

Wortprotokoll

Öffentliche Sitzung

Ausschuss für Gesundheit und Soziales

Zu TOP 3 unter Zuladung des Ausschusses für für Verfassungs- und Rechtsangelegenheiten, Verbraucherschutz, Geschäftsordnung
--

76. Sitzung
2. Mai 2016

Beginn: 12.03 Uhr
Schluss: 14.21 Uhr
Vorsitz: Dr. Wolfgang Albers (LINKE)

Vor Eintritt in die Tagesordnung

Siehe Inhalts- und Beschlussprotokoll.

Punkt 1 der Tagesordnung

Aktuelle Viertelstunde

Siehe Inhaltsprotokoll.

Punkt 2 der Tagesordnung

Aktuelles aus der Senatsverwaltung

[0045](#)
GesSoz

Siehe Inhaltsprotokoll.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Wir kommen zu

Punkt 3 der Tagesordnung

Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs [0302](#)
Vereinbarkeit des Gesetzentwurfs des Senats zur GesSoz
Neuregelung des Rechts für psychisch erkrankte
Personen vom 26.01.2016 (Drucksache 17/2696) mit
der UN-Behindertenrechtskonvention
(auf Antrag der Piratenfraktion)

Hierzu: Anhörung

Ich begrüße zu unserer Anhörung Herrn Dr. Valentin Aichele vom Deutschen Institut für Menschenrechte e. V., Leiter der Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention, Frau Patrizia Di Tolla von der Berliner Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V., Frau Dr. Sabine Müller, von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V., Herrn Christian Reumschüssel-Wienert, Fachreferent für Psychiatrie vom Paritätischen Wohlfahrtsverband Berlin e. V. sowie Herrn Dr. Jürgen Schneider, Landesbeauftragter für Menschen mit Behinderung. Ich danke Ihnen für Ihr Erscheinen und für die zum Teil vorab übermittelten Stellungnahmen! Ich schlage vor, dass wir nach der Begründung dieses Besprechungspunktes mit Herrn Dr. Aichele beginnen. Die Begründung erfolgt durch die Piratenfraktion. – Herr Spies!

Alexander Spies (PIRATEN): Schönen Dank! – Meine kurze Begründung: Ich denke, wir sind uns mit dem Senat einig, dass alle Gesetze des Landes Berlin auf ihre Vereinbarkeit mit der UN-Behindertenrechtskonvention geprüft werden sollen. Diese Prüfung ist zum Teil noch im Gange, insbesondere folgt daraus aber ja, dass neue Gesetze oder Verordnungen, die das Land erlässt, von vornherein mit der UN-Behindertenrechtskonvention vereinbar sein sollten. Wir hatten bezüglich des geplanten Entwurfs eines Psychisch-Kranken-Gesetzes mehrere Anfragen gestellt. Die Antworten waren aus unserer Sicht nicht befriedigend. Deswegen hoffen wir, dass im Rahmen dieser Anhörung allen Ausschussmitgliedern diese Problematik nähergebracht werden kann und wir Fragen klären können. – Vielen Dank!

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

Dr. Valentin Aichele (Deutsches Institut für Menschenrechte e. V.): Vielen Dank! – Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete! Ich möchte mich ganz herzlich für die Einladung bedanken und unterstreichen, wie wichtig es ist, dass Gesetze am Maßstab der UN-Behindertenrechtskonvention geprüft werden.

Die Vorlage, der Gesetzentwurf, ist alles andere als eine leichte Materie. Ich möchte den Abgeordneten jetzt schon danken, dass – soweit ich vernommen habe – eine Offenheit zur kritischen Auseinandersetzung damit besteht. Ich habe auch vernommen, dass nach wie vor Zweifel im Raum stehen, ob man das Gesetz in dieser Form verabschieden möchte.

Ausgangspunkt sind sehr viele Regelungen im Bereich der allgemeinen Psychiatrie und des Maßregelvollzuges. Aus menschenrechtlicher Perspektive sind insbesondere drei Felder zu untersuchen. Das sind einmal die Ihnen bekannten Streitfragen einer Unterbringung, einer medizinischen Behandlung und andere Zwangsmaßnahmen in einer Einrichtung mit – wie Sie hier bezeichnet werden – besonderen Sicherungsmaßnahmen. In Bezug auf diese Felder gibt es im internationalen Bereich eine lebhaft Diskussions. Das ist nicht mit der UN-Behindertenrechtskonvention als menschenrechtliche Fragestellung entdeckt worden, sondern das sind Streitpunkte, die seit Langem diskutiert werden. Allerdings müssen wir zur Kenntnis nehmen, dass mit der Verabschiedung der UN-Behindertenrechtskonvention, die 2008 international in Kraft getreten ist, die Sache etwas klarer geworden ist und wir auf dieser Ebene in den Nationalstaaten, so sage ich das mal, mehr Anleitung zur Entwicklung von Gesetzen bekommen.

Es ist auch zur Kenntnis zu nehmen, dass in Bezug auf diese Fragen Maßstäbe menschenrechtlicher Art anzulegen sind, also Verpflichtungen, und dass nach dem Stand der internationalen Rechtsentwicklung mit Blick auf die Reichweite und den Inhalt menschenrechtlicher Verpflichtungen des Staates davon auszugehen ist, dass zwar ein enges, je nach Einzelfrage jedoch variierendes vertretbares Spektrum menschenrechtlicher Positionen existiert. Ich betone: Es ist keine Frage von schwarz oder weiß und Wahrheit, sondern es ist zu erkennen, dass es ein enges Spektrum menschenrechtlicher Positionen gibt, die vertretbar sind und die in diesem Fall als Maßstab zur Prüfung des Gesetzes gelten müssen. Diese Position ist durch verfassungsrechtliche Maßstäbe ergänzt, die in Teilen konkreter sind, in Teilen aber hinter dem zurückbleiben.

Im Rahmen dieses Spektrums vertretbarer Positionen ist es ganz wichtig, diesen Vertrag unter der Perspektive des UN-Ausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen – das ist das international nach dem Übereinkommen berufene Gremium – auszulegen. Das Gremium beschäftigt sich seit mehreren Jahren mit der Frage der Rechte von Menschen mit Behinderungen im Bereich der gesundheitlichen Versorgung und hat sich über die Jahre stetig geäußert, und zwar mit einer Verstärkung seiner Position und auch einer gewissen Differenzierung, die zu beobachten ist.

Der Ausschuss hat – um es platt zu sagen – eine sehr kritische Haltung zu allen drei genannten Punkten. Nach dessen Auffassung ist zu sehen: Ausgangspunkt für den Maßstab der Bewertung eines solchen Gesetz ist, dass eine Unterbringung, also ein Eingriff in die Freiheit und Sicherheit einer Person, aufgrund eines Gesetzes stattfinden kann, aber nur nach allgemeinen Maßstäben, d. h., dass es nicht zu einer Benachteiligung von Menschen mit Behinderung kommen darf. Das ist auszuschließen.

Der zweite Punkt in Bezug auf eine medizinische Zwangsbehandlung, also Verabreichung von Medikationen gegen den natürlichen Willen einer Person: Auch das ist nur nach allgemeinen Maßstäben denkbar, bzw. er verbietet das, weil der allgemeine Maßstab nämlich ist, dass man das nicht machen darf. – Zu den Zwangsmaßnahmen innerhalb der Einrichtung äußert er sich auch entsprechend, dass es so etwas nicht geben darf. Das heißt, die hier in Rede stehenden §§ 15, 16, 28 Abs. 6 und 7 und der § 39 sind nach dieser Position nicht haltbar.

Der Ausschuss hat sich jüngst, gerade im letzten Jahr, auch zu Fragen der Psychisch-Kranken-Gesetze geäußert, die beispielsweise in Bezug auf eine Unterbringung eine Prognose der Gefahr mit verbinden, so, wie es auch in diesem Gesetz der Fall ist. Diese hält er aus-

drücklich für unzulässig. Nimmt man diese Perspektive des Fachausschusses als Grundlage, sind die Prämissen dieses Gesetzes absolut infrage gestellt, und eine Verabschiedung kommt nicht in Betracht, jedenfalls nicht, ohne dass man sich offen gegen diese erstarkende internationale Rechtsüberzeugung stellt. Ich wiederhole das, denn es kommt einem aus Ihrer Perspektive vielleicht schwierig vor. Das ist doch eine Fundamentalposition, aber es ist eine menschenrechtlich vertretbare Position, die auch in Deutschland im Diskurs von verschiedenen Gruppen von Fachexperten vertreten wird, und sie kann nicht einfach außerhalb des Diskurses gestellt werden.

Im Rahmen des Spektrums menschenrechtlich vertretbarer Positionen sind ebenfalls leichte Abstriche dessen, was ich vorgestellt habe, zu erkennen. Es gibt ja noch andere UN-Gremien, die sich ebenfalls Gedanken über diese Fragen machen. Ich kann nur kurz vorstellen, dass man zum Beispiel in Bezug auf die Unterbringung sehr wohl folgt, dass es tatbestandlich keine Benachteiligung von Menschen mit Behinderung geben darf, dass aber nicht gesagt ist, welche Rechtsfolge von einem allgemeinen, behinderungsneutralen Tatbestand eigentlich abzuleiten ist. Gerade die Rechtsfolgendifferenzierung ist meines Erachtens eine Sache, die man hier genauer prüfen könnte. Ich muss dem Senat in seinen Ausführungen in der Begründung widersprechen, dass die Konsequenz aus der UN-Behindertenrechtskonvention nicht sein muss, dass jemand in der Polizeieinrichtung landet. Die Rechtsfolge ist also nicht zwingend die Unterbringung in einer polizeilichen Einrichtung, sondern in der Rechtsfolge kann es sehr wohl sein, dass es die Psychiatrie ist, also eine spezielle Einrichtung für Hilfe und Unterstützung der betroffenen Person, aber – und das ist wichtig – es darf ihr eben nicht zum Nachteil gereichen. Das ist in Bezug auf die Unterbringung eine leicht differenzierte Position zu dem, was der UN-Fachausschuss äußert.

In Bezug auf die Behandlung wird diskutiert. Das Recht, selbst über eine medizinische Behandlung und Therapie zu entscheiden, darf nicht berührt werden. In der Situation einer psychischen Krise, ist nicht außer Acht zu lassen, dass eine Person dieses Recht hat. Es wird diskutiert, und das ist in verschiedenen Expertenvoten bei anderen Anhörungen angeklungen, dass über die Wiederherstellung der Einwilligungsfähigkeit nachgedacht werden kann, aber nur, damit die Person selbst entscheiden kann, was sie in ihrer Situation macht. Das ist auch eine menschenrechtliche Position, die vorgetragen wird.

Im dritten Punkt – Zwangsmaßnahmen – wird unterstrichen, dass Zwangsmaßnahmen nicht unverhältnismäßig sein dürfen und dass die absoluten Grenzen des Völkerrechts weitaus stärker zu beachten sind, als man das in vielen Staaten beobachten kann. Es darf keine grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung geben. Das ist meines Erachtens an diesem Punkt im Gesetz nicht hinreichend akzeptiert. Wir sehen also: Die weniger extreme Position im Bereich der Menschenrechte in allen drei Streitpunkten – Unterbringung, Behandlung und Zwangsmaßnahmen – gibt Maßstäbe vor, die das jetzige Gesetz so nicht einlöst.

Beim Punkt der verfassungsrechtlichen Vorgaben wird oft auf die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2011 Bezug genommen – die betrifft den Maßregelvollzug –, und die Frage ist, inwiefern sie auf den Zusammenhang der allgemeinen Psychiatrie übertragbar ist. Ganz klar ist jedenfalls, dass es wegen einer Fremdgefährdung auf keinen Fall eine Zwangsbehandlung geben darf; das ist zu beherzigen. Das Gericht hat die Bestimmtheit in Bezug auf die Behandlung stark unterstrichen, die Ermächtigungsgrundlage. Wenn ich in die Ermächtigungsgrundlagen gucke, die hier in § 28 Abs. 6 und 7 aufgeführt sind, bei-

spielsweise über die unbestimmten Rechtsbegriffe wie „insbesondere“, haben wir eine Situation, dass dieser Gesetzentwurf einer verfassungsgerichtlichen Überprüfung – so meine Einschätzung – auf keinen Fall standhalten würde. – [Beifall aus dem Publikum] – Schon allein aus diesen Gründen sehe ich hier ein großes Problem.

Ich nehme zu Einzelheiten gern Stellung. Ich denke, es stellen sich wichtige Fragen, warum es überhaupt zu dieser polizeirechtlichen Ausrichtung eines Gesetzes im Bereich der Gesundheitsfürsorge kommt. Es stellt sich die Frage, ob es nicht besser wäre, die Regelungen zur allgemeinen Psychiatrie und die des Maßregelvollzugs auseinanderzuziehen, so, wie es beispielsweise von anderen Fachgesellschaften unterstützt wird, weil es vermutetermaßen eine stigmatisierende Wirkung hat. Es stellt sich die Frage, warum der Rechtsansatz in diesem Gesetz nur so schwach entwickelt ist. Es geht doch hier um einen Bereich, wo Betroffene in schwierigen Situationen vom Recht nicht alleingelassen werden dürfen, sondern wo sie sich im Bewusstsein ihrer echten Rechte im Gesetz vergewissern sollten, was ihre Ausgangsposition ist. Das ist hier meines Erachtens viel zu schwach.

Dann geht es um Fragen zur Entwicklung einer Psychiatrie, zur Prävention und zu Handlungsalternativen, Stichwort: angemessene Vorkehrungen. Die Regelungen dafür, die institutionellen Vorrichtungen, die Anforderungen dafür sind einfach unterentwickelt.

Eine weitere Frage ist, warum Berlin in Bezug auf eine Zwangsbehandlung nicht stärker die Regelung auf Bundesebene in Betracht zieht. Warum gibt es Abweichungen? Die Frage erschließt sich mir überhaupt nicht. Warum führt man einen weiteren Doppelstandard ein, wenn man schon diesen schwierigen Weg geht, der menschenrechtlich immer noch zweifelhaft bleibt? Die Frage ist außerdem: Warum verknüpft man Befugnisse von Einrichtungen nicht mit weitaus höheren Anforderungen, die Zwangsbefugnisübertragung, als es im Gesetz angeklungen ist?

Transparenz: Ich sehe im Gesetz nicht, dass gewährleistet ist, dass die Einrichtungen in regelmäßigen Abständen Rechenschaft darüber ablegen müssen, was sie tun und inwiefern sie diesen rechtlichen Vorgaben nachkommen. Nach dem, wie ich es lese, ist dem Senat vorbehalten, es nach seiner Einschätzung zu veröffentlichen. Das halte ich auch nicht für zielführend.

Das Letzte ist: Ist ein solches Gesetz nicht eine Frage der parlamentarischen Kontrolle? Warum sollte dieses Haus nicht in regelmäßigen Abständen über die Entwicklung gerade in Bezug auf so hochsensible menschenrechtliche Fragen unterrichtet werden?

Ich nehme, wie gesagt, zu Einzelheiten gern Stellung. Ich sehe, dass die Abgeordneten keine leichte Entscheidung vor sich haben, es ein sehr hohes Risiko ist, ein menschenrechts- bzw. auch verfassungswidriges Gesetz zu verabschieden und eine hohe Gewissenslast in diesem Bereich ist. Wer menschenrechtliche Gesetze im Bereich der Psychiatrie machen will, muss sich einem hohen Anspruch stellen, und er muss – das gilt nicht für Berlin allein, sondern für alle Bundesländer, aber auch für den Bund – über das bestehende System psychiatrischer Dienste und Einrichtungen ganz anders nachdenken als bisher. Man muss es viel stärker an einer menschenrechtlichen Zielrichtung ausrichten. Das gilt für das gesamte System der Versorgung einschließlich der Gesetze hin zu einer therapeutischen Kultur der Gewaltfreiheit. – [Beifall aus dem Publikum] –

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Entschuldigung, Herr Dr. Aichele! Sie müssten langsam zum Schluss kommen. – Beifall ist im Ausschuss nicht gestattet, bitte!

Dr. Valentin Aichele (Deutsches Institut für Menschenrechte e. V.): Ich erkenne nicht genau, warum der Senat sich diesen Anforderungen so nicht gestellt hat. Wir hatten ja vor knapp zwei Jahren eine Beratungssituation, in der wir auf diese Rechtsentwicklung international hingewiesen haben. Dass in Anspruch genommen wird, man agiere hier fortschrittlich, ist jedenfalls aus meiner Sicht, wo es um eine systemische Entwicklung menschenrechtlicher Zielrichtungen geht, nicht gegeben.

Meine letzten Worte: Unverständlich ist das auch, weil wir ja gute Beispiele haben, auch in Deutschland, wo auf eine Zwangsbehandlung verzichtet wird. Es gibt Länder, die auf eine Unterbringung verzichten. Das ist also alles kein Naturgesetz. Wir wissen auch in Deutschland, dass die regionalen großen Unterschiede eigentlich darauf hindeuten, wie menschengemacht dieses Problem einer Zwangsbehandlung und -unterbringung ist. Ich danke Ihnen erst einmal für die Aufmerksamkeit und freue mich auf die nachfolgenden Fragen. – Vielen Dank!

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank! – Frau Di Tolla, bitte!

Patrizia Di Tolla (Berliner Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V.): Sehr geehrter Vorsitzender! Sehr geehrter Senator! Sehr geehrte Abgeordnete! Sehr geehrtes Publikum! Ich bedanke mich im Namen der Berliner Gesellschaft für Soziale Psychiatrie für die Einladung als Sachverständige! Mein Name ist Patrizia Di Tolla. Ich bin Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, unser Verband auf Bundesebene. Außerdem arbeite ich als Leiterin einer psychiatrischen Einrichtung in Berlin-Neukölln und verfüge über Erfahrungen aus der Praxis sowohl in Italien als auch in Deutschland.

Als Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie war ich beauftragt, die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention zu begleiten. Seit fünf Jahren nehme ich an verschiedenen Gremien und Veranstaltungen u. a. der Bundesregierung und der Monitoring-Stelle zu dem Thema teil. Als DGSP-Vertreterin war ich mit der BRK-Allianz, ein Zusammenschluss von mehr als 80 Behindertenverbänden, selbst in Genf, als der Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen der Vereinten Nationen – CRPD – am 25. März tagte. Der Bericht „Abschließende Bemerkungen über den ersten Staatenbericht Deutschlands“ wurde im April 2015 veröffentlicht. Aus diesem Grund bin ich mit dem Thema der UN-Behindertenrechtskonvention und seiner Interpretation sehr vertraut und werde versuchen, einige Punkte, die die Kommission in Genf an der Praxis in der Bundesrepublik bemängelt hat, zu benennen und diese in Verbindung mit dem Psychiatrie-Gesetz Berlin zu bringen.

Die einzige Frage, die heute gestellt wird, ist, ob das Gesetz mit der UN-Behindertenrechtskonvention konform ist. Eine einzige Frage, aber eine sehr grundsätzliche und wichtige Frage. Heute geht es nicht um Stellungnahmen der Verbände wie in der vorherigen Anhörung, sondern um Aussagen zur Vereinbarkeit zwischen dem PsychKG und der UN-Behindertenrechtskonvention. Bei der Fragestellung dieser Tagesordnung geht es nicht darum, ob psychiatrische, fachliche Konzepte, Methoden und Praxis in Berlin nach dem fachlich anerkannten Standard im Gesetz verankert sind, was der Fall ist. Hier geht es um viel mehr. Es geht um Menschenrechte und speziell um die Gleichstellung von Menschen mit Beein-

trächtigungen – hier: mit psychischen Beeinträchtigungen – und von Menschen ohne Beeinträchtigungen. Gesetze legen Rahmenbedingungen fest. Fachleute müssen Konzepte und Methoden erarbeiten, um es in der Praxis umzusetzen und dabei die gesetzlichen Rahmenbedingungen, hier die UN-Behindertenrechtskonvention, einzuhalten, auch in diesem Fall, wo es um Zwangsunterbringung, Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen geht.

Ich bin keine Juristin, und daher werde ich mich auf die Abschließenden Bemerkungen des CRPD-Ausschusses beziehen. Wer soll besser geeignet sein, die Einhaltung der UN-Behindertenrechtskonvention durch die Staaten, die sie ratifiziert haben, zu überprüfen als der CRPD-Ausschuss, die internationalen Experten, die zum Teil selbst aktiv an der Erstellung der UN-Behindertenrechtskonvention mitgearbeitet haben und daher den Geist des Gesetzes gut kennen und Interpretationen vornehmen können? Bei dieser Auswahl werde ich mich auf ganz wenige, aber grundsätzliche Punkte beziehen.

Deutschland hat die UN-Behindertenrechtskonvention im September 2009 ratifiziert und sich damit verpflichtet, die Gesetze und die Praxis für Menschen mit Behinderung entsprechend zu verändern und anzupassen und dies unabhängig davon, ob es schwierig und umständlich ist, ob es sich um neue Gesetze oder Umstrukturierungen handelt und ob neues Denken und Handeln dafür notwendig ist. Diese Verpflichtung muss Deutschland mit all seinen Ländern erfüllen. Föderalismus ist keine Möglichkeit der Entschuldigung; das wurde auch in Genf festgestellt.

Eine der Forderungen des CRPD-Ausschusses in Genf, die ich selbst vortragen durfte, war, dass alle Psychriestgesetze für Menschen mit psychosozialer Beeinträchtigung einer Prüfung nach der UN-Behindertenrechtskonvention unterzogen werden müssen. Deswegen bedanke ich mich ganz herzlich bei der Piratenpartei, die diese Überprüfung verlangt.

Das Berliner Psychriestgesetz regelt im Kern die Zwangsunterbringung, Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen und damit auch, eine Gefahr abzuwenden. Daher stehen diese Maßnahmen im Vordergrund.

Welche Grundsätze sind in der UN-Behindertenrechtskonvention verankert? – Das Recht auf Selbstbestimmung, unabhängig von der Art und dem Ausmaß der Behinderung, auch unabhängig von psychischen Krisen, das Recht zur Wahrung der Menschenwürde, unabhängig von jeder Krisensituation oder schwierigen Lage, in der die Menschen sich befinden. Jede Form der Institutionalisierung oder Sonderbehandlung wird abgelehnt, wenn sie nicht ausdrücklich gewünscht wird.

Die „Abschließenden Bemerkungen“ sagen Folgendes im Artikel 12 – Gleiche Anerkennung vor dem Recht –, ich zitiere:

Der Ausschuss ist besorgt über die Unvereinbarkeit des im deutschen Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) festgelegten und geregelten Instruments der rechtlichen Betreuung mit dem Übereinkommen.

Artikel 14 – Recht auf Freiheit und Sicherheit der Person –, was sagen die „Abschließenden Bemerkungen“?

Der Ausschuss ist besorgt über die verbreitete Praxis der Zwangsunterbringung von Menschen mit psychosozialen Behinderungen in Einrichtungen, den mangelnden Schutz ihrer Privatsphäre und den Mangel an verfügbaren Daten über ihre Situation.

Der Ausschuss empfiehlt dem Vertragsstaat, alle unmittelbar notwendigen gesetzgeberischen, administrativen und gerichtlichen Maßnahmen zu ergreifen,

(a) um Zwangsunterbringung durch Rechtsänderungen zu verbieten, und mit den Übereinkommensartikeln 14, 19 und 22 übereinstimmende alternative Maßnahmen zu fördern;

Artikel 15 – Freiheit von Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe:

Der Ausschuss ist tief besorgt darüber, dass der Vertragsstaat die Verwendung körperlicher und chemischer Freiheitseinschränkungen, die Absonderung und andere schädliche Praktiken nicht als Folterhandlungen anerkennt. Er ist fernerhin besorgt über die Verwendung körperlicher und chemischer Freiheitseinschränkungen, insbesondere bei Personen mit psychosozialen Behinderungen in Einrichtungen und älteren Menschen in Pflegeheimen.

Das sind immer Originalzitate.

[Unterbrechung der Sitzung wegen einer technischen Störung]

Es geht weiter mit der Zitierung aus dem CRPD-Ausschuss zu Artikel 15:

Der Ausschuss empfiehlt dem Vertragsstaat, a) eine Überprüfung mit dem Ziel der offiziellen Abschaffung aller Praktiken vorzunehmen, die als Folterhandlungen angesehen werden; b) die Verwendung körperlicher und chemischer Freiheitseinschränkungen in der Altenpflege und in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen zu verbieten; c) Schadenersatzleistungen für Opfer dieser Praktiken zu erwägen.

Ende der Zitate.

Mit dieser Staatsberichtsprüfung wurden verschiedene Verletzungen der UN-Behindertenrechtskonvention durch Gesetze, z. T. Zwangseinweisungsgesetze, und auch durch die Praxis der Zwangsbehandlung in der Psychiatrie in Deutschland festgestellt. Die Bundesregierung, vertreten mit 30 Vertretern der verschiedenen Abteilungen, widersprach in Genf ganz eindeutig der Aussage zur Folter und versuchte, mehrere Kritikpunkte zu widerlegen. Hier geht es nicht um Worte mit „Folter“, das Wort kann auch abgelehnt werden; das ist nicht mein Thema. Hier geht es um die starke Kritik in den Ausschüssen, mit der wir uns konfrontieren müssen. Vergleichen Sie das Psychiatriegesetz Berlin selber mit der Aussage des UN-Behindertenausschusses, insbesondere Teil 3, §§ 15, 16, 17, 28 und 39. Dann können Sie selbst die heute gestellte Frage beantworten. Dieses Gesetz ist nicht konform mit der UN-Behindertenrechtskonvention. Sie haben heute die Möglichkeit, das Gesetz, das diese

Konformität nicht aufweist, zu verabschieden und damit eine von der UN-BRK festgelegte Verletzung der Menschenrechte zu ignorieren oder das Gesetz entsprechend zu verändern. Sie sind als Politiker verantwortlich, Gesetze und Rahmenbedingungen festzulegen. Wir, die Fachexperten, sind zuständig dafür, entsprechende Methoden weiterzuentwickeln, um diese Gesetze in der Praxis umzusetzen. Es gibt genug Erfahrung, darauf wurde hier schon hingewiesen, in Deutschland und Europa, wie Psychiatrie mit offenen Türen ohne Zwangsunterbringung möglich ist. Ergreifen Sie die Chance, Berlin als Vorzeigestadt für die Psychiatrie, die es teilweise schon ist, auch im Bereich der Zwangsunterbringung zu gestalten, und lassen Sie das Gesetz nach UN-BRK überprüfen und verändern! – Schönen Dank für die Aufmerksamkeit!

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank! – Frau Dr. Müller, bitte!

Dr. Sabine Müller (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.): Guten Tag! – Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrter Herr Senator! Sehr geehrte Abgeordnete! Sehr geehrte Damen und Herren! Vielen Dank, dass Sie mir die Gelegenheit geben, die Position der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde zum Gesetzentwurf für das Berliner PsychKG vorzustellen. Die DGPPN begrüßt den Gesetzentwurf des Berliner Senats ausdrücklich, weil damit das Landesgesetz an die aktuelle Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesgerichtshofs, an die UN-BRK sowie an die medizinethische Diskussion angepasst werden soll. Eine schriftliche Stellungnahme der DGPPN mit Kritik an einzelnen Paragraphen liegt Ihnen vor. Ich kann jetzt nicht auf alle Kritikpunkte eingehen, sondern möchte hier nur kurz zu der Frage der Vereinbarkeit des Gesetzentwurfs mit der UN-Behindertenrechtskonvention Stellung nehmen.

Unseres Erachtens ist der vorliegende Gesetzentwurf insgesamt kompatibel mit der UN-BRK, denn anders als von einigen Autoren und Organisationen behauptet wird, verbietet die UN-BRK nicht grundsätzlich die Unterbringung und die Zwangsbehandlung von Menschen mit Behinderungen oder die Einrichtung rechtlicher Betreuungen. Die Meinung, dass die UN-BRK grundsätzlich Unterbringungen und Zwangsbehandlungen verbietet, stützt sich vor allem auf einen Bericht von Juan Méndez, dem UN-Sonderberichterstatter für Folter und andere grausame, unmenschliche oder herabwürdigende Behandlung oder Bestrafung. In diesem Bericht wurden Unterbringungen und Zwangsbehandlungen von psychisch Kranken als Folter charakterisiert. Doch nach massiver Kritik hat Méndez in einem offenen Brief an die World Psychiatric Association und die American Psychiatric Association seine Position deutlich verändert. Méndez hat eingeräumt, dass Unterbringungen und Zwangsbehandlungen für einen bestimmten Zeitraum legitim sein könnten, um Eigen- oder Fremdgefährdung abzuwenden. Des Weiteren stützt sich die Meinung, dass die UN-BRK rechtliche Betreuungen, Unterbringungen und Zwangsbehandlungen von Menschen mit Behinderungen grundsätzlich verbiete, auf das Committee on the Rights of Persons with Disabilities. Dieses hat in seinem General Comment zum Artikel 12 der UN-BRK sowie in seinen Länderberichten u. a. zu Deutschland Forderungen vertreten, die deutlich über die UN-BRK hinausgehen.

Jetzt komme ich zu den drei kritischen Punkten. Erstens – rechtliche Betreuung: Nach Auffassung des Committees erlaubt die UN-BRK grundsätzlich keine Entziehung der Rechtsfähigkeit aufgrund unzureichender mentaler Fähigkeiten. Dabei spiele es keine Rolle, ob der Entzug der Rechtsfähigkeit allein aufgrund der Diagnose einer Behinderung gestellt werde oder

weil die Entscheidungen der Person als negativ für diese angesehen oder weil deren Entscheidungsfähigkeit als unzureichend betrachtet werde. Das Committee fordert, jeder Person die volle Rechtsfähigkeit zuzuerkennen, unabhängig von ihren tatsächlichen Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung. Das Komitee fordert ein System der unterstützten Entscheidung auch für Menschen mit einer nicht konventionellen Kommunikation, die nur von sehr wenigen Menschen verstanden wird.

Das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz hat klargestellt, dass der General Comment on Article 12 für die Vertragsstaaten nicht rechtsverbindlich ist. Die Bundesregierung hat die Committee-Interpretation der UN-BRK zurückgewiesen und kritisiert, dass darin Empfehlungen als gesetzliche Verpflichtungen präsentiert wurden. Die Bundesregierung vertritt die Auffassung, dass das deutsche Betreuungsrecht mit der UN-BRK kompatibel ist, denn alle Menschen in Deutschland sind rechtsfähig, also Inhaber von Rechten und Pflichten. Handlungsfähig, das heißt delikt- und geschäftsfähig, sind grundsätzlich alle volljährigen Menschen, sofern nicht Ausnahmen vorliegen, die gesetzlich geregelt sind und die Geschäftsfähigkeit bzw. die Deliktfähigkeit betreffen. Diese Paragraphen gelten für Menschen mit und ohne Behinderung gleichermaßen und sind daher nicht diskriminierend.

In der renommierten medizinischen Fachzeitschrift „The Lancet“ haben Melvyn Freeman und seine Koautoren dargelegt, dass der General Comment on Article 12 eine paradoxe Wirkung haben werde, sodass fundamentale Menschenrechte, insbesondere die Rechte auf Leben, Gesundheit und Freiheit, verletzt statt besser geschützt würden. Wenn man etwa einwilligungsunfähige Menschen im Zustand einer schweren Psychose bei ihren krankheitsbedingt veränderten Entscheidungen über medizinische Behandlungen lediglich unterstützt, besteht die Gefahr, dass deren Recht auf Gesundheitsversorgung und Wiederherstellung ihrer Entscheidungsfähigkeit verletzt wird. Auch die Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze bei der Bundesärztekammer, die ZEKO, hat in ihrer gerade erschienenen Stellungnahme keineswegs für die Abschaffung von stellvertretenden Entscheidungen durch sogenannte unterstützte Entscheidungen plädiert. Sie hat auch auf die Grenzen und Missbrauchsmöglichkeiten von Entscheidungsunterstützungen hingewiesen. Tatsächlich macht die UN-BRK keine expliziten Vorgaben dazu, ob die rechtliche Betreuung zulässig ist.

Der zweite Punkt – Unterbringung: Artikel 14 der UN-BRK garantiert die Freiheit und Sicherheit der Person. Menschen mit Behinderungen darf die Freiheit nicht rechtswidrig oder willkürlich entzogen werden, sondern nur im Einklang mit dem Gesetz. Insbesondere kann das Vorliegen einer Behinderung in keinem Fall eine Freiheitsentziehung rechtfertigen. Diese Forderung wird vom Betreuungsrecht sowie vom Berliner PsychKG-Entwurf beachtet, denn sie machen nicht das Vorliegen einer Behinderung, sondern einer krankheitsbedingten Selbst- oder Fremdgefährdung zur Voraussetzung einer Freiheitsentziehung.

Der dritte Punkt – Zwangsbehandlung: Artikel 15 der UN-BRK garantiert Freiheit von Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe. Dieser Artikel ist kein absolutes Verbot von medizinischen Zwangsbehandlungen, denn das Bundesverfassungsgericht hat argumentiert, dass Zwangsbehandlungen ggf. durch grundrechtlich geschützte Interessen des Betroffenen selbst gerechtfertigt sein können, sofern dieser infolge krankheitsbedingter Einsichtsunfähigkeit seine Interessen nicht wahrnehmen kann. – [Zuruf aus dem Publikum] – Denn die „Freiheit zur Krankheit“ könne nicht losgelöst von den tatsächlichen Möglichkeiten einer freien Willensentscheidung betrachtet werden, die krankheitsbe-

dingt eingeschränkt sein können. Das Bundesverfassungsgericht hat einen prinzipiellen Vorrang der krankheitsbedingten Willensäußerung ausdrücklich negiert, und es hat dabei explizit auf die UN-BRK Bezug genommen und festgestellt, dass auch diese kein anderes Ergebnis nahelegt. Das Bundesverfassungsgericht hält bei fehlender Selbstbestimmungsfähigkeit Zwangsmaßnahmen gegen den natürlichen Willen unter streng definierten Voraussetzungen für zulässig, und zwar einerseits zum Schutz der Gesundheit und des Lebens des Betroffenen, andererseits mit dem Ziel, dessen Selbstbestimmungsfähigkeit wiederherzustellen.

Das deutsche Betreuungsrecht und das Berliner PsychKG erlauben unter bestimmten Umständen medizinische Zwangsbehandlungen bei nicht einwilligungsfähigen Patienten, um anders nicht abwendbare Gefahren für die Gesundheit oder das Leben des Betroffenen abzuwehren oder um deren Selbstbestimmungsfähigkeit wiederherzustellen. Voraussetzung ist allerdings, dass diese Maßnahmen dem vorausverfügten oder mutmaßlichen Willen des Betroffenen entsprechen oder zumindest nicht widersprechen und in seinem Interesse sind.

Fazit: Derzeit fokussiert die Diskussion über die UN-BRK auf die Stärkung der Autonomie von Menschen mit Behinderungen und insbesondere auf deren Recht, unerwünschte Behandlungen abzulehnen. Dabei kommt oft zu kurz, dass die UN-BRK auch das Recht auf Leben, Unversehrtheit der Person und Gesundheit vertritt. Die UN-BRK gibt leider keine Richtlinie vor, welches Recht im Konfliktfall höher zu gewichten ist oder nach welchen Kriterien eine Abwägung zwischen verschiedenen Rechten zu führen ist. Insbesondere gibt sie keine Antwort auf die Frage, was zu tun ist, wenn keine freie Einwilligung zu einer Behandlung gegeben werden kann, weil entweder keine freie Willensbestimmung möglich ist oder die Aufklärung nicht verstanden werden kann. Klar ist jedoch, dass die UN-BRK nicht das Recht, jederzeit seinen natürlichen Willen auszuüben, über alle anderen Rechte stellt. Respekt vor der Autonomie bedeutet, die Autonomie eines autonomiefähigen Menschen zu respektieren und die Autonomie nicht autonomiefähiger Menschen soweit wie möglich zu fördern. Es ist dagegen nicht Ausdruck von Respekt vor der Autonomie, Entscheidungen, die auf neuropsychiatrischen Störungen basieren, unhinterfragt zu respektieren. Respekt vor der Autonomie bedeutet vielmehr, geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um die Autonomiefähigkeit wiederherzustellen, damit die Betroffenen schnellstmöglich selbst über ihre weitere Behandlung entscheiden können. In vielen Fällen ist das durch geeignete Medikamente möglich. Das Fazit lautet also, dass die Regelungen des Berliner PsychKG-Entwurfs zur Unterbringung und Zwangsbehandlung ebenso wie das Betreuungsrecht grundsätzlich kompatibel mit der UN-BRK sind. – Vielen Dank!

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank! – Herr Reumschüssel-Wienert, bitte!

Christian Reumschüssel-Wienert (Paritätischer Wohlfahrtsverband Berlin e. V.): Vielen Dank! – Herr Vorsitzender! Herr Senator! Frau Staatssekretärin! Sehr geehrte Abgeordnete! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich will versuchen, mit der mir vorgegebenen Zeit von fünf Minuten klarzukommen.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Wir wären Ihnen sehr dankbar!

Christian Reumschüssel-Wienert (Paritätischer Wohlfahrtsverband Berlin e. V.): Deshalb werde ich nur Ausschnitte meiner schriftlich vorgelegten Stellungnahme vortragen. Drei allgemeine Vorbemerkungen: Artikel 5 sowie Artikel 26 der UN-BRK nehmen die Vertragsstaa-

ten in die Pflicht, nicht nur angemessene Vorkehrungen gegen Diskriminierung und Benachteiligung zu treffen, sondern auch den Zugang zu angemessenen sozialen Dienstleistungen zu ermöglichen. Der vorliegende Entwurf berücksichtigt diese Gebote durch eine Reihe von Maßnahmen. So werden in den Paragraphen 1 bis 8 die rechtlichen Grundlagen für gemeindepsychiatrische Hilfesysteme auf der Basis der regionalen Versorgungsverpflichtung fortgeschrieben. Die sogenannten niedrigschwelligen Angebote wie Kontakt- und Beratungsstellen, Beratungsstellen für alkohol- und medikamentenabhängige Personen, die sogenannten Zuverdienste und der Berliner Krisendienst erhalten in § 5 eine rechtliche Grundlage. Die Beschwerde- und Informationsstelle erhält in § 11 des Entwurfs für ihre Aufgaben eine rechtliche Grundlage. Die notwendigen Besuchskommissionen erhalten in § 13 eine rechtliche Grundlage. Das ist viel wert und ein großer Schritt nach vorn. Insbesondere Artikel 4 UN-BRK fordert eine Beteiligung von Menschen mit Behinderung an der politischen Willensbildung.

Die Diskussion über ein neues PsychKG in Berlin ist nun schon Jahre alt. Es gab vor diesem Entwurf eine ganze Reihe von Vorentwürfen, die in der Öffentlichkeit irgendwo kursierten und zu denen es eine Reihe von Stellungnahmen, Veranstaltungen und sonstigen Äußerungen gab, und mir ist nicht bekannt, dass hierbei Organisationen von Menschen mit Psychiatererfahrungen in irgendeiner Form benachteiligt wurden. – [Zurufe aus dem Publikum] –

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Entschuldigung! – Ich habe das jetzt die ganze Zeit geduldet, aber jetzt ist wirklich Schluss! Bitte! – Herr Reumschüssel-Wienert, bitte!

Christian Reumschüssel-Wienert (Paritätischer Wohlfahrtsverband Berlin e. V.): Von einer Reihe von Akteuren und Organisationen wird vor einer Verabschiedung eines neuen PsychKG eine breite gesellschaftliche Debatte um die Reform der psychiatrischen Versorgung gefordert. Es ist richtig und sinnvoll, dass so etwas passiert, und das passiert ständig seit der Psychiaterreform 1975. Natürlich gibt es auch in Berlin eine ganze Reihe von Defiziten, z. B. in der ambulanten medizinischen Behandlung – Stichwort: integrierte Versorgung in der medizinisch-beruflichen Rehabilitation, in der Soziotherapie usw., allerdings betrifft dies Regelungsbereiche, wo das Land Berlin dummerweise gar keine Regelungsbefugnis hat. Das kann gar nicht mit dem PsychKG geregelt werden, sondern das wird mit dem SGB II und SGB III, mit dem SGB V und dem SGB VI geregelt, also Krankenversicherungsrecht, Rentenversicherungsrecht, Arbeitslosenversicherung und Arbeitsagenturen. Wenn man das Ende einer breiten Diskussion um eine menschenrechtsbasierte Psychiatrie abwarten würde, bevor man in Berlin ein Gesetz verabschiedet, besteht die akute Gefahr, dass man bis zum Sankt-Nimmerleins-Tag warten muss, weil diese Grundsatzdiskussion sehr lange dauert. Dieses würde in der Summe bedeuten, dass man in der gegenwärtigen unbefriedigenden Rechtslage verharren muss. Dann lieber ein neues Berliner PsychKG!

Nun zu Einzelheiten: Die Eingriffsbefugnisse des Sozialpsychiatrischen Dienstes in § 6 sind zu eng gefasst, der Sozialpsychiatrische Dienst dürfte unseres Erachtens ausschließlich mit der Polizei eine Wohnung betreten. Als Voraussetzung für die Unterbringung ist die Formulierung „wenn die Gefahr nicht anders abgewendet werden kann“ nicht hinreichend und sollte in § 15 Abs. 2 Satz 2 ergänzt werden durch „dass sich andere geeignete Hilfen als erfolglos erwiesen haben“. Damit würde das Urteil des Bundesverfassungsgerichts Geltung erlangen.

Die in § 18 weiterhin ermöglichte Ermächtigung von Heimen oder Teilen von Heimen sollte entfallen. Zur Unterbringung nach dem PsychKG, nach dem öffentlichen Recht, sollten ausschließlich Krankenhäuser oder psychiatrische Abteilungen ermächtigt werden und keine Heime, die dafür beispielsweise kein medizinisches Personal, Ärzte und Ärztinnen, beschäftigen. Die sind dazu nicht geeignet nach unserer Meinung.

Zu § 28: Hier glauben wir, dass das kleine Wörtchen – ich glaube, Herr Aichele hat auch schon darauf hingewiesen – „insbesondere“ in Abs. 6 gestrichen werden sollte, damit eindeutig feststeht, dass hier nur die medikamentöse Zwangsbehandlung gemeint ist. Darüber hinaus geht es unserer Meinung nach nicht um das Ziel der sogenannten Einwilligungsfähigkeit – die Leute sollen ja nicht dazu gebracht werden, dass sie der Maßnahme zustimmen –, sondern eine Zwangsmedikation soll ausschließlich das Ziel haben, eine Entscheidungsfähigkeit herzustellen, wie es auch das Verfassungsgericht gefordert hat. Also ist das Wort „Einwilligungsfähigkeit“ durch das Wort „Entscheidungsfähigkeit“ zu ersetzen.

In Abs. 6 wird auch geregelt, dass Versuche gemacht werden sollen, zu einer auf Vertrauen gerichteten Einwilligung zu kommen. Hier sollte ergänzt werden, dass diese Versuche natürlich schon im Krankenhaus gemacht werden sollten, damit sich ein Krankenhaus nicht darauf berufen kann, dass sie eventuell irgendwo anders gemacht werden können.

In § 29 sollte ein Recht auf einen Behandlungsplan eingeräumt werden – deshalb ein Abs. 3: Der Patient hat einen Anspruch auf die Aushändigung eines schriftlichen Behandlungsplans.

§§ 30 und 31: Eine sogenannte offene Unterbringung oder gar Beurlaubung halten wir für überflüssig, und zwar aus folgendem Grund: Wenn jemand in einer offenen Unterbringung ist, die wir natürlich immer befürworten, wo aber die Kontrolle nicht mehr gegeben ist, dann ist anscheinend das Vertrauen in diesen Patienten so groß, dass die Gefahr einer Eigen- oder Fremdgefährdung gar nicht mehr gegeben ist. Dann sollte der Unterbringungsbeschluss aufgehoben werden. Dasselbe gilt für den Urlaub. Jemand in einen Urlaub zu schicken, der eigen- oder fremdgefährdend ist, ist paradox – deshalb dann Aufhebung.

Besondere Sicherheitsmaßnahmen sollte man reduzieren und hinterher ein klärendes Gespräch einführen in dem Paragrafen. – Wir haben auch Anmerkungen zu den Datenübermittlungen. Da gibt es in § 91 etwas, darüber rede ich gar nicht. Aber wir möchten gern, dass ein § 106 – Berichterstattung – am Schluss dieses Gesetzes eingeführt wird, in dem der Senat dazu verpflichtet wird, alle fünf Jahre einen Bericht über den Stand und die Strukturen der psychiatrischen Versorgung sowie die notwendigen Entwicklungserfordernisse, nicht zuletzt im Sinne der Vorgaben der UN-BRK, vorzulegen. – Vielen Dank!

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank, Herr Reumschüssel-Wienert! – Herr Dr. Schneider, bitte!

Dr. Jürgen Schneider (Landesbeauftragter für Menschen mit Behinderung): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrter Herr Senator! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich denke, hier vorne sind sich alle darüber einig, dass es weniger Unterbringung und weniger Zwangsmaßnahmen geben soll bis hin zu dem, was Herr Aichele sagte, nämlich der Entwicklung einer therapeutischen Struktur hin zu mehr Gewaltfreiheit. Ich denke, das ist der Konsens auf unserer Seite hier.

Mein Vorredner hat die Streichung des Wortes „insbesondere“ in § 28 erwähnt. Das würde ich auch fordern. Der Streichung von „Heime“ würde ich mich ebenfalls anschließen. Da, denke ich, fehlt es an qualifiziertem Personal.

Das Thema PsychKG und Menschen mit Behinderung, mit einer psychischen Disposition, mit einer Beeinträchtigung im psychischen Bereich stellt für mich selbst und für mein Büro als fachlich nicht qualifizierte Stelle eine besondere Herausforderung dar. In meinem Beratungsgremium, dem Landesbeirat für Menschen mit Behinderung, gibt es sowohl Vertreter der Betroffenen als auch der Angehörigen. Die sind sich zwar in vielen Punkten einig, in anderen aber auch nicht. Insofern befinde ich mich da auch zwischen allen Stühlen.

Dieser Entwurf hat mir mehrmals vorgelegen in verschiedenen Etappen, und ich habe schriftliche Stellungnahmen dazu abgegeben, die auch z. T. berücksichtigt worden sind. Ich werde mich heute in meiner Stellungnahme auf diesen Rahmen beziehen. Wichtig ist dabei, noch mal Bezug zu nehmen auf die Funktion des Landesbeauftragten, wie sie im Landesgleichbehandlungsgesetz niedergelegt ist. Die politische Funktion liegt darin, darauf hinzuwirken, dass Artikel 11 der Berliner Verfassung, der ja bekanntlich das Benachteiligungsverbot enthält, aber auch die Verpflichtung des Landes zur Herstellung gleichwertiger Lebensbedingungen von Menschen mit und ohne Behinderung, beachtet wird. In dieser Frage gilt als Maßstab die Gleichbehandlung von Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose und Menschen mit einer somatischen Diagnose.

Der zweite Aspekt meiner Tätigkeit – das sind nur zwei Zeilen, die aber einen erheblichen Teil meiner Energie und meiner Zeit binden – ist die sogenannte Ombudsfunktion. Jeder Mensch, der seine Rechte beeinträchtigt sieht, kann sich an mich wenden, und das wird sehr stark in Anspruch genommen. Ich gehe davon aus, dass etwa 50 Prozent aller Menschen, die sich auf den verschiedenen Wegen, u. a. auch in meiner Sprechstunde, an mich wenden, zumindest eine psychische Komponente in ihrer Person haben, die sie dann auch zum Ausdruck bringen, auch wenn vielleicht eine andere Behinderung im Vordergrund steht. Allein diese Belastung veranlasst mich schon dazu zu sagen, dass ich mir natürlich wünsche, dass der oder die Landesbeauftragte für Psychiatrie im Gesetz Aufnahme findet. In dem vorherigen Entwurf war das in § 9 der Fall. Das hat auch Auswirkungen auf andere Paragraphen, die die Kommunikation betreffen. Dazu komme ich noch.

Wie gesagt, Zeit und Energie im Büro und von mir selbst werden auch deshalb sehr stark in Anspruch genommen, weil wir an unsere inhaltlichen und fachlichen Grenzen kommen, auch was die Beurteilung der einzelnen Problemlagen betrifft, aber auch, was die Verantwortung, die wir damit übernehmen, betrifft. Wir sind häufig in Wissensnöten, insbesondere auch bei Menschen, die in der Obdachlosigkeit sind. Dieser Personenkreis wendet sich in letzter Zeit sehr viel häufiger an uns. Das ist das eine. Zu tun haben wir häufig auch, manchmal auch zu spät, mit Zwangsräumungen. Darauf werde ich noch näher eingehen.

Meine Erwartungen an das Gesetz leiten sich aus diesen beiden geschilderten Funktionen meines Amtes ab.

Dem Wortprotokoll habe ich entnommen, dass die Aussage von Peter Struck zitiert wurde, kein Gesetz komme so aus dem Parlament heraus, wie es eingebracht worden ist. Genauso richtig ist auch, dass kein Gesetz wirklich buchstabengetreu umgesetzt wird, wie es aus dem Parlament herauskommt, denn für die Gesetzeswirklichkeit sind die Rahmenbedingungen, die meine Vorredner zum Teil schon angesprochen haben, mit entscheidend. Das betrifft die Personalausstattung der Dienste und der Einrichtungen, das Qualifikationsniveau und den jeweils verfolgten Ansatz, in diesem Fall der Dienste und Einrichtungen. Ich habe in einer meiner Stellungnahmen auf das Bielefelder Trialogmodell hingewiesen. Ein Gesetz kann natürlich diese Rahmenbedingungen prägen und zum Beispiel – das war auch Gegenstand der ersten Anhörung – das Recht auf einen Behandlungsplan verankern, ebenso auf Behandlungsvereinbarung und – dies ist zumindest in Ansätzen geschehen – das Recht auf die Beachtung einer Patientenverfügung. Darüber hinaus bedarf es als Rahmenbedingung auch der Propagierung dieser Instrumente.

Nun zu konkreten Paragrafen. § 6 Abs. 4 – Zugang zur Wohnung für den Sozialpsychiatrischen Dienst: Hier neige ich zur Auffassung des RdB, dass das hier eigentlich nicht aufgeführt werden sollte. Aber zum schon angesprochenen Thema der Zwangsräumung: Wiederholt wurde ich in letzter Sekunde eingebunden, und wiederholt habe ich es unter Übertretung meiner Kompetenzen sogar geschafft, dafür zu sorgen, dass es zumindest einen Aufschub gab. In der Regel hat es das Problem aber nicht gelöst. Das heißt, hier hätte man, wenn man die Möglichkeit zu einer vorherigen Intervention gehabt hätte, durchaus – das geben einige dieser Fälle her – eine Zwangsräumung verhindern können. Da gilt es schlichtweg, zwischen dem erzwungenen Zugang zur Wohnung versus Verlust einer Wohnung – möglicherweise unwiederbringlich – abzuwägen.

§ 23 – dazu habe ich mich in meinen schriftlichen Stellungnahmen für ein Vier-Augen-Prinzip ausgesprochen; es geht um die vorläufige behördliche Unterbringung. Ich denke, vier Augen entlasten auch denjenigen, der die konkrete Entscheidung trifft.

Angedeutet habe ich schon das Thema Kommunikation, Information und Mediennutzung; das betrifft die §§ 35 und 65. Auch hier würde ich mir wünschen, wenn denn der Landesbeauftragte für Psychiatrie im Gesetz verankert ist, dass er zu denjenigen gehört, die angesprochen werden dürfen.

§ 82 betrifft die Dokumentation von Leistungen und Eingriffen, eine ganz wichtige Dokumentation, auch um zu kontrollieren, wie sich die Entwicklung hinsichtlich der Zwangsmaßnahmen darstellt. Hier hatte ich in einer meiner schriftlichen Eingaben die Dokumentation von Deeskalierungsmaßnahmen vorgesehen. Auch das würde ich mir wünschen; das gehört zur Gesamtsituation mit dazu.

Das Thema Zwang ist nicht nur ein Thema des PsychKG. In der letzten Anhörung ist auch das Wohnteilhabegesetz angesprochen worden. Heime wurden gerade in einem anderen Zusammenhang schon erwähnt. Auch darauf muss die Aufmerksamkeit gerichtet werden.

Das wäre meine konkrete Stellungnahme. Die sieht etwas anders aus als die von der Monitoring-Stelle, aber das liegt, glaube ich, auch daran, dass ich in meiner Funktion vor anderen Problemlagen stehe. – Vielen Dank!

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank! – Jetzt hat der Senator die Möglichkeit, Stellung zu nehmen. – Frau Staatssekretärin? – Bitte!

Staatssekretärin Emine Demirbüken-Wegner (SenGesSoz): Vielen Dank, Herr Vorsitzender! – Auch Ihnen einen recht herzlichen Dank für die ausführliche Darstellung unseres Tagesordnungspunktes, der sich explizit mit dem Thema der Vereinbarkeit des Gesetzentwurfs mit der UN-Behindertenrechtskonvention beschäftigt; das ist das Schwerpunktthema. Ich möchte Ihnen zusätzlich Dank dafür aussprechen, dass Sie sich die Mühe gemacht haben, über den Tagesordnungspunkt hinaus Punkte einzubringen, die aus Ihrer Sicht wichtig und relevant sind!

Viele der Punkte und Paragraphen, die Sie angesprochen haben – von § 6 bis § 28 –, hatten wir schon in der ersten Anhörung thematisiert, sodass wir in unserem Haus bereits in einer fachlichen Bewertung sind. Sie, Herr Dr. Schneider, haben zu Recht darauf hingewiesen: Kein Gesetz verlässt das Abgeordnetenhaus so, wie es reingekommen ist. Nun haben wir heute Ihre Stellungnahmen dazu gehört, wobei das zentrale Thema der Vereinbarkeit als solche zunächst von Frau Dr. Müller angesprochen wurde, deren Ausführungen ich mich anschließen will, dass nämlich auf der Ebene der UN-Behindertenrechtskonvention die Kompatibilität nach diversen irreführenden Diskussionen sehr wohl hergestellt werden konnte. Das Bundesministerium der Justiz hat klargestellt, dass der General Comment on Article 12 für die Verfassungsstaaten nicht rechtsverbindlich ist und hat dies in Bezug auf die UN-Behindertenrechtskonvention zurückgewiesen, weil es weit über die Forderungen der UN-BRK hinausgegangen ist. – [Zuruf aus dem Publikum] –

Wir werden die Punkte, die Sie vorgebracht haben, in der nächsten Ausschusssitzung, nachdem wir es hausintern noch mal überprüft haben und durchgegangen sind, gemeinsam besprechen können, aber, wie gesagt, viele Punkte, die Sie in Bezug auf die Zwangsunterbringung, Zwangsmedikation usw. angesprochen haben, haben wir schon aus der ersten Anhörung mitgenommen. – Dabei möchte ich es zunächst belassen.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank, Frau Staatssekretärin! – Wir kommen jetzt zur Diskussion. Ich mache darauf aufmerksam, dass heute um 14.30 Uhr tatsächlich Schicht im Schacht ist, wir aber noch Tagesordnungspunkt 4 – Krebsregister – behandeln müssen; nur damit Sie nicht sagen, Sie hätten es vorher nicht gewusst! – Zunächst steht Herr Isenberg auf der Rednerliste. – Bitte!

Thomas Isenberg (SPD): Meine Fragen an alle Beteiligten wären: Wie kann eine verbesserte Dokumentation der Eingriffe, die durchgeführt werden, erfolgen? Welche Systeme sind Ihnen dazu bekannt? Welche Forderungen hätten Sie vielleicht noch an den Gesetzentwurf, sofern man ihn verabschieden würde – diesbezüglich zur Qualitätssicherung?

Frau Dr. Müller! Sie hatten dargestellt, dass auch bei Selbstgefährdung Ziel der Behandlung sein muss, eine Entscheidungsfähigkeit wiederherzustellen. Können Sie bitte ausführlich darlegen, was die typischen Kasuistiken sind? Wie lange sind Patienten gegenwärtig in der Be-

handlung, bis eine Entscheidungsfähigkeit wiederhergestellt werden kann, gerade in den Fällen, in denen kein Patiententestament etc. vorliegt? Wie wäre das Verfahren? Was wäre vielleicht verbesserungsbedürftig in einem Zustand der hergestellten Entscheidungsfähigkeit, um diese realisieren zu können? Wie verhält sich das mit Wiederholungszwangsmaßnahmen? Was wäre hier State of the Art, und wie könnte man im Gesetzentwurf ggf. noch bessere Vorgaben machen, sofern man diesen Weg gehen möchte?

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Herr Schruoffeneger, bitte!

Oliver Schruoffeneger (GRÜNE): Ich habe eine Frage an Herrn Dr. Aichele, Frau Di Tolla und Herrn Reumschüssel-Wienert: Ich stelle fest, dass es zwei sehr unterschiedliche Teile dieses Gesetzes gibt. Den einen hat Herr Reumschüssel-Wienert am Anfang in den Vordergrund gestellt, die Regelungen über die Versorgungsstruktur, die sozialen Dienstleistungen etc. Das ist ein Stück weit so etwas wie eine Selbstverpflichtung Berlins oder eine Beschreibung der Berliner Landschaft, wie man sie vorhalten will und wozu man sich verpflichtet. Die ist weitgehend unstrittig, sage ich nicht, weil man in den Details vieles ändern und anders machen kann, aber die wird, glaube ich, vom Grundsatz her begrüßt. Das Zweite sind die Zwangsmaßnahmen. Halten Sie es für denkbar, dass man das ganze Teil auseinandernimmt und sagt: Man verabschiedet jetzt ein Gesetz, das im Wesentlichen die Versorgungsstruktur beschreibt – sozusagen einen Psychiatrieentwicklungsplan in Gesetzesform –, und man spaltet das andere Thema, Zwangsmaßnahmen, wo es noch eine erhebliche, auch rechtliche Fragestellung gibt, die man sicherlich nicht mehr in dieser Wahlperiode endgültig und sauber klären kann, ab und macht es in der nächsten Wahlperiode sauber, neu aufgesetzt und in diesem Kontext dann auch größer?

Damit komme ich zu meiner zweiten Frage: Alles, was da jetzt zum Thema Zwangsbehandlung steht, hat einen sehr begrenzten Begriff von Zwang. Es geht nur um psychiatrische Einrichtungen. Das Stichwort ist eben bei Herrn Schneider gefallen: Was ist mit den Menschen in den Heimen, teilweise auch in den WGs? Man kann darüber streiten, ob vieles, was dort stattfindet, nicht auch einen Charakter von Zwangsbehandlungen hat, auch wenn die Menschen freiwillig dort sind. Wie schafft man in diesen Fällen Transparenz? Das würde meiner Ansicht nach auch alles in diesen Teil gehören, kann man aber jetzt nicht mehr reinstricken. Die beiden Fragen gehören ein Stück weit zusammen, wenn man ein eigenständiges Gesetz zum Thema Zwang macht, es dann auch wesentlich weiter zu fassen und aus der klassischen Definition „nur in der psychiatrischen Klinik“ deutlich zu erweitern.

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

Alexander Spies (PIRATEN): Es geht hier prinzipiell eher um philosophische, juristische Auffassungen, und ich möchte klarstellen, dass aus meiner Sicht eine menschenrechtspolitische Perspektive mit einer utilitaristischen unvereinbar ist. Das wird manchmal ein bisschen durcheinandergeworfen. Daraus ergibt sich möglicherweise, je nach philosophischer Grundhaltung, die unterschiedliche Einschätzung. Wichtig ist allerdings, was die UN-Behindertenrechtskonvention sagt, und diesbezüglich wird infrage gestellt – das war die Position des Senats in der Beantwortung unserer Anfrage –, dass der General Comment gilt. Herr Dr. Aichele! Was hat es damit auf sich? Wieso gibt es Streit darüber? Welche Aufgaben hat der UN-Ausschuss eigentlich? Was hat die Bundesrepublik da rechtlich akzeptiert?

Prinzipiell gebe ich meinem Vorredner recht. Es ist so, dass im bisherigen PsychKG Zwangsbehandlungen nicht geregelt sind. Es kommt hier etwas hinzu, das aus meiner Sicht den Verdacht erhärtet, man wolle die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts, sagen wir mal, aufweichen, um doch wieder etwas zu ermöglichen, was im Moment nicht geht. Im Übrigen nehme ich aus der letzten Anhörung mit, dass es aus medizinischer Sicht mehr in Richtung gewaltfreie Psychiatrie geht, die auch wesentlich erfolgreicher ist. Es wurde von Herrn Dr. Schneider gesagt, was man ins Gesetz reinschreibt, sei das eine und was passiert, das andere. Ich habe die Befürchtung, dass, wenn man das Gesetz zu lax formuliert, die Praxis noch laxer ist. Deswegen bestehe ich so darauf, dass man bestimmte menschenrechtspolitische Grundlagen einhalten muss. Was dann in der Praxis passiert, ist etwas anderes. Wir bräuchten keine Besuchskommission usw., wenn wir der Meinung sind, in der Praxis sei alles in Ordnung. Übrigens ist das ja auch nur ein Fortschritt, weil wir vermuten, dass in der Praxis nicht alles in Ordnung ist.

Frau Dr. Müller bezog sich auf die Fremd- und die Selbstgefährdung. Darüber kann man lange reden, aber in § 28 Abs. 6 steht auch die Einwilligungsunfähigkeit, und das ist aus meiner Sicht ein No-Go, weil das Bundesverfassungsgericht in einem Urteil von 2012 klar gesagt hat, dass es keine medizinische Grundlage für eine Wiederherstellung der Einwilligungsfähigkeit gibt, und solange es diese Grundlage nicht gibt, kann man nicht so argumentieren.

Herr Reumschüssel-Wienert! Ich erinnere mich, ich habe vor einem Jahr interessiert Ihren Vortrag auf dem Kongress „Armut und Gesundheit“ gehört. Dort haben Sie ausdrücklich diese alte Geschichte: Du bist nicht krankheitseinsichtig, du willst nicht behandelt werden, aber gerade das ist Ausdruck der Krankheit – abgelehnt. Haben Sie Ihre Meinung inzwischen geändert? Ich gehe davon aus, dass speziell diese Regelung auf keinen Fall in das Gesetz reingeschrieben werden kann.

Last but not least: Es wurde schon von Frau Di Tolla aus dem Bericht der UN-Kommission zitiert, dass befürchtet wird, dass man in Deutschland bestimmte Dinge nicht als Folter anerkennt. Meine Frage richtet sich an alle: Was ist denn mit Elektroschocks, Festbinden und dem Ruhigstellen mit Medikamenten? Gibt es Zweifel, dass das Folter ist, oder möchte man irgendwelche innovativen Behandlungsmethoden, die schon während der spanischen Inquisition veraltet waren, wieder einführen?

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank, Herr Spies! – Jetzt hat Frau Breitenbach das Wort.

Elke Breitenbach (LINKE): Vielen Dank! – Man kann Fragen zu Menschenrechten sicherlich philosophisch diskutieren, aber ich glaube, nicht hier im Ausschuss, denn wir haben eine Entscheidung über ein Gesetz zu treffen.

Es wurden ganz viele Fragen gestellt; ich will zwei weitere stellen: Zum einen zum Thema Patientenverfügung. Mich interessieren Ihre Erfahrungen hierzu und ob Sie glauben, dass die Formulierungen im Gesetz ausreichend sind.

Die zweite Frage: Herr Dr. Aichele hatte gesagt, es gab Beratungen mit der Senatsverwaltung. Mich würde interessieren, wer daran teilgenommen hat. Gibt es einen aktuellen Stand, oder

sind die Beratungen beendet? Den Dissens haben wir, glaube ich, alle mitgekriegt. Gab es auch Konsenspunkte?

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank! – Herr Behrendt!

Dirk Behrendt (GRÜNE): Danke schön, Herr Vorsitzender! – Als Jurist versuche ich, es ganz kurz zu machen. Zu der Fragestellung Vereinbarkeit mit der UN-Behindertenrechtskonvention wurde die Debatte bisher anhand der Artikel 14 und 16 geführt, nämlich das Recht auf Freiheit und Sicherheit der Person und Freiheit von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch. Da stellt sich die Frage, ob man ein Sonderrecht für Behinderte einführen möchte, oder ob das schon allein gegen die Konvention verstößt. Es ist mehrfach erwähnt worden, dass auch Folterdiskussionen geführt werden – das ist der Artikel 15, das ist von vornherein verboten. Dazu hätte ich die Frage an Sie, Herr Aichele: Sie haben es angetippt, die anderen auch, dass der UN-Sonderberichterstatler Juan Méndez das wohl als Folter eingeschätzt hätte. Dann hat Frau Müller aber gesagt, er hätte das in einem anderen Schreiben alles wieder zurückgenommen. Wie ist da der aktuelle Stand? Mit dem Hin und Her ist es sicherlich interessant, aber wie ist das juristisch einzustufen? Wie ist die internationale Diskussion darüber?

Ergänzend zu dem, was die Kollegin Breitenbach gesagt hat: Wo sind denn die Arbeiten, die Sie für die Senatsverwaltung gemacht haben, geblieben?

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank! – Dann habe ich noch eine Frage, vor allem an Frau Dr. Müller. Frau Dr. Müller! Wenn man in dem Gesetz dezidiert auf Zwangsbehandlung bei Fremdgefährdung verzichten würde: Welche Konsequenz hätte das für die Behandlung entsprechender Patienten? Wäre die Konsequenz nicht, dass die nicht behandelt werden können und dass das Recht auf Gesundheit, das die Pflicht zur Behandlung zur Folge hat, ausgesetzt werden würde? Ich kann mir sehr gut vorstellen, und ich weiß das aus meiner eigenen praktischen Erfahrung: Wenn Sie einen solchen Patienten oder eine solche Patientin haben, dann traut sich weder die Krankenschwester noch der Arzt an diesen Patienten oder diese Patientin heran. Die müssen aber irgendwo untergebracht werden. Das wird dazu führen, dass sie einzig und allein durch die Polizei verwahrt werden, ohne die Möglichkeit zu haben, eine Behandlung zu bekommen. Kann das fatale Folgen haben, und ist das nicht möglicherweise auch mit tödlichen Folgen verbunden? Wir wissen alle, dass es immer wieder Pressemeldungen gegeben hat, dass unruhige oder randalierende Patienten am nächsten Tag in irgendeiner Ausnüchterungszelle tot aufgefunden worden sind.

Ich habe keine weiteren Wortmeldungen auf der Redeliste. Wir beginnen in umgekehrter Reihenfolge mit der Beantwortung der Fragen. Vorher hat der Herr Senator das Wort. – Bitte!

Senator Mario Czaja (SenGesSoz): Zunächst will ich diejenigen, die sagen: Lasst uns jetzt keine gesetzliche Änderung machen – darauf hinweisen, dass die jetzige gesetzliche Regelung aus den Siebzigerjahren stammt und wir mit der gesetzlichen Änderung, die wir jetzt vornehmen, nicht etwa in irgendeiner Form zu einer Verschärfung oder Verschlechterung des bestehenden PsychKG kommen, sondern – im Gegenteil – die Dinge, die vorgegeben sind, sowohl durch die UN-Behindertenrechtskonvention, aber auch durch die Urteile des Bundesverfassungsgerichts hier mit einfließen und wir uns an einer intensiven Arbeit über einen längeren Zeitraum beteiligt haben. Die Gespräche mit Herrn Dr. Aichele und anderen sind auch nicht in der alleinigen Kontroverse geführt worden, wie der Eindruck hier in der Anhörung entste-

hen könnte, sondern es gab eine Fülle an Punkten, bei denen Verständnis für die jeweiligen Positionen gefunden werden konnte. Diese Frage ist von Frau Breitenbach und auch von den Grünen explizit an uns gestellt worden, und ich würde bitten, dass Herr Dr. Möllhoff-Mylius kurz erörtert, wie und mit welchem Ergebnis diese Gespräche verlaufen sind.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Bitte!

Dr. Martin Möllhoff-Mylius (SenGesSoz): Vielen Dank! – Wir haben den Gesetzentwurf – Stand 14. Februar 2014 – am 11. September 2014 mit Vertretern der Monitoring-Stelle diskutiert. Beteiligt waren, das war ja die Frage, natürlich Mitglieder der Abteilung Gesundheit, und wir hatten den Landesarzt für Psychiatrie, Herrn Prof. Fähndrich, mit dabei, den Ärztlichen Leiter des Krankenhauses des Maßregelvollzugs, Herrn Bayerl, sowie den Landesbeauftragten für Menschen mit Behinderung.

Ziel war, eine Diskussion zu führen, inwieweit der seinerzeit vorgelegte Gesetzentwurf – Sie sehen, es liegt etwas Zeit dazwischen – mit der UN-Behindertenrechtskonvention kompatibel ist. Letztendlich fanden wir, und da schieden sich leider die Geister, nicht überall eine Übereinstimmung, insbesondere beim Rechtsinstitut der Unterbringung als solches und der öffentlich-rechtlichen Unterbringung im Speziellen, nicht so sehr bei der Unterbringung im Maßregelvollzug, weil die vornehmlich bundesgesetzlich determiniert ist.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank! – Herr Dr. Schneider!

Dr. Jürgen Schneider (Landesbeauftragter für Menschen mit Behinderung): Ich habe keine Frage direkt an mich identifizieren können, will aber kurz noch etwas zur UN-Behindertenrechtskonvention insgesamt sagen. Es ist verschiedentlich angesprochen worden – die Bundesrepublik Deutschland ist zwar nicht eines der wenigen Länder, aber doch: Es gibt nicht so viele Länder, die sowohl das Fakultativprotokoll als auch die UN-Behindertenrechtskonvention völlig ohne Einschränkung unterschrieben haben. – [Zuruf aus dem Publikum] –

Bei der ersten Sitzung, die es auf der Bundesebene dazu gab, als es um die Umsetzung dieser quasi einmaligen Vorgabe ging, hat ein Vertreter des Justizministeriums die Aussage getroffen, die zu viel Empörung führte: Wenn wir gewusst hätten, dass wir etwas ändern müssen, wenn wir ohne Abstriche unterschreiben, dann hätten wir versucht, das zu verhindern. – Es gab natürlich einen großen Aufstand dazu. – [Zuruf aus dem Publikum] –

Es muss aber auch dazu gesagt werden: Länder, denen man das abnehmen kann – ich habe es in der letzten Anhörung vor zehn Tagen zur Bauordnung schon einmal gesagt –, zum Beispiel Norwegen, haben eine Bemerkung angehängt, die klar sagt: Wir interpretieren die UN-Behindertenrechtskonvention bezogen auf Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose so, dass Zwangsbehandlungen möglich sind. Dann unterschreiben wir. – Das haben sie dann auch so gemacht. Es gibt eine ganze Reihe von anderen Ländern, die aus diesen Gründen nicht unterschreiben. Das soll nur heißen, dass das ein sehr diffiziles, vielschichtiges Problem ist, wo man mit einfachen Formulierungen nicht klarkommt. Wir haben hier alle eine Reihe von Änderungen angesprochen, die im Gesamtkontext wichtig sind, nur würde ich mich nicht zu dem Urteil versteigen wollen, dass wir dieses Gesetzesvorhaben anhalten sollten. Ich habe auch noch kein Gesetz erlebt, das verschoben wurde, das anschließend besser gewesen wäre.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank! – Herr Reumschüssel-Wienert, bitte!

Christian Reumschüssel-Wienert (Paritätischer Wohlfahrtsverband Berlin e. V.): Zunächst möchte ich kurz auf Herrn Isenberg im Hinblick auf die Dokumentation und Dokumentationsverbänden eingehen. Ich kann Ihnen kein System nennen, das will ich auch nicht, ich will keine Schleichwerbung machen, aber ich weiß, dass es nicht nur gesetzliche Vorgaben für Zwangsmaßnahmen gibt – wie Festbinden usw. –, sondern dass es im klinischen Bereich innerhalb Deutschlands Krankenhausverbände gibt, die Dokumentationssysteme entwickelt haben und diese gegenseitig vergleichen. Dazu gehört zum Beispiel das Bethel-Krankenhaus in Bielefeld. Ich könnte Ihnen auf jeden Fall solche Sachen nennen, weil ich im selben Verband, in dem die Kollegin Di Tolla ist, seit 20 Jahren im Vorstand bin. Es ist mir also ein Leichtes, Material darüber heranzuschaffen.

Um die Frage von Frau Breitenbach zu beantworten: Das hatte ich in meinen Anmerkungen vergessen. Wir haben die Anmerkung zum § 23 – Vorläufige behördliche Unterbringung – gemacht, dass eingefügt werden soll, zu prüfen, ob eine Behandlungsvereinbarung, Patientenverfügung oder vergleichbare Dokumente vorliegen. Es ist wichtig, dass das auch dann im Auge behalten wird, wenn eine Zwangsunterbringung gemacht wird, denn man muss zwischen Unterbringung und Behandlung unterscheiden. Auch hier gibt es zum Teil gute Erfahrungen mit Behandlungsvereinbarungen in der Psychiatrie, die in Bielefeld sozusagen erfunden wurden und mittlerweile in vielen Krankenhäusern Usus sind. Auch mit Patientenverfügungen sind in der Psychiatrie bisher gute Erfahrungen gemacht worden.

Zu Herrn Schruoffeneger: So eine Trennung würde ich nicht gut finden, dass man die Infrastrukturgesetzgebung, so nenne ich sie mal, von der Zwangsbehandlung unterscheidet, weil es da – am Beispiel der Besuchskommission oder der Aufsicht kann man das deutlich machen – schon sehr enge Verschränkungen gibt. Vor allen Dingen, um das noch mal zu betonen: Mit den geringfügigen Veränderungen, die ich angedeutet habe, halte ich diesen Entwurf für UN-BRK-konform.

Zu Herrn Spies: Ich halte mich nicht für einen Utilitaristen, außer in der Frage der Vermögensverteilung. Ich habe einige Vorträge gehalten und auch Sachen publiziert über demütigendes Verhalten und auch Druck, was jenseits des direkten Zwangs ist, nicht nur in Krankenhäusern, sondern auch in Heimen und im ambulanten Bereich. Das ist natürlich wichtig, aber das sind zum Teil Sachen, von denen ich glaube, dass sie nicht justiziabel sind, sondern dass es sehr versteckte und – ich sage einfach mal – wirklich miese Umgangsformen sind, die da herrschen, die man dringend beheben muss. Das hat allerdings mit Einwilligungsfähigkeit nichts zu tun. Das sind zum Teil diese Eingangsrituale, die schon von Goffman und Garfinkel in den 1950er Jahren beschrieben worden sind. Aus dem Grund bin ich auch der Meinung, dass das Wörtchen „Einwilligungsfähigkeit“ durch das Wort „Entscheidungsfähigkeit“ ersetzt werden muss, denn darauf kommt es an. Entscheidungsfähigkeit kann auch ein Nein bedeuten. Einwilligungsfähigkeit heißt immer: Bitte alles mitmachen! – Das ist zwar rechtlich so, aber es geht mir auch um andere Sachen.

Herr Behrendt hat, glaube ich, gar keine Frage direkt an mich gerichtet, und Sie, Herr Vorsitzender, glaube ich, auch nicht. – Danke!

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank! – Frau Dr. Müller, bitte!

Dr. Sabine Müller (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.): Beginnen möchte ich mit dem Begriff der Einwilligungsfähigkeit. Das Bundesverfassungsgericht hat diesen Begriff ganz zentral positioniert. Davon hängt letztlich ab, ob eine Zwangsbehandlung rechtlich überhaupt möglich ist oder nicht. Wenn jemand einwilligungsfähig ist, ist grundsätzlich keine Zwangsbehandlung möglich. Mit dem Begriff ist nicht gemeint, dass jemand zustimmen soll. Es ist nicht Zustimmungsfähigkeit gemeint, sondern einfach die Fähigkeit, eine rechtswirksame Einwilligung zu erteilen oder auch nicht zu erteilen, das heißt, es ist ergebnisoffen. Es geht darum, ob jemand die Aufklärung versteht, ob er versteht, was für ein Krankheitsbild er hat usw. Es geht also um die kognitive Kompetenz. Es ist auch von der DGPPN klargestellt worden, dass man nicht einfach deswegen die Einwilligungsfähigkeit annehmen sollte, bloß weil der Patient am Ende zustimmt, also das macht, was die Ärzte für sinnvoll halten. Das ist definitiv nicht so zu verstehen. – [Zuruf aus dem Publikum] –

Herr Isenberg! Sie hatten gefragt, wie das mit der Wiederherstellung der Einwilligungsfähigkeit geht, wie lange das dauert und dergleichen. Das hängt ganz stark davon ab, welche Krankheit vorliegt. Also: Patienten haben irgendwelche psychotischen Symptome oder sind beispielsweise manisch, und am Anfang sieht man einfach nur das Verhalten, man weiß aber noch nicht, was die Ursache ist. Das kann vorübergehender Natur sein durch Drogenmissbrauch oder eine Medikamentennebenwirkung, es kann eine organische Erkrankung sein wie eine Schilddrüsenfehlfunktion, es kann ein extremer Vitamin B 12-Mangel sein, oder es kann auch so etwas sein, was dann unter dem Begriff der Schizophrenie läuft, wobei das nur ein Begriff ist und keine kausale Erklärung darstellt. Abhängig davon, was die Grunderkrankung ist, wie schnell man sie erkennt und wie schnell sie therapierbar ist, kann die Einwilligungsfähigkeit innerhalb von Stunden über Tage bis Wochen wiederhergestellt werden. Es gibt Fälle von extremem Vitamin B 12-Mangel, der zu einer Psychose geführt hat, und innerhalb von zwei Wochen Substitution war das Problem dauerhaft erledigt. In anderen Fällen braucht man für einige Tage Neuroleptika, und dann ist der Patient so weit, dass er einwilligungsfähig ist. Das heißt nicht, dass er dann geheilt ist, das leider nicht, aber dass er dann darüber entscheiden kann, ob er Medikamente nehmen möchte oder nicht. Das Wichtige ist, dass man das Ziel erreicht, dass der Patient selber entscheiden kann, und das geht eben nicht in einer akuten Krankheitsphase.

Behandlungsvereinbarung: Ich finde, das ist ein sehr wichtiges Instrument. In der Charité wird das jetzt auch den Patienten angeboten, und zwar gerade, weil Psychosen häufig wiederholt auftreten. In einer Behandlungsvereinbarung kann man genau festlegen, was man in einem solchen Fall möchte. Die einen Patienten sagen: Ja, mir hat dieses Medikament XY geholfen, also möchte ich das notfalls auch gegen meinen Willen haben, wenn ich noch mal eine Psychose bekommen sollte. – Andere sagen: Ich habe das Medikament überhaupt nicht vertragen, das hatte unerträgliche Nebenwirkungen. Ich will es auf gar keinen Fall. Ich möchte stattdessen z. B. Betreuung mit Gesprächen, oder ich möchte einfach erst mal alleingelassen werden –, oder was auch immer. Mit den Behandlungsvereinbarungen kann jeder Patient die Möglichkeit von Zwang sehr stark reduzieren, indem er festlegen kann, was er im Fall einer Wiederholung haben möchte und was nicht.

Verzicht auf Zwangsbehandlungen – das hatten Sie, Herr Vorsitzender, angesprochen: Das ist ein wichtiger Punkt. Die Psychiater bringen die Menschen ja nicht unter, sondern das tun die Richter. Die Psychiater haben dann die Patienten da, und teilweise dürfen sie die behandeln, weil die Patienten zustimmen, und zum Teil dürfen sie die Patienten behandeln, weil der Richter das erlaubt hat. Dann gibt es aber auch die Fälle, bei denen der Richter das nicht erlaubt, sei es, weil eine Patientenverfügung vorliegt, die das unterbindet, oder weil der Richter es aufgrund seiner Einschätzung nicht erlaubt. Man hat also einen kleinen Teil von Patienten, die in der Psychiatrie untergebracht sind, die man aber nicht behandeln darf. Es geht dabei nicht nur um Medikamente, sondern um Behandlungen jeder Art, also auch um Psychotherapie, Ergotherapie usw. Das heißt, man kommt dann an diese Patienten eigentlich gar nicht mehr heran, es sei denn, man kann sie im Laufe der Zeit überzeugen, sich auf Gespräche usw. einzulassen.

Die Frage ist jetzt tatsächlich, und ich meine, das ist eine offene Rechtsfrage, zu der auch das PsychKG nicht Stellung nimmt: Was soll man mit solchen Patienten machen? Soll man sie stattdessen in irgendwelchen anderen Einrichtungen unterbringen, die z. B. unter der Aufsicht der Polizei sind? Es gibt Argumente dafür und dagegen, und in der DGPPN wird das kontrovers diskutiert. Ein Nachteil wäre: Wenn dort keine Ärzte sind, könnte man den Patienten im Krisenfall nicht helfen, und es kann dann auch zu schwerwiegenden Selbstverletzungen oder Suiziden führen. – [Zuruf aus dem Publikum] – Ich denke, wenn man ein solches Verfahren hätte, dann müsste gewährleistet sein, dass trotzdem ärztliche Hilfe erreichbar ist und dass die Patienten, wenn sie es sich anders überlegen, auch in eine psychiatrische Behandlung wechseln können.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank! – Frau Di Tolla!

Patrizia Di Tolla (Berliner Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V.): Zum Thema Zwangsbehandlung: Ich habe absichtlich Méndez nicht genannt, um diese Diskussion nicht weiterzuführen. Ich habe zitiert, was der CRPD-Ausschuss gesagt hat, um die Rechtsverbindlichkeit der Aussage ein bisschen höher zu stellen. Es ist nicht so, dass man alles machen muss, was der Ausschuss sagt. Es sind Empfehlungen – das stimmt schon –, die hier ausgesprochen werden. Aber wenn man die Leute nicht ernst nimmt, die kontrollieren, was die Umsetzung der UN-BRK ausmacht, dann frage ich mich, wen man dann fragen sollte.

Zum Thema Verbesserungen des Gesetzes: Alles, was auch mein Kollege Christian Reumerschüssel-Wienert oder der Landesbeauftragte für Menschen mit Behinderung genannt haben, sind notwendige Verbesserungen, die auf jeden Fall in dem Gesetz vorgenommen werden müssen. Diese Verbesserungen werden aber nichts an der Tatsache ändern, dass der zentrale Punkt der Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen menschenrechtlich nicht abgesichert ist. Deswegen sage ich zu dem Vorschlag von Herrn Oliver Schruoffeneger: Es wäre vielleicht eine gute Möglichkeit, sich die Zeit zu nehmen. Wir diskutieren seit fünf Jahren, und ein Jahr mehr, um dann evtl. die Menschenrechte besser einzuhalten, das kann nicht der Punkt sein. Man könnte das vielleicht trennen, denn ich finde es wichtig, dass die Voraussetzungen für das Gesetz gegeben sind. Ich finde auch eine Erweiterung auf den ambulanten Bereich wichtig. Ich bin Leiterin einer psychiatrischen Einrichtung. Wir üben keinen direkten Zwang aus, aber wenn einem Menschen, der zu uns kommt, gesagt wird: Entweder nimmst du Medikamente, oder du kannst hier nicht ambulant versorgt werden –, dann ist das ein Zwang. Wir müssen auch kontrolliert werden, ob wir in der Form arbeiten.

Zum Thema Folter: Warum sind alle so empfindlich? – Das war auch die Frage der Piraten. Die Empfindlichkeit in der psychiatrischen Fachwelt entsteht dadurch, dass diese Zwangsbehandlung mit guten Absichten gemacht wird. Das ist wirklich so. Trotzdem ändert das nichts daran, dass Folter Folter ist. Das kennen wir sogar aus dem ganz banalen Beispiel der Krimiserie Tatort, wo die Frage thematisiert wurde, ob jemand gefoltert werden darf, der ein Kind eingesperrt hat; wir wissen, dass es noch lebt und gerettet werden könnte, wenn dieser Mensch sagt, wo sich das Kind befindet. Dann ist die Frage, ob der Mensch gefoltert werden darf, um Menschenleben zu retten. Hier wird jemand gefoltert – in Anführungsstrichen, das sagt die Menschenrechtskonvention, ich sage: ganz stark eingeschränkt in seinen Rechten –, um sein Leben zu retten.

Zur Frage von Dr. Albers: Die meisten Suizide in der Psychiatrie begehen Menschen, die sich in psychiatrischer Behandlung in der Klinik befinden und sich im Urlaub oder sogar in der Klinik umbringen. Daher ist die Frage: Wie viele Leben retten wir mit medikamentöser Behandlung? – sicherlich eine wichtige Frage. Die andere Frage ist: Wie viele Menschen beeinträchtigen wir dadurch sehr stark? Wie viele Menschen – und das gibt es auch, das sagt die Forschung ganz klar – leben zehn Jahre weniger, weil sie jahrelang diese Medikamente nehmen mussten? Deswegen ist das Thema, das wir heute nicht behandeln können – vielleicht sagt Herr Aichele noch kurz etwas dazu –, die angemessene Vorkehrung in § 5 der UN-Behindertenrechtskonvention. Bei einer Fixierung ist im Gesetz vorgesehen, dass jemand die ganze Zeit dabei ist. Warum ist nicht jemand dabei, wenn der Mensch kommt? Es gibt keinen Menschen, der aufgrund von psychiatrischer Krankheit per se gewalttätig ist. Die Menschen üben diese Gewalt aus, wenn sie in einen geschlossenen Raum kommen und sie aufgrund ihrer Krankheit nicht verstehen, warum sie so behandelt werden müssen. Das heißt, die Frage ist: Was passiert vor der Gewalttätigkeit dieses Menschen? – Da nehmen wir uns zu wenig Zeit. Auch in der Begründung zum Gesetz steht, dass die vorläufige behördliche Unterbringung dieser Menschen leider erfolgen muss, weil am Wochenende die SPD nicht geöffnet sind. Es gibt schon seit 25 Jahren Kriterien in der Psychiatrie: Eine gute Psychiatrie hat die Dienste rund um die Uhr, 24 Stunden, offen. Machen wir vorher die Arbeit, die wir danach machen wollen, um die Gewalt und den Zwang zu vermeiden! Das ist das, was dieses Gesetz nicht enthält. Das muss auf den Kopf gestellt werden. Menschenrechtsbasierte Psychiatrie soll die Grundlage sein, dann werden wir auch weniger Zwangsbehandlungen und Zwangsmaßnahmen nötig haben. – Danke!

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Herr Aichele, bitte!

Dr. Valentin Aichele (Deutsches Institut für Menschenrechte e. V.): Vielen Dank für die Fragen! Zunächst will ich auf die Frage zur Beratung durch die Monitoring-Stelle eingehen und dabei noch mal kurz erwähnen, welche Rolle wir in Deutschland haben. Wir sind ja aufgrund eines Bundestags- und Bundesratsbeschlusses dazu berufen, Bund, Länder und Gemeinden in der Umsetzung der Konvention zu beraten und zu begleiten. In diesem Zusammenhang haben wir auch die Aufgabe, die internationalen Rechtsentwicklungen nach Deutschland hineinzutragen und sie darzulegen. Ich denke, in meinem Statement heute habe ich das Spektrum vertretbarer menschenrechtlicher Positionen aufgezeigt, ohne ganz stark eine eigene, schon gar nicht meine persönliche Meinung hier darzulegen. Das tun wir, und das ist insofern der Mehrwert, der von unserer Arbeit ausgeht. Das haben wir auch seinerzeit bei dem Beratungstermin mit der Senatsverwaltung so gemacht. Wir sind doch in vielen Punkten

im Dissens auseinandergelassen. So, wie es heute auch erkennbar war, ist es seinerzeit schon zum Ausdruck gekommen, dass das Gesetzgebungsvorhaben, wie es damals entwickelt war, mit der menschenrechtlichen Zielsetzung so eben schwer in Übereinstimmung zu bringen ist. Wir haben ein ganz anderes Gesetz befürwortet und empfohlen, dem sich der Senat nicht angeschlossen hat. Es ist eben eine andere politische Erwägung, die dem zugrunde liegt.

Zweiter Punkt, der auch mit unserer Rolle zu tun hat: Wir müssen – das ist unser Anspruch – die internationalen Entwicklungen richtig darstellen. Ohne jetzt der Kollegin von der DGPPN zu nahe treten zu wollen: Die Dokumente, die genannt worden sind, kenne ich natürlich auch alle, aber ich habe sie in vielen Teilen inhaltlich nicht richtig wiedergegeben gehört.

Zu Ihren Fragen: Es gab einmal die Frage nach der Dokumentation, die bislang von niemandem beantwortet worden ist. Es gibt wohl Dokumentationsansätze in Brandenburg, neuerdings auch auf Grundlage eines Gesetzes in Baden-Württemberg. Was ich seinerzeit dort gehört habe, ist, dass die rechtswidrige Zwangsmaßnahme nicht gezählt wird. Es ist natürlich problematisch, wenn man Zwangsmaßnahmen nur dann zählt oder mit in die Dokumentation aufnimmt, wenn man glaubt, dass sie rechtmäßig sind.

Es wurde auch nach der Aufspaltung des Gesetzes gefragt. Da hatte ich empfohlen, insbesondere den Teil 4 und den Teil zur allgemeinen Psychiatrie extra zu behandeln. Ob es sinnvoll ist, sich auf der Basis des bestehenden Gesetzes noch mal mit mehr Zeit Gedanken speziell über die Zwangsbefugnisse zu machen – das halte ich aufgrund der Defizite und Mängel, die im Gesetz enthalten sind, für einen Weg. Wir müssen sehen, dass auch die Berliner Psychiatrie nicht ohne Befugnisse dasteht. Es gibt ja eine Regelung auf Bundesebene mit dem Betreuungsrecht, und es gibt immer auch noch das Notfallrecht. Es gibt also Befugnisse, die jetzt schon operativ sind und erlauben, in Bezug auf bestimmte Fragen hinreichend aktiv zu werden.

Dann ist die Frage nach der Stellung des UN-Fachausschusses gestellt worden. Der ist das berufene Gremium, um diese Konvention auszulegen, und er hat diese sehr strikte Auffassung entwickelt und hält trotz Diskussion auch daran fest. Ich habe eingangs gesagt, das ist eine der vertretbaren Auffassungen, die es in der internationalen Diskussion gibt. Wir müssen aber sehen: Wenn es um diese Fragen geht, dann ist das von Gewicht, denn sie verweisen auf echte Verpflichtungen. Zwar ist der General Comment, der auch von der Staatssekretärin erwähnt wurde, selber so nicht verbindlich, aber es ist autoritativ und verweist auf Verbindlichkeiten der UN-Behindertenrechtskonvention. Die Konvention ist ja verbindlich und das, was der Ausschuss sagt, verweist auf die Verbindlichkeit. Insofern ist es natürlich nicht außer Acht zu lassen, dass die Bundesregierung eine andere Auffassung vertritt. Das müssen wir zur Kenntnis nehmen. Wir sehen allerdings aus der Sicht des Ausschusses, dass damit wenig geholfen ist, denn der Ausschuss wird wieder an Deutschland herantreten; die nächste Staatenprüfung folgt ja schon 2019. Wer auf der sicheren Seite sein will, der sollte sich die menschenrechtlichen Vorgaben viel stärker zu Herzen nehmen und sich danach ausrichten.

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Würden Sie bitte zum Schluss kommen?

Dr. Valentin Aichele (Deutsches Institut für Menschenrechte e. V.): Ja! – Zum Beispiel das Folterverbot – ich will Ihnen nur ein Beispiel geben: Es geht da um das Verbot der erniedrigenden, unmenschlichen und grausamen Behandlung. Wenn Sie sich § 28 Abs. 6 Nr. 4 an-

schauen, da wird z. B. nur eine Medikation ausgeschlossen, die den Kernbereich der Persönlichkeit betrifft, aber eine Medikation, die die Persönlichkeit als solche verändert, wird nicht ausgeschlossen. Das kann nur menschenrechtswidrig sein nach meiner Auffassung. Insofern: Hier sind Elemente enthalten, die man auf keinen Fall akzeptieren kann.

Ich frage mich auch, warum hier das Bundesverfassungsgericht in seinen Maßgaben unterboten wird. Es ist offensichtlich, dass die Anforderungen, die das Bundesverfassungsgericht festgelegt hat und die auch in Umsetzung des Betreuungsrechts mit § 1906 eingeführt worden sind, bei einer Zwangsbehandlung nicht gelten sollen. Die Frage eines Verbots zum Schutz Dritter, die gerichtliche Überprüfung, die Karenzzeit von mindestens zehn Tagen, der Ausschluss irreversibler Nebenfolgen – das sind alles Punkte, die ich hier nicht wiederfinde. Insofern: Selbst wenn man nur den verfassungsrechtlichen Maßstab wählt und die Probleme in Sachen Bestimmtheit, auf die hier schon hingewiesen worden ist, wäre man gut beraten, an diesem Gesetz weiter zu arbeiten. – Vielen Dank!

Vorsitzender Dr. Wolfgang Albers: Vielen Dank! – Ich habe jetzt keine weiteren Wortmeldungen mehr. Damit werden wir diesen Tagesordnungspunkt für heute abschließen und vertagen, bis das Wortprotokoll vorliegt. – Ich bedanke mich bei den Anzuhörenden!

Punkt 4 der Tagesordnung

- | | | |
|----|--|---|
| a) | Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs
Stand der Entwicklung des gemeinsamen klinischen Krebsregisters Berlin-Brandenburg
(auf Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion der CDU) | 0246
GesSoz |
| b) | Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen
Drucksache 17/1642
Klinisches Krebsregister Berlin-Brandenburg einrichten und Fördermittel ausschöpfen | 0179
GesSoz |
| c) | Vorlage – zur Kenntnisnahme – gemäß Artikel 50 Absatz 1 Satz 3 der Verfassung von Berlin
Drucksache 17/2820
Staatsvertrag zwischen dem Land Berlin und dem Land Brandenburg über die Einrichtung und den Betrieb eines klinischen Krebsregisters nach § 65c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch | 0315
GesSoz
Haupt |

- d) Vorlage – zur Beschlussfassung –
Drucksache 17/2844
**Gesetz zum Staatsvertrag zwischen dem Land Berlin
und dem Land Brandenburg über die Einrichtung
und den Betrieb eines klinischen Krebsregisters nach
§ 65c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**
- [0316](#)
GesSoz
Haupt

Siehe Inhaltsprotokoll.

Punkt 5 der Tagesordnung

- Stellungnahmeersuchen des Hauptausschusses
Bericht SenGesSoz – II AbtL FA 6 – vom 23.03.2016
Rote Nummer 1705 C-9
**Untersuchung und Bewertung des
Verwaltungshandelns des LAGeSo im
Zusammenhang mit der Unterbringung von
Flüchtlingen und Asylbegehrenden
Beantwortung von Fragen der Fraktionen Die Linke
und Piraten sowie zur Veränderung der
Organisationsstruktur der Behörde**
(Berichtsauftrag aus der 95. Sitzung vom 25.11.2015)
(Anlage 1 vertraulich nur für den Datenraum)
- [0313](#)
GesSoz

Vertagt.

Punkt 6 der Tagesordnung

- Stellungnahmeersuchen des Hauptausschusses
Bericht Senat von Berlin – SenGesSoz LKF – vom
22.03.2016
Rote Nummer 2582 B
**Medizinische Versorgung in Notunterkünften, Stand
der Besetzung in den bezirklichen
Gesundheitsämtern**
(Berichtsauftrag aus der 95. Sitzung vom 25.11.2015)
- [0314](#)
GesSoz

Vertagt.

Punkt 7 der Tagesordnung

Verschiedenes

Siehe Beschlussprotokoll.