersonal bevorstehen, meistern können.

Ich habe nur drei Minuten Zeit. Ansonsten würde ich jetzt noch auf die ambulante Versorgung, die stationäre Versorgung, die gemeindepsychiatrische Versorgung, die Sozialpsychiatrischen Dienste, die Kriseninterventionsdienste und entsprechend auf die Teilhabe sowie auf die Nachsorge eingehen. Aber Herr Mazur hat schon in blumigen Worten beschrieben, an was es fehlt und welche Probleme dies nach sich zieht. Der Maßregelvollzug wurde sozusagen als letzte Wiese auch schon besprochen. Er ist aber der Indikator. Wenn unsere Strukturen vorher funktionieren, dann haben wir hinterher, im Maßregelvollzug, nicht diese Probleme. Daher ist es wichtig, auch diesen zu benennen.

Noch ein Wort zur Gerichtsbarkeit. Wir würden uns manchmal ein wenig Unterstützung wünschen, und wir würden uns wünschen, dass besser kommuniziert wird. Die Patienten schauen nicht nach Öffnungszeiten, um krisenhaft ins Krankenhaus eingewiesen zu werden. Daher ist es schlecht, wenn man die Betreuungsgerichte in der Nacht oder am Wochenende nicht erreichen kann.

Wir haben jetzt schon viel gejammert. Zum Abschluss möchte ich sagen: Es gibt auch Möglichkeiten, aus dieser Misere herauszukommen. Auf der einen Seite würden wir es begrüßen, wenn das Land Hessen stärker koordinierend an der Sozialraumgestaltung teilnähme. Nach § 94 SGB IX ist es möglich, zum Beispiel die Krisendienste – auch finanzieller Natur – besser zu unterstützen. Das Land sollte aber auch koordinierend den Hut aufzusetzen und sagen: Leistungserbringer, Kommunen und Landkreise setzen sich an einen Tisch und versuchen, die Probleme gemeinsam zu lösen.

Was die gemeindepsychiatrischen Versorgungssysteme angeht, würden uns, wie gesagt, anstatt wieder Grenzen hochzuziehen, verbindliche Kooperationen und regionale Versorgungsverpflichtungen weiterbringen. Die PPP-RL ist der Tod der psychiatrischen Versorgung in Deutschland, und das mag niemand verstehen. Diese Richtlinie wird nicht einzuhalten sein. Es geht um Sanktionen, das heißt, Erlöse werden gestrichen, es gibt keine Erlöse mehr. Was werden die Krankenhäuser tun? Sie werden die Anzahl der Betten herunterfahren, weil es das benötigte Personal am Arbeitsmarkt nicht gibt.

Das Schlimmste daran, dass träumerische Regeln festgelegt werden, ist – dazu könnte Herr Belling wahrscheinlich besser ausführen –, dass diese überhaupt nicht an die modernen Therapiestrukturen angelehnt sind, sondern reine Bürokratiemonster sind. Insoweit bitte ich wirklich um Unterstützung, damit die PPP-RL endgültig gestrichen wird.

Das Krisentelefon in Notfallsituationen ist im Koalitionsvertrag angesprochen. Wir arbeiten gern daran mit, wenn es weitere Überlegungen gibt.

Im ambulanten Sektor ist es natürlich genauso schlimm wie im stationären. Auch über ihn haben wir wenig Erfahrung. Vielleicht brauchen wir einmal eine systemische Analyse, um zu sehen, wie die Situation dort tatsächlich ist.

Was den Fachkräftemangel angeht, hoffen wir auf Unterstützung durch das Landesamt für Gesundheit und Pflege und darauf, dass die Anerkennungsverfahren endlich beschleunigt werden. Andere Bundesländer sind schneller, und das ist ein Nachteil im Marktwettbewerb. Das muss man ganz klar sagen.

Kurzum: Dies ist nicht unbedingt ein Plädoyer für ein neues Gesetz, aber dafür, das alte Gesetz mit mehr Leben zu füllen.

Karla Keiner: Ich spreche nicht nur für den Landesverband Psychiatrie-Erfahrene Hessen, sondern auch für Landesorganisation Hessen Spättreff-Wohnzimmer. Ich bin Angehörige, ich bin Betroffene. Wir haben in Wetzlar eine Krisencouch. Ich kümmere mich auch um Krisenklienten.

In Deutschland erfolgen die meisten Unterbringungen nach dem psychiatrischen Maßregelvollzug, und dies wegen Bagatelldelikten. Wer nach § 63 StGB verurteilt wird, gilt als schuldunfähig. Dennoch wird er härter bestraft als ein Schuldfähiger.

Nun zu dem Gesetzentwurf und zu dem bestehenden Gesetz. Für mich heißt das: Hier erhalten die falschen Menschen weiterhin die Macht, die sie – der Missbrauch zeigt es – jetzt schon haben. Patienten und Angehörige berichten uns darüber. Das bedeutet Abschirmung von Patienten, die einen vertrauten Menschen brauchen. Sowohl das bestehende Gesetz als auch der Gesetzentwurf zeigen für mich Doppelmoral und Willkür. Sie verstoßen meiner Ansicht nach gegen die UN-Behindertenrechtskonvention. Die Betroffenen, die auf dem freien Arbeitsmarkt arbeiten, werden ausgegrenzt und nicht wahrgenommen.

Die Stellungnahme des Landesverbandes liegt vor. Ich möchte sie ergänzen.

Der Mensch sollte wieder wahrgenommen werden. Ich bin bundesweit unterwegs. Für mich liegt auch in Bezug auf die Medikamente ein großer Missbrauch vor. Es sollte Stellen für die Reduzierung und das Absetzen von Medikamenten geben. Es kann nicht sein, dass ein Psychiater über elf oder 15 Jahre Medikamente verschreibt, der Patient oder die Patientin sagt: „Ich möchte reduzieren“, und es dann heißt: Ab in die Klinik. Einweisung – Das muss nicht sein, wenn es solche Stellen gibt.

Nötig sind Beschwerdestellen mit Rechtsbeistand und auch bezahlte Stellen für Betroffene, niederschwellige Angebote, die von Vereinen, von Genesungsbegleitern und Betroffenen, die auf dem freien Arbeitsmarkt arbeiten, gemacht werden können, und dies auch am Wochenende. Das

erlebe ich seit acht Jahren nicht. Das hat zur Folge, dass Menschen, die eine Erstversorgung brauchen und sich bei uns melden, keine bekommen können. Uns sind die Hände gebunden.

Ich lese und höre immer von Partizipation. Man sollte nicht nur davon reden, sondern auch entsprechend handeln. Es fehlt an Wohnraum, es fehlt an inklusiven Wohnprojekten. Bremen hat viele, hat bundesweit das größte Projekt, das BlauHaus.

Mia Oebels: Ich bin Mia Oebels, die Vorsitzende des Landesverbandes der Angehörigen und Freunde von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Hessen. Meine Kollegin Barbara Mauelshagen gehört dem Erweiterten Vorstand an. Ich denke, wir sind uns hier alle darüber einig, dass die aktuelle psychiatrische Versorgung in Deutschland und insbesondere in Hessen ausgesprochen prekär ist. Wie schon erwähnt, sind die Kliniken sowie der Maßregelvollzug komplett überfüllt. Die ambulanten Leistungserbringer haben keine Behandlungsverpflichtung. Die Situation mangelnder Wohnmöglichkeiten für schwer psychisch Erkrankte ist bekannt, ebenso die besonders schlechte Krisenversorgung in Hessen.

In unserer Angehörigenberatung hören wir sehr oft Beispiele von teilweise wirklich dramatischen Situationen, in denen Angehörige und deren Netz komplett alleine gelassen sind. Wenn wir uns als Angehörige hilfesuchend an Stellen wenden, wird uns gesagt, dass uns nicht weitergeholfen werden kann, weil der Erkrankte dies nicht möchte. Das ist aber das Problem; denn das Nicht-Wollen und Nicht-einschätzen-Können der Lage ist Ausdruck psychischer Erkrankungen. Das heißt, wir als Angehörige müssen so lange warten, bis es zu einer akuten Fremd- oder Selbstgefährdung der Erkrankten kommt; erst dann kann geholfen werden. Das führt zu unerträglichen Situationen, wie Frau Mauelshagen jetzt an einem Beispiel deutlich machen wird.

Barbara Mauelshagen: Ich arbeite seit vielen Jahren in der Angehörigenselbsthilfe in Frankfurt und leite dort gemeinsam mit Kolleginnen Angehörigengruppen. Wir erleben dort wirklich Dramatisches. Dazu ein Beispiel:

Der Sohn lebt noch in der Familie, ist seit einigen Wochen psychotisch. Die Eltern wissen nicht, was mit ihm los ist, weil sie das nicht kennen. Irgendwann wenden sie sich an eine Beratungsstelle. Dort wird ihnen gesagt, der Sohn müsse selbst kommen; er sei ja volljährig. Der Sohn lebt dann monatelang in diesem Zustand, verlässt die Wohnung nicht mehr. Irgendwann wird er aggressiv, zerstört den Fernseher. Die Eltern rufen die Polizei. Die Polizei kommt, und der Sohn sitzt wieder ruhig im Wohnzimmer. Die Polizei sagt: „Wir können nichts machen“, und zieht wieder ab.

Das kann sich über Monate hinziehen. Schließlich kommt es zu einer Situation, in der eben mehr passiert, und der Sohn wird zwangseingewiesen, was für die Eltern und für den Sohn ein traumatisches Erlebnis ist und die Eltern-Sohn-Beziehung auf lange Zeit belastet oder auch zerstören kann, weil die Eltern ja die Polizei gerufen haben. – Wir könnten noch viele Beispiele anfügen.

Die Erkrankten verwaarlosten in ihren Wohnungen, werden aus den Wohnungen herausgeklagt und landen in der Obdachlosigkeit. Wir haben mehrere Fälle gesehen, in denen die Leute monatelang in der Klinik waren, weil kein Platz für sie gefunden worden ist. Die Eltern sind dann verzweifelt und nehmen sie eventuell doch wieder bei sich auf. Dabei gehen aber auch sie vor die Hunde – psychisch und finanziell.

Die Fachleute sprechen inzwischen, wie wir hier schon gehört haben, von Verwaarlosung psychisch erkrankter Menschen auf der Straße. Wenn es dann zu verzweifelten Taten dieser Menschen kommt, ist der gesellschaftliche Aufschrei groß, und es kommt zu einer weiteren Stigmatisierung.

Mia Oebels: Deshalb fragen wir uns im Generellen und auf jeden Fall heute:

Wo bleibt der aufsuchende 24-Stunden-Krisendienst – in Bayern gibt es ihn seit Jahren, bei uns in Hessen gibt es ihn leider nicht –, und wie sieht die Finanzierung eines solchen aus? – Wir haben als Landesverband eine gesonderte Stellungnahme hierzu abgegeben, die dem Innenminister vorliegt. – Wo sind die multiprofessionellen Teams, die laut allen S3-Leitlinien Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen in ihrem häuslichen Umfeld aufsuchend über einen längeren Zeitraum behandeln sollten? Wo bleibt die ausreichende Anzahl an Wohnformen für Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf, in denen diese in Würde leben können? – Aktuell sind es Zweibett-, Dreibett-, teilweise Vierbettzimmer. Das ist kein Leben in Würde. – Wo bleibt das Recht auf Behandlung im ambulanten System? Wo bleibt überhaupt eine Behandlung in Kliniken, die nicht wie momentan unter Zeitdruck arbeiten, die nicht nur auf Medikamente setzen, in denen Zwangsmaßnahmen möglichst vermieden werden und auch einmal nichtmedikamentöse Therapiemethoden angewendet werden? Wie viel ist Ihnen eine menschenwürdige Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen wert?

Unser Fazit lautet: Zwangsmaßnahmen und die Überlastung im stationären Sektor lassen sich nur durch eine gute Prävention und Nachsorge, also durch die Behebung der momentanen Versorgungsdefizite im ambulanten Sektor, reduzieren.

Vorsitzender: Vielen Dank. – Wir sind damit am Ende der Stellungnahmen in Block 1 angelangt, und wir gehen in die Fragerunde. Bislang liegt mir eine Wortmeldung vor. Kollegin Böhm, bitte.

Abg. **Christiane Böhm**: Ich bedanke mich bei allen Anzuhörenden für ihre Geduld und ihre ausführlichen Stellungnahmen und auch für ihre deutliche Darstellung der Situation. Die Situation hat sich auch für uns so dargestellt. Deswegen war es uns wichtig, einen Gesetzentwurf vorzulegen. Ich denke, wir haben eine ganze Menge an Hinweisen bekommen, wie dieser Gesetzentwurf noch verbessert werden kann.

Ich möchte bei Richter Mazur beginnen. Auch Ihnen, Herr Mazur, danke ich für die Hinweise. Sie haben die Nachsorge in den Mittelpunkt gestellt. Inwiefern kann der Anspruch auf Nachsorge im Gesetz verankert werden? Welche Möglichkeiten sehen Sie dafür?

In Ihrer Stellungnahme haben Sie deutlich gemacht, dass die Unterbringungseinrichtungen, also die Kliniken, oft nicht die Mindestanforderungen im Hinblick auf Freigang, auf Time-out-Räume usw. erfüllen. Sie haben vorgeschlagen, die Kreise und Kommunen zu verpflichten, dies zu gewährleisten. Das kann ich mir nicht so recht vorstellen. Aber vielleicht haben Sie für uns einen Hinweis, wie sie das tun sollen. Die Kreise sind ja nicht Träger der Kliniken. Welche Möglichkeit hat der Gesetzgeber bzw. das Ministerium, das ja die Fachaufsicht hat, darauf hinzuwirken, dass das möglich wird? Sie machen deutlich, dass ohne diese Voraussetzungen eine Unterbringung nicht gewährleistet, dass sie einen sinnvollen Verlauf nimmt.

Ich frage auch nach dem Entlassmanagement. Nach Ihrer Stellungnahme ist uns klargeworden, dass es nicht reicht, den Sozialpsychiatrischen Dienst zu informieren. Wie könnte man ihn unter den Bedingungen der Personalressourcen besser in das Entlassmanagement einbeziehen? Welche Möglichkeiten hätten wir rechtlich, um insoweit Dinge voranzubringen?

Noch eine Bemerkung hierzu. Nicht, dass Sie denken, wir seien völlig blauäugig. Wir wissen natürlich: Man kann schöne Gesetze verabschieden; wenn man sie nicht umsetzt, nützen sie uns nichts.

Die Krisenhilfen sind schon im bisherigen PsychKHG enthalten, und es ist bislang nichts passiert. Sie sind auch im Koalitionsvertrag enthalten, und auch insoweit ist nichts passiert. Aber es gibt auch Rechte, die einklagbar sind. Wenn ein Mensch die Möglichkeit hat, ein Recht einzuklagen, geht die Landesregierung vielleicht in einer anderen Art und Weise damit um.

Frau Alborea, vielen Dank für die Grundsätze, die Sie uns in Ihrer Stellungnahme noch einmal aufgeschrieben haben. Ich will sie nicht wiederholen und denke, alle haben sie gelesen.

Sie haben ebenfalls deutlich gemacht, wie wichtig die Nachsorge ist. Was also passiert mit Menschen, die aus psychiatrischen oder auch aus forensischen Kliniken entlassen werden? Unser Problem besteht darin, dass sie häufig in keinem guten Zustand entlassen werden. Für mich ganz persönlich lautet die Frage: Warum brauchen wir so viele betreute Wohngemeinschaften, und können wir keine Integration in ein normales Leben organisieren? – Nun gut, mit dieser Frage werde ich mich persönlich weiterhin beschäftigen. Aber die Frage an Sie lautet: Was brauchen Sie, damit solche Einrichtungen in Hessen entstehen können, und wie könnte dies auch in einem Gesetz verankert werden?

An Herrn Mazur anschließend die Frage: Gibt es die Möglichkeit bzw. ein individuelles Recht, in einer Nachsorgeeinrichtung versorgt zu werden?

Herr Dr. Gramminger, Sie haben heute, aber auch schon in Ihrer schriftlichen Stellungnahme deutlich gemacht, dass es darum geht, die Fachkräfte effizienter einzusetzen. Das ist richtig. Es gibt im Gesundheitswesen nur eine Gruppe, in der es viele Fachkräfte gibt. Das sind die psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Sie werden in der Psychiatrie teilweise für den stationären, teilweise auch im ambulanten Bereich genutzt. Aber es gibt so viele psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die keinen Kassensitz erhalten und dann irgendetwas tun oder sich privat an Patienten und Patientinnen verdingen und davon oft keinen Lebensunterhalt generieren können. Könnten diese nicht in einem wesentlich höheren Maß als Fachkräfte eingesetzt werden, wenn wir tatsächlich Kriseninterventionsstellen hätten, wenn die ambulante Versorgung ausgebaut würde? Sehen Sie insoweit eine sinnvolle, effiziente Einsatzmöglichkeit von Fachkräften? – Das wäre meine Frage an Sie. Vielleicht können aber auch andere sagen, warum die Psychotherapeutinnen und -therapeuten nicht im Fokus unserer Fachkräftediskussion sind.

Herr Dr. Gramminger, es gäbe viele Fragen an Sie. Ich will nur noch eine stellen. Sie haben gesagt, Sie beobachteten – genauso wie ich – mit Erschrecken die Zahlen, die sich in der Forensik entwickeln. Auch hier gibt es nicht die „Problematik“, dass das Land ständig die Kosten und die Anzahl der Plätze erhöht. Was muss denn getan werden, damit diese Entwicklung nicht mehr so weitergeht? Das ist doch das Entscheidende und Spannende.

Wir waren in Dänemark und haben festgestellt, dass es dort nur eine ganz kleine Prozentzahl von Forensikpatienten und -patientinnen gibt. Aber dort hat man halt ein ganz anderes psychiatrisches System, ein viel stärker sozialpsychiatrisch orientiertes System als wir. Vielleicht haben Sie auch Ideen, wie wir damit weiter umgehen können.

Danke an den Landesverband der Angehörigen für die Stellungnahme zum fehlenden Krisendienst, die Sie auch mir geschickt haben. Sie haben es schriftlich ein bisschen freundlicher formuliert als teilweise mündlich. Sie haben gesagt, das sei unterlassene Hilfeleistung, dass es diesen Krisendienst immer noch nicht gibt. Welche Erfahrungen haben Sie bei Ihren Interventionen zu diesem Thema mit der Hessischen Landesregierung gemacht? Das dürfte ja heute nicht die erste Intervention gewesen sein.

Es gibt bekanntlich Planungen, eine landesweite Telefonhotline einzurichten und sie Krisendienst zu nennen. Sind Sie der Meinung, dass das eine ausreichende Maßnahme wäre, oder würde das unser Problem nicht lösen? – Diese Frage kann jeder, der möchte, beantworten.

Ich habe noch eine Frage zu den unabhängigen Beschwerdestellen. Frau Keiner, Sie haben eine Beschäftigung vorgeschlagen. Aber wie kann man Leute bezahlen, und sind sie dann immer noch unabhängig? Das ist für mich ein Widerspruch. Wir haben in unseren Gesetzentwurf hineingeschrieben, dass sie eine Aufwandsentschädigung erhalten, dass ihr Einsatz vergütet und ihre Kosten erstattet werden sollen, dass also Honorar gezahlt wird und das Land den Kommunen die

Kosten rückerstattet. Aber das ist ja etwas anderes, als wenn jemand tatsächlich bei einer Kommune oder anderswo beschäftigt ist. Dann wäre es ein Beschäftigungsverhältnis, und es entstünde in gewisser Weise eine Abhängigkeit. Oder es müsste eine völlig unabhängige Person, beispielsweise ein Bürgerbeauftragter, sein. Auch hierzu interessiert mich Ihre Einschätzung.

Abg. **Dr. Daniela Sommer:** Auch vonseiten der SPD-Fraktion herzlichen Dank für die mündlichen und schriftlichen Stellungnahmen.

Ich habe zunächst eine Frage an Herrn Dr. Mazur und an Frau Alborea. Wir haben gehört, dass nicht unbedingt ein Gesetz notwendig ist, weil wir schon eines haben, dass aber gegebenenfalls Anpassungen vorzunehmen sind. Wie muss eine verbindliche Umsetzung des PsychKHG vorstattengehen? Wie kann man also Durchsetzungsgewalt schaffen? Haben Sie Ideen hierzu?

Sie haben auch über das Entlassmanagement gesprochen. Wie kann man ein solches verbindlich machen, um eine Chronifizierung und Drehtüreffekte zu verhindern? Wie soll die Nachsorge strukturiert sein, und wie ist sie dann auch mit einer gemeindepsychiatrischen Versorgung in Einklang zu bringen? Welche Strukturen müssen also geschaffen werden, damit wir es tatsächlich schaffen, sektorenfrei besser zusammenzuarbeiten?

Der Landesverband der Angehörigen hat auch die Vorsorge mit ins Spiel gebracht. Wie sieht es also neben der Nachsorge mit der Prävention aus? Wie muss sie sich in einer gemeindepsychiatrischen Versorgung ganz konkret widerspiegeln?

Abg. **Dr. Ralf-Norbert Bartelt:** Einleitend: Ich stimme Herrn Dr. Gramminger völlig zu. Wir müssen uns über ein Vollzugsdefizit der vorhandenen Gesetzeslage Gedanken machen. In diesem Kontext bewegen mich zwei Fragen.

Es gibt Defizite beim Aufbau der Krisenintervention durch sozialpsychiatrische Dienste. Dieser ist im Gesetz eindeutig benannt, wird aber nicht in ausreichendem Maße vollzogen. Sicherlich, in einigen Kreisen gibt es Dienste, die das anbieten, es gibt auch aufsuchende Arbeit. Manche haben – in Anführungsstrichen – „nur“ eine Telefonhotline. Aber das ganze System ist noch lange nicht flächendeckend, noch lange nicht ausreichend.

Bund und Land haben den Öffentlichen Gesundheitsdienst zunächst gemeinsam unterstützt. Dann kam die Corona-Krise dazwischen. Damit gerieten die in Rede stehenden Aufgaben etwas in den Hintergrund. Aber diese Dinge müssen angegangen werden. Hier wurde vorgetragen, dass das in Bayern besser funktioniert. Wir nehmen gern Anregungen im Hinblick auf andere Bundesländer auf. Deshalb meine erste Frage: Was wird in anderen Bundesländern beim Aufbau der Kriseninterventionssysteme durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst und durch die sozialpsychiatrischen Dienste anders und besser gemacht als bei uns?

Herr Dr. Gramminger, ich verstehe Sie völlig, wenn Sie sagen, die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung führe speziell in der Psychiatrie in ein Dilemma, in eine unauflösbare Situation. Diese haben wir in der Politik genauso. Wenn es ein solches System nicht gibt, dann gibt es Beschwerden, dass das Pflegepersonal massiv überlastet sei und den Arbeitsplatz verlasse. In diesem Fall bricht das System zusammen. Und wenn man eine Vorgabe nicht einhalten kann, dann bricht das System auch zusammen, weil die Krankenhäuser dann die entsprechenden Kriterien nicht erfüllen.

Wie kommt man aus dieser Situation heraus? In der Corona-Krise haben wir notfallmäßig alle diese Verordnungen vorübergehend außer Vollzug gesetzt. Nachdem die Krise vorbei ist, wurde alles wieder auf die normale Verordnungslage zurückgeführt. Wie kommt man hilfsweise, übergangsmäßig, aus dieser Situation heraus? Sollen wir Sondertatbestände für die Psychiatrie schaffen? Oder was können wir tun, um diese Situation zu entschärfen?

Abg. **Yanki Pürsün:** Den Angehörten vielen Dank für die Stellungnahmen. Ich habe zwei Fragen, mit denen ich Herrn Gramminger und Herrn Mazur direkt anspreche. Aber weitere Anzuhörende können sie sicherlich ebenfalls beantworten.

Herr Gramminger, Sie haben gesagt, man brauche kein neues Gesetz; es gebe ein Gesetz, und es gebe ein Vollzugsdefizit. Was hält denn in der Realität davon ab, sich der Gesetzeslage anzupassen?

Herr Mazur, die Kollegin Sommer hat die Frage nach der Nachsorge gestellt. Meine Frage geht in eine ähnliche Richtung: Welche Mindestanforderungen halten Sie in der Nachsorge für erforderlich?

Vorsitzender: Vielen Dank. – Weitere Wortmeldungen liegen mir aktuell nicht vor.

Alle Institutionen wurden adressiert. Deswegen starten wir mit den Antworten bei Ihnen, Herr Mazur, und gehen dann in der vorherigen Reihenfolge weiter.

Dr. Szymon Mazur: Ich werde versuchen, die Fragen aus richterlicher Sicht zu beantworten. Welche politischen Maßnahmen im Einzelnen die sinnvollsten sind, bleibt letztlich Ihnen überlassen.

Der Anspruch auf Nachsorge ist ein guter Punkt. Die regelmäßige Erstellung eines Psychiatrieplans sollte meiner Ansicht nach zwingend sein. Es sollte also verpflichtend sein, in regelmäßigen Abständen zu schauen, welcher Bedarf besteht. Der letzte des Landkreises Fulda stammt allerdings aus den 90er-Jahren. Es müsste also zunächst ermittelt werden, welche Bedarfe es gibt.

Die Gefahrenabwehr ist zunächst einmal Aufgabe des Staates. Ebenso hat der Staat eine Schutzpflicht. Beides wird auf die beliebigen Ärztinnen und Ärzte und auf die beliebigen Kliniken abgewälzt. Dazu können die Kliniken mehr sagen als ich; aber ich erlebe tagtäglich, dass die Anforderungen immer höher werden, dass man das Problem wie eine heiße Kartoffel behandelt und sagt, die beliebigen Ärzte müssten selbst entscheiden, ob eine Person noch so gefährlich ist, dass sie nicht entlassen werden kann. Ich finde, damit zieht sich der Staat aus der Verantwortung. Meiner Ansicht nach kann der Staat nicht auf die geschlossenen Akutstationen und auf die beliebigen Ärzte verweisen, sagen, diese müssten entscheiden, ob eine Person untergebracht oder nicht untergebracht werde, und meinen, damit habe er seine Aufgabe erfüllt. Das ist mitnichten so. Vielmehr müssen sowohl die akute Versorgung als auch die Nachsorge sichergestellt werden.

Selbstverständlich muss es nicht in jedem Landkreis eine beschützte Einrichtung geben, aber in Kooperation mit den Landkreisen müsste in Hessen zumindest eine ortsnahe Unterbringung möglich sein. Es kann nicht sein, dass wir froh sind, wenn wir eine Person in Südbayern unterbringen. Das ist aber die Realität. Ich habe eine Person an der Grenze zu Österreich untergebracht und war heilfroh, dass wir einen Platz bekommen haben. Hier besteht eine Verantwortung der Gebietskörperschaften, die aber nicht wahrgenommen wird, weshalb die gesetzlich geregelt werden sollte.

Im Klinikum Fulda haben in der letzten Zeit zwei Oberärzte und eine Oberärztin das Handtuch geschmissen und gesagt, solche Anforderungen wollten sie sich nicht antun. Aber dazu können, wie gesagt, die Vertreter der Kliniken besser Auskunft geben.

Die Einbeziehung des Sozialpsychiatrischen Dienstes bei der Entlassung hat nach meinem Gefühl besser funktioniert, als wir noch SpDi-Verlängerungsanträge stellen mussten. Damals habe ich beobachtet, dass der SpDi öfters im Klinikum war und öfters mit den Patienten und Patientinnen gesprochen hat; denn er war gezwungen, am Ende der Unterbringungszeit eine Entscheidung darüber zu treffen, ob die Person weiter in einer geschlossenen Einrichtung versorgt werden muss oder ob man sie in eine andere Hilfsform überführt. In die Überlegung, wie eine Nachsorge erfolgen kann, in das Entlassmanagement, sollte der SpDi meiner Auffassung nach zwingend einbezogen werden. – So viel zu Frau Böhm.

Nun zu Frau Sommer. Mit der Durchsetzungsgewalt ist es natürlich ganz schwierig. Sicherlich beinhaltet dieser Gesetzentwurf – deshalb ist er auf jeden Fall zu begrüßen – sehr viele gute Ansätze für die präventive Phase, indem eine gewisse Ausstattung des SpDi gefordert wird, indem gefordert wird, dort eine Mindestanzahl an Fachkräften zu beschäftigen. Das kann man gesetzlich vorschreiben. Damit stellt man sicher, dass man einen handlungsfähigen SpDi hat, der schnell reagieren kann und der auch Ansprechpartner für die Polizei ist.

Wir haben das Beispiel mit dem Fernseher gehört. Das wäre sicherlich nicht passiert, wenn eine Fachkraft hinzugezogen worden wäre. Die Polizisten sind oft überfordert. Ich war vor zwei Wochen bei der Polizei und habe einen Vortrag gehalten. Polizisten sind im Umgang mit psychisch Erkrankten nicht geschult. Die Hinzuziehung des SpDi wäre Gold wert gewesen, um zu sehen,

wie man dem jungen Mann helfen könnte. Vielleicht bestand keine akute Fremdgefahr, aber vielleicht hätten die Voraussetzungen für eine Heilbehandlung nach BGB vorgelegen, die hätte in die Wege geleitet werden können. Das wäre eine präventive Maßnahme gewesen, bevor es zu anderen Dingen gekommen ist. Vielleicht hätte man sagen können: Hier droht die Chronifizierung, hier fehlt die freie Willensbildung; wir müssen schon jetzt etwas in die Wege leiten, bevor wir mit der Keule der Gefahrenabwehr kommen.

Für Strukturen kann man kein Patentrezept nennen. Das ist wie bei einem Schlaganfall. Wenn jemand einen Schlaganfall hat, kommt er zunächst auf die Intensivstation, und dann schaut man. Erholt sich die Person, kann sie nach Hause entlassen und hausärztlich oder durch einen Neurologen weiterversorgt werden. Erholt sie sich nicht, muss sie in eine Reha-Maßnahme gehen und schauen, wie sie weiterleben kann.

Genauso ist es auch bei den psychisch Erkrankten. Wir müssen schauen, wie weit die Person kommt. Nur, für sie gibt es gar keine Nachsorge. Wer entlassen wird, findet keine niedergelassenen Ärzte, weil es sie nicht gibt. Was dagegen zu tun ist, kann ich als Richter nicht sagen. Sie müssen beurteilen, ob mehr Studienplätze geschaffen oder andere Maßnahmen ergriffen werden müssen. Auf jeden Fall brauchen wir eine Versorgung im ambulanten Sektor. Wir brauchen aber auch noch etwas anderes. Darauf bezog sich mein Appell von vorhin. Viele Menschen können nicht nach Hause entlassen werden und sich einfach bei einem Psychiater melden. Vielmehr müssen sie weiterversorgt werden, nicht notwendigerweise auf einer Akutstation, aber in Einrichtungen, in denen sie sozusagen zurück ins Leben geführt werden, damit es nicht zu diesem Drehtüreffekt kommt. Aber sowohl offen geführte als auch geschützt geführte Einrichtungen fehlen.

Es wurde von Mindestanforderungen an das Entlassmanagement gesprochen. Eine Mindestanforderung, die gesetzlich leicht umzusetzen ist, besteht darin, dass der SpDi zwingend involviert und ein Entlassungskonzept erstellt wird, sodass, wenn zum Beispiel kein niedergelassener Arzt vorhanden ist, im Anschluss die Vermittlung an eine Psychiatrische Institutsambulanz oder auch, sofern es diese gibt, die Vermittlung in andere Wohnformen oder Einrichtungen erfolgt.

Katharina Alborea: Herr Dr. Mazur und ich haben sehr ähnliche Kreise von Klientinnen und Klienten. Was er sagt, kommt mir sehr bekannt vor.

Im Prinzip bezogen sich die Nachfragen, die an mich gerichtet waren, auf die Nachsorge. Es wurde gefragt, wie Nachsorgeeinrichtungen oder die Nachsorge überhaupt aussehen könnten. Ich spreche jetzt für unseren Kreis von Adressaten und Adressatinnen, also für Menschen, die, bevor sie in die Klinik kamen, schon nicht unbedingt in gesicherten Wohnverhältnissen waren und danach natürlich auch nicht in solchen sind. Menschen, die sich in psychischen Krisen befinden und wieder stabilisiert werden, können anschließend nicht in das Umfeld entlassen werden, das sie destabilisiert hat. In unserem Fall ist ganz klar: Menschen danach in die kommunale Unterbringung zu entlassen – in Unterbringungen zu entlassen, wie sie im Moment noch ausgestattet

sind, sie also oftmals in nicht menschenwürdige Zustände, sondern eher in Zustände zu entlassen, die krank machen –, ist natürlich nicht der Weg.

Prävention zu betreiben, damit Menschen, die aus einer Klinik kommen, nicht wieder dorthin zurückgehen, bedeutet, sie in Zustände zu entlassen, in denen sie weiterhin versorgt werden, in denen sie Ansprechpartner und Ansprechpartnerinnen haben, in denen sie sich sicher fühlen. Das bedeutet einen mietvertraglich abgesicherten Wohnraum mit einer Tür, die man schließen kann, dies gegebenenfalls auch in Nachsorgeeinrichtungen, aber in solchen, die sich mit diesem Kreis der Adressaten und Adressatinnen auskennen.

Wir sprechen hier auch von Menschen, die unter Umständen schon lange in krisenhaften Verhältnissen leben. Sie sind in den Tageskliniken oder in anderen Nachsorgeeinrichtungen nicht immer willkommen, weil sie vielleicht trotz der Behandlung der psychischen Krisen etwas sperrig sind oder andere Ansichten über den Lebenswandel haben als ihre Nachbarschaft. Es besteht ein großer Mangel an Einrichtungen für diese Personen.

Unsere Klientinnen und Klienten werden älter, werden kränker. Auf der einen Seite können Menschen, die auf der Straße oder in prekären Wohnverhältnissen leben, mit einer guten sozialen Arbeit zumindest dahingehend hinreichend stabilisiert werden, dass sie nicht zu früh versterben; auf der anderen Seite müssen sie aber diesem Leben Tribut zollen, und sie werden in einem biologisch früheren Alter pflegebedürftig bzw. physisch krank. Es gibt nur sehr wenige Einrichtungen, in denen wir diese Menschen unterbringen können, in denen diese einen sicheren Rückzugsraum finden.

Auf der einen Seite besteht also das Problem der Nachsorge in bestenfalls eigenem Wohnraum, aber es besteht auch ein Problem, was die Prävention angeht, nach der ebenfalls gefragt worden ist. Da beißt sich die Katze in den Schwanz: Wenn eigener Wohnraum vorhanden und die Versorgung gewährleistet ist, wenn Ansprechpartner und Ansprechpartnerinnen gewährleistet sind, es eine psychotherapeutische Versorgung vor Ort gibt, die entsprechend niedrigschwellig ist, dann ist auch die Prävention vorhanden, das heißt dann ist auch die Verhinderung von krisenhaften Verläufen gegeben.

Noch kurz am Rande etwas zur Telefonhotline. Bei unserem Kreis der Adressaten und Adressatinnen ist eine Telefonhotline eher als hochschwierig zu bezeichnen. Ich stelle es mir generell schwierig vor, eine gespeicherte Telefonnummer zu wählen, sich entsprechend zu artikulieren und sich Hilfe zu holen, wenn man in einer schweren psychischen Krise ist. Zumindest für unseren Personenkreis ist eine Telefonhotline eher nicht hilfreich.

Es geht also um Wohnungen, um mietvertraglich abgesicherter Wohnraum, und um eine adäquate Ausstattung der Notunterkünfte. Ein Runder Tisch ist auch eine schöne Sache. Solche Dinge gibt es aber eigentlich schon. Sie müssten nur funktionieren.

Dr. Steffen Gramminger: Herr Pürsün hat es schon gefragt: Was hält uns denn davon ab, die Praxis, die nicht funktioniert, zu ändern? Aber ich fange von vorn an.

Frau Böhm, Sie sprachen von der Fachkräteeffizienz und fragten, warum Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten nicht so eingesetzt würden, wie wir sie einsetzen sollten und könnten. Insoweit muss ich Ihnen recht geben: Es ist fahrlässig, Fachkräfte, wenn ich sie benötige, sozusagen nicht nach allen Regeln der Kunst einzusetzen. Aber das richtet sich natürlich auch an die Berufsverbände. Die Psychotherapeutenkammer ist heute eigentlich auch eingeladen. Ich weiß nicht, ob Herr Diederichs oder Frau Winter noch kommen und Stellung dazu nehmen werden. Aber rein von der Logik her ist es absolut vernünftig: Man muss sie natürlich entsprechend ihrer Qualifikation einsetzen.

Sie haben richtigerweise schon davon gesprochen, dass ich Personal für die Krisenintervention brauche. Dass ein Krisentelefon vielleicht nicht sinnvoll ist, kann ich gut verstehen. Aber es gibt wahrscheinlich auch diesbezüglich wiederum verschiedene Schwellen. Deswegen wäre es eventuell auch in den genannten Fällen einsetzbar, aber natürlich auch in der Nachsorge.

Ich will auf die Frage zu sprechen kommen, warum so viele im Maßregelvollzug landen und was nicht funktioniert. Herr Pürsün, dies ist eine Prozesskette. Wir stellen einfach fest: Das sind quasi Dominosteine. Wenn der erste nicht so richtig fällt, dann ist die Kette im Grunde schon kaputt. Das fängt nicht erst bei der ambulanten Behandlung, sondern schon bei der Prävention an. Daran hapert es schon seit Jahren. Das wird uns nun aber besonders deutlich, weil jetzt auch jüngere Menschen, die vielleicht bei einem normalen Lebensablauf darum herumgekommen wären, durch die Corona-Pandemie in Krisen geraten. Insoweit funktioniert unser System nicht, und wir können noch nicht chronifizierte Erkrankungen nicht niederschwellig auffangen. Damit fängt das Übel schon an.

Dann geht es weiter: Wenn die Erkrankung schwerer wird, fehlt es an dieser Krisenintervention, die wir eben schon mehrfach angesprochen haben und die in Bayern anscheinend besser verläuft. In der zweiten Runde werden Sie Gesprächspartner hören, die Sie vielleicht genauer darüber informieren können, was dort besser ist. Ich weiß bloß, dass dort im Vergleich zu Hessen ein völlig anderer finanzieller Rahmen besteht. – Ich will nicht immer gleich aufs Geld abheben; aber dieses ist natürlich auch wichtig.

Die Krisenintervention ist der zweite Filter, mit dem ich Patienten auffangen kann, bevor sich ihr Zustand verschlechtert. Das ist dann, wie gesagt, eventuell mit einem Krisentelefon zu kombinieren. Darüber, ob das funktioniert, und über die Digitalisierung kann man noch einmal sprechen. Denn es ist schon ein Unterschied, ob man sich, Gesicht zu Gesicht, in einer Videokonferenz oder nur am Telefon spricht. Aber hierbei ist natürlich zu fragen, in welcher Situation sich der Patient befindet.

Dann kommt die ambulante Behandlung, bei der es lange Wartelisten gibt. Bis Sie einen Termin bekommen, ist es meistens schon zu spät. Dieses Versagen am Anfang der Kette führt zum Überlaufen der Krankenhäuser. In der Konsequenz versagen wir dann in den Krankenhäusern

genauso, weil das Personal nicht im benötigten Umfang vorhanden ist, weil die Kapazitäten in dem Umfang nicht vorhanden sind und – damit schließt sich dann die Kette – die Abverlegung mit dem tollsten Entlassmanagement nicht funktioniert, wenn man die Patienten nirgendwohin übergeben kann, weil die Nachsorge und die Teilhabe und die Wohnformen fehlen.

Sie sehen: Mit dieser Prozesskette, die am Anfang nicht funktioniert, verhält es sich wie mit einer Lawine, und irgendwann fliegt uns das Ganze um die Ohren. Das ist das Problem. Deshalb müssen wir ganz vorn, bei den ambulanten Strukturen, beginnen, damit wir mit den schweren Erkrankungen, die es immer wieder geben wird, umgehen können.

Nun zur PPP-RL. Es geht ja nicht darum zu sagen, alles sei ganz schlimm oder das wollten wir alles gar nicht. Vielmehr haben die Patienten ein Recht darauf. Wir müssen natürlich schauen, dass es im Verhältnis stimmt. Nur ganz grob gesagt: Die Richtlinie ist mittelalterlich, sie hat nichts mit den modernen, aktuellen Behandlungsformen zu tun. Nach den Richtlinien muss ich die Therapeuten und die Schwestern Abteilungen zuordnen, und eine Gruppentherapie kann ich gar nicht unterbringen, geschweige denn ambulante Behandlungsformen usw. Das ist die Crux. Die Richtlinie ist nicht völlig falsch; sie ist nur unkorrekt. Sie ist nicht an die Wirklichkeit angepasst. Das ist das größte Manko. Aber Herr Belling kann dazu später sicherlich besser ausführen als ich.

Ich hoffe, ich habe alles einigermaßen beantwortet. – Frau Sommer hatte mir gar keine Frage gestellt.

Karla Keiner: Ich beginne mit der Vorsorge. Herr Dr. Gramminger hat recht. Hierzu schildere ich ein Vorkommnis, das sich Anfang Februar ereignet hat.

Mich rief eine Dame aus Darmstadt an. Sie ist Angehörige. Damals war sie schon fix und fertig, weil sie im Vorfeld mit unserer Zentrale vom BP gesprochen hatte. Ich habe sie mir angehört und habe sie, weil sie nicht richtig Deutsch schreiben konnte, an die EUTB-Stelle, die, was das Schreiben und anderes angeht, eigentlich Unterstützung leisten sollte, verwiesen. Die Tochter war zu diesem Zeitpunkt schon einmal in Darmstadt in einer Klinik gewesen und hatte dort schlechte Erfahrungen gemacht. Bei der Tochter kam hinzu, dass sie eine Sexkrankheit hatte, also jeden Tag Sex haben musste. Das hat auch dazu geführt, dass sie schrie.

Es ist nichts passiert. Sie ist weggeschickt worden. Sie hat sich an das Gesundheitsamt gewendet. Daraufhin ist auch nichts passiert. Sie rief aus lauter Verzweiflung wieder an. Ich hatte aufgrund eines anderen Falls Kontakt mit Frau Prof. Dr. Henneberg in Frankfurt am Main. Sie ist Neurologin. Ich habe sie angerufen, ihr den Fall geschildert und sie gefragt, ob sie sich dieser Frau annehmen könne. Das hat sie getan. Die Tochter brauchte ein Pflaster, um ihr Verlangen nach Sex einzudämmen. Daraufhin ist die Angehörige mit ihrer Tochter zu deren Neurologen gegangen. Dort und auch bei ihrem Arzt hat sie es nicht bekommen. Es kam so weit, dass die Tochter ihre Wohnung verloren hat.

Vor zwei Wochen bekam ich erneut einen Anruf. Die Angehörige war wieder fix und fertig; denn auch sie sollte jetzt zwangsgeräumt werden. Ich habe mich daraufhin noch einmal mit den Stellen in Verbindung gesetzt. Wenn ich dann einem Rechtsanwalt erst einmal erklären muss, dass das Ordnungsamt sie wieder hineinsetzen kann, dann ist das schon schlecht. – Wir haben Stellen, und Menschen werden herumgestoßen.

Ich möchte noch etwas zur landesweiten Telefonnummer sagen. Das ist vielleicht keine schlechte Idee, aber ich muss der Dame hier vorn recht geben: In einem bestimmten Zustand sind Sie nicht mehr in der Lage, die Fragen zu beantworten, die Ihnen die Hotline stellt. Nehmen Sie die Telefonnummer 116 117. Bei dieser Nummer können Sie anrufen, Sie dürfen aber keinen Herzinfarkt haben und einen Schlaganfall auch nicht; damit sind Sie aufgeschmissen.

Ich möchte nun auf die Bezahlung bei der Beschwerdestelle zurückkommen. Ich weiß nicht, wie viele Ehrenamtlichen neben uns Betroffenen hier sitzen. Frau Böhm, das ist ein Fulltimejob. In unserem Landesverband, in Frankfurt, haben ihn zwei schon gemacht. Wir Betroffenen haben ja auch nur eine gewisse Kapazität und müssen uns davor schützen, dass es für uns selbst zu viel wird. Und: Von einem Ehrenamt kann ich meine Miete nicht bezahlen. Es gibt viele Betroffene, die viele Fähigkeiten haben, aber wir möchten auch einmal aus diesem Kreislauf herauskommen. Ich habe in meinem Leben viel ehrenamtlich gearbeitet und bin für diese Lernform dankbar. Aber auch ich mache nicht mehr alles ehrenamtlich, wobei ich die Menschen aber nicht hängenlasse.

Ich will noch sagen: Dadurch, dass die Hilfe nicht kommt, werden die Erkrankungen schlimmer. Das hat zur Folge, dass die Menschen in den Maßregelvollzug, in die Forensik, kommen. Ich habe auch mit Menschen in der Forensik zu tun gehabt. Es wird gar nicht näher darauf eingegangen, woher das überhaupt kommt. Es ist doch klar, dass ein Betroffener, wenn er Hilfe braucht, es für ihn aber nicht weitergeht, austickt.

Ich war bei einer Veranstaltung in Frankfurt. Dort sagten Fachleute, wir müssten zum Bestrafen und Belohnen zurückkommen. Ich habe gedacht, ich höre nicht richtig. Man muss sich doch Gedanken darüber machen, was ich damit bei einem Menschen, der in der Klinik ist und der schon als Kind dieses Modell des Bestrafens und Belohnens erlebt hat, anrichte. Manchmal geht es auch um den generellen Umgang mit den Menschen. Es gibt so viele Leute, die tolle Konzepte entwickelt haben. Auch Herr Prof. Dr. Löhr aus Bielefeld hat eines entwickelt, bei dem man in der Klinik mit dem Patienten auf gleicher Augenhöhe ist und respektvoll miteinander umgeht.

Barbara Mauelshagen: Frau Böhm hat gefragt, welche Interventionen wir als Landesverband bereits bezüglich des Krisendienstes unternommen haben. Wir engagieren uns schon seit vielen Jahren für einen aufsuchenden Krisendienst, also nicht für eine Telefonhotline. Es gab Gespräche auf verschiedenen Ebenen. Ich weiß, dass die Vorgänger im Landesverband, die Vorsitzenden Herr Desch und Frau Mayer, mehrere Gespräche im Ministerium, ich glaube, mit Frau Nöcker, geführt haben. – Ich war nicht dabei, weiß aber, dass es Gespräche gab. Und ich weiß auch,

dass wir von der Frankfurter Angehörigenselbsthilfe schon Gespräche mit den Frankfurter Gesundheitsdezernenten – damals noch mit Frau Heilig und auch mit Herrn Majer – bezüglich des Krisendienstes geführt haben, weil wir wussten, wie es in Bayern geht. Ich selbst habe Verwandtschaft in Bayern und weiß, dass in München schon vor Jahren ein aufsuchender Krisendienst kam, wenn man Hilfe brauchte und angerufen hat. Innerhalb von einer halben Stunde oder Stunde kamen zwei Leute in die Wohnung und haben akut Krisenintervention geleistet.

Damit leite ich über zu der Frage, was am Krisendienst in Bayern besser ist. In Bayern gibt es sieben Bezirke, und jeder Bezirk hat eine eigene Leitstelle in der Form, wie es sie auch hier beim Ärztlichen Notdienst gibt. Dort kann man anrufen, dort nimmt man das Problem auf, und dort wird dann auch entschieden, ob jemand zu dem Betreffenden nach Hause geschickt wird. Geschulte Fachleute sind dann in relativ kurzer Zeit zum Hausbesuch vor Ort.

In dem Fall, den ich geschildert habe, in dem der Sohn den Fernseher zerstört hat, wäre vielleicht schon viel früher jemand vom Krisendienst zu ihm nach Hause gekommen, hätte Krisenintervention leisten können, und man hätte den Sohn in einem nicht ganz chronifizierten Stadium vielleicht auch dazu bringen können, sich in eine Klinik zu begeben oder einen Arzt aufzusuchen.

Der Freistaat Bayern zahlt viel Geld dafür. Er zahlt 18 Millionen € für die Leitstellen, und die sieben Bezirke zahlen für das Personal. In Bayern steht also eine ganz andere Summe für den Krisendienst zur Verfügung, als sie das Land Hessen zu zahlen bereit ist. Das macht uns als Angehörige, die wir uns seit Jahren für einen Krisendienst einsetzen und denken, dass dieser wirklich nötig ist, mittlerweile sehr frustriert und auch wütend.

Wir haben deshalb eine öffentliche Stellungnahme verfasst. Herrn Klose dürfte sie mittlerweile vorliegen. Meine Kollegin hat sie, soweit ich weiß, vor zwei Tagen geschickt. Ich habe aber auch noch einmal 30 Exemplare bei mir. Diese öffentliche Stellungnahme geht an Sie, Herr Klose, an alle Damen und Herren des Sozialausschusses, an das psychiatrische Versorgungssystem, also an die Institutionen, und auch an die Presse.

Frau Sommer, Sie hatten gefragt, wie eine gute Prävention aussehen könnte. Ich denke, man müsste auch die Sozialpsychiatrischen Dienste besser ausstatten und mehr ins Boot holen. Sie sollen zwar Hausbesuche machen, aber mit ihrer Personalausstattung schaffen sie das nicht in jedem Fall. Auch haben sie keine Behandlungsbefugnis. Wenn jemand vom Sozialpsychiatrischen Dienst in eine Familie oder zu jemandem nach Hause kommt, dann darf er nicht einmal ein Medikament verordnen. Es wäre günstig, wenn Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes, wenn sie sehen, da ist eine Person sehr aufgeregt, deeskalieren und dieser Person vielleicht auch ein Medikament anbieten könnten, damit sie einmal eine Nacht durchschläft. Es könnte gesagt werden: Ich gebe Ihnen etwas; dann schlafen Sie einmal; morgen oder in zwei Tagen kommen wir wieder vorbei, und dann reden wir weiter. – Das wäre wirklich niedrigschwellig.

Und dann sollte es niedrigschwellige Beratungsstellen geben. Uns erreichen immer wieder Anfragen von Angehörigen Ersterkrankter, die überhaupt nicht wissen, wohin sie sich wenden sollen. Sie kennen auch den Sozialpsychiatrischen Dienst nicht. Dieser müsste viel bekannter sein.

Ich stelle mir manchmal eine Stelle an der Frankfurter Hauptwache oder an einem anderen zentralen Ort vor, an die man sich ganz niedrigschwellig wenden kann, wenn man ein Problem hat.

Mia Oebels: Ich möchte noch etwas bezüglich der Wichtigkeit eines Krisendienstes anmerken. Es wurde erwähnt, dass der Maßregelvollzug überfüllt ist und dass mehrere Krisen oft dorthin führen. Allerdings kann auch schon eine einmalige Krise, die nicht adäquat gehandhabt wurde, in den Maßregelvollzug führen.

Karla Keiner: Ich habe noch etwas vergessen. Von den vielen Telefonaten, die ich im Laufe der Jahre geführt habe, habe ich schon gesprochen. Die Leute kamen bei den Stellen nicht weiter und haben immer wieder gesagt: Da war jetzt einmal jemand, der zugehört hat. – Wir haben als Landesverband in kleiner Form reagiert und haben das „Offene Ohr“ eingerichtet. Das ist ein Telefon, an dem am anderen Ende jemand sitzt und zuhört. Sonst ist es nichts. Es ist keine Beratung.

Am Sonntag habe ich noch mit einer Person vom „Offenen Ohr“ über einen Klienten gesprochen. Es konnte sogar verhindert werden, dass er sich an dem Tag das Leben nahm.

Vorsitzender: Gibt es Rückfragen seitens der Abgeordneten? – Kollegin Dr. Sommer, bitte.

Abg. **Dr. Daniela Sommer:** Eine kurze Frage noch an alle, die sich mit der Vor- und der Nachsorge beschäftigen. Es gibt ja das tolle Projekt StäB, die Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung. Kann man dieses vielleicht ausweiten, ausrollen? Selbstverständlich braucht auch das Kapazitäten. Aber die Menschen sind in ihrer eigenen Häuslichkeit, können dort behandelt, betreut, begleitet werden, engmaschig oder auch nicht engmaschig, auf jeden Fall sehr individuell und bedarfsgerecht, was dann auch Kapazitäten im stationären Bereich freimacht. Könnte man das nicht nur als Nachsorge, sondern auch als Prävention betreiben?

In Gießen gibt es eine Einrichtung, die „Café Nachtlicht“ heißt, die nachts und abends geöffnet und ein niedrigschwelliges Angebot ist, um bei einer Krise eine erste Anlaufstelle zu sein. Ist so etwas neben Krisendiensten eine sinnvolle Sache, und müsste auch das ausgerollt werden? – Ich sehe Nicken. Das reicht mir schon fast. Danke schön.

Vorsitzender: Es reicht schon fast?

Abg. **Dr. Daniela Sommer:** Herr Prof. Dr. Metzger von Vitos und auch Herr Belling können vielleicht noch einmal darüber berichten. Denn StäB ist ja aus Vitos erwachsen. Aber ich habe das Nicken der anderen schon so verstanden, dass man das nutzen kann.

Abg. **Claudia Ravensburg:** Wenn ich darf, würde ich gern ergänzen. Frau Dr. Sommer hat ein wichtiges Projekt angesprochen. Die Nachsorge beginnt schon vor der Sorge. Wir wollen ja Rückfällen vorbeugen und vermeiden, dass wir wieder in die stationären Systeme kommen. Vielleicht können Sie Ihre Antwort um diesen Gedanken erweitern.

Vorsitzender: Wir haben die betreffenden Personen ja noch gar nicht angehört. Aber dies ist jetzt sicherlich schon aufgenommen worden.

Ich schliesse an dieser Stelle die Anhörung im Block 1, und wir kommen zu Block 2.

Dr. Matthias Bender: Das, was wir hier hören, ist, wie ich finde, sehr eindrucksvoll. – Ich bedanke mich für die Möglichkeit, zu dem sehr engagierten, differenzierten und sachkundigen Gesetzentwurf Stellung zu nehmen. Dies ist eine Gelegenheit, über die Situation der psychiatrischen Versorgung überhaupt zu sprechen. Heute vertrete ich eine Arbeitsgemeinschaft und zwei Kliniken und werde meine Stellungnahmen, auch was den Hanauer Aspekt und den Kollegen Schillen angeht, zusammenfassen.

In Hessen ist bei der psychiatrischen Versorgung – gemeint sind hier jeweils Kinder-, Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie – vielerorts ein akuter Notstand festzustellen. Die ersten Kliniken mussten ihren Versorgungsauftrag bekanntermaßen bereits aufgeben oder zwischenzeitlich immer wieder einschränken. Wir als Arbeitsgemeinschaft der Ärztlichen Leitungen psychiatrischer Kliniken in Hessen – das bezieht sich auf alle Träger – haben diese Problematik in unseren Schreiben an die Ministerpräsidenten, an Ministerpräsident Bouffier noch im Jahr 2021 und dann an Ministerpräsident Rhein im Jahr 2022, dargelegt und darauf hingewiesen, dass fast alle psychiatrischen Kliniken in Kürze ihre Pflichtversorgung entsprechend den verfügbaren Personalressourcen – auf sie will ich mich fokussieren – begrenzen müssen.

Dieser Notstand betrifft Patienten, er betrifft Angehörige, Einrichtungen der Jugendhilfe, die Eingliederungshilfe, Menschen mit Behinderung, Altenheime, Jugendämter, Sozialpsychiatrische Dienste, Ordnungsbehörden, Polizei und Justiz. Auch das in Hessen geplante Bedrohungsmanagement zur Begleitung von psychisch kranken Menschen mit Gefährdungspotenzial wird betroffen sein. Insofern ist es dringend erforderlich, die system- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit und die Vernetzung der verschiedenen Bereiche der psychiatrischen Versorgung zu verbessern.

Das steht jetzt schon im Gesetz; aber es muss, wie Herr Professor Gramminger schon sagte, auch umgesetzt werden. Es geht um die Akutpsychiatrie mit der weiterhin zu gewährleistenden regionalen Pflichtversorgung – ein wichtiges Prinzip – und der wohnortnahen Behandlung, um die Eingliederungshilfe mit ihrem Sicherstellungsauftrag, der auch im Hinblick auf ausreichende, geschützte Plätze zu erfüllen ist, um den Öffentlichen Gesundheitsdienst mit dem SpDi und um die forensische Psychiatrie.

Selbstverständlich unterstützen wir die im Gesetzentwurf dargelegten Zielsetzungen, um eine möglichst gewaltarme und patientenfreundliche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit ganz hoher Therapiequalität zu gewährleisten, also die Prävention und Selbstbestimmung, den Aufbau ambulanter Hilfen und die erfolgreiche Wiedereingliederung zu stärken. Aber all das findet leider Begrenzung an den vorhandenen Personalressourcen.

Vor einigen Bemerkungen zu den Paragraphen, die ich aus Zeitgründen nicht ausweiten kann, will ich allerdings auch sagen, dass sich das bestehende PsychKHG zumindest nach Einschätzung der meisten ärztlichen Leitungen der psychiatrischen Kliniken grundsätzlich und weitgehend bewährt hat.

Die §§ 2 bis 4 befassen sich mit der Stärkung der Sozialpsychiatrischen Dienste. Diese ist sehr zu begrüßen. Ob auch die Krisendienste dazugehören, ist mir nicht klargeworden. Auch das GpV ist fraglos sozialpsychiatrisch sinnvoll und sehr zu begrüßen, im Übrigen insbesondere die finanzierte Integration von Genesungsbegleitern in das multiprofessionelle Team und auch die Implementierung eines Krisentelefon.

Die Krisendienste sollten wohnortnah, rund um die Uhr, 24/7, erreichbar und nicht nur koordinierend, sondern wirklich eingreifend handlungsfähig sein, um dem beschriebenen Anspruch an eine Krisenintervention entsprechen und eine präventive Funktion in der Versorgung erfüllen zu können. Ich bin schon der Auffassung, dass bei dem skizzierten Aufgabenprofil eine psychiatrisch-psychotherapeutische fachärztliche Leitung zwingend erforderlich ist, auch wenn Psychologinnen und Psychologen selbstverständlich zu integrieren sind. Allerdings bleibt diese geforderte personelle Ausstattung ohne wirksame Maßnahmen gegen den Fachkräftemangel unrealistisch.

Zu den anderen Paragraphen will ich jetzt gar nicht weiter ausholen, außer vielleicht noch einmal lobend erwähnen – vielen Dank dafür –, dass nach § 16, was wir schon lange befürwortet haben, auch eine Unterbringung in einem somatischen Krankenhaus vollzogen werden kann, wenn es für den jeweiligen Patienten eine medizinische Indikation gibt, die diese eben erfordert.

Insgesamt ist dies, wie gesagt, eine gute Auseinandersetzung mit der psychiatrischen Versorgungssituation. Bedarf und Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen nehmen bekanntermaßen zu, nicht nur seit der und durch die Pandemie, und dies vor allem im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich, worüber die Kollegin Duketis vermutlich noch berichtet. Jedenfalls treffen diese beschriebenen Handlungsbedarfe im ambulanten Bereich, in der Prävention und im stationären Bereich auf einen zunehmenden und dramatischen Personalmangel. Dadurch werden die Therapiemöglichkeiten, die wir alle sehen und kennen und gern verbessern

würden, stark eingeschränkt, zum Schaden für den Einzelnen, aber auch für die Gesellschaft. Davon bin ich überzeugt. Der Versorgungsnotstand führt dann zur Chronifizierung mit schlechterer Prognose, schlechterem Outcome, also schlechterem Behandlungsergebnis, und zu sekundären Folgestörungen. Ich glaube, dass wir jetzt wirklich eingreifen müssen, um jahrelange Folgen noch zu verhindern.

Der Personalnotstand betrifft Berufsgruppen im ärztlichen Bereich, im pflegerischen Bereich, auch andere Berufsgruppen. Ich kann nur sagen: Ich habe als Sprecher der Arbeitsgemeinschaft den Überblick. Wir haben oft monatelang freie Stellen im Assistenzarztbereich, im Oberarztbereich. Es ist wirklich schwierig. Herr Mazur hat es auch von Fulda berichtet. Jedenfalls haben wir eine dramatische Überalterung zu verzeichnen. Die demografischen Zahlen sind eindeutig. In den Jahren 2021/22 waren über 50 % der im psychosomatischen, psychiatrischen, psychotherapeutischen Bereich tätigen Ärztinnen und Ärzte über 60 – von den Babyboomern haben wir vorhin gehört – und nur 0,9 % unter 35 Jahre alt. Wenn Sie das hochrechnen und von einem Renteneintrittsalter von 67 ausgehen – die Ärzte arbeiten manchmal ein bisschen länger –, kommt es schon im Jahr 2029 zu einer Halbierung des ärztlichen Dienstes in diesem Bereich. Das ist die Realität, von der wir jetzt schon wissen und auf die wir reagieren müssen.

Darüber hinaus kommt es zu einem ständigen Aufwand durch Bürokratisierung, Datenerfassung, Überprüfung, der die verbleibenden Personalressourcen zusätzlich strapaziert. Ferner gib es gerade in Hessen die Schwierigkeit der Integration von Ärzten aus Drittstaaten. Diese Schwierigkeiten betreffen besonders das Anerkennungsverfahren. Davon haben wir schon gehört. Die zum Teil absurden Sanktionen der PPP-RL machen die Umsetzung des Versorgungsauftrags noch einmal schwieriger. Es geht nicht darum, dass es Personalbemessungen gibt, sondern darum, mit welchen Steigerungsraten wir abgestraft werden, wenn wir das Fachpersonal nicht vorhalten können – nicht etwa nicht wollen, sondern nicht können. Das führt zu einer heftigen Spirale.

Die damit eingetretenen Arbeitsbedingungen werden sich so gravierend verschlechtern, dass Berufsanfänger – das ist ganz wesentlich – kein Interesse mehr an der Arbeit mit psychisch kranken Menschen entwickeln, junge Fachärztinnen und Fachärzte nicht mehr länger in den Kliniken bleiben wollen und wir dem Anspruch – man kann wohl sagen, unser Anspruch, der Anspruch aller, die hier sitzen – einer gewaltarmen, patientenfreundlichen, leitlinienorientierten, individualisierten Behandlung mit therapeutischer Beziehungsarbeit nicht gerecht werden können.

Minister Klose weiß es schon aus unseren Anregungen: Aufgrund der großen Bedeutung und der Dringlichkeit einer Sicherstellung der psychiatrischen Versorgung – im Übrigen auch einer Pflichtversorgung – durch die Kliniken gilt es jetzt, sich Zeit zu nehmen, einen lösungsorientierten Austausch vorzunehmen. Vertreter der Kliniken, aber auch Vertreter der verschiedenen Ministerien – des Ministeriums des Innern wegen der Polizei und der Einschränkung der Pflichtversorgung, des Wissenschaftsministeriums wegen der Studienplätze, des Gesundheitsministeriums –, Vertreter des Landesamts für Gesundheit und Pflege und der Fachaufsicht müssen an einem Tisch zusammenkommen. Deshalb haben wir immer an die Ministerpräsidenten und nicht nur an das HMSI geschrieben.

So viel zu der Perspektive der Arbeitsgemeinschaft. Wenn Sie gestatten, nehme ich gleich den Hanauer Aspekt auf. Er fokussiert nämlich auch auf die Personalsituation. Ich kann es abkürzen. Im Grunde genommen geht es um die Frage, welche Zukunft die Psychiatrie ohne Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hat. Aufgrund der von mir schon skizzierten demografischen Entwicklung ist bei der Versorgung psychisch kranker Menschen in wenigen Jahren ein Einbruch der Personalressourcen absehbar. Ich glaube, dass wir dann unseren therapeutischen Anspruch nicht mehr realisieren können.

Das gilt leider auch für Modellprojekte. Oftmals wird – von der Hessischen Krankenhausgesellschaft, aber auch von Kostenträgern ein 64er Modellprojekt oder eine StäB angeregt. Ich bin ein großer StäB-Fan und führe das größte nordhessische StäB-Team. Im Schulterschluss sind wir völlig von ihr überzeugt. Darum geht es nicht, sondern es geht darum, dass man auch für die Modellprojekte qualifiziertes Personal braucht. Mit unzureichenden Personalressourcen ist die Ambulantisierung akuter Patienten nachhaltig nicht aufrecht zu erhalten und potenziell sogar gefährlich. Selbstverständlich wollen wir die Ambulantisierung akuter Patienten. Sie ist fachlich wertvoll, sie ist menschlich wertvoll, sie ist sogar wirtschaftlich leicht vorteilhaft, aber inhaltlich anspruchsvoll umzusetzen, so großen Spaß sie auch macht. Das ist eine erfüllende Arbeit. Dies kann ich aus eigener Erfahrung sagen.

Schauen Sie in die USA. Dort sehen Sie, wie enorm die Ambulantisierung akuter Patienten heruntergespart worden ist und ein enorm großer Anteil dieser akuten Patienten auf der Straße landet, in der Obdachlosigkeit, oder in Gefängnissen. Das ist die Situation.

(Abg. Christiane Böhm: Das ist bei uns auch schon so!)

– Bei uns auch schon. Genau.

Die Landespolitik wird sich entscheiden müssen, welche psychiatrische Versorgung der Bevölkerung, auch welchen Einsatz zur Gefahrenabwehr bei psychischen Störungen sie realisieren muss und möchte. Dieser drohende – ich sage es dramatisch – Zusammenbruch der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung ist kein zufälliges, kein unabwendbares Naturereignis. Jetzt schauen wir hin. Der Einsatz gesetzgeberischer, aber auch finanzieller Mittel ist in der Lage, diesem Versorgungsnotstand abzuhelpfen. Aber zur gesetzgeberischen Absicht braucht es, auch was Ihren Gesetzentwurf betrifft, eben nicht nur positive Intention – sie ist wunderbar – und den konstruktiven Auftrag – dieser ist in dem jetzigen Gesetz auch schon enthalten –, sondern auch die Möglichkeit, die Ziele eines Gesetzes zu verwirklichen. Fehlt es daran, wird das Gesetz realitätsfremd. Das gilt für den Gesetzentwurf der Fraktion DIE LINKE wie auch für das bereits bestehende PsychKHG der Landesregierung.

Ansonsten schließe ich mich der Stellungnahme von Vitos an.

Reinhard Belling: Die Zielsetzung des Gesetzentwurfs ist selbstverständlich nur zu begrüßen. Prävention, Selbstbestimmung und Ausbau der ambulanten Hilfen zu stärken, sind zentrale Anliegen. Gleichwohl ist aus der bisherigen Diskussion schon deutlich geworden, dass, wenn wir die Psychiatrie und die psychiatrischen Versorgungssysteme anschauen, immer das gesamte System im Blick haben müssen.

Dieses System besteht aus einem ambulanten Bereich, der seinen Aufgaben nicht nachkommt, und aus einem stationären Bereich, also aus den Kliniken, die aktuell schon massiv überlastet sind. Beispiele sind bereits genannt worden. Das Personal muss sich in einem Maße mit Patienten beschäftigen und Bettenkapazitäten werden in einem Maße gebunden, das nicht erforderlich wäre, wenn wir hinreichende Kapazitäten im Bereich der Eingliederungshilfe hätten. Aber dort funktioniert das System eben auch nicht. Das führt dazu, dass Patienten nicht rechtzeitig aus den Kliniken entlassen werden können, es führt aber auch dazu, dass Patienten nicht frühzeitig aus dem Maßregelvollzug entlassen werden können.

Die Dramatik im Maßregelvollzug ist schon beschrieben worden. Wir betreiben ja die Einrichtungen des Maßregelvollzugs in Hessen. Die Steigerungsraten waren in den letzten Jahren so, dass wir im Grunde genommen alle drei Jahre eine neue Klinik mit 100 bis 150 Betten hätten bauen müssten. Sie können sich vorstellen, was es bedeutete, wenn wir mit dem Land alle drei Jahre über einen neuen Standort irgendwo in Hessen verhandelten. Sie wissen, wie „beliebt“ und „begehrt“ diese Einrichtungen des Maßregelvollzugs bei der Bevölkerung sind.

Insofern besteht jetzt schon ein großer Handlungsbedarf. Aber wir befinden uns immer noch in einer demografischen Blütephase. Das demografische Problem – das hat Herr Dr. Bender eben leidenschaftlich vorgetragen – steht uns erst bevor. Wenn man sich dies vor Augen führt, dann weiß man, dass wir jetzt eine schwierige Situation haben, dass aber das, was uns am Ende des Jahrzehnts bevorsteht, bei Weitem das übersteigen wird, was wir uns heute vorstellen können.

Insofern wird der Gesetzentwurf meiner Ansicht nach der Problematik nicht ganz gerecht. Wir brauchen einfach Entscheidungen und Wege, die das gesamte System im Blick haben. Hierzu will ich einige Vorschläge machen, die die Diskussion anregen können.

Erstens. In § 94 SGB IX wird den Ländern die Aufgabe zugewiesen, den Sozialraum zu gestalten. In Hessen sehe ich deutliche Gestaltungsmöglichkeiten. Hier könnte eine aktivere Landespolitik auf das Umfeld der Eingliederungshilfe einwirken.

Das Zweite ist der Krisendienst. Im Zusammenhang mit dem Krisendienst sollten Sie bitte nicht vom Krisentelefon sprechen. Es ist schon deutlich geworden, dass es dabei nicht um ein Krisentelefon geht. Man kann sich das in Bayern ansehen. Der Krisendienst ist ein echter Notfalldienst mit aufsuchender Behandlung. Zahlen wurden schon angedeutet: Das Land Bayern und die sieben Bezirke geben jedes Jahr einen satten zweistelligen Millionenbetrag dafür aus. Wenn man sich ernsthaft mit diesem Thema auseinandersetzen will – das ist mein Plädoyer; ein solches ist heute schon mehrfach nachgefragt worden –, dann wird man an dieser Stelle wirklich Geld in die

Hand nehmen müssen. Hierbei ist Geld einfach ein relevanter Faktor. Ohne massiven Ressourceneinsatz bekommt man das nicht hin. Nach allem, was man aus Bayern hört, ist es dort wirklich ein sehr erfolgreiches Modell, das in einigen Teilen als Blaupause für Hessen dienen könnte.

Drittens geht es um eine massive Beschleunigung der Anerkennungsverfahren für ausländische Ärzte. Auch das liegt in der Hand des Landes Hessen. Mir liegen leider keine Zahlen dazu vor; aber ich höre immer wieder, dass Hessen Schlusslicht ist, dass also die Anerkennungsverfahren in Hessen am längsten dauern. Dieses Problem könnte man sehr schnell lösen. Dazu müssten aber verschiedene Kräfte ans Werk gehen und es auch tatsächlich wollen.

Dies sind drei Themengebiete, in denen das Land Hessen unmittelbar tätig werden könnte. Nun will ich noch drei Themengebiete nennen, bei denen Hessen in der Lage wäre, Einfluss auf die Bundesebene zu nehmen.

Dabei geht es mir erstens bzw. viertens um die Modellvorhaben nach § 64b SGB V. Wir wissen aus Südhessen, dass man in diesen mit weniger personellen Ressourcen mehr Patienten behandeln kann, weil die Klinik in der Lage ist, selbst und kurzfristig zu entscheiden, ob sie einen Patienten stationär, teilstationär, ambulant oder aufsuchend behandelt. Insofern muss es einen Ausbau dieser Modellprojekte geben.

StäB geht in eine ähnliche Richtung und ist ein fantastisches Instrument, allerdings müssen die Patienten hierfür so schwer krank sein, dass eine stationäre Behandlung schon gegenüber dem Medizinischen Dienst zu rechtfertigen wäre. Wir wissen aus unseren Zahlen – Vitos baut hessenweit StäB auf –, dass 75 % der stationsäquivalent psychiatrisch Behandelten Frauen sind, weil diese die höheren Versorgungslasten tragen. Viele Patientinnen, zum Beispiel alleinerziehende Mütter, würden überhaupt nicht in die Klinik kommen können, weil sie die Versorgungslasten zu Hause zu tragen haben. Insofern führt dies nicht dazu, niederschwellig präventiv tätig zu sein, aber Patientinnen, die ansonsten nicht behandelt und damit chronifiziert werden würden, können so behandelt werden.

Das zweite bzw. fünfte Thema ist die PPP-RL. Es ist hier schon gesagt worden: Selbstverständlich brauchen wir Regelungen zum Personaleinsatz. Aber die PPP-RL basiert auf dem System der Psych-PV, die aus dem Jahr 1989 stammt, also 35 Jahre alt ist. Herr Professor Kunze aus Merxhausen war maßgeblich an ihr beteiligt. Alle modernen Therapieverfahren, die heute in der Psychiatrie eingesetzt werden, gab es damals noch nicht. Das heißt, man errechnet den Personalbedarf auf der Basis alter Therapiesysteme. Das ist unsachgemäß und gleichzeitig auch noch absolut starr. Die PPP-RL gibt genau vor, wie viel 0,x VK in einer Klinik vom Chefarzt einzusetzen sind. Ansonsten gibt es ein Behandlungsverbot, und es drohen Strafzahlungen bis zum Fünffachen der Erlöse. Wenn die PPP-RL, so, wie es jetzt vorgesehen ist, zum 1. Januar 2024 scharfgeschaltet wird, wird dies unweigerlich dazu führen, dass zunächst in erster Linie die dezentralen Angebote reduziert werden. Denn durch die kleinere Zahl können diese Anforderungen in einer kleinen Tagesklinik schlechter erfüllt werden als in einer großen Klinik.

Das dritte bzw. sechste große Thema ist der Bürokratieabbau. Je nach Berechnungsart verbringen unsere Kolleginnen und Kollegen im klinischen Bereich 30 % bis 50 % ihrer Arbeitszeit mit Bürokratie. Das ist Zeit, die den Patienten weggenommen wird. Hier muss es eine deutliche Umkehr geben. Wir brauchen eine andere Vorstellung davon, wie der Gesetzgeber auf Kliniken einwirkt. Jetzt sind wir wirklich komplett falsch abgebogen. Der Bürokratieaufwand und diese Bürokratiemonster, die jedes Jahr neu geschaffen werden, müssen abgeschafft werden, wenn man ernsthaft auf die Anforderungen der Zukunft reagieren will.

Dr. Eftichia Duketis: Ich bin als Kinder- und Jugendpsychiaterin eingeladen. Das PsychKHG ist in der KJP die Ultima Ratio. Wir versuchen, es nach Möglichkeit gar nicht anzuwenden – das gelingt uns auch in den meisten Fällen –, weil wir uns die zivilrechtliche Unterbringung und die Gewährleistung der Elternrechte immer vorbehalten wollen. Dennoch kommt es zu entsprechenden Situationen.

Daher ist explizite Erwähnung von Kindern und Jugendlichen in dem Gesetzentwurf ebenso positiv hervorzuheben wie der darin enthaltene Schutzgedanke und die Idee, die Unterbringung abzuwenden. Die Realität steht dem aber entgegen. In den letzten zwei Jahren beobachten wir in den stationären Kinder- und Jugendpsychiatrien ein um knapp 30 % höheres Notfallaufkommen. Das betrifft vor allem die Hospitalisierungsrate. Dabei geht es vor allem um Angststörungen, depressiven Störungen und Essstörungen. Gerade bei Patienten und Patientinnen mit Essstörungen kommt es zu sehr langen Liegedauern, sodass wir bei den Bettenkapazitäten an die Grenzen kommen. Auch zum Teil zwingt uns die PPP-RL jetzt schon, die Bettenkapazitäten einzuschränken.

Der Fokus sollte auch hier auf der Abwendung der Unterbringung durch ambulante Vor- und Nachsorge liegen. Die Sozialpsychiatrischen Dienste sind nicht für Kinder und Jugendliche zuständig. Die im Gesetzentwurf vorgeschlagene Einrichtung von eigenen Abteilungen ist zwar zu begrüßen, aber kaum zu realisieren. Bei uns sind in jeder KJP knapp drei Facharztstellen besetzt. Ich frage mich, wie diese Stellen in Krisendiensten oder im SpDi besetzt werden sollen.

Es gibt die Jugendhilfe. Ich würde mir wünschen, dass auch diese Form der Nachsorge im Gesetzentwurf berücksichtigt und durch eine gewisse Verpflichtung der Mitstellungnahme, etwa bei einer Verlängerung der Unterbringung, eingebunden würde. Denn die Nachsorge liegt bei Kindern in der Hand der Jugendhilfe. Diese hat wiederum die Möglichkeit, Hilfen anzubieten, aber keine Versorgungsverpflichtung, wie sie die Psychiatrien haben. Das führt zu einem Stau von schwer vermittelbaren Jugendlichen in den Psychiatrien, wo sie eigentlich nicht hingehören. Ich plädiere dafür, auch diese Schnittstelle gesetzlich zu verankern.

Wir haben gehört, Fachkräfte könnten wir uns nicht „backen“. Ich glaube schon, dass wir sie uns „backen“ können und auch „backen“ müssen, indem wir beispielsweise – ich sage es, obwohl es vielleicht nicht in diesem Ausschuss zu behandeln ist – die Studierendenzahlen in der Medizin deutlich steigern und das curriculare Angebot verbessern. Ich habe in Staatsexamina geprüft,

und die Geprüften wussten nicht, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie ein eigenes Fach ist. Das trifft einen. Aber das können wir verändern, und ich glaube auch, wir können Medizinstudierende für die Arbeit mit psychisch Kranken begeistern.

Prof. **Dr. Florian Metzger**: Vielen Dank für die Möglichkeit, zu dem Gesetzentwurf Stellung zu nehmen. Zunächst möchte ich hervorheben, dass in dem Gesetzentwurf einige Aspekte der modernen psychiatrischen Versorgung nicht nur Erwähnung, sondern auch eine Verankerung erfahren haben, so zum Beispiel die Unterbringung im offenen Rahmen. Das halte ich für einen wirklichen Fortschritt. Dennoch möchte ich an drei Punkten Probleme aufzeigen, die darüber hinausweisen.

Erstens bringt der Gesetzentwurf eine höhere Komplexität, zum Beispiel im Antragsverfahren für Unterbringungen, mit sich. Mehr Komplexität, mehr Aufwand, mehr Anträge – das erleben wir in unserem deutschen Gesundheitssystem an vielen Stellen. Das ist Zeit, die den Patienten und Patientinnen ein Stück weit abgeht. Wie schon erwähnt, verbringen die Therapeuten, die Pflegenden und die Ärzte viel Zeit damit zu, ohne dass daraus eine Verbesserung der Versorgung unserer Patienten und Patientinnen resultiert.

Der zweite Punkt betrifft die Personalseite. Schon mehrfach wurde erwähnt, dass es wünschenswert wäre, den SpDi gut auszustatten. Aber wir haben diese Menschen nicht, und wir laufen in eine Kannibalisierung hinein. Wer stellt denn die Fachärzte und -ärztinnen ein? Sind dies die Kliniken, oder ist es der SpDi? Wir haben jetzt schon einen immensen Facharztmangel in unseren Kliniken. Daher gilt es jetzt, Maßnahmen zu ergreifen.

Einerseits müsste die Anerkennung von ausländischen Kollegen, die außerhalb Europas ihre Examina gemacht haben, deutlich beschleunigt werden. – Eigentlich müsste nach der Sprachprüfung die vorläufige Berufserlaubnis vorliegen. In einem mir bekannten Fall hat es noch ein Dreivierteljahr gedauert, bis heute eine positive Nachricht kam. Das ist ein Problem; denn wir müssen die Stellen sozusagen lange versprechen, bis wir die Mitarbeiter einsetzen können.

Andererseits geht es um die Lenkung von jungen Menschen in den medizinischen Beruf. Es gibt genügend junge Menschen, die Medizin studieren möchten, aber es gibt zu wenig Studienplätze, um Nachwuchs in der Medizin zu erhalten.

Zu den Psychotherapeuten: Selbstverständlich besteht die Notwendigkeit, psychotherapeutisch sinnvoll und gut zu arbeiten. Damit sind wir noch nicht am Ende. Aber das große Problem insbesondere im Hinblick auf das PsychKHG sind die ärztlichen und nicht die psychotherapeutischen Kolleginnen und Kollegen, da die Einschätzungen oft einen medizinischen Sachverstand benötigen.

Nun zu Zwangsmaßnahmen und der Reduktion von Zwangsmaßnahmen. Diese sind sehr wichtig und wünschenswert, und dies ist ein Thema, an das man von vielen Seiten herangehen muss.

Ich halte Reduktionszahlen für diskussionswürdig. Sie sollten aber aufgrund von Leitlinien oder Studien, wie sie mittlerweile deutschlandweit – unter Professor Steiner zum Beispiel – durchgeführt werden, und nicht durch das Gesetz festgelegt werden.

Zu zwei weiteren Punkte, die sich aus der Diskussion ergeben haben, möchte ich mich kurz äußern.

Die Stationsäquivalente Behandlung ist ein hervorragendes Konzept, um Menschen, die nicht in die Klinik kommen können, sinnvoll zu Hause zu behandeln. Zur Prävention und zur Nachsorge brauchen wir aber weitere Konzepte, die flexibler sind. Die Stationsäquivalente Behandlung sieht eine tägliche Behandlung, auch eine Behandlung am Wochenende, vor. Oftmals brauchen wir das in der Prävention nicht. Im Gegenteil. Manche werden dadurch abgeschreckt. Das heißt, hierfür wären eine intensivambulante Behandlung bzw. Modellprojekte, die das genauso von anderer Seite bewerkstelligen könnten, nötig.

Ein letztes Wort zur Krisenintervention. Das bayerische Modell ist jetzt seit zwei Jahren flächendeckend, über ganz Bayern, in allen sieben Bezirken, ausgerollt. Es zeichnet sich dadurch aus, dass es wirklich gut funktioniert, eine hohe Flexibilität beinhaltet, wenig Regulierung in sich trägt und von einer großen Vernetzung lebt. Ich denke, es lohnt sich, die Evaluation, die gerade erstellt wird, gut zu betrachten, die wesentlichen guten Punkte mitzunehmen und auf ein hessisches Modell zu übersetzen.

Vorsitzender: Damit haben wir alle Stellungnahmen des Blocks 2 gehört. – Mir liegen bereits Wortmeldungen zu Rückfragen vor. Frau Dr. Sommer beginnt. Bitte sehr.

Abg. **Dr. Daniela Sommer:** Herzlichen Dank für Ihre Stellungnahmen. Vorhin habe ich flapsig gesagt, Herr Prof. Dr. Metzger und Herr Dr. Belling seien ja anwesend. Aber Sie, Frau Dr. Duketis, und Sie, Herr Dr. Bender, sind ja auch hier. Sehen Sie es mir bitte nach.

Ich komme erstens auf den Personalmangel zu sprechen. Er treibt uns, wie ich glaube, alle um. Herr Professor Gramminger hat vorhin das Personalbemessungsinstrument angesprochen. Damit will man eine gute und qualitative Versorgung herstellen. Das möchte ich nicht unbedingt torpedieren. Trotzdem braucht es ja Menschen, um dies umzusetzen. Selbstverständlich brauchen wir mehr Medizinstudienplätze. Aber vielleicht haben Sie auch Ideen, was es braucht, damit junge Menschen auch bleiben und das System nicht nach kurzer Zeit wieder verlassen. Das ist ja eines der großen Probleme, das mit den Arbeits- und mit den Rahmenbedingungen zu tun hat. Wie also machen wir das Arbeiten gerade im stationären Bereich wieder attraktiver?

Ein Zweites. Ich weiß nicht, ob Herr Dr. Belling oder Herr Prof. Dr. Metzger darauf antworten möchte. Das, was Sie, Herr Prof. Dr. Metzger im Zusammenhang mit der Anerkennung beschrieben haben, dass diese bis zu einem Jahr gedauert hat, ist ja kein Einzelfall. Uns wird immer

erzählt, das stimme gar nicht. Wir fragen das regelmäßig ab, und es gibt ja auch das Berufsaufqualifikationsfeststellungsgesetz. Man hatte versprochen, dass es mit ihm schneller funktioniert. Ich weiß aber, dass Sie immer wieder Nachrichten bekommen, dass dies und jenes nachgereicht werden muss und dass es einfach dauert. Was braucht es, dass es wirklich schnell und praxisnah umgesetzt wird? Wie könnte man das Verfahren aus Ihrer Sicht vereinfachen? Wie kann man entbürokratisieren?

Herr Prof. Dr. Metzger, Christiane Böhm hat vorhin berichtet, dass wir in Dänemark waren; Sie haben die offenen Konzepte angesprochen. Vorhin ging es auch einmal darum, wie Zimmer auf Stationen belegt sind. Ich empfehle allen Kolleginnen und Kollegen, sich das einmal anzuschauen. Ich frage mich, ob ich nicht, wenn ich keine Krise habe und eng aneinander bin, mit einer Krise wieder hinausgehe. Mir ist bekannt, dass Sie in Tübingen zum Raum und dazu, wie man ihn gestalten kann, geforscht haben. Vielleicht können Sie uns noch sagen, was es in der Psychiatrie braucht, um Menschen in der Krise durch Raum – nicht nur durch Therapie und Zeit, sondern zum Beispiel auch durch Lichttherapie – besser zu begleiten. – Sie wissen, was ich meine; Sie sind die Experten.

Frau Dr. Duketis, ich glaube, es ist auch durch die Corona-Pandemie sichtbar geworden, wie viele Kinder und Jugendliche massive Probleme haben, dass sie oftmals keine Hilfe finden und man dann mit ihnen zur Kinder- und Jugendpsychiatrie geht. Dort heißt es: Wenn Ihr Kind nicht suizidal ist, können wir Ihnen leider nicht weiterhelfen, weil unsere Kapazitäten erschöpft sind. – Das war ja eine Zeitlang tatsächlich Realität, und Sie waren an der Grenze. – Sie haben gesagt, die Hospitalisierungsrate steige. Wie können wir gemeinsam dafür Sorge tragen, dass sie wieder gesenkt wird? Was wären gute Maßnahmen dafür?

Abg. **Christiane Böhm**: Danke für Ihre Stellungnahmen. Ich beginne bei Herrn Dr. Bender. Richten Sie bitte auch Herrn Dr. Schillen vielen Dank für seine Stellungnahme aus. Sie ist für uns ebenfalls sehr hilfreich.

Herr Dr. Bender, ich möchte Sie als Erstes fragen: Was bedeutet denn die Einschränkung der Pflichtversorgung? Vielleicht können Sie klarmachen, was das heißt.

Zweitens. Sie haben gesagt, den Abbau von Gewalt, eine gewaltarme Psychiatrie, fänden Sie gut, aber der Personalmangel stehe dem entgegen. Ganz viele von Ihnen haben aber beschrieben, wie toll das System in Bayern funktioniert. Da frage ich mich natürlich: Was tun denn die Bayern, dass sie Personal für ihr ambulantes Konzept finden? Haben sie es „gebacken“, wie gesagt wurde, oder haben sie einfach einen attraktiveren Arbeitsplatz für Menschen, die in der psychiatrischen Pflege und in der psychiatrischen Versorgung tätig sein wollen? Hängt das nicht vielleicht an dieser Frage?

Ich kann mich an eine Umfrage von ver.di erinnern, der zufolge gerade die in der psychiatrischen Pflege Beschäftigten – auch aufgrund von Gewalt, die sie von Patienten und Patientinnen erfahren haben – den höchsten Druck hatten. Da ich öfters als Besucherin in der Psychiatrie bin, sage ich Ihnen aus eigener Erfahrung: Dass die Arbeitsunzufriedenheit groß ist, kann ich nachvollziehen. Wenn ich jedes Mal, wenn ich dort zu Besuch bin, sehe, dass mindestens zwei Schwestern oder Pflegekräfte ein Bett zur Fixierung vorbereiten müssen, dann zeigt mir das, dass dies auf Dauer kein attraktiver Arbeitsplatz ist. Ich denke, wir müssen sehen, wie wir aus dieser Spirale herauskommen.

Ich weiß, da beißen sich die Katzen in den Schwanz; aber meinen Sie nicht, dass wir sowohl hinsichtlich der Attraktivität als auch hinsichtlich der Gewalt etwas auf den Weg bringen müssen? Auch eine gewaltarme Psychiatrie würde wohl dazu führen, dass der Fachkräftemangel nicht ganz so gravierend wäre, wie er gerade ist.

Eine dritte Frage: Sie haben en passant erwähnt, dass es ein Projekt oder eine Maßnahme zur Begleitung von Menschen mit Bedrohungspotenzial gibt. Ich habe den Minister vor Kurzem in einer mündlichen Anfrage dazu gefragt. Er hat gesagt, so etwas gebe es nicht. Das hat mich irritiert. Wie ist es denn nun? Das interessiert mich sehr.

Die vierte Frage lautet: Sie haben gesagt, jetzt sei der lösungsorientierte Austausch mit dem Land erforderlich. Ist denn der Austausch mit dem Land, den Sie haben, so, dass Sie sagen können, Sie kommen jetzt auf Lösungen, oder was muss passieren, damit es tatsächlich dazu kommen kann?

Der Zweite, den ich fragen möchte, ist Herr Dr. Belling. Herr Dr. Belling, Sie haben geschrieben, dass die Modellprojekte als Optionsmodell für die Klinik gesetzlich verankert werden sollten. Wäre dies in das SGB V aufzunehmen?

Meine zweite Frage an Sie lautet: Wie sieht die Personalsituation im Maßregelvollzug aus? Ich höre von Beschäftigten, dass inzwischen ganz viele Sicherheitskräfte im Maßregelvollzug beschäftigt sind, die keine einschlägige Ausbildung haben. Der Vorschlag der Beschäftigten an das Land lautet, dass sie wenigstens eine gewisse Ausbildung bekommen, weil sie ja mit einem solchen Personenkreis zuvor noch nicht zu tun hatten. Wenn man Schlosser ist, weiß man ja nicht, wie man mit psychisch erkrankten Menschen umgeht. Tut sich da etwas? Wie stellt sich die Situation dar?

Danke für Ihre Klarstellung, dass es nicht um eine Telefonhotline, sondern um den Krisendienst nach dem bayerischen oder nach dem Darmstädter Modell geht. Der Krisendienst ist im Koalitionsvertrag enthalten, und in Darmstadt hat man versucht, ihn zumindest aus eigenen Mitteln auf den Weg zu bringen. Dies ist eine Geldfrage. Das ist deutlich geworden. Es geht um 18 Millionen € gegenüber 400.000 €, die im hessischen Haushaltsgesetz stehen. Diese 18 Millionen € sind ungefähr der Betrag, mit dem jedes Jahr der Maßregelvollzug erweitert wird. Wäre es nicht viel sinnvoller, das Geld statt in den Maßregelvollzug in die ambulante Versorgung hineinzugeben? Im Maßregelvollzug sind die Menschen auf Dauer, vielleicht 15 oder 20 Jahre, sodass man

danach eine ganz andere Nachsorge betreiben muss. Nach der Forensik ist die Nachsorge eine ganz andere Herausforderung.

Frau Dr. Duketis, es ist klar, dass es wichtig wäre, die Studierenden einzubeziehen und sie darauf hinzuweisen, dass das ein wichtiges Feld ist. Das wurde jetzt von einigen Kliniken bezüglich der hausärztlichen Versorgung gemacht, weil das Problem auch hier besteht. Hierzu gibt es einen eigenen Ausbildungsplan für die Studierenden. Wäre so etwas auch für die Psychiatrie und für die Kinder- und Jugendpsychiatrie hilfreich? Brauchten wir in Hessen nicht auch einen Plan hierfür?

Auch die Jugendhilfe hat echte Personalprobleme, nicht wahr? Ich weiß, bei uns im Kreis bezahlen wir dem ASD die Kräfte jetzt sehr viel besser; sonst würden wir keine finden. Zu fragen ist also: Wo stopfen wir die Löcher, und ist es realistisch, sie zu stopfen?

Einen Kinder- und Jugend-SpDi halte ich für sinnvoll. Die Anregung stammt aus der Anhörung zum vorherigen Gesetz, in der deutlich wurde, dass die erforderlichen Kompetenzen in dem normalen SpDi nicht vorhanden sind. Dabei geht es ja auch darum, was man tut, bevor das Kind in die Klinik kommt.

Eine letzte Frage an Sie lautet: Wie lange ist denn die Dauer von Klinikaufhalten bei Kindern und Jugendlichen? Können Sie eine Zeitspanne nennen? Denn die Wartezeiten und die Dauer sind ja zwei Phänomene, die sich gegenseitig bedingen. Es kann sein, dass die Aufenthaltsdauer länger wird, je länger zuvor gewartet werden muss. Ist das richtig? Hierzu erbitte ich Ihre Einschätzung.

Abg. Dr. Ralf-Norbert Bartelt: Mit dem Aufbau einer Krisenintervention und dem Modell Bayern müssen wir uns sicherlich beschäftigen. Wenngleich Sie schon den Betrag von 18 Millionen € genannt haben, muss das ein Diskussionspunkt sein.

Meine erste Frage lautet: Ist bei diesem Modell und solchen Vorstellungen die Kassenärztliche Vereinigung völlig außen vor? Hat man sie, etwas überspitzt gesagt, aufgegeben? Ich kann mich an eine Anhörung hier in diesem Raum erinnern. Es ist fast zehn Jahre her. Damals wurde uns mitgeteilt, dass sich die niedergelassenen Psychiater am Notfalldienst eigentlich kaum beteiligen, jedenfalls nicht an der Krisenintervention. Wenn das so ist, dann müssen wir damit leben, und dann müssen wir uns mit der KV auseinandersetzen und fragen, wie sie dazu steht. Wie ist Ihre Einstellung dazu? – Jedenfalls haben wir gelernt: Das Modell Bayern führt dieses Problem einer Lösung näher.

Meine zweite Frage bezieht sich auf die Personaluntergrenzen. Sie haben dargelegt, die bisherigen Verordnungen seien deshalb realitätsfremd, weil sie veraltet seien und nicht mehr dem heutigen Therapie- und Versorgungsstandard entsprechen. Wenn Sie jetzt eine solche Verordnung

zu schreiben hätten oder uns Anregungen geben würden, die wir dann umsetzen könnten, glauben Sie, dass deren Umsetzung realistischer wäre? Wäre man dann einer Umsetzung hinsichtlich der Akquise von Personal näher?

Drittens. Bei der Gewinnung von Fachkräften aus dem Ausland müssen wir zwei Tatbestände unterscheiden.

Einmal geht es um die Anerkennung der Approbation. Diese Ärzte wollen Sie dann weiterbilden. Insoweit schließe ich mich der Frage von Frau Dr. Sommer an: Woran liegt es denn im Verfahren? Wir nehmen die Beschreibung der Missstände durch Sie und andere Klinikchefs wahr, dann sprechen wir mit den entsprechenden Einrichtungen, und dort wird uns dann gesagt, das habe schon alles einen Sinn, dass die Dokumente geprüft werden müssten und eine Sprachprüfung erfolgen müsse. Wir stehen irgendwo dazwischen. Wir sagen ja nicht, dass alles Unsinn ist, was uns dazu gesagt wird, und es ist keine Frage, dass gerade in der Psychiatrie die Sprachkenntnisse und die Kommunikation mit kranken Menschen von herausragender Bedeutung sind. Aber wie können wir denn diesen Gordischen Knoten in der Frage der Anerkennung durchschlagen?

Die zweite Ebene sind die Ärztinnen und Ärzte, die eine Facharztausbildung haben und hier anerkannt werden müssen, was durch die Kammer meist so gelöst wird, dass man sagt: Es wird anerkannt; aber macht noch einmal für ein halbes oder ein ganzes Jahr eine zusammengefasste Assistenzarztausbildung mit oder ohne Prüfung, um zur Anerkennung des Facharztstitels zu kommen. – Sehen Sie ein Interesse in diesem Bereich, sodass sich Ärzte, die im Ausland eine Weiterbildung gemacht haben, auch hier für eine entsprechende Tätigkeit interessieren?

Viertens. Ja, wir brauchen mehr Medizinstudierende, um viele Probleme im Bereich der ärztlichen Versorgung beseitigen zu können. Aber die jungen Absolventinnen und Absolventen gehen eben nicht zwangsläufig dorthin, wo ein Mangel herrscht, in den ländlichen Raum oder in das Fachgebiet der Psychiatrie oder speziell der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Sind daher nicht auch besondere lenkende Maßnahmen, zum Beispiel Stipendien während der Studienzeit, erforderlich, und welche schlagen Sie vor, um junge Menschen für die Weiterbildung in diesem Fachgebiet zu interessieren?

Abg. **Dr. Daniela Sommer:** Ich habe eine Frage vergessen. Entschuldigung. Sie richtet sich an Herr Belling. Sie haben von der Sozialraumorientierung und von § 94 SGB IX gesprochen. Eigentlich ist es ja vorgeschrieben, und eigentlich haben wir es auch hier in Hessen gesetzlich verankert, dass ein Sozialraum zu einem inklusiven Lebensraum werden soll; aber viel passiert ist leider noch nicht. Welche Akteure müssten vielleicht noch stärker eingebunden werden, und welche expliziten Vorgaben und Aufgaben braucht es, um dies tatsächlich umzusetzen bzw. ein Stück weit voranzukommen?

Abg. **Christiane Böhm:** Mir ist auch noch eine Frage an Sie, Herr Prof. Dr. Metzger, eingefallen. Sie haben die festgelegten Reduktionszahlen kritisiert. Diese Überlegung haben wir aus Dänemark mitgebracht. In Dänemark hat man in jedem Jahr landesweit um 10 % reduziert und war damit erfolgreich.

Ich gestehe zu, dass dies in unserem Gesetzentwurf zu stark auf dem Rücken der Kliniken ausgetragen wird. Das würde ich als Fehler betrachten. Ich denke, es ist auch eine Frage der Fachaufsicht und eine Aufgabe des Ministeriums, das gemeinsam mit Ihnen ein Konzept entwickeln sollte. Würden Sie dann mit solchen festgelegten Reduktionszahlen oder überhaupt mit Reduktionszahlen besser umgehen können?

Wir haben ein großes Problem: Wir wissen ja gar nicht, wie die Zahlen sind. Wir haben nachgefragt. Das Ministerium hat uns noch keine Auskunft über die aktuellen Zahlen gegeben, und die Zahlen davor waren nicht aussagekräftig, obwohl im PsychKHG ein ganz langes Kapitel zu den Zahlen und zu den Statistiken enthalten ist. Mit diesen Statistiken sind Sie sicherlich sehr gequält worden. Sie waren nicht unsere Idee. Das kann ich Ihnen auch sagen.

Es besteht also das Problem, dass keine Zahlen vorliegen, wir aber wissen, dass sie zu groß sind und wir sie reduzieren müssen. Die Stichproben, die einmal gemacht worden sind, haben uns aus den Socken gehauen. – Es wurden ja einmal Stichproben gemacht, um festzustellen, wie es in den Kliniken aussieht, es gibt auch viele Erfahrungswerte, und wir reden auch mit Menschen. Deswegen ist das nicht aus der Luft gegriffen.

Somit müssten wir erst ein ordentliches Monitoring haben und, ausgehend von diesem Monitoring, mit Unterstützung des Landes ein echtes Programm entwickeln. Könnten Sie sich mit diesem Vorgehen eher anfreunden als mit dem uncharmanten Vorschlag, den wir in unserem Gesetzentwurf gemacht haben?

Vorsitzender: Vielen Dank. – Weitere Fragen sehe ich nicht. Dann starten wir mit Herrn Dr. Bender. Bitte.

Dr. Matthias Bender: Ich bin schwer beeindruckt von den vielen spannenden Fragen, die zum Teil so komplex sind, dass wir quasi die ganzen Probleme Psychiatrie und Psychotherapie damit lösen könnten, wenn wir immer gute Antworten darauf hätten. – Frau Dr. Sommer, Sie fragten, was die Arbeit im stationären Bereich für die Professionellen attraktiver machen könne. Das sind ja nicht nur die ärztlichen Kollegen, sondern es hängen viele strukturqualitative Aspekte bzw. Dimensionen zusammen. Das Raumprogramm, das Sie angesprochen haben, spielt eine große Rolle. Ich kann von unseren Kliniken sagen, ohne übermäßig Werbung machen zu müssen, dass sich das Vitos-Raumprogramm – wir haben in den letzten Jahren eindrucksvoll viel auch aus Eigenmitteln und nicht nur vom Land finanziert –, auch aufgrund unserer Gesellschaftsform, der

jeweiligen Standorte, der gGmbHs, reinvestiert. Wir haben viel reinvestieren können und viele Neubauten geschaffen, wobei die Stationen vom Raumkonzept her so konzipiert wurden, dass wir maximal Zweibettzimmer in der Erwachsenenpsychiatrie haben, auch auf den Akutstationen, dass wir für die Aufnahmestationen schauen, dass dort Therapieräume vorhanden sind, in denen Kreativtherapien stattfinden, und es für Patienten, die noch keinen geregelten bzw. allein möglichen Ausgang haben, Deeskalationselemente gibt mit Ausgang ins – auch geschützte – Freie. Dazu könnte ich jetzt weiter ausführen. Dabei haben wir viel an Good Clinical Practice gelernt, aber auch untereinander. Wir machen regelmäßig Auditierungsbegehungen, z. B. auch zur baulichen Suizidprävention. Die Kollegen schauen sich jeweils den anderen Standort an, machen Begehungen sowie die Protokolle dazu für Anregungen, damit wir aus der eigenen Betriebsblindheit herauskommen. – So weit zum Raumkonzept. Dies ist jedoch nur ein kleiner Ausschnitt.

Dazu gehört natürlich auch ein Farben- und Bilderkonzept. Wir bauen in den Neubauten auch die von Ihnen erwähnte Lichttherapie ein, sodass wir in den Bewegungs- und Speiseräumen Morgen-, Mittags- und Abendlicht so einbauen, dass es zum Teil bis 8.000 Lux geht, also schon therapeutische Wirkung hat usw. Damit kann man sehr viel machen; aber die Attraktivität wird natürlich im Wesentlichen dadurch gesteigert, dass die Mitarbeitenden eine gute Supervisionsstruktur haben, dass sie mit belastenden Ereignissen, mit seelisch schweren Fällen umgehen können. Dabei muss es nicht immer „knallen“ bzw. ein Gewaltereignis geben, sondern das ist das menschliche Schicksal, das mit der Erkrankung und dem gesamten biografischen Gewordensein zu tun hat. Es ist in unserem Fach bei allen, die mit den Patienten in therapeutischer Beziehungsarbeit sind, so, dass man sich persönlich sehr einbringt, und es ist wichtig, im Sinne der – ich nenne einmal das etwas hemdsärmelige Wort – Psychohygiene, dass gute Supervisionsstrukturen sowie Fort- und Weiterbildungskonzepte vorhanden sind, mit denen Spaß an der Weiterentwicklung, an therapeutischen Konzepten gefördert wird.

Es ist ein sehr wesentlicher Punkt, wie man die Attraktivität steigert, der auch unmittelbar zu der Frage gehört – wenn ich das mit der Aussage des Kollegen Bartelt verquicken darf –, die PPP-RL und deren Altmodischkeit oder Therapiekonzepte betrifft. Ich kann am Beispiel der eigenen Klinik von Vitos Kurhessen am Standort Kassel, die ich leite, sagen, dass wir dort störungsspezifische Stationen haben, beispielsweise für Borderline-Patienten, und nach DBT-Konzept für schwer Depressive, nach interpersonalem Konzept für Trauma-Patienten arbeiten. Dies alles sind leitlinienorientierte Behandlungsformen, die wir mit einer normalen, schlichten Psych-PV nicht realisieren könnten, weil wir im Schulterschluss mit der Geschäftsführungen und den entsprechenden Budgetverhandlungen massiv dafür argumentieren, dass wir im psychologischen Bereich auf solchen therapeutisch orientierten Versorgungsstationen eben nicht mit der halben Stelle in der Psychologie für 25 Patienten auskommen, sondern drei Köpfe brauchen, also auf 350 % gehen, die wir aber anders verrechnen und vielleicht weniger Rücklagen bilden. Das sind deutliche Verhandlungshaltungen. Damit kann man dann auch eine leitlinien- und psychotherapeutisch orientierte Versorgungspsychiatrie durchführen, die die Kolleginnen und Kollegen überzeugt, und ich kann nur sagen: Ich habe alle Stellen besetzt. Auch wenn ich eben den Personal-mangel usw. beklagt habe, ich persönlich kann mich überhaupt nicht beschweren.

Aber das liegt unter anderem auch daran, dass man eine gute Medizin macht. Das ist ein Aspekt, der dabei eine Rolle spielt. Dort sind auch Stipendien möglich, und es gibt Studierende, die einsteigen. Wir sind ein akademisches Lehrkrankenhaus, und man kann früh genug Lust darauf machen und Medizinstudierende in das Haus integrieren. Wir machen unten Studentenunterricht für die Philipps-Universität Marburg, für die Justus-Liebig-Universität Gießen und für die Göttinger Universität – dies nur als kleines Beispiel. Das ist alles, man könnte sagen, Ehrenamt. Dafür braucht es natürlich das Engagement und etwas Leidenschaft und Überzeugung für das Fach; anders wird es nicht gehen. Aber es spielt für die Attraktivität eine ganz große Rolle, ein gutes Fort- und Weiterbildungskonzept zu haben.

Hinsichtlich der Einschränkung der Pflichtversorgung, was Sie, Frau Böhm fragten: Was heißt das ganz konkret? Sie haben alle mitbekommen, dass es an einzelnen Kliniken schon so weit ist, dass sie sich zeitweise, alle paar Wochen, abmelden – wir haben es eben von Fulda gehört; es ist kein Geheimnis – und sagen: Wir haben Flurbetten, die Speiseräume sind belegt usw., wir können nicht mehr. Die Nachbarkliniken sind dann mehr oder weniger kollegial aufgefordert, zu helfen. Sie wissen vielleicht, dass die Asklepios Klinik in Melsungen in die Knie gegangen ist. Sie konnte das personell nicht mehr schaffen, konnte ihren Auftrag nicht mehr erfüllen. Irgendwann standen zwei, drei Krankentransportbusse plötzlich bei uns in Bad Emstal-Merxhausen vor den Akutstationen und haben die Melsunger Patienten gebracht, zum Teil untergebrachte Patienten, weil sie sie nicht mehr versorgen konnten.

Ich weiß nicht, ob ich jetzt noch weitere Beispiele ausführen soll, aber es wird mehr werden. Ich könnte Ihnen einige – was ich wahrscheinlich nicht darf – Klinikstandorte in Hessen nennen, die im Moment sehr schwer im Schwanken sind, die kurz vor der Schließung stehen und ihren Auftrag nicht mehr erfüllen können. Wenn uns Herr Minister Klose dann auf unser Anschreiben antwortet, dies sei aber gesetzlich vorgeschrieben, wir müssten das tun, dann hilft uns das auch nichts an dieser Stelle. Ich kann das gut verstehen, selbstverständlich, Herr Minister, das müssen Sie schreiben; aber es ist nicht zielführend.

Außerdem fragten Sie nach der Gewalt bzw. dem bayerischen Konzept. Sie bekommen die Leute dorthin, sie bekommen auch genug Geld usw. Das kann ja sein. Ob das aber die Gewalt- und Zwangsereignisse auf den Stationen und in den Kliniken reduziert, ist noch nicht klar. Der eben erwähnte Kollege Steinert untersucht das sehr genau. Mit ihm sind wir auch hier in Hessen im Austausch. Wir orientieren uns an dem Kopfkonzert, also am Zwölf-Punkte-Konzept zur Reduzierung von Zwang und Gewalt auf den Stationen. Wir unterlegen das mit unseren Qualitätsindikatoren und Messungen bei Vitos sehr gut, monitoren es immer in unseren Qualitätsberichten und brechen es auf Abteilungs-, Bereichs- und Stationsebene herunter. Wir sind bemüht, dies in die Konferenzen sowie die Fort- und Weiterbildungen zu bringen und nicht nur in die Newsletter von Herrn Belling und Kollegen, sondern es vor Ort zu diskutieren mit einem medizinischen Leistungsbericht. Dort kommen genau die Zahlen von Fixierungen und Gewaltereignissen hinein, die auch die Mitarbeitenden erleiden müssen. Es kommen auch ganz ernüchternde Zahlen hinein, nämlich: Wie hoch ist zum Beispiel die Zahl der geforderten dokumentierten Nachbesprechungen nach Gewaltereignissen, die auch im jetzigen PsychKHG stehen? Da werden wir noch blass.

Wir schauen uns auch die Zahlen an, mit denen wir nicht toll reüssieren können, sondern bei denen wir sagen: Es ist unsere Aufgabe, dort besser zu werden. Ich will jetzt nicht zu kleinteilig werden, nur: Das, was wir an Outcome-Kriterien, an Qualitätsindikatoren in der Vitos-Gruppe – davon kann ich sprechen – sehen, sind Zahlen, die gut über das Medizincontrolling gemonitort sind und kommuniziert werden. Aber Frau Heye und das HMSI wissen, dass dies noch ein wenig Parallelwelt ist, dass wir uns bei Vitos durchaus bemühen, dies aber nicht bedeutet, dass alle Träger in Hessen es schon so liefern, sage ich einmal vorsichtig, bzw. hinbekommen; ich spreche jetzt von Vitos. Insofern: Es ist nicht eins zu eins, dass die bayerischen SpDi und Krisendienste so gut ausgestattet sind und dies die Reduktion von Gewalt bewirkt. Es ist auch eine Funktion der Bettenmessziffer; diese sieht nämlich ganz anders aus. Wir können nur anhand der Zahlen sagen, dass es in Regionen in Süd-Württemberg, in denen zum Beispiel viel geStäBt wird, sehr viel günstiger ist. Das kann ich auch von unseren StäB-Patienten sagen – ich denke, Du auch, – dass wir viele Patienten in die stationsäquivalente Behandlung hineinnehmen, nicht nur, weil sie Kinder oder Haustiere oder zu versorgende bzw. zu pflegende Angehörige zu Hause haben, sondern weil sie einfach zu krank für ein Krankenhaus sind. Man muss ganz schön gesund sein in Deutschland, um im Krankenhaus zu funktionieren und sich an die ganzen Regeln zu halten usw., sobald es Essen gibt oder Medikamentenausgabe und wer rauchen darf usw. Es gibt viele, die zu krank sind, die wir aber dort ganz gut behandeln können.

Ebenfalls ein Weg – wenn es flächendeckender ist – zur Reduktion von Gewalt und Zwang ist die Lösungsorientierung, nach der Sie fragten, in Kontakt mit dem Land. Wir haben sie auch etabliert, wenn wir in die Nordkurve schauen, und haben regelmäßige Besprechungen mit dem HMSI, bei denen wir zusammensitzen, auch mit den Klinikvertretern, um diese Punkte anzusprechen, auch, was bessere Anerkennungsverfahren betrifft. Unser Anspruch ist, dass das neugegründete Landesamt, das unter der Ägide des HMSI steht, dann auch in die Pötte kommt.

Es ist so, Herr Bartelt, dass es wirklich deutliche Unterschiede gibt – bis in die Formulierungen; ich lese Ihnen einmal etwas vor. Die Hessen schreiben bezüglich der Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes: Die Erlaubnis berechtigt nur zur Ausübung einer nicht ständigen ärztlichen Tätigkeit unter ständiger Aufsicht und in ständiger Anwesenheit von approbierten Ärztinnen und Ärzten. Die Einschränkung betrifft auch alle Nacht-, Notfall- und Bereitschaftsdienste. – Das steht in Hessen. In Bayern steht zu diesem Thema: Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs in fachlich abhängiger Stellung (nichtselbstständige und nichtleitende Tätigkeit). – Da kann jemand mit auf Station oder in der Nachbarstation sein, greifbar, ansprechbar, und trotzdem können diese Kolleginnen und Kollegen dort arbeiten. Das bedeutet, sie kommen schneller auch in die Kompetenz des deutschen Gesundheitswesens. Wir bekommen in Hessen viel zu niederfrequent Kenntnisprüfungen. Die Kenntnisprüfungen sind absolut notwendig. Wir wollen eine gute Qualität haben, das ist überhaupt keine Frage. Aber es gibt eine ganze Reihe Kollegen aus dem Nicht-EU-Ausland, die dann bei uns in Hessen arbeiten wollen, aber nach dem Medizinstudium in der Türkei erst einmal zur Berufserlaubnis- und Kenntnisprüfung in ein anderes Bundesland mit integrierteren Strukturen gehen, dort ziemlich rasch die deutsche Approbation bekommen und erst dann zu uns kommen, weil sie gern bei uns arbeiten wollen. Prima, aber die machen einen Umweg.

Ich könnte eine Menge Beispiele nennen. Ich darf sagen, Frau Heye, Sie waren so aufmerksam und haben viele Praxisbeispiele gesammelt; das gehört zur Lösungsorientierung. Sie haben sehr viel gesammelt, und ich habe Ihnen auch eine ganze Menge geliefert, nicht nur von uns, sondern von verschiedenen Kliniken, damit wir diese genau auswerten. Das finde ich lösungsorientiert – um Ihre Frage konkret zu beantworten. – So weit erst einmal.

Reinhard Belling: Es ist schon deutlich geworden, dass es durchaus Ansatzpunkte gibt, die Situation konstruktiv anzugehen und zu verbessern. Wenn wir über die Frage sprechen, wie wir dieses Thema angehen wollen, auch, wie wir Arbeit attraktiver machen, müssen wir zwei Leitbilder haben: Das eine ist die Flexibilisierung der Patientensteuerung. Dazu gehört unter anderem ein Modellprojekt nach § 64 b. Dort ist man flexibler. Das ist das eine große Thema. Dafür müsste man auf bundesgesetzlicher Ebene § 64 b im SGB V ändern. Bisher ist es so, dass Krankenhäuser dieses Modellprojekt nur durchführen können, wenn alle Kassen zustimmen, oder es können auch 80 % der Krankenkassen zustimmen. Dann müsste eine Klinik mit 20 % der Kassen konventionell und mit den anderen nach Modellprojekt abrechnen. Optionsmodell heißt: Eine Klinik bezieht die Option, und die Kassen stehen unter Kontrahierungszwang. Das wäre eine wesentliche Änderung, eine wesentliche Verbesserung, mit der man dies beschleunigen könnte. Aber das ist nur ein Beispiel. Wir brauchen insgesamt Wege, wie wir zu Versorgungsformen kommen, die bedeuten: mehr ambulant, mehr StäB, mehr Tagesklinik, mehr digital – darüber haben wir heute nicht gesprochen – und weniger vollstationär.

Die vollstationäre Behandlung ist die ressourcenintensivste Behandlung. Tageskliniken brauchen ungefähr nur die Hälfte des Personals wie die vollstationäre Behandlung. Deshalb müssen wir Wege definieren. Alles, was hilft, dies flexibler zu gestalten, hilft auch, Arbeit attraktiver zu machen. Wir haben jetzt an vielen Standorten Erfahrungen im Aufbau der stationsäquivalenten Behandlung, und StäB ist hochattraktiv für die behandelnden Kolleginnen und Kollegen. Wer einmal dort war, will nicht mehr weg.

Allerdings – um dies einmal zu beschreiben –: Zu Beginn des Aufbaus von StäB haben wir eine hundertprozentige Prüfquote durch den Medizinischen Dienst. Es wird jeder einzelne Fall vom Medizinischen Dienst in die Hand genommen, detailliert geprüft. Das bindet Personal und ist eine riesige Hürde für einzelne Fachabteilungen im Bereich der Psychiatrie, da diese nicht über das gesamte Management, wie wir das bei Vitos haben, für solche Modellprojekte bzw. modellhafte Vorhaben verfügen. Deshalb steckt StäB in Deutschland noch in den Kinderschuhen.

Im Grunde genommen gibt es StäB nur in Hessen, Baden-Württemberg und Berlin in einem relevanten Umweg, und in Hessen sind es, glaube ich, nur die Vitos-Kliniken, die es bisher anbieten. Das heißt, wir brauchen in diesem Bereich einen Schub, um die Patientenversorgung besser zu gestalten, aber auch, um Arbeit attraktiver zu machen. Die beiden Punkte Flexibilisierung der Patientensteuerung und Flexibilisierung des Personaleinsatzes müssen immer zusammengehen; sie sind nicht voneinander zu lösen. Beim Personaleinsatz ist es so, dass die PPP-RL nicht nur

alte Vorgaben hat, sondern sie regelt. Es gibt die Vorstellung, der G-BA, der Gemeinsame Bundesausschuss, könnte detailliert regeln, wie viel Personal in einer gerontopsychiatrischen Station einzusetzen ist, und im Krisenfall nicht in der Akutaufnahme. Das ist eine irrsinnige Vorstellung. Natürlich kann das der Chefarzt besser als der G-BA. Davon müssen wir wegkommen. Dies würde eine Flexibilisierung des Personaleinsatzes bedeuten, ohne eine Gefährdung der Patienten nach sich zu ziehen.

Wenn man die berechtigte Frage stellt, ob man eine neue Verordnung definieren kann, die diesen Zielkonflikt löst, muss man stärker in die Grundlagenarbeit gehen. Man kann nicht auf der jetzigen Basis der PPP-RL zum 1. Januar Sanktionen schalten. Das halte ich persönlich für unverantwortlich. Man braucht eine belastbare Basis und muss dann über verschiedene Systeme sprechen, und natürlich ist es so: Das Geld, das von den Kassen für klinisches Personal fließt, muss auch dafür eingesetzt werden; das ist komplett unstrittig. Wir sprechen aber jetzt über eine massive Bestrafung der Kliniken. Diese ist so hoch, dass eine Tagesklinik geschlossen und nicht einfach nur Geld zurückgezahlt wird. Das ist ein Riesenunterschied, deshalb ist die jetzige PPP-RL so toxisch in ihrer Wirkung.

Das Thema Gewalt in Kliniken möchte ich ebenfalls erwähnen. Ich habe zu Beginn betont: Wir müssen alle vier Versorgungssysteme immer gemeinsam im Blick behalten, wenn wir an irgendeiner Stelle ansetzen wollen. Wenn der ambulante Sektor und die Eingliederungshilfe nicht in dem Maße funktionieren, wie es idealerweise der Fall wäre, kann man die Klinik nicht allein in Haftung dafür nehmen, dass verstärkt Sicherungsmaßnahmen erforderlich sind. Das müsste schon insgesamt diskutiert werden.

Gleichzeitig rege ich an, dass sich die Länder bzw. das Land Hessen dafür einsetzt, dass es bundesweit einen einheitlichen Kriterienkatalog, einen Katalog der Dokumentation im Rahmen des PsychKHG gibt, damit wir uns als Vitos auch mit anderen großen Verbänden vergleichen können. Wir stellen uns dieser Verantwortung; allerdings ist es so, dass wir in Hessen in der Erwachsenenpsychiatrie über 50 % und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie 70 % abdecken. Wir messen uns bei landesweiten Daten im Grunde überwiegend immer nur mit uns selbst. Das ist nicht gut. Wir würden uns gern mit anderen Ländern messen, insofern würden wir uns dieser Anforderung stellen. Wenn man belastbare Daten hat, kann man über eine Reduzierung sprechen. Aber man braucht zunächst belastbare Daten. Dafür werbe ich.

Zur Personalsituation im Maßregelvollzug: Das ist eine schwierige Situation. Aufgrund des Wachstums der Patientenzahlen im Maßregelvollzug saugen wir mit diesem im Grunde den Arbeitsmarkt leer. Wir kannibalisieren unsere eigenen Kliniken. Da wir das Wachstum im Maßregelvollzug haben, müssen wir schauen, wie wir Menschen dorthin bringen. Um in der Gesamtsumme eine Zahl zu nennen, wo wir uns befinden: Ich habe vor drei Jahren die zehntausendste Mitarbeiterin bei Vitos begrüßt. Wir haben mittlerweile 11.300 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, und ein großer Teil dieses Wachstums hat leider im Maßregelvollzug stattgefunden. Das führt dazu, dass wir nicht überall das erforderliche Maß an Fachkräften haben. Wir haben beispielsweise in Riedstadt, da wir dort nicht die notwendige Zahl an Fachkräften haben, weiterhin eine halbe Station

nicht belegt. Obwohl wir den massiven Belegungsdruck haben, können wir aufgrund des Personalmangels nicht alle Betten, alle Kapazitäten belegen, denn es gibt eine Untergrenze, was man an Hilfskräften in Relation zu Fachkräften abdecken kann. Dort werden wir aber auch in den kommenden Jahren sicher weitergehen müssen. Natürlich müssen ungelernte Kräfte angelernt werden; das ist vollkommen klar. Das gehört auch zu den Konzepten, die wir haben.

Ich schaue einmal, was ich noch nicht erläutert habe. – Das Thema Personal im Krisendienst: In Bayern hat man den Weg gewählt, beim Aufbau des Krisen- und aufsuchenden Dienstes auf bestehende Institutionen zu setzen. Man hat also nicht einen bayernweiten Interventionsdienst geschaffen und damit das Personal aus den Kliniken herausgesaugt, sondern auf bestehende Institutionen gesetzt. Das muss das Leitbild sein, zu schauen: Wie kann die bestehende Infrastruktur in Hessen so etwas unterstützen? Wie kann man das organisieren? Damit käme einem solchen Krisendienst in erster Linie eine organisatorische Funktion zu. Den Betrag von 18 Millionen € hatten Sie, glaube ich, genannt. Ich hatte nur von einem satten zweistelligen Millionenbetrag gesprochen, ich kenne den Betrag nicht genau. Aber man muss dafür schon Geld in die Hand nehmen, das ist vollkommen klar. Das ist wirklich eine Frage der personellen Ressourcen.

Bei diesem Krisendienst, wenn man ohnehin auf bestehende Institutionen setzt, ist es nur noch eine zweitrangige Frage, ob die KV mitmacht oder nicht. Dann muss man schauen: Wer ist bereit dazu? – Mein Vertrauen in die KV ist an dieser Stelle nicht so groß. Bisher hat sie nicht gezeigt, dass sie in höchster Weise konstruktiv an diesem Problem mitarbeitet. Insofern wird man das anpacken müssen, und es wird Institutionen geben, die bereit sind, sich daran zu beteiligen – und wer nicht mitmacht: Vielleicht gibt es irgendwann Sanktionsmaßnahmen.

Damit bin ich beim letzten Punkt, bei der Sozialraumorientierung. Welche Maßnahmen kann man dort angehen? Wir haben bei leichter psychisch kranken Menschen nicht so sehr das Versorgungsdefizit in der Eingliederungshilfe, sondern bei den schwerer Erkrankten. Das betrifft beispielsweise insbesondere Patienten, die bei uns aus dem Maßregelvollzug entlassen werden sollen. Dafür gibt es in Hessen einfach viel zu wenige Einrichtungen, die bereit sind, sich mit dieser schwierigen Klientel auseinanderzusetzen, da dies auch eine extreme Belastung für das Personal ist. Das muss man lernen. Dafür müsste es natürlich eine gewisse Steuerung seitens des Landes geben, eine Moderation und vielleicht auch Unterstützung. Aber dieses Thema muss man in dieser Form erst einmal angehen. Es gibt auch Vorschläge für solche Einrichtungen der Eingliederungshilfe, auch so etwas wie eine Pflichtversorgung einzuführen. Das heißt, man kann eben nicht nur leichtere Patienten oder Klienten betreuen, sondern ist verpflichtet, aufgrund bestimmter Indikatoren alle Klienten zu übernehmen. Das sind Dinge, die ich nicht abschließend bewerten kann. Ich will sie nur in den Raum stellen, da sie auch in der Diskussion genannt wurden.

Dr. Eftichia Duketis: Vielleicht zunächst zu den Fragen von Frau Dr. Sommer: Sie fragten nach den Möglichkeiten, junge Ärzte anzuwerben und was deren Hauptinteresse sei. – Die beiden Hauptfragen aus den Bewerbungsgesprächen an mich sind: Wie viele Dienste muss ich im Monat machen? Kann man bei euch eigentlich Teilzeit arbeiten? Das sind wesentliche Punkte: dass wir den Kollegen weiterhin Teilzeitstellen anbieten müssen – bei uns arbeiten fast ausschließlich Teilzeitkräfte, auch in Leitungspositionen – und dadurch die Möglichkeit haben, dass es zwar mehr Köpfe und mehr Übergabezeit braucht, sich aber auch die Nachtdienste auf mehr Köpfe verteilen, und das entlastet die Kollegen.

Was in der Psychiatrie sehr attraktiv ist, ist das multiprofessionelle Team. Darauf haben die Studenten und Berufseinsteiger richtig Lust. Im Team zu arbeiten, gerade am Beginn einer Karriere, ist attraktiv. Man teilt sich auch die Verantwortung für den Patienten und kann verschiedene Perspektiven einbeziehen. Das müssen wir gewährleisten.

Ihre zweite Frage war, wie die Hospitalisierungsrate reduziert werden kann: natürlich durch eine Stärkung des ambulanten Sektors und der Schulpsychologie, also der Präventionsarbeit, damit eine psychische Krise nicht zu einer psychischen Störung führt. Dazu gibt es gute Projekte, auch mit den Klinikschulen, dass Schulsozialarbeiter und Integrationshelfer weitergebildet und geschult werden und Multiplikatoren in den eigenen Schulen darstellen. Das ist der Weg der Zukunft.

Vielleicht noch eine Anmerkung zur – ich muss das Wort wieder benutzen – Triage-Diskussion aus dem vorletzten Jahr: Wir sind glücklicherweise auch in der KJP noch nicht in der Situation, dass wir ausschließlich Notfälle behandeln, und wir müssen dafür sorgen, dass es weiterhin so bleibt, dass nicht nur ein akutsuizidaler Patient ein Bett bekommt. Das ist nicht mehr so.

Zu den Fragen von Frau Böhm: Sie hatten – dafür bin ich sehr dankbar – das Projekt mit den Landärzten angesprochen. Das macht das Institut für Allgemeinmedizin. Ich hatte mich bei diesem versucht aufzudrängen und gefragt, ob ich mitmachen kann. Ich finde die Idee prima, und denke, es ist zukunftsweisend, dort früh curriculare Änderungen im Medizinstudium einzubauen, analog zu dem Projekt der Allgemeinmedizin.

Die Jugendhilfe war das zweite Thema. Ja, sie hat genauso Personalprobleme. Mir geht es nur darum, dass sie auch dann in die Verantwortung kommt, wenn beispielsweise Unterbringungsanträge immer wieder verlängert werden müssen, dass, wenn klar ist, irgendwo ist mehr im Argen und wir brauchen mehr helfende Hände, analog zur Weisung an das SpDi bei Unterbringungsverfahren Ähnliches an die Jugendhilfe herangetragen werden kann.

Außerdem gab es die Frage nach den üblichen Verweildauern in der KJP. Diese sind klassischerweise sehr breit gestreut: von einem Tag bis über 100 Tage. Wir hatten vor wenigen Monaten die Situation, dass fast 60 % einer Station von Patienten mit Anorexie belegt waren. Das ist nachweislich die Gruppe mit den längsten Verweildauern, und dann warten die Patienten auf der Warteliste natürlich; die Betten sind dann weg. Daher haben wir ein großes Interesse, gerade anorektische Patienten im ambulanten Sektor frühzeitig aufzufangen.

Eine Frage, die nicht gestellt wurde, die ich aber trotzdem beantworten möchte, ein Kommentar an Herrn Bartelt: Sie hatten die KV angesprochen. Ich glaube sehr wohl, dass ein kinder- und jugendpsychiatrischer Notdienst eine Möglichkeit wäre, mit einer Verpflichtung die Niedergelassenen einzubeziehen. Ähnliches gibt es im pädiatrischen Bereich. Das läuft gut. Die Randzeiten sind bis abends 21, 22 Uhr abgedeckt. Wenn wir das für den KJP-Bereich auch schaffen und eine gewisse Verbindlichkeit für die Niedergelassenen hineinbringen könnten, wäre das hilfreich.

Prof. Dr. Florian Metzger: Zunächst zu der Frage von Frau Dr. Sommer nach den räumlichen und architektonischen Voraussetzungen: In Neubauten versuchen wir, dies sehr breit umzusetzen; Herr Bender ist bereits darauf eingegangen. Einige Schlagworte:

Erstens – genügend Räumlichkeiten und Rückzugsmöglichkeiten für jemanden, der ein Stück mehr Privatsphäre braucht und damit auch durchgehend Zweibettzimmer. Zweitens – Außenbereiche zugänglich machen. Wir sind gerade in unserem Neubau- und Umbauprojekt und machen das für alle Bereiche, dass Patienten, die keinen größeren Ausgang haben, in einen Freibereich gehen können. Drittens – Licht. Das sind drei große Schlagworte, die weiterhelfen. Viertens – in diesen schönen architektonischen Räumlichkeiten die entsprechende Schulung und Kenntnisse in Deeskalation bei allen Mitgliedern des therapeutischen Teams, nicht nur bei der Pflege.

Zur Attraktivität der Arbeitsplätze im stationären Bereich: Das ist ein sehr wesentlicher Faktor – damit kann ich gleich weitermachen – mit den Deeskalationskenntnissen der Mitarbeiter. Das ist eine Arbeit, die im Gange ist. Dies ist bereits an vielen Orten gut umgesetzt, aber noch nicht abgeschlossen. Es ist aber auch notwendig, mit der Angst der Mitarbeiter auf Stationen umzugehen, die sich mit Patienten beschäftigen, die Gewalttaten hinter sich haben. Dazu gehört auch die Möglichkeit, in Notfällen reagieren zu können.

Attraktivität im medizinischen Bereich, also bei den ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern: Hier ist im Studium die Involvierung der Landkrankenhäuser in eine Frühzeitigenstelle sinnvoll. Sollte es neben der Allgemeinarzt- und ÖGD-Quote auch eine P-Quote geben? – Das fände ich schon überlegenswert und dass nicht nur die Universitäten in die Lehre eingebunden sind, sondern auch die umliegenden Landkrankenhäuser die Attraktivität eines ländlichen Standorts transportieren können, nicht erst, wenn die Entscheidung schon gefallen ist und man mit der beruflichen Laufbahn beginnt.

Zur Frage nach der Reduktion von Zwangsmaßnahmen: Ich denke, dies ist ein sehr spannendes Thema. Ich schaue einmal nach Baden-Württemberg; dort habe ich fast ein Jahrzehnt zugebracht. Dort werden die Landeszahlen nicht nur durch gute Statistiker ausgewertet, sondern in die Hände eines Instituts für psychiatrische Versorgungsforschung gelegt, das an eine Klinik angedockt ist. Prof. Steinert hat es bislang geleitet und wird es noch bis Ende dieses Jahres leiten. Dieses Auswerten von Daten und das Identifizieren von Schwierigkeiten in der Datenlage in der Meldung einzelner Krankenhäuser laufen auf einer solchen Ebene besser. Die Berichte, die aus diesem Versorgungsforschungsinstitut kommen, sind meines Erachtens hochwertige Berichte,

die wirkliche Aussagen enthalten, auch hinsichtlich einer Optimierung und Verbesserung der Situation – mit dem Ziel, dass wir irgendwann Zahlen haben, die wir bundesweit zusammenstellen können, denn wir haben 16 verschiedene PsychKHG und 16 verschiedene Datensätze; diese sind schwierig zusammenzubringen. Das wird uns noch eine Zeitlang beschäftigen, bis wir an dieser Stelle sind. Aber das sollte unser Ziel sein.

Noch eine Anmerkung zum bayerischen System. Dort habe ich meine Facharztweiterbildung gemacht, insofern ist mir das ein wenig vertraut. Das bayerische System mit den Kriseninterventionen hat noch keine Auswirkungen auf die Zwangsmaßnahmen, Unterbringung usw., also, das konnte man bislang noch nicht zeigen. Wir müssen aber schon berücksichtigen, dass es in Bayern eine völlig andere Herangehensweise an die durchgehende Klinikstruktur gibt. Die Kliniken in Bayern sind nach wie vor wesentlich größer als in Hessen. Wir haben wesentlich weniger Regionalisierung und wesentlich weniger Tageskliniken. Es ist dort also eine ganz andere Ausgangsbasis als in Hessen. Das muss in der Bewertung mitberücksichtigt werden, auch, wie die Krisendienste aufgebaut sind. Wichtig ist die flexible Herangehensweise, wenn man solche Dienste aufbaut, und die Integration ganz unterschiedlicher Einrichtungen. Letztendlich variiert es von Regierungsbezirk zu Regierungsbezirk. Das hat sich als günstig herausgestellt und sollte nicht zu stark reguliert werden.

Vorsitzender: Vielen Dank für Ihre Stellungnahmen. – Mir liegen keine weiteren Fragen seitens der Abgeordneten vor, aber der Herr Staatsminister hatte sich noch einmal zu Wort gemeldet.

Minister **Kai Klose:** Ich habe in der Reihe der Anhörungen selbstverständlich nichts zu sagen. Mir ist nur wichtig, zwei Aspekte klarzustellen, die vorhin kurz angesprochen worden waren:

Erstens – die Frage nach den Daten. Hierzu ist mir wichtig zu sagen, dass diese zu den Dingen gehören, deren Aufbereitung sich aufgrund der Corona-Situation verzögert hat, dass wir den Datenbericht 2020 aber alsbald vorlegen werden und auch schon dabei sind, jenen von 2021 aufzubereiten.

Zweitens – aufgrund der Bezugnahme auf die mündliche Frage: Sie lautete nicht, ob ein Bedrohungsmanagement bekannt sei, sondern ob es geplant sei. – Das war nach der Auskunft, die ich damals geben konnte, nicht so. Inzwischen haben wir Kenntnis davon bekommen, dass es ein Projekt beim Landeskriminalamt gibt, das eine solche Stoßrichtung hat. Aber das war zum damaligen Zeitpunkt – ich glaube, es war im Februar – nicht bekannt. – Nur, damit es noch einmal klargestellt und im Protokoll vermerkt ist.

Vorsitzender: Damit sind wir am Ende des Blockes 2 und kommen zu Block 3. Ich rufe als erste Institution Forum Schmiede auf. An dieser Stelle noch der Hinweis vom Anfang: Wiederholung ist die Mutter der Bildung, deshalb 3 Minuten.

Heidi Höhn: Ich habe ein wenig das Gefühl, in der falschen Veranstaltung zu sein. Es geht nur um die Probleme der Institutionen, und um unsere Probleme geht es nur ganz am Rande. Der Herr Minister hat zumindest einmal den Staatenbericht erwähnt, der im August wieder seine Runde machen wird. Dort sind beispielsweise kleine Institutionen wie wir, die Selbsthilfeinitiativen, zur Förderung empfohlen. Ich habe das Gefühl, wir sind immer wieder am Punkt null. Ich nehme schon seit dem Jahr 2004 zum Psychisch-Kranken-Gesetz Stellung, und es geht hier immer nur um Unterbringung, Gewalt und Zwang. Uns geht es um Lebensqualität. Ich kann natürlich nur für die Menschen sprechen, die zur Selbsthilfe fähig sind. Man sollte vielleicht auch die Fachkräfte etwas sinnvoller einsetzen. Wenn diese sich einmal um unsere kleinen Initiativen kümmern würden, würden oben in der Klinik vielleicht einige Plätze frei bleiben, denn wir machen tatsächlich Prävention und Nachsorge – und das mit viel Freude.

Ich habe gerade einen schönen Spruch gelesen: Im Grunde sind es immer die Verbindungen mit Menschen, die dem Leben seinen Wert geben. – Wer will mit psychisch Kranken etwas zu tun haben? Die Menschen haben alle Angst vor psychisch Kranken. Es tut mir leid, ich habe in 30 Jahren nichts Unangenehmes erlebt, nichts, was ich nicht verstanden hätte. In meinem Flyer steht auch: Von nichts kommt nichts. Wenn du arm bist und auch noch schwierige Familienverhältnisse hast, wirst du krank; das ist nun einmal so. Es ist ganz normal, psychisch krank zu sein. Psychiatrie geht uns alle an, jeden von Ihnen auch. Jeder von Ihnen kann verrückt werden; das kann ich Ihnen in Einzelfällen schildern. Mein bester Freund war Rechtsanwalt, und den habe ich zuletzt in der Geriatrie, in der Psychiatrie getroffen.

Ich mache jetzt Schluss. Ich wollte eigentlich etwas zu EX-IN und zur Selbsthilfebewegung der Peers sagen. Wir waren damals todesmutig, überhaupt Verbände zu gründen; denn es ist wahnsinnig schwer, mit psychisch Kranken einen Verband zu gründen. Es gibt Leute, die sich einfach nicht an die Regeln halten und sich über alles hinwegsetzen. Frau Keiner spricht in unserem Sinne. Sie hatte sich selbst zur Sprecherin unserer Selbsthilfe-Initiative in Hessen ernannt; mich hat sie aus dem Verband geworfen. Das sind Dinge, die Ihnen vertraut sein können, wenn Sie mit psychisch Kranken umgehen. Das ist eben so. Der Mensch ist kein nettes Tier, es tut mir leid. Herr Belling, wir machen demnächst eine – – Mir fällt auch echt nichts mehr ein. Es ist alles gesagt und geschrieben, und es ändert sich nichts. Wir sitzen heute wenigstens wieder einmal in einer Konstellation zusammen, in der wir anständig gearbeitet haben. Wir haben also die Hoffnung noch nicht aufgegeben.

Wir hatten 20 Jahre – das habe ich geschrieben – einen tollen Treffpunkt, nur mit Laien, und Sie glauben nicht, wie viel Interesse in der Bevölkerung an der Psychiatrie vorhanden ist. Aber es ist eine riesige Dunstglocke der Geheimnistuerei. Es ist überhaupt nichts dabei, es ist ganz einfach:

Menschen werden krank, wenn sie überfordert sind. Wenn sie kein Geld haben, arm sind, erschwert dies einiges. Wenn man den Obdachlosen so eine Hundehütte hinstellt, dann nach Hause fährt und in seinem Swimmingpool schwimmt, dann ist das für mich abartig. Wir werden uns weiterhin gegenseitig Knüppel zwischen die Beine werfen.

Nur noch eines zu EX-IN und der Selbsthilfebewegung: Wir sind wirklich unabhängig, und wir haben Ideen, wie man die Psychiatrie verändern kann, und EX-IN will in das System hinein. Das ist mir peinlich. Wir wollen heraus. Natürlich ist es gut, wenn sich Psychiatrieerfahrene einbringen können, aber ich sage Ihnen: „Wess' Brot ich ess', dess' Lied ich sing“, das sind so einfache Sprüche, und die gelten ganz einfach. – Ich habe jetzt fertig.

Alexander Kummer: Dem kann ich mich nur insofern anschließen, als es – es ist definitiv schon mehrfach gesagt worden – wirklich keinen Sinn mehr macht, im Hinblick auf die doch sehr fortgeschrittene Zeit ohne Ende zu sprechen. Ich habe genug Notizen, es reicht für einige Stunden, und es sind hauptsächlich nur Stichpunkte, die man alle einzeln ausführen könnte. Ich versuche, mich auf die wichtigsten zu beschränken, die aus meiner Sicht noch nicht adäquat geäußert worden sind.

Erstens – die Partizipation in der Politik: Wir haben in Wiesbaden in der Gemeindepsychiatrie sieben Jahre mitgearbeitet, waren dort quasi geduldet. In diesen Jahren gab es kein einziges Projekt, keine einzige Veränderung, gar nichts, null. Wenn ich sieben Jahre mit meiner Wand geredet hatte, wäre mehr herausgekommen.

Zweitens – Treffpunkt etc. pp., Anlaufstelle: Ja, die Konstruktion ist der Fehler. Es werden immer riesengroße Konzepte und Finanzierungsvorschläge verlangt. Wir brauchen einfach Räume, einen Treffpunkt in Frankfurt. Nach Wallraff – Skandal ist der falsche Ausdruck – war eigentlich die Richtung klar: wie ein Jugendklub, einfach ein Treffpunkt, Anlaufstelle, Beratung, Mitmachcafé mit allem drum und dran. Ich bräuchte nur zwei oder drei Räume in Frankfurt, dann läuft das Ding. Stattdessen werden seit Jahren Hürden aufgebaut, und die Idee eines Treffpunkts für PE habe ich bereits im LWV-Magazin von 2018 gefunden. Es wurde auch immer von den Angehörigen angesprochen, dass so etwas nötig sei. Aber es will anscheinend niemand.

Wie gesagt: nur das Wichtigste. Wenn ich von Psychiatrie spreche, meine ich definitiv immer stationäre Psychiatrie, also hauptsächlich geschlossene Abteilungen oder geschützte Stationen oder wie auch immer man es nennen möchte. Mir persönlich ist es ohnehin egal, wie man es nennt. Auch zu den Erkrankungen bzw. Prognosen sage ich mittlerweile: Ich mache mich eher darüber lustig. Das sind teilweise überhaupt keine Krankheiten, sondern einfach nur Schwierigkeiten, die man im sozialen Zusammenleben einfach hat.

Ambulantisierung ist nicht die Lösung. Es ist auch überhaupt nicht gut, dass die Krankenhausbetten – weil sie so teuer sind, das ist mir klar – teilweise abgebaut worden sind und nur noch die

Schwerstkranken auf den Stationen versorgt werden. Die meiste Therapie läuft innerhalb der Patienten, nicht im Arztgespräch. Wenn Patienten untereinander Erfahrungen austauschen, kommt mehr heraus, als wenn einmal der Arzt eine Viertelstunde mit einem spricht – oder auch überhaupt nicht; das haben wir alles schon erlebt.

Mich interessiert die praktische Umsetzung in den Kliniken. Mein Schwerpunkt ist nicht die Gemeindepsychiatrie an sich; sie ist notwendig, und ich stelle auch nicht das System infrage. Es geht auch nicht um das Streichen von Angeboten, sondern darum, zu ergänzen. Es ist einfach ein anderer Punkt. Ein Treffpunkt, der von den Betroffenen selbst begleitet werden würde, ist eben etwas anderes als EVIM, Werkgemeinschaft oder Diakonie, die die Angebote nur aus der professionellen Sichtweise leiten. Die Personenzentrierung beim LWV in Ehren, aber diese sehen wir eigentlich nicht. Es geht hauptsächlich um Verwaltungsfragen und nicht um den Menschen. Ich will es nicht verallgemeinern, es gibt sicher auch Ausnahmen. Es ist einfach auch der heutige wissenschaftliche Stand bei den Therapien und Medikamenten. Er ist einfach so, er ist eben nicht besser. Das kann man dann aber auch vorher sagen. Man kann den Patienten sagen: Was kann Psychiatrie? Was kann sie nicht? Wir können Medikamente anbieten, sie müssen sie ausprobieren. Bei 30 % helfen sie nicht. Herr Reith vom Universitätsklinikum Frankfurt spricht übrigens von 30 % der Bevölkerung, die psychisch krank sind – um einmal die Dimensionen in Relation zu setzen, dass gehandelt werden muss und gerade nicht EX-IN, sondern die Patienten selbst auch zum Recovering beitragen können und müssen. Das lässt sich ohnehin nicht erzwingen. Durch vorgeschriebene Therapien erreicht man nichts, wenn der Therapierte das überhaupt nicht möchte: sich zu ändern.

Ich denke, wir belassen es dabei; es macht einfach keinen Sinn. – Wir haben zehn Jahre Selbsthilfebüro in der Klinik Eichberg, Vitos Rheingau. Diese zehn Jahre waren sehr aufschlussreich, und dies hat Vitos ermöglicht. Wir haben es bewusst nicht großartig breitgetreten, auch den Leerlauf in Kliniken. Ich bin froh, wenn ich nicht den ganzen Tag durchgeplante Dinge tun muss. In therapiefreien Zeiten kann man sich mit sich selbst beschäftigen. Das ist doch super, genau das, was eigentlich notwendig ist: herunterkommen, zur Ruhe kommen. Warum soll ich mich beschweren, dass die ganze Zeit irgendeine Bespaßung stattfinden soll? Das kostet auch noch Geld. Das sollen die Patienten gefälligst selbst machen. Da bin ich genauso kritisch, auch der eigenen Klientel gegenüber.

Ich nehme an, dass noch zwei Personen zu Wort kommen wollen, deshalb mache ich erst einmal Schluss und antworte gern auf Fragen.

Sylvia Kornmann: Ich bin Sylvia Kornmann und vertrete den Landesbehindertenrat. Wir haben auch Probleme, auch das bürokratische Problem, das viele Selbsthilfegruppen haben. Wir sind keine Selbsthilfegruppe, sondern ein Zusammenschluss von Leuten aus Selbsthilfegruppen, die in Hessen aktiv sind. Wir haben momentan auch ein Problem mit unserer Bürokratie in Hessen. Das heißt, wir wissen nicht, wie wir uns finanzieren sollen, weil wir eigentlich keinen Verein gründen möchten, denn dann könnten wir als Selbsthilfeverband an die Selbsthilfegelder heran.

Es ist ein Problem wie vieles hier in Deutschland: Wir haben einfach zu viel Papier, zu viele Gesetze. Alles muss gesetzlich festgeschrieben werden. Ich finde trotzdem an diesem Gesetz gut, dass die wichtigsten Dinge angesprochen worden sind und angegangen werden sollen; aber ich bin der Meinung, man sollte nicht nur schreiben, man sollte auch mal machen. Das heißt, wir müssen überall, in allen Bereichen in Deutschland, viel unbürokratischer und flexibler werden. Das Problem ist: Jeder hat Angst, angezeigt zu werden. Das ist überall zu sehen.

Vorhin wurde auch gesagt, dass zum Beispiel Personalknappheit in den Kliniken, hauptsächlich beim Pflegepersonal, herrscht. Aber auf der anderen Seite gibt es Psychologen. Warum schult man diese nicht um zu Pflegern um oder bildet sie anpassend aus, damit sie Pfleger ersetzen können? Denn die Krankenpfleger in den Kliniken übernehmen heute bereits die Aufgaben von Psychologen. Deshalb kann man doch auch Psychologen umschulen oder zumindest anpassen. Das ist kein Problem.

Ich bin schon über 20 Jahre dabei und habe schon meine Erfahrungen gemacht. Wir vier – Frau Höhn, Herr Kummer, Herr Wittek und ich – sind jetzt seit Langem mal wieder zusammen, das ist eigentlich ganz gut. Es gibt einige gute Dinge, die auch gut laufen, zum Beispiel das Schulprojekt, das bei uns in Wetzlar von der Diakonie übernommen wird. Dort gehen Betroffene mit Angehörigen und Psychologen sowie andere Dienstleister in diesem Bereich in die Schulen und machen die Schüler darauf aufmerksam: Was sind psychische Erkrankungen? Wie kommt es dazu, dass man krank wird? – Der Hauptgrund für psychische Erkrankungen ist tatsächlich – das habe ich von Anfang an gesehen, und ich sage es auch immer wieder – die Armut. Man kommt, wenn man einmal in der Psychiatrie war und diese nicht gut beschützt von seinen Angehörigen durchmachen kann, Probleme. Man verliert in der Regel seine Wohnung, weil man länger in der Psychiatrie ist, als man Geld auf dem Konto hat, um die Miete zu zahlen. Das ist Realität in Deutschland. Diese Menschen landen dann auf der Straße. Viele Männer, die ihre Frauen verlieren – aus irgendwelchen Gründen, wenn die Ehe nicht klappt –, landen auch auf der Straße, weil sie arm sind, weil sie ihren Job verloren haben, nicht mehr arbeiten können. Das Arbeitsamt ist nicht in der Lage, Personen, die ihre Arbeit aufgrund ihrer psychischen Erkrankung verloren haben, eine Möglichkeit zu bieten, sich wieder in den Arbeitsmarkt zu integrieren, sei es auch nur mit einer Teilzeitstelle. Die Menschen sind abhängig, sie werden aus finanziellen Gründen mehr oder weniger versklavt. Ich finde das ziemlich übel in Deutschland.

Vorsitzender: Sie müssten zum Schluss kommen, Frau Kornmann.

Sylvia Kornmann: Gut, dann höre ich jetzt auf. Das Wichtigste ist auch schon gesagt: Wir müssen unsere Wut herauslassen, und wir müssen auch etwas ändern, und zwar jeder in Deutschland.

Hans-Jürgen Wittek: Ich bin im Vorstand des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener. Im Januar haben wir in Frankfurt eine Selbsthilfegruppe gegründet, sie heißt Frankfurter Forum für psychische Krisenbewältigung. Wir haben uns jetzt ein Programm vorgenommen: Wir werden am 11. September im Auditorium des Gesundheitsamtes Frankfurt eine Veranstaltung mit dem Thema „Aus der Klinik entlassen – und was dann?“ durchführen. Wir sehen es als allergrößtes Problem, dass die Menschen, wenn sie aus der Klinik kommen, erst einmal in ein großes Loch fallen, und dann ist keiner zuständig. Die Leute drehen Däumchen und drehen durch, und nach einigen Wochen klopfen sie wieder an der Klinik an und sagen: Es geht nicht mehr.

Es gibt ein Entlassungsmanagement, das ist Vorschrift. Jede Klinik muss das haben. Das macht der Sozialdienst. Es steht im SGB V § 39. Dort ist ziemlich deutlich erklärt, was die Klinik zu tun hat, unter anderem auch Arzttermine oder Termine beim Psychotherapeuten oder nachfolgende Maßnahmen. Aber ich habe schon von einem Klinikdirektor aus Kassel gehört, der sagte: Unsere Mitarbeiter telefonieren sich ihre Finger wund und sind frustriert, weil sie nichts erreichen.

Woran liegt das? – Das liegt an den nachfolgenden Einrichtungen, die sagen: Wir haben keine freien Plätze. Unsere Klienten bleiben so lange, wie sie wollen. In nächster Zeit wird nichts frei, also müssen die Patienten, die aus der Klinik kommen, erst einmal warten, warten und warten. Das verschärft die ganze Krise, und die Menschen kommen aus diesem Drehtür-Effekt nicht heraus. Wir sind der Meinung: Mehr Vernetzung reicht nicht. Wir brauchen Lösungen, damit die Steuerung auch wirklich aus einer Hand ist. Mein Vorschlag ist – das werden wir auch noch weiter ausdiskutieren –, dass wir sagen: Wir brauchen hier eine Steuerungseinheit, eine Steuerungsstelle, die sagt, wie es direkt nach der Klinik weitergeht, wo es Möglichkeiten gibt. Es muss natürlich vorher geklärt werden: Was ist notwendig? An dieser Steuerungsstelle laufen sämtliche Informationen zusammen, aber auch die nachfolgenden Einrichtungen – sei es betreutes Wohnen, eine Tagesstätte oder eine Tagesklinik – müssen bestimmte Plätze freihalten für Menschen, die aus der Klinik entlassen werden, damit dieses Loch nicht mehr entsteht, sondern im Anschluss direkt eine nachfolgende Maßnahme erfolgt. Das hat den großen Vorteil, dass die Klinik sagt: Wir können nicht früher entlassen, als wir es sonst hätten tun müssen, weil du dann eine Anbindung an eine nachfolgende Maßnahme hast.

Ich weiß von einem Privatpatienten in Hochheim, der lange Zeit stationär festgehalten worden ist, und man hat sich Zeit gelassen, bis er in die Tagesklinik verlegt worden ist. Privatpatienten bringen gutes Geld. Oft sind es unnötig lange Aufenthalte, nur weil anschließende Maßnahmen nicht eingeleitet und koordiniert werden. Ich kenne ein Beispiel aus Südtirol, dort gibt es eine Steuerungsstelle, die heißt Zentrum für psychische Gesundheit und plant alles. Sie übernimmt sogar die Klinikeinweisung. Es gibt dort viel kürzere Aufenthaltszeiten in den stationären Einrichtungen; aber sie legen sofort fest, was im Anschluss getan werden muss.

Ein weiteres Kapitel ist der Krisendienst; er wurde heute bereits einige Male genannt. Wir fordern das, was in Bayern gemacht wird. Oberbayern ist fast so groß wie Hessen, und die Leitstelle einschließlich der ambulanten aufsuchenden Dienste gibt 14,3 Millionen € aus. Das ist eine Menge Geld, aber ich denke, es ist sehr gut investiertes Geld. Wenn das Sozialministerium in Hessen 400.000 € für ganz Hessen bereitstellt, so ist das extrem dürftig, und ich sehe es schon

als unterlassene Hilfeleistung an, wenn man anderthalb Jahre nach Festlegung im Gesetz, einen Krisendienst einzurichten, immer noch nicht weitergekommen ist. Wir als Betroffene sind in diesen ganzen Prozess nicht einbezogen, und auch die Angehörigen sind vorher nicht gefragt worden, habe ich gehört: Welche Vorstellungen habt ihr? Wie soll das aussehen? Wie soll das gemacht werden? Bayern sagt, es geht, und es läuft dort sehr gut.

Ein weiteres Thema ist Medikamentenreduzierung und vor allem Medikamentensicherheit. Das wird unser nächstes Thema sein; denn wir erleben viel zu viele Menschen, die mit Psychopharmaka vollgedröhnt sind, und die Ärzte nehmen sich nicht die Zeit, mit den Patienten ein Konzept zu erarbeiten, um langsam die Medikamente herunterzufahren oder auszuschleichen.

Vorsitzender: Vielen Dank für Ihre Stellungnahmen. – Ich schaue in die Runde der Abgeordneten: Gibt es Fragen? – Ja.

Abg. **Christiane Böhm:** Ich habe zwei Fragen, die erste an Frau Höhn: Sie haben mich noch einmal darauf aufmerksam gemacht – ich habe das in der vorhergehenden Runde einfach vergessen –, dass man auch, um die Personalnot etwas zu lindern, die EX-IN-Ausgebildeten oder auch die Peers hat. Ich weiß es von Kliniken, die diese ganz selbstverständlich in ihr multiprofessionelles Team eingestellt haben. Sehen Sie das auch als Möglichkeit für diese Personengruppen, dort tätig zu sein, und würde uns das bei der großen Personalnot, die vorhin genannt wurde, etwas helfen?

Die zweite Frage geht an Herrn Wittek: Vorhin wurde gesagt, es gebe zu wenige Nachsorgeeinrichtungen, gerade in diesen besonderen Wohnformen. Ich kenne Stellungnahmen der Liga, die sagt: Wir haben das große Problem: Die Menschen würden gern aus den Wohngemeinschaften ausziehen, wenn sie eine Wohnung finden würden. – Wir haben also den Stau in den Nachsorge Wohngemeinschaften. Dort kann es überhaupt keinen Abfluss geben, weil die Menschen keine Wohnung finden. Es gibt Vorschläge, auch an die Landesregierung, dort unterstützend tätig zu sein. Meinen Sie, das würde uns ein Stück mehr helfen, weil es dann schneller wieder in den Wohnbereichen – – Es wird vielleicht nicht ausreichen. Die Frage ist: Würde es dann einen größeren Abfluss geben, wenn man dafür sorgen würde, dass zum Beispiel die Menschen aus den besonderen Wohnformen bevorzugt eine Wohnung in kommunalen und anderen Wohnungsbau-gesellschaften bekämen? – Das wären meine beiden Fragen.

Abg. **Dr. Daniela Sommer:** Ich würde gern nur die Frage von Frau Böhm ergänzen, weil sie gerade noch einmal die EX-IN- bzw. Genesungsbegleiter nannte. Sie können nicht nur in den Kliniken sinnvoll sein, sondern vielleicht auch dafür, was wir eben über das Entlassungsmanagement gesagt haben: dass man sie noch mehr in die Nachsorge und vielleicht auch in die Vorsorge einbindet, denn Herr Jung und sein Team leisten wirklich eine sehr gute Arbeit und sind beim LWV auch sehr anerkannt für das, was sie tun.

Heidi Höhn: Ich hatte eigentlich eine ganze Seite vorbereitet. Es sieht so missgünstig aus, wenn ich sage: Mein Gott – – Es ist ja so gewesen: Das Ministerium hat im vorigen Jahr bzw. vor zwei Jahren endlich einmal begonnen, aussichtsreiche Projekte zu fördern. Wir haben uns schon vor 20 Jahren organisiert und auch einiges auf die Beine gestellt. Die Anfangszeit in der Selbsthilfebewegung war grandios. Sie ist natürlich nach und nach verkommen, weil wir keinerlei Erfolge aufweisen konnten. Nun kommt EX-IN daher, macht eine kleine Ausbildung, und dann bekommen die Leute einen Schein und können preiswert – wie steht es hier so schön: – Man kann sie im System einsetzen; preiswert sind sie allemal. Ich fühle mich einfach als Vertreterin der Selbsthilfebewegung dadurch diskriminiert. Sie werden bezahlt, und wir müssen weiterhin ohne fachliche Hilfe auskommen, das wollte ich auch noch sagen. Wir sind ohne fachliche Hilfe und ohne Räume überhaupt nichts. Wir brauchen, wenn wir in Grenzsituationen kommen – Frau Keiner hat gesagt, was wir – – Bei uns kommen die tollsten Sachen am Telefon vor. Wir haben keinerlei fachliche Unterstützung, gar nichts. Das geht für mich seit 30 Jahren so, und ich bin etwas sauer. Der Landeswohlfahrtsverband hat auch mein Selbsthilfeprojekt gleichzeitig mit EX-IN mit dem Walter-Picard-Preis ausgezeichnet, aber gefördert werden nur jene, die den Schein haben. Wir haben keinen Schein, wir haben nur unsere eigene Betroffenheit und unsere grauenhaften Erfahrungen.

Diese DIN-A4-Seite würde ich gern noch schicken.

Vorsitzender: Die können Sie gern bei der Geschäftsstelle einreichen, dann werden wir es verteilen.

Heidi Höhn: Dort ist das etwas einfühlsamer formuliert.

Hans-Jürgen Wittek: Es wurde die Frage der besonderen Wohnformen aufgeworfen. Zunächst müssen wir klären: Was versteht man darunter? Viele verstehen darunter geschlossene Wohnheime. Ich bin ein Gegner davon, aber die Forensik hat das Problem, dass sie eine sehr hohe Zahl an Insassen nicht entlassen kann, weil sie die Leute für gefährlich hält, und sie nicht abgeben kann, weil die entsprechenden Nachfolgebmaßnahmen nicht vorhanden sind. Man sollte schauen, ob man nicht eine andere Form als geschlossene Heime findet.

Das Zweite, das angesprochen wurde, ist, ob die Wohngemeinschaften eine Dauereinrichtung sein sollen oder die Menschen nicht dazu befähigt werden sollen, wieder in Einzelwohnungen zu gehen. – Dazu sage ich: Ja, so eine Wohngemeinschaft kann Vorteile haben, aber das Ziel sollte eigentlich sein, dass jeder wieder so selbstständig sein soll, sein eigenes Leben zu gestalten, und nicht unbedingt zwangsweise mit anderen Menschen zusammenwohnen muss, die er nicht selbst gewählt hat.

Ich weiß nicht, wie der aktuelle Stand ist, aber in Berlin hat man Häuser gebaut, in denen es Einzelapartments mit eigener Küchenzeile und Toilette gibt, und im Haus gibt es eine Art Portier oder eine Schwester oder einen Pfleger mit Nachtdienst, die jederzeit erreichbar sind. Es gibt wohl auch einen Gruppenraum, in dem man sich treffen kann. Das halte ich für die bessere Lösung: dass man nicht vereinzelt, allein wohnen muss, sondern die Möglichkeit hat, sich bei Hilfebedarf an jemanden wenden zu können. Ich plädiere dafür, solche Häuser auch in Hessen zu bauen und von der Heimunterbringung wegzukommen – denn dort verchronifizieren die Menschen – und ihnen ein möglichst selbstständiges Wohnen zu ermöglichen. Dazu hat es in der Vergangenheit auch schon einige Experimente gegeben, dass die Menschen, die nicht aus dem Wohnheim herauswollten, im Nachhinein froh waren, eine eigene Wohnung zu haben.

Ich denke auch, dass die SpDi hier in Zusammenarbeit mit der Kommune Wohnungen bereitstellen bzw. vermitteln soll. Diese Aufgabe wird immer weiter vernachlässigt mit der Begründung: Ja, wir finden nichts, und unsere Wohnungsbaugesellschaften bieten nichts an. – Hier müsste vonseiten der Wohnungsgesellschaften mehr Druck aufgebaut werden, auch durch Fördergelder. Es darf nicht die Situation entstehen, dass Menschen aus dem psychiatrischen Bereich wohnungslos werden.

Vorsitzender: Gibt es weitere Rückfragen seitens der Abgeordneten? – Das sehe ich nicht. Damit darf ich mich sehr herzlich sowohl für Ihre schriftlichen als auch für Ihre mündlichen Stellungnahmen bedanken und schliesse damit die 100. Sitzung des SIA.

Wiesbaden, 4. Juli 2023

Protokollführung:

Vorsitz:

Maximilian Sadkowiak

Moritz Promny