



Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales

109. Sitzung (öffentlich)

31. August 2016

Düsseldorf – Haus des Landtags

10:00 Uhr bis 12:10 Uhr

Vorsitz: Günter Garbrecht (SPD)

Protokoll: Dr. Nicole Lodders

Verhandlungspunkt:

Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten

Gesetzentwurf
der Landesregierung
Drucksache 16/12068

– öffentliche Anhörung
(*Teilnehmende Sachverständige und Stellungnahmen siehe
Anlage*)

* * *

Vorsitzender Günter Garbrecht: Meine Damen und Herren, ich wünsche Ihnen einen wunderschönen guten Morgen hier im Sitzungssaal des nordrhein-westfälischen Landtags! Ich begrüße ganz herzlich zunächst einmal natürlich meine Kolleginnen und Kollegen, die Mitglieder des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales, ich begrüße auch die Vertreter und Beobachter der Landesregierung, die hinter mir Platz genommen haben, und ich begrüße natürlich ganz besonders herzlich die erschienenen Sachverständigen, die wir gebeten haben, zum einzigen Tagesordnungspunkt der heutigen Sitzung Stellung zu nehmen.

Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten

Gesetzentwurf
der Landesregierung
Drucksache 16/12068

– öffentliche Anhörung
(*Teilnehmende Sachverständige und Stellungnahmen siehe Anlage*)

Nun hat ja dieser Gesetzentwurf der Landesregierung eine Vorgeschichte. Es gab einen Vorentwurf, einen Referentenentwurf und einen Kabinettsentwurf. Genauso wie Sie, jedenfalls weitestgehend, auch schon im Vorentwurf, der auch im Internet abrufbar war, beteiligt waren, haben auch die Damen und Herren Abgeordneten diese unterschiedlichen Arbeitsschritte sehr intensiv verfolgt, sodass wir heute mit Ihren Stellungnahmen nicht bei null, sondern im Prinzip bei Stufe 3 anfangen.

Von daher darf ich noch einmal formal sagen, dass die Überweisung dieses Gesetzentwurfs erst in der Plenarsitzung am 8. Juni erfolgt ist, wir aber die Terminierung dieser Anhörung schon lange im Vorfeld im Ausschuss festgelegt hatten.

Heute ist auch der Rechtsausschuss beteiligt, aber nachrichtlich.

Ich danke noch einmal für die übersandten Stellungnahmen. Sie sind ja zum Teil deckungsgleich mit den Stellungnahmen gegenüber dem Ministerium. Es gibt einige Veränderungen, aber es gibt auch Stellungnahmen, die über die vorgeschlagenen Änderungen des Gesetzentwurfs hinausgehen, also auch Regelungen betreffen, die jetzt nicht geändert werden sollen, zu denen sich aber zumindest Einzelne von Ihnen verhalten haben.

Um die Möglichkeit zu haben, diese Punkte aufzurufen, gibt es hier im Ausschuss die folgende Verfahrensweise, dass ich den Gesetzentwurf abschnittsweise aufrufe, die Damen und Herren Abgeordneten dann zu diesen Abschnitten jeweils Fragen an die Sachverständigen richten werden. Das ist ein eingeübtes Verfahren. Die Damen und Herren Abgeordneten wissen auch, dass sie nicht eine Frage an das ganze Auditorium zu stellen haben – eine solche Frage lasse ich nicht zu –, sondern nur wirklich zielgerichtete Fragen stellen dürfen. Dies führt zu der Bewältigung einer Anhörung in diesem

Ausmaß, auch mit der Vielzahl von Sachverständigen. Dadurch kann es passieren, dass nicht jeder Sachverständige zu Wort kommt. Das ist aber nicht eine Missachtung, sondern das ist dem Prozess geschuldet.

Von daher, meine Damen und Herren, werde ich, wie schon gesagt, abschnittsweise aufrufen und jeweils Fragen zu diesem Abschnitt sammeln. Dann gehen wir in die Beantwortung.

Soweit zum Verfahren. Überdrucke der Stellungnahmen liegen vor. Einige sind relativ spät gekommen, aber das will ich an dieser Stelle nicht in irgendeiner Art und Weise negativ vermerken, weil sich der Ausschuss und die Mitglieder des Ausschusses in den drei Etappenstufen, die ich schon skizziert habe, mit dem Gesetzentwurf durchaus auseinandergesetzt haben.

Meine Damen und Herren, wir kommen zum Art. 1, Abschnitt I, §§ 1 und 2. Gibt es dazu aus dem Kreis der Abgeordneten Fragen?

Frau Schneider von der Fraktion der FDP, bitte schön.

Susanne Schneider (FDP): Schönen guten Morgen! Sehr geehrte Damen und Herren, herzlichen Dank auch im Namen der FDP-Landtagsfraktion für Ihre Stellungnahmen, auch für Ihr Erscheinen heute bei diesem wunderbaren Wetter.

Ich habe eine Frage an die Krankenhausgesellschaft, an die Landschaftsverbände und an die kommunalen Spitzenverbände: Könnten Sie uns bitte erläutern, inwiefern durch diesen Gesetzentwurf erhöhte Dokumentationsanforderungen entstehen?

Danke schön.

Serdar Yüksel (SPD): Auch namens der SPD-Fraktion sage ich zunächst einmal herzlichen Dank für die sehr umfangreichen und dezidierten Stellungnahmen.

Meine Frage richtet sich an die Deutsche Krankenhausgesellschaft, zu § 2. Dort wird auch der Aufwand betrieben, Patientenvereinbarungen zu schließen. Doch ich frage: Was spricht dagegen, Vereinbarungen mit gefährdeten Patienten zu schließen? Denn bisher besitzen ja in der Praxis nur 10 % solch eine Vereinbarung. Spricht das nicht möglicherweise gerade dafür, dass diese gefördert werden muss, um Patienten auch besser aufklären zu können, wie das im Gesetzentwurf im § 2 Abs. 2 auch vorgesehen ist?

Arif Ünal (GRÜNE): Herr Vorsitzender, liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte mich auch im Namen der Fraktion Grüne sehr herzlich für die Stellungnahmen bedanken.

Meine Frage geht an den Landesverband Psychiatrie-Erfahrener und an die Ärztekammern. Besonders der Landesverband hat ja bei den Grundsätzen die Hürden der persönlichen Integrität und beim Schutz der Betroffenen thematisiert. Ich hätte gern eine kurze Erläuterung dafür, wie man das mit anderen Begrifflichkeiten ergänzen kann.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Weitere Fragen sehe ich zu diesem Bereich jetzt nicht. Wer beantwortet die Fragen? – Bitte schön.

Andrea Vontz-Liesegang (Städtetag Nordrhein-Westfalen): Wir sehen schon, dass durch die erhöhten Anforderungen, die sich im Gesetzestext selbst finden, ein größerer Dokumentationsaufwand bei den kommunalen Krankenhäusern entstehen könnte, wie bei den Kliniken generell. Zu diesem Punkt können, denke ich, gerade auch noch einmal die Landschaftsverbände ergänzen, die ja sehr viele von diesen Kliniken betreiben.

Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank (Landschaftsverband Rheinland; Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde; Bundesdirektorenkonferenz): Es entsteht auf jeden Fall ein deutlich größerer Dokumentationsaufwand in der täglichen klinischen Praxis, sowohl für die tägliche Dokumentation der Überprüfung der Notwendigkeit der weiteren Unterbringung, als auch für die deutlich aufwendigeren Verfahren bei den richterlichen Genehmigungen.

Dr. Peter-Johann May (Krankenhausgesellschaft NRW): Die Frage von Herrn Yüksel thematisiert die Patientenvereinbarung. Natürlich sind Patientenvereinbarungen ein sehr probates und wichtiges Mittel. Wir haben in unserer Stellungnahme darauf hingewiesen, dass dieses Mittel nicht zu 100 % erwartet werden kann, sondern dass man das einzelfallabhängig, von der jeweiligen Situation vom Behandlungssetting her, eben auch nicht immer durchführen kann.

Diese 10 %, die da angeführt sind, sind eine Schätzung, eine Schätzung aufgrund von Gesprächen mit vielen Kliniken und Ärztinnen und Ärzten in den Kliniken. Dahinter steht jetzt keine harte Evidenz, ich könnte also nicht auf eine Studie verweisen, sondern es ist quasi das, was man aus den Erfahrungswerten ableiten kann.

Grundsätzlich sind wir natürlich auch damit einverstanden und sehen es positiv, wenn diese Quote erhöht werden kann. Wir wollen aber darauf hinweisen, dass eine Quote in Richtung 100 % an dieser Stelle nicht zu erwarten ist und nicht erwartet werden darf.

Prof. Dr. Susanne Schwalen (Ärztekammer Nordrhein): Bei der Formulierung, die wir in § 2 Abs. 2 finden, möchten wir gern darauf hinweisen, dass gut dokumentiert werden muss, dass die Einwilligungsfähigkeit und Geschäftsfähigkeit des Patienten gut dokumentiert und niedergelegt werden muss, insbesondere der Zeitpunkt, wann das passiert ist.

Matthias Seibt (Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW e. V.): Wir haben in unserer Formulierung Anmerkungen gemacht, und zwar erst einmal zu § 1. „bedeutender Rechtsgüter anderer“ hätten wir gern ersetzt durch „von Gesundheit und Leben Dritter“. „Bedeutende Rechtsgüter“ ist eine „Gummiformulierung“, die zum beliebigen Wegsperrern einlädt. Damit kann man jeden Whistleblower psychiatrisieren, damit kann

man auch Opfer von Sexualdelikten psychiatrisieren, die von der Tat in der Öffentlichkeit sprechen – wir haben neulich ein Beispiel gehabt, wie eine Frau dadurch fast in der Forensik gelandet wäre.

Dann zu § 2 Abs. 1: Wir finden die neue Fassung wesentlich schwammiger. Der Wille ist ein wesentlich klarerer Begriff als „Würde“ oder „persönliche Integrität“. Unser Vorschlag ist: „Bei allen Hilfen und Maßnahmen aufgrund dieses Gesetzes ist auf den Willen und die Bedürfnisse der Betroffenen besondere Rücksicht zu nehmen.“

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herzlichen Dank. – Gibt es jetzt noch weitere Fragen aus den Reihen der Abgeordneten? – Das ist nicht der Fall.

Dann rufe ich den nächsten Abschnitt auf, der nach meiner Kenntnis von den Änderungsvorschlägen nicht betroffen ist, nämlich die §§ 3 bis 6. Gibt es dazu aus dem Kreis der Abgeordneten Fragen? – Das ist nicht der Fall.

Dann rufe ich den Abschnitt III auf, das sind die §§ 7 bis 9. Auch da trifft das, glaube ich, zu. Gibt es dazu Fragen? – Das ist nicht der Fall.

Dann kommen wir zu dem größeren Abschnitt IV, das sind die §§ 10 bis 26. Die würde ich gern unterteilen in die §§ 10 bis 17 und die §§ 18 bis 26.

Zu den §§ 10 bis 17, Herr Kollege Yüksel.

Serdar Yüksel (SPD): Meine Frage zu § 10, der Unterbringung, richtet sich an die Krankenhausgesellschaft und an die Ärztekammer Nordrhein. Die Vorgabe, dass die Unterbringung in offener Form gestaltet werden soll, greift zu sehr – so wird es ja gesagt – in die Organisation des Krankenhauses ein, es ist abhängig von den Gegebenheiten. Stattdessen, wird hier auch in mehreren Stellungnahmen ausgeführt, soll es offenere Formen geben.

Meine Frage ist: Wie muss der Zustand eines Patienten genau aussehen, damit ein Aufenthalt im Freien möglich ist, und bei welchen Zuständen soll dies ausgeschlossen sein und weshalb?

Peter Preuß (CDU): Ich hatte noch keine Gelegenheit, meine Damen und Herren, mich im Namen der CDU-Fraktion für die ausführlichen Stellungnahmen, die wir natürlich berücksichtigen werden, zu bedanken.

Ich habe auch eine Frage zu § 10, und zwar an den Landesverband Psychiatri-Erfahrener, und eine weitere Frage an den Landesverband leitender Ärztinnen und Ärzte. Es ist ja in § 10 die Unterbringung angesprochen, offene Formen der Unterbringung, und es ist der damit verbundene höhere Personaleinsatz angesprochen.

Ich möchte den LPE fragen: Bei wie vielen der nach PsychKG stattfindenden Unterbringungen halten Sie die Gefährdung für tatsächlich gegeben? Über wie viele Personen sprechen wir?

An den Landesverband leitender Ärztinnen und Ärzte stelle ich die Frage, ob Sie die Frage der Unterbringung im Gesetzentwurf ausreichend geregelt sehen.

Arif Ünal (GRÜNE): Ich habe mehrere Fragen, einmal an Prof. Beine, an den Landesverband Psychiatrie-Erfahrener, die Landschaftsverbände und die Ärztekammern.

Die erste Frage bezieht sich tatsächlich auf die Unterbringung in offener Form: Soll das nicht konkretisiert werden? Was versteht man unter dieser offenen Form? Kann man damit so umgehen?

Die zweite Frage bezieht sich auf § 15. Dort steht:

„Ergibt eine ärztliche Untersuchung, dass die Unterbringungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen, hat die ärztliche Leitung die in Satz 2 Genannten unverzüglich zu unterrichten. Bis zur Entscheidung des Gerichts können die Betroffenen sofort nach § 25 beurlaubt werden.“

Meine Frage ist: Wenn es keine Voraussetzung für die Unterbringung gibt, ist es dann nicht notwendig, einfach zu entlassen? Warum soll man zuerst beurlauben? Diese Frage muss hier erläutert werden, weil bei den Stellungnahmen ganz unterschiedliche Sichtweisen dargestellt sind. Deswegen bitte ich einfach die Betroffenen, zu diesen unterschiedlichen Sichtweisen Stellung zu nehmen.

Michael Scheffler (SPD): Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren! Da wir in der Sommerpause hier im Haus auch das Thema „Unterbringung von demenziell Erkrankten“ mit der Alzheimer Gesellschaft sehr ausführlich diskutiert und besprochen haben, würde mich einmal interessieren, wie die Alzheimer Gesellschaft in Nordrhein-Westfalen dieses Gesetz und insbesondere den § 10 im Hinblick auf die demenziell veränderten Menschen in Nordrhein-Westfalen beurteilt.

Martina Maaßen (GRÜNE): Herr Vorsitzender, liebe Experten, Expertinnen, Kolleginnen und Kollegen! Ich habe eine Frage zum § 11, in dem es um die Selbstbestimmungsfähigkeit geht, speziell an die Vertreterin der Gesellschaft DGPPN, und zwar wird das in ihrer Stellungnahme aufgegriffen. Ich würde gern etwas vertiefend erfahren wollen, woran Sie denn erkennen, ob zum Beispiel ein angetrunkener oder bedrohlich auftretender, psychotischer Mensch selbstbestimmungsfähig ist, und ob nicht die Gefahr besteht, dass eine besonders schwierige, herausfordernde Gruppe psychisch kranker Menschen, oft mit Mehrfachdiagnosen, aus der psychiatrischen Versorgung dann ausgegrenzt wird.

Daniel Düngel (PIRATEN): Auch von meiner Seite für die Piraten-Fraktion herzlichen Dank, dass Sie da sind und uns die ausführlichen Stellungnahmen haben zukommen lassen.

Zwei Fragen habe ich, beide an den Landesverband Psychiatrie-Erfahrener.

Einmal in Bezug auf § 14: Sie fordern quasi die Einführung eines § 14a zur richterlichen Anhörung. Vielleicht können Sie dazu noch einmal ausführen, Herr Seibt, wieso, weshalb, warum.

Zum Zweiten hatten Sie auch in Ihrer Stellungnahme erwähnt, dass Sie Minderjährige hier nicht ausreichend geschützt sehen. Vielleicht können Sie dazu auch noch einmal

zwei, drei Sätze sagen, und vor allem natürlich mit dem Aspekt: Wo und an welcher Stelle könnte man das mit aufbringen? Ich packe das jetzt in diesen Abschnitt, weil ich mir möglicherweise vorstellen könnte, dass das ein passender Abschnitt wäre.

Vielen Dank.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Weitere Fragen sehe ich von den Damen und Herren Abgeordneten jetzt erst einmal nicht, dann gehen wir in die Beantwortung, zuerst der Fragen des Kollegen Yüksel.

Dr. Peter-Johann May (Krankenhausgesellschaft NRW): Es ist die Frage zu offenen Formen der Unterbringung gestellt worden, und wie da patientenspezifische Kriterien aussehen müssen. Die KGNW ist keine medizinische Fachgesellschaft, deswegen haben wir in unserer Stellungnahme auch auf die baulichen, strukturellen und organisatorischen Erfordernisse im Rahmen einer offenen Unterbringung hingewiesen.

Grundsätzlich muss man sagen, dass offene Unterbringungen schon bestehen. Die Erfahrungen darüber sind heterogen, es gibt sowohl positive als auch negative Erfahrungen. Wenn man konsequent versucht, eine offene Unterbringung zu implementieren, dann hat das immer etwas mit Investitionen, mit Umbaumaßnahmen und auch mit organisatorischen Veränderungen zu tun. Das heißt, die KGNW spricht sich nicht grundsätzlich dagegen aus, sondern sagt, dass damit natürlich einhergehend auch entsprechende strukturelle Maßnahmen erfolgen müssen. Das heißt, wir sprechen an dieser Stelle auch über Investitionen, über Finanzierung, damit das für alle Beteiligten mit positiven Ergebnissen gelingen kann.

Was die Patientenmerkmale betrifft, wie gesagt, können wir keine substantiierte Stellungnahme abgeben.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Die Frage des offenen Vollzugs, der Präzisierung ist ja von Herrn Ünal und von Herrn Preuß auch angesprochen worden. Vielleicht nehmen Sie diese Fragen, die zum gleichen Themenkomplex gehören, mit auf.

Bitte schön.

Prof. Dr. Meinolf Noeker (Landschaftsverband Westfalen-Lippe): Zur Frage der offenen Unterbringung finde ich, wir sind ja mit diesem Gesetz nicht nur dabei, rechtliche Klärungen herbeizuführen, sondern auch, glaube ich, eine Werteorientierung in die psychiatrische Behandlung mit hineinzugeben.

Der Begriff der offenen Unterbringung ist natürlich ein sehr, sehr weiter, den man – ich schließe mich Herrn May an – natürlich unter dem Aspekt „Strukturqualität“ ganz filigran hinterlegen könnte: Was bedeutet das baulich, was bedeutet das personalwirtschaftlich, was bedeutet das therapeutisch usw.? Ich glaube aber, dass das den Umfang des Gesetzes letztlich sprengen würde.

Gleichwohl befürworte ich ausdrücklich die Formulierung „offene Unterbringung“, weil es damit natürlich eine Zielorientierung in das gesamte Bestreben des Gesetzes hineingibt, die man nahezu bis in die Präambel hinein auch fassen kann, nämlich die Intention, Selbstbestimmung insgesamt mit einer höheren Wertigkeit auszustaffieren, als wir das im vorangegangenen Gesetz gehabt haben. Wir haben mittlerweile auch richtig eine heterogene Studienlage, wie es mit zwangsweiser Unterbringung bei Fremd- und Selbstgefährdung ist.

Wir haben aber in der letzten Zeit deutliche Hinweise – und zwar jetzt gerade vor ein, zwei Wochen aus der Schweiz heraus publiziert, aber deutlich gestützt auf Daten aus NRW –, dass wir mit Blick auf das Suizidrisiko – bei mehr als 100.000 Patienten untersucht – eben doch etwa eine Gleichrangigkeit haben von Unterbringungsformen, die die Tür nicht abschließen, sondern jemand positioniert sich vor der Tür und sichert in der Form ohne überbordende Restriktionen, und dass wir von der empirischen Datenlage her im Bereich der Suizidraten etwa von der Gleichwertigkeit solcher harten Parameter ausgehen müssen.

Wir haben natürlich insgesamt über die Landkarte einen sehr, sehr heterogenen Umgang mit offener Psychiatrie versus tendenziell eher – sage ich einmal – historisch auf geschlossene Unterbringung setzender Psychiatrie. Auch da, glaube ich, ist es wichtig, diese Werteorientierung des Gesetzes zu akzentuieren, weil wir ungeachtet natürlich einheitlicher Rechtsvorgaben schon im Rahmen des vorangegangenen Gesetzes, aber auch im Rahmen dieses Gesetzes, wahrscheinlich auch weiterhin in der Zukunft eine Heterogenität in der Rechtsanwendung haben werden.

Das bedeutet eben, dass wir, glaube ich, auch ruhig dieses Gesetz mit solchen Werteorientierungen ausstaffieren können, und natürlich über die gesetzlichen Maßnahmen hinaus weitere Maßnahmen erfassen oder einschließen müssen, die dann darauf zielen, eine andere, eher offenere Kultur und Behandlungspraxis, die Selbstbestimmung respektiert, mit hineinzunehmen.

Insofern sage ich einmal zusammenfassend: Das Bemühen, offene Formen sozusagen zu operationalisieren, legalistisch oder auch therapeutisch, ist, glaube ich, nicht wirklich durchhaltbar im Rahmen eines solchen Gesetzes, gehört aber aus meiner Sicht gleichwohl prominent in dieses Gesetz hinein, damit insgesamt in die Psychiatrie und in die Bürgerschaft hinein ausgestrahlt wird, was das Ziel und was der Etappensprung ist, den wir mit dieser Novellierung haben wollen.

Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank (Landschaftsverband Rheinland; Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde; Bundesdirektorenkonferenz): Zu dem Thema der offenen Unterbringung, der offenen Stationen möchte ich gern auch vorab sagen, dass wir aus den gleichen Gründen, die Prof. Noeker genannt hat, auch sehr begrüßt haben, dass im Gesetz aufgeführt ist, dass offene Formen der Unterbringung bevorzugt werden sollen.

Gleichwohl, glaube ich, muss uns allen klar sein, dass offene und geschlossene Formen der Unterbringung bei Patienten, die untergebracht sind, nicht wirklich ein kategorischer Unterschied sind, sondern eher ein dimensionaler Aspekt gesehen werden

muss. Bei offenen Stationen ist es so, dass die Tür mechanisch offen ist, meistens aber direkt vor der Tür Personal steht, dass darauf achtet, dass Patienten, die sehr gefährdet wären, wenn sie rausgehen würden, eben die Station nicht verlassen. Das heißt, in gewisser Weise ist die Station da auch geschützt und geschlossen, aber eben anders und in einer Art und Weise, die nach der Erfahrung in dem Milieu und in der Atmosphäre der Station durchaus einen großen und sehr positiven Unterschied ausmacht.

Auch da ist es so, dass es natürlich Patienten gibt, die so schwer und so akut erkrankt sind, dass auch das Personal vor der Tür nicht ausreichen würde. Dann gibt es die Möglichkeiten – und so wird das auch in verschiedenen offenen Stationen gehandhabt –, dass zum Beispiel kleinere Bereiche der Station fakultativ auch mechanisch geschlossen werden können oder dass halt einzelne Patienten in einem Zimmer isoliert werden müssen. Das gibt es ja auf offenen Stationen und halt in extremen Situationen, dass auch weitere, mechanische Sicherungsmaßnahmen in Frage kommen und eingesetzt werden müssen.

Das passiert auch in jeder Klinik, die keine geschlossenen Stationen hat, weil es nun einmal diese Patienten gibt, die man aus ärztlicher Sicht vorübergehend, für eine kurze Zeit nicht anders sichern kann. Das heißt, es ist nicht nur offen und nur geschlossen, sondern es ist wirklich etwas Dimensionales. Wir haben uns im Rahmen der Arbeiten beim Landespsychiatrieplan NRW gerade sehr intensiv darum bemüht, zu definieren, was offene Psychiatrie ist. Das läuft darauf hinaus, dass es eigentlich eher mehr eine atmosphärische und Haltungssache ist und weniger der Aspekt, ob wirklich die Tür mechanisch oder personell geschlossen ist oder nicht.

Gleichwohl, auch wenn das Thema eben sehr, sehr schwierig und komplex ist, begrüßen wir ausdrücklich, dass im Gesetz aufgenommen wird, dass offene Formen in diesem dimensional Verständnis – also so viel Offenheit wie möglich – bevorzugt werden. Denn das gibt uns auch aus ärztlicher Sicht eine Sicherheit.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Danke noch einmal für die Erläuterungen, für das Plädoyer. Der Ausschuss hat sich nach meiner Erinnerung im Jahr 2006 und bei der letzten Änderung auch mit dieser Fragestellung sehr intensiv beschäftigt. Von daher gibt es jetzt hier ein paar Nachfragen aufgrund Ihrer Stellungnahmen, dass eben geschlossene Unterbringung damit nicht ausgeschlossen ist, so habe ich das verstanden.

Aber jetzt würde ich gern in der Reihenfolge der Fragestellung der Abgeordneten weitergehen und da waren jetzt die Ärztekammern angesprochen.

Frau Prof. Schwalen, bitte schön.

Prof. Dr. Susanne Schwalen (Ärztekammer Nordrhein): Ich würde gern noch auf die Frage von Herrn Ünal eingehen. Der hatte gefragt, welche Bedingungen vorliegen müssen, wenn die Unterbringung beendet wird. Wir sehen das auch so, dass das weiter konkretisiert werden muss. Wenn eben die Bedingungen für eine Unterbringung

oder Behandlung nicht vorliegen, kann es nicht sein, dass die Patienten in den Krankenhäusern sozusagen noch liegen.

Wir haben heutzutage schon das Problem, das an uns herangetragen wird, dass die Kassen nachfragen, warum diese Patienten dann noch dort sind. Ich denke, dass im Gesetz tatsächlich konkretisiert werden muss, wie zu verfahren ist. Beurlaubung ist hier für meine Begriffe nicht konkret genug.

Martin Lindheimer (Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW e. V.): Zu dem Thema „§ 10 – offene Unterbringung“: Die Formulierung im Gesetz ist zu schwach. Es müsste dort stehen: „Eine offene Unterbringung muss stattfinden“, und zwar aus folgenden Gründen.

Trotz Suizidrisiko, welches sie auf somatischen, chirurgischen und anderen Stationen haben, die nicht psychiatrisch sind – das gibt es auch –, würde hier niemand auf die Idee kommen, diese Türen abzuschließen; denn eine geschlossene Stationstür kann das Suizidrisiko nicht senken. Eine geschlossene Stationstür bedeutet vielmehr, dass Menschen den letzten Funken Hoffnung verlieren, dass der Kontakt zur Außenwelt völlig abgebrochen wird. Der Mensch, der vom Suizidgedanken gequält wird, ist frustriert und wird verwirrt zurückgelassen.

Es gibt einen Film, der das sehr gut illustriert, der heißt „Schnupfen im Kopf“, ein deutscher Film aus dem Jahr 2010. Die Hauptprotagonistin des Filmes ist in einer psychisch sowieso sehr verletzbaren Situation und wird von der offenen Station aufgrund der Äußerung „Ich möchte nicht mehr“ – das ist ja eine ganz lapidare Äußerung, die man auch einmal so bringt, „Ich habe die Schnauze voll“, „Ich will nicht mehr“, „Ich bin wütend“ –, Interpretation Suizidgefährdung, ab auf die geschlossene Station verlegt. Sie verliert den letzten Funken an Hoffnung und Heilung und nimmt sich dann dort das Leben.

4,8 % der Menschen, die zum ersten Mal mit Neuroleptika behandelt werden – das ist das, was die Psychiater als das Allheilmittel ansehen –, nehmen sich nach der Behandlung das Leben. Das ist eine ganz große und sehr bedenkliche Zahl. Vor allem als Behandlungserfolg der psychiatrischen, geschlossenen und gewaltbereiten Behandlung nehmen sich viele Menschen nach der Entlassung das Leben, suizidieren sich auf Wochenendausgängen und werden – zum Beispiel, wenn sie sich auf Wochenendausgängen suizidieren – nachträglich am Freitag entlassen.

Soviel zur Praxis der Psychiatrie im Allgemeinen. Es gibt allerdings auch Positivbeispiele, nämlich in der Psychiatrie Heidenheim – das ist in Baden-Württemberg –, in Hamm, Prof. Beine – heute leider nicht hier –, und auch in Herne werden offene Formen der Unterbringung auch bei Menschen, die nach PsychKG eingewiesen worden sind, seit langem durchgeführt.

Warum geht das an so vielen Stellen in Deutschland und warum geht das nicht woanders? In Herne ist es so, dass seit 15 Jahren eine offene Unterbringung ohne geschlossene Türen stattfindet, und zwar ohne bauliche Veränderung. Wenn die Herrschaften

der Psychiatrie sich bequemen würden, einmal in dieses etwas schmutzige Krankenhaus zu gehen, würden sie vielleicht feststellen, dass das alles geht, wenn man möchte.

Offene Türen haben den großen Vorteil, dass sie dazu führen, dass der Behandler mit dem Menschen, dem er eigentlich Schutz zu gewähren hat, der in seinen Grundrechten eingeschränkt wird, mit diesem schutzbedürftigen Menschen überhaupt erst einmal in den Dialog treten muss. Er muss diesem Menschen erklären: Warum musst Du eigentlich hier bleiben? Wozu bist Du da? Die jetzige Praxis ist doch vielmehr so: Ich mache die Tür zu, ich überwältige diesen Menschen körperlich und spritze ihm Psychopharmaka. Ich brauche nicht reden. Ich habe die Gewalt.

Wir Psychiatrie-Erfahrenen im Übrigen führen als einzige Institution in Deutschland neben dem Weglaufhaus in Berlin regelmäßig Krisenbegleitungen durch. Wir haben nicht die Möglichkeit, Menschen gegen ihren Willen einzusperren, und wir haben auch nicht die Möglichkeit, Menschen gegen ihren Willen mit Psychopharmaka zu behandeln. Trotzdem gelingt es uns allzu häufig mit unseren schwachen, schizophrenen Nerven, die wir haben, diese Menschen wieder auf die Linie zu bekommen.

Ich denke, offene Stationstüren haben vor allem etwas mit dem Willen der Psychiatrie zu tun, in diesem Fall aber vor allem etwas mit dem Willen der Politik. Unterbringung hat vor allem und muss – nicht soweit möglich, sondern muss – mit offenen Stationstüren stattfinden.

Danke.

Dr. Martin Köhne (Landesverband leitender Ärztinnen und Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie in NRW e. V.): Vielleicht zwei Vorbemerkungen: Die Zahlen, die genannt wurden, und auch die Studie aus der Schweiz, das kann man, wenn man sich sehr intensiv damit beschäftigt, auch alles sehr intensiv interpretieren, und das kann man sehr unterschiedlich werten. Beachten Sie bitte, dass in der geschlossenen Aufnahme ja doch Patienten sind, das sind nicht nur suizidale, sondern das ist eine sehr heterogene Gruppe von Menschen, die geschützt und beschützt untergebracht werden müssen.

Die Idee, die auch hier geäußert wurde, fand ich ganz gut, dass man eben von einer offenen Form der Unterbringung spricht. Das ist ja erst einmal ein Prozess, der in Gang gesetzt wird. Die Haltung, die dahinter steht, finde ich gut, das findet auch mein Verband gut. Aber dennoch muss man sich fragen: Was steckt dahinter? Es darf ja auch nicht sein, dass man nur offene Unterbringung hat, dass man alles offene verherrlicht und dann auf offenen Stationen Menschen fixiert, weil kein geschützter Raum zur Verfügung steht. Also insofern – ich glaube, ein Kollege von den Grünen hat es eben gefragt – muss das näher definiert werden, ich denke, in den Ausführungsbestimmungen. Sicher sollte man auf offene Formen – was heißt offene Form, was heißt geschlossene Form – näher eingehen und den Prozess sehen und den auch unterstützen.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Prof. Beine, der auch gefragt wurde, ist nicht da. – Ich rufe dann jetzt die Frage von Frau Maaßen auf, die sich auf § 11 bezog.

Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank (Landschaftsverband Rheinland; Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde; Bundesdirektorenkonferenz): Ich antworte jetzt als Vertreterin der DGPPN. Die Bemerkung, der Hinweis der DGPPN ermahnt oder bittet letzten Endes um eine Klarstellung oder um eine deutlichere Ergänzung. Es heißt nämlich in dem Paragraphen:

„... solange durch deren krankheitsbedingtes Verhalten ... eine erhebliche Selbstgefährdung oder eine erhebliche Gefährdung bedeutender Rechtsgüter anderer besteht, die nicht anders abgewendet werden kann.“

Wahrscheinlich ist es so, dass mit dem Begriff „krankheitsbedingtes Verhalten“ auch gemeint ist, dass der Mensch in dem Zustand nicht selbstbestimmungsfähig ist. Es wird aber nicht explizit genannt, sodass es theoretisch auch sein könnte, dass ein Mensch, der zwar psychisch krank, aber selbstbestimmungsfähig ist, wenn er sich selbst gefährdet, dann untergebracht werden kann. Das würden wir ablehnen, weil es auch durchaus Konstellationen gibt, bei denen ein Mensch, der psychisch krank ist, sich mit Einsichtsfähigkeit und Selbstbestimmungsfähigkeit letzten Endes mit freiem Willen entscheidet, etwas zu tun, was seiner Gesundheit schaden würde oder im schlimmsten Fall auch den Tod bedeuten könnte. Das ist zugegebenermaßen eher eine seltene Konstellation, aber eine solche Konstellation gibt es durchaus auch. Wir sind der Meinung, dass Selbstbestimmungsunfähigkeit wirklich auch eine zwingende, weitere Voraussetzung für eine Unterbringung sein muss.

Die Frage ist jetzt: Wie erkennt man das? Was sind die Kriterien? Das ist natürlich die psychiatrische Arbeit und Aufgabe, den Menschen sehr intensiv zu untersuchen, zu befragen, um einzuschätzen, ob er wirklich in der Lage ist, auch durch Abwägen der verschiedenen Verhaltensalternativen und ohne zu starke Einengung seines Blickfelds auf negative Wahrnehmungsaspekte, auch wirklich eine freie Entscheidung zu treffen, ob er einen freien Willen entfalten kann.

Regina Schmidt-Zadel (Landesverband der Alzheimer Gesellschaften Nordrhein-Westfalen e. V.): Zunächst einmal möchten wir uns herzlich bedanken, dass wir eingeladen waren. Das war in der Vergangenheit nicht immer selbstverständlich, aber wir melden uns gern zu Wort.

Ich will noch etwas Grundsätzliches sagen: Wir finden, dass ältere Menschen, aber vor allem Demenzkranke in dem Gesetzentwurf noch zu wenig berücksichtigt sind. Wir würden dazu gern auch noch einmal zu gegebener Zeit Alternativen vorschlagen. Aber wir haben zu § 10 Abs. 3 eine besondere Frage oder einen Punkt. Für uns ist es nur sehr schwer nachvollziehbar, warum Zwangsmaßnahmen außerhalb der psychiatrischen Krankenhäuser – zum Beispiel in somatischen Krankenhäusern und auch in der Häuslichkeit, aber auch in geschlossenen Heimen, in denen Menschen mit Demenz, Alzheimer untergebracht sind – im Gesetz keine Rolle spielen.

Wir haben – Herr Scheffler hat darauf hingewiesen – in diesem Sommer hier eine sehr gute Tagung zu dem Thema „Fixierungen und Zwangsmaßnahmen“ gehabt. Da ist immer wieder auf die Situation in Heimen hingewiesen worden, auch in geschlossenen Heimen, in denen Menschen mit Demenz, Alzheimer leben. Wir finden, dass dieser Bereich dringend – auch in der Häuslichkeit gibt es ja Probleme – noch in den Gesetzentwurf aufgenommen werden muss.

Matthias Seibt (Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW e. V.): Wir finden, dass die richterliche Anhörung deutlicher herausgestellt werden soll, und zwar durch einen § 14a – richterliche Anhörung. Damit eben völlig klar ist, dass der Richter die Hoheit über die Freiheitsentziehung hat und nicht der Arzt oder die Ärztin.

In dem Paragraphen soll dann einmal stehen, dass dem Betroffenen vor der richterlichen Anhörung keine Psychopharmaka verabreicht werden dürfen; falls der Betroffene das selbst wünscht, ist das möglich und schriftlich zu dokumentieren. Dann dürfen und sollen Vertrauenspersonen und Bevollmächtigte an dem Termin teilnehmen. Der Termin der Anhörung ist dem Betroffenen rechtzeitig mitzuteilen, damit er seinen Rechtsanwalt, seine Bevollmächtigten und etwaige Vertrauenspersonen benachrichtigen kann. Sind diese Personen der aufnehmenden Einrichtung bekannt, muss die Einrichtung die Benachrichtigung übernehmen.

Wir hätten gern, dass die Dauer der richterlichen Anhörung zu dokumentieren ist. Es handelt sich um eine Anhörung des Betroffenen, nicht um eine Anhörung des behandelungswilligen Arztes, das sollte auch hineingeschrieben werden. Denn oft, in mindestens der Hälfte der Fälle, vielleicht noch mehr, fragt der Richter den Arzt, was los ist, und nicht den Betroffenen.

Zur Begründung. Das hatte ich eben schon gesagt. Denn ist es so, es ist eine freiheitsentziehende Maßnahme, vielleicht wird daraus sogar ein Eingriff in den Körper. Da ist es absolut unvertretbar, dass man keine rechtliche Vertretung hat. In der Praxis ist es so: Irgendwann kommt der Richter, das erfährt man etwa fünf Minuten vorher, wenn man gebeten wird, ins Arztzimmer zu kommen. So kann ich mich nicht juristisch vertreten lassen. Wer hat so viel Geld, einen Anwalt einen ganzen Tag lang zu bezahlen, damit er auf den Fluren herumlungert und wartet, wann der Anhörungstermin ist?

Das ließe sich organisatorisch so regeln, dass man eine feste Uhrzeit zwischen Klinik und Amtsgericht ausmacht, und dann sind eben immer alle Anhörungen. Diese Anhörungen dauern in der Praxis manchmal nur wenige Minuten. Das finde ich bei einer Grundrechtseinschränkung recht frivol. Wenn man die Anwesenheit von Rechtsanwalt, Bevollmächtigten oder Vertrauenspersonen ermöglichen würde, würde etwas mehr Waffengleichheit für die Betroffenen existieren. Bislang ist es fast immer so, dass Arzt, Richter und Verfahrenspfleger gegen den Betroffenen zusammenhalten. Es gibt ganz wenige Ausnahmen.

Thema „Minderjährige“. Wir finden, es ist ein besonderer Schwachpunkt, dass die Unterbringung von Minderjährigen nicht richtig kontrolliert wird. Denn selbst wenn die Eltern zustimmen, ist es ja dann doch eine Unterbringung gegen den Willen des Kindes oder des Jugendlichen. Das ist eine Maßnahme, wie man Konflikte in der Kindheit oder

Pubertät mit Hilfe der Psychiatrie entscheiden kann. Letztlich muss das richterlich kontrolliert werden; denn das ist ja dann Freiheitsentziehung plus eventuell sogar ein Eingriff in den Körper. Die Psychiatrie Datteln lässt sich das regelhaft unterschreiben, dass, wenn die Eltern nicht innerhalb einer Stunde da sind, sie eben ein Neuroleptikum geben dürfen. Ich finde, es ist kein Argument, dass dies im FamFG bisher nicht richtig geregelt ist. Man kann das ja einmal in dieses Gesetz hineinschreiben. Das fände ich sehr gut.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herzlichen Dank, Herr Seibt. – Ich sehe keine Nachfragen aus den Reihen der Abgeordneten. Dann kommen wir zu den §§ 18 bis 26.

Herr Kollege Seibt, wir machen es immer so, dass sich die Damen und Herren Abgeordneten mit Fragen an Sie wenden. Es gibt hier keine Diskussion zwischen den Sachverständigen.

Matthias Seibt (Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW e. V.): Aber Sie hatten die Frage aus der letzten Runde, wie viele der Unterbringungen zu Recht vorgenommen werden, nicht an mich gestellt, deswegen komme ich darauf zurück.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Der Kollege Preuß hatte schon nachgefragt, darum hat er mit mir gesprochen. Dann ist er gekommen und hat gesagt: Die Frage hat sich erledigt. – Ich reagiere immer auf das, was mir die Damen und Herren Abgeordneten sagen.

Aber ich gebe dem Kollegen Preuß jetzt das Wort, vielleicht will er die Frage von Ihnen doch noch einmal beantworten haben.

Peter Preuß (CDU): Ich stelle die Frage noch einmal. Es geht ja um offene Formen der Unterbringung, das haben wir jetzt auch erörtert. Aber in dem Zusammenhang ist immer von einem erhöhten Personaleinsatz die Rede. Die Frage wäre: Über wie viele Personen reden wir denn? Über wie viele Fälle reden wir? Können Sie dazu Angaben machen?

Matthias Seibt (Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW e. V.): Ich verstehe die Frage nicht. Die ist ja jetzt anders als eben.

Peter Preuß (CDU): Bei wie vielen der nach PsychKG stattfindenden Unterbringungen halten Sie die Gefährdung für tatsächlich gegeben? Über wie viele Personen reden wir?

Matthias Seibt (Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW e. V.): Das kann ich beantworten. Bei 10 % ist es eindeutig, da ist die Gefährdung tatsächlich gegeben. Bei 15 % würde ich darüber diskutieren, ob hier eine Gefährdung vorliegt, und bei 75 % liegt keine Gefährdung vor, diese Leute sind eben lästig oder schräg, aber nicht gefährlich, weder für sich noch für andere.

Dr. Martin Köhne (Landesverband leitender Ärztinnen und Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie in NRW e. V.): Die Zahlen sind für mich nicht so eindeutig nachvollziehbar. Der Landespsychiatrieplan gibt Zahlen her, die sind ausgewertet worden, aber wie viel Prozent davon jetzt wirklich gefährdet sind oder so, das steht da nicht drin. Durch den Landespsychiatrieplan läuft jetzt gerade, glaube ich, eine statistische Umfrage der Universität Bochum, in der gerade solche Fragestellungen zu beantworten sind und durch die man dann wirklich fundiertes Zahlenmaterial hat.

Das, was hier gesagt wurde, ist schätzen.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Dann haben wir das jetzt als offen gebliebene Frage auch hinreichend, jedenfalls mit Annäherungswerten beantwortet.

Ich rufe jetzt den zweiten Bereich auf, das sind die §§ 18 bis 26. Die Kollegin Schneider hat als erste das Wort. – Bitte schön.

Susanne Schneider (FDP): Meine erste Frage richtet sich an die Krankenhausgesellschaft, an den Landesverband leitende Ärztinnen und Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, an die Landschaftsverbände und die Bundesdirektorenkonferenz, das heißt, an Frau Prof. Gouzoulis-Mayfrank in Doppelfunktion. Ich wüsste gern, warum aus Ihrer Sicht ein fester Zeitkorridor für den Richtervorbehalt erforderlich wäre.

Dann habe ich noch eine Frage, auch an den LLPP und an die Ärztekammern. Erläutern Sie uns bitte das Problem von Zwangsbehandlungen bei akuten Erkrankungen. Ich denke jetzt gerade an drohendes diabetisches Koma, an Status asthmaticus. Welche Probleme sehen Sie da?

Danke schön.

Norbert Post (CDU): Ich habe eine Frage an die Ärztekammern, hier an Frau Prof. Schwalen. Die Differenzierung nach § 18 Abs. 5 ff. zwischen Anlasserkrankung, somatischer Erkrankung und sonstigen Erkrankungen ist zumindest im Gesetz nicht sehr deutlich. Wie beurteilen Sie diese Differenzierung? Ist eine Verdeutlichung oder Klarstellung notwendig? Wie ist der Konkretisierungsbedarf?

Martina Maaßen (GRÜNE): Ich möchte erst noch eine Anmerkung machen. Mir ist gerade aufgefallen, dass zu § 14 der Städtetag noch angefragt worden war. Frau Ritschel hatte uns das jetzt gerade einmal zugeflüstert.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Restanten machen wir am Ende.

Martina Maaßen (GRÜNE): Dann komme ich jetzt zu § 18 Abs. 7. Bezüglich der Unterbringung Minderjähriger wurde eben schon einmal von Herrn Seibt angedeutet, dass da grundsätzlich die Zustimmung der Sorgeberechtigten maßgeblich ist, einer gerichtlichen Genehmigung bedarf es aber nicht. Ich hätte ganz gern noch einmal, dass Sie, Herr Seibt, Ihre Anmerkungen oder Ihre Bedenken dazu noch einmal äußern.

Dazu hätte ich auch gern Herrn Schalast befragt von der Rheinischen Gesellschaft für soziale Psychiatrie, die doch zu diesem § 18 Abs. 7 schreiben: Dies nehmen wir zur Kenntnis. – Dieses „zur Kenntnis nehmen“ – wie gesagt, das ist § 18, Abs. 7 – löst bei mir so ein bisschen versteckte Kritik aus. Sehe ich das richtig, oder wie ist da die Einschätzung zur fehlenden gerichtlichen Genehmigung bei Minderjährigen oder der nicht notwendigen gerichtlichen Genehmigung?

Astrid Birkhahn (CDU): Meine Frage bezieht sich auf den § 20, auf die besonderen Sicherungsmaßnahmen. In der letzten Wahlperiode haben wir uns ja mit der Einführung der Sitzwachen auseinandergesetzt. Jetzt sind wir in einer Diskussion, in der die Sitzwache sehr kritisch gesehen wird. Ich habe Fragen an den Landesverband leitender Ärztinnen und Ärzte für Psychiatrie. Ich würde gern noch einmal deutlich ausgeführt sehen, wo Sie diese Probleme bei der Sitzwache sehen und welche Flexibilität Sie sich wünschen.

Ich würde dann gern eine Frage an den Pflegerat NRW stellen, an Herrn Krake. Sie möchten ja die ständige Bezugsbegleitung als Begrifflichkeit und auch im Grunde als neues Verfahren einführen. Mich interessiert, wie bei dieser Bezugsbegleitung die körperliche Sicherheit der Patienten vor einer Eigen- oder Fremdgefährdung gewährleistet ist.

Vielen Dank.

Peter Preuß (CDU): Ich habe noch eine Frage zu § 18 Abs. 5 bzw. § 18 Abs. 6 – Richtervorbehalt – an die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde und an den Landesverband leitender Ärztinnen und Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie. Da geht es um die Zwangsbehandlung. Unter welchen Voraussetzungen ist eine Zwangsbehandlung ohne richterliche Genehmigung nötig?

Serdar Yüksel (SPD): Ich habe eine Frage zum § 18 Abs. 7. Ich würde gern noch einmal konkretisieren wollen, was gerade gefragt worden ist, auch im Hinblick auf den Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Juni 2016. Dort heißt es ja ausdrücklich, dass es gegen die Schutzpflicht verstoßen würde, wenn eine Person nicht notfalls auch gegen ihren natürlichen Willen ärztlich behandelt werden dürfe. Hilft Ihnen das Urteil des Bundesverfassungsgerichts, gibt es Ihnen Rechtssicherheit im täglichen Umgang?

Olaf Wegner (PIRATEN): Meine Frage richtet sich an Frau Osterfeld, und zwar zum § 23 – Besucherkommission. Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme, dass auch nicht psychiatrische Sachverständige das Protokoll schreiben sollten, also auch unter Umständen Richter oder andere Personen. Sie schreiben auch, dass die Ergebnisse oder die Protokolle der Besucherkommission veröffentlicht werden sollen. Meine Frage: Welche Vorteile versprechen Sie sich davon, wenn andere Personen als die psychiatrischen Sachverständigen diese Protokolle schreiben? Auch: Welchen Vorteil versprechen Sie sich davon für die Patienten, wenn die Protokolle veröffentlicht werden?

Vielen Dank.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Viele Fragen haben sich um § 18 gehandelt. Wir versuchen jetzt, diese Fragen im Kontext zu beantworten, und danach weiterzugehen.

Als Erstes gebe ich das Wort dem Verband der leitenden Ärzte und den beiden Landschaftsverbänden.

Prof. Dr. Heinrich Schulze Mönking (Landesverband leitender Ärztinnen und Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie in NRW e. V.): Bei Zwangsmaßnahmen, also einer Behandlung gegen den Willen der Betroffenen, müssen wir unterscheiden zwischen einer Akutsituation und einer langfristigen Maßnahme. Wenn jemand langfristig seine Behandlungsbedürftigkeit anders sieht als die Ärzte, aber nicht akut gefährdend ist, ist es sicherlich eine besondere Situation.

In den Krankenhäusern haben wir häufig etwas anderes. Wir haben Akutaufnahmen, Patienten sind in ihrer seelischen Erkrankung hoch erregt und müssen beispielsweise in schwierigen Situationen fixiert werden. In einer solchen Fixierung keine medikamentöse Hilfe zu geben, halte ich für ethisch höchst problematisch. Die Patienten sind höchst erregt, der Blutdruck steigt an, die Herzfrequenz steigt an. Das führt zu Kreislaufgefährdung in der akuten Situation.

Das zweite ist aber – das darf man nicht vergessen –, wenn man einen solchen Menschen über Stunden ohne eine Behandlung mit entängstigenden Psychopharmaka belässt, ist die Gefahr der Entwicklung einer Traumastörung gegeben. Eine Erinnerung an solche Situationen wird er praktisch nie vergessen. Wie man heute starke Schmerzsituationen sofort auch fast prophylaktisch behandelt, weil der Schmerz ein Gedächtnis hinterlässt, so wissen wir auch, dass Angst eine Spur hinterlässt. Menschen in starker Anspannung und Angst nicht akut zu behandeln, und zwar sofort, auch wenn sie das nicht einsehen können, halte ich für ethisch höchst fragwürdig.

Prof. Dr. Meinolf Noeker (Landschaftsverband Westfalen-Lippe): Zur Frage bezüglich des zeitlichen Korridors bei der Herbeiführung einer Richterentscheidung in den Kontexten Unterbringung, länger andauernde Fixierung und Zwangsbehandlung. Wir wünschen das natürlich, weil die Auslösesituationen in beide Richtungen immer hoch eskaliert sind – ich kann mich da anschließen –, für das Personal und insbesondere natürlich für die Patientinnen und Patienten, die ohne eine Entscheidung für sich drohen, weiter in Eskalation, Traumatisierung und Schädigung hineinzugehen. Natürlich ist da aus gemeinsamem Interesse heraus Eile geboten.

Die Entscheidung ist natürlich final eine rechtliche, und die Psychiater sind in der Rolle des Konsiliarius für eine rechtliche Entscheidung. Entsprechend ist es in hohem Maße wünschenswert, dort eine sehr, sehr eilige richterliche Entscheidung herbeizuführen. Uns ist klar, dass das in der aktuellen Situation, wie es in den Justizbehörden aussieht, viel an Krisenmanagement gegebenenfalls und an Flexibilität erfordert. Aber dem Grunde nach halten wir diese Anforderung ganz hoch, weil wir letztlich dann auch einen juristischen Entscheid haben, der spezifisch aus diesem Kontext PsychKG – oder

gegebenenfalls auch aus dem Betreuungsrecht heraus – getroffen werden kann und nicht aus den – sage ich einmal – in Reserve stehenden Rechtsinstituten, wie Nothilfe, die natürlich auf alle Gefährdungslagen prinzipiell anwendbar sind, aber eben nicht diesen klaren rechtlichen Korridor bieten, wie wir im PsychKG jetzt eben gerade darum dringen.

Deswegen: Je schneller hier eine Entscheidung herbeigeführt werden kann, desto besser ist das für die Betroffenen und alle Beteiligten.

Bei der Zwangsbehandlung ist wichtig – da schließe ich noch einmal an Ihre Ausführungen an –: Es geht primär nicht um die Zwangsbehandlung einer psychischen Erkrankung, sondern dass die fehlende Einsichtsfähigkeit adressiert wird. Ich nehme noch einmal Bezug auf die Ausführungen der Alzheimer Gesellschaft eben. Bei demenziellen Erkrankungen haben wir im Sinne einer Zwangsbehandlung weder bei Fremd- noch bei Selbstgefährdung in den seltensten Fällen eine pharmakologische Option, dadurch wieder eine Einsichtsfähigkeit herbeizuführen. Insofern schließt sie sich bei diesen Krankheitsbildern aus.

Umgekehrt haben wir, gerade wenn Patienten bekannt sind, im Bereich psychotischer Krankheitsbilder häufig eine sehr, sehr gute Option, zeitnah auch wieder eine Einsichtsfähigkeit herbeizuführen, damit wieder eine Selbstbestimmungsfähigkeit und dadurch wieder die Möglichkeit, ganz im Sinne der Betroffenen dann auch wieder miteinander in Vereinbarungen hineinzukommen, wie sich der weitere Behandlungsverlauf stützt.

Insofern glauben wir, dass unter diesen eingeschränkten Rahmenbedingungen Zwangsbehandlungen eben auch bei Fremd- und Selbstgefährdung mit Blick auf Wiederherstellung der Einsichtsfähigkeit – das ist das Zentralkriterium – zulässig sein muss.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herzlichen Dank. – Meine Damen und Herren, eine Delegation des Ausschusses war letzte Woche in Finnland. In Finnland werden Gesundheit und Wohlbefinden in Verbindung gesehen. Wir haben dort Folgendes erlebt, und mit Absprache und auch mit Genehmigung der Präsidentin wollen wir gemeinsam etwas für unser Wohlbefinden tun. Dafür bitte ich Sie, alle einmal aufzustehen.

(Die Anwesenden stehen auf.)

Wir haben ja alle sitzende Tätigkeiten, von daher wollen wir uns jetzt ein bisschen locker machen und heben einmal die Hände, einmal nach links, einmal nach rechts, nach vorne und nach hinten. Einmal das Gewicht auf das rechte Bein verlagern, einmal auf das linke Bein, dann noch mal beide Arme ausschütteln und die Beine auch.

(Die Anwesenden führen die Anweisungen durch. – Heiterkeit)

So, meine Damen und Herren, Sie fühlen sich gleich schon viel wohler, bitte Platz zu nehmen.

(Beifall – Die Anwesenden nehmen wieder Platz.)

Wer sagt „Reisen bildet nicht“? Ich sehe auch an Ihrer Zustimmung, dass es durchaus gut ist, sich nach einer Stunde sitzender Tätigkeit ein bisschen aufzulockern. Der eine oder andere macht es ja auch, indem er selbst einmal aufsteht, hinausgeht. Bei den Abgeordneten ist das sehr in Mode, bei den Sachverständigen nicht so sehr. Aber wir wollen eben auch eine gleiche Möglichkeit schaffen.

Jetzt geben wir weiter an die Bundesdirektorenkonferenz. – Bitte schön.

Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank (Landschaftsverband Rheinland; Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde; Bundesdirektorenkonferenz): Ich möchte mich dem, was Prof. Noeker und Dr. Köhne gesagt haben, anschließen und vielleicht noch einmal betonen, dass wir die Einführung des richterlichen Vorbehalts sehr begrüßen. Das entlastet uns Ärzte auch. Aber auf der anderen Seite finden wir auch klar, dass diese Einführung ohne gleichzeitige Einführung eines zeitlichen Korridors bei diesen sehr akuten medizinischen Situationen und auch ohne Einführung eines Notdienstes, den wir gefordert haben, 24 Stunden, sieben Tage in der Woche, nicht realisierbar ist. Wir haben es hier mit ganz akuten medizinischen Notsituationen zu tun. Wenn ein richterlicher Vorbehalt dafür eingeführt wird, was wir begrüßen, geht das nicht ohne eine zeitliche Regelung.

Die Ausführungen zu den Ausnahmebedingungen reichen nicht aus, weil sie nach dem Begründungstext ganz eng auf körperliche, somatische Komplikationen, Akutkomplikationen der psychischen Erkrankung gemünzt sind. Das heißt letzten Endes, dass diese unglaubliche Angstbelastung, was auch von Prof. Noeker geschildert wurde, wenn sie nicht durch eine Kreislaufentgleisung zu einer akuten somatischen Gefährdung führt, ja nicht darunter subsumiert wird. Dann könnte es sein, dass dieser Mensch letzten Endes mehrere Tage und Wochen auf die richterliche Genehmigung warten muss. Das ist absolut nicht machbar und wird uns in der Praxis wirklich vor kaum lösbares Dilemma stellen.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Zu dem gleichen Themenkomplex gab es noch weitere Fragen, wenn ich das richtig sehe. Die Kollegin Maaßen hatte auch zu § 18 Abs. 7 diese Frage an die Gesellschaft für Psychiatrie gestellt.

Dr. Norbert Schalast (Rheinische Gesellschaft für soziale Psychiatrie e. V.): Wir hatten uns zu dem Punkt ja in der Stellungnahme zum Arbeitsentwurf recht eingehend geäußert. Wir fanden dann die juristische Begründung im Regierungsentwurf sehr dezidiert und überzeugend und wollten nur zum Ausdruck bringen, dass wir sie zur Kenntnis genommen haben und uns quasi ein Stück weit haben belehren lassen, dass in diesem Punkt der elterliche Wille vorrangig und maßgeblich ist.

Ich kann aber trotzdem ergänzen, dass wir natürlich das Problem sehen, dass gerade die psychisch sehr gefährdeten, kranken, instabilen Kinder und Jugendlichen auch oft sehr inkompetente Eltern haben. Das muss man ernsthaft so sagen. Wir sähen es doch eigentlich als sehr sinnvoll an, wenn auch in solchen Fällen eine gerichtliche Überprüfung von Zwangsmaßnahmen erfolgen würde.

Dr. Markus Wenning (Ärztekammer Westfalen-Lippe): Es ging um die Frage der Zwangsbehandlung mit Bezug auf die Anlasserkrankung. Das Beispiel Diabetes war ja schon angesprochen. Es wäre sehr ungünstig, wenn sich eine Zwangsbehandlung lediglich auf die Anlasserkrankung beziehen könnte. Der von Herrn Yüksel angesprochene Fall am Bundesverfassungsgericht lag ähnlich, da lag eine psychische Erkrankung mit einer Autoimmunerkrankung vor. Wenn sich dann eine Behandlungsmöglichkeit lediglich auf die psychische Erkrankung bezieht und die andere Erkrankung erst nach Wiederherstellung der Einwilligungsfähigkeit behandelt werden kann, kann das zu spät sein.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Die Frage von Herrn Yüksel war: Gibt dieses Urteil des Bundesverfassungsgerichts mehr Rechtssicherheit?

Magret Osterfeld (Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapeutin): Das Verfassungsgerichtsurteil, das letzten Donnerstag per Presseerklärung veröffentlicht wurde und dann auch nachzulesen war, ist erst einmal ein Auftrag an den Gesetzgeber. Ich bin keine Juristin, ich bin Psychiaterin, ich deute es erst einmal so, dass im Falle von Autoimmunerkrankungen sehr wohl auch somatische Krankenhäuser bei fehlender Einwilligungsfähigkeit zwangsbehandeln können. Das Krankenhaus ist die Voraussetzung, die dringende Notwendigkeit ist die Voraussetzung. Was ich bisher hier gehört habe, wird weiter versucht, dass jede psychische Erkrankung, die mit PsychKG im öffentlichen Raum durch Freiheitsentzug erst einmal kompensiert werden soll, dringend und ohne Zustimmung behandelt werden muss. So ist das Problem in der Psychiatrie nicht.

Das Problem der Einwilligungsfähigkeit ist ein ganz entscheidendes, das, glaube ich, sich in dem – von mir grundsätzlich sehr begrüßten – Gesetzentwurf nicht genügend widerspiegelt. Ich möchte nicht, dass in einem Normgebungsverfahren die medizinische Interpretation dieser Normen die Oberhand gewinnt.

Danke.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herzlichen Dank. – Wir können jetzt zur Fragestellung der Kollegin Birkhahn, zur Frage über die Sitzwache, übergehen. Das ist ja in mehreren Stellungnahmen problematisiert worden. Ich darf Sie daran erinnern, dass der Landtag im letzten Gesetzgebungsverfahren einstimmig diese Änderung beschlossen hat, und wir über diese Frage, die Sie jetzt aufwerfen, auch in der damaligen Anhörung sehr intensiv diskutiert haben. Ich will nur in der Frage ein bisschen bremsen. Wir machen hier nicht die Schlachten, die wir schon vor drei Jahren geschlagen haben, noch einmal auf, sondern wir sind natürlich interessiert an Hinweisen, die wir möglicherweise seinerzeit nicht gesehen haben – um das noch einmal ganz klar einzugrenzen.

Wem darf ich das Wort geben? Dem Landesverband leitender Ärzte.

Dr. Martin Köhne (Landesverband leitender Ärztinnen und Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie in NRW e. V.): Wenn man neue Erkenntnisse hat, dann muss

man auch eine Schlacht neu schlagen, das gehört auch dazu. – Ich wollte noch etwas zur Sitzwachenproblematik und dem Zeitkorridor sagen. Der Zeitkorridor bei den Richtern muss sein, das hat Frau Gouzoulis-Mayfrank gut ausgeführt. Das gibt uns Psychiatern natürlich Rechtssicherheit. Es kann nicht sein, dass schwerkranke Leute lange auf eine Behandlung warten, länger als 24 Stunden. Dieser Zeitkorridor von 24 Stunden, den wir in unserem Schreiben genannt haben, scheint da eine sehr sinnvolle Größenordnung zu sein.

Zur Sitzwachenproblematik. Es zeigt sich, dass es doch immer wieder in Ausnahmefällen oder in wenigen Fällen Menschen gibt, die darunter sehr leiden, dass eine Krankenschwester oder die Begleitperson direkt am Bett sitzt. Das ist manchmal für den Patienten unerträglich, es ist aber auch manchmal für das Personal unerträglich. Wir brauchen da auch einen gewissen Schutz für das Personal. Wir, unser Verband, wünschen uns eine größere Flexibilisierung, dass man eben sagt: „Wir passen schon auf“, aber man muss nicht, wie es von einigen PsychKG-Kommissionen gefordert wird, direkt am Patienten bleiben, sondern man muss eine Beobachtungssituation herstellen.

Astrid Birkhahn (CDU): Ich hatte noch den Pflegerat Nordrhein-Westfalen angesprochen. Darf ich aber hier noch einmal sagen, dass mir das von der Beantwortung her zu wage ist?

Vorsitzender Günter Garbrecht: Das ist nicht konkretisiert genug. „In welchen Fällen?“, „In welchem Umfang?“ und, und, und. Deswegen mein Hinweis mit den Schlachten von damals.

Der Pflegerat.

Matthias Krake (Pflegerat Nordrhein-Westfalen): Der Pflegerat Nordrhein-Westfalen sieht – im Übrigen auch wie die BFLK als Fachverband – im Rahmen der Novellierung eine Änderung des Begriffes „Sitzwache“ als sinnvoll an. Wachende Pflegepersonen stammen aus den Fünfzigerjahren der Heimatfilme, aus einer Zeit auf jeden Fall vor der allgemeinen akademischen Professionalisierung der Pflege. Die heute praktizierten und in vielen pflegewissenschaftlichen Modellen zu findenden interaktiven Beziehungsgestaltungen zwischen Patienten und Pflegenden auf Augenhöhe, kommen in diesem Rollenbegriff „Sitzwache“ überhaupt nicht vor und bleiben unberücksichtigt.

Zur Sitzwache selbst oder zur Ständigen Bezugsbegleitung – dieser Begriff wäre der Vorschlag aus dem Pflegerat und aus der BFLK – soll zunächst einmal gesagt sein, dass beim überwiegenden Teil der Patienten, die heute unmittelbar und kontinuierlich eine Sitzwache in ihrem Zimmer erhalten, auch die Ständige Bezugsbegleitung diese Sicherheitskomponente beim Patienten im Patientenzimmer weiter durchführen soll. Es ist ganz wichtig, dass man da auch einen Beitrag leistet zur Krankenbeobachtung, was auch die unmittelbare Gefährdungslage des Patienten anbelangt, was körperliche Erschöpfung angeht oder auch die Gefahrensituationen, die sich aus einer Sicherstellung ergeben können.

Es gibt aber einen Prozentsatz an Patienten, bei dem die ständige Beziehungsgestaltung, -begleitung im Fall einer Sicherstellung und beim Verbleiben im Patientenzimmer dazu führen kann, dass es zu einer signifikanten Verlängerung der Sicherungsmaßnahme, zum Verbleiben in der Sicherstellung kommen kann. Das sind Patienten, die Pflegepersonen ganz unmittelbar in ihr Wahngewebe mit einbeziehen, sei es zum Beispiel – ein Beispiel, dass ich kürzlich bei uns in der Klinik vernommen habe –, dass eine Sitzwache als verlängerter Arm des IS angesehen wird. Dass man dann als Patient wirklich in seiner Not und um sein Leben fürchtend alles tut, um Hilfe zu rufen und aus dieser Sicherstellung zu entkommen, ist unmittelbar klar und einleuchtend. Es gibt diese Patienten, und das sei jetzt an dieser Stelle auch nur ein Beispiel.

Der Vorschlag der von Seiten des Pflegerats, der BFLK an dieser Stelle kommt, ist, dass man in ganz klaren und definierten Fällen – das sind wenige, aber die soll es geben – Ausnahmen vornimmt von dem, dass heute die Sitzwache kontinuierlich im Patientenzimmer verbleiben, dass man dann die Ständige Bezugsbegleitung auch durchaus außerhalb des Patientenzimmers, aber noch so weit in Hörweite des Patienten postieren darf, dass auf verbale Äußerungen des Patienten unmittelbar reagiert werden kann, wenn Hilfestellung notwendig ist oder wenn es Besonderheiten gibt, die wiederum dann auch konkret in Augenschein genommen werden müssen, um auch weiterhin für den Patienten, auch für Leib und Leben gerade stehen zu können.

Die Ständige Bezugsbegleitung, ärztlich, chefürztlich, oberärztlich angesetzt, kann also außerhalb postiert werden, aber mit ständigem Hörkontakt und, indem das angesetzt wird, auch direkt mit einer Festlegung, in welchem zeitlichen Rhythmus Vitalzeichenkontrollen und unmittelbare Blickkontakte stattzufinden haben. Das ist der Vorschlag, der von Seiten des Pflegerats der BFLK kommt, und der das mit aufnimmt, was man wirklich beim Patienten beobachtet, dass es zu unnützen Verlängerungen von diesen Sicherstellungsmaßnahmen kommt. Das ist ja genau das, was das Gesetz nicht beabsichtigt hat.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herzlichen Dank. – Das Beispiel war eingängig, aber die Fragestellung ist: In welchem Umfang kommt das vor? Das war ja eine konkrete Frage.

Matthias Krake (Pflegerat Nordrhein-Westfalen): Ich denke, das können am besten die ärztlichen Vertreter beantworten.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Die waren ja auch gefragt.

Dr. Martin Köhne (Landesverband leitender Ärztinnen und Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie in NRW e. V.): Sich auf Zahlen festzulegen, ist schwierig, aber ich denke, das ist eher unter 10 %, wenn Sie so wollen.

Prof. Dr. Meinolf Noeker (Landschaftsverband Westfalen-Lippe): Ich glaube, niemand hat eine griffige Zahl dafür, aber ich würde einmal aus den Rückmeldungen, die

wir erhalten, sagen, es ist signifikant genug, die Argumentation, die Sie ausgeführt haben, dass man diese Option einrichten sollte.

Für uns stellt sich ja eigentlich nur die Frage: Sind es ganz seltene Kolibris oder ist es doch eine signifikante Größenordnung? Aus unserer Wahrnehmung ist es so, dass wir gehalten sein sollten, dafür Regelungen zu finden, unbürokratisch und knapp, aber dass die Möglichkeit da ist.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Sie haben den Problemaufriss gemacht, aber den Regelungsvorschlag im Gesetz kurz und knapp, wie Sie jetzt sagen, habe ich jetzt nicht erkannt. Liegt er vor?

Wir diskutieren jetzt nicht in der Frage. Wir haben das aufgenommen, Sie haben das präzisiert auf die Frage von der Kollegin Birkhahn. Es ist, glaube ich, ein Sachverhalt, den wir seinerzeit auch erörtert haben. Er ist mir nicht völlig unbekannt, weil genau das, bestimmte Erkrankungen ja auch schon seinerzeit in der Anhörung diskutiert worden sind. Ich glaube, wir diskutieren diese Frage in der Auswertung der Anhörung unter uns Abgeordneten. Es wäre hilfreich – ich kann jetzt nicht eine allgemeine Diskussion zu diesem Punkt zulassen –, wenn Sie das unter dem Gesichtspunkt für wichtig erachten, dem Parlament einen möglichen, wirklich konkreten Formulierungsvorschlag zu machen.

Matthias Krake (Pflegerat Nordrhein-Westfalen): Ich möchte darauf hinweisen, dass der konkret vorliegt:

„Beim Vorliegen einer „Kontraindizierten Symptomlage“ kann anstelle einer permanent im Patientenzimmer postierten“

– alter Begriff –

„Sitzwache“

– neuer Begriff –

„(Ständigen Bezugsbegleitung) chef-/oberärztlich begründet eine Ständige Bezugsbegleitung außerhalb des Patientenzimmers angesetzt werden. Dieses ist verbunden mit dem Festlegen der zeitlichen Intervalle von Vitalzeichenkontrollen und direkten Blickkontakten zum sichergestellten Patienten.“

Nach den Kontrollen und Kontakten wird also auch dann präzisiert festgehalten, dass sich in der Kontrainduktion die ständige Bezugsbegleitung auch außerhalb des Patientenzimmers in Hörweite aufhalten kann.

Das ist enthalten in der Stellungnahme vom Pflegerat Nordrhein-Westfalen als Empfehlung.

Dr. Martin Köhne (Landesverband leitender Ärztinnen und Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie in NRW e. V.): Wir haben auch einen Vorschlag gemacht, der steht in unserem Papier, der ist ein bisschen kürzer:

„Im Ermessen des zuständigen Arztes sollte eine Sitzwache sich auch außerhalb des Patientenzimmers aufhalten können, so dass eine ständige persönliche Beobachtung mit kontinuierlicher Kontrolle der Vitalfunktionen ... sichergestellt ist.“

Vorsitzender Günter Garbrecht: Sie haben jetzt beide noch einmal konkrete Hinweise, auch alternative Gesetzesformulierung gegeben, und wir werden das im Rahmen der Auswertung der Anhörung auch hinreichend aufnehmen.

Ich rufe jetzt die Fragen des Kollegen Wegner auf, die sich an Frau Osterfeld richten.
– Bitte schön, Frau Osterfeld.

Magret Osterfeld (Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapeutin): Es ging um die Besuchskommissionen. Es geht in der ganzen Debatte seit den Verfassungsurteilen und seit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention um mehr Transparenz in diesen zahllosen psychiatrisch legitimierte Freiheitsentzügen. Die staatliche Aufsichtsbehörde ist die Besuchskommission, die das zu kontrollieren hat und auch die Qualität der Versorgung, der Betreuung in diesem Freiheitsentzug zu überprüfen hat.

Ich selbst kenne es seit 2002 – wenn Sie mich nach Beispielen fragen, sind diese nur aus den letzten zwölf Monaten –, dass die Besuchskommission – also der psychiatrische Sachverständige der Besuchskommission, der immer dieses Rastergutachten schreibt – auf die Problemlagen, die diskutiert werden, gar nicht hinreichend eingeht. Die Tatsache, dass der Chefarzt sagt: „Fixierungsanordnung maximal für acht Stunden“, und wir interviewen dann eine Patienten, die war 24 Stunden fixiert bis der Arzt kam, spiegelt sich gar nicht im Protokoll wieder. Ich glaube, das ist ein Problem der vielleicht beruflich etwas eingeengten Sichtweise, man nennt das manchmal auch Krähenprinzip. Daher ist mein Vorschlag, ich glaube, wenn Juristen, die ja immer auch dabei sein müssen, das Protokoll schreiben, sie diese Problemlagen bei den 25.000 Freiheitsentzügen auf der Grundlage dieses Gesetzes in einem Jahr deutlicher herausarbeiten würden.

Das ist der eine Teil, den ich in der Stellungnahme beschrieben habe.

Es kommt weiter vor – auch da ist die Aufsichtspflicht gefragt –, dass in wiederholten Besuchen Monita der Besuchskommission überhaupt nicht umgesetzt werden, dass man also nach zehn Monaten und nach 20 Monaten die gleichen Dokumentationszustände in einer Uniklinik findet. Ich war dabei, ich rede nicht hier von ... Das ist die Stelle, wo andere Leute das eben oft besser können. In diesem Protokoll taucht immer die Frage auf: „Gab es Beschwerden an die Besuchskommission?“, und es taucht immer die Antwort auf: „Nein“. Der Betroffene im Freiheitsentzug weiß gar nicht, dass er sich bei der Besuchskommission beschweren kann.

Damit ist eine Frage, welche Funktion sie hat – eben, was ich konkret vorgeschlagen habe, die ärztlichen Zeugnisse nach PsychKG, die die Unterbringung veranlassen, anonymisiert einzustellen, als offenes Dokument zu sammeln. Das würde mehr Transparenz für den Bürger im Freiheitsentzug und auch für seine Angehörigen geben, wie

so etwas eigentlich überhaupt abläuft. Es würde gleichzeitig, das glaube ich schon, zu mehr Disziplin seitens der klinischen Psychiatrie führen, sich sorgfältige Gedanken darüber zu machen, ob sie die Gefährdung jetzt nur in der Krankheit sehen oder ob es unabhängige Tatsachen gibt, die die Verhältnismäßigkeit des Freiheitsentzugs rechtfertigen.

Das ist das, was bei 25.000 Freiheitsentzügen im Jahr oft genug nicht der Fall ist.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Wir gehen jetzt in die zweite Runde, da können sich dann diejenigen Abgeordneten, die finden, Ihre Fragen sind in der ersten Runde nicht hinreichend beantwortet worden, noch einmal melden.

Als erstes ist der Kollege Ünal dran.

Arif Ünal (GRÜNE): Im § 18 – Behandlung – steht in Abs. 1:

„Während der Unterbringung besteht ein Anspruch auf eine medizinisch notwendige ... Behandlung.“

Ist das ausreichend? Denn nach meinem Verständnis als Psychotherapeut besteht medizinische Behandlung im klinischen Alltag mehr oder weniger aus einer medikamentöse Behandlung. Aber ist das ausreichend? Muss das nicht konkretisiert werden, andere psychotherapeutische Maßnahmen, das und jenes?

In der zweiten Frage geht es wieder um die Behandlung. In § 18 Abs. 2 steht, dass der Behandlungsplan mit den Betroffenen und rechtlichen Vertretern abzusprechen und abzustimmen ist. Wir haben ja hier beim PsychKG nicht immer einen gesetzlichen Vertreter dabei. Wäre es so gesehen, wenn die Patienten in dem Moment nicht in der Lage sind, mit den behandelnden Ärzten über den Behandlungsplan zu diskutieren, nicht sinnvoll, eine Ergänzung zu machen mit einer Vertrauensperson oder Selbsthilfegruppe usw.? Denn wir reden ja über das PsychKG, nicht über die auf Bundesebene geregelte Betreuung von Patientinnen und Patienten.

Der dritte Bereich: Bei der Anlasserkrankung muss noch einmal, glaube ich, konkretisiert werden, worum es geht. Es geht um die somatischen Erkrankungen, die auch behandelt werden müssen. Die Ärztekammer kann eventuell auch darüber noch einmal eine konkrete Aussage machen.

Zum vierten Bereich, besondere Sicherungsmaßnahmen, § 20. Da steht auch: Diese besonderen Sicherungsmaßnahmen

„dürfen ... dann angeordnet werden, soweit und solange die Gefahr nicht durch mildere Maßnahmen abgewendet werden kann.“

Ist das ausreichend? Was sind eigentlich „mildere Maßnahmen“? Muss man nicht aufzählen und dokumentieren? Bevor man diese besonderen Maßnahmen einleitet, müssten eigentlich die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sagen: Wir haben zum Beispiel Gespräche geführt, wir haben das und jenes gemacht, usw. usf. Alles haben wir versucht, aber es hat nichts gebracht, deswegen haben wir jetzt diese besonderen Sicherungsmaßnahmen eingeleitet. – Müsste man hier nicht konkretisieren?

Meine Fragen gehen an die Landschaftsverbände, die Ärztekammer und die Landesarbeitsgemeinschaft der leitenden Ärzte. Wenn Sie Stellung nehmen, wäre es sehr schön.

Zum Thema „Fixierung“. Ich glaube, wir haben ja hier in diesem Gesetz, Herr Vorsitzender, eine Erläuterung dafür. Da heißt es einmal, die Patienten müssen einen Ansprechpartner in dieser Notsituation haben – das ist der Sinn der Sache –, zweitens aber, um die Vitalfunktionen der Patienten zu überprüfen. Da kann tatsächlich, wenn die Patienten es wollen, ein Ansprechpartner im Zimmer sein – wie Herr Krake dargestellt hat –, aber wirklich die Tür öffnen und die Vitalfunktionen überprüfen, kann ich ja auch anders durchführen, sodass ich nicht ständig am Bett sitzen muss. Dafür gibt es auch Möglichkeiten. Wir, der Ausschuss, haben in Duisburg eine forensische Klinik besucht. Dort gibt es auch technische Möglichkeiten, zum Beispiel ohne Videoüberwachung, usw., wie Vitalfunktionen der Patienten überprüft werden können. So gesehen gibt es solche Patienten, die das nicht wollen. Wir wollen ja die Selbstbestimmung der Patienten einfach stärken. Wenn wir das ernst nehmen, dann müssen wir uns natürlich über diese alternativen Formen Gedanken machen.

Vielen Dank.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Ich nehme die Fragen zu § 18 Abs. 1 und § 20 auf. Das andere nehmen wir so zur Kenntnis.

Herr Kollege Yüksel.

Serdar Yüksel (SPD): Ich habe drei Fragen. Die erste bezieht sich auf § 20 Abs. 3 – Festhalten statt Fixieren. Die Frage richtet sich an Herrn Krake und an den BLFK. Festhalten statt Fixieren: Wie sieht es in dem Zusammenhang auch mit der Gefährdungslage des Pflegepersonals aus? Es ist schon so, dass dieses Festhalten statt Fixieren ja aus meiner Sicht auch zu einer erhöhten Gefährdung des Pflegepersonals führt. Wenn Sie dazu etwas sagen würden, wäre das sehr interessant.

Die zweite Frage bezieht sich auf § 22, der Umgang mit Bild-, Video- und Tonaufzeichnungen. Die Frage richtet sich an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Mich würde interessieren: Wie ist das bisher gehandhabt? Denn hier wird ja gefordert, das in einer Hausordnung zu regeln. Wie wollen Sie das zukünftig in einer Hausordnung regeln? Wie ist es bisher geregelt? Und wie gehen Sie mit den Persönlichkeitsrechten der Patienten in diesem Zusammenhang um?

Die dritte Frage richte ich an die Alzheimer Gesellschaft, Stichwort „Besucherkommission“. Hier wird ja gesagt, dass einmal in zwölf Monaten unangemeldet in Krankenhäusern kontrolliert oder besucht werden soll. Halten Sie das für ausreichend, dass sich das alleine auf die Krankenhäuser bezieht? Mich würde interessieren, was die Deutsche Alzheimer Gesellschaft dazu sagt.

Susanne Schneider (FDP): Meine Frage geht in eine ähnliche Richtung, wie Herr Kollege Yüksel schon gefragt hat, und zwar um den § 20 Abs. 1. Ich würde gern die Krankenhausgesellschaft, den Pflegerat und den BFLK mitnehmen. Erläutern Sie mir

einmal Ihre Einschätzung zu diesem Vorrang des Festhaltens gegenüber der Fixierung. Es ist ja nicht nur die Gefährdung des Pflegepersonals, da muss ja noch mehr dahinter stecken. Bringt es für Sie Vorteile? Bringt es für Sie nur Gefährdungen? Warum würden Sie jetzt sagen: „Festhalten bringt mehr“?

Danke schön.

Daniel Düngel (PIRATEN): Ich habe auch noch zwei, drei Nachfragen, die sich im Wesentlichen auch auf § 18 beziehen. Einmal an Frau Osterfeld: Sie sind in Ihrer Stellungnahme auch noch einmal auf die Zwangsmedikation eingegangen, auch in Bezug auf die Verfassungskonformität. Vielleicht können sie darauf noch einmal kurz eingehen und sagen, was damit dann letzten Endes im Gesetzentwurf geschehen sollte oder wie wir damit umgehen sollten.

In der Folge beschreiben Sie auch die Verwischung zwischen Behandlungsauftrag im Sinne der Krankenkassen und dem staatlichen Sicherungsauftrag und später dann auch, ich sage einmal, über – in Anführungszeichen – „Missbrauch“, was das PsychKG angeht. Vielleicht können Sie dazu noch einmal ein bisschen ausführen. Sie haben ja auch in Ihrer Stellungnahme das Angebot gemacht, das Ganze gegebenenfalls auch mit Beispielen unterfüttern zu können. Das würde mich hier auf jeden Fall interessieren.

Dann noch eine Frage an den Landesverband Psychiatrie-Erfahrener: Sie schreiben auch in Ihrer Stellungnahme, dass Sie entsetzt sind, dass die Urteile des Bundesverfassungsgerichts hier nicht ausreichend berücksichtigt wurden. Mich würde dann auch noch einmal kompakt interessieren: Wo sind die entscheidenden Punkte? Was fehlt tatsächlich im Gesetz? Was sollte umgesetzt werden? Zusätzlich noch, wir hatten vorher ja bereits hier in dieser Anhörung auch die Diskussion in Bezug auf die Sitzwachen. Mich würde auch noch ihre Position und Meinung dazu interessieren.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Weitere Fragen sehe ich nicht. Wir fangen jetzt mit der Beantwortung der Fragen zu § 18 Abs. 1, die der Kollege Ünal gestellt hat, an.

Frau Prof. Schwalen.

Prof. Dr. Susanne Schwalen (Ärztammer Nordrhein): Die Frage zu § 18 Abs. 1, Anspruch auf eine medizinisch notwendige Behandlung. „Medizinisch notwendige Behandlung“ beinhaltet nicht nur eine pharmakologische Behandlung, sondern das sehe ich als umfassend an, insofern sehe ich da keinen Korrekturbedarf.

Dann zu dem Bereich § 18 Abs. 2, Erläuterung des Behandlungsplans. Ich finde es eigentlich schon sehr gut geregelt, dass man sagt, ja, der Behandlungsplan muss eben sofort auch erläutert werden, und wenn sozusagen der Patient das in einer akuten Aufnahmesituation nicht entsprechend versteht, ist zu dokumentieren, wann und wie das erläutert werden muss und das entsprechend nachgeholt werden sollte. Das finde ich eigentlich im Grunde genommen ausreichend. Ich denke nicht, dass wir hier sagen

müssen, wenn rechtliche Vertreter zu dem akuten Aufnahmezeitpunkt nicht zur Verfügung stehen, dass dann weitere Personen dazu gezogen werden sollten, weil es ja häufig eine Situation ist, die sich dann auch rasch wieder erledigt.

Dann kam noch einmal die Frage „Differenzierung Anlasserkrankung, somatische Erkrankung“. Ich denke, dadurch, dass die Begrifflichkeit „Anlasserkrankung“ hier in den Gesetzestext eingeführt worden ist, gibt es sozusagen die Probleme. Ich sehe im Grunde genommen auch, dass man immer wieder eine Schnittstellen hat zwischen Anlass- und somatischer Erkrankung. Was ist Henne, was ist Ei ist hier die Frage. Wenn man eine weitere Differenzierung zum richterlichen Vorbehalt machen möchte, dann, denke ich, wäre es sinnvoll, wenn man bei den somatischen Erkrankungen unterscheidet zwischen den akuten Sofortmaßnahmen und chronischen Erkrankungen, die keiner Sofortmaßnahmen bedürfen. Es gibt auch chronische Erkrankungen, die Sofortmaßnahmen bedürfen, aber wenn das nicht der Fall ist, dann kann man das sicherlich dahingehend öffnen.

Die Frage zu besonderen Sicherungsmaßnahmen bezog sich auf die Formulierung „solange die Gefahr nicht durch mildere Maßnahmen abgewendet werden kann“. Ich denke, da schlagen im Grunde genommen zwei Herzen in meiner Brust. Natürlich ist es einerseits wünschenswert, dass genau dokumentiert wird, was dort gemacht worden ist. Andererseits ist das aber normales ärztliches Handeln, dass ich natürlich erst einmal mit dem Patienten ins Gespräch komme und versuche, auf eine andere Art und Weise die Situation zu lösen. Insofern muss man sich da überlegen, ob man sozusagen die Bürokratisierung jetzt hier durch genaue Definitionen noch einmal weiter vorantreibt.

Prof. Dr. Meinolf Noeker (Landschaftsverband Westfalen-Lippe): Die Hinweise von Herrn Ünal finde ich in der Sache vollkommen zutreffend und wichtig. Gleichwohl würde ich jetzt keine Empfehlung aussprechen wollen, diese Passagen im Gesetzestext noch einmal auszuweiten, weil die allesamt aus meiner Sicht in anderen Gesetzeswerken hinreichend und vorrangig auch genügend beschrieben sind.

Die Therapieausstattung wird natürlich expliziert im SGB V beschrieben, wir werden jetzt das PsychVVG haben, in dem es um Personalbedarfsrichtlinien geht, es gibt wissenschaftliche Leitlinien und, und, und. Das ist also an anderer Stelle, und zwar auch adäquater, genügend ausgeführt. Allerspätestens der MDK der Krankenkassen wird dafür Sorge tragen, dass eben das, wofür er sein Geld gibt, auch entsprechend umgesetzt wird.

Ähnlich verhält es sich mit dem individuellen Behandlungsplan. Auch das ist natürlich sozusagen, mit Verlaub, Lehrbuchwissen in der Medizin überhaupt, nicht nur in der Psychiatrie. Überall geht es um – Stichwort aus der Medizinethik – „shared decision making“. Die Professionellen bringen ihre Kenntnisse über Störungsbilder und über Behandlungsoptionen mit, und die Betroffenen und die Familien, die Angehörigen bringen ihr Wissen über die Werte und die psychosozialen Umstände mit. Das muss man natürlich in jedem Fall – die Forderung und der Hinweis sind vollkommen richtig – im-

mer in einen Behandlungsplan integrieren. Der Patient, die Patientin hat ein Recht darauf, und er hat natürlich auch ein Recht auf die Aufklärung darüber und auch auf die Aushandlung dessen.

Insofern ist es wieder vollkommen richtig, dass das hier kurz und knapp aufgeführt ist. Wir sollten aber auf der anderen Seite das PsychKG wiederum nicht so ausweiten, dass es hinterher in der Rechtsanwendung zu kapriziös wird.

„Nicht durch weniger einschneidende Maßnahmen abgewendet werden kann“, das ist eine Formulierung, die wir ja mit ähnlichen Worten auch schon in der klassischen Formulierung im PsychKG stehen hatten. Die war mir immer traditionell schon hochsympathisch, weil wir dadurch immer eine Güterabwägung oder eine Risikoabwägung von Justiz und von Ärzten haben, eben auch zu schauen, ob man bei selbst-, fremdgefährdendem Verhalten weniger einschneidende, weniger grundrechtseinschränkende Optionen hat. Wir wissen, einer der wichtigsten protektiven Faktoren gegen Risikoeskalation ist natürlich immer die Festigkeit von Beziehungen, sowohl zu Profis als auch im natürlichen Umfeld. Wenn Familien in einer vielleicht etwas kippeligen Situation anbieten: „Ja, wir machen jetzt innerhalb der Familie eine Vereinbarung, keine Ahnung, du bleibst jetzt mit uns gemeinsam im häuslichen Umfeld und wir gucken und du meldest dich und das ist tragfähig genug usw.“, dann kann man natürlich auch viele Risikosituationen abwenden, ohne den Rückgriff auf jetzt einschneidende Maßnahmen psychiatrisch wahrnehmen zu müssen.

Insofern finde ich es vollkommen richtig, dass diese Passage aus dem alten Gesetzestext inhaltlich überlebt, weil – das ist auch meine Erfahrung – diese Prüfung und auch das Gespräch mit den Patienten und den Angehörigen: „Gibt es andere Optionen außer der Unterbringung?“, häufig nicht genug durchleuchtet wird. Deswegen sollte es da rein.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Das war jetzt schon die Beantwortung der Frage des Kollegen Ünal zu § 20. Wir gehen noch einmal zurück zu § 18. Da hatte Herr Dübel ja auch eine Frage an Frau Osterfeld gerichtet.

Frau Osterfeld.

Magret Osterfeld (Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapeutin): Zur Verfassungsmäßigkeit der Zwangsmedikation. Ich möchte vornweg erst einmal zu all dem, was von meinen Kolleginnen und Kollegen, die Kliniken leiten, hier vertreten wurde, sagen: Die Medikation ist keine Heilmaßnahme. Sie dämpft Symptome. Das ist medizinisch gesehen ein ganz grauer Bereich, besonders dann, wenn so eine Medikation verabreicht wird, bevor überhaupt ein richterlicher Beschluss für die Unterbringung vorliegt. Das passiert in aller Regel. Es passiert – das ist jetzt in den letzten zwölf Monaten passiert, ich bin bei den Beispielen –, dass wir einen vollfixierten Patienten über mehr als zwölf Stunden sehen, auch in der Dokumentation durchaus nachvollziehbar, aber dann hat er in der Fixierung – am Bauch und den vier Gliedmaßen – eine Depotmedikation bekommen, und die Klinikleitung erklärt uns, der Besuchskommision, treu: Ja, aber die hat er ja freiwillig genommen. – Das einmal nur so als Beispiel

von Freiwilligkeit und Unfreiwilligkeit. Tatsache ist aus meiner Sicht, dass jede Medikation ohne wohlinformierte Zustimmung zumindest eine Nötigung ist.

Ich glaube, die Frage, wie oft ich eine wohlinformierte Zustimmung überhaupt dokumentiert gesehen habe, wollen Sie mich jetzt gar nicht fragen, oder? Ansonsten zur Verfassungsmäßigkeit – jetzt werde ich vorsichtig, weil ich ja keine Juristin bin und weil wir dieses frische Urteil haben, das auch noch einmal sehr stark die Schutzfunktion des Staates betont, auch korrekt betont. Ich konnte die Argumentation des Gerichts sehr gut verstehen.

Aber das Gericht hätte nicht für zulässig erklärt – auch dieses Verfassungsgericht, der erste Senat –, was ich in einer Uniklinik erlebt habe. Da wird ein Herr knapp nach der Berentung von Somatikern diagnostiziert, präfinal Lungenkrebs, nicht mehr operabel, Bestrahlungsbunker. Der Bestrahlungsbunker ist so ähnlich wie die Psychiatrie, es ist geschlossen, sie dürfen nicht hinaus. Dann muss dieser Mann irgendwann einmal irgendetwas gesagt haben, er will jetzt nicht mehr, um mit PsychKG in die Psychiatrie verlegt zu werden, um dann von dort aus die Bestrahlung weiterzumachen.

Das ist eine Überbehandlung, genauso wie bei dem Anlassfall dieses Urteils. Die arme Dame hatte eine Betreuung, längere Zeit wurde sie schizoauffektiv genannt, bekam 2014 eine Betreuung. Dann wurde eben diese Autoimmunkrankheit festgestellt, die auch behandelt wurde, aber die auch als Krankheit sehr lebensverkürzend ist. Dann entdeckt irgendein Arzt noch einen Knoten in der Brust, der – wörtlich – noch nicht durchgebrochen sei. Irgendein engagierter Arzt wollte jetzt dieser Frau auch noch die Brust abnehmen. Die Frau hat das ganze Verfahren nicht überlebt. Das Verfahren ist natürlich von öffentlicher Wichtigkeit. Das ist das, wo ich nur hoffen kann, dass die Gesetzgebung auch zum PsychKG Nordrhein-Westfalen so schnell lernt, wie ich mit dem Mikrofon.

Das war zum Stichwort „Verfassungsmäßigkeit“. Die Besuchskommission hatten wir eigentlich abgehandelt, jetzt müssen Sie mir helfen, Sie wollten noch einmal Beispiele haben.

Die Medikation ohne Zustimmung, ohne die wohlinformierte Zustimmung, ist der stärkste und der tiefgreifendste Eingriff in den Kern der Persönlichkeit. Mit meiner psychiatrischen Aufnahmemedikation kann ich ohne Weiteres – und es passiert nicht selten – einen Patienten in den Zustand der Einwilligungsunfähigkeit setzen, mindestens für so lange, bis die richterliche Anhörung vorbei ist. Dann wird das ganze Verfahren absurd. Das ist die Stelle, die der Betreuungsgerichtstag einmal „Karenzzeit“ genannt hat.

Fachlich sehe ich eine Karenzzeit als nötig an, weil ja auch schon der Freiheitsentzug eine Traumatisierung für den Patienten ist. Ich weiß nicht, wie Sie auf einmal reagieren würden. Das führt natürlich auf allen Seiten zu zusätzlicher Erregung, auch bei Bürgern, die nach dieser Rechtsgrundlage untergebracht sind. Dann erst einmal in Ruhe zu gucken, was ist. Behandlungspläne, die hier eben genannt wurden, bestehen oft genug aus reinen Kreuzchenlisten, in denen irgendwelche Kreuzchen mit einer ärztlichen Unterschrift versehen werden, also in denen nicht Plan und Ziel oder so etwas steht. So wie es hier formuliert ist, ist es eine Verbesserung. Ich habe, glaube ich,

deutlich in meiner Stellungnahme gesagt: Es kommt auf eine Änderung der Gesetzespraxis an.

Es kommt ganz entscheidend darauf an, dass auch die Besuchskommissionen da ihrer Aufgabe viel gerechter wird. Wenn eine Klinik 1.000 PsychKG-Unterbringungen im Jahr hat – wir haben hier Vertreter solcher Kliniken sitzen –, dann ist einmal im Jahr ein Besuch mit drei Interviews von Patienten unterhalb jeder Qualitätskontrolle. Wenn eine Klinik 100 PsychKG-Unterbringungen hat, dann kann man sagen, es ist eine Art von Qualitätsmanagement. Lange schon habe ich gefordert – das kostet praktisch kein Geld –, dass die Zahl der Zwangsunterbringungen und die Zahl der Zwangsmaßnahmen in den jährlichen Qualitätsbericht der Klinik gehören. Das kann man statistisch aufbereiten, wird aber gerade auch in Aplerbeck, in der LWL-Klinik – das habe ich überprüft, Herr Noeker – immer noch nicht gemacht. Da muss man einfach nur die Zahl hineinschreiben: Wir hatten 7.500 Aufnahmen im Jahr, davon 978 per PsychKG und soundso viele Fixierungen usw. Dann wird auf einmal klarer, wie das Recht auch in der Klinik umgesetzt wird.

Danke.

Matthias Seibt (Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW e. V.): Zu den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts möchte ich noch einmal darauf hinweisen, dass Herrn Méndez und Herr Nowak, die Folterbeauftragten der Vereinten Nationen, sowohl zu Zwangsbehandlungen als auch zu besonderen Sicherungsmaßnahmen sagen, das seien Formen der Folter und Misshandlung.

Jetzt nenne ich einmal Beispiele dazu, dass Zwangsbehandlung nicht immer nötig ist. Es gibt ja die Patientenverfügung, da kann man das verbieten. Wir haben jetzt in den letzten Jahren – seit 2009 ist sie ja gültig – zahlreiche Beispiele gesammelt, wie es eben sehr wohl ohne jede pharmakologische Behandlung geht, dass Leute ihre Unterbringung durchstehen. Es gibt ja sogar eine Klinik in Deutschland die ganz ohne Zwangsbehandlung auskommt, in Heidenheim.

Was in diesem Gesetzentwurf, der leider Zwangsbehandlung zulassen will, fehlt, ist die Konkretisierung, die das Verfassungsgericht verlangt. Die Zwangsmedikation muss vorab vollumfänglich hinsichtlich der Behandlung, ihrer Art, ihrer Dauer und der Dosierung der Medikation konkretisiert werden. In dieser Genehmigung „ist die vom Betreuten zu dulddende Behandlung so präzise wie möglich anzugeben“. Das war jetzt ein Zitat.

Dazu gehört die Angabe des Medikaments, der Dosierung, der Verabreichungshäufigkeit und auch ein Ersatzmedikament, wenn das genehmigte Medikament nicht vertragen wird. Das ist ganz wichtig. Es ist ein Riesenunterschied, ob ich drei Tage, drei Wochen oder zwölf Wochen zwangsweise behandelt oder gefoltert werde. Natürlich ist es auch ein Riesenunterschied, mit welcher Dosierung das passiert. Das muss der Richter genehmigen.

Ich würde gern zum Thema „Sitzwache“ an Frau Scheunemann weitergeben.

Elisabeth Scheunemann (Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW e. V.): Ich bin seit zehn Jahren Psychiatrie erfahrendes Mitglied der Besuchskommission. Wir haben in allen hier diskutierten Zusammenhängen und allen Stadien auch Stellungnahmen abgegeben.

Ich würde gern etwas zu der Notwendigkeit sagen, wie man eine unmittelbare Bezugsperson platziert. Wir haben uns noch einmal auf die Stellungnahme des Europäischen Komitees zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe bezogen, und zwar deshalb, weil da sehr genau beschrieben ist, auf welche Punkte man achten muss.

Das sind die Punkte, die Herr Krake beschrieben hat, also Sichtkommunikation, Hörkommunikation, und es muss möglich sein, dass sich der Patient jederzeit äußern kann und dass er auch die Bezugsperson wahrnehmen kann, wie das zum Beispiel in Bezug auf Ausscheidungen und sonstige Dinge nötig ist. Das muss man einfach einmal sagen, weil das einfach wichtige Dinge sind.

Es kommt selten vor, es kommt gelegentlich vor. Was uns wichtig wäre, wäre, dass wie bei fixierten, intensivbetreuten, somatischen Patienten eine pflegerische Bezugsperson ausschließlich für diesen Patienten da ist und dass diese Kommunikationsmöglichkeiten gegeben sind. Ich würde gern sagen, weil das hier so schwierig diskutiert wird: Seitdem das verpflichtend ist, haben wir schon bei Besuchen mit den Bezirksregierungen entsprechende Lösungen auch anhand dieser Kriterien mit den Kliniken gefunden.

Danke.

Matthias Krake (Pflegerat Nordrhein-Westfalen): Ich kann zu der Intervention des Festhaltens sagen, dass ich Ihnen da nur raten kann, oder die Empfehlung aussprechen möchte, das zu streichen. Es gibt kaum eine Klinik, die über die Phase des Einführens zu einer wirklich nachhaltigen Durchdringung und Anwendung gekommen ist. Das Festhalten wird insbesondere von weiblichen Pflegepersonen wirklich abgelehnt und ist auch mit Ängsten versehen. Ich bezweifle auch, dass das Festhalten mehrerer am Patienten dazu führt, dass er das geschehen lässt. Ich befürchte eher, dass es da noch einmal zu einer Verschärfung der körperlichen Auseinandersetzung kommt und genau das passiert, was man eigentlich vermeiden möchte.

Gleichwohl ist es so, dass ich im Hinblick auf die Grundlage dessen, was pflegerische Intervention auch bei PsychKG-Patienten im Allgemeinen anbelangt, anregen möchte, dass losgelöst vom Gesetz ein Forschungsauftrag angeregt wird, der all das, was pflegerische Grundlagen zur Begleitung von PsychKG-Patienten beinhaltet, auch erforscht und mit Empfehlungen versieht und dies dann auch Grundlage für Kliniken hier in Nordrhein-Westfalen wird. Dazu gehören die pflegerische Beziehungsarbeit, Grundlagen, die da gelegt sind, pflegerische Krisenbewältigung, und zwar präventiv zur Verhinderung von Situationen, die zur Sicherstellung führen, und – wenn es diese gibt – auch patientengerechte Präsenzformen.

Aber das wäre ein Forschungsauftrag außerhalb des Gesetzes. Es gibt Hochschulen, inzwischen auch pflegerisch, aber es gibt wenig Konkretes, bei dem man auch wirklich sagen kann, was beim Patienten wirkt, nicht wirkt oder genau auch kontraindiziert ist.

Von daher würde ich dringend bitten, dass Sie den Begriff „Festhalten“ streichen, und losgelöst davon einen Forschungsauftrag anregen, was pflegerisches Wirken allgemein beim PsychKG-Patienten anbelangt.

Marion Brand (Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e. V.): Zum Thema „Festhalten statt Fixieren“ sagt ja der Gesetzentwurf, dass das am wenigsten einschneidende Mittel zur Sicherung des Patienten angewandt werden muss. Es gibt tatsächlich – da stimme ich Herrn Krake zu – keinerlei Evidenz, inwieweit Festhalten gegenüber der Form der Fixierung durch mechanische Hilfsmittel für alle Beteiligten die bessere Lösung ist. Das beinhaltet eben auch die Fragestellung: Wie ist das denn mit der Sicherheit der ausführenden Person?

Ich kenne nur ganz, ganz wenige praktische Beispiele aus NRW. Auch da, das hat Herr Krake schon angeführt, ist keine Klinik über das Stadium des „Wir schulen unsere Mitarbeiter und wir wollen das Mittel anbieten und probieren es aus“ hinausgekommen. Das liegt daran, also ich meine, wenn Sie sich das vorstellen mögen, einen erregten Patienten mit mehreren Menschen festzuhalten, um dann in dieser Situation mit ihm ein Bündnis herzustellen, inwieweit diese Situation wieder aufgelöst werden kann. Das kann sich über eine ganze Zeitlang hinziehen, und es gibt ganz, ganz wenig Menschen, für die das erstens indiziert ist und für die es tatsächlich besser wirkt als alle anderen Mittel, die im Rahmen von freiheitseinschränkenden Maßnahmen – hier betone ich ausdrücklich auch die freiheitseinschränkende Maßnahme ohne mechanische Fixierung – überlegen wären.

Dr. Peter-Johann May (Krankenhausgesellschaft NRW): Wir haben uns im Rahmen der Erörterung zu dem Referentenentwurf oder auch zu den übrigen Entwürfen oder Kabinettsentwürfen natürlich intensiv mit unseren Kliniken in Verbindung gesetzt, sowohl pflegerisch als auch ärztlich. All die Dinge, die jetzt gerade genannt worden sind, sind auch in diesem Kontext, in diesen Nachfragen genannt worden. Das haben wir mit großer Sorge aufgenommen, die entsprechenden situativen Schilderungen auch verstanden, und haben uns deswegen nicht komplett ablehnend, sondern in unserer Stellungnahme eher kritisch geäußert, dies hier quasi flächendeckend ohne tatsächlich vorhandene Erfahrungen in der konkreten Anwendung umzusetzen.

Letztendlich gilt aber für auch diese Fragestellung meine vorherige Aussage, dass wir als Nichtfachgesellschaft natürlich nicht abschließend die wissenschaftlich-methodische Evidenz dieser Maßnahmen bewerten können, sodass wir letztendlich nur die Dinge weitergetragen haben, die uns sehr eindrücklich geschildert worden sind.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Können Sie die Frage mit den Ton- und Bildaufzeichnungen, § 22, auch gleich noch mit beantworten?

Dr. Peter-Johann May (Krankenhausgesellschaft NRW): Ja, kann ich gern mit beantworten. – Das ist ja keine Frage, die sich ausschließlich für die Psychiatrie stellt, sondern das ist auch eine Überlegung, die ebenso für die Somatik gilt. Die Hausordnung ist ein individueller Verfahrensakt der einzelnen Krankenhäuser. Es gibt überall Hausordnungen, und auch in diesen Hausordnungen werden die entsprechenden Punkte zu dem Umgang festgehalten.

Es gibt keine spezifische Empfehlung der KGNW zu diesem Thema. Es gibt auch keine Flächenuntersuchung, ob das jetzt in allen Krankenhäusern wasserdicht so festgehalten ist. Wir gehen davon aus, dass es so ist. Wenn es da noch Nachholbedarf gibt, dann wird schlussendlich das PsychKG – wenn es in dieser Form denn in Kraft tritt – dafür sorgen.

Prof. Dr. Ralf Ihl (Landesverband der Alzheimer-Gesellschaften Nordrhein-Westfalen e. V.): Ich antworte für die Alzheimer Gesellschaft NRW auf die Frage, die Herr Yüksel gestellt hat. – Selbstverständlich ist es so, dass wir feststellen, dass in den Altenheimen auch Maßnahmen der Sicherung stattfinden, die derzeit keiner besonderen Kontrolle durch die Besuchskommission unterliegen. Wir halten es deswegen für sehr sinnvoll, das zu machen. Gerade unter dem Aspekt, dass eine menschliche Psychiatrie Menschen braucht, müssen auch die Besuchskommissionen so gestärkt werden, dass sie nicht nur den Bestand sichern, sondern dass das, was sie feststellen, später auch umgesetzt wird. Denn zurzeit haben wir nur die Lage, dass wir vielleicht in verschiedenen Kliniken feststellen, dass die personellen Stellen nicht erfüllt sind, aber das hat keine Konsequenz.

Deswegen ist es ganz wichtig, dass das, was wir hier formulieren, innerhalb eines Gesetzes oder einer Verordnung auch als relevant umgesetzt wird.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herzlichen Dank. – Ich sehe jetzt zu dem Abschnitt keine weiteren Fragen der Abgeordneten mehr.

Dann würde ich den Abschnitt V aufrufen, das sind die §§ 27 bis 29. Da sind ja im Gesetz nun auch keine Änderungen vorgesehen. Gibt es dazu Fragen aus dem Kreis der Abgeordneten? – Das ist nicht der Fall.

Dann kommen wir zu dem Abschnitt VI, das sind die §§ 30 bis 39. Da gibt es eine ganze Reihe von Änderungen. Gibt es dazu Fragen?

Herr Kerkhoff als Erster.

Matthias Kerkhoff (CDU): Ich habe eine Frage zum § 32 an die Ärztekammer: Welche grundsätzlichen Bedenken hat die Ärztekammer im Hinblick auf die Anforderungen an die Meldepflichten bei Zwangsmaßnahmen? Damit verbunden auch die Frage: Sind die sensiblen Daten der Patienten ausreichend gesichert?

Serdar Yüksel (SPD): Zu § 32 – Meldepflichten – folgende Frage. Die Zwangsmaßnahmen werden ja in verschlüsselter und anonymisierter Form erfasst. Es sind vier

Punkte aufgezählt worden, was dort dann auch anonymisiert gemeldet wird – Unterbringung, sofortige Unterbringung, ärztliche Zwangsmaßnahmen, besondere Sicherungsmaßnahmen. Müssten nicht auch auftretende Todesfälle dokumentiert und gemeldet werden? Wie werden diese Todesfälle, die in der Psychiatrie auftauchen, sozusagen öffentlich bzw. nicht öffentlich anonymisiert weitergeleitet? Wie werden die Todesfälle, die in den Psychiatrien auch auftreten, dokumentiert? Wer dokumentiert die, wie werden die weitergeleitet und wo kommen die Informationen hin?

Die Frage richtet sich an die Ärztekammer.

Prof. Dr. Susanne Schwalen (Ärztekammer Nordrhein): Wir hatten uns in unserer Stellungnahme schon zu § 32 – Meldepflichten – geäußert. Wir glauben, dass einerseits, ja, verschlüsselte und anonymisierte Form so gewünscht ist, aber wir sehen hier doch einen erheblichen Konkretisierungsbedarf. Wenn Sie sich zum Beispiel in die Gesetzgebung vom klinischen Krebsregister hineinarbeiten, dann sehen Sie, in welcher detaillierter Form es gewährleistet werden muss, dass sozusagen die Verschlüsselung und Anonymisierung tatsächlich auch gewährleistet wird.

Wir sehen da eine große Gefahr, dass, wenn Patientennamen in solchen Registern – es entstehen ja dadurch Register – auftauchen, diese Patienten eine erhebliche Stigmatisierung erfahren könnten, auch in ihrem folgenden Leben. Wir sehen auch das Problem, dass, wenn wir jetzt Namen im Zusammenhang mit der Unterbringung nennen, dann auch sehr viele Menschen, die sozusagen akut eine Unterbringung bekommen, dort erscheinen. Wir haben in der Stellungnahme das Beispiel eines Siebzehnjährigen gebracht, der stark alkoholisiert war, untergebracht wurde und am Folgetag das Ganze sozusagen wieder aufgehoben wurde, weil er dann nicht mehr alkoholisiert ist und herauskommt, er hat schlicht und einfach seine Abiturfeier gehabt. Der würde auf einmal in so einer Aufzählung erscheinen.

Das ist etwas, was wir uns eigentlich nicht wünschen. Wir möchten auch, dass gewährleistet wird, dass, wenn fälschlicherweise Namen dort auftauchen – so etwas gibt es auch immer einmal wieder –, geklärt wird, wie da Korrekturen gemacht werden können.

Wir sehen einen erheblichen Bedarf, hier noch Konkretisierungen hineinzubringen, einerseits in den Datentransfer, aber auch in den genauen Umgang mit solchen Listen. Das ist uns sehr wichtig.

Zu den auftretenden Todesfällen kann ich jetzt im Moment leider keine Stellung nehmen, kann ich Ihnen nicht sagen, das könnten wir nachreichen.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herzlichen Dank. – Der Ausschuss war ja, das habe ich vor einer Stunde gesagt, in Finnland. Ich kann der Ärztekammer auch nur empfehlen: Fahren Sie einmal nach Finnland, was dort alles gesammelt wird und wie – sage ich einmal – die Prävention und die Gesundheitsvorsorge ablaufen und vor allem mit welchem Output, mit welchem Ergebnis das in Finnland abläuft.

Bei dem Thema „Digitalisierung“ sind wir ein Entwicklungsland. Wir sind ja immer alle schön eingegraben in unseren Positionen. Wir sollten einmal über unseren Tellerrand

hinausgucken. Fahren sie einmal nach Finnland, ein kleines Land, 5 Millionen Einwohner, doppelt so groß wie der Regierungsbezirk Detmold, aus dem ich komme.

Das nur mein Hinweis für nächste Reiseziele, auch fachlich orientiert, von Seiten des Vorsitzenden. Die Fragen sind, glaube ich, beantwortet. Weitere Fragen sehe ich nicht.

Dann rufe ich Art. 2 – Inkrafttreten – auf. Das wird, glaube ich, nicht von den Damen und Herren Abgeordneten in irgendeiner Weise problematisiert, weil es nicht in unsere Macht steht, wann es in Kraft tritt.

Dann rufe ich jetzt die Restanten auf, die Frage der Kollegin Maaßen zu § 14 und die Stellungnahme des Städtetags. – Bitte schön.

Anja Ritschel (Städtetag Nordrhein-Westfalen): Wir haben uns in unserer Stellungnahme sehr ausführlich noch einmal mit dem § 14 befasst, obwohl er jetzt eigentlich nicht Teil der Novellierung ist. Ich bin aber sehr froh, dass ich die Gelegenheit habe, das hier noch einmal anzubringen. Wir haben das schon bei der letzten Novellierung versucht und sind damit nicht durchgedrungen. Es ist uns ein sehr großes Anliegen, weil wir da eine Regelungslücke sehen, die die örtlichen Ordnungsbehörden, die sozialpsychiatrischen Dienste vor Ort sehr umtreibt, und bei der wir es für dringend erforderlich halten, dass sie in irgendeiner Form geschlossen wird.

Im § 14 geht es um die sofortige Unterbringung, also etwas – das ist ja schon in verschiedenen anderen Themenfeldern angesprochen worden –, das die Ultima Ratio ist. Ich will gern vorausschicken, dass unser Ziel immer ist, ohne eine solche Maßnahme auszukommen, dass es aber sehr wohl Situationen gibt, in denen ganz offensichtlich ein anderer Weg nicht hilfreich ist.

Nicht umsonst, weil es eben ein großer Einschnitt in die Persönlichkeitsrechte, in die Freiheitsrechte ist, ist es ja auch klar formuliert. Es geht nicht einfach so, sondern Voraussetzung ist eben, um diese sofortige Unterbringung als örtliche Ordnungsbehörde anordnen zu können, dass ein ärztliches Zeugnis vorliegt. Da ist auch formuliert, dass das entsprechend natürlich von hoher Qualität sein soll, also von Psychiatern, Psychiaterinnen oder in der Psychiatrie erfahrenen Ärzten, Ärztinnen ausgestellt werden soll. Es ist auch klar, dass für die Beibringung des ärztlichen Zeugnisses dann die örtliche Ordnungsbehörde zuständig ist.

Was uns niemand sagt, ist, was wir denn tun, wenn wir keine Chance haben, an ein solches Zeugnis heranzukommen, also wenn wir keinen Arzt, keine Ärztin finden, der, die in der Situation sich mit einbringen kann und das fachlich beurteilen kann.

Ich will das ganz praktisch schildern. Wir haben in sozial-psychiatrischen Diensten – das ist in Bielefeld, glaube ich, nicht anders als in anderen Kommunen – natürlich Psychiater, Psychiaterinnen. Wenn das, was tagsüber an besonderen psychischen Krisen passiert, durch den sozialpsychiatrischen Dienst begleitet wird, dann haben wir diese ärztliche Kompetenz. Aber bei der klassischen Situation nachts, am Wochenende, stellt sich dann eben die Frage: Wer ist denn dann für uns der Ansprechpartner im Sinne einer ärztlichen Kompetenz?

Wir können für Bielefeld sagen, dass wir auch nachts und am Wochenende einen Krisendienst mit sehr erfahrenen Sozialarbeitern, Sozialarbeiterinnen haben. Andere Kommunen haben auch so etwas nicht. Aber wir sind eben wirklich bemüht, erst einmal andere Möglichkeiten zu finden, den Menschen zu helfen. Aber wenn es denn dann dazu kommt, weiß ich inzwischen nur, wer alles das nicht für uns bereit hält. Es heißt, es ist klar geregelt, die kassenärztliche Vereinigung hat diesen Auftrag nicht, die Ärzte, die da im allgemeinärztlichen Notfalldienst tätig sind, die auch für psychiatrische Notfälle natürlich erst einmal gerufen werden können, haben aber ausdrücklich eben nicht das Duktum, dass sie solche Zeugnisse ausstellen. Die meisten tun das auch nicht. Die kassenärztliche Vereinigung verweist auch immer darauf, dass dem auch so nicht sein soll.

Kaum eine Kommune – ich bin jetzt vorsichtig, vielleicht gibt es ja doch die zwei, drei löblichen Ausnahmen – hat tatsächlich, ich sage einmal, einen ärztlichen Bereitschaftsdienst, der 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche da ist. Wir behelfen uns natürlich zum Teil mit Bereitschaftsärzten, -ärztinnen, wir haben einzelne Verträge, aber auch das ist natürlich nicht ausreichend, um tatsächlich alle Fälle abzudecken.

Wir behelfen uns, und das machen, glaube ich, auch viele andere Kommunen so, nach dem schlichten Motto: „Wenn der Arzt nicht zum Patienten kommt, dann muss der Patient zum Arzt“, sodass eben dann eine Verbringung in die Fachklinik erfolgt und dort dann eben ein ärztliches Zeugnis erstellt wird, wenn es denn zu einer Zwangseinweisung kommt, auch die weitere Behandlung.

Aber es sind alles Hilfskrücken und auch schon die Frage: Ist denn der Transport in die Klinik in dem Verfahren eigentlich abgesichert? Wir machen das dann mit Ingewahrsamnahme unter Berufung und oft auch in Amtshilfe mit der Polizei. Aber das regelt das Gesetz nicht. Das heißt, das Gesetz, das PsychKG, hat Regelungen getroffen, hat sehr stark eine Qualitätskomponente eingeführt durch das ärztliche Zeugnis, aber regelt nicht, was passiert, wenn das so nicht zu erreichen ist. Das beschäftigt uns wirklich seit Jahren, das ist eine ganz, ganz große Unsicherheit, die wir auf der kommunalen Ebene haben, wie wir da verfahren sollen. Ich halte das für unglaublich unbefriedigend, gerade in einem solch sensiblen Bereich eine solche Lücke zu haben, wo wir, ich sage einmal, schlicht auch vor Ort ein Stück weit alleine gelassen werden, unser Bestes tun, pragmatische Lösungen finden. Aber ich glaube, es ist eigentlich nicht im Sinne auch des PsychKG, dass wir uns da durchwurschteln, sondern eigentlich braucht es eine klare Formulierung, wie so etwas dann auch abläuft, wenn solche praktischen Hürden – die sind eben nicht selten, das können Sie sich unschwer vorstellen, die sind nicht selten nachts und am Wochenende – auftauchen.

Deswegen haben wir noch einmal in der Stellungnahme der kommunalen Spitzenverbände sehr ausführlich dazu Stellung genommen, obwohl es die Novellierung gar nicht vorsieht, da noch einmal heranzugehen, aber ich möchte hier noch einmal flammend den Appell an Sie richten, sich auch diesem Thema noch einmal zu widmen.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herzlichen Dank, Frau Beigeordnete. – Wir haben ja auch einen konkreten Vorschlag gemacht, auch einen Verweis auf Baden-Württem-

berg, wenn ich das richtig sehe, oder andere Bundesländer. Wir werden in der Auswertung der Anhörung sicherlich auch auf diesen Punkt insgesamt noch einmal zurückkommen.

Anja Ritschel (Städtetag Nordrhein-Westfalen): Vielleicht ein Satz: Ja, in der Tat ist es so, wir haben uns natürlich auch angeguckt, wie das andere machen. Nun bin ich auch keine Juristin, ich nehme für mich nicht in Anspruch, das Gesetz besser schreiben zu können als diejenigen, die das getan haben. Baden-Württemberg hat da, ich sage einmal, eine aufweichende Formulierung, die einfach den Notfall besser handhaben lässt. Aber ich glaube, das Minimum, das wir bräuchten, wenn man das nicht insgesamt ganz anders aufstellen will, sollte beschrieben werden. Man könnte sich ja tatsächlich auch noch einmal angucken: Ist das mit dem allgemeinen ärztlichen Notdienst so ausreichend geregelt, was das Thema der psychiatrischen Notfälle angeht? Das geht jetzt wahrscheinlich viel zu weit und würde ein neues Fass aufmachen.

Aber das Minimum eben, wenn wir denn die Möglichkeit haben, in die Klink zu verbringen, den Menschen eben zu dem Arzt, zu der Ärztin zu bringen, dass dann im Gesetz klar geregelt ist, auf welcher Grundlage wir das tun, damit da alle Verfahrensbeteiligten wirklich Sicherheit haben.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Also wir haben das vernommen. Auch über die Frage von ärztlichen Notdiensten ist in diesem Ausschuss mit kassenärztlichen Vereinigungen und den Ärztekammern mehrfach berichtet, diskutiert und geredet worden.

Meine Damen und Herren, weitere Fragen und Punkte sehe ich nicht. Ich danke noch einmal ganz herzlich. Ich habe vor neun Minuten darauf verzichtet, noch einmal eine Wohlbefindenspause zu machen, aber nehmen Sie diesen Hinweis aus Finnland, probieren Sie das aus.

Ich wünsche Ihnen noch eine gute Verrichtung des heutigen Tages und viel Wohlbefinden.

Die Sitzung ist geschlossen.

gez. Günter Garbrecht
Vorsitzender

Anlage

20.09.2016/21.09.2016

215

Stand: 30.08.2016

Anhörung
des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales
am Mittwoch, 31. August 2016, 10.00 Uhr, Raum E3 D01

Thema: "**Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten**"

Gesetzentwurf der Landesregierung, Drucksache 16/12068

Tableau

eingeladen	Redner/in Weitere Teilnehmer/-innen	Stellungnahme
Städtetag Nordrhein-Westfalen Köln	Anja Ritschel Andrea Vontz-Liesegang	16/4060
Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen Düsseldorf	<i>keine Teilnahme</i>	
Landkreistag Nordrhein-Westfalen Düsseldorf	Thomas Krämer	
Landschaftsverband Rheinland Köln	Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank Markus Brehmer	16/4023
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychotherapie e. V. (DGSP) Köln	<i>keine Teilnahme</i>	
Landschaftsverband Westfalen-Lippe Münster	Prof. Dr. Meinolf Noeker	
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) Berlin	Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank	16/4038
Bundesdirektorenkonferenz Herrn Prof. Dr. Thomas Pollmächer Klinikum Ingolstadt GmbH Ingolstadt	Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank	16/4044
Ärztammer Nordrhein Düsseldorf	Prof. Dr. Susanne Schwalen Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank	16/4062
Ärztammer Westfalen-Lippe Körperschaft des öffentlichen Rechts Münster/Westfalen	Dr. Markus Wenning Dr. Stefanie Oberfeld	

eingeladen	Redner/in Weitere Teilnehmer/-innen	Stellungnahme
Besuchskommission Bezirksregierung Münster Abteilung 24 Münster	Jessica Wellmann Dr. Ulrike Zaps van Aken Dr. Thülig	16/4020
Krankenhausgesellschaft NRW (KGNW e. V.) Düsseldorf	Dr. Peter-Johann May Thorsten Ganse	16/4053
Pflegerat Nordrhein-Westfalen Landesarbeitsgemeinschaft c/o St. Christophorus-Krankenhaus Werne	Matthias Krake	16/4048
Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK) Bonn	Prof. Dr. Heinrich Kunze Linda Mische	16/4091
Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW e. V. Bochum	Matthias Seibt Martin Lindheimer Elisabeth Scheunemann	16/4051 16/4067
Landesverband Nordrhein-Westfalen der Angehörigen psychisch Kranker e. V. Münster	Wiebke Schubert Gudrun Schliebener Christian Papst	16/4063
Arbeitskreis Psychiatriekoordination Westfalen-Lippe Herrn Edwin Stille Herford	Dr. Jörg Kalthoff	16/4036 16/4032
Landesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes NRW e. V. Heinsberg		
Landesverband leitender Ärztinnen und Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie in NRW e. V. LLPP NRW e. V. St. Alexius-/ St. Josef-Krankenhaus Neuss	Dr. Martin Köhne Prof. Dr. Heinrich Schulze Mönking	16/4074
SoVD Nordrhein-Westfalen e. V. Düsseldorf	Dr. Michael Spörke	16/4022

eingeladen	Redner/in Weitere Teilnehmer/-innen	Stellungnahme
Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ACKPA) Hamm	Prof. Dr. Karl H. Beine	16/4054
St. Marien-Hospital Hamm gGmbH Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Herrn Prof. Dr. Karl H. Beine Hamm		
Landesverband der Alzheimer Gesellschaften Nordrhein-Westfalen e. V. Düsseldorf	Regina Schmidt-Zadel Prof. Dr. Ralf Ihl	16/4087
Rheinische Gesellschaft für soziale Psychiatrie e. V. Solingen	Dr. Norbert Schalast	16/4035 (Neudruck)
Überörtliche Arbeitsgemeinschaft für das Betreuungswesen in Nordrhein-Westfalen Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) Landesbetreuungsamt - Geschäftsstelle ÜAG NRW - Münster	Lothar Buddinger	16/4052
Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e. V. (BFLK) Augsburg	Marion Brand Silke Ludowsy-Dehl Jochen Möller	16/4034
Psychiatrie-Patinnen und –Paten e. V. Frau Doris Delen Herrn Norbert Bohl Aachen	Doris Thelen Anja Linz	16/4050
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapeutin Frau Margret Osterfeld Dortmund	Margret Osterfeld	16/4068
Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V. Köln	Volker Schubach	---
Besuchskommission Bezirksregierung Düsseldorf Abteilung 24 Düsseldorf	Dr. Christiane Napp	---

eingeladen	Redner/in Weitere Teilnehmer/-innen	Stellungnahme
Besuchskommission Bezirksregierung Arnsberg Abteilung 24 Arnsberg	<i>keine Teilnahme</i>	---
Bund der Richterinnen und Richter, Staatsanwältinnen und Staatsanwälte Deutscher Richterbund e.V. (DRB) Haus des Rechts Berlin	<i>keine Teilnahme</i>	16/4058
Betreuungsgerichtstag Bochum	<i>keine Teilnahme</i>	16/4064
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Berlin	<i>keine Teilnahme</i>	16/4061
Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege Landesarbeitsgemeinschaft Drogen/Sucht Köln	<i>keine Teilnahme</i>	---
LWL-Klinik Herten Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (LWL KH) Landschaftsverband Westfalen-Lippe Münster	<i>keine Teilnahme</i>	---
Bundesverband für Kinder- und Jugend- psychiatrie, Psychosomatik und Psycho- therapie in Deutschland e. V. (BKJPP) Mainz	<i>keine Teilnahme</i>	---

Irrsinnig Menschlich e.V.

Zuschrift 16/956

Landesverband Gerontopsychiatrie und -
Psychotherapie Nordrhein-Westfalen e.V.

Zuschrift 16/958

Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP)

Zuschrift 16/954

Landesarbeitsgemeinschaft Sozialpsychiatrischer Dienste
Nordrhein-Westfalen e.V.

16/4024