

Stenografischer Bericht

öffentliche Anhörung

13. Sitzung – Gesundheits- und Familienpolitischer Ausschuss

3. September 2025 – 14:10 bis 20:46 Uhr

Anwesend:

Vorsitz: Sandra Funken (CDU)

CDU

Dr. Ralf-Norbert Bartelt
Maximilian Bathon
Sabine Bächle-Scholz
Claudia Ravensburg
Max Schad

AfD

Gerhard Bärsch
Arno Enners
Volker Richter

SPD

Nadine Gersberg
Dr. Daniela Sommer (Waldeck-Frankenb.)
Oliver Ulloth

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Kathrin Anders
Marcus Bocklet
Christoph Sippel

Freie Demokraten

Yanki Pürsün


Fraktionsassistentinnen und -assistenten:

CDU:	Michel Mads Pietzonka
AfD:	Nik Scherf
SPD:	Bettina Kaltenborn
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN:	Sybille Kühnel
Freie Demokraten:	Melissa-Madeleine Wörz

Landesregierung, Rechnungshof, etc.:

Name – Bitte in Druckbuchstaben –	Amts-/Dienst- bezeichnung	Ministerium, Behörde
Opfendrenk, Sonja	StS	HMFG
Stolz, Diana	DRin	HMFG
Kleinschmidt, Rebecca	MRin	HMFG
Sydow, Stefan	HonDir	HMFG
Hege, Jutta	MRin	HMFG
Hombach, Kathrin	KBin	Stk
Dörner, Sebastian	Tarifbeschäftigter	HMFG

Teilnehmerliste im GFA zu GE 21/2392 – „PsychKHG“ –

Institution	Name	Teilnahme
Hessischer Städtetag Wiesbaden	Alexander Schaposchnikov Stadträtin Milena Löbcke	
Hessischer Beauftragter für Datenschutz und Informations- freiheit	Prof. Dr. Alexander Roßnagel	
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Universitätsmedizin Frankfurt	Prof. Dr. med. Andreas Reif	



Institution	Name	Teilnahme
Hessische Landesstelle für Suchtfragen e. V. (HLS)	Martin Meding	
Klinikum Stadt Hanau, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie	Dr. med. Thomas Schillen	
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V.	Dr. med. Barbara Jäger	
Polizeipräsidium Frankfurt am Main	Präsident Stefan Müller	
Sozialpsychiatrischer Dienst Darmstadt-Dieburg	Dr. med Anka Martin	
EX-IN Hessen e.V.	Andreas Jung	
Dezernat Soziales und Gesundheit der Stadt Frankfurt	Stadträtin Elke Voith	
Gesundheitsamt Frankfurt am Main	Dr. med. Peter Tinnemann	
Deutscher Richterbund Landesverband Hessen	Dr. Frank Wamser	
Gewerkschaft der Polizei Landesbezirk Hessen	Jens Mohrherr	
Vitos Haina gGmbH Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie	Prof. Dr. Florian Metzger	
Vitos Weil-Lahn gGmbH	Prof. Dr. med. Christoph Fehr	
Hessische Krankenhausgesellschaft e. V.	Christina Grün	
Landesverband der Privatkliniken in Hessen e. V. (VdPK)	Aguedita Afemann	
Landesverband Hessen der Ärztinnen und Ärzte und Zahnärztinnen und Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD)	Dr. Birgit Bornheim Dr. Birgit Wollenberg	
Vitos Kurhessen gGmbH	Dr. med. Matthias Bender (Sprecher der AG der ärztlichen Leitungen der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie in Hessen)	



Institution	Name	Teilnahme
Vitos gemeinnützige GmbH Forensik Kassel	Dr. Alexander Gary	
Vitos Klinik für forensische Psychiatrie Gießen	Sebastian Kötter	
Landesverband Psychiatrie-Erfahrene Hessen e.V.	Regina Kucharski	
Psychotherapeutenkammer Hessen	Else Döring	
Aktion Psychisch Kranke (APK) e. V.	Jörg Holke	
Landesverband der Angehörigen und Freunde von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Hessen e. V.	Annette Lindt-Lange Manfred Desch	
Vitos Klinik für Psychiatrie Eltville	Prof. Dr. Dieter F. Braus	teilgenommen
Hessischer Landkreistag Wiesbaden		Absage
Hessischer Städte- und Gemeindebund Mühlheim am Main		Absage
Amtsgericht Fulda	Dr. Szymon Mazur	Absage
Bundesverband der Berufsbetreuer*Innen Landesgruppe Hessen	Manuel Rudolph	Absage
Der Paritätische Wohlfahrtsverband Landesverband Hessen	Lars Lauer	Absage
Landeswohlfahrtsverband Hessen	Susanne Simmler	Absage
Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP)	Gernot Walter	Absage
Hessische Gesellschaft für soziale Psychiatrie	Petra Lauer	Absage
Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Körperschaft des öffentlichen Rechts		Absage
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Ludwig-Noll-Krankenhaus	Prof. Dr. med. Martin Ohlmeier	Absage
Vitos Klinik für forensische Psychiatrie Haina	Dr. Sven Krimmer	Absage
Vitos Klinikum Gießen-Marburg	Mark Reußert	Absage

Für die Protokollierung: Kathrin Wolf

Öffentliche Anhörung

Gesetzentwurf

Fraktion der CDU, Fraktion der SPD

Zweites Gesetz zur Änderung des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes

– Drucks. [21/2392](#) –

hierzu:

Stellungnahmen der Anzuhörenden

– Ausschussvorlage GFA 21/3 –

(verteilt: Teil 1 am 13.08.2025; Teil 2 am 26.08.2025, Teil 3 am 27.08.2025, Teil 4 am)

Vorsitzende: Sehr geehrte Damen und Herren! Ich eröffne die 13. Sitzung des Gesundheits- und Familienpolitischen Ausschusses und begrüße die Anwesenden ganz herzlich, zunächst die Damen und Herren Anzuhörenden. Seien Sie herzlich willkommen. Sie haben teilweise einen weiten Anfahrtsweg hinter sich gebracht. Schön, dass Sie da sind.

Weiter begrüße ich die Kolleginnen und Kollegen Abgeordnete sowie Frau Staatsministerin Stolz und Frau Staatssekretärin Dr. Optendrenk. Herzlich willkommen. Ich darf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Ministeriums und des Landtags ganz herzlich begrüßen. Außerdem sehe ich Interessierte auf der Besuchertribüne: die Presse und die Öffentlichkeit. Ihnen allen ein herzliches Willkommen. Schön, dass Sie da sind. Ich darf auch Praktikanten in unseren Reihen begrüßen. Auch Ihnen ein herzliches Willkommen. Ich darf zudem die ehemalige Abgeordnete Christiane Böhm auf der Besuchertribüne herzlich begrüßen.

Bevor wir mit der Anhörung beginnen, möchte ich auf einige organisatorische Punkte hinweisen. Während der Sitzung sind keine Bild- und Tonaufnahmen erlaubt. Zurufe von der Besuchertribüne sind auch untersagt. Essen und Trinken im Plenarsaal ist nicht gestattet. Für die Anzuhörenden stehen draußen kostenlos Getränke zur Verfügung. Für die Abgeordneten und Zuschauer stehen die Getränke natürlich auch zur Verfügung; hier liegt eine Preisliste für Sie aus.

Kommen wir zur Sitzung. Die Tagesordnung wurde mit der Einladung vom 27. August 2025 versandt. Sie liegt Ihnen vor. Wir steigen in die Tagesordnung ein. Die Stellungnahmen der Anzuhörenden sind Ihnen in drei Ausschussvorlagen zugegangen. Sie wurden Ihnen per Mail übersandt.

Kommen wir zu den Verfahrensvorschlägen für die heutige Anhörung. Die Anzuhörenden werden der Reihe nach in vier Blöcken aufgerufen. Wir starten traditionell im ersten Block mit den kommunalen Spitzenverbänden. Im Anschluss folgen die verschiedenen Institutionen. Da wir davon ausgehen können, dass alle Abgeordneten die schriftlichen Stellungnahmen ausführlich gelesen haben, bitten wir die Anzuhörenden, uns ihre Stellungnahme in komprimierter Form vorzutragen. Ich bitte darum, dass Sie sich dabei jeweils auf die wesentlichen Punkte konzentrieren oder auf

Aspekte eingehen, die in der schriftlichen Stellungnahme noch nicht enthalten sind. Für jede Stellungnahme haben Sie eine Redezeit von fünf Minuten.

Im Anschluss an jeden Block haben die Abgeordneten die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ich bitte die Abgeordneten, ihren Namen zu nennen sowie die Namen der Anzuhörenden, die Sie fragen möchten. Um einen geordneten Ablauf zu gewährleisten, bitte ich darum, dass Fragen gesammelt werden, sodass die Anzuhörenden diese anschließend gebündelt beantworten können. So vermeiden wir auch Zwiesgespräche. Liebe Kolleginnen und Kollegen, sind Sie mit diesem Verfahren einverstanden? – Ich sehe Nicken und keinen Widerspruch. Dann verfahren wir entsprechend.

Dann beginnen wir mit der Anhörung. Vielleicht noch ein kurzer Hinweis. Mir ist bewusst, dass es sich um ein sehr sensibles Thema handelt, über das wir heute sprechen. Wir sollten die Gelegenheit nutzen, heute die inhaltlichen Aspekte unaufgeregt und fokussiert zu erörtern. Ich bitte auch noch einmal darum, keine Zwischenrufe zu tätigen.

Block 1

Ich eröffne nun den ersten Block der Anhörung und darf Sie bitten, Ihren Namen und Ihre Institution zu nennen, bevor Sie mit Ihrem Vortrag beginnen. – Ich darf als Ersten Alexander Schaposchnikov, Referatsleiter beim Hessischen Städtetag, aufrufen.

Alexander Schaposchnikov: Ich möchte Sie alle zunächst einmal begrüßen: Frau Vorsitzende, Frau Staatsministerin Stolz, Frau Staatssekretärin Dr. Optendrenk, sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete, sehr geehrte Damen und Herren!

Ich darf Ihnen heute zusammen mit Frau Stadträtin Löbcke die Stellungnahme des Hessischen Städtetages darstellen. In erster Linie sind die kreisfreien Städte und die Sonderstatusstädte von dem Gesetzentwurf betroffen. Den Entwurf, den wir heute besprechen, kann man vielleicht mit dem Satz zusammenfassen: Er ist gut gemeint, aber nicht so gut umgesetzt.

Positiv beurteilen wir die Anfügung eines Satzes bei § 1 PsychKHG: Das sehen wir tatsächlich so, dass die Suchtprävention – besser gesagt: die Suchtabhängigkeit – einbezogen wird.

Was wir aber negativ beurteilen, ist die vorgeschlagene Änderung des § 28 PsychKHG. § 28 stellt im Ergebnis einen Eingriff in die Persönlichkeitsrechte der Betroffenen dar – diejenigen, die wegen psychischer Erkrankungen in einer Klinik behandelt werden. Wenn das Gesetz künftig verlangt, dass im Falle einer Fremdgefährdung Mitteilungen an Ordnungsbehörden, an Polizeibehörden, an den zuständigen Sozialpsychiatrischen Dienst erfolgen sollen, sehen wir darin einen Eingriff in die Persönlichkeitsrechte.

Warum wir den Entwurf als handwerklich nicht gut gemacht beurteilen, ist, weil es in ihm an Definitionen fehlt: Wann darf von einer Fremdgefährdung ausgegangen werden? – Wir sehen darin

die Gefahr, dass den Menschen, über die wir heute reden, weniger geholfen wird. Vielmehr kommt es dadurch zu einer Stigmatisierung. Es ist zu befürchten, dass die Betroffenen Hemmungen haben werden, sich in Behandlung zu begeben, oder, wenn sie sich in Behandlung begeben, dass sie weniger ehrlich und offen in der Behandlung sind, weil sie befürchten müssen, dass eventuell eine Mitteilung im Sinne des vorgeschlagenen § 28 Absatz 4 PsychKHG an die Ordnungs- und Polizeibehörden ergehen wird.

Ferner hinterfragen wir, inwiefern eine solche Mitteilung dazu geeignet sein soll, die Risiken, die diejenigen, die den Entwurf eingebracht haben, sehen, zu beheben, zu verhindern. Wie soll eine solche Mitteilung an Ordnungs- und Polizeibehörden dazu führen, dass die Geschehnisse, über die wir letztlich mittelbar sprechen, vermieden werden? Vielmehr sehen wir, dass die Sozialpsychiatrischen Dienste, der ja gerade die Aufgabe wahrnehmen, psychisch kranken Menschen zu helfen, strukturell und finanziell durch das Land gefördert werden sollten. – So viel von meiner Seite.

Milena Löbcke: Auch ich möchte Sie erst einmal sehr herzlich begrüßen: Sehr geehrte Frau Ausschussvorsitzende Funken, sehr geehrte Frau Staatsministerin Stolz, sehr geehrte Landtagsabgeordnete des Gesundheits- und Familienpolitischen Ausschusses, sehr geehrte Damen und Herren! Ich danke Ihnen für die Möglichkeit, für den Hessischen Städtetag ergänzend zu Herrn Schaposchnikov und ergänzend zu meiner schriftlichen Stellungnahme heute auch mündlich ein paar Erläuterungen beitragen zu dürfen. Ich möchte mich dabei auf den vorgeschlagenen § 28 Absatz 4 PsychKHG konzentrieren.

Als Gesundheits- und Rechtsdezernentin der Landeshauptstadt Wiesbaden und unter Berücksichtigung der Stellungnahmen der Städte Frankfurt und Fulda – die ja gleich auch noch vorgestellt werden –, möchte ich vor dieser geplanten Änderung ausdrücklich warnen. Sie ist gesundheitspolitisch kontraproduktiv und verfassungsrechtlich fragwürdig. Sie untergräbt das Vertrauensverhältnis zwischen dem Arzt/der Ärztin einerseits und dem Patienten/der Patientin andererseits sowie das hohe Gut des Gesundheitsdatenschutzes.

Auch wenn dieser Gesetzentwurf nur auf eine kleine Personengruppe abzielt, nämlich auf Menschen, die aus der Therapie entlassen und dennoch als potenziell fremdgefährdend eingestuft werden, so macht das geplante Vorhaben doch vielen Menschen Angst. Jeder dritte Mensch bekommt im Laufe seines Lebens eine psychische Erkrankung diagnostiziert. Die meisten dieser Menschen leiden im Alltag unter der Stigmatisierung aufgrund dieser Diagnose. Ihr Gesetzentwurf trägt zu dieser Tendenz bei, und es steht zu befürchten, dass Menschen, die psychisch erkrankt sind, aus Angst davor, auf bestimmten Listen zu landen, sich weigern werden, Unterstützung zu suchen. In der Folge wird das PsychKHG eigentlich unterminiert. Es wird mehr Chronifizierungen und dadurch natürlich auch viel höhere individuelle und gesellschaftliche Folgekosten geben.

Verfassungsrechtlich betrachtet, arbeiten Sie mit unbestimmten Rechtsbegriffen. Das wurde schon ausgeführt. Sie nennen keine Lösungsfristen, Sie treffen keine Regularien zur

behördeninternen Weitergabe von hochsensiblen Gesundheitsdaten, und Sie beantworten in keiner Weise die Frage, wie die ärztliche Schweigepflicht mit Ihrem Gesetzentwurf in Einklang gebracht werden soll. Als Juristin betrachte ich daher den Gesetzentwurf als mit massiven Mängeln behaftet. Auch die Gewerkschaft der Polizei übt ja aus diesen Gründen Kritik an dem geplanten Vorhaben. Ich bitte Sie nachdrücklich, diesen Gesetzentwurf, der nicht erforderlich ist, zurückzuziehen.

Es gibt tatsächlich Probleme in der psychiatrischen Versorgung in Hessen. Hier Lösungen zu finden, ist die eigentlich drängende Aufgabe. Wir haben das Thema Krisendienste, die seit 2021 im Gesetzestext verankert sind, für die die Kommunen bisher so gut wie keine Mittel zur Verfügung gestellt bekommen. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass dies jetzt geändert und ein Landesprogramm aufgesetzt werden soll. Fraglich ist, wie hoch der kommunale Eigenanteil sein wird, welche Mittel die Kommunen bei der jetzigen Haushaltslage aufbringen sollen. Im Sinne des Konnexitätsprinzips müsste für diese den Kommunen seit 2021 übertragenen Aufgaben die Finanzierung durch das Land gewährleistet sein.

Es gibt viele andere Möglichkeiten, die sozialpsychiatrische Versorgung zu verbessern. Die Sozialpsychiatrischen Dienste der Gesundheitsämter müssten auch für Kinder und Jugendliche – das ist dringend – zuständig werden. Da bräuchten wir finanzielle Unterstützung, auch für das Entlassmanagement und viele weitere Punkte. Das würde tatsächlich etwas an der Situation ändern.

Dieser Gesetzentwurf wird nichts verbessern und vermittelt nur den Anschein einer Problemlösung. – Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Prof. Dr. Alexander Roßnagel: Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrte Frau Staatsministerin Stolz, sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete! Die vorgesehene Übermittlungsverpflichtung nach dem neuen Absatz 4 des § 28 PsychKHG ist verfassungs- und datenschutzrechtlich möglich, sollte dafür aber einige Präzisierungen enthalten. Ich werde mich darauf konzentrieren.

Daten über psychische Erkrankungen gehören zu den sensibelsten Daten überhaupt, da sie zu erheblichen Stigmatisierungen und Diskriminierungen der betroffenen Personen führen können. Eine Verpflichtung, diese Daten zu übermitteln, ist ein tiefer Eingriff in die Grundrechte der betroffenen Personen. Dieser Eingriff ist nur zulässig, wenn er einem legitimen Zweck dient, zu dessen Erreichung erforderlich ist und, bezogen auf diesen Zweck, angemessen ist. Die Übermittlungspflicht dient der effektiven Gefahrenabwehr und damit dem Schutz anderer Menschen, und sie dient somit einem legitimen Zweck. Der Zweck der Übermittlung sollte aber im Hinblick auf den Grundsatz der Zweckbindung in Absatz 4 des Entwurfs festgelegt werden.

Die Übermittlungsverpflichtung besteht nur im Ausnahmefall, unter zwei Voraussetzungen: Die Unterbringung der betroffenen Person muss aufgrund einer Fremdgefährdung erfolgt sein, und zum Zeitpunkt der Entlassung muss aus medizinischer Sicht die Sorge bestehen, dass von dieser

Person eine Fremdgefährdung ausgehen könnte. – Beide Voraussetzungen sind im Hinblick auf die Erforderlichkeit positiv zu werten.

Es bleibt jedoch offen, welche Daten übermittelt werden sollen und ob diese erforderlich sind. Hierfür müsste bekannt sein, welche konkreten Maßnahmen aufgrund der übermittelten Information von den Ordnungs- und Polizeibehörden getroffen werden. Die in Absatz 4 des Entwurfs genannten notwendigen Informationen für eine Gefährdungseinschätzung sind angesichts der Tiefe des Grundrechtseingriffs zu unbestimmt.

Insofern kann die Erforderlichkeit der Übermittlung von Daten nicht abschließend beurteilt werden. Die notwendigen Daten und ihre Verwendungszwecke sollten daher im Gesetzestext noch aufgeführt werden.

Auch bleibt offen, ob die Ordnungsbehörden neben den Polizeibehörden die richtigen – ist gleich: notwendigen – Empfänger sind. Die Erklärung dafür könnte in der Begründung zur Vorschrift nachgeholt werden.

Hinsichtlich des Ziels, Fremdgefährdungen zu verhindern, erscheint die Übermittlungspflicht grundsätzlich angemessen. Rechtsprechung und Datenschutzrecht – ich beziehe mich hier auf Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe g der Datenschutz-Grundverordnung – fordern aber Maßnahmen, die die Eingriffstiefe reduzieren. Infrage kommen zum Beispiel Informationen der betroffenen Personen, einschränkende Regelungen zur Verwendung der übermittelten Daten, wie etwa Zugriffsberechtigungen und Zweckbindungen oder Festlegungen von Löschfristen.

Im Ergebnis kann die Regelung gerechtfertigt werden, wenn sie hinsichtlich der Erforderlichkeit und Angemessenheit nachgebessert wird. – Vielen Dank für die Aufmerksamkeit.

Prof. Dr. med. Andreas Reif: Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrte Frau Staatsministerin, liebe Damen und Herren! Ich freue mich sehr, heute zu diesem Gesetzentwurf Stellung nehmen zu dürfen. Ich bin Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Goethe-Universität Frankfurt. Ich bin Standortsprecher des Sonderforschungsbereichs Neuropsychobiologie der Aggression im Kontext psychischer Erkrankungen, und ich bin Vorstandsmitglied der DGPPN, der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, die ebenfalls einen Kommentar zum Gesetzentwurf eingereicht hat, der unter meiner Mitwirkung entstanden ist. Da ich an dieser Stellungnahme mitgearbeitet habe, sind beide Stellungnahmen fast deckungsgleich.

Wir diskutieren heute über zwei Änderungen im PsychKHG. Die eine betrifft § 1 und besagt, dass explizit auch Suchterkrankungen als psychische Erkrankungen zu sehen sind. Ich glaube, das ist unstrittig. Das ist so in den Diagnosemanualen festgelegt. Es wäre aus meiner Sicht nicht unbedingt notwendig, aber es schadet auch nicht, diese Änderung vorzunehmen. Insofern möchte ich mich hier eines weiteren Kommentars enthalten.

Die Änderung, die heute, glaube ich, kritischer zu diskutieren sein wird und die uns alle umtreibt, ist der vorgeschlagene § 28 Absatz 4 PsychKHG, nämlich die Meldepflicht – so nenne ich es jetzt einmal, etwas verkürzt gesagt. Hier ist die Intention des Gesetzes die Gefahrenabwehr, also die berechnete Sorge der Bevölkerung vor Straftaten wie denen, die in den letzten Jahren in Einzelfällen von psychisch Kranken begangen und auch sehr medienwirksam dargestellt wurden. Auf der anderen Seite stehen hier das Recht auf informationelle Selbstbestimmung und das geschützte Arzt-Patienten-Verhältnis, also die Rechte der Ärzte und der Patienten.

Hier eine sensible Abwägung zu finden, ist natürlich eine äußerst schwierige Sache. Explizit sollte hier im Gesetz eine sehr kleine Zahl von Patienten genannt werden, nämlich die, die aufgrund einer Fremdgefährdung nach dem PsychKHG untergebracht werden und von denen auch bei der Entlassung aus der Unterbringung eine weitere Gefahr ausgeht. Das ist auch aus klinischer Sicht eine wirklich sehr, sehr kleine Zahl von Menschen, von denen wir hier sprechen. Dieser kleinen Zahl steht jedoch die neue Formulierung in § 28 Absatz 4 PsychKHG entgegen, dass die Sorge bestehe, dass von dieser Gruppe eine Fremdgefährdung ausgehen könnte – also ein zweimaliger Konjunktiv, der diese Patientengruppe doch sehr weit fasst und der, wie wir von den Vorrednern schon hörten, unbestimmt ist. Aus der Intention, eine eigentlich sehr, sehr kleine und möglicherweise tatsächlich gefährliche Gruppe zu definieren, und der Umsetzung, im Gesetzestext – zumindest potenziell – eine sehr breite Gruppe anzusprechen, resultiert das Spannungsfeld, über das wir heute sprechen.

Insofern wäre es aus Sicht der DGPPN und auch aus meiner Sicht unbedingt notwendig, diese Gruppe deutlich einzuschränken, deutlich präziser zu fassen. Wir hatten ja seitens der DGPPN einen Vorschlag für folgende alternative Formulierung gemacht: „Erfolgte die Unterbringung aufgrund einer Fremdgefährdung und bestehen zum Zeitpunkt der Entlassung aus medizinischer Sicht tatsächliche Anhaltspunkte für eine weiterhin bestehende unmittelbare, konkrete und schwerwiegende Fremdgefährdung, sind zusätzlich ...“ Hier ist insbesondere das „unmittelbar“ relevant, weil es sich auf eine zeitliche Nähe bezieht. Mittelfristige oder gar langfristige Diagnosen zu machen ist so gut wie unmöglich. Wir brauchen also Anhaltspunkte für unmittelbare und konkrete Gefährdungsaspekte. Und das sind wirklich Einzelfälle pro Jahr, von denen dann tatsächlich auch eine potenzielle Gefährdung ausgeht.

Die Meldung alleine wird die Situation der Patienten und der Bevölkerung jedoch nicht verbessern. Man fragt sich: Wie können wir hier tatsächlich eine Gefahrenabwehr betreiben? – Das setzt gute präventive und therapeutische Angebote voraus. Das ist das A und O in der Gefahrenabwehr. Die Meldung an sich wird hier nichts verbessern.

Ich darf Ihnen exemplarisch einen Fall aus meiner Klinik vom August dieses Jahres nennen. Wir hatten einen Patienten mit einer Substanzabhängigkeit, der eine Mitpatientin vergewaltigte. Der Patient wurde angezeigt. Es bestanden weiterhin Gefährdungsaspekte. Dieser Mensch läuft bis heute draußen herum und stellt tatsächlich eine Gefahr für andere dar. – Das zeigt, dass die alleinige Meldung, auch bei den Strafrechtsbehörden, für sich genommen nicht zur Gefahrenabwehr taugt. Wir brauchen Behandlungs- und vorbeugende Konzepte, damit wir die Gefährdung durch psychisch kranke Gewalttäter bzw. das Risiko für eine solche reduzieren können. Ohne

entsprechende therapeutische und präventive Angebote verpufft diese Meldepflicht. – Vielen Dank.

Martin Meding: Sehr geehrte Damen und Herren! Danke, dass ich hier sprechen darf. Ich komme von der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen.

Ich mache es kurz: Ich möchte mich gegen eine Anfügung in § 1 PsychKHG aussprechen, dass dort Abhängigkeitserkrankungen extra erwähnt werden. Die gehören schon bisher zu den psychischen Störungen, die muss man da nicht extra hervorheben. Wir befürchten dadurch eine Stigmatisierung. In der ICD-10 ist das enthalten, ebenso in der ICD-11. Deshalb ist das unnötig.

Zu § 28 PsychKHG, der verändert werden soll, glauben auch wir: Es handelt sich um ein Hilfen-Gesetz; deshalb sollten die Hilfen und die therapeutischen Angebote, die im Anschluss erfolgen, nahtlos vorhanden sein, wie mein Vorredner schon gesagt hat. – Danke, das war meine Zusammenfassung.

Dr. med. Thomas Schillen: Werte Damen und Herren! Mein Name ist Schillen. Ich bin der Ärztliche Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Hanau mit einem Modellprojekt nach § 64b SGB V.

Eine Änderung des § 1 PsychKHG – Herausstellung des Alkoholkonsums, der Alkoholabhängigkeit – ist eigentlich überflüssig. Das sehen auch wir so. Es ist nicht klar, was da klargestellt werden muss.

Aber das eigentliche Drama ist der vorgeschlagene § 28 Absatz 4 PsychKHG. Ich habe bereits jetzt Patienten, die mich fragen, ob sie von mir gemeldet werden. Das sind Patienten, die überhaupt nicht davon betroffen sind, aber die Sorge haben, dass sie jetzt irgendwo erfasst werden. Das hat Auswirkungen, was da in der Öffentlichkeit diskutiert wird, die wir momentan gar nicht überreißen.

Zweitens. Wir haben seit Jahren eine gelebte Praxis zur Gefahrenabwehr, bei der wir in einer engen Zusammenarbeit mit Staatsanwaltschaft, Gefährdungslagenmanagement, Polizei und SPD i stehen und schon längst die zwei, drei Fälle im Jahr miteinander besprechen, bei denen wir eine akute Gefährdung sehen. Da ist typischerweise die Konstellation, dass wir bei der Entlassung keine sofortige Gefährdung haben, aber die entstehende Gefährdung innerhalb der nächsten Wochen absehbar ist, weil klar ist, dass der Patient die Behandlung abbrechen wird.

In diesen Fällen arbeiten wir sehr eng zusammen. Ich schreibe typischerweise eine Stellungnahme. Grundlage ist für mich dabei nicht das PsychKHG, sondern § 1 HSOG, auf dessen Grundlage ich mit den anderen Behörden zur Gefahrenabwehr eng zusammenarbeite. Das betrifft natürlich alle Patienten mit einer solchen Prognose, nicht nur diejenigen, die zufälligerweise gerade nach dem PsychKHG zu uns gekommen sind. Auch Patienten, die freiwillig kommen und bei denen im Laufe der Behandlung klar wird, dass wir eine solche Gefährdung haben, fallen bei mir

in das Raster, wo ich schaue: Was braucht es zur Gefahrenabwehr? – Deswegen ist die Fokussierung auf die PsychKHG-Einweisung nicht hilfreich, und der vage Begriff der Sorge vor einer möglichen weiteren Gefährdung ist viel zu weit gefasst. Das heißt, wir haben bereits jetzt eine Praxis zur Gefahrenabwehr, die die Erweiterung des PsychKHG an dieser Stelle unnötig macht.

Wenn wir eine solche vage Formulierung haben, werden die Kliniken – allein schon zum Selbstschutz – niederschwellig melden. Die Polizei wird in Meldungen ertrinken, und die eigentlich wichtigen Mitteilungen, um die es geht, nämlich die paar, die wir im Jahr wirklich kommunizieren wollen, gehen im Rauschen unnötiger Meldungen unter.

Ich möchte mich den Vorrednern anschließen: Das, was wir eigentlich brauchen, sind präventive Behandlungsangebote. Patienten, die Angst haben, gemeldet zu werden, öffnen sich nicht mehr, teilen sich nicht mehr mit. Wir brauchen ein breit gefächertes Angebot psychiatrischer Versorgung, damit wir überhaupt eine Chance haben, mit solchen Patienten Kontakt zu haben und mitzubekommen, was sich da entwickelt. Ein reines Melderegister ist wirklich nicht hilfreich, sondern kontraproduktiv. Das heißt, das Ziel, das man erreichen will, wird aus meiner Sicht damit gerade nicht erreicht. – Vielen Dank.

Dr. med. Barbara Jäger: Auch ich bin sehr dankbar, heute hier sprechen zu können, und begrüße Sie, die Sie sich diesem hochsensiblen Thema zuwenden.

Ich spreche in erster Linie für die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie. Aber ich bin auch Mitglied des Präsidiums der Landesärztekammer Hessen. Wir haben in unserer Stellungnahme die Stellungnahme der Landesärztekammer Hessen unterstrichen, die auch die bisher genannten Problembereiche angesprochen hat.

Ich möchte es aus meiner Sicht noch einmal sagen: Auch ich finde, § 1 PsychKHG zu ändern ist unnötig, weil Suchterkrankungen in der ICD schon inkludiert sind. Bei einer Änderung wird die Gefahr der Stigmatisierung auch von unserer Seite sehr ernst genommen.

Beim § 28 PsychKHG finde auch ich: Die Formulierung ist zu offen. Warum sollten wir direkt an die Ordnungsbehörden und die Polizei melden? Die Formulierung „Sorge, dass von der untergebrachten Person ... eine Fremdgefährdung ausgehen könnte“ macht nicht klar, wer denn zu melden ist. Das heißt, aus Selbstschutzgründen werden viele ärztliche Direktoren sagen: „Alle melden, damit wir da keine Fehler machen.“ Einerseits ist dann die Stigmatisierung ein Problem, andererseits wird aber auch die weitere Behandlung gefährdet. Außerdem wird für die Betroffenen die Schwelle erhöht, sich überhaupt in Behandlung begeben. Das gilt auch für Angehörige, die in Sorge sind. Ich würde nicht verantworten wollen, jemanden einweisen zu lassen – aus der Sorge heraus, er findet sich zum Schluss auf einer Liste wieder und ich weiß dann nicht mehr, was geschieht. Denn dann sind nicht nur die Beziehungen zwischen Ärzten und Patienten, sondern auch die Beziehungen zum therapeutischen Team und die Beziehungen in der Familie gefährdet.

Letztendlich finde auch ich: Wir haben eine gute Lösung. Wir sollten die Sozialpsychiatrischen Dienste unterstützen. Die können vor Ort gehen, die können viel besser den Verlauf einschätzen, als wenn ich am Ende einer Behandlung eine Meldung machen muss. Was ich auch wichtig finde, ist, dass Bestimmungen betreffend eine Vorsorge oder eine Begleitung im PsychKHG stehen – statt Vorgaben für eine Meldung und Kontrolle, die, wie meine Vorredner schon gesagt haben, eigentlich nicht zielführend ist. – Vielen Dank.

Vorsitzende: Wir haben nun die Statements im ersten Block abgeschlossen. Ich eröffne die erste Fragerunde.

Erste Fragerunde

Abgeordneter **Volker Richter:** Ich habe erst einmal eine Frage an Herrn Prof. Roßnagel und Herrn Prof. Reif. Sie betrifft die Präzisierung. Ich bin da bei Ihnen, dass man wesentlich mehr präzisieren muss, wie schwerwiegend etwas ist oder wie gefährdend jemand ist. Ich habe aber ein Problem, diese Präzisierung vorzunehmen bzw. eine Einstufung vorzunehmen. Ich glaube, das war das Problem dieses Gesetzentwurfs, der ja darauf basiert, dass Schwerverbrechen einer gewissen Art mittlerweile sofort als psychische Erkrankung dargestellt werden, teilweise so schnell, dass man sich wundert: Wo kommt denn eigentlich diese Analyse her, dass jemand eine solche Erkrankung hat? – Mittlerweile werden psychische Erkrankungen in der Öffentlichkeit so dargestellt, dass Schwerverbrecher grundsätzlich psychisch erkrankt sind, was ja völliger Blödsinn ist. Aber so wird es in der Öffentlichkeit wahrgenommen, und so sieht es dann ja auch in dem Gesetzentwurf, der gut gemeint ist, ein Stück weit aus. – Deswegen einen schönen Dank dafür; er ist gut gemeint, aber nicht richtig umgesetzt.

Ich habe ein Problem mit der Präzisierung. Vielleicht können Sie genauer definieren, wie man das präzisiert und ob es sinnvoll ist, jeden Schwerverbrecher – für mich ist nicht automatisch jeder Schwerverbrecher psychisch krank – als psychisch Erkrankten anzusehen und damit im Prinzip Menschen, die psychisch erkrankt sind, in diese Gemengelage in der Öffentlichkeit hineinzubringen, sodass das alles miteinander vermengt wird. Dass psychische Erkrankungen grundsätzlich damit in Verbindung gebracht werden, ist ein gesellschaftliches Problem, für das ich jetzt so keine Lösung sehe. Das gehört aber auch zu der Diskussion, wenn wir das so in einen Gesetzentwurf einbinden.

Abgeordneter **Marcus Bocklet:** Ich habe eine Frage an Herrn Prof. Reif. Wir waren ja schon einmal in Ihrer Einrichtung. Keiner von uns Politikern und Politikerinnen, die in Verantwortung sind, wünscht sich Amokläufe. Wir müssen alles in unserer Macht Stehende tun, um diese zu verhindern. Wir machen uns natürlich kreative Gedanken, wie man das verhindern kann.

Können Sie in irgendeiner Art und Weise einen Sinn darin erkennen, dass man das einer Polizeistation oder einer Ordnungsbehörde meldet? Was machen die denn dann? Stellen die dann einen Streifenwagen vor die Tür? Die Frage an Sie ist: Wenn ich es richtig in Erinnerung habe, sind ja psychische Erkrankungen oftmals chronische Erkrankungen. Es ist durchaus so, dass jemand, der zur Therapie in Ihrem Hause ist und den Anschein macht, dass er therapiert ist, von Ihnen entlassen wird. Sie wissen aber doch bei eigentlich keinem Patienten, ob er nicht vielleicht nach fünf oder zehn Jahren einen solchen Rückfall bekommt, dass er Schreckliches tut. Insofern müssten Sie, um sicherzugehen, ja eigentlich alle melden, wegen der „Sorge“, die man hat.

Können Sie noch einmal etwas zu dem Spannungsverhältnis zu Richtern sagen? Ich höre immer wieder, dass einige Richter sehr liberal urteilen bei der Frage, ob von einem Menschen noch eine Fremdgefährdung ausgeht, und man ihn lieber entlässt, vielleicht zu leichtfertig. Gibt es Erfahrungswerte, ob es sehr viele Menschen gibt, die nach ihrer Entlassung rückfällig und gewalttätig geworden sind? Das können auch gern Sie beantworten, Frau Dr. Jäger.

Abgeordnete **Kathrin Anders**: Vielen Dank, liebe Anzuhörende, für Ihre ausführlichen Stellungnahmen. – Ich habe mehrere Fragen, zunächst eine an Herrn Prof. Roßnagel als dem Hessischen Datenschutzbeauftragten. Wenn wir hören, es handle sich um chronische Erkrankungen und es sei nicht absehbar, zu welchem Zeitpunkt es zu Gefährdungen kommen könnte: Was würden Sie denn vorschlagen, wie lange solche Daten gespeichert werden dürfen und sollten? Inwieweit ist der Zweck der Formulierung legitim, wenn – wie mehrfach betont – der Gesetzentwurf doch zweimal den Konjunktiv benutzt und damit ja eine relativ große Gruppe angesprochen werden könnte? Welche Maßnahmen müssten getroffen werden, um eine datenschutzkonforme Übertragung dieser Daten überhaupt sicherzustellen? Welche Behörde müsste wie ausgestattet sein, dass das dann reibungslos zwischen Klinik und den Ordnungsbehörden funktioniert?

Auch ich hätte eine Frage an Herrn Prof. Dr. Reif. In der Problembeschreibung zu dem Gesetzentwurf wird explizit das Frankfurter Bahnhofsviertel erwähnt. Ich gehe davon aus, dass Ihnen die Problematik bekannt ist und dass Sie den einen oder anderen Fall schon betreut haben: Wie schätzen Sie das ein? Wird die geplante Änderung des Gesetzes in dieser Form die Problematik im Bahnhofsviertel lösen? Ist das ein Teil der Lösung? Inwieweit macht es einen Unterschied, ob die ICD-10 als Grundlage genutzt wird oder ob es künftig diese Spezifizierung im Gesetz geben soll?

Ich würde gerne von allen Ärztinnen und Ärzten hier im Raum wissen, inwieweit diese Gesetzesänderung auch Auswirkungen auf alle anderen Patientinnen und Patienten der Psychiatrie hat. Inwieweit geht es eben nicht mehr nur um Menschen mit Suchterkrankungen aus dem Bahnhofsviertel, sondern inwieweit wird das Auswirkungen auf alle anderen Patienten und Patientinnen haben, die bei Ihnen versorgt werden?

Ich wüsste gerne, wie Ihre Einschätzung betreffend die Nachsorge ist. Dazu würde mich auch die Meinung des Städtetags interessieren. Inwieweit ist ein Krisendienst schon so, dass er auch eine echte Nachsorge darstellt? Wie sieht es mit ambulanten Psychiaterinnen und Psychiatern vor Ort

aus, die auch ein wesentlicher Bestandteil der Versorgung sein sollten? Was bräuchte es hier, um sicherzustellen, dass die Menschen, die entlassen werden, ordentlich nachbetreut werden?

Abgeordneter **Yanki Pürsün**: Ich habe eine Frage, die sich eigentlich an alle richtet. Die anderen Fragen richten sich in erster Linie an Herrn Prof. Reif und Herrn Dr. Schillen.

Es gibt einen Satz, der im Hessischen Landtag häufig zitiert wird: „Ein Gesetz, das man nicht erlassen muss, sollte man nicht erlassen.“ Ich möchte gern einmal in die Runde fragen, ob es irgendjemanden gibt, der sagt: Diese Änderung des § 1 PsychKHG braucht man unbedingt. – Es gab schon verschiedene Äußerungen, aber ich habe noch nicht gehört, die Änderung sei unbedingt notwendig.

Die Ausführungen waren sehr klar. Ich möchte gern noch das eine oder andere erfragen. – Herr Prof. Reif, ich glaube, Sie waren es, der ein konkretes Beispiel einer Person genannt hat, die Ihnen bekannt ist. Da fragt man sich natürlich schon: Was soll da eigentlich geregelt werden, was nicht auch schon heute zu Konsequenzen führen würde? – Das wundert mich schon unter dem Aspekt: Welchen Sicherheitsgewinn kann man eigentlich erreichen, wenn heute schon Informationen dazu vorliegen?

Zur Stigmatisierung könnte man auch eine Frage stellen. Das haben Sie ja schon dargelegt: Bevor das Gesetz überhaupt verabschiedet ist, gibt es schon die ersten Fälle. Das ist natürlich sehr bedenklich.

Dann ist die spannende Frage – auch das ist angeklungen –: Meldung aus Selbstschutz. Eigentlich sollte es um wenige Personen gehen, aber die Rechtsabteilungen der Kliniken werden wahrscheinlich empfehlen, alles zu melden, damit es im Nachhinein keinen Regressanspruch, keine Haftung oder Diskussionen gibt. Auch das kann ja nicht vorteilhaft sein. Wenn Sie in dieser Hinsicht noch etwas hinzufügen möchten, wäre ich Ihnen dankbar. Ansonsten fand ich Ihre Ausführungen sehr klar. – Vielen Dank.

Abgeordneter **Dr. Ralf-Norbert Bartelt**: Vielen Dank für die sehr differenzierten Äußerungen der Anzuhörenden. – Zunächst einmal eine Frage an Herrn Prof. Roßnagel. Sie haben kritisiert, dass das Gefährdungspotenzial nicht ausreichend definiert worden ist. Wie weit müssen wir da gehen, wenn wir überlegen, den Gesetzestext zu modifizieren? Würde etwa eine Formulierung ausreichen, dass Anhaltspunkte für das Begehen von Körperverletzungsdelikten, für die Gefährdung von Personen, für aggressives Verhalten bestehen? Wie konkret müsste das dann gefasst werden, damit es Ihren berechtigten Ansprüchen gerecht werden würde?

Eine zweite Frage dazu. Sie haben sich mit Recht – das ist ja auch Ihre Aufgabe – sehr kritisch geäußert, und Sie sind hier auch als Anwalt der Betroffenen aufgetreten. Wie sehen Sie den Zusammenhang mit anderen Meldepflichten, zum Beispiel nach dem Infektionsschutzgesetz, wo etwa über 20 Erkrankungen namentlich gemeldet werden müssen, wenn überhaupt nur ein Verdacht besteht? Sehen Sie da eine Disbalance? Oder wie würden Sie das einander zuordnen?

Eine Frage an die kommunale Familie. Haben Sie bei der Arbeit an Ihrer Stellungnahme auch die Ordnungsbehörden der kommunalen Familie gefragt? Ich verweise nur auf etwas nicht Repräsentatives, auf eine Stellungnahme der Deutschen Kriminalbeamten aus dem „Deutschen Ärzteblatt“ von Anfang August dieses Jahres, die gesagt haben, eine solche Meldepflicht sei durchaus sinnvoll, da man dann eskalierende Situationen – etwa eine Schlägerei im öffentlichen Raum oder aggressives Verhalten in einer Gaststätte – besser einschätzen kann, wenn man weiß, einer derjenigen, die hier aktiv geworden sind, ist psychisch erkrankt und bedarf einer besonderen Obhut. – Haben Sie die Ordnungsbehörden gefragt?

Die zweite Frage an die kommunale Familie. Alle bisherigen Rednerinnen und Redner haben mit Recht gesagt, dass die Versorgung der Patienten verbessert werden muss, insbesondere auch durch die Psychiatrischen Krisendienste im Kontext mit den Gesundheitsämtern der Kreise und kreisfreien Städte. Können Sie zwei, drei Sätze sagen, welche Entwicklung hier in den letzten Jahren vorstattenging und was Sie von der Politik und insbesondere der Landespolitik erwarten? Das ist ja auch ein wesentlicher Bestandteil unseres jetzigen Koalitionsvertrags, und eine Kooperation des Landes mit der kommunalen Familie ist in dieser Hinsicht unbedingt erforderlich.

An die Ärzte geht noch eine allgemeine Frage. Sie hatten uns die Angst von Patienten zur Kenntnis gegeben, gemeldet zu werden, obwohl sie weit davon entfernt seien, dass von ihnen eine Fremdgefährdung ausgehen könnte. Es ging etwa um die große Gruppe der depressiven Patienten. Dem wollen wir natürlich Rechnung tragen. Aber im Laufe der Diskussion über diesen Gesetzentwurf stellt sich noch eine Frage: Ist nicht auch eine umgekehrte Diskussionslage wahrgenommen worden, dass in den Stellungnahmen von allen, die sich daran beteiligt haben, immer wieder gesagt wird: „Die Gesamtmenge der psychisch Kranken ist nicht häufiger straffällig als die Gesamtmenge der gesunden Menschen“? Auch das wird in dieser Diskussion immer wieder deutlich gesagt, bevor dann gesagt wird: Aber bei einem kleinen Teil – etwa bei der paranoiden Schizophrenie – und in bestimmten Situationen kann es zu schädigenden Delikten kommen, und dafür ist eine Meldung notwendig. – Wie ist der Verlauf der Diskussion bei Ihnen als den Fachkräften und natürlich auch Ihren Patienten? Welche Beiträge können wir dort gemeinsam leisten?

Abgeordnete **Claudia Ravensburg**: Ich habe eine Frage, die an Herrn Prof. Reif und Herrn Dr. Schillen geht. Herr Prof. Reif hat sehr eindrücklich dargestellt, dass es sich bei den Betroffenen, von denen eine Gefährdung ausgehen könnte – zum Beispiel deshalb, weil sie ihre Medikamente nicht regelmäßig nehmen –, um eine sehr kleine, überschaubare Gruppe handelt. Dann kam aber der Warnhinweis von Dr. Schillen, dass alle Patienten ins Melderegister geraten könnten. So, wie ich den Gesetzentwurf verstanden habe, habe ich nirgendwo die Forderung nach einem Melderegister für alle psychisch Kranken gefunden, die in der Psychiatrie sind und entlassen werden. Würden Sie das auch so sehen, Herr Dr. Schillen? Oder woher kommt die Vermutung, dass es ein zentrales Melderegister geben würde?

Zweitens. Wir haben ja darüber gesprochen, dass gerade diese Fremdgefährder eine besondere Unterstützung brauchen, damit nichts passiert. Was passiert denn, wenn diese Meldung eingeht? Könnten Sie sich vorstellen – ich werde das nachher auch noch die Polizei fragen –, dass es Sinn

macht, in Ihren Konferenzen, die Sie ja ohnehin mit allen haben, die an der Nachsorge beteiligt sind, ein besonderes Augenmerk auf gerade diesen Personenkreis zu legen?

Abgeordnete **Dr. Daniela Sommer (Waldeck-Frankenberg)**: Vielen Dank für die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen. Ich möchte zu Anfang noch einmal sagen: Das Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz soll in zwei Paragrafen geändert werden. Das ändert nichts daran, dass die Ziele des Gesetzes Unterbringung und vor allen Dingen Hilfe sind. Für diese Ziele gibt es ganz viele andere Paragrafen. Trotzdem gibt es jetzt zwei, die geändert werden sollen.

Ich habe Fragen an Herrn Dr. Schillen und Herrn Prof. Reif. – Herr Prof. Reif, Sie haben eben in Ihrer Stellungnahme gesagt, dass Sie davon ausgehen, dass bei der Formulierung im Gesetzentwurf eine breite Gruppe gemeint ist. Der Gesetzentwurf in der Art und Weise, wie wir ihn lesen, meint Einzelfälle. Daher wäre mir wichtig, noch einmal zu hören: Wie muss der Gesetzentwurf formuliert werden, damit klar ist, dass genau diese Einzelfälle gemeint sind? Wie lässt sich der Personenkreis unter Berücksichtigung der Fragestellung weiter einschränken, damit sich nicht diejenigen angesprochen fühlen – was wir jetzt auch durch die öffentliche Diskussion mitbekommen haben –, die definitiv nicht gemeint sind? Denn es geht uns ja allen nicht um Stigmatisierung, sondern tatsächlich um Hilfe.

Zweitens hat Herr Dr. Schillen – dafür bin ich ihm sehr dankbar – auf das HSOG verwiesen, also auf das Hessische Gesetz über die öffentliche Sicherheit und Ordnung, und darauf, dass es schon gelebte Praxis sei, dass Meldungen stattfinden. Ich möchte die Kolleginnen und Kollegen und alle, die heute anwesend sind, einfach noch einmal bitten, § 28 PsychKHG zu lesen. In § 28 PsychKHG wird auf § 1 Absatz 6 Satz 1 und 2 HSOG verwiesen. Das ist so, seit dieses Gesetz 2017 in Kraft trat. Das heißt, dass die Zusammenarbeit der Behörden schon jetzt in Einzelfällen unverzüglich zu geschehen hat. – Herr Dr. Schillen, Sie sagten, das sei bei uns ohnehin schon gelebte Praxis: Für mich ist das, was wir jetzt anpacken, tatsächlich nur eine Klarstellung, weil die bisherige Regelung vielleicht nicht überall flächendeckend und konsequent umgesetzt wird.

Deswegen ist meine Frage: Wie werden die Behörden derzeit informiert? Damit meine ich die SPD, die Gerichte, die ja auch Behörden sind, sowie die Polizei in Einzelfällen. Welche Entscheidungsgrundlage wird bislang bei genau diesen Meldungen zugrunde gelegt? Denn genau das wird ja auch die Grundlage sein für das, was künftig in § 28 PsychKHG festgehalten werden soll. Wie werden die Meldungen und die Zusammenarbeit gehandhabt? Was passiert mit den Meldungen? Wie ist die Zusammenarbeit? Wie ist die Rückmeldung? Wie ist die gelebte Praxis?

Und auch noch einmal an Sie die Frage: Wo kommt das mit den Listen und Registern her? – Weder das Wort Liste noch das Wort Register taucht irgendwo auf, und wir sprechen explizit von Einzelfällen? – Danke schön.

Milena Löbcke: Ich mache es kurz; an uns gab es ja nicht so viele Fragen. – Es gab die Frage nach der Nachsorge im kommunalen Bereich. Da gibt es durchaus noch viel

Verbesserungsbedarf. Eine Sache sind die Krisendienste, die ich ja schon angesprochen habe. Es ist gesetzlich vorgesehen, dass es 24/7-Krisendienste gibt. Und genau das muss es auch flächendeckend geben. Daher wird es nicht ausreichen, hessenweit 1 Million Euro in die Hand zu nehmen, weil es einer dementsprechenden Infrastruktur personeller und baulicher Art bedarf. A

Was darüber hinaus die Situation der Niedergelassenen angeht: Es ist natürlich so, dass wir einen Fachkräftemangel haben. Das ist ein Problem, das man nicht von heute auf morgen lösen wird. Aber da müssen wir natürlich schauen, dass sich die Situation verbessert und dass überhaupt genug Betreuungskapazitäten vorhanden sind, in die die Kliniken entlassen können.

Zum Entlassungsmanagement als solchem: Ich denke, auch da kann noch optimiert werden. In bestimmten Fällen bekommt der zuständige SPDi gar nicht die Informationen, die er benötigen würde. Wie gesagt, für den ganzen Bereich der Versorgung der Kinder und Jugendlichen, die potenziell durchaus gefährlich werden können – vor allem auch für sich selbst –, gibt es ganz viel Verbesserungsbedarf. Ich denke, es ist ein großer Nachteil, dass dafür die SPDi überhaupt nicht verpflichtend zuständig sind.

Es gab die Nachfrage, ob wir die Ordnungsbehörden einbezogen haben. Ich wurde als Gesundheitsdezernentin angefragt und habe dementsprechend bei meinem kommunalen SPDi und bei der städtischen Datenschutzbeauftragten nachgefragt. Zum Bund der Kriminalbeamten – den habe Sie, glaube ich, angesprochen – habe ich nicht so enge Kontakte. Ich denke, da müssen Sie selber anfragen.

Sie haben noch gefragt, wie sich das in den letzten Jahren entwickelt hat. Gesetzlich gab es Verbesserungen, zum Beispiel bei den Krisendiensten. Das ist nur noch nicht in der Praxis umgesetzt. Ich denke, Herr Schaposchnikov kann hier noch ergänzen.

Alexander Schaposchnikov: Ich möchte gleich an das Stichwort „Ordnungsbehörden“ anknüpfen. Mit der Frage sind Sie natürlich bei den Kommunalen Spitzenverbänden genau richtig, weil wir die Städte als solche befragen. Uns wurde dazu gesagt, dass die Situation, sollte das Gesetz so in Kraft treten, unklar wäre. Für die Ordnungsbehörden wäre unklar, welche Pflichten für sie daraus erwachsen würden, wie eine Zusammenarbeit zustande kommen soll und – so die Wortwahl einer Stadt – dass das in der Öffentlichkeit nicht vermittelbar wäre.

Zum Schluss zu Ihrer Frage, was wir uns für die Städte wünschen würden. Ich will das allgemeiner fassen. Wenn wir vom Sozialpsychiatrischen Dienst im Gesundheitsamt sprechen, so kann man vom Gesundheitsamt insgesamt sprechen. Daher ist schon seit Jahren unsere Forderung, dass die Gesundheitsämter in den Kommunen gestärkt werden, insbesondere finanziell. Sie wissen, dass der Pakt für den ÖGD im Jahre 2026 ausläuft. Unsere Gesundheitsämter sind unbedingt und über das Jahr 2026 hinaus auf die Mittel aus dem Pakt angewiesen. Denn das betrifft, wie ich schon sagte, die Struktur eines Gesundheitsamtes insgesamt, auch den Bereich, über den wir hier und heute sprechen. – Vielen Dank.

Prof. Dr. Alexander Roßnagel: Ich beginne mit der Frage nach den Meldepflichten. Diese sind datenschutzrechtlich und verfassungsrechtlich zulässig. Die Kommunikation und die Informationen bleiben im Gesundheitsbereich. Hier im Gesetzentwurf wechselt das Ganze: Die Informationen gehen an den Polizeibereich. – Da stellt sich dann das Problem: Wenn die Informationen im Polizeibereich sind, wie werden die dort behandelt? Stehen die jedem Polizisten zur Verfügung? Stehen die wenigen ausgewählten Spezialisten zur Verfügung? Werden die Daten in die allgemeine Informationsversorgung der Polizei eingespeist? Sind die dann über HessenDATA abrufbar? – Da gibt es eine Fülle von Fragen, für die ich jetzt bei der Vorstellung des Gesetzentwurfs keine Lösung sehe.

Es wäre hilfreich, wenn man hier eine Zweckbindung einführen würde, sodass diese Daten nicht in den allgemeinen Informationspool der Polizei eingehen, sondern dass sie für ganz bestimmte Zwecke, die man beschreiben müsste, eingesetzt werden.

Mehrfach wurde gefragt: Wie müsste denn eine solche Präzisierung aussehen? Ich sehe da zwei Punkte, die viel präziser gefasst werden müssten. Der eine Punkt ist: Welche Personen sind betroffen? Der andere ist: Welche Informationen sind denn zu übermitteln?

Bei den betroffenen Personen und auch bei den Informationen wäre es sinnvoll, zu überlegen: Es geht ja über in den Polizeibereich, und in der Tätigkeit der Polizei geht es – genau wie hier – um Prognosen. Es geht um die Prognose, ob von einer Person noch eine Gefahr ausgeht. Bei der Polizei geht es immer um Prognosen, wenn sie im präventiven Bereich eingreift. Dazu hat das Bundesverfassungsgericht in vielen, vielen Urteilen sehr präzise Gefahrenbegriffe eingeführt. Es gibt die „konkrete Gefahr“, die „konkretisierte Gefahr“, die „auf Tatsachen beruhende Gefahr“ usw. Da müsste man jetzt genau den Begriff suchen, der hier richtig ist, um tatsächlich Ausnahmen zu erfassen. Sie haben ja vollkommen zu Recht gesagt: Es geht um wenige Personen, von denen eine Gefahr ausgeht, und die anderen sollen von dieser Übermittlungspflicht nicht erfasst werden.

Das Ganze hängt jetzt mit der Frage zusammen: Was machen denn die Polizei oder die Ordnungsbehörde mit den Informationen? Welche Informationen brauchen die denn? Brauchen die die komplette Krankenakte oder nur den Namen einer Person und ein Kürzel? Dazwischen gibt es ja eine Menge Differenzierungsmöglichkeiten. Das müsste im Gesetz präziser beschrieben werden. Im Gesetzentwurf heißt es: die „notwendigen Informationen für eine Gefährdungseinschätzung“. – Wer bestimmt das denn? Die Information muss der behandelnde Arzt geben. Aber was weiß der denn, was für die Polizei notwendig ist? Deswegen müsste hier durch die Gesetzesformulierung ein Nexus hergestellt werden zwischen der Information, die die behandelnden Ärzte haben, und der Information, die die Polizei braucht, damit sie das tun kann, was man von ihr erwartet. Dazu müsste man auch wissen, was man von der Polizei erwartet. Erst dann kann man sagen: Dafür braucht sie diese oder jene Information. – Dann weiß der behandelnde Arzt ganz genau, was er übermitteln muss.

Ich kann das jetzt nicht sagen, weil ich weder von dem Handeln der Polizei ausreichend viel weiß noch von dem, was Ärzte mitteilen können. Aber um das genau und hilfreich zu bestimmen, wäre es notwendig, dass die beiden Seiten mal miteinander reden. Das ist vielleicht auch schon

passiert; ich weiß es nicht. Dann wäre es ja gut, dann kann man sich darauf beziehen. Und wenn das noch nicht passiert ist, dann sollte das stattfinden, damit man das im Gesetz tatsächlich so beschreiben kann, damit der Arzt auch die richtigen Informationen zu der konkreten Person gibt, von der die befürchtete Gefahr jeweils ausgeht. Ich kann das nicht sagen, weil ich weder vom Handeln der Polizei ausreichend viel weiß noch von dem, was Ärzte mitteilen können. Aber um das genau und hilfreich zu bestimmen, wäre es notwendig, dass die beiden Seiten miteinander reden. Das ist vielleicht passiert; ich weiß es nicht. Dann könnte man sich darauf beziehen. Wenn es noch nicht passiert ist, dann sollte das stattfinden, damit man das im Gesetz künftig tatsächlich so beschreiben kann, dass der Arzt die richtigen Informationen zu der Person gibt, von der die befürchtete Gefahr jeweils ausgeht.

Dann gab es noch die Frage: Wie lange sollten die Daten gespeichert werden? Ich denke, solange man eine sinnvolle Prognose machen kann. Ich nenne einmal ein Beispiel: Der Arzt kann eine Prognose für das nächste Jahr machen. Dann macht es ja keinen Sinn, die Daten zehn Jahre aufzubewahren. Wenn der Arzt eine Prognose über fünf Jahre machen kann, dann macht es Sinn, die Daten für diese fünf Jahre aufzubewahren. Aber auch das hängt wieder davon ab: Wie lange hält die Polizei die Informationen für erforderlich? Und: Wie gut kann der Arzt prognostizieren? Kann er sagen: „Für die nächsten zwei oder drei Jahre“ – oder für wie viele Jahre auch immer – „kann ich eine belastbare bzw. vertretbare Prognose abgeben, und weiter hinaus ist alles total spekulativ“? – Ich glaube, das waren die Fragen, die an mich gerichtet waren.

Prof. Dr. med. Andreas Reif: Liebe Damen und Herren Abgeordnete, Sie haben meinem Arbeitsgedächtnis hier eine harte Aufgabe gegeben. Wenn ich eine Antwort vergesse, dann rufen Sie mir die Frage bitte noch einmal zu. Ich versuche, die Fragen gesammelt zu beantworten.

Beginnend bei Ihnen, Herr Richter: Natürlich ist nicht jeder Gewalttäter ein psychisch Kranker, bei Weitem nicht. Die größte Zahl der Gewalttäter sind junge Männer – das ist nun einmal der größte Risikofaktor für Gewalttaten. Auch die Gewalttaten, die im öffentlichen Raum passieren, die publikums- und medienwirksam sind, werden nicht von psychisch Kranken begangen, um das einmal ganz klar zu formulieren. Dass man jetzt jemanden, der eine Amoktat oder eine heimtückische Attacke ausgeübt hat, als psychisch krank – oder nicht – diagnostiziert, kann in der Tat relativ schnell geschehen. Da ist man dann hinterher auch immer schlauer als vorher – das muss man sagen. Die Diagnose einer schwerwiegenden psychischen Erkrankung ist auch nicht kompliziert.

Ich glaube, man muss drei Gruppen grundsätzlich unterscheiden. Erstens. Es gibt psychisch gesunde Gewalttäter. Von denen sprechen wir heute nicht. Die gehören in den Bereich der Ordnungsbehörden, der Polizei, der Gerichte.

Zweitens. Es gibt Gewalttäter, die an einer psychischen Erkrankung leiden, aber nicht aufgrund dieser eine Gewalttat begehen. Die interessieren uns heute auch nicht; 30 % der Bevölkerung leiden an einer psychischen Erkrankung. Insofern ist es klar, dass viele Gewalttäter auch

zufällig – wenn Sie so wollen – an einer psychischen Erkrankung leiden, wie sie auch einmal an einer Erkältungs- oder einer Herzkrankheit leiden können.

Drittens gibt es eine Gruppe von Menschen, die aufgrund der psychischen Erkrankung ein höheres Risiko für Gewalttaten haben. Das ist die Gruppe von Menschen, von denen wir heute sprechen. Das ist das Eingangskriterium für die Unterbringung nach PsychKHG wegen Fremdgefährdung: eine Person, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung eine Fremdgefährdung darstellt. – Das ist die sehr, sehr kleine Personengruppe, von der wir hier sprechen. In meiner Klinik ist roundabout alle ein, zwei Tage ein Mensch, der aufgrund dieser Unterbringungskriterien in die Klinik kommt. Bei der „Meldepflicht“ sind die Patienten gemeint, die aus der Unterbringung wieder entlassen werden – trotz einer weiter bestehenden Fremdgefährdung. Das ist also eine noch kleinere Gruppe. – Das zur Klarstellung.

Bei Weitem nicht alle Gewalttäter sind psychisch krank. Der überwiegende Teil aller psychisch Kranken ist nicht gewalttätig. Aber wir sprechen hier über die kleine Gruppe von Menschen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung eine Gewalttat verübt haben. Das waren jetzt – sehr medienwirksam – die Attentate und Amokläufe, von denen Sie, Herr Bocklet, gesprochen haben. Da sprechen wir von einer heterogenen Gruppe von Menschen: Größtenteils sind das Menschen mit entweder ganz akuten oder chronisch wahnhaften Psychosen, oder es sind Menschen mit einer Substanzabhängigkeit, die dann meistens im Zustand der Intoxikation Gewalttaten begehen. Auf diese zwei Gruppen können wir uns hier fokussieren.

Wenn Sie jetzt fragen: „Wie können Sie das prognostizieren? Wie sind da die unterschiedlichen Zeitlinien?“, dann ist das ein bisschen wie eine Frage nach dem Wetter. Ich kann relativ gut vorhersagen, wie das Wetter heute Abend wird. Ich weiß aber nicht, wie es in der zweiten Oktoberwoche sein wird. Das eine ist eine kurzfristige Vorhersage, die relativ präzise ist, ob zum Beispiel der Mensch, der vor mir steht, ein hohes Risiko hat, aufgrund seiner psychischen Erkrankung gewalttätig zu werden, wenn sie denn – und das ist ein ganz wichtiger Punkt, den Thomas Schillen angesprochen hat – nicht weiter behandelt wird. Das kann ich mit einer relativ guten Zuverlässigkeit sagen. Wie das mittel- und langfristig ist, ist schon sehr viel schwieriger zu beantworten. Damit hängt auch Ihre Frage zusammen: Wie lange muss die Information aufbewahrt werden? Wie lange ist denn eine Prognose valide? – Ich kann nur sagen: Von einem bestimmten Menschen geht ein erhöhtes Gewaltrisiko aus, aber wie konkret das ist, ist sehr schwierig zu sagen, und es hängt vor allem davon ab, ob er behandelt oder nicht behandelt wird. Das ist ein ganz, ganz entscheidender Einflussfaktor, der wiederum von sehr vielen Faktoren abhängig ist, die ich noch viel schlechter prognostizieren kann.

Um vielleicht einen Schritt zurückzutreten: Wir stellen tatsächlich – auch datengestützt – fest, dass die Zahl der Gewalttaten von psychisch Kranken im öffentlichen Raum zunimmt. Diese Feststellung ist natürlich auf dem Rücken der Verschärfungen der PsychKHG und der BeB-Einschätzungen getroffen worden. Wir haben hier immer einen Widerstreit zwischen Autonomie und Sicherheitsbedürfnis, wie immer im Leben. Wir haben mittlerweile deutlich höhere Hürden, Menschen unterzubringen und zwangszubehandeln. Die Hürden waren vorher zu niedrig; jetzt sind die Hürden möglicherweise zu hoch, was die Zunahme der Zahl der Gewalttaten erklären könnte.

Das auszubalancieren ist eine gesellschaftliche Entscheidung. Da gibt es kein Richtig und kein Falsch. Das ist letztlich eine Frage an uns alle: Wie viel Sicherheit preiszugeben sind wir bereit, um Autonomie zu stärken – oder andersherum?

Wenn ich mich das frage, dann frage ich mich auch, wo eine reine Meldung hinführen soll. Was macht die Polizei damit? Eine reine Meldung an sich bringt nichts. Was tun wir denn wirklich und effektiv, um Gewalttaten zu verhindern? Der Frage haben wir uns heute überhaupt nicht gestellt. Was es hier meiner Meinung nach bräuchte, wäre, dass die Sicherheitsbehörden – zusammen mit den Gesundheitsbehörden, zusammen mit den Einrichtungen der klinischen Medizin – im konkreten Einzelfall – ich wiederhole, es sind sehr wenige Menschen, von denen wir sprechen – die betroffenen Menschen zum einen im Auge behalten, ihnen aber zum anderen kontinuierlich Behandlungsangebote machen und vielleicht auch zu Instrumenten greifen, wie zum Beispiel zu Behandlungsauflagen, die diese Menschen einhalten müssen, um sich in Freiheit bewegen zu können. Das wäre eine tatsächliche Form der Gefahrenabwehr.

Die reine Beobachtung, die reine Gefährderansprache wird einen schwer Kokain- oder Crack-Abhängigen nicht motivieren, in Behandlung zu gehen. Auch der chronisch wahnhaft Erkrankte wird sich von so etwas nicht abschrecken lassen – im Gegenteil. Nur die Verknüpfung eines interdisziplinären, interprofessionellen Austausches der Ermittlungs- und Ordnungsbehörden mit den Behandlungsangeboten wäre hier wirklich sinnvoll. Alles andere ist, glaube ich, wenig zielführend. Das sind die Instrumente, die man mit einer solchen Meldepflicht, wenn sie denn überhaupt kommt, verknüpfen müsste. Alles andere während in meinen Augen hochgradig sinnlos. Aber ein solches Instrument wäre wiederum sehr sinnvoll. – Das ist die Antwort auf die Frage von Herrn Pürsün: Braucht es dieses Gesetz? Braucht es dieses Gesetz in der Form? – Das weiß ich nicht. Aber was es schon braucht, wären Instrumente zur Gefahrenabwehr bei den Konstellationen, die ich gerade geschildert habe.

Herr Bocklet, ganz konkret zu Ihrer Frage nach den Richtern. Da haben Sie vollkommen recht. Die Entscheidung über eine Unterbringung und eine Zwangsbehandlung ist letztlich eine richterliche und obliegt der richterlichen Unabhängigkeit, die ein hohes verfassungsrechtliches Gut ist. Ich würde aus ärztlicher Sicht deswegen dafür plädieren, im Gesetz immer so konkret wie möglich zu werden, um im Zweifelsfall keine großen Unterschiede zwischen verschiedenen Amtsgerichtsbezirken zu haben – anders, als das derzeit der Fall ist. Es macht momentan einen sehr großen Unterschied, ob Sie im Vogelsbergkreis oder in Frankfurt wohnen, was mit Ihrem Angehörigen passiert, wenn er aufgrund einer Eigen- oder Fremdgefährdung in psychiatrischer Behandlung ist. – Auch hier wieder ein konkretes Beispiel. Wir hatten einen Patienten, der während einer akuten Psychose sagte: „Wenn ich jetzt hier hinausgehe, dann werde ich meine Mutter umbringen.“ Das ist jetzt ein Patient, den ich aus ärztlicher Verantwortung heraus nicht hätte gehen lassen. Der zuständige Richter hat es getan. Man kann in der „Bild“-Zeitung nachlesen, was daraus geworden ist: ein versuchtes Tötungsdelikt mit schwerer Körperverletzung.

Da gibt es also erhebliche Unterschiede. Das sind genau die Fälle, glaube ich, in denen wir auch aus ärztlicher Sicht möglicherweise eine Meldung an die Ordnungsbehörden machen möchten,

weil hier diskrepante Auffassungen vorliegen. Das ist letztendlich aber hochgradig individuell und sehr, sehr unterschiedlich von Richter zu Richter. Das muss man tatsächlich so sagen.

Zur Frage betreffend das Frankfurter Bahnhofsviertel: Da hilft uns dieser Gesetzentwurf leider überhaupt nicht. Das Problem im Bahnhofsviertel ist ein sehr, sehr komplexes. Hier treffen Wohnungslosigkeit, Kriminalität, Drogenabhängigkeit, psychische Erkrankungen, prekärer sozioökonomischer Status geballt auf 300 mal 300 Metern aufeinander. Ich glaube, die Polizei weiß schon, wer sich da herumtreibt und wer Probleme bereitet. Die braucht dazu nicht den Psychiater, der sie informiert. Hier braucht es sehr komplexe Lösungsansätze. Ich glaube, da sind wir zu langsam auf dem Weg. Aber es braucht noch viel mehr Anstrengungen von Stadt und Land – und auch Geld. Es wird nicht ohne gehen, um dieses Problem zu lösen. Da hilft uns der Gesetzentwurf aus meiner Sicht leider nicht wirklich weiter.

Frau Dr. Sommer, Sie haben gefragt: Wie müsste das Gesetz formuliert sein, um es konkreter zu machen? Ich denke, der Formulierungsvorschlag, den wir gewählt haben – Vorliegen einer konkreten, unmittelbaren und schwerwiegenden Gefahr –, präzisiert das so, wie es im Gesetzentwurf meiner Meinung nach mutmaßlich gemeint ist. Das würde ich jetzt einmal so unterstellen. Aber es braucht eben an der Stelle eine Präzisierung.

Martin Meding: Ich gehe nur kurz auf die Frage ein: Welche Auswirkungen hat der Gesetzentwurf auf die anderen Patienten und Patientinnen? Sie werden das Hilfesystem weniger in Anspruch nehmen, solange ihnen nicht klar ist, dass für sie keine Gefahr besteht, dass sie irgendwo gemeldet werden. Es muss völlig sichergestellt werden, dass es absolute Einzelfälle sind, die gemeldet werden. Denn sonst werden die Patienten und Patientinnen zum einen im Hilfesystem gar nicht mehr auftauchen, und zum anderen werden diejenigen, die kommen, vielleicht nicht mehr alles erzählen, was relevant wäre, um ihnen gut zu helfen und prophylaktisch tätig werden zu können.

Dr. med. Thomas Schillen: Um direkt daran anzuknüpfen: Das ist auch das, was ich sehe. Ich glaube, es gibt gar keine Chance, den anderen psychisch Kranken wirklich glaubhaft nahezubringen, dass sie nicht betroffen sind. Auch der Depressive – oder der Maniker, der wild durch die Gegend fährt – weiß doch nicht, ob der Psychiater meint, er begehe einen erweiterten Suizid, und ihn meldet. Das bekommen Sie nicht vermittelt.

Zur Frage nach dem Register, der Mitteilung. Die Wahrnehmung ist: Ich werde an die Polizei gemeldet. Die nehmen keinen Zettel, den sie irgendwann in die Tonne kloppen, sondern die tragen mich in eine Tabelle, in irgendeine Datenbank ein. Dann ist schnell die Phantasie da, dass diese Datenbanken auch irgendwann geteilt werden.

Ich glaube, das sind die Auswirkungen, die eine solche Regelung auf alle psychisch Kranken hätte. Was der Vorredner gerade gesagt hat, sehe ich genauso. Jemand, der tatsächlich mit

Gewaltphantasien ringt – und das nicht einfach nur toll findet, sondern überlegt, wie er damit umgehen kann –, erzählt mir das nicht mehr. Das halte ich für ein extrem großes Risiko.

Zur Frage, wie denn momentan die gelebte Praxis ist bzw. wie ich das zurzeit konkretisiere. Ich habe im Moment eine Zahl zwischen ein, zwei, vier oder fünf Patienten, die ich in dieser Form an die Polizei melde. Das Hauptkriterien hierbei ist für mich: Erwarte ich die Begehung eine gravierende Straftat – Sexualstraftat, Körperverletzung, gefährliche Körperverletzung, Tötungsdelikt? Wenn ich eine solche Befürchtung aufgrund der Anamnese und der Einweisungssituation habe, versuche ich, von der Polizei zu erfahren: Gibt es denn in der Vorgeschichte solche Straftaten? – Was Andreas Reif ja schon gesagt hat: Die Prognose ist extrem schwierig. Aber ein Kriterium, das wir doch haben, ist das bisherige Verhalten als bester Prädiktor für künftiges Verhalten. Wenn jemand schon eine ganze Serie an Taten in dieser Richtung hat, erhöht das sicherlich die Wahrscheinlichkeit dafür, dass er wieder eine solche Straftat begeht, als wenn er bisher völlig unauffällig war. Das ist ein Punkt, den ich zu klären versuche, um zu erfahren: Habe ich denn Indikatoren?

Ein anderes Kriterium ist für mich das Level an Gefährdung oder eine Kombination aus Verhaltensweisen, die in Richtung § 63 StGB geht, also die Voraussetzungen für eine eingeschränkte, aufgehobene Schuldfähigkeit bilden. Ich habe es umgekehrt aber auch so erlebt, dass mittlerweile von den Staatsanwaltschaften und der Polizei diese Überlegung in Richtung Forensik kommt, wozu ich sagen muss: Die Voraussetzungen sind aber gar nicht gegeben; dieser Patient ist steuerungsfähig. Er hat zwar eine psychische Erkrankung, aber wir reden hier – wenn überhaupt – über Haft und nicht über eine forensische Unterbringung. – Da muss man, glaube ich, differenzieren, und das ist nicht einfach mit einer Meldung getan.

Das sind für mich die Kriterien, anhand derer ich entscheide, ob ich jemanden melde. Ich versuche, vorher Informationen zusammenzubekommen. Dann formuliere ich eine Stellungnahme, die letztlich die Kriterien zum § 63 StGB zusammenfasst.

Ich denke, Amokläufe wollen wir alle verhindern. Keiner wird da etwas übersehen wollen, wo man hätte eingreifen können. Man muss aus meiner Sicht trotzdem klarmachen: Egal, was wir tun, wir bekommen das Risiko nicht auf null – gerade deswegen, weil Prädiktion so schwierig ist und wir in einem Rechtsstaat leben, wo wir jemanden nicht präventiv wegsperren, von dem wir nicht vorhersehen können, wie er sich vielleicht entwickelt. Damit bleibt ein Restrisiko.

Da müssen wir jetzt schauen: Wie kann man dieses Restrisiko minimieren? Dazu sind aus meiner Sicht – wie es auch Andreas Reif gesagt hat – Behandlungsauflagen ein Schlüssel. Es ist ein Problem in der deutschen Gesetzgebung, dass wir Behandlungsauflagen nur im Rahmen der Forensik bekommen. Das heißt, ich habe immer wieder Patienten, die nach der forensischen Entlassung mindestens fünf Jahre lang mit Maßregeln weiterbehandelt werden und man sehen kann, dass diese Maßregeln Erfolg haben. Wenn sie wegbrechen, wird das Ganze wieder dekompensiert.

Noch etwas zum Thema Prognose: Wir haben ganz viele Umfeldfaktoren, die stabilisierend oder destabilisierend sind. Wir haben zum Beispiel jetzt die Prognose: Der Patient ist momentan

wahrscheinlich gar nicht gefährlich. Auf einmal bricht im sozialen Umfeld viel weg, und es kommt zu einer Dekompensation, die wir überhaupt nicht vorhersehen konnten. Diese Risiken bekommt man nicht auf null – außer durch gute präventive Behandlungsangebote.

Zu der Frage betreffend Meldung aus Selbstschutz. So, wie die Formulierung im Moment ist, ist das sehr vage. Wenn beispielsweise hinterher eine Straftat passiert, und das steht in der Zeitung, dann wird keiner mehr differenziert beurteilen, dass es ein Risiko gab, das man nicht einschätzen konnte, sondern es wird gefragt: „Warum wurde denn der Patient herausgelassen?“ Es ist ja jetzt schon so: Wenn es irgendeine Straftat gibt, die in der Zeitung auftaucht, wird sofort gesagt: „Der war doch in der Psychiatrie. Warum kann er draußen herumlaufen?“ Kein Mensch hat einen Blick darauf, dass wir in der Psychiatrie Behandlungen durchführen und dass wir Leute nicht einfach präventiv wegsperren, um die Bevölkerung vor Risiken zu schützen, die momentan nicht prognostizierbar sind.

Um da nicht in eine Gemengelage zu kommen und um diese vage Formulierung zu vermeiden, wird man niederschwellig melden müssen, damit es nicht hinterher heißt: Wieso konnte das passieren, ohne dass ihr gemeldet habt? – Aus meiner Sicht ist das eine Verschiebung von Verantwortung und eine unlösbare Aufgabe für die Polizei, die mit diesen Daten einer Gefahr gar nicht vorbeugen kann. Bei den Gefahrenlagen, wo es um § 126a StGB oder § 63 StGB geht, sind wir bereits jetzt in einem so engen Austausch, dass da, wo es möglich ist, das auch tatsächlich umgesetzt wird.

Ich muss ergänzend sagen: Ich habe in Hanau die glückliche Situation, dass ich keinen Patienten entlassen muss, den ich für akut gefährlich halte. Da gehen die Richter bei uns mit. Ich habe nicht die Situation, dass ich jetzt jemanden entlasse und weiß, der ist gerade gefährlich. Vielmehr entlassen wir Patienten, die im Moment nicht mehr gefährlich sind und wo wir aufgrund der Prognose voraussehen, dass das innerhalb von wenigen Wochen oder auch Monaten nicht richtig riskant wird.

Nur damit es nicht untergeht, noch kurz zu § 1 des Gesetzentwurfs: Die Änderung ist aus meiner Sicht unnötig. Es ist nicht gerechtfertigt, alleine die Alkoholerkrankung stigmatisierend herauszustellen. – Vielen Dank.

Dr. med. Barbara Jäger: Meine Kollegen haben schon ganz viel gesagt. Auch ich möchte noch einmal unterstreichen: Einen akut fremdgefährdenden Patienten, eine akut fremdgefährdende Patientin würde ich als Ärztin möglichst nicht entlassen. Wenn ein Richter dem aber widerspricht oder andere Bedingungen dagegensprechen, würde auch ich mir wünschen, dass es eine Möglichkeit des Meldens an die Ordnungsbehörden gibt.

Ich denke, der interprofessionelle Austausch ist wahrscheinlich die Lösung. Die Stärkung des ambulanten Hilfesystems und der Sozialpsychiatrischen Dienste, die die Prognose, die wir in der Klinik stellen, ambulant durch das Aufsuchen evaluieren können, halte ich für zielführender. Behandlungsaufgaben – wenn das möglich wäre – oder inhaltliche Veränderungen, verbunden mit der Professionalität der Arbeit unserer Kolleginnen und Kollegen, wären sicher wichtig.

Mir ist die Definition, was „Sorge“ angeht, zu schwach. Sorge habe ich immer; dann müsste ich ständig melden. Das müsste, wenn etwas geändert wird, wirklich genauer formuliert werden, so dass eine anlassbezogene und nicht eine diffuse Meldung erfolgt. Damit ist niemandem geholfen.

Auch ich finde, dass die Angst vor Stigmatisierung in der Bevölkerung geweckt wird. Bei psychischen Erkrankungen grübelt man gern und steigert sich in Ängste hinein. Das wird durch so etwas nicht weniger; das wird eher mehr. Dann ist die Offenheit, die für eine Behandlung eigentlich wichtig ist, nicht mehr gegeben, und das Arzt-Patient-Verhältnis ist gestört. Als betroffene Patientin würde auch ich schwierige Gefühle und Ideen zurückhalten, eben aus den dann entstehenden Befürchtungen heraus. – Ich glaube, das ist eher kontraproduktiv als zielführend.

Zweite Fragerunde

Abgeordneter **Marcus Bocklet**: Zwei Fragen habe ich noch. – Frau Dr. Jäger, wenn Sie sich wünschen, bestimmte kritische Fälle melden zu dürfen: Was würden Sie sich denn davon versprechen, wenn Sie sie gemeldet haben, außer dass Sie Ihr Gewissen erleichtern? – Ich verstehe, dass man dann das Gefühl hat, man hat etwas getan, weil man es kritischer sieht. – Aber nur die Meldung für sich genommen: Was erwarten Sie denn, was danach passiert? – Wenn ich das einmal als Frankfurter Abgeordneter sagen darf: Das treibt einem sofort ein Lächeln ins Gesicht. Wenn beim Frankfurter Ordnungsamt – wenn Sie das kennen würden – eine Meldung eingeht: Was erwarten Sie denn vom Frankfurter Ordnungsamt? – Da können Sie sich nur auf die Schenkel klopfen; bei diesem Amt passiert ja gar nichts.

An Herrn Dr. Schillen gerichtet: Wir waren vor einigen Jahren bei Ihnen in der Einrichtung. Sie haben ja entgegen der Mentalität „Wenn jemand auffällig wird, sperrt man ihn weg“ gehandelt. Sie haben gesagt, Sie hätten ganz viele stationäre Betten abgebaut, weil Sie diese Menschen zu Hause betreuen. Dieses Zu-Hause-Betreuen war eines Ihrer Modelle, wenn ich mich richtig erinnere. Vielleicht können Sie noch einmal darstellen, dass das ein völlig anderes Modell ist, als Menschen wegzusperren. Sie schenken ja Vertrauen und entlassen diese Betroffenen aus der geschlossenen Abteilung in die Freiheit, in ihre Wohnung, in ihr Wohnumfeld. Ist Ihre Erfahrung die, dass bei Ihrem Modell besonders viele besonders gewalttätig rückfällig werden? Oder haben Sie den Eindruck, dass Sie durch dieses Vertrauen-Schenken und diese direkte Behandlung große Erfolge haben? – So erinnere ich mich eigentlich. Ist das nicht eigentlich ein Signal dafür, dass man mehr auf Freiheit und Behandlung setzen müsste, anstatt wegzuschließen und nie wieder rauszulassen?

Abgeordnete **Kathrin Anders**: Meine Frage geht ein bisschen in dieselbe Richtung. Wie müsste denn die Nachsorge und die ambulante Versorgung aussehen, um hier möglichst langfristig zu wirken? Ich frage das deshalb, weil es – wie Sie, Herr Dr. Schillen, gesagt haben – im Laufe des Lebens von Patientinnen und Patienten durchaus und immer wieder zu großen Krisen kommen kann und das Umfeld natürlich eine Stütze sein kann – oder eben auch nicht. Was muss deshalb

in welchem Umfang vor Ort passieren, damit wir das Risiko minimieren können, dass Gewalttaten gegen die eigene Person oder fremde Personen stattfinden?

Abgeordnete **Dr. Daniela Sommer (Waldeck-Frankenberg)**: Ich freue mich, dass Sie, Herr Prof. Reif, gesagt haben, dass die Einzelfälle, die wir meinen, eigentlich nur eine ganz kleine Zahl an Menschen betreffen. – Frau Dr. Jäger, Sie haben gesagt, Sie wünschen sich, dass man diese Menschen melden kann. Ich glaube, alle – auch Herr Dr. Schillen – haben gesagt, dass ein kontinuierlicher Kontakt und eine gute Zusammenarbeit mit der Polizei dringend notwendig sind. Ich möchte noch einmal darauf hinweisen: Seit 2017 haben wir das Gesetz. Seit 2017 gibt es den § 28 PsychKHG. Seit 2017 wird darin auf § 1 Absatz 6 Satz 1 und Satz 2 HSOG verwiesen. Ich lese Ihnen diese Bestimmung vor, denn genau das ist nämlich schon jetzt die Aufgabe:

Alle Behörden haben bei der Gefahrenabwehr zusammenzuarbeiten. Insbesondere haben sie sich unverzüglich gegenseitig über Vorgänge, deren Kenntnis für die Aufgabenerfüllung der anderen Behörde bedeutsam erscheint, zu unterrichten.

Im Prinzip ist das, was Sie soeben formuliert haben, im Gesetz inbegriffen und Ihre Aufgabe. Daher noch einmal die Frage: Wie läuft es jetzt? – Sie haben das jetzt bis zu dem Punkt erörtert, an dem Sie ganz wenige Einzelfälle schon jetzt an die Polizei melden. Aber Sie haben nicht gesagt, wie die Rückkopplung stattfindet.

Ich möchte noch einmal daran erinnern, dass es seit der letzten Novellierung des Gesetzes den § 6 Absatz 3 PsychKHG gibt, der festlegt, dass sich die SPD, die Polizei- und Ordnungsbehörden, die Gerichte, die Betreuungsbehörden und die Besuchskommission einmal im Jahr treffen. Das findet momentan schon statt. Von daher gesehen sind da die Polizei- und Ordnungsbehörden schon eingebunden. Das heißt, Sie sitzen mit denen am Tisch. Wenn dann Fragen aufkommen, konnten diese sicherlich unter den Beteiligten erörtern werden. Daher noch einmal die Frage: Was passiert mit den Daten? Wie ist die Rückkopplung? Denn die jetzt vorliegende Gesetzesänderung ist nur eine Klarstellung dessen, was seit 2017 schon im Gesetz steht und was gelebte Praxis sein müsste. Deswegen habe ich ja zu Anfang gesagt, dass die bisherige Regelung vielleicht nicht flächendeckend und konsequent durchgesetzt wird.

Sie haben recht: Es gibt momentan andere Bundesländer, die noch viel schärfer an die PsychKHG herangehen. Das wollen wir nicht, weil für uns das Primat der Hilfe ganz vorne steht. Es wird ja in dieser Legislatur auch noch die „normale“ Novellierung des Gesetzes geben, bei der wir uns dann auch mit der Frage beschäftigen werden: Was brauchen wir sonst noch alles? – Frau Ministerin, Sie haben ja schon angekündigt, dass wir auch die Krisendienste stärken wollen, was in den vergangenen Jahren, obwohl es schon im Gesetz stand, nicht Realität geworden ist.

Abgeordneter **Yanki Pürsün**: Frau Kollegin Dr. Sommer, vielleicht ist es ja so, dass das, was Sie gerade zum zweiten Mal angesprochen bzw. zitiert haben, so gut funktioniert, dass sich herausstellt, dass dieser Gesetzentwurf da absolut nicht hilft. Vielleicht ist das der Grund.

Was mich nicht überzeugt, ist, zu sagen, man müsse eine Klarstellung herbeiführen, weil es Problem mit der Umsetzung gibt. Da muss man wahrscheinlich eher an die Umsetzung herangehen.

Prof. Reif und Dr. Schillen sind auf das Thema Prognose eingegangen. – Frau Dr. Jäger, Sie haben die „Sorge“ noch einmal angesprochen – das wurde immer wieder erwähnt. Man kann ja auch eine positive Prognose haben, aber trotzdem in Sorge sein. Daher ist an der Stelle sicher keine präzise Formulierung vorhanden.

Was ich in dieser Anhörung weiterhin nicht verstehe, ist: Wo ist eigentlich die Meldelücke? Gibt es irgendeine Regelung, die Sie davon abhält, etwas, was Sie besprechen, melden, mitteilen oder lösen wollen, gibt es also etwas, was Sie nach der jetzigen Gesetzeslage nicht dürfen und wofür man eine Präzisierung, Erweiterung oder sonst irgendetwas braucht? – Es sind ja schon viele Beispiele genannt worden, unter anderem Ihr Antrag, Herr Prof. Reif, jemanden in Ihrer Einrichtung zu behalten, ein Antrag, den das Gericht abgelehnt hat. Für die Polizei ist es ja kein Problem, das mitzubekommen. Ich möchte hoffen, dass sich die Polizei zum einen dafür interessiert und zum anderen das auch mitbekommt. Darauf kann man dann ja reagieren, ohne dass es eine formale Meldepflicht geben muss; denn eine Zusammenarbeit zwischen den Bereichen Justiz und Inneres sollte möglich sein. Wenn man Ihnen zuhört, wie es in der Praxis aussieht, versteht man nicht, was eigentlich das Problem ist, das man mit diesem Gesetzentwurf lösen möchte.

Wenn man sich das anhört, stellt sich eine Frage betreffend die kommunale Familie: Macht es überhaupt Sinn, das Ordnungsamt da einzubinden? Was soll das Ordnungsamt denn überhaupt machen, wenn eine solche Meldung an das Ordnungsamt und die Polizei geht? Man würde doch sagen: Wenn es wirklich um eine Fremdgefährdung geht, ist doch eher die Polizei gefragt. – Macht es überhaupt Sinn, das Ordnungsamt und die Polizei zu informieren? Müssen die sich dann abstimmen? Fehlt da nicht eine gewisse innere Logik, wenn man beide Behörden aufführt?

Abgeordneter **Volker Richter**: Meine Frage geht an Prof. Roßnagel, Prof. Reif, Herrn Meding und Frau Dr. Jäger.

Wir haben über das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient gesprochen. Das ist etwas, was mich nach all den Fragen, die hier gestellt wurden, sehr beschäftigt. Wenn das alles so umgesetzt wird – auch vor dem Hintergrund, dass es, wie Frau Dr. Sommer gesagt hat, teilweise schon im Gesetz steht –, kann ich mir sehr gut vorstellen, dass es viele Patienten gibt, die sich dem dann wirklich entziehen, weil sie das Vertrauensverhältnis dann dergestalt beurteilen, dass sie sagen: „Okay, ich kann das, was mich umtreibt und was mich wirklich belastet, hier gar nicht so sagen; denn dann wird es weitergemeldet, und dann habe ich ein Riesenproblem.“ Das sehe ich tatsächlich als einen sehr, sehr starken Hinderungsgrund dafür, dass am Ende des Tages diese Gesetze überhaupt wirksam werden. Vielleicht können Sie dazu noch etwas sagen.

Alexander Schaposchnikov: Eine kurze Antwort auf Ihre Frage, was die Ordnungsbehörden angeht: Leider kann ich Ihnen dazu keine erschöpfende Antwort bieten. Das, was ich Ihnen sagen kann, erschöpft sich darin, dass die Ordnungsbehörden dieselben Fragen gestellt haben.

Prof. Dr. Alexander Roßnagel: Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient ist besonders geschützt. Es gibt ja das Patientengeheimnis. Aber davon gibt es auch Ausnahmen, die entsprechend präzise gefasst werden müssen. Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient wird ja bei jeder Meldung durchbrochen. Insofern ist das kein grundsätzlicher Hinderungsgrund für eine solche Regelung, wenn die Voraussetzungen entsprechend präzise gefasst sind. Und dann kämen wir zu den Themen, die wir vorhin schon behandelt haben.

Prof. Dr. med. Andreas Reif: Diesmal haben wir ganz unterschiedliche Aspekte. – Zuerst zu Herrn Pürsün. Was erlaubt uns das Gesetz nach der geplanten Änderung, was vorher nicht schon möglich war? Dazu muss man kurz und knapp sagen: Im Prinzip ist das alles jetzt schon möglich. Wir machen eine Meldung an den zuständigen SPDi bei einer solchen Entlassung, und wir können nach den Bestimmungen des HSOG melden. Der Unterschied ist, dass wir es dann machen müssten. Das ist ja der Unterschied zwischen dürfen und müssen. Insofern zielt die Frage ein bisschen ins Leere. Möglich ist das alles schon, aber es muss nicht unbedingt so gemacht werden.

Die Frage nach den nachlaufenden ambulanten Hilfen ist eine sehr relevante. Denn ich glaube, das ist einer der Knackpunkte. Was können wir denn mit diesen Menschen tun? – Sie brauchen nach wie vor eine Behandlung, und deshalb müssen wir präventive Angebote und Behandlungsangebote machen. Wir haben über Behandlungsaufgaben schon gesprochen. Wie bereits gesagt: Das halte ich für eine ganz, ganz relevante Maßnahme, die wir momentan gesetzlich noch nicht gut verankert haben. Wir bräuchten zudem aufsuchende ambulante Hilfen, und wir bräuchten auch die Möglichkeit, jemandem eine aufsuchende ambulante Hilfe zugutekommen zu lassen, die er vielleicht gar nicht will.

(Zuruf des Abgeordneten Marcus Bocklet)

– Das ist die Möglichkeit, die wir bräuchten, dass Menschen aufsuchende Hilfen bekommen, die sie vielleicht erst einmal ablehnen, weil sie nicht krankheitseinsichtig sind. Das ist ja die Personengruppe, von der wir hier sprechen. Das sind ganz überwiegend Patienten, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung keine Krankheitseinsicht haben.

Um das zu tun, bräuchten wir eine entsprechende Ausstattung der SPD, der Krisendienste, der psychiatrischen Institutsambulanzen und von wem auch immer. Das noch größere Problem als das der Finanzierung dieser Systeme ist das Problem des Fachkräftemangels. Da müssten wir wirklich etwas tun. Das wären Maßnahmen einer effektiven Gefahrenabwehr, solche Dinge hier zu implementieren.

Zur Frage nach dem Vertrauensverhältnis. Die Patientengruppe, von der wir hier sprechen, umfasst Menschen mit fehlender Krankheitseinsicht aufgrund von psychotischen Erkrankungen und aufgrund von Suchterkrankungen. Ich glaube nicht, dass sich diese Patientengruppe mit den Details des § 28 Absatz 4 PsychKHG auskennen würde. Die Person erzählt mir etwas oder erzählt mir etwas nicht, weil sie mich mag oder nicht mag oder weil sie psychotisch verkennt. Ich glaube, da spielen ganz andere Faktoren eine Rolle.

Für die Patientengruppe, von der das Gesetz spricht, erwarte ich mir durch diesen Gesetzentwurf relativ wenig Auswirkungen. Aber wie Thomas Schillen schon sagte: Eine solche Änderung des Gesetzes könnte Ängste bei den Patienten hervorrufen, auf die die Änderung überhaupt nicht abzielt und die sie explizit nicht meint. Insofern brauchen wir wirklich eine Klarstellung. Es geht hier nicht um jeden psychisch Kranken, es geht auch nicht um jeden Menschen, der in der Psychiatrie stationär behandelt wird, sondern es geht – als Eingangsvoraussetzung – wirklich nur um die Patienten, die aufgrund einer Fremdgefährdung per PsychKHG untergebracht sind. Das gut zu kommunizieren ist schwierig, aber es ist wirklich ein Desiderat bei der Umsetzung dieses Gesetzes, das hier wirklich sehr gut und sensibel zu kommunizieren. – Vielen Dank.

Martin Meding: Eine Meldung bei der Polizei sehe ich eigentlich als unnötig an. Es müsste eine Meldung erfolgen, sodass die Aktivierung des Hilfesystems einsetzt – durch die SPDi und ähnliche Dienste. Das muss – wie schon gesagt – engmaschig, nah und mit Auflagen verbunden sein.

Das Vertrauensverhältnis sehe auch ich eher bei den Patienten gefährdet, die danach gar nicht mehr in das Hilfesystem kommen und Probleme haben, sich zu äußern. Das sind nicht die wenigen, die wahrscheinlich die wirklichen Gefährder sind. – Danke.

Dr. med. Thomas Schillen: Zunächst einmal zu den Patienten, die sich davon betroffen fühlen, obwohl sie es nicht sind. Ich glaube, das kann man nicht gut kommunizieren. Da bleibt einfach im Kopf: Es wird etwas gemeldet. – Niemand von denen schaut in den Paragraphen und fragt sich: „Bin ich denn betroffen oder nicht?“ Allein die Sorge, man könnte gemeldet werden, reicht. Daher glaube ich, dass die konkrete Umsetzung von § 1 HSOG eigentlich das wäre, was uns alles ermöglicht, was wir brauchen, ohne dass suggeriert wird: Da muss einer etwas melden.

Zu der Frage nach der Ambulantisierung im Modellprojekt. Warum machen wir das Modellprojekt? Wir machen das nicht zur Gefahrenabwehr, sondern weil wir eine bessere Versorgung zur Verfügung stellen wollen. Eine Reihe unserer Patienten kommt ja erst einmal gegen ihren Willen in die Klinik, weil sie zu dem Zeitpunkt nicht autonom entscheiden können, sich oder andere gefährden oder gesundheitlich gefährdet sind. Am Anfang geht es dann darum, Beziehungen aufzubauen und Kontakt zu bekommen. In dem Moment, wo wir ambulantisieren können, ist das eine Rückgabe von Autonomie. Die geht nur freiwillig. Das ermöglicht einfach viel mehr an Zusammenarbeit. Das ist nicht mehr der Reflex: „Ich muss hier weg aus der Klinik, weil ich hier so eingeschränkt bin“, sondern man kann Behandlung bekommen, und zwar die gleiche Intensität an Behandlung wie bei einem stationären Aufenthalt. Aber man kann zu Hause übernachten,

man bekommt die Hilfe, die man braucht, ohne dass man auf einer Station sein muss, auf der man eigentlich nicht sein möchte. – Die Zahlen sind statistisch nicht relevant. Wir reden über eine sehr kleine Zahl von wirklich gefährlichen Patienten; da sehen wir keinen Effekt.

Das andere ist: Die wirklich gefährlichen Patienten erreichen wir damit nur sehr begrenzt. Das normale psychiatrische Geschäft ist es ja, Patienten dafür zu gewinnen, sich auf eine Behandlung einzulassen – auch wenn sie am Anfang noch keinen Zugang dazu haben – und vielleicht mit einer Zwangsbehandlung so viel Erkenntnis der Erkrankung zu erreichen, dass dann wieder mehr möglich ist. Aber diejenigen, über die wir hier reden, die tatsächlich ein solches Gefährdungspotenzial haben, erreichen wir damit sehr wahrscheinlich nicht.

Wir hatten gerade einen Fall, dass jemand eine Tötungsfantasie äußerte, aber nicht mit deren Umsetzung drohte. Der Patient war sehr klar steuerungsfähig; deshalb gab es überhaupt keinen Grund für eine forensische Maßnahme. Die Voraussetzungen lagen gar nicht vor, und in seinem Verhalten zeigte der Patient auch, dass er sich steuert und dass er diese Gewaltfantasie gar nicht umsetzen wollte. Zu dem haben wir Kontakt bekommen, den haben wir in Behandlung bekommen, und da gibt es eine gute Entwicklung, weil wir mit dem arbeiten konnten. Eine Meldung hätte daran überhaupt nichts geändert.

Bei denjenigen, die in dieser Art von Beziehung nicht erreichbar sind, reden wir über Behandlungsaufgaben, auch gegen deren Willen. Das fehlt zurzeit. Das wird auch nicht allein über die SPD gehen. Dafür gibt es gar keine gesetzliche Regelung. Wir haben keine Regelung für ambulante Maßregeln ohne Forensik.

Über die letzten Jahre hat sich die Hürde für eine Zwangsbehandlung in einer Klinik erheblich erhöht. Vor 30 Jahren konnte ich eine Zwangsbehandlung beantragen, der Richter hat den Patienten beurteilt, und ich bekam die Genehmigung. Jetzt muss ich teilweise eine Woche lang herumexperimentieren, ob wir den Patienten gewinnen, obwohl wir den schon 20-mal auf Station hatten, obwohl wir wissen, dass das nicht gelingen wird. Der Patient leidet darunter, die Mitpatienten leiden darunter und die gesamte Station leidet darunter. Aber wir müssen diese Frist abwarten. Das ist nicht förderlich. An der Stelle ist das Pendel sozusagen von einem Extrem ins andere ausgeschlagen, ohne dass es wirklich hilfreich ist.

Dr. med. Barbara Jäger: Ich denke, der Kollege hat deutlich beschrieben, worum es geht. Eigentlich geht es um eine bessere Versorgung, um bessere präventive Maßnahmen, um Beziehungsarbeit. Ich denke, das gibt Sicherheit – anders als Meldungen und Kontrollen.

Ich habe schon gesagt: In der Diskrepanz, dort, wo meine ärztliche Kompetenz übergangen wird und ich weiterhin Bedenken habe, ein Richter dem Ganzen aber nicht folgt, da möchte ich noch einmal ein Ausrufezeichen setzen können. – Das ist etwas anderes. Das ist nichts Prinzipielles; da haben Sie mich missverstanden.

(Abgeordneter Marcus Bocklet: Was wünschen Sie sich da?)

– Ich habe leider zu wenig Ahnung, was die Ordnungsbehörden und die Polizei in dem Fall in Zusammenarbeit mit mir machen können.

Dritte Fragerunde

Abgeordnete **Dr. Daniela Sommer (Waldeck-Frankenberg)**: Ich glaube, es ist noch einmal wirklich klar geworden, dass es um Hilfe und Prävention geht. Das kristallisiert sich aus allen Ihren Stellungnahmen und auch aus den Antworten in der Fragerunde heraus, egal, ob es um StäB oder um andere wichtige Instrumente geht.

Trotzdem haben Sie, Frau Dr. Jäger, noch einmal gesagt: Prinzipiell wollen Sie nicht melden. – Prinzipiell wollen wir das ja auch nicht, sondern es geht tatsächlich um Einzelfälle, wo man vielleicht wirklich nicht mehr weiterweiß. Dazu noch einmal meine Frage: Wäre es bei diesen Einzelfällen – ich hatte ja gefragt, wie die Zusammenarbeit mit der Polizei ist; darauf hat niemand geantwortet bzw. Sie haben gesagt, Sie wüssten nicht, was die Polizei dann macht – denn dann nicht sinnvoll, dass man das tatsächlich etabliert? – Unser Ansinnen ist ja nicht, dass die Polizei nach dem Motto „Was machen die?“ nachschaut, sondern dass der Betroffene, wenn es irgendeinen Gefährdungshinweis gibt, einen Hinweis darauf, dass er die Unterstützung und die Hilfe Ihrer Profession wieder braucht, diese Hilfe dann schnellstmöglich bekommt. Da muss es ja eine irgendwie geartete Rückkopplung und eine bessere Zusammenarbeit geben. Sind Sie daran interessiert? – Das müsste dann ja passieren. Wie gesagt: Der Fokus liegt auf Hilfen für die wenigen Menschen, die es betrifft und die, so glaube ich, all die Hilfe brauchen, die Sie ermöglichen können.

Abgeordneter **Volker Richter**: Frau Dr. Jäger, was Sie soeben gesagt haben, ist sehr beeindruckend. Sie haben gesagt, dass Sie ab dem Moment, wenn ein Richter Ihrer Facheinschätzung nicht mehr folgt, Ihrem Gewissen Luft machen müssen, damit Sie besser schlafen können, damit auch ein Opferschutz gewährleistet ist. Das ist alles nachvollziehbar. Was geschieht denn dann, wenn der Richter nicht folgt? Wie geht man damit um? – Ich glaube, das ist ein Knackpunkt, den man, wenn es um dieses Gesetz geht, tatsächlich besprechen müsste, wobei Sie dann als Fachleute dem Gesetzgeber eventuell Hinweise geben könnten, wie wir in einer solchen Situation vorgehen könnten, wenn ein Richter nicht folgt. Was die Meldungen an die Polizei anbelangt, sind wir an einem Punkt, den wir wahrscheinlich nachher mit der Polizei besprechen. Das wird in der beschriebenen Situation nicht viel helfen. Sie stehen dann relativ alleine da und sind ebenfalls in einer psychisch problematischen Situation, weil Sie nicht mehr wissen, wie Sie weiter damit umgehen können. Wenn ich das falsch verstanden haben, dann korrigieren Sie mich bitte. Aber ich habe das so verstanden, dass ab einer gewissen Phase hier für Sie in Ihrer Arbeit eine Endstation erreicht ist, die der Gesetzgeber mit diesem Gesetzentwurf mit Sicherheit nicht lösen kann.

Abgeordnete **Kathrin Anders**: Ich habe noch einmal eine Frage an Herrn Prof. Dr. Reif, an Herrn Dr. Schillen, an Frau Dr. Jäger und auch an Herrn Meding. In der Problembeschreibung, warum diese Gesetzesänderung jetzt notwendig ist und warum es ein Fraktionsgesetz ist, wird auf den Sieben-Punkte-Plan der Landesregierung zum Bahnhofsviertel hingewiesen.

Jetzt habe ich aber das Gefühl: Wir reden eigentlich – da sind wir uns alle einig – über eine kleine Gruppe, die sozusagen als Gefährder identifiziert werden kann, und das können Sie auch jetzt schon tun. Inwieweit ist denn dann zu rechtfertigen, dass die Suchterkrankten explizit erwähnt werden? Wir wissen nun einmal, dass gerade Alkoholsucht und Zigarettensucht – vor allem aber Alkoholsucht – mittlerweile Volkskrankheiten sind; so würde ich sie nennen. Inwieweit ist das denn dann noch effektiv, um wirklich Hilfestellungen zu geben oder diese Gruppe genauer zu identifizieren?

Abgeordneter **Yanki Pürsün**: Ich würde an der Stelle gerne eine weitere Frage mit dem Verweis auf den Sieben-Punkte-Plan der Landesregierung stellen. Haben Sie Hinweise oder Erkenntnisse, dass die Personengruppe im Bahnhofsviertel genau die ist, die der Gesetzentwurf meint und thematisiert? Oder andersherum: Ist es so, dass sich die Personen, die da beschrieben werden, direkt ins Bahnhofsviertel begeben, nachdem sie die Behandlungseinrichtung verlassen haben? Haben Sie darauf irgendwelche Hinweise aufgrund der Verbindung Sieben-Punkte-Plan und PsychKHG?

Prof. Dr. med. Andreas Reif: Zuerst zu dem Themenkomplex, was in der Entlasssituation tatsächlich passiert. Ich möchte das noch einmal kurz in den Kontext stellen, welche unterschiedliche Szenarien es überhaupt gibt.

Wenn eine Person nach PsychKHG aufgrund von Fremdgefährdung untergebracht wird, gibt es folgende Szenarien. Erstens: Der Patient wird gesund und wird deswegen entlassen. Dann ist alles gut.

Zweites Szenario: Es wird festgestellt, dass der Patient psychisch gar nicht krank ist. Dann ist das eine Sache der Ermittlungsbehörden.

Drittes Szenario: Die Fremdgefährdung und die psychische Erkrankung bestehen fort. Ich glaube, kein Arzt würde diesen Menschen entlassen, weil hier in aller Regel die ärztliche Fürsorgepflicht dann doch greift. Die – vielleicht sehr, sehr wenigen – Kollegen, die das anders sehen, erreichen Sie mit diesem Gesetz nicht. Denn die sagen: Ich Sorge mich schlicht und einfach nicht.

Ich glaube, der konkrete Fall, von dem wir sprechen, ist der, der bei einer diskrepanten Haltung eines Richters eintritt, der die Unterbringung bestätigen muss. Wenn die Haltung des Richters diskrepant zur Haltung des Arztes ist – der Arzt sagt Ja, der Richter sagt Nein –, dann muss der Patient entlassen werden; das ist ganz klar. In diesem Fall kann auch jetzt schon eine Meldung erfolgen. Der Unterschied zu dem jetzigen Gesetzentwurf ist: Auf der Grundlage müsste sie

erfolgen. Das ist der konkrete Unterschied. Ganz konkret würden wir – und tun das bereits jetzt schon in diesen Situationen – die Ermittlungsbehörden informieren.

Ein Beispiel dazu aus dem letzten Monat: ein Patient, der mehrfach Brände gelegt hat, der auch gesagt hat: „Wenn ich hier rauskomme, dann werde ich wieder etwas anzünden.“ Bei dem Patienten wurde die Unterbringungsgrundlage nicht verlängert. In dem Fall hatten wir die Ermittlungsbehörden informiert. Die haben dann auch tatsächlich eine Gefährderansprache gemacht. Das hat in dem Fall den Patienten so beeindruckt, dass er tatsächlich freiwillig wieder in die Behandlung zurückgekommen ist. In dem Fall kann man sagen: Ziel erreicht. – Das ist aber sicherlich eher die Ausnahme. Die allermeisten dieser Patienten erreicht man durch eine reine Gefährderansprache überhaupt nicht.

Hier bräuchte man tatsächlich – und das ist die Antwort auf die Frage von Frau Dr. Sommer – einzelfallbezogene interdisziplinäre Runden, bestehend aus SPD, Polizei und dem letzten Behandler, um konkret über diesen einen Patienten, diese eine Patientin zu beraten. Ich kenne die von Ihnen angesprochenen großen Runden in der Form jetzt nicht. Das mag entweder meiner Ignoranz geschuldet sein oder der Tatsache, dass sie nicht stattfinden. Es gibt die gemeindepsychiatrischen Verbünde, die regelmäßig tagen. Da hat der Ausrichter in Frankfurt Süd die Haltung, dass der Datenschutz es untersagt, konkrete Namen zu nennen. Sie können sich sicherlich vorstellen: Wenn man nicht weiß, um wen es geht, kann man schlecht individualisierte Hilfepläne erstellen.

Hier eine bessere gesetzliche Grundlage zu schaffen, um solche einzelfallbezogenen, individualisierten interdisziplinären Runden durchzuführen, die ganz konkret im Einzelfall überlegen: „Was tun wir, was können wir denn tatsächlich machen?“, das halte ich für hochgradig sinnvoll und sehr notwendig.

Zu guter Letzt die Frage zum Bahnhofsviertel. Herr Pürsün, bei Menschen, die sich im Bahnhofsviertel aufhalten, gibt es eine erhebliche Überschneidung mit der Gruppe derjenigen, für die dieses Gesetz im Prinzip zuständig wäre. Wir sprechen jetzt nicht von Amoktaten, wir sprechen jetzt nicht von irgendwelchen chronisch wahnhaften Störungen, sondern wir sprechen von Gewalttaten im Kontext von Substanzintoxikationen. Wir haben ein großes Problem mit Crack, wir haben ein zunehmendes Problem mit Monkey Dust. Das ist ein neuartiges Stimulans, das zu relativ lang anhaltenden psychotischen Erregungszuständen mit hoher Fremdaggressivität führt. Das hält ungefähr eine Woche an. Wir hatten in den letzten zwei Tagen vier SEK-Einsätze bei mir auf der geschlossenen Station zu Patienten, die man dieser Gruppe zurechnen muss. Das sind schon Menschen, die Sie im Bahnhofsviertel finden, die aufgrund des Substanzkonsums im intoxikierten Zustand ein erhebliches Gewaltpotenzial aufweisen.

Die Frage ist aber: Verhindern Sie durch diese Meldung irgendetwas? Da denke ich: Das greift zu kurz. Hier braucht es deutlich komplexere Behandlungsangebote und präventive Angebote sowie natürlich Maßnahmen der Ordnungsbehörden, um das Handeln mit illegalen Drogen, insbesondere diesen Substanzen, zu unterbinden. Das ist ganz klar: Wir brauchen zero tolerance gegenüber den Dealern, und wir brauchen maximale Hilfsangebote den Konsumenten gegenüber. – Aber ich glaube, das geht jetzt deutlich über das hinaus, was wir heute diskutieren.

Dr. med. Thomas Schillen: Das Thema Polizei hatte ich eben vergessen. Wir treffen uns schon seit 20 Jahren einmal im Jahr mit der Polizei, weil wir am Anfang gemerkt haben: Wir müssen die Leute „auf der anderen Seite“ auf der Leitungsebene kennen. Wir holen die Polizei regelmäßig auf Station, wenn wir Patienten haben, die bedrohlich sind, mit denen wir nicht alleine klarkommen. Da gibt es inzwischen eine gut gewachsene Zusammenarbeit.

Bei den Patienten, über die wir eben gesprochen haben und die wir für gefährlich halten, wird das Triumvirat, bestehend aus Staatsanwaltschaft/Polizei, SPD und uns, tätig, und bei den beschriebenen Gefährdungslagen meistens die Staatsanwaltschaft und die Polizei. Wir schauen dann: Welche Rechtsmittel haben wir überhaupt verfügbar? – Ich habe zum Beispiel einen Patienten auf der Station, der psychotisch ist. Er hat Sexualfantasien von irgendeiner Ex-Freundin, die er unbedingt vergewaltigen und umbringen will. Für den Patienten gibt es diverse Wegweisungsverfügungen. Er ist unter Medikation ein Stück weit entschärft. Aber ich traue ihm nicht über den Weg. In einem solchen Fall fangen wir an, zu recherchieren: Was gibt es bisher an Straftaten? Gibt es irgendwelche Hinweise, dass tatsächlich eine hohe Gefährdung besteht? Welche Eingriffsmöglichkeiten haben wir? – Die sind am Ende dann doch begrenzt. Irgendwann werden wir vielleicht an den Punkt kommen, an dem die Akuität so weit zurückgegangen ist, dass ich keine Rechtsgrundlage mehr habe, ihn in der Klinik zu behalten, und ihn entlassen muss. Wenn es bis dahin nicht genügend Hinweise gibt, die für eine forensische Weiterbehandlung und Auflage reichen, dann wird dieser Mensch draußen frei herumlaufen. Ich weiß nicht, welche Chancen die Polizei dann noch hat. Ich glaube, die Chancen, dass sie diese Frau wirklich schützen kann, sind nicht so richtig hoch. Da wäre eigentlich der Punkt, an dem man sagen muss: Es braucht ambulante Behandlungsauflagen, damit wir mit diesem Patienten – auch gegen seinen Willen – weiterarbeiten können, um die Gefahr abzuwenden. Das gibt es momentan aber nur über die Forensik.

Noch kurz als Ergänzung: Wir müssen aber aufpassen, nicht ins andere Extrem zu fallen. Ich habe das jetzt mehrmals erlebt. Wir haben psychisch auffällige, teilweise schwer dissoziale Patienten, bei denen der Reflex der Ordnungsbehörden ist: Ab in die Forensik. – Dazu sage ich: Das geht auch nicht. Zum einen sind die da nicht aufgrund einer Rechtsgrundlage, zum anderen ist es so – das ist für mich ein Kriterium –: Wenn die Straftaten nicht das Niveau haben, bei einem psychisch Gesunden in die Haft zu führen, dann können wir auch nicht darüber diskutieren, diese Patienten von der Straße zu kriegen, indem sie in die Forensik gehen. Man muss gut austarieren, bei welchem Patienten man welche Intervention vornehmen kann.

Dr. med. Barbara Jäger: Ich finde die Idee, die Professionalität auf verschiedenen Ebenen zusammenzuführen und die, eine Einzelfallaustauschebene zu etablieren und Möglichkeiten daraus zu erarbeiten, mittlerweile sehr sinnvoll. Das halte ich für eine gute Idee; denn es gibt keine endgültige Sicherheit, es gibt keine endgültige Prognose. Das muss jedem klar sein. Meine Möglichkeiten enden an der Tür eines Krankenhauses oder einer Praxis, meine ärztliche Verantwortung aber nicht. Deshalb ist die Umsetzung dieser Idee das, was ich mir wünsche. Meine Erfahrung ist, dass Kooperation immer weiterhilft, weil mehr Köpfe, die aus verschiedenen Richtungen

schauen, vielleicht verschiedene Möglichkeiten miteinander entwickeln können. Vielleicht ist das illusorisch; ich weiß es nicht.

Vorsitzende: Ich schlage jetzt vor, dass wir diesen Block jetzt schließen. – Sie sind einverstanden.

Ich möchte mich ganz herzlich für Ihre Stellungnahmen und Ihre wertvollen Beiträge bedanken. Sollten Sie noch Anschlusstermine haben, sind Sie natürlich entlassen. Ansonsten dürfen Sie gerne mir gegenüber Platz nehmen.

Ich unterbreche die Sitzung.

(Unterbrechung: 16:02 bis 16:15 Uhr)

Block 2

Vorsitzende: Ich eröffne den zweiten Block der Anhörung und darf die nächsten Anzuhörenden herzlich willkommen heißen. Schön, dass Sie da sind. – Herr Müller, wir beginnen mit Ihnen.

Stefan Müller: Frau Vorsitzende, Frau Ministerin! Ich bin Stefan Müller, Polizeipräsident in Frankfurt. Ich konzentriere mich auf die vorgeschlagene Änderung des § 28 PsychKHG und möchte das aufgreifen, was einige Vorredner in der Anhörung schon gesagt haben. Ich gehe schon davon aus, dass wir bei der Polizei im Sinne der Diskussion Einzelfälle und keine größeren Personengruppen gemeldet bekommen.

In meiner Stellungnahme habe ich darauf hingewiesen, auch uns ist aufgefallen, dass in der Formulierung von „Sorge“ die Rede ist. Ich glaube, es wäre wichtig, die Gefahrenschwelle und die zeitliche Nähe zum Schadenseintritt genauer zu formulieren. Diese muss sicherlich weniger scharf sein als die Formulierung in § 9 Absatz 1 PsychKHG, wo von einer „erheblichen Gefahr“ gesprochen wird, die dann ja der Grund für eine Unterbringung ist.

Herr Prof. Reif hat den Vorschlag gemacht, die Formulierung „unmittelbare, konkrete Gefährdung“ zu verwenden. Es gab auch Hinweise auf § 63 StGB oder auf den Schadenseintritt gravierender Straftaten, die möglicherweise aufgrund der Vorgeschichte drohen. Ich glaube, an der Stelle muss man nachbessern und es einfacher klarer machen, um die Polizei mit den Meldungen – wenn es wirklich so kommt – zu konfrontieren, die dann auch die richtigen Einzelfälle darstellen.

Zu dem übrigen Text und der Frage: „Was macht denn die Polizei damit?“ – Wir haben zunächst keine neue Eingriffsbefugnis, sondern es bleibt für uns erst einmal alles gleich. Wir sind auf die

Meldungen der Ärztinnen und Ärzte angewiesen und nehmen die Meldungen natürlich erst einmal entgegen. Es werden sicherlich Personalien gemeldet, es kommt sicherlich eine Beschreibung der Ärzte, die in irgendeiner Form eine Gefahrenlage determiniert. – Was machen wir? Wir suchen erst einmal in unseren Unterlagen, welche Altverfahren es gibt. Das können ja Verfahren sein, die eventuell schon Jahre zurückliegen, möglicherweise Sexualdelikte, möglicherweise Körperverletzungsdelikte. Wir fragen: Gab es Inhaftierungen? Wie war das Verhalten in der Haft? Welche Urteile gab es zu dieser Person? Hatten wir vielleicht auch schon Gefahrenabwehrvorgänge? – All das sammeln wir.

Darüber hinaus soll das natürlich die Basis für eine eigene Lageeinschätzung, für eine Gefährdungsbewertung sein. Das ist für uns kein neues Thema. Wir haben das bei den haftentlassenen Sexualstraftätern, die in Teilen ja aus dem Maßregelvollzug kommen. Wir hatten und haben es mit Menschen zu tun, die lange eingesessen haben und letztendlich aus dem Maßregelvollzug – auf der Grundlage eines Gutachtens – entlassen wurden. Dazu gibt es ein Urteil des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte. Insoweit haben wir da sehr viel Routine, auch in der Bewertung von JVA-Akten und teilweise auch von Gutachten. Wir machen das aber auch bei Staatsschutzsachen, bei Gefährdern in Rocker-Verfahren, sehr oft auch bei häuslicher Gewalt, wo wir Prognosen vornehmen – bis hin zu Gewaltstraftätern bei Vollverbüßung.

Das Vorgehen bei der Fallgruppe, die hier eine Rolle spielt, hat sicherlich eine große Nähe zu der Verfahrensweise, wie wir sie bei den haftentlassenen Sexualstraftätern praktizieren, weil dort eben auch sehr oft psychiatrische Gutachten eine Rolle spielen.

Es wurde auch schon erwähnt, dass wir nur einen Anteil an der Bewertungsgrundlage haben. Wir legen sehr viel Wert darauf, Fallkonferenzen vorzunehmen. In diesen Fallkonferenzen versuchen wir dann – zum Beispiel mit den Sozialpsychiatrischen Diensten, perspektivisch auch mit anderen Ämtern, die zuständig sind, vielleicht auch mit Vertretern der Justiz –, die Risikofaktoren herauszuarbeiten, aber auch die Faktoren herauszuarbeiten, die stabilisieren, nämlich die Hilfsangebote. So können wir auf der einen Seite in diesen Fallkonferenzen die Hilfeaspekte sehr deutlich determinieren, letztendlich dann aber auch für uns herausarbeiten: Wo liegt denn unser Thema?

Was hier überhaupt nicht zur Sprache kam – ich möchte aber deutlich darauf hinweisen –, ist, dass bei uns sehr oft die möglichen Opfer im Vordergrund stehen. Es geht darum, die möglichen Opfer zu sensibilisieren. Wenn es eine Vorgeschichte mit einem determinierten Opfer, mit einem speziellen Opfertyp gibt, dann muss man sich den sozialen Empfangsraum ansehen und schauen: In welche Wohnumgebung kommt er, an welchen Wohnsitz? Gibt es da irgendjemanden – wenn er möglicherweise nicht auf eine Person fixiert ist –, den wir informieren und gegebenenfalls schützen können?

Es gibt für uns auch theoretische Möglichkeiten, die auf die Person, die entlassen wird, bezogen sind. Das sind ja ganz wenige Fälle. Dann greifen Gefährderansprachen – sie wurde genannt – und im schlimmsten Fall Observation. Es gab beispielsweise den Fall, der eben genannt wurde, mit den Sexualphantasien und Tötungsphantasien. Wir haben mittlerweile das Mittel der elektronischen Aufenthaltsüberwachung. Auch das könnten wir bei Extremfällen anwenden. Unsere

Bandbreite ist groß und geht von null – wir machen gar nichts – bis beispielsweise zu einer Fußfessel.

Insoweit legen wir viel Wert auf Fallkonferenzen, wo wir uns austauschen und wo wir dann – jeder in seiner Verantwortung – Vereinbarungen treffen, um letztendlich das Bestmögliche an Hilfe, an Schutz der Opfer zu erreichen und möglicherweise auch dämpfend auf die gefährdende Person einzuwirken.

Dr. med. Anka Martin: Vielen Dank für die Einladung, vor Ihnen zu sprechen. Mein Name ist Dr. Anka Martin. Ich bin Leiterin des Gesundheitsamtes Darmstadt-Dieburg. Ich vertrete den SPD i in dieser Angelegenheit.

Ich habe im Verlauf der bisherigen Anhörung sehr oft den Begriff SPD i gehört und habe mir gedacht, ich sollte Ihnen ein wenig die Aufgaben und die Grenzen der Arbeit des SPD i näherbringen, um Ihnen unsere Sicht auf die angedachten Änderungen des PsychKHG zu erläutern.

Der SPD i, der Sozialpsychiatrische Dienst in den Gesundheitsämtern, hat eine lange Geschichte. In Hessen entstand ein Paradigmenwechsel nach der Psychiatrie-Enquete, nämlich die Konzentration auf Hilfen und Prävention und weniger auf Kontrolle und Zwang. Das war damals der Wunsch, und das war das, was die Sozialpsychiatrischen Dienste aufgegriffen haben. Dieser Wunsch ist auch in einem anderen Gesetz als dem PsychKHG niedergeschrieben worden, und zwar im Hessischen Gesetz für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (HGÖGD). Da steht in § 7 Absatz 3:

Die Gesundheitsämter ... unterstützen Menschen mit psychischen Krankheiten, Abhängigkeitserkrankungen und seelischen und geistigen Behinderungen sowie hiervon bedrohte Menschen und deren Angehörige mit der Bereitstellung eines Beratungs- und Betreuungsangebotes ...

Das heißt, so, wie auch das PsychKHG das Ziel hat, eine ambulante Versorgung von psychisch kranken Menschen für eine möglichst lange Zeit und so gut es geht zu gewährleisten, nimmt der Sozialpsychiatrische Dienst in diesem Kontext der Hilfe und Prävention eine zentrale Rolle ein. Das heißt, der vorrangige Auftrag des SPD i sind die Prävention und die nachgehende Hilfe, und zwar inzwischen schon über Jahrzehnte. So hat sich der SPD i entwickelt. 2017 kam dann zusätzlich zu diesem Auftrag der nachgehenden Hilfe, der Beratung und der Prävention ein Stück weit der Auftrag der Gefahrenabwehr hinzu.

Wer ist aber dieser Sozialpsychiatrische Dienst? Wer arbeitet hier? – In dem Gesundheitsamt arbeiten vorrangig Sozialpädagogen und Sozialarbeiter. Wir haben hier und da Psychologen, wenn es uns gelingt, jemanden zu finden. Manchmal, wenn wir Glück haben, haben wir auch psychiatrienerfahrene Ärzte im SPD i.

Die Hilfe, die wir anbieten, ist freiwillig und fußt auf dem Aufbau eines Vertrauensverhältnisses. Der Erfolg der Arbeit des SPD_i ist an diese freiwillige Beziehungsarbeit gebunden. Zwang zerstört dieses Vertrauen und gefährdet eine langfristige Versorgung.

Was macht der SPD_i in seiner beratenden und begleitenden Funktion? – Ich zähle ein paar Beispiele dessen auf, was wir tun: Einschätzung und Stabilisierung des psychischen Zustandes, Förderung einer Krankheitseinsicht, Integration in das Lebensumfeld und Vermeidung weiterer Eskalation, nachgehende Begleitung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus, Überbrückung der Versorgungslücke, bis dauerhafte Hilfen installiert werden können – Betreuung oder Therapie –, Hilfe zur Selbsthilfe, sozialrechtliche Hilfe, Vermittlung und Begleitung zu ärztlicher Behandlung. Außerdem wirken wir – wenn es nötig ist – an der Einsetzung einer Betreuung mit, was auch für die ambulante Versorgung ganz wichtig ist. Wenn der Umfang der ambulanten Hilfe nicht ausreicht, beantragen wir in Einzelfällen die Unterbringung zur Behandlung.

Der SPD_i ist das Bindeglied zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung. Er erfüllt eine Lotsenfunktion in der Versorgungslandschaft und trägt zur Vernetzung aller an der Versorgung Beteiligten bei. Das ist unser Auftrag.

Bei Vorliegen einer akuten Fremdgefährdung gemäß PsychKHG können wir natürlich auch intervenieren und entsprechende Stellen involvieren, also das Ordnungsamt und die Polizei. Das ändert jedoch nichts an der zentralen Aussage, dass der SPD_i nicht die fachliche Instanz für hoch forensische oder gewaltdeliktsspezifische Interventionen ist.

Wir haben gehört, dass die vorgeschlagene Änderung des Gesetzes etwas mit einem konkreten unmittelbaren Gefährdungspotenzial zu tun hat, das von Menschen ausgeht, die entlassen werden, obwohl sie noch eine Gefährdung darstellen können. In diesem Zusammenhang ist der Hinweis, dass es ja schon eine Meldung an den SPD_i gibt, nicht zielführend. Denn Sozialpädagogen können diesen Auftrag nicht erfüllen. Daher müssen wir uns überlegen, was gemeldet wird und wem gemeldet wird.

Es gibt in letzter Zeit nämlich gehäuft das Problem, dass Polizeikräfte und Richter den SPD_i adressieren und sagen: „Es gibt hier einen Gefährder, geht mit ihm nach eurer Zuständigkeit um.“ Da sind alle von uns im SPD_i am Rande unserer Möglichkeiten angekommen. Der SPD_i ist auch kein Ersatz für spezialisierte Suchthilfen. Der SPD_i ist keine Ordnungs- und Gefahrenabwehrbehörde. Der SPD_i hat keinen Therapieauftrag. Das heißt, er kann eine fehlende ambulante medizinische Versorgung – die Diagnostik, die Therapie, die Medikation – nicht ersetzen. Der SPD_i kann seine Aufgaben als Bindeglied zwischen stationärer und ambulanter Versorgung und seine Lotsenfunktion nur dann erfüllen, wenn die notwendigen Versorgungsstrukturen überhaupt bestehen: geschützter Wohnraum, Ambulanzen, forensische Ambulanzen usw.

Zum § 1 PsychKHG: Aus unserer Sicht ist die Änderung nicht erforderlich. Sucherkrankungen sind aus medizinischer Sicht als psychische Erkrankungen definiert. Der SPD_i unterstützt bereits Menschen mit entsprechenden psychischen Begleiterkrankungen.

Zum § 28 PsychKHG: Allein die Weitergabe von Informationen an die Polizei ist nicht zielführend; der Zweck der Weitergabe und der konkrete Umgang damit ist wichtig.

Aus unserer Sicht – damit schließe ich – gäbe es für die Prävention, für die wir zuständig sind, andere Wünsche. Wir würden uns wünschen, dass in § 28 die Meldepflicht der Krankenhäuser genau beschrieben wird. Was steht zum Beispiel in einem Entlassbrief genau? Es wird uns nur gesagt: Der Patient wird entlassen, und er war nach PsychKHG in der Klinik. – Auf der Basis dieser Information kann der Sozialpsychiatrische Dienst nicht wirklich helfen.

Andreas Jung: Vielen Dank für die Einladung und dafür, dass ich hier noch vorher an die Reihe kam. Ich bin Vorsitzender der Peer-Organisation Ex-In Hessen und gehöre in diesem Kreis der Anzuhörenden zu denjenigen, die als von Psychosen betroffene Patienten über Jahre hinweg sowohl durchgängige Erfahrungen mit der Psychiatrie als auch mit ambulanten Einrichtungen der Sozialpsychiatrie haben. Dass ich selbst alle Formen der Hilfe durchlaufen habe, qualifiziert mich dazu, als Genesungsbegleiter im Hilfesystem zu arbeiten. So sieht es das bisherige Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz auch als wünschenswert vor.

Eine für mich mit viel Scham verbundene Form der Unterstützung war es, als ich aufgrund eines richterlichen Beschlusses in Handschellen von der Polizei aus der Toilette der Mensa der Marburger Universität zu einem Auto geführt und, neben einem Beamten auf dem Rücksitz sitzend, damit zur Klinik gebracht wurde, so, als hätte ich eine gesetzeswidrige Tat begangen. Der Mensch als gefährdetes und gefährliches Wesen, Fürsorge und Gewalt – das ist das, wofür ich stehe, das ist der Hintergrund, vor dem ich versuche, mich zu dem Entwurf der Hessischen Landesregierung für ein Gesetz zur Änderung des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes, an dessen Entwicklung ich mit einem gewissen Stolz beteiligt war, zu äußern und Fragen zu den Folgen unserer Diskussion hier zu stellen.

Wie soll man sich unter den Bedingungen der von Ihnen vorgeschlagenen Änderung des Gesetzes eine sinnvolle ärztliche Praxis – Psychiater sind Ärzte und keine Verwahrer – überhaupt vorstellen? Wie sollen unter den Bedingungen einer Klassifizierung von Patientinnen und Patienten nach ihrer angeblichen Gefährlichkeit noch hilfreiche Diagnosen gestellt werden? Wie soll eine Psychoedukation für Menschen mit Schizophreniediagnose aussehen, wenn die Patientinnen und Patienten in den Kliniken damit rechnen müssen, dass sie auf der entsprechenden Therapiestation eine andere Einstufung ihrer Gefährlichkeit erwartet als beispielsweise Depressionspatienten, die nur eine Etage tiefer behandelt werden? Wie soll unter dem Diktat eines neuen, so geänderten Gesetzes noch ein heilsamer Dialog zwischen psychisch kranken Menschen und ihren Behandlerinnen und Behandlern aussehen? Was wird von einer ehemals im Gesetz intendierten Hilfe wie ausgeführt, wenn Diagnosen zu einem unfassbaren Machtmittel werden, um psychisch kranke Menschen in ihrem Anderssein durch ein Stereotyp vorab zu stigmatisieren?

1 % der Bevölkerung erkrankt an Schizophrenie, eine kleine Gruppe also, wie eben immer wieder beschworen wurde. Aber das wird zu einer magischen Zahl, weil die Verbindung zur Gefährlichkeit ganz schnell auf der Hand liegt – klein, aber gerade groß genug, um die Sicherheits-

bedürfnisse der Bevölkerung zu berühren. Die Politik bürdet meines Erachtens den Psychiatrien hier Probleme auf, die sie offensichtlich selbst nicht zu lösen vermag.

Das möchte ich Ihnen aus meiner eigenen Erfahrung sagen: Es hat Jahre gedauert, bis ich mit meiner Diagnose „paranoide Schizophrenie“, mit der ich zu diesem 1 % der Erkrankten gehöre, und der damit verbundenen zeitweiligen Wohnungslosigkeit Freundschaft geschlossen und meine Vulnerabilität zu einer Ressource des Schreibens und Sprechens gemacht habe. Eine ganz lange Zeit habe ich gebraucht, um mich wegen meiner Erkrankung nicht gegenüber meiner Familie schuldig zu fühlen, so, als hätte ich nichts Besseres verdient als Polizei und Gerichtsbehörde. Ich habe dies tatsächlich zunächst geglaubt. Die Psychiatrie ist, wie es der bekannte Psychiater Wolfgang Blankenburg einmal beschrieben hat, ein unglaublicher gesellschaftlicher Schuldzusammenhang, dem sowohl die Betroffenen als auch das dortige Personal nur schwer zu enttrinnen vermögen.

Unter diesen Bedingungen eine Vertrauenskultur aufzubauen ist nur dann möglich, wenn die dort wirksamen Akteure einen Vertrauensvorschuss erhalten. Die Gesetze haben den Zweck, dafür einen verlässlichen Rahmen abzugeben. Nur wenn es funktioniert, dass sich die Menschen in einer möglichst angstfreien Atmosphäre begegnen und miteinander therapeutisch arbeiten, sind Genesungswege wie der meine überhaupt möglich.

Der hier vorgestellte Gesetzesentwurf baut meines Erachtens jedoch Barrieren auf, die jede Form inklusiver Arbeit im Hilfesystem erschweren und stattdessen einer Verdachtsphilosophie – 1 % an Schizophrenie Erkrankte, diese wenigen – Raum geben, die keiner Behandlung, geschweige denn einer Genesung, zuträglich ist. Es bedeutet die Rückkehr zu einer Verwahrung, die wir mit dem von allen demokratischen Parteien begrüßten Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz doch überwunden zu haben glaubten.

Ich schließe meinen Beitrag mit dem von der Arbeit des Psychiaters Franco Basaglia aus dem italienischen Triest inspirierten Leitspruch, der die Unterscheidung zwischen Normalität und Wahnsinn auf poetische Art und Weise infrage stellt: „Aus der Nähe betrachtet ist niemand normal.“ – Ich danke Ihnen.

Elke Voigt: Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrte Abgeordnete, sehr geehrte Frau Ministerin, sehr geehrte Damen und Herren! Ich bin Stadträtin und Dezernentin für Soziales und Gesundheit der Stadt Frankfurt am Main. Vielen Dank für die Gelegenheit, hier Stellung zu nehmen.

Mit der geplanten Neuregelung des § 28 PsychKHG will man die Übermittlung besonders schützenswerter personenbezogener Daten an Polizei- und Ordnungsbehörden ermöglichen. Das bedeutet einen Paradigmenwechsel, der die Grundprinzipien eines auf Hilfe und Therapie ausgerichteten Gesetzes fundamental infrage stellt. Diesen Paradigmenwechsel kann auch ein einzelner Paragraph bewirken, wenn durch seine Neuregelung alle anderen in den Hintergrund gedrängt werden.

Durch diese Ausweitung der Befugnisse besteht die Gefahr, dass die Sozialpsychiatrie verstärkt als Instrument der Gefahrenabwehr genutzt wird. Die Entlassung aus einer Klinik, die doch der Übergang zu mehr Selbstbestimmung und zur Genesung sein sollte, wird durch diese Regelung potenziell zum Anlass staatlicher Überwachung und Kontrolle. Dies verkehrt den eigentlichen Auftrag der Sozialpsychiatrie, die Unterstützung und Versorgung psychischer erkrankter Menschen, genau ins Gegenteil. Die geplante Regelung hat Auswirkungen auf das Leben psychischer erkrankter Menschen, und es trifft sie hart. Sie werden stigmatisiert, pauschal verdächtigt und in ihrer Teilhabe infrage gestellt.

Psychisch erkrankte Menschen sind ein wertvoller und auch ein aktiver Teil unserer Gesellschaft: in ihrem Beruf, in ihren Familien, in Nachbarschaften, im ehrenamtlichen Einsatz bei Vereinen und in Hilfsstrukturen, zum Beispiel als Genesungsbegleiter in der psychiatrischen Versorgung. Vielen Dank dafür, Herr Jung. Viele von ihnen bringen ihre Erfahrungen und eben auch ihre Kompetenzen sehr konstruktiv ein und leisten für uns in den Kommunen einen ganz wesentlichen und bedeutenden Beitrag.

Gesetzlich verankerte Überwachungsmaßnahmen beeinflussen das Selbstbild und auch die gesellschaftliche Teilhabe psychisch erkrankter Menschen nachweislich negativ. Die geplante neue Regelung fördert Stigmatisierung, soziale Ausgrenzung und auch einen Generalverdacht gegenüber sehr vielen Menschen, die von einer psychischen Erkrankung betroffen sind. Fachkräfte in den psychiatrischen Kliniken und in den Sozialpsychiatrischen Diensten unserer Gesundheitsämter sind langjährig ausgebildet. Sie sind fachlich qualifiziert, und sie sind sich ihrer Verantwortung im Umgang mit möglichen Gefährdungslagen auch bewusst. Sie treffen Entscheidungen auf der Grundlage von Standards, multiprofessionellen Einschätzungen und sehr sorgfältigen Risikobewertungen. Auch Ärzteschaft und psychosoziale Fachkräfte gehen verantwortungsvoll mit dieser Risikoeinschätzung um. Bereits heute gilt, dass Fachpersonen für ihre Entscheidung über die Weitergabe von Informationen zur Abwehr einer akuten Gefahrenlage wie der, über die wir hier sprechen, strafrechtlich, zivilrechtlich oder berufsrechtlich haftbar gemacht werden können.

Die jetzt geplante neue Regelung ersetzt Vertrauen in professionelle Einschätzungen durch eine gesetzlich angeordnete Meldepflicht und – auch das – verankert Misstrauen gegenüber fachlicher Kompetenz. Die existierende Rechtslage berücksichtigt bereits angemessen das Spannungsfeld zwischen ärztlicher Schweigepflicht und Schutzverantwortung. Die Weitergabe von Daten ist heute ausschließlich für klar definierte Ausnahmesituationen gestattet, in denen eine konkrete und nachvollziehbare Gefährdung vorliegt. Bloße Sorge und eine spekulative Einschätzung potenzieller Risiken genügen nicht. Die vorgesehene Neuerung eröffnet die Möglichkeit, besonders schützenswerte Patientendaten an Polizei und Ordnungsbehörden weiterzugeben. Damit droht, dass ein falsches und stigmatisierendes Bild gefestigt wird, wonach psychisch erkrankte Menschen grundsätzlich ein Sicherheitsrisiko darstellen. Tatsächlich sind sie aber viel häufiger Opfer von Gewalt als Täter.

Eine solche „präventive“ Überwachung ist nicht mit den Prinzipien eines freiheitlichen Rechtsstaats in Einklang zu bringen. Es steht außer Zweifel, dass Gewalttaten bestmöglich verhindert werden müssen. Gewalttaten sind aber multifaktoriell; sie haben viele Ursachen. Eine einseitige

Fokussierung auf psychisch Kranke als Gefahrenquelle erkennt genau diese Realität und leistet der sozialen Ausgrenzung psychisch erkrankter Menschen Vorschub. Trotz aller fachlicher Sorgfalt lässt sich das Begehen von Gewalttaten nicht mit letzter Sicherheit voraussagen, vor allem nicht über Wochen, Monate und Jahre. Die geplante Neuregelung setzt auf Kontrolle statt auf Versorgung, aber sie garantiert nicht die Verhinderung von Gewalt oder Straftaten. Sie schafft überhaupt keine realen Sicherheitsgewinne – nirgends, auch nicht im Frankfurter Bahnhofsviertel.

Ich finde, dass wir, statt Vertrauen zu zerstören und Patienten von den notwendigen Hilfen fernzuhalten, psychosoziale Versorgungsstrukturen weiter ausbauen müssen. Die Sozialpsychiatrischen Dienste in unseren Kommunen spielen da eine zentrale Rolle und müssen personell und auch strukturell gestärkt werden. Ebenso dringlich ist die flächendeckende Einführung eines psychiatrischen Krisendienstes in Hessen. Das ist zwar seit Jahren angekündigt, aber leider noch nicht umgesetzt. Das wären die Grundlagen, um tatsächlich Gewalttaten zu verhindern. – Vielen Dank.

Dr. med. Peter Tinnemann: Verehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrte Damen und Herren! Vielen Dank für die Einladung. Es ist schon ganz viel gesagt worden, deswegen werde ich es kurz und knackig halten.

Ich werde auch nur etwas zu § 28 PsychKHG sagen. Mein erster Punkt ist, psychisch kranke Menschen gehören dazu und sind ein ganz wichtiger Bestandteil unserer Gesellschaft: wertvoll, häufig ganz aktiv, so, wie wir es heute hier gesehen haben. Wir müssen von der Stigmatisierung wegkommen. So, wie der vorliegende Gesetzentwurf geschrieben ist, wird er – das haben wir schon von den Vorrednern gehört – häufig so interpretiert, dass sich bereits ganz viele Menschen Gedanken machen, was für Konsequenzen das für sie haben könnte. So, wie der vorliegende Gesetzentwurf geschrieben ist, stellt er das Vertrauen in die ärztliche Schweigepflicht, das ein zentrales therapeutisches Fundament der Behandlung ist, infrage. So, wie der vorliegende Gesetzentwurf geschrieben ist, wird dieses Vertrauen im Prinzip zerrüttet. Das darf nicht passieren; denn dadurch würden wir möglicherweise an anderer Stelle Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen von einer Behandlung und von Diagnosen fernhalten.

Ich würde gerne noch etwas zur Einschätzung der Rechtsregelung sagen. Wir haben vorhin schon von Prof. Reif etwas dazu gehört. Ich habe viele Jahre in unterschiedlichen Bundesländern im Sozialpsychiatrischen Dienst gearbeitet und habe sicherlich mehrere Hundert Zwangseinweisungen mit begleitet. Wenn Sie mit Patienten zu tun haben, über die Ihnen die Polizei oder die ärztlichen Kollegen aus den Kliniken oder aus dem ambulanten Bereich mitteilen, dass sie sehr krank sind, dass sie gewaltbereit sind, werden Sie immer mit den Sicherheitsbehörden zusammenarbeiten. Es werden kein Arzt und keine Ärztin sagen: „Wir gucken uns die mal an“, wenn sie schon die Information übermittelt bekommen haben, dass jemand möglicherweise ein Gewalttäter ist.

Das machen wir meistens im Rahmen von Amtshilfeverfahren. Da tauschen wir uns auch mit den Sicherheitsbehörden aus. Das ist dann aber ganz konkret. Sie haben eine Situation, in der Sie

eine unmittelbare Gefährdung für sich oder auch für andere haben. Diese Personen haben in der Regel auch eine medizinische Erkrankung; das übermitteln die Kolleginnen und Kollegen aus den stationären oder ambulanten Bereichen. Insofern glaube ich, dass wir in vielen Bereichen schon sehr, sehr gut mit den Sicherheitsbehörden zusammenarbeiten.

Was aber hier im Raum steht, ist ein doppelter Konjunktiv: Könnte es sein, dass wir vielleicht irgendwann in der Zukunft mit einem prognostischen Modell einschätzen können, wie die Gefährdung in Wochen, Monaten oder Jahren ist? Ich glaube, als Ärztinnen und Ärzte haben wir Schwierigkeiten, uns damit anzufreunden, zu sagen: „Lasst uns mal die Informationen aus dem stationären Bereich oder auch aus den behördlichen Bereichen übermitteln“, wenn wir gar nicht wissen, was für eine Gefahr vielleicht in mehreren Monaten oder Jahren von der Person ausgeht.

Ich glaube, ganz wichtig ist das – das ist auch schon von den Vorrednern gesagt worden –: Wir müssen über vorbeugende Behandlungskonzepte oder generell über Behandlungskonzepte im ambulanten Bereich reden, die auch von den Sozialpsychiatrischen Diensten begleitet werden können. Wir brauchen auch eine bessere intersektorale Zusammenarbeit zwischen dem stationären Bereich und den behördlichen Sektoren, um zu schauen, wie wir diesen Menschen helfen können. Im Vordergrund muss immer stehen, dass wir ihnen helfen müssen – eine medizinische Hilfe und keine unspezifische Sicherheitskontrolle, von der uns der vorliegende Gesetzentwurf nicht sagt, wie sie umgesetzt werden soll. – Danke schön.

Dr. Frank Wamser: Sehr geehrte Damen und Herren! Ich bin Vorsitzender Richter am Oberlandesgericht. Mein Senat ist zuständig für den Maßregelvollzug. Aber nicht in dieser Funktion bin ich hier, auch wenn ich in dieser Anhörung, auf der Regierungsbank sitzend, auf dem Platz meines obersten Dienstherrn, dem Justizminister, gelandet bin. Ich bin hier für den Deutschen Richterbund, der die Belange der Richter und Staatsanwälte vertritt; ich bin der Vorsitzende des Landesverbands Hessen.

Ich gehöre hier offenbar zu der Minderheit, die den Gesetzentwurf begrüßt. Ich finde, er kann als ein kleiner Mosaikstein dazu beitragen, dass die Welt ein ganz klein wenig sicherer wird. In meinen Ausführungen will ich mich auf den Täterschutz konzentrieren. Als Strafrichter haben wir immer im Blick, was wir mit den Tätern machen. Wir haben natürlich auch das Opfer im Blick – das ist ganz klar –, aber letztendlich entscheiden wir darüber, was mit den Tätern passiert. Deswegen will ich hier den Täterschutz in den Fokus nehmen und darauf hinweisen, dass die vorgesehene Regelung einen kleinen Beitrag dazu leisten kann, dass psychisch Kranke nicht strafbar werden oder nicht erneut strafbar werden.

Sie alle wissen, dass es, wenn ein psychisch Kranker strafbar wird, sehr gravierende Folgen haben kann, je nachdem, in welchem Umfang die Einsichts- und Steuerungsfähigkeit gegeben war oder nicht. Wenn sie vermindert oder gar ausgeschlossen war, droht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus. Wenn man vom Gericht aufgrund einer Straftat zwangsweise in ein psychiatrisches Krankenhaus eingewiesen wurde, bedeutet das, dass man in seiner

Fortbewegungsfreiheit, aber auch in seiner allgemeinen Handlungsfreiheit in ganz, ganz vielen Punkten eingeschränkt ist.

Vor allen Dingen bedeutet es, man kommt aus der Forensik, aus der zwangsweisen, gerichtlich angeordneten Unterbringung nach einer Straftat, nur dann heraus, wenn es verantwortet werden kann, wenn also davon ausgegangen werden kann, dass keine erheblichen Straftaten mehr begangen werden. Da gibt es ein abgestuftes System nach der Verweildauer innerhalb der Forensik: Je länger ein Straftäter in der Forensik verweilt, desto höher werden die Anforderungen an seine weitere Verweildauer. Aber immer geht es um die Prognose, dass von ihm keine erheblichen Straftaten mehr begangen werden. Sonst bleibt er in der Forensik.

Zusammengefasst kann ich also sagen. Psychisch Kranken kann dadurch – ein solches Gesetz ist vielleicht ein kleiner Beitrag dazu – geholfen werden, nicht straffällig zu werden; denn wenn man straffällig wird, droht eben die Unterbringung. Nicht zu vergessen ist auch die seelische Belastung, unter der psychisch Kranke leiden, wenn sie eine schwere Straftat begangen haben, etwa einen anderen verletzt oder getötet haben. Die ist natürlich ganz erheblich.

Dann will ich noch etwas zur Notwendigkeit der Prognoseentscheidung sagen. Die Notwendigkeit von Prognoseentscheidungen bei psychisch Kranken: Das ist unser tägliches Brot im Senat. Das kennen wir selbstverständlich auch bei den Entlassungen, sei es auf Bewährung oder endgültig, wenn das verantwortet werden kann, wenn man also davon ausgehen kann, dass der Untergebrachte keine erheblichen Straftaten begehen wird. Für diese Prognoseentscheidung gibt es eine umfangreiche Rechtsprechung. An den Gerichten können wir damit umgehen. Wir wissen auch, wie schwierig es für die Ärzte ist, eine Prognoseentscheidung zu treffen. Da ist von den Gerichten jetzt also wenig Strenge zu erwarten.

Allerdings sehen das die Gerichte immer etwas entspannter als der Psychiater, der konkret handelt. Das sehe ich auch. Deswegen würde die Formulierung, die Herr Prof. Reif jetzt vorgeschlagen hat – unmittelbar, konkret, schwere Straftat –, vielleicht noch etwas deutlicher machen, worum es geht. In der Sache geht es auch bei dem Gesetzentwurf selbstverständlich nur um einen relativ kurzen Zeitraum. Man kann für die nächsten zwei, drei Jahre keine Prognose abgeben. Es geht um schwere Straftaten; es geht um konkrete Straftaten. Dass man das, vielleicht auch zur Beruhigung und als Rechtslinie für die Psychiater, so in den Gesetzestext aufnimmt, erscheint mir durchaus sinnvoll. So viel von meiner Seite. – Vielen Dank.

Jens Mohrherr: Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete! Ich nehme in meinen Ausführungen Bezug auf die erste Runde, verweise auf unsere schriftliche Stellungnahme und beschreibe einmal – da bin ich dem Polizeipräsidenten Müller sehr dankbar –, wie die Polizei agiert, wenn dieses Gesetz umgesetzt wird: mit Mehrbelastung und ohne strukturelle Begleitung. Die Polizei muss die Gesetze umsetzen; sofern sie rechtmäßig erlassen werden, sind es eben Gesetze.

Wir haben in der ersten Fragerunde gehört, dass auch Prof. Roßnagel Bedenken hat, was die Daten, die Erforderlichkeit und die Zweckmäßigkeit anbelangt. Wir sehen, konkret, Unklarheiten

im Hinblick darauf, wer genau gemeldet werden soll. Wir haben immer noch nicht gehört, dass es dafür eine Lösung gibt. Wir gehen davon aus – so wurde es auch in der ersten Fragerunde gesagt –, dass gegebenenfalls präventiv mehr Daten gemeldet werden, als erforderlich ist. Ich teile nicht die Einschätzung, dass es sich nur um wenige Einzelfälle handelt. Deswegen sind die interdisziplinären Runden zwischen der Polizei und den fachmedizinischen Bereichen – das ist mein Terminus dafür, das müssen Sie entschuldigen – eine erforderliche Maßnahme. Das würden wir uns wünschen.

Wir haben gehört, dass in Kliniken und Kommunen Ressourcen fehlen. Dass durch ein solches Gesetz die Gefahr der Stigmatisierung entsteht, weise ich für die Kolleginnen und Kollegen der Polizei und für mich erst einmal zurück; denn wir müssen, wie ich es eingangs gesagt habe, die Gesetze umsetzen und sind nicht diejenigen, die sozusagen die Daten holen. Vielmehr müssen wir sie verarbeiten, wenn das Gesetz es uns auflegt. Prof. Dr. Reif, Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Frankfurt, der auch die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde vertritt, hat heute Morgen in der ersten Runde auch gesagt, dass es weniger um Meldepflichten, sondern eher um eine konsequente Nutzung bestehender rechtlicher Möglichkeiten inklusive Ausnahmen von der ärztlichen Schweigepflicht geht. Das teilen wir uneingeschränkt. Weitere Fragen ergeben sich vielleicht noch im Laufe der Runde.

Noch einmal: Die beste Prävention ist die Investition in das Personal. Das gilt für beide Seiten, für die Polizei und für die fachmedizinischen Bereiche. Damit will ich es erst einmal bewenden lassen. – Vielen Dank.

Vorsitzende: Vielen Dank. – Wir haben nun die Vorträge des zweiten Block abgeschlossen. Ich eröffne die Aussprache und gebe Herrn Bocklet, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, das Wort.

Erste Fragerunde

Abgeordneter **Marcus Bocklet:** Ich habe eine Frage an Herrn Müller und an den Gewerkschaftsvertreter. Herr Müller, die Fragen, die Herr Prof. Roßnagel aufgeworfen hat, stellen sich natürlich auch uns: Wo rufe ich bei der Polizei an und sage das, oder wem schreibe ich, dass Herr Mustermann jetzt entlassen wird? Wer hat dann bei Ihnen Einsicht in diese Daten? Wo werden die Daten hinterlegt? Wenn das nur im Polizeipräsidium Frankfurt ist, in dem hübschen neuen Gebäude, wie erfährt es das Polizeirevier im Stadtteil X, wo der Mann dann lebt?

Das Bild, das ich vor mir sehe, enthält auch die Gefährderansprache. Aber was können Sie noch machen, außer in interdisziplinären Runden eine Fallberatung durchzuführen? Was macht die Polizei noch mehr, wenn sie das weiß? Es ist nicht so, dass Sie sonst in Badeschlappen und Badehose zu Einsätzen fahren, sondern Sie sind immer mit Schutzweste und Dienstwaffe

ausgerüstet. Und wenn Sie wissen, es gibt irgendeinen Vorfall, fahren Ihre Polizisten immer in absoluter Schutzausrüstung. Was wird anders gemacht, wenn Sie so etwas wissen?

Noch einmal: Planen Sie, bei solchen Menschen, die Ihnen bekannt ist, einen Streifenwagen vor die Tür zu stellen, oder planen Sie, öfter dorthin zu gehen und denen zu sagen, wo es langgeht? Glauben Sie, dass das ohne personellen Zuwachs geht? Aber die Datenfrage ist von erheblicher Bedeutung: Wem stehen alle diese Daten zur Verfügung, und wo werden sie hinterlegt?

Abgeordnete **Kathrin Anders**: Vielen Dank für Ihre Stellungnahmen. Auch ich habe ein paar Nachfragen. Zunächst habe ich eine Frage an den Vorsitzenden des Landesverbands Hessen des Deutschen Richterbundes, Herrn Dr. Wamser. Vielleicht können Sie den Unterschied zwischen Forensik, Psychiatrie und Maßregelvollzug noch einmal darstellen. Da gibt es durchaus unterschiedliche Grundlagen. Wie die Dezernentin für Gesundheit und Soziales der Stadt Frankfurt, Frau Voith, so schön gesagt hat, ist das Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz zunächst einmal ein Hilfegesetz, das Menschen mit psychischen Erkrankungen helfen soll. Dagegen setzen meines Wissens der Maßregelvollzug und auch die Forensik Straftaten voraus. Vielleicht können Sie darauf ein bisschen näher eingehen.

Herr Dr. Wamser, zudem würde ich von Ihnen gern Folgendes wissen: Wir haben in der ersten Runde gehört, dass es im Hinblick auf die potenzielle Gewalttätigkeit von Menschen mit psychischen Erkrankungen durchaus unterschiedliche Prognosen und Einschätzungen gibt und dass anscheinend nicht nur große Unterschiede zwischen den Gerichten bestehen, sondern dass das auch von dem jeweiligen Richter abhängig ist. Was bräuchte es also an Klarheit in den Gesetzen, um hier tatsächlich eine Vereinheitlichung zu schaffen, um vielleicht auch Ärztinnen und Ärzte zu schützen? Aus meiner Sicht verführt nämlich gerade der Konjunktiv, der in dem entsprechenden Satz des Gesetzentwurfs verwendet wird, die Ärztinnen und Ärzte dazu, deutlich mehr Menschen zu melden, um sich selbst abzusichern. Dazu würde mich auch die Meinung von Herrn Dr. Tinemann interessieren.

An den Vertreter der Polizei, Herrn Polizeipräsident Müller, aber auch an den Vertreter der Gewerkschaft der Polizei gerichtet: Ich wüsste gern, wie eine Gefährderansprache aussieht. Sie haben das als eine Möglichkeit genannt. Ich möchte darauf hinweisen, dass in fast allen Stellungnahmen von Psychiaterinnen und Psychiatern, von Fachkräften, die mit betroffenen Menschen arbeiten, davon gesprochen wurde, dass eine Gefährderansprache durch die Polizei weder dem Betroffenen hilft noch eine Straftat verhindern wird. Das können Sie überall nachlesen. Von daher würde mich jetzt interessieren, wie das bei Menschen aussieht, die gar noch gar keine Straftat begangen haben, die aufgrund des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes in einer Psychiatrie waren – was diese Menschen dann automatisch zu Gefährdern macht.

Da sie aus Frankfurt ist und das Gesetz explizit darauf abzielt, die Lage im Frankfurter Bahnhofsviertel zu verbessern, habe ich auch noch eine Frage an Frau Voith: Was wird besser im Bahnhofsviertel, wenn das Gesetz so, mit diesen zwei Paragraphen, in Kraft tritt?

Abgeordneter **Volker Richter**: Vielen Dank an die Anzuhörenden. Ich habe einige Fragen. Die erste Frage geht an Herrn Jung. Sie haben vorhin sehr eindrücklich geschildert, was in Ihnen vorgegangen ist. Mich würde interessieren, was angesichts Ihrer Erfahrungen der erste Gedanke war, als Sie diese Gesetzesvorlage gelesen haben, und was Ihrer Auffassung nach mit Menschen, die eine ähnliche Erfahrung haben wie Sie, geschieht, wenn sie das lesen. Das bezieht sich vor allen Dingen auf das, was wir in der ersten Runde besprochen haben: das Vertrauen zum Arzt. Mich würde, weil Sie ein persönlich Betroffener sind, interessieren, was das in Ihnen auslöst.

Eine Frage habe ich an Herrn Müller. Wir gehen einmal davon aus, dass diese Gesetzesvorlage so, wie sie jetzt formuliert ist, umgesetzt wird: Was würde Ihrer Meinung nach bei der Polizei geschehen? Welche Veränderungen würden eintreten, wenn es dort mehr Informationen gäbe als die, die Sie, wie Sie eben geschildert haben, jetzt schon haben? Sie haben bereits eine Vielzahl an Informationen. Führt das bei der Polizei nicht irgendwann zu einer gewissen Übersättigung an Informationen, sodass ein Polizist, der sich im täglichen Leben um vieles zu kümmern hat, dort überhaupt nicht mehr hinterherkommt? Wie geht man mit so etwas um?

Dann würde mich interessieren, ob aus Ihrer Sicht ein solches Gesetz effektiv für den Opferschutz ist. Sie haben vorhin zu Recht gesagt, in der ersten Runde hätten wir zu wenig von den Opfern gesprochen. Ein solches Gesetz ist aus Sicht der Polizei selbstverständlich nur dann sinnvoll, wenn die Opfer tatsächlich geschützt werden. Wenn auf der einen Seite Menschen, die psychisch erkrankt sind, riesengroße Probleme hätten und es auf der anderen Seite dem Opferschutz nicht dienlich wäre, wäre das Gesetz schlicht und einfach nutzlos.

Dann haben Sie den Einsatz der Fußfessel erwähnt. Wenn ich richtig informiert bin – korrigieren Sie mich, wenn ich es nicht bin –, setzt ihr Einsatz immer einen richterlichen Beschluss voraus. In der ersten Runde ist geschildert worden, dass ein Psychiater oft vor dem Problem steht, dass ein Richter nicht dem gefolgt ist, was er wollte. Damit steht der Psychiater ganz alleine vor einem riesengroßen Problem, das die Polizei auch mit einer Fußfessel in keiner Form lösen kann. Ich weiß jetzt auch nicht, wie man diese Diskrepanz auflösen kann.

Abgeordneter **Gerhard Bärsch**: Auch von mir herzlichen Dank an die Anzuhörenden für die Stellungnahmen. Ich habe auch noch einige Nachfragen. Zunächst habe ich eine Frage an Herrn Dr. Wamser. Vor dem Hintergrund der bisherigen Ausführungen, auch den Ausführungen in der ersten Runde, würde mich interessieren, ob Sie als Jurist und Richter den vorliegenden Gesetzentwurf für hinreichend konkret und bestimmt halten. Oder würden auch Sie hier – Sie haben schon angedeutet, dass das eventuell sinnvoll sein könnte – eine Präzisierung befürworten? Oder sagen Sie, das wäre in dieser Form bereits ausreichend?

Dann habe ich eine Frage an alle Anzuhörenden. Es ist in den Stellungnahmen vielfach angeklungen, dass in dem vorliegenden Gesetzentwurf der Kreis der Personen, die gegebenenfalls gemeldet werden müssten, relativ weit gefasst werden kann. Da stellt sich die Frage, ob bei diesen Personen, die nie straffällig geworden sind und auch in dem Sinne kein delinquentes

Verhalten gezeigt haben, Kontakte zur Polizei vielleicht sogar den Krankheitsverlauf verschlimmern oder gewisse Symptome verstärken können.

Herr Müller, mein Kollege hat es eben angesprochen: Sie haben, wie ich finde, völlig zu Recht auf den Schutz potenzieller Opfer hingewiesen. Da würde mich interessieren, welche konkreten Möglichkeiten, die Sie jetzt nicht haben, Ihnen dieser Gesetzentwurf eröffnen würde. Ich stelle es mir nämlich laienhaft so vor, dass es da gewisse Grenzen des Möglichen gibt, allein schon wegen des Datenschutzes. Wenn es beispielsweise darum geht, dass sich ein potenzieller Vergewaltiger in der Nachbarschaft befindet, wie können Sie mögliche Opfer vor ihm warnen oder sie schützen? Mich würde interessieren, wie sich der Gesetzesentwurf hier auswirken könnte.

Abgeordneter **Yanki Pürsün**: Die erste Frage geht an Herrn Landesvorsitzenden Dr. Wamser. Wenn ich die Ausführungen in der ersten Runde richtig verstanden habe, geht es, vielleicht nicht ausschließlich, aber hauptsächlich, um Fälle, die von medizinischer Seite so eingeschätzt werden, dass man sie lieber dabeihalten möchte, während von richterlicher Seite die Entscheidung getroffen wird, sie zu entlassen. Wie sind denn da die Praxis und die Rechtslage? Erfährt die Polizei von der Justiz nicht automatisch oder auf dem Dienstweg von dieser Situation? Hängt es irgendwie mit der Unabhängigkeit der Justiz zusammen, dass die Polizei nichts davon erfährt? Wie sind da die Kommunikation oder die Kommunikationsmöglichkeiten?

Dann habe ich eine Frage an Herrn Landesvorsitzenden Mohrherr. Es wurde gesagt, wenn das Gesetz käme, müsste die Polizei es umsetzen. Wie sinnvoll ist es überhaupt, sowohl dem Ordnungsamt als auch der Polizei eine Meldung zu machen? Führt das nicht dazu, dass die beiden sich dann entweder aufeinander verlassen oder miteinander kommunizieren müssen, was sie da machen? Wie sinnvoll ist das?

Eine weitere Frage geht an Herrn Amtsleiter Dr. Tinnemann. In der vorherigen Runde ging es darum, dass man heute im Prinzip alles, was man für relevant hält, melden kann, während man es künftig melden müsste. Würden Sie davon ausgehen, dass alles, was dann zusätzlich gemeldet wird, auch sinnvoll ist? Oder würden Sie auch davon ausgehen, dass es dann – wie haben wir es genannt? – Meldungen zum Selbstschutz gäbe, dass also vielleicht die Rechtsabteilung eines Hauses sagt: „Wir melden besser alles, bevor wir irgendwie in Regress genommen werden“? Gehen Sie davon aus, dass, wenn wir eine Meldepflicht haben, jede zusätzliche Meldung sinnvoll ist?

Herr Polizeipräsident, die meisten Fragen gehen leider an Sie. Wie viele Meldungen, schätzen Sie, würden Sie dann bekommen? Es steht die Aussage im Raum, es geht eigentlich nur um wenige Menschen. Aber man kann sich nicht sicher sein, dass man dann exakt die richtigen Meldungen bekommt.

Zu diesem Personenkreis – das hatten wir auch in der ersten Runde –: Was davon ist Ihnen eigentlich unbekannt? Wenn es eine Fremdgefährdung gab, die zu einer Einweisung oder zu einem Aufenthalt in der Psychiatrie geführt hat, müsste der Polizei das bekannt sein. Auch da ist die Frage – im Prinzip die gleiche wie an Herrn Mohrherr –: Wie sinnvoll ist es, dann auch noch

das Ordnungsamt damit zu befassen? In § 28 Absatz 4 des Gesetzentwurfs steht, dass Sie die notwendige Information für eine Gefährdungseinschätzung bekommen sollen. Es ist nicht definiert, was die notwendigen Informationen sind. Ich verstehe es so, dass Sie dann die Gefährdungseinschätzung selbst vornehmen, ohne dass ein Mediziner anwesend ist. Ist es nicht sinnvoller, das nicht über – so sage ich es jetzt einmal – anonyme Meldungen zu machen, sondern über Fallkonferenzen, bei denen sich alle Beteiligten zusammensetzen und sich, interdisziplinär und auf ihre Kompetenz gestützt, zu dieser konkreten Person austauschen?

Abgeordneter **Dr. Ralf-Norbert Bartelt**: Die ersten beiden Fragen gehen an Herrn Polizeipräsidenten Müller – Stichwort: Lageeinschätzung. Meine erste Frage ist: Ist eine Meldung für den Polizisten vor Ort nicht sinnvoll oder sogar eine zwingende Voraussetzung, um bei den täglichen Fällen von Eskalation und Gewalt eine Lage richtig einzuschätzen? Aus unserer Sicht, also aus der Sicht der Einbringer des Gesetzentwurfs, wäre es, wenn es eine Schlägerei auf der Straße, in einer Gaststätte oder in einer sonstigen Einrichtung gibt, durchaus hilfreich, zu wissen, dass hier eine psychische Erkrankung mit Fremdgefährdung vorlag, die kürzlich zu einer stationären Behandlung geführt hat; denn dann kann man sowohl den Menschen davor bewahren, weitere Straftaten zu begehen, als auch die Gemeinschaft schützen. Welchen Sinn hat also eine Meldung bei der Lageeinschätzung?

Die zweite Frage ist: Sie haben in Ihrer Stellungnahme die Fallkonferenzen, die interdisziplinäre Arbeit, positiv hervorgehoben. Das setzt natürlich auch voraus, dass die Polizei entsprechende Fälle zur Sprache bringen kann, wenn sie es denn möchte. Wäre dieses Gesetz insofern sinnvoll, als dadurch die Fallkonferenzen erweitert werden und auch eine stärkere Wirkung entfalten würden?

Die dritte Frage geht an Frau Martin. Sie haben Ihr Amt, die Zusammensetzung und auch Ihre für die Betroffenen positive Tätigkeit beschrieben, haben aber, soweit ich Sie verstanden habe, auch gesagt, dass zum Beispiel die Organisation von psychischen Krisendiensten durch Sie nicht ganz geleistet werden kann. Was müsste zusätzlich geschehen, damit das durch Sie geleistet und eingeleitet werden könnte? Das würde schließlich unser Ziel sein.

Die vierte Frage geht an Frau Stadträtin Voitl. Sie haben sich engagiert dagegen gewandt – darüber besteht in diesem Haus auch Konsens –, dass ein Generalverdacht gegen psychisch erkrankte Menschen geschaffen wird. Ich glaube, in der bisherigen Diskussion – Sie haben sie verfolgt – ist von allen Beteiligten zum Ausdruck gebracht worden, dass das nicht die Intention ist. Wir haben alle deutlich gesagt, wie wir das sehen. Wenn nun aber in speziellen Fällen – Fremdgefährdung bei der Einweisung – nach dem Urteil des Arztes eine Fremdgefährdung nach der Entlassung des Patienten vorhanden ist, stehen Sie dann einer solchen Meldung immer noch sehr skeptisch gegenüber? Wenn Sie diese kleine Menge an Menschen betrachten, sind Sie dann immer noch der Meinung, auch die sollten den Ordnungsbehörden oder der Polizei nicht gemeldet werden?

In dem Zusammenhang: Sie haben auch die Bedeutung der psychiatrischen Krisendienste hervorgehoben und darauf hingewiesen, dass diese ausgeweitet werden müssten. Das ist auch unsere Intention. Können Sie vielleicht noch zwei, drei Sätze dazu sagen, wie sich das in den letzten Jahren entwickelt hat und was wir hinsichtlich Ausstattung und Kompetenz gemeinsam tun könnten, damit wir über diese psychiatrischen Krisendienste in akuten Fällen einen Hilfsdienst organisieren können, sodass nicht jeder „Fall“ gleich im Krankenhaus landen muss?

Die letzte Frage geht an Herrn Dr. Wamser vom Deutschen Richterbund. Sie bezieht sich auf die Entwicklung der von diesem kleinen Kreis psychisch erkrankter Menschen begangenen Straftaten. Ich betone es noch einmal, da immer noch sehr viele Missverständnisse vorhanden sind: Niemand will Listen erstellen. Wir wollen in begründeten Fällen einen kleinen Teil der Patienten den Ordnungsbehörden und der Polizei melden, um präventiv tätig zu sein. Wir stellen uns als Gesetzgeber vor, dass nicht jeder gleich eine schwerwiegende Tat begeht, mit Körperverletzung oder gar Todesfolge, sondern dass erst „kleinere“ Straftaten zu verzeichnen sind, die eine Prävention durch Meldung sinnvoll erscheinen lassen. Könnten Sie vielleicht noch etwas dazu sagen, wie sich die Entwicklung dieser Straftäter aus Ihrer Erfahrung darstellt?

Abgeordnete **Dr. Daniela Sommer (Waldeck-Frankenberg)**: Auch von mir einen ganz herzlichen Dank für die schriftlichen und die mündlichen Stellungnahmen. Auch ich habe zunächst eine Frage an Herrn Müller. Ich habe es so verstanden, dass Sie das, was in der ersten Runde skizziert worden ist, nämlich diese einzelfallbezogenen Runden bzw. eine bessere Kooperation zwischen SPD, Ärzten, Kliniken und Polizei, also eine intersektorale Zusammenarbeit, in Einzelfällen schon machen, dass das aber besser etabliert werden muss. Habe ich Sie da richtig verstanden? Ich bin Ihnen vor allen Dingen sehr dankbar, dass Sie erläutert haben, was passiert, zum Beispiel dass Sie sich Altverfahren anschauen.

Kathrin Anders hat die Frage zu der Gefährderansprache vorweggenommen. In den Stellungnahmen anderer Anzuhörender wurde immer wieder angedeutet, es wäre schön, wenn die Menschen bei der Polizei, die diese Gefährderansprachen machen, entsprechend qualifiziert wären und sich mit psychischen Erkrankungen bzw. mit den Betroffenen ein bisschen besser auskennen würden. Die Frage ist: Ist so etwas praktikabel, ist es machbar? Gibt es das schon? Was müssten wir als Voraussetzung schaffen, um das umsetzen zu können? Das wäre schließlich für alle zuträglich.

Dann würde ich Herrn Jung gerne noch etwas fragen. Sie sprachen von Macht und auch davon, dass es zu einem Machtmissbrauch kommen kann. Auch an Sie habe ich die Frage, ob eine solche Runde, zu der man bei Einzelfallbesprechungen wirklich alle zusammenholt, den Machtmissbrauch nicht ein Stück weit verhindern kann. Es geht dann darum, sich individuelle Hilfspläne anzuschauen und herauszufinden, wer in dem System eigentlich was für die Person, die Hilfe braucht, leisten kann.

Herrn Dr. Wamser würde ich gerne Folgendes fragen: Sie haben noch einmal über die Verweildauer gesprochen und auch über Prognoseentscheidungen. Vielleicht können Sie uns einfach einmal mitnehmen. Wie findet läuft so eine Prognoseentscheidung ab? Was ist da alles integriert?

Was berücksichtigen Sie da? Da müssten auch die medizinischen Gutachten der Ärzte Berücksichtigung finden. Was nutzen Sie alles, damit so eine Prognoseentscheidung getroffen werden kann?

Abgeordnete **Claudia Ravensburg**: Meine Frage bezieht sich noch einmal auf das Thema Generalverdacht. Frau Voith, Sie haben gesagt, das Gesetz könnte zur Folge haben, dass alle psychisch Kranken unter Generalverdacht gestellt werden. Ich frage mich – das wäre meine Frage an Polizeipräsident Müller –, ob die Diskussion, die wir, ausgelöst durch die schlimmen Fälle in Hamburg und in Friedland, gerade haben, nicht viel mehr stigmatisiert und ob es nicht doch besser wäre, wir würden dieses Gesetz machen, um die Polizei in die Lage zu versetzen – zusammen mit allen Hilfsgruppen, die wir dort natürlich auch brauchen –, Informationen zu sammeln und im Zweifelsfall Gefährdungen zu verhindern. Dass wir nicht allwissend sind und nicht alles verhindern können, ist auch klar, aber vielleicht liefert das eins der notwendigen Bausteine. Ich erinnere an das Kinderschutzgesetz, bei dem wir auch gesagt haben, es gibt das Arztgeheimnis, und der einzelne Arzt darf nichts sagen, was hilft. Hinterher kam heraus, dass es, wenn viele Bausteine zusammengefügt werden, doch eine ganz andere Gefährdereinschätzung gibt und dann auch den gefährdeten Kindern geholfen werden kann.

Dann habe ich eine Frage an Herrn Wamser und auch an Herrn Müller. Wir haben vorhin von Herrn Roßnagel gehört, wir sollten bei den Daten, die dort mitgeteilt und weitergegeben werden, eine Einschränkung vornehmen. An den Vertreter der Polizei, aber auch an den Richter habe ich die Frage: Wenn Sie Gefährderkonferenzen haben, welche Daten benötigen Sie? Sind alle Fälle so klar und eindeutig, dass Sie eine Vorhersage machen können, welche Daten geliefert werden müssen? Oder ist es nicht viel besser, man führt solche Konferenzen mit den Mitarbeitern der Klinik durch, um Einzelfälle zu besprechen und den Datenschutz dadurch zu gewährleisten, dass nur die Polizisten, die es auch angeht, in diese Konferenzen einbezogen werden?

Stefan Müller: Bevor ich auf die Fragen eingehe, will ich Ihnen das Bild skizzieren, von dem ich ausgehe. Warum machen wir das hier? Warum sitzen wir hier überhaupt? Erstens. Prof. Reif hat geschildert, dass es in Frankfurt pro Jahr einige Fälle gibt, in denen die Ärzte anderer Auffassung sind als die Richter, und dass Menschen entlassen werden, bei denen die Gefahr einer Fremdgefährdung befürchtet wird. Das ist eine wesentliche Erkenntnis für mich.

Zum Zweiten haben wir einen Gesetzentwurf, zu dem ich anmerke, dass er in meinen Augen noch zu unscharf formuliert ist, was den Gefahrenverdacht und die Gefahrenschwelle angeht – all das, was wir schon erörtert haben. Das heißt, ich glaube, es ist klug, nachzubessern, damit es genau die wenigen Einzelfälle trifft, die wir auch gemeldet bekommen haben. Ich habe kein Interesse daran, dass wir von Ärzten aus Gründen des Selbstschutzes 100 oder 200 Meldungen pro Jahr – sozusagen inflationär – bekommen. Das kann nicht der Sinn eines solchen Gesetzes sein. Außerdem habe ich einen Gefahrenauftrag. Ich will Menschen schützen. Das ist meine Aufgabe.

Das vorangestellt, antworte ich auf die Frage von Herrn Bocklet. Wo rufen wir an? Wir haben in jedem Polizeipräsidium eine Stelle im Stab – das ist E 14 –, die diese Meldungen entgegennimmt. Die haben Routinen darin. Wir haben mittlerweile in jeder Behörde, in jedem Polizeipräsidium eine Stelle aufgebaut, die sich mit Bedrohungsmanagement befasst und Meldungen zu genau den Fällen entgegennimmt, die ich Ihnen eben skizziert habe.

Zurzeit bekommen wir in absoluten Ausnahmefällen die Meldungen, über die wir im Moment sprechen. Wir sprechen derzeit von anderen Meldungen. Das habe ich Ihnen skizziert. Das sind Haftentlassene, Gewalttäter, Sexualstraftäter. Es sind Menschen, die vielleicht wegen Islamismus, wegen schwerer Staatsschutzdelikte in Haft sitzen und dann entlassen werden. Es ist also, wie ich eben hörte, unser tägliches Brot, Prognoseentscheidungen zu treffen, Bewertungen vorzunehmen und, insbesondere, Menschen zu schützen und anderen zu helfen. Wir haben spezialisierte Stellen, die sich damit befassen, die bewerten. Die Fallkonferenzen sind unheimlich wichtig.

Noch einmal kurz zu den Meldungen. Was erwarte ich? Ich erwarte, dass Vor- und Nachname gemeldet werden. Zudem muss der Arzt eine Gefahreinschätzung treffen. Das heißt, er wird einen Sachverhalt mitteilen, aus dem für ihn klar ersichtlich ist, dass es eine Fremdgefahr gibt. Vielleicht hat der Mensch Gewaltfantasien und träumt davon, irgendeinen Menschen umzubringen, irgendeinen zu vergewaltigen. Das sind genau die Informationen, die wir brauchen.

Noch einmal zum Ablauf: Wir sortieren das. Wir tragen all das zusammen, was wir an Fällen haben. Herr Pürsün, wenn wir nichts haben, haben wir nichts. Wenn wir etwas haben, schauen wir es uns an: Was waren es für Opfertypen? Wann hat er es gemacht und unter welchen Rahmenbedingungen? Was für Triggerfaktoren gab es? War er alkoholisiert, war er nicht alkoholisiert, ist er immer alkoholisiert? Hat er es draußen gemacht, hat er es drinnen gemacht? Das heißt, all diese Faktoren werden herausgearbeitet.

Ich lege Wert darauf, dass wir dann Fallkonferenzen durchführen, an denen der Arzt, der die Mitteilung geschrieben hat, der Sozialpsychiatrische Dienst, die Polizei und andere Player, die Karten in dem Thema haben, teilnehmen, etwa Staatsanwälte, Richter oder Menschen aus Justizvollzugsanstalten. Daher glaube ich kaum, dass wir dann Menschen mit Schutzausrüstung irgendwohin schicken.

Wenn es um die Gefährderansprache geht: Wir haben einen zentralen polizeipsychologischen Dienst, der uns hilft, genau die richtige Dosierung zu finden bei dem, was wir mit diesem Menschen machen, der vor allen Dingen Hilfe erfahren soll. Es ist hauptsächlich die Sache der Sozialpsychiatrischen Dienste, das genau zu definieren, und wir werden einen Teufel tun, das zu konterkarieren. Wir werden uns genau abstimmen, wenn es darum geht, ob überhaupt jemand von der Polizei hinfährt und, wenn ja, wer es macht und wie er es macht. Wir haben auch eine Beratung durch unsere eigenen Psychologen, aber die Ärzte sitzen mit am Tisch.

Ich glaube nicht, dass wir dafür mehr Personal brauchen. Erstens haben wir kein Geld im Haushalt, und zweitens haben wir in der Vergangenheit genug Personal dafür bekommen. Ich glaube, es ist wichtig, dass wir diese Information bekommen, um bei den wenigen Einzelfällen, die es dann betrifft, den bestmöglichen Schutz der Bevölkerung zu gewährleisten.

Zu der Frage von Frau Anders. Die Frage nach der Gefährderansprache – wie sieht das aus? – habe ich angesprochen. Ich glaube, das habe ich abgeräumt.

Zu der Frage von Herrn Richter von der AfD, was dann passiert: Gibt es eine Übersättigung durch zu viele Daten? Nein. Wenn es in dieser Dosierung erfolgt, ist es genau richtig, und dann sehe ich auch einen Mehrwert. Welche Opfer werden geschützt? Es werden die Opfer geschützt, von denen der Betreffende träumt, die er vielleicht vergewaltigen oder töten will. Wir müssen uns den sozialen Empfangsraum angucken. Wo nimmt der Mann – oder die Frau, wenn es eine ist – seinen Wohnsitz? Wie ist das soziale Umfeld? Gibt es eine Familie, die sich um ihn kümmert? Gibt es Eltern? Gibt es einen Bruder? Gibt es eine Schwester? Was macht der Sozialpsychiatrische Dienst?

Das ist aber alles kein Hexenwerk. Bei einem Haftentlassenen, der einen Sexualmord begangen hat, ist es unser tägliches Brot, das zu bewerten – wohin geht der Mann, und wo nimmt er seine Wohnung? – und zu analysieren, welche Opfer möglicherweise in Zukunft gefährdet sind und welche Triggerfaktoren wir an der Stelle berücksichtigen müssen.

Herr Bärsch, Sie haben gefragt, ob der Personenkreis zu weit gefasst ist. Nein, unter den Rahmenbedingungen ist er nicht zu weit gefasst.

Wie ist das mit einem Vergewaltiger? Wir hatten die Situation, dass wir Menschen, die über 20 Jahre in Haft oder im Maßregelvollzug saßen und zum Teil mehrere Morde begangen haben, entlassen haben. Auch damit sind wir umgegangen. In Einzelfällen – das war vor 15 Jahren – haben wir die sogar rund um die Uhr observiert, weil wir ein total schlechtes Gefühl hatten. Wir haben aber nach drei Monaten damit aufgehört, weil es keinen Sinn ergibt. Es muss einen anderen Weg geben, einen Weg zwischen dem Entschluss, gar nichts zu machen, und einer Rund-um-die-Uhr-Observation. Da ist alles möglich. Das Ziel ist vor allen Dingen der Opferschutz. Um die Person sollten sich vor allem die Ärzte und der Sozialpsychiatrische Dienst kümmern.

Herr Pürsün, jetzt zu Ihren Fragen. Fremdgefährdung, polizeibekannt – wie sinnvoll ist die Einschaltung des Ordnungsamtes? Ich habe mir das Gesetz genau angeschaut. Wir haben in § 1 HSOG eine Aufgabenzuweisung für die Landespolizei und die Ordnungsämter. Das ist keine Befugnisnorm. Wenn Sie sich das PsychKHG anschauen, stellen Sie fest, nach § 32 – hinten, in den letzten Absätzen – ist auch die Ordnungsbehörde befugt, jemanden einem Arzt vorzustellen, damit der über die vorläufige Unterbringung entscheidet. Das heißt, der Gesetzgeber hat sich historisch schon Gedanken darüber gemacht, dass das möglicherweise ein kluger Weg ist. Mir fehlt im Moment die Fantasie, mir vorzustellen, was das Frankfurter Ordnungsamt mit dieser Meldung machen soll, zum einen wegen der Frage, ob sie überhaupt die Kompetenz haben, diesen Sachverhalt zu beurteilen. Aber ich will nicht ausschließen, dass es Sachverhalte gibt, bei denen wir auch das Ordnungsamt brauchen.

Fallkonferenzen sind sinnvoll; das habe ich mehrfach ausgeführt.

Jetzt zu den Fragen von Herrn Barthel. Ist ein Überwachungsauftrag für die Polizisten vor Ort sinnvoll? In den Fallkonferenzen sollte erarbeitet werden, welche Stelle was in ihrem eigenen

Auftrag macht. Die Polizei wird schauen, welche Maßnahmen für sie übrig bleiben, zum einen opferbezogen, zum anderen auf die Person des Gefahrenverursachers bezogen. In Einzelfällen, insbesondere bei Sexualstraftätern, haben wir in der Vergangenheit dem örtlichen Revier die Information gegeben, dass in einer Straße des Revierbereichs eine Person wohnt, bei der sie ein bisschen genauer hinschauen sollten, weil sie vielleicht dazu neigt, Frauen in Parks überfallartig zu vergewaltigen. Dann braucht das Revier genau diese Information. Von daher kann das im Einzelfall eine kluge Maßnahme sein.

Zu den Fallkonferenzen habe ich schon mehrfach ausgeführt.

(Zuruf)

– Die Stellen, die ich beschrieben habe, dieses Beratungsmanagement, werden die Entlassungsmitteilung machen. Die werden auch in die Fallkonferenzen gehen. Das, was von der Polizei letztendlich in der Breite umgesetzt wird, entspricht nur den polizeieigenen Aufträgen, die sie bekommt. Dabei greifen sie nicht auf die Daten zurück, die wir von den Ärzten bekommen haben.

Frau Sommer von der SPD: Zu den Fallkonferenzen habe ich schon mehrfach ausgeführt. Gefährderansprache: Wir lassen uns vom Zentrum für polizeipsychologische Dienste und Services beraten, und wenn sie keinen Sinn ergibt, lassen wir sie sein. Das ist völlig unstrittig.

Frau Ravensburg, Generalverdacht, ja oder nein? Wenn es Einzelfälle sind, die gemeldet werden, bedeutet das in meinen Augen keinen Generalverdacht, sondern das ist optimierter Opferschutz. Die Daten, auf die man sich beschränken kann – Bezug auf Herrn Roßnagel –: Was brauche ich denn? Ich brauche den Vornamen, den Nachnamen, das Geburtsdatum und möglicherweise eine Entlassungsadresse, wenn die bekannt ist. Der Arzt muss das schlechte Gefühl, das er hat, in Worte kleiden. Er muss die Gefahr beschreiben – wenn er die nicht sähe, würde er keine Meldung machen –, und dann werden wir uns mit ihm zusammensetzen.

(Abgeordneter Marcus Bocklet: Wer hat Datenzugriff)

Ich bedanke mich für die Fragen und hoffe, dass ich für die Polizei ein bisschen Klarheit hineinbringen konnte.

Dr. med. Anka Martin: Es wurde gefragt, warum das Ordnungsamt und die Polizei Informationen bekommen sollen. Gemäß PsychKHG ist es so, dass, wenn eine Fremd- oder Eigengefährdung vorliegt, das Ordnungsamt gerufen wird, auch ohne dass der SPDi dabei ist. Wenn das Ordnungsamt nicht mehr zuständig ist – also außerhalb der Arbeitszeit der Mitarbeiter des Ordnungsamtes –, ist die Polizei zu benachrichtigen, um die Person nach PsychKHG in ein Krankenhaus zu bringen. Deshalb braucht auch das Ordnungsamt Informationen.

Zu den Fallkonferenzen. Es wurde in der vorherigen Runde gesagt, dass wir eine gesetzliche Grundlage für die interdisziplinären Runden – die wirklich wichtig wären – brauchen, um einen echten Austausch von Daten vornehmen zu können, ohne dass diese Datenschutzbedenken immer dazwischenstehen. Wenn wir als SPDi mit den Krankenhäusern kommunizieren, gibt es

schon ein Problem. Zum Beispiel werden uns die Daten über die Erkrankung und über die Therapie nicht von jedem Krankenhaus zugänglich gemacht, sondern wir werden nur informiert, dass der betreffende Mensch entlassen wurde. Jetzt haben wir ein bisschen mehr, und es ist ein bisschen detailgenauer. Wir haben mit den Krankenhäusern abgesprochen, dass sie uns sagen, ob jemand schnell gesucht werden muss oder nicht. Es gibt Menschen, die nach dem PsychKHG eingewiesen wurden und hinterher keiner Nachsorge bedürfen. Aber es gibt auch Menschen, die wir schnell erreichen müssten. Nur wissen wir nicht, warum, und das ist nicht hilfreich. Dafür wünschen wir uns eine erweiterte Meldepflicht. Diese Meldepflicht muss aber ganz klar definiert sein: Was wird gemeldet? Was soll gemeldet werden?

Zu den Krisendiensten. Ich glaube, das ist ein Thema, mit dem sich die Landesregierung beschäftigt. Aus meiner Sicht muss bei all diesen Begriffen erst einmal eine genaue Definition erfolgen. Der psychiatrische Krisendienst sollte nicht dem SPDi gleichgestellt werden. Ein Krisendienst muss multiprofessionell besetzt sein. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde – die DGPPN – hat eine Stellungnahme herausgegeben, in der genau beschrieben ist, wie sie sich das vorstellen. Wir stimmen der Auffassung zu, dass so etwas wichtig ist. Ein Krisendienst ist kein Sorgentelefon. Notfallseelsorge können wir betreiben; das machen wir auch. In Darmstadt zum Beispiel haben wir einen Verein, der am Wochenende Hilfe am Telefon anbietet. Aber das ist nicht das, was ein psychiatrischer Krisendienst für das Land eigentlich bedeuten sollte.

Andreas Jung: Zunächst zu der Frage von Herrn Richter von der AfD. Es ist für mich immer ganz schwierig, wenn ich solche Gesetzesvorlagen lese, bei denen ich denke: Da gehörst du eigentlich nicht dazu. – Aber auf der anderen Seite steht die Frage: „Was macht das mit einem?“, und das ist nicht so ohne.

Ich hatte in meiner Stellungnahme insbesondere die Problematik der Stigmatisierung aufgegriffen. Es gibt auch so etwas wie Selbststigmatisierung, die mindestens genauso problematisch ist. Und diese Art der Berichterstattung in der Presse – die Art und Weise, wie dieses Thema aufbereitet wird – führt ganz massiv dazu, dass sich Menschen mit psychischer Erkrankung sozusagen immer irgendwie angesprochen fühlen und auch immer denken, sie sind dafür irgendwie mitverantwortlich, und das ist ein Riesenproblem.

Ich ärgere mich immer wieder, wenn ich die Zahlen lese und sehe, um wie viele Personen es geht. Sie haben es zu Recht mehrfach betont: Es geht eigentlich nur um ganz wenige Menschen. Ich will aus der Statistik der Bundespsychotherapeutenkammer zitieren, um das noch mal deutlich zu machen.

„Während in der Allgemeinbevölkerung das Risiko, ein Tötungsdelikt zu begehen, bei durchschnittlich 0,02 Prozent liegt, liegt es bei psychotisch kranken Menschen bei 0,3 Prozent. Das Risiko ist zwar deutlich erhöht, allerdings nach wie vor verschwindend gering.“

Das ist ganz wenig. Noch einmal zum Vergleich: Das Risiko, in Deutschland durch einen Unfall zu sterben, beträgt 1 zu 100. Das Risiko, durch die Gewalt eines psychisch erkrankten Menschen zu sterben, liegt bei 1 zu 1,5 Millionen.

Wenn ich mir diese Diskussionen anhöre, auch die, die wir hier zum Teil führen – wir machen das ja alle, ich gehöre auch dazu –, habe ich manchmal den Eindruck, es besteht die Gefahr, dass wir uns in einer unglaublichen Blase bewegen. Das ist nicht zu unterschätzen, und trotzdem hat sie so viel Einfluss und so viel Macht. Das ist wirklich ein Problem, und deshalb ist es wichtig – wie mehrfach betont worden ist –, diese Diskussion zu versachlichen und darauf hinzuweisen, dass es ein Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz ist. Der wichtige Punkt ist, dass wir schauen, wie wir diese Hilfen verbessern können. Darüber wurde hier auch mehrfach gesprochen.

Ich finde, Fallkonferenzen, wie sie von Frau Dr. Sommer und auch von anderen angesprochen worden sind, wären ein absoluter Fortschritt: Fallkonferenzen, bei denen wirklich unterschiedliche Berufsgruppen beteiligt sind und auch die Polizei. Vielleicht war das am Anfang bei mir etwas missverständlich, aber ich bin auch sehr dafür, die Polizei viel stärker in präventive Geschichten mit einzubinden. Das würde allerdings voraussetzen, dass die Polizei auf dem Gebiet der psychischen Erkrankungen, zumindest was Hessen betrifft – ich kenne, als Vergleich, die Ausbildung der Polizei in Hamburg –, wesentlich besser ist. Das würde auch erfordern, dass man sagt: Da wäre noch sehr viel Luft nach oben.

Ich möchte noch zu einem anderen Punkt kommen, nämlich zu den Krisendiensten. Ich arbeite in Augsburg und bin ganz viel im Bundesland Bayern unterwegs und kriege die Arbeit der Krisendienste dort mit. Wenn wir Ex-In-Kurse machen, laden wir immer die Chefin vom Krisendienst in Augsburg ein. Es ist sehr eindrucksvoll, was da geleistet wird. Das ist ganz hervorragend. Ich kenne kaum etwas Besseres an Prävention als das. Das hat einfach damit zu tun, dass man in Bayern, auch aufgrund der Organisationsform der Bezirksgemeinschaften, sehr viel kommunalisierte, sehr viel direkter arbeiten kann, als das bei uns mit den großen Trägern der Fall ist. Ich muss sagen, dass wir uns von dem, was die da zustande bringen, ganz viel abgucken können.

Ich schließe mit einem weiteren Beispiel aus Bayern. Wenn Sie in Bayern von der Polizei aufgrund einer Fremdgefährdung in die Klinik eingewiesen werden, ist es verbindlich, dass Sie, wenn Sie die Klinik verlassen können, mit der Polizei sprechen. Alle sagen, dass diese Gespräche, die mit der Polizei stattfinden, hervorragend sind. So etwas haben wir bei uns in dieser Form viel zu selten. Da wäre also viel zu machen. Ich glaube auch, dass wir das tun sollen.

Elke Voitl: Frau Abgeordnete Anders, Sie haben gefragt, was aus meiner Sicht durch die jetzt vorgeschlagenen Änderungen zum § 1 PsychKHG – den hatte ich vorher nicht erwähnt – besser wird. Jetzt werden darin Menschen mit Suchterkrankungen explizit erwähnt. Ich hatte das Gesetz schon immer so gelesen, dass die mitgedacht waren, und so haben wir das auch gehandhabt. Die Motivation, weshalb das jetzt vorne noch einmal explizit erwähnt wird, kann ich nicht erklären. Ich habe es deshalb nicht erwähnt, weil es für mich keine Relevanz hatte.

Zum § 28 PsychKHG: Dort hat es Relevanz; da sehe ich tatsächlich Verschlechterungen. Ich werde noch einmal darauf eingehen, wenn ich auf die Frage von Herrn Dr. Bartelt antworte; denn da passt es ganz gut hin, und ich schlage zwei Fliegen mit einer Klappe.

Zur Frage: Was brauchen wir? – Der Grundsatz ist: Prävention vor Intervention. Das heißt, wir müssen auf jeden Fall direkt vor Ort Präventionsmaßnahmen ergreifen, die eine Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen herbeiführen. Das Problem, das wir haben, ist, dass wir mit einem gebrochenen Arm selbstverständlich zum Arzt und ins Krankenhaus gehen. Mein Wunsch wäre, dass Menschen mit einer Depression, mit einer Psychose genauso selbstverständlich Hilfe bekommen.

Die Realität ist, dass psychiatrisch erkrankte Menschen über Jahre und Jahrzehnte unbehandelt bleiben. Das hat unterschiedliche Gründe, zum einen die Stigmatisierung oder weil sie selbst die Krankheit nicht wahrhaben wollen oder sich nicht trauen. Das hat aber auch damit zu tun, dass wir sie nicht erreichen. Deshalb ist das Ziel ist ja auch immer, die Hilfe zu den Menschen zu bringen.

Da komme ich jetzt zu der Frage: Was genau können wir tun? – Das beantwortet jetzt auch schon ein bisschen Ihre Frage, Herr Dr. Bartelt. Wir haben in Frankfurt sehr gute Erfahrungen mit den psychosozialen Krisendiensten. Wir sind rund um die Uhr erreichbar. Wir haben auch ein rund um die Uhr besetztes Telefon für suizidal gefährdete Personen; denn es hilft, wenn die Menschen rund um die Uhr jemanden erreichen und mit ihm sprechen können. Das wird von uns komplett kommunal finanziert. Das macht absolut Sinn; ich bin mir ganz sicher, dass wir auch auf diesem Weg – über diese Möglichkeit, zu telefonieren – zu jeder Tages- und Nachtzeit Menschen tatsächlich in Hilfe bringen können. Wir würden uns sehr wünschen, dass wir dabei unterstützt werden.

Wir haben inzwischen aber auch sehr gute Erfahrungen mit psychiatrischer Streetwork gemacht. Wir haben davon mehrere Facetten, zum Beispiel die Malteser, deren Ärzte inzwischen jeden Tag für zwei bis drei Stunden mit unseren Streetworkern auf die Straße gehen und direkt den Kontakt suchen. Das heißt, die Psychiater gehen raus, bleiben nicht in den Kliniken oder in den Arztpraxen, sondern sie gehen tatsächlich raus auf die Straße.

Auch damit haben wir gute Erfolge, weil wir die Menschen erreichen, und diese schaffen es dadurch, dass sie die Person, den Arzt, und dessen Gesicht schon kennen, die Schwelle einen Psychiater aufzusuchen, zu überwinden – nicht gleich beim ersten Mal auf der Straße, aber bei der zweiten, dritten oder vierten Begegnung.

Außerdem haben wir im Gesundheitsamt einen Psychiatriepfleger, der mit einem Wundversorgungskoffer in den Stadtteilen bei den Menschen, die von Obdachlosigkeit betroffen sind, unterwegs ist, der erst mal Wunden versorgt und so ins Gespräch kommt und den Weg in die Psychiatrie bahnt. Da gibt es also Ansätze, die wirklich innovativ sind. Wenn wir da weiter unterstützt werden könnten, hätten wir noch ganz viele Ideen und würden unsere Modelle auch gerne weitertragen.

Jetzt direkt zu Ihrer Frage, Herr Dr. Bartelt. Sie haben recht, wir haben die gleiche Intention. Das sage ich nicht nur, weil wir uns persönlich kennen, sondern weil ich das in Ihren Ausführungen auch so gelesen hatte. Wir haben eine unterschiedliche Einschätzung, was die Wirkung dieses Gesetz betrifft. Deshalb beantworte ich auch Ihre Frage, ob ich jetzt skeptisch bin, was meine vorherige Einschätzung betrifft, leider mit Nein; denn ich denke, dass so, wie es geplant ist – durch diese Information, die Weitergabe und auch die Sammlung von Daten –, keine Straftat verhindert wird.

Ich nenne auch ein Beispiel aus dem Bundesland Bayern, welches schon länger ein solches Gesetz hat: dieses furchtbare Attentat, das in Aschaffenburg verübt wurde. Der Mann, der das Attentat verübte, war psychiatrisch erkrankt, und er war auch gemeldet. Diese Tat hat es trotzdem nicht verhindert. Insofern sehe ich den Nutzen nicht, ich sehe aber den Schaden; denn es stigmatisiert die Menschen, die erkrankt sind, einmal mehr, und diese Menschen machen, wenn sie beim Psychiater sind, nicht die formale Unterscheidung, wer mit diesem § 28 gemeint ist, sondern die spüren das tatsächlich insgesamt so. Selbst wenn wir das hundert- oder hunderttausendmal erklären, wird das so nicht ankommen, und ich will alles tun, damit Menschen, die so psychiatrisch erkrankt sind, auch Hilfe bekommen.

Ich wollte noch etwas zur Situation in Frankfurt sagen oder dazu, was wirklich unser Problem ist. Wenn Sie mich fragen würden: Das Problem ist – das wurde schon mehrfach erwähnt, auch von Prof. Reif, und das erleben wir wirklich jeden Tag –, dass unsere Eilanträge auf zwangsweise Unterbringung in Folge und in großer Anzahl abgelehnt werden. Das umfasst die Meldungen, die die Ärzte machen, aber auch die aus unseren Einrichtungen, zum Beispiel aus den Straßenambulanzen oder aus den Krankenzimmern für obdachlose Menschen, die wir auch haben.

Wir stellen regelhaft Eilanträge, und so gut wie nie wird bewilligt, dass ein Mensch tatsächlich untergebracht wird. Das wird uns aber helfen; denn die Ärzte, das Personal in den Kliniken, aber auch die Sozialarbeitenden können einschätzen, ob von einem Erkrankten eine Gefahr ausgeht. Und die melden das auch; die hören nicht auf damit. Ich sage auch immer: Bitte hört nicht auf, diese Meldungen zu machen, und wenn es nur ist, um euch selbst abzusichern. – Aber es ist eben extrem frustrierend, wenn in 90 % der Fälle die gemeldeten Menschen nach zwei Stunden wieder vor der Tür stehen. Das ist eigentlich mein Kernproblem.

Dr. med. Peter Tinnemann: Ich würde gerne einmal kurz die Diskussion bzw. die Fragen ein wenig sortieren, weil mein Eindruck ist, dass es ein bisschen durcheinandergesungen ist. Wir reden bei der Gesetzesänderung nicht unbedingt darüber, wer ins Krankenhaus oder in die Behandlung gehört, sondern wir reden eigentlich darüber, was nach dem Krankenhaus passiert, also nach der stationären Behandlung. Ich glaube, wir sind uns alle ziemlich einig, dass man Menschen, die schwer krank sind, die dann noch gewalttätig sind, nicht einfach so auf der Straße haben möchte. Das will ja keiner. Dass das dadurch gelöst werden kann, dass es irgendwo eine Liste gibt, auf der die dann aufgeführt werden, ist eine unrealistische Vorstellung, und ich glaube, es ist allen relativ klar, dass das nicht so funktionieren kann. Insbesondere dass – wie Herr Müller

schildert – die Polizei zum Teil Wochen und Monate einzelnen Personen hinterherläuft, weil die irgendwie gefährdet sein oder gefährden könnten, kann ja keine Lösung sein.

Also müssen wir uns doch eigentlich ganz spezifisch – ich hoffe, das adressiert ein paar von Ihren Fragen – darüber Gedanken machen: Wie kommen wir dahin, dass die Menschen, die schwer krank sind – diese Menschen sind krank, das sind Patienten, das sind nicht primär Kriminelle, auch wenn sie Gewalttaten begehen –, auch die entsprechende Behandlung bekommen? Darum geht es doch.

Ich glaube, es ist auch ein offenes Geheimnis, dass die Frankfurter Richterschaft, die diese Beschlüsse fasst, sehr, sehr heterogen in ihrer Interpretation ist – so würde ich würde das mal diplomatisch ausdrücken. Die einen lassen alle sofort laufen und folgen keinem ärztlichen Rat, und andere folgen dem ärztlichen Rat und versuchen auch, eine vernünftige Behandlung sicherzustellen.

Herr Kollege, vielleicht können Sie die Quadratur des Kreises auflösen, wie man mit der richterlichen Unabhängigkeit umgeht – das war ja Ihre Frage –, vor dem Hintergrund, dass wir die Verfahren gerne vereinheitlichen wollen. Das passt ja nicht zusammen. Es ist schön, dass Richter unabhängig entscheiden, aber es kann ja nicht sein, dass jeder macht, was er will. So würde ich das als Arzt ausdrücken.

Dann komme ich zu der Frage nach der Sinnhaftigkeit der Vielzahl der Meldungen. Da frage ich einfach einmal zurück: Wie totgeschlagen muss denn jemand sein, oder wie gewalttätig muss denn jemand sein, dass gemeldet werden muss? – Ich würde mir vom Gesetzgeber erwarten, da nicht so schwammig zu formulieren. Als Ärzte sind wir gewöhnt, zu sagen: 500 Milligramm dreimal am Tag für fünf Tage. – Das ist eine ganz klare Ansage. Juristen denken eher: Die richtige Dosis für die richtige Dauer, möglichst so, dass sie keine Symptome mehr haben. – Das ist eine andere Herangehensweise. Vom Gesetzgeber würde ich erwarten, dass er mir einen relativ klaren Rahmen, an dem ich mich orientieren kann, gibt oder zumindest Auslegungshinweise, die mir helfen, zu interpretieren, was er eigentlich damit meint.

Dann zur Frage der Fallkonferenzen und der Gefährderansprachen: Ich würde gleich mit Herrn Müller in Klausur gehen, aber ich gehe davon aus, dass die Polizei einen Menschen, der sehr, sehr schwer krank und sehr, sehr gewalttätig ist, in der Regel eigentlich schon kennt. Diese Personen fallen ja nicht vom Himmel. Dass die Ärzte, die sich um die Behandlung kümmern, diese Personen dann noch einmal der Polizei melden müssen, passt damit nicht zusammen.

Ich glaube aber, über die Fragen, wie man vernünftige Fallkonferenzen machen und einen besseren Austausch hinkriegen kann, müssen wir nachdenken. Das betrifft zum Beispiel Situationen, wo wir ausreichende Informationen zu einer Gefährdung haben. Das war ja auch Ihr Argument aus dem Kinderschutz: Es kann nicht sein, dass unterschiedliche Institutionen verschiedene Informationen haben, die nicht zusammengebracht werden. Das dient nicht dem Wohl der Bevölkerung. Darüber müssen wir nachdenken. Beim Kinderschutz hat uns der Gesetzgeber die entsprechenden Rechtsgrundlagen gegeben, dass wir damit besser arbeiten können. Wir müssen darüber nachdenken, wie man das machen kann. Aus ärztlicher Sicht würde ich aber immer die

Einschränkung machen, dass Menschen, die krank sind, in erster Linie Patienten sind. Diese müssen eine Behandlung bekommen. Diese Menschen sind nicht in erster Linie Gewalttäter.

Gefährderansprachen sind durchaus ein probates Mittel. In unterschiedlichen Bundesländern werden sie durchgeführt. In Hessen ist das, glaube ich, noch nicht wirklich ausgerollt, auch aufgrund der unterschiedlichen Ausstattungen in den verschiedenen Gebietskörperschaften. Wie die Kollegin aus Darmstadt es gesagt hat: Nicht alle Gesundheitsämter haben Psychiaterinnen und Psychiater. Wer soll denn dann die Diagnose machen? Die haben nicht einmal Psychologen. Natürlich können auch Sozialarbeiter ganz viele Sachen beurteilen, aber die haben im Prinzip keinen ärztlichen Blick und können auch keine Diagnose stellen.

Daran müsste man gehen, und es gibt ja auch Beispiele, dass der Gesetzgeber darangeht und sagt: „Das sind die Mindeststandards, die erfüllt werden müssen“, oder: „Wir erwarten, dass es überall so etwas gibt“. Das ist vielleicht eine fromme Wunschvorstellung, weil auch Psychiater nicht einfach verfügbar sind. Aber wenn wir qualifizierte Unterstützung bieten wollen, in allen Bereichen, dann müssen wir sicherstellen, dass die Unterstützung auch da ist.

Dr. Frank Wamser: Ich beantworte die Fragen jetzt einfach der Reihe nach. Was den Unterschied zwischen Forensik und Maßregelvollzug auf der einen Seite und Psychiatrie auf der anderen Seite betrifft: Das bedeutet einfach, in die Forensik oder in den Maßregelvollzug kommt man dann, wenn man eine Straftat begangen hat, bei der eine psychische Erkrankung jedenfalls mit ursächlich war, und davon ausgegangen werden muss, dass aufgrund dieser psychischen Erkrankung von dem Täter weiterhin Straftaten begangen werden. Aus der Forensik oder dem Maßregelvollzug – das kann man jetzt durchaus synonym verwenden – herauszukommen, ist schwierig. Dazu braucht es immer eine richterliche Genehmigung und die Prognose, dass keine erheblichen Gefahren mehr von dem Betreffenden ausgehen.

Was die unterschiedlichen Entscheidungen durch die Richter angeht, muss man natürlich gucken, ob das jetzt anekdotische Evidenz ist. Man ärgert sich natürlich immer dann, wenn der Richter dem Arzt nicht folgt.

(Herr Dr. med. Peter Tinnemann: Das ist systematisch!)

– Systematisch ist das bestimmt nicht. Da gibt es auch keine Überzeugungstäter und keine Richter mit Mission. Wir Richter wissen alle, dass wir selbstverständlich ganz wesentlich auf die Einschätzung des Psychiaters angewiesen sind. Dieser hat das Fachwissen, das Know-how; er kann uns sagen, was in dem Kopf und in der Seele des Patienten vor sich geht. Wir müssen dann die restlichen Schlussfolgerungen daraus ziehen. Das müssen in der Tat wir machen. Das ist schon im Grundgesetz so angelegt: Freiheitsentziehende Maßnahmen bedürfen der richterlichen Genehmigung. Der Aufgabe müssen wir uns dann auch stellen.

Es heißt, in einzelnen Amtsgerichtsbezirken seien die Richter liberaler, in anderen nicht. Dazu muss man Folgendes sehen: Es gibt immer zwei Akteure, das sind selbstverständlich kommunizierende Röhren. Vielleicht sind auch in einigen Amtsgerichtsbezirken, gerade auf dem Land, die

Psychiater strenger und sprechen sich eher für eine Unterbringung aus, sodass die Richterschaft, die eigentlich immer konsequent einheitlich entscheidet, dann zu anderen Ergebnissen kommt als der Psychiater. Das gibt es natürlich auch.

In Frankfurt – mittlerweile in allen Bezirken – haben wir spezialisierte Betreuungsrichter, die das nicht nur so nebenbei machen, sondern eine große Expertise haben. Wenn es da irgendwelche Ausschläge nach oben oder nach unten gäbe, würde auch seitens des Dienstherrn, also von den Präsidien, reagiert werden. Ich will jetzt nicht zu sehr ins Detail gehen, ich sage nur, man kann auch jemanden wieder abziehen. Wenn man merkt, da hat irgendjemand eine Mission – in die eine oder andere Richtung – und weicht vielleicht etwas weit von der gesetzlichen Regelung ab, kann man darauf reagieren. Ansonsten gibt es auch immer noch die nächsten Instanzen. Wir haben das Landgericht als Beschwerdegericht und das Oberlandesgericht als weiteres Beschwerdegericht, die für eine Vereinheitlichung innerhalb des jeweiligen Bezirkes sorgen können.

Dann zu der Frage, ob der Gesetzestext hinreichend konkretisiert ist: Ja, ich würde schon sagen, wir können damit umgehen. Was Haftung und Verantwortung angeht, ist er hinreichend konkretisiert. Das sind ähnliche Formulierungen, wie wir sie bei Entlassungen aus der Forensik haben. Zum Datenschutz hat Prof. Roßnagel das eine oder andere gesagt. Er ist da der weitaus größere Experte.

Wie gesagt, ich kann nachvollziehen, dass sich die Psychiater eine etwas griffigere, eine etwas engere Formulierung wünschen. Das ist aber, was die Haftung angeht, jetzt nicht zwingend rechtlich geboten. Gerade bei Zwangseinweisungen ist es so: Wenn der Richter jemanden entlässt, ist der Psychiater im Grunde genommen aus der Haftung raus. Dann ist der Richter in der Haftung. Da gibt es auch kein richterliches Privileg. Bei Fehleinschätzungen sind wir in der Haftung, wenn wir nicht ordentlich ermittelt und den Sachverhalt nicht ordentlich festgestellt haben.

Was passiert, wenn jemand entlassen wird? Er fällt natürlich nicht in das Nichts. Er kommt irgendwohin, in irgendeinen sozialen Empfangsraum. In der Regel gibt es dann auch einen Betreuer, es gibt Angehörige. Von der Seite kann dann auch reagiert werden, wenn man die Entscheidung des Richters für falsch hält.

Zu der Frage, ob es eine Eskalation der Straftaten gibt – dass es zunächst mit kleineren Straftaten beginnt und wir dadurch ein Frühwarnsystem haben, dass jetzt immer schwerwiegendere Straftaten drohen –: Aus meiner Erfahrung gibt es das nicht. Das kann bei psychisch Erkrankten gleich mit einer richtig schweren Straftat beginnen. Deswegen ist die Prävention da auch so schwierig.

Zu der Frage, was wir bei Prognoseentscheidungen berücksichtigen: Bei Prognoseentscheidungen bei Entlassungen aus der Forensik ist es für uns natürlich relativ einfach, weil wir den Untergebrachten einfach lange beobachten konnten. Wir konnten Erfahrungen mit ihm sammeln. Die Psychologen und Psychiater der jeweiligen Anstalt geben dann eine Einschätzung ab. Zudem haben wir einen externen Gutachter, der eine eigene Einschätzung abgibt.

Maßgeblich sind bei uns die Überlegungen: Geht noch eine Gefahr aus von dem Untergebrachten, und wenn ja, welche Gefahr? Wie groß ist die Gefahr, und kann man die Gefahr irgendwie

in den Griff bekommen? Häufig können ja Medikamente viel helfen. Dann stellt sich die Frage der Medikamenten-Compliance. Wie geht man damit um, wenn nicht mehr jeden Tag jemand da ist, der darauf achtet, dass die Medikamente auch genommen werden? Werden diese dann gleichwohl noch genommen, oder muss man so etwas wie ein betreutes Wohnen vorsehen?

Wir können bei Personen, die in der Forensik untergebracht waren, relativ viele Auflagen erlassen, die auch sanktionsbewehrt sind, deren Einhaltung wir überwachen können, die wir durchsetzen können. Das ist der Vorteil. Wir haben hier engmaschige Überwachungsmöglichkeiten und können das auch über Bewährungshelfer kontrollieren. Zu diesen Überwachungsmöglichkeiten zählen etwa regelmäßige Vorstellung bei der Ambulanz, Suchtmittelkontrolle, regelmäßige Medikamenteneinnahme unter Aufsicht. Das können wir alles strafbewehrt anordnen und bei Verstößen dagegen sanktionieren. Es wäre schön, wenn man all diese Möglichkeiten der strafbewehrten Überwachung schon hätte, bevor eine Straftat begangen wird. Das haben wir aber nicht.

Abschließend zu der Frage: Welche Daten benötigt man für eine Fallkonferenz, für eine Gefährderbeurteilung? – Ich denke, zum einen ist es das Krankheitsbild, zum anderen auch die Vita. Was gab es da bisher für Straftaten, für Auffälligkeiten? Dann spielt für uns immer das soziale Umfeld eine ganz große Rolle. Gibt es Eltern, Geschwister, Familienangehörige, Partner? Gibt es einen festen Wohnsitz? Auch das ist selbstverständlich ein ganz großer Faktor. Je dichter das soziale Netz ist, desto weniger wahrscheinlich ist es, dass der ehemalige Untergebrachte, der nunmehr Entlassene, wieder straffällig wird. So weit von meiner Seite. – Vielen Dank.

Jens Mohrherr: Ich nutze die letzte halbe Stunde auch noch.

(Vereinzelte Heiterkeit)

– Nein, Spaß beiseite. Jetzt sind auch alle wieder aufmerksam. Sehr gut.

Frau Voittl, vielen Dank dass Sie noch einmal auf Aschaffenburg hingewiesen haben, auf die Täterstruktur und das, was passiert ist. Das ist ganz wichtig. Um es klar zu sagen – Herr Müller hat es beschrieben –: Wir rennen nicht jedem hinterher, schon gar nicht in Schutzausrüstung. Das ist Fakt.

Die Rechtskonformität der Datenerhebung ist für uns eminent wichtig. Deswegen brauchen wir KI-gestützte Formen, um Daten zu erheben, um auch rechtmäßig möglichst schnell – Herr Müller hat es ebenfalls gesagt – im Opferschutz tätig zu werden. Das ist unsere Aufgabe, und davon lebt auch das Vertrauen der Bevölkerung in uns.

Lieber Herr Polizeipräsident, ich gehe nicht mit Ihnen konform, was die Personalausstattung anbelangt. Hier, in der Herzkammer des Landeshaushaltsgesetzgebers – ich habe dieses Wort in der letzten Minute geübt –, muss ich als Vorsitzender der größten Gewerkschaft für Polizeibeschäftigte in Hessen und auch in Deutschland sagen, dass wir ein deutliches Mehr an Personal brauchen. Das werden wir aber in einem anderen Ausschuss und zu den Beratungen des

Landeshaushalts für das nächste Jahr einbringen. Das sollte nur noch einmal der Vollständigkeit halber gesagt werden.

Und ja, der föderale Polizeiaufbau in der Bundesrepublik Deutschland weckt Begehrlichkeiten. Man braucht nur den Blick nach Bayern zu richten. Es würde auch mir sehr gut gefallen, wenn wir hier das bayerische Modell hätten. Das ist auch ein Beleg dafür, dass uns das Personal ein bisschen dazu fehlt.

Summa summarum bleibt es bei unserer Kritik, die wir in der ersten Runde geäußert haben. Wir bedanken uns für die Gelegenheit zur Stellungnahme. – Vielen Dank.

Zweite Fragerunde

Abgeordnete **Kathrin Anders**: Ich habe noch zwei, drei Fragen, die sich auf Herrn Müllers Wortbeitrag beziehen. Sie haben davon gesprochen, dass es das alles schon gibt und dass das alles schon geht. Also gehe ich davon aus, dass es dafür auch eine gesetzliche Grundlage gibt. Aber so, wie ich Sie verstanden habe, wenn Sie von Straftätern – von Vergewaltigern, von schwer gewalttätigen Menschen – sprechen, sind diese Fälle woanders verortet als im Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz; denn wir reden ja immer noch von einem Hilfefgesetz und von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Wie heute schon mehrfach gesagt wurde, ist ja nur ein ganz, ganz kleiner Prozentsatz dieser Menschen wirklich gewalttätig.

Deshalb frage ich: Welche Daten müssten Sie dann kriegen? Wie sieht dann so ein Anamnese-Prozess aus? Sie haben gesagt, Sie gucken dann erst mal, ob es schon Straftaten gab. Was machen wir denn, wenn da gar nichts vorliegt? Es gibt durchaus Menschen, die aus der Psychiatrie entlassen werden und von denen eine Gefährdung ausgeht, auch wenn sie noch nirgendwo aktenkundig waren. Was würde in einem solchen Fall geschehen?

Anschließend daran die Frage: Reicht das, was jetzt in diesem Gesetz steht, aus, um interdisziplinäre Fallbesprechungen zu machen und um gemeinsam mit allen Akteuren eine Art Hilfeplan, oder was auch immer, zu erstellen, und reicht dafür tatsächlich auch das Personal, das Sie bereits haben, aus? Oder braucht es nicht doch noch ein bisschen mehr, um so eine Lageeinschätzung und eine tatsächliche Hilfe, wie es der Titel „Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz“ besagt, zu ermöglichen?

Dann hätte ich noch einmal eine Frage an Frau Dr. Anka Martin. Wie stehen Sie denn zu der Aussage – wir haben das in der ersten Runde gehört –, dass es eventuell Behandlungsaufgaben bräuchte? Ich hatte Sie so verstanden, dass Ihre Kompetenz durch die geltenden Gesetze ziemlich eingeschränkt wird.

Was bräuchten Sie noch, damit Sie besser arbeiten können? So, wie ich Sie verstanden habe, ist die Meldung, die an Sie geht, so lückenhaft oder auch so nichtssagend, dass sie eben nicht

ausreicht, um eine ordentliche Einschätzung abzugeben. Wenn Sie also schon jetzt nicht in der Lage sind, ordentliche Informationen zu bekommen, reicht diese Gesetzesänderung dann aus?

Also zum einen: Wie stehen Sie zu den ambulanten Behandlungsauflagen? Zum anderen: Was für interdisziplinäre Fallkonferenzen brauchen Sie, mit denen genau diese Einzelfälle erfasst werden, die wohl gemeint sind, wie wir heute oft gehört haben, wie es aber aus meiner Sicht nicht im Gesetzentwurf formuliert ist?

Abgeordneter **Yanki Pürsün**: Herr Müller, ich bin natürlich begeistert, von Ihnen zu hören, dass die Frankfurter Polizei personell optimal ausgestattet ist. Sie dürfen sich im Gesundheitsausschuss nicht davon blenden lassen, dass drei der Obleute Frankfurter sind. Die Mehrheit bilden in diesem Ausschuss aber Nicht-Frankfurter, und diese könnten jetzt ihre Polizeipräsidenten fragen, ob sie die gleiche Einschätzung haben wie Sie, und dann haben wir vielleicht die Situation, dass es aus deren Sicht eine andere personelle Ausstattung gibt. Von daher weiß ich nicht, ob die Aussage so noch passt, wenn da eine neue Aufgabe hinzukommt, auch mit Meldungen, die gefiltert werden müssen. Vor allen Dingen höre ich auch die Einschätzung von Herrn Mohrherr zur Aufgabenlage.

Sie haben auf § 32 HSOG verwiesen – nicht auf § 32 PsychKHG –, aber nicht auf § 28 PsychKHG. Wir sind uns einig, dass es ja nicht so gedacht ist, dass in dem Moment, in dem es ein Gerichtsurteil gibt, jemanden nicht mehr unterzubringen, die Meldung an das Ordnungsamt geht und das Ordnungsamt gleich sagt: Na ja, nach § 32 HSOG kann ich die Person sofort in Gewahrsam nehmen und in ein Krankenhaus bringen. – So ist es ja sicherlich nicht gedacht, sondern da muss man miteinander sprechen. Man kennt es aus Filmen aus Amerika – die natürlich nie die Realität abdecken –, dass Polizei und FBI aufeinandertreffen, weil sie sich nicht abgestimmt haben. So wird es nicht gedacht sein. Man muss es dem Ordnungsamt ja nicht melden. Es reicht doch, wenn die Polizei die richtigen Schlüsse daraus zieht, und wenn Amtshilfe nötig ist, kann sie sich ja des Ordnungsamtes bedienen. Aber davon, dass das Ordnungsamt hier wirklich die richtige Stelle ist, bin ich noch nicht von überzeugt.

Herr Landesvorsitzender Dr. Wamser, Sie hatten meine Frage nicht beantwortet. Ich hatte quasi die Vermutung – ich mag falsch liegen, ob es ausschließlich oder überwiegend so ist –, dass diese Meldung nach einem quasi negativ ausfallenden Gerichtsurteil erfolgen müsste. Wie sieht denn ohne diesen Gesetzentwurf die rechtliche Situation aus? Darf die Information nicht an die Polizei gehen, oder bekommt die Polizei die Information trotzdem? Gibt es da irgendwelche Wege? Oder wie ist – beteiligt ist sie vielleicht nicht – der Informationsfluss denn derzeit? Wir hatten auch schon darüber gesprochen, dass diese Personen der Polizei eigentlich schon bekannt sein müssten.

Abgeordneter **Marcus Bocklet**: Herr Polizeipräsident Müller hat, wie ich finde, sehr anschaulich dargelegt, wie sinnvoll es sein kann, wenn es Fallkonferenzen gibt, und welchen Sinn und Zweck es haben kann, wenn man so eine Meldung hat. Das habe ich verstanden.

Aber da ich in der Polizeiarbeit nicht so ganz drin bin, möchte ich noch einmal auf die Datenfrage zurückkommen. Die geschilderte Abteilung erfährt also davon, organisiert eine Fallbesprechung – das ist der Idealfall – und überlegt dann natürlich, was weiter zu tun ist. Der Datenschutzbeauftragte hat ja diese Frage explizit noch einmal gestellt: An wen sickert denn diese Information weiter durch? – Im gegebenen Fall auch zum Polizeirevier.

Und das ist Frage Nummer eins: Wer erfährt davon also alles? Wie klein oder wie groß ist der Kreis?

Zweite Frage: Wenn eine Streife unterwegs ist und den Einsatzbefehl bekommt: „Kommen Sie bitte in die Hauptstr. 38, Herr Mustermann, dort gibt es einen Aufruhr“, kann dann der Polizist irgendwo abfragen, ob der eine psychische Vorerkrankung hat? Oder wie erfährt er das? Oder erfährt er das bei dem Einsatz nicht? Also auf gut Deutsch: Gibt es irgendwo ein Register, wo man das nachsehen kann? Oder gibt es eine Informationsstelle? Muss er bei der Abteilung E 14 anrufen und fragen: „Jungs, ist der Herr Mustermann auch dabei?“ – Diese Datenfrage ist doch ein bisschen komplexer. Gestatten Sie mir deswegen die Nachfrage.

Vorsitzende: Vielen Dank. – Mir liegen keine weiteren Wortmeldungen vor. Ich habe noch einen kurzen Hinweis an die Abgeordneten. Frau Voitl, Herr Dr. Tinnemann und auch Herr Jung müssten demnächst die Sitzung verlassen. Falls es weitere Fragen an die Genannten gibt, würden wir sie noch in diese Runde mit aufnehmen. – Ich sehe, das ist nicht der Fall.

Dann sage ich Ihnen, den Anzuhörenden, ein herzliches Dankeschön. – Wir gehen somit in die Antwortrunde. Herr Polizeipräsident Müller beginnt.

Stefan Müller: Frau Anders, die Fälle, die ich beschrieben habe, stammen aus anderen Fallkonstellationen mit anderen Rechtsgrundlagen. Ich habe die Methodik beschrieben, wie wir es machen. Das war mir wichtig.

Welche Daten brauchen wir? Ich habe es schon erwähnt: Vorname, Nachname, Geburtsdatum und dann eine Beschreibung des Arztes, worin er die Gefahrensituation sieht – wie auch immer das im Gesetz letztendlich formuliert wird.

Reicht das Gesetz aus, um Fallkonferenzen zu machen? Wenn wir den Arzt einladen, und er setzt sich hin und sagt nichts, haben wir keinen Zugewinn. Dann können wir das Ganze sein lassen. Das Ganze ergibt also nur Sinn, wenn wir den Arzt aus der Klinik einladen und er sich mit uns an einen Tisch setzt und die Probleme schildert, die er mit dieser Entlassung hat. Ich gehe aber von der Gesetzessystematik her davon aus, dass, wenn wir eine Entlassungsmitteilung mit einer Gefahrenprognose bekommen, darin eingeschlossen ist, dass der Arzt dann im Gespräch auch Auskünfte gibt. Davon sollte man eigentlich ausgehen.

Reicht das Personal aus? Herr Mohr, in allen Ehren, ich habe 4.000 Mitarbeiter. Wenn wir von diesen Einzelfällen sprechen, werden wir uns mit um die kümmern. Das ist mein Anspruch an

unsere Behörde. Wenn Sie einen Polizisten fragen, wird er Ihnen immer sagen, er kann mehr Personal gebrauchen.

Herr Pürsün, Sie haben gefragt: Ist das Personal ausreichend? – Das habe ich Ihnen eben gesagt. Ich kenne die Finanzlage des Landes. Ich glaube, die Abgeordneten können alle die Frage beantworten, was da geht oder was da nicht geht.

Ihre Frage nach dem Ordnungsamt: Ich habe es nicht so gemeint, dass ich davon ausgehe, dass durch das Ordnungsamt, wenn es in Zukunft die Mitteilung eines Arztes bekäme, ein Ruck ginge und dort eine große Befassung damit entstünde. Ich glaube, die Spezialisten dafür fehlen möglicherweise, und es mangelt auch an der Systematik des Vorgehens. Ich habe nur, was die Gesetzessystematik betrifft, darauf hingewiesen, dass in § 32 HSOG, wo es darum geht, jemanden zur vorläufigen Unterbringung einem Arzt vorzustellen, auch die Ordnungsbehörden erwähnt sind. Also würde es von der Gesetzessystematik her Sinn ergeben, auch bei einer Entlassungsmitteilung die Ordnungsbehörden zu informieren; schließlich hat sich der Gesetzgeber sicherlich Gedanken darüber gemacht, warum die Ordnungsbehörden jemanden vorstellen können. Ich darf daran erinnern, dass die Stadtpolizei im Stadtgebiet auf Streife fährt. Und wenn sie jemanden antrifft, der durch sein besonderes Verhalten möglicherweise Verdachtsmomente in diese Richtung aufweist, dann sind sie befugt, genau das zu tun. – So viel an der Stelle.

Herr Bocklet, Sie haben eine Frage zu den Daten gestellt. Den Dateneingang habe ich Ihnen beschrieben. Die Kollegen dieser Spezialdienststelle würden dann in die Fallkonferenzen gehen. Natürlich macht es nur Sinn, dass sie in unserem Vorgangsbearbeitungssystem einen Vorgang anlegen, wenn wir wissen, welche Maßnahmen wir als Polizei ergreifen wollen. Das wird vermutlich ein sogenannter Gefahrenabwehrvorgang sein oder bei Personen, zu denen wir gar nichts haben, auch ein SPH-Vorgang – das ist jetzt eine Fachbezeichnung –, damit dann, wenn einer die Person abfragt, auch dieser Hinweis kommt. Ansonsten macht das keinen Sinn. Da sind nicht die Gesundheitsdaten hinterlegt, wohl aber die Gefahrenprognose.

Im Übrigen gibt es in unserem Datensystem auch den personenbezogenen Hinweis „Psychische und Verhaltensstörung“. Das ist eine Konvention, die wir laut BKA-Gesetz haben. Personen bekommen dann diesen Hinweis, wenn wir beispielsweise Fälle zu ihnen haben, etwa wenn sie eine Körperverletzung begangen haben, es ein ärztliches Gutachten oder ein Attest über eine psychische Erkrankung gibt und es festgestellt wurde, dass sie eine Gefahr für sich selbst oder für andere darstellen. Wenn es ein solches Gutachten oder ein solches Attest gibt, haben wir diesen personenbezogenen Hinweis in unserem System, sodass auch der Kollege oder die Kollegin sofort den Hinweis hat: Obacht, hier haben wir ein Problem.

Dr. med. Anka Martin: Zu der Frage, ob aus Sicht des SPDi Behandlungsaufgaben gut wären. Der SPDi arbeitet vorzugsweise auf freiwilliger Basis. Nur nach § 5 PsychKHG kann der SPD gegen den Willen einer Person Maßnahmen ergreifen. Ich würde vorschlagen, dass, wenn das PsychKHG noch einmal überarbeitet wird, § 5 auf seine Praktikabilität und die Konsequenzen, die er letztendlich hat, durchleuchtet wird oder darauf, wie gut er sein kann. Das ist eine gute

Idee, aber wir haben nicht, wie in der Forensik, Bewährungshelfer oder Überwacher. Das können wir nicht leisten. Wenn es da zu einem Verstoß kommt, hat es auch eine Konsequenz. Bei Behandlungsaufgaben hätte es für den SPD keine Konsequenz.

Sie haben gefragt, was der Wunsch des SPD wäre: welche Wünsche wir gern erfüllt hätten, damit wir die nachgehende Hilfe besser anbieten können. Ich hatte gesagt, wir wünschen uns erstens, dass es präzisiert wird, welche Daten aus den Krankenhäusern an uns übermittelt werden, und dass diesen Daten nicht nur zu entnehmen ist: „Jemand wird entlassen, besucht ihn mal, schnell oder weniger schnell“, sondern dass da wirklich medizinische Daten weitergegeben werden; denn wir haben eine Schweigepflicht, und das Gesundheitsamt ist eine medizinische Einrichtung.

Zweitens haben wir einen großen Gewinn, wenn wir von der Polizei die Berichte über die Einweisungen in die Kliniken nach dem PsychKHG bekommen. Dann erfahren wir etwas über die Situation, in der sich diese Person befand, also darüber, was da passiert ist, ob es Eigengefährdung war oder Fremdgefährdung. Ich glaube, das erfolgte früher nach dem HSOG, oder?

(Zuruf: § 32!)

– Okay. – Das war damals so, das wurde dann geändert. Jetzt bekommen wir punktuell, also von manchen Polizeistellen, die Meldungen. Mit denen können wir viel anfangen, und es wäre schön, wenn das wieder geändert werden könnte.

Drittens. Die Gesundheitsämter wünschen sich vonseiten des Hessischen Ministeriums für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege schon sehr lange eine Ausführungsverordnung zu diesem Gesetz, damit die Anwendung des PsychKHG in der Praxis einheitlich wird.

Dr. Frank Wamser: Es geht noch einmal um den Informationsfluss von der Justiz an die Polizei. Herr Pürsün, man muss jetzt unterscheiden, ob es um eine Zwangseinweisung oder eine freiwillige Einweisung, eine Selbsteinweisung, ging. Bei einer Zwangseinweisung geht der Richter davon aus, dass von dem Patienten nur noch eine vertretbare Gefahr ausgeht. Deswegen erfolgt da von Amts wegen keine Meldung; das wäre ansonsten widersprüchlich, denke ich. Bei einer freiwilligen Einweisung, oder Selbsteinweisung, ist die Justiz ohnehin nicht beteiligt. Da haben wir dann auch keinen Informationsfluss von der Justiz an die Polizei.

Ich denke, es hängt dann auch viel von den Umständen vor Ort ab. Ich war vor 20 Jahren selbst Betreuungsrichter auf dem Land. Da hat man immer die Polizei informiert, wenn es irgendetwas gab, auch wenn man jemanden entlassen hat. Im Nachhinein muss ich sagen: Ich weiß gar nicht, ob ich das vom Datenschutz her tun durfte, aber das hat man früher gemacht. Ich denke, das hängt auch ein bisschen von der Durchlässigkeit ab, davon, wie gut man sich kennt, in welchem Kontakt man zueinander steht. Sinnvoll wäre es bestimmt, dass man das formalisiert. Das ist mit der Gesetzesnovelle auch ein bisschen so vorgesehen.

Ansonsten muss man sehen: Es gibt natürlich immer Menschen, die davon erfahren, im Zweifel auch diejenigen, die dafür gesorgt haben, dass der Betreffende in die Psychiatrie kommt. Das

kann der Betreuer sein – wir haben ja fast immer einen Betreuer in den Fällen –, und das können auch die Angehörigen sein. Diese dann können reagieren, indem sie Rechtsmittel einlegen oder eine erneute Einweisung beantragen.

Vorsitzende: Vielen Dank. – Herr Mohrherr, ich schaue zu Ihnen und auch zu den Abgeordneten hinüber. – Es gibt keine weiteren Wortmeldungen. Somit sind wir am Ende des zweiten Blocks.

Ich möchte mich ganz herzlich bei Ihnen für Ihre Stellungnahmen und Ihre wertvollen Beiträge in der Aussprache bedanken. Ich entlasse Sie jetzt, wenn Sie weitere Termine haben, mit bestem Dank. Wenn Sie noch bei uns bleiben wollen, dürfen Sie gern Platz nehmen.

Ich unterbreche die Sitzung jetzt für fünf Minuten – dieses Mal bitte wirklich nur für fünf Minuten und nicht länger, wenn es geht.

(Unterbrechung von bis 18:19 bis 18:30 Uhr)

Block 3

Vorsitzende: Wir beginnen jetzt mit dem dritten Block der Anhörung. Wir starten mit den Ausführungen von Herrn Dr. Metzger.

Prof. Dr. Florian Metzger: Ich bin Ärztlicher Direktor des Vitos-Klinikums in Haina und im Vorstand der Bundesdirektorenkonferenz. Vielen Dank für die Möglichkeit, zur geplanten Gesetzesänderung Stellung zu nehmen.

Das PsychKHG aktuell zu halten, ist ein gutes Ansinnen, und dies damit zu verknüpfen, die Gesellschaft vor Gewalt und Straftätern zu schützen, ist ein guter Ansatz, um das Problem der letzten Jahre, was Attentäter angeht, ein Stück weit anzugehen.

Das Problem ist § 28 des Gesetzentwurfs. In der vorgeschlagenen Version ist die Meldemöglichkeit durch eine Meldepflicht ersetzt. Eine Meldemöglichkeit besteht heute schon. In der individuellen Güterabwägung, ob ein Patient eine Gefährdung darstellt, kann ein Arzt bereits heute schon eine Meldung an die Polizei geben. Deshalb ist diese Gesetzesänderung im Hinblick auf die schweren Straftäter, von denen wir vorhin vom Polizeipräsidenten der Stadt Frankfurt in kleinen Fallvignetten berichtet bekommen haben, an sich gar nicht notwendig.

Manchmal sind Patienten bei Fremdgefährdung nur wenige Tage in unseren Kliniken untergebracht, und eine valide Prognose abzugeben, ob denn ein solcher Patient auch in Zukunft eine Gefährdung darstellen könnte, ist nicht einfach und in der kurzen Zeit im Grunde gar nicht

möglich. Das ist angesichts der Menge der zu meldenden Patienten für die polizeiliche Einschätzung wenig hilfreich.

Einen weiteren Punkt füge ich an: Die Rechtssicherheit für die ärztlichen Mitarbeitenden ist problematisch. Wenn eine Meldepflicht besteht, wird vermutlich – auf die Anzahl der untergebrachten Patienten bezogen – deutlich mehr gemeldet, als wir der Polizei mit unserer Meldemöglichkeit jetzt schon melden, und dies wird zu einer viel größeren Distraktorenanzahl führen.

Insgesamt gesehen ist aus meiner Sicht die jetzige Gesetzeslage ausreichend. Man hat sie an der einen oder anderen Stelle vielleicht noch nicht voll ausgeschöpft. Wenn eine Gesetzesänderung gewünscht ist, wäre eine Meldemöglichkeit einzuführen, bei der das Recht des Arztes oder der Ärztin besteht, einen Patienten zu melden, wenn eine Straftat abzusehen ist.

Prof. Dr. med. Christoph Fehr: Sehr geehrte Damen und Herren! Vielen Dank für die Möglichkeit, meine Einschätzung zu den geplanten Gesetzesänderungen abzugeben und Stellung zu beziehen.

Problematisch ist in meinen Augen die vorgeschlagene Ergänzung des § 28 durch einen Absatz 4. Darin soll festgelegt werden, dass Patienten, die aufgrund einer Fremdgefährdung in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebracht waren, zum Zeitpunkt der Entlassung an die örtliche Polizeibehörde und an die Ordnungsbehörde gemeldet werden sollen, wenn die Behandlung voraussichtlich abgebrochen wird und bei dem Behandelten weiterhin eine Drittgefährdung anzunehmen ist.

Zahlreiche Vorredner haben bereits dargelegt, dass eine gute medizinische Versorgung und ein breit aufgestelltes Versorgungsnetz die beste Prävention vor weiteren Straftaten psychisch kranker Patienten darstellen. Dem stimme ich uneingeschränkt zu.

Bislang haben wir häufig über Frankfurt gesprochen. An der Stelle möchte ich den Blick weiten und darauf hinweisen, dass Hessen nicht aus Frankfurt allein, sondern aus 21 Landkreisen und sieben kreisfreien Städten besteht, in denen durchaus auch eine andere Versorgungslage gegeben ist. Angesichts der zunehmenden Epidemie psychischer Erkrankungen sollte ein Schwerpunkt der Arbeit des Landtags sein, angemessene Versorgungsformen im ganzen Land Hessen zu etablieren.

Folgendes möchte ich in den Mittelpunkt meiner Anhörung stellen: Gerade psychisch kranke Menschen erwarten im Arztkontakt die Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht, welche die Arzt-Patienten bzw. Patientinnen-Beziehung schützt. Dies ist umso wichtiger, wenn die Patienten initial gegen ihren Willen auf der Grundlage des PsychKHG in ein psychiatrisches Krankenhaus eingewiesen werden. Bis zum Zeitpunkt der Entlassung wird sehr viel Mühe darauf verwendet, dass sich ein Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient entwickelt, welches sich auf die weitere Behandlungsbereitschaft positiv auswirkt. Dieses Vertrauensverhältnis ist durch die ärztliche Schweigepflicht nach § 203 StGB strafbewehrt geschützt. Eine Meldung der Patienten an die Polizei- und Ordnungsbehörde lediglich aufgrund der vagen Vermutung einer Fremdge-

fährdung würde in meinen Augen einen Bruch der ärztlichen Schweigepflicht darstellen. Auf die einschlägigen Bestimmungen des Datenschutzes, was die Eingrenzung der Weitergabe dieser Daten angeht, sei noch einmal hingewiesen.

Problematisch ist in diesem Zusammenhang der Bruch der Schweigepflicht auf der Grundlage der unbestimmten Formulierung einer möglichen Fremdgefährdung. Das ist der doppelte Konjunktiv, der heute bereits erwähnt wurde. Hierbei wird ganz bewusst auf eine Schweregradbestimmung verzichtet, was Missverständnisse vorzeichnet.

Unklar ist auch, aufgrund welcher Kriterien die Einschätzung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes erfolgen sollte. An dieser Stelle weise ich darauf hin, dass die Einschätzung einer möglichen Fremdgefährdung durch eine Person auf dem Boden einer psychischen Krankheit normalerweise Gegenstand eines ausführlichen Gutachtens und auch einer richterlichen Bewertung ist.

Wenn hier lediglich der unbestimmte Begriff der Fremdgefährdung als hinreichender Grund dafür aufgefasst wird, die Vertraulichkeit in der engen Arzt-Patienten-Beziehung zu brechen und eine Meldung an die Ordnungs- und Polizeibehörden abzugeben, so ist dies als ein gravierender Eingriff in die besondere Art dieser Beziehung zu sehen. Für diesen Fall wäre zumindest zu fordern, dass die Betroffenen über eine solche Meldung informiert werden und auch ein diesbezügliches Beschwerderecht haben.

In dem vorgeschlagenen ergänzenden Absatz bleibt auch unklar, in welchem Register die Meldung registriert wird und wie lange die Speicherung dieser sensiblen Daten erfolgt. Die Vorredner haben hierzu keine Antworten gegeben. Es ist nicht abzusehen, dass eine Meldung auf einem einfachen Blatt Papier abgefasst wird und in irgendeiner Ablage landet. Vielmehr wird sehr wahrscheinlich eine Formalisierung der Speicherung dieser Daten erfolgen.

Ich weise darauf hin, dass es, wie mein Vorredner gesagt hat, im Rahmen einer engen Rechtsgüterabwägung auch heute schon möglich ist, besondere Gefährdungssituationen an die Polizei und an die Ordnungsbehörde zu melden. Laut PsychKHG ist auch ein regelmäßiger Dialog zwischen der Polizei, dem Sozialpsychiatrischen Dienst und dem psychiatrischen Versorgungskrankenhaus möglich.

Ich möchte auf jeden Fall klarstellen, dass bei dem ergänzenden § 28 Absatz 4 eine präzisere Definition der Fremdgefährdung, zum Beispiel in Form einer unmittelbaren nachstehenden Fremdgefährdung, zu fordern und auch auf ein Beschwerderecht der Patienten hinzuweisen wäre. – Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

Christina Grün: Mein Name ist Christina Grün. Ich vertrete heute die Hessische Krankenhausgesellschaft.

Sehr geehrte Vorsitzende, sehr geehrte Frau Staatsministerin Stolz, sehr geehrte Damen und Herren! Vorweg: Das Bedürfnis der Menschen nach Sicherheit, insbesondere im öffentlichen

Raum, ist verständlich und nachvollziehbar, betrifft es doch jeden von uns. Aus diesem Grund unterstützen wir grundsätzlich die Initiativen zur Gewaltprävention. Um jedoch das gewünschte Ziel zu erreichen, sehen wir bei dem vorliegenden Gesetzentwurf erheblichen Nachbesserungs- und Konkretisierungsbedarf. Vieles ist bereits gesagt worden, aber auf einige Punkte möchte ich noch einmal besonders hinweisen:

Wir sehen es kritisch, die Heraus- und Weitergabe von personenbezogenen und Gesundheitsdaten ohne Konkretisierung umsetzen zu wollen. Es fehlen Schutzmechanismen für die Betroffenen, zum Beispiel ein Richtervorbehalt, Transparenzpflichten, Protokollierungspflichten und Einspruchsmöglichkeiten. Es fehlt – das ist wesentlich – eine Rechtssicherheit für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Es fehlt eine Konkretisierung, wann sie welche Daten liefern und wie sie dabei mit der ärztlichen Schweigepflicht umgehen sollen. Wie weit im Voraus kann ein Arzt ein Gefährdungspotenzial einschätzen bzw. eine Prognose abgeben? Was passiert, wenn ein weiterer Arzt die Sachlage im Nachhinein abweichend einschätzt? Dies sind alles ungeklärte Fragen, die zu einer uneinheitlichen Auslegung und Anwendung des Gesetzes führen werden. Das ist nicht zielführend.

Ebenfalls fehlt die Operationalisierung. Sie ist aber wesentlich für alle Beteiligten und Voraussetzung für Funktionalität und Umsetzung.

Deswegen empfehlen wir dringend, die Sozialpsychiatrischen Dienste zu stärken und auszubauen. Dies gilt insbesondere für die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Den Sozialpsychiatrischen Diensten könnte eine wesentlich wichtigere Rolle zugestanden werden, indem sie das Bindeglied zwischen Klinik, Polizei und Ordnungsbehörde darstellen.

Weiterhin ist es sinnvoll, regionale Konferenzen und Fallkonferenzen abzuhalten. Auch das ist heute schon mehrfach angesprochen worden. Diese Konferenzen dienen dem Austausch und helfen dabei, kurze Kommunikationswege aufzubauen. Teilweise, so haben wir in der Vorbereitung erfahren, existieren diese Konferenzen bereits. Sie werden gelebt, insbesondere im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

An dieser Stelle ist mir noch wichtig – das ist heute bislang zu kurz gekommen –: Kinder und Jugendliche sind keine kleinen Erwachsenen. Die Situation der Kinder und Jugendlichen, die hiervon betroffen sein können und werden, muss gesondert betrachtet werden. Es gibt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie andere beteiligte Institutionen und auch formale Vorgaben. Jugendämter und Jugendhilfeeinrichtungen sind extrem überfordert. Die Versorgung muss dringend verbessert werden. Damit schließt sich der Kreis. Denn die beste Gewaltprävention ist eine fachgerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung.

Aufgrund der seit Jahren angespannten Versorgungslage hat die HKG gemeinsam mit Expertinnen und Experten einen Zehn-Punkte-Plan erarbeitet und dem hessischen Gesundheitsministerium im Rahmen des Gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V vorgelegt und zur Verfügung gestellt. Den Plan haben wir unserer schriftlichen Stellungnahme beigelegt.

Wir appellieren dringend, sich um die Versorgungslage in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, aber auch in der Erwachsenenpsychiatrie zu kümmern. Ohne eine Verbesserung der Versorgung und ohne eine Überarbeitung und Nachbearbeitung des vorgeschlagenen § 28 Absatz 4 Psych-KHG produzieren wir lange Listen bei der Polizei und bei den Ordnungsbehörden, was nicht zur Gewaltprävention beiträgt.

Unsere Empfehlung lautet: Stärkung und Optimierung der Versorgungslage und gesonderte Betrachtung der Situation der Kinder und Jugendlichen, Stärkung und Aufbau der Sozialpsychiatrischen Dienste, Stärkung von regionalen Konferenzen der Beteiligten, Operationalisierung der Meldepflichten und Wege zur einheitlichen Ausgestaltung, Rechtssicherheit der behandelnden Ärzte und Wahrung der Grundrechte sowie der Schutzbedürfnisse der Betroffenen. Die Verbesserung der Versorgungslage im Kontext mit rechtssicheren Meldewegen, deren Umsetzung klar und transparent gestaltet ist, wird zur Gewaltprävention beitragen und auch einer weiteren Stigmatisierung der Betroffenen vorbeugen. – Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Aguedita Afemann: Mein Name ist Aguedita Afemann. Ich vertrete den Landesverband der Privatkliniken in Hessen. Bei uns sind die privaten Krankenhausträger Mitglied, die auch in die Pflichtversorgung mit eingebunden sind.

Ich kann mich meinen Vorrednern nur anschließen. Auch wir sehen den vorgeschlagenen § 28 Absatz 4 sehr kritisch und lehnen ihn in der Form, im Grunde aber auch generell ab, weil wir der Meinung sind, dass man schon mit der bestehenden Rechtslage präventiv wirken kann.

Ich nehme den Begriff „sozialer Empfangsraum“ auf, den ich heute gelernt habe und von dem der Polizeipräsident der Stadt Frankfurt wiederholt gesprochen hat. Wir sollten unser Augenmerk darauf richten, Patienten nach einem Klinikaufenthalt einen sozialen Empfangsraum zu bieten, damit es nicht zu einem Drehtüreffekt kommt. Das bedeutet, dass man die Sozialpsychiatrischen Dienste in den Kommunen stärkt, dass man aber auch weitere Angebote schafft.

Insofern kann man die Erweiterung des § 1 kritisch sehen, und dies auch im Hinblick darauf, dass im Gesetzentwurf steht, die Änderungen seien mit keinen finanziellen Auswirkungen verbunden. Wenn wir uns um die Suchtabhängigen aus dem Bahnhofsviertel kümmern und diese adäquat versorgen wollen, wird das Kosten nach sich ziehen. Denn dann brauchen wir mehr Fachpersonal und auch mehr Infrastruktur. In beide Bereiche sollte man investieren. Damit wäre das Geld besser angelegt als im Aufbau zusätzlicher polizeilicher Infrastruktur. Der Polizeipräsident war sich mit dem Vertreter der Gewerkschaft nicht einig, ob man das mit dem bestehenden Personal erreichen kann.

Wenn wir in den hessischen Bericht zu den Unterbringungszahlen schauen, sehen wir, dass im Jahr 2022 7.000 Menschen wegen Eigen- oder Fremdgefährdung untergebracht waren. Die heutige Diskussion hat auch gezeigt, dass die Fachleute unterschiedlicher Meinung darüber sind, wie viele von diesen 7.000 Menschen künftig zu melden wären. Wir haben von den Ärzten – das kann ich auch von unserer Trägergruppe sagen – die Sorge gehört, dass man bei einem so weit gefassten Begriff angehalten ist, mehr zu melden, als man eigentlich möchte, wenn denn diese

Meldepflicht im Gesetz verankert ist. Bevor man eine Verschärfung vornimmt, sollte man sich auf den bereits bestehenden rechtlichen Rahmen besinnen. Ich denke, unsere Grundrechte sind schützenswert, und die Grundrechte sehr vulnerabler Personen sollten wir noch mehr stärken und uns für diese Personengruppen stark machen, damit diese nicht untergehen; denn diese Personen haben draußen keine große Lobby. Ihnen fehlt das soziale Netz, das wir oft haben. Mein Appell lautet: Investieren Sie lieber in die soziale Infrastruktur der Kommunen. Damit können wir die beste Gewaltprävention leisten.

In diesem Zusammenhang erinnere ich an einen GMK-Beschluss aus dem Juni dieses Jahres. Unter Tagesordnungspunkt 12.1 haben sich die Gesundheitsminister der Länder darüber unterhalten, wie man präventiv gegen Gewalttaten psychisch erkrankter Menschen vorgehen kann. Dort heißt es, die wirksamste Prävention sei eine bedarfsgerechte und verlässliche Behandlung. Dafür brauche es sowohl frühzeitige und niedrigschwellige Hilfe- und Behandlungsangebote als auch die Sicherstellung der Behandlungskontinuität. Hierzu gehörten auch, je nach Krankheitsphase, flexibel einzusetzende aufsuchende und nachgehende Behandlungsmodelle als alternative oder vorgeschaltete Versorgungsangebote zur medizinischen Regelstruktur für bereits anders nicht mehr erreichbare Patientinnen und Patienten.

Die Gesundheitsdezernentin der Stadt Frankfurt hat uns vorhin ein paar gute Beispiele dafür genannt, was eine Kommune, eine Stadt tun kann. Es braucht eine gute finanzielle Ausstattung, damit dies dann auch in anderen Städten und Gemeinden abseits der Stadt Frankfurt Schule machen kann. – Ich danke für die Aufmerksamkeit.

Dr. Birgit Bornheim: Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrte Frau Staatsministerin Stolz, sehr geehrte Damen und Herren! Mein Name ist Birgit Bornheim. Ich bin die Erste Vorsitzende des Landesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes und bin Leiterin eines Gesundheitsamtes in Hessen.

Auch aus unserer Sicht ist eine Änderung des § 28 nicht zielführend. Es wurde schon mehrfach gesagt, dass wir davon ausgehen, dass diese Personen der Polizei ohnehin bekannt sind. Nach meinem Kenntnisstand nach Auswertung der PsychKHG-Statistik werden ungefähr 80 % der Menschen, die aufgrund einer Fremdgefährdung untergebracht werden, der Polizei vorgestellt. Das heißt, wir müssen davon ausgehen, dass ungefähr 80 % dieser Menschen der Polizei und den Ordnungsbehörden ohnehin bekannt sind. Die Problematik besteht also nicht in der fehlenden Information; sie besteht aus unserer Sicht darin, dass Möglichkeiten fehlen, die betroffenen Personen zu behandeln, zu begleiten oder auch unterzubringen, und zwar nicht nur dann, wenn man von einer Fremdgefährdung ausgeht.

Daher möchte ich den Fokus auf die Patienten richten. Denn jede fremdgefährdende Situation, die diese Personen auslösen, birgt auch immer eine Eigengefährdung in sich. Es kann Verletzungen durch eventuell notwendig werdende Polizeigewalt geben, um andere zu schützen, und grundsätzlich geht es auch um die Erkrankung an sich. Das sind schwer kranke Menschen. Auch das kann man als eine Gefährdung für die betreffende Person sehen.

Oftmals haben wir sehr bekannte Patienten bei uns. Wir begleiten sie über sehr viele Jahre. Sie haben zum Beispiel schwere Schizophrenien. Was geschieht? Die Erkrankungen sind wieder einmal fremdgefährdend eskaliert, weil im privaten Umfeld irgendetwas passiert ist. Dann stellt die Polizei diese Personen in der Klinik vor. Sie werden daraufhin in der Klinik untergebracht – wenn alles gut geht und die Richter es auch so sehen. Die Unterbringungen dauern nach unseren Erfahrungen vier, maximal vielleicht sechs Wochen. In dieser Zeit findet eine Entaktualisierung statt. Die Patienten werden ruhiger, sie sind nicht mehr akut gefährdend.

Bei diesen chronischen Patienten beobachten wir, dass sie oft nicht compliant sind und Medikationen nicht gern annehmen möchten. Sie lehnen häufig Dauermedikationen ab, schaffen es aber, sich innerhalb einiger Wochen in der Klinik so zu beruhigen, dass man, wenn die Beschlüsse nach vier bis sechs Wochen auslaufen, nicht mehr von einer akuten Gefährdungssituation ausgehen kann. Teilweise sehen das die Richter anders als die Kliniken; aber nach unserer Erfahrung ist es viel häufiger so: Die Patienten wissen sehr genau, wie sie sich in der Klinik zu verhalten haben, damit sie nach vier Wochen wieder entlassen werden; denn sie sind Drehtürpatienten. Sie tauchen immer wieder in der Klinik auf.

Die Kliniken haben auf Basis der aktuellen Gesetzgebung einfach keine Möglichkeit, eine Verlängerung zu beantragen. Selbst wenn sie es versuchen, funktioniert das nicht, weil die Richter sagen: „Ich habe mit dem Patienten geredet; er hat mir gesagt, er mache das nicht mehr.“ Oder er hat gesagt: „Ich bedrohe meine Mutter nicht mehr.“ Oder: „Ich gehe nicht mehr mit dem Messer auf meinen Bruder zu.“ – Und dann gehen diese Patienten aus der Klinik und sind im besten Fall antherapiert, aber sie sind nach unserer Wahrnehmung nicht stabil therapiert. Sie gehen nach Hause, und selbst wenn sie sich im Rahmen eines stationären Aufenthalts auf eine Depotspritze eingelassen haben, finden sie das zu Hause blöd und kommen nach drei Wochen nicht zu einer weiteren Depotspritze wieder in die PIA. Die Medikation läuft aus, dann dauert es eine Weile, und ein paar Wochen oder Monate später – es ist nicht absehbar, wann – sind sie wieder gefährlich, für sich und für andere. Das ist das Problem im ambulanten Bereich.

Es gibt oft Patienten, die gar keine Hilfe möchten. Alle SPDi, die ich kenne, suchen die Leute nach der Klinik auf und versuchen, ihnen ein Angebot zu machen. Die Patienten lehnen das ab. Sie sagen: „Wir kennen das alles schon; wir wollen das nicht.“ Sie sind nicht bereit, Hilfen anzunehmen.

Selbst wenn einmal ein Patient es möchte und auch ein Betreuer sagen würde, er würde ihn gern für längere Zeit in einer geschützten Einrichtung unterbringen, weil es ihm guttun würde: Es gibt zu wenige solcher Einrichtungen. Es gibt aber auch viel zu wenige niedrigschwellige aufsuchende Angebote, um diese Patienten zu unterstützen.

Im Hinblick auf Auflagen sehen wir es ähnlich wie Herr Prof. Reif und Herr Dr. Schillen. Es geht um Auflagen, zum Beispiel darum, bei einer Entlassung zu sagen: „Ich möchte, dass du alle zwei Wochen in der PIA aufschlägst, damit ich sehe, wie es dir geht.“ Häufig haben die Patienten neben den Erkrankungen auch ein Suchtproblem. Dann geht es darum, zu sagen: „Du darfst keine Drogen konsumieren; wir machen bei dir sporadisch einen Drogentest, damit wir sicher sind, dass das nicht noch obendrauf kommt.“ – Solche Auflagen wären aus unserer Sicht

zielführend, um die Chance zu haben, diese Menschen längerfristig zu therapieren und sie damit in einen stabileren Zustand zu versetzen.

Ein Wort noch zu den Fallkonferenzen. In Einzelfällen gibt es sie. Bei uns nennt man das runde Tische. Immer wieder einmal werden sie von den Sozialpsychiatrischen Diensten oder von den Kliniken initiiert. Wir versuchen, die runden Tische multiprofessionell zu gestalten: mit dem Richter, mit den Betreuern, eventuell mit Familienangehörigen, mit der Klinik, mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst, mit der Polizei. Alle sind dabei. Dies ist für den Austausch zielführend. Damit können alle Wissensstände zusammengebracht werden, und es kann gemeinsam überlegt werden, welche Institution noch etwas tun kann, um dem Patienten zu helfen, um damit aber auch perspektivisch eine Gefahrensituation zu vermeiden.

Die Kliniken sind dann bereit mitzumachen, wenn auch sie eine akute Gefährdungssituation sehen. Es fehlt aber die Grundlage, bei Drehtürpatienten eventuell schon früher zu einem solchen runden Tisch zusammenzukommen. Das ist für uns wichtig. – Vielen Dank.

Dr. med. Matthias Bender: Vielen Dank für die praxisnahen Fallvignetten, Frau Kollegin. Das war sehr eindrucksvoll. – Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrte Frau Staatsministerin, sehr geehrte Abgeordnete des Gesundheitspolitischen Ausschusses! Ich bin dankbar für die Gelegenheit, aus Anlass der Gesetzesänderung über die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung zu debattieren, wenngleich ich, wie Sie hören werden, die vorgeschlagenen Änderungen nicht für zielführend halte. Aber dass wir so ernsthaft über die Verbesserung der psychiatrischen oder sozialpsychiatrischen Versorgung und über Verbesserungen in der Patientenversorgung sprechen, finde ich großartig. Ich habe großen Respekt davor, dass Sie sich dem Ganzen so intensiv widmen.

Insbesondere die geplante Erweiterung der Entlassungsmeldepflicht nach § 28 Absatz 4, über die wir ja im Wesentlichen sprechen, ist für uns Anlass zu ernsthafter fachlicher, aber auch ethischer Besorgnis. Bei aller Übereinstimmung mit dem Anliegen des Gesetzgebers, die Bevölkerung zu schützen und Gefahren vorzubeugen, halte ich diese vorgeschlagene Gesetzesänderung für kontraproduktiv.

Ich habe vergessen, mich vorzustellen. Ich bin Ärztlicher Direktor im Vitos Klinikum Kurhessen und als Sprecher der Arbeitsgemeinschaft der Ärztlichen Leitungen der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie in Hessen hier. Die Überlegungen, die ich vortrage, sind konsentiert.

Zu dem vorgeschlagenen § 28 Absatz 4 haben wir insbesondere von den ärztlichen Kolleginnen und Kollegen schon Wesentliches gehört. Bei einem unklaren Gefährdungsbegriff besteht die Gefahr uneinheitlicher Auslegung und eines tiefgreifenden Eingriffs in Grund- und Persönlichkeitsrechte, was den Datenschutz betrifft, was die Gefahr betrifft, psychisch Kranke unter einen – eigentlich nicht gewollten – Generalverdacht zu stellen. Es geht um die Gefährdung des therapeutischen Vertrauensverhältnisses, auf die Kollege Fehr hingewiesen hat, um die Störung des Arzt-Patienten-Verhältnisses und eben auch um die Gefahr einer weiteren Stigmatisierung der ohnehin sehr benachteiligten Gruppen, über die wir hier sprechen.

Zu erwähnen ist auch die mangelhafte evidenzbasierte Grundlage der Meldepflicht. Kann sie überhaupt einen präventiven Nutzen entfalten? Auch das war ja schon Thema. Welche Konsequenz hat eine Meldung bei den Sicherheits- und Ordnungsbehörden? Welche polizeilichen Maßnahmen sind überhaupt geeignet, über Jahre präventiven Einfluss zu entfalten, und das bei Personen, die nicht aus kriminellen oder ideologischen Motiven handeln und delinquent werden, sondern bei denen das gewalttätige Verhalten auf dem Boden einer psychischen Erkrankung, auf ganz individuellen Krankheitsprozessen in psycho-sozialen Zusammenhängen, entsteht?

Deswegen möchte ich den Fokus auf eine wirksamere Gewaltprävention durch den Ausbau der Versorgung legen. Es geht eben nicht um Meldungen, nicht um vermeintliche Registerbildungen, sondern um wirksame sozial-psychiatrische Versorgung und Prävention. Die beste Prävention sind die Kontaktaufnahme und die Schaffung eines niedrigschwelligen Behandlungsangebots für Betroffene, was die entsprechende Bereitstellung von finanziellen Mitteln voraussetzt. – Insofern ist zu fragen, ob die Gesetzesänderung nicht doch etwas kostet. – Hierfür sind beispielsweise der Sozialpsychiatrischen Dienste fachlich und personell so auszustatten, dass sie ihren präventiven Aufgaben, auch der aufsuchenden Arbeit mit psychisch Erkrankten, in ausreichendem Umfang nachgehen können – genau so, wie es jetzt schon im hessischen PsychKHG vorgesehen und gefordert ist. Das ist ja nichts Neues.

Im Übrigen ist es nicht zutreffend, dass es keine Alternative zu § 28 Absatz 4 gäbe. Eine Alternative wären regelmäßige Arbeitstreffen mit zuständigen Vertreterinnen und Vertretern von Gericht, Polizei, SPD i und Klinik zur Fallbesprechung, die anonymisiert oder, sofern die Betroffenen schon bekannt sind, auch namentlich erfolgen kann.

Wir haben noch gestern Nachmittag im Gesundheitsamt in Kassel mit dem SPD i und auch mit der OE 20 der Polizei – das ist ja das Bedrohungsmanagement – in genau dieser effektiven Konstellation zusammengesessen. Auch Polizeibeamte waren also dabei, wie wir es von Polizeipräsident Müller schon gehört haben.

Frau Dr. Sommer hat schon mehrfach auf § 28 Absatz 3 PsychKHG und die Möglichkeiten des HSOG hingewiesen. Nach dieser Bestimmung wird von den Kliniken ohnehin schon die Meldung an den SPD i erwartet. Der Überblick über die Meldungen der hessischen Kliniken war – Frau Heye von der DPtV wird das sehr genau sagen können – außerordentlich dürftig bzw. zumindest regional sehr unterschiedlich. Ich will nicht viel dazu ausführen. Aber ich denke, wir haben ein aktuelles Vollzugsdefizit, was § 28 Absatz 3 PsychKHG betrifft. Ich hoffe, Anlass für die Initiative, in § 28 einen Absatz 4 einzufügen, war nicht, dass er das Vollzugsdefizit, dass zu wenig gemeldet wird, wettmachen soll. Insoweit sollten wir meiner Meinung nach besser werden, statt diesen neuen Absatz 4 einzufügen.

Anstatt neue Meldepflichten und behördliche Überwachungen einzuführen, wäre es zielführender, in die Stärkung der psychiatrischen Versorgung zu investieren und diese zum Beispiel durch die Stärkung der ambulanten Versorgung auch politisch voranzubringen. Nachweislich hat die ambulante Versorgung gewaltpräventive Effekte. Das haben wir in allen Modellprojekten, die wissenschaftlich untersucht worden sind, gesehen. Die Ergebnisse sind ausgezeichnet, weil man die

Krisensymptome im Feld, wie man soziologisch sagt, also im Lebensbereich – Familie, Wohnen usw. –, sehen kann.

Ich bin der Meinung, dass die geplante Änderung im PsychKHG nicht unbedingt nötig ist. Es gibt schon jetzt genug Möglichkeiten für uns als Ärzte, was die Schweigepflicht aus Gewissensgründen und die Abwägung zur Gefahrenabwehr – wenn es um Gefahren für Leib und Leben und die Freiheit Dritter geht – betrifft. Es gibt klare Kriterien, die wir aus § 63 StGB kennen, mit denen wir diese Vorgaben einhalten können.

Für den Fall, dass – aus welchen Gründen auch immer, auch aus Gründen des Engagements und um dies noch ein bisschen zu stärken – § 28 Absatz 4 doch formuliert werden sollte, haben wir uns erlaubt, einen Formulierungsvorschlag zu unterbreiten, der sich eng an den Vorschlag anlehnt, aber auch Überschneidungen mit dem der DGPPN aufweist, den ich abschließend, wenn Sie gestatten, vorlese, weil unsere schriftliche Stellungnahme, die, wie Sie sich vorstellen können, umfänglicher als mein mündlicher Beitrag ist, zwar fristgerecht eingegangen ist, allerdings nicht verteilt wurde. Er könnte wie folgt lauten:

„§ 28 wird folgender Absatz 4 angefügt:

(4) Erfolgte die Unterbringung aufgrund einer Fremdgefährdung und besteht die Unterbringung nach dem PsychKHG bis zum Entlassungszeitpunkt weiter fort, ist ein vom Ministerium zur Unterbringung nach dem PsychKHG bestellter Arzt berechtigt, zusätzlich zur Mitteilung nach Absatz 3 Satz 1 die für den Wohnsitz- oder gewöhnlichen Aufenthaltsort zuständige örtliche Ordnungsbehörde und Polizeibehörde von der bevorstehenden Entlassung zu unterrichten, wenn zum Zeitpunkt der Entlassung aus medizinischer Sicht die Gefahr besteht, dass von der untergebrachten Person ohne ärztliche Weiterbehandlung weiterhin eine unmittelbare, konkrete und schwerwiegende Fremdgefährdung ausgeht.

Mit der Entlassungsmeldung ist es zulässig, die notwendigen Informationen für eine Gefährdungseinschätzung zu übermitteln; dies gilt auch für die Entlassungsmeldung an den örtlich zuständigen Sozialpsychiatrischen Dienst nach Absatz 3 Satz 1. Die ärztliche Schweigepflicht gemäß § 203 StGB gilt in diesem Fall nicht. Die untergebrachte Person ist über die Art und Weitergabe der Information zu unterrichten.“

Das wäre unser Formulierungsvorschlag, wenn nicht in Gänze auf § 28 Absatz 4 verzichtet werden sollte. Unsere Tendenz geht also mehr zur Meldemöglichkeit nach ärztlichem Ermessen als zur Meldepflicht. – Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Vorsitzende: Vielen Dank, Herr Dr. Bender. Wir haben ein paar Minuten Redezeit zugegeben, weil, wie Sie gesagt haben, die schriftliche Stellungnahme von der Verwaltung nicht übermittelt wurde. Sie wird im Nachgang an alle Abgeordneten versandt.

Dr. Alexander Gary: Mein Name ist Alexander Gary. Ich leite den Geschäftsbereich Unternehmensentwicklung und Forensische Psychiatrie der Vitos GmbH. Heute darf ich stellvertretend für unseren Konzerngeschäftsführer Reinhard Belling sprechen. Auch ich bedanke mich bei den Ausschussmitgliedern für ihre Zeit und die Möglichkeit zur Stellungnahme. Man sieht, man wird ernst genommen, und das ist auch richtig so.

Grundsätzlich befürworten wir das Bedürfnis nach Sicherheit und auch nach effektiven Maßnahmen der Gewaltprävention ausdrücklich. Das ist heute in allen Stellungnahmen kundgetan worden. Wir haben auch die Subgruppe näher definiert. Das ist ein kleiner Teil der Patienten, was definitiv wichtig ist. Für uns ist elementar – ich finde, das spiegelt auch den Diskurs der heutigen Sitzung wider –, dass die Meldung an die Polizei oder die Ordnungsbehörde allein nicht ausreicht, sondern damit eher das Vertrauen der Patienten untergraben werden kann. Die Kolleginnen und Kollegen in den Kliniken könnten wahrscheinlich näher ausführen, welche Ängste die Patienten auch jetzt schon damit in Verbindung bringen. Das heißt, Vertrauen ginge verloren.

Wir möchten in den Fokus rücken und herausstellen, dass wir in Hessen einen strukturierten Dialog zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung brauchen. Das betrifft nicht nur den kleinen Teil derer, bei denen eine Gewaltgefahr und eine entsprechende Meldung vorliegt, sondern – ich denke, Sie wissen es gut genug – das geht von der Prävention über die Kliniken und die Selbsthilfe, die forensische Psychiatrie bis hin zur Nachsorge und zur Eingliederungshilfe. Das ist ein dickes Brett, aber die Rädchen greifen ineinander. Man kann kein einzelnes System herausgreifen und denken, dass dann – insbesondere mit dem Gesetzentwurf – alles gut wird. Wir brauchen vielmehr – ich wiederhole es – einen strukturierten Dialog in Verantwortung und Koordination des Landes, und dann sind all jene Punkte aufzuzählen, die alle schon benannt wurden.

Auch wir sehen es so: Die Gemeindepsychiatrie, die Dezentralität muss gestärkt werden. Wir haben mehrfach regionale Konferenzen, auch Einzelfallkonferenzen, durchgeführt. Die Experten, die Institutionen müssen vor Ort vernetzt sein, müssen gut zusammenarbeiten, denn keiner schafft es allein. Die Herausforderungen sind groß. Um ein Beispiel zu nennen: der Fachkräftemangel. – Deswegen brauchen wir verbindliche Kooperationen in der Gemeindepsychiatrie, die Schwerkranken in den Fokus nehmen, die aufsuchend arbeiten. Dazu gehört ein funktionierender Krisendienst. Diesen fordern wir schon seit Jahren. Man sieht in Bayern, dass es funktioniert.

Erfreulich ist, dass es jetzt mit der forensischen Ambulanz einen Krisenberatungsdienst in Hessen gibt, in dem Fachleute arbeiten, die Prognosemodelle erstellen können, die alle prognostischen Instrumente beherrschen und in die Sozialpsychiatrischen Dienste, in die Kliniken, in die Erwachsenenpsychiatrien gehen und dort beraten. Das ist ein richtiger Schritt und als positives Beispiel zu erwähnen. Das ist es aber nicht allein.

Man könnte jetzt weiter ausholen; ich schaue aber auf die Zeit. – Herr Schillen hat dazu ausgeführt. Auch wir in Riedstadt haben ein großes Modellprojekt nach § 64b SGB V, das aus unserer Sicht sehr erfolgreich ist. Es baut Sektoren innerhalb des Krankenhauses ab. Im Krankenhausbereich gibt es aufsuchende Angebote mit StäB, mit stationsäquivalenter Behandlung.

In Hessen besteht eine Baustelle, was die ambulante Intensivversorgung angeht. Hierbei könnte man schon jetzt mehr tun. Das hängt auch mit der Finanzierung zusammen. Aber wenn man es in Summe betrachtet, so kann das auch stationär entlasten und für das Gesamtbudget sogar reduzierend wirken. Ich denke, hierauf sollte man mit der KV noch einmal den Fokus legen. Die Eingliederungshilfe benötigt dringend geschützte Plätze. Insoweit müssen wir gemeinsame Lösungen mit der Eingliederungshilfe schaffen.

Jetzt gehe ich konkret auf das Gesetz ein. Es wurde schon gesagt, dass der Grad der Fremdgefährdung uneinheitlich definiert ist. Das birgt die Gefahr heterogener Meldungen. Auch die Notwendigkeit der Information – Art und Umfang – zur Gefährdungseinschätzung muss noch definiert werden. Hierauf sind die Kolleginnen und Kollegen, allen voran Herr Prof. Roßnagel, sehr deziert eingegangen.

Nochmals: strukturierter Dialog mit Fokus auf regionaler Vernetzung, alle Player an einen Tisch. Die Krankenhausreform für die Somatik befindet sich in der Umsetzung. Die Psychiatrie ist zurückgestellt. Vielleicht – Sie sind näher dran – kann das eine Chance sein, um dies mit aufzugreifen. Denn damit muss man sich ohnehin beschäftigen. Die Regierungskommission hatte schon Bundeskriterien festgelegt, die sehr spannend sind und die man in den weiteren Dialog einspeisen kann. – Vielen Dank.

Sebastian Kötter: Mein Name ist Sebastian Kötter. Ich bin Psychotherapeut und stellvertretender Direktor der Forensischen Psychiatrie in Gießen. Meine Damen und Herren, auch ich bedanke mich für die Möglichkeit, zu dem Gesetzentwurf Stellung zu nehmen.

Als jemand, der in der forensischen Psychiatrie tätig ist, arbeite ich mit der kleinen Gruppe von Patienten, die tatsächlich schon gewalttätig geworden sind. Die Einschätzung des Gewaltrisikos gehört in der Forensik zum Tagesgeschäft.

Ich beschränke mich auf zwei Anmerkungen zu § 28 PsychKHG, die aus der Perspektive eines Forensikers ins Auge fallen.

Erstens gehe ich auf den vorgeschlagenen § 28 Absatz 4 Satz 2 ein, der besagt, dass die notwendigen Informationen für eine Gefährdungseinschätzung zu übermitteln sind. Aus Sicht eines forensischen Sachverständigen ist dieser Satz extrem kritisch zu sehen, da einem in dieser Rolle klar ist, dass im Grunde sämtliche Krankenakten und alle vorliegenden Informationen über die Lebensbedingungen eines Patienten für die Gefährdungseinschätzung erforderlich sind. Es geht eben nicht nur um Namen, Geburtsdaten und Adressen; damit kann man keine Gefährdungseinschätzung vornehmen.

Der Herr Polizeipräsident hat schon dargestellt, wie eine Gefährdungseinschätzung funktioniert. Er hat aber nicht gesagt, dass bei diesen Patienten eben keine Vorverurteilung vorliegt, aus der man Informationen ziehen kann. Das heißt, es geht um die intimsten therapeutischen Inhalte, die man für die Gefährdungseinschätzung von Leuten benötigt, die eventuell noch nie strafrechtlich in Erscheinung getreten sind. Letztlich sind selbst die Daten von gemäß § 63 StGB im

Maßregelvollzug untergebrachten Patienten besser geschützt. Hier benötigt man in der Regel auch eine Entbindung von der Schweigepflicht, und bei einer Entlassung ist klar festgelegt, für welche Patienten auch inhaltliche Informationen im Rahmen des Entlassungsverfahrens an die Polizei weiterzugeben sind. Das betrifft nur eine kleine Gruppe.

Insofern sollte man diesen Aspekt noch einmal kritisch prüfen, weil es um das Vertrauensverhältnis aller Patienten und nicht nur jener geht, die nach PsychKHG behandelt werden. Dieses Vertrauensverhältnis ist meines Erachtens von dieser Regelung ernsthaft bedroht.

Zweitens gehe ich inhaltlich auf die Gefährdungseinschätzung ein. In den Medien wurde der Handlungsbedarf nach den dramatischen Einzelereignissen in der jüngeren Vergangenheit zunächst nachvollziehbar dargestellt, dann aber auch die Parallele zu anderen Gruppen gezogen, die aus gutem Grund erfasst und zum Teil gezielt beobachtet werden, nämlich zu politisch und religiös motivierten Extremisten. Dabei wird aus meiner Sicht völlig übersehen, dass psychisch Kranke mit diesen Gruppen nicht vergleichbar sind, nicht nur deshalb, weil der Anteil der potenziellen Gewalttäter wesentlich geringer ist, sondern auch deshalb, weil aus der Sicht eines Forensikers ein völlig anderes Risikoprofil besteht.

Bei den nach PsychKHG eingewiesenen Patienten handelt es sich fast ausnahmslos um Personen, die sich in kurzfristigen Krisenzuständen befinden. In den wenigen Fällen, in denen später noch Gewalthandlungen begangen werden, handeln diese Personen meist spontan, ungeplant, ohne Vorbereitungshandlung, und es gibt wegen der fehlenden Vorlaufzeit kaum Möglichkeiten zur akuten Intervention. Der Fall aus Aschaffenburg zeigt das. Ein längerfristiges Register führt da aus meiner Sicht nicht zu mehr Sicherheit. Mehr Sicherheit ist nur über die Sicherstellung einer kontinuierlichen Behandlungsmaßnahme im Vorfeld zu erreichen.

Daher ziehe ich folgendes Fazit: Aus meiner Sicht ist es wirksamer, die Maßnahmen zur Risikominimierung in erster Linie bei den Behandlern anzusiedeln. Will man in Hessen gegenüber der aktuellen Situation eine Verbesserung erreichen, sollte man sich vorhandene Modelle anschauen. In Bayern gibt es nicht nur ein Register, sondern es werden auch sogenannte Präventionsstellen eingerichtet, bei denen auf freiwilliger Basis Behandlungen – auch mit dem Fokus auf Risikominimierung – durchgeführt werden. Seit längerer Zeit gibt es bereits einen forensischen Konsiliardienst in der Schweiz, der ebenfalls allgemeinpsychiatrische Einrichtungen unterstützt. Eben wurde schon das Modellprojekt „Forensische Präventionsambulanz“ mit einem Krisen- und Beratungsdienst genannt, bei dem Leute, die sich mit Risikomanagement auskennen, auf Anfrage Allgemeinpsychiatrien unterstützen und schauen, wer überhaupt eine Gefährdung darstellt und welche Maßnahmen im Einzelfall angemessen sind. – Vielen Dank.

Vorsitzende: Wir haben nun den dritten Block der Vorträge abgeschlossen. Ich eröffne die Aussprache. Herr Richter, bitte schön.

Fragerunde

Abgeordneter **Volker Richter**: Vielen Dank an die Anzuhörenden. – Frau Dr. Bornheim, Herr Kötter und Herr Dr. Gary, das, was Sie gesagt haben, war sehr interessant. Wenn ich das nämlich mit dem in den beiden vorangegangenen Anhörungsblöcken Gesagten in Verbindung bringe, kann man das, was im Gesetzentwurf steht, fast nicht mehr als sinnvoll ansehen. Sie haben von Präventionstreffen und von Krisenberatungsdiensten und -stäben gesprochen. So müsste es laufen. Das würde wahrscheinlich auch ein Stück weit über die Gesundheitsämter gehen.

Frau Dr. Bornheim, Sie sind Leiterin eines Gesundheitsamts. Deswegen geht meine Frage an Sie. Wenn ich mich erinnere, wie schwierig es für die Gesundheitsämter war, COVID zu „händeln“, so stelle ich fest, dass es erheblich an Personal fehlte. Vom Fachkräftemangel wurde auch jetzt wieder gesprochen. Es müsste also Personal aufgebaut werden, und es müsste eine Art Monitoring der Patienten geben, sodass innerhalb der Beratungsstelle – aber zum Beispiel nicht an die Polizei – Meldungen erfolgen nach dem Motto: Dieser Patient macht uns Probleme; wir müssen ihn mit hereinnehmen. – Daher ist die Frage, ob es gesetzlich möglich wäre, dass man unter Psychiatern sagt – auch was das Vertrauensverhältnis angeht –: Innerhalb des Stabes müssen wir uns besprechen, wir kommen nicht mehr weiter. – Dabei nehme ich Bezug auf das, was vorhin gesagt worden ist, dass es vorkommt, dass ein Richter weitere Maßnahmen ablehnt und die Psychiaterin, der Psychiater mit der Einstufung alleinsteht. Dann würde ein solches Konzept in Gänze am meisten Sinn machen. Wäre das tragfähig? Würde das Sinn machen? Wäre es gesetzlich möglich, dass man so etwas aufbaut?

Abgeordnete **Claudia Ravensburg**: Ich habe an die Herren Professoren und Klinikleiter eine Frage betreffend die Falldarstellung durch Frau Dr. Bornheim. Frau Dr. Bornheim, Sie haben von einem durchrollenden System und von Fällen berichtet, bei denen von Menschen eine Gefährdung ausgeht, sie in die Psychiatrie kommen und sich dort beruhigen, weil sie keinen fremden Reizen ausgesetzt sind, die eine Krise auslösen. Dann werden sie entlassen und sind, wie Sie gesagt haben, in dem Moment eigentlich keine Gefährder. Damit kommen wir damit wieder zu dem Konflikt zwischen richterlicher und ärztlicher Beurteilung. Wenn dann wieder etwas passiert, geht es in die Klinik zurück.

Ich glaube, das ist mit diesem Gesetzesvorhaben nicht gemeint. Deshalb meine Frage, wie Sie das einschätzen. Herr Professor Metzger, sind das die Fälle, die Sie vorhin erwähnt haben, in denen Menschen nur für kurze Zeit bei Ihnen sind, sodass Sie kein ausführliches Gutachten erstellen? Ich glaube, dieser Personenkreis ist bei der Polizei aber ohnehin bekannt, weil diese Personen immer wieder auffällig werden. Deshalb die Frage: Wird das mit der Problemdarstellung überhaupt erfasst?

Ich habe es so verstanden, dass die Durchführung von Fallkonferenzen, in denen möglichst viele gemeinsam darüber beraten, wie man mit den betroffenen Menschen umgehen kann, übereinstimmend als Ziel genannt wird. Das heißt, eine Meldung an die Polizei sollte nicht die einzige Maßnahme sein, sondern viel besser ist es, überall Strukturen zu haben, in denen alle Beteiligten zusammenarbeiten und auch miteinander reden. Das ist der Konsens, den ich aus der heutigen Anhörung mitnehme.

Wenn Sie sagen, dass die im Gesetz vorgesehene Benachrichtigung der SPD in Hessen bisher nicht flächendeckend funktioniert, dann sehe auch ich das als Baustelle an, weil wir alle das als wesentliche Maßnahme zur Prävention ansehen. Mich würde also Ihre Einschätzung zu dem dargestellten Fall interessieren.

Abgeordnete **Dr. Daniela Sommer (Waldeck-Frankenberg)**: Vielen Dank an alle, die sich so lange Zeit für uns nehmen und uns ihre Stellungnahme näherbringen.

Ich habe eine Rückfrage zur Praxis. Momentan werden schon gemäß § 28 Meldungen abgesetzt. Könnten Sie, Herr Prof. Dr. Metzger, oder auch Sie, Herr Dr. Bender, uns mitteilen: Wie funktioniert das? Wie viele Meldungen sind das? Wie viele setzen Sie an die Polizei ab? Wie viele gehen an die SPD und wie viele an die Gerichte bzw. an andere Behörden? Denn das ist ein Gradmesser dafür, was momentan passiert.

Sie haben gesagt, Sie gehen davon aus, dass es durch die geplante Änderung künftig mehr Meldungen geben würde. Könnten Sie das begründen? Denn es wird ja schon jetzt gemeldet. Wir haben gehört, das geschieht aber manchmal nicht flächendeckend. Warum haben Sie das Gefühl, man müsste künftig mehr melden, wenn es doch immer um Ihre Gutachten, um die richterliche Befassung und darum geht, dass eine unmittelbare Gefahr besteht? Am Meldeprozess ändert sich ja erst einmal nichts. Warum also sollte die Zahl der Meldungen zunehmen, wenn es doch dieselben Fälle sind? – Das ist meine erste Frage.

Vielen Dank, Frau Dr. Bornheim, für Ihre spannende Fallschilderung. Für den Fall, dass eine Meldung an die Polizei erfolgt, waren wir uns in allen Runden wohl einig, dass es nicht nur diese Meldung sein kann, sondern dass es eine interprofessionelle Runde braucht, um zu schauen, wie es weitergehen und wer welche Hilfestellung leisten kann. Sie haben die Drehtüreffekte noch einmal beschrieben. Wäre ein gutes Zusammenspiel nicht auch eine Möglichkeit, Drehtüreffekte zu vermeiden, wenn man dieses gesetzlich besser etablierte?

Noch eine Frage an Herrn Prof. Dr. Metzger und an Herrn Dr. Bender: Wann und wohin liefern Sie derzeit welche Daten? Die Frage, wer was wohin meldet und wie detailliert die Meldungen sind, schwebt hier im Raum. Wir sprechen über sensible Daten. Sie kennen die gelebte Praxis und wissen, was jetzt schon gemeldet wird. Das, was wir eben gehört haben, hatten wir, glaube ich, alle nicht im Sinn. Vielmehr soll es auf der einen Seite für die Menschen, die Hilfe benötigen, sinnvoll sein, auf der anderen Seite aber auch gesellschaftlich greifen können, indem eine Gefährdung verhindert wird.

Abgeordnete **Kathrin Anders**: Auch von mir herzlichen Dank für Ihre Stellungnahmen. Wir kommen hier im Landtag nicht oft in den Genuss einer solch geballten Expertise. Daher nutzen wir gern die Möglichkeit, näher nachzufragen.

Wenn ich die letzte Stunden Revue passieren lasse und auch Ihre Stellungnahmen zusammenfasse: Es braucht verbindliche Fallkonferenzen, verbindliche Kooperationen, um angemessen zu

reagieren. – Die Meldung allein ist nicht die Lösung, und es braucht auch eine bessere Kooperation zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Dazu erbitte ich Ihr Feedback.

Es ist schade, dass die KV Hessen heute nicht vertreten ist. Aber vielleicht können Sie eine Einschätzung darüber abgeben, wie es mit der ambulanten Versorgung mit Psychiaterinnen und Psychiatern im ganzen Land aussieht. Denn – das möchte ich betonen – dieser Gesetzentwurf ist für alle Hessinnen und Hessen, hat aber in der Problembeschreibung das Bahnhofsviertel explizit erwähnt. Was bedeutet dieser Gesetzentwurf aber für alle Patientinnen und Patienten, die nach dem PsychKHG ambulant versorgt und dann entlassen werden? So, wie ich Sie, Herr Dr. Bender, hinsichtlich der Intention des Gesetzentwurfs verstanden habe, geht es Ihnen vor allem darum, dass das jetzt schon alles möglich ist – sonst würde nicht schon gemeldet – und dass es sich eher um ein Vollzugsdefizit handelt. Vielleicht können Sie darauf noch näher eingehen.

In den beiden letzten Stellungnahmen habe ich gehört, es gibt auf der Grundlage von Evidenz viele verschiedene Modelle, um Prognosen besser stellen zu können, um Einzelfälle besser versorgen, monitoren und begleiten zu können. Vielleicht können Sie auch hierzu noch etwas sagen. Gerade Modellprojekte bleiben ja gerne mal Modelle und werden nicht flächendeckend ausgerollt. Was also braucht es, damit das in ganz Hessen zur Regelversorgung werden kann?

Abgeordneter **Yanki Pürsün**: Vielen Dank an die Anzuhörenden. – Ich habe erstens eine Frage zu dem, was Frau Dr. Bornheim gesagt hat. Sie kann aber vielleicht eher von den Vertretern der Krankenhäuser, zum Beispiel der Vertreter von Vitos, beantwortet werden. Frau Dr. Bornheim, Sie haben gesagt, dass 80 % der betroffenen Menschen bei der Polizei vorgestellt werden. Wie ist denn das Interesse der Polizei ab dem Moment, an dem Sie die Menschen aufnehmen, bis zu einer Entlassung, sei es gegen oder mit Ihrem Willen?

Zweitens. Bei dem vorgeschlagenen § 28 Absatz 4 reden wir über eine Situation, in der die dritte Gewalt eine Entscheidung fällt, aber die zweite Gewalt anscheinend nicht in dem Maße informiert, wie es sich die zweite Gewalt wünscht, und der Gesetzentwurf sagt, dass dann die Einrichtung die zweite Gewalt informieren soll. In den vorherigen Runden wurde gegenüber dem Vertreter des Richterbundes angedeutet, dass man das Gefühl hat: Da wird – nicht immer mit dem gleichen Maßstab – auch gegen uns entschieden.

Auf eine gewisse Art und Weise sagt das Gesetz, vielleicht aber auch die richterliche Praxis: Sie müssen damit klarkommen, denn das Gericht kann so entscheiden, dass eine Person entgegen Ihrer Empfehlung entlassen wird. – Wenn eine so große Gefahr besteht – worüber wir uns ja einig sind –, dann müsste man eigentlich hoffen, dass die Gerichte anders entscheiden. Dieser Komplex wird hier komplett ausgeblendet. Denn wenn die Entlassung das größte Problem ist, müsste man überlegen, wie man weniger Entlassungen herbeiführen kann.

Prof. Dr. Florian Metzger: Zu der Frage nach der Praxis der Meldungen: Wenn ein Patient zu uns kommt und bis zu einem bestimmten Zeitpunkt untergebracht wird, heißt das ja nicht, dass er danach zwangsläufig aus dem Krankenhaus entlassen wird. Der weitaus häufigere Fall ist, dass die Patienten – und zwar freiwillig – in Behandlung bleiben. Zu dem Zeitpunkt, zu dem die Unterbringung endet, machen wir eine Meldung, in aller Regel an den zuständigen Sozialpsychiatrischen Dienst, und berichten, dass die Unterbringung ausläuft. Damit ist die Meldepflicht für diesen Patienten erledigt.

In den Fällen, in denen uns die Polizei Patienten mit Gewaltpotenzial bringt und uns schon bei Aufnahme darum bittet, eine Meldung an die Polizei zu geben, wenn der Patient entlassen wird, liegt das in unserem Ansinnen und Ermessen. Ist der Patient nicht ganz stabil, aber nicht mehr akut gefährlich, und wir sehen in unserer individuellen Güterabwägung eine mögliche Gefährdung der Angehörigen oder der Allgemeinheit, dann melden wir das innerhalb dieser individuellen Güterabwägung, was wir dann auch so dokumentieren, um eine Rechtssicherheit für uns zu haben. Das tun wir allerdings aus eigenem Antrieb, um die Situation für den Patienten und die Allgemeinheit ein Stück weit auszutarieren.

Ja, an bestimmten Stellen – das muss ich sagen – gibt es ein Vollzugsproblem. Gerade am Beginn dieser Meldeverpflichtungen an den SPDi habe ich nicht nur in unserem Haus, sondern weitergehend immer wieder gehört, dass nicht vollständig und nicht ausreichend gemeldet wurde. In den letzten ein bis zwei Jahren ist eine Veränderung in dem Prozess zu verzeichnen. Es wird deutlich mehr gemeldet, was sicherlich damit zusammenhängt, dass wir jetzt auch Auswertungen zum PsychKHG zur Verfügung gestellt bekommen. Das hilft ungemein, die Situation einzuschätzen und ein Gefühl dafür zu bekommen, wie wichtig diese Meldung ist, um den Sozialpsychiatrischen Dienst in seiner Arbeit zu unterstützen, sodass die Dinge ineinandergreifen wie ein Räderwerk.

Für die Patienten, bei denen wir auch bei der Entlassung noch eine Gefährdungslage einschätzen, wären weitere Maßnahmen erforderlich. Das ist nicht Gegenstand unserer heutigen Diskussion. Aber helfen würden hier eine Möglichkeit, Auflagen zu erlassen, ähnlich wie bei der Führungsaufsicht nach einer forensischen Unterbringung – regelmäßige Kontakte mit der Ambulanz, mit dem Arzt, mit dem Psychotherapeuten oder Ähnliches –, und auch die Möglichkeit einer ambulanten Zwangsmedikation bei Patientinnen und Patienten, bei denen stationäre Aufenthalte und eine Hospitalisierung anders nicht zu vermeiden sind. Die jetzige bundespolitische Situation hinsichtlich des Themas der ambulanten Zwangsbehandlung wäre ein guter Zeitpunkt, sich Gedanken über die nächste Novellierung des PsychKHG zu machen.

Fallkonferenzen sind sehr hilfreich, weil man die Maßnahmen viel besser aufeinander abstimmen kann. Ich habe schon erlebt, dass Gefährderansprachen durch die Polizei nach meinem Empfinden zu niedrigschwellig waren. Sie waren zwar gut gemeint, waren aber für den Patienten, den ich vor Augen habe, gar nicht der richtige Ansatzpunkt. Das lässt sich in einer Fallkonferenz viel leichter auf das richtige Niveau heben und individuell, auf den jeweiligen Menschen zugeschnitten, erfassen.

Zu der Frage der Zahlen bzw. der Frage, was ich bezüglich der kurzfristigen Unterbringungen meinte, zwei kleine Beispiele: Ich stelle mir einen alkoholabhängigen Patienten vor, der in seiner Intoxikation eine Sachbeschädigung begangen hat. Auch das ist eine Form der Fremdgefährdung. – Der Patient kommt zu uns. Er ist ausgenüchtert. Eine ambulante Behandlung für einen Suchtkranken ist schwer zu finden. Es besteht die Wahrscheinlichkeit, dass dieser Mensch rückfällig wird und wieder eine Sachbeschädigung begeht. Das ist etwas ganz Niedrigschwelliges. Aber auch ihn müssten wir der Polizei im Prinzip melden. Zweites Beispiel: der demente Patient, der in einem akuten Verwirrtheitszustand mit dem Brotmesser auf seine Frau losgeht, aber keine echte Gefahr darstellt. Auch er kommt aufgrund einer Selbstgefährdung, aber auch einer Fremdgefährdung zu uns. Das sind nicht die Patienten, die wir der Polizei melden wollen, weil es eine viel zu große Anzahl ist. Nach der momentanen Formulierung der Novelle wären diese Menschen mit erfasst. Sie sind aber im Sinne dieser Novelle gar nicht als zu meldende Personen zu verstehen. – So viel zur Illustration, was sich dahinter noch verbergen kann.

Was fehlt in der Behandlung? In der Versorgungslandschaft fehlt uns eine Art intensivambulanter Behandlung, ein Bindeglied zwischen der stationsäquivalenten und der ambulanten Behandlung. Unsere forensisch-psychiatrische Ambulanz arbeitet mit einer Frequenz, die sich genau in der Mitte von beidem befindet, und erreicht trotz der Entlassungen zu einem früheren Zeitpunkt aus den forensischen Kliniken gute Ergebnisse, die sich auch im Bundesvergleich sehen lassen können. Mit einer solchen intensivambulant Behandlung könnten wir, vielleicht auch in Verbindung mit dem Äquivalent einer Führungsaufsicht – im Sinne von Auflagen –, die Zahl der Gefährdungssituationen wirksam reduzieren.

Prof. Dr. med. Christoph Fehr: Vieles ist schon gesagt worden. Ich kann mich meinen Vorrednern nur anschließen: Die Meldung an die Sozialpsychiatrischen Dienste nach § 28 Absatz 3 PsychKHG hat eine gewisse Eingewöhnungsphase gebraucht. Allerdings gehe ich davon aus, dass Entlassungen aus der Unterbringung oder aus der Behandlung inzwischen regelmäßig gemeldet werden. Das sind aber Meldungen, die bei jedem Patienten, der nach PsychKHG untergebracht ist, also auch bei einer unmittelbaren Eigengefährdung, erfolgen.

Das Problem, das bei der Prognosebeurteilung im Rahmen der Entlassung besteht, hat Herr Kollege Kötter von der forensischen Klinik sehr gut beschrieben. Es geht um sehr heterogene Fälle. Da ist der verwirrte Demenzkranke, der keine gesetzliche Betreuung hat, der möglicherweise fremdaggressiv gegenüber einem Familienangehörigen ist, da ist der intoxikierte drogenabhängige Patient, der laut schreiend seinen Nachbarn angepöbelt hat. Das kann aber auch der Patient sein, der mit der Intention des Gesetzes vielleicht gemeint ist: der chronisch wahnhaft Patient mit einer paranoiden Schizophrenie, der in seinem Wahn möglicherweise Tötungsfantasien hat. Insoweit sind – das haben zahlreiche Vorredner gesagt, und das ist auch aus Ihren Fragen zu erkennen – individuelle Fallrunden mit dem SPDi und mit der entsprechenden Ambulanz ein sinnvolles Instrument.

Eine neu aufgekommene Frage bezieht sich auf die ambulante Versorgung psychisch kranker Patienten in Hessen. Sie ist insgesamt nicht als befriedigend anzusehen. Neben der psychia-

trischen Institutsambulanz als ambulante Versorgung in den Krankenhäusern, die sehr gut ausgebaut worden ist, gibt es eine im Grunde immer kleiner werdende Gruppe niedergelassener Psychiater. Zwar plant die Kassenärztlichen Vereinigung die Versorgung für Neurologie und Psychiatrie gemeinsam; aber dadurch, dass für die psychiatrische Versorgung sehr kleine Summen ausgegeben werden, kommen bei der Abgabe kassenärztlicher Sitze jetzt überwiegend Neurologen zum Zuge, und die psychiatrische Versorgung wird weiter ausgedünnt. Die KV hat den Auftrag, für eine bessere Vergütung auch in der ambulanten psychiatrischen Versorgung zu sorgen, um weiterhin ein breites Netz niedergelassener Ärzte vorzuhalten.

Ich kann mich Herrn Prof. Metzger nur anschließen: Wir haben sehr positive Erfahrungen mit der stationsäquivalenten Behandlung gemacht. Dies ist eine Möglichkeit, auch bei ambivalent eingestellten Patienten, sofern diese es wünschen, erst einmal aufsuchend weiterhin tätig zu sein. Aber es bräuchte sicherlich auch die Möglichkeit einer intensivambulanten Behandlung, um Fälle, bei denen eine relativ hohe Rückfallgefährdung besteht, angemessen versorgen zu können.

Heute ist mehrfach dargestellt worden, wie unterschiedlich Richter und Richterinnen Unterbringungsdauern bewerten. Ich kann Ihnen aus meiner persönlichen Erfahrung Folgendes sagen: Ich war elf Jahre lang Chefarzt einer psychiatrischen Klinik in Frankfurt und bin seit viereinhalb Jahren Klinikdirektor bei Vitos Weil-Lahn. Die Wahrnehmung dessen, was Richter machen, ist komplett verschieden. Es ist nicht so, dass ein gemeinsamer Standard herrscht, sondern die Unterbringungsdauern sind in Hadamar im Vergleich zu denen in der Stadt Frankfurt am Main weitaus länger, unabhängig von der individuellen Krankheitsbefassung. Das, was wir hier gehört haben, spiegelt in hohem Maße die spezifische Situation des Amtsgerichts Frankfurt-Mitte wider. Ich habe in meiner Amtszeit in Frankfurt eine Dienstaufsichtsbeschwerde an das Amtsgericht gerichtet. Dem wurde damals leider nicht abgeholfen. Es braucht sicherlich ein noch genaueres Hinsehen auf das, was dort passiert. Das möchte ich als Randbemerkung hinzufügen. – Vielen Dank.

Christina Grün: Nur noch einmal ganz kurz zur Versorgungslage: Die Versorgungslage in der Psychiatrie ist insgesamt angespannt, ganz gleich, ob ambulant, stationär oder übergreifend. Deswegen wird ein strukturierter moderierter Dialog gefordert. In diesen müssen wir dringend einsteigen. Meines Erachtens ist dies, wie ich schon sagte, das Allerwichtigste hinsichtlich der Gewaltprävention. Wir bleiben dabei: Was die Versorgung in der Psychiatrie angeht, muss dringend etwas getan werden.

Aguedita Afemann: Zur ambulanten Versorgungslage kann ich nichts hinzufügen, weil mir konkrete Zahlen fehlen. Darüber ist das Ministerium vielleicht besser informiert.

Mich verwundert, dass wir heute um 19:30 Uhr immer noch um die Frage kreisen, für wie viele Personen das Gesetz gilt. Das war, glaube ich, Ihre Frage, Herr Pürsün, die Sie zwar nicht an mich gerichtet haben, auf die ich aber doch eingehen möchte.

Ich denke, wenn man einen Gesetzentwurf einbringt, hat man sich schon Gedanken darüber gemacht, wie viele Personen er betrifft. Vor allem dann, wenn ein statistischer Bericht über die Personen, die wegen Eigen- oder Fremdgefährdung untergebracht werden, erhoben wird, ist dies doch ungefähr bekannt und wurde im Vorfeld eruiert, um überhaupt eine Angabe darüber machen zu können, ob der Gesetzentwurf finanzielle oder sonstige Auswirkungen hat. Dann ist es ein weiterer Punkt, uns dazu zu laden; aber ich hätte gedacht, dass die Ersteller des Gesetzentwurfs eine Vorstellung davon hatten, mit wie vielen Personen sie selbst rechnen, als sie die Erweiterung angedacht haben.

Dr. Birgit Bornheim: Ich versuche, die Fragen in der Reihenfolge abzuarbeiten. – Herr Richter, ich bin mir nicht sicher, ob ich Ihre Frage richtig verstanden habe. Wenn es darum geht, ob die Gesundheitsämter oder die SPD eine Kontrollmechanismus für eventuell mögliche Auflagen aufbauen könnten, so glaube ich nicht, dass die Gesundheitsämter hierfür die richtige Stelle sind. Bei diesen Auflagen geht es überwiegend um therapeutische Auflagen; die SPDs behandeln ja nicht. – Wir haben heute gehört, dass noch nicht einmal überall Psychiater vorhanden sind. Sie sind ein rares Gut. Wir gönnen den Kliniken die Psychiater, hätten aber natürlich gern selbst welche. Ich denke, das müsste analog zu den forensischen Ambulanzen gestaltet werden und zum Beispiel bei den PIA oder bei den Behandlern angesiedelt sein, sodass diese schauen können, dass die Leute, was ihre Behandlungen angeht, dabeibleiben. Das wäre zu klären. Es ist sicherlich Aufgabe des Gesetzgebers, sich zu überlegen, wo dies sinnvoll angesiedelt ist.

Frau Dr. Sommer, Sie fragten, ob ein interprofessioneller Austausch Drehtüreffekte vermeiden kann. Ich bin der Ansicht, maßgeblich zur Vermeidung von Drehtüreffekten sind definitiv die richtige und adäquate Begleitung, die Behandlung und die Unterstützung der Patienten. Das kann initial von einem Austausch in einer solchen Gruppe ausgehen, in der man, ähnlich wie bei den früheren Hilfeplangesprächen, gemeinsam überlegt, welches die beste Unterstützung des Patienten ist. Aber dauerhaft vermeiden kann ich die Drehtüreffekte nur, indem ich für jeden einzelnen Patienten, wie es im PsychKHG steht, die passende Hilfe finde. Das PsychKHG gibt es uns eigentlich vor: personenzentriert, wohnortnah, ambulant vor stationär. Das steht alles im Gesetz.

Nun zum Interesse der Polizei während des stationären Aufenthalts: Ich kann nicht sagen, inwiefern die Polizei mit den Kliniken Kontakt aufnimmt und insoweit ein Austausch stattfindet; aber ich kann sagen, dass zumindest in unserem Gesundheitsamt bei wirklich kritischen Fällen Kontakt mit der Polizei besteht. Die Polizei stellt ja viele Leute mit einer minimalen Fremdgefährdung vor; ein Großteil der Leute geht danach hinaus und ist nicht mehr fremdgefährdend. Aber zu den Wenigen, über die sich die Polizei Gedanken macht, sind wir im regelmäßigen Austausch. Dann kommen zu uns vom SPD schon mal Anrufe, und es wird beispielsweise gefragt: Wir haben vor zwei Wochen Herrn oder Frau XY vorgestellt. Wissen Sie etwas über sie? – Die Polizeistationen haben also durchaus ein Interesse daran.

Nun zu der Frage, wie man es schaffen kann, dass weniger Entlassungen herbeigeführt werden. Ich glaube nicht, dass es das Ziel ist, weniger Entlassungen zu haben, denn die Kliniken können ja nur begrenzt Patienten aufnehmen und behandeln. Das Ziel sollte eine vernünftige ambulante

Behandlung nach dem Klinikaufenthalt sein. Denn auch die Klinik ist nicht allheilbringend, sondern die Menschen brauchen Begleitung, sie brauchen Unterstützung, sie brauchen adäquate Therapien.

Nun noch zu den Entlassungsmeldungen aus der Sicht der Sozialpsychiatrischen Dienste. Hinsichtlich der Konsequenzen einer Meldung besteht immer noch Luft nach oben. Wir wissen selbstverständlich, dass die Kliniken sehr überlastet sind. Da passiert sehr viel gleichzeitig. Zumindest für unseren Kreis kann ich sagen, dass wir nicht alle Entlassungsmeldungen bekommen. Wir sind dazu im regelmäßigen Austausch mit den Kliniken.

Aus unserer Sicht fehlt eine Ausführungsverordnung zu diesem Gesetz. Es ist zum Beispiel nicht festgelegt, wann eine Entlassungsmeldung erfolgen soll. Unsere Klinik versteht es anders als Sie. Wir sagen: Die Entlassungsmeldung kommt, wenn wir jemanden aus der Klinik entlassen, nicht dann, wenn wir ihn aus der Unterbringung entlassen. Hier bestehen sehr viele Unsicherheiten, auch bei den Kliniken und auch bei den Richtern. Von vielen Stellen wird dieses Gesetz ganz unterschiedlich ausgelegt. Das macht uns in der täglichen Arbeit sehr viele Probleme. Daher wären wir, wie gesagt, sehr dankbar, wenn es eine Ausführungsverordnung gäbe, in der stünde, ob die Entlassungsmeldung in dem Augenblick erfolgen muss, zu dem ein Patient aus der geschützten Station geht, oder eben, wenn er aus der Klinik entlassen wird. Am Ende ist das zwar egal, aber es führt bei allen Beteiligten zu mehr Sicherheit, wenn etwas festgelegt ist.

Dr. med. Matthias Bender: Um daran anzuschließen: Das Interesse der Polizei ist sehr heterogen. Wir hören häufig auch Beschwerden von den Polizeibeamten. Sie sagen: „Wir haben ihn doch erst vorgestern gebracht, und jetzt müssen wir ihn wieder bringen; denn es war wieder etwas los. Wieso behaltet ihr ihn nicht länger?“ Das ist vielleicht das, was Sie meinen. Wir haben aber dann keine Handhabe. Das Spektrum, weshalb Patienten gerne wieder in die Klinik streben, ist sehr groß; das sind nicht nur Wohnungslose oder ofW-Patienten, sondern auch andere. Das wäre ein eigener Erörterungspunkt. Dem kann man nicht allein durch Vorgaben oder eine gesetzliche Schärfung gerecht werden.

Herr Pürsün, nun zu Ihrer Bemerkung bezüglich der Entlassungen. Wenn ich Sie richtig verstehe, geht es Ihnen nicht um eine vollstationäre Behandlung, sondern um „Entlassung“ – in Anführungsstrichen – aus einer fachpsychiatrischen Betreuung oder Behandlung. Diese muss nicht immer fachärztlich sein, sondern findet möglicherweise im Lebensbereich Wohnen, in sogenannten Übergangswohnheimen usw. statt. Wir haben schon gehört, dass insbesondere für das Klientel, über das wir jetzt sprechen, das noch eine Zeit lang eine geschützte oder geschlossene Wohnform braucht, in unserem schönen Bundesland ein Riesenmangel besteht. Den hohen – auch politischen – Anspruch, nicht so viele geschlossene Heime haben zu wollen, kann man durchaus nachvollziehen, er entspricht aber überhaupt nicht der Versorgungslage unserer Patienten, wobei die durchschnittlichen Liegezeiten deutlich sinken. In den großen Versorgungskliniken beträgt die durchschnittliche Liegezeit 21 Tage. Was soll man in diesem kurzen Zeitraum an längerfristigen Behandlungen durchführen, die die Patienten benötigen? Am ersten Tag der Aufnahme von Patienten mit einer schweren strukturellen Störung, zum Beispiel einer Psychose aus

dem schizophrenen Formenkreis, fängt schon die Planung für die ambulante Versorgung, das weitere Wohnen usw. an. Unser Wunsch sind ja keine langen stationären Aufenthalte oder eine Hospitalisierung. Davon wollen wir ja wegkommen. Aber wir müssen, auch was die SGB-Bereiche betrifft, eine bessere sektorübergreifende Behandlung erreichen.

Herr Richter, nun zu Ihrer Idee des Monitorings. Sie hört sich sehr gut an, ist aus meiner Sicht aber am ehesten zu realisieren, wenn die Patienten, wie wir schon gehört haben, in der Klinik entaktualisiert werden. Ich nenne das einmal „therapeutisches Fenster“. Wenn man dann eine Weiterbehandlung über ein Monitoring plant, dann am günstigsten mit dem Einverständnis der Patienten und vor allem – das ist ganz wichtig – mit dem frühzeitigen Einbezug der Angehörigen. Bezieht man die Angehörigen nicht ein – meist mit fadenscheinigen Argumenten des Datenschutzes –, dann sind die Patienten, gerade die sogenannten Drehtür-Patienten, draußen, und wer muss sich um sie kümmern? – Die Mama oder der Papa, oder die Familie. Die haben die ganze schwere Last zu tragen. Die Angehörigen fehlen mir in unseren Erörterungen komplett. Ich glaube, das ist ein ganz wichtiger Punkt. Wenn Monitoring funktionieren soll – ob über eine stationsäquivalente Behandlung, über eine Intensivbetreuung, über PIA oder sonst wie –, dann am besten und am ehesten mit den Angehörigen, nicht, um ihnen noch mehr Arbeit zu machen, sondern um sie durch einen Schulterschluss sinnvoll zu entlasten. Das ist für mich ein sehr wichtiges Element.

Frau Ravensburg hat nach den sogenannten Drehtür-Patienten im Sinne der Fallkonferenzen gefragt. Es ist klar: Die Verbindlichkeit ist das eine. – Ich habe als Sprecher der AG der ärztlichen Leitungen der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie in Hessen durchaus einen Überblick über die hessischen Kliniken. Aber wenn ich von der nordhessischen Region sprechen darf: Gestern haben wir, wie gesagt, dort mit einem Richter, dem SPD i und mit den beteiligten Versorgungskliniken in Kassel sowie der Polizei zusammengesessen – also nicht etwa ohne die Polizei, sondern mit der Polizei, und zwar mit den Kollegen, die sich im Rahmen der Operativen Einheit 20 intensiv um das Bedrohungsmanagement kümmern. Wir erleben das als sehr hilfreich, um nicht erst eine Zuspitzung einer Krise zu brauchen, um einen runden Tisch zu machen, wenn schon alles ganz schwierig ist, sondern um ein Stück weit präventiv tätig zu werden.

Ich bin der Ansicht, der Umstand, dass Meldungen nach § 28 Absatz 3 Inkongruenzen aufweisen, hat weniger mit einer Überlastung oder einer Schnarchnasigkeit oder einem Mangel an Disziplin in den Kliniken zu tun, sondern eben damit, dass insbesondere die nach PsychKHG untergebrachten Patienten ein sehr heterogenes Entlassungsmuster aufweisen. Ein Beispiel: In vielen Fällen muss man § 17 PsychKHG aufheben – wir haben als Ärzte in diesem Bereich hoheitliche Rechte, und die Richter müssen unter Umständen gar nicht mehr für eine Anhörung hereinkommen –, weil die Situation am nächsten Morgen schon entaktualisiert ist. Die Richter kommen im Übrigen auch nicht zwischen 21 Uhr abends und 6 Uhr morgens. In diesem Zeitraum aber rappelt es oft, und man muss dann zwar informieren, aber es kommt niemand. Auch das wäre einmal ein interessantes Thema: Einen Krisendienst nicht nur für SPD i, sondern auch für richterliche Kollegen einzurichten. Aber das ist ein Nebenpunkt. – Also: Die Grundlagen für eine Fortführung einer Unterbringung nach § 17 PsychKHG sind am Morgen entfallen, und die Patienten werden manchmal aus dem Wochenende oder aus dem Nachtdienst entlassen, aber das geschieht nicht in der

Kontinuität der aufnehmenden Ärzte: Ein AvD nimmt auf, danach ist der Patient auf einer Station, wird dann entlassen, alles lege artis, mit Entlassungsbrief usw., aber für den letzten Schritt, nämlich dafür, zu melden, ist dann niemand verantwortlich, weil die Behandlungskontinuität fehlt.

Ich will aber nicht zu kleinteilig werden. Wir haben in den Vitos-Kliniken – Alexander Gary kann das bestätigen – ein Klinisches-Informationen-System für Psychiatrien, KIS. Das ist systematisch aufgebaut – wie das PsychKHG –, und die Maßnahmen sind wie eine Kaskade aufgebaut. Dabei ist das Setzen eines Häkchens notwendig; sonst wird der betreffende Fall nicht freigegeben. Man muss dann schauen, ob die notwendige Meldung an den SPD i erfolgt ist. Das sind formale Dinge, die aber meiner Ansicht nach wichtig sind.

Frau Sommer hatte die Frage, warum es bei dem jetzigen Vorschlag zu § 28 Absatz 4 mehr Meldungen werden könnten. Wir haben heute schon mehrfach gehört, dass es um haftungsrechtliche Fragen geht, dass Ärztinnen und Ärzte dann in der Bredouille sind und sich, um straf- und zivilrechtlichen Vorwürfen zu entgehen, sagen: Alles, was nicht bei drei auf dem Baum ist, melde ich lieber. – Das ist die Gefahr, und das will hier wohl niemand.

Die Tiefe der aktuellen Meldungen ist ebenfalls sehr unterschiedlich, ob es sich nämlich um eine Meldung nach § 28 Absatz 3 PsychKHG an den SPD i oder um eine Meldung an die Polizei oder an die Ordnungsbehörde handelt. Das beachten wir durchaus. Interessant ist – ich gehe davon aus, dass die Kollegen dies aus der Praxis bestätigen können –: Wenn wir Patienten haben, die schon eine Fremdgefährdung oder eine Gewalttat hinter sich haben, und wir sagen, die Prognose ist aus unserer Sicht schwierig, das kriegen wir nach der Entlassung nicht hin, dann stellen wir einen Antrag nach § 126a StPO zur forensischen Begutachtung. Aber um diese Begutachtung zu erreichen, wird ein Staatsanwalt benötigt, der diese beauftragt. Es kommt häufiger vor, dass junge Patienten, deren Delinquenzakte noch nicht sehr dick ist, aus der Sicht eines Staatsanwalts oder einer Staatsanwältin gute Entwicklungspotenziale haben. Dann verweigert er oder sie den Auftrag einer forensischen Begutachtung. Wir sehen aber unter unserer prognostischen Einschätzung, dass es mit diesem Menschen ganz schwierig ist, und melden ihn dann den Ordnungsbehörden. Ich gehe sogar so weit, dass ich den Staatsanwalt dann in die Pflicht nehme, ihn anrufe und ihm sage: „Ich bleibe bei meiner Prognose; wenn Sie die Begutachtung nicht in Auftrag geben, dann möchte ich, dass Sie diesen Patienten oder diese Patientin auf dem Schirm haben.“ Ich gebe ihm die Informationen dazu und bespreche mit dem Patienten, dass die Informationen nicht nur an die Polizei – die arme Polizei, sage ich –, sondern auch an den Staatsanwalt gehen, sodass ein Stück Verantwortung zurückgegeben ist.

Ich könnte noch fünf verschiedene Varianten von Meldungen nennen. Die Frage ist komplex, und die Antwort ist es auch. Ich bleibe bei diesem Beispiel, um zu zeigen, dass das unterschiedlich ist.

Frau Anders hat nach dem KV-Bereich und den PIA gefragt. Das ist zum Teil schon beschrieben worden. Ich bin der Auffassung, dass wir von Good Clinical Practice lernen müssen. Der Krisen- und Beratungsdienst der forensischen Ambulanz kann das Problem natürlich nicht lösen, aber wir haben sehr gute Erfahrungen damit gemacht. In Konferenzen haben wir schon mehrfach

regelmäßig mit den Krisen- und Beratungsdienst Fälle besprochen, wobei es entweder in die eine oder in die andere Richtung mit mehr oder weniger Forensik ging. Das war sehr hilfreich.

Von den Modellprojekten halte ich das ACCESS-Modellprojekt in Hamburg für erwähnenswert. Dabei ist über mehrere Jahre die Wirkung einer aufsuchenden, gemeindenahen und integrierten Versorgung von schwer psychisch Erkrankten unter sehr großer Inanspruchnahme stationärer Leistungen untersucht worden. Man kann natürlich nicht sagen, dann komme es zu weniger Gewalt. Man hat ja keine Kontrollgruppe. Aber die Ergebnisse zeigen eine deutliche Reduktion der Zahl stationärer Aufenthalte, akuter psychiatrischer Krisen und von Zwangseinweisungen. Diese Ergebnisse kann man gut extrapolieren und von weniger Gewalt, einer sehr viel besseren Symptomkontrolle und – auch das ist ein ganz wichtiger Aspekt beim Blick auf die Betroffenen und auf das Leid oder die Last der Angehörigen, den wir haben sollten – von einer deutlich erhöhten Behandlungszufriedenheit sprechen.

Dr. Alexander Gary: Frau Ravensburg, Sie haben davon gesprochen, Strukturen zu schaffen, regional miteinander zu reden. Jawohl, Kommunikation hilft, zu reden hilft, und aus meiner Sicht muss es auch verbindlich sein. Man braucht einen Rahmen, man braucht eine rechtliche Grundlage. Vorhin wurde bereits darauf hingewiesen, dass man auf Einzelfallebene an rechtliche Hürden stößt. Das kann nur funktionieren, wenn man zumindest einen Rahmen hat. Er müsste aus unserer Sicht hessenweit identisch sein. Das hat im Endeffekt auch etwas mit der Ausstattung zu tun.

Vernetzung vor Ort, regional, ist an sich ein Erfolgsfaktor. Aber innerhalb der Vernetzung vor Ort und des miteinander Redens kann man auch die Ressourcen gut bündeln. Ich denke schon, dass wir in unserem bestehenden System Ressourcenverluste zu verzeichnen haben. Die Ressourcen könnten wir gezielter einsetzen. Das muss nicht unbedingt bedeuten, Mittel in das System zu geben; man muss ja auch auf die Haushaltslage schauen. Vielmehr müssten wir uns näher betrachten, wo Aufwendungen für Bürokratie und wo Kommunikationsschnittstellen abgebaut werden müssen. Die regionale Vernetzung und die verbindliche Struktur, dass man vor Ort miteinander spricht, sind aus unserer Sicht elementar. Dabei hat jeder seine Aufgabe. Ich will jetzt keine Fronten, etwa zur KV, aufmachen. Wir müssen uns gemeinsam in die Augen schauen und uns überlegen, wer was beitragen kann.

Zu den Modellprojekten haben die Kollegen schon genug gesagt. Der Krisenberatungsdienst ist wirklich sehr erfolgreich gestartet. Vielen Dank an das HMFG, denn das war nur in Kooperation mit der Fachaufsicht möglich. Wir alle haben da viel Zeit und Energie hineingesteckt.

Es gibt noch einige andere Themen. Diese müsste man in einer gesonderten Sitzung besprechen. Bei der ambulanten Versorgung – ich will jetzt nicht in die Bedarfsplanung einsteigen; die kennen Sie, glaube ich, gut genug – stehen in manchen Regionen die Zeichen in einzelnen Kliniken auf Grün, aber unsere Institutsambulanzen, die Schwerkranke versorgen, werden überrannt, und in den Landkreisen gibt es teilweise keine Psychiater mehr. Ohne in Richtung KV zu gehen, denke

ich, dass wir gemeinsam darüber sprechen müssen, welche Möglichkeiten es gibt, um die Versorgung zu verbessern und die Ressourcen richtig einzusetzen.

Sebastian Kötter: Ich kann es kurz machen; zu allgemeinspsychiatrischen Fragen kann ich mich ohnehin nicht äußern. Deshalb will ich nur auf die beiden Fragen eingehen, die direkt an mich gestellt wurden. Sie betrafen die Modelle und die forensische Expertise oder Risikoeinschätzung, die von den allgemeinspsychiatrischen Behandlern eingebracht werden kann, bevor Ordnungsamt oder Polizei mit im Spiel sind, um eine valide Einschätzung abzugeben.

Ich denke, dies ist nicht der Rahmen, um die Modelle ausführlich zu erklären. In der Schweiz sind bei den Allgemeinspsychiatrien schon länger forensisch-psychiatrische Konsiliardienste mit extra Stellen fest installiert. Diese werden, je nach Bedarf, dazugeholt und in die Behandlungsplanung mit eingebunden. Das sind keine Modellprojekte mehr; es hat sich bewährt und ist in vielen Kantonen eingeführt.

Ich hatte auch die Präventionsambulanzen in Bayern erwähnt. Inzwischen ist dort geplant, sie für alle Versorgungsgebiete einzuführen. Auch hier wurde das Stadium des Modellprojekts inzwischen überschritten. Das sind allerdings schon eigenständige Organisationen und Behandler, also zusätzliche Einrichtungen. Das würde die von Herrn Richter ins Spiel gebrachte Frage der Finanzierung betreffen. Diese Variante ist natürlich kostspieliger, als wenn man die Behandlung komplett in den allgemeinen Psychiatrien belässt.

Ich sage noch ein paar Worte zu dem, was mit dem hessischen Modellprojekt ausprobiert wird, den schon mehrfach genannten forensisch-psychiatrischen Ambulanzen. Das sind eben keine „Überwacher“, wie sie vorhin genannt wurden, sondern Kollegen, die, wenn die Behandlung im Maßregelvollzug abgeschlossen ist, die Patienten entlassen sind und unter Führungsaufsicht stehen, die Behandlung fortführen. Alle von ihnen sind Fachleute, also Mediziner, Psychologen, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter und pflegerische Kolleginnen und Kollegen und haben eine Doppelfunktion. Zum einen sind sie Behandler, zum anderen überwachen sie aber auch regelmäßig das Risiko, kennen sich mit der Risikoeinschätzung besonders gut aus und sind daher auch geeignet, allgemeinspsychiatrische Einrichtungen beratend zu unterstützen, wenn dies notwendig ist. Sie halten engmaschig Kontakt zu ihren Patienten, zu Beginn sogar wöchentlich, dann vierzehntägig. Aber auch zu Patienten, die schon jahrelang wieder auf freiem Fuß und unauffällig sind, haben sie zumindest monatlich Kontakt. Dies zeigt, wie schwierig die Risikoprognose bei diesen Patienten ist und wie kurzfristig sich diese ändern kann. Es hat eben gute Gründe, warum der Kontakt so engmaschig gehalten und die Risikoeinschätzung erneut überprüft wird. Die Gültigkeit ist eben zeitlich sehr begrenzt.

Dieser Krisendienst kann auch noch in anderer Weise sinnvoll sein. Herr Dr. Bender hat eben von einem „Antrag zur Begutachtung“ gesprochen, einer Anregung nach § 126a StPO. Dies ist aber schon eine sehr einschneidende Maßnahme. Das bedeutet nämlich die Unterbringung – analog zur Untersuchungshaft – in der forensischen Psychiatrie. Bevor man einen solchen Antrag stellt, sollte man sich sicher sein, dass ein erhebliches Risiko besteht. Auch da kann ein Krisen-

und Beratungsdienst der Forensik unterstützen, damit wirklich nur für die Personen ein Antrag gestellt wird, für die dies sinnvoll erscheint. Sonst sind Leute unter Umständen ein halbes Jahr untergebracht, nur weil man sich bei der Begutachtung nicht sicher war. – So viel noch zur Ergänzung. – Vielen Dank.

Vorsitzende: Vielen Dank. – Ich schaue in die Reihen der Abgeordneten. – Mir liegen keine weiteren Wortmeldungen vor.

Ich bedanke mich ganz, ganz herzlich für Ihre Stellungnahmen, aber auch für Ihre Disziplin zu später Stunde. Ich wünsche Ihnen einen guten Nachhauseweg. Aber Sie dürfen auch gern noch bei uns bleiben. Alles Gute für Sie.

Block 4

Ich bitte die Abgeordneten, sitzen zu bleiben. Ich rufe den vierten Block auf. Wir beginnen mit Frau Kucharski.

Regina Kucharski: Mein Name ist Regina Kucharski. Ich bin vom Landesverband Psychiatrie-Erfarene Hessen. Das ist eine Selbsthilfeorganisation von selbst Betroffenen. Vielen Dank für die Einladung zu dieser Anhörung.

Wir vom Landesverband Psychiatrie-Erfarene Hessen e. V. möchten als Ergänzung zu unserer schriftlichen Stellungnahme die Einrichtung eines runden Tisches mit dem Titel „Psychiatrie und Gemeindepsychiatrie in Hessen“ vorschlagen.

Wir sehen, dass das psychiatrische System unzureichend funktioniert. Im stationären Bereich beobachten wir, dass die Zahl der Forensikplätze zunimmt. Die Zahl der Heimplätze nimmt ebenfalls zu. Andererseits werden Schwerstbetroffene immer häufiger aus der Klinik in die Obdachlosigkeit entlassen.

In der Gemeindepsychiatrie bzw. im ambulanten Bereich erleben wir, dass schwierige Patienten aus dem System herausgedrückt werden und zum Teil in Gefängnissen landen. Um einen Psychotherapieplatz zu bekommen, wartet man ebenfalls Monate, wenn einen überhaupt jemand will. Klienten werden gegenseitig innerhalb der Einrichtungen des Systems herumgereicht, aber verlassen das System nicht.

Arbeitsplätze für Schwerstbetroffene findet man fast ausschließlich in der Sonderwelt „Werkstatt für behinderte Menschen“, was für die Betroffenen ein Leben in Armut und in Abhängigkeit bedeutet.

Übergreifend für die Sozialpsychiatrie beobachten wir, dass auch die Sozialpsychiatrischen Dienste nicht mehr unbedingt zu den Betroffenen kommen. Es gibt keinen funktionierenden aufsuchenden Krisendienst.

Bei den Behörden ist festzustellen, dass der Landeswohlfahrtsverband Hessen Monate braucht, um einen Antrag zu bearbeiten.

Allgemein ist zu sagen, dass auf die Lebenswünsche der Betroffenen kaum eingegangen wird. Das System zeigt wenig Interesse daran, dass die Betroffenen ein eigenständiges, selbstbestimmtes Leben führen, weil das auf Dauer wenig Profit einbringt. Der Erfolg der psychiatrischen Behandlung und Betreuung ist zu hinterfragen, wenn immer mehr Menschen in den Einrichtungen des Systems hängenbleiben und es ihnen teilweise schlechter geht. Ein hauptamtlich arbeitendes, qualifiziertes Beschwerdemanagement – wie in Österreich oder in den Niederlanden – gibt es auch nicht. Angesichts solcher Missstände sind wir erstaunt, dass die Mehrzahl der Betroffenen doch so passiv und friedlich ihr Schicksal erträgt.

Aber anstatt in Aktionismus zu verfallen und nun die Polizei hinzuzuziehen, die künftig das richten soll, was im psychiatrischen System alles schief läuft, finden wir es wichtig, dass alle beteiligten Akteure sich zusammensetzen und man das System unideologisch beleuchtet und konkrete Maßnahmen verabredet. Es muss dabei um eine ganzheitliche Betrachtung gehen, die die Betroffenen nicht rein auf das Medizinische reduziert, sondern auch die soziale Situation einbezieht und bestrebt ist, diese in Richtung Inklusion im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention zu verbessern.

Außerhalb dessen, was ich mit dem Vorstand verabredet habe, möchte ich noch Folgendes sagen: Hier wurde von Behandlungsaufgaben und von fehlender Compliance gesprochen. – Hinsichtlich der Medikamente ist es sicherlich schwierig, wobei auch hier Vorerfahrungen eine Rolle spielen. Wir haben es in unserer Stellungnahme dargestellt: Wenn Betroffene mit sieben oder zwölf verschiedenen Neuroleptika behandelt werden, fördert das die Compliance nicht. – Damit sich Betroffene auf das System einlassen, ist Inklusion ganz wichtig. Das betonen wir in Diskussionen immer wieder. Sie alle können es sich bestimmt vorstellen: Wenn man unter einer Depression oder einer Psychose leidet, ist man nicht besonders davon begeistert, eine tagesstrukturierende Maßnahme in einer Werkstatt oder in einer Tagesstätte absolvieren zu müssen. Statt eine tagesstrukturierende Maßnahme in einer Tagesstätte zu finanzieren, könnte man das Budget für Arbeit, das Budget für eine Ausbildung auf den ersten Arbeitsmarkt erhöhen und beispielsweise den Besuch von Volkshochschulkursen fördern – was der LWV leider blockiert, vielleicht wegen des Lohnabstandsgebotes. Manche Betroffene wollen aber nicht immer nur im Getto und unter Kranken sein. Das ist ein ganz wichtiger Punkt.

Was auch ich beobachte – ich finde es wichtig, das hier zu sagen –: Manche haben Schwierigkeiten, den Betroffenen auf Augenhöhe zu begegnen. Wenn man sich aber wie ein Kleinkind behandelt fühlt, dann fördert das nicht unbedingt die Compliance.

Eben wurde davon gesprochen, dass man ganz stolz darauf ist, die Verweildauern in den Kliniken verkürzen zu können. Meine Meinung dazu ist zwiespältig. Ich bin vor 30 Jahren schwer krank

gewesen und war acht Monate in der Psychiatrie. Ich fand es echt cool, dass der LWV damals meine Wohnungsmiete bezahlt und weitere erforderliche Ausgaben getragen hat und ich nach acht Monaten da wieder neu anfangen konnte. Wie ist das heute? Gehen die Leute von der Klinik direkt ins Heim und verlieren alles? Wer zahlt, wenn sie für ein Jahr oder zwei Jahr in einem Heim sind? Ist dann die Wohnung weg? Müssen die irgendwo neu anfangen? – Der Gedanke, der mich immer wieder bewegt: Wie ist das heute? – Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Else Döring: Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrte Frau Staatsministerin Stolz, sehr geehrte Frau Optendrenk, liebe Abgeordnete! Ich bin die Vizepräsidentin der Psychotherapeutenkammer Hessen und vertrete somit eine Berufsgruppe, die sich zwar auch intensiv mit diesen Patienten beschäftigt, hier aber bisher – bis auf die Ausführungen von Herrn Kötter – gar nicht so recht vorkam. Es ist immer von der ambulanten Versorgung die Rede. Damit ist wahrscheinlich auch die ambulante psychotherapeutische Versorgung gemeint. Ich spreche für die Mitglieder unserer Psychotherapeutenkammer, aber auch für unsere Patienten.

Wir machen uns ganz große Sorgen über die Auswirkungen, die der § 28 Absatz 4 des Gesetzesentwurfs hat. In der Presse ist jetzt schon deutlich geworden, was für Auswirkungen das hatte. Ich glaube, es ist schon mehrfach darauf hingewiesen worden, dass die Ängste der Patienten sowie die Diskriminierung und das Schamgefühl in Bezug auf psychische Erkrankungen und Unterbringungen verstärkt werden. Als ich eine junge Psychotherapeutin war, habe ich erlebt, dass Patienten, die zu mir geschickt wurden, mir als Allererstes gesagt haben: Ich bin doch nicht verrückt. – Das hat sich im Laufe der Zeit verändert; die Situation hat sich verbessert.

Jetzt habe ich die Sorge, dass es zu einem Rückschritt kommt. Es haben auch schon Eltern zu mir gesagt: „Stellen Sie bei meinem Kind bitte keine Diagnose“, aus Angst vor den Auswirkungen, aus Angst, dass es der Polizei gemeldet wird. Das finde ich ganz schlecht. Es stört uns Psychotherapeuten bei der Behandlung, und zwar bezogen auf die Patienten insgesamt, nicht nur bezogen auf die Gruppe, über die wir geredet haben. So viel zu den Auswirkungen.

Zudem haben wir ein paar Probleme mit den Kriterien, die dort genannt sind. Die Definition von Fremdgefährdung – ich glaube, das ist auch schon mehrfach gesagt worden – ist sehr unklar; sie ist in den einzelnen Bundesländern auch unterschiedlich. Was ist also damit gemeint? Wer soll wann wem wo gemeldet werden? Auch das ist, glaube ich, schon mehrfach gesagt worden. Selbstverständlich haben wir uns auch die Frage gestellt, was das Ordnungsamt mit dieser Meldung anfangen soll. Dort arbeiten eigentlich keine Psychiater. Es ist zwar die ganze Zeit von Opferschutz geredet worden, aber Frau Dr. Bornheim hat meiner Meinung nach sehr deutlich gesagt, worum es hier wirklich geht.

Das Gute an dieser Diskussion ist, dass auch darüber nachgedacht wird, dass es spezifischer Unterstützungsangebote bedarf, auch für die Menschen, die entlassen werden. Ich habe noch einmal nachgeschaut: 30 % der nach dem PsychKHG Untergebrachten bleiben nur einen Tag in der Klinik. Selbstverständlich ist es sinnvoll, dass diese Menschen entsprechende Angebote bekommen. Dass es spezifische Unterstützungsangebote sein müssen, ist, glaube ich, auch klar.

Was die Schwierigkeit betrifft, einen Psychotherapieplatz zu bekommen, muss ich aber sagen, dass nur eine ganz bestimmte Gruppe in einer ambulanten Psychotherapie gut untergebracht ist. Diese Problematik ist hier auch schon mehrfach angesprochen worden. Aber zumindest ein Teil der Menschen kann davon profitieren. Ich muss Ihnen allerdings darin recht geben, dass es wirklich sehr schwierig ist, einen Therapieplatz zu bekommen. Ich glaube, gerade für Patienten, denen es sehr schlecht geht, ist es schwer, einen Therapieplatz zu finden. Da muss man ganz viel herumtelefonieren, und das ist sehr schwierig.

Was ist unser Vorschlag? Wir schlagen vor, spezifische Unterstützungsangebote zu machen; die sind hier auch schon genannt worden. Ganz wichtig ist die Prävention, die greift, bevor es einem ganz schlecht geht. Das heißt, dass die ambulante psychotherapeutische Versorgung verbessert werden muss. In der Presse ist jetzt mehrfach darauf hingewiesen worden, dass es immer noch zu lange Wartezeiten gibt. Es gibt zu wenig Therapieangebote. Zur Bedarfsplanung will ich lieber gar nichts mehr sagen.

Ich möchte meinen Blick besonders auf die Versorgung der Kinder und Jugendlichen richten. Viele Erwachsene, die in der Psychiatrie landen, sind als Kinder oder als Jugendliche nicht behandelt worden. Kinder und Jugendliche fallen oft schon durch aggressives Verhalten in ihren Schulklassen auf. Dort kann man noch ganz gut sehen, dass hinter dieser Aggressivität und hinter dieser Gewalttätigkeit eigentlich etwas anderes steckt, zum Beispiel eine Vernachlässigung. Es können auch andere Probleme sein. Das heißt, ein gutes präventives Angebot wäre die Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Das wäre sehr hilfreich und würde viel nützen. – So weit erst einmal.

Jörg Holke: Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrte Frau Ministerin Stolz, sehr geehrte Frau Dr. Optendrenk, sehr geehrte Abgeordnete! Vielen Dank für die Einladung. Mein Name ist Jörg Holke. Ich bin von der Aktion Psychisch Kranke e. V. Wir sind ein Fachverband, der vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert wird. Wir sind auf Landes- und Bundesebene tätig. Insofern möchte ich jetzt und hier etwas stärker die Außensicht und ein paar Aspekte aus der Bundesebene mit einbringen.

Grundsätzlich sind wir bezüglich der Meldepflicht sehr zurückhaltend. Wir bewerten diese Möglichkeiten nicht sehr hoch und sehen eher die Risiken. Die sind, glaube ich, heute deutlich formuliert worden, ob es tatsächlich – so sage ich es jetzt einmal – die misstrauensbildende Wirkung ist, die damit verknüpft ist, oder die Haftungsfrage, die zu einem Anstieg der Zahl dieser Prognosen führen wird. Wir sehen auch nicht, dass von der Polizei wirklich wirksame Maßnahmen ergriffen werden können, ohne dass eine Fallkonferenz stattfindet. Die Federführung bei der psychiatrischen Versorgung sollte doch bei der Fallkonferenz liegen. Das ist unser Grundgedanke.

Wir sehen die Zusammenarbeit mit der Polizei eher an anderen Stellen, zum Beispiel bei der Stärkung der Zusammenarbeit beim Zugang zur Krankenhausversorgung, bei der Krisenhilfe, letztendlich auch bei der Amtshilfe und im Bereich der Fallkonferenzen. – Das zu der Bewertung dieser Meldepflicht.

Ich möchte jetzt nur ganz kurz – die Zeit ist wirklich schon weit fortgeschritten – erläutern: Wir arbeiten ja stärker mit Empfehlungen. Wir würden sagen, dass die Fallkonferenzen schon bei den entlassenden Kliniken – die Kolleginnen und Kollegen sind jetzt leider nicht mehr da – ihren Platz finden müssten, dass wir da schon, in der Entlassphase, Fallkonferenzen installieren. Da kann unter Umständen auch einmal die Polizei mit eingeladen werden. Das ist dann möglich. Auch datenschutzrechtlich gesehen ist das im Zusammenhang mit der Klinik einfacher. Das muss man aber gut machen. Sie können das ja über das Landeskrankenhausgesetz oder über den Landeskrankenhausplan als Qualitätsvorgabe einstreuen; dann ist das vielleicht auch verbindlicher. Die Kliniken, die heute hier vertreten waren, machen das, glaube ich. Aber ich glaube, das ist in der Fläche noch nicht der Fall. Insofern gebe ich diese Anregung.

Wir versuchen, diesen Gedanken jetzt auf der Bundesebene im SGB V zu installieren, sodass wir die Fallkonferenzen mit Vergütungszuschlägen „füllen“ können. Denn es ist ja richtig, dass solche Leistungen vergütet werden.

Zu den sozialpsychiatrischen Diensten. Die können sozusagen den „Staffelstab übernehmen“ und die Fallkonferenzen weiterführen. Das ist ja das, was so entscheidend ist: diese Kontinuität hinzubekommen. Ich denke, die Fallkonferenzen brauchen auch Informationen zu den Gefährdungsmomenten, zu den Gefährdungssituationen. Das können Sie aus unserer Sicht in den § 28 PsychKHG hineinschreiben. Das wäre etwas, was Sinn macht.

Dann muss man auch zusehen, dass die Sozialpsychiatrischen Dienste die Ausstattung bekommen, die sie brauchen. Sie haben gehört, wie die Situation bei der Ärzteschaft, bei den Sozialpsychiatrischen Diensten ist. Im Koalitionsvertrag steht etwas zur Stärkung der Sozialpsychiatrischen Dienste, zum Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Da sind wir im Moment sehr stark dran; da müssen wir weitermachen. Ich glaube, das ist wichtig.

Sie haben vorhin Beispiele aus der Arbeit der Krisenberatungsdienste der forensischen Ambulanz gehört. Sie haben auch Beispiele aus der Arbeit der Präventionsambulanz gehört. Das sind Beispiele, bei denen ich denke: Da müssen wir weitermachen, damit diese Unterstützung von außen für die Sozialpsychiatrischen Dienste noch kommt. Ich fände es ideal, wenn das vom Land gefördert würde und die Krisenberatungsdienste letztendlich ihren Platz im PsychKHG fänden. Es ist ja ein Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz, wenn ich das richtig verstanden habe. Insofern wären da Möglichkeiten, so etwas zu verankern.

Da müsste man weitergehen, damit man ein Gesamtkonzept von niedrigschwelligen ambulanten Krisendiensten hinkommt. Da müsste man auch versuchen – da sind wir ja sehr stark in der Verantwortung –, die Krankenversicherungen mit ins Boot zu holen, damit das nicht die Länder und Kommunen alleine tragen müssen. Wir zahlen jährlich 10 Milliarden Euro an die Krankenhäuser, und wir haben nicht das Geld, aus der Krankenversicherung Krisendienste zu finanzieren. Das ist für uns sehr schwer nachvollziehbar. Wir haben Vorschläge dazu gemacht, wie man das im SGB V verankern kann. Aber wenn Sie diese gemeinsame Verantwortung in das PsychKHG hineinbekommen, indem Sie die Krisendienste mit aufnehmen, dann wäre das sicher ein ganz wichtiger Schritt.

Dass Sie für die Fallkonferenzen gemeindepsychiatrische Verbünde als Ausgangspunkt brauchen, ist Ihnen bei der Formulierung des Entwurfs eines PsychKHG sicher schon sehr klar gewesen, denn Sie haben sie dort aufgenommen. Vielleicht ist ja auch noch etwas mehr an Förderung für die gemeindepsychiatrischen Verbünde möglich. Aber das ist, glaube ich, ein Ansatz, mit dem man die Fallkonferenzen im ambulanten Bereich sicherstellen kann – und die Sicherstellung der Versorgung sowieso.

Das jetzt in aller Kürze. Ich könnte noch eine Menge zu den bundespolitischen Entwicklungen sagen, zum Beispiel zu der Problematik des § 64b SGB V – da wollen wir gesetzlich etwas machen – und zu dem Vorhaben, die Intensivbehandlungen der Institutsambulanzen zu einer Art ambulanten Komplexleistung zusammenzufassen. Wir brauchen eine medizinische ambulante Reha; denn das hilft tatsächlich, die betroffenen Menschen nach dem Klinikaufenthalt zu versorgen. Da sind viele, viele Überlegungen, aber die würden heute wohl den Rahmen sprengen. – Insofern erst einmal vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Annette Lindt-Lange: Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Ich begrüße alle Anwesenden. Mein Name ist Annette Lindt-Lange. Ich bin im Vorstand des Landesverbandes der Angehörigen und Freunde von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Mein Schwerpunkt ist das Thema Maßregelvollzug.

Wir Angehörigen sind selbst oft sehr stark belastet und fühlen uns häufig ohnmächtig und hilflos, weil wir meist jahrelang zusehen müssen, wie unsere Angehörigen leiden und keine Hilfe erhalten. Mein Sohn ist mit 19 Jahren in den Maßregelvollzug gekommen. Da ist er seit fünf Jahren, und fünf Jahre lang haben wir versucht, eine passende Behandlung für ihn zu finden, was leider nicht stattgefunden hat. Wir müssen sehr oft den Satz hören: Wir können erst etwas tun, wenn etwas passiert, das heißt, wenn der Betroffene sich selbst oder andere gefährdet. – Im Falle meines Sohnes war das dann der Fall: Zuerst war er nur eigengefährdend, dann fremdgefährdend.

Sehr oft sind wir Angehörige auch Opfer. In unserer Angehörigenselbsthilfegruppe sind einige Angehörige, die Opfer einer Gewalttat durch ihr eigenes Familienmitglied wurden.

Durch die geplante Gesetzesänderung wird nicht nur das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient gefährdet, auch Angehörige haben dann eher Bedenken, ihre Beobachtungen und Einschätzungen den Ärzten anzuvertrauen – aus Angst, dass sie ihrem erkrankten Angehörigen dadurch schaden könnten. Anstatt psychisch Kranke durch verschärfte Gesetze noch stärker zu stigmatisieren und bereits im Vorfeld zu kriminalisieren, brauchen wir in Hessen absolut überfällige Präventionskonzepte, wie den schon oft genannten 24-Stunden-Krisendienst bzw. das Krisentelefon mit anschließenden aufsuchenden Krisendiensten, Angebote im Bereich der aufsuchenden Hilfen – wie zum Beispiel die Netzwerkgespräche nach dem offenen Dialog, die wir für sehr geeignet halten, um auch mit skeptischen Patienten in Kontakt zu kommen –, den Ausbau von stationsäquivalenten Behandlungskonzepten usw.

Diese Präventionsstrukturen verbindlich zu schaffen, halten wir für sehr wichtig. Denn das würde maßgeblich dazu beitragen, Gewalttaten gegen sich selbst und andere vorzubeugen und ihre Zahl zu minimieren. Durch die Meldung einer potenziellen Fremdgefährdung an die Polizei werden Straftaten, die im Zustand der Schuldunfähigkeit bzw. verminderten Schuldfähigkeit begangen werden, nicht verhindert. Damit rettet man auch keine Menschenleben. Fehlende Kontinuität in Behandlung, Unterstützung und Eingliederung trägt zur Chronifizierung von Erkrankungen bei, wodurch das Risiko von Eigen- und Fremdgefährdung steigen kann.

Bei der Gesetzesänderung geht es natürlich um Fremdgefährdung. Möchte man aber Menschenleben retten, gestatten Sie auch einen kurzen Blick auf die Eigengefährdung: Vor wenigen Monaten hat sich die Tochter einer guten Freundin mit 23 Jahren das Leben genommen, da ihr während des stationären Aufenthalts in einer Psychiatrie nach einem Suizidversuch keine Anschlussbehandlung in Aussicht gestellt wurde. Sie hatte dringend um Weiterbehandlung gebeten; ihr wurde jedoch nur die Entlassung nach wenigen Tagen in Aussicht gestellt. Daraufhin hat sie sich – noch in der Klinik – das Leben genommen.

Es kommt auch vor, dass bereits straffällig gewordene Menschen mit mehreren nachgewiesenen psychiatrischen Diagnosen – auch da gibt es ein sehr aktuelles Beispiel aus einer Angehörigengruppe – aus einer JVA ohne die dringend notwendigen antipsychotischen Medikamente und ohne Anbindung an einen weiterbehandelnden Psychiater auf die Straße entlassen werden. Rückfälle, Chronifizierung, Eigen- und Fremdgefährdung sowie weitere Straftaten sind dann natürlich vorprogrammiert. Menschen, die bereits aufgrund eines Rechtsbruchs im Zustand der Schuldunfähigkeit nach § 63 StGB bzw. vorläufig nach § 126a StPO im Maßregelvollzug untergebracht sind, werden im Schnitt acht bis neun Jahre – in Hessen etwas kürzer – stationär forensisch untergebracht, was unfassbar viel Geld kostet. Daran schließt sich eine Führungsaufsicht von ca. fünf Jahren an. Würde nur ein Bruchteil der finanziellen Mittel in die Prävention fließen, könnte man sich vielleicht den stetigen Ausbau der Forensik sparen, wobei wir natürlich auch die Krisendienste der forensischen Ambulanz sehr schätzen und begrüßen.

An der strukturell absolut ungenügenden Versorgungslage ändert die geplante Gesetzesänderung überhaupt nichts. Opferschutz ist auch Täterschutz – durch die Prävention.

Manfred Desch: Ich bin Mitglied im Vorstand der Angehörigen und Freunde von Menschen mit psychischen Erkrankungen, Landesverband Hessen.

Ich möchte es auf diesen einen Punkt bringen: Die chronische ambulante Unterversorgung führt tendenziell zu Patienten mit chronifizierten Erkrankungen. Es wurden hier viele Zusammenhänge erläutert. Aber ich möchte doch einmal auf eines hinweisen: Wenn die Patienten durch Krisendienste schon früh versorgt würden, hätten wir wahrscheinlich deutlich weniger schwere Fälle. Es wurde heute hier, auch von den Fachärzten, aus meiner Sicht vom Status quo ausgegangen, nämlich davon, dass die Fälle erst ziemlich spät in die Klinik zur Therapie kommen. Das könnte durch aufsuchende Krisendienste vermieden werden. Dann könnte man diese Rate wahrscheinlich deutlich verbessern. Ich wollte hiermit darauf hingewiesen haben, dass man damit die

therapeutischen Erfolge verbessern könnte und damit auch die sehr hohen Folgekosten – Verrentung, Wohnheime, die Leute zahlen keine Steuern, und wir verlieren die gesunden Angehörigen – verringern könnte. Der Preis dafür, dass wir hier auf Krisendienste verzichten, ist also sehr, sehr hoch.

Die ambulanten Versorgungssysteme wurden schon erwähnt. Da haben wir Versorgungssinseln, die die Patienten, wenn sie Glück haben, erreichen – aber nicht regelmäßig und auch nicht kontinuierlich.

Diese Defizite belasten auch uns Angehörige schwer. Wenn Sie den schwer kranken Patienten wirklich helfen wollen, dann empfehlen wir dringend, den Forderungen der DGPPN zu folgen – das wurde ja auch schon mehrfach erwähnt – und aufsuchende Krisendienste und Frühinterventionen zu installieren.

Ich habe noch ein paar Notizen infolge der Diskussion gefertigt. – Ein weiterer Grund für die Einrichtung von aufsuchenden Krisendiensten ist aus meiner Sicht die Gefährdung innerhalb der Familien. Das ist hier schon angeklungen, aber vielleicht noch nicht deutlich genug. Denn innerhalb der Familien gibt es doch etliche Übergriffe, die nie zur Anzeige gebracht werden und insofern auch nicht zur Diskussion stehen. Das wird in den Familien vertuscht – aus der Sorge heraus, dass der Patient in die Forensik verschwindet und dann nicht mehr wiederkommt. Da gibt es einen argen Zusammenhang, und das Zusammenleben von Patienten und ihren Familienangehörigen wird dadurch sehr, sehr erschwert. Das Vertrauen zwischen den Betroffenen innerhalb der Familien ist schwer herzustellen. Wir bräuchten eigentlich eine neutrale Person, die uns das Gespräch vermittelt. Wenn ich als Angehöriger zum Beispiel ein Teil des Wahngelbes meiner angehörigen Person bin, dann kann ich mit der Person ja nicht mehr neutral kommunizieren. Insofern ist die Anwesenheit einer neutralen Fachperson hilfreich, um Entlastung zu schaffen.

Die Idee, einen runden Tisch einzurichten, begrüßen wir. Das sollten wir unbedingt machen. Wir führen mit Vitos immer wieder Gespräche, die uns gegenseitig immer ein Stück weiterbringen. Für diese Initiative sind wir sehr dankbar.

Im Übrigen auch noch herzlichen Dank für die heutige Initiative. Die hätte ich mir schon vor zehn Jahren gewünscht. Aber ich bin sehr, sehr dankbar für die Aufmerksamkeit, Mühe und Intensität, mit der hier und heute den ganzen Tag lang diskutiert worden ist und diskutiert wird.

Wir würden uns also an den runden Tischen beteiligen. Auch der Idee der von den Chefärzten vorgeschlagenen Maßnahmen der Behandlungsaufgaben können wir Sympathie entgegenbringen. Das waren die Dinge, die ich loswerden wollte. – Ich danke für die Gelegenheit, hier sprechen zu können, und wünsche Ihnen noch viel Erfolg.

Vorsitzende: Somit wären wir am Ende des vierten Blocks der Statements. Ich darf in die Reihen schauen und fragen, ob es Fragen gibt. – Frau Dr. Sommer.

Fragerunde

Abgeordnete **Dr. Daniela Sommer (Waldeck-Frankenberg)**: Ich möchte mich auch bei Ihnen recht herzlich für die Stellungnahmen bedanken, auch für die, die ein Stück weit persönlicher waren. Herzlichen Dank dafür, und vor allen Dingen auch dafür, dass Sie so lange ausgeharrt haben, um Ihre Erfahrungen mit uns zu teilen.

Ich möchte jetzt das, was Herr Holke gesagt hat, in den Fokus rücken. Ich finde, Sie alle haben gute Beiträge gebracht. Es ist auch hier noch einmal deutlich geworden, wie wichtig Prävention ist. Ich glaube, das eint uns alle. Allerdings sprechen wir heute ja über spezifische Paragraphen.

Mir geht es jetzt noch einmal darum: Sie von der APK haben in Ihrer schriftlichen sowie in Ihrer mündlichen Stellungnahme den Vorschlag betreffend Qualitätsvorgaben, beispielsweise entweder im Landeskrankenhausplan oder im Gesetz, vorgetragen. Deswegen würde ich gerne wissen: Wie müssen wir uns Ihre Empfehlung genau vorstellen? Ist das als eine Qualitätsvorgabe gemeint? Stelle ich mir das richtig vor, dass das strukturierte Vorstellungen eines Falles sein sollen, zum Beispiel des Behandlungsverlaufs, dass die Ressourcen tatsächlich genannt werden, dass es klare Zielsetzungen gibt, die Einhaltung eines definierten Zeitrahmens für den Prozess vorgesehen wird und dass auch ein verbindlicher Austausch von Informationen zwischen den verschiedenen Fachbereichen, aber auch die Fragestellung: „Wer bearbeitet was?“, in diese Vorgabe eingebunden werden? Sind das die Qualitätsvorgaben, die Sie wollen? Oder was verstehen Sie konkret unter „Qualitätsvorgaben“? Das halte ich auch für Sie für wichtig, die Sie Angehörige oder auch Betroffene sind. Das ist ja ein Mehrwert und eine Hilfe für all diejenigen, die genau darauf angewiesen sind, dass wir solche Qualitätsvorgaben haben und dass man sich verbindlich daran hält. Ich glaube, heute ist auch sehr deutlich geworden, dass es derzeit keine Verbindlichkeit gibt und jeder „mal macht“. Aber gerade die Verbindlichkeit ist, glaube ich, wichtig, damit die Hilfe dort ankommt, wo sie hingehört.

Abgeordnete **Kathrin Anders**: Vielen Dank auch für Ihre Stellungnahmen und für einen anderen Blick zum Schluss auf die Thematik. Ich würde Sie gern nach dem Vorschlag – der hier öfter zur Sprache kam – betreffend die Behandlungsaufgaben fragen, besonders Sie als Betroffene, aber auch die Psychotherapeutenkammer Hessen. Inwieweit sehen Sie sich da auch als Behandler, als Dienstleister, als Versorger mit in der Pflicht? Oder was sehen Sie da als besonders problematisch an? Generell gefragt: Wie muss die ambulante Nachsorge, aber auch – das haben Sie alle angesprochen – die ambulante Prävention aussehen, damit es nicht zu den Drehtüreffekten und den schweren psychotischen Krisen kommt, sondern den betroffenen Patienten und Patientinnen möglichst frühzeitig geholfen werden kann?

Regina Kucharski: Zu den Behandlungsaufgaben: Wenn die zwangsweise anzuwenden sind, ist bei einem Verband der Psychiatrieerfahrenen klar, dass das nicht besonders prickelnd ankommt. Aber wie ich vorhin schon ausgeführt habe, gibt es ja viele Auflagen, zum Beispiel die, dass man

in eine Tagesstätte oder in eine Werkstatt gehen muss. Ich denke, die Compliance wird deutlich erhöht, wenn man die Beteiligung als wichtig ansieht. Denn es gibt viele Leute, die sagen: „Ich will da nicht hin, um Gottes willen nicht.“ Die wollen eher normale Lebensverhältnisse haben; und da passiert eigentlich noch viel zu wenig. Mit dem „Budget für Arbeit“ – ich weiß nicht, ob das jeder kennt – gäbe es eine Möglichkeit, Erwerbsunfähige auf dem ersten Arbeitsmarkt zu platzieren: 75 % der Kosten werden dem Arbeitgeber erstattet – plus Assistenz. Das wären Alternativen.

Ich glaube, wenn man mehr Normalität hineinbringen würde – statt der Sonderwelt, dem Ghetto, dass die Leute nur unter Kranken sind und als einzigen Freund vielleicht einen Sozialarbeiter haben –, würde das bei vielen Betroffenen dazu führen, dass sie die Hilfen eher in Anspruch nehmen. Ich denke, das ist sehr wichtig.

Sehr wichtig ist natürlich auch die Begegnung auf Augenhöhe. Das lässt bei manchen Profis zu wünschen übrig, weil man von ihnen wie ein kleines Kind behandelt wird. Ex-In ist dabei, da gegenzusteuern; denn das sind selbst Betroffene, die das eher draufhaben als die Profis. Deswegen soll das auch gefördert werden; denn das ist sehr wichtig.

Zur Prävention: Dieser Punkt kommt leider erst jetzt in die Diskussion. Ich kann aus persönlicher Erfahrung ein Lied davon singen. Ich war als Kind mit dreidreiviertel Jahren erstmals in stationärer Psychiatrie und war zuerst in der Schule für geistig Behinderte. Das hat meine Familie sehr belastet. Ich habe auch viel Druck gekriegt; denn damals hieß es in der Psychiatrie: Na ja, wenn sie in die Pubertät kommt, wird sie ihr Leben lang auf einer geschlossenen Abteilung leben müssen. – Das war für meine Eltern Wahnsinn. Das habe ich dann irgendwie zu spüren gekriegt. Man hat meinen Eltern schwere Vorwürfe gemacht, wie schlecht sie sich verhalten hätten usw. Im Nachhinein hat sich herausgestellt: Ich habe eine Störung aus dem Autismus-Spektrum. Wäre man damit frühzeitig adäquat umgegangen, hätte man viele Krisen, auch psychische Krisen – ich wurde dann ja wirklich psychisch krank, weil nicht richtig auf mich eingegangen wurde – verhindern können. – Das ist ein Beispiel dafür, dass Prävention sehr wichtig ist.

Else Döring: Ich habe ja gesagt, dass ein Teil der Patienten, um die es hier geht, in der normalen ambulanten Versorgung nicht richtig versorgt wird und eine klassische Psychotherapie mit Behandlungsaufgaben nicht funktioniert. Auch Zwangstherapien funktionieren in diesem Kontext nicht. Deswegen sehe auch ich es so, dass es spezifische Unterstützungsangebote geben muss, spezifische Angebote, die hier schon genannt worden sind. Das heißt, wenn jemand eine Psychotherapie oder überhaupt eine Nachversorgung ablehnt, dann ist eine ambulante psychotherapeutische Behandlung natürlich nicht möglich.

Ich sehe ein, dass es Behandlungsaufgaben für bestimmte Patienten geben muss, aber das ist nicht im Kontext einer ganz normalen ambulanten Psychotherapie möglich. Gleichwohl ist es aber nicht unmöglich.

Jörg Holke: Ich komme zunächst zu Ihrer Frage, wie wir uns das mit der Verankerung in den Landesgesetzen vorstellen. Wir haben das ja auch auf der Bundesebene vor. Aber da schwingt natürlich die Krankenhausreform mit hinein, die sich bisher nicht der Psychiatrie genähert hat, das über aber Leistungsgruppen tun wird. Wir haben in NRW – ich komme aus NRW, habe zwischenzeitlich auch auf der Landesebene gearbeitet – die Leistungsgruppen schon eingeführt. Da sind Qualitätskriterien hinterlegt. Da müsste genau dieser Punkt hin: Fallkonferenzen mit dem regionalen Hilfesystem unter Beteiligung der SPD. Im Einzelfall muss man dann überlegen: Wer gehört noch dazu? – Das muss man dann jeweils entscheiden.

Es gibt ein paar Qualitätskriterien. Sie haben es gesagt: Verbindlichkeit, man muss Zeiträume definieren, man muss einen Plan am Ende möglicherweise schriftlich festlegen. Es wäre gut, wenn man die Patientinnen und Patienten dafür gewinnen kann, um festzulegen, dass die Beteiligung immer das Ziel ist. Das wird nicht immer funktionieren. Aber das alles zu formulieren, könnte dieser Anspruch sein. Dabei würde ich die Landesebene berücksichtigen; denn diese hat in der Krankenhausplanung ja doch eine sehr, sehr bedeutsame Funktion. – So weit zu Ihrer Frage.

Zu den Behandlungsaufgaben: Es hat mich heute schon gewundert, dass das FamFG, also das Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit, gar nicht Thema war. Wir haben jetzt schon eine Möglichkeit, Behandlungsaufgaben zu erteilen. § 328 FamFG sagt uns: Wir können die Unterbringung aussetzen und können die Aussetzung mit Auflagen versehen. Das Gericht kann die Aussetzung widerrufen, wenn es mit den Auflagen nicht geklappt hat. – Ich habe in der Pause darüber ganz kurz mit Herrn Prof. Reif diskutiert. Er war ein bisschen zögerlich und sagte: Na ja, das sind die Gerichte; wir müssten ja weiterhin eine Gefährdungsprognose – – Aber diese Möglichkeit wird wirklich zu selten genutzt. Wir sollten uns das wirklich anschauen. Das ist eine Angelegenheit des Verfahrensrechts. Wir können das im PsychKHG in der Form unterbringen, dass man einen Hinweis auf § 328 FamFG gibt. Es gibt ja auch andere Hinweise auf das FamFG. Darüber könnte man nachdenken.

Das andere, was sonst in Richtung ambulante Behandlungsweise geht – die Diskussion kennen wir ja auch –, geht aus unserer Sicht zu sehr auf die Zwangsebene. In der privaten Wohnung ist für uns eine Grenze erreicht, was die Zwangsbehandlung angeht. Alles Weitere wird aktuell diskutiert; das müsste man überlegen. Aber in Bezug auf die Behandlungsaufgaben, die über den § 328 FamFG gehen, sehen wir schon eine Möglichkeit, etwas zu machen.

Annette Lindt-Lange: Bevor man über Behandlungsaufgaben spricht, wäre es natürlich schön, wenn es überhaupt ausreichend Behandlungsangebote gäbe. Es sind ja nicht alle psychisch Erkrankten behandlungsunwillig. Ich habe als Diplom-Sozialpädagogin auch in der Eingliederungshilfe, im intensiv betreuten Wohnen gearbeitet. Mir ist es da in mehreren Jahren nicht gelungen, auch nur einen einzigen meiner Klienten in eine psychotherapeutische Behandlung zu bekommen, weil es einfach nicht genug Plätze gab.

Auch wir finden es natürlich besser, wenn es ohne Zwang geht und wenn es bedarfsgerechte, auch vielschichtige Angebote gibt, die von den psychisch Erkrankten dann auch angenommen werden können.

Manfred Desch: Ich denke, das Wesentliche ist dazu gesagt. Es ist aber für Betroffene doch schwierig, einen Behandlungsplatz zu bekommen, weil es da ja keine Steuerung gibt. Ich denke da an die Psychotherapie. Ich sage es einmal aus unserer Erfahrung: Therapieplätze sind aufgrund aller möglichen Probleme belegt, aber psychiatrisch schwer erkrankte Patienten werden nicht aufgenommen. Daher müsste es aus unserer Sicht eine Steuerung dafür geben. – Mehr möchte ich nicht sagen.

Vorsitzende: Vielen Dank. – Gibt es weitere Fragen? – Das ist nicht der Fall. Somit haben wir alle vier Anhörungsblöcke abgeschlossen.

Ich möchte mich bei Ihnen ganz, ganz herzlich bedanken, dass Sie so lange mit uns ausgeharrt haben, für Ihre Disziplin und vor allem dafür, dass Sie uns an Ihrer Expertise und Ihrem Sachverstand – die natürlich in die Entscheidungsfindung einfließen werden – haben teilhaben lassen. Ich darf Sie jetzt in den Abend entlassen und Ihnen einen guten Nachhauseweg wünschen.

Ich schließe an dieser Stelle sowohl die Anhörung als auch die 13. Sitzung des Gesundheits- und Familienpolitischen Ausschusses. Ich darf die Kolleginnen und Kollegen aber bitten, hierzubleiben; denn ich eröffne gleich die 14. Sitzung, die im Anschluss stattfinden wird.

Wiesbaden, 27. Oktober 2025

Für die Protokollierung:

Vorsitz:

Kathrin Wolf

Sandra Funken