

**N i e d e r s c h r i f t**  
**über die 27. - öffentliche - Sitzung**  
**des Ausschusses für Soziales, Arbeit, Gesundheit**  
**und Gleichstellung**  
**am 1. Februar 2024**  
**Hannover, Landtagsgebäude**

Tagesordnung:

Seite:

1. **Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Maßregelvollzugsgesetzes, des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke und des Niedersächsischen Gesetzes zur Umsetzung des Paktes für den öffentlichen Gesundheitsdienst**

Gesetzentwurf der Landesregierung - [Drs. 19/2843](#)

**Anhörung**

- Psychotherapeutenkammer Niedersachsen..... 5
- Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen e. V. (AANB)..... 9
- Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie  
Geschäftsstelle Psychiatrieausschuss  
Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung ..... 12
- Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie  
Geschäftsstelle Psychiatrieausschuss  
Besuchskommission für den Maßregelvollzug ..... 18
- Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie  
Geschäftsstelle Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen ..... 25
- Nationale Stelle zur Verhütung von Folter ..... 31

**2. Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Gesetzes über das Klinische Krebsregister  
Niedersachsen**

Gesetzentwurf der Fraktion der SPD und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen -

[Drs. 19/3292](#)

*Einbringung des Gesetzentwurfs* ..... 37

*Beratung, Verfahrensfragen* ..... 37

**3. Weniger Kosten bei gleicher Effektivität: Ärztekammern fusionieren, Kompetenzen  
bündeln**

Antrag der Fraktion der AfD - [Drs. 19/3278](#)

*(abgesetzt, Antrag wurde durch [Drs. 19/3362](#) zurückgezogen)* ..... 39

**4. Vorbereitung einer parlamentarischen Informationsreise** ..... 41

**Anwesend:**

Ausschussmitglieder:

1. Abg. Oliver Lottke (SPD), Vorsitzender
2. Abg. Jan Henner Putzier (i. V. d. Abg. Karin Emken) (SPD)
3. Abg. Marten Gäde (SPD)
4. Abg. Andrea Prell (SPD)
5. Abg. Julia Retzlaff (SPD)
6. Abg. Claudia Schüßler (SPD)
7. Abg. Jan Bauer (CDU)
8. Abg. Eike Holsten (CDU)
9. Abg. Volker Meyer (CDU)
10. Abg. Sophie Ramdor (CDU)
11. Abg. Thomas Uhlen (CDU)
12. Abg. Nicolas Breer (i. V. d. Abg. Dr.in Tanja Meyer) (GRÜNE)
13. Abg. Swantje Schendel (GRÜNE)
14. Abg. Delia Klages (AfD)

Als ZuhörerIn (§ 94 GO LT):

Abg. Vanessa Behrendt (AfD)

Vom Gesetzgebungs- und Beratungsdienst:

Parlamentsrätin Brüggeshemke (Mitglied),  
Ministerialrat Dr. Müller-Rüster.

Von der Landtagsverwaltung:

Regierungsoberamtsrat Horn,  
Regierungsrätin Kretschmer.

Niederschrift:

Regierungsdirektor Pohl, Stenografischer Dienst.

**Sitzungsdauer:** 10.15 Uhr bis 12.57 Uhr.

**Außerhalb der Tagesordnung:***Billigung von Niederschriften*

Der **Ausschuss** billigt die Niederschrift über die 26. Sitzung.

\*

**Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Kammergesetzes für die Heilberufe**

*Gesetzentwurf der Fraktion der CDU - [Drs. 19/2218](#)*

Abg. **Volker Meyer** (CDU) erkundigt sich nach dem Stand der internen Beratungen der Fraktionen der SPD und der Grünen über den Gesetzentwurf zur Änderung des Kammergesetzes für die Heilberufe.

Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE) teilt mit, dass die Auswertung der Anhörung zu dem Gesetzentwurf in der 25. Sitzung des Ausschusses am 7. Dezember 2024 noch nicht abgeschlossen sei, aber intensiv betrieben werde.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD) gibt ihrer Hoffnung Ausdruck, dass die internen Beratungen über den Gesetzentwurf demnächst abgeschlossen werden könnten.

\*\*\*

Tagesordnungspunkt 1:

**Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Maßregelvollzugsgesetzes, des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke und des Niedersächsischen Gesetzes zur Umsetzung des Paktes für den öffentlichen Gesundheitsdienst**

Gesetzesentwurf der Landesregierung - [Drs. 19/2843](#)

*direkt überwiesen am 16.11.2023*

*federführend: AfSAGuG*

*mitberatend: AfRuV*

**Anhörung**

**Psychotherapeutenkammer Niedersachsen**

*Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 6*

**Anwesend:**

- Roman Rudyk, Präsident der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen
- Andreas Kretschmar, Mitglied des Vorstands der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

**Roman Rudyk:** Eine 10-jährige begabte Schülerin, die ehrgeizig und in der Lage ist, gute Noten zu schreiben, überlegt sich, ob sie ein gutes Abitur machen will. Viele entscheiden sich, weil sie Psychotherapeutin oder Ärztin werden wollen, möglichst ein Abitur mit der Note 1,0 abzulegen. Dann gehen sie an den Start, um in den nächsten zwei Jahren so zu büffeln, dass sie das schaffen, und dann entscheiden sie sich sehr bewusst dafür, ob sie Psychotherapie oder Medizin studieren je nachdem, welche Patientinnen und Patienten sie behandeln wollen. Die Zahlen zeigen heute ganz eindeutig, dass die Menschen, die mit psychisch Erkrankten arbeiten wollen, weit überwiegend in den Psychotherapie-Studiengang gehen. Sie gehen dann in eine Ausbildung oder Weiterbildung, die sowohl auf der ärztlichen als auch auf der psychotherapeutischen Seite insgesamt ungefähr zehn Jahre dauert. Es gibt bei diesen Aus- und Weiterbildungen eine gemeinsame Schnittmenge und Bereiche, die die einen besser gelernt haben, und es gibt Bereiche, die die anderen besser gelernt haben. Welcher dieser Bereiche dann jeweils entscheidender für die Versorgung von psychisch Kranken ist, ist diskussionswürdig. Das ergibt sich, glaube ich, nicht alleine.

Wir sind aufgrund der Kürze der Zeit, seitdem die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als approbierter Heilberuf in der Versorgung sind, deutlich weniger präsent. Das zeigt sich unter anderem auch daran, dass es im Ministerium ein Psychiatrie-Referat und kein Referat für psychisch Erkrankte gibt und dass in diesem Ministerium auf der Fachebene Psychiaterinnen und Psychiater arbeiten, aber keine psychologischen Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten. Das wird sich ändern, weil zukünftig die Versorgung von psychisch kranken Menschen auf dem Facharzt- oder Fachpsychotherapeutenniveau zunehmend von Psychotherapeuten übernommen werden muss. Rein zahlenmäßig kann es sich gar nicht anders entwickeln.

Das ist die Grundlage, auf der wir unsere schriftliche Stellungnahme verfasst haben, die sich ausschließlich auf § 18 Abs. 1 NPsychKG bezieht. Zu den Zwangsmaßnahmen will ich jetzt nichts sagen. Uns geht es um die Befugnis, das Zeugnis für die vorläufige Unterbringung auszustellen. Wir denken, dass es sinnvoll ist, dafür eher die Psychotherapeuten als Ärztinnen und Ärzte aufzunehmen, die in diesem Bereich keine grundlegende Kompetenz haben. Der Hausarzt bei mir um die Ecke, den ich noch aus Klinikzeiten kennen - wir haben eine Zeit lang in der Inneren Medizin zusammengearbeitet -, hat mal zu mir gesagt: „Wenn ich einen von den Ihren habe, brauche ich danach drei Grippe-Patienten, um den Kopf wieder freizukriegen!“ Ich glaube, das beschreibt es relativ klar. Man braucht spezifische Kompetenzen, um mit psychisch kranken Menschen umgehen zu können, um diese Gespräche führen zu können, um erkennen zu können, worum es geht.

Dazu gehört natürlich immer - wie wir auch in der schriftlichen Stellungnahme geschrieben haben - auch eine Differenzialdiagnose. In den Sprechstunden, die wir seit Langem in ambulanten Praxen anbieten, in die die Patientinnen und Patienten nicht über einen Arzt oder eine Ärztin, sondern direkt kommen, müssen wir täglich entscheiden, wo sie eigentlich hingehören. Das ist die Grundlage. Ich muss dann nicht diagnostizieren, welche Erkrankung vorliegt, aber ich muss sagen: Bei dieser Depression stimmt irgendetwas nicht, vielleicht ist es doch die Schilddrüse! - Das haben wir gelernt. Das ist ganz selbstverständlich. Der zentrale Punkt im Umgang mit psychisch Erkrankten ist tatsächlich, das zu beherrschen. Das können die Menschen, die bei uns mit einer Approbation an den Start gehen, nach zehn Jahren Erfahrung fokussiert auf die Ausbildung und Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen. Deswegen halten wir es für angebracht, diese Entwicklung anzuerkennen und zu sagen: Auf dieser Ebene der fachpsychotherapeutischen, fachärztlichen Kompetenzebene nach zehn Jahren Ausbildung ist es notwendig, anzuerkennen, dass die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten da immer stärker in der Verantwortung sind. Wenn wir die Niedergelassenen-Praxen der sogenannten P-Ärzte - also der Ärzte für Psychosomatik, Psychiatrie und Psychotherapie - nehmen, dann ist das ungefähr ein Drittel der Anzahl der Psychotherapeuten. Also wir haben ungefähr dreimal so viele Praxen von Psychotherapeuten für Erwachsene und für Kinder und Jugendliche. Da gibt es eine ganz eindeutige Entwicklung. Wir gehen davon aus - zum Teil ist das ja auch möglich gewesen; wir haben auf das Krankenhausgesetz verwiesen -, dass wir an den Stellen von Gesetzen, wo es um psychisch Kranke geht und die Ärzte genannt werden, immer mehr sozusagen nachdefiniert werden müssen, also mit aufgenommen werden müssen. Das ist hier an dieser Stelle der Fall.

Ich hatte die Aufgabe, die Anhörung mit dieser ersten Stellungnahme zu eröffnen. Deswegen kann ich schlecht auf Einwände reagieren. Das ist ein bisschen schade. Aber ich glaube, ich habe das Wesentliche gesagt.

**Andreas Kretschmar:** Es gilt auch noch, Realitäten zu betrachten. Es gibt Kliniken, die haben zum Beispiel innerhalb von Diensten, die Psychologische Psychotherapeuten absolvieren, auch Wochenenddienste. Da sind dann Oberärzte im Hintergrund. Es gibt tatsächlich Abmachungen mit den dortigen Amtsgerichten, dass ein Vorratsbeschluss vom Oberarzt unterschrieben wird. Ich meine, das ist ein Unding. Natürlich ist der im Hintergrund, und der kann auch einbezogen werden dahin gehend, dass man sich rückversichert. Man muss ja ohnehin vor Ort immer überlegen, ob man sich noch bei anderen Professionen rückversichert. Das sollte ja auch im Rahmen von Vernetzungsüberlegungen gegeben sein. Auf jeden Fall ist es so die Realität: Ein Psychologischer Psychotherapeut schreibt einen Beschluss und holt sich dann das Okay vom Oberarzt, dass er

das dann nicht mal selber unterschrieben auf den Weg bringt. Ich meine, hier wäre eine Legalisierung sinnvoll, und zwar nicht nur in Niedersachsen, sondern sicherlich auch in den anderen Bundesländern, wo das auch zu überlegen ist, sodass klar ist: Wer eine Stellungnahme, also ein Gesundheitszeugnis erstellt, der sollte es auch unterschreiben. Er soll natürlich auch dokumentieren, dass Rücksprache mit einem ärztlichen Kollegen gehalten wurde. So etwas wäre auch noch zu bedenken.

**Abg. Claudia Schübler (SPD):** Für mich als Juristin ist es ein bisschen schwierig, zu entscheiden, wer die besseren Kompetenzen hat. Ich höre mir das an und denke darüber nach. Gibt es denn in anderen Bundesländern schon Erfahrungen damit? Gibt es irgendwo sozusagen praxistaugliche Tests bezüglich der von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erstellten Einschätzungen?

**Abg. Volker Meyer (CDU):** Die Regelungen müssen ja nicht nur rechtskonform, sondern auch praktikabel sein, damit sie entsprechend umgesetzt werden können. Da hakt es ja im Moment ein Stück weit. Sie haben darauf hingewiesen, dass viele geeignete Psychotherapeuten zur Verfügung stehen, auch im Vergleich zu den Hausärzten. Wie kann denn gewährleistet werden, dass Einrichtungen oder der Sozialpsychiatrische Dienst auf sie zurückgreifen können, wenn kein Arzt erreichbar ist - was ja durchaus häufig vorkommt -, damit kurzfristig eine Beurteilung erfolgen kann? Dann müsste es ja auch entsprechende Bereitschaftsdienste geben.

**Roman Rudyk:** Wir sind grundsätzlich auch zu Bereitschaftsdiensten bereit. Wir sind ja auch bereit für Dienste in den Kliniken. Das läuft vermehrt in einigen Kliniken ganz gut, dass die Dienste von den Psychologischen Psychotherapeuten übernommen werden. Das hängt auch mit der Personalentwicklung zusammen. Selbstverständlich ist es für uns auch denkbar, dass wir eine Liste zusammenstellen, wer von den zurzeit 4 500 Psychotherapeuten in Niedersachsen, die eine Approbation haben, und von den ungefähr 1 000, die jetzt in der Vorbereitung zur Approbation sind, ansprechbar ist, und auch mit den entsprechenden Organisationen klären, wie sie angesprochen werden können.

**Andreas Kretschmar:** Zu den Erfahrungen: Das ist natürlich eine dünne Nummer. Ich kann jetzt nicht sagen, dass das gesichert ist. Die Schön Kliniken - ich glaube, die sind in Bayern; da bin ich mir jetzt aber nicht ganz sicher - praktizieren das Modell, das ich gerade vorgestellt habe. Während eines Dienstes an Wochenenden, der durch Psychologische Psychotherapeuten abgedeckt wird, wenn kein Arzt in der Klinik ist, sondern nur der Hintergrunddienst - das soll ja nicht sein, aber ist halt die Realität -, ist das beschriebene Verfahren gängig. Das ist möglich, weil es mit den Richtern abgesprochen ist. Daran sieht man, wie groß der Druck ist, sich kreativ Innovationen zu überlegen, sodass es zu solch kuriosen Verfahren kommt, dass jemand nicht vor Ort ist und jemand nicht tatsächlich direkt sieht. Derjenige, der einen Patienten sieht, sollte dann schon auch unterschreiben. In welcher Form das am Ende geschieht und wie man das dann rückversichert, ich denke, das lässt vieles offen. Sozialpsychiatrische Dienste - wir haben ja auch mit Kolleginnen und Kollegen dort gesprochen - würden sich natürlich auch Möglichkeiten wünschen, diesbezüglich direkt vor Ort tätig werden zu können. Da sind die dann schon auch in dieser Form gehindert. Es wäre auch denkbar, dass zum Beispiel ein Psychologischer Psychotherapeut, der vor Ort ist und somatische Abklärung hat, mit einer Rettungsleitstelle, die auch ärztlich besetzt ist - die gibt es ja in Niedersachsen -, Rücksprache hält, um somatische Dinge abzuklären. Das machen Rettungssanitäter regelmäßig. Die schicken notfalls auch ein EKG über das Netz. Dann können die Ärzte in der Rettungsleitstelle eine Empfehlung abgeben. So etwas wäre dann ja

auch innovativ zu hinterfragen und möglicherweise auch gesetzlich - oder an welcher Stelle auch immer - zu regeln. Da wäre durchaus auch Innovation möglich, um auch die Netzwerkarbeit zu fördern, sodass die Personalressource gesichert bleibt und nicht verbraucht wird, wie das im Moment der Fall ist.

Abg. **Marten Gäde** (SPD): Vielen Dank für Ihre Ausführungen. Ich halte es durchaus für sinnvoll, die Psychotherapeuten mit aufzunehmen. Würde dann, wenn die geltende Formulierung im Gesetz „durch das Zeugnis einer Ärztin oder eines Arztes mit Erfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie“ um Psychotherapeuten ergänzt würde, dem bisherigen Problem des Personalmangels ausreichend begegnet?

**Roman Rudyk:** Die KV hat ja schon im Vorfeld deutlich gemacht, dass sie nicht davon ausgeht, dass der ärztliche Bereitschaftsdienst das macht. Die Frage wäre auch, welche Ärztinnen und Ärzte für diese Tätigkeit zur Verfügung stehen. Da muss man sich, wie Herr Kretschmar deutlich gemacht hat, ein Stück weit auf eine Entwicklung einlassen. Ich bin sehr optimistisch, dass wir Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten finden, die bereit sind, ihre Handynummer bei einer zentralen Stelle bekannt zu machen, sodass sie im Bedarfsfall angerufen werden können. Viele der Niedergelassenen haben ja auch schon ausführliche Vorerfahrungen mit der stationären Psychiatrie, und einige der Niedergelassenen betreiben einen Teil ihrer Praxis mit psychotischen Patienten. Das heißt, da gibt es genug Erfahrungen und, denke ich, auch eine Bereitschaft, sich in diesen Bereich hinein zu entwickeln, und zwar auch von den ambulant Tätigen. Diejenigen, die stationär arbeiten, haben zu einem gewissen Anteil auch noch eine Privatpraxis nebenbei. Sie wären dann auch in der Lage, über diese Ansprechlinie relativ schnell zu reagieren, ohne dass es über die Institution laufen muss. Da gibt es also durchaus Möglichkeiten.

Abg. **Delia Klages** (AfD): Auch von mir vielen Dank für Ihre Ausführungen. Sie haben eingangs beschrieben, dass es eine deutliche Entwicklung bei den Abiturienten gibt, sich bei der Wahl des Studiengangs für Psychotherapie zu entscheiden, dass deren Zahl steigt und dass man faktisch aus diesem Grund schon gesetzlich darauf Rücksicht nehmen muss. Ich habe das so verstanden: Die Studenten treffen eine Entscheidung für einen Fachbereich, und dann muss der Gesetzgeber nachrüsten, weil die Psychologen bzw. Psychiater nicht mehr zur Verfügung stehen. Gäbe es keine anderen Möglichkeiten, bei der Ausbildung darauf einzuwirken, dass in der Zukunft die benötigten Fachärzte zur Verfügung stehen?

**Roman Rudyk:** Es entscheiden sich nicht mehr junge Leute für die Psychotherapie als für die Medizin - da bin ich vielleicht missverstanden worden -, sondern sie entscheiden sich relativ gezielt danach, ob sie mit psychisch Kranken oder mit somatisch Kranken arbeiten wollen. Diejenigen, die mit psychisch Kranken arbeiten wollen, gehen eher in die Psychotherapie als in die Medizin. Das ist die Entwicklung und hängt damit zusammen, dass beide Aus- und Weiterbildungswege sehr gut für diese Arbeit mit psychisch Kranken qualifizieren und dass dann ein Vorteil gesehen wird, über die Psychologie/Psychotherapie in diesen Beruf der fachpsychotherapeutisch und fachärztlich eigenverantwortlichen Arbeit mit psychisch Kranken einzusteigen. Die wählen dann eben nicht mehr die Fachärztin Psychiatrie oder Psychosomatik bzw. es sind weniger - diese Berufe werden auch noch gewählt, aber es passiert weniger -, sondern sie gehen von vornherein in den Psychologie/Psychotherapie-Studiengang. Das ist ja diese kleine Gruppe der leistungsfähigen Abiturienten, die den Durchschnitt von 1,0 schaffen. Die braucht man in beiden Bereichen.



Abg. **Sophie Ramdor** (CDU): Ich habe eine Frage zu einem ganz anderen Thema. Mich interessiert Ihre Einschätzung zu der vorgeschlagenen Regelung für Fixierungen, nach der es künftig nur noch 5-Punkt- und 7-Punkt-Fixierungen geben soll, konkret auch dazu, welche Auswirkungen diese Regelung hätte.

**Andreas Kretschmar**: Das ist natürlich nicht unser Kernbereich. Fixierungen sind letztlich in ärztlicher Verantwortung, vor allem dann, wenn der Gesundheitszustand weiterhin betrachtet werden muss. Ich denke, da sind wir eher ein bisschen außen vor. Herr Koller, der später angehört wird, wird dazu sicherlich sehr gute Ausführungen machen. Er sowie die anderen Kolleginnen und Kollegen, die noch angehört werden, sind besser in der Lage, diese Frage zu beantworten. Bei diesem Thema bin ich zurückhaltend. Ich kenne das mit den Fixierungen ja nun schon sehr lange. Ich habe nie erlebt, dass - egal, welche Fixierung angewendet wurde - daraus irgendein schwerwiegender gesundheitlicher Schaden entstanden ist. Bei diesem Thema habe ich aber nicht die medizinische Fachkompetenz.

#### **Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen e. V. (AANB)**

*Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 2*

##### **Anwesend:**

- Christian Grell, 1. Vorsitzender
- Gerit Siegmund, Vorstand

**Gerit Siegmund**: Die Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen in Niedersachsen und Bremen möchte in dieser Anhörung zwei Punkte kommentieren, die uns sehr wichtig erscheinen.

Erstens. Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, dass künftig jeder approbierte Arzt eine Einweisung in eine psychiatrische Klinik auslösen kann. Das findet nicht unsere Zustimmung. Wir sind der Meinung, dass nur Psychiater eine Einweisung in eine Klinik veranlassen sollten, weil sie über die nötige Fachkompetenz verfügen. Bereits die jetzige Formulierung im Gesetz, nach der auch Ärzte mit einer zusätzlichen Ausbildung im Bereich Psychiatrie das machen dürfen, ist aus unserer Sicht schon ein Kompromiss, den wir so aber noch mittragen können. Auch diese Ärzte verfügen unserer Meinung nach über genügend Kompetenz. Wenn man diese Anforderung jetzt auch noch fallen ließe, würde aus unserer Sicht die Kompetenz für eine solche Entscheidung nicht ausreichen.

Wir haben also Zweifel, dass jeder approbierte Arzt fachlich so qualifiziert ist, darüber vernünftig entscheiden zu können. Das könnte sonst zwei Folgen haben. Es kann erstens zu einer nicht gerechtfertigten Einweisung kommen. Das ist für den Betroffenen sicherlich eine Katastrophe. Er erlebt dann ein Trauma und wird sich in Zukunft von diesem Gesundheitssystem entfernen, also wird nichts mehr damit zu tun haben wollen. Für die weitere Behandlung ist das natürlich sehr problematisch. Zweitens befürchten wir aber auch, dass es mehr Fälle geben wird, in denen keine Einweisung erfolgt, obwohl dies aus psychiatrischer Sicht eigentlich nötig wäre, weil sich der Arzt nicht ganz sicher oder nicht schlüssig ist, mit der Folge, dass der Betroffene, der möglicherweise eine Psychose oder Ähnliches hat, dann in seinem Umfeld verbleibt. Dann ist der

Phantasie der freie Lauf gelassen, was das für den Betroffenen selbst oder auch für die Gesellschaft bedeuten kann. Insofern sollte man meiner Meinung nach versuchen, das zu vermeiden.

Juristisch geht es im Wesentlichen um die Problematik, dass untersucht werden muss, ob eine Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt. Wir wissen aus unserer Arbeit, dass es im Moment tiefergehende Diskussionen darüber gibt, was eigentlich eine Selbstgefährdung und eine Fremdgefährdung ist. Ist eine Selbstgefährdung nur der Suizid oder zum Beispiel auch der drohende oder beginnende Absturz in die Verelendung, in die Obdachlosigkeit? Darüber streiten im Moment Ethiker, Juristen und Psychiater. Das ist eine tiefgehende Diskussion. Ich kann mir nicht vorstellen, dass jeder approbierte Arzt den Stand dieser Diskussion kennt und das in seine Entscheidung einfließen lassen kann.

Die Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen favorisiert eine Stärkung des Sozialpsychiatrischen Dienstes in Richtung eines 24/7-Notdienstes, also mit einer Bereitschaft rund um die Uhr. Denn beim Sozialpsychiatrischen Dienst ist die Kompetenz vorhanden, solche Entscheidungen zu treffen. Dort ist normalerweise auch ein Psychiater vorhanden. Es wäre schön, wenn der Sozialpsychiatrische Dienst auch am Wochenende rund um die Uhr verfügbar ist und dann zu eventuellen Fällen hinzugerufen werden kann, weil er über die größte Expertise in diesem Bereich verfügt.

Ein solcher Notdienst könnte natürlich auch anders organisiert werden, etwa so ähnlich wie bei dem Notdienst der Apotheken, indem sich niedergelassene Psychiater, in einer Klinik tätige Psychiater und im öffentlichen Dienst tätige Psychiater zusammentun und so etwas auf die Beine stellen. Das kann man dann irgendwo im Gesundheitswesen ansiedeln. Das wäre nach unseren Vorstellungen eine ideale Lösung.

Die eigentliche Ursache ist offenbar ein Mangel an Psychiatern. Dann ist es natürlich auch denkbar, eine Ausbildungsoffensive zu starten, um diesen Mangel zumindest mittelfristig abzustellen. Dafür ist jetzt aber nicht unbedingt eine Gesetzesänderung erforderlich.

Aus unserer Sicht gibt es also bessere Lösungen, als jedem approbierten Arzt die Möglichkeit zu geben, in eine Einrichtung einzuweisen.

Wir haben aber noch einen Wunsch zum NPsychKG. Das NPsychKG enthält unserer Meinung nach eine entscheidende Lücke. Es geht dabei um psychisch Erkrankte, die nicht krankheitseinsichtig sind, also nicht von selbst zum Arzt gehen, die aber auch nicht selbstgefährdend oder fremdgefährdend sind. Diese Menschen erhalten oft überhaupt keine Hilfe, zum Teil noch nicht mal eine Diagnose, weil ein solcher Fall im NPsychKG nicht richtig abgehandelt wird. Man kann dann anfangen, das NPsychKG zu interpretieren. Aber die meisten sagen dann: „Uns sind die Hände gebunden. Wir können hier nichts machen. Es liegt keine Selbst- oder Fremdgefährdung vor, also können wir überhaupt nicht tätig werden.“ Dieses Problem müsste unserer Ansicht nach dringend angegangen werden. Notwendig ist eine Anleitung, wie man in diesen Fällen zu verfahren hat. Solche betroffenen Patienten haben zum Teil lange Zeit keine Diagnose und keine Behandlung. Das bedeutet für die Angehörigen einen Albtraum, weil man ihnen nicht helfen kann und das bestehende Gesundheitssystem für diese Patienten nicht nutzen kann. Wahrscheinlich ist es nicht einfach, eine solche gesetzliche Regelung zu treffen. Aber auch wenn es nicht einfach ist, müsste das eigentlich mal angegangen werden. Wir haben unsere Unterstützung dabei zugesagt. Wir sind gern bereit, dabei mitzuwirken. Es gibt verschiedenste Ideen, was

man in das Gesetz einfügen könnte. Unser bayerischer Schwesterverband, der dasselbe Problem bearbeitet, hat schon einige Konzepte dafür. Unser Wunsch ist, eine solche Regelung möglichst noch im Rahmen der anstehenden Gesetzesänderung zu treffen und dieses Thema möglichst nicht bis zur nächsten regulären Überarbeitung des Gesetzes auf die lange Bank zu schieben.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD): Vielen Dank, dass Sie an dieser Anhörung teilnehmen. Als Angehörige psychisch erkrankter Menschen sind Sie ja nicht professionell aufgestellt, sondern Sie haben sich ja im Rahmen der Selbsthilfe organisiert. Ich kann Ihre Ausführungen gut nachvollziehen, weil Sie wahrscheinlich sehr viele Beispiele kennen, bei denen irgendetwas nicht vernünftig oder nicht so gelaufen ist, wie man es sich idealerweise vorstellt.

**Gerit Siegmund:** Richtig.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD): Wir nehmen Ihre Anregung zum NPsychKG mit in unsere Arbeit. Das war bislang nicht Gegenstand. Wir werden das aber besprechen.

Die Ausstellung des Zeugnisses für die vorläufige Unterbringung durch einen Psychiater ist natürlich immer die ideale Lösung. Mich interessiert in diesem Zusammenhang, wie Sie zu dem Vorschlag der Psychotherapeutenkammer stehen.

**Gerit Siegmund:** Das ist ein alternativer Vorschlag, mit dem wir uns noch nicht intensiv auseinandergesetzt haben. Nach meiner Ansicht wären das aber Personen, die auch ein Wissen im psychiatrischen Sektor haben. Das wäre in etwa mit einem Arzt vergleichbar, der über ein solches Wissen verfügt. Über diesen Vorschlag müssten wir zunächst noch intern diskutieren. Das wäre aber sicherlich auch ein Weg, wenn es jetzt wirklich einen Mangel an in der Psychiatrie erfahrenen Ärzten gibt und dieser Mangel nicht anderweitig beseitigt werden kann.

Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE): Vielen Dank für Ihre Ausführungen. Meine erste Frage hat sich durch die Frage von Frau Schüßler erledigt. Meine zweite Frage zielt in die Richtung der Frage, die Frau Ramdor gestellt hat. Zum Thema Fixierung haben Sie in Ihrer schriftlichen Stellungnahme keine Aussage getroffen. Haben Sie dazu auch eine Einschätzung?

**Gerit Siegmund:** Wir haben dazu in der ersten Abfrage etwas ausgeführt. Das ist aber nicht unser Spezialthema. Es hörte sich für uns einigermaßen schlüssig und vernünftig an, was darin stand. Dazu wird Herr Koller aber mehr sagen können.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Herzlichen Dank für Ihre Stellungnahme. Ich möchte noch eine Nachfrage stellen, da Sie als Angehörige ja auch Erfahrungen mit Notsituationen haben. Meine Nachfrage bezieht sich auf Ihren Hinweis auf die unterversorgten Menschen, die keine Selbst- oder Fremdgefährdung aufweisen und auch nicht krankheitseinsichtig sind. Können Sie sich vorstellen, dass dann, wenn zukünftig viel mehr Ärzte eine Einweisung veranlassen könnten, die selbst nicht über tiefgehende Kompetenzen auf dem Gebiet der Psychiatrie verfügen, Angehörige versuchen würden, diese Ärzte gezielt dazu zu bringen, eine Einweisung zu veranlassen?

**Gerit Siegmund:** Ich befürchte, dass das keinen Effekt haben wird; denn alle, die da jetzt agieren, sind gefangen im NPsychKG. Wenn das NPsychKG keine Möglichkeiten eröffnet, eine Einweisung zu veranlassen, auch wenn keine Selbst- oder Fremdgefährdung besteht, dann wird niemand eine Einweisung veranlassen. Insofern ist meines Erachtens eine entsprechende Gesetzesänderung vonnöten.

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Vielen Dank für Ihren Vortrag. Ich möchte auch noch auf den letzten Punkt eingehen. Sie haben Ihren bayerischen Schwesterverband angesprochen, der sich mit diesem Thema beschäftigt und Ideen entwickelt hat. Es wäre schön, wenn Sie uns einige dieser Ideen darstellen würden. Denn wir tapen da ja sehr stark im Dunkeln, welche gesetzliche Grundlage es dafür überhaupt geben kann gerade auch vor dem Hintergrund der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, das uns in diesem Bereich nur einen relativ engen Spielraum lässt.

**Gerit Siegmund:** Ein Vorschlag des bayerischen Verbandes, den wir sehr gut finden und gerne übernehmen würden, stammt ursprünglich von Professor Bäuml, einem Psychiater aus München. Sein Vorschlag beinhaltet, für solche Fälle, wie ich sie beschrieben habe, ein Notfallgremium aus Experten zu bilden, an dem ein Richter, ein Angehöriger, ein Psychiater, der Sozialpsychiatrische Dienst und je nach Sachlage weitere Instanzen - zum Beispiel die Polizei, wenn das eine Rolle gespielt hat, oder das Jugendamt, wenn es um Kinder geht, oder auch das Sozialamt - beteiligt sind, sodass sich ein Kompetenzteam mit dem Thema befasst und eine Entscheidung trifft, die dann auch umgesetzt wird. Sie muss dann gegebenenfalls auch die Möglichkeit einer Einweisung beinhalten, obwohl die im NPsychKG festgelegte Anforderung, dass Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegen muss, nicht erfüllt ist. Diesen Ansatz, den der bayerische Verband verfolgt, finden wir sehr gut und können wir eigentlich nur unterstützen.

Abg. **Jan Bauer** (CDU): Vielen Dank für Ihre Ausführungen. Meine Frage bezieht sich auf den Bereitschaftsdienst. Sind Ihnen aus Ihrem Netzwerk schon Beispiele bekannt, in denen das mit Erfolg und auch praktikabel in Deutschland umgesetzt wird?

**Gerit Siegmund:** Das ist uns leider nicht bekannt, weil wir aus dem Kreis der Angehörigen nur den Bereich Niedersachsen und Bremen beleuchten können. Mir ist aber bekannt, dass der Bereitschaftsdienst in den Bundesländern sehr unterschiedlich geregelt ist. In einigen Bundesländern funktioniert das wohl recht gut und in anderen weniger gut. Wir machen leider auch immer die Erfahrung, dass dann, wenn irgendwo ein Notfall auftritt, entweder nur Sanitäter kommen, die sich dann mit dem Fall beschäftigen müssen, oder dass ein Arzt mitkommt, der sich dann aber meistens mit der Entscheidung, ob eine Einweisung vorgenommen werden soll oder nicht, sehr schwer tut. Diese Erfahrung haben wir gemacht. Was man dagegen tun kann, habe ich ja in meinem Vortrag beschrieben.

## **Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie**

### **Geschäftsstelle Psychiatrieausschuss**

#### **Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung**

*Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 8*

#### **Anwesend:**

- Dr. Marc Burlon, Ärztlicher Direktor der psychiatrischen Klinik Lüneburg, Vorsitzender des Fachausschusses für Psychiatrische Angelegenheiten
- Dr. Thorsten Sueße, Fachdienstleiter Sozialpsychiatrischer Dienst Region Hannover, stellv. Vorsitzender des Fachausschusses für Psychiatrische Angelegenheiten

**Dr. Marc Burlon:** Ich bin Vorsitzender des Fachausschusses für Psychiatrische Angelegenheiten und hauptberuflich Ärztlicher Direktor der Psychiatrischen Klinik Lüneburg und Chefarzt der Erwachsenenpsychiatrie.

**Dr. Thorsten Sueße:** Ich stelle mich ebenfalls kurz vor: Ich bin der zweite Vorsitzende des Fachausschusses für Psychiatrische Angelegenheiten und seit 20 Jahren Ärztlicher Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover.

**Dr. Marc Burlon:** Ich werde zunächst unsere schriftliche Stellungnahme zusammenfassen. Anschließend wird Herr Dr. Sueße unseren Vorschlag vorstellen. Abschließend werde ich von ärztlicher Seite im Vorgriff das kommentieren, was Herr Koller für den Fachausschuss vortragen wird.

Wir sind grundsätzlich nicht für den Vorschlag, im geltenden Gesetz die Worte „mit Erfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie“ zu streichen. Diese Änderung hielten wir für eine substantielle inhaltliche Verschlechterung. Das möchte ich auch kurz begründen.

Erstens möchte ich daran erinnern, aus welchen Gründen diese Formulierung in das Gesetz eingefügt worden ist, und einen Vergleich zu anderen Bundesländern ziehen, die das alle nicht haben. Wir reden hier von einem extrem hohen Niveau in Niedersachsen, dass der Gesetzgeber vorgibt: Die Entscheidung, ob jemand in die Psychiatrie kommt oder nicht, muss vor Ort getroffen werden. Diese Entscheidung soll nicht in der Psychiatrie getroffen werden. So soll den Betroffenen der Weg in die Psychiatrie erspart werden. Nach § 16 NPsychKG ist „die Unterbringung einer Person ... nach diesem Gesetz nur zulässig, wenn von ihr infolge ihrer Krankheit oder Behinderung ... eine gegenwärtige erhebliche Gefahr ... für sich oder andere ausgeht und diese Gefahr auf andere Weise nicht abgewendet werden kann“. Es ist sehr sinnvoll, diese Entscheidung vor Ort zu treffen; denn dadurch wird vielen Menschen ganz viel Transport in eine Psychiatrie, Leid, Zeit usw. erspart. Niedersachsen ist ein Flächenland mit weiten Wegen. Sie können sich vorstellen, was passiert, wenn jemand von zu Hause stundenlang unnötig in die Psychiatrie und wieder zurückgebracht wird.

Zweitens. Über welche Zielgruppe reden wir? - Wir reden immer von *den* psychisch Kranken. Aber wer ist das denn? Ich muss Ihnen leider sagen: Auch wir gehören zu dieser Gruppe; denn es gibt Zustände in unserem Leben nach - was weiß ich - drei Tagen Sitzungen hier ohne Schlaf. Dann kommen Sie vielleicht auch in Zustände, die dann vom Psychiater begutachtet werden sollten. Das heißt, wir reden auch von Menschen, die zum ersten Mal in Kontakt mit dem Hilfesystem kommen, die neben sich stehen und psychische Auffälligkeiten zeigen, die es dann abzuklären gilt. Der Klassiker sind ja ältere Herrschaften, die zum ersten Mal durcheinander sind usw. Es ist auch wichtig, diese Menschen im Blick zu behalten: Was will man denen zumuten, und möchte man sie in die Psychiatrie verfrachten? Gegebenenfalls werden sie dort zu Recht behandelt. In einem Großteil der Fälle schicken wir sie aber auch wieder zurück, weil wir einfach keine Aufnahmeindikation sehen und weil wir vor Ort jemanden brauchen, der das Hilfesystem kennt und vor Ort entscheidet.

Es ist wichtig, dass wir uns klarmachen, in welchen Situationen diese Entscheidungen getroffen werden. Es ist ja nicht so, dass dann die Polizei gerufen wird, alle eine Tasse Kaffee trinken und sagen: Wollen Sie vielleicht in die Psychiatrie? - Das sind hoch akute Situationen! Alle kauen auf dem Zahnfleisch - die Angehörigen wahrscheinlich schon tagelang -, der Betroffene ist außer

sich, und dann kommen der Rettungsdienst, die Polizei und gegebenenfalls ein unerfahrener Kollege, der keine Ahnung vom System hat, um diese Entscheidung zu treffen. Uns muss auch klar sein: Hier geht es auch um die Anwendung von Gewalt. Die Polizei hat dabei noch einen anderen Zugang als wir Psychiater. Gegebenenfalls ist der Patient schon in Fesseln.

Nun zu der Frage: Was muss jemand mitbringen, der bei einer solchen Entscheidung vor Ort ist? Dabei kommen wir auch noch einmal zu dem, was die Kollegen aus der psychologischen Richtung gesagt haben, wovon ich mich deutlich abgrenzen möchte; denn ihnen fehlt der Erfahrungsschatz im Umgang mit Gewalt, im Umgang mit Paragrafen, im Umgang mit Fixierungen. Jemand vor Ort muss deeskalieren können. Er muss die Gefahr auf andere Weise abwenden können. Er muss Erfahrung in der Gesprächsführung und in der Diagnostik von körperlichen Untersuchungen haben. Er muss auch mal jemanden vor Ort anfassen können, um zu entscheiden, was körperlich vorliegt, ob beispielsweise eine ältere Dame exsikkiert ist usw. Er muss Erfahrung in der Gesprächsführung haben. Er muss Erfahrung in der Arbeit mit Angehörigen haben. Er muss auch Erfahrungen in der Pharmakotherapie haben. Er muss Erfahrung im Hilfesystem haben: Was ist vor Ort möglich? Wo kann jemand in Behandlung kommen? - Alles das sind Erfahrungen in Abgrenzung zu nicht psychiatrisch tätigen ärztlichen Kollegen, die man nach unserer Auffassung nur in der Psychiatrie und in dem ganzen Verbund erwerben kann. Deshalb ist das aus unserer Sicht wichtig.

Mein letzter Punkt: Wir müssen aufpassen, dass wir in Niedersachsen nicht einen Schritt hinter die Standards zurückgehen, die sich in Deutschland entwickeln und die auch das Bundesverfassungsgericht hinsichtlich der Frage der Fixierung und der Eins-zu-eins-Betreuung vorgegeben hat. Denn insgesamt gibt es Tendenzen, über Leitlinien zur Verminderung von Zwang und Gewalt durch das Bundesverfassungsgericht und durch eine sehr aufwendige Beantragung von Zwangsmedikationen die Rechte der Betroffenen zu stärken. Meines Erachtens müssen wir aufpassen, dass wir nicht einen Schritt zurückgehen und durch das Absenken des Niveaus in Niedersachsen hinter die Standards zurückfallen.

**Dr. Thorsten Sueße:** Unser Fazit ist: Wie Herr Dr. Burlon schon ausgeführt hat, schlagen wir vor, das Gesetz nicht zu ändern. Außerhalb des Gesetzes sollten jedoch möglicherweise im Rahmen von Empfehlungen Änderungen vorgenommen werden. Zum einen sollte aus unserer Sicht die Definition für die Formulierung „Ärztin oder Arzt mit Erfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie“ aktualisiert werden. Ich habe schon in der 26. Sitzung dieses Ausschusses am 18. Januar 2024 ausgeführt, dass man noch einmal darüber nachdenken sollte, nach welcher Jahresfrist man in den entsprechenden Disziplinen, in denen man immer wieder mit psychisch kranken Menschen zu tun hat - in der Notfallmedizin, im vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst, aber auch Ärzte in einer Notfallambulanz -, als in der Psychiatrie erfahren gilt.

Zum anderen empfehlen wir so etwas wie eine Fachkunde „Psychiatrische Notfallmedizin“, in der zum Beispiel eigentlich alle niedergelassenen Ärzte, die ja auch immer wieder mit solchen Fällen zu tun haben, geschult werden sollten. Inhalte dabei sollten beispielsweise die Themen sein, welche psychiatrischen Notfälle es gibt, wie damit umgegangen werden sollte und wie sich der Ablauf bei einem Unterbringungsverfahren darstellt. Dabei wären dann möglicherweise das Sozialministerium, das Landesgesundheitsamt, der Psychiatrieausschuss, vielleicht die Regionalsprecher der Sozialpsychiatrischen Dienste, aber auch die Ärztekammer Niedersachsen gefragt. Denn ein Arzt wird ja immer zu einer Krisenintervention gerufen, bei der ein Mensch in Not ist. Die Idee ist ja dann nicht, erst einmal eine Einweisung vorzunehmen, sondern es muss

dann eine Diagnose gestellt und geklärt werden, ob im Hintergrund eine somatische Erkrankung vorliegt, sodass es dann auf einer ganz anderen Schiene weitergeht. Das eilt auch. Man kann nicht davon ausgehen, dass das dann irgendwann in der Psychiatrie geklärt wird, sondern das muss bereits im Vorfeld geklärt werden. Man muss dabei auch die Alternativen kennen. Wenn es keine andere Möglichkeit gibt, muss im letzten Schritt vielleicht ein ärztliches Zeugnis erstellt werden. Dabei wird nicht erst noch ein Gutachter hinzugezogen, der das dann irgendwie regelt. Das sollte in einer Hand sein, setzt aber auch voraus, dass diejenigen, die das dann vor Ort machen, über die entsprechende Qualifikation verfügen.

Zum Vorschlag der Psychologischen Psychotherapeuten: Grundsätzlich halte ich das für eine Idee, mit der man sich beschäftigen sollte; denn es gibt durchaus auch viele Kompetenz im Bereich der Psychologischen Psychotherapeuten. Es gibt aber Fälle, in denen geklärt werden muss, ob somatische Erkrankungen eine Rolle spielen. Man muss ja auch erst einmal darauf kommen, dass eventuell ein Problem vorliegt, das vielleicht doch eher durch Hinzuziehung eines entsprechenden Arztes zu klären ist.

Zudem stellt sich auch die Frage, ob rund um die Uhr Psychologische Psychotherapeuten zur Verfügung stehen. Denn die Idee ist ja, dass eine Person vor Ort ist, die sich mit einem Notfall befasst und alle Fragestellungen auslotet und das Ganze die Ultima Ratio ist.

Noch eine letzte Anmerkung: Die Region Hannover gewährt eine angemessene Vergütung für die Zusatzleistung des ärztlichen Zeugnisses. Das ist ja keine Kassenleistung. Wenn man natürlich kein Geld in die Hand nimmt, wird man weder einen in der Psychiatrie erfahrenen Arzt noch einen nicht in der Psychiatrie erfahrenen Arzt finden.

**Dr. Marc Burlon:** Ich möchte gerne noch auf den Maßregelvollzug eingehen, zu dem Herr Koller gleich noch sehr versierter aus juristischer Sicht Ausführungen machen wird. Ich würde gerne aus psychiatrisch-ärztlicher Sicht zwei, drei Punkte vorwegnehmen.

Es sollte zum einen darauf geachtet werden, dass die gesetzlichen Regelungen zum Maßregelvollzug nicht anders gelagert sind als diejenigen im NPsychKG. Ich bin Chefarzt bzw. Ärztlicher Direktor einer Klinik mit einer Forensik und einer Erwachsenen-Psychiatrie. Sie können sich vorstellen, wie groß die Verwirrung ist, wenn der Arzt vom Dienst und der Richter von einem Haus ins nächste wandern und die Gesetzgebung in Bezug auf die Unterbringung, die Fixierung usw. dort eine andere ist. Ich bitte darum, darauf zu achten.

Zum anderen ist die Beschränkung auf eine 5-Punkt- oder 7-Punkt-Fixierung klinisch sehr schwierig. Wenn das im Gesetz so vorgegeben würde, dann würden wir darüber brüten, wie man das in der Praxis umsetzen soll. Wir haben das jetzt so gelöst, dass es in einer Endfixierung wichtig ist, Menschen auch an weniger als fünf Punkten zu fixieren, um auszuprobieren, wie das geht. Das heißt, wir brauchen klinischen Sachverstand in der Gesetzgebung: Wie kann man das so regeln, dass es handhabbar ist? Eine Festlegung nur auf 5-Punkt- oder 7-Punkt-Fixierung entspricht nicht der klinischen Realität.

Der letzte Punkt ist: Natürlich brauchen wir auch Medikamente zur Versorgung von Patienten. Sie müssen sich vorstellen: Wenn ein Patient fixiert ist und ich nicht akut Medikamente geben kann, sondern einen Antrag für eine Zwangsmedikation stellen muss- so steht es jetzt darin -, dann wird das Wochen dauern. Das ist der Horror! Wir tun den Menschen nichts Gutes, wenn

wir sie mechanisch fixieren können, aber ihnen keine Medikamente geben können und mehrfach nachfragen müssen usw., so wie es ja jetzt im Gesetz steht. - So weit noch zum Maßregelvollzug.

**Abg. Swantje Schendel (GRÜNE):** Vielen Dank für Ihre Ausführungen und insbesondere für die Alternativvorschläge, die uns in unserer weiteren Arbeit bei der Beurteilung sehr helfen. Herr Dr. Sueße, ich bitte Sie, das Vergütungsmodell der Region Hannover, das Sie am Ende Ihrer Ausführungen erwähnt haben, noch etwas näher zu erläutern.

**Dr. Thorsten Sueße:** Wenn ein vertragsärztlicher Kollege zu einem psychisch kranken Menschen in einer Notfallsituation vor Ort gerufen wird, dann wird das von den Krankenkassen entsprechend vergütet. Wenn dann aber deutlich wird, dass die Situation nicht mit einer Krisenintervention geregelt werden kann und der Patient in einer Klinik behandelt werden muss, aber dass der Patient das gar nicht will, dann ist er erst einmal dafür gar nicht zuständig, das Zeugnis auszustellen. Dafür bekommt er kein Geld. Das wird dann aber von der Region Hannover angemessen vergütet. Der Arzt kann das dann entsprechend liquidieren. Ich höre aus anderen Landkreisen, dass das dort nicht entsprechend erfolgt. Dann bekommt man aber weder den einen noch den anderen Arzt. Dafür muss man jetzt nicht die Standards senken. In der Region Hannover liegt der Satz momentan bei 100 Euro.

**Abg. Thomas Uhlen (CDU):** Herr Dr. Burlon, Sie haben darauf hingewiesen, dass überprüft werden muss, ob die Regelungen mit den einschlägigen Urteilen des Bundesverfassungsgerichts in Einklang stehen. Mich interessiert etwas konkreter Ihre Einschätzung, ob die Regelungen des Gesetzentwurfs mit der einschlägigen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts in Einklang stehen.

**Dr. Marc Burlon:** Dazu möchte ich auf Herrn Koller verweisen, der dazu ausführlich Stellung genommen hat.

**Abg. Claudia Schüßler (SPD):** Ich schließe mich dem Dank von Frau Schendel für die umfassende Stellungnahme und insbesondere für die zusammengefassten Vorschläge am Ende der schriftlichen Stellungnahme an. Wir werden das in unsere Beratungen mit einbeziehen.

**Abg. Marten Gäde (SPD):** Vielen Dank für Ihre Ausführungen. Ich habe noch eine Verständnisfrage zu Ihren Ausführungen zur Änderung des NPsychKG. Ich habe Sie so verstanden, dass Sie den Vorschlag der Psychotherapeutenkammer, die Psychologischen Psychotherapeuten mit einzubeziehen, grundsätzlich begrüßen würden, wenn man dies näher definiert. Habe ich das richtig verstanden?

Ein zweiter Punkt: Sie haben darauf hingewiesen, dass die Regelung „mit Erfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie“ nicht ausreichend definiert ist. Dieser Hinweis ist sicherlich sehr hilfreich. Haben Sie auch einen konkreten Vorschlag für eine solche Definition?

**Dr. Marc Burlon:** Zu der Frage zu den Psychotherapeuten: Wir müssen aufpassen, dass wir nicht in ein Berufsbashing geraten; denn es ist sicherlich eine berufsspezifische Frage, wer wofür zuständig ist. Ich bin der Meinung, man sollte das in Ruhe prüfen. Ich weiß nicht, ob es eine Frage des Gesetzgebers ist, das vorher festzulegen, sondern lassen Sie uns doch mit den Kammern auf den Weg gehen, das zu prüfen! Ich glaube, dass Psychotherapeuten auf jeden Fall Kompetenzen



mitbringen. Die Kompetenzen, die für die Unterbringung erforderlich sind, bringen die Psychotherapeuten allerdings nicht mit. Ich fand die Frage von Frau Ramdor vorhin zur 5-Punkt- bzw. 7-Punkt-Fixierung ganz erhellend. Der geschätzte Kollege kann darauf erst mal keine Antwort geben. Das sind aber die Punkte, die wir vor Ort brauchen: Was ist zu tun? - Das heißt, lassen Sie uns das in Ruhe prüfen! Mir wäre es zu schnell und zu weitgreifend, die Kollegen da jetzt gleich mit aufzunehmen. Das ist meine Meinung.

**Dr. Thorsten Sueße:** Genau. Die ärztlichen Kollegen vom Rettungsdienst bei der Region Hannover beklagen, dass sie zum Beispiel die Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“ innerhalb von zwei Jahren erlangen, aber dass in den offiziellen Regelungen der Definition „drei Jahre“ steht. Dann sagen sie immer: Wir können das aber eigentlich auch! - Aber wenn wir das jetzt wirklich ernst nehmen, dann kann das der eine oder andere Kollege nach zwei Jahren noch gar nicht, obwohl sie sich, meine ich, auch zu Recht als „in der Psychiatrie erfahren“ definieren. Das gilt für alle Bereiche, in denen immer dieser Dreijahreszeitraum zugrunde gelegt wird, den man, ich glaube, in den Jahren 2001 oder 2002 definiert hat. Das galt für die Bereiche Notfallmedizin, Bereitschaftsdienst in einer Klinik, aber auch Tätigkeit im vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst. Da hat man einfach immer drei Jahre zugrunde gelegt. Irgendwas musste man ja sozusagen auf den Markt werfen. Deswegen gab es die Idee, etwa in der Fachkunde „Psychiatrische Notfallmedizin“ zu schulen, um auch den Standard zu halten. So etwas habe ich schon mehrfach für die Ärztekammer und verschiedene andere Institutionen angeboten. Das stößt auch auf Interesse. Es gibt Inhalte, die dabei sinnvoll vermittelt werden können und die dann auch zu einem sicheren Umgang in der Praxis führen.

**Abg. Marten Gäde (SPD):** Zum Maßregelvollzug haben Sie darauf hingewiesen, dass nach dem vorliegenden Gesetzentwurf bei Fixierungsmaßnahmen keine Medikamente verabreicht werden können. Das sind ja sehr extreme Situationen. Fixierungen nimmt man ja nicht leichtfertig vor. Die Patienten sind dabei zum Teil sehr angespannt und auch sehr aggressiv. Wie sollte Ihres Erachtens das Maßregelvollzugsgesetz geändert werden? Denn sedierende Behandlungen können ja in einer solchen Situation auch im Sinne des Patienten sein und können auch Verletzungen vermeiden.

**Dr. Marc Burlon:** Zum jetzigen Zeitpunkt ist das schwierig. Als Arzt bin ich in einer Grauzone, wenn ich jemanden fixiere und ihm im Notzustand eine Zwangsmedikation gebe. Das kann ich ja im Notfall machen. Der Richter kann dann aber sagen: „Der ist doch fixiert! Das ist doch gar kein Notfall mehr!“ Insofern sollte der betreffende Paragraph dahin gehend ergänzt werden, dass es nicht nur eine mechanische Fixierung gibt, sondern dass es auch eine medikamentöse Form gibt. Herr Koller führt das in der Diskussion aus: Kann es auch eine medikamentöse Fixierung ohne eine mechanische Fixierung geben? - Das ist eine interessante Diskussion. Herr Koller weist darauf hin, dass die Datenlage dazu sehr schlecht ist. Andere Länder machen das. Das ist natürlich weitreichend. Ich bin sehr dafür, uns Ärzten auf die Finger zu gucken, dass wir nicht machen können, was wir wollen. Denn sonst sind natürlich Tür und Tor geöffnet, wenn ein Arzt entscheiden kann, eine medikamentöse Fixierung vorzunehmen. Das wäre ein Diskussionspunkt, der darüber hinausgeht. In allererster Linie wird es darum gehen, das Gesetz dahin gehend zu erweitern, dass es uns Ärzten möglich ist, neben der mechanischen Fixierung auch gleich eine medikamentöse vorzunehmen, weil die Situation für den Patienten anderenfalls unerträglich ist.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD): Jetzt muss ich doch noch eine Nachfrage stellen, weil ein kleiner Widerspruch zwischen der schriftlichen Stellungnahme und der von Herrn Dr. Burlon vorgetragenen Auffassung zur Einbeziehung der Psychotherapeuten besteht. In der schriftlichen Stellungnahme wird zusammenfassend zum Ausdruck gebracht, dass man sich deren Einbeziehung unter bestimmten Voraussetzungen vorstellen könne, nämlich wenn zum Beispiel die Beurteilung somatischer Erkrankungen sichergestellt ist. Daher bitte ich darum, Ihren Standpunkt noch einmal zu konkretisieren.

Ich möchte auch den folgenden Hinweis geben: Anlass für diese Änderung des NPSychKG ist die Tatsache, dass es viele Einweisungen gibt, ohne dass ein Arzt einen Patienten gesehen hat. Deshalb machen wir uns überhaupt auf den Weg dieser Gesetzesänderung. Das ist die Ausgangslage. Uns ist wirklich daran gelegen, hier nicht die Standards abzusenken. Deshalb habe ich auch die Nachfrage gestellt, ob über die Einbeziehung von Psychotherapeuten, die dazu geeignet sind, eher eine Verbesserung als eine Verschlechterung erreicht werden kann. Ich will nur auf die tatsächliche Lage hinweisen. Wir alle sind der Meinung, dass es im Idealfall natürlich anders ist. Man wird auch an einem großen Rad drehen müssen, um das zu verbessern. Es gibt ja auch immer mehr Patienten; auch das muss man berücksichtigen.

Ich bitte Sie aber, den Widerspruch aufzuheben.

**Dr. Marc Burlon:** Als Wissenschaftler würde ich Ihre Aussage erst mal infrage stellen. Wir haben noch gar nicht darüber diskutiert, wie häufig das Problem eigentlich vorkommt. Ich höre an vielen Stellen „Ja, das ist ein Problem!“, aber ich habe überhaupt keinen Datensatz, keine Zahlen. Wie lösen die Landkreise das denn zurzeit? Es ist ja nicht so, dass das überall ein Problem ist. Welche Lösungen gibt es? - Dazu fehlt mir der Datensatz. Wir sehen das Problem auf jeden Fall und erkennen es auch an. Bevor aber so weitreichende Schritte unternommen werden, würde ich der Frage nachgehen, wie es denn wirklich vor Ort aussieht.

Der Kollege Rudyk hat ausgeführt, dass Psychologen per se wissen, ob bei einer Depression eine Schilddrüsenerkrankung vorliegt oder nicht. Da habe ich fachlich erhebliche Zweifel. Das kann man nicht vor Ort sehen. Das kann man auch nicht erfühlen. Dafür ist medizinischer Sachverstand notwendig.

Insofern spreche ich mich überhaupt nicht dagegen aus, dass wir in Zukunft einen Weg finden, da auch gemeinsam etwas zu machen. Ich habe aber die Sorge, dass vor Ort medizinischer Sachverstand fehlt, der entscheiden kann, ob ein Patient in einem somatischen Krankenhaus oder in einer psychiatrischen Klinik behandelt werden sollte. Diese Entscheidung zu treffen ist in Situationen, die immer hoch akut sind und bei denen man nicht in der Ecke sitzt und Tee trinkt, schwierig.

**Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie**  
**Geschäftsstelle Psychiatrieausschuss**  
**Besuchskommission für den Maßregelvollzug**

*Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 5*

**Matthias Koller:** Ich möchte zunächst den § 18 NPSychKG in den Rahmen einordnen; denn man muss bedenken: Dabei geht es um die vorläufige verwaltungsbehördliche Anordnung von einem

Tag bis 24 Uhr des nächsten Tages und um die Frage: Wie kommt der Patient in die Klinik? Muss er vorher ärztlich gesehen werden? Wo muss er ärztlich gesehen werden? Danach folgt die gerichtliche Anordnung, die ja dann zwingend erforderlich ist, und zwar in der Praxis in der Regel im Wege der einstweiligen Anordnung. Das sind diese Sechs-Wochen-Beschlüsse oder Drei- oder Vier-Wochen-Beschlüsse oder wie auch immer. Für diese Anordnung gilt das Verfahrensrecht des Bundes, das Familienverfahrensgesetz (FamFG). Nach diesem Gesetz ist immer ein ärztliches Zeugnis erforderlich. Dafür reichen Psychotherapeuten nicht aus. Psychotherapeuten dürfen dabei nicht tätig werden. Das ärztliche Zeugnis „muss“ das Zeugnis eines Arztes „mit Erfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie“ sein - das ist das Minimum - und „soll“ nach Möglichkeit das Zeugnis eines Facharztes sein.

Worüber wir hier jetzt reden, ist die Frage: Was passiert bis dahin verwaltungsbehördlich, bis das Gericht entscheidet? Wer muss den Patienten gesehen haben? - Hier stellt sich natürlich die Grundfrage der Ausgestaltung: Soll der Patient, bevor er in die Klinik kommt, gesehen werden? Reicht es aus, wenn er in der Klinik gesehen wird?

Die schriftliche Stellungnahme, die ich verfasst habe, beruht auch auf Eindrücken, die ich als Richter gewonnen habe. Ich war bis Ende 2022 Vorsitzender Richter in Göttingen und war unter anderem Vorsitzender einer Strafvollstreckungskammer - daher der Maßregelvollzug -, aber auch einer Beschwerdekammer für NPsychKG-Sachen und habe daher in meinem Leben etliche NPsychKG-Fälle gesehen.

Aber jetzt geht es um die Frage: Wie müssen wir eigentlich das Verfahren ausgestalten, wenn der Mensch dorthin kommt? - Ich habe mir dazu einige Gesetze einiger anderer Bundesländer angesehen. Das ist nur eine zufällige Auswahl. Ich habe mir die Gesetze in den größten Ländern angesehen - Bayern, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen - und bin dann noch auf diejenigen in Hessen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein gestoßen. Darauf habe ich es dann beschränkt. Das Ergebnis war ein überraschendes oder ernüchterndes: Es gibt dort Regelungen „von - bis“. Es gibt Länder, die für die verwaltungsbehördliche Unterbringung vorschreiben, dass dabei ein Arzt mit Erfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie tätig sein muss. In Nordrhein-Westfalen soll es grundsätzlich ein Arzt mit Erfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie sein. In Baden-Württemberg soll es ein Arzt sein, und in Hessen gibt es das Wunderwerk, dass die Zuführung zur Klinik nicht im PsychKG, sondern im Sicherheits- und Ordnungsgesetz geregelt ist. Dort werden die Menschen erst mal von der Polizei in die Klinik gebracht, und in der Klinik werden sie dann von Fachärzten angesehen. Auch wenn sonst ärztliche Zeugnisse ausreichen, müssen es dort Fachärzte sein. In Bayern ist das auch so im PsychKHG geregelt; aber auch dort gibt es das Modell, dass erst in der Klinik auf den Patienten geguckt wird. Der wird also von zu Hause in die Klinik gebracht. Man stelle sich das einmal in unserem Bezirk Göttingen vor: Der Patient würde dann irgendwo aus dem Harz - aus Bad Lauterberg oder Osterode - eine Stunde mit dem Auto nach Göttingen fahren und wäre dann plötzlich in der Klinik, wo erst dann entschieden würde, ob das eine gute Situation ist. - Dazu hat Herr Dr. Burlon wichtige Dinge gesagt. Das ist wahrscheinlich eine ziemliche Zumutung. Insofern ist unser Modell deutlich besser.

Bei der Sichtung dieser Gesetze ist mir auch aufgefallen: Darin ist nirgendwo ein Psychotherapeut aufgetaucht. Das bedeutet aus meiner Sicht aber nicht, dass Psychologische Psychotherapeuten das nicht könnten. Das hat Herr Rudyk sehr eindrucksvoll geschildert. Auch in der Behandlungspraxis entscheiden Psychologische Psychotherapeuten gegebenenfalls darüber, welchem Patienten empfohlen werden sollte, in die Klinik zu gehen.

Ich habe dann auch noch bundesweit mir bekannte Psychiater befragt, wie sie dazu stehen. Da kamen ganz unterschiedliche Meinungen. Einige sagten: Ja, Psychologische Psychotherapeuten können das leisten, wenn sie über entsprechende Erfahrungen, insbesondere vielleicht auch über Berufserfahrungen in einer Klinik in einer Akutstation verfügen. - Jemand anders sagte: Ja, ein Ausnahmezustand kann aber immer auch andere als psychische Ursachen haben, das kann ein somatischer Arzt womöglich besser beurteilen. - Also letztlich ist die Lage da offen. Man muss sehen, wie die Notsituation eigentlich ist, und darüber entscheiden.

Die Grundentscheidung ist: Will man ein ärztliches Zeugnis haben, bevor der Betroffene in die Klinik gebracht wird, oder reicht es aus, das ärztliche Zeugnis in der Klinik auszustellen? - Viel spricht dafür, das Zeugnis vorher zu haben. Dann muss man sehen, wer das leisten kann. - Das vorweg zu diesem Thema und als Rahmen.

Mein Hauptthema ist eigentlich der Maßregelvollzug. Ich bin Vorsitzender der Besuchskommission für den Maßregelvollzug und spreche daher am ehesten für den Maßregelvollzug. Dabei geht es um die Regelung zur Fixierung. Dabei sollte man einmal grundsätzlich festhalten - das habe ich in meiner Stellungnahme nicht geschrieben, aber haben wir hier noch erörtert -: Eine Fixierung ist eine schwer eingreifende Zwangsmaßnahme, die wirklich nur als Ultima Ratio und in äußersten Notfällen zur Anwendung kommen sollte, und zwar dann auf einer gesetzlichen Grundlage. Das alles steht nicht so ausdrücklich im Gesetz. Den Gedanken der Ultima Ratio könnte man noch deutlicher in einer allgemeinen Formulierung in das Gesetz hineinschreiben, aber ich glaube, das versteht sich im Wesentlichen von selbst.

Alles, was ich jetzt zur Fixierung sage, setzt voraus, dass man eine Fixierung wirklich nur im äußersten Notfall vornimmt. Ein Punkt, der mich sehr irritiert, ist, dass es 2017 eine NPsychKG-Novelle gegeben hat, in der die Fixierung geregelt worden ist. Das war vor dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts. Man hat damals im NPsychKG eine Regelung für die Fixierung getroffen, die das später ergangene Urteil des Bundesverfassungsgerichts ziemlich genau vorhergesehen hat. Wir haben da relativ viel drin. Es gibt Dinge, wo man Randkorrekturen vornehmen muss, aber grundsätzlich hat es diese Änderung gegeben.

Nun haben wir plötzlich einen Gesetzentwurf, der alles ganz anders macht. Das ist ein Problem - das sage ich auch aus meiner Sicht als Richter -, wenn ich in der Klinik auf die Station für die Allgemeinpsychiatrie gehe und dort eine Fixierung genehmigen muss und wenn ich dann auf die andere Station in der Forensik gehe. Die ehemaligen Landeskrankenhäuser im Land Niedersachsen verfügen ja alle sowohl über Allgemeinpsychiatrie als auch über Forensik. Je nachdem, um welche Station es sich handelt, muss ein und derselbe Amtsrichter plötzlich zweierlei Gesetze anwenden. Dem Richter kann man das vielleicht zumuten. Aber der Arzt, der Bereitschaftsdienst habende Arzt oder die Mitarbeiter im Pflegedienst, die dann zur Hilfe gerufen werden, müssen dann nicht nur eine akut eskalierte Situation einschätzen und in den Griff bekommen, sondern sie müssen sich auch noch darüber Gedanken machen, welches Gesetz nun eigentlich gilt und was sie nun eigentlich dürfen.

Ich glaube, das ist keine gute Lösung. Man sollte das NPsychKG und das Maßregelvollzugsgesetz in den Bereichen, in denen es Überschneidungen gibt, weitgehend aneinander anpassen.

Was die Ausgestaltung der Regelung als solche betrifft, sind von Herrn Dr. Burlon einige wichtige Punkte angesprochen worden, an denen auch mir sehr liegt. Das eine ist die Beschränkung auf

die 5-Punkt- und 7-Punkt-Fixierung. Nur eine 5-Punkt- oder 7-Punkt-Fixierung wird tatsächlich zum Problem, wenn man einen Patienten schrittweise defixieren will, wenn man also nicht alle Befestigungen, nicht alle Fesseln bei einem Patienten lösen will, sodass er aufstehen kann, weil man nicht einschätzen kann, wie er sich dann verhält. Es kann ja sein, dass man auf dem Weg zur endgültigen Defixierung zunächst einmal zum Beispiel einen Arm freimacht, sodass der Patient sich selber Essen zuführen oder sich selber am Kopf kratzen kann - also nur etwas ganz Simples -, sodass ich sehe, wie er dabei zurechtkommt. Das kann man auch auf niedrigere Fixierungen herunterfahren.

Es gibt immer den Einwand, dass zu wenig Fixierung ein Sicherheitsrisiko ist, weil der Patient sich zu sehr bewegen und strangulieren kann. Dazu muss man aber sagen: Wir sehen ja vor, dass immer jemand daneben sitzt. Wir haben die Eins-zu-eins-Betreuung. Dort ist jemand, der sofort handeln, reagieren und eingreifen kann. Damit wird dieses Risiko, glaube ich, minimiert.

Die Schwierigkeit, wenn es nur 5-Punkt- und 7-Punkt-Fixierungen gibt, ist, dass man sich in der Klinik nicht traut, mal den Arm loszubinden. Dann bleibt der Patient eben länger fixiert, bis man sich darüber Gedanken macht, ob man ihn endgültig defixieren kann. Das ist aber vor dem Hintergrund des Gedankens der Ultima Ratio genau die verkehrte Lösung. Ich will Fixierungen so wenig eingriffsintensiv wie möglich und so kurz wie möglich haben und will dann nicht noch lange testen und rätseln müssen, ob ich den Patienten defixieren kann oder nicht. - Das ist der eine Punkt.

Der zweite Punkt ist die begleitende Medikation. Dabei geht es in der Regel um beruhigende Medikamente. Möglicherweise geht es auch mal um ein Neuroleptikum, um eine akute psychotische Phase zu unterbrechen - aber nicht, um den Patienten dauerhaft zu behandeln, sondern um den akuten Zustand zu beenden. Das kann sehr hilfreich sein. Das muss man nicht in jedem Fall machen. Ärzte haben mir aber berichtet, dass das sehr hilfreich sein kann, um den Patienten zu entspannen, um den Stress der Fixierung von ihm zu nehmen und um darauf hinzuwirken, dass man ihn womöglich nach einer halben Stunde oder jedenfalls nach kurzer Zeit wieder defixieren kann, weil er sich so beruhigt hat, weil er so heruntergekommen ist, dass das vertretbar und dann besprechbar ist. Auch das ist ein Mittel zur Abkürzung der Fixierung. Es ist sicherlich richtig, das ist eine Medikamentengabe, vielleicht auch eine Frage der Zwangsbehandlung. Unser Zwangsbehandlungsrecht lässt aber hier eine Hilfe nicht zu; denn die eigentliche Zwangsbehandlung darf nur zur Herstellung der Selbstbestimmungsfähigkeit stattfinden. Es mag sein, dass man das hinbekommt. Das muss aber nicht das Ziel der Medikation in diesen Fällen der Fixierung sein. Dabei geht es erst mal um die Abwendung der Gefahren, der eskalierten Situation, der Aggressionen. Das Verfahren, das wir dafür haben, ist so ausgestaltet, dass es mehrere Wochen dauert, bis die Zwangsmedikation gegeben werden kann. Es gibt eine Abkürzungsmöglichkeit nach § 8 b des Niedersächsischen Maßregelvollzugsgesetzes in akuten Gefahren, also zur Abwehr einer gegenwärtigen hochgradigen Selbstgefährdung, Lebens- oder Gesundheitsgefahr. Das festzustellen ist aber immer ein Punkt, bei dem wir auch einen Graubereich haben. Daher habe ich vorgeschlagen, das in die Regelung aufzunehmen, nämlich - wie es auch im NPsychKG vorgesehen ist - eine begleitende ruhigstellende Medikation, um die Situation zu deeskalieren - die dann gleichzeitig vom Richter überprüft wird, was den Vorteil hat, dass - anders als bei den Notsituationen bzw. Notzwangsbehandlungen nach § 8 b des Maßregelvollzugsgesetzes - noch jemand von außen darauf schaut. In den Notfallsituationen nach § 8 b des Maßregelvollzugsgesetzes entscheidet nur der leitende Arzt. Bei der Fixierung würde ein Richter darauf schauen und

müsste er sich erklären lassen, was an Medikation gegeben wird, und das würde von außen geprüft.

Das sind die Kernpunkte, die mich beschäftigen. Ich habe auch noch ein paar Randpunkte aufgeführt, zu denen ich, glaube ich, im Moment erst einmal nichts ausführen muss.

Ich habe meiner schriftlichen Stellungnahme auch einen Formulierungsvorschlag beigelegt, um zu zeigen, dass das mit relativ wenig Aufwand formuliert werden kann. Ich habe dann noch festgestellt, dass darin noch ein paar kleine Fehler enthalten sind. Ich habe in meiner schriftlichen Stellungnahme irgendwo etwas beanstandet oder kritisiert, was ich dann in Absatz 3 dieser Vorschrift nicht umgesetzt habe. Das sind aber Kleinigkeiten. Das ist jedoch das Wesentliche, woran mir jedenfalls liegt und das ich gerne transportiert wissen wollte.

Abg. **Delia Klages** (AfD): Vielen Dank für Ihre Ausführungen. In Ihrer Stellungnahme sind Sie auch auf die Fixierungen eingegangen. Die Eins-zu-Eins-Betreuung ist in solchen Fällen zwingend vorgeschrieben. Wir alle wissen aber, wie schwierig die Personalsituation im Gesundheitswesen und auch im Justizvollzug ist. Mich interessiert Ihre Einschätzung einer Situation, in der das Personal nicht zur Verfügung steht, um die Eins-zu-eins-Betreuung zu ermöglichen. Müsste dann von einer Fixierung oder auch von einer Zwangsmedikation abgesehen werden? Muss sich die Entscheidung dann an der Personalsituation ausrichten?

**Matthias Koller:** Dazu könnte ich jetzt lakonisch sagen: In einer solchen Situation wird die Personalsituation noch schlechter, wenn ein Patient aggressiv ist und um sich haut. - Ich sage das jetzt ein bisschen flapsig und ein bisschen platt; Sie können das aber einordnen. - Wenn man den Patienten in einer solchen Situation nicht fixieren würde, dann wäre es ja schwierig. Aber man muss diese Eins-zu-eins-Betreuung tatsächlich herstellen, um die Beziehungen zu behalten, um den Patienten in der maximalen Freiheitsentziehung unterstützen zu können. Der Patient kann ja in der Fixierung nichts machen.

Mir ist bekannt, dass die Personalsituation schwierig ist. Manche Kliniken versuchen sich damit zu behelfen, dass sie dann zwei Patienten von einer Person betreuen lassen. Schon das ist sicher problematisch. Ich gebe zu, letztlich ist das eine Frage der Personalausstattung der Kliniken. Dann auf eine Fixierung ganz zu verzichten, ist, glaube ich, letzten Endes keine wirkliche Lösung.

Ich habe allerdings schon vor einiger Zeit eine Entscheidung eines Landgerichts gefunden - ich meine, es war ein hessisches Landgericht -, das gesagt hat: Wenn wir im Vorhinein wissen, dass eine Eins-zu-eins-Betreuung in der Klinik nicht möglich ist, dann genehmigen wir keine Fixierung, weil das zu den Standards gehört. - Das wäre dann, wenn sich das durchsetzt, die juristische Antwort auf Ihre Frage. Das ist jedenfalls eine mögliche Antwort. Aus praktischer Sicht würde ich sagen: Praktisch geht es nicht. Wenn ein Patient wirklich hoch aggressiv und hoch angespannt ist, dann muss man etwas tun. Aber diese Problematik besteht, und ich kann Ihnen dazu tatsächlich keine Lösung anbieten. Ich kann nur sagen: Man muss natürlich Gefahren abwenden, aber man muss auch diesen Standard wahren. Ein Gericht muss dann gegebenenfalls auch einschreiten.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD): Sie haben sich sehr viel Arbeit gemacht und auch bei Ärzten hinterfragt, wie sie den Gesetzentwurf einschätzen. Vielen Dank dafür! Wir verfügen ja im Landtag

über den Gesetzgebungs- und Beratungsdienst, der uns hinsichtlich der juristischen Einschätzung berät. Wir nehmen Ihre Vorschläge in die weiteren Beratungen mit und werden uns darüber noch intensiver Gedanken machen. Ich fand die Einordnung zu Anfang Ihrer Ausführungen sehr hilfreich, dass wir beim NPsychKG im Moment darüber sprechen, wie Menschen in die Klinik transportiert werden. Sie haben im Rahmen Ihrer beruflichen Erfahrungen wahrscheinlich häufig erlebt, wie damit umgegangen wird. Diese Einordnung war sehr gut. Wir haben jetzt viele Anregungen bekommen, und ich hoffe, wir finden am Ende den besten Weg.

Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE): Diesem Dank schließe ich mich an, ebenso für die weiteren Recherchen, die Sie angestellt haben. Ich habe noch eine Frage zu den Änderungen, die Sie vorschlagen. Sie haben grundsätzlich eine Vereinheitlichung des Maßregelvollzugsgesetzes mit dem NPsychKG vorgeschlagen. Sie haben aber, wie ich Sie verstanden habe, nicht vorgeschlagen, die Regelungen eins zu eins zu übernehmen. Deswegen würde mich interessieren, welche Unterschiede Sie zwischen den Formulierungen im NPsychKG und dem Maßregelvollzugsgesetz sachlich für notwendig halten.

**Matthias Koller:** Ja, das ist nicht eins zu eins übernommen. Darin liegt auch ein Stück Hoffnung, dass man bei der bevorstehenden Novellierung des NPsychKG eine Angleichung vornimmt, ohne jetzt noch in Einzelheiten eingreifen zu müssen.

Mir gefällt an dem Gesetzentwurf sehr gut, dass für Notfälle ziemlich deutlich geregelt wird, was passiert, wenn gerade kein Arzt verfügbar ist, wenn das Gericht noch nicht erreicht werden kann, ob man dann schon fixieren darf, ob man dann schon festhalten darf, ob man dann schon Maßnahmen ergreifen darf. Ich halte es für wichtig, zu regeln, unter welchen Voraussetzungen das zugelassen wird. Man könnte sagen, das versteht sich von selbst. Indem man es aber ins Gesetz schreibt, schafft man Klarheit und auch Handlungssicherheit für die Mitarbeiter, die sich Sorgen machen, ob sie falsch oder richtig handeln. Wenn man regelt, dass man in bestimmten Situationen notfallmäßig eingreifen darf, wenn ein Arzt noch nicht verfügbar ist, dann muss der Arzt eben schnellstmöglich verständigt werden. Es gibt ja Situationen, in denen man erst handeln muss, bevor man eingreifen kann. Diese Regelung halte ich für sehr sinnvoll und für sehr richtig. Bisher ist das im NPsychKG nicht geregelt. Das sollte man aber aus diesen Gründen ergänzen und damit übernehmen.

Im NPsychKG aus dem Jahr 2017 steht etwas anderes, nämlich dass im Grunde genommen jede Fixierung gerichtlich genehmigt werden muss. Das Verfassungsgericht hat dann gesagt: Wenn die Fixierung nicht länger als 30 Minuten gedauert hat, brauchen wir den Richtervorbehalt nicht, und ein Gericht muss auch nicht mehr tätig werden, wenn der Patient defixiert wird, bevor das Gericht vor Ort sein kann. Das sind Lockerungen, die der Gesetzentwurf jetzt vorsieht und in der bisherigen Fassung des NPsychKG noch nicht enthalten sind. Das könnte man anpassen.

Wenn man sich für diese Lösung entscheidet, wäre das, glaube ich, in der Sache grundsätzlich auf das NPsychKG übertragbar. Das könnte man in diesem Bereich eins zu eins übernehmen. Der einzige Unterschied ist vielleicht die Entscheidungskompetenz. Das Maßregelvollzugsgesetz enthält ja die Konstruktion, dass der Vollzugsleiter, also der ärztliche Leiter entscheidet. Wenn der Vollzugsleiter aber Psychologe ist - was das Maßregelvollzugsgesetz neuerdings ermöglicht -, müsste die therapeutische Leitung - das ist die ärztliche Leitung, der verantwortliche leitende

Arzt - entscheiden. Da muss man diese Begrifflichkeiten übernehmen. Das ist im NPsychKG bisher nicht enthalten. Es wäre schön, dieses Gesetz auch entsprechend auszugestalten. Bisher ist das darin nicht vorgesehen. Das müsste gegebenenfalls angepasst werden.

Ansonsten ist meiner Meinung nach gar nicht viel notwendig. Ich habe in meiner schriftlichen Stellungnahme aber auch noch auf die Informationspflichten im NPsychKG hingewiesen, nämlich dass Angehörige, Betreuer bzw. Bevollmächtigte informiert werden. Man sollte im Strafverfahren darüber nachdenken, ob nicht auch der Verteidiger, wenn er mandatiert ist, von der Klinik informiert werden sollte, wenn Zwangsmaßnahmen ergriffen werden. Ich glaube, das könnte eine ganz gute Maßnahme sein. Das kann ein bisschen Aufregung verursachen, wenn sich dann ein Verteidiger meldet und dagegen vorgeht. Es kann aber auch ganz viel Beruhigung schaffen, wenn man mit dem Verteidiger die Situation bespricht und der seinen untergebrachten Mandanten dann auch entsprechend berät und das einordnen kann. Ich glaube, das wäre insgesamt eine gute Maßnahme - es sei denn, der Patient hat vorher erklärt, dass er nicht möchte, dass der Verteidiger informiert wird. Bei der Aufnahme wird ja ohnehin gefragt, wer informiert werden soll.

**Abg. Volker Meyer (CDU):** Vielen Dank für Ihre Ausführungen, auf die ich immer wieder gerne zurückgreife. Wir befassen uns ja schon ein paar Jahre mit diesem Thema. Die Erfahrungen, die Sie aus der Rechtsprechung einbringen, helfen uns in der Beratung immer ein Stück weit weiter.

Sie haben das NPsychKG mit den entsprechenden Gesetzen in anderen Bundesländern verglichen. Haben Sie sich auch die Regelungen der anderen Länder in Bezug auf Fixierungen im Maßregelvollzug angesehen? Wird dort auch auf 5-Punkt- und 7-Punkt-Fixierungen Wert gelegt? Gibt es dort erweiterte Möglichkeiten mit einer entsprechenden gleichlaufenden Medikation?

**Matthias Koller:** Das ist eine sehr berechtigte Frage. Da habe ich ein bisschen einen wunden Punkt. Aktuell habe ich mir die Regelungen nicht im Einzelnen angesehen, aber ich habe sie mir immer in der Entstehungsgeschichte angesehen. Diese enge Begrenzung auf die 5-Punkt- und 7-Punkt-Fixierung gibt es dort jedenfalls nicht.

Die Möglichkeit der begleitenden Medikation ist nach meiner Kenntnis bisher nur im NPsychKG vorgesehen. Sie findet aber in der Praxis statt.

Es gibt noch einen Punkt, der überhaupt nicht abgedeckt ist, aber der vielleicht über die Notfallregeln im Zwangsbehandlungsrecht abgedeckt werden kann: Patienten, die länger fixiert sind, müssen dringend eine Thromboseprophylaxe bekommen. Das dient nicht der Beruhigung, sondern einfach der Verhinderung des Todes. Das muss sein und gehört zum medizinischen Standard. Das findet auch statt. Es gibt nur keine Gesetzesgrundlage - das wird einfach gemacht. So etwas könnte durch eine begleitende Medikation mit abgedeckt und abgesichert werden.

Das sind aber Punkte, die in anderen Bundesländern so nicht geregelt sind. Die Begrenzung auf eine 5-Punkt- bzw. 7-Punkt-Fixierung kenne ich aus anderen Ländern nicht.

**Abg. Nicolas Breer (GRÜNE):** Vielen Dank für Ihre Ausführungen. Ich habe eine Frage dazu, wie nach Ihren Erfahrungen die Richterinnen und Richter mit den Stellungnahmen und Einschätzungen der Ärzte umgehen, nämlich ob ihnen immer zu 100 % nachgekommen wird oder ob Richterinnen und Richter auch sagen, dass Sie das gar nicht teilen und dass die Situation von den



Ärztinnen und Ärzten komplett falsch eingeschätzt wird. Können Sie also noch einige Ausführungen zu den Zwangsmaßnahmen machen?

**Matthias Koller:** Ja, das gibt es durchaus. Häufig folgen die Richter natürlich der ärztlichen Einschätzung, weil sie es selber nicht besser beurteilen können. Aber es gibt auch Situationen, in denen zum Beispiel nach der Notwendigkeit einer Fixierung gefragt wird, ob es nicht mildere Mittel gibt, um eine Fixierung abzuwenden. Solche Situationen gibt es immer wieder. Es ist auch hilfreich, wenn Richter die Klinik, die räumliche, personelle und sonstige Situation und die Praxis in der Klinik kennen und dann nachfragen. Wir haben als Kammer zum Beispiel im NPsychKG-Bereich sehr viel nachgefragt, wenn Fixierungen gleich nach der Aufnahme erfolgt sind, ob sie wirklich erforderlich waren, und wir haben dann auch ein paar Mal festgestellt, dass eine Fixierung rechtswidrig war. Es wird dann also schon mal nachgesehen. Häufig spielt es sich am Ende ein. Wenn dieselben Richter und dieselben Ärzte lange zusammenarbeiten, wissen auch die Ärzte, worauf sie achten müssen und was die Richter nicht tolerieren. Aber ja, es gibt auch kritische Blicke, allerdings wahrscheinlich nicht in der Mehrzahl der Fälle.

**Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie  
Geschäftsstelle Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen**

*Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 3*

**Anwesend:**

- Prof. Dr. Detlef Dietrich, Co-Vorsitzender des Landesfachbeirats Psychiatrie Niedersachsen
- Wolfram Beins, Leiter der AG 4 des Landesfachbeirats Psychiatrie Niedersachsen

Prof. Dr. Detlef Dietrich: Ich bin Co-Vorsitzender des Landesfachbeirats und bin 17 Jahre in der Medizinischen Hochschule Hannover in der Psychiatrie tätig gewesen. Jetzt bin ich Ärztlicher Direktor am AMEOS-Klinikum in Hildesheim.

**Wolfram Beins:** Ich war über viele Jahre der Vorgänger von Herrn Professor Dietrich im Landesfachbeirat als Vorsitzender. In meiner beruflichen Tätigkeit war ich bis zur Berentung Leiter einer Psychosozialen Beratungsstelle in Celle mit Sozialpsychiatrischem Dienst und Suchtberatung, also damit auch unmittelbar an den Fragestellungen beteiligt, um die es heute geht.

Wir haben uns auf die Änderung des § 18 des NPsychKG und die Frage der ärztlichen Feststellung und Begutachtung im Rahmen einer vorläufigen Unterbringung vorbereitet. Ich kann mich da ganz einfach auf die Vorredner beziehen. Das, was Herr Dr. Burlon und Herr Dr. Sueße ausgeführt haben, entspricht auch unserer Auffassung. Herr Koller hat das zum Teil mit seinen Ausführungen bestätigt.

Wir halten es für dringend geboten, den Standard, den wir in Niedersachsen haben, zu halten. Ich habe mir ebenfalls die Mühe gemacht, nachzusehen, wie das in anderen Bundesländern geregelt ist. Herr Koller hat das schon ausgeführt. Ich bin dort auch auf diese Regelungen gestoßen. Das wird also sehr unterschiedlich gehandhabt. Ich bin immer stolz auf das gewesen, was wir in Niedersachsen als Standards gesetzt haben. Denn Sie müssen wissen: Es geht um einen schwerwiegenden Eingriff, wenn Menschen in einer psychischen Krisensituation gegen ihren Willen der

Freiheit beraubt werden, auch wenn dies nur vorläufig und kurzfristig ist. Das ist ein ganz erheblicher Eingriff. Die Standards dafür müssen hoch sein.

Bei dieser Krisensituation, bei dieser Krisenabklärung müssen letztendlich drei Kompetenzen gewahrt sein, um zu einer sachgerechten Beurteilung zu kommen. Es geht zum einen darum zu klären: Wie kann die erhebliche Gefährdung anderweitig abgewendet werden? Was ist medizinisch indiziert? Wie kann man damit umgehen? Gibt es nicht andere, weichere, weniger eingreifende Mittel, um die Krisensituation abzuwenden? - Wir brauchen also Kompetenz in der Beurteilung der psychischen Situation in dieser Krisensituation. Wir brauchen aber zum anderen auch Kompetenz im Bereich der Somatik: Ist es wirklich ein psychiatrisches Problem, oder es ist eher eine somatische Störung, die in einer anderen medizinischen Art und Weise behandelt werden muss? Drittens brauchen wir Informationen über die Hilfsmöglichkeiten in dem jeweiligen Versorgungsgebiet: Was können wir dem Patienten in der Krisensituation alternativ zu der freiheitsberaubenden Zwangsunterbringungssituation anbieten? Was kann zur Deeskalation beitragen?

An dieser Stelle sehe ich im Moment tatsächlich in erster Linie den Arzt bzw. die Ärztin mit weitreichender Erfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie in der Versorgungslandschaft. Dabei muss auch immer darauf zurückgegriffen werden, welche Behandlungsmöglichkeiten in der jeweiligen Region bestehen. Das kann man nicht von irgendeinem Arzt erwarten, der nicht im Bereich der Psychiatrie tätig ist.

Insofern schlagen wir vor - wie wir auch in der schriftlichen Stellungnahme ausgeführt haben -, an der jetzigen rechtlichen Einstellung im NPsychKG nichts zu verändern. Wir haben aber angeregt - ähnlich wie Herr Sueße vorhin ausgeführt hat -, zu überlegen, ob im Erlass des Sozialministeriums die Voraussetzungen dafür, wer als in der Psychiatrie erfahrener Arzt oder als in der Psychiatrie erfahrene Ärztin zählt, möglicherweise an geänderte Vorschriften angepasst werden sollten. Die Frage der Notfallmedizin mit zwei- oder dreijähriger Ausbildung ist an dieser Stelle sicherlich relevant. Man müsste sich dann aber noch einmal genauer ansehen, wie die Fortbildungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten und auch die Ausbildungsmöglichkeiten im Medizinstudium sind.

So weit möchte ich unsere schriftliche Stellungnahme grob zusammenfassen. Ich erlaube mir an dieser Stelle auch noch einen Hinweis auf die Ausführungen der Kollegen aus der Psychotherapeutenkammer, weil ja immer wieder die Frage auftaucht: Wie halten wir es mit der psychotherapeutischen Kompetenz an dieser Stelle? - Ich sehe schon, dass die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mittlerweile eine sehr hohe Kompetenz auch in der Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen haben, und ich sehe sie hier auch an einer wichtigen Stelle. Herr Rudyk das vorhin ausgeführt. Wir befinden uns ja gerade auch im Wandel, gerade weil wir in bestimmten Fachbereichen personelle Engpässe haben, die anderweitig kompensiert werden müssen.

Mir ist aber dennoch daran gelegen, dass die drei Kompetenzbereiche, die ich eben benannt habe, aufrechterhalten bleiben. Wir können also meines Erachtens die fachärztliche Stellungnahme nicht durch eine Psychotherapeutin bzw. einen Psychotherapeuten ersetzen, weil dabei die Somatik nicht in der gebührenden Weise nachgewiesen werden kann.

Ich kann mir aber eher vorstellen, dass man in einer Teamsituation beide Kompetenzen zusammenbringt, nämlich dass man ergänzend zur medizinischen Kompetenz, wenn kein Psychiater

oder keine Psychiaterin da ist, einen Psychotherapeuten zur Beurteilung der Psyche zu Rate zieht. Die Frage ist aber, ob damit ein höherer oder geringerer Aufwand in einer solchen Situation verbunden ist. Aber eine rein psychotherapeutische Beurteilung halte ich für zu kurz gegriffen. Das sollte ausgeschlossen sein.

Wir haben ja im Moment eine Diskussion darüber - da sind wir in Niedersachsen auch sehr dicht dran -, dass wir gerade wegen der personellen Schwierigkeiten in der gesamten Versorgungslandschaft die Fachkompetenzen, die wir vor Ort haben, besser bündeln müssen. Wir diskutieren in diesem Kontext über die Empfehlung, in gemeindepsychiatrischen Zentren im Land verschiedene Disziplinen zusammenzuführen. Selbst im SGB-V-Bereich haben wir ja jetzt die Regelung über die sogenannte KSV-Psych-Richtlinie, dass Netzverbünde zwischen Fachärztinnen und Fachärzten und Psychotherapeuten gebildet werden. Also ich sehe für die zukünftige Ausgestaltung für unser Land an der Stelle schon, dass wir hier gebündelte Fachkompetenz nutzen können, die wir in diesen Netzverbünden aufbauen und die dann auch in die Lage versetzt werden müssen, diese Krisensituationen im Rahmen von Einweisungen zu managen. Da können wir auf einen Pool von Fachpersonen zurückgreifen, die hier gemeinschaftlich wirken können.

Ein Ziel muss es sein - das sehe ich ganz deutlich auch für unser Land und für die zukünftige Ausgestaltung -, dass wir verstärkt auch ambulant aufsuchend behandeln können. Ich behaupte: Wenn wir ambulant aufsuchend behandeln können, dann vermeiden wir auch in höherem Maße Zwangsunterbringung und Freiheitsberaubung. Das heißt, wir müssen dabei auch die pharmakologische Kompetenz mit einbeziehen, sodass notfalls in einer Krisensituation auch mal mit einer Notfallmedikation deeskalierend gearbeitet werden kann.

**Prof. Dr. Detlef Dietrich:** Ich würde gerne aus der praktischen Sicht eines Psychiaters, der in einer Abteilungspsychiatrie wie der Medizinischen Hochschule Hannover mit einer großen Notaufnahme gearbeitet hat, wo beide Fachdisziplinen, nämlich die Somatik und die Psychiatrie, zusammengearbeitet haben, und aus meiner jetzigen Erkenntnis als Leiter eines Fachkrankenhauses, das keine Somatik mehr im Hause hat, berichten. Früher gab es in Hildesheim mal eine Neurologie. Das war sicherlich auch sehr praktisch. Aber die Erfahrung ist, dass in der Tat für Krisenfälle, wie Herr Beins schon ausgeführt hat, unbedingt beide Fachkompetenzen notwendig sind. Diese Fachkompetenz ist aus meiner Sicht bei jemandem gegeben, der eine somatische Grundausbildung und weitere psychiatrische Erfahrungen hat. Wie ausgeprägt diese sein sollen, kann ja noch, wie bereits angesprochen wurde, näher definiert werden. Das sind jedenfalls meine persönlichen Erfahrungen.

Der zweite Punkt ist die Gefahr, die besteht, wenn jemand vor Ort nicht gleich in die richtigen Bahnen gelenkt wird. Das muss natürlich vorab geklärt werden. Wir haben zum Beispiel in Hildesheim einen Zirkel, in dem wir uns mit den Einweisenden, mit der Polizei, mit den Notärzten und mit Richtern zusammensetzen und die Situation besprechen. Wir tauschen uns auch direkt über die Fehlezuweisungen aus, die es manchmal gibt. Die Situation im Rahmen der gesamten Veränderungen des Gesundheitswesens und aufgrund des Personalmangels wird nicht wirklich einfacher. Dass es Fehlezuweisungen gibt, sehen wir zum Beispiel momentan in unserer Klinik, in der wir ganz häufig Patienten mit einem hirnorganischen Psychosyndrom sehen, dessen Grundlage eine organische Ursache ist. Diese Patienten haben vermeintlich ein psychiatrisches Problem und werden vor Ort als psychisch auffällig beurteilt und zum Beispiel in das AMEOS-Klinikum in Hildesheim oder in andere Krankenhäuser geschickt. Dort gibt es dann aber keine ausrei-

chende Notaufnahme, wie es sie in der MHH und teilweise in anderen Krankenhäusern mit Abteilungspsychiatrien gibt. Wir sind ein Fachkrankenhaus, das nicht ausgebildet ist, die weitere Diagnostik durchzuführen. In der jetzigen Situation ist es ganz schwer, dass Patienten dann wieder in der Somatik aufgenommen werden. In Hildesheim haben wir das Glück, dass die Somatik auf der anderen Straßenseite ist. Aber beispielsweise in Holzminden ist gerade die somatische Klinik geschlossen worden. Das Alfelder Krankenhaus reduziert gerade seine Notaufnahmemöglichkeiten. Wir sehen jetzt schon, dass in unserer Klinik sehr viel häufiger als vorher somatisch kranke Menschen mit psychischen Begleitproblemen, mit einem hirnorganischen Psychosyndrom, die eigentlich in die Somatik gehören, aufgenommen werden müssen, wenn man das vor Ort nicht ausreichend abgeklärt. Es gab von der Polizei auch die Meinung: „Wir können ja nach dem SOG zuführen, und dann guckt man als Facharzt in der Psychiatrie weiter!“ - Das halte ich für ein großes Problem auch vor dem Hintergrund, dass es dann wirklich große Schwierigkeiten gibt, diese Patienten in die Somatik zu verlegen.

Das wollte ich noch als ganz praktischen Hinweis geben, um deutlich zu machen, wie wichtig es aus unserer Sicht ist, vor Ort gleich eine ausreichende, gut fundierte Diagnostik zu machen. Psychologische Psychotherapeuten können dort sicherlich unterstützen, aber auch nach meiner Meinung nur zusammen mit ärztlicher Kompetenz. Das ist dann aber eine Doppelbesetzung einer Funktion, die man natürlich eigentlich besser in einer Person hat.

Abg. **Marten Gäde** (SPD): Vielen Dank für Ihren Vortrag. Ich bin Ihnen für die Hinweise auf die KSV-Psych-Richtlinie, auf die gemeindepsychiatrischen Zentren und auf die ambulanten Versorgungsstrukturen, die wir ja bei den Modellvorhaben nach § 64 b SGB V schon jetzt in Niedersachsen haben, sehr dankbar. Ich denke, damit werden wir uns bei einer größeren Novelle des NPsychKG befassen. Hier geht es ja jetzt um den § 18 in Bezug auf den Maßregelvollzug.

Wenn ich Herrn Koller richtig verstanden habe - ich bin ja nicht Jurist, sondern Sozialpädagoge -, ist in dem Verfahren immer ein ärztliches Zeugnis zwingend erforderlich. Die Frage ist: Wo haben wir das ärztliche Zeugnis? Haben wir es direkt vor Ort - das ist der Idealfall, den wir uns alle wünschen -, oder kann das dann auch in der Klinik nachgeholt werden? Die ärztliche Kompetenz ist ja auf jeden Fall für das Verfahren erforderlich. So habe ich Herrn Koller verstanden. Wie würden Sie es beurteilen, wenn wir im Gesetz die Psychotherapeuten ergänzen würden und die ärztliche Sicht auf jeden Fall immer gewährleistet sein müsste? Wäre das nicht, auch wenn es nicht direkt vor Ort erfolgen würde, im Sinne der Patienten, da dann vor Ort die fachkompetente Sicht vorhanden wäre, die auf jeden Fall besser ist, als wenn gar keine Sicht da wäre - was ja, wie wir heute hier gehört haben, durchaus auch vorkommen kann -, und wenn die ärztliche Sicht dann im Krankenhaus nachgeholt würde? Würde das nicht auch zu einer Verbesserung der Lage der Patienten führen?

**Wolfram Beins:** Ich behaupte, das würde scheinbar eine Verbesserung darstellen. Ich warne davor, die Standards im Gesetz abzusenken. Deswegen haben wir ja vorgeschlagen, darüber nachzudenken, wie im Erlass der Personenkreis der in der Psychiatrie Erfahrenen definiert werden kann. Ich halte es für wichtig, den Standard zu halten. Der beste Fall ist wirklich, dass die umfassende Untersuchung vor Ort stattfindet und dass das nicht abgesenkt wird. Denn wenn man das öffnet, dann sehe ich schon voraus, dass es deutlich mehr Eingriffe geben wird. Das sehen wir jetzt schon und ist sehr bedauerlich. Also ich würde eher die Anforderungen hochhalten, dass in

den kommunalen Gebietskörperschaften sehr sorgfältig darüber nachgedacht wird, wie die Aufrechterhaltung einer umfassenden, sauberen Abklärung vor einer freiheitsentziehenden Maßnahme gewährleistet wird.

Prof. **Dr. Detlef Dietrich**: Ich würde das gerne noch ergänzen. Wir haben schon mehrfach erlebt, dass es dann heißt: „Wir fahren erst mal in die Klinik, dort wird das dann schon geklärt!“ - Das ist aber ein massiver Eingriff in die Grundrechte des Menschen. Der Mensch wird dann einfach psychiatrisiert, letztlich auch forensifiziert. Das halte ich für ein großes Problem. Das bringt die Menschen manchmal hinterher in arge Probleme. Das ist aus meiner Sicht auch rechtswidrig.

Abg. **Claudia Schübler** (SPD): Ich danke Ihnen für Ihre Einschätzung und insbesondere Ihren Hinweis darauf, dass eine ordentliche Zuweisung nicht in allen Kliniken nachgeholt werden kann bzw. dass das schwieriger ist. Diesen Aspekt habe ich bislang noch nicht gesehen. Unser Bemühen ist es natürlich, die Standards nicht abzusenken. Deshalb führen wir ja auch diese Anhörung durch, weil wir sehen, dass sich in der Realität etwas verändert hat. Wir werden versuchen, das einzuordnen, wie Sie das beurteilen.

Ich glaube, für meine Fraktion ganz sicher sagen zu können: Wir wollen nicht an das Ordnungsrecht heran. Das, was Herr Koller aus anderen Bundesländern berichtet hat, ist nicht vorbildlich für uns. Wir sind so gesetzlich besser aufgestellt und wollen das gerne in diesem Zuständigkeitsbereich belassen.

Abg. **Delia Klages** (AfD): Auch mein Dank geht an Sie beide für Ihre Ausführungen. Herr Professor Dietrich, Sie haben von dem Zirkel in Hildesheim berichtet, dass Sie dort auch regelmäßig Fehlzuweisungen besprechen.

Prof. **Dr. Detlef Dietrich**: Potenzielle!

Abg. **Delia Klages** (AfD): Aha, potenzielle. Das Wort „potenzielle“ habe ich vorhin nicht gehört. Deshalb meine Frage: Wie häufig kommt das überhaupt vor?

Prof. **Dr. Detlef Dietrich**: Noch einmal zu dem Wort „potenziell“: Aus unserer Sicht hätte man Menschen vor Ort sehen müssen und nicht einfach zuführen müssen. Die Polizei sieht das vielleicht hier und da ein bisschen anders; darüber haben wir aber schon gesprochen. Das kommt nicht sehr häufig vor. Aber, wie gesagt, für die Menschen, die es betrifft, kann es ein deutliches Problem werden. Das kommt also nicht sehr häufig vor. In diesem Zirkel geht es uns vielmehr darum, ob zum Beispiel - das ist noch ein ganz anderer Aspekt - eine telemedizinische Beurteilung eines psychischen Zustands durch einen erfahrenen Notarzt zusätzlich zu dem Ordnungsbeamten möglich ist und vorgenommen werden kann. In diese Richtung geht es also. Der Personalmangel wird dann durch Telemedizin ersetzt. Das haben wir kritisch diskutiert. Aber ursprünglich war mal solch ein Zirkel zustande gekommen, weil wir den Eindruck hatten: Das muss vor Ort passieren und nicht erst bei uns.

Abg. **Andrea Prell** (SPD): Herr Professor Dr. Dietrich, Sie haben davon gesprochen, welche Kompetenzen bzw. Behandlungsmöglichkeiten in der jeweiligen Region noch vorhanden sind, und haben diese Kompetenzen, wenn ich das richtig verstanden habe, speziell dem psychiatrischen Rahmen zugewiesen. Diese Kompetenzen müsste man doch relativ schnell auch in den anderen Berufsgruppen erwerben können, sodass man dann weiß, was das Netzwerk darstellen kann.

Meine zweite Frage, mal rein praktisch gefragt: Wie grenzt man in einer Notfallsituation ein hirnorganisches Psychosyndrom von den Erkrankungen ab, bei denen dann in Ihre Klinik eingewiesen werden müsste?

**Prof. Dr. Detlef Dietrich:** Das ist nicht einfach. Dafür benötigt man eine gewisse ärztliche Grundkenntnis. Die Ärzte werden in sechs Jahren für somatische Erkrankungen ausgebildet. Die Psychiatrie spielt nach meiner Erfahrung im Medizinstudium keine ganz große Rolle mehr, zumindest zeitlich nicht mehr, obwohl man ständig damit zu tun hat. Diese Kenntnisse erwirbt man dann meistens erst hinterher. Deswegen ist es nach meinen Erfahrungen wichtig, beide Kompetenzen zu haben, das heißt erst mal eine somatische Grundausbildung und dann eine psychiatrische Kompetenz.

Ihre Frage zielt wahrscheinlich auf das ab, was Herr Rudyk vorhin ausgeführt hat, nämlich dass die Psychologischen Psychotherapeuten sicherlich in der Tat eine große psychiatrische Kompetenz haben, aber nach meiner Erfahrung - Herr Rudyk mag mich hier ruhig korrigieren - in der psychotherapeutischen Behandlung nicht primär in solchen psychiatrisch-somatischen Notfällen oder psychiatrischen Notfällen. In solchen Fällen ist es in der Tat nach meiner Erfahrung wichtig, vor Ort schnell zu reagieren und sein Wissen zu nutzen. Das ist nicht immer einfach. Vielleicht habe ich Ihre Frage aber auch nicht richtig verstanden.

**Abg. Andrea Prell (SPD):** Ich formuliere meine Frage noch einmal konkreter: Wie diagnostizieren Sie vor Ort in solchen Situationen beispielsweise ein hirnorganisches Psychosyndrom?

**Prof. Dr. Detlef Dietrich:** Es gibt diagnostische Leitlinien für ein hirnorganisches Psychosyndrom. Man hat aber erst einmal nur eine Idee davon und muss es dann weiter klären. Das hirnorganische Psychosyndrom kann man letztlich nur mit einer somatischen Diagnostik klären. Die gibt es in psychiatrischen Fachkrankenhäusern in der Regel nicht. Das heißt, man hat einen ersten Eindruck und muss danach entscheiden. Meine Erfahrung ist, dass es dann, wenn kein erfahrener Kollege vor Ort ist, häufig eine Fehlzurweisung gibt bzw. vermeintlich insofern eine Fehlzurweisung, weil wir dann nicht sofort die Organodiagnostik machen können. Hirnblutung, Schlaganfall usw. können wir in der Psychiatrie nicht abklären. Dann müssen wir den Menschen erst in die Somatik schicken. Das dauert wieder viele verlorene Stunden.

**Abg. Volker Meyer (CDU):** Ihre Ausführungen reizen mich, noch einmal nachzufragen, weil Sie hier ganz klar eine Trennung vornehmen aufgrund der fehlenden somatischen Ausbildung bzw. der fehlenden somatischen Erfahrungen von Psychotherapeuten. Wäre es aus Ihrer Sicht ein Weg, wenn ein Allgemeinarzt vor Ort ist, der die Akutbeurteilung vornimmt und dort einen Psychotherapeuten hinzuzieht, um die Entscheidung zu treffen oder nicht zu treffen?

**Prof. Dr. Detlef Dietrich:** Ich habe ja schon vorhin am Ende meines Statements gesagt, dass man dann, wenn man beide zusammennimmt, beide Kompetenzen zusammen hat. Dann muss man irgendwie eine Entscheidung treffen. Das ginge natürlich. Aber dann sind zwei Personen notwendig. Häufig ist es ja jetzt schon schwierig, eine Person zu bekommen.

**Abg. Volker Meyer (CDU):** Aber meistens bekommt man heute eher einen Allgemeinarzt als einen Psychotherapeuten.

**Prof. Dr. Detlef Dietrich:** Ja, klar, mit einem Hausarzt ginge das.

## Nationale Stelle zur Verhütung von Folter

### *Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 9*

**Staatssekretär a. D. Rainer Dopp:** Herzlichen Dank für die Einladung zu dieser Anhörung. Ich möchte gerne auf einige Punkte aus unserer schriftlichen Stellungnahme eingehen.

Zunächst zu dem Hinweis, der in dieser Anhörung verschiedentlich gegeben wurde: Auch ich bin einer der Juristen. Unser Leben ist insofern manchmal relativ leicht, weil wir uns einfach an wirklich bindende Urteile halten müssen, nämlich an das, was das Bundesverfassungsgericht zur Fixierung gesagt hat. Deswegen würde ich gerne zu diesem Bereich etwas sagen.

Nach unserer Beobachtung und nach unserer Erfahrung gehören Fixierungen mit zu dem Schlimmsten, was man Menschen antun kann. Deswegen halte ich es für sehr gut nachvollziehbar, dass das Verfassungsgericht genaue Vorgaben gemacht hat, wann überhaupt eine Fixierung angeordnet werden darf, wann eine Fixierung durchgeführt werden darf und welches die Voraussetzungen und die Rahmenbedingungen dafür sind. Wir haben schon lange vor dem Verfassungsgericht gesagt, dass das so sein sollte, und fühlen uns darin bestätigt.

Unsere Beobachtungen machen deutlich, dass die Verfahrensweise, der Umgang mit Fixierungen in den einzelnen Kliniken sehr unterschiedlich ist. Das erste Mal, als ich mit einiger Begeisterung von einem Besuch weggegangen bin, ist vor etlichen Jahren in Wunstorf gewesen, wo uns das erste Mal gezeigt worden ist, dass man Fixierungen innerhalb der Klinik nicht dadurch anordnet, indem man von den drei möglichen Kreuzchen „Selbstgefährdung“, „Fremdgefährdung“ und „Sicherheit und Ordnung in der Anstalt“ Gebrauch macht, sondern indem man Profasfelder anlegt, in denen beschrieben wird: Wie ist die Situation? Warum ist eine Fixierung erforderlich? Welche Maßnahmen sind ergriffen worden, um die Fixierung zu verhindern? - Auch für die letzte Frage gibt es ein freies Textfeld. Ein weiteres Textfeld ist für die Frage vorgesehen: Warum sind die anderen Maßnahmen, die ich ergriffen habe, gescheitert? - Damit ist schon damals die Schwelle für die Anordnung einer Fixierung sehr hoch gesetzt worden. Das ist nach unserer Auffassung das A und O, worum es geht. Eine Fixierung ist - das sagt das Bundesverfassungsgericht eben auch - die Ultima Ratio und darf nur dann angeordnet und durchgeführt werden, wenn gar nichts anderes mehr geht.

Das ist durch Ihren Gesetzentwurf umgesetzt worden. Nicht alle Bundesländer sind so schnell. Das Urteil des Verfassungsgerichts ist ja auch erst ein paar Jahre her. Seitdem ist es eigentlich rechtlich eine Grauzone, wenn man Fixierungen vornimmt, wenn man dafür nicht die nötigen gesetzlichen Grundlagen hat, wie sie das Bundesverfassungsgericht für erforderlich hält.

Der Gesetzentwurf sieht entsprechend dem Urteil des Verfassungsgerichts eine 5-Punkt- und 7-Punkt-Fixierung vor. Das Verfassungsgericht hat von anderen Arten der Fixierung nicht gesprochen, weil das zunehmend gefährliche Dinge sind. Deswegen freut es uns eigentlich sehr, dass in der Begründung Ihres Gesetzentwurfs zu § 23 b Abs. 1 steht: „Eine Ein-Punkt-, Zwei-Punkt- oder Drei-Punkt-Fixierung verletzt die Menschenwürde und ist nicht zulässig.“ Die Diskussion, wenn ich sie richtig verfolgt habe, ging in Bereiche hinein, wo man davon eigentlich lieber ein bisschen weg müsste. Ich glaube, es müsste eher in die Richtung gehen, zu versuchen, von der 5-Punkt- und 7-Punkt-Fixierung ganz wegzugehen, wenn sie nicht mehr unbedingt erforderlich ist. Insofern habe ich beim Zuhören bei dieser Anhörung eine Menge gelernt.

Hier sind wir wieder bei der Frage: Wie kann ich feststellen und was muss ich machen, um die Notwendigkeit der Weiterführung einer Fixierung zu beseitigen? - Alle Erfahrungen zeigen: Da muss man reden. - Es können nicht nur Psychiater reden, sondern es können auch Psychologen reden. Ich kenne eine Reihe von Psychologen, die wirklich sehr gut reden können. In dieser Situation sind sie in vielen Fällen außerordentlich wichtig.

Deswegen warne ich davor, darüber zu diskutieren, ob man vielleicht nicht doch Fixierungen „light“ machen könnte, sondern ich würde eher dafür plädieren, diesen Satz aus Ihrer Begründung in das Gesetz hineinzuschreiben: Die 1-Punkt-, 2-Punkt- und 3-Punkt-Fixierung ist nicht zulässig, weil sie einen Verstoß gegen die Menschenwürde darstellt. - Es würde reichen zu schreiben: Sie sind nicht zulässig. - Das reicht vollkommen aus.

Als Nationale Stelle zur Verhütung von Folter haben wir in den letzten beiden Jahren alle Maßregelvollzugseinrichtungen in der Bundesrepublik besucht. Interessant ist: Es gibt eine unglaubliche Bandbreite dabei, wie viele Fixierungen gemacht werden - immer in Relation zu der Anzahl der Patienten, die in einer Einrichtung sind. Es gibt einige Kliniken, bei denen die Fixierung die absolute Ausnahme ist, und es gibt andere Kliniken, in denen es im Vergleich dazu eine relativ große Zahl von Fixierungen gibt.

Wir alle sollten versuchen, dahin zu kommen, dass das Verfahren, das „Geheimnis“ derjenigen, die mit ganz wenigen Fixierungen auskommen, möglichst verbreitet wird und überall angewendet wird. Denn die Klientel, die da ist, ist fast immer die gleiche. Wir schauen uns das jedes Mal an, aber irgendwelche Unterschiede können wir nicht so wirklich feststellen. Und trotzdem kommen einige mit ganz wenigen Fixierungen aus, während andere relativ viele brauchen. - So viel dazu.

Wenn die Fixierung durchgeführt worden ist, gehört nach unserer Überzeugung unbedingt dazu, dass eine Nachbesprechung stattfindet, weil die Belastung des Patienten durch die Fixierung so groß ist, dass das gerade in den psychiatrischen Kliniken unbedingt zusammen mit dem Patienten aufgearbeitet werden muss, um beispielsweise die Chance zu nutzen, zu erklären, warum die Fixierung unbedingt erforderlich gewesen ist.

In der Begründung des Gesetzentwurfs steht, dass das ohnehin Routine sei; im Rahmen des Alltagsgeschäftes der Unterbringungseinrichtungen finde regelmäßig eine Aufarbeitung von belastenden Maßnahmen statt und sei dies gewährleistet. Ich habe gewisse Zweifel daran, ob das wirklich ausreicht und dass das immer so sei. Wir haben, was belastende Maßnahmen insgesamt angeht, gerade eine Stellungnahme des Sozialministers in Bezug auf die Einrichtung in Moringen bekommen, die wir besucht hatten. Darin ist uns vom Minister fast wörtlich das geschrieben worden, was auch in dem Entwurf steht. Darin heißt es: „Es wird jedoch im Falle einer Kameraüberwachung“ - darum ging es; das ist ja auch ein deutlicher Eingriff in die Persönlichkeitsrechte - „immer einzelfallbezogen geprüft, inwieweit diese erforderlich ist.“ Darin steht also: Wir machen doch schon genau das, was auch in diesem Gesetzentwurf steht. - Tatsächlich konnte uns aber in Moringen von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in vielen Fällen nicht erklärt werden, warum eine Videoüberwachung angeordnet worden war oder was überhaupt die Grundlage dafür war, dass eine Videoüberwachung angeordnet wurde. Wenn die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht wissen, warum eine einschränkende Maßnahme angeordnet wird, dann zeigt dies, dass das im normalen Arbeitsalltag offenbar doch manchmal etwas zu kurz kommen konnte.



Deswegen schlagen wir vor, die Nachbesprechung nach einer Fixierung gesetzlich zu fixieren, damit in höherem Maße sichergestellt ist, dass dies auch befolgt wird - wobei wir uns alle darüber klar sind, dass nicht alle Gesetze ununterbrochen und immer befolgt werden.

Damit komme ich zum nächsten Punkt: Die Genehmigung einer Fixierung durch ein Gericht ist manchmal etwas problematisch, weil nicht alle Richter, die dort zuständig sind, solche Richter sind, wie es sicher Herr Koller gewesen ist, sondern es gibt einige, die machen Beschlüsse, bei denen man, wenn man rechtliche Maßstäbe anlegt, zu dem Ergebnis kommen müsste: Das hätte man besser machen können! - Es gibt einige Beschlüsse, die sind ganz eindeutig rechtswidrig. Es gibt Beschlüsse vom Gericht nach einem Antrag für eine konkrete Fixierung, in denen steht, dass allfällige Fixierungen für die nächsten drei oder in einem Fall sogar sechs Monate durchgeführt werden können. - Das ist ein Vorratsbeschluss für einen derart schwerwiegenden Eingriff in die Persönlichkeitsrechte des Betroffenen, wie man ihn sich nicht schlimmer vorstellen kann und wie ich mir einen falschen Beschluss auch nur ganz schwer schlimmer vorstellen kann. Das ist der Grund, weswegen ich es außerordentlich begrüßen würde, wenn im Gesetz mit festgelegt würde, dass nur eine ganz konkrete Anordnung getroffen werden kann und schon gar nicht Vorratsbeschlüsse gemacht werden dürfen.

Wenn wir so etwas in unseren Berichten monieren, dann bekommen wir immer die Antwort: Wir sind das Gesundheitsministerium. Was die da im Justizministerium machen, das wissen wir überhaupt gar nicht! - Und wenn wir an das Justizministerium gehen, dann sagen die uns: Das ist die richterliche Unabhängigkeit, da kann ich nichts machen! - Auch ich habe ganz viel solche Schreiben herausgeschickt. - Hier hätte man die richterliche Unabhängigkeit im Griff, wenn man das in das Gesetz schreiben würden; denn dann sind wir am Ende der richterlichen Unabhängigkeit, dann muss so entschieden werden, wie es im Gesetz steht. Das ist unsere Anregung.

Ein weiterer Punkt: In Bezug auf Absonderungen gibt es im Augenblick zwei verschiedene Anordnungen. Im Maßregelvollzug muss, wenn der Zeitraum der Absonderung vier Wochen überschreitet, das Ministerium unterrichtet werden und muss die Absonderung vom Ministerium genehmigt werden. Im Fall einer Absonderung in einem Bereich, in dem das PsychKG gilt, muss jedoch gar nichts gemacht werden. Wir setzen uns sehr dafür ein, dass die Genehmigung von Absonderungen auch mit einem Richtervorbehalt gesetzlich geregelt wird. Denn nach unserem Eindruck werden Absonderungen manches Mal deswegen vorgenommen, weil man eine Fixierung gerne vermeiden möchte, bei der der Aufwand ärgerlicherweise so hoch ist, dass man dafür extra zum Gericht gehen muss. Manche Richter sind sehr viel zurückhaltender als die, über die ich gerade geschimpft habe. Absonderungen sind aber ebenfalls eine sehr schwerwiegende Eingriffsform. Die Eingriffsintensität bei einer Absonderung liegt sicher unter derjenigen bei einer Fixierung, aber auch eine Absonderung stellt einen ganz schwerwiegenden Eingriff dar. Auch hier sollte nach unserer Auffassung nach Möglichkeit ein Richtervorbehalt mit aufgenommen werden.

Das waren die Punkte, die ich Ihnen gerne aus der Sicht der Nationalen Stelle mit auf den Weg geben möchte.

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Vielen Dank für Ihre Stellungnahme. Ich habe noch eine Frage dazu, dass einige Kliniken wenige Fixierungen vornehmen, während bei anderen Kliniken viele Fixierungen stattfinden. Haben Sie bei Ihren Besuchen eruieren können, wo die Gründe dafür liegen?

Liegt das in der Fortbildung der Mitarbeiter, in dem Umgang der Mitarbeiter mit diesem Thema, in der Schulung?

**Staatssekretär a. D. Rainer Dopp:** Es ist ja immer eine ganz schwierige Situation, in der wir uns befinden. Ich bin Jurist. Wir haben mehrere Juristen. Wir haben allerdings auch einen Psychiater in der Nationalen Stelle mit dabei. Wir gehen aber nicht in die Kliniken und erstellen neue medizinische Expertisen. Das heißt, wenn dort das medizinische Erfordernis festgestellt und durch einen Richter genehmigt wird, dann wird eine Fixierung vorgenommen. Ich sage einfach nur: Es gibt ganz große Unterschiede. Ich finde, das wäre ein schönes Gebiet für eine vergleichende Untersuchung verschiedener Kliniken. Deswegen nenne ich Wunstorf. Es gibt in Niedersachsen eine geschlossene Psychiatrie, die von sich aus versucht hat, die Zahl der Fixierungen so gering wie möglich zu halten, und es gibt andere Kliniken, in denen Ihnen der Chefarzt oder die Chefarztin erzählt, warum es eine ganze Reihe von Fällen gibt, in denen Fixierungen vorgenommen werden müssen. Da mischen wir uns auch nicht ein, weil wir nicht die nötige Expertise haben. Nur, wenn es an anderen Kliniken mit einer vergleichbaren Klientel weniger Fixierungen geben kann, dann müssen die irgendein Geheimnis haben, das sie tunlichst mal verraten sollten.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD): Ich freue mich ein bisschen; denn ich hatte meine Kanzlei früher direkt am Klinikum Wunstorf und war dort relativ häufig.

**Staatssekretär a. D. Rainer Dopp:** Waren Sie schuld?

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD): Ich war wahrscheinlich schuld. Ich war dort häufig als Verfahrenspflegerin eingesetzt und habe aus meiner beruflichen Erfahrung mitgenommen, dass sich auch die Richter dort sehr intensiv mit den Patientinnen und Patienten auseinandergesetzt haben. Vorratsbeschlüsse, von denen Sie sprachen, kenne ich nicht.

**Staatssekretär a. D. Rainer Dopp:** Die gibt es dort auch nicht!

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD): Gut. Das ist tröstlich.

Wir nehmen Ihre Anregungen mit. Vielen Dank dafür! Ich habe aber noch eine Frage. Sie haben sich explizit gegen eine andere Form der Fixierung ausgesprochen. Herr Koller hat vorhin darauf hingewiesen, dass im Fall einer Fixierung durchgehend jemand mit im Raum sitzt, sodass in einem solchen Fall hoffentlich nie etwas Ernsthaftes passieren würde, wenn die Fesselung an einem Arm gelockert wird. Sie sagten, eine 1-Punkt-, 2-Punkt- und 3-Punkt-Fixierung ist nicht zulässig, wahrscheinlich auch aus dem Grund, damit man nicht eine Grauzone schafft, in der man dann vielleicht doch andere Dinge zulässt. Aber im Sinne der Patienten könnte ja das, was Herr Koller geschildert hat, den Ultima-Ratio-Aspekt durchaus ein bisschen einordnen. Aber Sie sind trotzdem aus den genannten Gründen dagegen?

**Staatssekretär a. D. Rainer Dopp:** Ja, ich bin dagegen, weil das Verfassungsgericht auch davon ausgegangen ist, dass das der gefährliche Bereich ist. Wenn jemand bei einer 5-Punkt- oder 7-Punkt-Fixierung mit einem Bauchgurt fixiert worden ist, dann ist die Gefahr, dass etwas passiert, geringer. Es wäre aber ein völliger Fehler, anzunehmen, dass Fixierungen insgesamt ungefährlich sind. Es gibt eine entsetzliche Vielzahl von Erkenntnissen und auch von entsprechenden Bildern dazu, wie Menschen, die fixiert gewesen sind, es doch irgendwie geschafft haben, in eine extrem gefährliche oder sogar tödliche Situation zu geraten. Es gibt eine ganze Reihe von Todesfällen in diesem Bereich. Das ist der Grund dafür, dass das Verfassungsgericht gesagt hat, dass

unbedingt medizinisch ausgebildetes Personal oder therapeutisches Personal dabeisitzen muss. Im Bereich der Justizvollzugsanstalten haben wir eine Diskussion darüber und wird argumentiert, dass es dort dieses Personal nicht gibt und dass insofern auch Vollzugspersonal dort eingesetzt werden sollte. Das Verfassungsgericht sagt dazu ganz eindeutig: Das ist gefährlich, da muss jemand mit Fachkompetenz dabei sein! - Deswegen finde ich das auch schön; denn wenn man nicht über die nötigen Ressourcen verfügt, dann kann man eben keine Fixierungen vornehmen.

Wenn man meint, dass die Fixierung eigentlich zu Teilen aufgehoben werden kann, dann sollte man zu anderen Mitteln greifen. Es gibt auch andere Mittel. Aber es muss dann nicht eine immer gefährlicher werdende 1-Punkt-, 2-Punkt- oder 3-Punkt-Fixierung gemacht werden. Es gibt ja in den psychiatrischen Kliniken Möglichkeiten, Leute ruhigzustellen, auch ohne Medikamente. Aber es muss keine Fixierung sein. Die anderen Mittel sind auch nicht schön, aber so schlimm wie eine Fixierung ist keine andere.

Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE): Vielen Dank auch von meiner Seite. Ich würde gerne bei diesem Punkt genauer nachfragen, wie Sie das bereits angesprochene Risiko beurteilen, dass dann eine bestehende Fixierung länger andauert, und ob Sie, wenn Sie dieses Risiko auch sehen, noch genauer erläutern könnten, wie man das vermeiden könnte, also ob wir andere Maßnahmen ergreifen müssten, um dieses Risiko zu minimieren.

Sie sind eben nicht noch einmal auf die medikamentöse Ruhigstellung eingegangen, die ja auch zur Sprache kam, dass man sie begleitend erlauben können sollte. Dazu interessiert mich Ihre Einschätzung.

**Staatssekretär a. D. Rainer Dopp:** Zu Ihrer letzte Frage: In Bezug auf die medikamentöse Behandlung fehlt uns die Expertise. Sie ist bisher nur zulässig, wenn ein entsprechender gerichtlicher Beschluss vorliegt. Ich denke, dabei müsste man in erster Linie an die Frage denken: Was machen wir denn, damit die Beschlüsse schneller kommen? Dann darf der Richter vielleicht nicht sechs Wochen brauchen, bis er darüber entscheidet, sondern er müsste dann vielleicht auch mal im Rahmen des Bereitschaftsdienstes dafür sorgen, dass solch ein Beschluss sofort kommt, wenn dies erforderlich ist.

Zu der Frage, ob eine Fixierung dann länger dauert: Wenn wir es rein juristisch betrachten, darf sie nicht länger dauern. Denn wenn man in der Lage ist, die angeordnete Fixierung auch nur in Teilen aufzulösen, dann darf sie nicht mehr bestehen, weil die Notwendigkeit dann entfallen ist. Wenn man eine 5-Punkt-Fixierung vom Gericht genehmigt bekommen hat und zu dem Ergebnis kommt, dass die 5-Punkt-Fixierung nicht mehr notwendig ist, dann muss man sie auflösen und sich etwas anderes überlegen, was man machen kann. Es gibt Möglichkeiten! Das sage ich so, obwohl ich vom Medizinischen selber herzlich wenig verstehe. Aber es gibt ja Kliniken, die mit ganz wenig Fixierungen auskommen. Einer der Tricks scheint zu sein, mit den Patienten zu sprechen!

Abg. **Sophie Ramdor** (CDU): Vielen Dank für Ihre bisherigen Ausführungen. Ich habe noch eine Frage zur 5-Punkt- und 7-Punkt-Fixierung. In den schriftlichen Stellungnahmen, die uns vorliegen, wird ja auch ausgeführt, dass zum Beispiel die Lockerung eines Arms dazu beitragen kann, Vertrauen aufzubauen, und dass man zum Beispiel auch ausprobieren kann, wie der Patient oder

die Patientin inzwischen vielleicht auch mitarbeiten kann, etwa bei der Essenaufnahme. Das findet ja auch mit Gesprächen statt. Das passiert ja nicht einfach so. Von daher habe ich nicht ganz verstanden, warum eine Lockerung mit Gesprächsführung und Aufbau von Vertrauen so auf Ihre Kritik stößt. Sie hatten gesagt, dass eine andere Handhabung zum Teil auch zu menschenunwürdigen Verhältnisse führen könnte. Ich verstehe das noch nicht ganz. Ihre Kritik bezieht sich darauf, dass ein Patient sich verletzen kann, wenn man Lockerungen vornimmt. Das ist natürlich etwas anderes. Aber ich traue den Menschen, die dort arbeiten, zu, dass sie das nach und nach unter Gesichtspunkten machen, die das medizinisch zulassen. Sie haben erwähnt, es sollten dann andere Mittel genutzt werden. Mich würde interessieren, welche anderen Mittel Ihnen an dieser Stelle vorschweben.

**Staatssekretär a. D. Rainer Dopp:** Das sind Fragen an Mediziner, die ich nicht beantworten kann. Ich komme einfach nur von dem her, was das Bundesverfassungsgericht sagt. Es sagt: Eine Fixierung ist die Ultima Ratio. Wenn gar nichts anderes mehr hilft, dann darf man eine Fixierung vornehmen. Wenn diese Fixierung nicht mehr erforderlich ist, dann muss sie aufgehoben werden. - Das bedeutet, es müssen andere Möglichkeiten gefunden werden. Es gibt Kliniken, die offenbar mehr Möglichkeiten finden als andere Kliniken. Die Kliniken sollten sich endlich mal darüber austauschen!

Abg. **Nicolas Breer** (GRÜNE): Vielen Dank für Ihre Ausführungen. Können Sie noch etwas zu der Altersspannbreite bei den Fixierungen und dazu sagen, ob auch Kinder und Jugendliche davon betroffen sein können?

**Staatssekretär a. D. Rainer Dopp:** Aus diesem Bereich halten wir uns, glaube ich, klugerweise heraus, weil das eine medizinische Frage ist, ob gar nichts anderes mehr möglich ist als eine Fixierung. Welcher Personenkreis davon betroffen ist, ist nicht das eigentliche Problem, sondern unser Problem ist die Fixierung an sich bei jeder Art von Patienten. Wir meinen: Jede Fixierung, die nicht unbedingt erforderlich ist, egal bei wem, sollte unterbleiben. Dabei sehen wir das Bundesverfassungsgericht auf unserer Seite. Es sagt nämlich genau das, obwohl wir es schon ein bisschen früher gesagt haben.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Weitere Wortmeldungen gibt es nicht. Ich bedanke mich bei allen Teilnehmern für diese wirklich sehr intensive Anhörung, die auch inhaltlich sehr gut war. Die Fraktionen und der Gesetzgebungs- und Beratungsdienst werden sie in den nächsten Wochen auswerten. Dann werden wir den Gesetzentwurf wieder auf die Tagesordnung setzen.

\*\*\*

Tagesordnungspunkt 2:

## **Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Gesetzes über das Klinische Krebsregister Niedersachsen**

Gesetzentwurf der Fraktion der SPD und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - [Drs. 19/3292](#)

*direkt überwiesen am 23.01.2024*

*federführend: AfSAGuG*

*mitberatend: AfRuV*

### **Einbringung des Gesetzentwurfs**

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD) erläutert den Gesetzentwurf im Sinne der schriftlichen Begründung in der Drucksache 19/3292. Darauf wird verwiesen.

MR'in **Dr. Reinelt** (MS) fügt hinzu, dass der Gesetzentwurf im Wesentlichen auf die Evaluation organisierter Krebsfrüherkennungsprogramme, mit deren Hilfe Krebserkrankungen möglichst rechtzeitig entdeckt werden sollten, und nun konkret auf die Erweiterung um organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme zu Darmkrebs und Gebärmutterhalskrebs sowie auf die Schaffung der notwendigen Rechtsgrundlage für den Datenaustausch zielt.

### **Beratung, Verfahrensfragen**

MR **Dr. Müller-Rüster** (GBD) kündigt an, dass sich der Gesetzgebungs- und Beratungsdienst mit dem Gesetzentwurf befassen werde, eventuelle fachliche Fragen direkt mit dem Fachministerium klären werde und dem Ausschuss gegebenenfalls eine Vorlage mit Änderungsvorschlägen zuleiten werde, auf deren Grundlage dann die weitere Beratung im Ausschuss durchgeführt werden könne.

Abg. **Eike Holsten** (CDU) wirft die Frage auf, weshalb diese Gesetzesänderung nicht bereits im Zuge der Änderung des Gesetzes über das Klinische Krebsregister Niedersachsen mit vorgenommen worden sei, über die der Landtag in der 19. Sitzung am 13. September 2023 beschlossen habe, und weshalb jetzt eine besondere Eilbedürftigkeit bestehe, sodass der Gesetzentwurf, der wohl im Ministerium erarbeitet worden sei, auf dem Umweg über die Koalitionsfraktionen direkt in den Landtag eingebracht worden sei.

MR'in **Dr. Reinelt** (MS) teilt mit, dass sich leider erst wenige Tage nach der im vergangenen Jahr beschlossenen Änderung des Gesetzes über das Klinische Krebsregister Niedersachsen herausgestellt habe, dass eine erneute Änderung zur Schaffung einer Grundlage für die Datenübermittlung notwendig sei.

Die Frage des Abg. **Volker Meyer** (CDU), ob diese Gesetzesänderung erforderlich sei, damit die Bearbeitung der Datensätze mit den Krankenkassen abgerechnet werden könne, verneint MR'in **Dr. Reinelt** (MS).

Abg. **Eike Holsten** (CDU) erkundigt sich danach, ob die kommunalen Spitzenverbände zu dem Gesetzentwurf angehört werden müssten. Falls ja, sollte ihnen die Möglichkeit gegeben werden, schriftlich Stellung zu nehmen. Anderenfalls halte die CDU-Fraktion eine Anhörung zu dem Gesetzentwurf nicht für unbedingt erforderlich.

MR **Dr. Müller-Rüster** (GBD) erklärt, dass eine Pflicht zur Anhörung der kommunalen Spitzenverbände gemäß Artikel 57 Abs. 6 der Niedersächsischen Verfassung in diesem Fall nicht bestehe, weil die Kommunen durch die vorgesehene Regelung nicht unmittelbar berührt seien.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD) spricht sich ebenfalls dafür aus, von einer Anhörung zu dem Gesetzentwurf abzusehen.

### Weiteres Verfahren

Der **Ausschuss** kommt überein, den Gesetzentwurf zu gegebener Zeit wieder auf die Tagesordnung zu setzen.

\*\*\*

Tagesordnungspunkt 3:

**Weniger Kosten bei gleicher Effektivität: Ärztekammern fusionieren, Kompetenzen bündeln**

Antrag der Fraktion der AfD - [Drs. 19/3278](#)

*direkt überwiesen am 17.01.2024*

*AfSAGuG*

Der **Ausschuss** setzt diesen Punkt von der Tagesordnung ab, da der Antrag von der Fraktion der AfD durch die Drucksache 19/3362 zurückgezogen worden ist.

\*\*\*





Tagesordnungspunkt 4:

### **Vorbereitung einer parlamentarischen Informationsreise**

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD) teilt mit, dass sich die Fraktionen der SPD, der Grünen und der CDU über die Durchführung einer parlamentarischen Informationsreise des Ausschusses nach Österreich und über Institutionen, die sie in diesem Rahmen besuchen wollten, ausgetauscht hätten. Auch Gespräche in der Schweiz seien in diesem Zusammenhang angesprochen worden. Die konkreten Programmwünsche werde sie der Landtagsverwaltung für die Erarbeitung eines Programmentwurfs zuleiten. Als Transportmittel sollte grundsätzlich die wirtschaftlichste Lösung gewählt werden. Geprüft werden sollte auch die Möglichkeit, mit dem Nachtzug nach Wien zu reisen.

Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE) teilt mit, dass die Fraktion der Grünen Flugreisen unter einen besonderen Genehmigungsvorbehalt gestellt habe. Flugzeuge sollten nur in Ausnahmefällen genutzt werden. Österreich könne auch per Zug erreicht werden. Gegebenenfalls würde sie die Mehrkosten persönlich tragen.

### **Beschluss**

Der **Ausschuss** kommt überein, die parlamentarische Informationsreise in der zweiten September-Woche 2024 durchzuführen, und beauftragt die Landtagsverwaltung, auf der Grundlage des angekündigten Vorschlags einen Programmentwurf für die Genehmigung durch den Ältestenrat zusammenzustellen. Medienvertretern soll über die Landespressekonferenz die Möglichkeit angeboten werden, an der Informationsreise auf eigene Kosten teilzunehmen.

*Zustimmung:* SPD, CDU, GRÜNE, AfD

*Ablehnung:* -

*Enthaltung:* -

\*\*\*