



Ausschuss für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Integration

16. Sitzung (öffentlich)

22. Juni 2011

Düsseldorf – Haus des Landtags

13:30 Uhr bis 14:55 Uhr

Vorsitz: Günter Garbrecht (SPD)

Protokoll: Rainer Klemann, Simona Roeßgen (Federführung)

Verhandlungspunkt:

**Gesetz zur Abschaffung der Videoüberwachung von zwangsweise
untergebrachten Patientinnen und Patienten in der Psychiatrie**

3

Gesetzentwurf
der Fraktion der FDP
Drucksache 15/484

Der Ausschuss hört hierzu die in der nachfolgenden Tabelle aufgeführten
Sachverständigen an:

Organisationen/Verbände	Sachverständige	Stellungnahmen	Seiten
Landschaftsverband Rheinland, LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogische Hilfen	Michael van Brederode	15/663	7
LVR-Klinik Köln	Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank		10, 23
Lehrstuhl für Psychiatrie und Psychotherapie an der Universität Witten/Herdecke – St.-Marien-Hospital Hamm	Prof. Dr. Karl H. Beine	15/711	10, 21
Elisabeth-Krankenhaus Gelsenkirchen	Dr. Jan-Niclas Freiherr von Verschuer	-	11, 21
LWL-Klinik Lengerich	Dr. Christakis Chrysanthou	15/671	12, 20
Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie, Landesverband NRW – St.-Rochus-Hospital Telgte	Rainer Drevermann	15/664	15
Landesverband Rheinland der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie	Stefan Corda-Zitzen	15/662	19
	Dr. Stefan Rinckens		22
Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker	Gudrun Schliebener	15/660	17
Landesverband Nordrhein-Westfalen der Angehörigen psychisch Kranker	Wiebke Schubert		18
Landesverband Psychiatrie–Erfahrener NRW	Matthias Seibt	15/692	18, 24
Regenbogen – Verein zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung	Michael Bormke	15/658	19
Aktion Psychisch Kranke	Dr. Niels Pörksen	15/652	14

Vorsitzender Günter Garbrecht: Meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich eröffne die 16. Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Integration und begrüße Sie alle herzlich.

Die Tagesordnung ist Ihnen zugegangen. Als einzigen Tagesordnungspunkt dieser Sitzung rufe ich auf:

Gesetz zur Abschaffung der Videoüberwachung von zwangsweise untergebrachten Patientinnen und Patienten in der Psychiatrie

Gesetzentwurf
der Fraktion der FDP
Drucksache 15/484

Vorlagen 15/257 und 15/474

Der Ausschuss hat beschlossen, zu diesem Gesetzentwurf der FDP eine öffentliche Anhörung von Sachverständigen durchzuführen. Er hat sich auch auf eine Gruppe von Expertinnen und Experten verständigt, die zu der heutigen Anhörung eingeladen wurden.

Im Namen des Ausschusses danke ich den Sachverständigen für ihre Bereitschaft, uns zur Klärung der im Gesetzentwurf aufgeworfenen Fragestellung zur Verfügung zu stehen, sowie insbesondere für die vorab übersandten schriftlichen Stellungnahmen.

Da sich an diese Anhörung noch eine ordentliche Ausschusssitzung anschließt, haben wir in Abstimmung mit den Fraktionen folgendes Verfahren festgelegt: Anders als bei bisherigen Anhörungen werden wir keine Eingangsstatements der Sachverständigen an den Anfang stellen, zumal es hier um eine ganz konkrete Fragestellung geht, zu der die Expertinnen und Experten bereits schriftlich Stellung genommen haben. Auf Grundlage dieser Stellungnahmen werden die Abgeordneten Fragen stellen. Ich bitte die Kolleginnen und Kollegen auch, ihre Fragen jeweils konkret zu adressieren und sie nicht an alle Sachverständigen zu richten.

Dr. Stefan Romberg (FDP): Aus der Vielzahl der schriftlichen Stellungnahmen, die ich bisher gesehen habe, entnehme ich ein deutliches Votum gegen eine Videoüberwachung in den psychiatrischen Kliniken. Eine Ausnahme hiervon stellt aus meiner Sicht hauptsächlich der Landschaftsverband Westfalen-Lippe dar, der in seiner Stellungnahme von einem „positiven Effekt in der Gestaltung der krisentherapeutischen Intervention“ spricht. Das steht im Gegensatz zu vielen anderen fachlichen Stellungnahmen – zum Beispiel des Landschaftsverbands Rheinland, der klar feststellt, dass sich eine Videoüberwachung „ausschließlich auf die Sichtbeobachtung der Betroffenen beschränkt und insofern nur eine unzureichende Überwachung der Vitalfunktionen ermöglicht“. Vor diesem Hintergrund lautet meine konkrete Frage an den Landschaftsverband Westfalen-Lippe: Wie stellen Sie zum Beispiel die Überwachung von Vitalfunktionen sicher?

Wenn Sie für den Landschaftsverband Westfalen-Lippe sprechen, können Sie uns vielleicht auch sagen, wie viele Kliniken der Landschaftsverband Westfalen-Lippe insgesamt unterhält und wie viele Kliniken davon die Videoüberwachung anwenden.

In den Stellungnahmen wurde ferner argumentiert, dass Personalbetreuung Kosten verursache. Der Landschaftsverband Rheinland ist hierauf eingegangen und hat selbst erklärt, Personalnot sei kein hinreichender Grund für den Einsatz von Videoüberwachung. In diesem Zusammenhang hat er die Novellierung der Bundespflege-satzverordnung angeführt. Durch die Umsetzung des vorliegenden Gesetzentwurfs entstünden dem Land Nordrhein-Westfalen natürlich keine Kosten. Deshalb haben wir das in unserem Gesetzentwurf auch so aufgeführt. Selbstverständlich ist Personalbetreuung in psychiatrischen Kliniken aber teurer als Videoüberwachung. Vor diesem Hintergrund wüsste ich von den Psychiatrie-Erfahrenen, den Angehörigen und den ärztlichen Vertretern gerne, ob aus ihrer Sicht dann, wenn der Gesetzgeber jetzt nicht einen Riegel vor die Videoüberwachung schiebt, vielleicht in Zukunft aus Kostengründen – ich erinnere daran, dass der Kostendruck im Gesundheitssystem insgesamt ansteigt; das zeigen auch die vielen Ausnahmen, die heute schon bestehen – die Gefahr droht, dass mit der Videoüberwachung ein Weg beschritten werden kann, um Personalkosten einzusparen, was letztendlich dazu führt, dass die Qualitätsstandards in den psychiatrischen Kliniken deutlich vermindert werden.

Peter Preuß (CDU): Ich möchte den Verfahrensvorschlag des Vorsitzenden etwas abwandeln und meine Frage an diejenigen richten, der sich auf die folgende Frage hin melden wird: Gibt es unter den Sachverständigen irgendjemanden, der das Verbot der Videoüberwachung in ein Gesetz schreiben würde?

Meine nächste Frage geht an die Vertreter der LWL-Klinik Lengerich. Ist die Annahme richtig, dass man bei der Frage, ob die Videoüberwachung nun anzuordnen ist oder nicht, unter den strengen gesetzlichen Voraussetzungen natürlich immer differenziert – also auf den Einzelfall bezogen – betrachtet, ob die Videoüberwachung einen therapeutischen Nutzen hat bzw. ob sie notwendig ist oder nicht?

Vom Vertreter des Landschaftsverbands Rheinland wüsste ich gerne, wie hoch der Personalaufwand wäre, wenn man durchgängig eine Sitzwache anordnen würde.

Elisabeth Veldhues (SPD): Meine Damen und Herren, ich bedanke mich für Ihre äußerst umfangreichen Stellungnahmen. Wir haben gemerkt, dass Sie sehr sensibel an dieses Thema herangehen. Diesem Ausschuss ist schon in anderen Befragungen und Anhörungen sehr deutlich geworden, dass gerade eine Fixierung für die Patientinnen und Patienten sowie für das Personal oft ein traumatisches Erlebnis ist. Daher danke ich Ihnen für diese Sensibilität.

Von den Vertretern der beiden Landschaftsverbände sowie Herrn Drevermann und Herrn Prof. Beine wüsste ich gerne, ob es möglich ist, die Statistik über notwendige Fixierungen getrennt nach PsychKG und nach Betreuungsrecht zu führen. Meine große Sorge ist nämlich, dass ältere Menschen, die nach dem Betreuungsrecht untergebracht werden, immer durch den Rost fallen. Keiner richtet den Fokus auf diese Personen. Da nach der Statistik jeder Vierte von uns im Alter davon betroffen sein

wird, sollten wir uns meines Erachtens jetzt darum kümmern und nicht erst, wenn wir so weit sind. Dann ist es wahrscheinlich zu spät. Kann man das also statistisch separat erfassen?

Außerdem wüsste ich gerne, ob man statistisch erfassen kann, in welcher Form bei Anordnung einer Fixierung die Betreuung des Patienten oder der Patientin erfolgt. Das müsste doch möglich sein, obwohl es in der ersten Vorlage des Ministeriums vom 22. Dezember 2010 heißt, das könne man nicht, weil die Kliniken geltend machten, dass sie dafür jede Krankenakte wälzen müssten. So etwas würde ich als „EDV zu Fuß“ bezeichnen. Da die Fixierungen erfasst werden, müsste man meines Erachtens auch erfassen können, welche Betreuung des Patienten – eine Sitzwache oder im Einzelfall eine Videoüberwachung – der Arzt angeordnet hat. Dann könnte man sofort darauf zurückgreifen und „Ausreißer“ – in Anführungszeichen – schneller erkennen, also feststellen, ob die eine oder andere Klinik aufgrund mangelnder Personalressourcen zu dieser technischen Überwachung hin tendiert.

Ich danke Ihnen vom LVR auch für die Anregung, das Wort „Sitzwache“ durch „Monitoring“ zu ersetzen; denn für eine Sitzwache kann man auch eine Aushilfskraft, einen Auszubildenden oder irgendjemanden aus der Bereitschaft einsetzen. Dann erfolgt gerade nicht das, was wir alle wollen, nämlich eine Fortsetzung des therapeutischen Prozesses. Ich kenne das noch aus alten Zeiten. Vor 20 Jahren habe ich im entsprechenden Ausschuss beim LWL erfahren, dass für Sitzwachen irgendwelche Leute aus der Rufbereitschaft eingesetzt wurden, die gar nicht in den therapeutischen Prozess eingebunden waren. Das war weder für den Patienten noch für das therapeutische Klima auf der Station gut.

Meine Frage lautet also, ob man die Statistik so vervollständigen kann, dass sie nach Betreuungsrecht und PsychKG differenziert ist und die Form der Betreuung, also im Einzelfall eine mögliche Videoüberwachung, enthält – damit wir das auch chronologisch nachvollziehen können.

Die Klinikvertreter frage ich, ob es überall Standard ist, nach einer Fixierung dann, wenn der Patient oder die Patientin einigermaßen genesen ist, eine Nachbetrachtung durchzuführen. In einer Stellungnahme war auch von einer ethischen Nachbetrachtung die Rede. Hier geht es darum, dass der Patient wahrgenommen wird und dann, wenn es seine Situation wieder zulässt, auf gleicher Augenhöhe mit dem Personal diskutieren kann: Wie haben Sie die Fixierung erlebt? Wie hat das Personal sie erlebt? Was kann man verbessern? Wer sollte gerufen werden? Was war das gestern – oder wann auch immer – für eine Situation? Wie sind wir gemeinsam damit umgegangen? Wie kann man sie ein anderes Mal, sofern es notwendig sein sollte, anders gestalten?

Mit Interesse habe ich den in einer Stellungnahme enthaltenen Vorschlag zur Kenntnis genommen, dass es erfahrenem Pflegepersonal möglich sein sollte, selbst die Fixierung zu lockern, ohne erst den Arzt zu rufen. Wie schätzen Sie das aus ärztlicher Sicht ein? Ich finde es problematisch, wenn ein Patient oder eine Patientin erfährt, dass er oder sie allein deshalb noch einige Stunden länger fixiert bleiben muss, weil der Arzt gerade nicht erreichbar ist. Wie sieht das im Klinikalltag aus? Ist es naiv, zu glauben, dass erfahrene Pflegekräfte – insbesondere in den Nachtstunden – eine

solche Lockerung vornehmen könnten, ohne dass der Arzt den Patienten noch einmal sieht?

Abschließend darf ich Ihnen versichern, dass wir mit der heutigen Diskussion keine Einschränkungen in Bezug auf die Ausgestaltung Ihres therapeutischen Auftrags vornehmen wollen. Wir als Politik haben aber auch den Auftrag, die Freiheitsrechte der Patienten zu wahren. Auf diesem dünnen Eis bewegen wir uns. – Ich bedanke mich daher für Ihre Sensibilität bei der Beantwortung und hoffe sehr, dass wir im Interesse der Patienten einen gemeinsamen Weg beschreiten können.

Arif Ünal (GRÜNE): Die Videoüberwachung wird von vielen Sachverständigen sehr kritisch gesehen. Zahlreiche Gutachter gehen davon aus, dass eine Videoüberwachung sehr sensibel und auf den Einzelfall bezogen von den Ärzten angeordnet wird. Aus der Vorlage des Ministeriums vom 18. März 2011 geht hingegen hervor, dass in ungefähr 31 % der Fälle eine Videoüberwachung angeordnet wurde. Von einem sensiblen Umgang kann also keine Rede sein. Das ist fast der Regelfall. Daher muss man hinter diese Annahme mindestens ein großes Fragezeichen setzen. – Nun komme ich zu meinen Fragen.

Erstens. In sehr vielen Berichten heißt es, dass die Videoüberwachung ein Bestandteil des Therapiesettings oder Behandlungssettings ist. Das wird auch damit begründet, dass die Patienten die Nähe einer Sitzwache eventuell als Stress und Überlastung empfinden könnten. Von welcher Patientengruppe reden Sie, wenn Sie auf diese Stressfaktoren abstellen? Sind das die F60-Patienten nach ICD-10, also Patienten mit spezifischer Persönlichkeitsstörung? Oder über welche Patientengruppen sprechen Sie, wenn Sie diese Begründung anführen?

Zweitens. Häufig wird davon ausgegangen, dass fast alle Videoüberwachungen mit Zustimmung der Patienten durchgeführt werden. Gibt es irgendwelche Zahlen darüber, wie viele Überwachungen mit Zustimmung des Patienten erfolgen und wie viele Überwachungen ohne Zustimmung des Patienten angeordnet werden?

Drittens. Sollte eine Videoüberwachung, die ärztlich angeordnet worden ist, vom Pflegepersonal wieder aufgehoben werden können? Dort spielen natürlich innerbetriebliche Konflikte eine Rolle, sodass eine solche Möglichkeit Vor- und Nachteile hat. Deswegen wäre es gut, wenn zumindest die Vertreter der Kliniken dazu Stellung nehmen könnten.

Wolfgang Zimmermann (LINKE): Meine ersten beiden Fragen richten sich an die Vertreterinnen und Vertreter der Krankenhäuser sowie des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener NRW. – Wenn ich sehe, dass in lediglich 16 Kliniken eine Videoüberwachung vorgenommen wird, stellt sich für mich die Frage, ob aus der Videoüberwachung überhaupt irgendein therapeutischer Nutzen zu ziehen ist. Warum machen die anderen Kliniken das nicht? Meines Wissens ist die Personalsituation in fast allen Kliniken relativ gleich, nämlich schlecht. Daher wüsste ich gerne, warum in diesen 16 Kliniken die von Herrn Ünal eben erwähnten 31 % der Patientinnen und Patienten mindestens einmal in ihrer Behandlungszeit durch Video überwacht worden sind.

Welche Auswirkungen hat die Videoüberwachung auf die Persönlichkeit der Patientinnen und Patienten, die unter Umständen über einen längeren Zeitraum videoüberwacht werden? Zwar habe ich einmal bei einem Besuch einer Klinik erfahren, dass es Patientinnen und Patienten geben soll, die freiwillig sagen: Ich möchte nicht, dass eine Sitzwache hier sitzt, will also alleine in diesem Raum sein; ich bin aber irgendwie gefährdet und möchte daher videoüberwacht werden. – Ich persönlich habe in meiner mehr als 30-jährigen Tätigkeit in einer psychiatrischen Klinik allerdings nie einen Patienten kennengelernt, der das selbst gewünscht hätte. Was ist also von dieser Argumentation zu halten? Wie würden Sie das beurteilen?

Herr Bormke betont in seiner schriftlichen Stellungnahme, dass er den Gesetzentwurf ausdrücklich begrüßt, stellt aber auch fest – das würde ich von ihm gerne noch näher erläutert haben; wir haben das als Fraktion Die Linke selbst auch in der Debatte thematisiert –, dass man nicht fordern kann, die Videoüberwachung abzuschaffen, wenn man nicht gleichzeitig die Forderung erhebt, dass im Gegenzug mehr Personal eingestellt wird.

Hubert Kleff (CDU): Meine Frage richtet sich an alle Sachverständigen, die die Videoüberwachung generell ablehnen. Von ihnen hätte ich gerne gewusst, wie sie denn mit dem Wunsch des Patienten umgehen, eben nicht persönlich betreut und begleitet zu werden.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Ich stelle fest, dass der Wunsch des Vorsitzenden im Sinne einer stringenten Beratung des Ausschusses mit den Sachverständigen von den Abgeordneten hinreichend unterlaufen wird. Dem muss sich letztendlich auch ein Vorsitzender fügen. – Wir kommen jetzt zur Beantwortung. Zunächst sind die beiden Landschaftsverbände angesprochen worden; der Landschaftsverband Rheinland ist durch Herrn van Brederode vertreten, der Landschaftsverband Westfalen-Lippe nur durch eine Klinik. Außerdem sind viele Fragen an die Vertreter der Kliniken gestellt worden, die ich dann in der Reihenfolge aufrufen werde.

Michael van Brederode (Landschaftsverband Rheinland, LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogische Hilfen): Ich werde versuchen, die Fragen so zu sortieren, dass ich ein bisschen besser im Fluss antworten kann. Deshalb beginne ich zunächst mit einer Frage, die etwas grundsätzlicher angelegt ist, nämlich der Frage von Herrn Zimmermann, warum wir keine Videoüberwachung bei fixierten Patienten vornehmen wollen. Wie wir schon in unserer schriftlichen Stellungnahme erwähnt haben, sind wir anhand eines eigenen kritischen Ereignisses vor etwas mehr als zwei Jahren darauf aufmerksam geworden, dass die Videoüberwachung insofern erhebliche Risiken bergen kann, als dass sie keine ausreichende Kontrolle der Vitalfunktionen der fixierten Patientinnen und Patienten zulässt und damit auch leicht eine falsche Sicherheit vorgaukelt. Dinge wie blasse Hautfarbe, unregelmäßige Atmung oder auch Katatonie eines hoch erregten Menschen bilden sich aufgrund der zum Teil schlechten Bildqualität – die Räume sind abgedunkelt, um den Patienten nicht noch zusätzlich zu stressen – nämlich nur sehr unzureichend ab. Insofern wähnt man

sich in einer falschen Sicherheit, in der dann auch sehr leicht kritische Zustände des Patienten oder der Patientin übersehen werden können.

Ein weiterer, sicherlich ebenso wichtiger Grund für den Verzicht auf Videoüberwachung sind die therapeutischen Aspekte. Jetzt muss ich ein wenig auf das Wesen der Fixierung eingehen. Die Fixierung ist nicht so sehr ein Bestandteil der Therapie, sondern eine temporäre Kapitulation der Therapie vor der Aggression des Patienten, also seiner Fremdgefährdung und Selbstgefährdung. Insofern wird sie auch leicht als ein temporäres Aussetzen des therapeutischen Prozesses missverstanden. Das wäre bei einer Videoüberwachung in der Tat der Fall. Wir befinden uns bei einer Fixierung in einer sehr kritischen Phase des Patienten und sind der Meinung, dass gerade in dieser kritischen Phase auch ständig ein therapeutisches Beziehungsangebot zum Patienten aufrechterhalten werden muss. Die Videoüberwachung verleitet sehr leicht dazu, diesen therapeutischen, persönlichen, unmittelbaren Prozess abubrechen.

Was ist, wenn der Patient selbst wünscht, per Video überwacht zu werden, weil er eine bestimmte Nähe nicht ertragen kann und Distanzbedürfnisse hat? Zunächst einmal ist dieser Wunsch von dem Patienten nur dann mit Erfolg formulierbar, wenn es die entsprechenden technischen Möglichkeiten überhaupt gibt. In den meisten Kliniken haben wir sie gar nicht geschaffen. Insofern rückt dieser Wunsch auch sehr schnell aus dem Bereich des Möglichen. Übrigens haben wir uns in einer klinikübergreifenden Arbeitsgruppe sehr intensiv mit Fragen der Fixierung auseinandergesetzt. Auch dort habe ich bisher nicht gehört, dass es diese besondere Wunschkonstellation gegeben hätte. Sicherlich wäre dieser Wunsch auch so selten, dass er es nicht rechtfertigen würde, alle Kliniken für den Notfall mit einem ergänzenden Videosystem auszustatten.

Welche Kosten entstehen durch einen Verzicht auf Videoüberwachung und eine Kompensation durch persönliche Begleitung von Patienten? Diese Kosten sind natürlich erheblich. Hier sind wir auch ein bisschen zwischen Borke und Rinde. Einerseits fordern wir – auch hier – die Abschaffung der Videoüberwachung. Andererseits wussten wir lange Zeit nicht, wie wir das Ganze personalmäßig überhaupt noch darstellen konnten. Sie kennen – die entsprechenden Diskussionen haben wir wiederholt geführt – die personelle Auszehrung der psychiatrischen Krankenhäuser in der Vergangenheit aufgrund der langjährigen Deckelung der Klinikbudgets. Mit der Novellierung der Bundespflegesatzverordnung ist diese Auszehrung seit 2009 zumindest gestoppt worden. Inzwischen geht die Entwicklung in einzelnen Häusern auch schon wieder leicht in die umgekehrte Richtung, worüber wir erst einmal sehr erleichtert sind. Wie lange das anhält, ist die große Frage. Wir erwarten das neue Entgeltsystem in der Psychiatrie und können im Moment nicht recht absehen, wie es sich letztendlich auf die wirtschaftliche Situation unserer Häuser auswirken wird.

Die generelle Forderung nach einer persönlichen Begleitung während der Fixierung ist in unseren Häusern also schon von einem großen Stöhnen begleitet gewesen. Sie war zum Teil auch nur noch unter größten Schwierigkeiten zu realisieren – zumal das Personal lediglich das eine ist. Sehr unterstützend wirken natürlich optimierte räumliche Gegebenheiten, über die viele Häuser leider auch nicht verfügen. Teilweise ist die Psychiatrie bei uns in einer überalterten Bausubstanz untergebracht. Den Ideal-

fall, dass das Krisenzimmer unmittelbar neben dem Pflegestützpunkt liegt und sich zwischen Pflegestützpunkt und Krisenzimmer vielleicht sogar ein abzdunkelndes Fenster befindet, haben wir nur in wenigen Einrichtungen.

Das verleitet natürlich sehr schnell dazu, darüber nachzudenken, ob man nicht die Distanz zwischen Pflegestützpunkt und Krisenzimmer durch eine Videoüberwachung überbrücken kann. Wir sind der Meinung, dass man das nicht tun sollte. In diesem Zusammenhang müssen wir allerdings auch immer wieder gegenüber den Kostenträgern reklamieren – insofern würde ich eine zusätzliche gesetzliche Regelung begrüßen, weil sie uns mehr Argumentationssicherheit verschafft –, dass die generelle Forderung nach einer persönlichen Begleitung während der Fixierung von uns natürlich nur dann umgesetzt werden kann, wenn auch das notwendige Personal vor Ort vorhanden ist.

Eine weitere Frage lautete, wer von den anwesenden Experten sich für eine gesetzliche Regelung starkmachen würde. Ich halte eine solche Regelung eigentlich für eine gute Idee, weil sie dazu beiträgt, die etwas schwammige Vorgabe des § 20 Abs. 2 PsychKG NRW, nach der bei Fixierungen eine ständige Beobachtung sicherzustellen ist, ein Stück weit zu präzisieren, indem man im Gesetzestext deutlich sagt – so steht es im vorliegenden Gesetzentwurf –:

„Eine Beobachtung darf nicht in Form einer Videoüberwachung, sondern ausschließlich durch den Einsatz von Personal erfolgen.“

Die Landschaftsverbände sind nach der Statistik über Fixierungen gefragt worden. Wir haben uns schon in den letzten Jahren in den Kliniken sehr darum bemüht, die Fixierungen so zu erfassen, dass sie einer statistischen Auswertung zugänglich sind – auch mit der Zielsetzung, über einen solchen systematischen Benchmark der Kliniken Prozesse in den Häusern anzustoßen; denn wir haben durchaus feststellen müssen, dass der Anteil der Fixierungen, standardisiert auf eine Zahl behandelter Patienten, zwischen unseren Häusern stark variiert. Daher gehen wir davon aus, dass in einzelnen Häusern mit relativ hohen Fixierungsraten noch Entwicklungspotenziale bestehen, die man natürlich nur dann erschließen kann, wenn man auch weiß, wie das eigene Handeln ist und wie sich dieses Handeln auf Dauer auswirkt.

Insofern könnten wir unsere Zahlen theoretisch auch getrennt für nach PsychKG und nach Betreuungsrecht untergebrachte Patienten auswerten. Das ist in der Tat ein wichtiges Thema. Wir haben es für uns bisher so gelöst, dass wir noch einmal nach Fachabteilungen gegliedert haben. Im Übrigen haben wir es bei der Behandlung alter Menschen, also der gerontopsychiatrischen Behandlung, mit einem ganz anderen Problemhintergrund tun. Dort erfolgen die Fixierungen nämlich häufig aus Gründen der Sturzprophylaxe. Der Patient wird nachts fixiert, damit er nicht aus dem Bett fällt. Inzwischen gibt es Konzepte, die dort ganz andere Möglichkeiten zulassen. Wir sind hier also auf dem Weg. Möglicherweise bildet es sich aber auch indirekt ab. Wir haben nämlich noch einmal ausgewertet, wie hoch die Anteile der hochaltrigen Menschen und der jüngeren Menschen in der Fixierung sind.

Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank (LVR-Klinik Köln): Im Wesentlichen kann ich mich den Ausführungen von Herrn van Brederode anschließen. Unsere Stellungnahme war ja auch abgestimmt. – Lassen Sie mich zusätzlich auf die Frage nach der Möglichkeit der Defixierung durch Pflegekräfte eingehen. Ich halte ein solches Vorgehen grundsätzlich tatsächlich für möglich. Das müsste natürlich noch präzisiert werden. Die Ärzte müssten dann auch benennen, welche Mitglieder des Pflegeteams diese Befugnis erhalten. Wenn diese Präzisierung erfolgt, halte ich das für durchaus möglich.

Prof. Dr. Karl H. Beine (Lehrstuhl für Psychiatrie und Psychotherapie an der Universität Witten/Herdecke – St.-Marien-Hospital Hamm): Ich befürworte die Videoüberwachung keinesfalls. Nach weit mehr als 30 Jahren Berufstätigkeit kann ich keinen therapeutischen Nutzen erkennen, den eine Videoüberwachung haben soll. Deswegen würde ich es nicht wagen, die Frage zu beantworten, ob man eine Videoüberwachung ins Gesetz schreiben soll. In Bezug darauf, dass eine besondere Sicherung und Überwachung mit personalen Mitteln eingebettet in eine therapeutische Beziehung erfolgen soll, würde ich mir hingegen eine große Verbindlichkeit wünschen. Davon sollten keine Ausnahmen zugelassen werden; denn ich bin relativ sicher: In dem Augenblick, in dem in einer der wenigen medizinischen Disziplinen, die sich genuin als sprechende Medizin, als eine Medizin, die von der Begegnung zwischen Menschen lebt, versteht und die nur erfolgreich sein kann, wenn sie diese Begegnung erträgt, aushält und konstruktiv wendet, Technik in dem Maße zugelassen wird, dass die besondere Beobachtung durch Video erfolgt, ist das eine Fehlentwicklung, die wir keinesfalls zulassen sollten.

Natürlich habe ich im Laufe von Jahren erlebt, dass Menschen gesagt haben, dass sie keine Sitzwache haben möchten. Nachdem diese Menschen aus der besonderen Beobachtung heraus waren, haben sie mir gesagt, dass sie deshalb keine Sitzwache haben wollten, weil ihre Intimsphäre nicht respektiert wurde, weil ihnen die Nähe zu groß und die Distanz zu gering war. Ich denke, dass die Intimsphäre mit dem Mittel der Videoüberwachung erst recht nicht gewahrt wird.

Frau Veldhues, ich bin fest davon überzeugt, dass Sie eine gute Klinik unter anderem daran erkennen, dass es die von Ihnen angesprochenen Nachbesprechungen mit fixierten Patienten gibt. Wenn therapeutisches Personal nach entsprechender Intervention der Auffassung ist, dass eine Fixierung, eine besondere Sicherung oder eine Isolierung erforderlich ist, kann ich mir nicht vorstellen, dass das nach Abschluss dieser Maßnahme nicht in einen Therapieplan eingebettet wird. In einer Stellungnahme heißt es auch, dass das in einen Behandlungsplan eingebettet sei.

Ich kann sehr die Auffassung stützen, dass eine Fixierung oder eine Isolierung Ausdruck unserer therapeutischen Hilflosigkeit und unseres Bemühens ist, zu sichern und Schlimmeres zu verhüten, dass der therapeutische Anspruch an dieser Stelle aber nun wirklich nicht hochgehalten werden kann.

Zu der Personalsituation hat Herr van Brederode etwas gesagt. In der Tat stehen wir mitten in der Entwicklung des neuen Entgeltsystems. Ich denke, dass es unsere Aufgabe – auch die Aufgabe der Fachleute – sein wird, dafür Sorge zu tragen, dass das

Entgeltsystem sich in folgende Richtung entwickelt: Die tatsächlichen Leistungsvorgänge in psychiatrischen Kliniken der Regel- und Pflichtversorgung müssen abgebildet werden. Es dürfen nicht am grünen Tisch Konzepte entwickelt werden, die kontinuierliche Therapieeinheiten zum Maß aller Dinge machen. Vielmehr ist es notwendig, das Bemühen darum zu gratifizieren, schwer und schwerst gestörten Menschen nicht noch weiteren Schaden zuzufügen – nämlich im Rahmen von Fixierungen oder gar von Videoüberwachungen, die in aller Regel dazu führen werden, dass ohnehin vorhandene Ängste und Verunsicherungen weiter verstärkt werden.

Deswegen lehne ich andere Überwachungsformen als die, die durch Personen vermittelt sind und in deren Rahmen wir den Betroffenen zumindest ernsthaft und seriös zu erklären versuchen, was wir wann und warum tun, ab. – Ich will nicht auf alle Punkte eingehen und es dabei belassen.

Dr. Jan-Niclas Freiherr von Verschuer (Elisabeth-Krankenhaus Gelsenkirchen):

Lassen Sie mich mit der Frage nach der getrennten statistischen Erfassung von nach BGB und nach PsychKG fixierten Patienten beginnen. Bei mir in der Klinik sind nach BGB fixierte Patienten in der Regel gerontopsychiatrische Patienten. Für diese Station haben wir eine spezielle Statistik. Für die PsychKG-Patienten, die übrigens anders fixiert werden, existiert ebenfalls eine gesonderte Statistik. Im Übrigen gibt es bei dem neuen Entgeltsystem, das auf uns zukommt, zwei Items, bei denen es darum geht, ob die Patienten fixiert worden sind oder nicht. Das werden wir mit Sicherheit auch elektronisch erfassen. Dann kann man sicherlich auch ein Item einfügen, ob sie nach BGB – das ist sowieso dabei – oder nach PsychKG untergebracht sind, sodass die Zählerei sehr leicht fällt und kein Wälzen von Akten notwendig ist.

Eine weitere Frage bezog sich auf die Betreuung von Fixierten. Ähnlich wie Herr Beine bin ich seit über 30 Jahren in der Psychiatrie tätig. Ich war nie in einer Klinik, in der Videoüberwachung notwendig war oder vorgehalten wurde. Wir hatten aber schon sehr früh – das ist auch heute bei mir in der Klinik der Fall – einen sehr speziellen und detaillierten Plan über den Ablauf einer Fixierung. Darin ist festgehalten, wie die Entscheidung getroffen wird, wer die Fixierung in welcher Begleitung wie durchführt und in welcher Form dann zum Beispiel die standardisierte Betreuung durch Pflegekräfte vorgenommen wird.

Wenn Patienten bei uns den Wunsch äußern, keine Sitzwache zu haben, also nicht jemanden, der im gleichen Raum ist wie sie, verfügen wir über die Möglichkeit, sie in einem von zwei Zimmern links und rechts vom Pflegestützpunkt mit jeweils einer Sichtscheibe unterzubringen, sodass dort dem Wunsch der Patienten nach etwas mehr Distanz nachgekommen werden kann. Danach fragen wir die Patienten in der Regel, wenn die erste Erregung, die zu der Fixierung geführt hat, abgeklungen ist. Oder wenn sie von vornherein sagen, dass sie fixiert werden möchten, aber ohne Sitzwache – was es selten, aber immerhin auch gibt –, wird das bei uns auch so gemacht.

Die Nachbesprechung führen wir in der Regel sowohl für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als auch für die Patienten durch. Selbst nach über 30 Jahren ist für mich eine Fixierung immer noch ein erheblicher Eingriff in die Freiheitsrechte des Men-

schen, der dort vor mir steht oder liegt. Wenn ich bei solchen Ereignissen dabei bin, finde ich persönlich es auch wichtig, mit den anderen darüber zu reden – natürlich auch mit den Betroffenen.

Ich bin der festen Überzeugung, dass eine Lockerung der Fixierung aufgrund von Gesprächen zwischen Pflege und Arzt stattfinden muss. Aus meiner Sicht sollte allerdings der Arzt, der die Fixierung angeordnet hat – letztendlich ist das der Oberarzt –, auch bei der Anordnung der Defixierung engmaschig beteiligt sein. Nachts hat das zur Folge, dass der Diensthabende aufstehen muss, sich den Patienten ansehen muss und dann mit den zwei oder drei Nachtwachen, die auf der Station sind, entscheiden muss, ob man den Patienten defixieren kann oder nicht. Ich habe noch von keinem Kollegen irgendwelche negativen Rückmeldungen bekommen, wenn er nachts aufstehen musste, um eine Fixierung zu lockern oder aufzulösen.

Persönlich sehe ich ähnlich wie Herr Beine überhaupt keinen Nutzen einer Videoüberwachung; denn wir leben im Sinne einer therapeutischen Beziehung. Wir haben Bezugspflege. Die Beziehung, von der wir immer reden, wird durch eine Videoüberwachung aber völlig unterbrochen. Daher kann ich auch theoretisch keinen Sinn darin sehen. Es kann Teil des therapeutischen Konzepts sein, eine Beziehung zu dem Patienten herzustellen. Eine Videokamera nimmt aber keine Beziehung auf.

Gestatten Sie mir in diesem Zusammenhang eine kleine Anmerkung. Es gibt immer noch – wenn auch seltener als früher – hoch psychotische Mitmenschen, die auf die Station kommen und argwöhnen, irgendwo seien Videokameras oder Webcams installiert. Daraufhin sagen wir ihnen: Wir haben so etwas nicht; Sie können gerne in jeden Winkel gucken. – Auch das ist im Zusammenhang mit einer Videoüberwachung zu berücksichtigen.

Ich kann die Kosten nicht beziffern, weil ich nicht in der Pflegedienstleitung tätig bin. Bei uns werden die Sitzwachen aus dem Nachtwachenpool organisiert. Dabei handelt es sich in der Regel um erfahrene Schwestern und Pfleger der Psychiatrie. Wir haben auch immer eine Bereitschaftsschwester oder einen Bereitschaftspfleger, die oder der sich dann dazu bereit erklärt. Im Tagdienst wird es in der Regel so praktiziert, dass die Mitarbeiter sich untereinander zur Pause ablösen. Ich kann mir also nicht vorstellen, dass dadurch zusätzliche Kosten entstehen. Mit meiner Verwaltung musste ich bisher – auch in dem Krankenhaus, in dem ich vorher war – im Übrigen nie eine Diskussion darüber führen, ob wir uns das inhaltlich leisten können oder nicht. Es wurde akzeptiert, weil die Notwendigkeit einer Sitzwache eingesehen wurde.

Dr. Christakis Chrysanthou (LWL-Klinik Lengerich): Ich muss vorausschicken, dass ich, wie der Vorsitzende schon angedeutet hat, nicht der Vertreter des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe bin, sondern die LWL-Klinik Lengerich vertrete. Nach meiner Kenntnis ist kein Vertreter des LWL als Träger zu dieser Anhörung eingeladen worden.

Meinen Vorrednern kann ich nur zum Teil zustimmen. Es bestreitet wohl keiner meiner Kollegen, dass die therapeutische Beziehung eine ganz wichtige Rolle spielt –

auch in den Kliniken, in denen die Kamerabeobachtung praktiziert wird. Ich bevorzuge übrigens diese Bezeichnung; denn der Begriff „Videoüberwachung“ impliziert immer eine Aufzeichnung und Dokumentation, was sicher nicht der Fall ist und letztendlich in die Irre führt. Dadurch werden auch Ängste stimuliert, die nicht realitätsgerecht sind. Es wäre gut, diese Diskussion nicht zu dämonisieren oder unnötigerweise zu emotionalisieren.

Ich war früher in einer Klinik tätig, in der die Kamerabeobachtung nie eingesetzt wurde, und arbeite seit fünf Jahren in einer Klinik, in der das gelegentlich der Fall ist. 16 % der PsychKG-Patienten werden bei uns kameragestützt beobachtet. Ich sehe das lediglich als Hilfsmittel und keinesfalls als einen Teil unserer therapeutischen Philosophie oder als besonderes therapeutisches Mittel an.

Dabei geht es um die Steigerung von Sicherheit. Denken Sie an fremdaggressives Potenzial gegenüber Mitpatienten und Personal. Außerdem gibt es Situationen, in denen hohe Suizidalität besteht. Letzte Woche habe ich erlebt, dass wegen der Kamerabeobachtung die Vorbereitungen einer Patientin zur Strangulation auffielen, so dass sie letztlich davon abgehalten werden konnte. Ferner nehmen die Angehörigen von Betroffenen inzwischen auch eine kritische Haltung ein. Wenn sie uns ihre Verwandten in die Klinik bringen, erwarten sie auch, dass wir sehr genau aufpassen und eine Sicherheit herstellen. Mittlerweile werden viele Prozesse gegenüber Kliniken geführt. Diese Argumente spielen in der Realität ebenfalls eine Rolle und sollten nicht verleugnet werden.

Die Kamerabeobachtung ist also ein Hilfsmittel – vor allem bei Isolierungen, die auch wichtig sind. Meines Erachtens können durch dieses Instrument zudem viele Fixierungen vermieden werden. Kamerabeobachtungen sind keinesfalls als Teil einer Therapiephilosophie zu betrachten. – So viel als einleitende Bemerkung.

Die statistische Erfassung ist möglich und dürfte meines Erachtens nicht allzu kompliziert sein. Die Kliniken sollten auch sicherstellen, dass das Ganze nachvollziehbar ist. Bei uns kommt die Kamerabeobachtung bei 16 % der PsychKG-Patienten zum Einsatz. Vorher gibt es eine individuelle Indikation.

Einige Vorredner haben die Distanzbedürfnisse bestimmter Patienten und ihr Bedürfnis nach Abschirmung von Reizen erwähnt. Beispielsweise wurde argumentiert, dass ein psychotischer Patient die Kamera als Bedrohung empfinde. Das kann auch genau umgekehrt sein. Im klinischen Alltag beobachten wir sehr oft, dass die ständige Präsenz einer Person, die gezwungenermaßen angeordnet wird, eine sehr viel höhere Belastung mit sich bringt. Der Patient kann denken, dass diese Person seine Gedanken abzapft, und sich massiv bedroht fühlen. Das sollte man auch berücksichtigen.

Wenn man dieses Mittel aus ideologischen oder anderen Gründen von vornherein ausschalten würde, käme es dadurch zu einer Verarmung unseres Settings.

Nach meinem Verständnis – das ist meine persönliche Einschätzung – hat der LWL diese Frage auch deswegen nicht generell geregelt, weil die ärztliche Therapiefreiheit bezüglich der Gestaltung von Behandlungen nicht eingeschränkt werden sollte.

Wenn ein gesetzliches Verbot der Kameraüberwachung eingeführt würde, hätte das nach meiner Einschätzung erhebliche Konsequenzen – auch für die Personalressourcen. Dann wäre es notwendig, dort aufzurüsten.

Mir ist es besonders wichtig, noch einmal Folgendes herauszustellen: Die Kliniken, die die Kamerabeobachtung anwenden, legen genauso viel Wert auf eine gute psychotherapeutische Betreuung von Patienten wie andere Kliniken auch. Letztendlich entsteht durch die Entscheidung, ob man sie nun als Hilfsmittel einsetzt oder nicht, kein Widerspruch.

Dr. Niels Pörksen (Aktion Psychisch Kranke): Ich vertrete hier die Aktion Psychisch Kranke und habe mich auch mit dem Vorstand abgestimmt. Persönlich habe ich 25 Jahre lang Kliniken geleitet. Ich war seit Anfang der 1960er-Jahre in der Psychiatrie tätig – bin jetzt im Ruhestand – und kann nur sagen, dass ich in meinem ganzen Leben niemals auf die Idee gekommen bin, eine Videoüberwachung einzuführen. Deswegen hat mich die Frage, mit der ich hier konfrontiert worden bin, ein wenig irritiert.

Natürlich müssen wir in der Klinik Aufgaben der Gefahrenabwehr in Richtung Selbst- und Fremdgefährdung leisten. Das ist genauso unzweifelhaft wie die Tatsache, dass es einen immer schmerzlich berührt, wenn man gegen den Willen der Patienten Maßnahmen ergreifen muss. Ich meine allerdings, dass man das nicht an irgendwelche anonymen Systeme delegieren kann. Die Statistik, die hier vorgelegt worden ist, zeigt im Übrigen auch, dass es nicht um Einzelfälle geht. Es gibt bestimmte Kliniken, in denen Videoüberwachung oder Kamerabeobachtung, wie auch immer man es nennen will, bei einem hohen Prozentsatz der Patientinnen und Patienten eingesetzt wird. Das hat rein institutionelle und keine therapeutischen Gründe.

Daher sollte man die Videoüberwachung oder Kamerabeobachtung gar nicht erst als Mittel der Gefahrenabwehr erlauben, sondern – Herr Beine hat das schon sehr eindrücklich gesagt – die persönliche Begegnung und die therapeutische Beziehung mit einer angemessenen Handhabung von Nähe und Distanz realisieren. Das ist möglich. Natürlich gibt es Menschen, die sich in ihrer Intimsphäre verletzt fühlen, wenn jemand neben ihnen sitzt. Bei einer sensiblen Handhabung kann man das aber schon so bewerkstelligen, dass die durch Isolierung oder Fixierung ohnehin vorhandene Belastung reduziert werden kann.

Es gehört zum Selbstverständnis des therapeutischen Alltags, dass die Dinge hinterher besprochen werden.

Genauso gehört es zum Selbstverständnis, dass solche Maßnahmen nicht von einer Person alleine angeordnet werden dürfen. Ich halte es für selbstverständlich, dass zwischen Arzt und Pflegepersonal ein Konsens hergestellt wird, um die Entscheidung zu treffen, dass fixiert oder isoliert werden muss.

Von Bielefeld aus haben wir mit vielen anderen Kliniken in Deutschland – beispielsweise in Bremen und Berlin – eine gemeinsame Arbeitsgruppe gegründet. Dort verfolgen wir das Ziel, die Zwangsmaßnahmen so weit wie möglich zu reduzieren. Zu diesem Zweck setzen wir Behandlungsvereinbarungen und ähnliche Dinge ein. Die

Behandlungsvereinbarungen haben zu einer extremen Reduzierung von Zwangsmaßnahmen – die ja immer wieder Menschen treffen, die wiederholt aufgenommen werden – geführt.

Deshalb halte ich diese Anonymisierung der Überwachung für einen antitherapeutischen Prozess. Das sollte man nicht zulassen.

Rainer Drevermann (Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie, Landesverband NRW – St.-Rochus-Hospital Telgte): In unserem Verband ist die Diskussion über diese Frage kontrovers geführt worden. Einige wenige bei uns vertretene Kliniken setzen die Videoüberwachung regelmäßig ein. Unser Verband hat sich aber ganz eindeutig dagegen ausgesprochen.

Frau Veldhues, Sie haben gefragt, ob es möglich ist, die Statistik getrennt nach Betreuungsrecht- und PsychKG-Patienten zu erheben. Gerade bei den betreuungsrechtlich untergebrachten Patienten – wie bereits gesagt wurde, sind das hauptsächlich gerontopsychiatrische Patienten – gibt es nach meinem Dafürhalten andere Mittel als Fixierungen. Beispielsweise erinnere ich an Low-Entry-Betten, die bis auf den Boden heruntergefahren werden können. Im Prinzip müssen gerontopsychiatrische Patienten nicht mehr fixiert werden.

Nach Fixierungen von PsychKG-Patienten werden von den Besuchskommissionen mittlerweile auch immer Nachfragen gestellt. In meiner Praxis habe ich in den letzten Jahren die Erfahrung gemacht, dass seitdem in den einzelnen Stationen die Fixierungen deutlich zurückgegangen sind. Dass eindeutig weniger fixiert wird, hat natürlich auch noch viele andere Gründe. Beispielhaft nenne ich hier Fortbildungsangebote, Deeskalationstrainings und die Tatsache, dass sich die Beziehungs- und Betreuungsqualität entscheidend verändert hat. Das führt zu großen Erfolgen. Ich erinnere nur an die Öffnung von Stationen. In sehr vielen Kliniken wird diskutiert, ob eine Station eigentlich noch geschlossen geführt werden muss. Inzwischen gibt es Kliniken, die keine einzige geschlossene Station mehr haben, weil das Betreuungsengagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gerade auch im Pflegedienst sehr hoch ist.

Eine ganz große Rolle spielen in diesem Zusammenhang auch die ethischen Fallbesprechungen, die heute noch gar nicht genannt worden sind. Sie führen sicherlich mit dazu, dass sich der Umgang mit den Patienten zu einem anderen wendet. Vor diesem Hintergrund ist die Videoüberwachung nach unserer Einschätzung überflüssig.

Sollen Pflegepersonen defixieren dürfen? Ich beantworte diese Frage mit einem Ja. Es gibt zahlreiche erfahrene Pflegekräfte, die in der Praxis über Jahre Umgang mit fixierten Patienten haben. Meines Erachtens sind sie auch geeignet, diese Entscheidung zu treffen. Im Übrigen teile ich nicht die These, im Nachtdienst sei es regelmäßig so, dass der Arzt gerne und freiwillig aus dem Bett steige. Das macht er nicht allzu gerne. Insofern passiert es schon, dass Patienten länger fixiert sind, als sie es sein müssten, wenn die Rechtsfrage anders geklärt wäre.

Natürlich führen Sitzwachen zu zusätzlichen Kosten. Das bezieht sich hauptsächlich auf den Nachtdienst. Wenn ich jemanden brauche, der nachts einen Patienten be-

gleitet und in dessen Nähe bleibt, entstehen dadurch selbstverständlich weitere Kosten. Es gibt zusätzliche Bereitschaftsdienste; man muss Rufdienste einrichten. Im Nachtdienst ist einfach mehr Personal notwendig.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herzlichen Dank. – Meine Damen und Herren, ich schlage Ihnen vor, dass wir jetzt erst einmal in eine zweite Runde gehen. Bei der Beantwortung werden wir dann auch die Fragen aufnehmen, die Herr Dr. Romberg und Herr Zimmermann bereits an diejenigen Sachverständigen gestellt haben, die jetzt noch nicht zu Wort gekommen sind.

Dr. Stefan Romberg (FDP): Herr Chrysanthou, nach meiner Erinnerung hat bei der letzten Anhörung dieses Ausschusses zum PsychKG die Krankenhausdezenternin des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, Frau Schuhmann-Wessolek, darauf hingewiesen, dass es im Rahmen des PsychKG im ganzen LWL-Verbund Qualitätsrichtlinien gibt, nach denen jeder fixierte Patient auch eine Sitzwache haben muss. Wenn diese Regelung existiert und umgesetzt wird, bedeutet das doch, dass Sie im LWL die fixierten Menschen nicht videoüberwachen. Vielleicht können Sie uns noch einmal konkret schildern, welche Patienten wirklich videoüberwacht werden.

Außerdem habe ich zwei Nachfragen an die hier anwesenden ärztlichen Vertreter insgesamt. – Aus den Vorlagen des Ministeriums ergibt sich, dass im Ganzen eine recht hohe Zahl von Menschen videoüberwacht wird. In einer Klinik existieren noch nicht einmal detaillierte Daten. Das erschreckt mich sehr. Immerhin hat Minister Laumann auf unsere Intervention hin im Jahr 2009 den Erlass zur Videoüberwachung in der Psychiatrie noch einmal verschärft. Wenn konkrete rechtliche Vorgaben bestehen, müsste es meines Erachtens auch konkrete Daten dazu geben. Glauben Sie, dass es letztendlich noch eine viel höhere Dunkelziffer an Videoüberwachungen gibt? In welchem Umfang werden vielleicht auch Videoüberwachungen bei freiwillig untergebrachten Patienten durchgeführt? Über diese Dimension haben wir hier noch gar nicht gesprochen.

Welche Folgen hätte es nach Ihrer Einschätzung, wenn der Gesetzgeber im PsychKG eine Änderung dahin gehend vornähme, die Videoüberwachung zu verbieten und eine Betreuung durch Personal vorzuschreiben? Welche Auswirkungen hätte das auf die Patienten, die im Rahmen des Betreuungsrechts geschlossen untergebracht werden? Und glauben Sie, dass die Videokameras mit einer solchen Gesetzesänderung gänzlich aus den psychiatrischen Kliniken verbannt würden?

Heike Gebhard (SPD): Sowohl durch die schriftlichen als auch durch die mündlichen Stellungnahmen ist mir deutlich geworden, dass wir bisher immer nur von einer speziellen Situation ausgegangen sind, die sich heute anders darstellt. In der Vergangenheit haben wir ausschließlich darüber diskutiert, dass es bei Fixierungen keine Videoüberwachung geben soll, sondern eine Sitzwache. Jetzt stelle ich fest, dass wir hier einen Vertreter haben, der sagt, bei Fixierungen habe es selbstverständlich Sitzwachen und keine Videoüberwachung zu geben – darüber besteht wohl auch unter allen Anwesenden Einigkeit –; in anderen Krisensituationen, in denen Patienten

isoliert werden, sei eine Videoüberwachung aber sinnvoll. Das ist für mich ein völlig neuer Sachverhalt, der vorher überhaupt nicht thematisiert worden ist; denn wir haben immer nur in Verbindung mit Fixierungen über die Kamerabeobachtung gesprochen.

Vielleicht können die Praktiker einmal sagen, ob sie auch in den anderen Situationen, die Herr Dr. Chysanthou gemeint hat, grundsätzlich ausschließen, dass sie eine Kameraüberwachung einsetzen, weil sie sie für überflüssig halten. Das hätte ich gerne noch geklärt, weil ich glaube, dass wir damit über eine neue Qualität diskutieren. Es geht also um die Situation, dass man einen Patienten alleine in einem Raum lässt, ohne dass er fixiert ist, und dann merkt, dass er in eine kritische Phase kommt, aber keinen Menschen daneben setzt. Gibt es solche Situationen? Und halten Sie dann eine Kameraüberwachung für sinnvoll oder nicht?

Vorsitzender Günter Garbrecht: Dann kommen wir jetzt zur Antwortrunde.

Gudrun Schliebener (Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker): Wir begrüßen die Initiative der FDP vorbehaltlos, weil wir der Meinung sind, dass eine gesetzliche Regelung helfen kann, Ausweichmöglichkeiten gar nicht erst entstehen zu lassen.

Herr Chysanthou hat natürlich recht. Wir erwarten in der Tat Sicherheit für unsere betroffenen Familienmitglieder – aber bitte mit personeller Begleitung und nicht mit Kameraüberwachung oder einem ähnlichen technischen Setting; denn gute psychiatrische Behandlung bedeutet immer auch eine vernünftige Beziehung, und die sehen wir bei einer Kameraüberwachung nicht.

Wir sprechen hier von einigen wenigen Kliniken. Die weitaus größte Anzahl der Kliniken in Nordrhein-Westfalen setzt die Kameraüberwachung überhaupt nicht ein. Warum nicht? Es sind gerade die großen Kliniken – auch pflichtversorgende Kliniken – mit einem guten therapeutischen Angebot, die ohne größere Probleme auf eine Kameraüberwachung verzichten können. Das wird doch einen Grund haben. Ich glaube, dass eine persönliche Begleitung, egal wie eng sie ist, mit Abstand besser ist als eine technische Überwachung – von Begleitung kann man in diesem Zusammenhang ja nicht reden. Mir sträuben sich schon die Haare, wenn ich von Überwachung spreche. Ich meine, dass gerade in akuten psychiatrischen Situationen der Begriff „Begleitung“ eher angebracht wäre.

Herr Dr. Romberg, Sie haben angesprochen, dass beim LWL Sitzwachen vorgeschrieben sind. In den Fixierungsrichtlinien des LWL ist tatsächlich festgelegt, dass grundsätzlich eine Sitzwache zu stellen ist – es sei denn, dass bestimmte Gründe dagegensprechen. Ein solcher Grund könnte zum Beispiel der eben genannte Wunsch sein, die besondere Nähe zu vermeiden. Dann gibt es aber die räumlichen Möglichkeiten des Krisenzimmers direkt neben dem Stützpunkt und Ähnliches, so dass man durch eine offene Tür trotzdem eine personelle Begleitung sicherstellen kann und keine Kamera braucht.

Wiebke Schubert (Landesverband Nordrhein-Westfalen der Angehörigen psychisch Kranker): Bei den Begehungen, die wir im Rahmen der Besuchskommission der Bezirksregierung durchführen, mussten wir feststellen, dass Videoüberwachungen nur dann eingesetzt werden, wenn entweder Personalmangel herrscht oder bauliche Mängel bestehen, nämlich in der Regel dann, wenn kein Überwachungszimmer – das sind die Zimmer mit Fensterscheiben zum Dienstzimmer hin – vorhanden ist.

Vor allem mussten wir feststellen, dass dort, wo Videoüberwachung eingesetzt wurde, die Umsetzung mangelhaft war. Inzwischen ist der Erlass zur Videoüberwachung verschärft worden. Vorher wurde diese Überwachung zum Teil sehr ausgedehnt, auch zeitlich. Außerdem konnte der Patient nicht sehen, ob die Kamera im Zimmer eingeschaltet war oder nicht. Darüber hinaus findet in der Tat keine Überwachung der Vitalfunktionen statt, was dann auch zu dem bekannten tragischen Vorfall geführt hat. Daher sollte die Videoüberwachung aus unserer Sicht eigentlich nicht nötig sein.

Matthias Seibt (Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW): Es wurde nach dem therapeutischen Nutzen der Videoüberwachung gefragt. Ich halte es für zynisch, sowohl Fixierungen als auch Videoüberwachungen als therapeutisch zu bezeichnen. Wenn es gut läuft, dann dient eine Fixierung der Gefahrenabwehr. Leider gibt es viele Fälle, in denen sie der Bequemlichkeit des Personals geschuldet ist oder Folge der Unfähigkeit zum Umgang ist und nicht der Gefahrenabwehr dient.

Warum wird in 16 Kliniken Videoüberwachung eingesetzt und beim großen Rest der Kliniken nicht? Die Scham, die man empfindet, wenn man Gewalt ausübt, ist eben bei verschiedenen Menschen unterschiedlich stark ausgeprägt. Das ist der Grund.

Was sagen die Patienten? Wir können es in der Selbsthilfe schon gar nicht mehr hören. Die Patienten sagen immer: Die sollen mit uns reden. – Wir fragen sie dann: Warum willst du denn, dass ausgerechnet die mit dir reden? – Aber das ist der Patientenwunsch nach menschlicher Zuwendung.

Was ist, wenn der Wunsch geäußert wird, keine Sitzwache zu bekommen? Natürlich soll dieser Wunsch respektiert werden – genau wie der Wunsch, nicht fixiert zu werden, und der Wunsch, nicht zwangsmedikamentiert zu werden. Das ist gar keine Frage. Interessant ist, dass in diesem Zusammenhang jetzt endlich einmal die Wünsche der Patienten auftauchen.

Soll ein entsprechendes Verbot ins Gesetz aufgenommen werden? Ja. Es ist traurig, dass man das ins Gesetz schreiben muss.

Sollen Pflegepersonen defixieren können? Ja, natürlich; denn sie haben den direkten Kontakt zum Patienten. Wenn man auf den Oberarzt warten muss, sind die Stunden in der Fixierung lang.

Braucht man dafür mehr Personal? Kostet es mehr? Die Tagessätze sind erklecklich. Die Frage ist: Wie gibt man diese riesigen Tagessätze aus? Man kann sie auch in Pflegepersonal investieren. Die Träger können da durchaus etwas mehr Kreativität entwickeln. Für diesen Tagessatz bekommt man das beste Hotel und das beste Essen – rund um die Uhr.

Stefan Corda-Zitzen (Landesverband Rheinland der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie): Zunächst einmal fand ich es gut, dass Herr Ünal und Herr Dr. Pörksen darauf aufmerksam gemacht haben, dass für eine Videoüberwachung keine therapeutischen und medizinischen Notwendigkeiten bestehen.

Ferner ist hier noch nicht die Tatsache erwähnt worden, dass sechs Kliniken die Videoüberwachung eingestellt haben, weil sie bauliche Veränderungen vornehmen konnten. Schon allein daran wird deutlich, dass Videoüberwachung nicht nötig sein muss.

Michael Bormke (Regenbogen – Verein zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung): Ich bin Mitarbeiter einer gemeindepsychiatrischen Organisation und Vorstandsmitglied der Rheinischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, die sich für die Pflegekräfte organisiert hat und diese auch vertreten möchte. Als wir uns mit diesem Thema beschäftigt haben, sind wir in die Kliniken gegangen und haben Gespräche mit den Menschen gesucht, die die Fixierungen überwachen, die Sitzwachen leisten usw. An dieser Stelle möchte ich – auch in Bezug auf die Frage zur Finanzierung – noch einige Punkte ergänzen, die meines Erachtens bisher fehlen.

Es gibt eine Verantwortung, die das Pflegepersonal für die Menschen, die überwacht werden müssen, hat oder empfindet. Auch wenn ein Arzt das Ganze anordnet, ist derjenige trotzdem a) vor dem Gesetz haftbar und b) natürlich auch vor sich selber verantwortlich, wenn etwas passiert. Diesen Punkt würde ich hier gerne noch mit in die Diskussion einbringen; denn genau das haben die Kolleginnen und Kollegen vor Ort uns gesagt.

Wenn eine Sitzwache vonnöten ist, dann heißt das, dass ein Mitarbeiter aus dem Schichtbetrieb herausgezogen wird. Die Station, die wir besucht haben, war eine geschlossene Akutstation mit 16 Menschen, die ein entsprechendes therapeutisches Setting benötigen. Dort waren pro Schicht zwei Mitarbeiter tätig. Wenn Sie einen davon herausziehen, bleibt für 15 akut psychisch erkrankte Menschen ein einziger Mitarbeiter übrig.

Muss das Ganze in ein Gesetz geschrieben werden? Da sind sicherlich Sie die Experten. Meines Erachtens muss es aufgrund der Zahlen und Fakten, die vom Ministerium vorgelegt wurden, anders festgeschrieben werden; denn aus der Tabelle ist sehr deutlich zu erkennen, dass nicht der Zustand eines Menschen, die Umstände, warum er in die Psychiatrie kommt, sein Krankheitsbild oder sein Verhalten ausschlaggebend dafür sind, ob er videoüberwacht wird oder nicht, sondern offensichtlich ein therapeutisches Konzept oder Gegebenheiten der Kliniken. Videoüberwachung ist also völlig unabhängig von den Parametern, die den Menschen betreffen, und abhängig von den Parametern, die eine Klinik betreffen. Das ist meines Erachtens in dem bisherigen Gesetz so nicht verankert oder war zumindest nicht so gedacht.

Außerdem möchte ich darauf hinweisen, dass nach meiner Einschätzung die Dokumentation verbessert werden muss. Nach den vom Ministerium vorgelegten Zahlen wurden 1.867 Menschen videoüberwacht. Von ihnen hat sich niemand beschwert –

weder bei der Besuchskommission noch sonst irgendwie. In diesem Zusammenhang erinnere ich daran, dass gestern zum Beispiel in der „WAZ“ zu lesen war, dass es allein im Jahr 2010 bei der Bundesärztekammer 11.000 Patientenbeschwerden zum Thema „Brüche“ gab. Das ist eine beachtliche Zahl. Vor diesem Hintergrund sollte man auch hier überlegen, wie man die Menschen so erreichen kann, dass sie in der Lage sind, sich entsprechend zu äußern und sich dann auch zu beschweren. Welche Mittel gibt es denn bisher? Anscheinend sind sie nicht ausreichend.

Dr. Christakis Chrysanthou (LWL-Klinik Lengerich): Ich kann sehr gut die emotionalen Äußerungen von Vertretern der Angehörigen und Betroffenen verstehen. Es ist in der Tat ein sehr schwieriges Thema. Ich möchte hier auch nicht den Eindruck vermitteln, dass wir uns damit sehr leicht täten und dieses Hilfsmittel einsetzten, um Personal zu sparen – und zur eigenen Bequemlichkeit nun schon gar nicht. Die Mitarbeiter, die bei uns auf den Akutstationen arbeiten, haben als höchsten Maßstab für sich, die Fixierungen so kurz wie möglich zu halten und Zwangsmedikationen zu vermeiden. So hat die Pflege bei uns gestern massiv versucht, eine sehr erregte manische Patientin zu betreuen. Das hat sie wirklich mit allen Hilfen, sehr intensiv und 1:1 getan. Sie ist schwer verletzt worden. Diese Einsatzbereitschaft ist bei unseren Mitarbeitern da. Wir tun uns mit diesem Hilfsmittel also keineswegs leicht. Dieser Eindruck soll nicht entstehen. Das ist sehr differenziert.

Auch die technischen Voraussetzungen sind bei uns gegeben. Wir haben bei fixierten Patienten die Möglichkeit, alle Maßnahmen einzusetzen. Wir können die Betreuung durch die Sichtscheibe, durch die Kontakte 1:1 herstellen. Der Hauptschwerpunkt der Kamerabeobachtung liegt eigentlich bei Isolierungsmaßnahmen. Dabei geht es in erster Linie darum, Fixierungen und Fremdübergriffe gegenüber Mitpatienten und Personal zu vermeiden. Das ist der Haupteinsatz. Bei den fixierten Patienten liegt das Hauptaugenmerk nicht auf dieser Intervention.

Die Frage zu dem Umgang mit diesem Instrument beim LWL hat Frau Schliebener schon sehr genau beantwortet. Ich kann mich dem anschließen. So ist die Vorgehensweise. Allerdings wollte der LWL nicht zu stark einschränkend in jegliche therapeutischen Entscheidungen eingreifen. Daher ist die differenzierte Umsetzung dieser Maßnahmen in den Kliniken auch möglich. Ich glaube, dass wir hiermit auch einige Suizide sowie etliche Fixierungen und sehr lange Fixierungen vermeiden können, weil man dadurch sehr variabel wird. Wenn die Kamera eingesetzt wird, wird auch genau definiert und verordnet, wie eng der Kontakt zu dem Patienten sein muss, ob er also im Abstand von 15 oder 30 Minuten zu erfolgen hat.

Der Widerspruch, der hier in der Diskussion deutlich wird, existiert im Alltag also überhaupt nicht. Vielmehr ist es eine Kombination dieser Maßnahmen, die dem Ganzen letztendlich Sinn gibt. Es geht keineswegs darum, den Menschen einfach kalt am Bildschirm zu beobachten. Das wäre unmenschlich und unwürdig. Wenn die Kamerabeobachtung institutionell wirklich so missbraucht würde, wäre ich auch sehr dafür, das alles sofort abzuschaffen.

Prof. Dr. Karl H. Beine (Lehrstuhl für Psychiatrie und Psychotherapie an der Universität Witten/Herdecke – St.-Marien-Hospital Hamm): Hier ist das Stichwort „Dunkelziffer“ gefallen und darauf abgestellt worden, dass wir nicht wissen, in welcher Quantität und in welcher Qualität das Instrument der Videoüberwachung bei betreuungsrechtlich untergebrachten Patienten angewendet wird. Ich gehe davon aus, dass ein Verbot der Videoüberwachung dazu führen wird, dass die personalen Anstrengungen verstärkt werden müssen, um Krisen zu bewältigen.

In Nordrhein-Westfalen gibt es – zumindest für mich erkennbar – keine gravierenden Unterschiede im Hinblick auf die Suizidraten in Kliniken, die die Videoüberwachung einsetzen, und Kliniken, die dies nicht tun. Aus wissenschaftlichen Studien wissen wir sicher, dass die größten Risikofaktoren für Suizidalität und Fremdaggressivität das Phänomen der Zwangseinweisung selbst, eine allgemeine Demoralisierung von Patienten und die Stigmatisierung von Patienten sind. Das alles sind patientenbezogene bzw. personenbezogene Merkmale, denen man mit entsprechenden Mitteln begegnen muss.

Gestatten Sie mir eine Anmerkung zur Videoüberwachung außerhalb von Fixierungssituationen. Ich habe mich gefragt, wie das gehen kann und gehen soll, ohne dass der Schaden, den man im Hinblick auf die unbeabsichtigten Nebenwirkungen anrichtet, größer ist als der Nutzen. Herr Chrysanthou und ich haben jahrelang gemeinsam in einer Klinik gearbeitet, und ich bin weit davon entfernt, ihm unlautere Motive zu unterstellen. Mir ist es aber wichtig, zu betonen, dass wir in Bezug auf den Einsatz der Videoüberwachung in der Tat unterschiedlicher Auffassung sind. Der Begriff „Kamerabeobachtung“ löst bei mir die Assoziation aus, dass ich mich demnächst um das Wohlbefinden der Kamera selbst sorgen und aufpassen soll, dass sie nicht herunterfällt und nicht beschädigt wird.

Ich kann mir auch nicht vorstellen, auf einer Station in einem größeren Raum Videoüberwachung zu ermöglichen. In allen Zusammenhängen des Lebens gilt, dass ich auf bestimmte verlässliche Regeln angewiesen bin. Zur persönlichen Begegnung heißt es: „Eure Rede aber sei: Ja, ja; nein, nein.“ Ich muss doch wissen – als psychisch kranker Mensch erst recht –: Wenn ich die Tür hinter mir zumache, dann ist sie zu; wenn ich mich auf ein stilles Örtchen zurückziehe, dann bin ich ungestört. – Oder aber die Tür ist auf, und ich bin gestört. Es ist für mich aber berechenbar.

Wenn wir anfangen, über eine Ausweitung der Videoüberwachung nachzudenken, geht das meines Erachtens in die falsche Richtung. Ich würde eher dafür plädieren, die Videoüberwachung nicht zu gestatten.

Dr. Jan-Niclas Freiherr von Verschuer (Elisabeth-Krankenhaus Gelsenkirchen): Ich möchte noch etwas zu der Überwachung im Krisenfall sagen. Sitzwache bedeutet nicht, dass die Menschen dann, wenn sie defixiert sind, ohne Begleitung sein müssen. Sitzwache heißt für mich, dass die Patienten auch dann begleitet werden, wenn sie in einen öffentlichen Raum gehen, beispielsweise in einen unserer Aufenthaltsräume. Dann läuft der Sitzwächter in angemessener Entfernung hinterher. Solange ich denken kann, funktioniert das mit der Sitzwache gut.

Vor diesem Hintergrund brauchen wir keine Videoüberwachung – zumal ich dort eine große Gefahr sehe: Wenn sich videoüberwachte Patienten in einem öffentlichen Raum aufhalten, sind nämlich auch Patienten betroffen, die gar nichts damit zu tun haben. Im Prinzip geht es aber doch nur darum, den einen Menschen vor sich selbst zu schützen – oder die anderen vor ihm. In dem Moment, in dem ich eine Videoüberwachung mache, nehme ich jedoch alle, die im Raum sind, mit auf. Ich kann es mir jedenfalls nicht anders vorstellen. Sonst macht eine Videoüberwachung erst recht keinen Sinn.

Dr. Stefan Rinckens (Landesverband Rheinland der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie): Ich bin heute als Mitglied der DGSP eingeladen. Gleichzeitig bin ich Ärztlicher Direktor der LVR-Klinik Mönchengladbach und insofern mit diesen Fragen auch im klinischen Alltag eng vertraut.

Die Frage, ob ein Verbot ins Gesetz hineingeschrieben werden sollte, muss rechtssystematisch von anderen beantwortet werden. Auch ich würde es aber für eine gute Idee halten, eine größere Rechtssicherheit zu schaffen, wie Herr van Brederode das vorhin nannte, und die Erwartungen zu konkretisieren, die wir an ein Monitoring und an die Begleitung von Patienten in einer sehr schwierigen Situation haben.

Diese schwierige Situation wurde vorhin auch als eine temporäre Kapitulation beschrieben. Auf diesen Begriff möchte ich im Zusammenhang mit der Tatsache, dass Patienten gelegentlich eine Sitzwache ablehnen, noch einmal eingehen. Ich halte diese Ablehnung für einen Hinweis darauf, als wie schwierig auch die Patienten diese Situation wahrnehmen. Es handelt sich in der Tat um eine temporäre Kapitulation. In der Ablehnung einer unmittelbaren Präsenz drückt sich genau die gleiche Hilflosigkeit in Bezug auf die Situationsgestaltung aus, wie darin, dass wir als Profis uns auf dieses Argument beziehen. Daran wird deutlich, dass wir uns auf diese Situation einlassen und sie gestalten müssen, und zwar nicht im Sinne einer Überwachung und Sitzwache, sondern im Sinne einer sehr sensiblen und feinfühlig, auf den Menschen eingehenden, aber auch an ihn herangehenden Begleitung.

Die Nachbesprechung wurde bereits angesprochen und von allen als Selbstverständlichkeit bezeichnet. Ich glaube allerdings, dass beide Seiten an dieser Stelle zu einer Verdrängung neigen und dass beide Seiten nicht so gerne auf die Situation der Fixierung und damit der temporären Kapitulation zurückkommen möchten. Insofern sollte man solche Dinge noch fester etablieren, damit sichergestellt ist, dass sie auch tatsächlich stattfinden.

Das knüpft an die – auch in unserer Stellungnahme berücksichtigte – Frage einer weiter gehenden Evaluation an. Es geht also nicht nur um eine statistische Evaluation – in welchen Situationen und mit welcher Dauer? – getrennt nach BGB- und PsychKG-Patienten, sondern auch darum, einmal systematisch zu untersuchen, wie das Ganze von den Patienten empfunden wird und ob – und gegebenenfalls in welcher Form – Nachgespräche überhaupt stattfinden. Ich würde dringend befürworten, solche Evaluationen im Anschluss stärker zu verankern. Als ich ein Jahr lang in England arbeiten konnte, habe ich das dort kennengelernt. Jeder Patient, der nach dem Mental Health Act untergebracht war, hatte einen Anspruch auf anschließende Be-

handlungsplanungen und Gespräche; dabei wurde durch die entsprechenden Kommissionen nachgehalten, dass das auch erfolgte. Die Nachbesprechung sollte also als Standard fester etabliert werden.

Sollte das Pflegepersonal auch befugt sein, eine Fixierung zu beenden? Was diese Frage betrifft, bin ich der gleichen Ansicht wie unter anderem Frau Prof. Gouzoulis-Mayfrank. Selbstverständlich sollte erfahrenen Pflegekräften diese Entscheidungsfähigkeit eingeräumt werden. Das Ganze muss natürlich konkretisiert werden – Stichwort: ärztliche Behandlungsverantwortung –, damit nicht jemand völlig Unerfahrenes sich überreden lassen kann, die Fixierung zu lösen; denn so etwas würde ein Risiko für den Patienten und andere Mitarbeiter bedeuten. Immer warten zu müssen, bis der Arzt Zeit hat, hielt ich aber auch für unangemessen.

Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank (LVR-Klinik Köln): Gestatten Sie mir eine Anmerkung zu der Frage, ob eine Kameraüberwachung in anderen Situationen als bei der Fixierung vielleicht sinnvoll ist. Ich leite eine Klinik, in der keine Kameraüberwachung stattfindet. Wir haben bisher auch nicht die Erfahrung gemacht, dass das notwendig gewesen wäre oder dass von Patienten danach gefragt worden wäre. Allerdings muss ich dazusagen – das ist meine persönliche Meinung –, dass Patienten oft nur nach Dingen fragen, die sie schon einmal kennengelernt haben. Wenn ein Patient in der Vergangenheit nicht die Möglichkeit hatte, die Videoüberwachung mit den anderen Instrumenten zu vergleichen, kann es sein, dass er gar nicht auf diese Idee kommt. Es ist durchaus möglich, dass er eine Kameraüberwachung als angenehmer empfunden hätte.

Deswegen finde ich persönlich auch, dass ein Verbot der Videoüberwachung auf die fixierten Patienten beschränkt werden sollte. Es sprechen wirklich gute Gründe dafür, eine Kameraüberwachung bei ihnen nicht zuzulassen, wie Herr van Brederode es eingangs dargestellt hat. In den anderen Situationen sollte das sehr sensibel abgewogen werden. Ein generelles Verbot hielt ich aber nicht für unbedingt erforderlich und auch nicht für förderlich – obwohl ich aus einer Klinik komme, in der dieses Instrument nicht eingesetzt wird.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Ich will jetzt Herrn Kollegen Dr. Romberg, der das erste Wort hatte, auch das letzte Wort geben – aber nur unter der Voraussetzung, dass er keine neue Runde mehr aufmacht.

Dr. Stefan Romberg (FDP): Nein, ich habe nur noch eine konkrete Frage an die Vertreter von Patienten und Angehörigen. – Videoüberwachung hat auch etwas mit Einschränkung von Selbstbestimmung sowie mit Einschränkung von Patientenrechten zu tun. Inwieweit ist es den Menschen, die in ihrer psychischen Krise gegen ihren Willen in eine Klinik kommen, in ihrem Zustand überhaupt möglich, sich ernsthaft gegen eine Videoüberwachung zu wehren? Oder ist nicht schon allein zur Erhaltung der Selbstbestimmung und der Patientenrechte ein Schutz des Gesetzgebers erforderlich?

Vorsitzender Günter Garbrecht: Ich meine zwar, dass diese Position in der schriftlichen Stellungnahme deutlich zu lesen ist, frage aber: Wer möchte etwas dazu sagen?

Matthias Seibt (Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW): Das Machtgefälle zwischen Patient und Psychiatriesystem ist riesig. Deswegen gibt es auch nur so wenige Beschwerden. Die Leute versprechen sich nichts davon, sich zu beschweren. Das ist anders als bei Somatik-Patienten.

Verfolgungsideen sind bei seelisch leidenden Menschen relativ häufig. Ich frage mich, wie man vor diesem Hintergrund auf die Idee der Kameraüberwachung oder auch der akustischen Überwachung kommen kann. Es ist wiederum für mich irrsinnig, dass man überhaupt die Idee haben kann, das könne irgendeinen Sinn machen – außer Personaleinsparung.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Danke schön. – Wir sind jetzt am Ende der Anhörung. Die unterschiedlichen Positionen sind vorgetragen worden.

(Dr. Stefan Romberg [FDP]: Ich hatte auch die Angehörigen gefragt!)

– Herr Kollege, die unterschiedlichen Positionen sind vorgetragen worden.

Meine Damen und Herren, wir werden die Auswertung dieser Anhörung wie gewohnt vornehmen und den vorliegenden Gesetzentwurf weiter behandeln. Über den Fortlauf werden Sie natürlich informiert. Ich danke Ihnen für die heutige Teilnahme und Ihre Beiträge, die Sie zur Arbeit unseres Ausschusses im Rahmen dieses Gesetzgebungsverfahrens geleistet haben. – Die Sitzung ist geschlossen. In etwa zehn Minuten werde ich die 17. Sitzung des Ausschusses eröffnen.

gez. Günter Garbrecht
Vorsitzender

Roe/04.07.2011/06.07.2011