

Wortprotokoll

Öffentliche Sitzung

Ausschuss für Gesundheit und Soziales

74. Sitzung
4. April 2016

Beginn: 12.01 Uhr
Schluss: 14.44 Uhr
Vorsitz: Dr. Wolfgang Albers (LINKE)

Vor Eintritt in die Tagesordnung

Siehe Inhaltsprotokoll.

Punkt 1 der Tagesordnung

Aktuelle Viertelstunde

Siehe Inhaltsprotokoll.

Punkt 2 der Tagesordnung

Aktuelles aus der Senatsverwaltung

[0045](#)
GesSoz

Siehe Inhaltsprotokoll.

Punkt 3 der Tagesordnung

Vorlage – zur Beschlussfassung –
Drucksache 17/2696
**Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei
psychischen Krankheiten (PsychKG)**

[0304](#)
GesSoz(f)
BildJugFam
Haupt
Recht

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Hierzu haben wir eine Anhörung. Ich begrüße dazu zunächst den Bezirksbürgermeister von Berlin-Mitte und Vorsitzenden des Ausschusses für Gesundheit, Soziales, Gleichstellung und Migration des Rats der Bürgermeister, Herrn Dr. Christian Hanke, der hier mit beratender Stimme teilnimmt. Dann begrüße ich Herrn Prof. Dr. med. Felix BERPPOHL, den Chefarzt der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St.-Hedwig-Krankenhaus, Herrn Matthias Rosemann, Geschäftsführer der Träger gGmbH, Frau Marianne Schumacher, Vorstandsmitglied des Berliner Landesverbandes Angehörige psychisch Kranker sowie Herrn Uwe Wegener, den Vorstandsvorsitzenden der Selbsthilfevereinigung bipolaris e. V. Ich danke Ihnen für Ihr Erscheinen und die vorweg übermittelten Stellungnahmen. – Wer möchte die Begründung dieses Tagesordnungspunkts vornehmen? – Herr Isenberg, bitte!

Thomas Isenberg (SPD): Das Thema wird ja schon langwierig im Ausschuss beraten und zieht sich seit der Aufstellung der Eckpunkte in der letzten Legislaturperiode hin. Auch im Koalitionsvertrag sind entsprechende Hinweise, dass es das Anliegen der Koalition ist, hier zu einer modernen und emanzipatorischen Gesetzgebung auf Landesebene zu kommen.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank! – Dann kommen wir zur Anhörung. – Haben Sie sich verständigt, wer beginnen möchte, oder sollen wir das von hier aus gesehen von links machen? – Dann, schlage ich vor, beginnt Herr BERPPOHL. – Bitte!

Prof. Dr. Felix BERPPOHL (Chefarzt der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St.-Hedwig-Krankenhaus): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Abgeordnete und Mitglieder des Gesundheitsausschusses! Meine Damen und Herren! Ich bedanke mich für die Einladung zur heutigen Sitzung und die Möglichkeit zur Stellungnahme. Ich leite ärztlich eine Klinik, die Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St.-Hedwig-Krankenhaus, die einen Versorgungsauftrag für die Bezirke Wedding und Tiergarten hat und täglich mit dem PsychKG zu tun hat und zu tun haben wird. Etliche Punkte, die mir bei dem Gesetzentwurf, der vorliegt, wichtig waren und problematisch erschienen, hat der Rat der Bürgermeister vorgebracht, und einige wesentliche Punkte haben in der Zwischenzeit Eingang in die jetzt vorliegende Fassung gefunden. Ein paar Punkte möchte ich gern noch kritisch anmerken; sie werde ich gleich vortragen.

Vorab möchte ich aber grundsätzlich festhalten, dass ich den Gesetzentwurf des Berliner Senats ausdrücklich begrüße. Ich begrüße, dass viele Reformbemühungen, die den Patientinnen und Patienten zugutekommen, in das Gesetz Eingang gefunden haben. Ich begrüße auch, dass mit dem neuen Gesetz das Landesgesetz an die aktuelle Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesgerichtshofs angepasst werden soll. Wir arbeiten in den Kliniken aktuell in einer Situation der Rechtsunsicherheit, wir arbeiten mit einem PsychKG, das

nicht konform mit der aktuellen Rechtsprechung ist. In dieser Situation halte ich es für sehr wichtig und erstrebenswert, dass mit einem neuen PsychKG rasch Klarheit und Rechtssicherheit geschaffen wird – im Interesse aller Beteiligten.

Ich begrüße die Einrichtung von Besuchskommissionen, welche die Einhaltung des Gesetzes kontrollieren. Das schafft Transparenz und Sicherheit für die Patienten, und es erleichtert unsere therapeutische Arbeit, denn Transparenz festigt die therapeutische Beziehung und schafft Vertrauen. Außerdem trägt Transparenz zur Entstigmatisierung von Psychiatrie bei. In der Arbeitsgemeinschaft der Berliner Chefärzte wurde allerdings der dringende Wunsch geäußert, dass der Besuchskommission ein Facharzt oder eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie angehören sollte, wodurch sichergestellt würde, dass die Kommission die nötige psychiatrische Fachkompetenz vorhält. Auch in anderen Bereichen der Medizin ist es üblich, dass in Kontrollorganen die entsprechenden Fachärzte vertreten sind.

Ein zweiter Änderungsvorschlag betrifft § 18 Abs. 4 des Entwurfs. Dort heißt es:

Die Einrichtungen müssen über die Voraussetzungen für offene und für geschlossene Unterbringung verfügen.

In der Arbeitsgemeinschaft der Berliner Chefärzte haben wir sehr begrüßt, dass die Möglichkeit der offenen Unterbringung hier besonders hervorgehoben wird. Das halten wir für zeitgemäß. Wie sich im Gespräch mit Prof. Kammeier zeigte, gibt es zwischen Juristen und Ärzten offenbar verschiedene Vorstellungen darüber, was mit „offen“ und „geschlossen“ gemeint ist. Unter geschlossener Unterbringung verstehen wir Kliniker eine Unterbringung auf einer geschlossenen Station. Nun gibt es in Berlin Kliniken, z. B. das Universitätsklinikum Benjamin Franklin, die mit Hoheitsrechten beliehen sind und Patienten auf offenen Stationen nach PsychKG unterbringen, jedoch keine geschlossenen Stationen vorhalten. Das halten wir für wichtig und richtig und haben die Sorge, dass der neue § 18 Abs. 4 so verstanden werden könnte, dass diese Kliniken künftig die Voraussetzung für eine Unterbringung nicht mehr erfüllen, weil sie nicht über die formulierten Voraussetzungen für eine geschlossene Unterbringung verfügen. Dann wäre eine offene Unterbringung in diesen Kliniken künftig nicht mehr möglich. Ich möchte anregen, den Passus unmissverständlich so zu formulieren, dass diese Möglichkeit erhalten bleibt. Mein Vorschlag wäre:

Die Einrichtungen müssen über die Voraussetzungen zur Durchführung von freiheitsentziehenden Maßnahmen verfügen.

Ein dritter Änderungsvorschlag betrifft § 20 des Entwurfs. Hier wird die Fachaufsicht für die Durchführung der Unterbringung geregelt. Dass eine solche Überprüfung und Kontrolle erfolgt, finde ich selbstverständlich. Herr Prof. Kammeier wies darauf hin, dass diese Kontrolle sich auf strukturelle und organisatorische Aspekte und nicht auf die konkreten inhaltlichen Entscheidungen im Einzelfall bezieht. Die Therapiefreiheit der Ärzte sei im Bundesrecht geregelt und bleibe unberührt. Ich möchte anregen, dass dies im neuen PsychKG explizit gesagt wird. In der aktuellen Fassung ist dies für Nichtjuristen wie uns Kliniker nicht klar ersichtlich; der Entwurf wird von vielen Nichtjuristen schon jetzt so gelesen, dass der Sozialpsychiatrische Dienst – SPD – künftig Einzelweisungen für die konkrete Behandlung, z. B. die Medikation eines Patienten, geben könne. Ich möchte anregen, diese Passage auch für Nichtjuristen unmissverständlich zu formulieren.

Ein vierter Änderungsvorschlag betrifft § 28 Abs. 7. Hier wird die medikamentöse Zwangsbehandlung im Notfall geregelt, aber nur im Falle der krankheitsbedingten Eigengefährdung und nicht im Falle der krankheitsbedingten Fremdgefährdung. Die Unterscheidung zwischen Eigen- und Fremdgefährdung mag an dieser Stelle juristische Gründe haben. Aus der Perspektive des Kliniklers leuchtet mir diese Unterscheidung nicht ein.

Ein fünfter Änderungsvorschlag betrifft § 6 Abs. 4. Hier wird der SPD befugt, sich in bestimmten Fällen Zutritt zur Wohnung von gefährdeten Personen mit psychischen Störungen zu verschaffen, auch ohne deren Einwilligung. Diesen Passus finde ich sehr problematisch und unnötig. Dem SPD wird in diesem Passus eine Rolle zugeschrieben, die er nicht übernehmen möchte und nicht übernehmen sollte, nämlich die Rolle des Eindringlings. Der SPD sollte vielmehr die Rolle des Helfers haben. In der Vergangenheit ist der SPD auch ohne ein solches Zugriffsrecht gut ausgekommen. Meinem Kenntnisstand nach lehnen die SPD ein solches Zugriffsrecht für sich ebenfalls mehrheitlich und deutlich ab.

Abschließend möchte ich noch einmal die Bitte äußern, mit einer Neufassung des PsychKG rasch Rechtsklarheit zu schaffen. Die Unterbringung wie auch die Behandlung gegen den natürlichen Willen tangieren die Grundrechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Diese Maßnahmen müssen sehr konkret geregelt und an sehr enge Voraussetzungen geknüpft werden. Die neue Fassung des PsychKG regelt dies und schafft die Rechtssicherheit, welche die Betroffenen und die in den therapeutischen Einrichtungen Tätigen gleichermaßen benötigen. – Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank, Herr Prof. BERPPOHL! – Dann hat jetzt Herr ROSEMANN das Wort.

Matthias Rosemann (Geschäftsführer der Träger gGmbH): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Abgeordnete! Sehr geehrter Herr Senator! Auch ich gehöre zu denen, die froh sind, dass dieses Gesetz nun im Ausschuss vorliegt. Es ist längst überfällig und dringend geboten, ein neues PsychKG für Berlin zu verabschieden. Das bestehende PsychKG – da teile ich die Auffassung meines Vorredners – erfüllt die Voraussetzungen, die an ein PsychKG zu richten sind, in keiner Weise mehr. Ich darf noch einmal daran erinnern – Herr Isenberg hat es vorhin schon gesagt –: Schon in der vorvergangenen Legislaturperiode wurden die ersten Arbeiten an einem PsychKG aufgenommen, und es ist dringend an der Zeit, dieses Gesetz jetzt in dieser Legislaturperiode zu verabschieden.

Der Gesetzentwurf enthält eine Reihe von wesentlichen Verbesserungen gegenüber der gegenwärtigen Situation oder dem gegenwärtigen PsychKG. Zwar ist der Kern auch die Einarbeitung der Rechtslage zum Maßregelvollzug, aber das PsychKG stellt zugleich eine deutliche Verbesserung in den Vorgaben an das Land hinsichtlich der Organisation von Hilfen für psychisch erkrankte Menschen dar. Das drückt sich darin aus, dass sowohl Sozialpsychiatrischer Dienst als auch Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst – KJPD – und andere Hilfen wie Beratungsstellen, Kontakt- und Beratungsstellen, Suchtberatungsstellen und der Berliner Krisendienst nun erstmalig im Gesetz verankert werden. Dazu gehören auch die schon genannte Besuchskommission – da gibt es noch etwas zu klären, was die Zuständigkeit betrifft – und die Beschwerdestelle. Das sind wesentliche Instrumente, die wir brauchen, um die notwendigen Hilfen sicherzustellen, auch mit Blick darauf, dass es seit der Rechtsprechung des Bun-

desverfassungsgerichts und insbesondere mit Blick auf die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung erforderlich ist, zunächst einmal angemessene Vorkehrungen zu treffen, das heißt: Hilfen sicherzustellen, bevor dann im äußersten Notfall tatsächlich gegen den Willen eines Menschen Zwang angewendet werden muss. Dazu gehört auch: Wer bessere Hilfen will, muss das Hilfesystem so ausgestalten, dass es verbindlich daran arbeitet, auch alle Bürger dieser Stadt zu erreichen. Hier sehe ich im Gesetz noch einigen Verbesserungsbedarf. Gut allerdings ist auch, dass die sogenannten Steuerungsgremien, die sich in der Berliner Landschaft seit einigen Jahren, ziemlich genau seit 2004, bewährt haben, im Gesetz nun verankert sind.

Dennoch gibt es in diesem Gesetz noch einiges zu verbessern, sowohl was die Hilfen betrifft, als auch was die Maßnahmen zur Anwendung von Zwang und Gewalt betrifft. Ich habe ja eine ausführliche Stellungnahme geschrieben und kann daher jetzt mit der gebotenen Kürze nur auf einige wesentliche Aspekte eingehen. Ich will einige herausgreifen. So sind die Formulierungen, die dazu führen, dass jemand gegen seinen Willen untergebracht werden kann, nicht mehr ganz zeitgerecht. Es sollte eine Formulierung gefunden werden, die deutlich macht, dass andere Hilfen sich als erfolglos erwiesen haben, und nicht nur, dass andere Hilfen nicht möglich sind. Warum der Unterschied? – Die Rechtswirklichkeit braucht immer einige Jahre, um nachzuvollziehen, was der Gesetzgeber vorgegeben hat. Insofern braucht heute ein Gericht einen Anknüpfungspunkt, um bei Gutachtern oder auch im Laufe des Unterbringungsverfahrens nachfragen zu können, welche anderen Hilfen tatsächlich unternommen worden sind. Es macht einen erheblichen Unterschied aus, ob es einen Versuch gegeben hat, Hilfen anzubieten, oder ob nur unterstellt wird, die betreffende Person würde möglicherweise Hilfen nicht annehmen wollen. Um das prüfen zu können, braucht der Richter, die Richterin eine klare gesetzliche Vorgabe. Daher die Formulierung: Andere Hilfen müssen sich als erfolglos erwiesen haben.

Ferner sieht das PsychKG in seinem jetzigen Entwurf vor, dass eine Unterbringung nicht nur in Krankenhäusern, sondern auch in Heimeinrichtungen stattfinden kann. Das entspricht der jetzt geltenden Rechtslage, allerdings gibt es keine einzige Einrichtung im Land Berlin, die seitens der zuständigen Senatsverwaltung mit den entsprechenden hoheitlichen Rechten beliehen worden ist. Wenn es das also die letzten 25 Jahre nicht gebraucht hat, dann ist die Frage zu stellen: Warum brauchen wir es jetzt? – Ich glaube, dass auch die Begründung, die der Gesetzentwurf enthält, dafür keine klaren Aussagen enthält. Bei dem, was an Anforderungen an eine unterbringende Einrichtung gestellt wird, insbesondere auch bei den Behandlungsmaßnahmen, sollte darauf verzichtet werden, Heime als mögliche Unterbringung nach PsychKG vorzusehen. PsychKG-Unterbringungen sollten begrenzt werden auf psychiatrische Krankenhäuser.

Bei der Behandlung gegen den Willen einer Person – § 28 – enthält der Gesetzentwurf einige Regelungen, die ziemlich wörtlich den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts entnommen sind. Allerdings beziehen sich die wesentlichen Urteile des Bundesverfassungsgerichts auf bereits im Maßregelvollzug untergebrachte Personen. Deshalb sind einige Unterschiede aus meiner Sicht wesentlich. So sollte der Gesetzentwurf hier klarstellen, dass bei Zwangsbehandlungen ausschließlich medikamentöse Zwangsbehandlungen mit Neuroleptika gemeint sind, denn genau das hat das Bundesverfassungsgericht beurteilt. Eine Formulierung, wie sie jetzt der Entwurf enthält, die da heißt „insbesondere“, lässt also auch andere Behandlungsmethoden gegen den Willen einer Person offen. Darunter könnten z. B. auch Behandlungen wie

Elektrokrampftherapie fallen. Das sollte der Gesetzgeber ausschließen. Das Bundesverfassungsgericht hat sich in seinen Entscheidungen ausdrücklich auf neuroleptische Behandlungen bezogen, weil diese in den Kernbereich der Persönlichkeit eingreifen.

Bei den besonderen Sicherungsmaßnahmen, die in § 39 vorgesehen sind – das sind Fixierung, Isolierung und solche Maßnahmen; insbesondere die Fixierung spielt ja eine nicht unwesentliche Rolle – ist, und das ist gut so, ein Richtervorbehalt vorgesehen, allerdings ein Richtervorbehalt nach 18 Stunden. Ich finde, das ist eine sehr lange Zeit. Wenn man davon ausgeht, dass die normale Zeit, in der ein Krankenhaus tätig ist im Sinne von: Es hat die Möglichkeit, auch einen richterlichen Beschluss herbeizuführen –, etwa 12 Stunden beträgt, dann sollte diese Schwelle auf 12 Stunden herabgesetzt werden. Sehr wesentlich finde ich, dass das, was für die Zwangsbehandlung im Gesetzentwurf verankert ist, nämlich dass alle Maßnahmen nachbesprochen werden mit den betreffenden Menschen, auch bei den besonderen Sicherungsmaßnahmen wiederzufinden sein müsste. Das heißt, mit jemandem, der fixiert wird, muss ausführlich darüber gesprochen werden, warum das erfolgte, warum es keine Alternative gegeben hat und wie man es beim nächsten Mal vermeiden könnte. Das sollte der Gesetzgeber vorgeben. Die gleichen Aspekte gelten auch in anderen Paragraphen für die Unterbringung im Maßregelvollzug.

Noch ein letzter Aspekt – Dokumentation und Berichterstattung: Es wird vielfach vorgeschrieben, dass die Kliniken zu dokumentieren haben, aber in dem entscheidenden Paragraphen, § 91, müsste eigentlich die zuständige Senatsverwaltung das Recht erhalten, alle Einrichtungen, die Maßnahmen nach dem PsychKG anwenden und auch Unterbringungen nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch durchführen – § 1906 BGB –, aufzufordern, eine aggregierte Dokumentation zur Verfügung zu stellen, die nach fachlichen Kriterien gegliedert ist, z. B. über Anlassgründe, Dauer und Beendigung von Maßnahmen. Dazu sollte die Senatsverwaltung eine Ermächtigung erhalten, diese Einrichtungen tatsächlich zu befragen, und es sollten auch Regelungen verankert werden, die zur Transparenz beitragen, indem beispielsweise Einrichtungen verpflichtet werden, solche Maßnahmen in aggregierter, also zusammengetragener statistischer Form auch zu publizieren. – Das waren nur einige Aspekte, die ich besonders wesentlich finde.

Vielleicht noch ein Letztes: Wer behandelt wird, sollte einen Anspruch auf eine Behandlungsplanung haben. Insofern halte ich es für sinnvoll, im Gesetzentwurf zu verankern, dass nicht das Krankenhaus verpflichtet ist, zu behandeln und einen Behandlungsplan zu erstellen, sondern der Bürger einen Anspruch auf einen Behandlungsplan hat. Dann ist dieser Anspruch nämlich auch durchsetzbar. Alles andere bleibt affirmativ und ist nicht wirklich durchsetzbar. – Vielen Dank!

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank, Herr Rosemann! – Dann hat jetzt Frau Schumacher das Wort. – Bitte!

Marianne Schumacher (Vorstandsmitglied des Berliner Landesverbandes Angehörige psychisch Kranker): Sehr verehrte Damen und Herren! Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrter Herr Senator Czaja! Liebe Abgeordnete des Gesundheitsausschusses! Ich habe bei meinen Vorgängern eben schon vieles abgenickt – wenn Sie es gesehen haben. Also gehe ich nicht auf diese Art der Kritik am Gesetz ein, sondern befasse mich, wie Sie vielleicht meiner Stellungnahme schon entnommen haben, ganz speziell mit der Problematik der Angehörigen.

Lassen Sie mich dazu etwas vorlesen. Vorab bedanke ich mich natürlich sehr, dass ich hier die Möglichkeit habe, die Angehörigenperspektive darzustellen. Im Hinblick auf das Gesetz kann ich jedoch mein Erstaunen nicht verhehlen, dass zwar „Hilfen und Schutz“ darübersteht, meines Erachtens aber sehr wenig von Hilfen die Rede ist, und zwar von präventiven Hilfen. Das lassen Sie mich vorausschicken.

Wir Angehörigen psychisch erkrankter und beeinträchtigter Menschen sehen in dem vorliegenden Gesetzestext zwar Verbesserungen gegenüber dem jetzt noch geltenden, wir müssen jedoch feststellen, dass die schon jetzt übliche Praxis hier festgeschrieben wird ohne weitergehende Berücksichtigung der Inhalte der UN-Behindertenrechtskonvention sowie der sozialpsychiatrisch unabdingbaren Einbeziehung des familiären privaten Umfeldes in die Behandlung bzw. Begleitung von psychisch erkrankten Menschen. Dies betrifft im Besonderen präventive Maßnahmen zum Vertrauensaufbau des oder der Erkrankten in das psychiatrische Versorgungssystem. Dies wird zwar in den Begründungen zum Gesetz erwähnt, hat jedoch keine bindende Wirkung im Gesetz. – Ich verweise hier auch auf das Beschlussprotokoll der Gesundheitsministerkonferenz vom 28. Juni 2012, in dem hierzu schon Stellung genommen worden ist. – Schätzungsweise 60 Prozent der von psychischer Erkrankung betroffenen Menschen leben in familiären Strukturen und verschiedenen Beziehungszusammenhängen, ohne von den zur Verfügung stehenden Hilfeangeboten adäquat erreicht zu werden. Angst vor Stigmatisierung und gesellschaftlicher Ausgrenzung als Träger einer psychiatrischen Diagnose führen zur weitverbreiteten Ablehnung der Hilfeangebote sowie zur Negierung eines solchen Krankheitsgeschehens. Daraus resultierend wird von den betroffenen Menschen selbst kein Hilfeersuchen getätigt. Vielen von ihnen wird dadurch die benötigte Hilfe und Unterstützung, auf die sie einen Anspruch hätten, verwehrt. Selbstverständlich muss nicht jede bemerkte Verhaltensauffälligkeit einer Behandlungsbedürftigkeit entsprechen, aber dies bedarf zumindest einer konsequenten Überprüfung. Meist muss erst eine existenzielle psychische Krise eskalieren, bevor die Einleitung einer Behandlung erfolgt. In der Regel geschieht dies oft durch eine Einweisung in die psychiatrische Klinik, auch gegen den Willen der betroffenen Person. Dies erschwert in besonderem Maße die Akzeptanz von Behandlung. Vorherigen Hinweisen durch das private Umfeld – die Familienangehörigen – wird nur unzureichend vorsorgend nachgegangen. Als Grund der zurückhaltenden Reaktion wird auf die Persönlichkeitsrechte und die Privatsphäre der betroffenen Person verwiesen.

Im Zusammenleben mit einer psychisch erkrankten Person entstehen häufig Konfliktsituationen, die die Persönlichkeitsrechte beider Seiten berühren. Hier als Beispiel eine dieser vielfältigen Situationen: Ein Mann, selbst körper- und sinnesbehindert, nimmt seinen Bruder Übergangsweise in seine Wohnung auf, bis dieser eine eigene Wohnung gefunden hat. Es stellt sich heraus, dass der aufgenommene Bruder psychisch erkrankt ist, sich nicht behandeln lässt und auch die Wohnungssuche verweigert. Aufgrund dieser Wohnsituation kann der Wohnungsinhaber sein eigenes Lebensmodell nicht umsetzen, wird vom Erkrankten permanent unter Druck gesetzt und in seinem Alltagsgeschehen beeinträchtigt. Hilfe oder Unterstützung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst erfolgt nicht, da der Erkrankte selbst nicht um Hilfe nachsucht. In diesem Fall bleibt dem Wohnungsinhaber zur Umsetzung seines eigenen Lebensentwurfs – in diesem Fall Familiengründung – nur der rechtlich durchzusetzende Verweis aus der Wohnung mit dem Risiko der Obdachlosigkeit des Erkrankten. Damit ist auch die letzte dem Betroffenen noch gebliebene familiäre Beziehung zerstört. Nach unserer langjährigen Erfahrung mit dieser Rechtslage ist es nach unserem Erachten dringend geboten, bei der diesbezüglichen Gesetzgebung diesen Sachverhalten entsprechend Rechnung zu tragen.

Nun komme ich zum vierten Teil, der strafrechtsbezogenen Unterbringung. Hier möchten wir Folgendes bemerken: Aufgrund der in der Regel langfristigen Unterbringung im Maßregelvollzug erscheinen uns die Sicherungsregelungen, Hausordnungen und der Bereich zur Neubildung und Aufrechterhaltung persönlicher privater Beziehungen der untergebrachten Personen als zu sehr mit den Bestimmungen im Strafvollzug gleichgesetzt, obwohl es sich hier um ein psychiatrisches Krankenhaus handelt, das die Aufgabe therapeutischer Behandlung hat, die disziplinierende Maßnahmen weitestgehend ausschließen sollte. Unverhältnismäßig erscheint uns die geringe Differenzierung im Umgang und in Bezug auf die Schwere der begangenen Straftat. Dies gilt auch für die Festlegung der ersten externen Begutachtung nach drei Jahren.

Jetzt folgen konkrete Anmerkungen von uns zu den Gesetzestexten. Da werde ich mich beschränken und Sie Ihnen jetzt mündlich vorenthalten, denn das führte, glaube ich, zu weit.

So komme ich zur Schlussbemerkung: Diese Stellungnahme von uns Angehörigen psychisch erkrankter Menschen soll dazu beitragen, bei gesetzgebenden Initiativen im Bereich der Psychiatrie darauf zu achten, dass nicht willkürlich familiäre Beziehungen durch rechtliche Konflikte zerstört bzw. gefährdet werden. Nach dem heutigen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse in der Sozialpsychiatrie sind private Beziehungen mit ihrer Unterstützung für die Betroffenen zur Gesundung unabdingbar. – Ich danke Ihnen.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank! – Dann bitte ich jetzt Herrn Wegener um seine Stellungnahme.

Uwe Wegener (Vorstandsvorsitzender der Selbsthilfevereinigung bipolaris e. V.): Schönen guten Tag! Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Abgeordnete! Sehr geehrter Herr Senator! Sehr geehrte Damen und Herren! Vielen Dank, dass Sie auch mir die Gelegenheit geben, in diesem Ausschuss Stellung zum Entwurf des neuen PsychKG zu beziehen! Kurz zu mir: Ich bin Vorsitzender einer Selbsthilfeorganisation von Menschen mit der Erfahrung von Manien und Depressionen, genannt bipolare Störung, und ihrer Angehörigen. Wir sind in der Region Berlin-Brandenburg aktiv und sicherlich, obwohl wir erst seit 2010 existieren, inzwischen die mitgliederstärkste Organisation. Auch ich habe Manien und Depressionen erlebt, bin also einer dieser sogenannten Betroffenen, Verrückten, Kranken – wie auch immer.

Schon die Umbenennung des Gesetzes zeigt, dass im Gesetz zukünftig die Hilfen im Mittelpunkt stehen sollen. Leider wird das Gesetz diesem Anspruch nicht gerecht. Das lässt allein schon die geringe Anzahl von fünf Paragrafen, die sich mit Hilfen beschäftigen, im Verhältnis zur Gesamtzahl der Paragrafen ersehen. Ich kann der These von Herrn Rosemann nicht folgen, dass da so viel Weiterentwicklung geschehen ist, vielmehr wird dort der Status quo, wie er zurzeit in Berlin existiert, beschrieben. Es ist natürlich von Vorteil, wenn er festgehalten wird, aber es erfolgt keinerlei Weiterentwicklung, und sie ist auch nicht impliziert in diesem Gesetz durch Evaluationsmaßnahmen oder irgendeine Art von Vision, wie die Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen geschehen könnte.

Es muss darum gehen, dass Menschen mit schweren seelischen Krisen ein Leben in Selbstbestimmung unter Entfaltung ihrer Persönlichkeit und mit Teilhabe an allen Aspekten des Lebens ermöglicht wird. Inklusion bedeutet auch, dass die Gesellschaft vorbereitet wird, Men-

schen, die anders sind, gleichberechtigt aufzunehmen. Dieser Aspekt, überhaupt das Wort „Inklusion“ wird im Gesetz gar nicht aufgenommen. Im Rahmen dieser Stellungnahme kann ich jetzt natürlich nicht ein verbessertes Hilfesystem beschreiben, ein bisschen was dazu ist in den ausführlicheren Stellungnahmen geschehen. Grundsätzlich aber muss dies alles im Dialog zwischen Betroffenen, Angehörigen und Fachleuten aus Beruf und Ausbildung geschehen. Ein Beispiel dafür ist der Entwurf des neuen Bundesteilhabegesetzes. Hier hat der Einbezug insbesondere Betroffener und Angehöriger, aber auch vieler Verbände nur am Rande stattgefunden.

Tatsächlicher Schwerpunkt des Gesetzes ist die Gestaltung von Zwangsmaßnahmen. Herr Rosemann hat schon einige Kritikpunkte angebracht, die ich voll und ganz teile. Ich würde aber grundsätzlicher herangehen. Oftmals hört man, dass Zwang in der Psychiatrie zum Schutz sowohl der psychisch kranken Personen als auch zum Schutz anderer Menschen vor psychisch erkrankten Personen notwendig ist. Dass dem nicht so ist, zeigen viele Erfahrungen. So berichtet z. B. der Chefarzt Martin Zinkler aus Heidenheim davon, wie er 2012, als die Regelungen zur Zwangsbehandlung im BGB außer Kraft gesetzt worden sind, die Erfahrung gemacht hat, dass man auch ohne Zwang auskommen kann, dass völlig neue therapeutische Beziehungen entwickelt wurden. Auch hier in Berlin haben wir schon ein Beispiel gehört. Das Benjamin-Franklin-Klinikum, aber auch die Charité, Campus Mitte haben viele Erfahrungen mit offenen Türen gemacht, gesammelt und auch dokumentiert, die eine Form von geschlossener Unterbringung vermeidbar machen und z. B. zu weniger Aggression führen.

Zum Gesetz: Hier wurde die Rechtskonformität begrüßt, die da passiert. Leider ist dieses Gesetz nicht so, dass es einer Überprüfung standhalten wird. Erstens widerspricht es der UN-Behindertenrechtskonvention, die Gesetze, die nur auf Menschen mit Behinderung abzielen, eindeutig verbietet. Im Gesetzentwurf steht dazu, das Gesetz ziele nicht nur auf Menschen mit Behinderung in dieser Eigenschaft ab, sondern zusätzlich käme noch die Eigen- und Fremdgefährdung hinzu. Dass diese Auffassung nicht haltbar ist, hat gerade das UN-Komitee für die Rechte von Personen mit Behinderung wieder klargestellt. Im September 2015 hat es z. B. die Richtlinien zu Artikel 14 der UN-Behindertenrechtskonvention veröffentlicht und noch mal angezeigt, dass es nicht geht, dass Menschen nur aufgrund ihrer Behinderung, selbst wenn Eigen- und Fremdgefährdung dazukommen, anders behandelt werden als andere Menschen. Wir haben in Deutschland eine Vielzahl von Möglichkeiten der Nothilfe, auch der Ingewahrsamnahme von Menschen, die z. B. eine Gefährdung darstellen. Diese Gesetze müssen für alle Menschen gleich gelten.

Wegweisend für die Reform des Betreuungsrechts und des PsychKGs war das Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 2011. Unter anderem hat das Bundesverfassungsgericht eine Zwangsbehandlung wegen Fremdgefährdung ausgeschlossen, da die Abwehr dieser Gefahr schon allein durch die Unterbringung erfolgen kann. Im PsychKG wird diese Einschränkung nicht gemacht. Schon aus diesem Grund dürfte es eine Überprüfung des Bundesverfassungsgerichts nicht überstehen.

Auch die Ziele einer Zwangsbehandlung in § 28 Abs. 6 – das ist der Paragraph, der bestimmt, wann überhaupt zwangsbehandelt werden darf – sind nicht urteilskonform. So wird zum Beispiel als Zielvorstellung geliefert, dass die Einwilligungsfähigkeit wiederherzustellen ist, damit die betroffene Person der Behandlung zustimmt. Das ist natürlich absurd, denn Einwilligungsfähigkeit setzt unter anderem voraus, dass man sich für oder gegen etwas entscheiden kann. Im Gesetz steht: Du darfst einwilligungsfähig sein, damit du dann den Maßnahmen zustimmst.

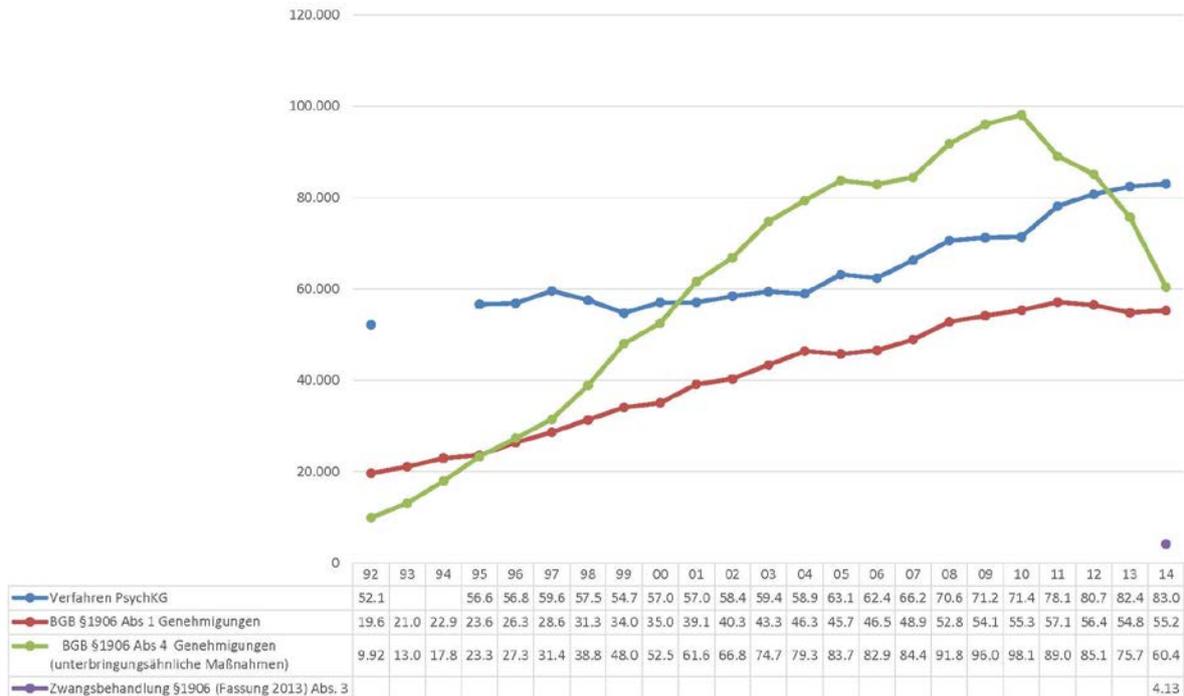
Zur medikamentösen Zwangsbehandlung kamen wir schon, dass zum Beispiel auch Elektroshocks zulässig sind. Man darf laut § 28 Abs. 6 zwangsbehandelt werden, wenn man nicht die Chance der Heilung einsieht. Ich weiß nicht, wie Herr Dr. Bempohl es sieht, aber bei den meisten psychischen Erkrankungen wird es im medizinischen Sinn keine Heilung geben. Es wird eine Linderung der Symptome geben, es wird aber immer die grundsätzliche Disposition bestehen, weiterhin schwere seelische Krisen zu erleiden. Insofern kann man diese Chance auf Heilung überhaupt nicht einsehen.

Wichtig ist auch, Herr Rosemann sagte es schon, bei der Zwangsunterbringung – das gilt aber auch für die Zwangsbehandlung, wenn man der ganzen Argumentation folgt, dass trotzdem Zwangsbehandlungen, Zwangsunterbringungen notwendig sind –, dass sich weniger eingreifende Maßnahmen als erfolglos erwiesen haben. Im Gesetz steht nur „Behandlungen“ drin.

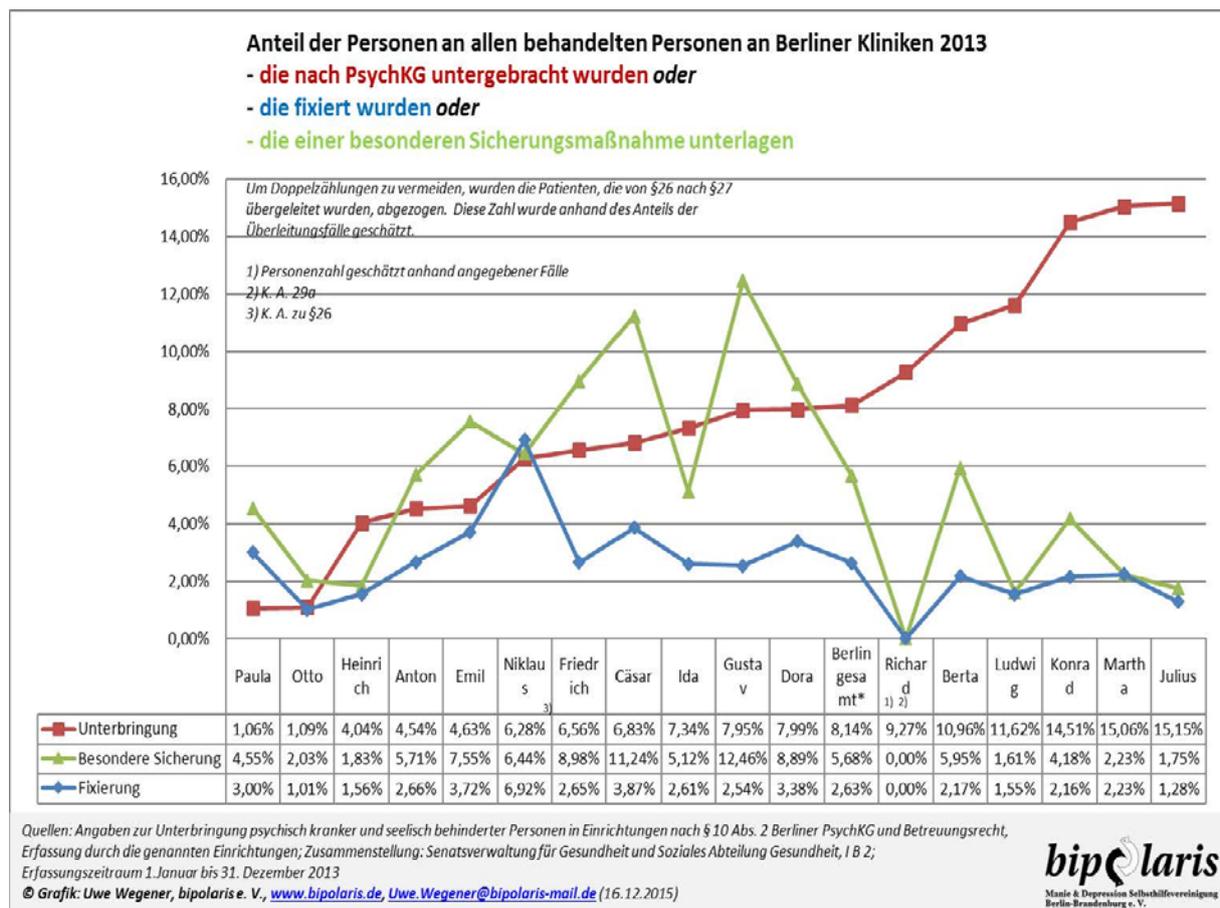
Auf einige wichtige Punkte gehe ich noch kurz ein. Die Betreuungsbefugnisse des SPD in § 6 sind zu streichen. Ich glaube, darüber sind sich alle einig. – Die Förderung der ehrenamtlichen Unterstützung: Bisher gibt es keinerlei strukturelle Förderung der Selbsthilfe, geschweige denn die bezahlte Einbeziehung von psychiatrieerfahrenen Personen. – Die Beiräte und Steuerungsgremien: Die Besetzung ist völlig intransparent. Es ist unklar, wer eigentlich in die Besuchskommission und wer in den Psychiatriebeirat kommt. Dort sollte ein transparentes Verfahren angestrebt werden, zum Beispiel eine Wahl im Parlament, Abgeordnetenhaus, bzw. in den Bezirken für die einzelnen Bereiche. – Die Beschwerde- und Informationsstelle, § 11, wird sicherlich mehr zu tun haben. Das Gesetz soll ja budgetneutral sein, insofern wird eine Aufstockung des Budgets erforderlich sein, weil die Beschwerde- und Informationsstelle ja deutlich zentraler ist. – Die Besetzung der Besuchskommission muss natürlich auch transparent sein. Ein Ort, wo das geschehen könnte, wäre der Psychiatriebeirat, der hoffentlich auch transparent besetzt wird. – Da die Berichte der Besuchskommission nur alle fünf Jahre mit Stellungnahmen des Psychiatriebeirats, des LAGeSo und des Senators dem Parlament vorgelegt werden sollen, ist das ein zahnloser Tiger. Berichte müssen veröffentlicht und jährlich im Parlament gelesen werden. Wichtig ist auch, dass nicht nur die hoheitlich beliebenen Kliniken von der Besuchskommission untersucht werden dürfen, sondern alle Kliniken und Einrichtungen in Berlin, die Zwangsmaßnahmen durchführen, und das sind weitaus mehr als die 18 Kliniken.

Ein kleines Schmankehl sind die Kosten der Unterbringung, die im Zweifelsfall von dem Betroffenen selbst getragen werden sollen. Das wird nicht mal Strafgefangenen zugemutet. Strafgefangene müssen einen Teil ihres Lohns abgeben, aber dass sie die Kosten der Unterbringung selbst tragen sollen – puh! –Weiteres auf Nachfrage. Danke, dass Sie mir zugehört haben!

Unterbringungen in Deutschland 1992 - 2014



Quellen: *Betreuungen und PsychKG: "Betreuungszahlen 2013-2014: Amtliche Erhebungen des Bundesamtes für Justiz, der Sozialministerien der Bundesländer, der überörtlichen Betreuungsbehörden, der Bundesnotarkammer sowie des Statistischen Bundesamtes", Stand 1.12.2015, Ausgewertet von Horst Deinert.*
 Quelle Maßregelvollzug: Statistisches Bundesamt: "Strafvollzugsstatistik", Wiesbaden, 26.06.2015, Artikelnummer: 5243202149005
 © Weitere Auswertung und Grafik: Uwe Wegener, bipolaris e. V., www.bipolaris.de, Uwe.Wegener@bipolaris-mail.de, 16.03.2016



Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank, Herr Wegener! – Dann hätte jetzt Herr Dr. Hanke das Wort. – Bitte!

Bezirksbürgermeister Dr. Christian Hanke (BA Mitte und Vertreter des Rats der Bürgermeister): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren! Der Rat der Bürgermeister hat sich in seiner Ausschusssitzung im Dezember mit dem Gesetz befasst. Ich möchte mich ausdrücklich für das sehr produktive Gespräch mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Verwaltung bedanken, weil ein Teil der Anmerkungen des Rats der Bürgermeister in die Überarbeitung mit aufgenommen worden ist. Das war ein sehr angenehmes Verfahren.

Zu dem jetzt vorliegenden Gesetz, das der Rat der Bürgermeister auch begrüßt: Nachdem von den Fachfrauen und -männern schon sehr viel angemerkt wurde, gibt es aus Sicht des Rats der Bürgermeister noch zwei Punkte kritisch anzumerken und zu vertiefen. Das ist zum einen der schon öfter genannte § 6 Abs. 4. Hier geht es darum, dass die Sozialpsychiatrischen Dienste das Recht bekommen sollen, Wohnungen zu betreten. Wir lehnen das ab, wir wollen das nicht. Die bisherige Praxis ist, gemeinsam mit der Polizei, eingespielt, wenn es denn wirklich notwendig ist, und hier würde es zu einer schlechten Vermengung der Rollen kommen.

Zweitens: § 20 sieht vor, dass die Bezirke die Fachaufsicht für das Gesetz haben. Wir sind der Auffassung, dass dies etwas präziser gefasst werden müsste, was das im Einzelnen bedeutet

und mit welcher Intensität das stattfindet. Das berühmte Mantra des Rats der Bürgermeister ist natürlich immer: Personal und Ressourcen folgen der Aufgabe. – Das müsste hier mitbedacht werden, die Aufgabe müsste aber auch klarer beschrieben werden.

Bei der Fachaufsicht sollte vorher festgelegt werden, welche Standards eigentlich zu beaufsichtigen sind. Als solche könnten eben nicht der eigentliche Behandlungsplan und Eingriffe in die ärztliche Hoheit gelten, sondern Personalstärke nach den einschlägigen Regelungen, Überprüfung, wer Zwangsmaßnahmen anordnen darf – der Assistenzarzt oder der Facharzt für Psychiatrie –, die räumliche Ausgestaltung der Unterbringung oder Aufenthaltsräume und ob Freigang ermöglicht wird. Das müsste präziser beschrieben werden.

Unklar bleibt auch, welche Konsequenzen es hat, falls im Rahmen der Ausübung der Fachaufsicht durch den Bezirk Verstöße gegen das PsychKG erfasst werden. Hätte dann der Bezirk ein Weisungsrecht gegenüber den Kliniken – das würde auch mal eine ganz interessante Erfahrung sein –, oder wie ist anderweitig mit den Gesetzesverstößen umzugehen? Also § 20 – Präzisierungsbedarf und natürlich die Ressourcenfrage; § 6 Abs. 4 bitte streichen! – Vielen Dank!

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank! – Dann hätte jetzt der Senat die Möglichkeit zu erläutern. – Bitte!

Senator Mario Czaja (SenGesSoz): Herzlichen Dank! – Die Novellierung des Gesetzes für psychisch Kranke ist eine Maßnahme, die schon in der früheren Koalition vorgesehen war, die man immer mit etwas längerem zeitlichen Vorlauf planen sollte und die im Koalitionsvertrag deswegen zu Recht separat aufgelistet ist. Es ist ja selten der Fall, dass in einer Koalitionsvereinbarung so klar und deutlich formuliert wird, an welchem Gesetz die Exekutive zu arbeiten hat.

Warum ist das hier so? – Es ist einerseits so, dass die Regelungen des bisherigen Gesetzes aus dem Jahr 1985 stammen, letztmalig angepasst im Jahr 2011. Die darin getroffenen Regelungen entsprechen nicht mehr den aktuellen Erfordernissen an ein modernes, leistungsfähiges PsychKG, und vor allem sind die Urteile des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesgerichtshofs nicht vom bisherigen Gesetz erfasst. Wir haben in der Verwaltung sehr frühzeitig mit der Erarbeitung dieses Gesetzes begonnen. Sie wissen, dass wir einige schwere Krankheitsfälle hatten, was unter anderem dazu geführt hat, dass Herr Beuscher aus dem Dienst ausgeschieden ist und wir jetzt eine neue Referatsleitung und einen neuen Beauftragten für die Angelegenheiten der Psychiatrie haben. Vorhin kam die Frage auf, wann er ausgeschieden ist. Ich glaube, der Ausstieg ist Mitte letzten Jahres erfolgt, und das Ausschreibungsverfahren und die Auswahl sind dabei ordnungsgemäß und mit all den Regularien so vorzunehmen, wie es hier geschehen ist. Deswegen sind wir dankbar, dass es am Ende der Legislaturperiode noch zu dieser Anhörung kommt. Wir wären gerne auch von uns aus etwas früher damit fertig geworden, aber die gesundheitlichen Rahmenbedingungen einzelner Mitarbeiter haben das so nicht ermöglicht, und es ist eben auch wichtig, mit Kontinuität und dem notwendigen Sachverstand an dieses Thema heranzugehen.

Was ist neu? – Wir haben in dem Gesetz geregelt, dass die regionalisierte Pflichtversorgung, die wir in Berlin gut leben, noch einmal fixiert und erstmalig gesetzlich klar geregelt ist. Wir haben an vielen Stellen die individuelle Autonomie verankert sowie die Freiheit, Entschei-

dungen selbst zu bestimmen. Zudem haben wir die unabdingbare Pflicht zur Aufklärung bereits im Rahmen der Aufnahme der betroffenen Personen in verständlicher Sprache in unterschiedlicher Form definiert. Wir haben den Anspruch auf Hilfe gesetzlich fixiert. Wir haben uns auch noch mal zu den niedrigschwelligen Angeboten klar geäußert, die erstmalig gesetzlich verankert sind und die dank des Parlaments und des Haushaltsgesetzgebers über die Kontakt- und Beratungsstellen, über die Alkohol- und Medikamentenberatungsstellen, aber auch über den Berliner Krisendienst materiell verstärkt ausgestattet wurden. Wir haben uns auf die Zusammenarbeit aller Akteure im Gemeindepsychiatrischen Verbund verständigt und die Sicherstellung verankert. Die Beschwerde- und Informationsstelle hat ihre gesetzliche Verankerung gefunden. Die Besuchskommission wird gesetzlich etabliert, die Berichtspflicht ebenfalls. Erstmals wurden die Verpflichtung der psychiatrischen Kliniken und Fachabteilungen zur Vorhaltung gesicherter Freiflächen und die Verpflichtung, diese zur Freizeitgestaltung zur Verfügung zu stellen, gesetzlich geregelt.

Mit dem neuen PsychKG gibt es erstmals eigene Regelungen für den Maßregelvollzug. Bisher wurden die Regelungen der Unterbringung in der allgemeinen Psychiatrie analog für den Maßregelvollzug angewandt. Jetzt gibt es dazu separate Ausführungen.

Ich denke, besser geworden ist, dass wir die Aufgaben und Eingriffsbefugnisse der SPD und der KJPD klar regeln. Herr Dr. Möllhoff-Mylius wird im Einzelnen gleich noch auf die Passage zum SPD eingehen, die jetzt immer wieder in der Kritik ist und die im Grunde aus dem ASOG übernommen ist. Dazu werden wir noch ein paar Sätze sagen können. Im ASOG ist die jetzige Regelung schon so enthalten, wie sie von Teilen von Ihnen kritisiert wurde, aber auf die Details können wir gleich noch eingehen.

Wir haben die Förderung der ehrenamtlichen Unterstützung gestärkt. Wir haben die Voraussetzungen für die Unterbringung klarer, detaillierter und rechtssicherer geregelt, und wir sind auf die neugefassten Paragraphen, die sich aus den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts zur Zwangsbehandlung ergeben, eingegangen.

Zur Frage des stufenweisen Vorgehens für die Zwangsbehandlung bei Eigen- und Fremdgefährdung hat im Vorfeld zwischen den beiden Abteilungen unseres Hauses eine intensive fachliche Diskussion stattgefunden, einerseits zwischen dem Bereich, der auch für die UN-Behindertenrechtskonvention und für die Fragen der Versorgung von Menschen mit Behinderung zuständig ist, andererseits dem Ressort, das für die gesundheitlichen Fragen und damit auch für die psychiatrische Versorgung zuständig ist. Ich habe an vielen dieser Beratungen persönlich teilnehmen können; wir haben diesen Austausch gepflegt, und ich weiß, wie intensiv die Beratung war, um dieses Stufenverfahren, wie es sich jetzt im Gesetz wiederfindet, gesetzlich so zu verankern. Wir hoffen, dass das auch in der notwendigen Verständlichkeit gelungen ist.

Ich denke, dass es heute in diesem Ausschuss wichtig ist, die Praxistauglichkeit des PsychKG zu besprechen. Es ist wichtig, dass es nicht nur von Juristen verstanden wird, sondern auch von jedem anderen, der das PsychKG liest – die Auffassung teile ich. Es gibt ja die schöne Formulierung, dass kein Gesetz ein Parlament so verlässt, wie es ins Parlament gekommen ist. – [Thomas Isenberg (SPD): SPD – Struck war das, nicht?] – Peter Struck war das, das ist das Strucksche Gesetz. Ja, Herr Isenberg, es gibt auch von Sozialdemokraten sinnvolle und richtige Anmerkungen. Das gilt auch dafür. – Insofern ist die Frage der

Praxistauglichkeit noch ein wichtiger Punkt. Für uns ist es wichtig, dass uns das gelingt, und da hoffen wir, dass jetzt das parlamentarische Verfahren – noch einmal mit Rücksicht auf die personelle Situation, die wir anderthalb Jahre in unserem Haus hatten – vorangetrieben wird, weil ich glaube, dass es in Summe notwendig ist – das haben die Berichte aller Anzuhörenden gezeigt –, dass wir das Gesetz noch in dieser Legislaturperiode verabschiedet bekommen und dass die vielen positiven Dinge, die in diesem Gesetz verankert sind, ihre Wirkung erzielen und die gesetzlichen Verankerungen für die Patientinnen und Patienten Fuß fassen.

Ich würde vorschlagen, dass Herr Dr. Möllhoff-Mylius im Rahmen dieser Anhörung auf die einzelnen Dinge eingeht, denn wir sind ja doch sehr gezielt in die Details des Gesetzes eingestiegen, und ich würde vorschlagen, dass wir die Möglichkeit haben, im Rahmen der Anhörung auf diese Hinweise einzugehen.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Bitte!

Dr. Martin Möllhoff-Mylius (SenGesSoz): Vielen Dank, Herr Senator, für die Einführung! – Vielen Dank den externen Sachverständigen, die sich sehr viel Mühe gemacht haben, den jetzt vorgelegten und mit zahlreichen Verwaltungen im Land Berlin abgestimmten Gesetzentwurf zu kommentieren. Wenn ich jetzt etwas zu den einzelnen Punkten sage, sage ich das nicht allein. Ich darf vorstellen: Neben mir sitzt Herr Rech, Psychiatriereferent, der für den ambulant-komplementären Teil der Versorgung psychisch Kranker zuständig ist. Herr Prof. Bermpohl! Sie haben Herrn Dr. Kammeier erwähnt, den ich bei dieser Gelegenheit auch vorstellen darf. Herr Dr. Kammeier ist ein ausgewiesener Experte, insbesondere an der Schnittstelle Recht und Psychiatrie; nicht umsonst veröffentlicht er in dieser wichtigen Zeitung. Herr Dr. Kammeier ist zudem der Kommentator zum Maßregelvollzug in der gesamten Bundesrepublik.

Es konzentriert sich, wenn ich das etwas zusammenfassen darf, auf einige Punkte, die man als Zusammenfassung Ihrer Kritik oder Anmerkungen bezeichnen darf. Vornehmlich, ganz am Anfang – der Paragraph steht auch am Anfang –, § 6, das Betreten der Wohnung durch den SPD: Wir müssen das PsychKG in Gänze sehen – Sie haben es sicher als solches begriffen – und sagen, dass das PsychKG Redundanzen aufweist. Es nimmt Bezug auf andere Gesetze, ohne diese unbedingt zu erwähnen. Warum? – Wenn Sie einen Text ausschließlich für Juristen machen, dann weiß der Jurist, wie er damit umgeht: Er braucht alle zehn Finger, um sich möglichst gleichzeitig in verschiedenen Gesetzeswerken zurechtzufinden und nachschlagen zu können. Dieses Gesetz ist natürlich ein Gesetz für den Betroffenen und für die Helfenden. Wenn Sie jetzt den § 6 sehen und die Möglichkeit, dass der SPD in die Wohnung darf, dann hat das einen hohen Bezug zum Grundrechtseingriff – Unverletzlichkeit der Wohnung. Sie brauchen also einen qualifizierten Gesetzesvorbehalt. Diesen qualifizierten Gesetzesvorbehalt, den das Grundgesetz fordert, hätten Sie hier, Sie haben ihn aber auch im ASOG, und zwar wörtlich. Das ASOG ist ja die scharfe Waffe der Innenverwaltung, Polizeirecht, und ich darf mal den § 36 ASOG vorlesen:

Die Ordnungsbehörden und die Polizei können eine Wohnung ohne Einwilligung des Inhabers betreten und durchsuchen, wenn ... das zur Abwehr einer gegenwärtigen Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit einer Person oder für Sachen von bedeutendem Wert erforderlich ist.

Letztendlich haben Sie das gleiche Recht über die Schiene des ASOG, unabdingbar, und die Ordnungsbehörden sind auch die Bezirke; ergo ist es auch der SPD. Es ist jetzt nur die Frage, ob man es mit im PsychKG haben will, weil es eine Rechtsklarheit bietet oder ob man es lassen will. Das muss man sich überlegen. An der Gesamtsituation ändert es nichts – das geht nur mal als Anregung weiter.

Herr Prof. BERPPOHL hat den § 18 erwähnt. Das könnte man vielleicht mit einem kleinen Wort noch mal ändern. Sie sagten es im Hinblick auf die geschlossene und die offene Unterbringung. Natürlich sollen Kliniken geschlossene und Sowohl-als-auch-Möglichkeiten vorhalten, und ich glaube, mit dem „sowohl als auch“ wird die Sache klar und unmissverständlich. Natürlich wollen wir eine offene Psychiatrie haben, Herr Prof. BERPPOHL, das ist völlig klar. Da haben wir keine Verdrückungen miteinander, sondern ich glaube, es braucht vielleicht eine kleine Klarstellung, dass man sagt: Es gibt „sowohl als auch“.

Ich komme zu einem weiteren verbindenden Kritikpunkt, und zwar bezogen auf § 20. Der § 20 in unserem jetzigen Gesetzentwurf spiegelt sich in § 10 wider, den wir im alten PsychKG haben. Das alte PsychKG spricht von Fachaufsicht, ohne Fachaufsicht zu definieren. Ich darf daran erinnern, dass wir in den letzten Jahren insbesondere durch Bundesvorgaben, Patientenrechtsgesetz, aber auch durch die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesgerichtshofs zu einer massiven Stärkung der Patientenrechte gekommen sind. Das ist auch gut so. Wir geben, indem die Kliniken beliehen sind, die Einrichtungen beliehen werden, hoheitliche Gewalt ab – bis jetzt immer im guten Vertrauen, dass diese hoheitliche Gewalt nicht missbraucht wird. Wir haben bis jetzt immer den Passus Fachaufsicht drin gehabt, das ist kein Novum, und die Bezirke sind vor Ort. Jetzt habe ich so ein bisschen den Eindruck, dass dazu unterschiedliche Ansichten herrschen. Herr Dr. HANKE! Sie sagten, es sei fast ein bisschen zu wenig, es müsste noch mehr ausgedeutet werden. Und Herr Prof. BERPPOHL ist es fast schon zu viel. Ich kann nur sagen, dass der Begriff der Fachaufsicht im Land Berlin definiert ist und genauso aus dem AZG abgekupfert. So wie andere aufsichtführende Einrichtungen Fachaufsicht durchführen, so sollte es auch bei diesem sehr schwierigen Bereich gemacht werden. Nicht der SPD nimmt die Fachaufsicht wahr, sondern der Amtsarzt. Das ist der Mann, die Frau vor Ort.

§ 28 Abs. 7, die Eigen- und Fremdgefährdung – das haben wir in der Begründung beschrieben –, ist eigentlich ein Ausfluss des § 34 StGB. Der § 34 ist der rechtfertigende Notstand, den man haben muss, wenn es um Lebensgefahr geht. Auch da trifft wieder das Wort zu, das ich Ihnen sagte: Natürlich ist dieses PsychKG mit Redundanzen voll, sonst müssten wir mit allen zehn Fingern in unterschiedlichen Gesetzeswerken arbeiten. § 28 Abs. 7 ist eigentlich der § 34 aus dem StGB, der rechtfertigende Notstand, der einfach notwendig ist, dass also gehandelt werden darf, ohne dass der, der handelt, später bestraft wird. Es geht um Lebensgefahr.

Frau SCHUMACHER! Sie haben zu Recht viel über Behandlungsrecht gesagt. Das Behandlungsrecht ist ein Thema, das sehr weit und ausführlich behandelt werden sollte. Das ist im Wesentlichen durch Bundesrecht geprägt. Den Fachmann für Bundesrecht haben Sie mit Herrn Dr. KAMMEIER hier. – Vielleicht sind Sie so liebenswürdig und sagen etwas zum Bundesrecht und gleichzeitig zur strafrechtsbezogenen Unterbringung und den Elementen des Strafvollzugs, die bei Frau Schumacher herauskamen?

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Das mache ich dann! – Ich gebe Ihnen das Wort – bitte!

Dr. Heinz Kammeier: Nachdem diese Formalien geklärt sind, erlaube ich mir, darauf zu antworten. Ich fange mit den Fragen bzw. Bemerkungen von Frau Schumacher an, der Teil vier – die strafrechtsbezogene Unterbringung – ähnele zu sehr dem Strafvollzug, es gebe zu wenig Bezug auf begangene Taten. Die strafrechtsbezogene Unterbringung der Personen nach § 63 StGB insbesondere erfolgt schuldunabhängig und damit unabhängig vom Charakter und vom Unwert der begangenen Tat. Das ist der entscheidende Unterschied zum Strafvollzug, denn sonst könnte man diese Personen auch in den Strafvollzug bringen und sie dort, soweit erforderlich, psychiatrisch behandeln lassen. Dies ist eine Entscheidung, die seit 80 Jahren im deutschen Recht so vorgesehen ist, dass Schuldunfähige – oder ihnen gleichgestellt vermindert Schuldfähige – im psychiatrischen System wegen der Dominanz der Krankheit im Zusammenhang mit der Tat behandelt werden. Von daher können Sie das, weder was die Dauer der Unterbringung betrifft – Stichwort: Verhältnismäßigkeit der Dauer, dazu hat sich das Bundesverfassungsgericht mehrfach, erstmalig 1985 ausführlich geäußert –, noch was die Eingriffsintensität betrifft, mit dem Strafvollzug vergleichen. Die Unterbringung hier – im Maßregelvollzug, im Jargon gesprochen – dient vielmehr der Gefahrenabwehr, also der Frage, wie gefährlich eine Person ist. Und nur in dem Maße, wie die Abwehr einer Gefahr notwendig ist, darf sie auch gesichert werden oder – anders formuliert – hat der Staat die Pflicht, diese Person zum Schutz der Allgemeinheit zu sichern. Das kann sehr intensiv sein – hochgesichert, geschlossen, im Einzelzimmer, unter Umständen mit Fixierung –, das kann aber auch langfristig teilstationär, ambulant oder im betreuten Wohnen sein, sehr niedrighschwellig, solange Kontrollfunktionen, sprich: Schutzfunktionen des Staates noch gerechtfertigt und damit legitimiert sind. Von daher verbietet sich für einen Landesgesetzgeber, der den Vollzug der Maßregel zu regeln hat, der unmittelbare Vergleich mit dem Strafvollzug. Auch das Wegschließen allein in geschlossenen Einrichtungen oder in Krankenhäusern, die aussehen wie Hochsicherheitstrakte im Strafvollzug, darf als Optik nicht dazu herhalten, den legitimen rechtfertigenden Umgang von Freiheitseinschränkungen als Vorbild zu nehmen. – Das zum Strafvollzug.

Das Zweite, das sich daraus ableitet, ist, dass die Durchführung dieser strafrechtsbezogenen Unterbringung natürlich dann auch strukturell der Gefahrenabwehr, Unterbringung aus dem Kernbereich des PsychKG, ähnelt. Man könnte auch sagen, es ist umgekehrt. Der Maßregelvollzug ist ein spezieller Teil der Gefahrenabwehr aus dem PsychKG, denn wenn Sie einmal historisch denken, ist das PsychKG Polizeirecht. Dr. Möllhoff-Mylius hat eben darauf hingewiesen, dass hier in Berlin im ASOG die grundlegenden Regelungen für polizeiliche und Innenverwaltungsinterventionen bestehen. Das heißt, die Schutzfunktion des Staates für die Bürger steht im Mittelpunkt, und wenn er diese Schutzfunktion bei Menschen, die sich selbst oder andere gefährden, wahrnimmt und damit auch Freiheitseinschränkungen vornehmen muss, dann hat er im Gegenzug nach unserer grundgesetzlichen Ordnung die Pflicht, Behandlung anzubieten. Das ist der eigentliche Hintergrund der Verbindung von Hilfen und von, wenn man so will, Unterbringung als Freiheitsentzug im PsychKG und daraus abgeleitet speziell bei stärkeren Gefährdungen der Allgemeinheit im Maßregelvollzug.

Von daher – der letzte Punkt zu Ihrer Anmerkung, Frau Schumacher: Prävention fehlt weitgehend in diesem vierten Teil. Die Prävention kann in diesem Teil – strafrechtsbezogene Unterbringung – nicht wirklich Platz finden, denn die Prävention kann nur im allgemeinen System der Hilfen, die jedes Bundesland seinen Bürgern in psychischen Krisen anbietet, wahrge-

nommen werden und ist Teil des psychiatrischen Versorgungssystems. Die strafrechtsbezogene Unterbringung beginnt erst, von der Ausnahme der einstweiligen Unterbringung nach § 126a StPO abgesehen, mit der Rechtskraft eines strafrechtlichen Urteils, das nach Bundesrecht vorgegeben ist. Dann kann das Land den Vollzug regeln.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank! – Wir kommen jetzt zur Aussprache. Zunächst hat sich Herr Spies gemeldet.

Alexander Spies (PIRATEN): Wir haben von den Anzuhörenden nun einige Kritikpunkte gehört; das ergibt weiterhin einen großen Änderungsbedarf des Gesetzes. Ich arbeite zurzeit an 20 Änderungsanträgen. Es werden wahrscheinlich noch mehr werden, was vor allem auch daran liegt, das hatte ich vorhin schon kritisiert, dass hier ein verkürztes Mitzeichnungsverfahren gewählt worden ist, das heißt, dass die betroffenen Verbände nicht rechtzeitig gehört und in die Entwurfsphase eingebunden worden sind, mit Ausnahme des Rats der Bürgermeister. Das aber, was der Rat der Bürgermeister an vernünftigen Vorschlägen gemacht hat, ist übergangen worden. Dazu eben die Kritik.

Zu dem, was gerade zum Strafvollzug gesagt wurde: Man könnte sich überlegen, zwei Gesetze zu machen, so wie in Hamburg – ein Gesetz, das den Maßregelvollzug beinhaltet, und eines, das die Unterbringung von psychisch Kranken und Hilfen beinhaltet. Ich werde diese beiden Bereiche trennen. Eine große Schwierigkeit bei diesem Entwurf ist, dass alles ein bisschen vermixt wird. Man weiß nie genau, an welcher Stelle man über den Maßregelvollzug, an welcher Stelle man über eine Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik redet.

Was den Maßregelvollzug angeht, ist meine Grundkritik, dass man das am ehesten mit der Sicherungsverwahrung vergleichen müsste, wenn es schon keine zeitliche Begrenzung gibt. Dazu hatte sich das Bundesverfassungsgericht ja geäußert. Wenn man Menschen ewig wegsperrt – das kann in der psychiatrischen Klinik bis zum Tod gehen –, dann sollte man solche Regelungen treffen, wie sie von der Europäischen Menschenrechtskonvention für die Sicherungsverwahrung vorgesehen sind. Da tut sich Deutschland mit der Umsetzung im Moment noch sehr schwer.

Was die Hilfen angeht: Ich glaube, es ist bei allen Anzuhörenden sehr deutlich geworden, dass die eigentlichen Verbesserungen, die in einer Verbesserung des Hilfesystems liegen sollten, in dem Gesetz nicht entsprechend berücksichtigt worden sind. Das war auch mein Eindruck bei der Durcharbeitung. Ich sehe tatsächlich auch nicht die wirklichen Verbesserungen. Dazu möchte ich die Anzuhörenden im Einzelnen fragen, wo Sie denn überhaupt den Verbesserungsbedarf sehen. Es wurde ja von Rechtssicherheit gesprochen, aber im Grunde genommen haben wir, was Zwangsunterbringung oder -behandlung angeht, die bundesgesetzlichen Vorgaben. Die kann man kritisieren, aber die gelten nun mal. Die stehen im bisherigen PsychKG nicht näher beschrieben drin. Das heißt, die gelten so, wie es vom Bundesgesetzgeber und vom Bundesverfassungsgericht vorgegeben ist, jetzt in Berlin unmittelbar. Ich sehe an sich erst mal keinen Bedarf, das im Einzelnen noch einmal festzuschreiben, es sei denn, man wollte Dinge verschärfen, und das ist auch mein Eindruck, dass man das Urteil des Bundesverfassungsgerichts hier zum Teil unterlaufen will.

Der zweite Punkt: Der Hinweis auf § 36 des Allgemeinen Sicherheits- und Ordnungsgesetzes ist ein bisschen ein Taschenspielertrick. Er wurde auch nicht vollständig vorgelesen. Ich denke, dass man solche Sachen im Rechtsausschuss genauer prüfen sollte, denn ich weiß auch nicht, ob sich der Sozialpsychiatrische Dienst als verlängertes Ordnungsamt oder Hilfssheriff sieht. Selbst wenn es so wäre, müssten wir das ASOG dringend ändern, denn das widerspricht der UN-Behindertenrechtskonvention, die nämlich ganz klar vorschreibt, dass polizeiliche Aufgaben nicht durch Angehörige des Gesundheitsdienstes ausgeübt werden dürfen. Das ist auszuschließen. Insofern – und da waren sich auch alle einig – ist diese Bestimmung zu streichen. Es ist ja auch bisher so, wenn man ins ASOG guckt, dass bei Gefahr im Verzug reagiert wird. Ich habe da einschlägige Erfahrungen; ich habe mal jahrelang über einem psychisch

Kranken gewohnt, wo es mehrmals im Jahr Feuerwehreinsätze gab. Ich weiß genau, was dann passiert. Ich weiß genau, dass das auch ärgerlich ist, aber die generelle Aufhebung der Unabhängigkeit der Wohnung, wenn Sie das lesen, führt ja dazu, dass der Sozialpsychiatrische Dienst im Prinzip in jede Wohnung eindringen könnte. Wir wissen, auch von der Beschwerdestelle, dass regelmäßig anonyme Anzeigen über unliebsame Nachbarn beim Sozialpsychiatrischen Dienst eingehen, der dem nachgeht. Teilweise erfolgen dann auch ungeprüfte Einweisungen in psychiatrische Kliniken. Das ist noch mal ein ganz anderes Problem.

Ich komme zur Verbesserung: So etwas wie eine Besuchskommission brauchen wir natürlich, vor allem deshalb, weil in unseren psychiatrischen Kliniken immer noch Verletzungen der Menschenrechte vorkommen. Das kann nur durch eine solche Kommission halbwegs aufgeklärt werden. Das Problem ist nur: An sich sollte es gar keine geschlossenen Abteilungen mehr geben, sondern eine gewaltfreie offene Psychiatrie für die Menschen, die an einer psychischen Erkrankung leiden.

Meine generelle Frage an alle Anzuhörenden: Wo sehen Sie den Verbesserungsbedarf beim jetzigen Gesetzentwurf? An welcher Stelle ist er verfehlt worden, und an welcher Stelle ist er vielleicht sogar gelungen?

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank, Herr Spies! – Herr Schruoffeneger, bitte!

Oliver Schruoffeneger (GRÜNE): Danke! – Wir haben in den schriftlichen Stellungnahmen 40, 50 konkrete Verbesserungs- und Änderungsvorschläge zu einzelnen Gesetzesparagrafen erhalten. Von daher frage ich das jetzt nicht noch mal ab, sondern möchte drei oder vier Punkte vertiefen.

Herr Rosemann! Herr Czaja hat in seinem Beitrag eben gesagt, das Gesetz fördere die Entwicklung hin zu Gemeindepsychiatrischen Verbänden. So ungefähr haben Sie es formuliert. Herr Rosemann hat dazu einen anderen Formulierungsvorschlag gemacht, der das noch mal schärft und direkt als Zielsetzung ins Gesetz schreibt. Ich würde Sie bitten zu sagen, wo die Differenz ist und warum Ihnen das, was bisher da steht, nicht ausreicht.

Zweiter Punkt: Es ist eben gesagt worden, dass das PsychKG im Wesentlichen Polizeirecht sei. Ich glaube, genau das ist es nicht. Wenn es das wäre, wäre die Debatte sehr viel einfacher, aber wir haben im Land Berlin zwei psychiatriepolitische Dokumente. Das ist einmal dieses Gesetz, und das ist das PEPP. Niemand hier im Saal wird behaupten, dass das PEPP auf dem aktuellen Stand ist, von daher ist das im Moment unser aktuelles Grundsatzpapier. In den Paragraphen 3 bis 5 ist die Versorgungsstruktur usw. beschrieben, Sachen, die überhaupt nichts mit Polizeirecht zu tun haben, sondern die eigentlich eine psychiatriepolitische Zielvorstellung des Landes Berlin definieren. Vor diesem Hintergrund reichen mir die Ausführungen, die weiter hinten gemacht werden in Bezug auf Zwangsmaßnahmen, Gewalt, Persönlichkeitsrechte nicht aus. Man kann vieles als Ziel formulieren, und ich gehe mit Ihnen mit, Herr Spies: Das Ziel ist eine gewaltfreie Psychiatrie usw. –, aber wenn wir ehrlich miteinander sind, wissen wir, dass uns der Menschenverstand auf absehbare Zeit sagt, dass es das so nicht geben wird. Vielmehr führt diese Form von Institutionalisierung immer auch zu Einschränkungen von Persönlichkeitsrechten, auch zu, ich sage jetzt mal, Übergriffen und Gewalt. Unser Ziel muss es sein, das zu reduzieren und möglichst auf null zu fahren. Meine Frage ist: Erreichen wir das nur mit einem Gesetz, das definiert, was erlaubt ist, was nicht erlaubt ist

und was unter welchen Bedingungen erlaubt ist, mit der Konsequenz, dass jeder, der da mal was an der Kante oder etwas nicht Erlaubtes gemacht hat, versucht, das zu deckeln, nicht transparent zu machen, nicht öffentlich werden zu lassen? Oder brauchen wir nicht neben diesen Regularien ein zweites Instrument, das eher auf Transparenz, auf Veröffentlichung, auf offene Diskussionen setzt, das nicht die Schuldfrage stellt, sondern sagt: Warum ist das in der Situation so passiert? Was können wir aus der Situation lernen, und wie machen wir es beim nächsten Mal besser? – An dem Punkt – Schaffung von Transparenz, offener Umgang mit Gewalt – greift das Gesetz meiner Ansicht nach zu kurz. Ich will es an drei konkreten Fragen an die Anzuhörenden festmachen.

Die Besuchskommission ist hier als Einrichtung definiert, und es ist ein bisschen unscharf – Herr Rosemann hat es geschrieben –, ob sie sich an alle Einrichtungen des Systems wendet oder ob sich es nur um Zwangsmaßnahmen handelt. Wenn ich mich an die Anfänge der Psychiatriereform in den Achtzigerjahren erinnere, dann gab es eine Besuchskommission der Direktoren der stationären Krankenhäuser. Die haben sich im Wesentlichen nicht als Kontrollinstrument definiert, sondern auch im Sinne einer kollegialen Beratung. Also man lässt die Konkurrenz, die andere Klinik in die Interna reingucken. Man öffnet sich, man diskutiert gemeinsam und kann dann anders, in einer anderen Atmosphäre mit Problemen umgehen, als wenn es gleich wieder eine Kontrollinstitution ist. In dem Sinne würde ich Sie bitten, noch etwas dazu zu sagen: Kann man diese Besuchskommission nicht einerseits sehr klar definieren als mit einer Zuständigkeit für alle Einrichtungen behaftet, wo sich Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen aufhalten, und andererseits aber auch mehr in diese Beratung und Unterstützungsinstitution kommen statt in eine reine Kontrollkonstruktion?

Zweite Frage: Herr Rosemann! Sie haben die Verhältnismäßigkeit bei Zwangsmaßnahmen angesprochen und das, was im Gesetz steht, als nicht ausreichend bezeichnet und gesagt, es müsse darüber hinaus klar sein, dass alle anderen Maßnahmen nicht funktioniert haben. Ich will noch eine Ergänzung machen und würde gern auch das Stichwort der Unvermeidbarkeit diskutieren. Es gibt auch die Konstellation, dass jemand nicht behandelt werden will, und zwar unabhängig davon, ob die anderen Behandlungsformen funktioniert haben oder nicht. Ich weiß, dass ich damit genau an dem Punkt von Frau Schumacher bin: Was ist Krankheitseinsicht? Ist die Verweigerung oder das Nichtwollen von Behandlung etwas, wenn man das so einfach und widerspruchlos akzeptiert, das dem Anspruch auf Behandlung entgegensteht? Das ist genau der Punkt: Wann wird es faktisch zu einer Zwangsbehandlung? – In dem Sinne gibt es für mich Zwangsbehandlungen nicht nur dann, wenn jemand einen Unterbringungsbeschluss hat, unabhängig davon, ob nach PsychKG oder BGB, sondern in ganz vielen Einrichtungen sind, glaube ich, Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen Zwangssituationen ausgesetzt, gegen die sie sich nicht wehren können, auch wenn sie freiwillig dort sind. Wenn ich in den gerontopsychiatrischen Bereich gehe, würde ich sagen, dass das vielleicht 50 Prozent der Betroffenen überschreitet; dort sieht es ja ganz schlimm aus.

Meine dritte Frage in dem Zusammenhang: Wie kriegen wir es hin, das Gesetz so zu öffnen, dass diese ganzen schönen Geschichten, die wir jetzt über Vermeidung von Zwang etc. diskutieren, sich nicht nur auf die Unterbringung beziehen – Herr Rosemann hat es auf § 1906, Unterbringung nach dem BGB, erweitert –, sondern auf alle Menschen, die in diesem Versorgungssystem anzutreffen sind, wo also viele Menschen gar nicht mehr als psychisch krank eingruppiert oder einsortiert werden, sondern in einer Pflegeeinrichtung sind und ihre psychischen Erkrankungen als solche entweder nicht wahrgenommen oder mit Medikamenten o. Ä.

stillgelegt werden? Wie kriegen wir die in den Geltungsbereich des Gesetzes rein? Es gibt den Vorschlag, entsprechende Formulierungen in das Wohnteilhabegesetz zu übernehmen, die man von hier einfach übertragen könnte. Dazu bitte ich Sie alle um eine kurze Stellungnahme. Meine Grundtendenz wäre zu sagen: Das eine ist eine klare Regelung, was erlaubt ist und was nicht. Das Zweite wäre aber, viel mehr Transparenz zu schaffen, und zwar keine anonymisierte Transparenz, wo man nur darstellt, wie sich die Zahl der Fälle entwickelt hat, sondern durchaus auf die einzelnen Einrichtungen und Kliniken bezogen, denn man kann es nur dann diskutieren, wenn man es institutionsbezogen diskutiert, natürlich nicht auf die einzelnen Patienten bezogen, das ist völlig klar. Diese ganzen Passagen – Veröffentlichungspflichten, öffentliche Debatten; Sie haben es angesprochen, nur alle fünf Jahre reicht natürlich nicht – müssen meiner Ansicht nach wesentlich geschärft werden, und ich würde Sie bitten, dazu noch ein paar Vorschläge zu machen.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank, Herr Schruoffeneger! – Herr Ludewig, bitte!

Dr. Gottfried Ludewig (CDU): Herzlichen Dank an die Anzuhörenden von der CDU-Fraktion! Von uns allen ein herzliches Dankeschön für die Eindrücke, die wir heute mitgenommen haben. Ich schließe mich dem an: Herr Prof. Bempohl und Herr Rosemann haben am Anfang gesagt, dass mit dem PsychKG die aktuelle Rechtsunsicherheit beendet wird. Das ist ein wirklich guter Schritt. Insofern ist die Zeitschiene, dass wir dies nun nach sehr vielen Jahren hoffentlich zu einem positiven Abschluss bringen, sehr gut.

Inhaltlich würde ich gern – ich glaube Herr Rosemann redete vom § 28 – insbesondere auf die medikamentöse Behandlung eingehen, was Sie ersetzen wollten durch „nur medikamentöse Behandlung“. Vielleicht könnte Herr Prof. Bempohl noch etwas aus der Praxis dazu sagen; Ihre Meinung würde mich dazu interessieren.

Der zweite Punkt, der angesprochen wurde, war, dass die Patientinnen und Patienten Anspruch auf ihren Behandlungsplan haben sollten. Auch dazu würde mich von den Anzuhörenden ein kurzes Feedback interessieren, inwieweit das in der Praxis umsetzbar ist.

Ein dritter Punkt ist die Besuchskommission. Hier haben wir drei Bereiche, erstens die Zusammensetzung der Besuchskommission, zweitens, wie sie gewählt wird bzw. wer darüber beschließt, und der dritte Punkt ist, wie ausführlich die Berichte sind und in welchem Rhythmus sie erfolgen. Es gibt schon einzelne Einschätzungen, beispielsweise zum Thema Facharzt, aber vielleicht könnte auch von anderen Anzuhörenden Meinungen eingesammelt werden, weil ich glaube, dass das ein Thema ist, an das wir sicherlich noch mal rangehen werden.

Eine Frage zum schon viel diskutierten § 6 Abs. 4 – vielleicht eher Richtung Verwaltung: Es wurde darauf hingewiesen, dass das bereits durch das ASOG geregelt sei und möglich war und ist, wenn ich es richtig verstanden habe. Mich würde interessieren, warum die Notwendigkeit besteht, das jetzt noch mal im § 6 Abs. 4 so expliziert zu formulieren. – Herzlichen Dank!

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank! – Jetzt hat Herr Isenberg das Wort.

Thomas Isenberg (SPD): Vielen Dank auch von unserer Seite an alle Anzuhörenden! Ich habe vorab die Bitte an die Verwaltung, dazustellen, wie der Landespsychiatriebeirat in die Erarbeitung des jetzigen Gesetzentwurfs involviert gewesen ist und wie häufig er getagt hat. Wenn ich richtig informiert bin, soll er zweimal im Jahr tagen. Können Sie bitte Sie im Detail darstellen, wie die Akteure der Psychiatrieszene in Berlin diesen Gesetzentwurf in den Konsultationen bewertet haben, ob da weitgehend Konsens festgestellt wurde oder nicht und welche Protokolle es unter Umständen davon gibt.

Das Zweite wäre eine grundsätzliche Frage: Wir haben als SPD-Fraktion – auch schon in der letzten Legislaturperiode – gesagt, dass es uns wichtig ist, die Besuchskommission zu qualifizieren. Ich sehe hinten Herrn Krämer sitzen. Er hat kontinuierlich bei allen Fraktionen gute Informationsarbeit geleistet. Wir werden sicherlich darauf zurückkommen, das hat Herr Ludwig schon angedeutet. Ich hatte bei der ersten Lesung für unsere Fraktion schon im Plenum gesagt, dass sicherlich das Parlament bei der Legitimationsstiftung für die Besuchskommission wesentlich gestärkt werden muss. In dem Kontext würde mich interessieren, welche Instrumente Sie sich genau vorstellen können. Klar ist, dass es ein schützenswertes Interesse gibt, Detailberichte nicht jedermann zugänglich zu machen. Andererseits besteht für das Parlament ein zeitnahes Informationsbedürfnis über die Kasuistik: Welche Probleme gab es denn wo? –, unabhängig von der Nennung des einzelnen Pflegers, der einzelnen Ärztin, oder auch – erst einmal vielleicht gar nicht in der Öffentlichkeit reproduzierbar –, welche Institution es gewesen ist, aber so, dass man für das Parlament rekonstruieren und daraus ableiten kann, welche Maßnahmen angemessen wären. – Was wären Ihre Vorstellungen für so eine abgestufte Berichterstattung an das Parlament, wenn man diese Besuchskommission hätte? Wie müsste die ausgestattet sein, um diesen Aufgaben nachzukommen?

Ich möchte mich nicht wiederholen; die Punkte zur Zwangsbehandlung werden wir ausführlich in einer der zukünftigen Sitzungen im Abgleich zur UN-Behindertenrechtskonvention diskutieren müssen. Mich würde noch seitens des Rats der Bürgermeister interessieren: Ich verstehe das Anliegen, dass man die Sozialpsychiatrischen Dienste erst mal möglichst patientennah hält und ihnen nicht die Rechte gibt, quasi in die Wohnung einzudringen. Wie sehen Sie die Argumentation, die jetzt zum ASOG aufgezogen wurde? Ich bin sehr affin dafür, wenn wir sagen, wir wollen im Psychisch-Kranken-Gesetz des Landes Berlin eine neue Formulierung entwickeln. Wäre es praktikabel, dort erst einmal temporär mit zwei unterschiedlichen Rechtsrahmen zu agieren?

Frau Schumacher! Sie erwähnten die Gesundheitsministerkonferenz im Jahr 2012. Können Sie zu den Inhalten kurz illustrieren, was dort beschlossen worden ist? Welche Anforderungen an die Länder setzt die Beschlusslage im Detail?

Ich hätte noch einen weiteren Punkt in Ergänzung der Punkte, die eben erwähnt wurden. Herr Rosemann! Sie erwähnten die Unterbringung nach BGB. Gibt es aus Ihrer Sicht – oder aus Sicht der anderen Anzuhörenden – momentan auch in diesem Themenfeld Problemlagen? Gibt es Standards? Gibt es die Durchsetzung von Standards in den Bezirken? Gibt es dort Notwendigkeiten, vielleicht zu anderen Kontrollen oder Dokumentationen zu kommen? Unabhängig von diesem Handlungsfeld Dokumentation insbesondere, auch bei Zwangsmedikation oder Zwangsmaßnahmen, habe ich an alle Anzuhörenden die Frage: Wie könnte denn so ein Landesdokumentations- oder -informationssystem aufgebaut sein? Die Einrichtungen dokumentieren ja in der Regel. Ich habe eben wahrgenommen, dass darüber hinaus von den An-

zuhörenden gesagt wurde, man müsste noch einmal über die Frage, ob 18 Stunden oder 12 Stunden – Stichwort: Richtervorbehalt – diskutieren. Welchen fachlichen Standard gibt es beispielsweise für die Fixierung? Gibt es dazu konkrete Leitlinien von Fachgesellschaften? Gibt es konkrete Instrumente der Durchsetzung der Qualität in den einzelnen Häusern, und wie könnte man landesweit zu solch einer Qualitätsdiskussion kommen oder zu einer entsprechenden Dokumentationsverpflichtung?

Eine Grundsatzfrage – Herr Wegener! Ich habe Sie so verstanden – vielleicht habe ich es aber auch missverstanden –, dass man eigentlich keine Fixierung oder Zwangsbehandlung bräuchte. Zumindest sagen das viele aus Ihrem Umfeld. Herr Bempohl klang nach meiner Wahrnehmung ein wenig anders. Herr Prof. Dr. Bempohl! Gibt es denn die Chance auf eine fixierungs- oder zwangsbehandlungsfreie Psychiatrie, und wenn ja, welche Rahmenbedingungen müssten dann geändert werden? – Danke!

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Jetzt habe ich für meine Fraktion das Wort. – Herr Isenberg! Es gibt akute Krankheitsfälle, und dann nützt Ihnen keine langfristige Strategie. Sie müssen dann innerhalb von Minuten handeln, um eine Selbst- oder Fremdgefährdung auszuschließen. Insofern ist das natürlich da ein Problem.

Es hieß, das Gesetz sei deswegen so umfangreich, weil es voll mit Redundanzen ist. Ich habe mir mal das Gesetz in Baden-Württemberg anschaut. Das ist mit 20 Seiten und 58 Paragraphen deutlich kürzer und an vielen Stellen prägnanter als dieses Gesetz. Insofern weiß ich nicht, ob hier nicht an vielen Punkten eine viel zu tiefe Regelung erfolgt. Ich will das mit den Redundanzen nicht wiederholen, aber ganz wesentlich ist der § 6 Abs. 4. Meiner Kenntnis nach – Herr Kammeier, Sie müssten mich korrigieren – ist es das einzige PsychKG in der Bundesrepublik, das eine solche Formulierung wie das Betreten der Wohnung enthält. Ich kann mir überhaupt nicht vorstellen, wie Sie den Sozialpsychiatrischen Dienst, der keine hoheitliche Aufgabe hat, in die Wohnungen jagen wollen. Da macht doch keiner auf. Soll der denn schon damit anfangen, die Tür gewaltsam zu öffnen, um den potenziellen Patienten aufzusuchen? In solchen Situationen ist bisher immer die Regel gewesen, dass dann Polizei bzw. Feuerwehr eingegriffen haben. Dazu ist die rechtliche Grundlage gegeben. Die muss im PsychKG nicht so verankert werden, denn das stigmatisiert und überträgt dem Sozialpsychiatrischen Dienst Aufgaben, für die er überhaupt nicht ausgebildet ist. Das kann er gar nicht.

Eine Frage ist, glaube ich, vorhin missverständlich beantwortet worden: offene und geschlossene Therapiemöglichkeiten. Zurzeit ist es im neuen Gesetz so formuliert, dass man, wenn man keine geschlossene Behandlungsmöglichkeit anbietet, als behandelnde Institution ausscheidet. Ist das der Fall? Wenn das nicht der Fall ist, dann muss das im Gesetz anders formuliert werden.

In § 28 Abs. 7 PsychKG ist immer die Rede von „selbstgefährdend“. Herr Prof. Kammeier hat vorhin gesagt: oder andere gefährdend. Es ist natürlich auch eine Intervention medikamentöser Art notwendig, wenn andere gefährdet sind. Die sind aber in der jetzigen Fassung ausgeschlossen. So steht es wörtlich drin. Von Fremdgefährdung ist da nicht die Rede.

Bei der Berufskommission hatte Prof. Bempohl den Facharztstandard angemahnt. Der ist meines Erachtens drin. Es steht drin: „mit abgeschlossener psychiatrischer Weiterbildung“.

Wenn das nicht ausreicht, müssten Sie noch mal definieren, wie Sie es formuliert haben wollen.

Dann habe ich ein ganz großes Problem mit dem § 5 – das ist überhaupt noch nicht erwähnt worden –, den niedrigschwelligen Angeboten. Es ist nämlich immer von Angeboten für Hinzuverdienst oder Beschäftigungsmöglichkeiten für psychisch Erkrankte die Rede. Muss aber nicht das Ziel sein – um sie nicht zu stigmatisieren –, sie auch im ersten Arbeitsmarkt unterzubringen? Wäre da nicht eine Regelung aufzunehmen, dass das zu den Zielen gehören muss? Das andere halte ich auf Dauer für erheblich problematisch.

Bei § 18 – Unterbringung in den Heimen – müssten Sie mir auch noch mal erläutern, warum Sie von dem Bewährten weggehen und wie Sie die Qualitätskriterien strikt definieren wollen. Das sind in der Regel private Einrichtungen, die Sie mit vermeintlich hoheitlichen Aufgaben betrauen wollen. Ich kann mir nicht vorstellen, dass das funktioniert und weiß auch nicht, wie das funktionieren sollte.

An Dr. Hanke die Frage: Ist die Fachaufsicht möglicherweise nicht besser beim Land angegliedert als bei den einzelnen Bezirken? Ich glaube, dass es möglicherweise ein großes Problem werden könnte, wenn jeder nach eigenen Kriterien loszieht. – Das wäre es zunächst einmal.

Es gibt keine weiteren Wortmeldungen. Ich würde Sie bitten, in umgekehrter Reihenfolge zu beginnen. – Herr Dr. Hanke!

Bezirksbürgermeister Dr. Christian Hanke (BA Mitte und Vertreter des Rats der Bürgermeister): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren!

Dr. Wolfgang Albers: Entschuldigung, Herr Dr. Hanke! Ich habe einen wesentlichen Punkt vergessen und will ihn noch schnell sagen: Wie ist das Weisungsrecht in § 20 Abs. 2 eigentlich definiert? Geht es nur um strukturelle Weisungen? So wie es jetzt formuliert ist, sind damit auch medizinische Anweisungen zu verstehen. Das kann nicht sein. – Entschuldigung! – Herr Dr. Hanke, bitte!

Bezirksbürgermeister Dr. Christian Hanke (BA Mitte und Vertreter des Rats der Bürgermeister): Zu der vorletzten Frage, wo die Fachaufsicht angesiedelt sein soll, kann ich als kommunaler Vertreter natürlich nur sagen, in den Bezirken, was natürlich auch Sinn macht, weil das Gesundheitsamt ja in unterschiedlichen Formen fachaufsichtliche Aufgaben wahrnimmt, die bisher völlig unkritisch sind. Wenn es beispielsweise um Krankenhaushygiene geht, ist das alles gar kein Thema. Ich teile die Auffassung der Senatsverwaltung für Gesundheit an der Stelle: Wir sind ja wirklich vor Ort. Wir kennen die Kliniken. Wir sind in den psychiatrischen Verbänden, im Psychiatriebeirat, in den Steuerungsrunden. Das macht alles schon Sinn, und das ist ja keine ministerielle Aufgabe. Trotzdem treibt mich die Frage um, was die Standards sind und wie das vor allen Dingen personell, ich will gar nicht über Kosten- und Leistungsrechnung reden, abgesichert ist. Wir haben Vorbilder, das muss präzisiert werden.

Zu dem Weisungsrecht: Das habe ich selbst als Frage formuliert, weil ich mir das nicht so richtig vorstellen kann. Was auf gar keinen Fall geht, auch wenn es zum Beispiel auf den

Amtsarzt oder auf den Leiter des SPD konzentriert ist, ist, dass es sich hierbei um Weisungen medizinischer Art handelt. Ich glaube, das geht gar nicht; da sind unterschiedliche Kreise berührt. Aber was z. B. die räumlichen Standards anbelangt oder die Anordnungen hinsichtlich der Hierarchie, wer welche Entscheidung trifft, sind das Dinge, die auch von einer Weisung, einem Bescheid, wie auch immer, erfasst werden können.

Zur Frage nach dem ASOG von Herr Isenberg: Ich glaube, jeder SPD in Berlin ist dafür, dass dieser Paragraf gestrichen wird, und ich bin dankbar, dass das mal so praktisch beschrieben wurde: Der Arzt kommt an die Wohnungstür, weil dort jemand ist, der vielleicht psychisch gerade in einer Ausnahmesituation ist. Man klopft und sagt: Hallo! Ich bin da. Ich will dir helfen. Machst du die Tür auf? –, und der sagt nein. Solange keine Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt, ist das Nein dann ein Nein. Wenn es sich aber um eine Fremdgefährdung handelt, weil gerade ein Schub gekommen ist, dann wird mein Arzt nicht den Schlüsseldienst holen und die Tür öffnen lassen, weil er nicht in Nahkampftechnik ausgebildet ist, für den Fall, dass jemand mit einem Messer oder einem Hammer auf ihn zustürmt. Es wird nicht passieren, dass ich meinen Arzt anweise, so etwas zu machen.

Das heißt, wir brauchen die polizeilichen Kräfte in den Situationen, in denen es um Fremd- und Selbstgefährdung geht. Ich glaube nicht – wir haben ja auch zusammengesessen –, dass der Paragraf deshalb reingekommen ist, damit die Polizei künftig sagen kann: Nein! Guckt mal in euer PsychKG! Ihr müsst schon selbst sehen, wie ihr in die Wohnung kommt. – Das ist sicherlich nicht die Intention, aber ich glaube, für die Rollenklarheit wäre es einfach gut, wenn diese Passage wieder rauskommt.

Das Berichtswesen interessiert mich auch sehr – das hatte Herr Schruoffeneger angesprochen –, denn wir haben eigentlich wenige Daten. Ich gucke ganz fasziniert auf die Tabelle dort vorn; leider kann ich das Hellgrüne nicht erkennen. Ich bleibe natürlich auch an dem blauen Verlauf hängen: Wie viele Fixierungen haben wir eigentlich? – Es sieht ja erst mal so aus, dass wir überwiegend sehr wenige Fixierungen haben, aber ich weiß eigentlich gar nicht, was in meinem Bezirk passiert, wenn ich das mal so sagen darf, und ich glaube, auch die Senatsverwaltung weiß es nicht. Von daher wäre mir – das ist schon vorgetragen worden – an einem ordentlichen Berichtswesen gelegen, nicht im Sinne der Anklage, sondern genau wie es beschrieben wurde, zu gucken: Was ist da passiert? Warum steigt die Zahl der Fixierungen an? –, wenn ich da den Balken sehe. Das muss man auf einer Fachebene miteinander diskutieren, aber es braucht die entsprechenden Zahlen, um Gesprächsanlässe zu schaffen.

Die letzte Frage, auf die ich antworten will: Herr Spies hat alle gefragt, wo die eigentliche Verbesserung sei. – Ich sehe schon die Verbesserung, dass das Gesetz Rechtsprechungen aufgreift und versucht, für das Land Berlin eine Rechtssicherheit gerade auch für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte zu schaffen.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank! – Herr Wegener, bitte!

Uwe Wegener (Vorstandsvorsitzender der Selbsthilfevereinigung bipolaris e. V.): Danke! – Zu den Daten: Es ist kein zeitlicher Verlauf, sondern es zeigt den Unterschied zwischen den verschiedenen Berliner Versorgungsbezirken. Das ist die Anzahl der Patienten, die eine Zwangsmaßnahme erfahren. Sie sehen, dass das in den verschiedenen Bezirken sehr unterschiedlich ausfällt. Wir haben einen Vertreter aus Wedding hier, und ich kann Ihnen sagen, Wedding und Neukölln – Bezirke mit ähnlicher Sozialstruktur – liegen genau auf den unterschiedlichen Seiten dessen. Das heißt, es gibt in den verschiedenen Bezirken eine extrem unterschiedliche Zahl von Zwangsmaßnahmen, Zwangsunterbringungen, die erfolgen. Ich habe deswegen keine Kliniken darunter geschrieben, weil das der Klinik gegenüber unfair wäre; die Klinik ist nur zu einem Teil daran beteiligt, sondern: Es gibt den SPD, es gibt die Gerichte, es gibt viele Sachen, und das Thema ist, genau im Sinne des Herrn von den Grünen, miteinander darüber ins Gespräch zu kommen. Herr Bermpohl zum Beispiel hatte mir dazu schon ein Gesprächsangebot gemacht. Mit der Charité habe ich auch darüber gesprochen, wie diese verschiedenen Zahlen zustande kommen. Es geht hierbei wohlgermerkt um die Unterbringung. Für das Thema Zwangsbehandlungen gibt es keine Statistiken in Deutschland, jedenfalls keine validen Statistiken. Das ist also eine Sache, wozu auf jeden Fall eine Dokumentation erfolgen muss.

Zum Thema Redundanz, das immer wieder aufkam – das ist ein ganz wichtiger Punkt dabei. Die Argumentation, die UN-Behindertenrechtskonvention erlaubt keine Sondergesetze, die Menschen mit Behinderung in besonderem Maße einschränken: Genau das ist es an vielen Stellen. Wir haben viele Maßnahmen – wir haben das ASOG, wir haben die Ingewahrsam-

nahme, wir haben die Nothilfe. Das heißt, wenn jemand in einer schweren seelischen Ausnahmesituation am Fenster steht und sich umbringen will, dann haben wir alle die verdammte Pflicht, dort zu helfen, völlig unabhängig davon, ob jemand das Etikett „psychisch krank“ hat oder nicht. Das gilt genauso, wenn jemand droht, eine Straftat zu begehen oder dies vermutet wird. Dann gibt es dafür Maßnahmen wie die Ingewahrsamnahme. Wir brauchen dafür keine Sondergesetze.

Zum Thema, ob eine Zwangsbehandlung notwendig ist oder nicht: Ich zitiere jetzt Dr. Martin Zinkler, der nach der BGB-Reform – oder bevor die entsprechenden Paragraphen im Betreuungsrecht gemacht worden sind – auf Zwangsbehandlungen grundsätzlich verzichtet hat – wie auch viele andere –, der dies aber auch dokumentiert und gesagt hat: In dem Moment, wo wir verpflichtet waren, keine Zwangsbehandlungen mehr durchzuführen, sind wir darauf angewiesen, neue Behandlungsformen zu finden, das therapeutische Angebot zu verbessern, in Beziehung zu dem Patienten zu treten. – Für mich ist das ein bisschen so wie mit dem Schlagen von Kindern. Viele Jahre hieß es immer: Kindern schadet es nicht. Sie dürfen geschlagen werden, bzw. man komme nicht darum herum, Kinder zu schlagen. – Im Laufe der Jahre hat sich das Bewusstsein entwickelt, dass man auch andere Maßnahmen treffen kann, um mit Kindern umzugehen, und das Schlagen wurde gesetzlich verboten. Genau diese Entwicklung sehe ich im Bereich von Menschen mit schweren seelischen Krisen, und ich hoffe, sie wird bald kommen.

Verbesserungen, das habe ich gesagt, sehe ich in diesem Gesetz nicht. Die Festschreibung des Status quo, insbesondere von so positiven Einrichtungen wie den psychosozialen Arbeitsgemeinschaften und der Beschwerde- und Informationsstelle, ist für mich die einzige Verbesserung. Die Besuchskommission ist in der Form ein zahnloser Tiger. Die Punkte sind eigentlich schon gesagt worden: Die Besetzung muss transparent sein, die Berichte müssen zeitnah offengelegt werden. Es müssen die Daten allesamt erhoben werden, ob es nun die Zwangsbehandlung ist oder nicht. Die Besuchskommission muss in die einzelnen Institutionen gehen können; sie ist für mich ein unverzichtbares Kontrollgremium an der Stelle. Wir brauchen ein unabhängiges Kontrollgremium, das steht explizit auch in der UN-Behindertenrechtskonvention. Überall dort, wo Zwang gegenüber Behinderten ausgeübt werden kann, müssen entsprechende staatliche Einrichtungen, die die Kontrolle gewährleisten, vorhanden sein, und zwar unabhängige Kontrollgremien. Nichtsdestotrotz der Hinweis: Ein Kollegialgremium oder an anderer Stelle – wie zum Beispiel mit diesen Daten – darüber zu reden: Was machst du an deiner Klinik? –, oder wir treten in einen Dialog mit Richtern ein: Was läuft bei Ihnen anders? Welche Möglichkeiten gibt es? –, diese Möglichkeiten müssen genutzt werden, und auch so etwas würde ich mir in einem Gesetz wünschen, das sich um das Thema Hilfen dreht.

Es wurde nach der BGB-Unterbringung gefragt. Da gibt es natürlich das ganz große Loch, dass Menschen in Heimen irgendwo außerhalb Berlins untergebracht oder sonst wie nach BGB verschickt werden und nie wieder auftauchen, dass Leute nach Beschlüssen tatsächlich bis an ihr Lebensende in irgendwelchen Altersheimen oder geschlossenen Stationen ihr Leben fristen. Es gibt dafür keinerlei Statistik oder Erfassung, wo mal geschaut wird, wen das eigentlich betrifft. Sind das einige Dutzend Leute, oder sind es vielleicht sogar Hunderte Personen aus Berlin, die verschickt werden, die in Heimen festgehalten werden? – Das ist auch ein Thema.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank! – Jetzt hat Frau Schumacher das Wort. – Bitte!

Marianne Schumacher (Vorstandsmitglied des Berliner Landesverbandes Angehörige psychisch Kranker): Ich werde versuchen, die Fragen zu beantworten, bitte aber um Nachsicht, wenn ich ein bisschen die Kontrolle über die Vielfältigkeit verloren habe.

Naheliegender kann ich mich auf das beziehen, was Uwe Wegener eben gesagt hat. Dem kann ich mich aus der Angehörigenperspektive voll anschließen. Wenn ich an die Frage von Herrn Spies denke, was wir als Angehörige an dem Gesetz gut finden, ist es gerade die Besuchscommission und die Festschreibung der Beschwerdestelle, und zwar beides auf dialogischer Ebene, was uns ganz besonders wichtig ist, wobei wir bei dem Anfall von Arbeitsaufwand wahrscheinlich Schwierigkeiten kriegen, Ehrenamtler zu finden, die das leisten können. Das heißt, man müsste sich bei dem Arbeitsaufwand vermutlich Gedanken um mehr Ausgaben der Besuchscommissionen machen.

Den Berichtszeitraum von fünf Jahren ans Abgeordnetenhaus, wenn ich das richtig in Erinnerung habe, halte ich für zu lang. Ich bin für maximal alle zwei Jahre.

Alles, was Herr Schruoffeneger gesagt hat, kann ich unterschreiben, denn auch ich sehe in der Besuchscommission auf der einen Seite ein Kontrollinstrument, auf der anderen Seite aber vielleicht auch die Möglichkeit, sich zu öffnen und insgesamt zur Diskussion und Vernetzung von guten Angeboten und zu einem Erfahrungsaustausch beizutragen, obwohl das aus diesem Gesetz nicht hervorgeht. Ich halte das aber für eine Sache, über die man gut nachdenken kann. Wir als Angehörige sind im Grund genommen überhaupt nicht in die Rechtssituation PsychKG usw. involviert, wir haben da keine eigene Rechtsposition.

Ich möchte noch kurz auf Herrn Prof. Kammeier eingehen. Ich habe nicht bestritten, dass das auch die Bundesebene ist. Mir kam es auf die vergleichbaren lebensnahen Umstände an, die festgeschrieben sind – zumindest in der Begründung zum Maßregelvollzug –, und auf die Hausordnungen, das heißt, auf die Freiheitsbeschränkungen, die jeder Institution unterliegen. Mir geht es da weniger um Änderungen in direkter Form oder Einflussnahme auf die Bundesgesetzgebung, sondern um Änderungen vor Ort. Wenn ich die Beschwerden sehe, die wir von Besuchern und Untergebrachten bekommen, die ich auch schon weitergeleitet habe – ein ganzes Sammelsurium von mehreren, für Sie vielleicht kleinen Begebenheiten, die aber in der Summe doch einen sehr fragwürdigen Umgang hinter den geschlossenen Mauern schildern –, gilt es, ein Zeichen zu geben. Das bitte ich doch, in den Fokus zu nehmen.

Dass im § 28 die Erweiterung auf Fremdgefährdung fehlt, ist mir auch aufgefallen, obwohl ich es in meiner Begründung nicht erwähnt habe.

Mit den niedrigschwelligen Angeboten habe ich in der Aufzählung an dem Ort so meine Schwierigkeiten, denn nach meinem normalen Menschenverstand müssten niedrigschwellige Angebote vorher laufen und nicht erst, wenn die Krankheit eingetreten, wenn jemand schon im System angekommen ist und dann niedrigschwellig Möglichkeiten der Begleitung hat. Diese Angebote müssten meines Erachtens präventiv, bereits im Vorfeld einer existenziellen Krise greifen. Bis auf den Krisendienst kann ich das nicht entdecken, denn auch die Kontakt- und Beratungsstellen sind meines Erachtens eher Freizeitgestaltungen und Möglichkeiten der

Beratung und Begleitung für Leute, die bereits seit langer Zeit im System sind; sie entsprechen damit auch nicht dem Inklusionsgedanken, denn Inklusion bedeutet, dass ich, wenn ich in psychiatrischer oder psychologischer Begleitung bin, außerhalb von psychiatrischen Einrichtungen – also Richtung Teilhabe – Möglichkeiten finde, wo ich mich aufhalten kann, wo ich unterstützt werde, wo ich aber auch mit gesunder Bevölkerung in Kontakt komme.

Zur Fachaufsicht kann ich sagen – Herr Hanke, ich stimme Ihnen voll zu –, dass das nur auf der Bezirksebene erfolgen kann.

Zu § 6 Abs. 4 ist schon genügend gesagt worden. Dazu muss ich, glaube ich, nicht extra etwas sagen.

Dann möchte ich die Frage von Herrn Isenberg zur Gesundheitsministerkonferenz der Länder vom 28. Juni 2012 beantworten. Ich habe hier Auszüge, die ich Ihnen gern zur Verfügung stellen würde. Ein spezieller Auszug ist ein Absatz, den ich hier verlesen möchte:

Aufgabe von Psychiatriepolitik ist es, zukunftsfähige Strukturen zu schaffen, welche die Übernahme der Verantwortung für alle psychisch kranken Menschen gewährleisten und dabei öffentlich kontrolliert sind. Seitens der Länder, der Kommunen und der Kostenträger sollten gezielte Anreize zur Unterstützung einer solchen Entwicklung gesetzt werden.

Deswegen habe ich meinen Beitrag aus der Angehörigenperspektive darauf abgestimmt.

Ein weiterer Absatz – dann lasse ich Sie damit in Ruhe:

Gleichzeitig besteht auch die Gefahr einer Unterversorgung derjenigen, die zumeist schwer chronisch krank sind, jedoch von sich aus nicht selbst um Hilfe nachsuchen, sowie derjenigen Patienten und Patientinnen, die krankheitsuneinsichtig und nicht compliant sind. Diese Menschen werden von den bestehenden Hilfesystemen häufig nicht erreicht; die Folgen sind erheblich. Gerade für diese Personengruppe erhöht sich das Risiko, in der Obdachlosigkeit, im Strafvollzug oder im Maßregelvollzug zu landen. Hier gilt es, verstärkt systemübergreifende, nachgehende und aufsuchende Hilfen zu entwickeln bzw. auszubauen.

Ich bitte, auf das Datum zu achten: Das war der 28. Juni 2012. – Ich danke!

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank! – Herr Rosemann, bitte!

Matthias Rosemann (Geschäftsführer der Träger gGmbH): Vielen Dank! – Ich hoffe, dass es mir bei der Vielzahl der Fragen gelingt, den Überblick zu behalten. Ich versuche, von hinten her auf die Fragen einzugehen.

Herr Vorsitzender! Sie hatten die Frage aufgeworfen, ob in dem § 5 bei den Hilfen mit dem Hinzuverdienst die Hilfen ausreichend berücksichtigt sind. Ich glaube, der § 5 regelt das, was das Land Berlin an Maßnahmen oder Angeboten vorhält, um angemessene Vorkehrungen zu treffen, damit jemand notwendige Hilfen erhält. Der § 5 regelt nicht sämtliche Leistungen, die Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Behinderung nach den verschiedenen Sozial-

gesetzbüchern der Bundesrepublik Deutschland zur Verfügung stehen, sondern das sind die Leistungen, die das Land Berlin vorhält. Ich hatte beim Lesen dieses Gesetzes und auch in den Diskussionen in der entsprechenden Arbeitsgruppe des Landespsychiatriebeirats den Eindruck, dass das Gesetz nachvollzieht, was seit Mitte der Neunzigerjahre in Berlin an Instrumenten entwickelt und geschaffen wurde. Dazu gehört das niedrigschwelligste Instrument, das wir überhaupt an Hilfen haben, dass jemand ohne einen Antrag bei irgendeinem Kostenträger – bei der Rentenversicherung, der Agentur für Arbeit, beim Jobcenter usw. – Hilfen zur Arbeit erhalten kann. Das ist ein sehr großer Wert, und ich bin fest davon überzeugt: Würden wir dieses Instrument ausbauen, könnten wir viele andere Hilfen herunterfahren. Ich glaube, viel mehr Menschen bekommen Hilfen im betreuten Wohnen, denen man mit Arbeit besser helfen könnte. Insofern finde ich es wichtig, dass es so, wie es ist, verankert ist. Ich hatte andere Vorschläge für die Begrifflichkeit, aber das ist nachrangig. Ich halte es aber für sehr wichtig, dass es verankert ist, dass das Land Berlin solche Hilfen vorzuhalten hat. Das ändert nichts daran, dass andere Leistungen für die Anspruchsberechtigung gegenüber anderen Leistungsträgern wie den Jobcentern oder den Hilfen der Rentenversicherung, die zur Verfügung stehen, in Anspruch genommen werden sollen.

Sie hatten die sehr schwierige Frage nach der Fremdgefährdung im § 28 bei der Behandlung aufgeworfen. Das ist meiner Wahrnehmung nach eines der kompliziertesten Themen bei der Entwicklung eines Psychisch-Kranken-Hilfegesetzes. Ich habe es gerade in anderen Verbandszusammenhängen bei der Novellierung des nordrhein-westfälischen PsychKG diskutiert, das im Entwurf auch erst mal – ähnlich wie das Berliner – nicht vorsieht, dass eine Zwangsbehandlung stattfinden kann, wenn jemand nicht sich selbst, sondern Dritte gefährdet. Wenn man das aufnehmen wollen würde, wozu es fachlich entsprechende Positionen gibt, dann wäre es umso erforderlicher, deutlich zu machen, dass zuvor alle anderen Hilfen ausgeschöpft werden müssen und das im Gesetz eindeutig festzuschreiben. Wenn man es so, wie es der Berliner Entwurf jetzt vorsieht, weglässt, geht man das Risiko ein, dass Menschen, die nachhaltig Behandlung nicht wünschen, obwohl sie in der Lage sind, die Entscheidung darüber zu treffen, vermutlich nicht mehr im Krankenhaus gesichert werden, sondern in anderen Einrichtungen. Das muss man wissen. Das endet dann eher im Gefängnis oder im Zweifel im Maßregelvollzug oder in der Sicherungsverwahrung, sofern wir nicht andere geschlossene Einrichtungen schaffen wollen. Hinter der von Ihnen aufgeworfenen Frage steht also ein sehr zentrales Thema, das eine ausführliche Diskussion verdienen würde.

Dann ist die Frage nach der Notwendigkeit von Kontrollen und alles, was mit der Besuchscommission zusammenhängt, aufgeworfen worden; dazu gab es mehrere Fragen von Herrn Isenberg und Herrn Schruoffeneger. Grundsätzlich glaube ich, dass die Besuchskommissionen so, wie sie jetzt im Gesetzentwurf angelegt sind, dafür gedacht sind, Einrichtungen zu besuchen, in denen Menschen gegen ihren Willen untergebracht sind, obwohl in der Begründung – das habe ich schriftlich ausgeführt – an anderer Stelle etwas anderes steht. Aber im Grundsatz ist sie zunächst dazu gedacht, und so wird sie in vielen anderen Bundesländern auch wahrgenommen. Es ist zunächst auch das Wichtigste, dass Besuchskommissionen dahin gehen, wo Menschen gegen ihren Willen sind. Insofern ist das für mich der Ansatz, mit dem man sagt: Das muss man jetzt erst einmal schaffen. Es ist wichtig, dass es das gibt. – Ob das wirklich auf Dauer der Weisheit letzter Schluss ist, würde ich gern einer Prüfung vorbehalten, die vielleicht nach drei, vier, fünf Jahren erfolgt, wenn man in Berlin Erfahrungen mit den Besuchskommissionen gemacht hat. Man muss sich klarmachen, dass man, wenn man alle Einrichtungen besuchen wollen würde, in denen Menschen untergebracht sind, schon eine

ganze Menge zu tun hat. Insofern würde ich mir wünschen, dass es auf diese Einrichtungen bezogen ist. Das würde einschließen – die Frage kam auch –, dass die Besuchskommission zum Beispiel Pflegeheime besucht, in denen Menschen, zum Beispiel wegen einer Demenzerkrankung, geschlossen untergebracht sind. Das wird, die Kontrollfrage ist aufgeworfen worden, immer von einem Gericht kontrolliert, aber im Bereich des BGB – daher mein Vorschlag, das mit aufzunehmen – haben wir Unterbringungs dauern von zwei Jahren und mehr oder sogar unbefristet, und es wäre sehr sinnvoll, dass da eine Kommission reinguckt. Insofern würde ich mir auch sehr wünschen – das geht auf die Frage von Herrn Schruoffeneger ein –, dass die Berichte der Besuchskommission eine hohe Transparenz herstellen, erst mal im Sinne der Details, die man mit der jeweiligen Einrichtung feststellt. Das aber, was systematisch festgestellt wird, muss in aggregierter, zusammengetragener Form dem Landespsychiatriebeirat und über den Landespsychiatriebeirat dem Abgeordnetenhaus von Berlin zur Verfügung gestellt werden. Wenn man Gewalt mindern oder vermeiden will, dann braucht man zunächst zuverlässige Informationen darüber, wo und in welcher Form sie angewandt wird. Das, was Herr Wegener mitgebracht hat, zeigt ja eigentlich den großen Unterschied zwischen verschiedenen Einrichtungen, Konzepten und Ähnlichem mehr, und darüber muss eine öffentliche Debatte möglich werden. Insofern wäre es wichtig, dass man Orte hat, an denen man ohne die Anonymisierung der jeweiligen Kliniken das diskutiert, was eben in der Präsentation gezeigt wurde.

Sie haben Baden-Württemberg angesprochen; dort wird von einer Monitoringeinrichtung gesprochen, wo alle Daten zusammengetragen werden. Dazu brauchen wir eine Verpflichtung der Einrichtungsträger, Daten der Senatsverwaltung zur Verfügung zu stellen. Wir haben in dem Gesetz viele Verpflichtungen, dass die Einrichtungen Zwangsmaßnahmen dokumentieren müssen, aber wir brauchen eine Verpflichtung, dass sie der Senatsverwaltung – eine andere Einrichtung ist mir nicht eingefallen, und ich glaube, das wäre in Berlin auch vernünftig – Daten in einer Weise zur Verfügung stellen, die die Informationen vergleichbar macht. Dazu braucht man eine zentrale Vorgabe, wie die Daten erhoben werden sollen, und dazu braucht die Senatsverwaltung eine Verordnungsberechtigung oder – ich bin nicht Jurist genug, um zu überlegen, wie man das verankert – eine Berechtigung, alle Einrichtungen, die Zwangsmaßnahmen nach PsychKG und BGB anwenden, entsprechend zu befragen und abzufragen, daraus jährliche Berichte zu erstellen, die man dann auch diskutieren kann. Weiterhin könnte man darüber nachdenken, ob die Einrichtungen nicht verpflichtet sein sollten, ihre so erhobenen und berichteten Maßnahmen auch selbst transparent zu machen.

Dann war die Frage nach dem Anspruch auf einen Behandlungsplan im Raum. Jetzt sagt das Gesetz: Die Klinik ist verpflichtet, einen Behandlungsplan zu erstellen. – Das ganze Sozialgesetzbuch, insbesondere das SGB IX, sagt an vielen Stellen, dass die Leistungsträger verpflichtet sind, entsprechende Pläne aufzustellen, miteinander zusammenzuarbeiten – aber wenn sie es nicht tun, dann tun sie es halt nicht. Ich glaube, dass das Instrument einer Behandlungsplanung, insbesondere einer abgestimmten Behandlungsplanung – der Bundesgesetzgeber hat das mit dem Entlassmanagement bei den Krankenhäusern im Sommer letzten Jahres verschärft – nur dann greift, wenn der Bürger im Zweifel einen Rechtsanspruch auf eine abgestimmte Behandlungsplanung durchsetzen kann, er oder sein gesetzlicher Vertreter. Bürger müssen die Möglichkeit haben sicherzustellen, dass es auch tatsächlich erfolgt, und deswegen ist es ein Leichtes und nicht Schmerzhaftes, jetzt im Gesetz den Passus, in dem steht, es soll ein Behandlungsplan erstellt werden, zu ersetzen durch: Der Untergebrachte hat ein Recht auf einen Behandlungsplan. – Dann können zumindest dort, wo das nicht erfolgt, engagierte

Menschen, die für sich selbst sorgen oder die Angehörige oder gesetzliche Betreuer haben, durchsetzen, dass so etwas tatsächlich erfolgt. Ich glaube, dass ein Behandlungsplan, der zu Beginn einer Behandlung aufgestellt wird, auch gleich vorbereitet, was nach der Behandlung erfolgen soll und wie es weitergeht.

Herr Schruoffeneger hatte drei Fragen gestellt; eine bezog sich auf die Besuchskommission – nicht nur Kontrolle, sondern auch Beratung. Das Instrument, das Sie angesprochen haben, das es mal gegeben hat – dass sich Kliniken freiwillig untereinander kontrollieren –, wird man durch eine solche Besuchskommission meiner Ansicht nach nicht ersetzen können. Das hat etwas mit Qualitätsentwicklung zu tun, die auf freiwilliger Basis erfolgt. Man kann aber der Besuchskommission natürlich den Auftrag geben, nicht nur zu kontrollieren, sondern die Einrichtungen auch zu beraten, und zwar aus dem Grund: Die Besuchskommission wird viele verschiedene Einrichtungen sehen und erleben und daraus Schlüsse ziehen können, was die einen besser machen als die anderen, und aus diesem Fundus von Erfahrungen kann man lernen. Insofern sollte die Besuchskommission durchaus auch den Auftrag bekommen, die Einrichtungen zu beraten. Wichtig finde ich, dass die Erfahrungen der Besuchskommission systematisch im Landespsychiatriebeirat ausgewertet werden und dass durch diesen eine Berichterstattung an das Abgeordnetenhaus erfolgt. Hier wäre zu überlegen, ob nicht ohnehin Sie als Abgeordnetenhaus, als Gesetzgeber, die Senatsverwaltung verpflichten, einen Landespsychiatrieplan zu entwickeln – das PEPP ist in die Jahre gekommen – oder eine Evaluation dieses Gesetzes nach einer Reihe von Jahren vorzunehmen, um ein Instrument zu schaffen, wie immer wieder darüber Bericht erstattet wird, wie dieses Gesetz in der Praxis umgesetzt wird.

Zu dem Monitoringsystem Pflegeeinrichtung habe ich, glaube ich, genug gesagt. Man sollte darauf achten, dass alle Einrichtungen verpflichtet werden. Das wird mit dem PsychKG allein nicht gehen. Insofern fand ich es eine bedenkenswerte Überlegung, ob man nicht auch in das Wohnteilhabegesetz den Auftrag aufnimmt, dass die Einrichtungen über die Anwendung von Zwangsmaßnahmen Bericht zu erstatten haben – und das möglicherweise auch transparent machen müssen. Das wäre ein deutlicher Fortschritt, weil wir gerade im BGB-Bereich nichts wissen. Solch eine Statistik, wie sie an der Tafel steht, kennen wir aus den Krankenhäusern, Unterbringung nach dem PsychKG und nach dem BGB. Aus den Heimen wissen wir darüber so gut wie nichts.

Zu der Frage, welche Verbesserungen es noch geben könnte: Das PsychKG sieht eine Reihe von Hilfen vor, und es gibt eine Reihe von Hilfen, Leistungen, die außerhalb des PsychKG durch Bundesgesetze geregelt sind, also alle Hilfen der Krankenversicherung, alle Hilfen der Rentenversicherung, der Arbeitslosenversicherung und natürlich der Eingliederungshilfe. Wenn man will, dass diese vielen Hilfen, die es gibt, tatsächlich bei den Menschen ankommen, dann muss man die beteiligten Einrichtungen, Dienste und Kostenträger verpflichten, miteinander zusammenzuarbeiten. Vielfach kommt die Anwendung von Zwang und Unterbringung vor allen Dingen zustande, weil eine Einrichtung mit ihrem Latein am Ende ist und sagt: Diesen Menschen können wir nicht mehr betreuen. – Wir müssen sicherstellen, dass die beteiligten Einrichtungen und Dienste zusammenarbeiten. Daher mein Vorschlag – der auch im Landespsychiatriebeirat in der Arbeitsgruppe schon diskutiert, aber nicht aufgenommen wurde –, eine Vorschrift einzufügen, die die Bezirke verpflichtet, an der Bildung von Gemeindepsychiatrischen Verbänden mitzuwirken. Was ein Gemeindepsychiatrischer Verbund ist, wird definiert. Das ist ausreichend, aber wir brauchen eine Verpflichtung, solche Verbände zu bilden, um sicherzustellen, dass wirklich alle beteiligten Einrichtungen und Dienste

zusammenarbeiten. Das, Herr Spies, wäre eine notwendige Verbesserung dieses Entwurfs, weil das Gesetz sonst in der Tat – neben der Besuchskommission und der Nennung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes – nur abbildet, was heute schon Realität ist.

Das ist eine Verbesserung gegenüber dem bestehenden PsychKG, aber keine Verbesserung der Landschaft. Wenn wir eine Verbesserung der Landschaft wollen, dann brauchen wir eine verbindliche Zusammenarbeit aller Beteiligten, bevor Gewalt und Zwang Anwendung finden können. Das wäre sehr wichtig, und da wäre der Gemeindepsychiatrische Verbund ein Element, das man da einbauen könnte.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank, Herr Rosemann! – Wir haben die Sitzung eigentlich auf 14.30 Uhr terminiert, aber wir brauchen jetzt natürlich noch die Antworten von Prof. Bempohl und der Senatsverwaltung. Wir müssen uns aber etwas kurz fassen, wenn möglich. – Bitte!

Prof. Dr. Felix Bempohl (Chefarzt der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St.-Hedwig-Krankenhaus): Herr Spies fragte nach der Verbesserung des Entwurfs gegenüber der früheren Fassung. Ich glaube, dass das vor allem die Behandlung von Patienten betrifft, die nicht nach Betreuungsgesetz behandelt werden können. Hier wird aktuell sehr oft § 34 StGB – Gefahr in Verzug – angewendet, der meiner Meinung nach problematisch ist und in meiner Klinik nicht angewendet wird. Bei uns wird vielmehr das PsychKG zusätzlich zu § 34 ausgesprochen, weil wir auf diese Weise Kontrolle und Transparenz schaffen. Das führt dann auch dazu, dass wir im Vergleich zu anderen Kliniken in den Zahlen ungünstiger dastehen und vermeintlich mehr unterbringen, aber wir haben Transparenz. Wir haben einen Amtsarzt und einen Richter, die am nächsten Tag kommen und unsere Entscheidung überprüfen. Wir können das unseren Patienten kommunizieren, und ich halte das für sinnvoll und richtig. Der Gesetzentwurf macht die Anwendung des § 34 StGB überflüssig, weil das dort integriert ist in § 28 Abs. 7, und der unterscheidet sich schon von dem rechtfertigenden Notstand, und zwar dadurch, dass man sehr schnell einen Richter und den Amtsarzt bestellen muss und dass die kommen und kontrollieren, was die Klinik da macht, sodass nicht nachts mal eben der § 34 ausgesprochen wird und am nächsten Tag keiner mehr weiß, was da erfolgt ist. Ich denke, das ist eine wesentliche Verbesserung im Sinne der Transparenz, im Sinne der Kontrolle und im Sinne der Patienten.

Es kam die Frage nach dem Zwang in der Psychiatrie auf. Herr Spies sagte, den sollten wir reduzieren. Herr Schruoffeneger sprach von der Unvermeidbarkeit. Herr Isenberg fragte mich, ob das realistisch ist. Selbstverständlich ist es unser Ansinnen, den Zwang in der Psychiatrie auf ein Minimum zu reduzieren. Wir verstehen uns als therapeutische Einrichtung und nicht als eine Einrichtung, die Zwang ausübt. Wir sind Ärzte, wir wollen den Menschen helfen. Wir haben tatsächlich – und das würde ich wie Herr Wegener sehen – einen Paradigmenwechsel zu verzeichnen, und zwar dahin, dass man die Autonomie, die Selbstbestimmung der Patienten stärker in den Mittelpunkt rückt und merkt, dass man langfristig bessere Therapieerfolge erzielt, wenn man die Tür öffnet, wenn man Patienten auch mal unmediziert gehen lässt, wenn man zulässt, dass sie eine Behandlung abbrechen und ihnen Angebote unterbreitet und sagt: Wenn du zu einem späteren Zeitpunkt Hilfe brauchst und es dir anders überlegst, kannst du gern zurückkommen. Unsere Türen stehen offen. – Dann ist vielleicht in diesem Moment oder in dieser Woche nicht das Ergebnis erzielt, das wir uns wünschen, aber langfristig können wir eine therapeutische Beziehung mit den Patienten aufbauen und bessere Erfolge erzielen. Es gibt verschiedene strukturelle Maßnahmen und Rahmenbedingungen, die man schaffen kann, um ein solches Arbeiten zu verbessern. Dazu gehört natürlich eine offene Tür, dazu gehört die entsprechende personelle und räumliche Ausstattung der Kliniken, dazu gehört auch eine frühzeitige Intervention, wie sie hier schon genannt wurde. Die aufsuchende Be-

handlung ist etwas, was wir gern stärker ausbauen würden, damit man frühzeitig merkt, wenn Patienten in eine Krise geraten, man sie schon zu Hause unterstützen kann und nicht warten muss, bis der Polizei eine Exazerbation auffällig geworden ist und ein Patient mit Polizei und Feuerwehr kommt, obwohl man das Ganze schon zwei Wochen früher hätte auffangen können.

Trotzdem, glaube ich, leben wir in einer Welt, in der es Situationen gibt, wo wir Menschen gegen ihren Willen behandeln werden und müssen und in denen ich das aus ärztlicher Sicht für richtig halte und denke, dass wir als Gesellschaft auch den Rahmen und die Voraussetzungen dafür schaffen sollten. Meine Analogie wäre nicht das Kind, das geschlagen wird, sondern das Kind, das auf die Straße rennt, das vielleicht dem Ball hinterherrennt und das ich als Vater fasse und daran hindere, um es davor zu bewahren, vom Auto erfasst zu werden. Da gibt es viele Situationen. Das ist z. B. ein Mensch im Alkoholentzugsdelir, der einfach sofort behandelt werden muss. Dafür brauchen wir eine Rechtsgrundlage. Wenn wir das nicht machen und ihn nur verwahren, dann wird er in 15 Prozent der Fälle sterben. Wenn wir ihm ein Benzodiazepin geben, habe ich noch keinen Menschen gesehen oder von ihm gehört, der ein Alkoholentzugsdelir nicht überlebt hätte. Das ist eine sehr einfache Intervention. Es gibt viele andere Dinge. Ein Mensch mit Demenz, der sich aus seiner Pflegeeinrichtung entfernt hat und im Winter im Schlafanzug durch die Stadt irrt – natürlich muss diesem Menschen geholfen werden, auch wenn er davon überzeugt ist, dass er jetzt weitergehen will und wir ihn in Ruhe lassen sollen und das seine eigenen Entscheidung ist. Ich denke, es gibt viele Möglichkeiten, den Zwang in der Psychiatrie zu reduzieren, es gibt auch viele Rahmenbedingungen, die wir noch verbessern können. Meine Frage wäre, inwiefern es die Aufgabe oder Möglichkeit eines PsychKG ist, z. B. aufsuchende Behandlung zu stärken. Das wäre natürlich wunderbar. Mir scheint, dass das aber auch etwas ist, was im Rahmen des PEPP oder des Nachfolgeprodukts von PEPP zu regeln ist, weil dort auch hinterlegt werden muss, dass das Ganze finanziell ermöglicht wird.

Zur Besuchskommission: Ich finde, dass eine Kontrolle notwendig ist und die Besuchskommission deswegen über die beratende Funktion hinausgehen sollte. Wir sind natürlich daran interessiert, von anderen Kliniken zu lernen, wie sie Zwang vermeiden. Ein Kollege von mir ist aktuell schon in der Besuchskommission in Brandenburg unterwegs, und ich bin ganz gespannt zu hören, was er berichtet, was dort gemacht und gefunden wird und was wir in diesem Austausch lernen können. In dem Paragrafen, wo es um die Zusammensetzung der Kommission geht, wird auch ein psychologischer Psychotherapeut ermöglicht und nicht nur ein Arzt mit längerer klinischer Erfahrung. Das kann auch ein Psychoanalytiker sein, der seit Jahren niedergelassen tätig ist und mit dem, was in einer Klinik, die psychiatrisch unterbringt, bisher wenig zu tun hatte, sodass ich denke, dass da ein Facharzt und nicht ein psychologischer Psychotherapeut gefragt ist.

Wie oft gemeldet wird, ist für mich als Klinikleiter gar nicht so relevant. Fünf Jahre finde ich auch lang. Für mich wäre wichtig, dass, wenn die Besuchskommission bei mir oder auch in einer anderen Klinik gewesen ist und etwas gefunden hat, das rasch Konsequenzen hat und man nicht wartet, bis in fünf Jahren ein Bericht geschickt wird, sondern dass man unverzüglich darauf reagiert und das entsprechend Konsequenzen hat.

§ 28 ist von Ihnen und Herrn Ludewig genannt worden. Da geht es um die medikamentöse Behandlung, bzw. dort ist die Rede von der dem natürlichen Willen widersprechenden, insbe-

sondere medikamentösen Zwangsbehandlung die Rede. Sie hatten gesagt, dass das dann auch EKT und sonst was beinhalten könnte und man deswegen einfach nur „neuroleptische Behandlung“ schreiben sollte. Meiner Erfahrung nach ist EKT in einer solchen Notsituation nicht nötig und wird auch nicht angewendet. Ich kann mir aber vorstellen, dass chirurgische Maßnahmen notwendig sind. Ich kann mir einen Menschen vorstellen, der ein subdurales Hämatom hat und eine Entlastung braucht, und das wäre dann ein chirurgischer Eingriff, um dieses Blut abzusaugen. Das wäre keine neuroleptische oder medikamentöse Behandlung, sondern tatsächlich eine chirurgische Behandlung, um die akute Gefahr abzuwenden. So ein subdurales Hämatom kann durchaus auch zu einem psychiatrischen Erkrankungsbild führen, das unter diesen Paragrafen fallen würde. Daher, glaube ich, könnte uns eine Einschränkung auf eine medikamentöse Behandlung hier in Einzelfällen in schwierige Situationen bringen.

Anspruch auf einen Behandlungsplan – das finde ich selbstverständlich, damit habe ich kein Problem, gerne auch dialogisch formuliert, das sollte Standard sein. Selbstverständlich muss man bei jedem Patienten vom ersten Moment an an einem Behandlungsplan arbeiten und sollte den gleich bei der Aufnahme formulieren und auch mit dem Patienten zusammen besprechen und kommunizieren.

Herr Isenberg fragte nach dem BGB und danach, was da die Praxis ist. Es ist tatsächlich so, dass die Unterbringung nach BGB und PsychKG schon jetzt an den Senat gemeldet wird, Fixierung und Isolierung nicht. Ich glaube, es wäre sinnvoll, das auch zu erfassen. Wir in unserer Klinik erfassen das jetzt lückenlos mit einem System, das die Mitarbeiter quasi zwingt, das regelmäßig zu hinterlegen. Die können ihre Dokumentation nicht abschließen, wenn sie das nicht bearbeitet haben. Das halte ich auch für sinnvoll, und das sind wir unseren Patienten schuldig. Es sind verschiedene Standards an unterschiedlichen Stellen fixiert. So gibt es z. B. pflegerischerseits Leitlinien, die sagen, dass ein fixierter Patient selbstverständlich persönlich begleitet werden soll, während er fixiert ist, und man den nicht allein in seinem Zimmer zurücklässt. Es gibt aber auch Standards, die hausintern von Klinik zu Klinik geregelt werden, z. B. alle wie viel Stunden eine Isolierung oder Fixierung zu überprüfen ist. Ich meine, dass ich in der Begründung zu § 39 gelesen habe, dass dort für eine Fixierung eine zweistündliche Kontrolle vorgesehen ist. – [Marianne Schumacher (Vorstandsmitglied des Berliner Landesverbands Angehörige psychisch Kranker): Das stand im Referentenentwurf!] – So etwas könnte man natürlich reinnehmen, um Standards zu definieren.

Was den Richtervorbehalt nach 18 Stunden angeht, ist es uns aus klinischer Sicht recht, wenn das kürzer ist, denn wir können das in dem Moment, wo wir einen Patienten unterbringen, ans Gericht faxen, und wie schnell dann der Amtsarzt und der Richter kommen, ist für uns jetzt nicht relevant, aber es muss praktikabel sein. Im Moment ist die gängige Regelung, dass am nächsten Morgen der Amtsarzt und der Richter erscheinen, und wenn wir jetzt beispielsweise mittags um 12 Uhr eine Unterbringung aussprechen und der Richter gerade das Haus verlassen hat, dann würde das mit den 18 Stunden schon knapp werden, weil er dann eigentlich noch am gleichen Tag oder in der Nacht kommen müsste. Wenn man das jetzt auf 12 Stunden verkürzt, dann würde das die Gerichte und die Amtsärzte in die Situation bringen, dass sie schneller kommen müssten. Es wäre zu besprechen, ob das praktikabel ist.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Wir müssten langsam zum Ende kommen.

Prof. Dr. Felix BERPPOHL (Chefarzt der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St.-Hedwig-Krankenhaus): Zwei Punkte möchte ich noch ansprechen. Was die Fremdgefährdung angeht, glaube ich, dass wir auf der einen Seite natürlich die Autonomie und Selbstbestimmung der Patienten betonen wollen, dass auf der anderen Seite aber auch das Prinzip der Fürsorge für uns als Klinik, aber auch für uns als Gemeinschaft gilt für Menschen, die vielleicht in kritische Situationen kommen, wo sie für sich selber nicht sorgen können. Mir wäre wichtig, dass uns diese Menschen nicht sozusagen im Namen der Autonomie verlorengehen und sie dann tatsächlich in Haft landen oder gar nicht behandelt werden und wir uns da gewissermaßen aus der Verantwortung stehlen als Gesellschaft oder als Klinik – unter Berufung auf die Autonomie – und unserer Fürsorgepflicht an der Stelle nicht nachkommen.

Der letzte Punkt betrifft die Patienten und Mitarbeiter in den Kliniken, die häufig von Übergriffen betroffen sind. Wir haben bei uns im Haus durchschnittlich einmal pro Tag einen tätlichen Übergriff auf eine Mitarbeiterin, einen Mitarbeiter oder eine Mitpatientin, einen Mitpatienten durch Patienten, die fremdaggressives Verhalten zeigen. In unserer Chefarztrunde war es ein Anliegen, dass das gewürdigt wird und in irgendeiner Form Niederschlag im Gesetz finden könnte und man sich Gedanken machen könnte, wie auch diese Bürger geschützt werden. – Danke schön!

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank! – Wir haben uns gerade darauf verständigt, dass die Senatsverwaltung auf die Fragen, die jetzt noch offen sind, in der Sitzung antworten wird, in der wir das Wortprotokoll abschließend behandeln, weil wir aus Zeitgründen jetzt nicht weitermachen können. Ich nehme an, dass Sie damit einverstanden sind, dass wir so verfahren. – Dann bedanke ich mich bei den Anzuhörenden für ihr Erscheinen und ihre Stellungnahmen. Vielen Dank! – [Beifall] –

Punkt 4 der Tagesordnung

Verschiedenes

Siehe Beschlussprotokoll.