



Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales

115. Sitzung (öffentlich)

9. Juni 2021

Düsseldorf – Haus des Landtags

10:00 Uhr bis 11:50 Uhr

Vorsitz: Heike Gebhard (SPD)

Protokoll: Sitzungsdokumentarischer Dienst

Verhandlungspunkt:

Gesetz zur Durchführung strafrechtsbezogener Unterbringungen in einem psychiatrischen Krankenhaus und einer Entziehungsanstalt in Nordrhein-Westfalen (Strafrechtsbezogenes Unterbringungsgesetz NRW – StrUG NRW) 3

Gesetzentwurf
der Landesregierung
Drucksache 17/12306

– Anhörung von Sachverständigen (*s. Anlage*)

* * *

Gesetz zur Durchführung strafrechtsbezogener Unterbringungen in einem psychiatrischen Krankenhaus und einer Entziehungsanstalt in Nordrhein-Westfalen (Strafrechtsbezogenes Unterbringungsgesetz NRW – StrUG NRW)

Gesetzentwurf
der Landesregierung
Drucksache 17/12306

– Anhörung von Sachverständigen (s. *Anlage*)

Vorsitzende Heike Gebhard: Einen wunderschönen guten Morgen wünsche ich Ihnen, meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen. Ich begrüße ganz herzlich die Mitglieder des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales, die Vertreterinnen und Vertreter der Landesregierung und ganz besonders herzlich die Damen und Herren Sachverständigen. An der Stelle darf ich darauf hinweisen, dass die Vertreter der Landschaftsverbände uns per Video zugeschaltet sind. Auch Ihnen ein ganz besonderes Willkommen. Alle anderen Sachverständigen sind hier vor Ort präsent.

Die Einladung zu dieser Sitzung ist Ihnen mit der Nummer 17/1873 bekanntgegeben worden. Ich darf alle darauf hinweisen, dass unsere Anhörung wie üblich gestreamt wird. Wir haben also nicht nur Zuschauer und Zuhörer hier im Saal, sondern gegebenenfalls auch im ganzen Land.

Wir beraten heute das Gesetz zur Durchführung strafrechtsbezogener Unterbringungen in einem psychiatrischen Krankenhaus und einer Entziehungsanstalt in Nordrhein-Westfalen, kurz Strafrechtsbezogenes Unterbringungsgesetz NRW genannt. Die Insider haben schon die Abkürzung StrUG NRW erfunden. Dieser Gesetzentwurf trägt die Drucksachennummer 17/12306.

Wir wollen heute eine Anhörung zu diesem Gesetzentwurf durchführen. Diese darf ich hiermit eröffnen. Das Plenum hat uns diesen Gesetzentwurf am 27. Januar 2021 zur federführenden Beratung überwiesen. Mitberatend ist der Rechtsausschuss. Wir haben uns am 24. Februar darauf verständigt, hierzu eine Anhörung durchzuführen. Dazu noch einmal ein ganz herzliches Willkommen an die Damen und Herren Sachverständigen.

Ich will für alle Beteiligten darauf hinweisen, dass auch über diese Anhörung wie üblich ein Wortprotokoll gefertigt wird. Dazu freue ich mich, Herrn Vogel vom sitzungsdokumentarischen Dienst begrüßen zu dürfen, der dafür entsprechend sorgen wird. Dieses Anhörungsprotokoll wird allen zugänglich gemacht. Das heißt, Sie können es im Internet abrufen. Die Stellungnahmen, die schriftlich eingegangen sind und für die ich mich im Namen des Ausschusses ganz herzlich bedanken möchte, liegen hinten im Eingangsbereich in ausgedruckter Form aus. Darüber hinaus finden Sie sie auch im Netz.

Ich mache die Damen und Herren Sachverständigen darauf aufmerksam, wie wir es hier halten: Wir verlangen von Ihnen keine Eingangsstatements. Sie dürfen davon ausgehen, dass die Damen und Herren Abgeordneten die schriftlichen Stellungnahmen intensiv studiert haben. Sie werden sich deshalb mit gezielten Fragen an Sie wenden.

Wir machen gegebenenfalls mehrere Fragerunden. In jeder Fragerunde wird jede Fraktion Gelegenheit bekommen, Fragen zu stellen und präzise zu sagen, an wen die Fragen gerichtet werden, damit wir dann anschließend in die Antwortrunde einsteigen. Wann immer ich Ihnen dann in der Antwortrunde – das gilt jetzt besonders für die hier nicht so oft vertretenen Damen und Herren Sachverständigen und vor allem für die, die erstmals hier sind – das Wort gebe, schalten Sie bitte Ihr Mikrofon ein. Wenn es grün leuchtet, sind Sie sozusagen auf Sendung. Klicken Sie sich anschließend bitte auch wieder aus, damit wir kein Kuddelmuddel und keine Rückkopplung in der Aufnahme bekommen.

Ich glaube, ich habe alle wichtigen Vorworte gesagt, und darf nun den Abgeordneten die Gelegenheit geben, Fragen zu stellen. Wer macht den Anfang? – Kollege Schmitz, Kollege Yüksel.

Marco Schmitz (CDU): Frau Vorsitzende, sehr geehrte Damen und Herren! Sehr geehrte Sachverständige, erst einmal ganz herzlichen Dank von Seiten der CDU und auch von Seiten der anderen Fraktionen für Ihre ausführlichen Stellungnahmen, die schriftlich eingegangen sind, und dafür, dass Sie heute sowohl zugeschaltet als auch persönlich anwesend sind.

Positiv ist bei dem Gesetzentwurf anzumerken – und das ist auch aus den Beiträgen der Sachverständigen herausgekommen –, dass er als positiv und gelungen gesehen wird und dass das MAGS schon im Vorfeld viele Anregungen aus der Praxis aufgenommen hat. Wichtig war uns eine Ausgewogenheit zwischen den berechtigten Sicherheitsinteressen der Allgemeinheit und den Patientenrechten. Wir wollten dabei einen Ausgleich hinbekommen und allen Genüge tun.

Im Laufe der Entstehung dieses Gesetzes sind auch viele Anregungen an uns, die Fraktionen, herangetragen worden. Auf der einen Seite sind es konstruktive Hinweise gewesen, auf der anderen Seite aber auch – das bleibt bei einem solchen Thema nicht aus – viele Bedenken. Gerade aus dem Kreis der Bürgerinitiativen gab es dann auch noch einen Hinweis auf die Sicherheitsinteressen, wenn Patienten Kontakte mit Kindern haben. Dafür sollte man einen Ausgleich oder individuelle Lösungen finden, an deren Erarbeitung wir, die Politik, uns aber auch konstruktiv beteiligen werden. So viel zur Vorrede. Ich habe aber auch einige konkreten Fragen.

Frau Dr. Erbel, Sie haben die Beurteilungskriterien für die Prognose über die Gefährlichkeit eines Patienten – nach Ihrer Aussage ist das zum Beispiel die Absprachefähigkeit – als unzureichend angesehen. Vielleicht können Sie noch einmal erläutern, welche Kriterien hier eine Rolle spielen sollten oder wie das aus Ihrer Sicht in einen Rahmen gepackt werden kann, sodass am Ende eine objektive Beurteilung möglich ist. Zu § 8 haben Sie Änderungswünsche in ihrem schriftlichen Statement angegeben, Frau Dr. Erbel.

Dann eine Frage an die Vertreter der beiden Landschaftsverbände: Bei § 14 schlagen Sie eine Abgrenzung von Vollzugsarbeit und Arbeitstherapie vor. Wie könnte das formuliert werden oder wie würden Sie das in der praktischen Umsetzung sehen? Zu § 17 schlagen Sie die Streichung der Wörter „unter bestehender Führungsaufsicht“ vor, um

die Anwendung der freiwilligen Wiederaufnahme auch auf Personen, die nach § 126a StPO untergebracht sind, auszuweiten. Wie groß schätzen Sie diesen Personenkreis ein, um den dann § 17 erweitert würde? Soweit für die erste Runde, in der zweiten kommt noch einmal mehr.

Serdar Yüksel (SPD): Frau Vorsitzende, meine Damen und Herren! Auch seitens der SPD-Fraktion herzlichen Dank für die umfangreichen Stellungnahmen. Meine erste Frage richtet sich an die Ärztekammer Westfalen-Lippe. Sie betonen in Ihrer Stellungnahme die Wichtigkeit einer umfassenden suchtmmedizinischen Behandlung in den Einrichtungen – das Stichwort ist die Substitution in der Haft –, da viele Patienten mit Suchterkrankungen in den Einrichtungen untergebracht sind. Welche konkreten Maßnahmen schlagen Sie vor, um die Behandlung zu optimieren? Weiter würde uns interessieren, wie Sie die Therapie und die Verbreitung von STI innerhalb der Einrichtung einschätzen, das vielleicht auch in Anlehnung an die JVA-Thematik.

Meine zweite Frage bezieht sich auf die Absonderung, die in § 32 geregelt ist. Im Gegensatz zur Zwangsmedikationen sind Absonderungen zeitlich nicht begrenzt und bedürfen keiner gerichtlichen Zustimmung. Diese Frage richtet sich an den LWL. Nur die untere staatliche Maßregelvollzugsbehörde ist zu informieren, wenn die Anordnung über 48 Stunden hinausgeht. Offenbar geht die Landesregierung immer nur von einer kurzen Dauer der Maßnahmen aus. Wir haben allerdings Kenntnis davon, dass solche Maßnahmen auch über 18 Monate dauern können. Wäre es daher nicht angezeigt, ähnlich wie bei Zwangsmedikationen die gerichtliche Zustimmung einzuholen?

Auch die nächste Frage richtet sich an den LWL. Sie bezieht sich auf den § 22. In diesem Paragraphen wird festgelegt, welche Besuche möglich sind und unter welchen Bedingungen sie eingeschränkt werden können. In Absatz 4 wird geregelt, dass gesetzliche, anwaltliche und notarielle Vertreter nicht von Besuchen ausgeschlossen werden können. Unsere Frage wäre: Wäre es nicht angemessen, dieses Recht auch Menschen, die mit einer zivilrechtlichen Betreuungsvollmacht ausgestattet sind, zuzugestehen, und zwar insbesondere im Fall von langfristigen Absonderungen?

Die nächste Frage in der ersten Runde geht an die Arbeitsgemeinschaft Rheinisch-Westfälische Elternkreise: Sie weisen in Ihren Stellungnahmen darauf hin, wie zentral der Bezug zu Angehörigen ist. In diesem Zusammenhang äußern Sie die Befürchtung, das neue Gesetz könne weiterhin nicht dafür Sorge tragen, dass freiheitsentziehende Maßnahmen begründet stattfinden. Mich würde interessieren, wie Sie den Einfluss der Bezugspersonen auf den Therapieerfolg einschätzen und worin konkret die Unterstützung durch Begleitung fehlt. So viel in der ersten Runde.

Stefan Lenzen (FDP): Auch von Seiten der FDP-Fraktion ein herzliches Dankeschön an die Sachverständigen, die uns zugeschaltet sind und die heute persönlich anwesend sind. Vielen Dank für Ihre Anwesenheit und für Ihre umfangreichen Stellungnahmen.

In der ersten Fragerunde richten sich meine Fragen an Frau Follmann von der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Sie betonen in Ihrer Stellungnahme, dass zu einer angemessenen Behandlung von Suchterkrankten auch eine Substitutionstherapie gehört.

Inwiefern ist dies durch die Formulierung des Gesetzentwurfes nicht eindeutig geregelt und wie könnte eine Klarstellung erfolgen?

Dann sprechen Sie in Ihrer Stellungnahme Punkte an, die zu einem höheren Aufwand hinsichtlich der Anforderung an die Dokumentation führen könnten. Wie könnte aus Ihrer Sicht der Entwurf dahingehend angepasst werden oder auf welche Vorgaben sollte man dann verzichten, um das Ganze zu entbürokratisieren?

In dieselbe Richtung geht meine Frage an die Vertreter der Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe, an Herrn Lüder, Herrn Hollweg und Herrn Cordes. Sie sprechen in Ihren Stellungnahmen ebenfalls die Dokumentationspflichten an. Wie könnte in dieser Hinsicht ein übermäßiger Aufwand reduziert werden? Das wären die Fragen für die erste Runde.

Dr. Martin Vincentz (AfD): Frau Vorsitzende, sehr geehrte Damen und Herren! Auch von unserer Seite ein großes Dankeschön für die Stellungnahmen. Einige Fragestellungen ergeben sich daraus für uns noch.

Meine erste Frage geht an die Landschaftsverbände. Inwieweit könnte man seitens der Politik flankierend zum vorliegenden Gesetzentwurf dazu beitragen, dass der Maßregelvollzug bei der Bevölkerung vor Ort eine bessere Akzeptanz findet? Könnten Sie dazu auch konkrete Handlungsanweisungen an das Land formulieren?

Meine zweite Frage richtet sich an Frau Dr. Erbel. Welche Verbesserungen wären neben dem vorliegenden Gesetzentwurf aus Ihrer Sicht wichtig, um die Situation in den Einrichtungen zu verbessern?

Die dritte Frage richtet sich an Herrn Professor Seifert und an Herrn Höhner. Bis die erforderlichen Kapazitäten aufgebaut sind, wird noch einige Zeit vergehen. Wie kann die Politik dazu beitragen, dass sich in der Zwischenzeit die Situation in der Betreuung vor Ort verbessern könnte?

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE): Frau Vorsitzende, werte Kolleginnen und Kollegen! Auch von der GRÜNEN-Fraktion herzlichen Dank für die Stellungnahmen zum Gesetzentwurf. Viele wichtige Fragen sind auch schon gestellt worden. Ich nenne nur die Stichworte Substitution und Präzisierungen im Gesetzentwurf. Ich möchte gerne noch drei oder vier Fragen aufgreifen, die hier schon einmal angesprochen worden sind.

Einmal haben die beiden Ärztekammern gefordert, dass die Eingriffsrechte des Fixierens und Fesseln noch einmal auf einen größeren Personenkreis ausgeweitet werden sollen. So lese ich das. Deshalb möchte ich anknüpfend an die Frage, die Kollege Yüksel schon gestellt hat, fragen, ob dabei richterliche Anordnungen erforderlich sein müssten. Danach möchte ich gerne Frau Erbel und Herrn Professor Seifert fragen. Auch die Ärztekammer kann hierzu Stellung nehmen.

Herrn Höhner möchte ich gerne zur Einrichtungsleitung fragen. Seitens der Ärztekammer wurde eine Klarstellung gefordert, dass nur Ärztinnen und Ärzte die Leitung übernehmen dürfen und dass auch eine Absprache nicht erforderlich sei, da Therapien nur

nach ärztlichen Standards – so interpretiere ich das jedenfalls – angeordnet werden sollen. Vielleicht können Sie dazu Stellung nehmen.

Und noch ein Punkt in der ersten Runde: In der Stellungnahme der Bürgerinitiativen wird gefordert, dass zum Beispiel Fahrten von Sexualstraftätern in Bussen zusammen mit Schülerinnen und Schülern vermieden werden sollen. Ich weiß, dass das schon öfter ein Thema gewesen ist. Vielleicht können auch alle Sachverständigen dazu Stellung nehmen, ob das praktikabel ist.

Vorsitzende Heike Gebhard: Dann haben wir die erste Fragerunde geschafft. Wir können damit zur ersten Antwortrunde kommen. Da an alle Experten Fragen gestellt wurden, möchte ich gerne nach dem Tableau, das allen vorliegt, vorgehen. Ich hoffe, dass es auch denjenigen, die per Video zugeschaltet sind, online vorliegt. Wir beginnen deshalb mit der Ärztekammer. Frau Follmann, Sie sind direkt angesprochen worden. Ich nehme an, dass Sie sich die Antworten je nach Zuständigkeit untereinander aufteilen.

Anke Follmann (Ärztekammer Westfalen-Lippe): Wir sind zu dritt, wir werden uns die Antworten aufteilen. In der Reihenfolge werde ich mit dem letzten Punkt anfangen, weil ich dazu direkt angesprochen worden bin. Die Kammer hat sich hinsichtlich der Zwangsmaßnahmen und deren Verschärfungen in ihrer Stellungnahme nicht geäußert.

Dann hatten Sie nach der Dokumentation gefragt. Uns geht es darum, diese umfassende Dokumentationspflicht zu reduzieren und zu berücksichtigen, dass bestimmte Aufgaben schon in der ärztlichen Berufsordnung geregelt sind und deshalb in diesem Gesetz gar nicht mehr geregelt werden müssen. Das sollten Sie sich noch einmal genau ansehen, zumal diese aufwändigen Dokumentationspflichten, die sich vielleicht an manchen Stellen auch als obsolet erweisen, weil sich schon anderweitig geregelt sind, auch Zeit kosten, die in der Behandlung fehlen würde. Zum Thema „Substitution“ wird dann Herr Terhaar Stellung nehmen.

Werner Terhaar (Alexianer Münster GmbH): Vielen Dank für die Möglichkeit, hier zum Thema „Substitution“ Stellung zu nehmen. Man kann das so und so sehen. Wenn man fordert, dass die ärztliche Behandlung nach allen Regeln der Kunst stattfinden muss, gehört natürlich die Substitution dazu. Die Erfahrung zeigt aber, dass die Substitution doch etwas schwieriger ist. Sie als Regelbehandlung zu etablieren, kostet doch etwas Mühe. Das haben wir bei den Versuchen, die Substitution in der Haft zu etablieren, erlebt. Das war durchaus von Erfolg gekrönt. Man hat dort ein Bewusstsein dafür geschaffen, dass Ärzte in der Haft regelmäßig substituieren und dass betroffene Menschen in der Haft nicht mit einem Entzug traktiert werden, obwohl sie es nicht wollen.

Im Maßregelvollzug wünschen wir uns einen ähnlichen Prozess, insbesondere für die Fälle nach § 64, bei denen die Substitution im Vordergrund steht. Wenn man die Substitution für eine positive Prognose für den Patienten für erforderlich hält, kommt vom Richter die Rückmeldung – das ist noch gar nicht so lange her –: Das ist eine ganz

tolle Idee, das ist fachlich super, die Einrichtungen können es aber nicht immer gewährleisten. Das ist ein Widerspruch, auf den wir hinweisen wollen. Wir glauben, dass die Substitution eine solche Relevanz hat, dass sie die Erwähnung in diesem Gesetz verdient, um in der Breite angenommen werden zu können. Wie das konkret durchgeführt werden kann, kann man ähnlich wie in der Haft mit einer Durchführungsverordnung regeln. Das kann man sehr pragmatisch regeln; wir glauben aber, dass es erforderlich ist, auf die Notwendigkeit dieser lebensverlängernden und auch aus volkswirtschaftlicher Sicht erheblich erfolgreichen Behandlungsstrategie hinzuweisen. Die Substitution ist oftmals der entscheidende Punkt für eine positive Prognose für das Leben nach der Unterbringung.

Dann gab es noch die Frage nach dem Facharztstandard. Wir, die Ärztekammer, vertreten die Ansicht, es sei sinnvoll, dass die ärztliche Leitung die oberste Ebene ist und der Facharztstandard in den Einrichtungen gewährleistet sein soll, sodass dadurch ein ärztlicher Kollege das letzte Wort hat.

Dr. Martin Reker (Evangelisches Klinikum Bethel gGmbH): Vielleicht darf ich noch ergänzen zur Frage, warum die Methadonsubstitution gegebenenfalls einer besonderen Erwähnung bedarf, obwohl schon dokumentiert ist, dass eine sachgerechte Behandlung stattfinden soll, wie sie auch überall sonst stattfindet. Das Problem bei Suchtpatienten besteht nach meiner Einschätzung darin, dass die Behandlung nicht von den Patienten alleine bestimmt wird, sondern dass Ärzte ihre eigenen Vorgaben und Behandlungsmodelle in die Behandlung einfügen. Dieses Abstinenzdogma, das lange Zeit die Suchtbehandlung beherrscht hat, findet immer noch eine weite Verbreitung, sodass ein Mensch, der juristisch untergebracht, diesem Dogma nicht entkommen kann. Regelmäßig sind Patienten in der Allgemeinversorgung, in der sie die Behandlung frei wählen können, in der Methadonsubstitution. Sobald sie aber in Zwangsbehandlung kommen, treffen sie auf einen Kollegen, der die Methadonsubstitution nicht mehr für nötig findet und der aus seiner Position heraus in der Lage ist, einem solchen Patienten eine solche Behandlung zu verweigern.

Ob es jetzt anders wäre, wenn man die Methadonsubstitution als Qualitätsmaßstab in das Gesetz einbringen würde, sei dahingestellt. Auf diese Problematik sollte man aber hinweisen, weil das Anliegen, die Patientenrechte zu stärken, in diesem Gesetz besonders hervorgehoben ist. Ob der Patient eine Methadonsubstitution bekommen soll, entscheidet sich nicht in einem theoretischen Konstrukt, sondern in der Frage, ob ein Arzt einem Patienten, der eine Methadonsubstitution wünscht, einfach sagen kann: Nein, du musst einfach einmal lernen, ohne Suchtmittel zu leben. Auch für die Prognose hat die Substitution eine enorme Bedeutung. Ein Patient, der eine Substitution bekommt, ist kriminalprognostisch besser zu stellen als einer, der gegen seinen Willen von Suchtmitteln heruntergebracht worden ist. Das Risiko, dass dieser Patient rückfällig und damit auch wieder straffällig wird, ist aus meiner Sicht erheblich größer. Das wollte ich ergänzen, um den Kontext deutlich zu machen, in dem diese spezifische Maßnahme steht.

Tilman Hollweg (Landschaftsverband Westfalen-Lippe [LWL] [per Video zugeschaltet]): Herzlichen Dank dafür, dass ich zu dieser Anhörung eingeladen worden bin. Insgesamt kann ich sagen, dass dieser Gesetzentwurf sehr gelungen ist und eine wirkliche Grundlage für einen sicheren und fortschrittlichen Maßregelvollzug bildet. Ich bin den Kolleginnen und Kollegen aus dem MAGS sehr dankbar dafür, dass sie in Einzelfragen unsere Vorschläge im Vorfeld einbezogen haben und dass das Gesetz dadurch sehr praxistauglich ist.

Besonders am Herzen – das war auch die Frage von Herrn Yüksel – liegt mir die Frage der Absonderungen. Alle Patienten befinden sich schon allein durch die Unterbringung in einem sehr engen Rahmen, der noch durch drei Zwangsmaßnahmen weiter eingeschränkt wird. Das ist einmal die Zwangsmaßnahme der Zwangsbehandlung, dann die Fixierung, aber auch die Absonderung. Ich halte es für sehr konsequent, dass sowohl die Zwangsbehandlung als auch die Fixierung durch ein externes Gericht angeordnet werden muss. Für mich wäre es eine Herzensangelegenheit, dass dies auch für die Absonderung gilt. In der Tat befinden sich die Personen nicht nur tageweise in einem Absonderungsraum – ich glaube, viele von Ihnen haben schon Maßregelvollzugseinrichtungen gesehen –, sondern teilweise findet die Absonderung auch in einem Kriseninterventionsraum statt, und das nicht nur für einige Tage. Es gibt einige Patienten, die so gefährlich sind, dass sie dort über Wochen, Monate und sogar über ein Jahr untergebracht sind. Das ist eine so tiefgreifende Maßnahme, die mit einer Fixierung und einer Zwangsbehandlung vergleichbar ist und auch sehr unterschiedlich empfunden und als besonders gravierend erlebt wird. Das sollte aus meiner Sicht durch eine unabhängige Stelle, durch einen Richter oder eine Richterin, auch erlaubt werden.

Daneben gibt es aus unserer Sicht noch ein juristisches Problem, dass die anordnende und genehmigende Behörde die untere staatliche Maßregelvollzugsbehörde ist. Das ist wirklich nicht gut. Insofern ist mein Votum, dass das ein unabhängiges Gericht macht. Das ist mir eine Herzensangelegenheit. Wir beschäftigen uns sehr intensiv damit, wie wir Absonderungen reduzieren können und wie wir die Unterbringung verbessern können.

Zur Frage von Herrn Schmitz nach der Abgrenzung gegenüber der Vollzugsarbeit, wie man das formulieren könnte, würde ich an den Herrn Kollegen Cordes übergeben.

Thomas Cordes (Landschaftsverband Westfalen-Lippe [LWL] [per Video zugeschaltet]): Ich schließe mich zunächst einmal den Ausführungen von Herrn Hollweg zur Absonderung an. Ich möchte zu diesem Thema ganz kurz ergänzen: Man sollte nicht nur fordern, dass die richterliche Anordnung sichergestellt ist, man sollte auch die 48-Stunden-Frist überprüfen. Wir haben in der Vergangenheit mit dem aktuellen Maßregelvollzugsgesetz tatsächlich Erfahrungen mit der Sieben-Tages-Frist gemacht. Vielleicht sollte man das auch bedenken, wenn es darum geht, die Richterschaft mit dieser Genehmigung zu beauftragen, zumal es sicherlich den richterlichen Arbeitsprozess erleichtern würde, wenn die Frist sieben Tage statt 48 Stunden dauern würde. Das würden die Gerichte sicher sehr wohlwollend aufnehmen.

Zur Frage von Herrn Schmitz zu § 14: Nach meiner Ansicht muss die Klarstellung gar nicht im Gesetz erfolgen. Der § 14 kann deshalb in seiner Formulierung so bleiben,

wie er ist. Ich schlage deshalb vor, in der Begründung auf Seite 64 eine Klarstellung vorzunehmen. Die könnte etwa lauten, dass die Arbeitstherapie auch dann vorliegen kann, wenn das Arbeitsergebnis zwar wirtschaftlich verwertbar ist, der Schwerpunkt aber weiterhin in der Therapie zu sehen ist. Diese Klarstellung würde meines Erachtens ausreichen, um bei etwaigen Abgrenzungsfragen Unklarheiten zu beseitigen.

Vorsitzende Heike Gebhard: Eine kleine Anmerkung zu Ihrem Vorschlag: Wir, der Gesetzgeber, haben nicht die Möglichkeit, die Begründung von Gesetzestexten zu verändern. Wir können im Parlament nur den Gesetzestext verändern. Die Begründung wurde vom MAGS geschrieben, darauf haben wir keinen Einfluss. Das nur als Information. – Und nun kommen wir zu Herrn Lüder.

Klaus Lüder (Landschaftsverband Rheinland [LVR] [per Video zugeschaltet]): Vielen Dank für die Einladung. Es gab noch eine Frage, die sich auf § 22 Abs. 4, die Regelung über die Besuche, bezog. Wenn ich es richtig verstanden habe, ging es darum, dass auch dem gesetzlichen Betreuer Besuche nicht untersagt werden dürfen. Der Gesetzestext lautet: „Dies gilt nicht für Besuche der gesetzlichen, anwaltlichen oder notariellen Vertretung ...“ Ich hätte die gesetzlichen Betreuer unter die gesetzlichen Vertreter gezählt.

Gerd Höhner (Psychotherapeutenkammer NRW): Sehr geehrte Damen und Herren! Ich möchte zu zwei Punkten mich äußern – einmal zur Frage von Herrn Vincentz nach Verbesserungen und zum anderen zur Frage von Herrn Mostofizadeh nach der Leitung.

Zur Frage nach Verbesserungen möchte ich einen Schwerpunkt ansprechen, der in der Verbesserung der Maßregelvollzugsversorgung liegt und der in der Diskussion über die Verweildauer und die Sicherheit zu kurz kommt. Wir müssen unbedingt die Maßnahmen der Nachsorge nach der Entlassung verbessern. Ein Großteil dieser Langzeitpatienten ist nicht in den Kliniken, weil sie nach wie vor höchst gefährlich wären, sondern weil wir keine geeigneten Einrichtungen in Wohnheimen und den Heimstrukturen haben. Der Sprung von der Intensität und der fachlichen Qualität der Versorgung im Maßregelvollzug nach draußen ist so enorm, dass ein ganzer Teil von Langzeitpatienten in den Kliniken bleiben muss – das will keiner, auch die Patienten nicht –, weil die erforderliche fachliche, personelle und auch materielle Betreuung draußen nicht gewährleistet ist. Ich will hier keine Geschichten über Patienten erzählen, bei denen es nur darum geht, einen Heimplatz zu finden, wo man die Tür zumachen kann. Da können Sie in NRW – das hören Sie an allen Heimstandorten und in allen Kliniken – wochen- und monatelang suchen.

Wenn man die Behandlung mit Blick auf die Verweildauer und auf das Sicherheitsproblem verbessern will, muss man in diesem Bereich aktiv werden. Ich sehe innerhalb der Einrichtungen nach wie vor das Grundproblem der Ausstattung mit fachlich psychotherapeutischer Kompetenz. Ich möchte das nicht ausweiten, sondern nur stichwortartig erwähnen. Die jetzige psychotherapeutische Versorgung im Maßregelvollzug wird ganz überwiegend durch Psychotherapeuten in Ausbildung geleistet. Das ist für

die Kliniken ein Vorteil, weil es recht billig ist. Das ist aber aus verschiedenen Gründen kein Zukunftsmodell, genau genommen können wir uns das nicht leisten.

Der zweite Punkt ist die Frage nach der ärztlichen Leitung oder der Leitung überhaupt. Ich möchte dabei ausdrücklich nicht das sich anbietende standespolitische Thema ansprechen. Diese Diskussion kann man nicht führen. Ich möchte darauf hinweisen, dass die Erfahrungen mit psychologischen Leitungen in Herne, in Viersen und in Eickelborn in den letzten Jahren dieses Problem eigentlich positiv beantwortet haben. Es gibt keinerlei rechtliche und fachliche Gründe dafür, dass die Leitung einer Maßregelvollzugsklinik unbedingt ein Facharzt ausüben muss. Das ist nach meiner Meinung eine Diskussion von gestern. Ich bin vielmehr der Meinung, dass man sich mit den konkreten Arbeitserfahrungen in diesem Bereich auseinandersetzen sollte. Ich persönlich habe Veränderungen in verschiedenen Kliniken und Abteilungen durch die Veränderung des Führungsmilieus und auch der Führungsphilosophie kennengelernt. Ich möchte das nicht als abwertend verstehen. Ich möchte in der Frage der Methadonsubstitution keinesfalls auf die Idee kommen, dass es hier Leistungen gibt, die nicht in erster Linie ärztlich zu verantworten und anzuordnen sind. Das ist überhaupt nicht mein Argument. Das ist in der Praxis aber nie ein Problem gewesen.

Prof. Dr. Dieter Seifert (Alexianer Münster GmbH): Herzlichen Dank für die Einladung! Ich spreche aus der Position eines ärztlichen Leiters einer forensischen Klinik mit einer sehr aktiven, wenn auch kleinen Bürgerinitiative. Ich spreche als externer Gutachter, der in viele Kliniken kommt, und ich spreche auch als Wissenschaftler, der sich schon seit 25 Jahren mit dem Thema „Forensische Psychotherapie“ beschäftigt.

Vorab zur Frage, was die Politik tun kann und was verbessert werden kann. Dazu ein paar Punkte, die nicht allen so bekannt sind. Zum einen ist immer wieder gesagt worden, dass die Verweildauer im Maßregelvollzug zunimmt. Das hängt sicher auch mit der gesamtpolitischen und der gesellschaftlichen Lage zusammen. Das ist anders kaum zu erklären.

Ich will noch auf einen anderen Aspekt hinweisen, der vielleicht ein bisschen untergeht. Wenn jemand zur Untersuchungshaft ins Gefängnis kommt, ist die Untersuchungshaft auf sechs Monate begrenzt. Die einstweilige Unterbringung nach § 126a der Strafprozessordnung ist nicht zeitlich begrenzt. Das heißt, wir haben Patienten, die zwei oder zweieinhalb Jahre einstweilig untergebracht sind; das wird aber nicht auf die Unterbringungsdauer angerechnet, das geht also nicht in die Statistiken ein. Das ist zwar in einem Bundesgesetz geregelt, aber darüber sollte man einmal nachdenken.

Vor Augen sollten wir uns auch führen, dass wir im Maßregelvollzug eine komfortable Situation haben, weil wir eine vergleichsweise geringe Rückfälligkeit haben. Es gibt Langzeituntersuchungen, die belegen, dass nach eineinhalb Jahrzehnten die Rückfälligkeit bei schweren Straftaten bei etwa 12 % liegt. Natürlich kann man Gefangene in Justizvollzugsanstalten und forensische Patienten nicht miteinander vergleichen. Da gibt es Unterschiede, aber dennoch haben wir im Justizvollzug eine Rückfälligkeit, die bei schwerwiegenden Delikten um den Faktor zwei oder drei höher ist. Wir können deshalb sagen, dass die forensische Psychotherapie und der Maßregelvollzug in dieser Hinsicht effektiv zu sein scheinen.

Wenn die Politik das begrüßt und von uns wissen will, was wir in diesem Bereich anders haben möchten, würde ich vorschlagen, in dem nach Einwohnerzahl größten Bundesland Deutschlands eine wissenschaftliche Standarduntersuchung, eine Basisdokumentation und möglicherweise eine Langzeitstudie über die Rückfälligkeit durchzuführen. Alle Patienten, die aus den Maßregelvollzugskliniken in Nordrhein-Westfalen entlassen werden, sollten untersucht werden. Die Untersuchung, die wir damals in Essen bei 300 Patienten durchgeführt haben, hat ergeben, dass die Rückfälligkeit zwar niedrig ist, dass sie aber zu einem großen Teil davon abhängt, wie professionell die Nachsorge ist. Herr Höhner hat schon darauf hingewiesen. Je professioneller die Nachsorge ist, desto geringer ist die Rückfälligkeit. Irgendwelche Prognosechecklisten alleine helfen uns dabei nicht, sondern es kommt tatsächlich auf die Qualität der Nachsorge an.

Man muss sich auch vergegenwärtigen, dass die Leute aus dem Maßregelvollzug nicht in die absolute Freiheit kommen. Erst einmal gibt es die Führungsaufsicht nach § 68, und zudem werden 60 % bis 70 % aller Patienten, die entlassen werden, in komplementäre Einrichtungen entlassen. Aufgrund der Führungsaufsicht können richterliche Weisungen ausgesprochen werden. An diesem Instrumentarium kann man noch arbeiten und es verbessern. Dazu kann auch die Politik einiges tun.

Zur Frage nach Fahrten mit dem Bus. Da muss ich ein bisschen schmunzeln, weil Frau Schulze Tomberge bei uns im Beirat vertreten ist und wir auch unsere Qual mit ihr haben – das darf man so sagen. Wir betreiben im Beirat intensivst Aufklärung und verteilen auch Papiere. Wir laden auch regelmäßig die Nachbarn ein. Leute, die unbegleiteten Ausgang haben, der vorab, wie es das Gesetz vorsieht, auch immer mit der Staatsanwaltschaft besprochen werden muss, lassen wir nicht schon um 7 oder 8 Uhr mit dem Bus losfahren, wenn die Kinder zur Schule fahren. Dafür gibt es keine Indikation. Die Lockerungen haben auch einen therapeutischen Mehrwert. Das wird vorbesprochen und auch nachbesprochen.

Diese Diskussion wird aber fortgeführt. In den „Westfälischen Nachrichten“ ist heute ein Artikel von Frau Schulze Tomberge erschienen. Auch gestern rief mich der WDR an und fragte, was denn jetzt mit den Busfahrten ist. Ich bekomme dann und wann auch Anrufe von besorgten Müttern, die mir sagen, ihr Sohn habe jetzt die zweite oder die dritte Stunde Freistunden und wolle mit dem Bus fahren, sodass wir unsere Einschränkungen noch ausweiten sollten. Da ist natürlich eine Grundsatzfrage. Der Beschluss des OLG Hamm aus dem Jahr 2017 sagt eindeutig, dass es bei diesen Ausgängen keine Begrenzung geben darf. Wir arbeiten nun einmal in einem rechtlichen Rahmen. Wenn die Gefährlichkeit so eingeschätzt wird, dass von dem Patienten keine große Gefahr mehr ausgeht, können wir den Ausgang nicht auf bestimmte Bereiche begrenzen, wenngleich wir Patienten mit Sexualdelikten im Umgang mit Kindern Weisungen erteilen. Sie dürfen keinen Kindergarten, kein Freibad etc. aufsuchen.

Dr. Christiane Erbel (Arbeitsgemeinschaft der Rheinisch-Westfälischen Elternkreise drogengefährdeter und abhängiger Menschen e. V. in NRW [ARWED e. V.]): Vielen Dank für die Einladung, dass wir hier angehört werden. Ich will auf zwei Fragen, die hier gestellt wurden, antworten. Die eine betraf § 4, die Prognosekriterien, die wir

ein bisschen konkreter und genauer haben wollten. Die andere Frage betrifft § 8, die Standards zum Behandlungs- und Wiedereingliederungsplan, die wir vorschlagen.

Zunächst zu den Prognosekriterien: Unsere Erfahrungen aus der Angehörigenarbeit mit den Betroffenen zeigen, dass die Entscheidung darüber, wann, wie und warum gelockert wird, ein bisschen – ich sage es einmal salopp – zu sehr nach dem Gefühl der Behandler getroffen wird. Für uns ist zu wenig klar und nachvollziehbar, nach welchen Prognosekriterien oder Gefährlichkeitseinschätzungskriterien gemessen wird. Nach diesem Paragraphen bleibt diese missliche Lage auch im neuen Gesetzentwurf erhalten, weil innerhalb der Zumessung der Grade wieder nicht definiert wurde, wie es denn zur Einordnung in diese Grade kommt und nach welchen Kriterien das gemessen wird. Das war in der Vergangenheit schon sehr schwierig. Wir können nicht nachvollziehen, warum diese Kriterien, wenn es sie denn gibt, offengelegt werden und nachgelesen werden können und warum nicht mit sauberen Messinstrumenten gemessen wird. Wenn ich zu einer Gefährlichkeitseinschätzung komme – das sage ich als Psychologin, das habe ich in der Theorie gelernt –, muss ich reliable und valide Tests haben. Die vermissen wir. Eigentlich wird auf der Basis entschieden: So hat sich uns der Patient gezeigt, das hat die Ärztin so wahrgenommen. Dann steht das in einer Stellungnahme, und der weiterbehandelnde Arzt schreibt das im Zweifelsfall von der Stellungnahme so ab.

Die Art und Weise, wie diese ärztlichen Stellungnahmen erstellt werden, die nachher zu einer Beurteilung führen, welche Lockerungsgrade möglich sind und ob es sogar zu einer Entlassung kommt, sind nicht ausreichend definiert. Sie sind gerade in diesem Paragraphen offengelassen. Deshalb wünschen wir, dass es irgendeinen Bezug im Gesetz gibt, nach welchem Standard das erfolgt.

Die zweite Anmerkung betrifft den Behandlungs- und Wiedereingliederungsplan, den wir auch sehr begrüßen. Wenn man einen solchen Plan erstellt, stellt sich die Frage, nach welchem Formular die Behandler ganz konkret vorgehen, um so etwas zu erstellen. In dem dortigen Paragraphen sind zwar ein paar Aspekte aufgeführt, die berücksichtigt werden müssen. Das erschien uns aber etwas zu wenig. Woher wurden diese Kriterien, auf die zu achten ist, genommen? Wir fragen auch, warum nicht auf einen bewährten Standard zurückgegriffen wird, den wir in NRW schon haben. Das ist der BEI_NRW, der im Zusammenhang mit dem Bundesteilhabegesetz entwickelt wurde. Warum wird nicht auf einen solchen Standard zurückgegriffen, und warum werden die Behandlungspläne nicht nach einem einheitlichen Erhebungs- und Planungsstandard aufgestellt?

Wenn wir, die Angehörigen, die Kliniken miteinander vergleichen, erleben wir, dass es, je nachdem, wie die Behandlungspläne und die Formulare vorgegeben sind, enorme Unterschiede gibt, wie solche Behandlungs- und Wiedereingliederungspläne entstehen. Die einen haben ein Formblatt, auf dem man Kästchen mit bestimmten vorgegebenen Behandlungsstandards, die die Klinik anbietet, ankreuzen kann. Da werden nur ein paar Kreuzchen gemacht, aber es werden keine eigenen Gedanken eingebracht. Andere kennen ein solches Formblatt gar nicht. Sie machen sich von vornherein sehr dezidiert und sehr individuell Gedanken um den Patienten. Deswegen wünschen wir,

dass in Zukunft ein bisschen mehr Vergleichbarkeit hergestellt wird, indem solche Standards definiert werden.

Frau Hommel hat in einem Gespräch daraufhin gewiesen, man müsse nicht alles ins Gesetz schreiben, man könne einiges auch mit Erlassen regeln. Sicher hat sie damit Recht. Das kann man alles tun, aber die Erfahrung aus unserer Angehörigenarbeit zeigt, dass solche Standards oder Leitlinien, die die Behandlung im Maßregelvollzug definieren sollen, rechtlich nicht durchsetzbar sind, weil immer darauf verwiesen wird: Das ist eine Richtlinie, aber die ist nicht normgebend. Alles, was der Patient rechtlich nicht einfordern kann, stärkt nicht gerade die Patientenrechte. Das aber ist das Ziel des Gesetzes.

Zur Rolle der Angehörigen und ihrem Beitrag zur Genesung gebe ich an Frau Woweries weiter.

Anja Woweries (Arbeitsgemeinschaft der Rheinisch-Westfälischen Elternkreise drogengefährdeter und abhängiger Menschen e. V. in NRW [ARWED e. V.]): Die Angehörigen sind das ganze Familiennetz. Das sind nicht nur Vater und Mutter. Es gibt auch Großeltern und Geschwister und auch schon eigene Kinder. Sie sind meistens das einzige soziale Netzwerk, das die Untergebrachten haben. Sie haben meist keinen Freundeskreis mehr. Wir sind der einzige Gesprächspartner und meistens auch das Sprachrohr für die Betroffenen. Die Betroffenen können sich meistens nicht selbst äußern. Viele sind mit einer Doppeldiagnose im Maßregelvollzug nach § 63 untergebracht.

Als Angehörige wünsche ich mir ein bisschen mehr Transparenz, um den Betroffenen mehr helfen zu können. Ich habe keinen Leitfaden bekommen – mein Sohn ist im Maßregelvollzug –, wie ich damit umgehe und wie mein Sohn damit umgeht. So geht es vielen Eltern. Die Angehörigen sind das einzige soziale Netzwerk, das die Insassen noch haben.

Vorsitzende Heike Gebhard: Wir steigen in die zweite Fragerunde ein. – Der Kollege Yüksel hat sich schon gemeldet.

Serdar Yüksel (SPD): Sie hatten in der ersten Runde ausgeführt, dass es Schwierigkeiten beim Übergangsmanagement gibt, sodass Patientinnen und Patienten wochen- oder monatelang in der Einrichtung verweilen müssen, obwohl sie eigentlich entlassen werden könnten, weil die Überleitung und die sekundäre Versorgung nicht funktionieren. Sie haben gesagt, Sie könnten dazu noch etwas mehr sagen, machen es aber nicht. Es wäre nett, wenn Sie das weiter ausführen könnten, was Sie damit konkret meinen und wo die Schwierigkeiten liegen. Das gehört in die Gesamtbetrachtung eines solches Gesetzes. Insbesondere möchte ich wissen, wie es nach der Entlassung weitergeht, damit man keinen Drehtüreffekt bekommt. Wenn die Versorgung und die Stabilisierung draußen nicht funktionieren, kann es durchaus zu Rückfällen und ähnlichem kommen.

Die zweite Frage geht an Herrn Professor Dieter Seifert. In § 33 ist geregelt, dass in Gefahrensituationen die therapeutische Leitung eine Fesselung oder Fixierung anordnen darf. Dazu würde mich Ihre fachliche Meinung interessieren, ob Sie es begrüßen, dass das so geregelt wird.

Auch an Herrn Professor Dieter Seifert die Frage: Wie bewerten Sie die Rolle im Klinikbeirat, dem auch Mitglieder der Initiative seit 2017 angehören? Wie weit hat ihr Mitwirken im Beirat auch zu mehr Verständnis innerhalb der Stadtbevölkerung geführt.

Die letzte Frage richtet sich an Herrn Cordes zur Spezifizierung. Ich habe zu den Besuchsregelungen in § 22 gefragt. Meine Frage bezog sich explizit auf die Inhaber zivilrechtlicher Betreuungsvollmachten. Können Sie noch einmal ausführen, ob diejenigen, die mit einer zivilrechtlichen Betreuungsvollmacht ausgestattet sind, von Besuchen nach § 22 auch nicht ausgeschlossen sind? Können Sie das noch einmal konkretisieren?

Stefan Lenzen (FDP): Frau Dr. Erbel, Ihr Vortrag hat noch einmal Fragen aufgeworfen. In Ihrer Stellungnahme haben Sie das Thema „Nutzung digitaler Medien“ angesprochen. Dazu würde mich interessieren, inwieweit dies durch die vorgeschlagenen Regelungen eingeschränkt wird und wie eine sachgerechte Vorgabe erreicht werden könnte.

Dr. Martin Vincentz (AfD): Eine Nachfrage an Frau Dr. Erbel: Sie haben in Ihrer Stellungnahme verschiedene Punkte benannt, bei denen Sie sich Verbesserungen vorstellen könnten. Sie haben sich dabei an dem Gesetzentwurf voran gearbeitet. Ich habe aber eine eher allgemeine Frage. Inwieweit wäre über das Netzwerk hinaus für Patientenvertreter mehr machbar?

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE): Ich möchte gerne an zwei Antworten von Herrn Höhner und Herrn Professor Dr. Seifert anknüpfen, bei denen es um die Nachsorge ging. Sie haben sehr explizit darauf hingewiesen, dass dort die Strukturen nicht ausreichen. Deswegen die Nachfrage: Was konkret schlagen Sie, aber auch die Landschaftsverbände vor, die auch ein wichtiger Träger sein können? Wir haben gerade eine intensive Diskussion über dieses Thema, weil auch gesagt wird, dass an die Sicherheit der Menschen nicht nur außerhalb, sondern vor allem auch innerhalb der Einrichtungen hohe Anforderungen zu stellen sind.

Dann möchte ich an den gleichen Personenkreis, aber auch an Frau Dr. Erbel eine Nachfrage stellen. Es geht um Menschen mit Beeinträchtigungen oder Behinderungen. Inwieweit muss darauf im Gesetz ein besonderer Fokus gerichtet werden, oder sind Sie mit der jetzigen Sachlage zufrieden? Sie hatten auch gesagt – so habe ich es zumindest verstanden –, dass das Gesetz sehr praxisnah angelegt ist. Wenn das in Ordnung ist, bin ich damit auch zufrieden.

Der letzte Punkt wurde in einer Stellungnahme deutlich. Es ist die Frage der Betreuungsperson, also der Person, die als Vertrauensperson Therapiemaßnahmen mitbestimmen kann. Muss es dazu im Gesetzentwurf Verbesserungen geben, oder sind Sie mit den jetzigen Formulierungen einverstanden?

Marco Schmitz (CDU): Ich habe noch eine Frage an die Landschaftsverbände. Die Daten der Personen, die nach der Strafprozessordnung untergebracht sind, sollen nach einem Monat gelöscht werden. Wie Sie zurecht sagen, müssen Patientendaten zehn Jahre aufbewahrt werden. Jetzt haben wir unterschiedliche Rechtskreise, nach denen die Daten aufbewahrt werden müssen. Wieso sehen Sie das so kritisch? Sie haben das mit der Amtshaftung begründet. Das Argument würde nach meinem Verständnis gar nicht greifen, wenn es zu einem Vorfall kommen sollte, weil er nicht gesundheitlich indiziert ist. Warum sehen Sie die Löschung der Daten so kritisch? Aus Datenschutzgründen sehe ich es schon sehr sinnvoll, dass gerade diese Daten, die nach der StPO erhoben worden sind, nicht weiter in der Maßregelvollzugsanstalt behalten werden dürfen.

Josef Neumann (SPD): Nachdem wir hier in der Anhörung schon so eine geballte Kompetenz haben, möchte ich zwei Fragen stellen. Herr Professor Seifert hat eben noch erläutert, was vorläufige Unterbringung bedeutet. Vorläufig kann sehr lange sein. Wir bekommen immer wieder Rückmeldungen, dass Leute vier bis sechs Monate untergebracht sind und therapeutisch noch nichts gelaufen ist. Ich habe daher an die Vertreter des LVR und des LWL die Frage, ob sie darstellen können, wie die Situation der Fachkräftegewinnung ist. Wie ist die aktuelle Situation bei der Personalgewinnung? Bekommen Sie genügend Personal? Sie werden sicher genauso wie das gesamte Gesundheitswesen unter der Fachkräfteproblematik leiden. Wie stellen sich die Therapie auf der einen Seite und die Fachkräftegewinnung auf der anderen Seite aus der Sicht der Landschaftsverbände dar? An Frau Dr. Erbel und an Frau Woweries die Frage: Können Sie etwas dazu sagen, dass lange Zeit erst einmal gar nichts geschieht?

Klaus Lüder (Landschaftsverband Rheinland [LVR] [per Video zugeschaltet]): Ich möchte mit einer der letzten Fragen, die sich auf die Löschung der Daten bei den Unterbringungen nach § 126a StPO bezieht, beginnen. Sobald die Patienten nach § 126a aufgenommen sind, sei es in Essen oder in einer unserer anderen Kliniken, kommen sie auf eine psychiatrische Station, auf der sie behandelt werden, auf der auch medikamentöse Behandlungen und Untersuchungen stattfinden, wo wir uns auch um somatische Erkrankungen dieser Patienten kümmern und ihnen ein entsprechendes Behandlungsangebot machen. Diese ganzen Behandlungen werden in der Klinik dokumentiert. Wenn diese Patienten dann nach drei, vier oder fünf Monaten entlassen werden, weil sie beispielsweise freigesprochen werden, weil keine Unterbringung nach § 63 StGB angeordnet wird, und wenn dann diese Behandlungsdaten gelöscht würden, die Patienten sich aber nach geraumer Zeit wegen eines Spätschadens aus der Unterbringung melden und behaupten, sie seien falsch behandelt worden oder sie hätten ein Medikament bekommen, das sie nicht vertragen haben, oder ein somatisches Leiden, das sie vorgetragen haben, sei nicht behandelt worden, dann haben wir keine Möglichkeit, uns im Rahmen eines Amtshaftungsprozesses mit diesen Ansprüchen auseinanderzusetzen. Das ist der Hintergrund dafür, dass wir es für notwendig halten, diese Daten in der Dokumentation zu behalten. Das wäre meine Antwort.

Tilman Hollweg (Landschaftsverband Westfalen-Lippe [LWL] [per Video zugeschaltet]): Es sind ganz unterschiedliche Aspekte angesprochen worden, auf die ich gerne eingehe. Ein Thema war die Nachsorge. Dazu muss man sagen, dass NRW eines der ersten Länder war, das die Nachsorge 2003 gesetzlich verankert und finanzielle Mittel dafür zur Verfügung gestellt hat. Früher endete mit der Behandlung auch die Hilfezuständigkeit. Das hat sich mit dem Maßregelvollzugsgesetz schon geändert. An dem StrUG NRW finde ich es sehr bemerkenswert, dass verstärkt und auch von Anfang an an die Nachsorge gedacht wird. Dabei passiert auch sehr viel. Der Patient hat inzwischen eine sehr gute Nachsorge. Untersuchungen in NRW belegen, dass wir auch deutlich weniger Rückfälle haben. Das Übergangsmanagement gelingt dadurch, dass wir eine gute Nachsorge haben, die während der Langzeitbeurteilung und nach der Entlassung auch vollzogen wird. Das führt auch dazu, dass immer mehr Einrichtungen bereit sind, forensische Patienten aufzunehmen. Viele Einrichtungen sagen, so gut vorbereitet wie aus der forensischen Psychiatrie bekommen wir die Patienten eigentlich nicht. Wenn die Einrichtungen sehr gute Erfahrungen gemacht haben, sind sie auch bereit, Patienten anzunehmen.

Daneben gibt es aber auch Patienten, die deutlich schwerer zu vermitteln sind. Das hängt teilweise auch von der Haltung der Einrichtungen ab. Dafür haben wir auch Verständnis. Das betrifft vor allem Menschen, die wegen einer Sexualstraftat verurteilt worden sind. Ich verstehe, dass viele Träger Probleme haben, diese Menschen aufzunehmen, obwohl es gerade für diese Menschen dringend notwendig wäre, aufgenommen zu werden. Dazu bedarf es oft längerfristiger Kooperationen und einer Begleitung auch nach der Entlassung.

Die zweite Problematik, die wir in den letzten Jahren, sind die sogenannten Entlassungen aus Gründen der Unverhältnismäßigkeit, bei denen die Kliniken zwar noch eine bestimmte Restgefährlichkeit festgestellt haben, das Gericht aber gesagt hat, aus Gründen der Verhältnismäßigkeit müssen wir den Patienten entlassen. Da habe ich auch Verständnis dafür, dass Einrichtungen ein wenig zögerlich sind und keine Patienten übernehmen wollen, die noch eine gewisse Restgefährlichkeit haben. Die Einrichtungen haben auch den Schutz der anderen Bewohnerinnen und Bewohner zu gewährleisten.

Die beiden Landschaftsverbände haben die Lösung dieses Problems in Angriff genommen. Wir haben für diese Patienten sogar Runde Tische mit den Einrichtungsträgern vor Ort etabliert, an denen wir genau besprechen, was die Patienten brauchen, um sie dann straffrei entlassen zu können. Dazu bedarf es einer längeren Diskussion. Teilweise ist es auch schwierig, Lösungen zu finden. Das ist noch ein längerer Diskussionsprozess, aber wir sind da auf einem guten Weg.

Angesprochen wurde auch, dass in den ersten Monaten nichts passiert. Während der vorläufigen Unterbringung sind die Patienten nicht verpflichtet, sich behandeln zu lassen. Wir haben sehr viele Menschen, die unter einer Psychose leiden, die am Anfang sehr misstrauisch sind und auch keine Krankheitseinsicht haben. Daher werden die Behandlungsangebote, die durchaus gemacht werden, von den Patienten abgelehnt. Und dabei haben wir gar keine rechtlichen Möglichkeiten, etwas zu tun. Wie kann man das verstärken? Auch da geben der Gesetzentwurf und das „Landesprojekt Qualitätsentwicklung“

deutliche Hinweise darauf, dass wir versuchen müssen, gerade in der Anfangszeit deutlichere und vermehrte Anstrengungen gegenüber den Patienten zu übernehmen, wenn wir mehr Personal zur Verfügung haben. Das wäre eine von vielen Maßnahmen, die uns im Landesprojekt, das in diesem Jahr begonnen hat und über die nächsten drei Jahre laufen wird, zur Verfügung stehen. Wir versuchen verstärkt, den Patienten mehr Angebote nahezubringen. Sofern die Patienten die Annahme der Angebote aber verweigern, haben wir wenig Möglichkeiten

Auf den Beitrag von Frau Dr. Erbel möchte ich auch noch einmal Stellung nehmen. Sie haben gefragt, was für die Angehörigen Transparenz ist und auf welcher Grundlage Lockerungen vollzogen werden. Das ist dann in Richtung der Angehörigenverbände verkompliziert worden. Aber es gibt schon seit sehr vielen Jahren sogenannte Lockerungsgrundsätze, in denen sehr genau dargelegt wird, welche konkreten Voraussetzungen vorliegen müssen und welche Kriterien gelten, damit man ein Stück der Lockerung hat. Das soll jetzt aktuell noch einmal auch im Hinblick auf das jetzige Gesetz überarbeitet werden. Es gibt jetzt Grundsätze zur Festlegung des Maßes der Freiheitsentziehung, darin wird auch sehr genau deutlich gemacht, wie das dokumentiert wird. Das heißt, wir haben sehr klare Kriterien. Für mich ist die Frage, wie wir die Angehörigen mit Zustimmung der Patienten dazu bringen können, dass man das auch entsprechend transportiert. Ich glaube, dass wir gerade in NRW ein sehr klares transparentes System haben, wann wir Lockerungen vollziehen.

Die Angehörigenarbeit ist tatsächlich ein ganz wichtiger Punkt. Darin gebe ich Frau Dr. Erbel recht. Ich glaube, dass wir da auch weiterhin auf einem guten Weg sind. Wir haben das sehr verstärkt. Wir wurden vor ein paar Jahren auch von Frau Dr. Erbel darauf angesprochen, ob wir da noch mehr machen können. Wir haben dann auch noch mehr gemacht. Wir haben Internetauftritte gemacht. Wir haben auch Angehörigentage eingeführt, bei denen die Angehörigen eingeladen werden, die Einrichtung kennenzulernen, weil viele Angehörige gar keine Vorstellung haben, was genau eigentlich in den Einrichtungen passiert und wie die Behandlung aussieht. Dafür haben wir eine ganze Menge gemacht. Wir arbeiten wirklich daran, das zu verbessern, weil die Angehörigen ganz wichtige Partner in der Behandlung sind. Wir müssen aber auch feststellen, dass viele Angebote von den Angehörigen leider auch nicht so sehr angenommen werden. Das zu dem Punkt.

Dann zur Frage der Personalgewinnung. Danach hat Herr Neumann gefragt. Natürlich stehen wir bei der Personalgewinnung in Konkurrenz zu vielen anderen Krankenhäusern. Beide Landschaftsverbände haben auch erkannt, dass gerade im Maßregelvollzug besondere Anstrengungen notwendig sind. Ich selbst bin psychologischer Psychotherapeut und habe in Hessen auch in einer Maßregelvollzugsklinik gearbeitet. Zuvor habe ich in der allgemeinen Psychiatrie gearbeitet. Wenn Sie mich damals gefragt hätten, ob ich in der Forensik arbeiten möchte, hätte ich gesagt, das muss jetzt nicht sein, weil ich keine Kenntnis davon hatte, was dort passiert und wie dort gearbeitet wird. Wir haben in den letzten Jahren verschiedene Anstrengungen unternommen, um die Personalakquise deutlich zu verbessern. Wir haben Kurzfilme auf YouTube eingestellt. Darin wird zum Beispiel den Pflegekräften und auch den Ärzten und Therapeuten im Maßregelvollzug über die Schulter geschaut. Diese Filme werden sehr oft angeklickt. Aktuell haben wir drei Kurzfilme eingestellt und 130.000 Klicks verzeichnet. Das

heißt, die Menschen sind interessiert und beschäftigen sich nach Anschauen dieser Filme auch damit, dass der Pflegeberuf doch eine gute und interessante Tätigkeit ist.

Dennoch ist es äußerst schwierig, Mitarbeiter zu gewinnen, zumal wir auch immer mehr Patienten haben, die uns zugewiesen werden. Wir haben vielfältige Maßnahmen ergriffen. Wir haben inzwischen auch eine Org-Portal-Seite beim LWL eingestellt. Ganz wichtig bleibt aber auch die analoge Personalgewinnung, wenn also Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den Einrichtungen in Freundeskreisen berichten, wie gut und seriös in den Einrichtungen gearbeitet wird, dass der LWL oder der RVL gute Arbeitgeber sind, und wie erfolgreich eine Therapie sein kann. Das wirkt dann auch. Viele kommen dann letzten Endes auch über solche Kontakte zu uns.

Wir haben auch ein besonderes Problem bei der Gewinnung von Ärzten. Das bleibt auch ein großes Problem. Aktuell bekommen wir es noch ganz gut hin. In der Pflege fehlen uns insbesondere männliche Pflegekräfte. 90 % unserer Patienten sind männlich. Folglich brauchen wir auch einen gewissen Anteil an männlichen Pflegekräften. Die zu gewinnen, fällt uns schwer. Auch da haben wir Maßnahmen entwickelt, wie wir solche Personen ansprechen können. Inzwischen fällt es auch zunehmend schwer, psychologische Psychotherapeuten zu gewinnen. Auch die Psychologen in Ausbildung werden ganz regulär bezahlt. Die bekommen beim LWL ein ganz normales Psychologengehalt und nicht irgendeine Praktikumsvergütung. Insofern sind wir ein sehr guter Arbeitgeber. Im Moment merken wir, dass auf diesem Gebiet die Konkurrenz sehr groß ist. Aktuell gelingt uns die Personalgewinnung noch ganz gut, weil wir auch ein großer Arbeitgeber sind. Im ländlichen Raum bedeutet die Personalgewinnung aber schon eine größere Anstrengung. Vor 15 bis 20 Jahren hatten wir noch einen Stapel an Initiativbewerbungen. Das ist heute nicht mehr der Fall. Darauf haben wir uns aber auch eingestellt. Soweit zu diesen Fragen. Die anderen Fragen sollte vielleicht Herr Cordes beantworten.

Thomas Cordes (Landschaftsverband Westfalen-Lippe [LWL] [per Video zugeschaltet]): Gefragt wurde noch nach der zivilrechtlichen Vorsorgevollmacht. Dazu sollten wir einen Blick in den Gesetzestext des § 22 werfen. Darin ist die zivilrechtliche Vorsorgevollmacht explizit nicht aufgeführt. Das Gesetz erwähnt nur die gesetzliche, anwaltliche oder notarielle Vertretung sowie die Strafverteidigung. Eine zivilrechtliche Vertretung wird dort expressis verbis nicht genannt. Wir müssen aber auch sagen: Die Vorsorgevollmacht hat gerade den Zweck, die Einrichtung einer Betreuung nach dem BGB zu vermeiden. So würde ich den § 22 auslegen. Herr Lüder hat es eingangs schon gesagt: Wenn es darum geht, die gesetzliche Betreuung zu vermeiden, weil eine Vorsorgevollmacht vorliegt, würde selbstverständlich auch die zivilrechtliche Vorsorgevollmacht anerkannt werden. Ich meine, das ist eher ein Problem der Praxis.

Generell muss man sagen, dass die zivilrechtliche Vorsorgevollmacht auch nur eine zivilrechtliche Vollmacht wie viele andere Vollmachten gemäß §§ 164 ff. BGB ist. In der Praxis bekommen wir schon immer wieder einmal abenteuerliche Vollmachten vorgelegt, mit denen eine halbwegs illegale anwaltliche Vertretung konstruiert wird. Bei solchen Vollmachten muss man schon fragen, ob sie dem Wunsch und dem Willen der vertretenen Person entsprechen, wenn sich Menschen geradezu als Vertreter

aufzwingen. Deshalb muss man genau hinschauen, denn Vollmacht ist nicht gleich Vollmacht. Eine richtig aufgesetzte Vorsorgevollmacht, die wir alle in unseren Schubladen hinterlegt haben oder hinterlegt haben sollten, würde bei der Anerkennung in einer Maßregelvollzugsklinik nach § 22 nie ein Problem machen, denn diese Vollmacht hat gerade den Zweck, die Bestellung einer gesetzlichen Betreuung zu vermeiden oder zu verhindern. Der vollmachtgebende Mensch bekundet auch ausdrücklich den Willen hierzu. Sollte es dabei zu Konflikten kommen, würde ohnehin ein Gericht entsprechend der Vorsorgevollmacht die bevollmächtigte Person zum Betreuer bestellen. Insofern sehe ich keine große Gefahr, dass der § 22 vielleicht zu eng gefasst ist und die genannte Personengruppe außenvor bleibt, auch wenn sie nicht ausdrücklich im Gesetz genannt wird.

Ich könnte noch kurz zur Datenlöschung nach einem Monat bei einstweilig untergebrachten Patienten ergänzen. Ich kann mich da uneingeschränkt Herrn Lüder anschließen und nur davor warnen, im Gesetz eine Pflicht zu normieren, wonach die Daten gelöscht werden müssen. Die Löschung würde umfassende Daten betreffen, die die Behörden im Zweifel brauchen, um sich exkulpieren zu können. Ich kann aus der Praxis als Richter berichten. Ich war Mitglied einer Kammer, die sich mit Arzthaftungsrecht befasst hat, und weiß daher, wie es ist, wenn eine Klinik oder ein Arzt unter Beweisnot kommt. Das sieht nicht gut aus. Davor, Daten zu löschen, kann ich nur eindringlich warnen. Ich kann die Motivation, die hinter dieser Bestimmung steht, nachvollziehen. Das Interesse der Vollzugsbehörden, die Daten während der Verjährungsfrist behalten zu dürfen, dürfte aber eindeutig überwiegen. Ich glaube, damit haben wir alle Fragen in der zweiten Runde beantwortet.

Gerd Höhner (Psychotherapeutenkammer NRW): Ich möchte mich in der Fülle der gestellten Fragen auf die eingangs gestellte Frage beschränken: Wie können wir die Entlasswahrscheinlichkeit, den Weg nach draußen verbessern? Ich will an das anknüpfen, was Herr Hollweg gesagt hat. In NRW ist in den letzten 26 Jahren tatsächlich sehr viel gemacht worden. Das muss man gegenüber anderen Bundesländern wirklich sagen. Nicht nur finanziell, sondern auch fachlich ist in die Nachsorge investiert worden. Der Schritt, von dem ich gesprochen habe, ist der Übergang in Lebensformen, die in der Trägerschaft von Trägern liegen, die über die Eingliederungshilfe finanziert werden.

Bei dieser Problematik geht es in der Tat um die Langzeitpatienten. Das sind in aller Regel die Patienten, die in der Öffentlichkeit immer so heftige Diskussionen hervorrufen, nämlich Menschen mit mehr oder weniger deutlichen Intelligenzminderungen und/oder Sexualstraftäter, bei denen es überhaupt keine medikamentösen Interventionsmöglichkeiten gibt, um kurz- oder langfristig etwas zu verbessern. Herr Seifert hat schon gesagt, wir müssen davon ausgehen, dass etwa 70 %, also gut zwei Drittel derjenigen, die entlassen werden, eine weitere, ja sogar – ich versuche jetzt etwas zu übertreiben – lebenslange Betreuung brauchen. Wir müssen uns von der Illusion verabschieden, dass die Maßregelvollzugspatienten, die im Übrigen schon vorher aus Milieus kommen, in denen sie nicht zu leben gelernt haben, nach dem Maßregelvollzug und einer anschließenden Betreuung ein irgendwie geartetes eigenständiges, normales Leben werden führen können. Das wird nicht der Fall sein.

Das ist im Übrigen keine Schande, sondern das ist in vielen Bereichen, in denen es um hilfebedürftige Menschen geht, der Standard. Es geht also darum, die Nachsorgeeinrichtungen, die nicht vom Staat betreut und finanziert werden, nämlich die Eingliederungshilfe, die in kommunaler Trägerschaft betrieben und finanziert wird, so auszustatten, dass sie auch die personelle Qualifikation der Fachkräfte garantieren kann. Bei einem persönlichkeitsgestörten Sexualstraftäter muss der Umgang dieses Menschen mit seinen sexuellen Bedürfnissen langfristig therapeutisch begleitet werden. Dazu braucht der Mensch immer wieder fachliche Ansprache. Man kann ihm nicht einfach bei einem Spaziergang auf die Schulter klopfen und sagen, Junge rei dich zusammen. Das nzt nichts. Man braucht dazu auch die fachliche Qualifikation, um damit umzugehen. Das haben wir in den Einrichtungen nicht.

Noch etwas haben wir in den Einrichtungen häufig oder ganz überwiegend nicht, wrber bei anderer Gelegenheit immer sehr sensibel diskutiert wird: Wir haben kaum die Möglichkeit, einmal die Tür zuzumachen. In der Diskussion draußen bedeutet das für viele Menschen Freiheitsberaubung. Ich kenne eine ganze Menge von Maregelvollzugspatienten, die durch die Tatsache, dass die Tür zu ist, außerordentlich entlastet werden. Das Ziel, aus der äußeren Sicherheit einer Einrichtung eine innere Sicherheit eines Patienten und eines danach Betreuten zu machen, ist eine durchaus auch lebenslange therapeutische Aufgabe.

Ich möchte noch einen Punkt ansprechen, der genannt wurde, die Entlassungen wegen Unverhältnismäßigkeit. Lassen Sie bitte die Kirche im Dorf. In NRW hatten wir in den letzten fünf Jahren 180 Maregelvollzugspatienten unter diesen Bedingungen entlassen. Das sind 1,7 % der jeweils anwesenden Klientel. Die Gerichte haben auch bestätigt, dass sehr lange Verweildauern zumindest keinen groben Rechtsverstoß darstellen. Die Gerichte sind mit solchen Entlassungen – der Dialog zwischen den Kliniken und den Gerichten ist dabei sehr gut – sehr vorsichtig. Es nzt doch nichts, jemanden vor die Tür zu setzen, wo er dann selbst zurechtkommen muss.

Wir haben über die Qualität der Betreuung auch im Zusammenhang mit dem Kindesmissbrauch in Lchte diskutiert. Auch dabei haben wir festgestellt, dass die erforderlichen Qualifikationen in der Jugendhilfe nicht vorgehalten werden. Ich kann nur sagen, wir müssen in der Gesellschaft lernen, für solche Aufgaben mehr Geld auszugeben.

Prof. Dr. Dieter Seifert (Alexianer Münster GmbH): Zuerst zur Frage zu § 33, zur Fixierung auch durch andere Mitarbeiter, wenn kein Arzt anwesend ist. In unserer Klinik sind Fixierungen selten. Wenn es erforderlich werden sollte, kommt der Hintergrunddienst, um zu sehen, ob die Fixierung aus ärztlicher Sicht auch indiziert ist. Man darf nicht vergessen, dass Fixierungen in seltenen Fllen bei einem impulsiven Zustand, durch den Mitarbeiter gefährdet werden könnten, notwendig sind. Die Arbeit im Maßregelvollzug kann man vielleicht so beschreiben, dass es ein Spagat zwischen therapeutischer Zuwendung auf der einen und Sicherheitsüberlegungen auf der anderen Seite ist. In diesem Bereich arbeiten wir. Der Sicherheitsaspekt gehört bei uns zum Alltag.

Zum zweiten Punkt, zur Nachsorge, ist schon viel gesagt worden. Wenn man das zusammenfasst, was Herr Hhner eben gesagt hat, kann man feststellen, dass wir keine

gesunden Patienten entlassen. Manchmal mag es vielleicht eine Ausnahme geben. 90 % der Patienten kommen aus den unteren sozialen Schichten mit vielfachen Traumatisierungen. In den Maßregelvollzug kommt nicht der einfache Patient, sondern den müssen wir erst einmal zur Mitarbeit motivieren. Wenn es dann unter dem Aspekt der Gefährlichkeit vertretbar ist, suchen wir eine Einrichtung, in die wir ihn dann beurlauben können. Dann beginnt das Risikomanagement. Wir sehen erst einmal, ob diese Einrichtung tatsächlich gut ist. Wir sind engmaschig dabei. Wir sind eine aufsuchende Ambulanz, sodass wir den Patienten auch wieder rechtzeitig zurückholen können, wenn es nicht funktioniert. Das ist auch unsere Aufgabe. Wir müssen die Stellschraube noch einmal neu justieren, wenn es nicht machbar ist. Das ist die beste Möglichkeit, Rückfälle zu verhindern.

Risikogruppen sind diejenigen, die man sehr schwierig unterbekommt. Das sind diejenigen, die Sexualdelikte begangen haben, oder die schon einmal vorher in Einrichtungen gelebt haben und dort einen sexuellen Übergriff oder eine Brandstiftung begangen haben. Da ist es besonders schwierig, Einrichtungen zu finden, die bereit sind, diese Patienten zu übernehmen. Die müssen das freiwillig machen. Wir können sie nicht dazu zwingen, unsere Patienten zu übernehmen.

Zu Patienten mit einer Beeinträchtigung. Wir haben eine Fachklinik für forensische Patienten mit Intelligenzminderung und Lernbehinderung. Diese Klinik ist jetzt seit genau zehn Jahren in Betrieb. Wir haben dort die Erfahrung gemacht, dass wir psychotherapeutisch mit dieser Klientel arbeiten können. Das ist machbar. Dafür ist lange Jahre relativ wenig gemacht worden. Die Intelligenzgeminderten konnte man nicht so richtig der Gruppe der schizophrenen Patienten oder der Gruppe der persönlichkeitsgestörten Patienten zuordnen. So ist es gut, eine diagnosespezifische Klinik zu haben, die im Übrigen kaum Probleme mit der Personalgewinnung hat. Das liegt daran, dass es die kleinste Klinik in Deutschland ist. Das liegt aber auch daran, dass diese Klinik in Münster ist. In Münster haben wir große Universitäten und damit mehr Möglichkeiten, Personal zu gewinnen. Mittlerweile haben wir aber auch in der Pflege das eine oder andere Problem der Personalgewinnung, wie es schon Herr Hollweg gesagt hat, insbesondere auch bei der Gewinnung von Pflegern.

Zur Frage des Beirats und der Bürgerinitiative. Wir haben von Anfang an Nachbarn sowohl in den Planungsbeirat als auch nachher in den Klinikbeirat gewählt und berufen. Auch sonstige im Ort ansässige Personen sind im Beirat vertreten, so zum Beispiel der Oberstaatsanwalt, der zufälligerweise in Amelsbüren wohnt. Wir machen damit gute Erfahrungen. Wir setzen sehr auf Transparenz und Aufklärung. Ich habe es einmal überschlagen: In den zehn Jahren haben wir etwa 20.000 Menschen in Gruppen durch die Klinik durchgeführt. Wir halten sehr viele Vorträge und veranstalten seit 20 Jahren Forensikforen, bei denen alle, die in der deutschsprachigen forensischen Psychiatrie Rang und Namen haben, bei uns schon Vorträge gehalten haben. Wir machen aber auch die Erfahrung – das muss man kritisch sagen –, dass in den letzten Jahren kein einziger aus der Bürgerinitiative zu den Vorträgen gekommen ist. Das Interesse an transparenter Aufklärung ist dann doch anscheinend begrenzt. Aufklärung ist eine wichtige Arbeit. Man muss daraus das Fazit ziehen, dass man zwar viel aufklären muss, dass man damit aber nicht alle erreichen kann.

Dr. Christiane Erbel (Arbeitsgemeinschaft der Rheinisch-Westfälischen Elternkreise drogengefährdeter und abhängiger Menschen e. V. in NRW [ARWED e. V.]):

Gemeinsam mit Frau Woweries gehe ich auf die Nachfragen ein. Zunächst zum Thema „Digitale Medien“. Gefragt wurde, worin genau der Nachteil besteht, ob wir dazu Ideen hätten. Ich glaube nicht, dass wir, die Angehörigen, die Experten sind, die sagen können, wie die digitale Sicherheit und die digitalen Möglichkeiten in ein vernünftiges Verhältnis zueinander gebracht werden können, weil uns dazu das Wissen fehlt. Wir können aber darstellen, was der Ausschluss von den digitalen Medien bedeutet. Die Teilhabebeeinträchtigung ist heute schon mehrfach erwähnt worden. Der Maßregelvollzug ist eine Form des Freiheitsentzugs, der gerechtfertigt werden muss, und zur Teilhabe gehört auch die Nutzung digitaler Medien, weil davon eine Vielzahl von Möglichkeiten der Teilhabe abhängt, angefangen von Informationsmöglichkeiten, die es nur mehr in digitaler Form gibt, über Qualifikationsmöglichkeiten, die im Maßregelvollzug genutzt werden könnten, wenn vor allem das Setting wegen der Gefährlichkeitsprognose sehr geschlossen ist, bis hin zur Kommunikation mit der Außenwelt und den Sozialkontakten. Warum soll der Untergebrachte ohne Not von Sozialkontakten nach draußen abgeschnitten sein? Das alles muss gut begründet sein. Dafür, was es bedeutet, nichts machen zu können, nur zwei Beispiele. Anja, hast du welche?

Anja Woweries (Arbeitsgemeinschaft der Rheinisch-Westfälischen Elternkreise drogengefährdeter und abhängiger Menschen e. V. in NRW [ARWED e. V.]):

Als Beispiel kann ich einfach die Corona-Zeit nennen. Es gab auf der Station ein Patiententelefon mit Festnetzanschluss und sonst keinerlei Kontakte zu den Angehörigen. Dieses einzige Festnetztelefon war ständig belegt. Ich habe von einigen Eltern gehört, dass sich die seelische Gesundheit der Untergebrachten verschlechtert hat, weil die Kontakte sehr eingeschränkt waren. Das ist das eine Beispiel.

Das andere Beispiel ist, dass es im Maßregelvollzug einen jungen Mann gab, der ein gutes Potenzial hatte, höhere Bildungsabschlüsse als nur den Hauptschulabschluss oder die Mittlere Reife zu machen. Er hatte den Willen das zu machen, aber es gab keine Möglichkeiten, sich virtuell weiterzubilden. Das, was jeder Grundschüler heute zuhause darf, ist den Insassen nicht erlaubt. Sie bekommen maximal ein Telefon, wenn sie Ausgang in die Stadt haben. Das darf aber keinen Internetanschluss haben. Geschildert haben wir in unserer Stellungnahme auch den Fall, dass ein Insasse zwar eine Play-Station nutzen durfte. Allerdings sind heute alle Play-Stations mit dem Internet verbunden, und deshalb musste die Verbindung zum Internet getrennt werden, damit das Internet nicht mehr zugänglich ist. Langjährige Insassen sind damit abgehängt. Wenn die in eine Welt von Medien entlassen werden, kann man sie nicht mehr integrieren. Die Nutzung von Medien ist heute das A und O wie Lesen und Schreiben.

Dr. Christiane Erbel (Arbeitsgemeinschaft der Rheinisch-Westfälischen Elternkreise drogengefährdeter und abhängiger Menschen e. V. in NRW [ARWED e. V.]):

Das Ganze bekommt manchmal ganz slapstickartige Bezüge. Berichtet wird von einem Patienten, der gerne die Computersprache „C++“ lernen wollte. Er durfte sich das Buch für C++ zwar gerne kaufen. Eine Computersprache aus einem Buch zu lernen, ist zwar auch sehr interessant. Es wurde ihm dafür aber kein Computer zur Verfügung

gestellt. Stattdessen wurde er auf den Computer verwiesen, den es auf dem Klinikgelände in der Cafeteria gibt. Wir wissen aber aus eigener Erfahrung, dass das der einzige Computer für die gesamte Maßregelvollzugsklinik ist, und der ist immer besetzt. Das kann es nicht sein.

In Corona-Zeiten haben wir schon ein großes Gefälle zwischen einzelnen Kliniken festgestellt. Die einen Kliniken haben Tablets und Skype erlaubt, um mit den Angehörigen im Videochat telefonieren zu können. In anderen Kliniken wurde das nicht erlaubt. Dort wurde darüber gar nicht diskutiert. Dass das so ist, hat auch mit der Qualifikation und der Beschäftigung mit diesem Thema zu tun. Wir hören, dass es im LVR eine Arbeitsgruppe dazu gibt, die sich mit diesem Thema beschäftigt, damit es vorangeht. Wenn im Gesetz aber schon wieder so rigide und phantasielos nur der Sicherheitsaspekt betont wird, kommen wir nicht weiter. Diese Bestimmung sollte vielmehr positiv formuliert sein. Selbstverständlich muss die Sicherheit gewährleistet sein. Wir haben deshalb auch einen Formulierungsvorschlag aus einem anderen Gesetz gemacht. Dann wäre klarer, dass die Kommunikation nach draußen angesagt ist. Stattdessen wird nach Abwägung aller schrecklichen Sicherheitsrisiken, die man mir auch noch erklären muss, die Kommunikation nach draußen verboten. Als Sicherheitsrisiko wird immer der Drogendeal im Maßregelvollzug genannt. Drogen kommen aber auch ohne Internet in den Maßregelvollzug. Corona hat dieses Problem noch deutlicher gemacht, weil wir alle selber die Erfahrung gemacht haben, dass wir technisch hängen gelassen wurden. Das ist im Maßregelvollzug umso gravierender.

Welche Verbesserungen wünschen wir uns im Maßregelvollzug? – Ein differenzierteres Angebot pro Patienten, damit dessen Ressourcen von vornherein in Richtung Entlassung genutzt werden. Im Gesetz ist das zwar erfreulicherweise aufgenommen worden, aber das muss auch mit Personal hinterlegt werden. Auch das ist vorgesehen. Es darf nicht so laufen: Erst einmal warten wir, dann behandeln wir, und wenn behandelt ist, gucken wir einmal. Dadurch kommt es zu diesen seltsamen Situationen, dass ein Patient entlassen wird, ohne dass er während der langen Unterbringungszeit zeigen konnte, welche Ressourcen und welche Fähigkeiten er hat. Das muss dann die Nachsorgeeinrichtung übernehmen und sich überlegen, wie dieser Mensch tatsächlich wieder in die Gesellschaft integriert werden könnte. Die haben aber gar keine richtige Erfahrung mit ihm, weil er aus einem künstlichen Setting kommt. Deshalb sind die Nachsorgeeinrichtungen vorsichtig, weil sie die Gefahr nicht einschätzen können.

Da erhoffen wir uns sehr große Verbesserungen, aber dazu bedarf es eines völlig anderen Vorgehens in den Kliniken. Wenn der Patient in die Klinik kommt, kommt es darauf an, wie differenziert Angebote an Resozialisierungsschritten gemacht werden. Das ist in den Kliniken oft von Abteilung zu Abteilung unterschiedlich. Der eine Arzt ist ganz engagiert und geht mit seinen Patienten jede Woche einmal in den Freizeitbereich, auch wenn sie schwer psychotisch sind. In der Nachbarabteilung, in der Patienten mit ähnlicher Indikation untergebracht sind, ist die Ärztin noch nie auf diese Idee gekommen. Darauf angesprochen, heißt es dann: Dafür habe ich das Personal nicht. Was in der einen Abteilung möglich ist, ist in der anderen nicht möglich. Jetzt steht es im Gesetz, dass die Maßregelvollzugskliniken entsprechende Angebote vorhalten müssen.

Wir sehen aber auch den Engpass beim Personal. In den Kliniken ist zu wenig Personal. Wie das gekommen ist, kann ich nicht sagen. Ich meine, es gibt auch irgendeinen Betreuungsschlüssel. Irgendwo muss doch erhoben worden sein, wie viel Personal man braucht, um solche Angebote machen zu können. Wir erleben, dass noch nicht einmal die Mindeststandards auf der Station eingehalten werden. Eigentlich sollen pro Schicht immer drei Betreuer auf Station sein. Regelmäßig fällt aber alles aus, weil nur zwei Betreuer auf Station sind. Dann haben die schon gar keine Zeit mehr für Ausgangsbegleitungen oder sonstige Maßnahmen. Deshalb wäre es ganz wichtig, dass das, was das Gesetz verspricht, nachher auch in den Kliniken in der Realität umgesetzt wird. Viele Kliniken haben keine Übung darin, sich mit der Außenwelt zu verzahnen, mit den Angeboten vor Ort Kontakt aufzunehmen und für Patienten, die noch gar nicht so gelockert sind, schon sehr frühzeitig die Welt von draußen hereinzuholen. Das wird sehr oft erst gemacht, wenn die Patienten schon relativ weit gelockert sind. Und diese Lockerungen dauern oft unendlich lang. Wir hoffen, dass sich das jetzt verbessert. Bis eine Lockerung kommt, die es erlaubt, zumindest in die Gemeinde rauszugehen und dort bestimmte Angebote wahrzunehmen, ist der Patient zumindest bei einer Unterbringung nach § 63 StGB schon jahrelang in der Klinik. Vorher geschieht nichts.

Bei der Frage, was wir uns an Verbesserungen wünschen, möchten wir noch einmal auf die Angebote für Jugendliche und junge Erwachsene hinweisen. Leider treten bei Drogenkonsum sehr viele psychische Zusatzerkrankungen auf. Das sind die sogenannten Doppeldiagnosen. Die Leute sind noch sehr jung, wenn diese Krankheiten auftreten. Da diese Leute in der Psychiatrie oft durchs Raster fallen, landen die aktuell nach unserem psychiatrischen System sehr häufig im Maßregelvollzug nach § 63 StGB. Die sind dann erst 20 Jahre alt. Sie sind zwar schon über 18 und gelten damit in der Psychiatrie als Erwachsene. Daher werden sie auch im Erwachsenenvollzug untergebracht. Zwar gibt es im LWL eine spezielle Einrichtung, und auch der LVR hat eine spezielle Einrichtung.

Die Indikation Sucht in Verbindung mit Psychosen bedarf aber einer besonderen Behandlung. Dafür gibt es aber auch in diesem Gesetzentwurf kein Muss. Deshalb wünschen wir uns, dass ein Muss aufgenommen wird, denn für diese jungen Menschen ist sonst der Maßregelvollzug ein Einbahnsystem. Sie haben zum Zeitpunkt der Aufnahme keinen Freundeskreis mehr. Sie haben noch keine Berufsausbildung oder Schulausbildung abgeschlossen. Sie sind noch nicht fertig pubertiert. Ihre Entwicklung ist noch verzögert. Um diese jungen Menschen zu begleiten, braucht es pädagogische Kompetenzen. Auch wenn sie schon 20, 22 oder 23 Jahre alt sind, müssen sie am Ende ihrer Behandlung eine echte Lebensperspektive haben. Sie haben nämlich noch ein verdammt langes Leben vor sich und eigentlich auch eine gute Prognose, weil ihr Krankheitsbild ganz gut behandelbar ist. Wenn die Behandlung aber nicht passt, rutschen sie in die Sackgasse und bleiben der Gesellschaft in Wohnheimen oder geschützten Projekten usw. auf der Tasche hängen. Das tut uns in der Seele weh.

Was ist, wenn in der Unterbringung nichts passiert? Herr Neumann hat, glaube ich, danach gefragt. – Ein Maßregelvollzugspatient hat einmal in einem Forum geschrieben: Erst bemüht du dich, und dann wirst du faul. Die Patienten schalten ab, und so kommen uns diese Patienten auch vor. Sie versanden dadurch, dass nichts geschieht, dass ihnen keine echte Perspektive gegeben wird. Sie versuchen zwar, etwas zu

machen, aber dann wir ihnen so ein zähes Konzept angeboten. Es heißt dann: Sporttherapie findet heute nicht statt, jetzt schauen wir einmal, ob eventuell Arbeitstherapie möglich ist. Damit gehen den Patienten der Lebenswille und die Motivation verloren und sie schalten richtig ab. Das ist ein ganz starker Grad der Hospitalisierung. Aus unserer Sicht hat das überhaupt nichts mit Behandlung zu tun. Das muss nachher mühsam mit Behandlung wieder geweckt werden. Oft werden Medikamente oder schwere depressive Phasen als Gründe vorgeschoben. Das alles ist zwar verständlich. Tatsächlich geht bei den Patienten aber ein inneres Licht aus, das sie nicht mehr so ohne weiteres wieder einschalten können. Die Hospitalisierung zu beseitigen, ist eine Herkulesaufgabe. Für uns Angehörige ist es unerträglich, zu sehen, wie der Betroffene, mit dem man sich im Besuchszimmer trifft, immer debiler wird.

Serdar Yüksel (SPD): Ich habe noch zwei abschließende Fragen. Die eine bezieht sich auf § 3 Abs. 1. Dazu hätte ich eine Frage an die Ärztekammer Westfalen-Lippe. Wir haben gerade gehört, dass die Personalausstattung und die Personalgewinnung sehr problematisch sind. Sie haben in Ihrer Stellungnahme auch geschrieben, dass in § 3 Abs. 5 auch die gesundheitlichen Gefahren für die Mitarbeiter aufgenommen werden sollten. Können Sie bitte noch einmal ausführen, wie bis jetzt den gesundheitlichen Gefahren für die Mitarbeiter Rechnung getragen wird und welche Erwartungen Sie an die Novellierung des Gesetzes haben?

Die nächste Frage geht an Herrn Lüder. In einer der Stellungnahmen wird die Gleichstellung konfessioneller Träger mit staatlichen Trägern problematisiert. Die staatlichen Träger unterliegen der Dienst- und Fachaufsicht der Landschaftsverbände. Hier wird problematisiert, dass insbesondere die konfessionellen Träger nicht nach denselben Maßstäben wie die staatlichen Einrichtungen der Dienst- und Fachaufsicht unterliegen. So steht es jedenfalls in einer der Stellungnahmen, und dazu wird gefordert, dass der Gesetzgeber zu einer Gleichbehandlung aller Kliniken aufgerufen wird und dafür gesetzliche und organisatorische Regelungen schaffen soll. Insbesondere nach Auflösung der Institution des Beauftragten für den Maßregelvollzug sei nicht klar erkennbar, welche Stelle welche Zuständigkeiten für die privaten Träger hat. Vielleicht könnten Sie uns Ihre Einschätzung dazu geben, ob die Probleme, die hier angesprochen werden, auch tatsächlich bestehen.

Dr. Martin Reker (Evangelisches Klinikum Bethel gGmbH): Vielleicht kann ich ein paar Sätze dazu sagen, wobei ich mir vorstellen kann, dass Herr Seifert dazu auch viel sagen könnte. In der Psychiatrie ist es insgesamt ein Problem, dass viele Mitarbeiter den Eindruck haben, sehr großen Risikosituationen auch im Hinblick auf Gewaltanwendung ausgesetzt zu sein, was Teil ihres Berufes ist, dass sie vor diesen Gefahren aber weniger geschützt werden und dass auch weniger Sorgsamkeit als bei Polizisten aufgewendet wird, um sie vor diesen Gefahren zu schützen. Einen Polizisten anzugreifen, ist ein eigener Straftatbestand. In der Psychiatrie von einem Patienten angegriffen zu werden, gilt für die Mitarbeiter quasi als Berufsrisiko. Das ist für viele Mitarbeiter in der Psychiatrie sehr verletzend. Sie wissen, dass es Teil ihres Berufes ist, sich damit auseinanderzusetzen und sich fortzubilden. Der Wunsch, dass dieses Risiko hier explizit benannt wird, wird zwar nichts an der Realität verändern. Er würde

aber mehr zur Geltung bringen, dass die Mitarbeiter im Maßregelvollzug und in der Psychiatrie genauso schutzwürdig sind wie Polizisten und andere Menschen auch.

Wenn ich darf, würde ich mich kurz an Frau Erbel wenden. Das, was Sie gesagt haben, hat mich sehr beeindruckt, weil es ein bisschen deutlich gemacht hat, dass hier die Stimme der Betroffenen selber fehlt, die Sie hier vertreten. In der Gesamtdiskussion muss man sich vor Augen halten, dass diese Diskussion im Kontext eines Machtungleichverhältnisses stattfindet, in dem die Betroffenen damit umgehen müssen, was ihnen gegeben wird und kaum einen Weg aus der Situation, die beschrieben worden ist, haben. Ich halte das für die Versorgung deswegen bedeutsam, weil wir parallel auf Bundesebene auch eine Diskussion über die Reform des § 64 StGB führen, die in die Richtung geht, zu versuchen, Leute zu definieren, die von dem Vollzug nach § 64 ausgenommen werden, weil die Entziehungsanstalten so überlastet sind. Das ist zum Teil auch dadurch begründet, dass in den Maßregelvollzugskliniken die Zeit zum Teil nicht richtig genutzt werden kann, oder weil kein richtiger Abschluss erfolgen kann. Insofern gibt es viele Gründe, den Maßregelvollzug so zu verbessern, wie es Frau Erbel und auch andere deutlich gemacht haben, damit einerseits die Klienten davon profitieren und den Eindruck gewinnen können, dass sie an der Behandlung beteiligt sind und ihnen nicht nur vorgeschrieben wird, was sie zu tun haben, dass sie Hoffnung haben und Perspektiven gewinnen können. Andererseits darf die Überlastung von Einrichtungen nicht dadurch gelöst werden, dass Leute, die besonders schwierig sind, herausgelöst werden und dann im Strafvollzug landen, wo noch weniger Hilfemöglichkeiten bestehen.

Wichtig finde ich, dass es in diesem Kontext gewisse Dynamiken gibt, die ich auch für schädlich finde. Für die Angehörigen halte ich es für bedeutsam – so habe ich Frau Dr. Erbel verstanden –, dass die Familienarbeit ein wichtiger integraler Bestandteil der Patientenbehandlung insgesamt ist. Ich habe es oft erlebt, dass der Entzug der Möglichkeit, Verwandte zu treffen, was oft wegen mangelnder Ressourcen geschieht, weil nicht genügend Räume zur Verfügung stehen, wo man sich unter sicheren Bedingungen treffen kann, wie ein Verstärker genutzt wird. Die Möglichkeit, sich mit Angehörigen zu treffen, wird deshalb oft vom Wohlergehen abhängig gemacht. Der Entzug dieser Möglichkeit wird daher als Verstärker benutzt, statt den Besuch als eine Ressource zu nutzen, die dazu helfen soll, dass es danach tatsächlich weitergehen kann. Das liegt auch ein bisschen am System. Deshalb muss eine Gesetzgebung, die eigentlich in die richtige Richtung geht, auch ausdrücklich betonen, dass sich dieser Charakter des Maßregelvollzugs verändert.

Klaus Lüder (Landschaftsverband Rheinland [LVR] [per Video zugeschaltet]): Bevor ich die Frage beantworte, möchte ich gerne auch noch die Sicherheit unserer Beschäftigten ansprechen. Diese Frage ist gerade an die Ärztekammer gerichtet worden. Diese Frage bezieht sich auf § 30, die anlasslose Zimmerdurchsuchung, die zukünftig nicht mehr vorgesehen ist. Bei den besonders schweren Vorkommnissen, bei denen Mitarbeiter auch körperlich zu Schaden gekommen sind, sind in der Regel Waffen zum Einsatz gekommen, die sich die Patienten aus Rasierklingen oder Drahtbügeln gebastelt haben. Bei den Patienten besteht ein großes Interesse, sich solche Gegenstände zu beschaffen. Deswegen haben wir ein großes Interesse daran, dass wir weiterhin

die Möglichkeit haben, insbesondere auf den Hochsicherheitsstationen anlasslos solche Durchsuchungen durchzuführen.

Die andere Frage, die konkret an mich gerichtet war, betraf die Aufsicht, die in § 54 des Gesetzentwurfs geregelt ist. Danach ist das zuständige Ministerium die Aufsichtsbehörde, und die Direktorinnen und Direktoren der Landschaftsverbände als untere staatliche Maßregelvollzugsbehörde einschließlich ihrer Einrichtungen sowie der betriebenen Einrichtungen unterstehen nach § 11 des Landesorganisationsgesetzes der Dienst- und Fachaufsicht des Ministeriums. Insofern sehe ich eine Gleichbehandlung der privaten Träger und der Landschaftsverbände. Es gibt einen kleinen Unterschied: Wenn ein privater eine therapeutische Leitung einsetzen will, muss er dies im Einvernehmen mit der Fachaufsicht, also mit dem zuständigen Ministerium tun. Ansonsten sehe ich keinen Unterschied.

Vorsitzende Heike Gebhard: Dann haben wir es für heute Morgen geschafft. Ich darf mich im Namen des gesamten Ausschusses bei den Damen und Herren Sachverständigen ganz herzlich bedanken. Ich wünsche Ihnen einen guten Heimweg. Der Ausschuss trifft sich um 16:00 Uhr zu seiner normalen Sitzung wieder. Nach Vorliegen des Protokolls über diese Anhörung wird dieser Gesetzentwurf wieder auf die Tagesordnung des Ausschusses kommen. Dann werden wir das weitere Gesetzgebungsverfahren durchführen. Wir sind bemüht, es zügig zu machen.

gez. Heike Gebhard
Vorsitzender

Anlage

28.06.2021/30.06.2021

15

Anhörung von Sachverständigen

Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales

**Gesetz zur Durchführung strafrechtsbezogener Unterbringungen in einem psychiatrischen Krankenhaus und einer Entziehungsanstalt in Nordrhein-Westfalen
(Strafrechtsbezogenes Unterbringungsgesetz NRW – StrUG NRW)**Gesetzentwurf der Landesregierung
Drucksache 17/12306am Mittwoch, dem 9. Juni 2021
10.00 Uhr, Raum E3 D01**Tableau**

eingeladen	Teilnehmer/innen	Stellungnahme
Ärztammer Nordrhein, Düsseldorf	keine Teilnahme	---
Ärztammer Westfalen-Lippe, Münster	Anke Follmann (ÄKWL) Werner Terhaar (Alexianer Münster GmbH) Dr. Martin Reker (Ev. Klinikum Bethel gGmbH)	17/3986
Landschaftsverband Rheinland und Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Köln/Münster	Klaus Lüder (LVR) <i>(per Videostream)</i> Tilmann Hollweg (LWL) Thomas Cordes (LWL) <i>(beide per Videostream)</i>	17/3948
Psychotherapeutenkammer NRW Präsident Gerhard Höhner, Düsseldorf	Gerhard Höhner	---
Professor Dr. Dieter Seifert Alexianer Münster GmbH Forensische Psychiatrie – Christophorus Klinik, Münster	Professor Dr. Dieter Seifert	---

eingeladen	Teilnehmer/innen	Stellungnahme
Dr. Christiane Erbel 1. Vorsitzende ARWED e.V. Arbeitsgemeinschaft der Rheinisch-Westfälischen Elternkreise drogengefährdeter und abhängiger Menschen e. V. in NRW, Bochum	Dr. Christiane Erbel Anja Woweries	17/3959

Weitere Stellungnahmen	
Bürgerinitiative „AlexianerForensik – Sicherheit VOR Therapie“	17/3994 (mit Anlagen als Zuschrift 17/638)
Bürgerinitiative „Sicherheit vor Therapie – Eickelborner Netzwerk für Sicherheit“	17/4006