

Stenografischer Bericht

(ohne Beschlussprotokoll)

öffentliche Anhörung

62. Sitzung – Sozial- und Integrationspolitischer Ausschuss

15. November 2021, 09:11 bis 14:47 Uhr

Anwesend:

Vorsitz: Moritz Promny (Freie Demokraten) und Christiane Böhm (DIE LINKE)

CDU

Sabine Bächle-Scholz
Sandra Funken
Petra Müller-Klepper
Claudia Ravensburg
Ismail Tipi

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Kathrin Anders
Marcus Bocklet
Felix Martin

SPD

Ulrike Alex
Kerstin Geis
Lisa Gnadl
Dr. Daniela Sommer
Turgut Yüksel

AfD

Arno Enners
Claudia Papst-Dippel
Volker Richter

Freie Demokraten

Yanki Pürsün

DIE LINKE

Christiane Böhm

Fraktionsassistentinnen und -assistenten:

CDU: Dr. Carla Thiel
 SPD: Bettina Kaltenborn
 AfD: Jan Feser, Dagmar Tröger
 DIE LINKE: Alena Schütz, Thomas Völker

Landesregierung, Rechnungshof, Datenschutz, Landtagskanzlei:

Name (bitte in Druckbuchstaben)	Amtsbezeichnung	Ministerium, Behörde
Dr. G. Friedrich i. V. StS	Ministerialdi- nent	HMSI
Zahn, Marina	RR'in	HMSI
Heye, Jutta	RRin	HMSI
Odenwald, Jossie	VwAng.	HMSI
Nöcker, Susanne	MRin	HMSI
Klose, Kai	Min	HMSI

Gruppe 1:

Institution	Name (Position innerhalb der Institution)
Beauftragte der Landesregierung für Menschen mit Behinderung	Rika Esser Ayse Oluk
BVÖGD Landesverband Hessen der Ärzte und Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V.	Max Hartog (Vorsitzender des Fachausschusses Psychiatrie) Dr. Monica Schol-Tadic
Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Klinikum Hanau	PD Dr. med. Dipl. Psych. Thomas Schillen
Hessische Gesellschaft für soziale Psychiatrie	Constantin v. Gatterburg
Landesärztekammer Hessen	Dr. med. Stefan Hornung
EX-IN Hessen e. V.	Andreas Jung (Vorsitzender)

Gruppe 2:

Institution	Name (Position innerhalb der Institution)
Landesverband Hessen der Angehörigen psychisch Kranker e. V.	Michael Scheffels
Bundesverband der Berufsbetreuer*Innen Landesgruppe Hessen	Eberhard Marten (Sprecher)
Psychotherapeutenkammer Hessen	Dr. Heike Winter (Präsidentin)
Caritas-Krisendienst Südhessen	Bastian Ripper
Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V.	Karla Keiner (Geschäftsführender Vorstand)

Gruppe 3:

Institution	Name (Position innerhalb der Institution)
AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V.	Jörg Holke (Geschäftsführer)
Landesverband Psychiatrie-Erfahrene Hessen e. V.	Regina Kucharski Hans-Jürgen Wittek
Landesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrene Hessen	Alexander Kummer
Forum Schmiede e. V.	Heidi Höhn (Vorsitzende)

Gruppe 4:

Institution	Name (Position innerhalb der Institution)
BAG Psychiatrie	Reinhard Belling
Landeswohlfahrtsverband Hessen	Reinhard Belling
Vitos GmbH	Reinhard Belling
Vitos Kinder- und Jugendklinik für psychische Gesundheit Hanau	Dr. med. Eftichia Duketis (Direktorin)
Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Hadamar	Prof. Dr. med. Christoph Fehr
Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Haina	Dr. Florian Metzger (Direktor)
Vitos Klinik für forensische Psychiatrie Eltville	Walter Schmidbauer (Ärztlicher Direktor)
Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bad Emstal	Dr. Matthias Bender (Ärztlicher Direktor und Klinikdirektor)
Krisendienste Bayern	Celia Wenk-Wolff (Referentin für Psychiatrie und Neurologie)

Gruppe 5:

Institution	Name (Position innerhalb der Institution)
Amtsgericht Fulda	Dr. Szymon Mazur
Amtsgericht Frankfurt	Christian Braun
Betreuungsgerichtstag e. V.	Axel Bauer (Richter a.D.)

Protokollführung: Petra Dischinger, Brigitte Britzke, Maximilian Sadkowiak

Öffentliche mündliche Anhörung

1. **Gesetzentwurf**
Landesregierung
Gesetz zur Änderung des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes
und des Maßregelvollzugsgesetzes
– Drucks. [20/6333](#) –

hierzu:

Stellungnahmen der Anzuhörenden
– Ausschussvorlage SIA 20/61 –

(Teil 1 verteilt am 05.11.2021, Teil 2 verteilt am 08.11.2021, Teil 3 verteilt am 08.11.2021, Teil 4 verteilt am 10.11.2021, Teil 5 verteilt am 16.11.2021)

Vorsitzender: Wir haben die Anzuhörenden in fünf Gruppen eingeteilt. Wir starten mit der Gruppe 1, die hier unten Platz genommen hat. Wir bitten später jeweils die nächste Gruppe, von der Besuchertribüne herunter in den Plenarsaal zu kommen. Dazwischen werden die Plätze desinfiziert.

Die Abgeordneten des Hessischen Landtages gehören zu den fleißigsten Abgeordneten. Deswegen können Sie davon ausgehen, dass sie alle Ihre Stellungnahmen gelesen haben. Daher bitte ich Sie als Anzuhörende, darauf zu achten, dass Sie in ca. zwei Minuten nur das Wesentliche aus Ihrer schriftlichen Stellungnahme noch mal mündlich darlegen. Im Anschluss daran haben die Abgeordneten die Möglichkeit, Ihnen Fragen zu stellen.

Nach der Anhörung einer Gruppe steht es den Angehörten frei, den weiteren Verlauf der Sitzung von der Besuchertribüne zu verfolgen.

Als Erste rufe ich die Beauftragte der Hessischen Landesregierung für Menschen mit Behinderungen, Rika Esser, auf. – Bitte.

LBA Esser: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Abgeordnete, sehr geehrte Sachverständige! Auch wegen der Kürze der Zeit gehe ich nur auf einige ausgewählte Punkte meiner Stellungnahme ein.

Zunächst ist es erfreulich, dass meine Stellungnahme zur Evaluierung des PsychKHG teilweise berücksichtigt wurde. Zum einen wurden bei der Umsetzung des Bundesverfassungsgerichtsurteils vom 24. Juli 2018, das strengere Anforderungen an die Zwangsmaßnahmen stellt, etliche

Änderungen vorgenommen. Zum anderen sind auch die Verpflichtung zu barrierefreier Kommunikation in jedem Stadium der Hilfen sowie die Dokumentation über die Aufklärung Punkte, die mit eingeflossen sind.

Ich möchte im Weiteren auf Punkte eingehen, die meiner Meinung nach noch der Nachbesserung bedürfen. Das sind unter anderem der Ausbau und die Finanzierung der ambulanten und präventiven Angebote. Das stützt sich vor allem auf Art. 19 UN-BRK. Da geht es um die unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft. Das bedeutet, dass gemeindenahere Dienstleistungen und Einrichtungen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen bereitgestellt werden sollten.

Der Ausbau der ambulanten Strukturen ist meiner Meinung nach dringend geboten. Ich begrüße, dass die Krisenhilfe des Sozialpsychiatrischen Dienstes und auch die Psychiatriekoordination eingeführt und gestärkt werden. Darüber hinaus wäre es sehr wichtig, dass die ambulanten Strukturen noch weiter gestärkt und ausgebaut werden. Zum Beispiel könnte man das in § 4 Ausgestaltung der Hilfeleistung tun. Hier wäre es wichtig, zu definieren, dass die Hilfen wohnortnah und flächendeckend angeboten werden, d. h. auch in den ländlichen Gebieten, wo es ja zum Teil noch Defizite gibt. Auch die aktive aufsuchende Behandlung von Menschen mit psychischen und seelischen Beeinträchtigungen im häuslichen Umfeld wäre sehr wichtig.

Zum Zweiten: Das Ehrenamt und die Selbsthilfe zu stärken, ist ein Punkt, der noch deutlicher herausgestellt werden sollte. Dies könnte in der Präambel geschehen, aber auch in § 7. Dieser wäre aus meiner Sicht verbindlicher zu fassen, indem man formuliert:

Ehrenamtliche Hilfen einschließlich der Arbeit der Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen sowie Projekte der Selbsthilfe sind zu unterstützen.

Bis jetzt steht da noch „können unterstützt werden“.

Ein dritter Punkt ist die Berücksichtigung von Menschen, die kognitive Behinderungen und psychische Beeinträchtigungen haben; sie sollten stärker im System Beachtung finden, weil dort von einer steigenden Anzahl auszugehen ist. Hier wäre es möglich, diese Personengruppe explizit zu benennen, da sie auch Anspruch auf Leistungen hat. Zum anderen könnte man sie auch stärker in den Berichten berücksichtigen, damit erst mal Zahlen generiert werden, wie viele Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und psychischen Beeinträchtigungen überhaupt unter uns sind.

Der vierte und letzte Punkt ist die Stärkung der Kontroll- und Beratungsinstanzen. Zum einen sollte die Besuchskommission, die in § 13 normiert ist, aus meiner Sicht auch unangekündigte Besuche durchführen können. Zum anderen sollte der Fachbeirat für Psychiatrie gestärkt werden, indem er zukünftig bei allen Gesetzen und Verordnungen, die Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen betreffen, beteiligt wird.

So weit in aller Kürze; unsere vollständige Stellungnahme ist in den Unterlagen enthalten.

Herr **Hartog**: Vielen Dank für die Einladung zur Anhörung. Grundsätzlich finden wir den Novelisierungsvorschlag, den wir erhalten haben, positiv im Sinne der Sozialpsychiatrischen Dienste; letztendlich werden die Sozialpsychiatrischen Dienste gestärkt.

Ein großes Problem, das wir sehen, ist jedoch die Finanzierung, weil die Mehraufgaben, die auf uns zukommen, nicht mit dem bestehenden Personal zu bewältigen sind, zumal in den Gebietskörperschaften die Personalausstattung, pro Einwohner gesehen, sehr unterschiedlich ist.

Ich werde mich jetzt auf zwei, drei Punkte konzentrieren; unsere ausführliche Stellungnahme haben Sie erhalten.

Ich möchte als Erstes auf § 16 eingehen, Stichwort „Antrag auf Unterbringung“. Es sollen jetzt die Sozialpsychiatrischen Dienste oder, genauer gesagt, das Gesundheitsamt die Anträge auf Unterbringung stellen. Es ist aus unserer Sicht fachlich durchaus sinnvoll, das komplett auf die Gesundheitsämter zu übertragen. Das Problem ist hier jedoch, dass in den Gebietskörperschaften die Anträge nach § 16 in ihrem Volumen sehr unterschiedlich sind: In einigen Gebietskörperschaften haben die Ordnungsämter kaum Anträge nach § 16 gestellt; in anderen sind es recht viele. Das heißt, hier ist deutlich mehr Aufwand und Mehrarbeit zu erwarten, auch für die Verlängerungsanträge für nach § 16 in den Kliniken untergebrachte Patienten.

Das heißt für uns, dass wir, wenn wir Verlängerungsanträge stellen sollen, sie auch ablehnen können, denn nur auf Zuruf Anträge zu stellen, macht aus unserer Sicht keinen Sinn. Grundsätzlich geht es ja auch darum, eine Unterbringung abzuwenden, wie es die Präambel dieses Gesetzes vorsieht. Das braucht Zeit und Personal. Wir führen auch viele Gespräche und machen viele Hausbesuche. Wir haben hier mit einer Klientel zu tun, die häufig nicht mehr die Post öffnet, nicht ans Telefon geht usw. Es ist also ein sehr aufwendiges Verfahren. Wir machen das gerne, weil wir dahinterstehen. Aber wenn jetzt diese Mehrausgaben dazukommen, brauchen wir schlicht und ergreifend mehr Personal.

Dass wir bei allen untergebrachten Patienten über Entlassungen informiert werden, finden wir sinnvoll, sodass wir auch mit ihnen Kontakt aufnehmen können. Aber auch das bedeutet eine erhebliche Mehrarbeit für uns. Das machen wir gerne, aber einige Sozialpsychiatrische Dienste hier im Land Hessen haben teilweise nur einen Mitarbeiter. Sie können das nicht leisten; dann bleibt alles andere liegen. Das ist ganz klar.

Zum Thema Krisenhilfen: Wir begrüßen es sehr, dass dies jetzt endlich gesetzlich fixiert und auch außerhalb der Regelarbeitszeiten eingeführt werden soll. Aber auch hier muss klar sein, wer das finanziert. Egal, welches Modell man sich da vorstellt, egal, ob man eine hessenweit einheitliche Regelung anstrebt, ob man es in den Gebietskörperschaften organisiert oder mehrere Gebietskörperschaften einen Verbund bilden: Klar muss sein, dass dafür die Finanzierung steht. Sonst wird es niemand machen. Es betrifft ja auch Nachtzeiten, Feiertagszeiten usw. Das ist ganz eindeutig.

Ein wichtiger Punkt ist auch § 2, barrierefreie Kommunikation. Das unterstützen wir auch. Allerdings brauchen Personen mit Migrationshintergrund, die kein Deutsch können, schlicht und ergreifend einen Dolmetscher. Da reicht ein Sprachmittler nicht aus – das können wir aus ärztlicher Sicht ganz klar sagen –, weil es sonst zu falschen Übersetzungen oder falschen Schlüssen führt. Es geht ja darum, eine Unterbringung abzuwenden. Dafür braucht man einen ausgebildeten Dolmetscher. Der kostet Geld, und dafür muss die Finanzierung stehen.

Als Beispiel will ich nur das Stichwort Videodolmetschen einführen. Da hat man jederzeit Zugriff auf einen Dolmetscher. Ich kenne das aus Berlin; dort habe ich auch gearbeitet. Das ist technisch umsetzbar, aber es kostet Geld.

Grundsätzlich ist auch zu begrüßen, dass gemeindepsychiatrische Verbände gegründet und Psychiatriekoordinatoren überall eingeführt werden sollen, wenn sie nicht schon bestehen.

Vorsitzender: Vielen Dank. – Ich nutze die Gelegenheit und begrüße Herrn Staatsminister Klose ganz herzlich in unserer Runde.

Dann kommen wir zur nächsten Institution, der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum Hanau, Dr. Thomas Schillen.

Herr **Dr. Schillen:** Vielen Dank für die Einladung. Sie wissen vielleicht, dass wir in Hanau genau das aufgegriffen haben, was Frau Esser eben angesprochen hat, dass wir sehr auf eine ambulante Versorgung setzen. Wir machen seit zehn Jahren das bundesweit erste Modellprojekt nach § 64b und haben mittlerweile von unseren 120 Betten 50 Betten geschlossen. Wir haben viel Erfahrung in ambulanter Versorgung, insbesondere von Patienten, die wir früher unbedingt stationär hätten behandeln müssen, die bei uns in einem intensiv-ambulantem Versorgungssetting betreut werden.

Der große Haken bei der ganzen Geschichte ist die Personalausstattung. Wir können alle Pläne, eine bessere, patientenfreundlichere Psychiatrie zu gestalten, vergessen, wenn es uns nicht gelingt, attraktivere Arbeitsplätze zu schaffen, die ausreichend Berufsgruppen – Ärzte, Pflegendе – in dieses Tätigkeitsfeld hineinbringen. Wir hatten in unserem Modellprojekt bereits neben der aufsuchenden Behandlung im Umfeld des Altenheimes ein häusliches Home Treatment für Schizophrene eingeführt, das wir nach neun Monaten wieder einstellen mussten, weil uns die Ärzte gefehlt haben. Wir versuchen seit drei, vier Jahren, das wieder zu reaktivieren.

Hessen ist besonders schlecht darin, Arbeitsplätze zu schaffen, wo Menschen in der Psychiatrie tätig sein möchten. Wir haben einen Riesenärztemangel, und die Möglichkeit, ausländische Ärzte bei uns zu rekrutieren, ist im Vergleich zu anderen Bundesländern erheblich erschwert.

Die Situation wird ferner dadurch erschwert, dass zunehmend Patienten zwar nach PsychKHG in die Klinik eingewiesen werden, auf Station sich dann aber weitgehend so unauffällig verhalten,

dass sie trotz einer schweren Psychose keine Zwangsbehandlung erhalten und wir eine reine Verwehrpsychiatrie machen müssen. Das lehnen wir ab. Wir entlassen solche Patienten sehr zeitnah wieder. Wir wollen Patienten behandeln. Wir wollen helfen, dass sie mit ihren schweren Erkrankungen weiterkommen. Aber wir wollen Patienten nicht einfach von der Straße haben, damit die Bevölkerung nicht irritiert wird, und im Krankenhaus dürfen wir keine Behandlung umsetzen.

Ein weiterer Punkt, den ich hier kurz ansprechen möchte, ist § 21 Abs. 3. In der Novellierung wird ausgeführt, dass Fixierungen nur noch von der ärztlichen Leitung angeordnet werden dürfen. Das wird dazu führen, dass meine Oberärzte und ich in der Nacht den Bereitschaftsdienst praktisch alleine machen können, weil wir regelmäßig in unserem Bereich jede Nacht Einweisungen durch die Polizei haben, die auch immer wieder zu Fixierungen führen. Diese Fachärzte werden mir dann im Tagesbetrieb fehlen. Das ist einfach in dieser Form nicht umsetzbar. Wenn wir eine patientenfreundliche Psychiatrie gestalten wollen, brauchen wir ausreichend Ressourcen im Tagdienst, insbesondere Leute, die in der Lage sind, auch aufsuchend Patienten zu Hause zu begleiten und nicht irgendwie nach Arbeitszeitgesetz.

Ich möchte noch erwähnen, dass unser Modellprojekt gerade in der wissenschaftlichen Begleitforschung als eines der besten in Deutschland evaluiert wurde und dass die Empfehlung der Uni Dresden ist, dieses Modellprojekt und seine Konzepte bundesweit auszurollen. Wir sind mit dem Modellprojekt bei Weitem noch nicht da, wo wir sein könnten, wenn wir die Personalressourcen hätten. Wir könnten viel mehr ambulant machen, viel mehr aufsuchend Patienten begleiten. Das sind die Wege in eine gewaltfreie und möglichst zwangsarme Psychiatrie. Aber ohne dass es uns gelingt, Mitarbeiter für diesen Bereich zu gewinnen, können wir das alles beiseitelegen.

Herr von Gatterburg: Ich bin Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, war früher Sozialarbeiter und Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes im Kreis Bergstraße. Die Stellungnahme liegt vor. Grundsätzlich werden die weitere Diskussion und Fortschreibung sehr begrüßt.

Ich möchte hier die Gelegenheit nutzen, mich sehr für die wertschätzende und interessierte fachliche Zusammenarbeit mit den zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Ministeriums zu bedanken, weil wir das wirklich als sehr positiv wahrnehmen. Letzten Endes muss man immer versuchen, kooperative Formen der Zusammenarbeit in diesen Fällen zu finden und Lösungen zu suchen. Da nehmen wir das als sehr angenehm wahr.

Zum Entwurf: Unser gemeinsames Ziel der weitestgehenden Reduzierung von Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung muss weiterhin oberste Priorität haben. Der Richtervorbehalt ab 30 Minuten Fixierung in § 21 wird begrüßt, ebenso die Umsetzung der höchstrichterlichen Urteile zur 1:1-Betreuung bei kompletter Fixierung.

Ich möchte aber etwas anmerken: Frau Dr. Lieselotte Mahler hat das Weddinger Modell vor zwei Tagen auf einer Tagung vorgestellt, und es ist ihr gelungen, die Fixierungen weitgehend auf null

zu reduzieren. Sie hat die Security durch Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter auf Station ersetzt; sie hat Transponder für die Patientenzimmer angeschafft, die Ambulantisierung weiter vorangetrieben und den Umbau der Stationen durchgeführt. Unsere Meinung ist: Wenn man das möchte, kann man durchaus Veränderungen in kleinerem Rahmen durchführen, die auch vor Ort Wirkung zeigen.

Die Datenlage zum Unterbringungsgeschehen in Hessen ist nicht besonders gut, und für eine weitere Diskussion und Reduktion ist eine standardisierte, einheitliche Erfassung unabdingbar. Dies zeigen die Anfrage von Frau Böhm und die Antwort des Ministeriums. Auch hier begrüßen wir die Präzisierung im Entwurf.

Zu Krisendiensten und Krisenhilfen: Ich zitiere aus unserer Stellungnahme zur Evaluierung des PsychKHG im März 2020:

Wir halten die Einrichtung von flächendeckenden regionalen Krisendiensten für erforderlich. Die Koordination sollte durch die Sozialpsychiatrische Dienste erfolgen. Federführung und personelle Einbeziehung der Sozialpsychiatrischen Dienste in der Gestaltung der Krisenversorgung vor Ort. Evtl. projektbezogene Evaluation, welches Angebot in Hessen zielführend sein kann. Einbeziehung von Peers. Wichtig dabei: Der Krisendienst sollte insbesondere bei schwer beeinträchtigten Personen auch eine persönliche Kontaktaufnahme mit Klärung der Erfordernisse im Sinne einer Vermeidung von Selbst- und Fremdgefährdung vorsehen.

Wir freuen uns über die nun vorgeschlagene Änderung bzw. Ergänzung. Diese muss aber mit den entsprechenden Ressourcen ausgestattet werden und meines Erachtens auch von den Spitzenverbänden mitgetragen werden. Sonst gibt es ein Zuständigkeitshin- und -hergeschiebe, und letzten Endes ist auch die Finanzierung dann nicht sichergestellt. Ich möchte darauf hinweisen, dass beispielsweise die bayerischen Krisendienste über die Teilhabe-Eingliederungshilfe finanziert werden. Manche Sachen sind also auch möglich.

Wir begrüßen und unterstützen die besonders wichtige Rolle des Einsatzes von ausgebildeten Peers, EX-IN-Genesungsbegleiterinnen und -begleitern auf allen Ebenen der Versorgung zur Vermeidung von Zwang und Gewalt.

Letzter Punkt und ein für uns auch wichtiger Aspekt: Bei Waffenbesitz und dem Führen von Waffen – Jäger, Sportschützen usw. – haben wir keine Probleme mit einer Weitergabe von Daten an die zuständige Behörde zur Prüfung der Zuverlässigkeit in eigener Zuständigkeit. Beim Führen von Pkw sollte es keine Sonderregelung zur Datenweitergabe für den SpDi geben, da dies aus unserer Sicht diskriminierend ist und der bestehende Rechtsrahmen für alle Bürgerinnen und Bürger ausreichend ist.

Herr **Dr. Hornung**: Schönen guten Tag! Vielen Dank für die Einladung. Ich möchte mich auf drei Punkte beschränken; die ausführliche Stellungnahme liegt vor.

Im ersten Punkt geht es um § 16 Abs. 4. Unserer Meinung nach liegt da möglicherweise ein Missverständnis bei der Abgrenzung zwischen dem, was psychologische Psychotherapeuten und Psychiater machen können oder machen sollen, und dem, wie die Aufgabenverteilung in der Klinik ist, vor. Das hängt unter anderem mit den jeweiligen Ausbildungswegen zusammen. Auch die reformierten Ausbildungswege werden nach unserer Auffassung nicht so sein, dass die in § 16 vorgesehene ausführliche Stellungnahme sinnvollerweise von psychologischen Psychotherapeuten abzugeben sein wird.

Der Hintergrund ist ganz einfach: Es geht bei psychologischen Psychotherapeuten natürlich um den, wie der Name schon andeutet, psychotherapeutisch zugänglichen Teil der Erkrankten. Das sind manche, aber eben nicht alle. Bei manchen schweren Psychosen, auch bei hirnrorganischen Erkrankungen, kann man mit psychologischer Psychotherapie nicht so arg viel ausrichten. Da geht es häufig um Psychopharmakologie, und da geht es in der Abgrenzung, in der Diagnostik erst einmal z. B. um die Frage: Liegt etwas Hirnrorganisches vor? Dafür ist schlichtweg die Ausbildung nicht da. Das wird immer so dargestellt, als gehe es um Diskriminierung, und wir Ärzte würden denken, dass nur wir das können. Ein Stück weit stimmt es, weil wir es gelernt haben, und ein Psychologe kann nun mal keine MRTs befunden und auswerten und Schlussfolgerungen ziehen. Zum Beispiel die Abgrenzung zu einer Aphasie bei einer schweren formalgedanklichen Denkstörung ist nicht so einfach. Selbst dem erfahrenen Psychiater fällt das manchmal schwer. Das hat der Psychologe gar nicht gelernt. Das halten wir also für eine Fehlentwicklung.

Der zweite Punkt, zu dem ich kurz etwas sagen möchte, ist § 14 Abs. 1. Da geht es um die Datensammlung. Wir sind wohlgerne sehr dafür, dass sinnvollerweise Daten gesammelt und erhoben werden, unter anderem um Vergleichbarkeit im Lande Hessen herzustellen; die fehlt nämlich an allen Ecken und Enden. Allerdings reichen unseres Erachtens dazu die jetzigen Formen von aggregierten Daten aus. Sie könnten selbstverständlich noch anders formuliert und konkretisiert werden. Aber eine individuelle Patienten-ID, egal, ob pseudonymisiert oder nicht, ist unseres Erachtens dazu weder notwendig, noch ist sie sinnvoll. Sie ist unter anderem gar nicht so leicht bzw. mit manchen Krankenhausinformationssystemen auch gar nicht zu erheben. Das würde viele Dutzend Stunden Datensammlung durch Ärzte zusätzlich bedeuten. Ich glaube, diese Arbeitszeit könnte man sinnvoller einsetzen. Das eigentliche Ziel der Fachaufsicht ist unseres Erachtens auch mit aggregierten Daten sehr gut zu erzielen.

Noch ein letzter Punkt; er geht ganz schnell. Es geht um § 21, die besonderen Sicherungsmaßnahmen. Dazu hat Herr Schillen auch schon etwas gesagt. Dass eine Fixierung nur durch Chefarzte oder andere leitende Mitarbeiter angeordnet werden kann, ist aus meiner ganz persönlichen Sicht schlechterdings undenkbar. Wie soll das gehen? Wir haben nun mal an 365 Tagen, und zwar 24 Stunden am Tag, und zwar hauptsächlich nachts und am Wochenende, genau mit dieser Fragestellung zu tun. Das können schlichtweg nicht nur der Chef- und der Oberarzt machen. Das Ergebnis wäre unter anderem ein weiteres Abdriften weg von der stationären Psychiatrie. Auch

dazu hat Herr Schillen schon etwas gesagt. Wenn wir das weiter so gestalten, wird es eher ungünstig.

Herr Jung: Ich bin hier die Vertretung der Peers und auch im Fachbeirat Psychiatrie der Landesregierung. Ich kann mich dem Kollegen Herrn von Gatterburg von der DGSP weitestgehend anschließend und möchte bemerken, dass die Zusammenarbeit mit dem Ministerium sich in den letzten anderthalb Jahren erheblich verbessert hat. Vielen Dank noch einmal, da man das Gefühl hatte, dass man dort zugehört bekam.

Wichtig ist mir die Reduzierung von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie. Ich halte es nach wie vor für ein oberstes Gebot psychiatrischer Versorgung, dass wir so wenig wie möglich Zwang anwenden.

Die Einstellung von Peers auch auf anderen Akutstationen, nicht nur in Hessen, zeigt, dass sie in der Regel mit der Reduzierung von Zwang verbunden ist. Ich finde es ganz wichtig, dass auf die Nachbesprechung geschaut wird und – hier ist eine ganze Reihe von Chefärzten anwesend – darauf geachtet wird, dass die Nachbesprechung, die verpflichtend vorgeschrieben ist, wirklich durchgeführt wird. Mein Eindruck ist, dass es da immer wieder eine ganze Reihe von Schwierigkeiten gibt und sich niemand so richtig herantraut.

Ein weiterer Punkt, der mir wichtig ist: So sehr ich es begrüße, dass die Sozialpsychiatrischen Dienste in den Gesundheitsämtern stärker in die psychiatrische Versorgung einbezogen werden, so sehr finde ich es im Zusammenhang mit Krisendiensten unbedingt notwendig, die Sozialpsychiatrischen Anbieter, die wir in Hessen flächendeckend haben, viel stärker in die Pflicht zu nehmen und es ihnen zu ermöglichen, sich an solchen Krisendiensten zu beteiligen.

Der Grund ist ein ganz einfacher: Es hat sich gerade in der Corona-Zeit sehr viel an Vertrauen in diese Einrichtungen, die vorher zum Teil immer ein wenig verspottet wurden, gebildet, und es hat sich gezeigt, dass die Patienten, die Klienten dort sehr viel an Wertschätzung erfahren. Das ist eine andere Vertrauensebene, als wenn sie z. B. zu einer relativ anonymen Behördenstelle wie dem Gesundheitsamt gehen. Mir wäre es wichtig, dass wir da eine Regelung finden, dass die sozialpsychiatrischen Träger einbezogen werden.

Insgesamt empfinden wir diesen Gesetzentwurf mit der Novellierung als eine Verbesserung gegenüber dem, was wir vorher hatten; es ist auch eine Präzisierung. Die Frage wird sein, inwieweit für die einzelnen Projekte, die da gefördert werden sollen, genügend finanzielle Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.

Es gibt ein besonders gelungenes Projekt, auf das ich ganz kurz hier zu sprechen kommen will; das ist das Café Nachtlicht in Gießen, das am Wochenende von 18 Uhr bis nachts aufhat, wo Menschen, die sich in einer Krisensituation befinden, hingehen können, wo sie so sein können, wie sie sind, und die Möglichkeit eines Austausches haben. Bekanntlich ist es für Menschen, die in Krisensituationen geraten sind, gerade an Wochenenden besonders schwierig, Unterstützung

zu bekommen. Das ist kein teures Projekt. Wenn wir das an mehreren Standorten in Hessen unterstützen könnten, wäre das ein großer Gewinn.

In Marburg wollen wir das auch machen, in Kooperation mit einem Träger. Ich finde, es sind einige gute Sachen, die auch über die Novellierung des Gesetzes noch auf den Weg zu bringen sind. Ich bin da ganz optimistisch.

Vorsitzender: Vielen Dank, Herr Jung. – Dann sind wir mit der Gruppe 1 durch und können mit der Fragerunde starten. – Kollegin Böhm hat sich als Erste gemeldet. – Bitte.

Abg. **Christiane Böhm:** Danke schön, Herr Vorsitzender. – Ich habe einige Fragen; die erste geht an den Landesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Sie begrüßen ja sehr deutlich, dass der SpDi aufgewertet wird. Aber haben Sie denn irgendeine Hoffnung, dass das auch mit entsprechenden finanziellen Mitteln und Personal unterfüttert werden kann? Wir haben in der Landeshaushaltsberatung gehört, dass für die Umsetzung des PsychKHG genau 200.000 € vorgesehen sind, und zwar nicht pro Kreis, sondern für ganz Hessen. Pro Kreis könnte es wahrscheinlich einigermaßen funktionieren.

Mich hat es schon erschreckt, dass Sie sagten, es gibt SpDi mit einem Mitarbeiter. Ich hatte mal eine Anfrage dazu gemacht; das war schon sehr unterschiedlich. Was ist denn notwendig? Oder was muss denn getan werden, um das Gesetz tatsächlich auch zu einer Realität zu führen? Oder bleibt es dann nur auf dem Papier stehen?

Die zweite Frage ist: Bei den SpDi sollen ja die Krisendienste angesiedelt werden. Bisher haben wir in Hessen noch keine Idee davon, wie es passieren soll. Aber es gibt Vorstellungen, dass es eine Telefon-Hotline für ganz Hessen sein könnte. Wie könnte so etwas mit einer aufsuchenden Arbeit und vielleicht auch noch Krisenpension oder so etwas wie dem Café in Gießen, das gerade erwähnt worden ist, verbunden werden? Welches Modell schwebt Ihnen als fachkundigen Ärztinnen und Ärzten da vor?

Meine nächste Frage geht an Herrn Schillen. Ich freue mich sehr, dass wir auch in Hessen ein 64b-Projekt haben. Ich vermute, dass es das einzige ist. Es sind bundesweit ja nur 20. Erschreckt hat mich aber – das war sicher eine Absicht – Ihre Aussage, dass Hessen besonders schlecht darin sei, Ärzte zu rekrutieren. Da ist meine Frage: Was muss denn Hessen Ihrer Meinung nach anders machen? Woran liegt es, dass es so ist?

Wenn das Hauptproblem die Personalausstattung ist: Wie könnte es überhaupt möglich gemacht werden, dass solche Projekte, die sich als sinnvoll und, wie Sie sagen, auch als nachhaltig erweisen, umgesetzt werden? Ist es denn so, dass es letztendlich das Geld der Krankenversicherten reduziert, das in der psychiatrischen Versorgung langfristig eingesetzt werden muss?

Was muss an Umdenken und Umstrukturierung geschehen, damit ein solches Modellprojekt nicht nur ein netter Versuch bleibt, sondern auch tatsächlich eine Umsetzung erfährt?

Herr von Gatterburg, mich hat diese neue Aufgabe des SpDi im Zusammenhang mit der Weitergabe von Daten zu Waffen und Pkws erschreckt. Bei den Waffen stimme ich, glaube ich, mit Ihnen völlig überein. Wie sollte das gewährleistet werden? Oder sagen Sie tatsächlich, dass diese gesetzliche Regelung völlig unnötig wäre? Das habe ich noch nicht ganz verstanden.

An Sie geht auch die Frage: Was für eine Idee von einem Krisendienst haben Sie? Wie sollte er laufen, um wirklich erfolgreich zu sein?

Ich habe noch eine Frage an Herrn Jung zur Einstellung von Peers zum Abbau von Zwang. Was ist Ihre Vorstellung, zu welchen Bedingungen die Peers tätig werden sollen? Sollen sie in den Kliniken eingestellt werden? Sollen sie in den ambulanten Diensten tatsächlich als Personal eingestellt werden? Was muss dafür passieren? Welche tarifrechtlichen Regelungen oder auch neuen berufsrechtlichen Regelungen müssen geschaffen werden, damit so etwas auch möglich ist?

Abg. **Dr. Daniela Sommer:** Herzlichen Dank für Ihre mündlichen Stellungnahmen, aber vor allen Dingen auch für Ihre umfassenden und detaillierten schriftlichen Stellungnahmen. Das war wirklich sehr interessant und hat uns Aspekte nähergebracht, die man vielleicht nicht auf den ersten Blick sieht.

Ich habe zunächst eine Frage an Herrn Hartog. Sie haben in Ihrer schriftlichen Stellungnahme darauf hingewiesen, dass eine vor- und nachsorgende und begleitende Betreuung und Versorgung durch die SpDi wichtig ist. Welche Ressourcen brauchen Sie? Was muss sich in der Gemeindepsychiatrie ändern?

Sie haben bei den Krisendiensten das Vorbild Berlin genannt. Was ist so attraktiv an dem Krisendienst in Berlin? Warum sollte das Vorbild für Hessen sein?

Sie haben auch gesagt, man bräuchte für den Krisendienst 6,6 Vollzeitstellen. Vielleicht könnten Sie noch etwas zur Ausgestaltung sagen.

Herr Dr. Schillen, meine Kollegin Frau Böhm ist gerade schon auf eine Ihrer Ausführungen eingegangen. Ich möchte die Frage andersherum stellen. Sie haben gesagt, dass es in Hessen erheblich erschwert sei, Arbeitsplätze zu schaffen; auch fehle es an attraktiven Arbeitsbedingungen, und man finde keine Ärzte. Was machen denn die anderen Länder da anders?

Dann habe ich noch eine Frage an Herrn Jung. Herr von Gatterburg hat vom Weddinger Modell berichtet, dass Genesungsbegleiter statt Security eingesetzt wurden. Wie sehen Sie das aus Ihrer Perspektive und Ihrer Erfahrung?

Weiterhin haben Sie gesagt, die sozialpsychiatrischen Anbieter müssten unbedingt in die Krisendienste eingebunden werden. Warum ist das aus Ihrer Erfahrung heraus so wichtig?

Ein Letztes: Ich bin Ihnen sehr dankbar, dass Sie das Café Nachtlcht in Gießen genannt haben. Vielleicht können Sie einfach noch einmal erzählen, warum das so wichtig ist und zu welchen Uhrzeiten es geöffnet hat. Denn ich glaube, die Einweisungen hängen auch etwas mit Uhrzeiten zusammen. Vielleicht könnten Sie noch einmal erläutern, wie das funktioniert und welche große Bedeutung das hat, damit keine Drehtüreffekte weiterhin vorhanden sind.

Abg. **Turgut Yüksel:** Guten Morgen! Meine Frage geht an Herrn Dr. Schillen. Meine Kollegin Sommer hat die Frage bereits gestellt, aber ich konkretisiere sie. Sie sprachen von Ärztemangel, gerade in Hessen; es sei schwieriger als in allen anderen Bundesländern, Ärzte einzustellen. Am 1. März 2020 trat das Fachkräftezuwanderungsgesetz in Kraft, unter anderem um Ärztemangel zu beseitigen. Ich würde gerne wissen: Wie ist die Praxis in anderen Bundesländern? Was ist hier schwieriger, um eine Anerkennung zu bekommen?

Abg. **Felix Martin:** Herzlichen Dank an Sie alle, dass Sie hier sind und uns Einblicke in Ihre Praxis geben. Ich möchte vorab erwähnen – wir sind gerade in den Haushaltsberatungen –: Alle Zahlen, die da drinstehen, beziehen sich auf das Jahr 2022. Das Gesetz, über das wir sprechen, würde aber nicht am 01. Januar 2022 in Kraft treten. Wir haben noch einiges an Beratungsbedarf vor uns. Insofern sind die Zahlen mit Vorsicht zu genießen.

(Zuruf: Aber was für ein Gesetz ist denn das?)

– Bitte?

(Abg. Christiane Böhm: Wann soll denn das Gesetz in Kraft treten? Es steht drin!)

– Na gut. Schauen wir mal.

Ich habe eine Frage an Herrn Dr. Schillen. Kollege Yüksel hat eben die Fachkräftezuwanderung angesprochen. Wie steht es also insbesondere mit der Rekrutierung ausländischer Fachkräfte? Was tun andere Länder auf diesem Gebiet, was aus Ihrer Sicht besser läuft?

Sie und Ihr Kollege Hornung haben über die Frage gesprochen: Wer kann in Einrichtungen Fixierungen anordnen? So, wie es jetzt geregelt ist, ist es aus Ihrer Sicht nicht richtig. Sie haben gesagt, es sollen nicht nur die leitenden Ärzte tun können. War das ein Plädoyer für die bestehende Regelung? Oder hätten Sie einen anderen Vorschlag, wie es geregelt werden sollte?

Abg. **Claudia Ravensburg:** Sehr geehrter Herr Vorsitzender, liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte nur noch eine Frage an Frau Esser kurz ergänzen. Sie haben § 7, in dem es um die Selbsthilfe geht, erwähnt und gesagt, Sie könnten sich vorstellen, dass man die Selbsthilfe noch stärken und ausweiten könnte. Deshalb interessiert mich, wie Ihre Vorstellungen dazu sind.

Abg. **Christiane Böhm**: Ich habe noch eine Frage an Herrn Dr. Hornung: Welches Modell entspricht denn Ihren Vorstellungen von Krisenhilfen, sodass wir auch den hessischen Gegebenheiten Rechnung tragen würden?

Sie haben geschrieben, dass Sie die SpDi nicht nur koordinieren, sondern auch operativ einbinden wollen. Sehen Sie eine Möglichkeit, sie so auszustatten, dass sie die Aufgabe zum Teil selbst übernehmen?

Ein weiterer Punkt ist mir in Ihrer Stellungnahme aufgefallen; er betrifft den Bericht der Besuchscommissionen. Sie haben betont, dass sie öffentlich zugänglich sein sollen. Es liegt jetzt der erste Bericht der Besuchskommission für den Maßregelvollzug vor. Von der Schaffung der Besuchskommission bis zur Veröffentlichung des Berichts hat es jetzt fünf Jahre gedauert. Was müsste man denn Ihrer Meinung nach umgestalten, um das produktiv und nutzbar zu machen?

Vorsitzender: Vielen Dank, Kollegin Böhm. – Weitere Wortmeldungen liegen mir nicht vor. Dann ist mein Vorschlag, dass wir – es sind ja alle Institutionen angesprochen worden – in der Reihenfolge des Aufrufs von vorhin vorgehen. Als Erster darf ich Frau Esser das Wort geben. – Bitte.

LBA **Esser**: Vielen Dank. – Sie haben nach der Stärkung der Selbsthilfe gefragt. Da gibt es aus meiner Sicht viele Möglichkeiten, zum einen natürlich finanzieller Art, dass man die Selbsthilfe finanziell unterstützt, beispielsweise durch Aufwandsentschädigungen, aber auch durch Schulungen, die für die Ehrenamtlichen durchgeführt werden, damit auch eine gewisse Qualität gesichert wird.

Die Selbsthilfe führt zum Teil auch Pilotprojekte durch, deren Ergebnisse man wiederum in die Praxis einfließen lassen kann. Es wäre sehr sinnvoll, wenn da eine Unterstützung stattfände.

Herr **Hartog**: Vielen Dank für die Fragen. Zunächst möchte ich Frau Böhm antworten. Zur Umsetzung des PsychKHG, haben Sie angemerkt, sollen in den kommenden Haushalt wohl nur 200.000 € eingestellt werden. Das wird aus unserer Sicht definitiv zu wenig sein. Denn wenn Sie neues Personal einstellen wollen, brauchen Sie allein für eine Gebietskörperschaft unter Umständen, je nach Größe, 100.000 €. Jedenfalls brauchen Sie viel mehr Geld; das ist ganz klar.

Die Umsetzung, wenn denn zum 01. Januar das Gesetz in Kraft treten soll, werden wir gar nicht schaffen. Wenn Sie Stellen mit dem ganzen Pipapo, Personalrat usw., ausschreiben sollen, haben Sie mehrere Monate damit zu tun. Dann kommt noch dazu, dass wir Ärztemangel haben. Ich kann es nur aus meinem Gesundheitsamt berichten. Wir haben mehrere offene Stellen; ich kann es jetzt nur für den Sozialpsychiatrischen Dienst berichten. Eine Arztstelle haben wir seit Monaten ausgeschrieben, auch im „Ärzteblatt“, das das zentrale Medium für den Stellenmarkt für Ärzte hier in Deutschland ist. Es gab keine einzige Bewerbung; das muss man so klar sagen. Das hat

natürlich auch etwas mit der Tarif- und Bezahlungssituation im öffentlichen Gesundheitsdienst zu tun; da muss dringend etwas geändert werden. Das ist aber ein eigenes Thema.

Insofern brauchen wir dringend mehr Geld als diese 200.000 €. Beim letzten Kongress des Bundesverbands der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdiensts haben wir eine Stellungnahme veröffentlicht, welche Ausstattung gefordert ist. Es gab auch im „Ärzteblatt“ kürzlich einen Bericht vom Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdiensts dazu. Da werden z. B. 1,3 Arztstellen pro 100.000 Einwohner für einen Sozialpsychiatrischen Dienst gefordert. Um das umzusetzen, bräuchten wir in Hessen beim gegenwärtigen Zustand Monate, wenn nicht gar Jahre.

Wir brauchen Vergleichszahlen, damit jede Kommune, jede Gebietskörperschaft pro Einwohner vergleichbar aufgestellt ist. Sonst wird jede Kommune etwas anderes daraus machen.

Die zweite Frage betraf die Krisendienste und ihr Modell. Das ist heiß umstritten, zumindest da, wo ich mich bewege. Letztendlich ist es sinnvoll, eine hessenweit einheitliche Telefonnummer zu haben. Das ist auch in Berlin der Fall; ich habe dort gearbeitet. Dann kann man schauen, ob man die bestehenden Krisendienstmodelle, z. B. Darmstadt und das Café Nachtlucht, in dieses System integriert. Das heißt ja nicht, dass man diese Modelle alle plattformen muss, sondern man kann sie ja integrieren.

Man kann auch überlegen, ob man Regionen in Hessen bildet, etwa anhand der Regierungspräsidien; es gab in einer Stellungnahme den Vorschlag, sie anhand der Polizeipräsidien zu bilden. Was auch immer es sei: Es geht ja darum, dass man sich auch ein bisschen auskennen muss, wenn man einen Anruf erhält, welche Angebote es vor Ort gibt. Da kann man versuchen, mit einer Telefonschaltung zu arbeiten. So funktioniert es zumindest in Berlin.

Zur Frage von Frau Dr. Sommer: In den Berliner Krisendienst bin ich schon ein bisschen eingestiegen. Ein Grund, warum es so attraktiv ist, ist: Der Berliner Krisendienst wird meines Wissens vom Land Berlin komplett finanziert; das war bis 2018 der Fall, als ich da gearbeitet habe. Es gibt eine einheitliche Rufnummer, die außerhalb der Sprechzeiten des Sozialpsychiatrischen Dienstes immer erreichbar ist. Außerdem ist Berlin dafür in Regionen eingeteilt – Berlin ist ja keine ganz kleine Stadt –, und dort können bis Mitternacht die Betroffenen sogar persönlich anlaufen, auch die Angehörigen oder wer auch immer das ist. Deswegen ist dieses Modell aus meiner Sicht recht attraktiv, aber man kann darüber sicherlich vortrefflich diskutieren. Eines ist klar: Die bestehenden Angebote in Hessen sollten, wenn es denn kommt, in ein Krisendienstmodell integriert werden.

Es gab noch die Frage von Frau Dr. Sommer zur vor- und nachsorgenden Begleitung und zur Veränderung der Gemeindepsychiatrie. Ich glaube, das ist sehr unterschiedlich zu bewerten, je nachdem, wie die Gebietskörperschaften bereits aufgestellt sind. Frankfurt ist da, glaube ich, ganz gut aufgestellt. Es gibt andere, in denen es noch wirklich schwierig ist.

Die gesetzliche Einführung eines Psychiatriekoordinators für alle Gebietskörperschaften ist ein erster wichtiger, großer Schritt, um regelmäßige Netzwerkveranstaltungen durchzuführen. Denn

das ist der Hauptpunkt; Netzwerkarbeit ist der entscheidende Punkt: zu schauen, wo die Lücken vor Ort sind, was man pragmatisch machen kann, und wo es vielleicht einfach mehr Geld braucht.

Ich glaube, das sind die entscheidenden Punkte; auch, dass die Träger der Eingliederungshilfe mehr aufsuchende Hilfen anbieten. Vor allen Dingen im Suchtbereich – das kann ich aus meiner Gebietskörperschaft sagen – ist da eine große Lücke. Aber das ist auch wieder sehr unterschiedlich.

Herr **Dr. Schillen**: Kurz zur Ergänzung: In Hessen haben wir mittlerweile drei Modellprojekte. Es gibt zwei weitere, die bei uns das Konzept übernommen haben.

Die Personalausstattung ist eine Frage des Arbeitsmarktes, nicht nur der Finanzierung. Ich hatte den Krankenkassen mehrere Hunderttausend Euro abgehandelt, um eine aufsuchende Versorgung von Schizophrenen zu Hause zu ermöglichen. Wir hatten bereits Erfahrungen mit aufsuchender ambulanter Behandlung in den Altenheimen gesammelt, was sehr vorteilhaft ist, weil die dementen Patienten keinen Ortswechsel brauchen, den sie typischerweise nicht verkraften.

Wir wollten das Konzept ausweiten. Holland hat z. B. in den letzten zehn Jahren allein 400 Teams ans Netz gebracht, die aufsuchend arbeiten. Wir wollten das Konzept einfach in unsere Region übertragen. Ich habe die Ärzte nicht gefunden. Das Geld war da, aber die Ärzte sind auf dem Arbeitsmarkt nicht zu finden.

Nebenbei: Je mehr Sie den SpDi stärken, desto mehr Ärzte ziehen Sie auch aus den Kliniken ab. Ich habe alleine drei, vier Fachärzte an den SpDi in Frankfurt verloren: Gleitarbeitszeit und keine Nachdienste sind sehr attraktiv. Damit können wir nicht kompetieren.

Der SpDi sollte gestärkt werden; das ist kein Plädoyer dagegen. Aber wenn man das macht, muss man beachten, dass man noch mehr Personalressourcen braucht.

Die Versorgung durch Ärzte mit Migrationshintergrund ist ein wesentlicher Punkt. Wir bilden in Deutschland zu wenig Ärzte aus. Das heißt, wir brauchen Ärzte aus dem Ausland. In meiner Klinik arbeiten inzwischen 30 % Ärzte mit Migrationshintergrund. Ich finde das hochattraktiv. Das sind Ärzte, die wirklich gut Deutsch sprechen und die einen kulturellen Hintergrund mitbringen, der gerade für unsere Patienten – in Hanau haben wir 40 % Migrationsanteil unter den Patienten – hervorragend ist. Hinzu kommt die ganze Sprachkompetenz usw. Es spricht also nichts dagegen, ausländische Ärzte zu rekrutieren.

Besonders schlecht ist Hessen bei dem Thema „Ärzte mit Berufserlaubnis“, wenn es eine Approbation außerhalb der EU ist, und bei der Erleichterung der Kenntnis- bzw. Gleichstellungsprüfung, auf Deutsch: das Staatsexamen nachzuholen. Die Wartezeiten, bis Sie da einen Termin bekommen, sind in der Größenordnung von einem Jahr. Die Durchfallquote ist nicht gering; dann warten Sie wieder ein Jahr.

Die Auflagen, was Sie als Arzt mit einer Berufserlaubnis tun dürfen, sind in Hessen besonders hoch. Das heißt, solche Ärzte gehen lieber in andere Bundesländer, wo sie mehr lernen können, weil sie mehr machen dürfen. In dieser Competition können wir nicht mithalten.

Aus Bayern hört man: Sie bekommen binnen vier Wochen einen Termin für die Prüfung. Da fallen Sie zwar auch schnell durch, weil hohe Anforderungen bestehen, aber Sie bekommen vier Wochen später wieder einen Termin. Warum brauchen wir ein Jahr, um einem Arzt mit einer ausländischen Approbation eine Prüfung zu ermöglichen? In der Prüfung sieht man ja, ob er das kann oder nicht. Wieso müssen wir solche Hürden aufbauen? Nach unserer Kenntnis – die Chefärzte in Hessen tragen das schon seit mehreren Jahren vor – ist das Landesprüfungsamt an dieser Stelle maximal beratungsresistent, und es passiert nichts.

Ein weiterer Punkt ist: Bayern z. B. geht bei der Versorgung mit Landärzten jetzt den Schritt, Studienplätze für Studenten auszuloben, die sich verpflichten, in diesem Bereich tätig zu werden. Vor vielen Jahren – das haben Sie vielleicht mitbekommen – hat die Bundeswehr ein ähnliches Konzept mit Studienplätzen für Leute angeboten, die sich verpflichteten, eine ganze Reihe von Jahren Bundeswehrarzt an einem Standort zu sein. Warum führen wir ein solches Konzept nicht auch für die Psychiatrie ein?

Im Moment haben wir Zahlen, dass jede Klinik in Deutschland nach dem, was wir an Studenten in Deutschland ausbilden, einen viertel Assistenzarzt pro Jahr neu bekommt. Sie können sich ausrechnen: Das läuft heftig vor die Wand. Die Altersverteilung der Ärzte, die in der Psychiatrie tätig sind, in den Kliniken tätig sind, hat einen Häufungspunkt weit über 50. Wenn wir nicht dringend gegensteuern, fahren wir die psychiatrische Versorgung einfach deswegen vor die Wand, weil das Personal fehlt.

Mit meinem Modellprojekt verführe ich einen Teil von Assistenzärzten dazu, bei uns anzufangen, weil wir tolle Konzepte haben. Aber ein Gutteil gibt irgendwann wieder auf, weil sie sehen, dass wir trotz der tollen Konzepte an eine Grenze kommen, wo wir nicht mehr gut versorgen, weil es einfach zu viele Patienten für die Menge des Personals sind. Ich bräuchte eigentlich eine fünfte und sechste Einheit. Sie muss gar nicht unbedingt stationär sein; sie könnte weitgehend ambulant sein. Aber all diese Konzepte können wir ohne Personal nicht umsetzen.

Das heißt, wir brauchen Ideen, wie wir mehr Leute in die psychiatrische Versorgung bekommen. Das betrifft Ärzte, das betrifft Pflegende. Im Moment betrifft es auch die Ergotherapie. Alle Kliniken suchen Ergotherapeuten. Seit einem Jahr schreibe ich eine Stelle für Ergotherapie aus und habe eine einzige Bewerbung gehabt. Früher hatte ich 50.

Wenn wir uns nicht bessere Konzepte überlegen, sind alle Regelungen kraftlos. Es hilft nicht, einfach nur Regeln aufzustellen, dass wir eine nette Psychiatrie sein wollen und dass wir fürsorglich mit den Patienten umgehen. Es funktioniert nicht, wenn Sie nicht genug Personalausstattung haben.

Auf der anderen Seite wollen wir alle die Zwangsmaßnahmen minimieren. Aber es geht in der Psychiatrie nicht ganz ohne Zwang. Ich empfehle Ihnen das Buch von Herrn Gauger, eines selbst-erfahrenen Patienten, mit dem Titel „Meine Schizophrenie“. Er beklagt, dass er in Deutschland zwölf Jahre lang keine Zwangsbehandlung bekommen hat, die er in Spanien erhalten hat und die ihm geholfen hat. Er hat in Deutschland zwischendurch Behandlungen bekommen. Er sagt: Die deutschen Ärzte wussten genau, dass die Medikamente, die sie mir geben, nicht ausreichend helfen. Aber sie hatten keine Möglichkeit, andere Dinge zu tun, weil ich es damals nicht einsehen konnte. In Spanien habe ich die Behandlung bekommen, und das hat mich gerettet.

Er beklagt, dass er mit dem deutschen System ohne angemessene Behandlung zehn, zwölf Jahre seines Lebens verloren hat, in denen ganz viele Dinge in der Lebensplanung bei ihm nicht mehr gelungen sind. Er kann keine Familie mehr gründen; er kann nicht mehr den Beruf ergreifen, den er ursprünglich ergreifen wollte. Er hat es noch geschafft, in Germanistik zu promovieren. Aber die ganzen Schritte, die typischerweise in der Biografie dran gewesen wären, konnte er nicht machen.

Ich erzähle das nicht, um ein Plädoyer für niederschwellige Zwangsmaßnahmen zu halten, sondern es gibt einfach Ausnahmestände, in denen das Gehirn nicht in der Lage ist, die Wirklichkeit zu erkennen. Wenn ich in einem solchen Zustand wäre, würde ich hoffen, dass jemand mich behandelt, auch wenn ich es nicht einsehe. Ein solcher Patient macht alle anderen Patienten auf der Station kränker. Er wird unter Umständen im Krankenhaus nur aufbewahrt, damit auf der Straße keine Randalen sind. Aber ihm wird nicht geholfen. Wir müssen uns letztlich entscheiden: Was sind die Maßnahmen, die wir ergreifen wollen, um einem Menschen, der eine schwere Psychose hat, zu helfen? Was akzeptieren wir an Zwang, und was lehnen wir ab?

Wir wollen möglichst wenig Zwang. Deswegen braucht es entsprechendes Personal. Denn den Zwang vermeiden Sie am besten, wenn Sie viel Beziehungsarbeit machen können und ordentlich an den Patienten dran sind und nicht aus Zeitnot oder Personalmangel schnell handeln müssen, damit eine Station nicht entgleist.

Sie brauchen viel Zeit, um Patientenkontakt zu bekommen. Ich habe vor 30 Jahren mit Patienten gearbeitet, bei denen ich sicher war, dass sie eine Schizophrenie hatten. Die haben keine Medikamente genommen; ich habe mit ihnen bestimmt ein, zwei Wochen täglich gearbeitet. Hinterher bekam ich vom Gericht den Beschluss, diesen Patienten auch gegen seinen Willen zu behandeln, und ich habe dem Patienten gesagt: Ich habe jetzt einen Behandlungsauftrag. – Der Patient hat mir geantwortet: Ich weiß, dass Sie mir nicht schaden wollen. Aber ich kann nicht einfach sagen, dass ich krank bin. Jetzt, nachdem das Gericht Sie beauftragt hat, nehme ich die Tabletten.

Ich habe diesen Patienten ein, zwei Jahre später wieder getroffen; da war er in sozialpsychiatrischer Versorgung. Ich habe ihn gefragt, wie es ihm geht, und er sagte mir: Heute geht es mir nicht so gut; ich höre wieder Stimmen. – Ich habe ihm gesagt: Sie haben mir doch damals dauernd erzählt, Sie hören keine Stimmen. – Er meinte daraufhin, er hätte mir das nicht sagen können, weil er nicht wusste, was passiert. Aber er war durch die Behandlung, die er bei uns hatte, und durch den Kontakt und die Erfahrungen, die er gemacht hatte, und dass er fühlen konnte, dass wir ihm helfen wollen, an einem Punkt, wo er dann diese ganzen Dinge wahrgenommen

hatte, die das sozialpsychiatrische System ihm anbieten konnte. Nur konnte er nicht sagen „Ich bin krank, und ich nehme die Tabletten“, ohne dass jemand sagte: Hier ist eine Leitplanke; Sie brauchen Behandlung.

Das bitte ich zu beachten. Es geht nicht einfach nur darum, zu sagen, wir zwingen niemandem Tabletten auf. Das ist nicht unbedingt der beste Weg, sondern der beste Weg ist viel Beziehungsarbeit und auch zu sagen: Hier haben Sie jetzt einen Behandlungsversuch.

Zum Thema EX-IN: Aus meiner Sicht ist EX-IN absolut zu befürworten. Wir versuchen, das in unserer Klinik zu unterstützen, soweit es irgendwie geht. Wir bieten die Praktika an. Was nicht geregelt ist, ist die Finanzierung der Ausbildung. Niemand will diese Kosten tragen. Dabei reden wir über wenig Geld. Das sind, glaube ich, 2.000, 3.000 € Aber die Krankenkassen bezahlen es nicht. Es gibt keine Unterstützung dafür; es ist richtig schwierig. Für jemanden, der finanziell nicht gut gestellt ist, sind 2.000, 3.000 € eine Menge Geld und eine Hürde. Ich finde, da muss man dringend nachbessern, um EX-IN zu fördern. Wir hätten liebend gerne EX-IN auf allen Stationen. Wir haben momentan eine EX-INlerin, die stundenweise kommt, weil wir nicht mehr finden. Da braucht es aus meiner Sicht einfach mehr Impetus und an dieser Stelle auch Finanzierung.

Kurz zum Krisendienst: Ich halte eine Menge von einem aufsuchenden Krisendienst. Ich finde es wichtig, dass man nicht nur Etiketten verteilt. Ein Krisendienst muss mehr sein als eine Telefonseelsorge. Ein Krisendienst muss aus meiner Sicht aufsuchend zum Ort des Geschehens gehen. Nur dann kann eine qualifizierte Intervention z. B. verhindern, dass eine Einweisung in die Klinik erfolgen muss. Es gibt Bundesländer, die in ihrem PsychKHG die aufsuchende Krisenintervention durch einen Facharzt oder einen psychiatriee erfahrenen Arzt verlangen, mit dem Ergebnis, dass in Krisensituationen die Einweisungen in die Klinik auf 20 % heruntergegangen sind. Das gelingt aber nur, wenn Sie vor Ort sind.

Ein solcher Krisendienst ist nicht verrückt teuer, aber nicht für ein paar Hunderttausend Euro zu bekommen. Ich habe mich beim ersten PsychKHG vor vier, fünf Jahren ausführlich mit Berlin befasst und mit den Verantwortlichen gesprochen. Berlin basierte zu dem damaligen Zeitpunkt sehr auf ehrenamtlichem Engagement. Das ist – das war damals schon erkennbar – nicht auf Dauer nachhaltig. Sie müssen schon ein paar wenige Millionen in die Hand nehmen, wenn Sie einen ordentlichen Krisendienst etablieren wollen.

Herr von Gatterburg: Zunächst möchte ich kurz zum Thema der Unterrichtung der Waffenbehörde und der Verkehrsbehörde Stellung nehmen. In § 29a werden diese beiden Punkte in einem Satz erwähnt. Da wird eine Annahme vorangestellt, dass eventuell etwas passiert. Bei Waffen sind wir d'accord. Aber bei der Nutzung eines Pkw bin ich der Meinung, auch nach meiner langjährigen Erfahrung, dass bei Gefahr im Verzug sowieso gehandelt werden kann. Der Pkw ist heute ein wichtiges Teilhabemittel, und wenn man in diese Mühle kommt, z. B. bei der Verkehrsbehörde, dann ist oft der Führerschein aufgrund der psychischen Erkrankung weg.

Da gilt für mich ganz klar, dass strengere Maßstäbe anzulegen sind, auch im Sinne der UN-BRK, als z. B. beim Umgang mit Waffen und Sprengstoff. Da gibt es auch klare Rechtsregelungen zur Zuverlässigkeit. Das betrifft ohnehin nur einen sehr kleinen Personenkreis. Früher hatten wir immer diese Meldebögen von der Waffenbehörde; die gingen regelhaft über unseren Tisch. Das muss nicht unbedingt sein. Aber ich habe überhaupt keine Skrupel, mich relativ schnell kurzzuschließen, wenn ich Kenntnis habe, dass jemand Waffen hat und die Zuverlässigkeit infrage steht.

Zum Führen eines Pkws: Es gibt viele Leute, die bei Rot über die Ampel fahren, betrunken Auto fahren usw. Die Gefährdung durch Pkw-Nutzer ist allgegenwärtig. Da gibt es meines Erachtens keinen Grund, eine neue Rechtsregelung aufzunehmen, die dem Sozialpsychiatrischen Dienst und auch den Kliniken Befugnisse gibt, die über das hinausgehen, was wir momentan praktizieren. Ich könnte aus meiner Praxis nicht bestätigen, dass das erforderlich wäre.

Krisendienste muss man sehr genau anschauen. Die Musik spielt vor Ort; das ist richtig. Aufsuchende Hilfen sind erforderlich. Aber Krisendienste können auch überregional z. B. Telefon-Hotlines vorhalten. Wichtig sind natürlich auch die Kenntnis der Situation vor Ort und die Möglichkeit, vor Ort eine aufsuchende Hilfe zu mobilisieren. Die muss nicht immer sofort sein; sie kann unter Umständen am nächsten Tag sein. Das muss man dann abwägen. Das heißt, das müssen Leute machen, die so etwas können.

Wir haben gesagt, wir müssten hier etwas modellhaft ausprobieren, weil in Hessen die Strukturen anders sind als in Bayern. Wir haben z. B. Sozialpsychiatrische Dienste an den Gesundheitsämtern, die auch die Schnittstelle zum Ordnungsrecht und zu den Hilfen haben. Wir haben aber auch sehr heterogene Strukturen in den Landkreisen und sehr großflächige Kreise. Man kann sich Dinge zum Ziel setzen wie: Wenn jemand aufgesucht werden soll, ist man in einer Stunde vor Ort. Das heißt, man muss ein Konzept entwickeln. Das muss man aber auch ein bisschen mit Geld hinterlegen und schauen: Wer ist in der Lage, in der Region oder in einem größeren Zusammenhang einen solchen Dienst vorzuhalten?

Da gibt es eine ganze Menge Diskussions- und Gesprächsbedarf. Aber letzten Endes muss man das mit Geld hinterlegen. Man muss klarstellen: Wenn man einen qualifizierten Krisendienst haben will, dann braucht man qualifizierte Leute, die das machen. Man muss auch schauen, wie das Ganze dann ausgestaltet wird. Machbar ist es.

Man muss es nicht wie in Bayern machen. Das können die Bezirke dort relativ gut bewerkstelligen; sie haben die Ressourcen dafür. Aber sie haben auch andere Strukturen. Deswegen wäre ich dafür, in Hessen zu schauen, wie es hier gehen kann; natürlich braucht man auch eine enge Schnittstelle zu den klinischen Versorgern usw.

Herr **Dr. Hornung**: Ich muss vorneweg sagen: Ich vertrete hier die Landesärztekammer Hessen, aber ich bin kein hauptamtlicher Mitarbeiter der Landesärztekammer Hessen. Ich bin seit vier Jahren Chefarzt einer Klinik, die den Landkreis Offenbach versorgt, und war vorher 17 Jahre lang in Frankfurt an der Uniklinik tätig. Ich habe also innerhalb von wenigen Kilometern zwei unterschiedliche Systeme kennengelernt, die beide ihre doch sehr spezifischen Unterschiedlichkeiten haben. Davon gibt es in Hessen zahlreiche.

Dadurch, dass wir erst 2017 ein PsychKHG entwickelt haben, haben sich in den 65 Jahren vorher in Hessen sehr unterschiedliche Landschaften ergeben. Daher kann man gar nicht hessenweit ein System zwingend für das richtige erklären. Teilweise gibt es schon Krisendienste; teilweise gibt es sie gar nicht. Es wäre nicht günstig, jetzt bestehende Dinge einfach abzuschaffen. Aber sie müssen koordiniert werden, und es muss sichergestellt werden, dass jeder hessische Bürger, egal, in welcher Ecke Hessens er wohnt, den Zugang hat.

Zu der Frage von Frau Böhm zum Sozialpsychiatrischen Dienst: Der Sozialpsychiatrische Dienst ist aus meiner Sicht zwingend personell so auszugestalten, dass er dieser Aufgabe auch nachkommen kann.

Mit „operativ“ meine ich: Da muss jemand sein. Zur Erläuterung: Ich komme, psychiatrisch gesehen, wie gesagt, aus Frankfurt, auch von Geburt. Da gab es immer Ärzte im Sozialpsychiatrischen Dienst. Jetzt arbeite ich in Langen, also für den Kreis Offenbach. Da gab es in meinen ersten zwei Berufsjahren als Chefarzt eine halbe ärztliche Stelle und seit 2019 gar keine mehr.

Das ist kein Sozialpsychiatrischer Dienst, der diesen Namen noch verdient. Er wäre auch gar nicht in der Lage, irgendwelche Einweisungen zu steuern, abzuwenden, zu regeln oder irgendetwas zu koordinieren, weil eine Fachärztin für Innere Medizin, die das kommissarisch leitet, schlichtweg nicht die Expertise hat.

Daher wird man das hessenweit wohl immer ein bisschen unterschiedlich handhaben müssen oder sollen. Aber auf jeden Fall muss der Sozialpsychiatrische Dienst da hinein. Ich sehe das übrigens genau wie Herr Schillen: Es muss auch sichergestellt sein, dass zumindest in manchen Situationen, die wahrscheinlich tatsächlich vorher telefonisch geklärt werden können, wirklich jemand rausfährt. Das ist notwendig, und das ist in anderen Ländern seit den 60er-Jahren gang und gäbe. Ich verstehe nicht, warum das in Hessen nicht gehen soll.

Zu Ihrer Frage, ob das darstellbar ist: Da bin ich wohl der Falsche, weil – das wissen alle hier im Raum – es da um Geld und um Stellen geht.

Zu den Berufserlaubnissen: Es gibt neben dem, was Herr Schillen sagte, erstens das Problem, dass es in Hessen deutlich länger dauert als in anderen Ländern. Es gibt aber auch das Problem der Formulierung. Ich weiß nicht, ob Sie sie kennen. Da wird dann explizit, mit Unterstreichung, in dem Bescheid ausgeschlossen, dass dieser Arzt mit Berufserlaubnis, also der Nicht-EU-Arzt, der keine Approbation in Deutschland hat, ohne ständige Anwesenheit eines neben ihm befindlichen voll approbierten Arztes tätig wird. Unter diesen Bedingungen kann er keine Nachtdienste machen und an vielen Häusern auch tagsüber gar nicht arbeiten.

Der Oberarzt, der irgendwo in seinem Büro ist, ist mit dieser Formulierung nicht gemeint. Der Oberarzt in Rufbereitschaft, der nachts ergänzend Hilfe leisten könnte, ist damit nicht gemeint. Dieser Arzt könnte nur arbeiten, wenn ein anderer Arzt zeitgleich da ist. Das ist eine Formulierung, die die ganze Verantwortung und die ganze Haftung auf den individuellen Chefarzt ablädt. Wenn der sie nicht haben möchte, kann er einen solchen Arzt gar nicht einstellen.

Das ist in anderen Ländern anders. Ob das besser ist, sei mal dahingestellt. Ich bin der Meinung: Das eigentliche Problem wird damit nicht gelöst. Wir brauchen deutlich mehr Ärzte. Wir brauchen deutlich mehr Studienplätze, um deutlich mehr Ärzte zu bekommen. Dass wir uns Ärzte aus Syrien holen, mit Berufserlaubnissen ausstatten und hier arbeiten lassen, ist nicht die Lösung. Aber es ist die Lösung, die die anderen Bundesländer außer Hessen in großem Maßstab ziehen, und wir in Hessen können sie nicht ziehen. Das nur zu Ihrer Information. Die Schlussfolgerungen müssen Sie selber ziehen.

Dann gab es noch eine Frage zur Besuchskommission. Da habe ich, ehrlich gesagt, die Frage nicht hundertprozentig verstanden. Das, was wir als Kammer dazu geschrieben haben, möchte ich an dieser Stelle voll unterstützen. Das ist aus meiner Sicht ein bisschen selbsterklärend. Ein Patient oder ein ehemaliger Patient, der, warum auch immer, in die eigene Klinik kommt – wir haben ja in Hessen das Prinzip der Sektorsierung in der klinischen Versorgung –, ist kein geeigneter Teilnehmer der Besuchskommission. So etwas ist teilweise im Lande Hessen jetzt bei Besuchskommissionen passiert und führte zu Ärgernissen; die kann man sich leicht ersparen. So groß ist das Land Hessen auch nicht. Man kann aus Wiesbaden auch mal nach Langen kommen; so weit sind wir nicht voneinander entfernt, dass man sich solche Gegebenheiten zwingend antun muss.

Eine Frage gab es noch am Rande – die hat Herr Schilling, glaube ich, vergessen zu beantworten –: War das mit den Fixierungen vor der Novellierung anders? Im ersten Entwurf vor vier Jahren stand es genauso drin. Da sollten es auch nur die Chefärzte sein. Im zweiten Entwurf hieß es dann: die Chefärzte und ein spezieller Vertreter. In der aktuell noch gültigen Fassung heißt es: jeder bestellte Arzt. Das ist aus unserer Sicht auch die Formulierung, die weiterhin gelten sollte. Das ist nämlich die einzige praktikable.

Herr **Jung**: Ich möchte zuerst gerne kurz etwas zum Thema Fixierung sagen. Ich fände es gut – das war, glaube ich, auch einmal in der Diskussion –, wenn dieses Fachreferat hier im Ministerium dazu mal eine Tagung oder so etwas ausrichten würde, weil diese Problematik so vielfältig ist und so viele Aspekte behandelt, dass man das gar nicht abhandeln kann.

Ich möchte nur eines zu bedenken geben, auch an Herrn Schillen gerichtet: Was mich immer wieder schockiert, sind zwei Dinge. Zum einen: Die Anzahl der Fixierungen in den Kliniken, die wir bundesweit haben, ist extrem unterschiedlich von einer zur nächsten Klinik. In Baden-Württemberg, wo die Zahlen transparent gemacht worden sind, lässt sich das sehr gut zeigen. Darüber muss man reden. So einfach geht das nicht.

Der zweite Punkt ist, dass ich als jemand, der auch Zwangsbehandlung erfahren hat, sagen kann: Zwangsbehandlung ist sehr problematisch, weil Menschen traumatisiert werden. Ich kenne Medizinstudenten und -studentinnen, die fixiert worden sind, die ihren Beruf nicht mehr ausüben können. Ich frage mich: Welcher Oberarzt veranlasst, dass zukünftige Kollegen fixiert werden? Da geht mir der Hut hoch. Das ist wirklich sehr problematisch. Wie gesagt, wir sollten das mal in einem anderen Rahmen besprechen.

Der Einsatz von Genesungsbegleitern auf psychiatrischen Stationen, auch auf den Akutstationen, z. B. im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, zeigt eindeutig, dass Menschen, die eine solche Peerausbildung haben, in Krisensituationen und in ganz schwierigen Situationen sehr gut einsetzbar sind, eben weil sie diese Situation kennen. Ich halte das für eine wirklich gute Möglichkeit.

Ein Problem bei der Einstellung von Genesungsbegleitern in Kliniken ist oft die Herangehensweise, dass die Pflege, die viele Stellen an den meisten Kliniken in Hessen nicht besetzen kann, diese nicht befristet weitergibt. Ich erlebe gerade in Gießen, dass eine sehr qualifizierte Kollegin von mir, die einen Ingenieursabschluss hat, von Quartal zu Quartal vertröstet wird und nicht eingestellt werden kann, weil man sich da unglaublich schwertut, solche Stellen freizugeben. Ich finde, da müsste man deutliche Worte reden. Es geht nicht an, dass Stellen einfach unbesetzt bleiben, wenn sie sinnvoll auf eine andere Art und Weise besetzt werden können.

Ein zweiter Punkt ist, dass wir mit ver.di auf Bundesebene in der Diskussion sind, eine tarifliche Eingruppierung zu erreichen. Das erweist sich als sehr schwierig, weil das deutsche Tarifsystem sehr stark auf rein fachliche Qualifikation abhebt. In anderen Ländern ist das etwas anders. Wir hoffen trotzdem, dass wir da weiterkommen, aber es ist ein großes Problem. Ich finde es unmöglich, wenn jemand mit einem qualifizierten Ingenieursabschluss wie eine Putzfrau bezahlt wird; das geht nicht. Das sind einfach Dinge, die schwierig sind.

Dann möchte ich gerne noch etwas zu den Krisendiensten sagen, zu denen Frau Sommer gefragt hatte. Wichtig an den Krisendiensten ist auch die Präsenz, vor allen Dingen am Wochenende. Deswegen habe ich das Café Nachtlicht genannt. Es gibt am Wochenende sehr viele Einweisungen in Kliniken, weil die sozialpsychiatrischen Träger am Wochenende nicht arbeiten. Ich finde es total wichtig, einmal ein Gespräch mit Herrn Schön zu führen, ob es nicht möglich ist, dass qualifizierte Sozialarbeiter, Sozialpädagogen und Peers, die speziell geschult worden sind und auch speziell vergütet werden können, am Wochenende, vielleicht abwechselnd von Träger zu Träger, Dienste tun. Das ist vielleicht eine gute Idee.

Viele Tagesstätten in Hessen sind am Wochenende geschlossen. So könnten die sozialpsychiatrischen Anbieter gewährleisten, am Wochenende einen Ort, einen Raum und Zeit zu haben, um mit Menschen zu sprechen, die schwere Krisen haben. Man könnte jeweils in der Tagesstätte, die dann dafür zuständig ist, am Wochenende einen ärztlichen Hintergrunddienst einrichten, der dann, wenn eine Frau oder ein Mann kommt, der sich die Hände oder die Arme aufgeschnitten hat, diese Menschen versorgt.

Auf dieser Ebene stelle ich mir das vor. Es ist noch nicht ganz ausgereift; das gebe ich zu. Aber man sollte sehr stark darauf schauen, dass man kommunale Strukturen einbindet und auch den LWV einbindet. Ich finde, das wäre eine gute Lösung.

Der Ärztemangel in Deutschland ist wirklich erheblich. Ich gehöre nicht zu denjenigen, die anti-psychiatrisch denken und glauben, dass der Beruf des Psychiaters abgeschafft gehört. Ich glaube, dass es wichtig ist, für diesen Beruf zu werben. Aber ich glaube auch, dass dieser Berufsstand sich ein besseres Image geben muss, damit sich die Situation in den Kliniken verbessert.

Ich biete einen EX-IN-Kurs am Bodensee an. Die Hälfte der Kursteilnehmer kommt aus der Schweiz. Ich habe eine ganze Reihe von Schweizer Kollegen, die Mediziner sind, kennengelernt. Es wird immer behauptet, auch von deutschen Ärzten, dass sie in die Schweiz gehen, weil sie da so furchtbar viel Geld verdienen. Das ist nur bedingt richtig. Ich erlebe, wenn Sie mit den Menschen dort sprechen: Sie haben einfach bessere Arbeitsbedingungen; sie haben ganz andere Arbeitsbedingungen. Auch die Pflege hat ganz andere Arbeitsbedingungen. Sie darf auch mehr als bei uns. Das ist ein Punkt, den Sie mal in Ihren Zusammenhängen diskutieren sollten, ob das nicht etwas ist, was wir unbedingt verbessern müssten.

Ich habe lange Zeit in der Uniklinik in Marburg auf der Psychose-Station gemeinsam mit einer Therapeutin die Psychoedukation gemacht und habe erlebt, wie dort junge Assistenzärzte, in der Regel Frauen, ausgepresst werden. Das ist beschämend. Da muss etwas geschehen. Wir sollten wirklich dafür werben, dass sie nicht in einer solchen Situation arbeiten müssen.

Vorsitzender: Vielen Dank, Herr Jung. – Ich habe keine weiteren Wortmeldungen mehr aus der Gruppe 1. Wenn Sie möchten, können Sie natürlich der Anhörung noch beiwohnen und nach oben auf die Tribüne gehen.

Ich darf die Personen und Institutionen der Gruppe 2 hier nach unten bitten.

Wir kommen jetzt zur zweiten Gruppe der Anzuhörenden. Als erste Institution rufe ich den Landesverband Hessen der Angehörigen psychisch Kranker e.V. auf. Herr Scheffels, Sie haben das Wort.

Herr **Scheffels:** Vielen Dank für die Einladung und die Gelegenheit, dass wir zu dem Entwurf Stellung nehmen dürfen. Wir haben uns gefreut, dass sie einige unserer Vorschläge und Ergänzungswünsche übernommen haben, die wir im März geäußert hatten. Wir sehen aber nach wie vor ein ganz wichtiges Defizit für psychiatrische Patienten im Vergleich zu somatischen Patienten bei dem fehlenden Aufsuchen im Krisendienst. Es ist für uns immer noch eine ganz zentrale Forderung – dies ist eben auch schon sehr oft angesprochen worden –, aufsuchende Krisendienste flächendeckend zu installieren.

Zum Gesetzentwurf. In § 5 Abs. 6 ist eine Verpflichtung zum Vorhalt von Krisenhilfe außerhalb der Regelarbeitszeiten vorgesehen. Da meinen wir, dass Abs. 6 durch die aufsuchende Krisenhilfe ergänzt werden sollte und auch Maßnahmen zur Einbeziehung der Angehörigen und von EX-IN-Kräften vorzusehen sind.

Zu den weiteren geplanten Änderungen: Stärkung des koordinierten Hilfesystems. Wir begrüßen, dass die Hilfsangebote im örtlichen Zuständigkeitsbereich verbindlich von den SpDi koordiniert werden sollen. In § 6 Abs. 3 ist einmal jährlich eine Einladung der an der Versorgung beteiligten Institutionen und Personen zu einer Erörterung vorgesehen. Da meinen wir, dass auch die Angehörigen und die EX-INS eine wichtige an der Versorgung zu beteiligende Gruppe sind. Wir bitten deshalb zu ergänzen, dass auch diese, also die Vertreter der Angehörigen und der EX-INS einzuladen sind.

Wir begrüßen weiter die Aufforderung zur Bildung von Gemeindepsychiatrischen Verbänden in § 6a. Das sollte aber verbindlich verpflichtend formuliert sein. Das heißt, die Formulierung in § 6a, sollte geändert werden. Statt „Auf Ebene ... werden Gemeindepsychiatrische Verbände gebildet“ sollte „sollen gebildet werden“ formuliert werden.

Zum Thema Zwang. Das ist auch schon in der ersten Runde sehr eingehend angesprochen worden. Zwangsunterbringung und vor allem Fixierung sind eine traumatische Erfahrung natürlich in erster Linie für den Betroffenen, aber auch für die Angehörigen und Freunde aus dem sozialen Netz. Sie sollte unbedingt verhindert werden. Wenn aber eine Erkrankung – das hat Herr Prof. Schillen schon sehr eingehend geschildert – zu einem zunehmenden Verlust von Fähigkeiten zur Selbst- und Fremdwahrnehmung führt, dann muss eine Zwangsbehandlung nach unseren Erfahrungen unter Umständen ein letztes Mittel sein, was hilfreich ist und Schlimmeres vor allem für den Betroffenen selbst verhindert.

Das Recht auf Behandlung fordern auch immer mehr früher schwer erkrankte Psychiatrie-erfahrene Menschen. Für diesen Fall muss es eine rechtliche Regelung geben, damit das möglich ist, bevor der Betroffene sich oder seiner in Angst lebenden Umgebung in irgendeiner Weise Schaden zufügt, was letztlich schwerwiegende Folgen für alle hat, vor allem für den Betroffenen selbst, Obdachlosigkeit oder Forensik.

Hier müssten wir eine eindeutige gesetzliche Regelung bekommen. Der gegenwärtige Weg, den es gibt, nämlich über das Betreuungsgericht eine Einweisung zu bewirken, ist in der Praxis viel zu schwerfällig und wird ganz häufig nicht gegangen, weil er einfach zu umständlich ist und viel zu viel Zeit braucht. Die Einweisung sollte in enger und schneller Zusammenarbeit zwischen SpDi, den Angehörigen und dem sozialen Netz – Polizei und Gericht – erfolgen. Es sollte kurze Wege geben, vor dem Hintergrund natürlich eine eindeutige Rechtssicherheit für die ausführenden Stellen.

Vor allem sollte es für die SpDi verpflichtend sein, auch die Angehörigen und das soziale Netz im Vorfeld zu beraten und jeden Hilferuf zu beantworten.

Ich habe jetzt noch ein paar redaktionelle Anmerkungen. In dem Zusammenhang kann ich auf unsere schriftliche Stellungnahme verweisen.

Ich komme nun zur unabhängigen Beschwerdestelle in § 32. Wir begrüßen, dass die Landkreise und kreisfreien Städte verbindlich zur Einrichtung einer solchen Stelle verpflichtet werden sollen und auch jährlich eine Dokumentation an das hessische Ministerium erstellt werden soll. Aber die Jahrespauschale, die man für diese Tätigkeit mit 1.200 € vorsieht, entspricht einfach nicht der Realität. Die Tätigkeit ist sehr anspruchsvoll und zeitaufwendig. Die Stellen müssen auch in Anlehnung an das Berliner Modell mit hauptamtlichen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen besetzt werden. Die misslungenen Versuche im Frankfurter Raum haben gezeigt, dass man in dieser Form eine solche Stelle nicht wirksam einrichten kann.

Der vorletzte Punkt, den ich nennen möchte, ist die Besuchskommission. Wir begrüßen, dass dem Hessischen Landtag jährlich ein anonymisierter Bericht über die Tätigkeit der Besuchskommission durch das Ministerium vorgelegt werden soll. Der frühere vierjährige Abstand war entschieden zu lang. Wir bitten auch, dass uns dieser Bericht zur vertraulichen Kenntnis zur Verfügung gestellt wird.

Der letzte Punkt betrifft die Kinder psychisch erkrankter Eltern. Wir vermissen unterstützende Maßnahmen für minderjährige Kinder psychisch erkrankter Eltern. Sie brauchen in Krisensituationen ganz besondere Unterstützung. – Vielen Dank.

Vorsitzender: Vielen Dank, Herr Scheffels. An dieser Stelle nutze ich noch einmal die Gelegenheit, darauf hinzuweisen, dass es gut wäre, die Stellungnahme, die Sie hier vortragen, möglichst in konzentrierter Form vorzunehmen. Es wäre gut, wenn dies in etwa zwei Minuten erfolgen würde, wenn Ihnen das gelingt.

Als nächster Institution gebe ich dem Bundesverband der Berufsbetreuer*Innen, Landesgruppe Hessen das Wort. Es sind Eberhard Marten und Monika Lekker anwesend.

Herr **Marten:** Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren! Ich darf mich zunächst einmal kurz vorstellen. Mein Name ist Eberhard Marten. Ich bin seit über 25 Jahren Berufsbetreuer und vertrete hier als Landessprecher den Berufsverband der Berufsbetreuer.

Ich danke für die Einladung zur Anhörung. Ich nehme an, dass die verspätet abgegebene schriftliche Stellungnahme des Berufsverbandes im Frühjahr 2020 keine Berücksichtigung mehr im Gesetzentwurf gefunden hat. Der damalige Zeitraum für die Stellungnahme mit sportlichen vier Wochen war zu knapp bemessen, um ein repräsentatives Stimmungsbild der Betreuer zu erhalten. Eine Fristverlängerung um ein paar Tage wurde uns damals leider nicht gewährt. Aber eine schriftliche Stellungnahme zum Gesetzentwurf konnte jetzt vorgelegt werden.

Aus Mangel an Alternativen kann man zum Änderungsgesetz Zustimmung ausdrücken, obwohl Regelungen bei den Zwangsmaßnahmen und beim Richtervorbehalt Bauchschmerzen verursachen. In der Praxis können die Betreuer schon eine deutliche Veränderung zu den Zeiten des HFEGs erkennen. Es ist tatsächlich fast zur Routine geworden, die Betreuer durch die Behandler telefonisch mit einzubeziehen und zu informieren. Sogar zu der Visite oder zu Fachgesprächen wird man manchmal eingeladen, hauptsächlich aber am Ende der Behandlungszeit. Sogar im Maßregelvollzug funktioniert das manchmal.

Auf meine Initiative hin als Betreuer konnten sogar schon Einrichtungen der Eingliederungshilfe mit beteiligt werden. Kritisch sehe ich das allerdings als Ausnahme an. Deutlich übersteigen solche sozialarbeiterischen Koordinationsarbeiten die Kapazitäten und den Auftrag des Betreuers. Es zeigt sich, dass eine Koordination unbedingt notwendig ist. Hier könnten die Genesungsbegleiter tatsächlich Positives bewirken, wenn sie denn verbindlich eingeführt werden würden, auch außerhalb der Klinik.

Noch zu oft werden die Patienten nach Hause entlassen, ohne Klarheit, wie die Weiterbehandlung aussieht. Oft wird auf die Eigeninitiative der Kranken gesetzt, die Psychiatrischen Institutsambulanzen regelmäßig aufzusuchen. Dazu gehört es, vorher Termine zur Blutabnahme zu vereinbaren, Überweisungen vom Hausarzt zu besorgen, den Transport zu organisieren und zu bezahlen, Medikamente in der Apotheke zu besorgen, Zuzahlungen zu leisten, eventuell Befreiungen von den Zuzahlungen zu beantragen, usw.

Sich zur Überwindung solcher Hürden zu motivieren, ist schon für Gesunde eine Last. Die Konsequenzen zeigen sich bald durch Dekompensation und Wiederaufnahme in die Klinik. Dann beginnt der ganze Kreislauf von vorne.

Was nützt also ein schönes Gesetz, wenn die Rahmenbedingungen nicht ausreichend vorhanden sind. Diese gilt es zu verbessern. Die Stärkung des SpDi nicht nur ins Gesetz zu schreiben, sondern auch richtig Geld in die Hand zu nehmen für aufsuchende Hilfe, da bin ich mir sicher, das würde sich langfristig auszahlen, in erster Linie für die Patienten. Im Interesse unserer Betroffenen fordern wir deshalb eine deutlich verbesserte Personalsituation auf den Stationen. Wir fordern die Einbeziehung der Betreuer in die Besuchskommissionen, wenn sie es tatsächlich auch gäbe, und die Einbeziehung bei den Treffen der Sozialpsychiatrischen Dienste und bei Treffen der Gemeindlichen Psychiatriekoordinationen.

Wir fordern die personelle Stärkung der SpDi. Wir fordern aufsuchende Hilfen durch ortsnahe Dienste, insbesondere auf dem Land, und wir fordern Krisenhilfen in der Nacht und an Feiertagen. – Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Frau **Dr. Winter**: Sehr geehrter Herr Promny, sehr geehrte Damen und Herren! Vielen Dank für die Möglichkeit der Stellungnahme, die wir gerne wahrnehmen. Wir begrüßen die Weiterentwicklung des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes und des Maßregelvollzugsgesetzes. Die Vorgaben des Urteils des Bundesverfassungsgerichts sind umgesetzt und die Rechte der Patientinnen und

Patienten gestärkt. Nichtsdestotrotz möchten wir auf einzelne Punkte noch einmal gesondert eingehen.

Seit der Verabschiedung im Jahr 2017 hat sich die Welt ein bisschen weitergedreht. Mit der Ausbildungsreform im Bereich der Psychotherapie und der Ausbildung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist eine neue Aus- und Weiterbildung implementiert worden. Alle junge Kolleginnen und Kollegen, die im Jahr 2020 angefangen haben, Psychologie im Schwerpunkt Psychotherapie mit dem Ziel zu studieren, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu werden, werden dieses Studium mit der Approbation abschließen. Der Beruf heißt Psychotherapeut, wie übrigens schon seit 20 Jahren. Der Überbegriff der Kinder- und Jugendpsychotherapeuten und Psychologischen Psychotherapeuten ist Psychotherapeut. Der neue Beruf heißt „Psychotherapeut*In“.

Deswegen möchten wir anregen, dieses Gesetz nicht auf die Psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen einzuschränken, die wir ab etwa 2026 nicht mehr neu ausbilden werden, sondern diesen neuen Beruf zu berücksichtigen und ihn entweder zusätzlich zum Psychologischen Psychotherapeuten hinzuzufügen oder gleich den Oberbegriff „Psychotherapeut*In“ verwenden.

In dem Zusammenhang gleich noch einmal eine Anmerkung zu der Besetzung von Leitungsstellen in Einrichtungen des Maßregelvollzugs. Dort sind Ärzte und Psychologen vorgesehen. Psychologen verfügen aber nicht über die Approbation. Sie sind nicht befugt, heilkundlich psychotherapeutisch tätig zu werden. Das bedeutet, auch Diagnostik und Indikationsstellung dürfen diese nicht machen. Das ist ein anderer Beruf. Wir regen an, in dem entsprechenden § 2 Abs. 1 das Wort „Psychologin“ durch „Psychotherapeut*Innen“ ersetzen. Da scheint uns sach- und fachgerecht geboten zu sein.

Die Besetzung der Besuchskommission war in den vergangenen Jahren nicht immer ganz einfach und etwas ruckelig. Die Arbeit der Besuchskommission begrüßen wir explizit. Wir sollten aber die Schwierigkeiten sehen, die es bei der Besetzung gegeben hat, die vor allen Dingen auch a conto des hohen zeitlichen Aufwands ging und insbesondere von den Berufsträgern der Ärzte und Psychotherapeuten manchmal nicht vollständig ehrenamtlich zu leisten war. Wir sollten uns aber bemühen, diese Arbeit besser zu machen, möglicherweise den Aufwand zu entschädigen, attraktiver zu machen, eine Sprecherfunktion einzuführen.

Man sollte die Arbeit der Besuchskommission nicht nur mit der Hälfte dieser Kommission absolvieren lassen. Das könnte dazu führen, dass diejenigen, die die heilkundlichen Expertiseverfahren besitzen, in dieser Kommission nicht mehr vertreten sein könnten.

Die Notwendigkeit der expliziten Einwilligung des Patienten zur Einsicht in die Behandlungunterlagen ist prinzipiell ein Punkt, den wir natürlich begrüßen, wenngleich wir an dieser Stelle bei Patientinnen und Patienten und schwer psychisch erkrankten Patienten in den Psychiatrien sehen, dass es nicht wenige Patienten gibt, die insbesondere auch bei der Aufnahme nicht einwilligungsfähig sind.

Wir halten es daher nicht für zielführend, grundsätzlich der Besuchskommission die Einsicht in die Patientenakten zu verwehren, sondern regen an, diesen Paragrafen zu ergänzen und die Einsicht in die Patientenakte für die Besuchskommission, die auch unter Schweigepflicht steht, dann zu erlauben, wenn das fachlich geboten ist, auch dann, wenn Patienten selbst nicht einsehbar sind. – Das waren meine Ergänzungen, vielen Dank.

Herr Ripper: Herzlichen Dank für die Möglichkeit, Stellung zu nehmen. Sie sagen, zwei Minuten. Deswegen stelle ich in diesen zwei Minuten zwei Fragen von unserer Seite. Vieles ist gesagt worden. Ich glaube, uns alle eint die Feststellung, dass wir gerne den Schlüssel dafür hätten, wie wir es verhindern können, dass immer wieder und trotz 40 Jahren Psychiatrie-Enquetekommission Menschen in einer Art und Weise chronifizieren, dass nach einem ersten stationären Klinikaufenthalt in gar nicht so wenigen Fällen auch irgendwann der sechste, siebte oder der 24. folgt. Daraus entstehen Lebensverläufe, die in der Regel mit der Eingliederungshilfe beantwortet werden. Daraus entstehen häufig auch Lebensverläufe, bei denen Menschen irgendwann 15 oder auch 20 Jahre in Tagesstätten für psychisch Kranke oder im sogenannten betreuten Wohnen oder in besonderen Wohnformen aufgenommen werden. Das bedeutet, viele 100.000 bis Millionen von Euro, für die Geld da ist.

Wenn man sich die Frage stellt, wie man solche Chronifizierungsspiralen vermeiden kann, dann stellt man häufig fest, dass sich nicht nur in Hessen, sondern verrückterweise in Deutschland ein System etabliert hat, das für diese Chronifizierten natürlich berechtigterweise sehr viel Geld zur Verfügung stellt. Aber für den Beginn, wenn man also die Frage stellt, was man hätte tun können, damit diese Chronifizierungsspirale überhaupt nicht in Gang tritt – da sprechen wir von Krisendiensten, zu denen ich heute fokussiert Stellung nehmen möchte –, ist herzlich wenig Geld da. Leider ist es auch in diesem Gesetzentwurf der Fall, dass diese Eindimensionalität fortgesetzt wird, das Ganze mit den Sozialpsychiatrischen Diensten zu verbinden, die zumindest aus unserer Sicht für Südhessen personell und teilweise auch konzeptionell gar nicht in der Lage sind, dem nachzukommen. Das finden wir sehr schade.

Es gibt gute Ideen. Wir haben unserer Stellungnahme ein paar Anlagen beigefügt. Eine gute Idee ist, dass man das ganze Teil der Rettungskette werden lässt. Aus unserer Sicht muss es fachlich so sein, dass ein guter psychiatrischer Krisendienst zwingend gemeinsam mit Polizei oder Feuerwehr und Notarzt herausfahren muss. Das ist die reale Chance. Man würde jetzt neudeutsch sagen, das ist der Gamechanger. Wenn Sie die Leute vor Ort haben, dann haben sie auch weniger Schlagzeilen, dass sie sagen, mit Pfefferspray, Schlagstockeinsatz wurden Probleme gelöst, was gar nicht so selten bei einer voll entfalteten Psychose vorkommt. Das bedeutet, man hätte eine echt große Chance, das zu machen.

Ein zweiter Punkt, den wir erwähnen möchten, ist, das Ganze muss kein Vermögen kosten, bzw. das Ganze kann ein kleines Vermögen kosten, wenn man sagt, wir machen das alles ganz alleine und verzichten auf die Netzwerke, die vorhanden sind.

Ich möchte wirklich darum werben, es ist eine große Chance da. Wir als Caritas-Krisendienst Südhessen zeigen es seit knapp zehn Jahren. Wir haben genau 0,00 € staatliche Gelder bisher in Anspruch genommen. Wir machen das gemeinsam mit dem SGB V mit engagierten Krankenkassen und sind sehr erfolgreich. Es sind viele 100 Leute, die betreut worden sind. Es gibt eine Krisenpension, auch die Möglichkeit, außerstationär aufgenommen zu werden. Es gibt in dem Bereich ganz viel Erfahrung.

Wir finden es bemerkenswert, dass wir vonseiten des Ministeriums nicht gefragt worden sind. Wir haben selbst eine Arbeitsgruppe initiiert, die eine Zeitlang getagt hat. In dieser war auch jemand von der Fachabteilung des Ministeriums dabei. Die Protokolle sind auch übersandt worden. Das heißt, das Wissen wäre dagewesen, leider ist darauf verzichtet worden – wir wissen nicht, warum –, auf dieses Wissen zurückzugreifen.

Dennoch würden wir sagen, wir wären gerne mit dabei, wenn die Möglichkeit bestehen würde. Es gibt so viel Vielfalt in Hessen in diesem Bereich. Warum macht man nicht Modellprojekte? Ich glaube, alle würden gewinnen, die Politik, die Ministerien, die Öffentlichkeit, wenn man sich in Hessen an zwei oder drei Stellen auf den Weg machen würde, unterschiedlichste Möglichkeiten der Krisenhilfe fachlich auszuprobieren, das Ganze natürlich auch durch eine Universität begleitet zu lassen und vielleicht nach vier Jahren deutlich schlauer zu sein.

In der Hoffnung, dass wir darüber ins Gespräch kommen, sage ich vielen Dank.

Frau **Keiner**: Ich spreche für den Bundesverband auf Bundesebene. Ich muss ergänzen, dass ich noch im Vorstand vom Landesverband für Psychiatrie-Erfahrene bin – meine Kollegen sind auch hier – und im geschäftsführenden Vorstand vom Spättreff-Wohnzimmer, Landesorganisation Hessen e.V. Dazu nur ganz kurz. Ich habe es 2016 ins Leben gerufen. Dazu gab es ein Krisenzimmer, das wir ein Jahr mit guter Erfahrung privat finanziert haben, was wir dann aufgeben mussten, weil wir es nicht mehr finanzieren konnten. Aber den Treff gibt es noch.

Sehr geehrter Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren! Ich möchte zu der Aussage vom 28. September 2021 in der 82. Plenarsitzung kommen. Einmal an Frau Böhm gerichtet: Es war eine gute und lebendige Rede. Sie hat aus unserer Sicht für viele Betroffene gesprochen.

Dann möchte ich Frau Dr. Sommer danken. Schön, dass uns jemand zur Kenntnis genommen hat. Der Landesverband für Psychiatrie-Erfahrene wurde erwähnt.

Dann möchte ich zu Aussage von Herrn Klose kommen. Die Aussage von Herrn Klose war, „mit dem Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz ein Gesetz zu schaffen, das den Ansprüchen an eine moderne und bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung wirklich gerecht wird.“ Unsere Frage: Was ist modern an diesem Gesetz? Was ist bedarfsgerecht?

Dann kommen wir zu einer Aussage von Herrn Klose: Aus dem Gesetzentwurf können wir Lehren ziehen, „gerade was die verbesserte Kooperation und Kommunikation aller Beteiligten vor Ort angeht. Genau diesen Weg bauen wir mit dem vorliegenden Entwurf auch weiter aus.“

Dazu muss ich sagen, ich habe 2017 schon Mängel angeführt. Dann frage ich mich bei diesem Gesetz, wie kann es 2019 zu den Vorfällen in Höchst kommen? Kein Einzelfall, da gibt es andere.

Dann noch einmal eine Aussage von Herrn Klose. Herr Klose, Sie reden von Entwicklung und sagen, ein zentraler Punkt ist deshalb der Ausbau der Beteiligung von psychisch – –

Vorsitzender: Frau Keiner, ein kurzer Hinweis an der Stelle. Es wäre gut, wenn Sie zur Sache und zu dem Gesetzentwurf kommen würden.

Frau **Keiner:** Ja. Ich kann mich der Caritas anschließen. Warum sind Sie nicht auf den Brief von unserer AG „Zwang gegen Gewalt“ eingegangen? Wo waren wir bei dem Entwurf des Gesetzes beteiligt? Vorschläge, die in der Stellungnahme vom Landesverband Hessen enthalten waren, wurden nicht berücksichtigt. So viel dazu.

Jetzt komme ich zu unseren Forderungen:

Wir fordern als Betroffene und aus der Betroffenenperspektive, dass die Besuchskommission mindestens einmal im Jahr stattfindet, zusätzlich nach Bedarf, und zwar mit Besetzung von zwei Betroffenen, die aus den Betroffenenverbänden vorgeschlagen werden. Es muss immer unangemeldet sein. Das war 2017 schon eine Forderung.

Beschwerdestellen. Wir fordern, die Beschwerdestellen mit Halbtags- und Ganztagsstellen zu besetzen und mit Rechtsbeistand.

Wir fordern, dass das Psychisch-Kranken-Hilfen-Gesetz nicht für acht Jahre verabschiedet wird, sondern für vier. Wir sitzen nach vier Jahren wieder hier für eine Verbesserung. Glauben Sie mir, das kommt auch bei dem neuen.

Dann würden wir uns wünschen, dass die Selbsthilfe so, wie wir es sind – eine andere Form von Selbsthilfe, ich bin auch Genesungsbegleiterin und mache Krisendienst, aber nicht in einem System – in all ihren Facetten gestärkt wird.

Was ich aus Erfahrung fordere, weil ich, wie gesagt, Krisendienst in Köln, in Bochum und überall mache, die Polizei müsste besser geschult werden. Wir als Betroffenenverband bieten an, dies auch zu tun.

Viele Zwangsfixierungen könnten vermieden werden. Wenn ein Mensch, der im Menschenhandel ist, einen Black-out bekommt, wird er anders eingestuft. Er wird fixiert.

Dann möchte ich noch auf das „Weglaufhaus“ hinweisen, Hilfe jenseits von Psychiatrie, die Bochumer Krisenzimmer. Das wurde drei Jahre lang beforscht. Ich würde mir wünschen, dass wir so etwas hier zusammen hinbekommen.

Dann haben wir, was auch gut läuft, vor eineinhalb Jahren aus der Not heraus, weil wir bei Menschen den Bedarf gesehen „Das Offene Ohr“ eingerichtet. „Das Offene Ohr“ findet acht Stunden im Monat statt, wo Menschen sich einfach nur einmal mitteilen können.

Ich habe in meiner Arbeit festgestellt, dass sich Menschen, die kurz vor der Psychose stehen oder am Anfang einer Psychose sind, einfach nur einmal mitteilen wollen und da schon aufgefangen werden kann, dass sie unterkommen. Dann ist es so, dass wir im „Spättreff Wohnzimmer“ einen Krisenhund haben. Mein letzter Einsatz war in Berlin, wo ich froh war, dass der Hund dabei war. Es war ein Jugendlicher, der sich suizidieren wollte. Wir konnten es mit dem Team schaffen, aber den letzten Rest hat der Hund gegeben, dass er das nicht getan hat. Er ist heute dankbar. Er ist selbst vom Ritzen in dem Sinne weggekommen, weil er jetzt die entsprechende Hilfe und Unterstützung hat in Nordrhein-Westfalen aus der Selbsthilfe und auch von den Profis.

Dann möchte ich noch etwas sagen. Ich bin auch Genesungsbegleiter. Es wird immer von Genesungsbegleitern gesprochen. Aber wir haben auch erfahrene Menschen und Menschen, die gebraucht werden, aus der Selbsthilfe, die keine Genesungsbegleiter sind, die einfach nur einmal Schulung brauchen. Ich muss nicht unbedingt ein Genesungsbegleiter sein, um helfen zu können.

Zum Ende möchte ich gerne noch einmal Bertolt Brecht zitieren: Gewalt liegt dann vor, wenn eine Person negativen Handlungen einer Person oder mehreren anderen Personen ausgesetzt ist. „Ihr aber, wenn es so weit sein wird, dass der Mensch dem Menschen ein Helfer ist.“ Ich bedanke mich.

Ich wollte noch eines erwähnen: Diese Broschüren habe ich mitgebracht und werde sie draußen auslegen. Wer sich eine mitnehmen möchte, kann dies gerne tun.

Vorsitzender: Vielen Dank, Frau Keiner. In der Gruppe zwei gibt es keine weiteren Institutionen mehr. Insofern ist die Fragerunde eröffnet. Als Erste hat sich Frau Kollegin Böhm gemeldet, dann Frau Dr. Sommer. Bitte.

Abg. **Christiane Böhm:** Danke sehr, Herr Vorsitzender. Vielen Dank für die Stellungnahmen. Ich fange mit einer Frage an den Landesverband der Angehörigen mit Herrn Scheffels an. Sie haben noch einmal deutlich gemacht, wie wichtig die Krisenhilfen sind und dass auch aufsuchende Hilfen notwendig sind, um stationäre Begleitung zu vermeiden.

Sie haben jetzt nichts dazu geschrieben – aber vielleicht können Sie dazu noch etwas sagen –, ob Sie solche Krisenpensionen, die schon in der Diskussion waren, und auch solche Krisencafés oder andere Einrichtungen als notwendige Einrichtungen sehen oder wie sie sich das konkret vorstellen.

Eine zweite Frage an Sie ist mir auch besonders wichtig, was ich nur aus der schriftlichen Stellungnahme herausgelesen habe. Es war schade, dass sehr wenige Stellungnahmen zum Maßregelvollzugsgesetz gekommen sind. Ich denke, es ist ein Nachteil, wenn man das Gesetz sozusagen nur mitbehandelt und nicht in den Vordergrund stellt, weil es auch ein wichtiges Gesetz ist. Sie haben deutlich gemacht, dass es im Maßregelvollzug ganz besonders notwendig ist, dass das soziale Netzwerk eingebunden werden soll. Könnten Sie uns das noch einmal erläutern, wie Sie es sehen, welche Verbesserungsmöglichkeiten dadurch gegeben sind?

Ich komme nun zum Bundesverband der Berufsbetreuer*Innen. Herr Marten, Sie hatten schon etwas zu der wichtigen Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes gesagt und zu der aufsuchenden Arbeit und haben noch einmal erläutert, dass Sie denken, dass es wirklich eine Frage des Personalmangels ist. Ich frage noch einmal, ob ich das richtig verstanden habe. In Ihrer schriftlichen Stellungnahme hat es sich so angehört, dass es rechtliche Gründe gebe wegen der Unverletzlichkeit der Wohnung. Das habe ich ehrlich gesagt aus der schriftlichen Stellungnahme nicht verstanden. Oder ist doch der Personalmangel das größere Problem?

Sie hatten auf ein nicht unwichtiges Thema hingewiesen, das in dem Gesetz neu geregelt wird. Es wird das Wunsch- und Wahlrecht bei der Klinikeinweisung gestrichen. Sehen Sie das denn auch so? Sie haben gesagt, das wäre ein Widerspruch zur Selbstbestimmung. Haben Sie eine Idee, warum es geändert wird? Das frage ich jetzt einfach einmal blöd. Ich kenne es nicht. Was denken Sie, welche Folgen es hätte? Meine Befürchtung wäre, dass es eher noch Folgen dafür hat, dass wir zu mehr Unterbringungen kommen. Wie sehen Sie das denn? Sehen Sie diese Befürchtung? Ist das auch Ihre Befürchtung?

Meine nächste Frage geht an die Psychotherapeutenkammer. Frau Dr. Winter, ich wollte Sie noch einmal zu der Problematik der Psychotherapeutinnen und den Gutachten nach § 16 Abs. 4 etwas fragen. Es wird in mehreren Stellungnahmen ausgeführt, dass die Psychotherapeuten nicht die somatischen und pharmakologischen Kenntnisse haben und deshalb diese Gutachten nicht erstellen können. Deswegen wäre meine Frage, wie Sie zu dieser Kritik stehen oder ob dieses Problem dann auch zu lösen wäre.

Eine weitere Frage geht an Herrn Ripper. Ja, ich finde, Ihr Modell zeigt etwas. Sie haben viele Erfahrungen. Schade, dass es bisher noch nicht so berücksichtigt worden ist. Ich habe den Eindruck, dass viele Missverständnisse dazu in Hessen existieren. Es hieß dann auch, dass sich gar nicht alle Menschen an Sie wenden können. Sie könnten noch einmal erklären, welche Möglichkeiten es gäbe, auch den Caritas-Krisendienst so, wie Sie ihn zum Beispiel in Südhessen machen, weiterzuentwickeln, wenn es entsprechende finanzielle Ausbaumöglichkeiten gäbe. Bisher können sich nur Mitglieder von Krankenkassen und Betrieben, die bei Ihnen eingeschrieben sind, an Sie wenden. Ich glaube nicht, dass das für Sie die Begrenzung ist. Ich glaube, diese Klarstellung wäre noch einmal notwendig, weil ich andere Sachen gehört habe.

Ich verstehe zwar Ihre Haltung, dass Sie sagen, man müsste jetzt eigentlich noch einmal unterschiedliche Modelle in Hessen ausrollen. Wenn ich aber sehe, wie prekär und schwierig die Situation ist, habe ich die große Befürchtung, dass uns Modellprojekte wieder zu einer Vertagung der Problematik bringen. Vielleicht können Sie mich noch einmal überzeugen, dass wir vielleicht eher

in diese Richtung laufen. Ich bin noch ein bisschen skeptisch, weil ich eher den Eindruck habe, wir brauchen im Moment gerade dringend ein funktionierendes Modell, aber dies relativ schnell. – Danke schön.

Abg. **Dr. Daniela Sommer**: Vielen Dank meinerseits für Ihre schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen. Ich habe zuerst eine Frage an Herrn Scheffels. Sie haben eben davon gesprochen, dass die Einbindung von EX-Ins und Angehörigen so wichtig ist. Vielleicht könnten Sie aus Ihrer Perspektive noch einmal sagen, warum diese so wichtig ist.

An Herrn Marten hätte ich noch eine Frage. Sie haben in Ihrer schriftlichen Stellungnahme Bezug auf die Verfahrenspfleger genommen. Sie sind in den anderen Ländern Teil des Geschehens, gerade auch bezüglich Deeskalation und milderem Mittel statt Zwang. Vielleicht könnten Sie uns sagen, warum es so wichtig ist, dass Hessen auch die Verfahrenspfleger mit aufnimmt.

Ich fand gut, dass Sie gesagt haben, es braucht eine Evaluation des gesamten Versorgungssystems. Vielleicht können Sie noch einmal sagen, worauf Sie das begründen.

Frau Dr. Winter, Sie hatten darüber gesprochen – das war, glaube ich, jetzt nicht in der mündlichen Stellungnahme, sondern in der schriftlichen Stellungnahme –, als es um die Besuchskommission ging, dass die Mitarbeit attraktiver gemacht werden sollte. Vielleicht könnten Sie uns mitteilen, was das bedeutet. Vielleicht könnten Sie noch einmal auf die 30 € Aufwandsentschädigung eingehen, die nicht im Verhältnis zum Aufwand steht.

Vielleicht können Sie auch etwas dazu sagen, ob Mitglieder von Besuchskommissionen immer auch freigestellt werden, wenn die Besuche anstehen. Es ist auch ein Problem, einmal abgesehen davon, dass immer mal einer nicht kann und es vakante Stellen gibt, dass man auch zu dem Termin können muss.

Herr Ripper, Sie hatten von der Rettungskette gesprochen. Wenn ich es richtig im Kopf habe, hatten Sie auch gesagt, Rettungskette bedeutet auch, dass man professionelle Standards braucht. Wenn man Hilfen anbietet, braucht man auch professionelle Standards. Vielleicht können Sie noch einmal ausführen, was das bedeutet. Sie hatten in der schriftlichen Stellungnahme davon gesprochen, Sie haben eine Ideenskizze für Hessen erarbeitet. Vielleicht können Sie zu dieser Ideenskizze noch einmal etwas sagen.

Sie haben in der schriftlichen Stellungnahme gesagt, unsere Impulse sind verhallt. Ich verstehe es ein bisschen anders als die Kollegin Böhm mit den Modellprojekten. Vorhin haben wir aus Berlin gehört, wie dort Krisenintervention aufgestellt ist. Beispielsweise mit einem hessenweiten Telefon könnte man wirklich alles, was bestehend ist und was dazukommt, zusammenfassen, sodass man hoffentlich am Ende des Tages eine flächendeckende Möglichkeit hat, sodass jeder irgendwo – egal, wo er lebt, ob in der Stadt oder auf dem Land – eine Möglichkeit hat, Hilfe oder einen Ansprechpartner zu finden. Deswegen noch einmal die Frage, ob Sie das darunter verstehen, also Modellprojekte, oder all das, was vorhanden ist, zusammenzufassen.

Eine letzte Frage an Frau Keiner. Sie haben am Anfang Ihrer Stellungnahme kritisiert, dass gesagt wurde, das Gesetz sei bedarfsgerecht. Was bedeutet für Sie bedarfsgerecht? Was brauchen Sie, damit die Versorgung in Hessen eine bedarfsgerechte Versorgung ist? – Danke schön.

Abg. **Felix Martin:** Herzlichen Dank. Ich habe auch eine Frage an Frau Dr. Winter. Sie haben gesagt, dass es aus Ihrer Sicht nicht zielführend ist, dass die Besuchskommission grundsätzlich keine Einsicht erhält und haben angeregt, ihr die Einsicht dann zu erlauben, wenn es fachlich geboten ist. Wer würde das aus ihrer Sicht entscheiden, ob diese fachliche Gegebenheit vorliegt?

Um Missverständnisse zu vermeiden. Ich hatte mich eben vertan. Natürlich muss das Gesetz zum 1. Januar in Kraft treten. Vielleicht hatte ich etwas anderes im Hinterkopf.

Ich habe dann eine Frage an den Vorsitzenden. Wir hatten eben die Frage, ob der Städtetag inzwischen da ist, nur, damit er nicht vergessen wird, falls wir ihn noch anhören wollen.

Vorsitzender: Ich würde ohnehin am Ende der Anhörung fragen, ob noch Institutionen anwesend sind, die noch nicht gehört worden sind. Insofern wird es noch berücksichtigt. Aber vielen Dank für den Hinweis.

Wir können dann direkt zu der Beantwortung der Fragen kommen. Alle Institutionen sind von den Fragestellerinnen angesprochen worden. Also fangen wir mit Herrn Scheffels wieder an.

Herr **Scheffels:** Vielen Dank. – Zur Frage von Frau Böhm nach der aufsuchenden Hilfe und was wir uns unter Krisenpensionen und Krisencafés vorstellen, möchte ich sagen, diese Hilfe ist gut und sehr hilfreich. Das haben wir eben schon von dem Café in Gießen gehört und auch Planungen in Marburg. Aber solche Hilfe ist flächendeckend nicht überall zu gewährleisten. Sie ist oft in Krisensituationen zu weit weg. Wir wünschen uns, dass den Angehörigen und dem sozialen Umfeld – Familie und Freunde – von Profis persönlich und schnell geholfen werden kann, um im Umfeld der Betroffenen eine Spirale oder Eskalation zu vermeiden.

Das Maßregelvollzugsgesetz ist natürlich ein sehr wichtiges Thema. Unser Wunsch ist, das soziale Umfeld und die Familie einzubinden, da es in der Forensik natürlich durch die Zwangsmaßnahmen bedingt sehr wenige Außenkontakte gibt, seltene Möglichkeiten für Besuche, diese zeitlich befristet.

Durch die aktuelle Corona-bedingte Situation ist das noch einmal extrem reduziert worden. Dazu kommt, dass in der Forensik generell wie auch in der Allgemeinpsychiatrie aus personellen Gründen, wahrscheinlich aus Kostengründen, wenig Angebote gemacht werden können. Der Tag ist oft gefüllt, ich sage einmal, mit Herumhängen und Rauchen. Es wäre gut, wenn die Zeit sinnvoll gefüllt werden kann, auch wenn uns natürlich bewusst ist, dass die Betroffenen nicht so belastbar sind, wie wir uns das vielleicht aus Außensicht vorstellen und wünschen würden.

Aber in diesen erheblichen Lücken zwischen Therapieangeboten und den bestehenden Arbeitsmöglichkeiten könnten auch die Angehörigen oder das soziale Umfeld einspringen, die das sehr gerne machen und sich wünschen würden, dort etwas unterstützend tätig zu sein. Dadurch würden die Kontakte zur Außenwelt und zum Umfeld, die nach und nach durch die Unterbringung in der Forensik leiden oder ganz verlorengehen, wieder gepflegt werden können.

Ich komme nun zu den Fragen von Frau Dr. Sommer, warum aus unserer Sicht die Einbindung von Angehörigen und EX-Ins so wichtig ist. Es ist in der ersten Antwort zum Teil schon enthalten gewesen. Aus unserer Sicht ist es ganz wichtig, dass den Betroffenen in ihrem eigenen persönlichen Umfeld geholfen wird. Dafür brauchen wir auch die Einbindung der Angehörigen, die aber oft durch jahrelange Leidenszeit, auch durch ihre Hilflosigkeit als Laien auf dem Gebiet am Ende ihrer Kräfte sind. Da müsste durch Profis geholfen werden.

Es ist einmal aus mitmenschlicher Sicht sinnvoll, dass man nicht sagt, wenn jemand von dieser Krankheit betroffen ist, also von psychiatrischen und psychischen Leiden, dann muss er irgendwo hin expediert werden, sondern es ist sicher hilfreich, wenn er in seinem Umfeld bleiben kann.

Es ist auch aus Kostengründen sinnvoll, was Herr Ripper gesagt hat. Diese Eskalations- oder Chronifizierungsspirale bindet natürlich immer wieder sehr viele Institutionen und führt dazu, dass die Patienten dann teuer versorgt werden müssen. Wenn man frühzeitig intervenieren und unterstützen kann, kann man sicherlich auch sehr viele Kosten sparen. – Vielen Dank.

Herr **Marten**: Frau Böhm, Sie haben eine Frage zum Personalmangel gestellt, bei der Wohnungsaufsuchung usw. Es ist oft so, dass Menschen, die in Krisen sind, in ihrer Wohnung sitzen. Da ist es ganz wichtig, dass der SpDi kommen kann. Aber oft ist es so – ich denke aus Personalmangel –, dass dies nicht der Fall ist. So hängt es auch zusammen. Deswegen auch die Forderung nach mehr so Personal. Wir haben noch einmal deutlich gemacht, es gibt natürlich den Schutz der Wohnung. Aber irgendwann ist es auch notwendig, dort einmal genauer hinzuschauen. Reicht Ihnen das als Antwort?

Selbstbestimmungsrecht und Wahl der Klinik. Es ist eigentlich selbstverständlich, dass jemand, der krank ist, auch die Klinik selbst auswählen kann, zumal unsere Betreuten oft auch mehrmals in einer Klinik waren und gerne wieder dort hingehen möchten, wo sie auch waren.

Es gibt auch Kliniken, die bevorzugt sind. Es gibt Kliniken, die weniger gern gesehen werden. Ich denke, es muss dem Patienten und dem Klienten wirklich selbst überlassen bleiben, wohin er gehen möchte. Das ist auch eine Frage des Vertrauens.

Frau Dr. Sommer, Verfahrenspfleger sehe ich grundsätzlich immer als wichtig an, gerade bei Zwangsmaßnahmen. Bei solchen einschneidenden Sachen braucht es noch einmal einen Vertreter des Betroffenen. Dazu ist der Verfahrenspfleger notwendig, der ganz klar Partei für den Betroffenen einnehmen kann. Eine Evaluation des Versorgungssystems finden wir ganz wichtig, weil es überhaupt keine Daten gibt. Ich weiß sehr wenig darüber, wie viel SpDi es gibt, was sie für Arbeit machen, wo es andere Hilfen gibt. Deswegen ist es das Wichtigste überhaupt. Es hätte

eigentlich vor einer solchen Gesetzesänderung grundsätzlich gemacht werden müssen. Vielleicht ist es gemacht worden, aber wir haben davon keine Kenntnis erhalten.

Frau Dr. Winter: Frau Böhm, vielen Dank für Ihre Nachfrage zu § 16 Abs. 4b. Wir begrüßen explizit, dass die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten jetzt aufgenommen worden sind. Sie waren vorher nicht drin.

Man muss sehen, der Ärztemangel, der an vielen Stellen beklagt worden ist, ist tatsächlich beschränkt auf die Arztgruppe der Psychiater und Psychiaterinnen. Wir Psychotherapeutinnen haben diesen Mangel nicht. Psychotherapeutin ist einer der beliebtesten und am meisten nachgefragtesten Studiengänge. Auf jeden Studienplatz an den Universitäten haben wir ein Vielfaches an Bewerbern. Wir können diese Nachfragen gar nicht bewältigen. Es ist ein hoch attraktiver Beruf für viele junge Kolleginnen. Das heißt, wir sind in der glücklichen Situation als Berufsstand, dass wir nicht über Nachwuchsmangel klagen müssen.

Dass die Psychotherapeutinnen jetzt auch Stellungnahmen und Gutachten verfassen, ist absolut richtig und absolut begrüßenswert. Sie sind an vielen Stellen auch diejenigen, die die Psychotherapie durchführen, wo ein enger Kontakt besteht und viele Informationen zusammenfließen. Das ist nicht der Punkt.

Was wir beklagen, bezieht sich auf den Beruf der psychologischen Psychotherapeutin. Das ist ein Auslaufmodell. Solche wie ich gehen irgendwann in Rente. Dann wird dieser Beruf mit diesem Namen nicht mehr ausgebildet. Die Qualifikation ist deutlich verbessert. Die Ausbildungsreform hat das Studium enorm verbessert. Wir haben 330 Studienplätze in Hessen. Hessen gehört zu den Standorten, die sehr viel Psychotherapeutinnen an den Universitäten ausbilden, die dann mit der Approbation abgehen und anschließend in eine fünfjährige Weiterbildung zur Fachpsychotherapeutin Erwachsene oder Kinder und Jugendliche gehen.

Die fehlen jetzt. Wenn man sagt, nur psychologische Psychotherapeutin – so steht es aktuell im Gesetz –, dann gibt es sie in absehbarer Zukunft nicht mehr, da sie nicht mehr ausgebildet werden, sondern die, die dann kommen, sind andere. Im letzten Jahr hat die erste Bachelor-Kohorte angefangen. Sie heißen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Wenn sie die Weiterbildung nach fünf Jahren in Vollzeit erfolgreich abgeschlossen haben, dann heißen sie Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten analog zu Fachärzten in dem Fach. Das ist der Punkt.

Die Gutachtenerstellung selbst ist absolut zu begrüßen und absolut notwendig und auch richtig. Es wird heute schon an ganz vielen Stellen so verfahren. Vielleicht unterschreibt der Arzt, aber die Arbeit hat derjenige gemacht, der den Patientenkontakt hatte.

Frau Dr. Sommer, 30 € pro Tag für die Besuchskommission sind sehr wenig. Es ist nicht nur der Tag, an dem die Besuchskommission vor Ort die Kliniken besucht und Patienten befragt und Akteneinsicht hat. Das kann man als Hobby machen.

Die angestellten Kolleginnen und Kollegen werden zum Teil freigestellt. Die Allermeisten aus unserem Bereich nehmen ihre Urlaubstage dazu. Das macht es natürlich sehr schwierig für die selbstständigen Kolleginnen und Kollegen, die ihre Praxis an dem Tag stilllegen müssen. Das ist ein Liebhabergeschäft, das man dort macht.

Die Arbeit der Besuchskommission ist absolut wichtig und absolut notwendig. Es ist eine sehr gute Einrichtung. Aber zu überlegen, wie Leute das auch langfristig machen können, ohne das komplett aus eigener Tasche zu zahlen, wäre, glaube ich, wirklich wichtig.

Im Angestelltenbereich sollte über eine Freistellung und für die Selbstständigen über eine Aufwandsentschädigung im Ehrenamt unbedingt nachgedacht werden, wenn man nicht möchte, dass diese Besuchskommission im Grunde nicht existiert oder nebenbei und unvorbereitet gemacht wird.

Wir sehen jetzt bei den Kolleginnen und Kollegen, die das psychotherapeutisch machen, die Sprecherfunktion in dieser Besuchskommission sollte noch einmal gesondert in einer Richtlinie aufgewertet werden. Es hat sich sehr bewährt, wenn der Sprecher der Kommission gut vorbereitet für die gesamte Kommission Vorarbeit leistet, einführt und noch einmal allen erklärt, was wann wie und wo gemacht wird. Die Qualität der Arbeit verbessert sich dadurch ungeheuer.

Wie ist es mit der Akteneinsicht? Das Gesetz sieht diese nur bei expliziter Einwilligung vor. Das ist richtig. Uns Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist der Respekt vor der Autonomie der Patienten absolut heilig. Schweigepflicht ist uns ein sehr wichtiges Gut. Wir sehen aber, was mit Patienten ist, die nicht einsichtsfähig sind, a conto Drogenintoxikation, a conto geminderte Einsichtsfähigkeit durch die Schwere der Erkrankung.

Es wurde sehr schön an einem Beispiel dargestellt, wie schwer man psychiatrisch erkranken kann und wie wenig einsichtsfähig man in einer solchen Situation ist. Wir denken, dass die Besuchskommission ihre Arbeit nur dann gut machen kann, wenn sie im Zweifelsfall Akteneinsicht bekommt, um beurteilen zu können, ob eine Lege-artis-Behandlung für diesen Patienten angemessen stattfindet.

Wer darf das entscheiden? Wer soll das entscheiden? Unserer Meinung nach die Besuchskommission. Sie ist hochkarätig besetzt. Wenn diese mit dem Arzt und mit der Psychotherapeutin entscheidet, dass es notwendig ist, in diesem Fall in die Akte zu sehen und zu schauen, wie der Werdegang dieser Patientin ist, dann halten wir das für sachgerecht. Sollte das jemand am Ende anders sehen, dann müssen das am Ende Gerichte entscheiden.

Das passiert nicht so häufig, aber in den Fällen, in denen Patienten nicht einsichtsfähig sind und man die ganz starke Vermutung hat, die Nichteinwilligung hängt an der Erkrankung, und wenn sich das Krankheitsbild bessert, dann werden wir auch eine Einwilligung erhalten, dann sollte man das nicht vorenthalten. Das ist im Grunde ein Service für Patienten, dass die Besuchskommissionen einen guten Job machen können. Gerade diese ganz schwer gestörten Patienten sollten in den Genuss einer guten Arbeit von Besuchskommissionen kommen dürfen.

Abg. **Dr. Daniela Sommer:** Ich habe noch einmal zu § 16 Abs. 4 eine Rückfrage. Ich glaube, Sie haben das, was Christiane Böhm angesprochen hat, nicht richtig verstanden. Sie können es nicht wissen. In einer Stellungnahme der AG der Ärztlichen Leitungen der Psychiatrischen Kliniken wurde darauf hingewiesen, dass Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen nicht so qualifiziert sind, um das auszuführen, und dass es einen ärztlichen Kompetenzsupport bei psychiatrischen fachlichen Stellungnahmen geben müsste, wenn das Psychotherapeuten machen. Deswegen noch einmal die Nachfrage: Sehen Sie das so, oder sind Sie so qualifiziert, dass es auch ohne Kompetenzsupport geht? – Danke schön.

Frau **Dr. Winter:** Vielen Dank für diese Nachfrage. Formaljuristisch ist es im Moment so. Das liegt vor allem an dem Teil pharmakologischer Behandlung, der im Moment nicht Teil des Approbationsstudiums für Psychotherapie ist und in der Weiterbildung adressiert wird, aber nicht in dem Ausmaß, wie das nötig wäre.

Der Gesetzgeber hat schon vor vier Jahren bei den ersten Entwürfen zu diesem Studium vorgeschlagen, einen Modellstudiengang Psychotherapie mit Pharmakologie zu erproben. Das hat keine Mehrheit gefunden. Deswegen ist dieser Vorschlag zurückgenommen worden.

Es ist immer wieder angeklungen, ich glaube, wir müssen darüber nachdenken, wie wir mit dem Ärztemangel im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie umgehen. Man kann nicht so weitermachen, dass ärztliche Kollegen mit 75 Jahren aus der Rente zurückgeholt werden. Das ist nett von dem Arzt, der das macht, Aber das kann nicht die Lösung sein.

Es kann auch nicht die Lösung sein – ich meine es nicht abwertend –, dass Psychiater mit einem ausländischen Studium hier arbeiten, die sprachlich nicht in der Lage sind, mit Patienten zu kommunizieren. Das kann nicht die Lösung sein.

Wie gesagt, der Gesetzgeber hat schon vor Jahren gesehen, dass die Berufsgruppe, die hilfreich zur Seite stehen könnten, die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind. Ja, wir haben diesen Bereich der pharmakologischen Behandlung, der noch nicht Bestandteil ist. Aber ich glaube, perspektivisch darüber zu diskutieren, dass es einen Fachpsychotherapeuten mit psychiatrischem Schwerpunkt geben kann, bei dem genau diese fehlenden Bausteine im Studium und in der Weiterbildung implementiert werden, wird ein Weg der Zukunft sein. Ich weiß, ich mache mir hier nicht bei allen Freunde, aber ich glaube, wir müssen gemeinsam überlegen, wie wir mit diesem Mangel umgehen.

Wer heute Psychotherapeutin oder Psychotherapeut werden will, studiert Psychologie und nicht Medizin. Das sind zwei sehr unterschiedliche Ausbildungsgänge. Das, was ich als Psychotherapeutin lernen will, nämlich psychisch kranke Menschen zu behandeln, lerne ich in der Psychologie mit dem Schwerpunkt Psychotherapie und nicht in der Medizin. Da hat es nur einen ganz kleinen Umfang mit insgesamt zwölf Credit Points. Das ist nicht viel. Das liegt daran, dass das Medizinstudium für alle Facharztgebiete, die sehr umfangreich sind, ausbilden muss und ausbilden soll, absolut.

Aber in dem Bereich, den vor allem Frauen studieren, so muss man es sagen – wir haben 90 % Psychologiestudierende, die Frauen sind, die mit psychisch kranken Menschen umgehen wollen –, sind sie der Meinung und haben recht, das lernen sie mehr im Psychologiestudium mit Schwerpunkt Psychotherapie in diesem neuen Approbationsstudium und beenden dieses Studium mit der Approbation als Psychotherapeutin. Sie gehen anschließend in eine Weiterbildung und haben dann den Fachpsychotherapeutinnen-Standard. Das muss man sehen.

Möglicherweise kann sich die Medizin weiterentwickeln und im Medizinstudium diesen Bereich stärker ausbauen. Aber so, wie es jetzt ist, sieht man, dass ganz klar der Trend in eine andere Richtung geht, und zwar in die Psychologie mit Schwerpunkt Psychotherapie.

Herr **Ripper**: Frau Böhm, ich möchte zu Ihren beiden Fragen kommen, wie unser Krisendienst funktioniert. Ganz kurz. Vor knapp zehn Jahren wurde er als sogenannte Integrierte Versorgung für psychisch kranke Menschen im Auftrag von mehreren großen Krankenkassen in Deutschland in einem bundesweiten Projekt begonnen. Mittlerweile hat er sich vielfältig weiterentwickelt. Wir haben in dem Kontext auch den Hessischen Gesundheitspreis für ein Modul gewonnen, was wir mit der Betriebskrankenkasse der Firma MERCK vor einigen Jahren entwickelt haben. Wir sind mittlerweile auch für viele Betriebe, unter anderem die Deutsche Lufthansa, Pirelli und andere große Betriebe hier in Hessen im Bereich psychosozialer Mitarbeiterversorgung in Krisensituationen tätig und beraten mittlerweile auch und haben Dienstleistungen im Bereich der Eingliederungshilfe, besondere Wohnformen.

Wir leisten die Psychosoziale Krisenhotline für die Stadt Trier. Es mag Sie überraschen, dass wir in Rheinland-Pfalz tätig sind. Aber Sie haben vielleicht mitbekommen, dass die Stadt Trier in mehrerer Hinsicht in der Vergangenheit gebeutelt war. Unser Konzept, das wir vorgestellt haben, hat überzeugt, sodass wir seit einem Jahr für die gesamte Bevölkerung der Stadt Trier erreichbar sind und dort arbeiten.

Das bedeutet, der Krisendienst wäre unmittelbar in der Lage, natürlich auch für hessische Städte oder Landkreise – wir haben das schon vorgestellt, das ist auch eine monetäre Fragestellung –, das zu leisten. Ob man sich so etwas als Stadt finanzieren möchte oder nicht, ist eine monetäre Fragestellung. Aber wir wären unmittelbar in der Lage, dieses Konzept 24 Stunden an 365 Tagen anzubieten.

Jetzt zu Ihrer Frage, warum Modellprojekte. Wie auch diese Anhörung und darüber hinaus zeigt, stehen verschiedene Haltungen und Überzeugungen im Raum, wie wir diese Problematik lösen können. Wir gehören nicht zu der Fraktion, die sagt, wir haben die Weisheit mit Löffeln gefressen, sondern sind durchaus der Ansicht, dass andere Leute ebenfalls sehr gute Arbeit machen, nicht nur wir. Wir sind der Ansicht, dass ein solcher Wettbewerb der Ideen generell eine ganz erfrischende Angelegenheit ist, weil die verschiedenen Akteure in ihrem Bereich zeigen können, was sie an innovativem Potenzial mitbringen. Am Ende einer solchen Phase kann man die besten Ideen aus der Praxis zusammenführen. Deshalb die Idee eines Modellprojekts.

Frau Dr. Sommer, zu Ihren Fragen. Vielen Dank für die Möglichkeit, dass ich die Sache mit der Rettungskette noch einmal vorstellen kann. Die Idee ist, dass man dann, wenn ein solcher Krisendienst geschaffen wird, vor allem auch eine Lotsenfunktion hat. Fast führt das ein bisschen zu weit. Die Problematik in der psychiatrischen Hilfe ist sehr facettenreich. Es gibt viele Bereiche, die wirklich nicht gut laufen. Das muss man einmal so sagen.

Ein Problem ist vor allem, dass eine zentrale Lotsenfunktionsstelle komplett fehlt. Das heißt, es ist im Alltag vollkommen dem Zufall überlassen – das finden sicherlich bestimmt nicht alle gut, was ich jetzt sage, aber de facto ist es so –, ob ich in einer psychiatrischen Krisensituation in einer Akutklinik stationär lande, ob ich bei einer vielleicht sehr engagierten Psychotherapeutin lande, die dann viel mehr macht, als sie eigentlich müsste – das muss man auch sagen, es gibt in dem Bereich eine Menge –, ob ich in einem Allgemein Psychiatrischen Zentrum lande, ob ich bei einem Sozialpsychiatrischen Dienst beim Gesundheitsamt lande. Das ist ganz viel vom Kolligieren Zufall und dem Engagement oder Nichtengagement der beteiligten Akteure abhängig.

Die Idee wäre, der Krisendienst ist da, ist Teil der Rettungskette, fährt im besten Fall mit heraus, ist noch für drei bis maximal fünf Gespräche da. Er hat eine Lotsen- und Clearingfunktion und sagt dann, ich glaube, es ist eine ganz gute Idee, wenn wir einen Kontakt zu ihrem lokalen SpDi herstellen. Das Ganze passiert dann am besten noch am selben Tag oder spätestens einen Tag später. So wäre auch gewährleistet, dass Menschen zumindest zu einer hohen Wahrscheinlichkeit adäquat fachlich behandelt werden und nicht in Versorgungslücken landen, wo ihnen vielleicht gar nicht so viel geholfen wird. Das wäre zu der Idee der Rettungskette. Das sind die Punkte.

An der Stelle möchte ich auch noch einmal sagen, es gibt bereits viele Ideen. Wie die hessische Polizei sich organisiert hat, die dafür bekannt ist, dass sie vor Ort ist, wenn sie gebraucht wird, ist eigentlich eine ganz gute. Deswegen haben wir uns daran angelehnt und gesagt, so, wie es die Polizei in Hessen macht und organisatorisch aufgestellt ist, so würde auch ein Krisendienst funktionieren, der auch herausfährt, also nicht nur telefonisch da ist. Wenn er so organisiert würde, wäre das unserer Ansicht nach fachlich adäquat. – Vielen Dank.

Frau **Keiner**: Was ist bedarfsgerecht? So langsam wird mir ein bisschen schwindlig, wenn ich das alles höre: Wir brauchen mehr Ärzte, wir brauchen mehr Betreuer, wir brauchen mehr Personal. Nein, ich glaube, daran liegt es nicht. Ich glaube, wir sollten einmal anfangen, das System ein bisschen zu ändern. Wir sollten einmal anfangen, mehr auf den Menschen einzugehen.

Ich muss einmal sagen, dass kein Richter, kein Arzt, kein Psychiater, keiner uns näherkommt als wir selbst. Wir sind eine Hilfestellung. Aus diesen fünf Jahren Erfahrung stelle ich immer wieder von der Reihe fest, die ich gerade genannt habe, dass es eigentlich durch einen falschen Umgang mit den Menschen – –

Wir müssen uns doch einmal die Frage stellen, warum gibt es jedes Jahr mehr Kranke. Zum Beispiel ist für mich nichts bedarfsgerecht. Erst einmal wird gesagt, Teilhabe am Leben. Das Wort höre ich immer nur oder ich bei anderen. Wenn ich sage, das ist unsere Teilhabe, nein, das

brauchen wir jetzt nicht, nein, das geht nicht. Wir nehmen nur das Persönliche Budget, das 2001 herausgekommen ist. 2008 habe ich erstmals davon erfahren. Viele andere auch. Da haben sich die Betreuer noch nicht mit ausgekannt.

Jetzt haben wir ein Persönliches Budget, dass Menschen am Leben teilhaben können. Damit ich jetzt nicht in eine Krise gehe oder im Austausch mit den Klienten. Ist es eine Form von Teilhabe? Man beantragt das Persönliche Budget. Nein, das brauchen sie nicht. Was passiert mit dem Menschen? Er rutscht weiter in eine Krise. Das hat teilweise Folgen. Der Mensch muss in eine Klinik.

Ich finde, was absolut gar nicht geht, ist, wenn ich einen Zusammenbruch habe und gehe in eine Klinik, dass eine Voraussetzung ist, ich nehme Medikamente. Nehme ich keine Medikamente, dann kann ich gehen. Ich finde, daran sollte man auch einmal arbeiten. Wie gesagt, bei dem alten PsychKHG geht es in § 7 oder 8 – ich weiß es nicht so genau – um die Forensik, dass die Begleitung, dass auch ein Mensch in der Forensik Teilhabe am Leben haben kann. Ich habe einen in der Forensik gehabt. Ich habe ihn viermal begleitet. Ich bin für Gespräche hingefahren. Wir haben gespielt. Wir haben das Persönliche Budget für ihn beantragt. Das wurde abgelehnt. Welche Folge hatte das? Ich musste aufhören, weil diese Hürden, die man als Betroffener gehen soll, zu hoch sind. Dann ist die Forensik dafür zuständig.

Wie Frau Dr. Sommer gesagt hat, ein solches Netz. Das finde ich dann ganz positiv, wo man sich vernetzen kann. Es ist vielen noch nicht in den Kopf gegangen, aber wir sind ein Schlüssel, wir, die es geschafft haben.

Ich habe zum Beispiel eine chronische posttraumatische Belastungsstörung, mit der ich sehr gut leben kann. Aber ich stehe trotzdem hier und habe es geschafft, hier erst einmal überhaupt zu stehen und das von vielen anderen zu vermitteln.

Es werden immer wieder Gesetze gemacht. Wir nehmen nur das Home Treatment. In vielen Fällen wird es gut sein. Ich habe eine Klientin gehabt, die Home Treatment gehabt hat. Ich meine, da sind wir auch in einem Teil nicht berücksichtigt worden. Was hat die Dame? Sie hat es genutzt. 15 Minuten kam eine heraus. Die Person bei dem Home Treatment hat immer gewechselt, was auch schwierig ist. Also wird für den Menschen erst einmal viel Geld ausgegeben, dass den Menschen geholfen wird. Aber in dem Moment ist den Menschen nicht geholfen. Also hat es wieder zur Folge, es muss vielleicht andere Hilfe geben. Es muss wieder ein Arzt her, und, und, und.

Teilhabe am Leben. Ich meine, zu uns sagt man, ihr sollt Teilhabe am Leben haben. Aber ich muss immer wieder feststellen, dass andere uns sagen, wie wir Teilhabe am Leben haben sollen. Das funktioniert nicht.

Wie gesagt, auch mit dem Persönlichen Budget. Das erlebe ich so oft. Erst einmal müssen mehr niederschwellige Angebote da sein. Es kam heute hier schon, ich habe einen Klienten gehabt, den ich über das Wochenende begleitet habe. Ich war der Ersatz, weil Einrichtungen am Wochenende zu haben, was auch verständlich ist, oder weil am Wochenende kein Betreuer da ist.

Ich meine, das habe ich aus eigener Erfahrung erlebt, wo ich am Wochenende einen Betreuer brauchte, und es war keiner da. Also haben wir das abgedeckt. Aber man kann doch nicht hingehen und sagen, ihr macht das alles umsonst. Wie jeder, der hier sitzt und verdient, haben wir genauso Kosten zu decken oder müssen einen Ausgleich für uns schaffen. Das würde ich mir wünschen, wenn wir daran noch einmal arbeiten.

Vor allem würde ich mir wünschen, dass wir irgendwie einmal zusammen etwas machen, die gesetzlichen Betreuer oder die Betreuer oder jeder von uns. Es gibt große Missstände, ob in der gesetzlichen Betreuung – –

Ich denke mir, was ist da los, wenn ein gesetzlicher Betreuer zu dem Klienten sagt, du bekommst deine Kontoauszüge nicht. Da fängt es schon an, dass ein Hebel ausgelöst wird, wie schlecht es auf einmal den Klienten geht.

Bedarfsgerecht ist natürlich, dass in der Form die Selbsthilfe, wie wir sie sind, wie gesagt – –

Es gibt Selbsthilfe wie aus der Diakonie oder so, wo ich sagen muss, nein, das ist keine. Sie haben jetzt das e.V., aber das ist nicht die Selbsthilfe, die auch gefördert werden muss. – Danke schön.

Vorsitzender: Vielen Dank, Frau Keiner. Damit sind wir sozusagen am Ende der Beratung der zweiten Gruppe. Ich darf mich bei Ihnen herzlich bedanken. Wenn Sie möchten, können Sie auf der Besuchertribüne Platz nehmen und der Anhörung weiter folgen.

Ich darf nunmehr die Gruppe 3 nach unten bitten.

Wir setzen nun die Anhörung mit der Gruppe 3 fort. Als erste Institution rufe ich die AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V. auf und erteile dem Geschäftsführer, Herrn Holke, das Wort.

Herr **Holke:** Vielen Dank für die Einladung zur Anhörung der AKTION PSYCHISCH KRANKE, unabhängiger Fachverband. Wir sehen in dem Änderungsentwurf weitgehende Verbesserungen. Stichworte sind erweiterte Dokumentation, Psychiatriekoordination, Umsetzung des Bundesverfassungsgerichtsurteils, Beschwerdestellen und letztendlich auch der Einsatz von Peers. Letztendlich ist es für uns so, dass wir an verschiedenen Stellen Konkretisierungen vorschlagen bzw. Änderungsbedarf haben. Ich möchte jetzt im Schnelldurchlauf einige Prioritäten beschreiben.

Zunächst einmal zu den Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Dass die Psychiatriekoordination so deutlich hervorgehoben worden ist, was positiv ist, wir glauben aber, dass Sie das Wort „vorzusehen“ durch das Wort „vorzuhalten“ ersetzen sollten, damit es tatsächlich umgesetzt werden kann.

Wir sehen, dass die Psychiatriekoordination bei den Gemeindepsychiatrischen Verbänden auf jeden Fall mitwirken, unterstützen und fördern sollte. Wir sehen insgesamt, dass die gemeinnützigen Verbände, so gut es ist, dass sie dort drinstehen, Förderung brauchen, wir glauben aber, dass sie so etwas wie einen Anschub brauchen. Möglicherweise muss man darüber nachdenken, ob das Land an einer Anschubfinanzierung auch seinen Teil dazu beiträgt.

Bisher war die Krisenhilfe schon heute Morgen ausführlich Thema. Wir sehen die 24/7 als Ziel. Dort müssen wir hinkommen, auch in der Fläche. Ich glaube, es gibt gute Modelle, in denen die Leitstelle mit der Telefonbereitschaft und die mobilen Teams enthalten sind, wo wir wirklich in die Fläche kommen. Wir glauben, es wird mit Geld zusammenhängen. Das wird man nicht umsonst bekommen können.

Allerdings glauben wir auch, dass wir die Krankenkassen mit ins Boot holen müssen. Das können wir nicht alleine den Kommunen überlassen. Ich glaube, auch die Eingliederungshilfe muss mit ins Boot. Wir haben solche Überlegungen auch auf Bundesebene angestellt. Wir glauben, dass wir eine Änderung des SGB V brauchen und auch die Unterstützung der Länder, gerade über den GMK-Prozess, um die Krankenkassen mit einzubeziehen. Da gibt es gerade auch im Zusammenhang mit der Reform der Notfallversorgung – Sie werden es wahrscheinlich vor zwei Jahren auch gesehen haben –, einen Diskussionsentwurf des Bundesgesundheitsministeriums. Dort müssen wir anknüpfen. Das können wir nicht außer Acht lassen. So weit zunächst einmal zum Gesundheitsdienst in Kürze.

Der nächste Punkt jetzt auch im Schnelldurchlauf. Wenn die Unterbringung wirklich nicht zu vermeiden ist – wir haben das Prinzip, dass Zwang wirklich die Ultima ratio ist –, dann haben wir einiges an längeren Umsetzungsvorschlägen. Wir brauchen einerseits die Information bei Unterbringungsaufnahme und den Verlauf der Unterbringung tatsächlich an die Bevollmächtigten, die Angehörigen und an die Vertrauenspersonen. Das ist bisher so nicht direkt ausgedrückt.

Wir glauben, dass die Unterbringung so weit wie möglich in offener Form geschehen sollte. Dieser Vorgang ist im Gesetz noch nicht so deutlich formuliert.

Wir brauchen die 1:1-Betreuung in akuten Krisen. Die Personalbemessung ist allerdings Bundesangelegenheit. Das ist ein Problem. Aber ganz bestimmt brauchen wir die 1:1-Betreuung in der Fixierung. Dort sollte es keine Ausnahmen geben. Das sollte auch im Raum stattfinden.

Wir brauchen nicht nur die Beachtung von Behandlungsvereinbarungen, sondern sie sollten auch angeregt und gefördert werden. Das ist bisher so noch nicht enthalten. Bei akuter und erheblicher Fremdgefährdung sehen wir das PsychKHG in der Pflicht. Wir würden dort den Vorrang des Betreuungsrechts sehen.

Die Selbsthilfe muss aus unserer Sicht in einer Besuchskommission vertreten sein. Die Regelung halten wir für problematisch. Aus unserer Sicht sollte auch eine jährliche Terminierung für die Besuchskommission vorgesehen werden. Das hat auch etwas damit zu tun, dass wir, glaube ich, die Aufsichtsfunktion, die die Besuchskommission hat, stärken sollten. Es sollte auch der Bericht möglichst zweijährig erfolgen.

Eine Nachbesprechung mit den Untergebrachten sollte für alle Sicherungsmaßnahmen gelten und nicht nur für Fünfpunkt und Sechspunkt in der Spiegelliste. Nach der Entlassung Hilfen der SpDi nur mit Zustimmung, das ist bisher nicht so deutlich formuliert worden. Die Information auch da an die Person des Vertrauens. – Das vielleicht im Schnelldurchlauf meine Anregungen. Die weiteren Aspekte finden Sie in unserer Stellungnahme. – Vielen Dank.

Frau **Kucharski**: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren! Vielen Dank für die Einladung des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrene Hessen e.V. zu dieser Anhörung. Ich möchte kurz auf die zweite Stellungnahme von uns eingehen, die intern zu Diskussionen geführt hat.

Zum Punkt der Haltetechnik als Alternative zu Fixierungen nach den Vorbildern Großbritanniens und Irlands möchten wir sagen, dass wir Zwangsmaßnahmen nur bei Gefahr für Leib und Leben anderer als gerechtfertigt sehen. Im Vorfeld müssen jedoch alle Deeskalationsschritte unternommen worden sein.

Wir möchten nicht fixiert werden, sondern, wie beschrieben, mit freundlichem Zureden gehalten und beruhigt werden. Es sollen auch nicht das Ziel eine Spritze oder sonstige Zwangsmaßnahmen sein.

Zum Punkt des Arbeitens mit starken Reizen wie kaltem Wasser möchten wir klarstellen, dass damit gemeint ist, dass den Betroffenen Methoden wie kaltes Duschen mitgegeben werden, mit denen sich die Betroffenen aus leidvollen seelischen Zuständen selbst befreien können. Das ist natürlich ganz freiwillig.

Nun unsere Hauptforderung. Der Landesverband setzt sich auch für die Verbesserung der Lebenssituation von chronisch psychisch kranken Menschen ein. Wir stehen für das Leben und somit für die Inklusion bei den ambulanten Hilfen. Als Inklusion verstehen wir nicht, dass es immer mehr Therapien und Reha-Maßnahmen gibt, in denen wir an die Normalität angepasst werden sollen, sondern dass man für uns passende Arbeits- und Wohnplätze findet oder schafft. Damit verstehen wir nicht das gemeindepsychiatrische Ghetto. Wir wollen unter normalen Menschen leben.

Am Beispiel Arbeit heißt es, dass man morgens beispielsweise um 11:00 Uhr beginnt, anstatt in der x-ten Reha trainiert zu werden, um 8:00 Uhr anzufangen; denn es gibt diese Arbeitsplätze oder diese können leicht hergestellt werden.

Für uns sind auch die Außenarbeitsplätze einer Werkstatt für behinderte Menschen keine Inklusion. Man erhält dort keinen existenzsichernden Lohn, wie von der UN-Behindertenrechtskonvention gefordert, und man ist nur Arbeitnehmer zweiter Klasse. Eher fordern wir den Ausbau von Inklusionsbetrieben mit einem regulären Arbeitsvertrag und existenzsicherndem Lohn.

Inklusion hat auch ihre Grenzen. Es geht zum Beispiel nicht, dass man seinen Chef verprügelt. Insoweit verstehen wir Inklusion als das Austarieren zwischen dem Entgegenkommen der Gesellschaft auf uns und dem Zugehen von uns auf die Gesellschaft. Ebenso analog müssten die Maßnahmen in den Bereichen Wohnen und Tagesstrukturierung überprüft werden. Uns geht es darum, dass wir als Betroffene unseren eigenen Weg in der Gesellschaft gehen können, was dem Recovery-Ansatz entspricht. Es soll nicht primär um Symptombeseitigung gehen, sondern um Zugewinn an Lebensqualität und Zufriedenheit. – Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Herr **Wittek**: Vielen Dank, dass ich hier sprechen darf. Vielen Dank an Frau Böhm, die mich eingeladen hat.

Ich bin Psychiatrie-Erfahrener und habe in verschiedenen Organisationen mitgearbeitet, am längsten bei der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie in Hessen, wie auch lange Zeit auf Bundesebene. Von daher kenne ich auch die Argumente aus der Profiszene. Es hat mich geprägt. Ich habe auch zwei EX-IN-Ausbildungen gemacht, auch zum Trainer. Diese Ausbildung hat mich am meisten geprägt. Sie hat mein Denken verändert, auch, wie ich mit mir selbst und mit anderen umgehe.

Ich befürworte diese Ausbildung sehr stark, nicht nur, weil sie die Möglichkeit schaffen soll, Genesungsbegleiter zu werden. Vielmehr ist es auch eine Bearbeitung für einen selbst.

Seit September bin ich im Vorstand des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrene. Ich war dort schon einmal vor zwölf Jahren. Mein Herz schlägt auf der Seite. Wir legen jetzt noch einmal richtig los. Wir wollen auch in sehr vielen Gremien mitarbeiten. Das ist mein Hauptanliegen, meine Erfahrung an möglichst vielen Stellen einzubringen. Mein Thema ist Partizipation und Menschenrechte.

Ich stelle fest, dass wir im Vorfeld der Gesetzgebung gar nicht involviert waren. Wir sind lediglich aufgefordert worden, eine Stellungnahme abzugeben. Das haben wir auch gemacht. Wir haben eine sehr umfangreiche Stellungnahme abgegeben. Wir stellen dann fest, dass von unseren Vorschlägen so gut wie nichts übernommen worden ist. Ich bin enttäuscht.

Auch der Fachbeirat Psychiatrie ist vier Jahre lang nicht einberufen worden, obwohl das in dem alten bestehenden Gesetz vorgeschrieben ist. Er hat erst gerade vor wenigen Tagen stattgefunden. Seitens des Ministeriums wurde uns gesagt, wir können jetzt sowieso nichts mehr ändern, wir haben das jetzt an den Landtag abgegeben. Das hätte alles vorher erfolgen müssen. Es hätte mit uns eine Diskussion geben müssen, was wir von der Evaluation dieses Gesetzes erwarten und was wir ändern können. Ich stelle fest, im Grundsatz ist alles so geblieben wie bisher. Es gibt leichte Verbesserungen.

Ich habe mir mehrere PsychKHGs von anderen Bundesländern angeschaut und stelle fest, dass das PsychKHG in Hessen weit unter dem Niveau von anderen PsychKHGs liegt.

Am deutlichsten wird es bei der Besuchskommission. Dort heißt es: Die Besuchskommission muss sich anmelden. – In anderen Bundesländern steht dort etwas anderes. Sie sollen unangemeldet kommen. Das hat auch einen guten Grund.

Dann wird als Verbesserung damit geprahlt, dass es von „alle drei Jahre“ auf „alle zwei Jahre“ gehen soll. In den meisten Bundesländern heißt es, jährlich oder einmal in zwölf Monaten. In Schleswig-Holstein halbjährlich. Das halten wir auch für notwendig und angemessen. Vor allem muss es die Besuchskommission selbst entscheiden, ob sie sich anmeldet oder nicht. Es muss den Überraschungseffekt geben. Nur dann kann man tatsächlich sehen, wie es wirklich aussieht, nicht, dass vorher noch einmal schnell die Ecken ausgekehrt werden und die Leute erst einmal weniger Medikamente bekommen, damit sie nicht wie ein Roboter herumlaufen.

Das ist auch ein Thema. Wir stellen immer wieder fest, dass die Leute übermedikamentiert werden. Sie bekommen gleich die volle Pulle. Die Wissenschaft sagt inzwischen – schade, dass Herr Dr. Aderhold heute nicht kommt, er könnte dazu sehr viel sagen –, langsam aufdosieren und schauen, was die niedrigste mögliche Medikation ist, um das Gleichgewicht wiederherzustellen.

Stattdessen wird immer die volle Pulle gegeben. Keiner macht sich Gedanken darüber, wie diese Psychopharmaka und Neuroleptika wieder ausgeschlichen werden. Es ist auch ein ganz großes Thema, dass wir feststellen, entweder setzen die Patienten das zu schnell ab und wundern sich, dass sie nach wenigen Wochen wieder in der Psychose sind. Es ist wissenschaftlich bewiesen, dass man durch zu schnelles Absetzen die Freifahrtkarte für die nächste Psychose hat.

Ein ähnliches Problem gibt es bei Antidepressiva. Sie machen genauso abhängig. Es ist sehr problematisch, die Medikamente herunterzufahren. Das muss ärztlich begleitet werden. Das ist ein Prozess, der durchaus auch Jahre dauern kann. Deswegen fordern wir, dass Medikamente ärztlich begleitet werden müssen. Das möchten wir auch im Gesetz niedergeschrieben und festgelegt haben. Es ist notwendig, dass nicht über- und nicht unterreagiert wird, sondern dass beobachtet wird. Man kann es beispielsweise in Bremen in der AMEOS-Klinik machen. Sie haben dort Absetzgruppen, die sich regelmäßig treffen. Dort ist auch eine Ärztin dabei.

Ich habe mir ein paar Stellungnahmen angeschaut, zum Beispiel vom Betreuungsgerichtstag und vom Richter Herrn Bauer. Deutlicher geht es kaum. Dass mit den körperlichen Fixierungen erst jetzt das Änderungsgesetz kommt, dazu heißt es, es ist viel zu spät, dass es durch eine Änderung des § 21 PsychKHG jetzt erst umgesetzt werden soll. „Das Land Hessen hat an dieser Stelle durch jahrelange Untätigkeit alle Akteure des PsychKHG in einer unverantwortlichen Rechts- und Handlungsunsicherheit beim Umgang mit körpernahen Fixierungen belassen.“

Deutlicher geht es nicht. Das, was man jetzt ins Gesetz hineingeschrieben hat, dass man nur bei 5-Punkt- und 7-Punkt-Fixierungen eine richterliche Anordnung einholen muss und sich bei 3-Punkt- und 4-Punkt-Fixierungen Zeit lassen kann und man auch keine Einzelbettbetreuung braucht, das können wir nicht halten.

Ich fordere Sie auf, das zu ändern, so wie das beispielsweise in Schleswig-Holstein beschrieben ist. Sie haben das recht gut gemacht. Übernehmen Sie bitte das ganze Kapitel zum Thema

Zwangmaßnahmen. Dann haben wir einen Rechtszustand, der vom Bundesverfassungsgericht so gewollt ist und der auch annähernd an die UN-Behindertenrechtskonvention herankommt.

Wir werden uns als Landesverband dagegen wehren und weitere Schritte gehen. Es gibt schon ein PsychKHG von Schleswig-Holstein. Ich gebe einmal den Hinweis, welche Institution auf der europäischen und weltlichen Ebene ansprechbar sind. Zwei Straßen weiter hier in Wiesbaden gibt es die nationale Stelle zur Verhinderung von Folter. Ich glaube, wir müssen dort mal einen Besuch machen. Ich lasse Sie dort gerne herein, auch mit Frau Osterfeld, die ich noch kenne.

Übrigens machen sie auch Besuchskommissionen, und zwar unangemeldet. Wir sollten uns wirklich noch einmal Zeit nehmen, um ein gutes Gesetz daraus zu machen. Entweder übernehmen Sie ganze Kapitel von Schleswig-Holstein, oder Sie nehmen sich noch einmal ein halbes Jahr Zeit, damit wir noch einmal miteinander über die ganze Thematik sprechen können. Es muss sich einiges ändern.

Wir möchten eine Umstrukturierung haben, nämlich von den stationären Betten herunter. Wir haben gesagt, die Hälfte. Es gibt aber auch Fachleute, die sagen, man kann auf zwei Drittel herunterfahren. Natürlich muss dann an anderer Stelle ausgebaut werden, also der ganze ambulante Bereich. Ein inklusives Home Treatment, wie es zum Beispiel Herr Schillen genannt hat, darf nicht ein einzelner Fall in Hanau sein, sondern es muss überlegt werden, ob wir das nicht flächendeckend übernehmen können. Es gibt genug Erfahrungen. 20 Kliniken haben sich daran beteiligt. Warum kann das Regionalbudget nicht übernommen werden?

Ich mache an dieser Stelle jetzt einmal Schluss, bin aber gerne bereit, noch weitere Fragen zu beantworten. – Danke.

Herr **Kummer**: Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete! Ich habe einen hohen Respekt, dass Sie sich mit dieser Thematik auseinandersetzen und Entscheidungen treffen müssen und damit auch Verantwortung übernehmen. Da möchte ich mit Ihnen nicht tauschen.

Wie Sie gesehen haben, ist das Thema hoch komplex. Wie Sie wissen, gibt es seit Jahren dieselben Diskussionen. Ich möchte jetzt nicht noch weitere Punkte aufzählen. Es sind genug genannt worden. Es ist immer alles multifaktoriell und individuell verschieden, sodass Patentrezepte sowieso nicht zu entwickeln sind. Vielmehr muss immer auf den Einzelfall eingegangen werden.

Zu den ganzen Forderungskatalogen möchte ich etwas sagen. Ich komme eher aus der Praxis. Ich bin vor 31 Jahren das erste Mal psychiatrisch auffällig krank geworden und beobachte seitdem sehr intensiv Psychiatrie und ihr gesamtes Umfeld. Ich sehe sicherlich noch in einigen Punkten Handlungsbedarf, würde aber gerne darauf zurückkommen, dass auch Regeln für psychisch Kranke gelten dürfen, dass nicht alles erklärt werden kann mit dieser sogenannten Krankheit, wobei sich große Teile gegen diesen Begriff sowieso wehren und sich nicht als krank empfinden. Das kann ich persönlich verstehen. Es hat auch gesellschaftliche Nachteile.

Genau aber mit diesen Nachteilen seinen Frieden zu machen, ist auch eine Aufgabe, weil das Leben nicht nur aus Rechten, sondern auch aus Pflichten besteht. Diese gelten für alle Menschen in einer Demokratie, auch für psychisch Kranke.

Wie gesagt, ich möchte keinen Forderungskatalog ergänzen. Ich weiß nur, dass ich auch mehrere Zwangsaufenthalte und Zwangsmedikationen hatte. Ich muss sagen, dass ich 20 Jahre lang gebraucht habe, um auch mein eigenes Fehlverhalten zu korrigieren. Das war ein sehr steiniger Weg. Daran waren auch Mittel und Ärzte beteiligt, wozu ich viele Geschichten erzählen könnte, die aber absolut den Rahmen sprengen würden.

Ich schließe mit der gleichen Schlussformel, dass auch ich gerne für Fragen zur Verfügung stehe, auch außerhalb dieser Anhörung. Man kann mich jederzeit kontaktieren. Ich bin in Rhein-Main in einigen Kliniken und Projekten aktiv und werde dies auch weiterhin machen.

Ich habe letzten Endes aus dieser sogenannten Krankheit eine Art Beruf gemacht und kümmere mich mittlerweile auf anderer Ebene direkt in Kliniken um Menschen. Da ist die Gesetzeslage für mich zweitrangig. Wie funktioniert der Regelbetrieb in Kliniken? Was kann man daran verbessern? Das ist mehr mein Fall, als mich weiterhin in Gremien oder in anderen Organisationen zu beteiligen. – Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Frau **Höhn**: Sehr geehrte Damen und Herren! Ich bin froh, dass wir so engagierte Nachfolger im Landesverband haben. Alexander Kummer und ich haben viele Jahre sehr erfolgreich – nein, ohne jeden Erfolg – unsere Eingaben und Vorstellungen in verschiedenen Gremien dargelegt, also im Sozialministerium und im Innenministerium. Es ist alles gesagt. Es hat sich nichts verändert.

Nun mein Statement zu diesem Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz. Ich nehme nur zu § 7 Stellung. Dort steht, die Selbsthilfe kann gefördert werden. Ja, damit kann man nichts anfangen, wirklich gar nichts. Es ist auch nichts in der Richtung passiert.

In der Öffentlichkeit hört man immer wieder mit Schaudern, was psychisch kranke Menschen in ihrem Wahn anrichten können. Dafür brauchen wir ein Unterbringungsgesetz. Das hatten wir all die Jahre schon. Wir sprechen aber über die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention und von Hilfen für Menschen mit sozialpsychiatrischen Behinderungen. Gesetzliche Vorgaben wie das Persönliche Budget, das Gleichstellungsgesetz und das Teilhabegesetz gibt es bereits. Das hessische Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz spricht in der Präambel sogar von personenzentrierter Hilfe.

Von einer Realisierung eines personenzentrierten Leistungssystems sind wir allerdings noch sehr weit entfernt. Das haben Sie heute alle in den Beiträgen gehört. Es werden sich viele Gedanken gemacht, aber Wege sieht keiner. Das Thema ist hoch komplex, und es ist zwingend notwendig, dass sich Änderungen einstellen; denn nur damit können mehrstufige und umfangreiche Veränderungsprozesse erfolgen. Jeder hat gesagt, es muss etwas geschehen.

Jetzt zu uns in Taunusstein. Allen Widrigkeiten zum Trotz haben wir seit 20 Jahren mit einem kleinen bürgerschaftlich organisierten Verein gemeinsam mit Angehörigen im historischen Lehenhof zu Hahn die Möglichkeit genutzt, mit einfachsten Mitteln eine unabhängige Anlaufstelle mit und für Menschen mit psychosozialen Einschränkungen am Laufen zu halten. Unsere Aktivitäten werden ausschließlich von den Krankenkassen gefördert. Also ohne die Krankenkassen hätten wir gar nicht anfangen können. Aus dem Kreishaushalt kommt ein Teil der Miete. Es ist schon sehr ungewöhnlich, dass eine Selbsthilfegruppe Geld für Miete bekommt.

Leider sind die Räumlichkeiten in dem urigen Anwesen alles andere als behindertengerecht. Wie man sich denken kann, lässt der Komfort in einer Scheune und in einem Stallgebäude zu wünschen übrig. Ohne Unterstützung durch geeignete Fachleute – dazu zähle ich inzwischen auch unsere Stadtverordneten in Taunusstein – kommen wir nicht weiter.

Auch die Verbandsarbeit der Psychiatrie-Erfahrenen läuft seit Jahren ins Leere. Unser Bundesverband ist für mich keine Vertretung mehr. Im Inklusionsbeirat werden die Anliegen der Psychiatrie-Erfahrenen von Vertretern vertreten, die im Grunde gar keine Ahnung von Psychiatrie haben.

Wir haben auch psychische Probleme in der Familie und in unserem Umfeld, so die Vertreter der gut aufgestellten Behindertenverbände. Unser Bundesverband hat übrigens 1.000 Mitglieder. Andere Bundesverbände haben 250.000 Mitglieder. Das zeigt schon, wie die Wertigkeit im Bereich der Psychiatrie angesiedelt ist.

Von daher müssen die wenigen Projekte der Selbsthilfebewegung gefördert werden; denn mit der Einbeziehung der Möglichkeiten der Selbsthilfe wird die Fachkompetenz in der Eingliederungshilfe auf Anhieb verbessert werden. Dazu brauchen wir nicht mehr Fachleute, wir brauchen sie nur gelegentlich bei uns vor Ort. – Danke.

Abg. **Christiane Böhm**: Meine erste Frage geht an Herrn Holke zu den Krisenhilfen. Wir haben vorhin gehört – Sie haben es wahrscheinlich auch vernommen –, dass die Ideen des Krisendienstes in Darmstadt von der Caritas genannt wurden. Wäre das mit Ihrer Leitstelle – Telefonbereitschaft und so weiter – eine Möglichkeit in die Richtung, wohin es gehen sollte, oder haben Sie eine andere Vorstellung, wie diese Krisenhilfe aussehen kann? Inwiefern wäre es tatsächlich notwendig, dass es auch eine SGB-V-Änderung gäbe, da die Krankenkassen die Möglichkeit haben, aus ihrem Budget durchaus solche Krisenhilfen zu finanzieren. Da fehlt mir auch einfach eine Information.

Eine zweite Frage dann an Sie, Herr Holke. Sie betrifft die Besuchskommission. Sie haben tatsächlich recht, es ist ein Teil der aufsichtsrechtlichen Funktion. Es wäre dann die Frage, ob es nicht sowieso notwendig wäre, die ganze Sache aufgrund dessen schon höher zu hängen. Unser Problem ist doch: Wie kann denn eine Aufsicht des Ministeriums für diese Frage organisiert werden? Die Besuchskommissionen sind eigentlich eine sehr partizipative Angelegenheit. Wäre es nicht schon aufgrund der Verpflichtung, die das Land hat, notwendig, nicht nur eine nette Lösung

zu finden, sondern eine tatsächliche Verpflichtung daraus herzustellen, das zu tun, was vorhin gesagt worden ist, eine Freistellung, Finanzierung, usw.?

Ich habe eine dritte Frage an Sie. Sie haben sich zwar zum Maßregelvollzug geäußert, aber ich vermisse bei allen Stellungnahmen – ich mache es einmal bei Ihnen exemplarisch – die Frage der Interessensvertretung für den Maßregelvollzug im Gesetz, also die Möglichkeit, diese überhaupt zu installieren oder vorzusehen. Ich weiß, dass das von den Patientinnen und Patienten tatsächlich gewünscht ist. Welche Bedeutung sehen Sie? Sehen Sie es als notwendig an, das im Gesetz zu fixieren?

Eine weitere Frage geht an den Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen. Allen herzlichen Dank für Ihre Stellungnahmen. Allen anderen natürlich auch. Ich habe in Ihren Stellungnahmen sehr interessante Anregungen und Forderungen gefunden, dass sie zum Beispiel einen Aktionsplan für eine gewalt- und medikamentenärmere Psychiatrie fordern und da auch ganz konkrete Zielstellungen sehen, wie die Kapazitäten verändert werden können und es zum Beispiel 90 % weniger Zwangsmaßnahmen geben soll.

Soll das ähnlich wie in Dänemark im Gesetz verankert werden, und haben Sie Vorstellungen darüber, in welchen Zeiträumen so etwas passieren soll und wie das dann funktionieren kann?

Es gehört in dem Zusammenhang natürlich noch etwas dazu. Sie haben gesagt, dass das Recht auf Medikamentenreduzierung realisiert und ins Gesetz aufgenommen werden soll. Sind die Modellprojekte, von denen wir vorhin von Dr. Schillen gehört haben, hilfreich oder andere Ansätze? Was muss noch stärker im Gesetz und in der Realität verankert werden, dass das auch möglich ist?

Ein weiterer interessanter Gedanke, den Sie nicht genannt haben, den ich aber noch einmal für wichtig finde nachzufragen, ist, dass Sie als besondere Sicherungsmaßnahmen auch die 1:1-Betreuung nehmen, also bei einer Unterbringung auf einer offenen Akutstation, also nicht, wenn man fixiert ist, sondern dass man, wenn man untergebracht und in einer akuten Krisensituation ist, eine Person neben sich bekommt, um damit einen Ablauf zu haben. Können Sie uns noch einmal erklären, wie das funktionieren soll und warum das ins Gesetz hineingeschrieben werden soll?

An Frau Höhn habe ich noch eine Frage. Sie haben deutlich gesagt, dass die ehrenamtliche Arbeit und die Selbsthilfe stärker geschätzt werden sollen. Wie sollte das denn von Landesseite erfolgen? Was wünschen Sie sich denn für eine Landesförderung? Wie soll diese aussehen? – Danke schön.

Abg. **Dr. Daniela Sommer**: Ich möchte mich sehr herzlich für Ihre mündlichen und schriftlichen Stellungnahmen bedanken. Ich habe eine erste Frage an Herrn Holke und möchte gerne das aufgreifen, was sie zur 1:1-Betreuung und zum Bundesverfassungsgericht gesagt haben. Auch Herr Wittek hat betont, dass die Vorgaben nicht unbedingt dem Bundesverfassungsurteil entsprechen.

An uns wird auch in den Stellungnahmen immer wieder herangetragen, dass der Unterschied zwischen der 5-Punkt- und 6-Punkt-Fixierung nicht klar ist und wie das mit der 3-Punkt-Fixierung aussieht. Das ist jetzt nicht klar genannt. Andere Bundesländer – Herr Wittek hat es auch genannt – wie Schleswig-Holstein regeln das ganz klar und deutlich. Deswegen hier noch einmal die Frage, welchen Weg Hessen denn besser gehen sollte und was Sie unter einer 1:1-Betreuung verstehen; denn es kann nicht sein, dass das dann über Videoüberwachung gemeint sein soll. Deswegen in dem Punkt noch einmal ganz konkret das, was Sie klar und deutlich im Gesetz verankert haben wollen.

Ich komme dann noch einmal zu dem Landesverband Psychiatrie-Erfahrene. Frau Kucharski hat vom Recovery-Ansatz gesprochen. Ich freue mich immer, wenn ich das höre. Das hilft bei der Entwicklung von Bewältigungsstrategien im Umgang mit der Krankheit und mit Krisen. Von daher möchte ich noch einmal an das anschließen, was wir vorher gehört haben. Es hieß, wir bräuchten eigentlich zentrale Lotsenstellen. Mir ist wenig Empowerment, Soziotherapie, sozialräumliche Hilfen enthalten. Es ist alles ein bisschen da. Irgendwo gibt es etwas, aber keiner weiß wo. Keiner weiß, wo ich das passende Angebot für mich finde. Deswegen wollte ich Sie noch einmal fragen, ob eine solche Lotsenfunktion tatsächlich das Richtige wäre, damit jeder die Hilfe findet, die er auch benötigt. – Herzlichen Dank.

Herr **Holke**: Ich werde versuchen, nacheinander auf die Fragen einzugehen. Zunächst einmal fragten Sie hinsichtlich der Krisenhilfe, ob die Konstruktion, wie sie von dem Caritas Vertreter vorgestellt worden ist, unseren Vorstellungen entgegenkommt. Ja. Das, was wir nachher noch von Frau Wenk-Wolff für Bayern hören werden, dass dort die Leitstelle existiert und eine landesweite Telefonnummer, halten wir für richtig. Es gibt dann die mobilen Dienste, die dann auch aufsuchend arbeiten und mehrere Gespräche führen können. Einen ärztlichen Hintergrunddienst halten wir auch für sinnvoll. Aber die Ärzte müssen nicht immer vor Ort sein. Es würde völlig reichen. Sie müssen bei den mobilen Diensten nicht unbedingt vertreten sein.

Ja, die Krankenkasse kann solche Leistungen übernehmen. Es sind auch präventive Leistungen enthalten, es sind therapeutische Gespräche mit enthalten. Es ist auch ein kleines Stück Diagnostik mit enthalten. Das sind alles Elemente, die die Krankenkasse mitfinanzieren kann. Wir haben dazu auch Gesetzesvorschläge gemacht. Ich hoffe, dass wir in der nächsten Legislaturperiode damit auch durchkommen und ein Stück Entlastung der Kommunen und auch der Länderverwaltungen entstehen wird.

Man muss jetzt allerdings schauen, dass man nicht darauf warten sollte. Man sollte möglichst relativ schnell so, wie es in Bayern auch geschehen ist, damit anfangen. Dort ist die Eingliederungshilfe in Vorleistung gegangen. Da muss man schauen, dass man es hinbekommt, es auch anders zu finanzieren. Wie gesagt, SGB V und SGB IV müssen wir mitdenken. Wir können das nicht nur den Kommunen überlassen.

Die zweite Frage betraf die Aufsicht hinsichtlich der Besuchskommission. Da würde ich tatsächlich sagen – ich habe auch selbst an vielen Besuchskommissionen teilgenommen –, diese hat

schon Bedeutung in Richtung Aufsicht. Deswegen ist es mir so wichtig, dass die Selbsthilfe dort vertreten ist und sie nicht außen vorgelassen wird, weil sie möglicherweise nicht kann. Man muss sich dann auch ein Stück anpassen, wie es mit der Selbsthilfe möglich ist, solche Termine hinzubekommen. Man muss auch ein Stück Selbsthilfeförderung im Land hinbekommen, damit man auch eine ausreichende Besetzung für diese Besuchskommissionen hat. Dann hat sie auch eine Wirkung, wenn sie es tatsächlich schafft, auch im Berichtswesen einmal im Jahr kundzutun, dass es Rückwirkungen hat aus der Dokumentation, und das, was an Zwangsdokumentation erfolgt, auch wieder zurückgeht an die Besuchskommission und das auch eine Wechselwirkung hat. Das wäre gut. Das müsste noch ein Stück weitergehend möglicherweise im Gesetz verbessert werden.

Die dritte Frage ging in Richtung Maßregelvollzug. Es ist ein bisschen kompliziert, eine Interessenvertretung dort zu machen, wo man zwangsweise ist. Das ist immer kompliziert. Ich glaube schon, dass man so etwas installieren müsste. Man könnte ein Beschwerdewesen installieren. Man könnte auch ein Stück Beirat installieren. Das geht. Aber das ist natürlich anders. Das bekommen wir auch in der Unterbringungssituation nicht so gut hin. Aber die Selbsthilfeförderung gilt genauso. Das gilt für die Forensik genauso. Jeder kann an der Selbsthilfe teilnehmen. Das sollte auch gefördert und unterstützt werden. Wenn man so etwas wie einen Beirat im Gesetz hinbekommt, kann ich mir das auch vorstellen. Nur ist es nicht ganz so einfach. Das wollte ich nur als Rahmenbedingung dazusagen.

Wenn ich es richtig sehe, ging es bei der weiteren Frage um die 1:1-Betreuung. Im Moment steht im Gesetz, dass nur grundsätzlich eine 1:1-Betreuung im Raum stattfinden wird. Ich würde das Wort „grundsätzlich“ streichen. Ich glaube, wenn man diese Ausnahme erst einmal eröffnet, dann wird sie auch genutzt, vielleicht mehr genutzt, als es Sinn macht. Insofern würde ich es streichen. Das haben wir in anderen Ländern auch, wobei ich der These, dass die anderen Länder unbedingt bessere PsychKHGs hätten, noch einmal widersprechen würde. Ich würde sagen, alle haben ihre Stärken und Schwächen.

Ich glaube, ich habe die letzten 16 PsychKHGs fast alle verfolgen dürfen. Sie haben alle ihre Stärken und Schwächen. Ich glaube, es geht um eine lernende Gesetzgebung. Wir müssen die Schwächen überwinden, die dort noch drinstecken. Das versteht man unter lernender Gesetzgebung. Insofern sind die Vergleiche schwierig.

Aber insofern möchte ich noch einmal sagen, man kann von den anderen Gesetzen aus den anderen Ländern lernen. Wenn dort etwas besser ist, muss man dort hinschauen. Ich glaube, auch die Regelung mit der Fixierung ist angesprochen worden. Ich würde die 3-Punkt-Fixierung auch mit hineinnehmen. Das halte ich für hilfreich. Allerdings hat das Bundesverfassungsgericht das nicht so definitiv gesagt, das ist jetzt das Grundproblem. Wenn man dem eins zu eins folgt, dann wäre die 5- bis 7-Punkt-Fixierung aufzunehmen. Man kann es aber weitergehend formulieren. Ich halte es auch für sinnvoll.

Frau **Kucharski**: Frau Dr. Sommer, ich komme zu Ihrer Frage mit der Lotsenfunktion. Wir hatten in einer Stellungnahme geschrieben, dass es Wegweiser oder so etwas – ich weiß die Formulierung nicht mehr genau – geben soll in verständlicher Sprache. Das Problem ist nur, es müsste sich auch ganz viel an Haltung und Angebotsstruktur verändern. Wir haben zum Beispiel einen Menschen bei uns im Landesverband, der mit dem LWV kämpft, dass er seine Werkstatt bezahlt bekommt, wo er seine Tagesstrukturierung machen möchte. Es muss dann über das Gericht gehen und so. Dabei ist das eine tolle Sache. Er sagt, er hat seine eigene Werkstatt, bekommt die Miete bezahlt vom Kreis und hätte dann normale Kontakte, wenn er Materialien kauft. Der LWV will das nicht so. Er soll am besten in die Tagesstätte gehen. Das finden wir natürlich weder personenzentriert noch inklusiv. Solche Fälle gibt es viele.

Es fehlen auch zum Teil in der Behandlung und Diagnostik Maßnahmen. Ich habe zum Beispiel eine Autismus-Spektrum-Störung. Dort suchen Sie Ärzte wie die Nadel im Heuhaufen. Es gibt nichts. Meine eine Freundin, die jetzt umgezogen ist, hat eine dissoziative Identitätsstörung. Da gibt es auch nichts. Es müsste sich wirklich auch an den Strukturen etwas ändern und auch an der Haltung, dass man ebenso Sachen wie mit der Werkstatt oder so etwas wie dem späten Aufstehen – –

Es ist für viele Leute ein Problem, wenn sie Neuroleptika nehmen, dann am Morgen wieder um 8:00 Uhr auf der Matte zu stehen, dass man so etwas nicht einfach als krank ansieht und abtut, es geht eben nicht anders, sondern dass man das fördert.

Die Alternative für einen chronisch psychisch kranken Menschen ist sonst, ein Leben lang ausgegrenzt zu sein und nur noch von Profis umzingelt zu sein, also keine normalen Kontakte zu haben. Abgesehen vom Geld. Es ist auch nicht gerade schön, mit so wenig Geld auszukommen. Man sollte also Inklusionsbetriebe, supported employment und solche Sachen auch mehr fördern, anstatt immer nur diese Werkstätten. Das ist schon irgendwie traurig.

Herr **Wittek**: Der Kernpunkt dieses Gesetzes ist die Reduzierung von Gewalt. Jetzt müssen wir uns überlegen, wie wir das erreichen. Wenn die Leute in die Klinik kommen, ist schon eine aufgeheizte Situation dadurch, ich werde dort eingeschlossen, hinter mir werden die Türen zugemacht. Das erzeugt eine innere Unruhe. Das ist noch untertrieben. Ich werde entmachtet, wenn ich dort hineinkomme. Ich kann nicht mehr tun, was ich möchte, sondern die Klinik sagt mir, was ich zu machen habe.

Bei verschiedenen Kliniken haben sich die offenen Türen bewährt, auch bei geschlossener Unterbringung. Wir haben das in Friedberg. Dort funktioniert es. Ich habe mir das mit Frau Böhm in Heidenheim bei Dr. Ziegler angeschaut. Das ist in Baden-Württemberg, der tagsüber die Türen offenhat. Es gibt ca. 20 Kliniken, die offene Türen haben. Die Situation wird allein durch die Tatsache, dass die Türen nicht verschlossen sind, entspannter.

Die Leute dürfen trotzdem nicht heraus. Notfalls laufen sie hinterher oder sie werden von der Polizei gesucht. Trotzdem ist das eine entspanntere Situation in der Klinik. Das ist das Notwendige, was in der Klinik geschaffen werden muss. Man muss wieder zur Ruhe kommen. Ich brauche Rückzugsräume.

Wenn ich mir in Wiesbaden die Horst-Schmidt-Klinik anschau, so hat die das noch nicht einmal. Dort gibt es einen Aufenthaltsraum. In diesem ist ein Fernseher und ein Telefon und dort wird gegessen. Man kommt in dieser Klinik nicht zur Ruhe. Diese Klinik ist vor zehn oder zwölf Jahren neu gebaut worden. Ich verstehe nicht, wie man so etwas einrichten konnte.

Wir brauchen auch Einzelzimmer. In den Psychosomatischen haben sie Einzelzimmer. Aber was noch viel entscheidender ist, wie ist die Vorphase, wie komme ich gar nicht in die Situation, dass ich in die Eskalation hineinkomme? Da hilft natürlich ein Krisendienst. Ich muss frühzeitig eine Möglichkeit haben, mich zu jeder Zeit an irgendjemanden wenden zu können. Das wäre jetzt eine zentrale Leitstelle. Ich brauche eine einheitliche Nummer. Dahinter steckt eine Leitstelle, mit der ich dann telefonieren kann. Die Bayern werden noch berichten, wovon ich ausgehe. 85 % der Fälle können durch Telefongespräche schon abgemildert werden.

Sie haben natürlich eine Leitfunktion, das ist klar. Das ist auch der Sinn, dass sie sagen, wir vermitteln den Kontakt mit einem Sozialpsychiatrischen Dienst oder einer Einrichtung, die das vor Ort mit dir löst. Aber erst einmal geht es darum, Informationen zu bekommen und beruhigt zu werden. Ich brauche in dieser Leitstelle wirklich erfahrene Menschen, die gut ausgebildet sind und mit solchen Krisen umgehen können.

Wenn ich mir anschau, was der Sozialpsychiatrische Dienst macht, da muss ich sagen, ich habe Bauchschmerzen, wenn er diese Funktion übernehmen würde. Mich beeindruckt, wie das die Caritas in Darmstadt macht. Das müssen wir uns auch einmal genauer anschauen und von denen lernen. Vielleicht können wir das auch in den Krisendienst übernehmen. Vielleicht machen die sogar die Leitstelle.

Ich war in einem ähnlichen Programm über Offenbach. Das hat mich schon vor schlimmeren Sachen bewahrt, dass ich nachts dort anrufen konnte. Das ist in solchen Situationen wichtig, um wieder herunterzukommen.

Deswegen ist der Krisendienst wichtig. Da können wir auch nicht lange warten. Das sollten wir so übernehmen, wie es in Bayern ist, meinerwegen auch in Berlin. Das muss schnell eingeführt werden. Nach und nach können wir schauen, wie man das noch besser machen kann. Natürlich nehmen wir die Erfahrung von anderen Krisendiensten auf, beispielsweise Darmstadt.

Zu der Medikation. Leider ist der Dr. Zinkler heute nicht gekommen. Inzwischen ist er in Bremen-Ost in einer Klinik. Er hat den Menschen gesagt, wir werden Sie nicht zwingen, Medikamente zu nehmen. Es gab bei ihm auch nur ganz wenige Ausnahmen, bei denen er das dann doch gemacht hat. Das erfordert natürlich sehr viel Geduld. Wenn ich aber das Gefühl habe, ich werde nicht gezwungen, Medikamente zu nehmen, dann ist bei mir die Bereitschaft, doch Medikamente zu nehmen, viel größer.

Ich weiß das aus eigener Erfahrung. Ich bin in einer Tagesklinik gewesen. Drei Leute wollten auf mich einreden, ich sollte unbedingt Medikamente nehmen. Ich habe es nicht gemacht.

Bei der zweiten Klinik haben sie mich ganz freundlich gefragt und mir das angeboten, und dann habe ich gesagt, okay, ich probiere es. Ich habe dann zwar nur die Hälfte genommen, aber trotzdem. Die Atmosphäre ist entscheidend, wie man miteinander umgeht. Das können viele Ärzte und Pfleger nicht. Ich frage mich, wieso das eigentlich so ist. Warum ist die Situation so aufgeheizt?

1:1-Betreuung ist natürlich in Akutsituationen ganz wichtig. Natürlich braucht man dafür Personal. Man sollte überlegen, ob man nicht Peers oder Genesungsbegleiter nimmt. Sie haben auf die Patienten noch auf einer anderen Ebene eine Wirkung. Das, was ich von einem Erfahrenen erzählt bekomme, nehme ich ganz anders auf, als wenn mir das ein Weißkittel erzählt. Das ist eine andere Ebene. Diese Möglichkeit sollte man nutzen.

Ich bin mit dem ganzen Vorstand der DGSP in Irland gewesen. Wir waren dort mit elf Personen und haben uns die Klinik angeschaut. Wie auch in Großbritannien sind Fixierungen verboten. Sie kommen ohne aus. Dann müssen wir uns fragen, wieso das überhaupt so ist. Kann man das Modell von denen übernehmen?

Sie haben auch in wenigen Jahren umgestellt. Sie hatten ein Haus mit 1.100 Betten. Das stand dann leer. Sie haben jetzt nur noch eine Klinik mit 60 Betten und machen das jetzt alles ambulant über Home Treatment. Es ist auch ganz anders organisiert, Gemeindepsychiatrie und medizinischer Dienst sind eine Stelle. Hier ist es getrennt. Das sollte man sich auch einmal überlegen. Aber das sind natürlich größere Prozesse.

Ich denke, der Einstieg ist wirklich über § 64b, dass man ein Regionalbudget macht. Das könnte man flächendeckend machen.

Nicht vergessen möchte ich die Nachsorge. Diese ist ganz wichtig. Das wird vernachlässigt. Die Leute werden aus der Klinik entlassen und fallen in ein tiefes schwarzes Loch. Es dauert, bis sie von anderen Einrichtungen weiter behandelt werden, sei es die Gemeindepsychiatrie, seien es Termine mit Ärzten, sei es die Institutsambulanz. Ich habe das Problem, dass die Institutsambulanz in Wiesbaden sagt, wir haben einen Aufnahmestopp. Wie kann das eigentlich sein, dass die Institutsambulanz der Vitos Klinik einen Aufnahmestopp hat? Sie haben doch eine Versorgungsverpflichtung.

Frau **Höhn**: Danke, Hans-Jürgen, du hast mir aus der Seele gesprochen. Man merkt unsere gemeinsame Vergangenheit.

Frau Böhm, ich habe Ihre Frage nicht so richtig verstanden. Wie ich mir die Zukunft vorstelle? Wissen Sie, ich habe aufgegeben. Aber ich mache doch noch weiter, aber nur vor Ort. Ich rede mit den vor Ort Verantwortlichen. Vielleicht machen sie es auch. Sie wollten jetzt eine halbe Stelle einrichten. Meine Hoffnung ist ja unendlich. Die Stadtverordneten wollen jetzt unbedingt eine

halbe Stelle für einen Behindertenbeauftragten einrichten. Ich habe gefragt, was sie sich denn vorstellen. Das arme Kerlchen hat doch gar keine Durchsetzungsfähigkeit mit einer halben Stelle in der Stadtverwaltung. Fördert doch einmal unser Haus der Selbsthilfe. Da können alle Gruppen aus dem ganzen Rheingau-Taunus-Kreis ihre Veranstaltungen machen, und wir haben eine ganz andere Situation.

Die Behinderten im Inklusionsbeirat haben mich wirklich auf den Boden der Tatsachen gebracht. Ja, sie haben alle psychische Probleme, nicht nur wir. Nur, wir sind die Psychiatrie-Erfahrenen, die ausgesondert sind. Es kann sich eigentlich kein Mensch so richtig vorstellen, was das bedeutet.

Selbst die Angehörigen lassen ihre Leute lieber irgendwo ganz weit weg und wollen gar nichts mehr davon hören, weil sie einfach damit nicht umgehen können. Dabei haben wir Ressourcen ohne Ende, wenn man uns nur lassen würde, verdammt noch einmal.

Aber ich habe auch Ihnen alles in meinen Unterlagen zugeschickt, wie sich beispielsweise die Leute in Erfurt ein Nachtcafe vorstellen. Meine Version ist, im Jahr 2030 – das sagt Dr. Zinkler – freue ich mich schon auf eine Zeit, in der Psychiatrie-Erfahrene Unternehmensberatungen für psychiatrische Dienstleister gründen und solche dann gut bezahlt bei ihrer Entwicklung, bei ihren Prozessen und bei der Unternehmensführung unterstützen. – Das hat Dr. Zinkler in unserer Broschüre im Jahr 2017 geschrieben.

Ich finde, man sollte langsam anfangen, uns ernst zu nehmen; denn wir haben am eigenen Leib und an unserer eigenen Seele erfahren, was es heißt, psychisch krank zu sein. Ich selbst war nie so richtig krank, aber meine Umgebung hat gelegentlich unter mir sehr gelitten. Ich habe aufgegeben, die Behörden und die Gesetzgeber überzeugen zu wollen. Ich mache noch mein kleines Ding zu Hause und damit Schluss.

Wenn unser Haus der Selbsthilfe nicht gefördert wird, obwohl wir die leerstehenden Räume mit behindertengerechten Eingängen, Toiletten und so etwas gemacht haben – –

Es steht praktisch seit drei Jahren leer. Es ist eine Miete von 1.500 €. Das ist doch mehr wert als eine halbe Stelle für einen Behindertenbeauftragten.

Das war jetzt mein Schlusswort. Ich möchte irgendwann auch einmal zur Ruhe kommen.

Vorsitzender: Vielen Dank, Frau Höhn, damit sind wir am Ende der Anhörung der dritten Gruppe. Ich danke Ihnen ganz herzlich für Ihre Ausführungen.

Ich darf jetzt die Gruppe 4 in den Plenarsaal bitten.

Ich rufe nunmehr drei Institutionen gemeinsam auf, und zwar die BAG Psychiatrie, den Landeswohlfahrtsverband Hessen und die Vitos GmbH. Ich darf Herrn Reinhard Belling das Wort erteilen.

Herr **Belling**: Vielen Dank für die Möglichkeit zur Stellungnahme. Das PsychKHG wird von uns als ein gutes Gesetz mit einem deutlichen Fortschritt angesehen. Es gibt natürlich auch Anmerkungen dazu, von denen ich drei hervorheben möchte.

Zum einen die Krisenhilfen. Diese werden ganz besonders begrüßt. Es ist heute aber auch schon deutlich geworden, dass dann, wenn man einen wirksamen Krisendienst ins Leben rufen möchte, dies ressourcenaufwendig ist. Die personellen Ressourcen sind im Bereich der Psychiatrie nicht unendlich. Insofern wird man etwas Kluges gestalten müssen. Ich möchte daran appellieren, dass die Möglichkeiten der zeitgemäßen Digitalisierung dabei auch berücksichtigt werden.

Die zweite Anmerkung betrifft die Berichtspflicht nach § 14. Es ist ganz klar zu begrüßen, dass es eine Berichtspflicht der Kliniken gibt. Es gibt aber noch eine offene Rechtsverordnung nach § 34 Nr. 4. Um eine wirksame Berichtspflicht gewährleisten und die Daten in guter Qualität auswerten zu können, sind handwerkliche Definitionen erforderlich, die noch nicht ausreichend erfolgt sind. Da möchten wir daran erinnern, dass dies geschieht, damit die Daten für die Kliniken und für alle Betroffenen wirklich verwertbar sind.

Das Dritte betrifft die besonderen Sicherungsmaßnahmen nach § 21. Darauf ist heute Morgen schon hingewiesen worden. Wir bitten dringend darum, dass diese Meldungen nicht nur von den ärztlichen Leitungen erfolgen dürfen, sondern von den bestellten Ärzten nach § 11 PsychKHG. Es ist heute schon viel vom Ärztemangel geredet worden. Das sollte man im Blick behalten, wenn man regulierend eingreift. Da sollte auf die bestellten Ärzte zurückgegriffen werden. – So weit meine Anmerkungen dazu. Vielen Dank.

Frau **Dr. med. Duketis**: Herzlichen Dank für die Einladung. Wie ich feststelle, bin ich die einzige Vertretung der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ich freue mich sehr. Was für eine Verantwortung, die auf mir lastet.

Die Frage, die völlig legitim ist, ist tatsächlich, ob es in der Kinder- und Jugendpsychiatrie überhaupt ein PsychKHG braucht. Wir haben eine zivilrechtliche Unterbringung und auch eine Regelung des Zwangs über § 1631 BGB. Die Antwort ist natürlich, ja, weil es immer wieder Situationen gibt, wo Eltern nicht erreichbar sind, wo Eltern nicht einverstanden sind, wo es trotzdem eine Klärung gibt. Gibt es jetzt eine Gefahrensituation? Wie begegnen wir dieser?

Ja, wir brauchen ein PsychKHG, aber wir finden nur sehr spärlich Erwähnung im PsychKHG selbst. Ein Umstand, der benannt wurde, ist die vorrangige Verwendung des § 1631 BGB. Wir begrüßen, dass es aufgenommen wurde.

Ein anderer Umstand ist, dass Kinder und Jugendliche nicht mehr, wie zuvor im Gesetzestext durchaus erwähnt, in einer erwachsenenpsychiatrischen Klinik untergebracht werden können. Auch das begrüßen wir sehr.

Gleichzeitig ist die gesamte Vor- und Nachsorge und die heute sehr vielfach erwähnte Krisenhilfe für Kinder und Jugendliche unregelt. Warum? Wir haben diese Versorgungsstrukturen wie einen Sozialpsychiatrischen Dienst nicht. Ich weiß von Frankfurt, dass es im Gesundheitsamt angesiedelt einen Kinderpsychiatrischen Dienst gibt. Das ist für mich der einzig bekannte in Hessen. Das heißt, diese Strukturen haben wir nicht. Dennoch wollen wir eine gute Vor- und Nachsorge und auch Krisenhilfe anbieten, und zwar gemeinsam in der Schnittstelle mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und gemeinsam mit der großen Schnittstelle der Kinder und Jugendhilfe. Ich glaube, da macht es Sinn, dass es von Gesetzes wegen ein Steuerungsinstrument und eine verpflichtende Vereinbarung dieser Vernetzung gibt.

Bisher ist es so, dass es ein bisschen auf das Engagement der jeweiligen Einzelperson und Einzelakteure ankommt, ob solche Vernetzungstreffen stattfinden und Abstimmungen passieren. Ich glaube aber, da braucht es mehr als das.

Der andere Punkt, der erwähnenswert ist, ist die Besuchskommission. Ich muss sagen, als Kinder und Jugendpsychiaterin habe ich noch keine gesehen. Ich habe in den letzten Jahren in der Akutpsychiatrie gearbeitet. Das heißt, vielleicht ist ein Punkt das Ehrenamt, vielleicht ist auch ein Punkt, dass es nur eine Besuchskommission in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt. Diese ist selbstverständlich für die Region Hessen zu wenig. Wir empfehlen mindestens zwei, wenn es geht, Nord und Süd, damit auch eine gewisse Unabhängigkeit der besuchten Kliniken besteht. Wir sind nämlich ein Dorf in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. – So weit von meiner Seite. Vielen Dank.

Herr **Prof. Dr. med. Fehr**: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, vielen Dank für die Möglichkeit, in diesem Gremium Stellung zu beziehen. Zunächst einmal möchte ich sagen, dass ich es sehr begrüße, dass das Gesetz überarbeitet worden ist und es überhaupt in den letzten vier Jahren seine Rechtsgültigkeit bewiesen hat. Das stärkt die Rechte psychisch kranker Menschen und ist auf jeden Fall so zu begrüßen.

Es ist auch zu begrüßen, dass in § 21 das Genehmigungsverfahren für die besonderen Sicherungsmaßnahmen rechtlich neu gefasst und dies genau definiert worden ist.

Ich schließe mich meinen Vorrednern Herrn Dr. Schillen, Herrn Dr. Hornung und Herrn Belling an, dass ich es auch nicht für zielführend halte und in der Durchführung für praktisch, wenn dieses Antragsrecht allein bei den leitenden Ärzten verortet werden soll.

Was ich auch erwähnen möchte, ist ein Zustandsbericht aus den Kliniken. Sicher ist es erstrebenswert, dass dieses ganze Verfahren der Unterbringung und der Durchführung von Zwangsmaßnahmen einem rechtlich klar vorgegebenen Ablauf nachfolgt. Es ist jedoch so, dass damit ein erheblicher Zeitaufwand für die behandelnden Ärzte und die Klinikleitung verbunden ist, der bisher in keiner Weise den Krankenhäusern, den bedienenden Krankenhausträgern zurückvergütet wird. Man könnte es sogar etwas überspitzt sagen, teilweise wird die Zeit, die für diese Maßnahmen benötigt wird, auch wieder von der Therapiezeit abgezogen. Insofern wäre es auf

jeden Fall zumindest zu bedenken, inwiefern den Krankenhäusern zum Beispiel in § 8 eine ergänzende Finanzierung für die Wahrnehmung ihrer Anliegen zugestanden wird.

Was ich auch noch erwähnen wollte, ist, dass jetzt in § 14 genauer geregelt wird, wie die Berichtspflicht nach PsychKHG zu erfolgen hat. Dies wäre auf jeden Fall zu begrüßen. Es wäre jedoch auch ergänzend in dem Paragraphen zu fassen, dass das zuständige Ministerium nach § 14 Abs. 1 verpflichtet wird, den entsprechenden Krankenhäusern in geeigneter Form auch Berichte zur Verfügung zu stellen. Bisher habe ich als Chefarzt eines Frankfurter Krankenhauses oder jetzt auch als Klinikdirektor der Vitos Hadamar noch keinen diesbezüglichen Bericht in den letzten drei Jahren gesehen.

Abschließend noch ein kurzes Wort zu dem Fachkräftemangel. Dieser ist heute schon sehr kontrovers und wortreich erwähnt worden. Sicherlich hat das Land Hessen noch eine Aufgabe zu erfüllen. Meines Wissens sind die Studierendenzahlen an den Fakultäten leider nicht erhöht worden. Wir haben es aber damit zu tun, dass wir zunehmend Mitarbeiterinnen haben, die ihre Arbeit nur in Teilzeit verrichten. Das führt in der Summe zu weniger verfügbarer ärztlicher Arbeitszeit. Eine der zumindest möglichen Reaktionen wäre, die Studierendenplätze in der Medizin an den medizinischen Fakultäten zu erhöhen oder zu fordern, dass gegebenenfalls eine neue medizinische Fakultät zu gründen wäre, um dem Fachkräftemangel und den ganzen Aufgaben, wie sie heute Morgen besprochen worden sind, entgegenzuwirken. – Herzlichen Dank.

Herr **Dr. Metzger**: Vielen Dank für die Möglichkeit zur Stellungnahme. Zu dem Gesagten möchte ich noch den Fokus auf zwei Punkte richten, zum einen zu den Sicherungsmaßnahmen. Es wurde schon erwähnt, dass die ärztlichen Leitungen die Anträge für die Sicherungsmaßnahmen stellen sollen. Das ist in der Praxis kaum umsetzbar. Wir haben in Hessen das System der bestellten Ärzte, dass in anderen PsychKHGs so nicht vorgesehen ist. Ich denke, dass die bestellten Ärzte für diese Aufgabe die richtigen Ärzte sind. Sie sind aus der Anzahl der anderen Ärzte herausgehoben.

Ein zweiter Fokus ist die Stellungnahme zur Unterbringung nach § 16 Abs. 4. Ich möchte noch einmal darauf eingehen, es sind neben den ärztlichen Stellungnahmen auch Stellungnahmen von Psychologischen Psychotherapeuten vorgesehen. Dies ist gerade in den Fällen, in denen Menschen mit einer psychischen Erkrankung eine somatische Begleiterkrankung haben, zum Beispiel einen Diabetes mellitus, und mit der psychischen Erkrankung zusammen dann eine Gefährdungslage daraus entsteht, schwierig für einen Psychologischen Psychotherapeuten zu beurteilen. Insofern ist zumindest die Mitwirkung eines ärztlichen Kollegen aus unserer Sicht sinnvoll und für eine fundierte Stellungnahme notwendig. – Vielen Dank.

Herr **Schmidbauer**: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren! Vielen Dank für die Einladung und die Möglichkeit der Stellungnahme. Die Kliniken für forensische Psychiatrie in Hessen haben an dem Gesetzentwurf dahingehend mitgewirkt, dass sie darauf hingewiesen haben, dass die Möglichkeiten der körperlichen Fixierung bzw. in dem Gesetzentwurf genannt als besondere Sicherungsmaßnahmen dahingehend nicht hinreichend praktikabel sind, dass die gesetzliche Grundlage fehlt, die ganzen Fixierungsmaßnahmen als solche, also 5-Punkt- und 7-Punkt-Fixierung, auch richterlich genehmigen zu lassen. Das ist mit diesem Gesetzentwurf erfolgt. Insofern bedanken wir uns dafür und haben keine weiteren Anmerkungen.

Herr **Dr. Bender**: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren! Als Sprecher der Arbeitsgemeinschaft der ärztlichen Leitungen der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie sowie der Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters in Hessen und mit Dank für die Einladung und auch die bisher bereits im Referentenentwurf im Rahmen der Evaluation enthaltenen Verbesserungen möchte ich im Folgenden vor dem Hintergrund unserer klinisch ärztlichen Expertise noch einige Vorschläge hervorheben, die wir als dringend erforderlich im Änderungsgesetz implementiert sehen wollen.

Zu § 5 haben wir schon viel gehört, zu den ambulanten Hilfen des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Der SpDi sollte nicht nur an der Koordination, sondern auch operativ an der Durchführung des Krisendienstes beteiligt sein. Bei der Koordinierung der Hilfen in § 6 ist es für uns wichtig, dass die Vertreter der niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte und Psychotherapeuten als Einzuladende zu den GPV-Sitzungen als wichtiges Glied in der Versorgungskette benannt werden.

In § 9, der die Voraussetzungen von Unterbringung definiert, muss der Begriff „bedeutende Rechtsgüter Anderer“ operationalisierbar definiert und konkretisiert werden, damit die bestellten Ärztinnen und Ärzte bei der vorläufigen Unterbringung den Begriff juristisch auch eindeutiger auslegen und anwenden können.

Zu § 10: Hier sind wieder nur die Psychiatrischen Krankenhäuser benannt, obwohl weiterhin dringender Regelungsbedarf bei den somatisch zu behandelnden untergebrachten Patienten besteht, also der jeweilige Unterbringungsort aus ärztlicher Sicht muss sich an der jeweils medizinisch im Vordergrund stehenden Indikation orientieren, also auch auf somatische Krankenhäuser und Abteilungen anwendbar sein.

Zur Besuchskommission in § 13 ist uns wichtig, dass die berufenen Mitglieder der Besuchskommission insbesondere aus dem Bereich der Psychologie sowie der Gesundheits- und Krankheitspflege über profunde, akut-psychiatrische Berufserfahrung im jeweiligen Fachgebiet verfügen, um auch entsprechend gut beraten und beurteilen zu können. Außerdem sollten mindestens zwei Drittel der Mitglieder anwesend sein, um die Besuchskommission durchzuführen.

Zur Berichtspflicht möchte ich nur zu § 14 hervorheben, dass eine Meldung der nicht aufgenommenen Fälle bei Zuführung nach § 32 HSOG durch die Polizei erfolgen sollte, da bei Nichtaufnahme auch keine anonymisierte Patientenummer vergeben wird, also die Personen gar nicht

als Patienten aufgenommen werden, somit auch nicht im Krankenhausinformationssystem auftauchen. Da sollte die Behörde, die zuführt, melden und dokumentieren.

Zum Schluss noch eine kurze Bemerkung zu § 21, zu den besonderen Sicherungsmaßnahmen. Hier ist uns wichtig, dass die sonstige Einschränkung der Bewegungsfreiheit durch eine mechanische Vorrichtung so, wie es im Gesetz heißt, auch definiert wird. Vor allem problematisch ist, was wir schon von den Vorrednern und Kollegen hörten, ich möchte aber trotzdem noch einmal in diese Richtung trommeln, ist die Regelung in Abs. 3 Satz 1, dass nämlich auf Antrag der ärztlichen Leitung die besonderen Sicherungsmaßnahmen durchgeführt bzw. gerichtlich überprüft werden. Es ist einfach nicht praktikabel, dass Anträge auf Genehmigung einer Fixierung von der ärztlichen Leitung gestellt werden müssen. Die Notwendigkeit hierfür erschließt sich uns auch nicht. Der Antrag sollte von bestellten Ärztinnen und Ärzten nach § 11 PsychKHG gestellt werden, entsprechend auch der Aufgaben und der Kompetenzen ihrer Bestellung. Eine andere Regelung ist im klinischen Alltag der Versorgungspsychiatrie nicht realisierbar.

Ich hoffe, dass diese Punkte noch Eingang in das Gesetz finden für eine verbesserte, aber auch klinisch praktikable Versorgung psychisch Kranker in Hessen. – Ich bedanke mich herzlich für Ihre Aufmerksamkeit.

Frau Wenk-Wolff: Herr Vorsitzender, meine sehr geehrten Damen und Herren! Vielen Dank für Ihr Interesse an der bayerischen Konstruktion. Ich bin Referentin beim Bayerischen Bezirktetag. Dies ist der kommunale Spitzenverband der bayerischen Bezirke. Die Bezirke sind gewissermaßen ein bisschen vergleichbar mit dem Landeswohlfahrtsverband; denn wir sind überörtlicher Träger der Sozialhilfe, aber etwas regionaler organisiert. Es gibt sieben Bezirke in Bayern.

Ich habe den Gesetzgebungsprozess in Bayern eng begleitet, auch die Koordination des Auf- und Ausbaus der Krisendienste und möchte Ihnen kurz die Konstruktion erläutern. Was war dem Landesgesetzgeber und den Bezirken bei den Krisendiensten wichtig? Warum haben wir das im Gesetz nicht ganz so schlank geregelt, wie Sie es jetzt hier vorhaben?

Wir haben auch in Bayern sehr viele, die für Krisenhilfe für Menschen mit psychischen Erkrankungen oder auch etwas niederschwelliger verantwortlich sind. Es gibt aber nirgendwo eine Stelle, bei der wirklich Vorhaltung bezahlt wird. Das ist nirgendwo so gewesen. Das war eben auch die Versorgungslücke, die wir identifiziert hatten, dass jederzeit eine Anlaufstelle zur Verfügung steht, an die sich jemand niederschwellig wenden kann.

Es war uns wichtig, dass wir einen sehr niederschweligen Krisenbegriff wählen. Wir denken nicht nur an Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, sondern jeder, der sich aus seiner Sicht in einer Krisensituation befindet oder eine Person im sozialen Umfeld beobachtet, die sich in einer Krisensituation befindet, kann die Leitstelle anrufen.

Die Bezirke sind dabei beauftragt, die Krisendienste zu errichten, nicht als Träger psychiatrischer Krankenhäuser, die sie in Bayern auch sind, sondern als Träger der überörtlichen Sozialhilfe. Die

Krisendienste sind eine Art Annexkompetenz zur Eingliederungshilfe. Das ist heute auch schon gesagt worden. Das ist für das weitere Verständnis dieser Konstruktion wichtig, auch für die Finanzierung.

Die Krisendienste in Bayern bestehen aus drei wesentlichen Elementen. Ein Element sind die sieben Leitstellen. Jeder Bezirk hat eine Leitstelle errichtet. Diese steht 24/7 telefonisch zur Verfügung und ist psychosozial besetzt mit Psychologinnen und Psychologen, Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen und der Fachpflege Psychiatrie. Diese Leitstellen sind ärztlich geleitet oder begleitet. Am Telefon ist nicht ein Arzt oder eine Ärztin, sondern im Wesentlichen eine psychosoziale Fachkraft.

Das zweite Element sind die mobilen aufsuchenden Teams, die in der Fläche errichtet sind und zur Verfügung stehen, die in maximal einer Stunde erreichbar sein müssen, wenn sie zu einem Krisenfall hinzugerufen werden.

Das dritte wichtige Element ist tatsächlich die Regelversorgung. Die Krisendienste, also insbesondere die Leitstellen, haben den Auftrag, durch eine verbesserte Vernetzung und Einbindung in die Regelversorgung zeitnah zu vermitteln, sofern dies denn die richtige Folge ist.

Ich habe vergessen zu sagen, die mobilen Teams werden ausschließlich auf Anforderung der Leitstelle tätig. Auch das ist Ihnen heute schon gesagt worden. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass sich über 80 % der Sorgen der Anrufenden oder der Problemstellungen am Telefon erledigen lassen oder durch eine zeitnahe Vermittlung in die Regelversorgung. Nur in maximal 20 % der Fälle ist tatsächlich eine aufsuchende Hilfe erforderlich.

Aufgrund der Konnexität, weil hier ein verpflichtender Auftrag an die Bezirke ergangen ist, konnten sich Bezirke und der Freistaat Bayern verständigen, sich die Kosten für dieses neue Angebot zu teilen. Die Kosten der Leitstellen trägt der Freistaat Bayern. Das sind etwa 8 Millionen € im Jahr. Die mobilen Teams und die Netzwerkbildung tragen die Bezirke. Das ist ungefähr noch einmal der gleiche Betrag. Nachdem wir noch nicht ganz am Ende des Auf- und Ausbaus sind, können wir noch nicht abschließend sagen, wie hoch die Kosten sein werden.

Der Gesetzgeber hatte uns zunächst zum 1. August 2018 einen Soll-Auftrag erteilt. Die Bezirke sind seit dem 1. August 2018 beauftragt, die Krisendienste zu errichten. Seit 1. Juli 2021 müssen die Krisendienste, die Leitstellen, 24/7 zur Verfügung stehen. Diese drei Jahre haben wir auch gebraucht.

Ein solcher Krisendienst ist nicht aus dem Hut zu zaubern, zumindest nicht nach unserer Erfahrung. Der Krisendienst ist unter einer einheitlichen Rufnummer erreichbar. Gleichzeitig muss in die sieben Regionalleitstellen zielgerichtet weitergeleitet werden, die auch die Kenntnisse der regionalen Versorgungsstrukturen vor Ort haben. Deswegen war es wichtig, dass es nicht nur eine Zentrale gibt, sondern eben diese sieben Leitstellen. Sowohl die technischen Lösungen als auch Personalfindung und Netzwerkbildung sind nicht so schnell gegangen. Aber seit 1. Juli stehen tatsächlich die Leitstellen 24/7 zur Verfügung.

Ein paar Zahlen möchte ich Ihnen noch nennen. Im Juli und August haben bayernweit etwa 7.000 Anrufe im Monat stattgefunden. Im ganzen Zeitraum von Januar bis August standen dem etwa 1.600 Einsätze vor Ort gegenüber. Bayernweit fanden 53 % aller Interventionen, also auch telefonische Interventionen, zwischen 9.00 und 15.00 Uhr statt. Das ist etwas, was im ganzen Zusammenhang mit dem Krisendienst mir vor der Einführung des Gesetzes immer wieder passiert ist. Man stellt sich vor, dass die Krisen vorwiegend am Abend oder am Wochenende stattfinden. Dem ist nicht so. Die allermeisten Krisen sind überraschenderweise, auch wenn sie ein Angebot haben, das 24/7 zur Verfügung steht, zu normalen Bürozeiten.

Nur 1,1 % der Anrufe rufen zwischen 0.00 und 6.00 Uhr an. Daran kann man erkennen, denke ich, welche Lücke tatsächlich mit diesem System geschlossen wurde.

Im Unterschied zur geplanten hessischen Konstruktion haben die Sozialpsychiatrischen Dienste in Bayern keine hoheitlichen Aufgaben. Sie sind, um für die mobile aufsuchende Krisenversorgung zur Verfügung zu stehen, in den meisten Bezirken mit zusätzlichem Personal weitgehend ausgestattet worden und sind in der Regel nur tagsüber von montags bis freitags mit der Vorhaltung dieser mobilen aufsuchenden Teams beauftragt.

Uns war der niederschwellige Ansatz sehr wichtig. Die Krisendienste haben selbst keine hoheitlichen Aufgaben, genauso wenig wie die Sozialpsychiatrischen Dienste. Sie bringen nicht selbst unter. Die Krisendienstmitarbeiter erstellen auch keine schriftlichen Stellungnahmen im Zusammenhang mit einer Unterbringung.

Dennoch ist die Zusammenarbeit mit der Polizei eng. Die Polizei hat nach dem bayerischen PsychKHG einen Prüfauftrag, ob sie im Falle eines Einsatzes mit einem Betroffenen den Krisendienst hinzuziehen kann. Das tun sie zunehmend häufiger, weil sie die Erfahrung machen, dass auch ihnen das hilft. Dabei ist es zunächst hilfreich, dass sie einen Ansprechpartner am Telefon haben.

Sie rufen zunächst bei der Leitstelle an; denn auch die Polizei kann die mobilen Teams nicht aktivieren. Das kann, wie gesagt, nur die Leitstelle selbst machen. Sie rufen also zunächst bei der Leitstelle an. Entweder bekommen die Polizeibeamtinnen und Polizeibeamten selbst Beratung vor Ort, oder geben das Telefon an die anrufende Person weiter. Wie gesagt, das wird von allen Seiten als sehr hilfreich und auch als unterstützend für die Polizei selbst erlebt.

Der niedrigschwellige Ansatz bedeutet, dass die anrufende Person das Vertrauen haben kann, dass sie immer noch das weitere Verfahren in der Hand hat, dass sie nicht befürchten muss, dass es automatisch in einer Unterbringung endet, sondern dass sie erst einmal die Hilfe bekommt, die sie selbst anfordert.

Zu weiteren anrufenden Personen ist noch zu sagen, zu 70 % rufen die Menschen in seelischen Krisen selbst an. 16 % rufen etwa Angehörige an, der Rest sind Polizei und andere Fachstellen. – Vielen Dank.

Vorsitzender: Vielen Dank, Frau Wenk-Wolff. Mir liegen nun zwei Wortmeldungen der Abgeordneten vor. Zunächst hat Frau Kollegin Böhm, danach Frau Kollegin Dr. Sommer das Wort.

Abg. **Christiane Böhm:** Ich habe eine Frage an die Vertreter von Vitos. Ich glaube, Sie müssen selbst entscheiden, wer die Frage beantwortet, außer bei der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dann ist es konkret. Ich denke, das sollten Sie selbst entscheiden.

Ich habe noch einmal eine Frage zu der fehlenden Rechtsverordnung. Klar, wir Abgeordnete werden nicht immer über Verordnungen informiert, es sei denn, wir finden sie selbst. Es hat mich schon verwundert, dass es sie immer noch nicht gibt. Einerseits hat es mich verwundert, andererseits haben wir natürlich auch einen Berichtsantrag zu dieser Datenerhebung nach § 14 schon einmal im Landtag gestellt und haben festgestellt, dass die strukturierte Datenerfassung nicht erfolgreich war. Aber ich denke, das können Sie sicherlich aus der Praxis noch mehr beschreiben.

Meine Frage ist: Wie gehen Sie mit dieser wenig strukturierten Datenerfassung ohne Rechtsverordnung um? Gehe ich fehl, dass es für Sie auch eine Frage ist, ob Sie überhaupt berechtigt sind? Dürfen Sie Daten überhaupt herausgeben? Welche konkreten Daten geben Sie heraus? Haben Sie schon entsprechend Gespräche mit dem Ministerium geführt, um eine Klarheit und diese Rechtsverordnung zu erreichen?

Meine Frage geht an die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Von Ihnen wurde auch in der Vitos-Stellungnahme dieser Regel-Ausnahme-Konflikt bei Maßregelvollzug deutlich gemacht. Welche Konsequenzen hätte die Situation in Marburg, wenn Sie sagen, es ist nicht mehr möglich, Heranwachsende und Jugendliche in der Klinik unterzubringen? Ich habe noch keine Lösung für das Problem und sehe es auch noch nicht, wie es jetzt im Gesetz angesprochen wird, dass eine Lösung herbeigeführt wird. Was bedeutet das konkret für die Arbeit, die Sie dort machen?

Ich würde jetzt gerne noch einmal auf die bayerischen Krisendienste kommen. Vielen Dank noch einmal für die umfangreiche Darstellung. Einiges habe ich sicher schon gehört, aber nicht alles so in dieser strukturierten Auflistung. Ich würde mich noch einmal für etwas interessieren. Es gibt Teile dieses Krisendienstes, die schon länger arbeiten. Kann man schon irgendwelche Erfolge in dem Sinne feststellen, dass es klar ist, dass Krisen frühzeitig gelöst werden konnten und nicht zu Unterbringung oder anderen Maßnahmen geführt haben? Oder ist es noch zu früh, oder gibt es schon gewisse Auswertungen, die wir vielleicht auch einsehen könnten? – Danke schön.

Abg. **Dr. Daniela Sommer:** Ich habe zunächst eine Frage an Herrn Belling. Sie haben vorhin in Ihrer mündlichen Ausführung so schön gesagt, die Ressourcen sind nicht unendlich. In der Stellungnahme vom LWV kann man unter § 14 Finanzierung noch einmal lesen, dass die Budgets nicht gedeckelt sind, dass sie sich im Prinzip eine Konnexität wünschen. Deswegen da noch einmal die Frage: Wie müsste die finanzielle Ausstattung sein?

Dann habe ich noch eine Frage an Frau Dr. Duketis. Viele haben in ihren Stellungnahmen beschrieben, dass es eigentlich einen Kinder- und Jugendsozialpsychiatrischen Dienst braucht.

Sie haben nun gesagt, wenn sich die Gemeinsame Jugendhilfe und die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte verpflichtend vernetzen, dann ginge das auch. Oder habe ich Sie in dem Punkt falsch verstanden, dass Sie schon auch dafür plädieren, dass es künftig auch SpDi gibt, die auch noch einmal spezialisiert auf Kinder und Jugendliche eingehen können?

Ich möchte dann einfach nur noch eine Info geben. In der Stellungnahme der ärztlichen Leitungen kam noch einmal zum Ausdruck, dass statt einer zwei Besuchskommissionen für die Kinder und Jugendlichen wichtig seien.

Herr Dr. Metzger, bevor Sie nach Haina gekommen sind, waren sie in Tübingen tätig. Wir haben eben schon einmal von den Vertretern des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrene gehört, wie wichtig die räumliche Situation ist, Einzelzimmeratmosphäre und so weiter. Ich weiß, Sie haben dazu geforscht. Vielleicht könnten Sie einmal kurz erläutern, warum das neben dem, was Sie an Ihrer fachlichen Expertise und Kompetenz als Ärztinnen und Ärzte einbringen, ein Aspekt ist, der nicht ganz unberücksichtigt bleiben sollte.

Herr Bender, als Sprecher der AG hätte ich noch einmal eine Frage. Sie hatten in der schriftlichen Stellungnahme ausgeführt, dass die konkreten Ausführungsbestimmungen der Berichtspflichten kommen müssen. Sie haben aber klar und deutlich darauf hingewiesen, dass es so wichtig ist, damit man eine Benchmark hat. Vielleicht könnten Sie dazu noch einmal etwas sagen, warum Ihnen das so wichtig ist. Herzlichen Dank.

Vorsitzender: Vielen Dank. Weiter Wortmeldungen liegen mir nicht vor. Es stellt sich jetzt die Frage, wer die erste Frage der Kollegin Böhm beantwortet, Stichwort Verordnung und strukturierte Datenerfassung. – Bitte schön, Herr Belling.

Herr **Belling:** Es gibt eine Grundlage, auf der die Kliniken melden. Uns geht es darum, noch einige handwerkliche Details zu klären, damit die Daten, die gemeldet werden, tatsächlich auch vergleichbar sind. Man weiß aus allen Datenerhebungen, wenn nicht genau definiert ist, was beispielsweise unter „sonstige Einschränkungen der Bewegungsfreiheit“ fällt, dann bekommen Sie unterschiedliche Rückmeldungen. Ich glaube, es muss das Ziel sein, dass wir Transparenz und Orientierung schaffen, damit sich einzelne Kliniken ansehen können, wo sie stehen und wo es vielleicht Kliniken gibt, die mit vergleichbaren Situationen besser umgehen können. Insofern geht es tatsächlich um diese Definitionen im Detail, und es geht um die Frage – das hat Herr Dr. Bender auch noch einmal erwähnt –, dass die Polizei die Fälle meldet, die bei uns nicht erfasst werden.

Es ist noch eine Frage bezüglich der Ressourcen an mich gerichtet worden. Wir haben von einer pauschalierten Kostenerstattung gesprochen. Wir haben keine Kalkulation vorgenommen. Das

müsste gemeinsam mit der Hessischen Krankenhausgesellschaft und den übrigen Kliniken erfolgen, wenn wir dazu den Auftrag und die Rechtsgrundlage bekämen. Dann würden wir das natürlich zügig machen. Aber im Moment gibt es keine Kalkulation.

Frau **Dr. med. Duketis**: Frau Böhm, Ihre Frage zum Maßregelvollzug kann ich tatsächlich nicht beantworten. Ich komme nicht aus dem forensischen Bereich.

Herr **Schmidbauer**: Sie hatten gefragt, wie das mit dem Regel-Ausnahme-Konflikt sei. Wir haben im Jugendmaßregelvollzug in Hessen formal zehn Betten zur Verfügung. Dem stehen im Erwachsenenbereich deutlich mehr gegenüber. Die Betten im Kinder- und Jugendbereich sind manchmal voll belegt, nicht immer. Gelegentlich werden in Absprache der Kliniken untereinander adolozente Patienten aus den überbelegten Kliniken in den Kinder- und Jugendbereich in Marburg verlegt. Das kann passieren.

Umgedreht kann es auch sein, dass wir annähernd volljährige Patienten – in der Regel ab dem 17. Lebensjahr – in den Erwachsenenmaßregelvollzug übernehmen, wenn längerfristige besondere Sicherungsmaßnahmen notwendig sind. Aber das machen wir immer auch nur über eine letztendliche Rückversicherung mit der Fachaufsicht.

Frau **Dr. med. Duketis**: Frau Dr. Sommer, ich würde mir tatsächlich wünschen, dass es spezifische Kinder- und Jugendsozialpsychiatrische Dienste gäbe. Ich halte es tatsächlich im Moment aber für nicht ganz realistisch, dass wir das schaffen. Ich meine nicht nur den Fachkräftemangel, sondern auch Angebot und Nachfrage. Von daher wäre es erst einmal ein Schritt und ein Weg, wenn es diese Hotline einmal geben sollte, dass diese mit Informationen ausgestattet ist, an welche Stelle sie sich eher wenden können, je nach Tages- und Nachtzeit, Ambulanzen, Niedergelassene oder eben die Jugendhilfe.

Als Vorbereitung für eine koordinierende Kraft – ich denke, das ist in Frankfurt gut gelungen – sollten wir erst einmal die Vernetzung regional so vorantreiben und so steuern lassen, dass sie wirklich verlässlich stattfindet.

Ihre zweite Frage war eher ein Hinweis, dass wir zwei Besuchskommissionen für die Kinder und Jugendpsychiatrie einrichten sollten, auf jeden Fall. Auch da wäre es wirklich erforderlich, dass eine gewisse stationäre Erfahrung bei den Kollegen und Kolleginnen auch aus den pflegenden Berufen besteht, Psychotherapeutinnen, dass sie fachlich so ausgestattet sind, dass sie im Idealfall akut stationär, wie Herr Bender sagt, da wären. Ob das für die Kinderpsychiatrie gelingt, weiß ich nicht, dass sie also diese Vorerfahrung mitbringen.

Herr **Dr. Metzger**: Ich würde gerne kurz noch einmal zu dem Thema der baulichen Voraussetzungen in Kliniken Stellung nehmen. In den letzten zehn bis 15 Jahren konnte man an zahlreiche Neubauten ablesen, dass sich die Situation für Menschen mit psychischen Erkrankungen in krisenhaften Situationen auch architektonisch beeinflussen lässt, indem genügend Räumlichkeiten vorhanden sind oder, wie wir heute schon gehört haben, Rückzugsmöglichkeiten auf den Stationen gegeben sind und letztendlich Möglichkeiten vorhanden sind, sich in der Krise auf einer Station so zu positionieren, dass es weniger zu problematischen Situationen kommt und auch die Krise dann schneller als bei gedrängten alten Stationen abflaut.

In vielen Neubauten wird das schon berücksichtigt. Sicherlich sind wir in einem Prozess und lernen mit jedem Neubau und mit jeder Anlage und jedem Grundriss neu dazu. Wichtig ist natürlich, dass die Gesamthaltung dahinter dazu passend ist, sprich, dass die Zwangsmaßnahmen, die manchmal ergriffen werden müssen, so im architektonischen Umfeld gestaltet sind, dass es möglichst so passt, dass es nicht weitere Probleme auf den Stationen hervorruft, dass Mitpatienten nicht beeinträchtigt werden usw.

Wichtig ist dabei natürlich auch die gesamte Anlage der Krisenhilfe, wie wir es jetzt schon ausführlich gehört haben, bis hin zu sektorenübergreifenden Möglichkeiten. Das greift alles ineinander bis hin zu dem Thema, das wir heute Morgen gehört haben, zu Konzepten von offenen Türen auf Akutstationen. Das ist ein Thema, mit dem wir uns in den nächsten Jahren intensiv auseinandersetzen und sicherlich noch vieles dazulernen müssen. Wir wissen schon, dass offene Türen prinzipiell möglich sind und wir bestimmte Maßnahmen ergreifen können – dazu gehört die Personalausstattung, aber das ist es nicht alleine –, um das zu ermöglichen, weniger freiheitsentziehende Maßnahmen anwenden zu können.

Herr **Dr. Bender**: Vielen Dank für Ihre Nachfrage, Frau Böhm. Die konkreten Ausführungsbestimmungen zur Berichtspflicht sollten, wie Herr Belling schon gesagt hat, dazu dienen, dass die erhobenen Daten auch wirklich vergleichbar sind. Sie fragten, wieso uns oder mir der Hinweis der Benchmark wichtig sei. Hierzu gibt es international, aber auch in Deutschland in verschiedenen Ländern – in Baden-Württemberg beispielsweise unter der Federführung von Herrn Kollegen Steinert – sehr gute Erfahrungen, dass dann, wenn man mit einem einheitlichen Datensatz schaut und sich dann bei den Kliniken vergleicht, eher eine Möglichkeit hat, good clinical practice zu identifizieren.

Wenn man die Strukturdaten der in die Datenerhebung eingeschlossenen Patienten betrachtet und das gut herausrechnen kann, dann findet man auch Unterschiede hinsichtlich des Einflusses nicht nur des Personalschlüssels, sondern unter Umständen auch der therapeutischen Konzepte und auch der milieutherapeutischen Ausstattung, wie wir gerade hörten. Das bekommt man am ehesten durch eine Benchmark hin.

Dann diese Unterschiede zu identifizieren und an guten Beispielen besser lernen zu können, wäre gut. Ich denke, es gehört auch zu einer evidenzbasierten Medizin in diesem Bereich dazu, auch orientiert an den Leitlinien, von denen schon die Rede war, also die Leitlinien zur Reduktion

von Zwang und Gewalt, das durch entsprechende, an Benchmarkzahlen orientierte Arbeitsgruppen durchzudeklinieren.

Wir sind in der Vitos Gruppe da zwar recht gut und luxuriös ausgestattet, was diese Datenerhebung betrifft, und können innerhalb der Vitos Gruppe genau diesen Benchmark machen, indem wir unabhängig von § 14 unsere eigenen Daten generieren, auch in der Kommunikation mit dem Ministerium, aber das ist immer eine Gruppe. Ich würde es mir länderübergreifend für Hessen wünschen, wenn es auch um die Evaluation des PsychKHG geht. Aber das ist nur ein Aspekt dabei.

Frau Wenk-Wolff: Es gibt tatsächlich zwei Bezirke, in den es schon sehr lange – im Bezirk Mittelfranken schon seit 28 Jahren, meine ich – einen psychiatrischen Krisendienst gibt. In Oberbayern gibt es ihn auch schon – zunächst in München, dann Schritt für Schritt auch in der Fläche – seit einigen Jahren. Aber Zahlen, die wirklich die Erfolge der Krisendienste belegen, liegen wenig vor. Das hat verschiedene Ursachen. Zum einen hat die Versorgungsrealität auch immer sehr viele verschiedene Ursachen, sodass es nicht immer so ganz einfach ist, bestimmte Kennzahlen darauf zurückzuführen, dass wir Krisendienste haben. Beispielsweise hatten wir in Bayern im Jahr 2020 einen Rückgang der Suizidalität. Die Krisendienste sind aber in der Fläche erst seit 2021 verfügbar. Es wäre vermessen, da einen direkten Zusammenhang herzustellen.

Es gibt die Münchener Krisenstudie, die sich mit dem Krisendienst München Anfang der 2000er sehr intensiv beschäftigt hat. Es gibt den Bericht des Krisendienstes Oberbayern, den Jahresbericht des Krisendienstes Oberbayern 2020, den ich bei Interesse gerne zur Verfügung stellen kann, der aber natürlich auch nur deskriptiv enthält, wen der Krisendienst erreicht, wer dort anruft, zu welchen Zeiten und was da passiert. Daraus kann man nicht direkt erkennen, welche Auswirkungen das Zurverfügungstellen dieses Angebots tatsächlich auf die Versorgung oder auf das Befinden der Bürgerinnen und Bürger in Bayern hat.

Wir hatten aber Mitte Oktober auch eine Anhörung im Bayerischen Landtag über die Erfahrungen zum Vollzug des bayerischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes, wo alle Sachverständigen, auch die Psychiatrie-Erfahrenen und der Landesverband der Angehörigen festgestellt haben, dass sie sehr froh sind, dass es die Krisendienste in der Fläche gibt, dass sie das als große Erleichterung empfinden, ebenso der Kollege vom Innenministerium, der für die Polizei gesprochen hat. Wir stellen fest, dass durch diese Vernetzung und Verknüpfung auch zunächst die Kenntnis voneinander – der verschiedenen Aufgaben und Möglichkeiten der verschiedenen Strukturen, die miteinander zusammenarbeiten müssten, wie Jugendamt, Polizei, Kreisverwaltungsbehörde, niedergelassene Fachärzte, Kliniken und eben Krisendienst – deutlich besser geworden ist. Das ist auch ein großer Mitgewinn der bayerischen Krisendienste.

Wie gesagt, die Frage kann ich so, wie Sie sie gestellt haben, nicht beantworten, aber wenn Sie mögen, kann ich gerne den Bericht von Oberbayern zur Verfügung stellen. Die Krisendienste Bayern werden auch nach einem einheitlichen Dokumentationssystem dokumentieren, sodass wir spätestens 2023 einen Jahresbericht für das ganze Jahr 2022 haben werden.

Vorsitzender: Damit sind wir am Ende der Anhörung der Gruppe 4. Ich darf auch Ihnen ganz herzlich für Ihre Ausführungen danken.

Nunmehr darf ich Gruppe 5 nach unten bitten. Zugleich darf ich der guten Ordnung halber fragen, ob noch Institutionen anwesend sind, die noch nicht gehört wurden. Die darf ich jetzt ebenfalls dazu bitten, mit herunter zu kommen und mit Gruppe 5 angehört zu werden.

Stellv. Vors. Abg. **Christiane Böhm:** Meine Damen und Herren, Sie haben den fliegenden Wechsel gesehen. Herr Promny musste leider auf eine andere Sitzung. Somit habe ich jetzt die Freude, die Anhörung zu Ende zu leiten. Wir haben noch drei Stellungnahmen, auf die wir uns jetzt freuen dürfen.

Ja, ich weiß, es freuen sich einige schon, aber ich werde meine Fragen auch von diesem Platz aus stellen. Es tut mir ja so leid. Sie wissen, mundtot machen, ist bei Frau Böhm nicht drin.

Dann bitte ich nun die Anzuhörenden, Stellung abzugeben. Als Nächster ist Herr Dr. Mazur vom Amtsgericht Fulda an der Reihe. Ich gebe Ihnen das Wort.

Herr **Dr. Mazur:** Ich bin beim Amtsgericht Fulda seit acht Jahren für Betreuungsrecht und damit auch für die Unterbringung zuständig. Damit habe ich sozusagen die Geburt des PsychKHG begleitet. Ich möchte meine Stellungnahme deswegen auf die wesentlichen Schwächen aus der Praktikersicht – also aus Sicht derjenigen, die das anzuwenden haben – konzentrieren.

Die erste Schwäche ist, dass eine wichtige Regelungslücke aus meiner Sicht nicht geschlossen wird. Wir haben in § 32 Abs. 4 HSOG die Befugnis für die Polizei, dass die Polizei Menschen, die anscheinend ein psychisches Problem haben, zunächst in eine Klinik für Psychiatrie aber auch in eine somatische Klinik fahren, wenn sie behandlungsbedürftig sind, z. B. wenn sie sich bei einem Suizidversuch verletzt haben und dringend medizinisch versorgt werden müssen. Sie können gegen ihren Willen in eine somatische Klinik gebracht werden. Es gibt aber keinerlei Rechtsgrundlage dafür, dass sie in dieser Klinik bleiben dürfen oder müssen, um behandelt werden zu können. Das BGB greift nicht. Das würde viel zu lang dauern. Es gibt vielleicht keinen Betreuer, keinen Richter, der das anordnet. Die Unterbringung, die Ingewahrsamnahme nach Polizeirecht greift auch nicht. Die Polizei sagt, die Menschen sind nicht ingewahrsamsfähig, und sie machen das nicht. De facto fühlt sich die Polizei nicht für diese Ingewahrsamnahme auf somatischen Stationen zuständig. Natürlich werden die Menschen nicht weggeschickt und ihrem sicheren Tod überlassen, sondern werden in diesen Krankenhäusern behandelt – ohne jegliche Rechtsgrundlage und damit auch ohne jeglichen Rechtsschutz, da ohne richterliche Genehmigung. Das ist die Tatsache.

Etwas anderes, worauf ich noch kurz hinweisen möchte, ist: Wir haben heute von gewaltfreier Psychiatrie gehört, wie man Gewalt verhindern kann, aber ich sehe keine gesetzgeberischen

Bemühungen, den Vollzug der staatlichen Unterbringung so zu regeln, dass er gewaltfrei stattfinden kann. – Das bedeutet, es gibt keinerlei Vorgaben vom Staat, ob die Kliniken einen Timeout-Raum, einen besonders gesicherten Raum, einen freien Ausgang haben müssen. Das heißt, in vielen Kliniken finden alle Maßnahmen, die Sie jetzt hier im Gesetzgebungsverfahren als besondere Sicherungsmaßnahmen aufzählen, de facto statt, weil es keinen freien Ausgang gibt, weil es keinen Timeout-Raum usw. gibt. Auf der einen Seite werden Menschen mit staatlicher Befugnis der Freiheit beraubt, es gibt aber auf der anderen Seite keinerlei Vorgaben, wie diese Beraubung der Freiheit stattfinden soll und wie man mildere Mittel tatsächlich einsetzen kann, damit dieser Eingriff möglichst geringfügig bleibt, z. B. Verhinderung der Fixierung durch einen geeigneten Timeout-Raum. Aus Fulda kann ich Ihnen berichten, das findet nicht statt. Es gibt dort keinen Timeout-Raum. Die Menschen werden auf ihren Betten fixiert und liegen auf den Gängen, beim Zugang zum Speiseraum oder zur Teeküche.

Womit ich abschließen und natürlich dann an die Kollegen übergeben möchte, ist die Regelung der besonderen Sicherungsmaßnahmen. Das wurde heute schon oft erwähnt. Erstens. Die grundsätzliche 1:1-Betreuung erfüllt die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts nicht. Das Bundesverfassungsgericht spricht von einer 1:1-Betreuung und zwar nicht grundsätzlich, nicht vielleicht und auch nicht wenn es möglich ist, sondern immer.

Das andere, was mir in der Umsetzung der Rechtspraxis sehr schwerfallen wird, ist die Umsetzung von Nr. 5 und Nr. 6 in § 21. Wenn ich es richtig verstanden habe, beinhaltet Nr. 5 die Aufhebung der Bewegungsfreiheit, also die 5-Punkt-Fixierung und 7-Punkt-Fixierung. Das erfüllt die Voraussetzung des Bundesverfassungsgerichts. Das Bundesverfassungsgericht hat über die 5-Punkt-Fixierung zu entscheiden, hat aber gesagt, diese ganz intensive Form der Unterbringung ist eine Unterbringung in der Unterbringung. Ob bei der 3-Punkt-Fixierung die Bewegungsfreiheit so unheimlich viel größer ist, mag ich nicht zu beurteilen, wage es aber auch zu bezweifeln. Ob die 3-Punkt-Fixierung dann unter Nr. 6 fällt, weiß ich nicht. Was ist mit einer mechanischen Vorrichtung gemeint? Ist es die Stationstür, die zugeht? Ist das jetzt eine Ausnahme, dass die Unterbringung immer auf einer geschlossenen Station stattfindet oder ist, wenn wir Abs. 3 Nr. 1 in Verbindung mit Abs. 4 berücksichtigen, mit dieser Nr. 6 nur die Aufhebung der Bewegungsfreiheit gemeint? Ist es die vollständige Aufhebung der Bewegungsfreiheit? Dann wären wir wieder bei der 5-Punkt-Fixierung. Dann sehe ich zwischen Nr. 5 und Nr. 6 keinen Unterschied. Dann gibt es dort keinen Unterschied.

Erst bei Lektüre der Gesetzgebungsmaterialien findet man heraus, dass damit die freiheitsentziehenden Maßnahmen gemeint sind, wie sie im Betreuungsrecht Abs. 4 geregelt sind. Diese freiheitsentziehenden Maßnahmen nach Betreuungsrecht sind aber nicht nur während der Unterbringung, sondern auch in offenen Stationen und in Seniorenheime usw. gültig. Damit passt diese Regelung für das PsychKHG, wo sie ausschließlich für Untergebrachte gilt, nicht, sodass hier dringend eine Definition und Klärung benötigt wird, was damit gemeint ist. Ist mit Nr. 6 ein Timeout-Raum, nur die Bettgittersitzhose oder nur die 3-Punkt-Fixierung, die in Nr. 5 nicht beinhaltet ist, gemeint? Das weiß ich als Rechtsanwender nicht. Soweit in aller Kürze.

Herr **Braun**: Ich bin seit 13 Jahren im Bereich des Unterbringungsrechts als Betreuungsrichter und Bereitschaftsrichter im Amtsgericht Frankfurt tätig, kommentiere die Verfahrens- und Unterbringenvorschriften im Heidelberger Kommentar zusammen mit Herrn Bauer und bin als Richter Mitglied einer Besuchskommission; denn auch Richter sind Mitglieder einer Besuchskommission. Natürlich bin ich das nicht in meinem eigenen Bezirk, wo ich als Richter tätig bin, sondern in einem anderen Regierungsbezirk.

In der folgenden Stellungnahme möchte ich insbesondere auf drei Punkte eingehen: zum einen auf die verfassungsrechtliche Einordnung der Unterbringung und der Unterbringungsvollzugsvorschriften, zum zweiten auf die Komptabilität der Vorschriften mit dem für die Gerichte entscheidenden Verfahrensrecht, dem bundesrechtlichen FamFG, und zum dritten auf einzelne Vorschriften zu den Voraussetzungen und zum Vollzug der Unterbringungen. Eingedenk der kurzen Zeit möchte ich mich heute ausschließlich auf die Unterbringungs Vorschriften beschränken und nicht auf Besuchsmissionen und andere Punkte eingehen, die heute Vormittag schon zur Sprache gekommen sind.

Die freiheitsentziehende Unterbringung und deren Vollzug in einem psychiatrischen Krankenhaus stellen verfassungsrechtlich die denkbar stärksten Grundrechtseingriffe dar, welche man sich vorstellen kann. Sie betreffen nicht nur die Eingriffe in die persönliche Bewegungsfreiheit durch Einsperren auf einer Krankenstation, sondern auch die Fixierungen, die Absonderungen in einem gesonderten gesicherten Raum und sodann die Kameraüberwachungen sowie die Zwangsbehandlung. Vergleichbare Eingriffe lassen nur die landes- und bundesrechtlichen Strafvollzugsgesetze sowie das Maßregelvollzugsgesetz, welches hier auch zur Diskussion steht, zu. Es ist wohl unbestritten, dass die Anordnung und die Vollstreckung einer staatlichen Freiheitsentziehung mit den entsprechenden Folgen für den Verbleib in einer Einrichtung zum Kernbereich der staatlichen Ordnung gehört. In einer Entscheidung von Anfang 2012 hat das Bundesverfassungsgericht festgestellt, dass Maßnahmen des hessischen Maßregelvollzugs einen sogenannten staatlichen Durchgriff darstellen, sodass die Handlungen zum und im Maßregelvollzug gerade noch verfassungsgemäß sind, weil sie in der Vitos Klinik stattfinden, deren Dachverband der LWV ist.

Das PsychKHG geht jedoch einen anderen Weg. In § 17 Abs. 1 S. 1 PsychKHG wird das exemplarisch. In der bisherigen Regelung und auch in der neuen Regelung wird die Macht zur Anordnung einer Freiheitsentziehung auf sogenannte bestellte Ärztinnen und Ärzte übertragen. Das ist auch der Regelfall; denn fast alle Unterbringungssituationen beginnen mit der sofortigen vorläufigen Unterbringung ohne vorhergehende richterliche Entscheidung. Im Rahmen des Vollzugs gilt dasselbe, indem dieser allein den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, den Ärztinnen und Ärzten übertragen wird. Jede Fixierung nach § 21 Abs. 1 Nr. 5 der bisherigen Regelung PsychKHG beginnt mit der autonomen Entscheidung der Klinikärzte. Das Gleiche gilt für Zwangsbehandlung bei Gefahr in Verzug § 20 und für weitere Grundrechtseingriffe wie die Wegnahme von persönlichen Gegenstände, für die Kameraüberwachung und für das zeitweise Einsperren in einem reizarmen Raum – euphemistisch ausgedrückt, das ist die sogenannte Absonderung.

Während es undenkbar wäre, die Anordnung des Vollzugs von Freiheitsentziehungen zumindest im ersten Zugriff freien privaten Institutionen zu übertragen, gibt es in Hessen eine Vielzahl von privaten Krankenhauskonzernen, in welchen Unterbringungen angeordnet und dann vollzogen werden. Zu nennen sind hier der Asklepios-Verbund, die AGAPLESION gAG, der Helios-Verband und die Rhön-Kliniken AG. Allein die Fachaufsicht und die Belangung und Bestellung genügt aus rechtstaatlichen Gründen aufgrund der Erheblichkeit der Eingriffe nach meiner Einschätzung nicht. Daher sollten sämtliche grundrechtsrelevanten Anordnungen unverzüglich durch eine staatliche Stelle überprüft und dann erst der gerichtlichen Entscheidung zugeführt werden. Die Gesundheitsämter sind, wie in vielen anderen Bundesländern auch, die hierfür geeigneten staatlichen Stellen.

Der Entwurf geht jetzt sogar noch einen Schritt weiter und überträgt die Rechtsmacht zur Mitteilung einer Gefahr für das Führen eines Kraftfahrzeuges nun auch den Ärztinnen und Ärzten. Es ist mitnichten so, dass es nur den Sozialpsychiatrischen Diensten übertragen wird, sondern auch Ärztinnen und Ärzte können diese Meldung unmittelbar an die Führerscheinstellen machen. Es ist nicht besonders schwer, sich vorzustellen, was passiert, wenn eine Ärztin oder ein Arzt die Fahrtauglichkeit eines psychisch beeinträchtigten Menschen bei der Führerscheinstelle anzweifelt. Selbst Staatsanwaltschaften haben strengere Vorgaben als der Vorschlag in § 29a PsychKHG.

Selbst wenn man all dies noch als verfassungsrechtlich zulässig erachten würde, bedürfte es strenger Regeln und insbesondere klarer rechtlicher Vorgaben, die der Entwurf auch nicht schafft. Beispielhaft möchte ich hier auf die Zwangsbehandlungs- und die Fixierungsvorschriften eingehen. Leider lässt der Gesetzentwurf, die Zwangsbehandlungsvorschriften fast unangetastet und lässt die Zwangsbehandlung von einwilligungsfähigen Personen zur Behebung einer Fremdgefahr möglich und unangetastet. Dies widerspricht nicht nur der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, sondern auch des Oberlandesgerichtes Frankfurt am Main.

Für die Eigengefahr gibt es aber schon eine ausdifferenzierte und verfassungsgemäße Norm in § 1906a BGB, welcher seit einiger Zeit von der zivilrechtlichen Unterbringung abgekoppelt ist. Es bedarf nach §1906a BGB keiner Unterbringung mehr, um einen eigengefährdenden Menschen im Extremfall einer Zwangsbehandlung zuzuführen und gerichtlich genehmigen zu lassen.

Bei den Fixierungen sollen nunmehr zwei Kategorien von Fixierungen geschaffen werden, wie schon der Kollege Mazur aufgeführt hat. Das ist einmal die Aufhebung der Bewegungsfreiheit durch Anbinden aller Gliedmaßen an das Bett. Erst dann greifen die Schutzvorschriften für den Betroffenen der 1:1-Betreuung und der Unverzüglichkeit des Richtervorbehaltes. Wird ein Mensch aber z. B. nur crossfixiert, das heißt an einem Bein und an einem Bein, oder nur 3-Punkt-fixiert – beides in Anführungszeichen – bekommt er diesen Schutz nicht. Dies verstößt nicht nur gegen die Vorgaben des Verfassungsgerichts, sondern insbesondere auch gegen die von der Medizin erstellten Leitlinien. Ich darf hier vielleicht mit einem Mythos aufräumen: Die Idee zur Forderung der 1:1-Betreuung während einer körpernahen Fixierung durch ständige Anwesenheit von therapeutischem und pflegerischem Personal stammt nicht von den Richterinnen

und Richtern des Bundesverfassungsgerichts im Juli 2018. Sie stand schon vorher in der S2k-Leitlinie „Verhinderung von Zwang“, welche federführend von der DGPPN erstellt worden war. – Ich verstehe also nicht wirklich, weshalb sich gerade Ärzte gegen die 1:1-Betreuung sträuben.

Sollten die Fixierungsvorschriften, wie hier vorgeschlagen, Gesetz werden, so führte dies nicht nur zu einer Schlechterstellung von untergebrachten Menschen im Vergleich zu Menschen im Strafvollzug, in welchem gemäß § 51 Hessisches Strafvollzugsgesetz, was vor zwei Jahren Gesetz wurde, keine Einteilung in zwei Kategorien der Gliedmaßen-Fixierung, die ich einmal so nennen möchte, und darunterliegenden Fixierungen stattfindet. Im Übrigen sehen auch die medizinischen Leitlinien diese Differenzierungen nicht vor. Mir ist kein anderes deutsches PsychKHG bekannt, in welchem diese Differenzierung vorgenommen wird.

Wenn nun also schon in die erheblichen Grundrechtseingriffe eingegriffen wird und diese auch noch von privatangestellten Personen durchgeführt werden, dann sollten wenigstens die Voraussetzungen und Vorgaben so ausgestaltet werden, dass der Ultima-ratio-Gedanke wirklich realisiert wird. Im Wortlaut sehen aber sowohl die Zwangsbehandlung als auch die Fixierung praktisch dieselben Voraussetzungen vor wie die Unterbringung selbst. Auch hier unterliegen diese Maßnahmen nur dem Erforderlichkeitsprinzip. Es wäre zu empfehlen, dass hier im Wortlaut tatsächlich die Unerlässlichkeit dieser Maßnahme zum Ausdruck kommt. Juristische Sprache muss genau sein. Wir Gerichte achten auf die gerichtliche Sprache. Eine Unerlässlichkeit ist etwas ganz anderes als eine Erforderlichkeit. Das ist die Ultima ratio und nicht die Erforderlichkeit.

Auch hinsichtlich zweier weiterer Maßnahmen greift die Regelung meines Erachtens zu kurz. Einerseits lässt das Gesetz auch eine versteckte Kameraüberwachung zu und zum anderen existiert kein Richtervorbehalt zur Frage der Absonderung in einem gesonderten Raum. Auch hier bleibt das hessische Gesetz hinter Gesetzen anderer Bundesländer, z. B. Nordrhein-Westfalen oder Bayern, weit zurück. Das alles ist auch trotz der kurzen Zeit bis zum Außerkrafttreten des Gesetzes am 31. Dezember dieses Jahres noch gut zu beheben. In meiner schriftlichen Stellungnahme habe ich entsprechende Vorschriften aus anderen Bundesländern ausgeführt. Es wäre aus meiner Sicht ein gut gelebter Föderalismus, wenn in der Praxis gut handhabbare und verfassungsgemäße Vorschriften einfach schlicht übernommen werden. Ich gehe sogar so weit, zu sagen, dass der hessische Gesetzgeber die Unterbringungsvorschriften von Schleswig-Holstein übernehmen sollte.

Abschließend möchte ich noch auf die versteckten Verfahrensvorschriften im PsychKHG eingehen. Das gerichtliche Verfahren bei Unterbringung in Zwangsbehandlung und Fixierung ist von einer besonderen Eilbedürftigkeit geprägt. Auf der anderen Seite gibt es zwingende Verfahrensvorschriften im Bundesrecht. Umso mehr sind die Gerichte daher auf qualitativ hochwertige ärztliche Stellungnahmen angewiesen. § 16 Abs. 4, der heute schon mehrfach zur Sprache kam, sieht diesbezüglich aber nur eine Sollvorschrift vor und möchte dies nun auch noch auf psychologische Stellungnahmen erweitern. Ich möchte gar nicht argumentieren, dass psychologische Stellungnahmen nicht ebenso hochwertig sein können, wie Stellungnahmen von appro-

bierten Ärztinnen und Ärzten. Das Problem stellt sich aus Gerichtssicht jedoch dann im Gerichtsverfahren dar. Diese Stellungnahmen können nicht als ärztliche Zeugnisse im Sinne des FamFG verwendet werden. Auch die Vorgaben in § 32 Abs. 4 HSOG benötigen erhebliche Änderungen. Hierzu hat mein Vorredner, der Kollege Dr. Mazur, schon vorgetragen.

Im Übrigen darf ich auf meine schriftliche Stellungnahme verweisen und möchte damit schließen, dass ich nicht missverstanden werden möchte. Es bedarf im Extremfall bei stark hilfsbedürftigen der staatlichen Intervention zu ihrem Schutz und zum Schutz der Allgemeinheit. Dann muss dies aber strengen Grenzen unterzogen werden; denn Qualität und Quantität dürfen erst recht nicht von fiskalischen Gesichtspunkten abhängig sein. Das hessische Gesetz schafft das aus meiner Sicht bisher in keiner Weise.

Herr **Bauer**: Ich bin über 30 Jahre lang Betreuungs- und Unterbringungsrichter beim Amtsgericht Frankfurt gewesen und habe eine langjährige Tätigkeit als Moderator der Fortbildung der hessischen und baden-württembergischen Betreuungsrichter als Erfahrungshintergrund. Ich bin Mitherausgeber, Mitkommentator des Heidelberger Kommentars zum Betreuungs- und Unterbringungsrecht. Aufgrund der knappen Zeit möchte ich hier auf die positiven Aspekte des Gesetzentwurfes nicht eingehen und verweise dazu auf meine schriftliche Stellungnahme. Ich werde mich grundsätzlich der aus meiner Sicht grundlegenden Kritik der beiden Kollegen an dem Änderungsentwurf anschließen. Das möchte ich nicht weiter ausführen, sondern nur darauf verweisen.

Ich möchte noch einen Satz zur Bundesverfassungsgerichtsentscheidung von 2018 sagen. Es ist schon einigermaßen verwunderlich, dass man in Hessen drei Jahre braucht, um dieses Urteil umzusetzen. Das dokumentiert aus meiner Sicht nicht gerade eine gesteigerte Empathie des hessischen Landesgesetzgebers für die schwächsten Menschen unserer Gesellschaft und für die schutzbedürftigsten vor allen Dingen. Körpernahe Fixierungen – das muss jedem Laien auch klar sein, ich habe es auch jeden Tag in der Praxis erlebt – sind die schlimmste Form, wie sie einen Menschen in die Situation der völligen Hilfslosigkeit bringen können. Man wartet nur noch darauf, dass diesen Menschen gesagt wird: Wenn du deine Notdurft verrichten möchtest, dann mach doch in die Hose. – Ja, weil Pflegekräfte werden nicht immer so schnell zur Verfügung stehen, wie es in dieser Situation, die diese Menschen erleben, an Hilfe notwendig ist. Dass man dann eine Formulierung im Gesetzentwurf findet, die **g r u n d s ä t z l i c h** 1:1-Betreuung bei diesen Menschen vorsieht, dazu muss ich aus Sicht des Betreuungsgerichtstages sagen: Das ist wirklich im Vergleich zu anderen Bundesländern eine sehr schlechte Regelung. Das nennt sich nicht Rechtsschutz. Aus meiner Sicht wird hier durch dieses Gesetz nicht genügend Respekt für diese Menschen deutlich.

Ich möchte noch ein paar andere Dinge benennen. Die Besuchskommission ist hier schon angesprochen worden. Rheinland-Pfalz setzt einen jährlichen Besuch als dringend voraus. In Hessen soll der Intervall von drei auf zwei Jahren verkürzt werden. Warum machen Sie denn nicht wenigstens den Sprung auf ein Jahr? – Schleswig-Holstein sieht zwei Besuche im Jahr vor und das unangekündigt. Hessen sieht alle zwei Jahre angekündigt vor. Ich frage mich, wo bleibt da

der Rechtsschutz. Wo bleibt die Empathie für diese Menschen in diesen Unterbringungssituationen? Wo bleibt denn die externe Kontrolle der Einrichtung? Wir wissen doch, dass Grundrechtsschutz in Institutionen und der Begriff der totalen Institution soziologisch voll auf die Unterbringungssituation, vor allen Dingen in der Psychiatrie, zutreffen. Wo bleibt da die Empathie, wo bleibt der Rechtsschutz für diese Menschen?

Zur sofortigen Unterbringung nach § 17. Aus meiner Sicht sollten nur beliebigen Ärzte bei Gericht antragsberechtigt sein. Dass hier alle Ärzte als antragsberechtigt angesehen werden, kann ich nicht nachvollziehen. Der beliebige Arzt bringt vorläufig unter, also stellt er auch als beliebiger Arzt den Antrag auf richterliche Anordnung. Wie sollen das plötzlich alle Ärzte sein? Das ist nicht nachvollziehbar.

Ich will noch zwei, drei andere Punkte nennen. Es ist in § 19 PsychKHG bei der Behandlung vom gesetzlichen Vertreter, der einwilligen muss, die Rede. Das gilt natürlich nur für einwilligungsunfähige Patienten. Bei einwilligungsfähigen Patienten müssen die Patienten selbst einwilligen. Wir können doch nicht paternalistisch sagen: Alle Patienten, die wir behandeln wollen, sind einwilligungsunfähig und bedürfen eines gesetzlichen Vertreters. – Wo bleibt in diesem Zusammenhang eigentlich der gewillkürte Vertreter, der Vollmachtnehmer? – Wir haben im Betreuungsrecht gerade aktuell festgestellt, wir haben 4 Millionen bei der Bundesnotarkammer hinterlegte Vorsorgevollmachten in Deutschland. Der Vorsorgebevollmächtigte taucht in diesem Gesetz überhaupt nicht auf. An keiner Stelle taucht er als Patientenvertreter auf, obwohl beispielsweise beim Vorrang der Unterbringung durch den Betreuer der Vorrang der Unterbringung durch den entsprechend Bevollmächtigten mit aufgeführt sein müsste, ist er aber nicht. Man fragt sich, wieso das PsychKHG Hessen einen so engen Blickwinkel auf das gesamte Betreuungsrecht hat. Immerhin hat man schon begonnen, die Betreuer etwas mehr einzubeziehen. Heute Morgen ist schon – vor allem seitens der Betreuerverbände – darüber gesprochen worden, dass man hier die Betreuer stärker einbeziehen muss. Dafür kann ich nur plädieren, aber bitte vergessen Sie die Vorsorgebevollmächtigten auch nicht.

Ich will noch einen Punkt nennen, der für die Ärzte auch ganz wichtig ist. Das ist der § 19 Abs. 3 S. 3. Die Vorschriften zur Patientenverfügung, § 1901a BGB, und zur Feststellung des Patientenwillens, § 1901b BGB, bleiben unberührt. Wenn Sie das einem Arzt vorlesen und sagen, er soll es erklären – –

Er ist Normadressat, er muss mit dieser Vorschrift umgehen. Er soll eine Patientenverfügung beachten. Ist das alles, was in § 1901a BGB steht? Nein, da gibt es einen Abs. 2, in dem es um Behandlungswünsche geht und um den mutmaßlichen Willen des Patienten. Das alles ist zu beachten. Ebenso ist natürlich auch eine psychiatrische Patientenverfügung zu beachten. An dieser Stelle muss man allerdings deutlich darauf hinweisen, dass im Fall einer die Zwangsbehandlung gegen den Willen des Patienten ausdrücklich verlangenden sogenannten psychiatrischen Patientenverfügung natürlich, wenn die Zwangsbehandlung begonnen wird, nicht der Richtervorbehalt entfällt, sondern der setzt genau in diesem Zeitpunkt wieder ein, weil man im Hinblick auf den Wunsch des Patienten, ehe er geäußert hat, er wolle zwangsbehandelt wer-

den, nicht davon ausgehen kann, dass aktuell, wenn die Behandlung beginnt, keine Zwangsbehandlung stattfindet. Sie sehen, in dieser Vorschrift verstecken sich viele Punkte. Das ist eine komplizierte Rechtslage. Die behandelt man in Hessen mit einem Satz: Vorschriften zur Patientenverfügung und zur Feststellung des Patientenwillens bleiben unberührt. – Das sind böhmische Dörfer. Das ist nicht adressatengerecht formuliert und erläutert.

Ich will noch auf einen einzigen Punkt hinweisen, § 20 Abs. 5, Behandlungsmaßnahme. Dass laut der Begründung nur bei Gefahr im Verzuge für die Gesundheit zunächst ohne richterliche Genehmigung die medizinische Behandlung auch gegen den Willen des Patienten begonnen werden kann, ergibt sich aus dem Wortlaut der Norm überhaupt nicht. Die Bezugnahme oder der Verweis auf Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 2 reicht meiner Ansicht nach überhaupt nicht aus, weil darin die Voraussetzungen für den Beginn der Zwangsbehandlung, nämlich Gefahr im Verzuge für die Gesundheit, sich nicht deutlich genug ergibt. Es bleibt auch nach wie vor offen, wer überhaupt zur Antragstellung bezüglich dieser Maßnahmen bei Gericht, also für die Einholung der gerichtlichen Genehmigung der Zwangsbehandlung, zuständig sein soll und zwar auch in Eilfällen. Das ergibt sich meiner Ansicht nach natürlich mittelbar aus § 16 Abs. 4, sprich: Antragsbefugt ist die Verwaltungsbehörde bzw. das Gesundheitsamt. – Allerdings kennen Sie vielleicht die Rechtsprechung vieler Gerichte in Hessen, die davon ausgehen, antragsbefugt sei der Arzt. Also auch hier fordere ich Sie dringend auf, das klarzustellen. Wir haben immer wieder – ich persönlich in den über 30 Jahren, die ich Richter war, ich bin seit kurzem pensioniert – zum HFEG, zu geplanten Neufassungen eines neuen PsychKHG Stellung genommen. Jetzt mache ich es wieder – 14 Seiten, 15 Seiten, noch einmal die mündliche Stellungnahme schriftlich auf ein paar Seiten zusammengefasst. Ich muss sagen, viel Hoffnung, dass Hessen endlich einmal wieder vorne ist, habe ich ehrlich gesagt nicht.

Für den Betreuungsgerichtstag kann ich Ihnen sagen: Bei diesem Gesetz werden wir hinsichtlich § 21, nämlich hinsichtlich der Frage, ob unterhalb der Schwelle der 5- und 7-Punkt-Fixierung das Gesetz verfassungsgemäß ist, hoffentlich eine Bundesverfassungsgerichtsentscheidung haben, die uns zeigen wird, dass das verfassungswidrig ist, was hier geregelt worden ist. Denn es ist doch logisch, dass sich auch bei einer 3-Punkt-Fixierung um eine Fixierung handelt, die unter den Spruch des Bundesverfassungsgerichts fällt. Das Bundesverfassungsgericht hat ausdrücklich gesagt, *j e d e n f a l l s* die 5- und 7-Punkt-Fixierung sind genehmigungspflichtig und zwar muss dann nach 30 Minuten sogar durch einen richterlichen Eildienst entschieden werden. Meiner Ansicht nach liegt es völlig klar auf der Hand, dass es nur verfassungsgemäß sein kann, dies auch für die Schwelle unterhalb der 5- und 7-Punkt-fixierung ebenso zu regeln. Ich verstehe also dieses Gemurks – ich muss es leider so sagen – in § 21 nicht. Wenn Sie sich diese Vorschrift anschauen, dann sagen Sie mir bitte: Inwiefern soll das für die Richterschaft praktikabel sein? – Ich leite den Erfahrungsaustausch und die Fortbildung der Kollegen. Ich kann gut nachvollziehen, wenn die fassungslos davorstehen und sagen: Ja, sollen wir jetzt nicht womöglich doch die weniger als 5- und 7-Punkt-Fixierung unter Abs. 1 fallen lassen und auch nach 30 Minuten tätig werden?

Stellv. Vors. Abg. **Christiane Böhm**: Als Erste hat sich Frau Dr. Sommer gemeldet. Anschließend werde ich meine Fragen stellen.

Abg. **Dr. Daniela Sommer**: Herzlichen Dank für Ihre sehr deutliche Worte nicht nur heute hier, sondern auch in Ihren einzelnen Stellungnahmen, die ich sehr akribisch gelesen habe. Ich fange so in der Reihenfolge bei Herrn Mazur an. Sie haben gesagt, das Wort „grundsätzlich“ bei der 1:1-Betreuung zu streichen. Vielleicht können Sie noch einmal erläutern, warum das so wichtig ist und warum Sie sehen, dass das verfassungsrechtlichen Anforderungen ebenfalls nicht gerecht wird.

Sie haben genauso wie Herr Bauer und auch wie Herr Braun gesagt, dass die 3-Punkt-Fixierung nicht mitaufgeführt ist. Sie haben in Ihrer Stellungnahme geschrieben:

Soll die 3-Punkt-Fixierung tatsächlich nicht genehmigungsbedürftig sein?

Ich würde Ihnen gerne Ihre eigene Frage stellen, um da Klarheit zu bekommen.

Sie haben auch die Zwangsbehandlung bei Fremdgefahr aufgeführt und gesagt, dass das verfassungswidrig. Vielleicht könnten Sie dazu auch noch Stellung nehmen.

Mein letzter Punkt, den ich auch wirklich richtig gut fand: Sie sind immer wieder auf Räume und Qualität schaffen eingegangen. Da ist die Frage: Inwiefern kann ein Gesetz mit Übergangsfristen leisten, in Kliniken diese Timeout-Räume oder bestimmte Räume und Qualität zur Verfügung zu stellen? Inwieweit kann man gesetzlich regeln, dass die Strukturen dort endlich gegeben sind, um das, was man schutzbedürftigen Personen eigentlich gewähren muss, auch gewährleisten kann.

Herr Braun, Sie hatten noch einmal die medizinischen Leitlinien angesprochen. Die sind heute leider bis auf das, was Sie genannt haben, selten kommuniziert worden. Vielleicht könnten Sie einfach noch etwas zur Schutzvorschrift fixierter Menschen sagen.

Sie hatten auch gesagt, man solle sich an Schleswig-Holstein, Niedersachsen und Bayern orientieren. Vielleicht können Sie sagen, was dort die Vorteile sind und was die Gesetze dort besser regulieren.

Herr Bauer, Sie hatten ebenfalls in Ihrer schriftlichen Stellungnahme zwischen den Nummern 5 und 6, bei denen es um die Fixierung bzw. um die Regelung des Bundesverfassungsgerichtes geht, unterschieden. Sie haben gesagt, das zu differenzieren, ist schon verfassungsrechtlich nicht korrekt. Vielleicht könnten Sie das noch einmal starkmachen.

An einer Stelle gehen Sie auch noch auf den Schutz der Betroffenen ein. Das war zum einen der Punkt mit den Bevollmächtigten, aber auch – ich glaube, das haben Sie gerade nicht genannt – zu § 19 sagen Sie, dass die Vertreterperson auch die verpflichtende Behandlungsplanung eingebunden werden soll. Vielleicht können Sie noch sagen, warum es essenziell ist,

Schutzbedürftige, die sich vielleicht nicht so artikulieren oder äußern können, mit zu berücksichtigen.

Abg. **Christiane Böhm**: Ich bedanke mich auch ganz herzlich in meiner Funktion als Landtagsabgeordnete bei Ihnen für Ihre Stellungnahme und dafür, dass Sie uns die Brisanz dieses Gesetzentwurfes so deutlich gemacht haben. Sie können vielleicht selbst entscheiden, auf welche meiner Fragen Sie antworten; denn ich möchte Sie nicht nur einzelnen Personen zuordnen.

Eine Frage hätte ich noch an Herrn Mazur persönlich. Herr Richter Mazur, ich weiß nicht, ob ich es vorhin falsch verstanden habe. Habe ich tatsächlich gehört, dass in Fulda fixierte Menschen auf dem Flur und vor der Teeküche liegen? – Ich kenne solche Geschichten zwar aus früheren Zeiten, ich hatte aber gehofft, dass so etwas in Hessen jetzt nicht mehr vorkommt. Da war natürlich die Frage, wie bestimmte Dinge gesetzlich geregelt werden. Frau Dr. Sommer hat auch schon gefragt, welche gesetzlichen Bemühungen notwendig sind, aber darüber hinaus ist auch die Frage: Was muss denn getan werden, damit es tatsächlich eine räumliche Ausstattung der Kliniken gibt, die eine ordentliche Psychiatrie betreiben würden?

Ich möchte mich ganz besonders mit den verfassungsrechtlichen Fragen beschäftigen. Sie, Herr Mazur, Herr Braun und Herr Bauer, haben in Ihren Stellungnahmen verschiedene Punkte herausgestellt. Es sind einmal § 20, die Verfassungswidrigkeit bei Personen mit freier Willensbildung. Das stand schon zuvor im Gesetz. Die Frage ist, warum ist das noch nie beklagt worden. Ist das noch nie gemacht worden oder ist schon geklagt worden? Dann können Sie das sagen. Die Verfassungswidrigkeit muss einem da ins Auge springen, auch wenn man wie ich überhaupt keine Juristin ist.

Der Zweite Punkt betrifft den Fixierungsparagrafen, den haben Sie benannt, und die 1:1-Betreuung. Zur Fixierung habe ich eine anschließende Frage zum Befund des Bundesverfassungsgerichtsurteils. Herr Bauer hat es uns – ich musste es nicht mehr herausuchen – in seiner Stellungnahme hineingeschrieben. Das Bundesverfassungsurteil hatten nur – habe ich das richtig verstanden – über eine 5-Punkt-Fixierung und eine 7-Punkt-Fixierung zu urteilen. Eine andere Frage lag ihnen nicht vor. Für mich stellt sich daher die Frage, wie man zu der Überzeugung kommen kann, dass man das auf andere Fixierungsarten überträgt, wenn in diesem Urteil nur diese beiden zu klären hatten. Ist das tatsächlich für andere Fixierungsarten übertragbar oder gilt es für diese Fälle und andere nicht? Das wäre die Frage. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage der Verfassungswidrigkeit.

Das Wort „grundsätzlich“ bei der 1:1-Betreuung ist problematisch – Herr Braun hat es, glaube ich, in seiner Stellungnahme deutlich gemacht, vielleicht können Sie das auch noch einmal erläutern –; denn sie ist auch Vorgabe der Hersteller dieser Fixierungsmittel, weil es notwendig ist, dass sie professionell und richtig angewendet werden, sodass sich Menschen in der Fixierung nicht verletzen. Es gibt Todesfälle und es kommt zu Verletzungen bei Fixierungen, deswegen ist es nicht nur eine Frage der Traumatisierung. Ich kann mich gut erinnern, in Rheinland-

Pfalz hatten wir als Betreuerinnen damals ganz viele, lange Fortbildungen zum Thema Fixierungen, bei denen vermittelt wurde, was passieren muss. Ist das nicht eine Vorschrift, die nicht eigentlich unmittelbar im Gesetz einen Niederschlag haben muss?

Ich hätte noch eine Frage an Herrn Braun. Sie haben in Ihrer Stellungnahme deutlich gemacht, dass die meisten Unterbringungen nach dem vorläufigen Verfahren, nach § 17 Abs. 1 S. 1 laufen. Vorläufiges Verfahren heißt, dass man nicht immer alles gleich beurteilen kann. Ich habe in einer Stellungnahme gelesen, dass es bei Betreuungsverfahren in Hessen – beim Lesen hat es mich wirklich weggehauen manchmal – teilweise mehr als ein halbes Jahr dauert, bis es überhaupt zu einer Betreuung kommt. Ist das jetzt der Grund, aus dem Unterbringungen so häufig vorläufig sind, weil eigentlich schon ein Verfahren angestrengt ist oder soll, aber noch nicht so weit ist? Was ist denn der Grund? Was sagt das denn über unser psychiatrisches System bzw. unsere Konstruktion aus, wenn alles immer nur vorläufig geregelt werden muss und nicht in einem normalen, geplanten Verfahren abläuft? Oder ist es aufgrund der Krisensituation so notwendig?

Eine zweite Frage habe ich noch, die sich, glaube ich, an Herrn Bauer richtet. Sie hatten moniert, dass die Betreuerinnen und Betreuer nur dann in Kenntnis gesetzt werden sollen, wenn die Kenntnis darüber vorliegt, dass es eine Betreuerin, einen Betreuer gibt. Sie haben vorhin gesagt, wie viele Vorsorgebevollmächtigten es in Deutschland gibt. Ich stelle es mir ziemlich einfach vor, wissen zu können, ob jemand eine Betreuung hat oder nicht. Vielleicht ist das meine Laienvorstellung. Vielleicht gibt es dazu irgendwelche datenschutzrechtlichen Vorschriften. Ist es für eine Kreisstadt oder eine Klinik so schwierig, Kenntnis darüber zu erlangen, wer die Betreuung ist oder ob eine besteht?

Noch eine Frage zur Ultima ratio. Das scheint ein besonderes Gerät zu sein, das alle anders auslegen. Gerade dann, wenn die gleichen Hintergründe für eine Unterbringung wie für eine Fixierung gelten, dann stellt sich die Frage, was dann die Ultima ratio ist. Vielleicht können Sie uns noch einmal deutlich erklären, was der Unterschied ist. Wann darf fixiert werden im Gegensatz zur Unterbringung?

Eine weitere Frage an Sie alle noch einmal: Sehen Sie eine Möglichkeit, den Gesetzentwurf noch verfassungsgemäß und in Übereinstimmung mit der UN-Behindertenkonvention zu gestalten oder sehen Sie nur noch die Möglichkeit, dass abschließend Teile des Gesetzes vor dem Bundesverfassungsgericht beklagt werden müssen?

Abg. **Yanki Pürsün**: Ich hätte eine Frage an alle drei Anzuhörenden. Ich möchte mich erst einmal für die Deutlichkeit bedanken, mit der Sie Ihre Kommentare vorgetragen haben. Danke auch angesichts dessen, dass Sie es vorab schon schriftlich mitgeteilt haben und auch Beispiele aus anderen Bundesländern benannt haben. Ich komme so relativ schnell zum Bundesland Schleswig-Holstein. Ich habe das natürlich mit Interesse vernommen. Das ist ein Bundesland, auf das wir regelmäßig hinweisen. Das möchte ich bei dieser Gelegenheit noch einmal wiederholen: Gerne dort mehr abgucken. – Es ist, glaube ich, schon sehr klar gesagt worden,

dass große Unverständlichkeit darüber herrscht, warum drei Jahre nach dem Urteil vergehen mussten. Ich habe gerade aufgerufen, was die Kollegen in Schleswig-Holstein gemacht haben. Die waren ein Jahr schneller. Der Sozialminister dort hat in der Debatte darauf hingewiesen, dass mit den gesetzlichen Änderungen auf die verfassungsgerichtliche Rechtsprechung eingegangen wurde. Das scheint etwas zu sein, was in Hessen nicht ausreichend gemacht wurde. Wir als Landtag müssen prüfen, ob das ein Fehler oder eine allgemeine Haltung der Landesregierung ist, die Verfassung auszublenden. Daher hätte ich noch die konkrete Frage, auch wenn Sie es schon ziemlich deutlich dargelegt haben: Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass dieser Entwurf, wenn man ihn so verabschieden würde, gerichtlich von einer höheren Instanz verworfen wird, zumindest in Teilen? Sind das 100 % oder nur nahe 100 %?

Stellv. Vors. Abg. **Christiane Böhm**: Ich sehe keine weiteren Wortmeldungen und gebe nun den Anzuhörenden das Wort.

Herr **Dr. Mazur**: Zunächst einmal möchte ich Fulda hier nicht schlecht darstellen. Wir haben eine Psychiatrie mit sehr engagierten Pflegerinnen und Pflegern und sehr engagierten Ärztinnen und Ärzten, die alles dafür tun, um die Psychiatrie möglichst zwangsfrei zu führen. Ich denke aber, dass Fulda keine Ausnahme ist. Die Psychiatrie in Fulda wird in einem privaten Krankenhaus neben der somatischen Klinik betrieben. Die Ausstattung ist einfach katastrophal. Wir sind mit der Chefärztin immer im Gespräch. Sie sagt, dass dafür kein Geld da ist. Daher denke ich: Klar, wenn es keinen Raum gibt, wo es eine 1:1-Betreuung gibt und sich die fixierte Person aufhalten kann – wobei Sichtschutz zu gewährleisten ist –, dann muss das auf dem Gang stattfinden, weil man dort die Person eben im Blick hat. – Ich denke nicht, dass Fulda eine Ausnahme ist. Ich würde mich fast aus dem Fenster lehnen und sagen, dass das wahrscheinlich die Regel ist. Dafür kann ich aber natürlich keine Hand ins Feuer legen. Das Problem ist eben, dass es keine Vorgaben gibt, wie die Psychiatrien im Einzelnen ausgestattet sein müssen. Einem privaten Krankenhausträger kann man das nicht vorschreiben. Aber, wenn dort ein staatlicher Zwang ausgeübt wird, nämlich eine staatliche Unterbringung vollstreckt wird, dann muss es durchaus möglich sein, dass man sagt: Dann gibt es eben Mindestanforderungen, die geschaffen werden müssen.

Warum ist das Wort „grundsätzlich“ zu streichen? – Ganz einfach, weil das Bundesverfassungsgericht nicht gesagt hat: Es ist eine 1:1-Betreuung **g r u n d s ä t z l i c h** zu gewährleisten, sondern sie ist zu gewährleisten und zwar stets oder durchgehend. – Ich konnte die Entscheidung nur auf die Schnelle durchblättern, aber so hieß es dort. Das bedeutet, wenn Sie das Wort „grundsätzlich“ in den Gesetzentwurf hineinschreiben, dann wird man sagen: Gut, grundsätzlich ist das zu gewährleisten, wenn man das Personal hat und das Personal gerade Zeit hat, also nie. – Das ist einfach die Realität bei der derzeitigen Versorgung.

Es findet keine durchgehende 1:1-Betreuung statt, obwohl wir darauf drängen und unsere Genehmigungen davon abhängig machen. Wir wissen aber, dass es nicht gesetzlich vorgeschrieben ist – zum einen die richterliche Genehmigung für Fixierungen und zweites auch die 1:1-Betreuung in Hessen. Das wird aus einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts hergeleitet, die dem Gesetzgeber damals bis 2019 eine Übergangsfrist gesetzt hat und nicht bis 2021, sodass wir erst einmal eine klare Rechtsgrundlage brauchen, um überhaupt das einfordern zu können, was im Gesetz steht. Dann können wir das davon abhängig machen. Wenn da grundsätzlich steht, stehen auch Richterinnen und Richter vor der Entscheidung: Was mache ich, wenn es um eine Psychiatrie geht, in der keine 1:1-Betreuung zur Verfügung steht? – Wenn da grundsätzlich steht, dann kann der Arzt sagen: Ja, grundsätzlich, wenn eine zur Verfügung steht, werden wir das gewährleisten. – Ich kann aber in meinen Beschluss nicht mehr hineinschreiben: Diese Genehmigung der Fixierung gilt nur für den Fall, dass eine 1:1-Betreuung zur Verfügung steht. – Denn ansonsten wird vielleicht weiterhin fixiert ohne 1:1-Betreuung, dann ist es aber von der richterlichen Genehmigung nicht mehr gedeckt und somit findet eine nicht gerechtfertigte Freiheitsberaubung und damit eine Straftat statt. Das ist der große Unterschied.

Frau Dr. Sommer, Sie haben nach der Art der Fixierung gefragt. Um auch Ihre Frage, Herr Pürsün, mit einzuflechten, sage ich: Die Ausnahme für die 1-Punkt-Fixierung im Gesetz in Schleswig-Holstein finde ich ein bisschen misslungen. Aus dem Gesetzgebungsmaterialien kann man entnehmen, dass sie für Menschen gedacht ist, die nicht untergebracht sind oder werden müssen. Es geht um Menschen, die sich nicht entfernen wollen, aber im verwirrten Zustand ihre Zugänge ziehen wollen. Warum dort aber ein höherer Rechtsschutz durch eine unabhängige Kontrolle, nämlich durch den Richter, nicht stattfinden soll, entzieht sich meiner Kenntnis. Daher würde ich persönlich dafür plädieren, dass man jede Form der Fixierung auf jeden Fall unter Richtervorbehalt stellt; denn auch beim Ziehen der Kanüle ist eine 1-Punkt-Fixierung ein starker Eingriff in die Bewegungsfreiheit des Menschen, auch wenn es nur die Hände sind, die man nicht mehr bewegen kann. Wie weit das verfassungsrechtlich geht, kann ich nicht sagen. Da streiten sich die Experten. Ob ein Timeout-Raum eine besondere Sicherungsmaßnahme ist, die dem Richtervorbehalt unterliegt, werden die Kollegen in Karlsruhe vielleicht irgendwann klären müssen. Das wissen wir nicht.

Aber, wenn wir jetzt darüber reden, wie man einen möglichst guten Rechtsschutz für die Menschen gewährleisten kann, dann muss man sagen: Wir genehmigen die Unterbringung. – Das heißt, die Person darf die Station nicht verlassen, sie darf nicht rausgehen. Jetzt darf sie nicht einmal den Raum verlassen, ist in einem besonders gesicherten Raum – früher hat man das Gummizelle genannt –, einem gepolsterten Raum unterbracht. Stellt das gegenüber der Unterbringung auf der Station einen derartig intensiveren Eingriff dar, dass das erneut den Richtervorbehalt auslöst? Meiner Ansicht nach ist das so. Meiner Ansicht nach ist das immer ein Gewinn für den individuellen Rechtsschutz der Person; denn damit stellt man sicher, dass die Maßnahme nicht nur als erzieherische Maßnahme genutzt wird, nach dem Motto: Wenn du hier so herumläufst und dich so aufspielst, dann gehst du in den Timeout-Raum. – Das wird, wenn es einen Richtervorbehalt gibt, nicht stattfinden, weil man dann aus dem ärztlichen Attest erst einmal die Gefahr, die Gründe für diese Maßnahme herauslesen muss und dann macht man sich selbst ein Bild. Wenn man sagt: Die Person ist doch jetzt ganz friedlich. Lassen Sie sie doch

jetzt wieder heraus. – Dann wird gesagt: Ja, aber wenn Sie weg sind... – Worauf ich dann erwidere: Ja, wenn ich weg bin, dann komme ich wieder. Dann können wir noch einmal darüber reden. – Das ist natürlich mehr Arbeit für uns, aber das tun wir gerne zur Sicherung des Rechtsschutzes.

Dann gab es die Frage nach den baulichen Möglichkeiten. Die sind sicherlich nicht überall möglich, aber ich würde durch lange Übergangsvorschriften durchaus begrüßen, wenn man sagt: Dort, wo es baulich möglich ist, muss ein Ausgangsbereich geschaffen werden. – Das ist in Fulda möglich. Baulich könnte man einen Außenbereich durch entsprechende Sicherungsmaßnahmen schaffen. Aus Kostengründen wird es nicht getan. Natürlich müsste man dann zwingend vorschreiben, dass jede Psychiatrie über einen – oder in einer angemessenen Anzahl, je nachdem wie oft er benutzt wird, aber eben mindestens einen – gesicherten Timeout-Raum verfügt. Dann müsste es einen Raum geben, der besonders für Fixierungen vorgesehen ist, der freundlich ausgestattet ist, sodass das eben nicht auf den Gängen passieren muss. Das wäre ein Riesenfortschritt durch eine solche Vorschrift, auf die sich die Psychiatrien einstellen könnten.

Zu der Zwangsbehandlung. Ja, es ist so, ich sehe im hessischen Gesetz – so ist es jetzt und es ändert sich im Entwurf jedenfalls nicht – eine Verletzung des Selbstbestimmungsrechts bei Fremdgefahr durch einwilligungsfähigen Patienten. Während bei Eigengefahr durch den Patienten die Einwilligungsunfähigkeit für die Zwangsbehandlung Voraussetzung ist, gibt es diese Formulierung, dass jemand nicht in der Lage zur freien Willensbildung ist, bei der Fremdgefahr nicht. Wenn ich zur freien Willensbildung in der Lage bin, entscheide ich selbst, ob ich behandelt werden möchte oder ob man die Gefahr anders abwendet z. B. durch eine körpernahe Fixierung. Wenn ich eine Aufhebung der körpernahen Fixierung möchte, kann ich mich immer noch für die Behandlung entscheiden. Man kann natürlich nicht über die Rechtsgüter anderer disponieren. Dazu hat das Bundesverfassungsgericht in seiner Entscheidung auch Stellung genommen. Wenn ich zur freien Willensbildung in der Lage bin und eine Gefahr für Dritte darstelle, dann muss es doch mir überlassen werden, ob ich eine Behandlung in Anspruch nehme oder ob ich gegen meinen freien Willen fixiert werde. Die Gefahr für Dritte kann immer anders abgewendet werden. Ich werde zwar ohne Behandlung wahrscheinlich nicht gesund und auch nicht entlassen werden können – das ist möglich –, aber, wenn ich doch zur freien Willensbildung in der Lage bin, dann kann ich das doch selbst entscheiden. Ich tue doch niemanden etwas Böses, wenn Dritte durch andere Maßnahmen wie Fixierung oder Timeout-Raum usw. vor mir geschützt werden. Daher, denke ich, verstößt diese Regelung auf jeden Fall gegen das Selbstbestimmungsrecht und ist damit verfassungswidrig.

Ansonsten übergebe ich an meine Kollegen. Sie wissen, wenn Sie drei Richter fragen, bekommen Sie vier Antworten. Ich bin einmal gespannt.

Herr **Braun**: Ich glaube, gerade hier erhalten Sie drei gleichlautende Meinungen von drei Richtern. Ich teile das voll, was der Kollege Herr Mazur gerade ausgeführt hat. Ich möchte noch zwei, drei Sachen ergänzen.

Die Schutzvorschrift der 1:1-Betreuung – das ist eine Schutzvorschrift für den Betroffenen, keine Gängelung der Klinik, weil es eben so viele Todesfälle und massive Vorfälle in der Fixierung und nicht außerhalb gab – ist eine therapeutische Maßnahme und eine Maßnahme zum Schutz des Betroffenen. Dazu gehört auch der direkte Kontakt. Das kann man auch nicht über den Monitor machen, sondern es ist eine Ansprache notwendig für die Menschen, die in einer Ausnahmesituation sind. Genau das wurde noch vor der Bundesverfassungsgerichtsentscheidung als Grundlage der Erstellung der Leitlinien empirisch festgestellt. Der Arzt Dr. Steinert, der vorhin schon von den ärztlichen Kolleginnen und Kollegen angesprochen worden ist, war Sachverständiger bei der Bundesverfassungsgerichtsentscheidung. Er hat genau darauf hingewiesen. Die 1:1-Betreuung ist keine Idee der Richterinnen und Richter, sondern eine ursprüngliche Idee der Ärztinnen und Ärzten zum Schutz eines ihnen zum Schutz überlassenen Patienten. In der S2k-Leitlinie „Verhinderung von Zwang, Verhinderung von aggressivem Verhalten in der Psychiatrie“ und in der S3-Leitlinie „Notfallpsychiatrie“ steht das drin. Da steht auch nichts von einer grundsätzlichen 1:1-Betreuung, sondern 1:1-Betreuung und zwar durch persönlichen Kontakt. Darauf möchte ich schon hinweisen, dass das nicht die Idee der Juristen ist.

Das wurde in anderen Bundesländern gerichtlich auch durchaus thematisiert, dass das erforderlich ist. So etwas geht natürlich nicht hoch bis zum Bundesverfassungsgericht, weil das erledigt ist, bevor es beim Bundesverfassungsgericht landen könnte. Das ist dann höchstens eine Rechtswidrigkeitskontrolle, die im Nachhinein stattfindet. Diese Kraft haben die psychisch-kranken Menschen nicht, im Nachhinein noch einmal vor dem Verfassungsgericht feststellen zu lassen, dass diese Maßnahme rechtswidrig war. Selbstverständlich gibt es Instanzgerichtsentsprechungen, die das eindeutig so sehen. Ich kenne auch kein Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz – natürlich kenne ich nicht alle im Detail –, in dem vorgesehen ist, dass nur grundsätzlich eine 1:1-Betreuung erforderlich wäre bei einer körpernahen Fixierung.

Zur räumlichen Ausstattung. Ich meine schon, aus meiner Erfahrung sagen zu können, die Hauptmöglichkeit, um Fixierungen zu verhindern, ist, dass sich die Menschen in einem reizarmen Raum, in einer reizarmen Umgebung oder an der frischen Luft beruhigen können. Deswegen – das war auch Ihre Frage, Herr Pürsün – halte ich das schleswig-holsteinische Gesetz für gut. Die haben eine Übergangsvorschrift vorgesehen, dass bis zum Jahr 2026 oder bis 2028 die Kliniken so ausgestattet werden müssen, dass in jeder Klinik, die einen psychiatrischen Freiheitsentzug durchführt, entsprechende Räume geschaffen werden müssen. Wenn sie das nicht schaffen, sind sie schlicht keine geeignete Einrichtung mehr. So verstehe ich das Gesetz.

40 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete wäre es wirklich an der Zeit, dass die Psychiatrien auch so ausgestattet sind, dass Menschen dort als Schutzbefohlene behandelt werden können und zwar nicht nur medizinisch, sondern auch als Menschen behandelt werden. Das sehe ich leider – auch in den Kliniken, für die ich zuständig bin – immer weniger. Ich sage ausdrücklich immer weniger. Es wird eher schlechter, weil der Kostendruck ansteigt. Deswegen bin ich hier für die ganz klare staatliche Kontrolle und nicht für die Übertragung von Macht auf Ärztinnen und Ärzte; denn die sind auch in ihrem System gefangen. Wir müssen den Staat in die Verpflichtung nehmen, Verantwortung dafür zu übernehmen – genauso wie im Strafvollzug, genauso wie im

Maßregelvollzug –, dass die Menschen eine Umgebung bekommen, die rechtstaatlich angemessen ist.

Weil Sie es angesprochen haben, wollte ich noch zur Fixierung sagen: Die SEGUFIX-Anwendungshinweise kann man ganz leicht herunterladen. Das ist das meistbenutzte System, mit dem Menschen in der Psychiatrie fixiert werden. In den Warnhinweisen steht – Stichwort: Medizinproduktegesetz –, bei einer Fixierung – von 5- oder 7-Punkt-Fixierung steht dort nichts, sondern einfach nur Fixierung – ist immer eine ständige Anwesenheit von Personen erforderlich. – Wenn eine Klinik das nicht gewährleistet, verstoßen sie nicht nur gegen die eigenen Leitlinien, sondern dazu auch noch gegen das Medizinproduktegesetz, weil sie ein Medizinprodukt benutzen, was nicht entsprechend angewandt wird. Da steht auch, dass Menschen da sein sollen und nicht irgendwie durch Kameraüberwachung gesagt wird: Schauen wir einmal, ob der sich noch irgendwie ein bisschen bewegt. – Bitte nicht falsch verstehen, wenn ich das hier jetzt so äußere, aber genau so findet es statt.

Wie kann man die Formulierung in den Fixierungsvorschriften und in den Zwangsbehandlungsvorschriften verbessern? Das war eine Frage von Ihnen, Frau Böhm. Die Voraussetzung für die Unterbringungen sind, dass eine gegenwärtige erhebliche Gefahr für den Menschen selbst, für andere oder für erhebliche Rechtsgüter anderer besteht. Das ist die Formulierung bei Unterbringungen. Es darf keine mildere Mittel statt der freiheitsentziehenden Unterbringung geben. Genau der gleiche Wortlaut findet sich in § 21 Abs. 1 in der bisherigen Fassung und auch in der neuen Fassung. Es ist auch nur der Erforderlichkeitsgrundsatz und dass es keine mildere Mittel gibt. Beides ist richtig, aber damit ist die Voraussetzung für die Fixierung genau die Gleiche wie für die Unterbringung selbst. Per se kann jeder Mensch, der akut gefährdet ist, sich oder andere gefährdet, vom Gesetzeswortlaut her im gleichen Moment fixiert werden, weil die Voraussetzungen für die Unterbringung schon gegeben also auch für die Fixierung. Dass der Richtervorbehalt vorgesehen ist und die Gerichte natürlich einen anderen Maßstab daransetzen, dass jemand fixiert wird im Vergleich dazu, dass er „nur“ untergebracht wird, ist etwas anderes, aber wir sprechen hier von einem Eingriffsgesetz. Dieses Eingriffsgesetz muss klar und bestimmt formuliert werden. Die Gerichte sind an dieses Gesetz gebunden. Dafür hat die dritte Gewalt den Eid geschworen. Wenn das so schwammig formuliert ist, dann gewährt das eben nicht den Rechtsschutz.

Da liegt der große Unterschied zum Strafvollzugsgesetz zum Maßregelvollzugsgesetz. Beim Maßregelvollzugsgesetz ist es nicht ganz so, aber beim Strafvollzugsgesetz gibt es § 51. Das ist anders formuliert. Hier wurde das zwar wahrscheinlich durch den Innenausschuss oder den Justizausschuss diskutiert, bevor es zum Gesetz wurde, aber der Eingriff für den Menschen, dass er in dem Moment fixiert wird, ist genau der Gleiche. Warum soll denn der Schutzbefohlene, der präventiv untergebracht wird, der in seinem Leben nichts falsch gemacht hat, also zumindest nichts strafrechtlich relevantes, schlechter gestellt werden, als derjenige, der im Strafvollzug einer Fixierungsmaßnahme unterworfen werden muss. Das muss sich im Gesetzeswortlaut auch wiederfinden. Es geht um den Schutz der Betroffenen. Es geht um den Rechtsstaat. Das ist sehr, sehr entscheidend.

Grundsätzlich gibt es in dem Gesetzentwurf zu viele Sollvorschriften. Es müssen klare Vorgaben gegeben werden. Es darf da nicht stehen „es kann“, „es möchte“ und „es könnte vielleicht ganz gut sein, man soll doch darauf achten“. Das „grundsätzlich“ bei der 1:1-Betreuung entspricht genau dieser Ebene. Es gibt immer Ausnahmen. Diese Ausnahmen darf es nicht geben, sondern es muss klar geregelt sein. Das ist wichtig für die Rechtsanwender. Die Rechtsanwender, das hat der Kollege Mazur eben richtig gesagt, sind eben nicht nur die Gerichte und die Betreuer, sondern eben auch die Ärzte. Das muss adressatengerecht formuliert werden.

Schleswig-Holstein hat noch weitere gute Vorschriften. Der Richtervorbehalt beginnt dort schon ab der 1-Punkt-Fixierung, also bei der 1-Punkt-Fixierung noch nicht, aber bei allem, was darüber ist. Ganz entscheidend: Der Richtervorbehalt ist auch bei der medikamentösen Fixierung gegeben. Das sieht das hessische Gesetz auch nicht vor. Natürlich ist auch eine medikamentöse Fixierung, also eine gezielte Sedierung eines Menschen, damit er sich nicht mehr bewegen kann, eine Fixierung. Es ist eine chemische Fixierung, sollte auch unter den Fixierungsbegriff fallen und dementsprechend auch unter den Richtervorbehalt. Deshalb halte ich das für sehr viel lebensnaher, was Schleswig-Holstein dort umgesetzt hat. Im Übrigen findet sich das auch im BGB. Wenn eine freiheitsentziehende Maßnahme stattfindet, werden dort auch medizinische Fixierungen und medizinische freiheitsentziehenden Maßnahmen unter den Richtervorbehalt gestellt. Warum soll der psychiatrisch Untergebrachte anders behandelt werden als z. B. der Betreute im Pflegeheim?

Ich glaube, ich habe alles abgearbeitet. Mein Kollege Bauer darf auch gleich noch weiter dazu Stellung nehmen. Ich möchte auch ihre Zeit nicht weiter in Anspruch nehmen. Von meiner Seite wolle ich nur noch sagen: Was ganz sicherlich verfassungswidrig ist, ist die Zwangsbehandlung einsichtsfähiger Menschen zur Verhinderung einer Fremdgefahr.

Ich halte auch die jetzige Regelung, wie es der Gesetzentwurf vorsieht, zwischen der einen Art von Fixierung und der anderen Art von Fixierung zu differenzieren, für überhaupt nicht haltbar. Das Bundesverfassungsgericht hat auch schon zu einer 3-Punkt-Fixierung in einem sogenannten Obiter dictum Stellung genommen, dass es völlig unbestritten natürlich eine Freiheitsentziehung ist. Stellen Sie sich einmal vor, Sie können sich nicht einmal am Kopf kratzen, weil Sie mit beiden Händen mit einem Bauchgurt ans Bett gefesselt sind. Das ist selbstverständlich eine Freiheitsentziehung. Das ist auch doch das Entscheidende. Wenn es eine Freiheitsentziehung ist, dass jemand nicht mehr auf Toilette gehen kann, wenn ein Mensch nicht einmal mehr die elementarsten Bedürfnisse wahrnehmen kann, ist es völlig gleichgültig, ob dazu noch die Beine festgezurr sind, oder ob „nur“ die Arme und der Bauch fixiert sind. Der Grundrechtseingriff ist meiner Ansicht nach verfassungsrechtlich eindeutig der Gleiche. Dementsprechend meine ich nicht, dass das halten wird. Da ist auch die juristische Fachliteratur, soweit ich das sehe, überhaupt nicht uneinig, dass das natürlich darunterfallen muss. Ich weiß auch wirklich nicht, woher die Idee kommt, dass nur die 5- und 7-Punkt-Fixierung – es gibt auch die 11-Punkt-Fixierung, wir haben ganz vergessen, das hier zu thematisieren, das findet in Psychiatrien auch statt – dem Richtervorbehalt, der 1:1-Betreuung und der 30-Minuten-Regelung unterlägen. Das gilt genauso für die 3-Punkt-Fixierung.

Herr **Bauer**: Vielleicht wird Sie überraschen, dass ausgerechnet die wertkonservativen Juristen so etwas wie eine grundlegende Reform fordern, nämlich ein komplettes Umdenken. Ich appelliere an Sie, die Dinge wirklich wieder vom Kopf auf die Füße zu stellen, was die Rechtsstaatlichkeit angeht. Ich bin der Meinung, und wir sind uns da offenkundig einig, also nicht drei Juristen mit vier verschiedenen Meinungen, sondern drei Juristen, die als langjährige Praktiker und Kommentatoren der Gesetzeslage der Auffassung sind, dass auch besonders gesicherte Räume zusätzliche freiheitsentziehende Maßnahmen sind, die genehmigungsbedürftig sind. Das ist in diesem Gesetzentwurf nicht vorgesehen. Das Gleiche gilt für eine Sedierung, die so stark ist, dass ich mich nicht mehr fortbewegen kann.

Wenn Sie danach fragen, wie wahrscheinlich es ist, dass das Bundesverfassungsgericht so etwas entscheidet, dann weise ich darauf hin: Die haben mit einem Fingerschnipp gerade dafür gesorgt, dass nach 30 Minuten Freiheitsentzug plötzlich die Realität eine andere war. Das bedeutet nämlich den Bedarf an wie vielen zusätzlichen Richtern? Ich will es nicht berechnen, aber sicherlich eine ganze Menge. Das Bundesverfassungsgericht hat offensichtlich nicht einen Moment gezögert, dies auszusprechen und zu sagen: Das gilt ab sofort. – Denn wir hatten diese Rechtsprechung 2018, und ab da hatten die Gerichte diesen Rechtsschutz zu gewährleisten. Ob Personal da war oder nicht, spielte keine Rolle.

Ich bin schon etwas überrascht. Ich habe auf jeder Tagung, auf der die Referenten des Ministeriums über die Jahre hinweg ihre Reformüberlegungen vorgetragen haben, immer gesagt: Was Ihr zu den besonderen Sicherungsmaßnahmen sagt, nämlich sie ohne Richtervorbehalt zu belassen, ist verfassungswidrig. – Offensichtlich zählt das Wort von Praktikern so gut wie überhaupt nicht. Es muss erst das Bundesverfassungsgericht kommen, um den Gesetzgeber zu sagen: Haltet euch bitte an die Verfassung. – Das kann es eigentlich nicht sein. Man ist als Jurist immer wieder überrascht. Das muss man schon sagen.

Unterhalb der Schwelle der 5-Punkt-Fixierung analog dem, was § 28 PsychKHG aus Schleswig-Holstein vorsieht, ist es ebenso eine scharfe Form des Freiheitsentzuges wie eben die 5- und 7-Punkte-Fixierung auch. Deswegen setzt das meiner Ansicht nach voraus, dass der Richtervorbehalt hier auch in der strengen Form nach 30 Minuten greift.

Was nun die Einbeziehung der gesetzlichen Vertreter, nach denen ich gefragt worden bin, bei § 19 anbelangt: § 19 Abs. 2 S. 1 regelt die Behandlung. Da ist von der Einwilligung des Unterbrachten in eine medizinische Behandlung die Rede. Soweit ein gesetzlicher Vertreter – spricht: Betreuer oder eben ein sorgeberechtigter Elternteil in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – vorhanden ist, bedarf es nach dem Änderungsgesetz dessen Einwilligung. – Das übersieht völlig, dass es natürlich einwilligungsfähige Patienten geben kann. Das sind Menschen, die, wenn Sie ihnen diese Maßnahme erklären, sie auch verstehen werden. Das hat nach BGB-Vorschriften z. B. auf Augenhöhe zu passieren. Das Gesetz spricht selbst von einfacher Sprache. Ich muss im Zweifel also ein Bildchen malen, um dem Patienten zu erklären, was passieren soll. Warum sollte er das nicht verstehen können, wenn man sich die nötige Zeit dafür nimmt?

Nun kennen wir drei – Sie möglicherweise auch – eingehend genug den Klinikalltag. Wir können nicht alle Patienten zu einwilligungsunfähigen Patienten erklären und sagen: Immer wenn

wir einen gesetzlichen Vertreter haben – es gibt 1,4 Millionen Betreuerbestellungen in Deutschland, es sind also genügend Betreuungen vorhanden –, dann muss immer der gesetzliche Vertreter entscheiden. – Das ist schlicht auch juristisch nicht richtig, sondern das ist eine paternalistische Haltung, die die Menschen entmündigt, obwohl das Betreuungsrecht sie bemündigen will. Das heißt, dass ein gesetzlicher Vertreter in Form eines Betreuers zum Arzt sagen wird: Hast du denn meinem Betreuten gesprochen? Hast du ihm in einfacher Sprache nachvollziehbar erklärt, wozu diese Behandlung, diese Psychopharmaka, diese sonstigen therapeutischen Maßnahmen eigentlich dienen? Hast du ihm auch die Nebenwirkungen erklärt und die Auswirkungen, die das haben kann? – Es ist nicht immer nur lustig, psychopharmakologisch behandelt zu werden. Wir alle kennen aus der Praxis die Nebenwirkungen dieser Medikamente, obwohl es moderne Medikamente gibt, die sicherlich nebenwirkungsärmer sind als bisher. Gerade bei Langzeitbehandlungen haben sie aber trotzdem schwere Nebenwirkungen.

Der Einwilligungsfähige entscheidet selbst. Bei einwilligungsunfähigen Patienten, die es natürlich auch gibt, die in der Situation oder vielleicht kontinuierlich längerfristig diese Maßnahmen, deren Notwendigkeit und die Nebenwirkungen nicht nachvollziehen können, ist es natürlich sinnvoll, einen Betreuer zu bestellen. Dann haben wir einen gesetzlichen Vertreter. Im Gesetz ist aber überhaupt nicht vorgesehen, dass ich als psychisch-kranker Mensch womöglich jemanden bevollmächtigen kann, der dann für mich in diesen Situationen entscheidet. Diese gewillkürten Vertreter über eine Vorsorgevollmacht finden im Gesetz keine Erwähnung. Das zieht sich durch das ganze Gesetz hindurch. Wie gesagt: 400.000 hinterlegte Vollmachten bei der Bundesnotarkammer. Man kann da genau nachschauen. Das kann online abgerufen werden. Neuerdings werden wir – mit der Reform 2023, die wir im Betreuungsrecht bekommen werden – den Online-Zugriff der Ärzte auf dieses Register haben. Warum wartet man in Hessen womöglich auf dieses neue Gesetz, um das hessische PsychKHG dann wieder nachbessern zu müssen?

Mein Appell an Sie ist: Schaffen Sie ein modernes Gesetz. Schaffen Sie ein Gesetz, das fortschrittlich ist und entsprechenden Rechtsschutz gewährt. – Die Kollegen haben schon darauf hingewiesen, wie das aussehen könnte. Warum kann Hessen denn nicht einmal an der Spitze aller 16 Bundesländer stehen? Warum muss Hessen so wie beim Organtransplantationsgesetz schlechter als Eintracht Frankfurt in den schlechtesten Zeiten sein? – Ich verstehe es nicht. 16. Platz, 15. Platz, 14. Platz, muss das sein? Ich finde, das muss nicht sein. Ich finde, man kann besser werden, und Sie sollten besser werden und darauf drängen, dass es besser wird.

Noch eine Sache: Wir haben immer wieder betont, dass bestimmte gesetzliche Vorschriften in Hessen bzw. das Nichtvorhandensein dieser Vorschriften – wie z. B. der Richtervorbehalt – verfassungswidrig sind. Wir lagen ziemlich gut bei unserer Prognose; denn das Bundesverfassungsgericht hat 2018 genau das so – zwar nicht für Hessen, aber für zwei andere Bundesländer – entschieden. Will man sich in Hessen wegducken und sagen: So würde das Bundesverfassungsgericht über Hessen nicht entschieden haben? – Ja, das hätte auch für Hessen so entschieden. Warum es in Hessen zu keinen Verfassungsbeschwerden kommt, weiß ich nicht. Das müssen Sie Andere fragen. Vielleicht sind die Zugänge dafür für die Betroffenen zu schwer. Dass eine Zwangsbehandlung Einwilligungsfähiger zur Vermeidung einer Fremdgefahr, die von

denen ausgeht, nur verfassungswidrig sein kann, ist aber keine Prognose meinerseits, sondern das hat das Bundesverfassungsgericht bereits entschieden. Das ist entschieden. Insofern kann ich überhaupt nicht nachvollziehen, wie das in einem hessischen Gesetz auftauchen kann, zumal es auch überhaupt nicht erforderlich ist. Ich habe selbst über solche Anträge zu entscheiden gehabt. Ich habe sie zurückgewiesen, indem ich darauf hingewiesen habe: Die Fremdgefahr wird durch die Unterbringung selbst bereits abgewendet, dazu brauche ich nicht noch eine Zwangsbehandlung. – Dann kommt das Argument, das Personal wird aber gefährdet. Das ist schließlich auch eine Fremdgefahr. Das ist richtig. Dann hat man die Fixierung als Möglichkeit. Das ist meiner Ansicht nach im Vergleich zur Zwangsbehandlung immer noch eine etwas mildere Methode, wenn sie auch erheblich in Rechte eingreift. Wir brauchen die Zwangsbehandlung zur Beseitigung einer Fremdgefahr meiner Ansicht nach nicht.

Damit habe ich alles abgearbeitet, was an Fragen gestellt worden ist.

Stellv. Vors. Abg. **Christiane Böhm**: Ich danke Ihnen allen für Ihre wichtigen Impulse, die Sie uns heute mitgegeben haben und für Ihre Geduld, die Sie über fast sechs Stunden bis fast 15 Uhr gehabt haben, um mit uns diese Beratungen durchgeführt haben. Ich danke auch den Abgeordneten, dass sie diesen aufmerksam gelauscht haben und vieles davon schließlich in ihrem Herzen und ihrem Kopf mittragen. Hiermit schließe ich die Anhörung. Danke schön und auf Wiedersehen.

Beschluss:

SIA 20/62 – 15.11.2021

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

Wiesbaden, 22. November 2021

Protokollführung:

Vorsitz:

Maximilian Sadkowiak

Moritz Promny