

N i e d e r s c h r i f t
über die 86. - öffentliche - Sitzung
des Ausschusses für Soziales, Arbeit, Gesundheit
und Gleichstellung
am 16. April 2026
Hannover, Landtagsgebäude

Tagesordnung:

Seite:

1. a) **Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke**
Gesetzentwurf der Fraktion der CDU - [Drs. 19/8542](#)

- b) **Entwurf eines Gesetzes zur Regelung von Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen in Niedersachsen**
Gesetzentwurf der Landesregierung - [Drs. 19/9722](#)

Anhörung

- <i>Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände Niedersachsens</i>	4
- <i>Der Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen</i>	14
- <i>Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen</i>	18
- <i>Sozialpsychiatrischer Dienst Heidekreis</i>	27
- <i>Besuchskommission Weser-Ems/Nord</i>	37
- <i>Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Niedersachsen e. V.</i>	42
- <i>Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.</i>	50
- <i>Psychotherapeutenkammer Niedersachsen</i>	55
- <i>Deutsche Polizeigewerkschaft im DBB Niedersachsen</i>	60
- <i>Psychiatrieausschuss Niedersachsen</i>	67
- <i>Niedersächsische Psychiatrie-Konferenz</i>	72

2. **Die psychosoziale Versorgung für Mädchen und junge Frauen mit Essstörungen verbessern**

Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - [Drs. 19/10044](#)

Fortsetzung der Beratung 79

Beschluss 80

Anwesend:

Ausschussmitglieder:

1. Abg. Oliver Lottke (SPD), Vorsitzender
2. Abg. Stefan Klein (i. V. der Abg. Karin Emken, ab 13 Uhr vertreten durch den Abg. Christoph Willeke) (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. Laura Hopmann (CDU)
10. Abg. Heike Koehler (ab 13:20 Uhr i. V. der Abg. Sophie Ramdor) (CDU)
11. Abg. Thomas Uhlen (CDU)
12. Abg. Swantje Schendel (GRÜNE)
13. Abg. Nicolas Mülbrecht Breer (i. V. der Abg. Eva Viehoff) (GRÜNE)
14. Abg. Delia Klages (AfD)

Als ZuhörerIn oder Zuhörer (§ 94 GO LT):

- Abg. Ulrich Watermann (SPD)
Abg. Britta Kellermann (GRÜNE)

Vom Gesetzgebungs- und Beratungsdienst:

Parlamentsrätin Brüggeshemke (Mitglied),
Ministerialrätin Dr. Schröder.

Von der Landtagsverwaltung:

Regierungsrätin Triefenbach.

Niederschrift:

Regierungsdirektor Pohl, Stenografischer Dienst.

Sitzungsdauer: 10:15 Uhr bis 13:45 Uhr, 14:15 Uhr bis 16:42 Uhr.

Tagesordnungspunkt 1:

a) **Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke**

Gesetzentwurf der Fraktion der CDU - [Drs. 19/8542](#)

b) **Entwurf eines Gesetzes zur Regelung von Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen in Niedersachsen**

Gesetzentwurf der Landesregierung - [Drs. 19/9722](#)

zu a: erste Beratung: 73. Plenarsitzung am 08.10.2025

federführend: AfSAGuG

mitberatend: AfRuV

zu b: direkt überwiesen am 02.02.2026

federführend: AfSAGuG

mitberatend: AfRuV

mitberatend gem. § 27 Abs. 4 Satz 1 GO LT: AfHuF

zuletzt behandelt: 84. Sitzung am 19.03.2026 (außerhalb der Tagesordnung)

Anhörung

Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände Niedersachsens

Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 7 zu [Drs. 19/8542](#) und Vorlage 8 zu [Drs. 19/9722](#)

Anwesend:

- Dr. Jan Arning (NST)

- Ines Henke (NLT)

- Dr. Joachim Schwind (NLT)

Dr. Jan Arning: Als Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände danke ich Ihnen für die Gelegenheit, dass wir hier heute mündlich Stellung nehmen dürfen. Es ist darum gebeten worden, unsere Stellungnahme hier etwas zu verkürzen. Das will ich gern tun.

In unserer schriftlichen Stellungnahme haben wir zwei zentrale Anliegen benannt. Zum einen fordern wir von der Landesregierung eine Gesamtstrategie, wie wir insbesondere im Bereich der Gefahrenabwehr weiterkommen. Das betrifft die Ressorts MI, MJ und MS. Die Landesregierung hat entschieden, dies ausschließlich im NPsychKHG abzubilden. Das kann man so machen, und wir möchten das auch akzeptieren. Aus unserer Sicht wäre das aber nicht unbedingt erforderlich gewesen, man hätte es auch anders machen können. Aber jetzt ist es, wie es ist, und wir haben die klare Erwartung, dass dieses Projekt auch so durchgeführt wird, wie es eingeleistet wurde.

Es geht hier - das sage ich ganz offen - lediglich um wenige Menschen. Wir alle sind keine Ärztinnen und Ärzte. Es geht uns um Konstellationen, die auch durch die Presse gegangen sind: um vielleicht ein, zwei oder drei Hände voll Menschen, die potenziell eine sehr hohe Gefährlichkeit

aufbauen können. Dort kommen wir sowohl in der Polizei als auch in den Kommunen und in den Sozialpsychiatrischen Diensten an unsere Grenzen.

Der zweite Aspekt, der uns wichtig ist: Es geht uns um die Handlungsfähigkeit unserer Einrichtungen, des Sozialpsychiatrischen Dienstes und der Ärzteschaft. Hier werden im Gesetz die Standards erhöht. Wir sagen ganz klar: Wir werden uns natürlich bemühen, diese Standards zu erfüllen. Wir haben auch ein großes Interesse daran, dass sich dort etwas verbessert. Wir sagen aber auch: Es gibt in der Praxis einige Punkte, die uns auch mit Blick auf den Personaleinsatz das Leben erleichtern. Da haben wir eine herzliche Bitte: Vielleicht kann der Gesetzgeber darüber nachdenken, das eine oder andere, was bereits gelebt wird, rechtlich zu ermöglichen. Ich werde gleich noch einmal darauf zurückkommen.

Ich beginne mit dem Gesetzentwurf der Landesregierung in der Drucksache 19/9722.

Zur Dauergefahr als Unterbringungsgrund möchte ich nicht viel sagen. Wir danken dafür, dass wir eine Angleichung an die Rechtslage in anderen Bundesländern erhalten.

Die Einsichtsrechte der Hauptverwaltungsbeamtinnen und Hauptverwaltungsbeamten sind ein Thema, das sich in den letzten Jahren über mehrere Briefwechsel mit den beteiligten Ressorts hingezogen hat. Ich will es ganz klar sagen: Die Kommunalverwaltungen sind als Einheitsbehörden konzipiert und nicht, wie die Landesverwaltung, in Ressorts organisiert. Das heißt, am Kopf der Behörde steht jemand, der gewählt wurde und verantwortlich ist: eine Landrätin, ein Landrat, eine Oberbürgermeisterin, ein Oberbürgermeister. In der Vergangenheit hat es - auch mit Blick auf die Gefahrenabwehr - Konstellationen gegeben, in denen diese Person, die die Verantwortung nach außen trägt, Probleme hatte, Informationen vom Sozialpsychiatrischen Dienst zu bekommen. Wir sagen ganz klar: Das geht nicht. Man kann nur Verantwortung tragen, wenn man auch über die nötigen Informationen, über Entscheidungsgrundlagen verfügt.

Aus der Sicht des Städtetages sage ich deutlich: Wenn das Land das weiterhin so regeln möchte, dann möge es diese Aufgabe bitte in Landesverantwortung nehmen. In die Kommunalverwaltung passt es so nicht hinein. Wenn es in einer Einheitsbehörde jemanden gibt, der die Verantwortung trägt, dann muss die- oder derjenige auch informiert sein. Wir begrüßen, dass es jetzt ein Einsichtsrecht, eine Auskunftspflicht geben soll, und uns wäre wichtig, dass diese Vorschrift im Gesetzgebungsverfahren durchgetragen wird.

Zur Konnexitätsregelung - das halte ich kurz -: Wir begrüßen, dass es im Gesetz eine Konnexitätsregelung geben soll. Ob das bei den ganz großen Einheiten ausreichend ist, wird man sehen. Das können wir uns aber im Laufe des Prozesses anschauen.

Hinter die genannten Punkte des Gesetzentwurfs der Landesregierung sollten wir aus unserer Sicht nicht zurückfallen. Anderenfalls ist unser Anliegen - die Gefahrenabwehr - nicht abbildbar. Das würde dann vor Ort - Sie kennen die Fälle - auch spürbar werden. Unsere Leute haben sich in einigen Fällen den Vorwurf des Staatsversagens anhören müssen. Ich glaube, wir sollten ein Interesse daran haben, dass man dort handlungsfähig bleibt.

Zum Thema Information: Es gibt in den §§ 37 und 38 sehr umfangreiche Informationsregelungen. Insbesondere § 38 ist interessant und aus unserer Sicht gut geregelt. Nach unseren Informationen ist das auch in Abstimmung mit dem Landesdatenschutzbeauftragten erfolgt; so hat es uns das Sozialministerium erklärt. Wir möchten, dass in diese Informationskette als eigenständiges Glied auch die Ordnungsbehörde vor Ort aufgenommen wird. Warum? Wir haben vor

Ort auch kommunale Ordnungsdienste. In den Fällen, die ich kenne, haben neben der Polizei auch diese kommunalen Ordnungsdienste eine große Rolle gespielt. Denn die Polizei ist nicht immer präsent, und es gibt auch Delikte, die von kommunalen Ordnungsdiensten wahrgenommen und beurteilt werden können und verhandelt werden müssen.

Wir haben - es gab einen sehr prominenten Fall - auch in den Ordnungsbehörden Informationen, die mitunter dazu dienen können, Taten zu verhindern. Deswegen ist es wichtig, dass unsere Mitglieder, also die kommunalen Ordnungsbehörden, informiert werden, insbesondere wenn eine Beendigung der Unterbringung erfolgt. Ich habe oft erlebt, dass die Kolleginnen und Kollegen vor Ort sagen: Ach, guck mal, die oder der ist wieder da! Ich werde erst mal bei der Polizei und dann bei den Kolleginnen und Kollegen anrufen, damit sie Bescheid wissen! - Das ist ein Zustand, der bei diesen potenziell sehr gefährlichen Menschen aus unserer Sicht nicht gängig ist.

Wir haben einen kommunalen Sicherstellungsauftrag für Ärztinnen und Ärzte bekommen. Ich habe es gesagt: Es ist schwierig, diesen umzusetzen. Aus unserer Sicht wäre die KVN dazu berufen, sich hier ebenfalls zu beteiligen. Man hat sie aber nicht in die Pflicht genommen. Wir erwarten allerdings schon die Unterstützung des Landes und auch der KVN, um das realisieren zu können, und wir erwarten auch, dass in der Praxis bereits gefundene Lösungen berücksichtigt werden. Hier habe ich eine Lösung im Blick, die teils schon praktiziert wird: Wenn in einer Kommune keine Psychiaterin oder kein Psychiater gefunden wird, die oder der eine Person begutachten bzw. Krankheiten feststellen möchte oder zeitlich dazu in der Lage ist, und auch im Sozialpsychiatrischen Dienst niemand ist, der das kann, dann behelfen wir uns teilweise damit, dass die betreffende Person in die nächstgelegene Klinik gefahren und dort begutachtet wird - nicht um dort zu bleiben, sondern um erst mal eine Begutachtung zu bekommen. Das ist das mildere Mittel im Vergleich dazu, dass die Leute stundenlang bei der Polizei sitzen. Das ist so nicht ganz konform. Wir könnten uns vorstellen, dass man an dieser Stelle etwas macht.

Zum Krisendienst des Sozialpsychiatrischen Dienstes: Auch hier gibt es eine Aufgabenerweiterung im Gesetzentwurf. Dazu sagen wir ganz klar: Wir werden uns bemühen, diese Rufbereitschaft bzw. diese Präsenz zu realisieren. Das wird aber nicht einfach werden. Wir haben überall Personalangel, und das Personal wartet auch nicht unbedingt auf uns. Wir könnten uns hier - man muss sehen, wie sich das in der Praxis gestaltet - auch telefonische Rufbereitschaften außerhalb der Dienstzeiten vorstellen.

Zur Anwendung des unmittelbaren Zwangs: In § 10 Abs. 3 gibt es eine Einschränkung, die sich durch den Gesetzentwurf zieht. Wir haben bislang die Kolleginnen und Kollegen der Rettungsdienste mit Aufgaben des Transports in Unterbringungseinrichtungen betraut, aber nicht im Rahmen einer Beleihung, also eines öffentlich-rechtlichen Vertrages, sondern im Rahmen eines privatrechtlichen Vertrages mit der jeweiligen Hilfsorganisation. Das funktioniert gut. Jetzt kommt der Grundsatz in das Gesetz, dass diese hoheitlichen Aufgaben nur von Mitgliedern des Sozialpsychiatrischen Dienstes bzw. von beliebigen Dritten übernommen werden sollen, und diese dürfen dann zu Verwaltungsvollzugsbeamtinnen und -beamten bestellt werden. Ausweislich der Gesetzesbegründung könnte das Modell, das wir zurzeit fahren - also ohne förmliche Bestellung -, nur wahrgenommen werden, wenn eine jederzeitige Weisungsgebundenheit hergestellt würde. Das heißt, immer dann, wenn solch ein Transport stattfindet, müsste jemand vom Sozialpsychiatrischen Dienst mitfahren.

Ich sage dazu ganz klar: Wir arbeiten hier auf der Grundlage der Verordnung über Verwaltungsvollzugsbeamtinnen und Verwaltungsvollzugsbeamte. Dort steht in § 2 Satz 3 nur der Begriff „Weisungsgebundenheit“ und nicht wie in der Gesetzesbegründung „jederzeitige Weisungsgebundenheit“. Weisungsgebundenheit in diesem Sinne meint - das ist auch gängige Praxis -, dass die Leute eingewiesen werden, dass die Leute kontrolliert werden, dass den Leuten klar gesagt wird, was sie zu tun haben, aber nicht, dass jemand danebensteht und den Rettungssanitätern sagt, was sie tun sollen. Dann können wir es nämlich auch direkt selbst organisieren. Erschwerend kommt hinzu, dass diese Pflicht auch noch außerhalb der Dienstzeiten auferlegt wird. Wie wir das neben einer Rufbereitschaft auch noch darstellen sollen, ist uns nicht klar. Deshalb unsere Bitte: Lassen Sie es bei dem, was wir haben! Denn es ist nicht sicher, dass diejenigen, die dort unterwegs sind - die Johanniter oder das Deutsche Rote Kreuz -, sagen werden: Wunderbar, wir wollen uns hier vom Landkreis oder von der kreisfreien Stadt beleihen lassen!

Ganz kurz noch zum Gesetzentwurf der CDU-Fraktion: Auch hier - ich stelle insofern Einigkeit in diesem Hause fest - gibt es einen Vorschlag in Richtung der Etablierung einer Dauergefahr als Unterbringungsgrund. Was wir sehr begrüßen würden, ist die im Entwurf enthaltene Erweiterung des § 27, wonach auch die Ordnungsbehörden vor Ort, also die kommunalen Gefahrenabwehrbehörden, über bevorstehende Entlassungen informiert werden sollen. Polizei und Ordnungsbehörde stehen hier nebeneinander, wie wir es auch aus dem Polizeirecht kennen. Das finden wir gut.

Die Frage, ob man in den Kreis der behandlungsbedürftigen Menschen ausdrücklich auch Personen einbeziehen muss, die Drogen oder Ähnliches nehmen, können wir nicht beurteilen. Das ist eine medizinische Frage. Unsere Mitglieder sagen eher: Nein, der Anwendungsbereich ist groß genug. Aber das müssten Sie sich hier noch einmal überlegen.

Abschließend möchte ich sagen: Das NPsychKG in seiner aktuellen Fassung kann den Gefahrenabwehraspekt nicht abdecken. Aus unserer Sicht ist es insofern zwingend erforderlich, das Gesetz in diese Richtung anzupassen. Wir erwarten materiell etwas - durch die Dauergefahr ist das auch geregelt -, wir erwarten aber auch einen Informationsaustausch. Die beteiligten Akteure müssen bei diesen potenziell hochgefährlichen Menschen informiert sein, sie müssen voneinander wissen, es muss ein Informationsaustausch sichergestellt werden - auch datenschutzkonform -, und das muss angesichts der Gefahrenlagen, um die es dort geht, aus unserer Sicht auch rechtlich möglich und leistbar sein. Hier haben wir eine klare Erwartungshaltung und stehen jederzeit gern für etwaige Besprechungen, Rücksprachen oder Fragen zur Verfügung.

Abg. **Marten Gäde** (SPD): Vielen Dank für Ihre Ausführungen. Ich habe dazu mehrere Fragen.

Zunächst zu den Einsichtsrechten der Hauptverwaltungsbeamten: Können Sie noch einmal darstellen, welchen Mehrwert die Hauptverwaltungsbeamten als Leitung der Behörde durch die Einsichtsrechte haben und welche Maßnahmen sie letztendlich dadurch ergreifen können?

Sie haben die Bestellung der Verwaltungsvollzugsbeamten angesprochen. Dazu möchte ich von Ihnen wissen, wie man den Gesetzestext aus Ihrer Sicht anpassen sollte. Ich verstehe die Gesetzesbegründung so, dass eigentlich auch die bisherigen Lösungen angewendet werden könnten. Aber dazu können Sie sicherlich noch einmal ausführen.

Zum kommunalen Sicherstellungsauftrag für Ärzte haben Sie ausgeführt, dass Sie es für eine praktische Lösung hielten, wenn die Begutachtung in den Fällen, in denen kein Arzt verfügbar

ist, in der Klinik stattfinden würde. So habe ich es jedenfalls verstanden. Tatsächlich ist das ja eine Abweichung von dem Grundprinzip, dass wir nicht Menschen in die Klinik fahren wollen, die nicht unbedingt dorthin müssen. Können Sie dazu noch nähere Ausführungen machen? Denn das wäre schon ein Paradigmenwechsel im Gesetz.

In § 38 wird von der „Wohnsitzgemeinde“ gesprochen. Sie haben es „kommunale Ordnungsbehörde“ genannt. Wäre es vielleicht sinnvoller, das zu schärfen und hier den Begriff „kommunale Ordnungsbehörde“ anstelle von „Wohnsitzgemeinde“ zu verwenden?

Dr. Jan Arning: Ich beantworte die Fragen gerne chronologisch. Es gibt einen Fall, über den ich nicht im Detail sprechen darf, bei dem aber ein Hauptverwaltungsbeamter mit der Entscheidung seines Sozialpsychiatrischen Dienstes nicht konform ging. Dabei ging es um ein psychisch krankes Kind, das, wenn man das so hätte laufen lassen, sicherlich Schaden genommen hätte. Am Ende geht es nicht um eine medizinische Einschätzung, sondern darum, welche Maßnahme man trifft - ob man beispielsweise eine Unterbringung unterbricht, weil Weihnachten ist, oder ob man dies aus anderen Gründen nicht tut. Der Hauptverwaltungsbeamte hat sich in diesem Fall am Ende durchgesetzt, und wir glauben schon, dass das gut war. Denn wenn dieses Kind in die Umgebung zurückgekommen wäre, aus der es herausgenommen worden ist, hätte es sicherlich Schaden genommen. Das ist immer eine Frage der Gefahrenabwehr.

Unsere Hauptverwaltungsbeamtinnen und Hauptverwaltungsbeamten möchten gar nicht in die ärztliche Diagnostik eingreifen. Sie möchten aber die Möglichkeit haben, mitzureden. Sie sagen: Am Ende trage ich für diesen Menschen, für seine Umgebung, für Dritte die Verantwortung - das ist ein bisschen wie beim Jugendamt; es betrifft die schwierigen Fälle, die schwierigen Entscheidungen -, und ich möchte zumindest auch mitreden können, welche Maßnahme der Gefahrenabwehr getroffen wird. - In einer Einheitsbehörde gilt das Eintrittsprinzip. Ein Hauptverwaltungsbeamter kann immer - auch in anderen Bereichen, etwa wenn es um ein Ordnungsgeld, eine Einbürgerung oder eine Gewerbebeanmeldung geht - in die Entscheidung eintreten. Das war in dem genannten Fall, glaube ich, sehr gut. Es hat aber dazu geführt, dass es eine gewisse Verhärtung gegeben hat und man sich dann über die ärztliche Schweigepflicht und alles Mögliche andere gestritten hat.

Man hat damals über § 33 gearbeitet, jetzt steht das in § 36 Abs. 4 Nr. 3: Der Sozialpsychiatrische Dienst kann die Daten für andere Zwecke verarbeiten, wenn „eine Lebensgefahr oder eine Gefahr für die körperliche Unversehrtheit nicht anders abgewendet werden kann“. Das ist aber eine sehr hohe Hürde. Wir haben dazu ein siebenseitiges Schreiben des Sozialministeriums, in dem steht: Das geht nur im Einzelfall, und dann muss das alles begründet werden. Uns ist die Rechtsunsicherheit, die damit einhergeht, einfach zu groß. Man könnte das auch auf der Basis des geltenden Rechts machen. Zum Schutz der Menschen, die diese Leitungsfunktion haben, sagen wir aber - deswegen danken wir auch für § 38 -: Es sollte noch einmal klargestellt werden, dass diese Möglichkeit besteht.

In Bezug auf die Verwaltungsvollzugsbeamten wird in der Gesetzesbegründung klar dargelegt, dass die Möglichkeit der Beleihung bestehen bleibt. Das ist auch geltendes Recht. Sie haben - das steht ausdrücklich in der Gesetzesbegründung - also die Möglichkeit zu beleihen:

„Die Möglichkeit der Bestellung von Bediensteten von beliehenen Krankentransportunternehmen zu Verwaltungsvollzugsbeamtinnen und Verwaltungsvollzugsbeamten bleibt bestehen.“

Dafür bedarf es aber nach § 4 Abs. 6 eines Beleihungsakts. Uns geht es um diesen formalen Akt. Wir arbeiten dort derzeit mit privatrechtlichen Verträgen und wissen eben nicht - genauso wie wir nicht wissen, ob wir genug Ärztinnen und Ärzte, ob wir genug Leute für unseren Sozialpsychiatrischen Dienst finden -, ob beispielsweise das DRK bereit sein wird, sich offiziell von uns beleihen zu lassen, also die Funktion von einem Privatrechtsträger zu einem hoheitlichen Träger zu wechseln. Das würden wir ungern testen. Ich sage das ganz ehrlich. Deswegen wären wir dankbar, wenn man daran noch einmal arbeiten würde.

Zur Begleitung in die Klinik: Das ist kein flächendeckendes Phänomen, aber wir haben einige Landkreise und kreisfreie Städte, in denen der Sozialpsychiatrische Dienst nicht immer mit Psychiaterinnen und Psychiatern besetzt ist. Sie haben oft schon an dieser Stelle ein Problem. Wenn dann eine Person potenziell untergebracht werden muss, kann eine vorläufige Unterbringung angeordnet werden. Aber auch dafür benötigt man einen Arzt, der das begutachtet. Den haben sie in ihrer eigenen Organisationseinheit nicht. Dann fragen sie bei niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern an. Da müssen sie aber auch nicht immer Glück haben; die sind vielleicht auch beschäftigt. Dann stellt sich die Frage, was man tut. Man kann dann natürlich sagen: Hier sind schwere Straftaten begangen worden; die Person bleibt bei der Polizei. - Das ist aber auch nicht immer im Interesse des Betroffenen; denn dort wird ihm ja nicht geholfen, sondern er sitzt dann im Zweifel in irgendeiner Zelle. Einige Sozialpsychiatrischen Dienste haben sich so beholfen, dass sie sagen: Wir organisieren einen Krankentransport in die nächstgelegene psychiatrische Klinik und lassen dort eine Begutachtung und gegebenenfalls eine Ersteinschätzung und medikamentöse Behandlung durchführen. Das ist, glaube ich, auf der Grundlage des geltenden Rechts so gar nicht möglich. Es ist schwierig, es wird aber gemacht, und ich glaube, das ist auch im Interesse der Patientinnen und Patienten.

Sie haben nach einem möglichen Formulierungsvorschlag für § 38 gefragt. Aus unserer Sicht wäre es gut, wenn man, wie beim NPOG, Polizei und Ordnungsbehörden nebeneinandersetzen würde. Dann laufen die Informationen unabhängig voneinander an beide Einheiten.

Ich will auch hier aus der Praxis berichten. Ich kenne einen Bürgermeister, der früher Polizist war und sagt: Ich bin wunderbar informiert; denn meine ehemaligen Kollegen - das dürfen die natürlich eigentlich nicht - erzählen mir immer, was in meiner Stadt los ist. - Die Mehrzahl der Bürgermeisterinnen und Bürgermeister ist aber nicht Polizistin oder Polizist gewesen. Da gibt es dann oft in die eine oder andere Richtung echte Informationsdefizite. Ich hatte den Fall geschildert, dass eine Person entlassen wird, ohne dass jemand davon gewusst hat, und dann trifft man diese Person zufällig auf der Straße. Diese Situation ist aus unserer Sicht ungut.

Abg. Thomas Uhlen (CDU): Herzlichen Dank für Ihre Stellungnahme. Ich habe eine Nachfrage, die aus einem Ihrer Beispiele resultiert. Sie haben einen Fall geschildert, in dem der Hauptverwaltungsbeamte mit seinem Sozialpsychiatrischen Dienst in Bezug auf die Einordnung der Situation eines Kindes über Kreuz gelegen habe. Bei Kindern geht es ja vorrangig um die Anwendung des BGB. Müsste nicht auch an dieser Stelle noch eine deutlichere Klarstellung kommen, dass eine Unterbringung von Kindern und Jugendlichen nach dem Psychisch-Kranken-Gesetz nur notwendig sein kann, wenn Sorgeberechtigte oder auch Vertreter der Jugendhilfe in einer Ausnahmesituation nicht zur Verfügung stehen?

Sie haben auch das Beispiel eines ehemaligen Polizisten genannt, der jetzt Bürgermeister ist. Was die Datenweitergabe dort vor Ort betrifft - sozusagen mit Namen vor der Tür -, habe auch ich ein wenig Zweifel, aber ich kann mir erklären, woher die konkreten Anlässe für Nachfragen

seitens der Hauptverwaltungsbeamten kommen könnten. Sie adressieren das ja auch in Ihrer Stellungnahme. Sie wünschen sich eine proaktive Informationspflicht. Meine Frage dazu: Wozu? Was soll mit der proaktiven Informationspflicht gegenüber den Hauptverwaltungsbeamten passieren? Steht das nicht möglicherweise im Konflikt zur informationellen Selbstbestimmung und zur ärztlichen Schweigepflicht?

Dr. Joachim Schwind: Ich mache mal den Anfang. Vielleicht ganz grundsätzlich, damit wir nicht vom Einzelfall her diskutieren: Die Sozialpsychiatrischen Dienste sind ein extrem wichtiges Handlungsfeld für die Landkreise und kreisfreien Städte. Die große Mehrzahl aller Hauptverwaltungsbeamtinnen und Hauptverwaltungsbeamten in Niedersachsen arbeitet sehr eng und mit großer Wertschätzung mit den Sozialpsychiatrischen Diensten, die unsere eigenen Behördenteile sind, gut zusammen. Insofern wäre meine Bitte: Im Einzelfall sollte das so geregelt werden, wie wir es vorgetragen haben, aber der Einzelfall steht nicht pars pro toto für die Zusammenarbeit; denn diese funktioniert grundsätzlich.

Als Meinungsbild - in Antwort auf Ihre Frage: Wie passt das zusammen? - kann ich Ihnen sagen: Das passt deswegen zusammen, weil wir den Aspekt der Gefahrenabwehr nach Ansicht aller Landrätinnen und Landräte in Niedersachsen in diesem Gesetz stärker bewerten müssen. Wir haben eine Reihe von furchtbaren Einzelfällen, die überhaupt nicht alle Menschen mit psychiatrischen Problemen, sondern - Herr Dr. Arning hat es gesagt - nur sehr wenige Personen betreffen, durch die aber - aus unserer Sicht nicht ganz zu Unrecht - der Eindruck entstanden ist, wir seien als Staat nicht voll handlungsfähig, weil beim Informationsaustausch gesetzliche Grenzen beständen, die dort nicht sein sollten.

Wenn es Anhaltspunkte für eine Gefahr gibt, sollte aus unserer Sicht auch die Information der örtlichen Gefahrenabwehrbehörde erfolgen. Denn diese hat das Gesamtbild: Sie weiß, ob es beispielsweise stark betroffene Opferfamilien gibt, die reagieren werden, wenn jemand wieder entlassen wird, oder ob am Wochenende aufgrund von Veranstaltungen - etwa aufgrund eines Schützenfestes - grundsätzlich bereits eine gefährliche Lage in der Gemeinde besteht. Diese Informationen müssen die zuständigen Behörden haben, die für die allgemeine Gefahrenabwehr gemeinsam mit den Kolleginnen und Kollegen der Polizei rund um die Uhr verantwortlich sind, auch der Bürgermeister vor Ort. Die Information allein beim Sozialpsychiatrischen Dienst im Kreishaus nutzt nichts. Aus unserer Sicht steht an dieser Stelle der Gefahrenabwehraspekt - das ist ja kein Verdacht, sondern eine konkrete Gefahr - über den individuellen Rechten Einzelner.

Ich kann nur dringend appellieren: Wir müssen bei extrem schwieriger Personallage versuchen, unsere Sozialpsychiatrischen Dienste so zu stärken, dass sie im Interesse der Menschen, die Hilfe brauchen, diese Hilfe leisten können. Das heißt, wir hätten bei den Punkten Informationsaustausch und Flexibilität des Sozialpsychiatrischen Dienstes gern klare Regelungen - das kann auch im Verbund und telefonisch stattfinden - und ein klares Signal in Richtung der Kassenärztlichen Vereinigung, dass sie uns an dieser Stelle unterstützen muss. Denn die Kommunen können sich keine Ärzte backen. Wir müssen das im Netzwerk zusammen hinbekommen. Das Netzwerk funktioniert aber nur dann, wenn alle Partner den gleichen Informationsstand haben.

Dr. Jan Arning: Ich möchte das gerne ergänzen. Zunächst zu der Frage zur Unterbringung von Kindern: Die Betreuungspflicht hilft in diesen Fällen nicht immer weiter. In dem Fall, den ich geschildert habe, hatten wir es mit einem Kind zu tun, das wirklich untergebracht werden musste. Da war eine Betreuung gar nicht denkbar.

Zu unserer Forderung nach einer proaktiven Informationspflicht: Warum muss die Ordnungsbehörde das wissen? Einmal - Herr Kollege Schwind hat es angesprochen - zum Schutz der Personen. Wir haben in den Städten kommunale Ordnungsdienste, die mittlerweile relativ stark aufgestellt sind - da haben wir in den vergangenen Jahren ja auch eine entsprechende Entwicklung erlebt -, und wir haben auch Opfer. Es gibt Fälle, in denen eine Person immer wieder eine andere Person heimsucht und Straftaten begeht. Ich kenne einen Fall, in dem sich dann der Sohn - ein Student - darum gekümmert und Schutz organisiert hat. Es ist aber natürlich auch gut, wenn ein kommunaler Ordnungsdienst weiß - zum Eigenschutz, aber auch zum Schutz dieser Menschen -: Da kommt jemand, mit dem es schon mal einen Zwischenfall gegeben hat, vielleicht gucken wir da mal etwas genauer hin zum Schutz der seinerzeit Betroffenen. - Ich kann auch von Fällen berichten, in denen das sicherlich erforderlich und gut war.

Die Polizei sagt ganz klar: Wir können das nicht leisten. - Sie haben es dort ja mit Einheiten zu tun, die bis an die Kapazitätsgrenzen eingespannt werden. Deswegen sagen wir: Niedrigschwelliger kann die Kommune hier einiges leisten, und diese Möglichkeit sollte man ihr auch geben.

Abg. **Nicolas Mülbrecht Breer** (GRÜNE): Vielen Dank für Ihre Ausführungen. Ich habe drei Fragen. Erstens: Welche Verpflichtungen leiten Sie aus § 38 Abs. 2 für die Hauptverwaltungsbeamten ab? Sie haben vorhin angeführt, dass der Hauptverwaltungsbeamte den Kopf hinhalten würde. Aus meiner aktuellen Bewertung würde er vielleicht politisch den Kopf hinhalten, aber rechtlich wäre er aktuell geschützt, wenn er nicht darin auftauchen würde.

Zum 24/7-Dienst: Herr Dr. Schwind, Sie sagten gerade, Sie wollen auch, dass die Sozialpsychiatrischen Dienste gestärkt werden. Aus den Landkreisen, mit denen ich eng zusammenarbeite, kommt die Rückmeldung, der 24/7-Dienst würde zu erheblichen Schwierigkeiten in der Besetzung führen. Können Sie vielleicht noch kurz etwas dazu sagen, wie die Landkreisebene das sieht?

Meine letzte Frage: Das Thema Gefahrenabwehr ist ja sehr groß. Haben Sie sich auch mit medizinisch-therapeutischem Fachpersonal ausgetauscht, und inwieweit ist dieses Wissen in Ihre Stellungnahme eingeflossen?

Dr. Joachim Schwind: Für das Auskunftsrecht des Hauptverwaltungsbeamten ist Herr Dr. Arning der Spezialist. Ich gehe insofern auf die beiden anderen Fragen ein.

Zum fachlichen Austausch: Unsere Kolleginnen und Kollegen sind jeden Tag im Netzwerk mit unseren Akteuren vor Ort - vom Rettungsdienst über unsere sozialpsychiatrischen Einrichtungen usw. - im Austausch. Das, was in unserer Stellungnahme steht, haben uns überwiegend die Sozialpsychiatrischen Dienste umfänglich berichtet und dabei in der Regel auch die Netzwerkpartner einbezogen.

Zum Thema 24/7-Dienst: Das ist richtig. Sie finden in unserer Stellungnahme den Satz, dass das auf Schwierigkeiten stößt. Wir haben sehr oft sehr gut funktionierende Zusammenarbeitsformen vor Ort, die derzeit aber keine echte 24/7-Bereitschaft haben. Auch wenn es dafür Geld vom Land gibt, ist das eine Riesenherausforderung, wenn das in diesem Bereich wirklich gewünscht ist. Die einzige Lösung, die wir als Spitzenverband anbieten können, ist eben zu sagen: Wir bitten heute beim Gesetzgeber darum, auch Formen der Kooperation, der kreisübergreifenden Zusammenarbeit und der telefonischen Spezialisierung - gerade mit Blick auf die Frage, wer an Heiligabend oder am Samstag um 23 Uhr aus den Sozialpsychiatrischen Diensten zur Verfü-

gung steht - zu ermöglichen. Das alles ist in der Tat extrem schwierig. Deswegen gibt es auch eine Reihe von Stellungnahmen, in denen das abgelehnt wird.

Insgesamt sagen wir: Wir müssen in diesem Bereich - ich habe es beschrieben - aufgrund der Vorkommnisse und der Gesamtproblemlagen in der Gesellschaft etwas verändern. Dann ist immer so ein bisschen das Problem: Wie Sie reinrufen, so schallt es auch hinaus. Es gibt keine andere Reaktionsmöglichkeit als die örtliche Ebene, und deswegen die Bitte, uns da möglichst Flexibilität zu geben und auch die KVN anzuhalten, Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung zu stellen. Wir müssen versuchen, den Problemen vor Ort mit Polizei, Rettungsdienst, Kliniken und Spezialkliniken so gut wie möglich zu begegnen. Aber eine große Zahl von Sozialpsychiatrischen Diensten braucht keine neuen Aufgaben, sondern berichtet uns: Wir sind eigentlich völlig überlastet.

Dr. Jan Arning: Zu der Frage: Wen beteiligen wir, wenn wir unsere Stellungnahme erstellen? Natürlich beteiligen wir auch unsere Sozialpsychiatrischen Dienste, gerade in diesen Fällen. Das sind ja unsere Mitglieder in den Verwaltungen. In unsere Stellungnahme haben sich auch medizinisch kompetente Menschen eingebracht, die vor Ort arbeiten.

Zum Sozialpsychiatrischen Dienst und dem 24/7-Dienst hat Herr Dr. Schwind alles gesagt. Wir muten unseren Leuten da einiges zu, sowohl auf der ärztlichen Seite als auch auf der Seite der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Wir hoffen, dass die Menschen, die dort arbeiten, diese weitere Belastung und Herausforderung annehmen werden. Wir werden alles tun, um das zu organisieren, auch mit Blick auf die Bedeutung dieses Themas.

Zu Ihrer Frage im Zusammenhang mit den Hauptverwaltungsbeamten: Oft gehen diese Fälle durch die Presse, oft hat man Anhaltspunkte von dritter Seite. Insofern ist schon die Erforderlichkeit gegeben, dann auch mal nachfragen zu dürfen und Informationen über eine Gefährdungseinschätzung und mögliche Maßnahmen zu bekommen. Oder war das nicht Ihre Frage?

Abg. **Nicolas Mülbrecht Breer** (GRÜNE): Ich habe nach den rechtlichen Pflichten gefragt, die dadurch entstehen. Konsequenzen werden ja eher dann entstehen, wenn der Bürgermeister das Recht und die Pflicht hat einzugreifen.

Dr. Jan Arning: Das Recht und die Pflicht hat er ohnehin. Sie oder er ist ja verantwortlich. Für die Maßnahme, die getroffen oder nicht getroffen wird, trägt sie oder er am Ende die Verantwortung, wenn wir im Bereich der Gefahrenabwehr sind. Stellen Sie sich vor, eine Maßnahme ergeht oder sie ergeht nicht, und dann sagt die Landrätin oder der Oberbürgermeister: Damit war ich nicht einverstanden, das hat mein Sozialpsychiatrischer Dienst entschieden, ohne mich zu fragen! - Die Konsequenz ist dann im Bereich des Disziplinarrechts oder des Strafrechts unterlassene Hilfeleistung etc.

Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE): Ich bedanke mich für die bisherigen Ausführungen. Ich will es auch kurz machen.

Ich habe auch eine Frage zu den Sozialpsychiatrischen Diensten. Über die Probleme, die Sie geschildert haben, werden wir heute auch noch etwas in deren Stellungnahme hören. Würden Sie als sinnvoll erachten, landesweit Gemeindepsychiatrische Zentren einzurichten? Das wäre ja auch etwas, das die Kommunen betreffen würde. Deswegen würde mich dazu Ihre Ansicht interessieren.

Ich habe jetzt sozusagen einen Knoten im Kopf, weil Sie in Ihrer Stellungnahme und in Ihren Ausführungen immer wieder mit Straftaten argumentiert haben. Diese Menschen würden dann aber doch eigentlich im Maßregelvollzug untergebracht. Das wäre also gar nicht über das NPsychKHG zu regeln. Insofern stellt sich mir die Frage: Bestehen die Vollzugslücke und der Regelungsbedarf nicht woanders, zum Beispiel im Maßregelvollzugsgesetz, oder bedarf es an dieser Stelle nicht schnellerer Gerichtsverfahren? Denn die Menschen landen dann ja scheinbar nicht im Maßregelvollzug. Vielleicht können Sie mir erläutern, warum Sie glauben, dass es hier einer Regelung im NPsychKHG bedarf und nicht im Maßregelvollzugsgesetz. Oder erklärt sich das mit der Forderung nach einer Gesamtstrategie?

Dr. Joachim Schwind: Alles, was die psychiatrische Versorgung verbessern würde, begrüßen wir. Wir haben im letzten Jahr auf kommunaler Ebene ein Defizit von 3,6 Milliarden Euro gemacht, die das Land akzeptiert hat. Im vorletzten Jahr haben wir ein Defizit von 4 Milliarden Euro gemacht. Wenn Sie Geld haben und das für die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung einsetzen wollen - jederzeit! Wir sind nicht für die ärztliche Versorgung der Menschen zuständig. Zuständig sind die Kassenärztliche Vereinigung und, soweit es das Krankenhaus betrifft, das Land. Im Bereich der Krankenhausfinanzierung ist der Bund zuständig, der uns da milliarden-schwer im Stich lässt. Wir können hier nur mit großem Ernst sagen: Das Bedürfnis bei jedem Facharzt, bei jedem Psychotherapeuten ist riesig, aber wir werden aus kommunaler Sicht, da wir kein eigenes Personal in diesem Bereich haben, kein Geld dazulegen können.

Zur rechtlichen Abgrenzung: Das Problem ist ja, was mit Tätern passiert, die auf den ersten Blick schuldunfähig sind, bei denen also § 20 StGB greift. Dann liegt strafrechtlich ein dauernder Schulausschlussgrund vor, weshalb sich Strafverfahren verbieten. Das ist der Grund.

Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE): Da würde ich gern korrigieren. Das betrifft das Maßregelvollzugsgesetz und nicht das NPsychKHG.

Dr. Joachim Schwind: Aber wir müssen ja an dieser Stelle die Schnittstellen abdecken. Wenn Sie weitere Gesetze ändern wollen, dann gerne! Wir können Ihnen heute nur sagen: Für diesen Bereich sehen wir den Bedarf, den wir angemeldet haben - so schwierig die Abgrenzungen auch sind. Das ist ja unser großes Problem. Wenn jemand etwas tut, wissen wir gerichtsverfahrensmäßig in der Regel ungefähr drei, vier oder fünf Jahre später, wie die Tat zu bewerten ist. Wir müssen aber sofort gucken: Ist es ein Patient, der Hilfe braucht? Ist es ein Täter? Ist es ein Opfer? In diesem komplizierten Geflecht befinden wir uns.

Wir haben auch beim Thema Maßregelvollzug immer wieder Signale, dass dort massive Verbesserungen nötig sind. Aber heute hier glauben wir, dass dieser Bereich auch in der Gefahrenabwehr gestärkt werden muss. Das Gesetz hat an dieser Stelle eine Doppelfunktion.

Abg. **Andrea Prell** (SPD): Sind für die Einsichtnahme der Hauptverwaltungsbeamten aus ihrer Sicht konkretere Definitionen oder konkretere Abläufe notwendig, wie man diese Dauergefahr überhaupt definiert? Sie haben angeführt, dass es ab und zu Vorfälle gegeben habe. Reicht das als Kriterium für eine Dauergefahr?

Dr. Jan Arning: Die Frage ist, worüber wir jetzt reden: über die Dauergefahr oder das Einsichtsrecht der Hauptverwaltungsbeamten? Das eine hat mit dem anderen nicht zwingend etwas zu tun.

Bei der Dauergefahr haben wir das Problem, dass wir Menschen, die potenziell gefährlich sind, nach geltendem Recht nur bei einer gegenwärtigen Gefahr unterbringen können. Sie müssen im Grunde einen Schadenseintritt haben oder ein solcher muss verifizierbar unmittelbar bevorstehen. Das ist ein bisschen wenig. In der Praxis zeigt sich da eine Lücke.

Zu den Einsichtsrechten der Hauptverwaltungsbeamten: Natürlich muss der Hauptverwaltungsbeamte seinem Sozialpsychiatrischen Dienst nachweisen und darlegen, dass es nicht um eine Bagatelle, sondern wirklich um einen gefährlichen Menschen geht. Wir hätten uns auch vorstellen können, dass der Sozialpsychiatrische Dienst ausdrücklich darüber informiert, wenn dort jemand bekannt ist, also dass dann eine automatische Information des Hauptverwaltungsbeamten erfolgt. Das ist nicht der Fall. Das Gesetz sieht vielmehr ein Recht der Hauptverwaltungsbeamten vor, und dafür muss ein Anlass nachgewiesen werden. Ich kann mit Blick auf den Fall, den wir hatten, sagen: Das war ein Anlass, der es wert war, eine Anfrage an die eigene Behörde zu stellen.

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen

Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 11 zu [Drs. 19/8542](#) und Vorlage 12 zu [Drs. 19/9722](#)

Anwesend:

- Denis Lehmkemper, Landesbeauftragter für den Datenschutz
- Achim Barczok
- Anna Pokutnev

LfD **Denis Lehmkemper**: Vielen Dank für die Gelegenheit, zu diesem schwierigen Gesetz vortragen zu können.

Ich möchte vorausschicken: Ich trage zum Teil aus einer anderen Warte als die Kommunen vor, die mit diesen schwierigen Fällen und schwierigen menschlichen Schicksalen umgehen müssen. Deshalb ist mir der Hinweis wichtig, dass wir zu den beiden Gesetzentwürfen aus der Sicht des Datenschutzes vortragen.

Aus der Sicht des Datenschutzes geht es um besonders sensible Daten, die nach Artikel 9 der Datenschutz-Grundverordnung besonders geschützt sind. Damit muss bei der Datenverarbeitung umgegangen werden. Das ist auch den Kommunen ein wichtiges Anliegen. Dabei geht es um die Frage, wer wann an wen Informationen übermittelt.

Ich muss leider sagen: Aus der Sicht des Datenschutzes sind beide Gesetzentwürfe nicht besonders gelungen. Die folgende Aussage fällt mir nicht leicht, weil ich mir - wie einige von Ihnen wissen - vorgenommen habe, in meiner Amtszeit immer möglichst konkrete Vorschläge zu machen, wie man es besser machen kann: Beide Gesetzentwürfe - auch der Gesetzentwurf der Landesregierung - haben bei uns so viele Fragezeichen hinterlassen, dass wir nicht konkret sagen können, an welchen Stellen nachgeschärft werden muss, um die Regelungen im Sinne des Datenschutzes, der schutzwürdigen Interessen der Kranken, aber auch im Sinne der Gefahrenabwehr zu verbessern. Dafür bitte ich schon jetzt um Verständnis.

Wichtig ist: Aus unserer Sicht dürfen die Datenweitergaben - das ist natürlich der Hauptpunkt, mit dem ich mich heute befasse - nur aus besonderem Interesse erfolgen. Ganz wichtig ist - das

knüpft an die Ausführungen der kommunalen Vertreter an, für die ich großes Verständnis habe; viele von Ihnen wissen, ich war früher im Innenministerium tätig; da hat man eine gewisse Affinität zu diesem Bereich, die man nie ganz ablegt -: Wenn man Daten übermittelt, muss klar sein, wofür diese Daten übermittelt werden und welche Handlungsalternativen bestehen.

Ich möchte an dieser Stelle Frau Pokutnev vorstellen. Frau Pokutnev ist Referentin für diesen Bereich bei mir im Haus. Wir haben uns gerade darüber unterhalten, wie man diese Fragen, die die kommunalen Spitzenverbände aufgeworfen haben, datenschutzrechtlich einigermaßen lösen können sollte. Ein Gedanke, den wir nur andiskutiert haben, der mir aber in dem Vortrag jetzt deutlich geworden ist, ist: Vielleicht müsste das Gesetz stärker, wie es das Polizeigesetz, das NPOG, schon tut, mit Fallgruppen arbeiten in dem Sinne: Im Falle X darf der Hauptverwaltungsbeamte folgende Informationen bekommen, und er hat dann folgende Handlungsoptionen. - Das ist die zweite Seite. Dass er nur die Informationen hat, reicht ja nicht aus. Er muss auch Handlungsoptionen haben.

Um es kurz zu machen: An dieser Stelle ist der Gesetzentwurf der CDU-Fraktion noch nachschärfungsbedürftig, aber auch der Gesetzentwurf der Landesregierung noch deutlich nachbesserungsbedürftig.

Aus meiner Sicht haben sich hier gerade drei, vier Fallgruppen herausgeschält, die man mal näher betrachten und dann gegebenenfalls regeln müsste. Meines Erachtens muss verhindert werden, dass in jedem Fall alle möglichen Daten von A nach B wandern und zu weit gestreut werden. Ich will niemandem in den Kommunen unterstellen, dass das passiert. Aber wenn es passiert, kann auch dadurch ein Schaden eintreten. Das muss man mit in den Blick nehmen.

Ganz grundsätzlich ist aus unserer Sicht eine gewisse Unschärfe in den Formulierungen ein Mangel, der den Gesetzentwurf der Landesregierung durchzieht - sicherlich in dem guten Wunsch, alles Mögliche soweit wie möglich auf alle möglichen Sachverhalte auszudehnen, die infrage kommen können. Dadurch wird es aus der Sicht des Datenschutzes natürlich nicht nur schwierig, sondern gegebenenfalls sogar auch rechtswidrig. Davon haben Sie nichts, weil Sie zwar einen Gesetzentwurf haben; die Verantwortung liegt aber bei den Sozialpsychiatrischen Diensten, bei den kommunalen Verantwortungsträgern. Insofern rate ich dringend dazu, an vielen Stellen hinsichtlich der Bestimmtheit nachzuschärfen, um den Kommunen Rechtssicherheit zu geben.

Wir haben dazu schon in der Verbandsanhörung sehr umfangreich vorgetragen. Ich muss leider sagen: Wir sind irgendwann bei den verschiedenen Entwürfen, die kursierten, nicht mehr mitgekommen. Das war ja eine Zeit lang sehr, sehr hektisch. Wir mussten aber leider feststellen: Viele der auch ganz konkreten Vorschläge, die wir gemacht haben, sind - warum auch immer - bisher nicht umgesetzt worden. Das führt aus meiner Sicht dazu, dass es nun Ihre Aufgabe als Abgeordnete ist, an dieser Stelle nachzuschärfen.

Da der Zeitplan für diese Anhörung schon überschritten ist, möchte ich es mit diesen pauschalen Aussagen belassen.

Zum Schluss möchte ich aber noch einen Eindruck, der hier immer so ein bisschen mitschwingt, deutlich formulieren: Der Schwenk in das Gefahrenabwehrrecht ist, glaube ich, vor dem Hintergrund der Ereignisse, die wir alle vor Augen haben und die sicherlich auch Anlass für die Novellierung waren, in Teilen sinnvoll. Wir haben aber häufig den Eindruck, dass Fälle geregelt werden, bei denen man eigentlich sagen müsste: Der oder die Kranke ist eigentlich noch nicht zu

entlassen. Es wäre besser, der oder die Kranke wäre noch in der Einrichtung. Man versucht jedoch über die „Krücke“ des Gesetzes zu sagen: Ja, wir entlassen trotzdem, weil wir zu wenig Plätze haben, weil es wichtigere Fälle gibt! - Dann verlagert man leider Risiken und Gefahren auf die Kommunen, die aus meiner Sicht von dort aus nur sehr beschränkt gemanagt werden können.

Bei diesen Ausführungen möchte ich es mit Blick auf den Zeitplan belassen. Ich stehe aber gerne für Nachfragen zur Verfügung. Wir stehen auch im Nachgang zu dieser Anhörung gerne für die Beratung zur Verfügung, soweit dafür Bedarf besteht.

Abg. **Nicolas Mülbrecht Breer** (GRÜNE): Vielen Dank für Ihre Ausführungen. Ich habe nur eine einzige Frage zu § 38: Sehen Sie durch den Austausch von Daten die Möglichkeit der Entstehung eines Registers durch die Hintertür?

LfD **Denis Lehmkemper**: Wenn Sie den Datenschutzbeauftragten so etwas fragen, kann die Antwort nur lauten: Eine solche Gefahr sieht der Datenschutzbeauftragte immer. Aus meiner Sicht ist es an Ihnen, die gesetzlichen Regelungen auch mithilfe des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes so zu formulieren, dass eben nicht ein Register durch die Hintertür entsteht. Sie fragen an dieser Stelle den Falschen, wenn Sie einen Werbenden für ein Register haben wollen.

Abg. **Laura Hopmann** (CDU): Herzlichen Dank für die Stellungnahme. Sie hat uns ebenso wie Ihre schriftliche Stellungnahme durchaus nachdenklich gestimmt. Diese Hinweise sollten wir als Parlamentarier meines Erachtens sehr ernst nehmen.

Sie haben in Ihrem Eingangsstatement das Thema der Fallgruppen angesprochen. Ich hatte mir vorab als Frage aufgeschrieben: Sehen Sie denn überhaupt Fallgruppen, in denen eine Datenübermittlung an die Polizei im psychiatrischen Kontext tragfähig regelbar wäre, und, wenn ja, welche? Da Sie schon gesagt haben, dass Sie drei oder vier Fallgruppen sehen würden, schließt sich meine Frage an: Welche wären das denn?

LfD **Denis Lehmkemper**: Wir haben die Fallgruppen gerade aus dem Vortrag von den kommunalen Spitzenverbänden abgeleitet. Eine denkbare Fallgruppe wäre es, wenn man aufseiten des Sozialpsychiatrischen Dienstes konkrete Anlässe hat, dass vor Ort in der Mitgliedsgemeinde eines Landkreises - darum kann es ja nur gehen - Erkenntnisse vorliegen, wonach - spinnen wir den Fall mal weiter - ein über Weihnachten entlassener psychisch Kranker nach Hause kommen soll und dann eine Gefahr entsteht. Das heißt, es bestehen konkrete Anhaltspunkte für eine Gefährdung dieser Person oder anderer Personen. Herr Dr. Arning hat einen Fall angedeutet, in dem dann ein vorübergehend oder gänzlich entlassener psychisch Kranker Gefahren durch sein Umfeld ausgesetzt ist. Wenn man solche Erkenntnisse hat, muss man, glaube ich, regeln, dass Informationen weitergegeben werden dürfen, die aus unserer Sicht sicherlich nicht die gesamte Krankenakte umfassen können. Man darf aber nicht nur das regeln, sondern man muss auch regeln, was der Hauptverwaltungsbeamte dann machen darf. Denn es kann keine Lösung sein - ich sage das mit Absicht etwas plakativ -, dass dann jemand dort mit Fackeln und Forken vor dem Haus steht. Das müssen wir ausdrücklich verhindern. Ich bin mir sicher: Das wollen die kommunalen Spitzenverbände auch nicht. Aber man muss die Befugnisse sehr viel deutlicher regeln, und man muss diese Fallgruppen letztlich, glaube ich, auch mal nachschärfen können. Aber ich sage ganz ehrlich: Wir sind fachlich nicht nahe genug daran. Aus den Schilderungen flackerten nur Fälle auf, bei denen man gedacht hat: Na ja, der eine Fall ist, dass der Sozialpsychiatrische Dienst sagt: „Mein Hauptverwaltungsbeamter darf gar nichts wissen!“ Vielleicht darf

er doch wissen: Da wird ein psychisch Kranker vorübergehend aus der Einrichtung entlassen. - Ich weiß es nicht. Es kommt sehr darauf an, wie man das fachlich ausgestaltet.

Das ist ein Problem bei unserer Bewertung gewesen. Ganz häufig waren die Tatbestände so schwammig, dass wir gedacht haben: Das geht „von bis“, deshalb ist es zu weit. Ich weiß, das ist keine wirklich zufriedenstellende Antwort, aber mehr kann ich im Moment leider nicht liefern.

Abg. **Marten Gäde** (SPD): Vielen Dank für Ihre Stellungnahme und für Ihre Ausführungen. Grundsätzlich muss ich sagen: Ich verstehe den Gesetzentwurf der Landesregierung so, dass diese Informationen nur bei konkreten Anlässen weitergegeben werden dürfen. Nicht jeder kann unbestimmt über jeden sprechen, sondern es muss ja eine Eigen- oder Fremdgefährdung drohen.

Grundsätzlich nehmen wir Ihre Hinweise sehr ernst. Wir werden auch mit dem Gesetzgebungs- und Beratungsdienst den Vorschlag hinsichtlich der Fallgruppen prüfen. Sie haben in Ihrer Stellungnahme ja schon sehr konkrete Vorschläge gemacht, zum Beispiel in Bezug auf bestimmte Begrifflichkeiten.

Bei diesem Gesetz gibt es ja insgesamt ein Dilemma: Wir reden hier - das kommt mir jetzt in der Diskussion ein bisschen zu wenig vor - nicht rein über die Gefahrenabwehr, sondern es kann auch sinnvoll sein - auch dafür trifft der Gesetzentwurf Regelungen -, Informationen im Sinne der Patienten weiterzugeben, um weitere nachsorgende Hilfen zu ermöglichen, damit diese Patienten nicht aus dem System fallen; denn niemand möchte in einer Psychose ohne Hilfe sein. Es gibt aber jetzt Fallkonstellationen, in denen es passiert, dass sie aus dem System herausfallen. Insofern legt der Gesetzentwurf der Landesregierung einen großen Schwerpunkt darauf, Hilfen zu eröffnen. Das wollte ich dazu noch erwähnen.

LfD **Denis Lehmke**: Da gebe ich Ihnen recht. Das haben die kommunalen Spitzenverbände, glaube ich, richtig dargestellt. Es geht ganz viel um Einzelfälle. Dieses Gesetz muss weiterhin einen Schwerpunkt auf die Behandlung, Betreuung und Heilung psychisch kranker Personen legen. Das ist wichtig. Kompliziert wird es dadurch, dass Sie hier - ich habe mir gestern bei der Vorbereitung die Frage gestellt, ob ich den Begriff hier tatsächlich einbringen möchte - wirklich mal einen Spurwechsel machen, den wir aus anderen Rechtsgebieten kennen und der politisch bisweilen umkämpft ist. Dann wird es schwierig. Für diesen Spurwechsel wünsche ich mir als Datenschutzbeauftragter feste Leitplanken zum Schutz der Betroffenen, zum Schutz der Allgemeinheit und auch zum Schutz der Hauptverwaltungsbeamten. Denn ganz im Ernst: Die Verantwortung will man ja auch nicht haben. Das ist aus meiner Sicht in diesem Gesetzentwurf leider sehr rudimentär angelegt.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Weitere Wortmeldungen gibt es nicht. Vielen Dank für Ihren Vortrag und für die Beantwortung der Fragen. Ich danke Ihnen auch für das Angebot, dass Sie im Nachgang noch für die Beratung zur Verfügung stehen.

Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen

Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 2 zu [Drs. 19/8542](#) und Vorlage 3 zu [Drs. 19/9722](#)

Anwesend:

- Wolfram Beins
- Prof. Dr. Detlef Dietrich
- Nadja Stehlin (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)

Wolfram Beins: Im Landesfachbeirat Psychiatrie hatten wir schon seit Jahren immer mal wieder mit der Novellierung des NPsychKG zu tun. Es gab immer wieder kleine Anpassungen, aber der große Entwurf, der schon länger angekündigt worden ist, blieb leider aus. Jetzt sind Anlässe eingetreten, die das Land aufgefordert haben, hier schleunigst tätig zu werden. Ich erinnere nur an die Konferenz der Innenminister, die Anpassungen gefordert hat, und an die deutlichen Forderungen der kommunalen Spitzenverbände, insbesondere des Städtetages, die Sie herausgefordert haben. So ist dann ein erster Entwurf entstanden, den wir vorgelegt bekommen haben, welcher noch sehr stark vom Ordnungsgedanken und Sicherheitsgedanken geprägt war. Der überarbeitete Entwurf des Ministeriums nach der ersten Verbandsanhörung ist schon deutlich schwächer geworden. Das begrüßen wir sehr. Wir sehen also das Bemühen, dass Sie sich in dem Interessenausgleich zwischen Gefahrenabwehr für die Öffentlichkeit und den Schutzbedürfnissen der betroffenen Menschen wirklich bemüht haben, etwas zu erarbeiten. Dennoch - ich werde zunächst einige grundsätzliche Vorbemerkungen dazu machen - sehen wir nach wie vor eine Verschiebung vom Hilfesgesetz eher zum Ordnungs- und Sicherungsgesetz mit starken Kontrollbefugnissen. An dieser Stelle haben wir große Bedenken. Das ist eben auch noch einmal deutlich geworden. Auch der Datenschutzbeauftragte hat sich ja hier dezidiert geäußert.

Wir begrüßen, dass in dem überarbeiteten Entwurf die wertschätzende Sprache, die mehr an Selbstbestimmung orientierte Betrachtung und Benennung der Betroffenen mit eingearbeitet worden sind. Im vorliegenden Gesetzentwurf ist jetzt von „betroffenen Menschen“ die Rede. Das begrüßen wir sehr.

Wir begrüßen auch, dass die Bedeutung von Selbstbestimmung, Partizipation, Patientenverfügungen, Behandlungsvereinbarungen und anderen Vorsorgeinstrumenten deutlicher in den Gesetzentwurf eingearbeitet worden sind. Das schützt die betroffenen Menschen in der psychiatrischen Behandlung.

Trotz dieser programmatischen Verbesserungen haben wir aber weiterhin erhebliche Zweifel, was die sicherheitsrechtlichen Erwägungen, Eingriffsbefugnisse und Kontrollbefugnisse angeht. Sie überwiegen eindeutig die Intentionen, die eigentlich ein Psychisch-Kranken-Hilfesgesetz - der Titel ist ja jetzt auch so geändert worden - prägen müssten.

Das, was uns in der Auseinandersetzung gerade mit den Eingriffsbefugnissen und Unterbringungsbefugnissen geletet hat, die schweren Taten von psychisch erkrankten Menschen, zieht sich durch. Das hat natürlich auch in Fachkreisen eine heftige Diskussion darüber ausgelöst, wie wir damit umgehen. Wir hatten zuletzt im März in Loccum eine Veranstaltung, auf der wir uns auch diesem Thema gewidmet haben. An dieser Stelle noch einmal einen herzlichen Dank an Sie dafür, dass Sie die Verschiebung des Termins für diese Anhörung durchgesetzt haben! So konnten wir die Tagung wie geplant durchführen.

Wir haben auch in Loccum mit einer großen Beteiligung von Psychiatrie-erfahrenen Menschen, von Fachpersonen und Fachinstitutionen gearbeitet. Das Gesundheitsministerium und auch Sie als Abgeordnete waren dort zum Teil vertreten. Vielen Dank noch einmal dafür.

Wir haben aber in allen fachlichen Diskussionen den Punkt, dass es nur eine kleine Gruppe von psychisch erkrankten Menschen gibt, die Gewalttaten begehen. Die Erkenntnisse über diese Gruppe wachsen in der letzten Zeit. Wir haben auf dem Hauptstadtkongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde in Berlin wirklich sehr interessante Impulse bekommen. Alle diese neuen Erkenntnisse - so neu sind sie nicht mehr - bzw. die noch einmal fokussierten Erkenntnisse fehlen uns in der Gesetzgebung, weil der vorliegende Gesetzentwurf eher mit Forderungen nach erweiterten Eingriffsbefugnissen, erleichterten Unterbringungen und verstärkter Gefahrenabwehr reagiert.

Insbesondere der Datenaustausch auch mit Institutionen außerhalb des psychiatrischen Systems wird von uns sehr kritisch gesehen. Denn davon sind *alle* Menschen mit einer psychischen Erkrankung betroffen - nicht nur die besonders in den Fokus geratene Gruppe der wirklich sehr wenigen Menschen, die zu Gewalttaten neigen.

Insofern haben wir als Landesfachbeirat Psychiatrie erhebliche Zweifel an der Verhältnismäßigkeit dieser Verschärfung im vorliegenden Gesetzentwurf. Ich bin gespannt, wie sich der Gesetzgebungs- und Beratungsdienst zu dieser Fragestellung bei der weiteren Bearbeitung des Gesetzentwurfs äußern wird. Das müssen wir uns noch einmal genauer ansehen.

Wir meinen, ein Psychisch-Kranken-Hilfegesetz braucht mehr präventive Regelungen, die eine wirksame Versorgung einschließlich einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung, aber insbesondere auch Hilfen zur sozialen Integration und Teilhabe zum Ziel haben. Denn nationale und internationale Studien weisen übereinstimmend darauf hin, dass eine konsequente Therapie nachweislich das Risiko für Gewalttaten senkt. Das müssen wir in den Fokus rücken. Maßnahmen zur sozialen Integration und Teilhabe sind oft entscheidend. Denn das Risiko, dass ein Mensch mit einer psychischen Erkrankung gewalttätig wird, entsteht aus der Wechselwirkung von Erkrankung und anderen Belastungs- und Risikofaktoren wie Gewalt, Aggression, Konsum von Drogen, aber eben auch soziale Isolation, Armut und Wohnungslosigkeit. Das würden wir in einem Psychisch-Kranken-Hilfegesetz eher berücksichtigt sehen.

Vertreterinnen und Vertreter von Betroffenen-Organisationen weisen immer zu Recht darauf hin, dass die Absenkung der Schwelle für die Unterbringung, ein erleichterter Datenaustausch mit Sicherheitsbehörden und erweiterte Eingriffsmöglichkeiten Menschen mit psychischen Erkrankungen eher davon abhalten können, frühzeitig Hilfe und Unterstützung zu suchen. Damit wird das intendierte Ziel einer frühzeitigen Gefahrenabwehr ins Gegenteil verkehrt. Denn die betroffenen Menschen wenden sich eher von Hilfe ab und sind noch schlechter erreichbar.

Wir meinen daher, wir brauchen mehr Regelungen, damit das Hilfesystem besser ausgestaltet wird und Hilfen und Unterstützungen leichter zugänglich werden. Vorhin ist schon das Stichwort „Gemeindepsychiatrisches Zentrum“ in einer Frage von Frau Schendel gefallen. 2016 haben wir im Landespsychiatrieplan dieses Konzept entwickelt und in drei Modellen auch standardisiert. In allen danach folgenden Koalitionsvereinbarungen der Regierungskoalitionen - 2017 von CDU und SPD und 2022 von Rot-Grün - haben Sie festgelegt: Wir wollen Gemeindepsychiatrische Zentren einrichten. In der Auswertung der Modellprogramme haben wir die Mitwirkung der Sozialpsychiatrischen Dienste in den Gemeindepsychiatrischen Zentren beschrieben und die Veranke-

nung im PsychKG empfohlen. Alle diese Absichten seit 2016 - die Zehnjahresfrist für die Psychiatrieplanung ist abgelaufen - sind kaum umgesetzt worden. Auch der vorliegenden Entwurf nimmt an keiner Stelle auf das Gemeindepsychiatrische Zentrum Bezug. Das hätten wir dort gerne gesehen.

Nun kann ein niedersächsisches Psychisch-Kranken-Hilfegesetz nicht in die vorrangigen Regelungen im SGB V und im SGB IX eingreifen. Es kann aber Rahmenbestimmungen setzen, die unter maßgeblicher Beteiligung der Sozialpsychiatrischen Dienste eine ambulante aufsuchende Hilfe in einem organisatorischen Zusammenhang mit ambulanten und stationären Behandlungsmöglichkeiten und mit der Teilhabeleistung nach dem SGB IX verbindlich gestalten, die koordiniert werden. Die Vertreter der kommunalen Spitzenverbände haben immer wieder darauf hingewiesen, dass die KV stärker mit in die Verantwortung genommen werden muss, gerade auch was die ärztlichen Leistungen angeht. Hier sehen wir auch einen Ansatz, über die Gemeindepsychiatrischen Zentren tätig zu werden. In den Leistungsgesetzen SGB V und SGB IX gibt es auch Rahmen, die wir für ein Gemeindepsychiatrisches Zentrum nutzbar machen können.

Wir sehen aber insbesondere auch - das ist Sache des Landes -, dass die Eingliederungshilfe wieder stärker als Teilaufgabe des Sozialpsychiatrischen Dienstes organisiert werden sollte. Denn dort können gut Bedarfs-/Verlaufsplanung und auch Wirkungskontrolle in Abstimmung mit der SGB-V-Behandlung durchgeführt werden. Die Sozialpsychiatrischen Dienste verfügen über Kenntnisse des individuellen Hilfebedarfs ihrer Klientinnen und Klienten. Sie haben einen Überblick über die Behandlungs- und Unterstützungsangebote in der Region. Damit sind sie für diese Aufgaben geradezu prädestiniert. Man kann in § 9 des Ausführungsgesetzes zum SGB IX auch die Regelung aufgreifen und die herangezogenen Kommunen mit entsprechenden Regelungen beauftragen.

So weit die grundsätzlichen Vorbemerkungen. Ich möchte in der knappen Zeit noch auf ein paar Knackpunkte eingehen. Ansonsten verweisen wir auf unsere ausführliche schriftliche Stellungnahme.

Aus unserer Sicht ist es wichtig, dass im Gesetz die Hilfe vor Zwang deutlich betont wird. Das Gesetz sollte vorrangig mehr Freiwilligkeit, Deeskalation und Alternativen zu Zwangsmaßnahmen vorgeben. Das bisherige Gesetz enthält die Formulierung, dass Hilfen Schutzmaßnahmen vorbeugen sollen. Das fehlt im jetzigen Gesetzentwurf. Es wäre gut, wenn das vielleicht in § 2 Abs. 2 mit aufgenommen würde.

In diesem Kontext ist eine Unterbringung nur das letzte Mittel. Es sollte gesetzlich klargestellt werden, dass eine angeordnete Unterbringung nur dann zulässig ist, wenn zuvor verfügbare und zumutbare Unterstützungsmaßnahmen geprüft wurden und nach fachlicher Bewertung keine geeignete Alternative besteht, um eine erhebliche, unmittelbar bevorstehende Gefahr abzuwenden.

Aus unserer Sicht ist es auch wichtig, auch den Bereich der Kinder und Jugendlichen kritisch zu hinterfragen. Der Sozialpsychiatrische Dienst soll nach § 4 Abs. 1 Satz 2 „über Kompetenzen in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ... verfügen“. Diese Sollvorschrift birgt die Gefahr, dass in der Praxis aus Kapazitätsgründen hiervon abgewichen wird. Aus fachlicher Sicht halten wir eine Mussregelung für hilfreicher. Zumindest sollten Ausnahmen von der Sollpflicht nur aus zwingenden Gründen zulässig und schriftlich zu begründen sein.

Es klang heute Morgen schon in der Anhörung der kommunalen Spitzenverbände an: Es sollte unbedingt auch klargestellt werden, dass § 1 631 BGB Vorrang vor Maßnahmen nach dem NPsychKHG hat und nur in Ausnahmen zur Anwendung kommen kann.

Wir erwarten aber zusätzlich noch eine Regelung, wonach der Einbeziehung der gesetzlichen Vertretung ausnahmsweise widersprochen werden kann. Das betrifft insbesondere Fälle, in denen die Erziehungs- und Sorgeberechtigten Teil einer schwierigen Konstellation im Rahmen von häuslicher Gewalt, sexualisierter Gewalt und ähnlicher Gefahren sind. Dann darf und sollte davon abgewichen werden, dass die Erziehungsberechtigten, die Grundlage für die Krisensituation sind, noch mit einbezogen werden.

Zum Sozialpsychiatrischen Dienst werden wir gleich noch intensiver etwas hören. Wir begrüßen, dass die Rolle der Sozialpsychiatrischen Dienste im Entwurf gefestigt und erweitert worden ist. Aber wir haben auch erhebliche Fragen, ob der Zuwachs an Kompetenzen und Aufgaben mit den vorhandenen Ressourcen bewältigt werden kann. Auch wenn wir erweiterte Finanzierungsregelungen im Gesetz vorfinden, meinen wir, das ist zu wenig.

Wir sind darüber erfreut, dass der Behandlungsbegriff im jetzigen Entwurf wieder aufgenommen worden ist. Denn wir meinen, dass Sozialpsychiatrische Dienste auch über Behandlungskompetenzen verfügen sollten und sich nicht nur auf die Vermittlung von Maßnahmen konzentrieren.

Insgesamt sehen wir aber die Gefahr eines Rollenkonflikts mit den neuen Regelungen. Wenn Sozialpsychiatrische Dienste mehr als Schnittstelle für Gefahrenabwehr und Datenweitergabe wahrgenommen werden, dann leidet das Vertrauen der betroffenen Menschen in diese Institution. Sinnvoller wäre es wirklich, wenn wir mehr gesetzlich verankerte multiprofessionelle Krisendienste mit aufsuchenden Einsatzmöglichkeiten hätten. Jetzt bin ich wieder beim Sozialpsychiatrischen Zentrum. Da haben wir es konzeptionell auch formuliert.

Die Öffnung der Leitungsfunktion in § 4 Abs. 4 Satz 2 für nicht hinreichend spezifizierte Qualifikationen ist aus unserer Sicht so nicht haltbar. Wenn es schon nicht gelingt, geeignete Psychotherapeut*innen und Fachärzt*innen zu gewinnen, dann sollte wenigstens die vorausgesetzte Hochschulausbildung einschlägig sein, damit nicht fachfremde Menschen in die Leitung der Sozialpsychiatrischen Dienste kommen.

Wir erwarten im Bereich Hilfen, Zusammenarbeit und Entlassmanagement, verstärkt auch Genesungsbegleitende und Peer-Beratende mit einzubeziehen, weil das Vertrauen stärkt und einen besseren Zugang für die psychisch erkrankten Menschen bietet, die Hilfe suchen.

Die vorgesehene Zusammenarbeit mit Anbietern der psychiatrischen Versorgung und anderen Institutionen sollte noch verbindlicher mit klaren Schnittstellen, Erreichbarkeitsstandards und abgestimmten Krisenpfaden festgelegt werden.

Wir begrüßen ausdrücklich, dass vorgesehen ist, dass es zu einem regelmäßigen Austausch mit Polizeibehörden und anderen kommt. Da kann ich durchaus mit den Kommunen mitgehen und sagen: Auch die Ordnungsbehörden haben hier eine gewisse Funktion. Denn das stärkt das Vertrauen in das Zusammenwirken. Das klärt auch die Rollenzuweisung der einzelnen Tätigkeiten mit ihren spezifischen Aufgaben. Insofern ist das ein sinnvoller Ansatz, hier zusammenzukommen. Aber es muss klar bleiben, dass die Rollen unterschiedlich sind und jeder dann in seiner Form tätig wird. In manchen Stellungnahmen war immer von einer Verantwortungsgemein-

schaft die Rede. Wenn wir das über dieses Instrument erreichen können, dann haben wir viel gewonnen. Denn im Moment grenzen wir uns eher in den verschiedenen Zuständigkeiten immer ab und konservieren Parallelstrukturen.

Noch einmal zum Entlassmanagement: Es sollte nicht erst bei einer öffentlich-rechtlichen Unterbringung einsetzen, sondern muss bei jeder stationären und teilstationären psychiatrischen Behandlung greifen. Gerade die Übergänge aus stationären Settings sind hochvulnerable Phasen für Behandlungsabbrüche und erneute Krisen. Das haben auch die Beispiele der Kommunen vorhin gezeigt.

Ich komme nun zur Unterbringung. Das ist ein sehr grundrechtssensibler Bereich. Der Datenschutzbeauftragte hat zu Recht darauf hingewiesen, dass es einige unklare Regelungen im Gesetzentwurf gibt, die noch enger gefasst und präzisiert werden müssen.

Das gilt insbesondere auch für den Bereich der Prognoseentscheidungen, wenn es um die Gefahrenabwehr gegenüber der Gefährdung Dritter geht. Der Begriff der Dauergefährdung, zu der immer wieder mehr Regelungen eingefordert wurden, wie sie zum Beispiel in anderen Bundesländern schon gelten, muss sehr genau formuliert werden. Dabei muss man auch die Schutzbedürfnisse der betroffenen Patienten im Blick behalten.

Das Gleiche gilt für die Frage der Zwangsbehandlung, Fixierung und Isolierung. Dazu wird im Gesetzentwurf viel zum Ausdruck gebracht, dass eine starke Orientierung an medizinischen Standards erfolgen soll, dass die Wünsche und Präferenzen der Patienten berücksichtigt werden sollen usw. Wunderbar! Dennoch erwarten wir weitere Schutzmechanismen. Das haben wir in unserer schriftlichen Stellungnahme ausführlicher dargelegt.

Auch die Begrifflichkeiten sollten noch einmal überdacht werden. Der Ausdruck „Absonderung“ in § 28 im Zusammenhang mit Maßnahmen zur Isolierung ist stigmatisierend und sollte durch einen neutralen Begriff ersetzt werden.

Wir weisen auch darauf hin, dass die Videoüberwachung bei besonderen Isolierungsmaßnahmen auch Folgen für die therapeutische Arbeit haben kann. Gerade Menschen mit einer paranoiden Symptomatik fühlen sich eher in ihrer Symptomatik bestärkt, als dass das als Hilfe wahrgenommen wird.

Ein weiterer Punkt betrifft die Datenverarbeitung und den Datenaustausch. Dazu ist schon viel gesagt worden. Auch wir sehen die Information der Hauptverwaltungsbeamten außerordentlich kritisch, weil wir an dieser Stelle auch die Schweigepflicht in den medizinischen Berufen und Hilfsberufen sehr stark infrage gestellt sehen. Wir haben in der Tat auch die Sorge, dass dadurch doch klammheimlich Register über auffällige Personen in der Kommune angelegt werden könnten. Die Verantwortung ist hier im Behandlungsbereich zu sehen. Die rechtliche Verantwortung der Hauptverwaltungsbeamten lösen wir nicht durch eine Informationsweitergabe und durch einen Austausch. Das muss sehr kritisch gesehen werden.

Erlauben Sie mir noch einen letzten Hinweis: In dem Kapitel Landespsychiatrieplanung und institutionelle Beteiligung würden wir uns sehr freuen, wenn auch der Landesfachbeirat im Gesetz Niederschlag finden würde.

So weit meine Ausführungen. Jetzt würde ich das Wort gerne an Frau Stehlin weitergeben, die per Video aus Neuseeland zugeschaltet ist.

Nadja Stehlin: Gleich zu Beginn ist mir der folgende Hinweis ganz besonders wichtig: Ich spreche hier nicht abstrakt. Ich bin selbst ein Mensch mit einer psychischen Erkrankung und vertrete diese Menschen im Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen. Das heißt, das Gesetz betrifft nicht irgendwen, sondern es betrifft zum Beispiel auch mich. Meine Erkrankung ist ein Teil von mir, aber sie ist nicht alles. Sie nimmt mir nicht meine Würde und nicht meine Stimme und auch nicht mein Recht, als Mensch gesehen zu werden. Genau darum geht es in dieser Debatte: um Menschen - nicht um Kategorien, nicht um abstrakte Risiken, sondern um reale Leben. Eine psychische Erkrankung kann jeden treffen - wirklich jeden, auch Sie.

Viele der kritischen Punkte, die bereits genannt wurden und die noch angemerkt werden, sind nicht nur berechtigt, sondern existenziell; denn sie entscheiden darüber, ob Menschen in Krisen Unterstützung erfahren oder Angst bekommen, ob sie sich öffnen oder zurückziehen und ob damit eine Gefahr tatsächlich gesenkt werden kann. Ich unterstütze daher die genannten Einwände ausdrücklich.

Worte schaffen Realität. Es reicht nicht, die Sprache zu modernisieren, wenn sich die Realität für Betroffene nicht verbessert. Der vorliegende Gesetzentwurf verschiebt das Gewicht spürbar: weg von Hilfe, Vertrauen und Teilhabe, hin zu Kontrolle, Gefahrenabwehr und Datenerfassung. Diese Verschiebung ist nicht theoretisch; sie ist spürbar und verändert Verhalten. Denn es bedeutet: Menschen überlegen sich dann zweimal, ob sie Hilfe suchen, oder sie tun es gar nicht mehr, weil die Angst besteht: Werde ich registriert, weitergemeldet und kontrolliert? Wenn dieses Vertrauen einmal verloren ist, kommt es nicht so schnell zurück. Ohne Vertrauen gibt es aber keine Hilfe, und das hat Folgen. Ohne Vertrauen funktioniert kein Hilfesystem. Vertrauen ist keine Ergänzung, sondern es ist die Grundlage. Wenn diese fehlt, bricht alles andere weg.

Ich weiß, wie sich dieses System anfühlen kann. Ich weiß, wie es klingt, wenn eine Tür auf einer geschützten Station hinter einem ins Schloss fällt. Dieses Geräusch bleibt. Es ist nicht einfach ein Geräusch - es ist ein Einschnitt. Denn in diesem Moment passiert etwas Grundlegendes: Man kommt als Mensch, der Hilfe braucht, und wird zu jemandem, über den entschieden wird. Man verliert nicht nur die Freiheit; man verliert ein Stück Selbstverständnis. Dieses Gefühl, dieses Ausgeliefertsein, vergisst man nie wieder.

Gerade deshalb ist es entscheidend, wie eng die Voraussetzungen für Zwang gefasst sind. Zwang darf nur das allerletzte Mittel sein - nicht auf dem Papier, im Gesetz, sondern auch in der Realität. Das muss im Gesetz klar und unmissverständlich stehen. Das heißt: verpflichtende Deeskalation, echte Alternativen zu Zwang, klare zeitliche Grenzen, lückenlose Dokumentation und wirksame, unabhängige Kontrolle. Sonst passiert etwas, was leise beginnt, aber schwer aufzuhalten ist: Zwang wird zur Gewohnheit.

Zusätzlich wiegt schwer: Viele dieser Maßnahmen treffen eine große Zahl von Menschen, obwohl sie auf sehr wenige Einzelfälle zielen. Psychische Erkrankungen - wir haben es schon gehört - sind kein verlässlicher Risikofaktor für Gewalt. Betroffene sind viel häufiger Opfer als Täter. Trotzdem entsteht durch diese Regelung jetzt im Gesetz ein Generalverdacht, eine stille Botschaft: Du bist ein Risiko. Das hinterlässt Spuren; denn es verändert nicht nur, wie man sich selbst sieht, sondern auch, wie andere einen sehen. Und es verhindert nicht einmal das, was es verhindern soll; denn auch die tragischen Einzelfälle lassen sich so nicht ausschließen. Was aber sicher ist: Für viele Menschen wird sich die Situation mit dem vorliegenden Gesetzentwurf verschlechtern.

Die Frage bleibt: Wer alles weiß etwas über mich, wie lange, und was passiert mit diesen Daten? Das ist keine abstrakte Sorge - das ist eine reale Angst. Was wir brauchen, ist das Gegenteil. Wir brauchen frühzeitig niedrigschwellige aufsuchende Hilfe. Das haben wir gerade schon mehrfach gehört. Es wäre also schön, wenn das Gesetz diese Chance nutzt, um zum Beispiel gemeindepsychiatrische Zentren zu verankern.

Auch die Selbstbestimmung bleibt zu schwach. Sie wird zwar erwähnt, aber „soll“ und „kann“ helfen in Krisen nicht. Rechte müssen verbindlich sein, sonst existieren sie im entscheidenden Moment nicht. Beteiligung darf kein Zufall sein, sie muss garantiert sein. Dasselbe gilt für die Barrierefreiheit. Ohne konkrete Maßnahmen bleibt sie ein Versprechen. Für viele Menschen bedeutet es nämlich: Sie werden nicht verstanden und können sich selbst nicht verständlich machen. Menschen müssen in schwierigen Situationen individuell angepasst in einer für sie verständlichen Weise angesprochen und aufgeklärt werden. Ansonsten entstehen genau daraus oft auch weitere Krisen.

Beim Rechtsschutz zeigt sich das gleiche Bild: Er ist zwar formal vorhanden, aber praktisch schwer erreichbar. Rechte, die man nicht nutzen kann, sind leider keine echten Rechte. Besonders schwer wiegt dies zum Beispiel bei dem Fehlen unabhängiger Beschwerde- und Ombudsstellen. Gerade dort, wo die Freiheit eingeschränkt wird, braucht es Orte, an die man sich wenden kann, Menschen, die zuhören, die hinschauen und die eingreifen und helfen können.

Positiv ist die vorgesehene Nachbesprechung nach Zwangsmaßnahmen. Aber auch hier gilt: Sie muss verpflichtend sein, und sie muss mehr sein als ein Rückblick. Sie soll auch helfen, dass solche Situationen künftig vermieden werden.

Am Ende möchte ich auf einen einfachen, aber entscheidenden Punkt zurückkommen. Dieses Gesetz will Sicherheit schaffen, aber Sicherheit entsteht nicht durch Kontrolle. Sicherheit entsteht durch Beziehung, durch Vertrauen und durch das Gefühl, nicht allein zu sein. Wenn wir ein System schaffen, das Menschen Angst macht, sich Hilfe zu suchen, dann erreichen wir genau das Gegenteil. Dann entstehen mehr Krisen und mehr Leid.

Deshalb mein eindringlicher Appell: Nehmen Sie sich bitte die Zeit, dieses Gesetz wirklich gut zu machen! Hören Sie auf die Einwände, und nehmen Sie die Erfahrungen ernst! Wir haben schon lange auf die Novellierung gewartet. Nun sollte nicht vorschnell irgendetwas Halbdurchdachtes umgesetzt werden. Denn am Ende geht es nicht um Paragraphen - es geht um Menschen. Das könnte jeden treffen, wirklich jeden.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Vielen Dank für Ihre eindringlichen Worte. Seien Sie sicher, dass wir genau das auch tun werden. Deswegen nehmen wir uns auch die Zeit für diese ausführliche und facettenreiche Anhörung.

Abg. **Nicolas Mülbrecht Breer** (GRÜNE): Vielen Dank für Ihre Ausführungen. Sie haben den besonderen Personenkreis angesprochen. Im Landesfachbeirat, in dem Herr Uhlen, Herr Gäde und ich häufig dabei sind, ist auch mal das Thema der Forensischen Ambulanzen als Pilotprojekt genannt worden. Ich meine, das ist in Hamburg. Auch in der Schweiz gibt es meines Wissens etwas. Darauf hat die DGPPN in einem Papier hingewiesen. Können Sie dazu noch Ausführungen machen?

Wolfram Beins: Es gibt in der Tat Konzepte, nach denen auch Forensische Ambulanzen die Frage der Risikoabwägung und der möglichen Konsequenzen daraus qualifiziert wahrnehmen. In Ham-

burg wird gerade eine Forensische Ambulanz in der Nähe des Hauptbahnhofs als identifizierter Schwerpunkt eingerichtet, die nach meinem Kenntnisstand jetzt vor dem Start steht. Dort wird man kombiniert mit Präventionsmaßnahmen und mit einer entsprechenden Risikoeinschätzung und Risikoreaktion vor Ort reagieren, auch in enger Zusammenarbeit mit der Polizei. Die Hamburger haben da viel gelernt und viel entwickelt.

Ein anderes Modell wird in Zürich praktiziert. Dort haben sich die Sicherheitsbehörden, insbesondere die Ortspolizei, psychiatrische Kompetenz in ihr Team geholt. Dort sind unter dem Dach der Polizei psychiatrische Fachkräfte, die die Polizei beim Umgang mit psychisch erkrankten auffälligen Personen begleiten und beraten und damit die Schnittstelle auch zum übrigen psychiatrischen Hilfesystem herstellen.

Ich könnte mir durchaus vorstellen, dass wir auch die Forensischen Ambulanzen, die wir in Niedersachsen haben, noch einmal mit in den Blick nehmen sollten. Das mag uns möglicherweise auch bei der Überarbeitung des Maßregelvollzugsgesetzes begleiten.

Abg. **Marten Gäde** (SPD): Vielen Dank, Frau Stehlin, für Ihre eindringlichen Worte, die uns im weiteren Prozess sicherlich eine Mahnung sein werden.

Ich habe mehrere Fragen. Herr Beins, Sie haben ausgeführt, dass Sie ein bisschen den Fokus auf Hilfen vermissen. Wir haben hier ja durchaus auch Regelungen zu den Hilfen. Wir haben die Verpflichtung zum Arbeiten nach dem SGB V mit ambulanten psychiatrischen Krankendiensten. Das halte ich im Vergleich zum aktuell geltenden Gesetz durchaus für eine Verbesserung. Wir haben auch die Verpflichtung mit Trägern nach anderen Gesetzbüchern: SGB V, SGB VIII, SGB IX, SGB XII. Halten Sie diese Regelungen für ausreichend, oder müsste es da noch Ergänzungen geben?

Wolfram Beins: Wir begrüßen diese Regelungen im Gesetzentwurf, aber würden uns mehr Ergänzungen wünschen. Wir haben zum einen besonders darauf hingewiesen, dass die Regelungen im SGB IX, was die Eingliederungshilfe betrifft, aus unserer Sicht zu kurz greifen und zum Teil nicht erwähnt worden sind. Gerade die Eingliederungshilfe ist ja eine Aufgabe des Landes. Da hätten wir mehr und bessere Schnittstellen. Wir haben sehr viele Ressourcen in die Bedarfsplanung bei den Kommunen in die Eingliederungshilfe gegeben, wo wir feststellen, dass da eher ein aufwendiger bürokratischer Prozess gepflegt wird, der der Hilfe nicht unbedingt dienlich ist. Wir haben vorher, vor dem SGB IX, gute Erfahrungen in den Sozialpsychiatrischen Diensten, dass dort Hilfen geplant werden, aber auch die Umsetzung der Hilfen im Gemeindepsychiatrischen Verbund organisiert wird. Da sehen wir die Notwendigkeit, dass das wiederhergestellt wird. Ein Großteil der Menschen, die Eingliederungshilfe bekommen, sind Menschen mit einer seelischen Behinderung. So heißt es ja im SGB IX. Da brauchen wir die Schnittstelle zum psychiatrischen System. Der Sozialpsychiatrische Dienst kann auch die Brücken zum Behandlungssystem des SGB V bauen. Da sehen wir die größten Chancen, dass wir hier zu einer verbesserten Zusammenarbeit kommen.

Ich erlaube mir, trotz der Zeitknappheit noch einmal kurz darauf hinzuweisen: Wir haben im SGB V für die niedergelassene Ärzteschaft das Instrument der Komplexbehandlung im Verbund mit anderen, mit den psychotherapeutischen Berufsgruppen. Darin ist auch die Zusammenarbeit mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst ausdrücklich festgelegt. Wir müssen diese Lösungen im Sozialgesetzbuch für uns nutzbar machen in einer integrierten Zusammenarbeit mit den ver-

schiedenen Systemen. Da fehlt uns tatsächlich eine Rahmensetzung in diesem Gesetz, wohlwiegend, dass wir nicht auf das SGB V eingreifen können.

Was das SGB IX angeht, hat das Land Gestaltungsmöglichkeiten. Diese hätten wir gerne zurück, sodass wir da eine engere Zusammenarbeit pflegen können.

Abg. **Eike Holsten** (CDU): Der Gesetzentwurf der Landesregierung soll ja nun der „große Wurf“ sein, auf den wir sehr lange gewartet haben. Sie haben auch den Koalitionsvertrag angesprochen. Die Abkürzung des Gesetzes „PsychKG“ ist ja um ein „H“ ergänzt worden: PsychKHG. Ich bin sehr dankbar, dass in Ihrer Stellungnahme aus meiner Sicht sehr gut herausgearbeitet worden ist, dass in diesem Gesetzentwurf von Hilfen keine Rede sein kann. Insofern nehme ich die Vorlage von Herrn Gäde gerne auf, um nachzufragen, ob Sie in dem Gesetzentwurf der Landesregierung irgendetwas finden, was den Begriff der Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen rechtfertigt.

Daran anschließend eine konkrete Frage: Ich hatte die wunderbare Gelegenheit, mir die neu eingerichtete Präventionsambulanz in Lüneburg anzusehen und dort mit den Kolleginnen und Kollegen zu sprechen. Sie haben beispielsweise auf die Regelungen für den Maßregelvollzug in Bayern verwiesen, was die aufsuchende psychische und soziale Arbeit angeht. Mögen Sie uns einen Hinweis geben, aus welchem Bundesland Sie gerne eine Regelung „abgeschrieben“ haben möchten, die hier Eingang finden sollte?

Wolfram Beins: Wir meinen den Teil der Hilfen, insbesondere was den Sozialpsychiatrischen Dienst angeht. Der Sozialpsychiatrische Dienst ist ja auch in der Pflicht, die Hilfen im sozialpsychiatrischen Verbund zu organisieren, zu koordinieren usw. Aber ich wiederhole mich: Das ist zu wenig. Da erwarten wir im Grunde genommen mehr - auch mehr die Möglichkeit, dass wir die Voraussetzungen in den anderen Gesetzen nutzen können. Wir haben ja die unterschiedlichen Säulen: die Eingliederungshilfe nach dem SGB IX, die Behandlung nach dem SGB V und die kommunale Gesundheitsverwaltung nach dem PsychKG. Diese drei Säulen müssen nicht nebeneinander, sondern integrativ zusammenarbeiten. Es sollte Aufgabe des Sozialpsychiatrischen Dienstes in der Kommune sein, das sicherzustellen, zu organisieren und die anderen in die Pflichten zu nehmen, die sie nach dem Auftrag des Gesetzes haben. Da hätten wir gerne ein bisschen mehr Rahmen und Verbindlichkeit.

Die Präventionsambulanz in Lüneburg ist auch ein guter Ansatz, mit dem gearbeitet werden kann. Aber wenn Sie mich fragen, wo wir gerne abschreiben wollen: Ich habe gefunden, dass diesmal die Bayern sehr weit sind. Dort gibt es einen gesetzlich verankerten Krisendienst. Nun muss man aber in Rechnung stellen, dass die Organisation in Bayern über die Bezirke anders geregelt ist als bei der großen Anzahl der Kommunen in Niedersachsen. Aber man kann Krisendienste natürlich auch kommunenübergreifend organisieren, die dann miteinander arbeiten können. Das ist eine Frage der Kosten, über die dann eine Entscheidung getroffen werden muss. Denn wenn Sie das installieren wollen, muss natürlich die Konnexität greifen. Insofern ist es Ihre Entscheidung, ob Sie sich auch hier gegenüber der Innen- und Finanzpolitik durchsetzen und Mittel zur Verfügung stellen können.

Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE): Zunächst möchte ich insbesondere Frau Stehlin für die eindrückliche Schilderung danken.

Ich habe nur zwei Nachfragen, die sich auf die vorangegangenen Ausführungen beziehen. Ist die kleine Zielgruppe, um die es bei der Gefahrenabwehr geht, auch aus Ihrer Sicht Zielgruppe des NPsychKHG oder eigentlich eine Zielgruppe des Maßregelvollzugs?

Meine zweite Frage bezieht sich auf die Fallgruppen, die der Landesdatenschutzbeauftragte genannt hat. Was könnten aus Ihrer Sicht potenzielle Fallgruppen sein? Kann man das nach Krankheitsbildern, Risikofaktoren usw. gliedern? Vielleicht haben Sie dazu spontan eine Idee.

In diesem Zusammenhang habe ich direkt an Frau Stehlin die folgende Frage: Könnten nach Ihrer Auffassung enger definierte Fallgruppen die Sorge von Betroffenen bezüglich der Datenweitergabe und der Vertraulichkeit eindämmen?

Wolfram Beins: Zu der Frage zum Maßregelvollzug: Wir haben es mit Schnittstellen und Übergängen zu tun. Es betrifft beides. Ich meine schon, dass das PsychKHG durchaus auch im frühen Fall Relevanz bekommt. Dann darf es nach unserer Auffassung nicht dabei bleiben, dass wir wieder nach Zuständigkeiten suchen und das dann wieder abgeben - ich bringe an dieser Stelle noch einmal den öfter diskutierten Begriff der gemeinsamen Verantwortung ein -, sondern man muss sich dann zusammenschließen und mit der Expertise in den anderen Bereichen austauschen. Dabei ist sicherlich der forensische Bereich kompetent, in der Risikoabwägung mit einbezogen zu werden. Dann wird sich entscheiden, wohin die Reise geht. Da sind aber sicher auch Polizeibehörden und Sicherheitsbehörden mit ihrer Gefahren- und Risikoeinschätzung kompetent. Denn ich mache schon die Erfahrung, dass sich die Polizei sehr dezidiert damit auseinandersetzt und sich fit macht.

Prof. Dr. Detlef Dietrich: Zu den Fallgruppen: Seit vielen Jahren haben wir in Hildesheim eine Gruppe mit Notärzten, Juristen und vielen anderen Beteiligten, die genau diese Frage klären. Ich kann nur daraus berichten, dass wir extrem unterschiedliche Fälle haben. Ich kann mir nicht vorstellen, wie man Fallgruppen definieren kann. Die Situationen sind individuell sehr unterschiedlich. Das wird uns immer wieder klar. Ich habe ein bisschen aufgehört, als der Datenschutzbeauftragte über die Fallgruppen gesprochen hat. Ich halte das für sehr schwierig. Die Kommunikation steht hier ganz wesentlich im Mittelpunkt. Das, was im Gesetz definiert wird, nämlich dass man sich mit den unterschiedlichen Beteiligten gut austauscht, kann ich nur bestätigen. Es freut mich sehr, dass das im Gesetz verankert ist. Man muss nur definieren, wie man das tatsächlich datenschutzrechtlich bewerkstelligt. Aber die Fälle sind so unterschiedlich, dass ich das schwierig finde.

Nadja Stehlin: So sehe ich das auch. Ich kann mir nicht vorstellen, dass man Kriterien finden kann, die wirklich diese tragischen Einzelfälle so beschreiben können, dass sie zukünftig verhindert werden könnten. Ich glaube also nicht, dass man Kriterien findet, die das so klar darstellen können.

Sozialpsychiatrischer Dienst Heidekreis

Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 1 zu [Drs. 19/8542](#) und Vorlage 2 zu [Drs. 19/9722](#)

Dr. Wolf Döring: Es ist mir eine große Ehre und auch eine Verantwortung, stellvertretend für die niedersächsischen Sozialpsychiatrischen Dienste hier die Positionen zum Gesetzentwurf der Landesregierung für das neue NPsychKHG vorzutragen.

Die Umbenennung in NPsychKHG lässt eigentlich eine Stärkung der Hilfen erwarten. Das ist aus unserer Sicht in dem Gesetzentwurf an keiner Stelle gelungen. Wie schon die Kollegen vorher gesagt haben, fehlen jegliche Regelungen, die gravierende Verbesserungen herbeiführen würden, die effektiv Risikofaktoren reduzieren würden und damit für Sicherheit sorgen würden. So fehlen die Gemeindepsychiatrischen Zentren und auch die präforensischen Präventionsambulanzen, die für diese wenigen Einzelfälle wirklich ein hohes Maß an Qualifikation und fachlicher Kompetenz aufweisen würden.

Die Sozialpsychiatrischen Dienste befürchten, seitdem wir den ersten Entwurf vorgelegt bekommen haben, dass das Vertrauen der Menschen in uns, dass wir unter Einhaltung der Verschwiegenheit in ihrem Interesse handeln, nachhaltig beschädigt wird, dass uns damit die zentrale Grundlage für unser Handeln entzogen wird und wir nicht mehr so erfolgreich handeln können wie bisher.

Des Weiteren droht, dass uns mit der Einführung der 24/7-Koordinierungsstelle und der Transportbegleitung durch Verwaltungsvollzugsbeamtinnen und -beamten der Sozialpsychiatrischen Dienste unsere übrige Arbeitsfähigkeit massiv beschädigt wird. Das heißt, entgegen den Hilfen werden die Hilfen wirklich geschädigt und nachhaltig beeinträchtigt.

Ich kann nur ganz kurz auf die wichtigsten Punkte eingehen. Zehn Minuten sind kurz. Ich bemühe mich, sie einzuhalten.

Eine telefonische 24/7-Koordinierungsstelle hat eigentlich ein gutes Ziel, nämlich unnötige Unterbringungen zu vermeiden. Das wird sie aber nicht erreichen. Eine telefonische Unterstützung wird keinen Qualitätszugewinn gegenüber den erfahrenen Kolleginnen und Kollegen, die die Tätigkeit im Moment in unterschiedlicher Strukturierung erbringen, bewirken. Als Oberarzt weiß ich genau um die Begrenztheit, was ich aus dem Hintergrund am Telefon machen kann. Das ist nicht viel.

Wenn wir tatsächlich eine effektive Deeskalation bewirken wollen, dann brauchen wir in Präsenz eine fachliche Intervention, wie sie zum Beispiel durch Gemeindepsychiatrische Zentren gewährleistet werden können.

Die Kollegen haben schon etwas zu der Leitung der Sozialpsychiatrischen Dienste gesagt. Die Leitung der Sozialpsychiatrischen Dienste entscheidet einschneidend über die Gesundheit und Freiheit von psychisch erkrankten Menschen und muss entsprechend fachlich qualifiziert sein. Insofern ist diese vage Formulierung aus unserer Sicht nicht tragbar; sie sollte genauer spezifiziert werden. Und wenn, dann darf eine solche Besetzung nur als Interimslösung erfolgen, zum Beispiel für sechs Monate; denn anderenfalls werden nach und nach in einem Dienst nach dem nächsten die Leitungen durch nicht qualifizierte Personen ausgetauscht. In Loccum haben die Dienste, die keine ärztliche, keine psychologische Leitung haben, sehr eindrucksvoll geschildert, wie schwierig das ist.

Es ging auch schon um das Thema der Akteneinsicht durch die kommunalen Behörden. Ein Teil der Problematik ist, dass in § 4 des Gesetzentwurfs eine Regelung eingeführt werden soll, nach der die Akteneinsicht bei den beliebigen Anbietern möglich sein soll. Die beliebigen Anbieter arbeiten seit Jahrzehnten, und es gab dieses Problem bisher nicht. Diese Einsicht ist schwierig; denn wir haben nur eine einzige Akte. Es gibt nicht einen medizinischen und nichtmedizinischen Teil, sondern nur eine einzige Akte. Jemand, der darin Einsicht erhält, erhält Einsicht in alle

höchst intimen Lebensbereiche. Das geht auch über das Medizinische hinaus. Aus unserer Sicht ist diese Regelung inakzeptabel. Wir sehen auch nicht, wie kommunale Hauptverwaltungsbeamte tatsächlich fachlich unsere Arbeit beurteilen können. Wir würden uns wünschen, wenn die beliehenen Anbieter eindeutig unter die Fachaufsicht des MS kommen, wo es die Fachlichkeit gibt. In meiner praktischen Arbeit wurde ich ohnehin immer, wenn ich Rücksprache mit der Fachaufsicht haben wollte, auf das MS verwiesen.

Erwähnt wurde auch schon, dass jetzt insbesondere auch die beliehenen Dienste und deren Mitarbeitenden als Verwaltungsvollzugsbeamte benannt werden sollen. Damit wird das bestehende Vier-Augen-Prinzip aufgehoben. Bisher gibt es eine Aufgabenteilung: Der Sozialpsychiatrische Dienst versucht, während der Öffnungszeiten eine fachlich fundierte Krisenintervention vorzunehmen. Wenn wir zu der Beurteilung kommen, dass eine Einweisung möglich und nötig ist, dann wird das Gesundheitsamt oder werden die übrigen Mitarbeitenden hinzugezogen, die dann die Unterbringung veranlassen. Diese Aufgabenteilung ist gut und hilfreich. Sie mag manchmal lästig sein. Sie dauert lange, sie verzögert das Verfahren, aber wir empfinden sie als außerordentlich hilfreich und sinnvoll. Wenn ich beliehen würde, hätte ich das Problem, dass ich erst mal als Arzt die Beurteilung vornehme und feststelle, dass eine Unterbringung erfolgen muss, meinen Hut wechsele und dann auf einmal die Unterbringung veranlasse. Hinzu kommt auch noch die neue Regelung, dass wir den Transport begleiten und unmittelbaren Zwang anwenden sollen. Dabei wechsele ich wieder die Rolle und werde zu demjenigen, der unmittelbaren Zwang anwendet und den Transport begleitet. Diese Aufhebung der Grenzen halten wir für unerträglich und nicht hinnehmbar. Bisher haben die wenigsten Dienste diese Funktion. Aus meiner Sicht gehört diese Funktion nicht in die Sozialpsychiatrischen Dienste, sondern diese Aufgabenteilung ist sinnvoll, zielführend und sollte unbedingt aufrechterhalten werden. Der Transport sollte weiterhin selbstverständlich durch die Krankentransportunternehmen übernommen werden können.

Auch diese zusätzliche Verschiebung von Aufgaben zum Sozialpsychiatrischen Dienst beeinträchtigt uns natürlich in der Wahrnehmung der anderen Aufgaben. Auch das sorgt nicht für mehr Sicherheit, sondern schafft Sicherheit ab.

Auch die Mitarbeitenden des Gesundheitsamtes im Heidekreis haben die Übernahme dieser Transportfunktion und die Anwendung von Gewalt abgelehnt. Denn dafür sind natürlich auch Voraussetzungen körperlicher Art erforderlich. Man muss körperlich überhaupt in der Lage sein, das umzusetzen. In meiner Dienststelle gibt es in einem großen Team vielleicht einen einzigen Menschen, der das könnte. Es müsste auch die entsprechende Ausbildung vorhanden sein, um überhaupt körperlichen Zwang anzuwenden. An dieser Stelle ist das Gesetz sehr kurz gedacht und wird es uns einen Haufen Schwierigkeiten bereiten.

Die Erweiterung des Begriffs der Gefahr in § 13 ist bestimmt wichtig und notwendig. Es gibt bestimmte Einzelfälle, in denen sich Menschen von uns gewünscht hätten, wir hätten Möglichkeiten gehabt, jemanden unterzubringen. Der Schritt ist nur viel zu weit. Es wird nicht mehr von einer „erheblichen Gefahr“ gesprochen. Die Schwelle ist viel zu niedrig angelegt. Der Begriff der „erheblichen Gefahr“ muss hier in das Gesetz aufgenommen werden.

Die Wahrscheinlichkeit muss klar definiert sein. Die Formulierung im ersten Entwurf „mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit“ wurde gestrichen. In der Begründung wird ausgeführt, dass im BGH-Beschluss durchaus höhere Forderungen gestellt werden. Wir müssen als Anwender dieses Gesetzes eine klare Regelung im Gesetz nachlesen können. Anderenfalls werden wir

dieses Gesetz nicht rechtssicher anwenden können. Das wird zu erheblichen Schwierigkeiten einerseits für die betroffenen Menschen, aber andererseits auch für die Anwendenden führen.

Die Prognose, ob ein Mensch in einem über den akuten Zeitraum hinausreichenden Zeitraum vielleicht eine erhebliche Gefährdung darstellt, ist schwierig. Auch als Arzt traue ich mir nur in wenigen Einzelfällen zu, solch eine Prognose zu stellen. Diese Art der Formulierung schafft Unsicherheit und einen erheblich vagen Raum. Das sollte aus meiner Sicht deutlich weiter zugespitzt werden.

Außerdem ist es aus meiner Sicht zwingend notwendig, dass eine Unterbringung der sogenannten Dauergefährder ausschließlich nach einer richterlichen Anhörung erfolgen darf und nicht als vorläufige Unterbringung. Dadurch, dass der Gefahrbegriff weiter gefasst und eine weitere Eingriffsmöglichkeit gegeben ist, ist aus meiner Sicht auch eine erhöhte richterliche Kontrolle zwingend notwendig.

Ich möchte an dieser Stelle auch auf die bereits gestellten Fragen eingehen. Die Vorstellung von Patienten in der Klinik, damit dort ein ärztliches Zeugnis erstellt wird, ist vom Gesetz nicht vorgesehen und schwierig. Aus meiner Sicht finde ich es nicht richtig. Das stellt Patienten vor ein unglaubliches Problem: Wenn ein Patient in einem Flächenlandkreis in einer Krisensituation in eine Klinik transportiert wird - vielleicht über 40 km - und der Arzt dort feststellt, dass es keinen Unterbringungsgrund gibt, dann sitzt dieser Mensch am Wochenende nachts um 3 Uhr in der Zentralen Klinik und weiß nicht mehr, wie er zurückkommt. Es gibt keine Regelung im Gesetz oder irgendwo anders, wie diese Menschen zurückkommen. Das ist bitter!

Ganz zentral ist aus unserer Sicht auch der Bereich der Datenverarbeitung, der Einsichtnahme und das Auskunftsrecht. Aus unserer Sicht ist die ärztliche Schweigepflicht eines der höchsten Güter und nicht ohne Grund strafrechtlich mit Freiheitsstrafe bewehrt. Das heißt, der Verstoß gegen unsere ärztliche Schweigepflicht muss extrem gut begründet sein. Die Fälle, die vorhin angeführt wurden, passen aus meiner Sicht überhaupt nicht. Wenn es darum geht, dass ein jugendlicher Mensch aus einer Kinder- und Jugendpsychiatrie über Weihnachten beurlaubt wird, dann hat das den Sozialpsychiatrischen Diensten nichts anzugehen. Das ist die Entscheidung der behandelnden Ärzte, und das ist gegebenenfalls, wenn es eine Unterbringung gegeben hat, die Entscheidung der Gerichte. Das ist keine Frage der Sozialpsychiatrischen Dienste. Und eine Information der Sozialpsychiatrischen Dienste an die Behörde bringt gar nichts. Das heißt, hier werden vollkommen sachfremde Beispiele gebracht, die nicht zielführend sind. Wir sind schon der Ansicht, dass ein rechtssicherer Austausch in wenigen Einzelfällen möglich ist, aber dass wir die Möglichkeit haben müssen, zu prüfen, ob die Voraussetzungen vorliegen, um wirklich die ärztliche bzw. psychologische - wie auch immer - Schweigepflicht zu brechen.

Die Möglichkeit, Fallkonferenzen zu schwierigen Konstellationen durchzuführen, ist hervorragend. Insbesondere der Vorschlag, zu berücksichtigen, dass die betroffenen Menschen oder ihre Vertretung dazu eingeladen werden können, ist hervorragend. Dann können wir institutionsübergreifend und auch unter Beteiligung der kommunalen Behörden einen Austausch führen und klären, wie ein Weg erfolgreich weitergeführt werden kann. Das ist gut und zielführend.

Diese weitreichenden Regelungen lehnen wir aber vollständig ab. In § 38 Abs. 1 ist immerhin nur eine Regelung, die es ermöglicht, Informationen unter Berücksichtigung unseres Ermessensspielraums weiterzugeben. Das ist gut. Das brauchen wir und ist sinnvoll. Die Stufen in den Absätzen 2 bis 3 gehen aber weit darüber hinaus.

Überhaupt nicht berücksichtigt ist die Löschung dieser Daten. Wenn solche Daten weitergegeben werden und ein Mensch bei der Polizei oder bei anderen Behörden als Gefährder gemeldet wird, dann sind die Daten im System. Aber der Mensch verändert sich. Er nimmt zum Beispiel eine Behandlung wahr, die er vorher nicht wahrgenommen hat, die aber eines der Argumente für die Meldung war. Das kann in zwei Wochen schon anders sein. Aber es ist kein Weg vorgesehen, wie diese Menschen wiederum aus diesen Registern - ich nenne es einmal so - verschwinden. Das heißt aber auch, dass die Einsatzschwelle, wenn wieder etwas passiert, auch für die betroffenen Menschen größer wird. Wichtig ist zu wissen: Gewalt von psychisch kranken Menschen ist sehr viel seltener als Gewalt gegen psychisch kranke Menschen.

Die Kollegen haben auch schon den Bereich KJP erwähnt. Die Erwähnung, dass wir Kompetenz vorhalten sollen, ist schön. Das ist aber nicht konkret genug, es muss anders formuliert werden. Die Dienste, die jetzt tatsächlich auch kinder- und jugendpsychiatrische Dienste haben, sind in der Sorge, dass deren Dienste nach den Formulierungen, wie sie in den Kommentaren stehen, gestrichen werden. Das wäre dann aber ein Kompetenzverlust, wenn einer Stadt wie Hannover auf einmal die Dienste gestrichen würden, über die sie glücklicherweise verfügen. Andere Dienste blicken neidisch darauf, dass einzelne Orte so viel Kompetenz haben.

Die Beteiligung der Angehörigen im KJP-Bereich wurde erwähnt. Das brauche ich nicht weiter zu vertiefen.

Aus meiner Sicht hat der Gesetzentwurf der Landesregierung neben einzelnen wenigen positiven sprachlichen Anpassungen nichts entwickelt, was zu einer Reduktion von Risikofaktoren führt und damit real für echte Sicherheit sorgt. Auch da wieder: die GPZ und die Präventionsambulanzen mit forensischer Kompetenz.

Die Regelungen bezüglich der 24/7-Koordinierungsstellen, Telefone und Transportbegleitung habe ich, glaube ich, ausdrücklich genug betont. Das wird ganz viel von unserer Kapazität binden. Die Umsetzung wird schwierig. Wie soll eine Dienststelle mit fünf Personen an sieben Tagen in der Woche die Bereitschaft sicherstellen, ohne dass der Dienst in seiner Handlungsfähigkeit zerstört wird? Das geht nicht!

Die Fachaufsicht für die beliebigen Dienste beim MS halte ich für zwingend. Bisher hat sich mir noch nie erschlossen, warum die beliebigen Anbieter nicht der Fachaufsicht des MS unterliegen.

Die Erweiterung des Gefährdungsbegriffs ist, wie dargelegt, gut. Sie muss aber sehr viel genauer passieren, und zwar so, dass wir sie in der Situation rechtssicher anwenden können und dass unmittelbar richterlich geprüft wird.

Zum Datenaustausch wurde schon von allen Kollegen etwas gesagt. Wir werden nicht mehr gut arbeiten können, wenn Menschen uns aus Angst vor Datenweitergabe meiden. Bisher haben wir ein großes Plus. Wenn mich ein Patient fragt: „Unterliegen Sie der ärztlichen Schweigepflicht?“, kann ich noch ehrlich sagen: Ja! - Dann nicht mehr.

Ich stehe jetzt gerne für Fragen zur Verfügung. Eine Frage würde ich aber vorweg gerne aufgreifen, die vorhin gestellt wurde, nämlich welche möglichen Hilfen wir sehen. Aus meiner Sicht ist zum Beispiel eine Form von Hilfe, die real Risikofaktoren reduzieren würde, die Bekämpfung der Obdachlosigkeit von psychisch kranken Menschen, die tatsächlich in viele der katastrophalen Fälle in den letzten Jahren hineingespielt hat. Bei uns im Heidekreis sind über 90 % der obdach-

losen Menschen schwer psychisch krank und leben dort unter nicht lebenswerten Bedingungen. Das sorgt für Verzweiflung, das sorgt für Ausgrenzung, das sorgt für fehlende Teilhabe, das sorgt für Wut - und das sorgt für Gefahr.

Das Land Niedersachsen hätte durchaus die Möglichkeit, sich auf diese Seite zu stellen: Wir brauchen Housing First, wie dies von der EU schon seit vielen Jahren gefordert wird. Es war eigentlich geplant, dass das in ganz Europa ausgebreitet wird. Hier herrscht weitgehend Stille. Das Land Niedersachsen könnte hier tätig werden. Wir könnten dadurch effektiv hohe Gefährdungsfaktoren beseitigen und das Risiko effektiv minimieren.

Abg. **Claudia Schübler** (SPD): Vielen Dank für Ihre Ausführungen zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung. Ich bin ja ein bisschen traurig geworden, als Sie immer weiter gesagt haben: Das geht nicht, dieses geht nicht, und jenes geht nicht.

Ich möchte nur kurz die Vorbemerkung machen, dass wir alle hier sind, weil wir durchaus Verbesserungen für dieses Gesetz wollen, und zwar gerade auch für den Sozialpsychiatrischen Dienst. Insofern werden wir uns noch einmal genau mit Ihren Einwänden befassen, insbesondere mit Ihrer Aussage, dass das nicht umsetzbar ist. Das halte ich für einen wichtigen Hinweis. Wir wollten aber gerade Verbesserungen erreichen und hatten auch schon Rückmeldungen, dass das durchaus möglich ist.

Mich bewegt konkret die Frage: Sie haben eben gesagt, die Menschen würden, wenn sie erstmalig in der Klinik ärztlich begutachtet werden sollen oder dort eine Einschätzung bekommen sollen, von der Polizei durch die Gegend gefahren, dann werden sie dort angesehen und wird die Entscheidung getroffen, ob sie dort bleiben müssen oder wieder nach Hause können. Ich habe das umgekehrt gehört, nämlich dass die betroffenen Personen stundenlang bei der Polizei sitzen, weil niemand die Kapazität hat, das sofort zu machen. Dann ist es keine gute Lösung im Sinne der Betroffenen, wenn sie dort stundenlang verwahrt werden. Das ist ja auch eine Art Freiheitsentzug, ohne dass dort etwas mit ihnen passiert. Ich wollte das einmal aus unserer Sicht darstellen und Verständnis dafür wecken. Das klang jetzt mehrfach an. Ja, das ist sehr schwierig. Das merkt man ja auch in dieser Debatte. Sie haben auch die anderen Positionen dazu gehört. Mich würde Ihre Einschätzung dazu interessieren, weil ich dazu auch Aussagen aus der genau entgegengesetzten Perspektive gehört habe.

Es ist sehr schwierig, in einem Gesetz, das eigentlich als Hilfesgesetz aufgestellt ist, auf einmal eine Art Ordnungsrecht einzuführen. Das sehen, glaube ich, wir alle hier, und das ist auch der Spagat, in dem wir uns bewegen. Wir würden aber gerne - ich sage das im Hinblick auf das, was noch kommt - tatsächlich eine Verbesserung erreichen. Anderenfalls, wenn wir jetzt nicht mit diesem Gesetzentwurf weitermachen, stehen wir praktisch bei null und am Anfang. - Diesen Hinweis wollte ich ganz allgemein geben. Das fällt mir in dieser Anhörung sehr auf. Sie dürfen mir glauben: Wir versuchen, das möglichst gut umzusetzen. Deshalb habe ich diese Hinweise gegeben.

Dr. Wolf Döring: Diesen Punkt kann man in zwei verschiedenen Richtungen drehen und wenden. Da haben Sie recht. Die Wartezeiten in der Krise sind für alle Beteiligten schwierig. Insbesondere in den Nachtzeiten ist auch die Polizei sehr wenig besetzt. Es setzt auch die Kollegen von der Polizei unter Druck, wenn eine Krise drei, vier oder fünf Stunden dauert und sie für andere Aufgaben gebunden sind. Es gibt also vielerlei Argumente, warum eine ambulante Abarbeitung einer Krise schwierig ist.

Umgekehrt ist Zeit oft auch ein Deeskalationsfaktor. Wenn Zeit vergeht, kann ein akuter Krisen- druck herausgenommen werden und können Lösungen entwickelt werden, die in der Kürze der Zeit nicht gefunden werden. Manchmal ist es durchaus hilfreich, dass eine Krise lange läuft und auch dieser zweistufige Prozess passiert: Erst interveniert der Sozialpsychiatrische Dienst, dann kommen die Ordnungsbehörden, und vielleicht haben wir es noch nicht mal geschafft zu dees- kalieren, und die Ordnungsbehörde schafft das am Ende doch. Also auch der Zeitfaktor kann manchmal ein Lösungsfaktor sein.

Das Problem ist - als diensthabender Arzt in der Klinik habe ich das oft genug erlebt -: Wenn ein Mensch aus dem Bereich Munster nachts um 4 Uhr in Walsrode in der Klinik aufschlägt und dann festgestellt wird, dass keine Unterbringung stattfindet, wie soll er dann in der Samstagnacht oder Sonntagnacht nach Munster zurückkommen? Noch schlimmer wäre es, wenn er in kleinen Orten wie zum Beispiel Grauen lebt, wo es keinen öffentlichen Nahverkehr gibt. Die Frage ist dann: Gibt es einen Transportschein? - Nein, es ist ja keine Krankenhausbehandlung! Es gibt keine Rechtfertigung für einen Transportschein. Übernimmt irgendjemand die Kosten? - Nein! Er hat vielleicht noch nicht mal ein Portemonnaie dabei. „Haben Sie Angehörige, die Sie abholen können?“ - „Nein!“ Das heißt, wir schaffen in solchen Momenten Krisen. Dann steht dort ein diensthabender Arzt nachts um 4 Uhr verzweifelt mit einem Patienten, der ihm dort hingekarrt wurde, und er hat keine Ahnung, wie er zurückkommt. Wenn ich als diensthabender Arzt die Polizisten befrage, lautet die Antwort: „Nein, ich fahre den doch jetzt nicht nach Grauen!“

Abg. Nicolas Mülbrecht Breer (GRÜNE): Vielen Dank für Ihre Darlegungen. Ich habe vorhin an die kommunalen Spitzenverbände die Frage gerichtet, inwieweit medizinisch-therapeutisches Fachpersonal in den Begriff der Gefahrenabwehr und in die Stellungnahme mit einbezogen wurde, und habe die kommunalen Spitzenverbände so verstanden, dass der Sozialpsychiatrische Dienst selbstverständlich mit einbezogen wurde. Jetzt meine Frage: Sie sitzen hier als Vertreter der Sozialpsychiatrischen Dienste. Inwieweit sehen Sie sich in der Stellungnahme der kommunalen Spitzenverbände wiedergegeben?

Dr. Wolf Döring: Gar nicht, und ich wurde persönlich auch nicht mit einbezogen. Natürlich werden bestimmt Kolleginnen und Kollegen beteiligt worden sein. In welchem Umfang und inwie- weit, ist mir nicht bekannt. Ich bin nicht beteiligt worden und die Kollegen, mit denen ich viel zu tun habe und mich ausgetauscht habe, ebenfalls nicht.

In Bezug auf die bisherigen Stellungnahmen gibt es an vielen Stellen die größte Diskrepanz zu den kommunalen Spitzenverbänden. Den übrigen Stellungnahmen, einschließlich der Stellung- nahme des Datenschutzbeauftragten, können wir uns nahtlos anschließen.

Abg. Marten Gäde (SPD): Ich möchte gerne grundsätzlich klarstellen, dass wir uns als Landtags- fraktion mit den Fragen des Ausbaus der Gemeindepsychiatrischen Zentren und auch intensiv mit der Fortschreibung des Landespsychiatrieplans beschäftigen. Wir hatten ja bisher nur die drei Modelle und wollen sie weiterentwickeln.

Nun zu meiner Frage. Wie Sie ja wissen, habe ich vor meiner Tätigkeit hier im Landtag auch in der ambulanten Eingliederungshilfe gearbeitet. Wir hatten dort auch im ländlichen Raum die Situation, dass wir dann, wenn wir am Freitag um 18 Uhr bei einem Klienten eine Krise hatten, keinen Sozialpsychiatrischen Dienst mehr erreichen konnten und dass es dann mitunter sehr lange gedauert hat, um die notwendigen Hilfen zu organisieren. Meinen Sie denn nicht, dass gerade in solchen Situationen, bei allen Herausforderungen des 24/7-Dienstes, ein koordinie-

render Dienst hilfreich ist? Dazu muss man auch sagen: Das ist ja nicht als zusätzliche Aufgabe zu dem bestehenden Personal gedacht, sondern das Land plant ja auch Haushaltsmittel ein, um das Personal aufwachsen lassen zu können. Das soll ja nicht als zusätzliche Ausgabe sozusagen mit der gleichen Mannschaft gewährleistet werden. Ich hätte mir damals einen solchen Dienst gewünscht.

Dr. Wolf Döring: Diese Frage kann ich konkret für den Heidekreis beantworten: Wenn unsere Dienststelle schließt, dann übernimmt das Gesundheitsamt. Es ist jederzeit über die Rettungsleitstelle erreichbar. Es hat einen Krisendienst organisiert, dessen Mitarbeitenden unmittelbar zurückrufen. Das heißt, die Telefonnummer geht nicht direkt weiter, aber sie rufen zurück. Ich kann als diensthabender Arzt aus der Klinik, es kann ein Bürger oder eine Bürgerin, es kann ein Polizist oder ein Rettungssanitäter unmittelbar den Krisendienst des Gesundheitsamtes anrufen. Die Mitarbeitenden besprechen das erst mal telefonisch. Wenn es in Richtung einer Unterbringung geht, kommen sie heraus, beurteilen die Situation vor Ort und stellen gegebenenfalls den Antrag.

Jede Kommune hat dafür irgendeine Art von Lösung entwickelt. Ich kann nur sagen: Die Kollegen bei uns im Heidekreis leisten eine hervorragende Arbeit. Sie sind vielleicht alle nicht so gut ausgebildet wie wir für diesen Bereich, aber ich habe höchsten Respekt für die Arbeit, die sie leisten. Wenn irgendeiner unserer Mitarbeiter nachts um 3 Uhr hochgeschreckt wird und telefonisch etwas dazu sagen muss, dann gibt es null Qualitätszugewinn gegenüber der Arbeit, die diese Menschen vor Ort leisten.

Die eine Stelle, die möglicherweise mit den Mitteln neu geschaffen werden kann, gleicht nicht den Aufwand aus, den diese Bereitschaftsdienste verursachen. Wir können einen Mitarbeiter, der im Bereitschaftsdienst ist, nicht für die reguläre Beratung am Folgetag einplanen. Denn wenn er seine Einsatzzeiten hat, schließt sich die Ruhezeit an und kann er dementsprechend seine Termine nicht wahrnehmen. Terminabsagen sind aber in höchstem Maße frustrierend und kränkend für Patienten. Schon eine Terminabsage kann dazu führen, dass wir den Kontakt verlieren. Insofern versuchen wir, immer zuverlässig ansprechbar zu sein. Wir würden niemals einen Mitarbeiter, der in der Rufbereitschaft gewesen ist, am nächsten Tag in die Termine einplanen. Das heißt, sein Terminplan für den nächsten Tag fällt flach. Mit einer Stelle werden Sie also nicht die Lücke kompensieren können, die mit sieben Nächten und zwei Wochenendtagen gerissen wird. Damit wird unsere niedrigschwellige Arbeitsweise, mit der wir versuchen, Patienten zeitnah sichere Hilfe und Unterstützung zu gewähren, komplett sabotiert.

Abg. Swantje Schendel (GRÜNE): Sie haben ausgeführt, dass der rechtssichere Austausch in eng gefassten Einzelfällen - ich habe das so verstanden: mit Polizeibehörden - gut wäre. Zuvor haben wir aber gehört, dass die einzelnen Falllagen schwierig zu definieren sind. Vor dieser Herausforderung stehen wir ja. Können Sie uns eine Empfehlung geben, wie man das eingrenzen könnte? Sie können auch auf Ihre schriftliche Stellungnahme verweisen.

In einer anderen Stellungnahme wird gewünscht, dass die Unterbringungseinrichtung den Sozialpsychiatrischen Dienst frühzeitig über die erfolgte Aufnahme informiert und der Sozialpsychiatrische Dienst dann verpflichtet wäre, frühzeitig Kontakt mit diesen Menschen aufzunehmen. Wäre das in Ihrem Sinne?

Dr. Wolf Döring: Ich gehe zunächst auf Ihre zweite Frage ein: Eine frühzeitige Information des Sozialpsychiatrischen Dienstes ist natürlich die Grundlage dafür, dass wir während einer Be-

handlung überhaupt hilfreich tätig werden können. Wenn wir in den Stunden vor einer Entlassung oder nach einer Entlassung informiert werden, sind unsere Möglichkeiten begrenzt. Wir können dem Menschen dann immer noch ein Kontaktangebot machen. Das läuft aber oft ins Leere. Wenn wir während der Behandlung persönlich mit den Menschen sprechen und Vertrauen aufbauen können, bietet das die Chance, Kontakt zu entwickeln. Das ist natürlich sehr viel zweckdienlicher, als ihnen irgendwann per Post einen Brief zukommen zu lassen, mit dem wir ihnen den Kontakt anbieten, und der Brief nicht geöffnet wird, weil noch nicht mal der Briefkasten geleert wird.

Insofern, denke ich, ist es gut, wenn wir die Möglichkeit haben, rechtzeitig einbezogen zu werden, und dass rechtzeitig geprüft wird, ob wir hilfreich sein können. Die Verpflichtung dazu finde ich wiederum schwierig. Ich finde es angemessen, dass Patienten auch unsere Hilfe ablehnen und sagen können: Nein, das wollen wir gar nicht. Wir wollen nicht, dass der Sozialpsychiatrische Dienst in die Planung mit einbezogen wird. - Ich finde die Verpflichtung dazu nicht gut. Die rechtzeitige Einbeziehung, dass wir ein Angebot machen können, finde ich super.

Zu der konkreten Ausgestaltung: Ich bin nur Arzt und kein Jurist. In meiner Stellungnahme habe ich an einzelnen Stellen versucht, das zu benennen. Wichtig ist aus meiner Sicht, dass es wirklich um eine erhebliche Gefährdung und nicht nur um eine Gefährdung geht. Denn in einem gewissen Maße muss unsere Gesellschaft Gefährdungen hinnehmen. Gefährdung geht an vielen Stellen und an anderen Orten in viel größerem Maße vorstatten als bei psychisch Erkrankten. Das heißt, die Betonung muss auf *erheblicher* Gefährdung liegen. Und es muss auf jeden Fall eine zugespitzte Wahrscheinlichkeit bestehen. Wir müssen schon mit einer erheblichen Wahrscheinlichkeit vorhersagen können, dass etwas passiert. Ich weiß, es gibt diese Situationen, in denen ich das in der Vergangenheit vorhergesagt hätte und in denen ich das zukünftig vorhersagen würde. Aber dann gibt es wiederum genügend Zeit dafür, dass wir das Verfahren ordnungsgemäß mit einem Richter, mit der richterlichen Anhörung des Patienten durchführen, sodass er sich eine Meinung darüber bildet, aber nicht als vorläufige Unterbringung. Das unterscheidet das ja von einer akuten Krisensituation, in der wir auch eine vorläufige Unterbringung vornehmen. Wenn es eine latenter Gefährdung gibt, haben wir auch die Zeit für ein geordnetes Verfahren. Dann sichern wir damit auch die Rechtsstaatlichkeit.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Herzlichen Dank für Ihre Stellungnahme. Ich kann nachvollziehen, dass Frau Schübler gerade zum Ausdruck gebracht hat, dass die Stellungnahme sie traurig gestimmt hat. Denn bei uns Abgeordneten besteht ja der gute Wille, das System zu verbessern. Man lässt sich dabei aber zu häufig von Formulierungen blenden. Deswegen ist der ungeschönte Blick auf die Praxis, den Sie uns gerade gegeben haben, sehr wertvoll. Damit haben Sie deutlich gemacht, dass vieles verschlimmbessert worden ist und sich hier nichts wirklich als Verbesserung bezeichnen lässt. Dabei waren Sie bzw. der Sozialpsychiatrische Dienst gerade der Notnagel. Die anderen Stellungnahmen haben das ja auch deutlich gemacht. Den Letzten beißen dann sozusagen die Hunde.

Meine konkrete Frage: Was wären die Folgen in der Praxis, wenn alle diese Aufgaben, die Sie gerade beschrieben haben - 24/7-Krisenkoordination, auch die anderen Kernaufgaben, die jetzt dazu kämen und als Stärkung des Sozialpsychiatrischen Dienstes gepriesen worden sind -, mit nur einer zusätzlichen Personalstelle parallel realistisch geleistet werden sollen? Was passiert also dann wirklich im Sozialpsychiatrischen Dienst, wenn das dann alles über Sie hereinbrechen sollte? Welche Kapazität bräuchten Sie realistischerweise, um das leisten zu können, damit das

zusätzliche „H“ in der Gesetzesüberschrift im Gesetzentwurf der Landesregierung mehr als ein Etikettenschwindel ist?

Dr. Wolf Döring: Was dann passiert, kann ich noch nicht konkret vorhersagen. Das war bei uns schon in mehreren Supervisionen ein Thema, wo sich das Personal große Sorgen um die Perspektiven macht. Es gibt schon konkrete Ankündigungen: Wenn das kommt, würde ich kündigen! - Das haben auch die anderen Kollegen aus den anderen Diensten in Loccum berichtet. Ich habe dort eine Arbeitsgruppe geleitet. Dort herrschte eine sehr traurige Stimmung: sehr viel Sorge und sehr viel Angst vor dem, was da kommt. Ich gehe also davon aus, dass wir in erheblichem Maße Personalverlust haben werden, weil viele Menschen sich nicht diese Aufgaben zutrauen werden, persönlich Zwang anzuwenden, Transporte zu begleiten und 24/7-Dienste. Damit werden wir einen erheblichen Teil des sehr bewährten Personals verlieren. Wir werden in der Not sein, neues Personal aufbauen zu müssen, welches zuvor wenig Erfahrung in diesem Bereich hatte. Die Frage ist, wie das in Zeiten des ohnehin bestehenden Fachpersonalmangels in diesem Bereich gelingt. Das wird eine riesige Lücke an Wissen und Kompetenz reißen. Das kann ich vorhersagen. In welchem Ausmaß das sein wird, weiß ich nicht. Wir alle sind deshalb auf jeden Fall aufgescheucht und in Sorge.

Zu Ihrer zweiten Frage: Eine einzige Stelle reicht bei Weitem nicht aus, um die vorgesehenen Aufgaben zu realisieren. Und ich meine wirklich: Für die Aufgabe der Transportbegleitung werden andere Menschen benötigt. Stellen Sie sich eine 1,55 m große Mitarbeiterin von uns mit einer bewegten Lebensgeschichte - auch mit Traumaerfahrungen in der Vergangenheit - vor, die vielleicht 45 kg wiegen mag! Wie soll die körperlichen Zwang anwenden? Das ist ausgeschlossen! Stellen Sie sich unsere langjährigen Mitarbeiter vor, die zum Teil über die Rente hinaus mit einer neuen Hüfte und mit einem neuen Kniegelenk arbeiten! Wie sollen die Zwang anwenden? Das ist nicht möglich. Das ist ausgeschlossen! Das heißt, wir werden höchst kompetentes, gutes Personal verlieren.

Abg. **Delia Klages** (AfD): Vielen Dank für Ihre Ausführungen. Sie haben erwähnt, wie schwierig die Situation ist, wenn jemand in der Klinik vorgestellt wird, aber eine Aufnahme nicht erfolgt und dann plötzlich niemand mehr zuständig ist. Aus der Sicht der Klinik können Sie keinen Transportschein ausstellen. Das bedeutet, dass ein Mensch, der vielleicht zwei, drei Stunden zuvor in einer Situation war, in der man eingeschätzt hat, dass er in einer Klinik vorgestellt werden muss, dann aber nicht aufgenommen und vor die Tür gesetzt wird. Welche Gefährdungssituation entsteht aus Ihrer Sicht, wenn der Rücktransport nicht organisiert ist? Was müsste passieren, damit die Rückführung an den Ort, an dem alles begonnen hat, gewährleistet wird?

Dr. Wolf Döring: Einen Teil dieser Frage würde ich anders formulieren, und einen anderen Teil teile ich in vollem Umfang. Die Klinik wirft niemanden hinaus. Sie bietet Menschen in einer solchen Situation im Regelfall die freiwillige Aufnahme an. Die Situation ist aber sehr zugespitzt: Wer auch immer hat einen Anlass für die Vorstellung in der Klinik gesehen. Dann wird jedoch festgestellt, dass die Voraussetzungen für eine NPsychKG-Unterbringung nicht vorliegen. Der Mensch möchte aber nicht freiwillig behandelt werden. Dann hat die Klinik das Problem, dass es gar keinen Behandlungsfall gibt, der einen Transportschein begründen würde. Die Verordnung eines Transportscheins ist an feste Regeln gebunden. Die erfüllt ein Patient in diesem Moment nicht. Das Gesetz sieht aber auch nicht vor, dass der Landkreis - wie auch immer - für die Kosten des Transport aufkommen muss. Wäre im Gesetz geregelt, dass der Landkreis für die Übernahme der Kosten für den Rücktransport zuständig ist, dann könnte der diensthabende Arzt

das Transportunternehmen anrufen und sagen: Wir haben die Person XY, transportieren Sie sie bitte zu einem bestimmten Ort! - Das wäre eine elegante Lösung.

Das sorgt in der Tat für Risiken. Ich habe schon Situationen erlebt, in denen jemand in der Polizeiwache vorgestellt wurde. „Liegt ein PsychKG vor?“ - „Nein!“ Das wurde von allen Beteiligten am Ende abgelehnt. Dann stand die Frage im Raum: „Wie kommt er von der Polizeiwache aufs Dorf nach Hause?“ - „Nutzen Sie den öffentlichen Personennahverkehr!“ Der Weg zum Personennahverkehr und diese Herausforderung haben zur Eskalation geführt, die nachher zur Unterbringung geführt hat. Das geht nach hinten los! Das heißt, wir brauchen, wenn ein Mensch irgendwo im Rahmen dieses Verfahrens strandet, auch die Option, ihm rechtssicher, zuverlässig und nicht auf seine eigenen Kosten den Rücktransport zu gewähren. Ein obdachloser Mensch, der auf dem Dorf im Obdach lebt, wird keinen Taxischein für 80 Euro bezahlen können. Das ist ausgeschlossen.

Besuchskommission Weser-Ems/Nord

Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 3 zu [Drs. 19/8542](#) und Vorlage 4 zu [Drs. 19/9722](#)

Anwesend:

- Klaus Brose
- Vera Kropp

Vera Kropp: Vielen Dank, dass wir in dieser Anhörung Stellung nehmen dürfen. Kurz vorweg: Es gibt sieben Besuchskommissionen in Niedersachsen. Sie sind vom Psychiatrieausschuss beauftragt, sich vor Ort in den Gebietskörperschaften in den jeweiligen Bezirken ein Bild von der Versorgungslage und der Einhaltung der Rechte der Betroffenen zu machen. So verstehen wir erst mal unsere Rolle. Wir bemühen uns, insbesondere die Rechte der Betroffenen im Blick zu haben, und zwar der Betroffenen insgesamt, also nicht nur der ganz kleinen Gruppe, über die hier ganz gerne gesprochen wird.

Wir haben unsere Stellungnahme gemeinsam mit dem Psychiatrieausschuss erstellt, weil wir im Prinzip ohnehin zusammenarbeiten und dort regelmäßig Bericht erstatten. Wir werden uns jetzt nur einen Teil vorstellen. Wir haben uns das aufgeteilt.

Wir schließen uns unseren Vorrednern und insbesondere den Kollegen vom Landesfachbeirat an, weil unser Fokus sehr darauf liegt, nicht nur dieses Gesetz und gar nicht hauptsächlich das Gesetz zur Gefahrenabwehr zu verstehen, sondern die Hilfen sehr in den Vordergrund zu rücken. Insofern bin für die Ausführungen des Landesfachbeirats sehr dankbar. Deswegen werden wir die Stellungnahme, die wir uns vorgenommen haben, etwas kürzen.

Als Besuchskommission Weser-Ems/Nord haben wir es uns in den letzten Monaten aufgrund der öffentlichen Diskussion und aufgrund der Novellierung des NPsychKG zur Aufgabe gemacht, die Gebietskörperschaften, die wir besuchen, dazu zu befragen, welche Problemsituationen sie haben, in denen das System zu sehr herausgefordert oder überfordert wird. Bei den Fällen, die uns dazu - natürlich anonymisiert - geschildert werden, finde ich es bisher extrem eindrücklich, wie oft die Strukturen, die wir haben, dazu führen, dass Menschen eskalieren und Situationen zu solchen Krisen führen, die dann auch in der Öffentlichkeit offen diskutiert werden, und dass das, was in der Öffentlichkeit offen diskutiert wird, sich auf einzelne Menschen bezieht, die als

Gefährder wahrgenommen werden, die aber in fast allen Fallbeispielen, die wir gehört haben, eigentlich selber durch die Stimmung in der Bevölkerung gefährdet waren, Opfer von Angriffen zu werden. Beides macht uns nachdenklich. Uns werden insbesondere Fälle von Menschen geschildert, die hohe Barrieren zu überwinden hätten, um unser Hilfesystem überhaupt erst mal präventiv in Anspruch nehmen zu können. Das sind insbesondere wohnungslose Menschen, Menschen, die nicht krankenversichert sind, die einen unsicheren Aufenthaltsstatus als Asylberechtigte oder teilweise sogar als nicht Asylberechtigte haben. Sie erreichen unsere Hilfen und Behandlung nicht. Deswegen werden auch Krisen heraufbeschworen. Das hört sich jetzt ein bisschen so an, als wenn jemand anders Schuld daran hat. Aber diese strukturelle Problematik hat mit daran Schuld, dass solche Krisen entstehen. Aber nicht nur. Es gibt sicherlich immer noch Einzelfälle, denen etwas angeboten wird, was sie aber nicht annehmen können. Aber wir könnten diese Zahl deutlich verringern. Darauf ein Augenmerk zu legen, wäre uns ein ganz großes Anliegen. Das alles ist vielleicht nicht über das NPsychKHG zu lösen, sondern vielleicht auch in die Landespsychiatrieplanung einzubringen. Dazu haben unsere Vorredner schon einiges gesagt.

Ein Hinweis zu Fallkonferenzen: Wir könnten uns sehr gut vorstellen, dass im Rahmen der Sozialpsychiatrischen Verbände oder im Rahmen anonymisierter Fallkonferenzen einfach auch mal Fälle besprochen werden: Wie können wir für jemanden, der zum Beispiel einen unsicheren Aufenthaltsstatus hat, dessen Situation aber seit Monaten so wahrgenommen wird, dass er - solche Fälle sind uns geschildert worden - auf dem Bahnsteig eines Bahnhofs mit einem auffälligen Verhalten in einer Psychose verweilt, aber eigentlich nicht die Öffentlichkeit gefährdet, erst einmal gemeinsam mit anderen Stellen klären, welche Möglichkeiten wir ausländerrechtlich oder auch unter Einbeziehung der Gemeinde hinsichtlich einer Wohnraumstellung haben, um vorher tätig zu werden, bevor die Situation eskaliert?

Dazu ein Punkt, den wir vorschlagen würden und der sicherlich auch in den Sozialpsychiatrischen Diensten ein bisschen umstritten ist: Wir würden in unserer Besuchskommission auf jeden Fall für einen kleinen Kreis, der dieses System und auch dieses Behandlungssystem nicht erreicht, vorschlagen, dass zumindest Möglichkeiten erörtert werden, ob und wie Sozialpsychiatrische Dienste eine Behandlungsermächtigung bekommen können, und dass das als Aufgabe zumindest in Erwägung gezogen wird. Denn sie könnten dann aufsuchend manche Menschen mit den entsprechenden Hilfen erreichen, die sie dann vielleicht doch annehmen.

Des Weiteren sehen wir, wie Wolfram Beins schon ausgeführt hat, auch für das Land Verbesserungsnotwendigkeiten, solche schwer erreichbaren Menschen, die nicht vor Mitwirkungspflicht und Zielerreichungskompetenz strotzen, im B.E.Ni-Verfahren nach dem Bundesteilhabegesetz anders, sozusagen niedrigschwelliger, mit Hilfen versorgen zu können; denn auch das würde aus unserer Sicht viele Eskalationen vermeiden. Auch hier gibt es wieder strukturelle Hürden, indem zum Beispiel Menschen, die keinen Wohnsitz haben, da im Prinzip nicht vorkommen und bei der jetzigen Hilfeplanung außen vor sind. Wir schlagen vor - das wurde eben schon mal gesagt -, die Sozialpsychiatrischen Dienste mit ihrer Fachlichkeit an dieser Stelle wieder viel mehr einzubeziehen, wie man diese Menschen erreichen kann. Die besonderen Wohnformen - die Heimeinrichtungen - schildern uns bei unseren Besuchen auch, dass durch das B.E.Ni-Verfahren Menschen mit besonderen Herausforderungen immer schwieriger auch in stationären Einrichtungen, also in Wohneinrichtungen, aufgenommen werden, weil die Hürden zu hoch geworden sind, weil sie mitmachen, sich also an Regelungen anpassen müssen, die sie überfordern oder die die Einrichtungen überfordern, und die deswegen versuchen, das eher nicht zu machen. Auch solche Klienten über eine Besserstellung oder eine andere Formulierung, wie das B.E.Ni-

Verfahren angewendet wird und Einrichtungen gestärkt werden, weiterhin aufzunehmen, halten wir für einen ganz wichtigen Punkt.

Klaus Brose: Eine Ergänzung zur Krisenintervention: Viele Menschen schildern uns, dass ihnen mit der telefonischen Krisenberatung wenig geholfen wäre. Sie wünschen sich vielmehr eine Krisenversorgung vor Ort, um einen Ansprechpartner zu haben, die Situation regelhaft einzuschätzen, Hilfen anzubieten, mildere Mittel wählen zu können und dadurch die PsychKG-Unterbringung zu verhindern. Deswegen ist eine telefonische Beratung der Sozialpsychiatrischen Dienste oder von Institutionen in der Gebietskörperschaft, bei der Polizei, Rettungsdienst und andere Behörden beraten werden, sicherlich nicht zielführend. Hilfreich wäre es eher, einen richtigen Krisendienst einzusetzen. Dafür muss man natürlich Geld in die Hand nehmen. Aber es gibt schon eine ganze Menge interne Krisendienste bei Eingliederungshilfen und psychiatrischer Krankenpflege, sodass es Aufgabe des Sozialpsychiatrischen Verbundes sein könnte, zu überlegen, ob man dort vielleicht auch so etwas implementieren könnte - wahrscheinlich im besten Fall auch in Zusammenarbeit mit einem Gemeindepsychiatrischen Zentrum oder in Anbindung an ein Gemeindepsychiatrisches Zentrum. Die Empfehlung lautet, dass die Gebietskörperschaften prüfen sollten, ob eventuell ein solcher Krisendienst implementiert werden könnte.

Es ist aber klar, dass die Überlegungen zur personellen Ausstattung des Sozialpsychiatrischen Dienstes und anderer Leistungspartner, einschließlich der psychiatrischen Behandlung, angesichts des Fachkräftemangels und der schweren Gewinnung von Fachpersonal nur schwierig umzusetzen wären, sodass auch angesichts der finanziellen Situation in den Gebietskörperschaften sicherlich Anreize geschaffen werden müssen, um das attraktiv zu machen. Das ist hier auch schon angeklungen.

Nach § 8 des Gesetzentwurfs der Landesregierung betreffend „Sozialpsychiatrischer Verbund“ ist eine Psychiatriekoordination vorzusehen. Angesichts der Versorgungssituation, die zum Teil schon als kritisch zu bezeichnen ist, würden wir empfehlen, dass eine Psychiatriekoordinationsstelle eingerichtet werden soll. Denn es ist zu befürchten, dass diese Aufgabe einfach einem Mitarbeiter der Behörde zugeschlagen wird und das dort als zusätzliche Aufgabe ankommt, ohne dass dadurch ein Benefit für die psychisch Erkrankten und für die Versorgungssituation entsteht.

In § 9 betreffend „Sozialpsychiatrischer Plan“ sollte im Satz 2 auch geregelt werden, dass der Sozialpsychiatrische Plan auch barrierefrei gestaltet werden muss. Das versteht sich aber eigentlich von selbst.

Vera Kropp: Ich möchte noch etwas zu der Rolle der Besuchskommissionen und zu den Ergebnissen ihrer Besuche sagen. Die Besuchskommissionen befürworten die Veröffentlichung des Jahresberichts unter Nennung der besuchten Kliniken, Sozialpsychiatrischen Dienste, der Anbieter von Hilfen oder unterstützenden Wohnformen und sonstigen Einrichtungen. Ohne eine gesetzliche Grundlage können Ross und Reiter nicht genannt werden. Anonymisierte Jahresberichte halten wir für nicht richtig.

Der Psychiatrieausschuss hat nach § 33 Abs. 2 die Aufgabe, „die zuständigen Behörden über festgestellte Mängel zu informieren“. An dieser Stelle wünschen wir uns für die Zusammenarbeit und die Vorbereitung für etwaige zukünftige Prüfungen derselben Institutionen oder Einrichtungen Rückmeldungen und Transparenz von den zuständigen Behörden. Das ist im Moment in der Tat verbesserungswürdig. Wenn wir in den besuchten Einrichtungen oder Diensten Mängel fest-

stellen, wissen wir ewig nicht, was mit diesen Mängeln passiert. Wir können auch nicht dafür zuständig sein, herauszufinden, welche Behörde das wie prüfen muss. Dafür muss es klare Verfahrenswege geben.

Zusätzlich könnten die Besuchskommissionen darüber hinaus dem Psychiatrieausschuss übergrundsätzlich festgestellte Lücken in der Versorgungslandschaft der Gebietskörperschaften Bericht erstatten. Dies sollte ebenfalls im Tätigkeitsbericht ergänzt werden. Das machen wir zum Beispiel gerade. Wir besuchen Gebietskörperschaften und laden auch andere Stellen ein: Ausländerbehörde, Wohnungslosenhilfe, Polizei. Dafür, dass wir das mal zusammenbekommen, können die Besuchskommissionen genutzt werden. Dann muss das aber auch in den Tätigkeitsbericht mit einfließen.

Zu § 32 betreffend „Kosten der Unterbringung“: Aus fachlicher und menschlicher Sicht lehnen wir die Beteiligung der Menschen mit psychischen Erkrankungen an den Kosten der Unterbringung ab.

Abg. **Nicolas Mülbrecht Breer** (GRÜNE): Vielen Dank für Ihre Stellungnahme. Ich habe eine Frage zum besseren Verständnis. Habe ich Ihren Wunsch richtig verstanden, dass auch die Hilfsmaßnahmen zur gesellschaftlichen Teilhabe und Stabilisierung - Sie haben auch die Wohnungslosenhilfe angesprochen - im Gesetz rechtlich verankert werden sollten, wo dies möglich ist?

Vera Kropp: Meinen Sie jetzt die Eingliederungshilfe?

Abg. **Nicolas Mülbrecht Breer** (GRÜNE): Ja.

Vera Kropp: Ja, wir fänden es gut, wenn dazu Regelungen im Gesetz verankert würden.

Abg. **Marten Gäde** (SPD): Vielen Dank für Ihre Stellungnahme und Ausführungen sowie auch für Ihre Arbeit in der Besuchskommission, die ich für die psychiatrische Versorgung in Niedersachsen für sehr wichtig halte.

Sie haben dargestellt, dass Anbieter, die etwa nachts eine Rufbereitschaft haben, auch die im Gesetzentwurf vorgesehene 24/7-Krisenkoordination wahrnehmen könnten. Das halte ich für eine ganz spannende Idee. Denn wir müssen auch prüfen, ob über die Möglichkeit der Beileihung, die die kommunalen Spitzenverbände vorhin angesprochen haben, durch entsprechende Verträge Lösungen gefunden werden können und auf dem aufgebaut werden kann, was jetzt schon existiert. Dazu würde mich Ihre Einschätzung und auch eine Rückmeldung interessieren, ob ich das richtig verstanden habe.

Vielen Dank auch für die Darstellung der Fälle, die durch das System fallen. Würden die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen zur Informationsweitergabe nicht auch dazu dienen, dass diese Menschen in das System kommen und mit einbezogen werden und dass man darüber spricht, dass sie Hilfe bekommen? Würde es, wenn die verschiedenen Institutionen miteinander sprechen können, nicht eine Verbesserung bewirken, damit diese Fälle nicht untergehen?

Klaus Brose: Zu der Frage, ob der Krisendienst durch einen einzelnen Dienst bewerkstelligt werden kann: Das ist in Form einer Beileihung durchaus möglich. Die Idee ist aber vielmehr, dass es eigentlich eine Aufgabe des Sozialpsychiatrischen Verbundes in dem jeweiligen Gebiet ist, zu prüfen, ob man das unter der Führung des Sozialpsychiatrischen Dienstes nicht gemeinsam bewerkstelligen kann. Es gibt aber auch durchaus Möglichkeiten - wie etwa im Herzogtum Lauen-

burg in Schleswig-Holstein -, das durch den Sozialpsychiatrischen Verbund zu organisieren. Das kostet Geld, und zwar nach meinen letzten Informationen etwa 50 000 Euro im Jahr. Ich kann aber nichts dazu sagen, ob das möglich ist oder nicht. Es gibt jedenfalls Optionen. Grundsätzlich wäre zu überlegen, dass die einzelnen Institutionen dadurch in der Krisenintervention auch versierter werden. Sie tragen das dann ja meistens in ihre Einrichtungen zurück. Dadurch werden sich Krisen besser händeln und minimieren lassen und werden Unterbringungen zurückgehen. Ich würde mir davon einen deutlichen Benefit erhoffen.

Vera Kropp: Ich möchte ergänzen, dass wir beide an dieser Stelle nicht ganz auf einer Linie sind. Ich leite seit Jahrzehnten einen psychiatrischen ambulanten Pflegedienst. Wir haben natürlich eine Rufbereitschaft. Aus meiner Sicht können die Mitarbeitenden in den Pflegediensten oder in der Eingliederungshilfe mit einer entsprechenden Finanzierung durchaus in einen telefonischen Krisendienst eingebunden werden. So etwas gibt es zum Beispiel in Oldenburg. Dort sind Verträge abgeschlossen worden, damit die Betroffenen jederzeit eine Stelle anrufen können.

Für eine Einschätzung, ob vor Ort eine Unterbringung nötig ist oder nicht, halte ich allerdings die meisten Mitarbeitenden der Dienste für überfordert. Neben der inhaltlichen Überforderung würde das, wie auch Herr Dr. Döring vom Sozialpsychiatrischen Dienst gerade gesagt hat, ein ganz anderes Arbeitszeitmodell der Dienste bedeuten, wenn die Mitarbeitenden nachts oder am Wochenende nachts irgendwohin herausfahren. Das ist nicht so günstig zu haben. Die Dienste werden das nicht organisieren können.

Wir beide sind zu einem Kompromiss in der Aussage gekommen, dass eine Einbindung in einen telefonischen Krisendienst hauptsächlich für die Betroffenen als erste wichtige Stufe durchaus machbar ist ebenso wie eine bessere Schulung der jetzt schon zuständigen Stellen. Bei uns in den Regionen ist dies immer das Ordnungsamt. Ich habe eben gehört, zum Teil ist auch das Gesundheitsamt zuständig. Für die Stellen, die jetzt beim Landkreis oder bei der kreisfreien Stadt den Bereitschaftsdienst abdecken, wären aus unserer Sicht eine gute Schulung und eine Zusammenarbeit, um immer wieder Fälle anonymisiert zu besprechen, weitere wichtige Schritte

Wir halten es auch grundsätzlich für eine Verbesserung und für sinnvoll, wenn die Klinik den Sozialpsychiatrischen Dienst regelhaft über bevorstehende Entlassungen informiert. Wir glauben aber, dass komplexe Falldarstellungen in den Gebietskörperschaften sehr wohl erst mal anonymisiert stattfinden können. Ein Knackpunkt ist immer, dass es dann, wenn eine Person aus einer Klinik entlassen wird, keinen Nachbehandler gibt. Aber ich glaube, das gilt nur im Fall einer Beurlaubung, dass mit einem Nachbehandler Kontakt aufgenommen wird, ob der Mensch in dieser Zeit zum Beispiel mit Medikamenten versorgt ist. Ich hoffe, ich habe das jetzt nicht falsch in Erinnerung. Ich glaube, das war bisher bei der Beendigung einer Unterbringung nicht grundsätzlich vorgesehen. Grundsätzlich ist das gut. Aber es darf auf gar keinen Fall passieren, dass dann alle medizinischen und biografischen Daten eines Menschen in verschiedene Richtungen gestreut werden. Dazu haben wir heute schon viel Kritik gehört. Das teilen wir. Wir meinen, dass man sehr wohl auch anonymisiert besprechen kann, was man mit einem erkrankten Wohnungslosen macht, der weiterhin Hilfen benötigt, und wie man diese Hilfen realisieren kann.

Abg. **Claudia Schübler** (SPD): Sie haben auch die Kosten angesprochen. Ich habe gerade recherchiert, dass die Kosten der Unterbringung auch schon bislang von der betroffenen Person getragen werden müssen. Die Regelung ist nur umformuliert worden. Für die Kosten der vorläufigen Unterbringung ist immer noch das Land zuständig. Lehnen Sie das trotzdem ab und sprechen Sie sich dafür aus, diesen Paragraphen aus dem Gesetz zu streichen?

Vera Kropp: Meine klare Antwort: Ja. Denn diese Regelung macht viel mehr kaputt, als vielleicht an Kosten gespart wird. Ich habe bisher nur in einem Landkreis erlebt, dass die Betroffenen die Kosten tragen sollten. Dadurch geht viel Vertrauen in die Behandlung kaputt und entsteht auch soziale Not. Wenn Menschen, die von Grundsicherung leben oder den Briefkasten gar nicht entleeren, eine Rechnung über ein paar Tausend Euro oder mindestens ein paar Hundert Euro bekommen, dann macht das viel mehr kaputt, als Kosten gespart werden.

Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Niedersachsen e. V.

Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 9 zu [Drs. 19/8542](#) und Vorlage 10 zu [Drs. 19/9722](#)

Anwesend:

- Norbert Arndt
- Horst Matzel
- Maria Matzel
- Martina Neueroth
- Christoph von Seckendorff
- Lorenz Tiedemann
- Matthias Wiegmann

Maria Matzel: Heute geht es um Gesetzesänderungen, mit denen viele Entscheidungen darüber getroffen werden, die Psychiatrie-Erfahrene als Menschen betreffen. Sie haben uns als Betroffene eingeladen und wollen uns anhören. Dafür danken wir Ihnen. Denn das zeigt den respektvollen Umgang und den Willen, ein Gesetz zu schaffen, das uns hilft, und nicht eines, das uns schadet. Davon gehen wir hier in diesem Gesundheitsausschuss aus. Miteinander zu reden ist dafür die Grundlage. Das haben Sie, liebe Fraktionen, gezeigt. Sie waren bereit, mit uns Gespräche darüber zu führen, zum Beispiel Herr Gäde, Herr Lottke, Frau Schendel, Herr Mülbrecht Breer und Herr Uhlen, der das sogar noch dazwischengeschoben hat. Das gilt übrigens für alle, die einen langen Tag hatten und trotzdem noch diese Gespräche mit uns geführt haben. Ganz besonders möchte ich Frau Triefenbach von der Landtagsverwaltung für ihre Geduld, für ihre jederzeitige hilfreiche Unterstützung danken. Sie hat immer sofort zurückgerufen, wenn wir angerufen haben und etwas wissen wollten. Das finde ich ganz besonders. Denn miteinander zu reden, ist ganz wichtig.

Dieser Novelle ging vor zwei Jahren eine breit angelegte Evaluation des Ministeriums voraus. Dafür danke ich. Daran wurden auch wir als landesweiter Verein der Psychiatrie-Erfahrenen beteiligt. Das ist ein nicht unbedingt üblicher Vorgang. Das kannten wir vorher nicht. Damit hat sich unsere immer wieder erhobene Forderung erfüllt, schon früh in geplante Gesetzesvorhaben eingebunden zu werden und nicht erst dann, wenn eine Anhörung ansteht und man gerade noch drei Wochen hat, sich auf einen 70-seitigen Text mit Begriffen einzulassen, die man erst mal verstehen muss. Einiges davon haben wir in dem vorliegenden Gesetzentwurf wiedergefunden. Anderes, wie die Gemeindepsychiatrischen Zentren und noch einiges anderes, haben wir leider nicht darin gefunden.

Allerdings kam noch ein neuer Aspekt hinzu, nämlich die ordnungspolitische Ausrichtung, der uns erschreckt und verstört. Das hat uns sehr beschäftigt. Frau Stehlin hat das ja mit dem genannten Beispiel sehr deutlich gemacht. Das können wir nur unterstützen. Wir haben auch von

den anderen hier gehört, dass das die Hilfen, die wir brauchen, ad absurdum führt. Das können wir auch aus eigener Erfahrung bestätigen.

Sie sehen: Wir sind heute in einer großen Gruppe hier. Denn wir sind nicht nur einer, sondern viele. Immer mehr Menschen benötigen psychiatrische oder psychische Hilfe. Denn wir alle kennen unsere Gesellschaft, die in Bezug auf bestimmte Lebensverhältnisse usw. immer schlimmer wird. Das wurde auch gerade vonseiten der Besuchskommission geschildert. Wir wollen mit unserer Gruppe gleichzeitig auch zeigen: Wir sind ein ganz normaler Teil dieser Gesellschaft. Wir sind nicht irgendeine Sondergruppe, für die Sondergesetze gemacht werden müssen. Was alle auszeichnet, die hier sind, ist, dass sie trotz zum Teil extrem verstörender Erfahrungen in der Psychiatrie nicht dabei stehen geblieben sind, sondern sich engagiert haben, um Verbesserungen zu erreichen. Ich nenne beispielhaft Christoph von Seckendorff, der auch hier ist, und Andrea Otte, die erkrankt ist, aber auch in der Besuchskommission mitwirkt.

Bei uns ist noch etwas Alltag: Sie sehen hier weder Frau Otte noch Herrn Weber, die beide mit auf dem Teilnehmerzettel stehen und auch engagiert sind. Beide sind heftig psychisch erkrankt. Das ist bei uns Alltag. Wenn es zum Alltag werden sollte, dass wir noch mehr eingeeengt werden und noch weniger Vertrauen haben können, dass wir nicht in irgendwelchen negativen Strukturen landen, dann wird es für uns besonders schlimm. An ihrer Stelle - das zeichnet uns auch wieder aus - sind ganz spontan zwei andere von uns eingesprungen, nämlich Frau Neueroth und Horst Matze.

Wir beschränken uns in unseren Ausführungen jetzt auf die Punkte, die uns am meisten berühren; denn wir gehen davon aus, dass Sie alle unsere schriftliche Stellungnahme gelesen haben. Das habe ich auch schon den Beiträgen vorher entnommen. Ich freue mich über dieses Engagement hier im Ausschuss. Das ist, glaube ich, nicht unbedingt selbstverständlich.

Herzlichen Dank noch einmal für die Gesprächsbereitschaft. Das ist nicht nur ein Miteinander, sondern auch eine Anerkennung und macht deutlich, dass wir Menschen sind, die genauso viel Respekt verdienen wie auch jeder andere.

Norbert Arndt: Verbesserungen für die Situation von Patientinnen und Patienten dürfen nicht möglichen Kompromissen in der Beratung geopfert werden. Einige Schwerpunkte sind aus unserer Sicht: Wir begrüßen die Betonung des Rechts in § 18 Abs. 2 und § 21 Abs. 1, dass vertraute Personen - also nicht nur Familienangehörige - bei einem Klinikaufenthalt zu benachrichtigen und einzubeziehen sind.

Des Weiteren begrüßen wir die Aufnahme der Patientenverfügung in § 2 Abs. 1 und § 21 Abs. 3, die damit im neuen Gesetz für die behandelnden Menschen verbindlicher wird als im bisherigen Gesetz.

Positiv beurteilen wir auch die Regelung des Gesetzentwurfs, dass der Abschluss von Behandlungsvereinbarungen gefördert wird.

Positiv ist auch, dass Nachbesprechungen stattfinden sollen, wenn Zwangsmaßnahmen durchgeführt worden sind.

Maria Matzel: Ich möchte gerne schildern, was ein Mensch ganz konkret erlebt hat - das ist aber kein Fall; kein Mensch ist ein Fall; ich finde es ganz schlimm, wenn überall steht: der „Fall“ und „Fallbesprechung“; es geht um Menschen und nicht um irgendwelche Fälle -, und zwar von der

Krise zu Zwangsmaßnahmen und vom Zwang zum „Gefährder“: Ein Mensch kommt in die Krise, eine langjährige Patientin in einer renommierten Einrichtung. Sie litt zunehmend unter schwerwiegenden gesundheitlichen Problemen aufgrund der hohen Dauermedikation von Psychopharmaka. - Das ist auch nichts Neues. - Sie wollte sie deshalb nicht mehr nehmen. Man entsprach ihrem Wunsch, allerdings ohne sie aufzuklären. Sie selber wusste nicht, was passiert, wenn sie die Medikamente nicht mehr nimmt. Das hat man bewusst gemacht. Man entsprach ihrem Wunsch. Sie ist von den 100, die sie vorher hatte - das war ziemlich hoch -, auf null gekommen. Sie hat nichts mehr bekommen. Was dann passierte, ist klar: Sie rastete aus, fing an zu schreien und wehrte sich gegen die herbeigerufene Polizei, die sie brutal zu Boden warf und fesselte - ganz brutal! Das war ziemlich traumatisch. Da ist die Frage: Gewalt von wem gegen wen? In der dazugehörigen Akutklinik wurde sie ohne Übergang gegen ihren Willen medikamentös von 0 auf 100 gesetzt, also erst von 100 auf 0 und dann von 0 auf 100. Am folgenden Morgen war sie reizbar und soll sie die Pflegekraft mit einem Messer bedroht haben. Die Folge: Drei Wochen Fesselung bei großer Hitze. Kratzen ist nicht erlaubt und ist gar nicht möglich. Wenn man an allen Punkten gefesselt ist, kann sie sich bei der großen Hitze noch nicht mal kratzen. Sie kann auch nicht einfach auf Toilette gehen. Es gibt eine Wache, die sich aber im Nachbarraum befindet. Da ist lediglich ein kleines Fenster, durch das ab und zu mal geguckt wird. Das heißt, sie war die ganze Zeit allein, hatte keinen Ansprechpartner, gar nichts. Es ist auch ganz, ganz schlimm, sich nicht bewegen zu können. Das merke ich selber, da ich jetzt bei Bewegungen mehr eingeschränkt bin. Wenn ich mich nicht bewege und zu lange sitze, gibt es Probleme. Wenn jemand lange Zeit gefesselt ist, dann bekommt er durch die Fesselung auch körperliche Probleme. Man kann sich dann nicht mehr rühren. Man kann sich noch nicht mal von einer Seite auf die andere drehen. Noch nicht mal das ist möglich! Man kann sich gar nicht vorstellen, was das heißt. Das ist drei Wochen lang bei großer Hitze passiert - drei Wochen lang! Jetzt wissen Sie, wozu Sie Gesetze brauchen, die so etwas einhegen. Das muss man unbedingt einhegen! Besuche waren nur ganz schwer möglich. Man musste sich lange vorher ankündigen, damit man nicht alles mitbekam, was da lief. Dann ist sie fast ein Jahr lang in Untersuchungshaft gekommen. In der Untersuchungshaft, in der Forensik, bekommt man keine Hilfe. Dort gibt es keine Unterstützung und keine Hilfe, also keine Behandlung und nichts, sondern Stress, Stress und noch mal Stress. Und wenn jemand nicht funktioniert - na ja.

Dann kam der Prozess. Die renommierte Psychiaterin Dr. Nahlah Saimeh bescheinigte eine latente Dauergefahr. - Wenn dieses neue Gesetz hier in Niedersachsen kommen würde, wäre diese Patientin zukünftig eine Gefährderin. - Diese Psychiaterin hat versucht, das daraus abzuleiten, und hat deswegen eine Dauerunterbringung in der Forensik befürwortet.

Und dann kam der Hammer: Unter Eid sagten die Pflegekräfte die Wahrheit. Diese Frau hatte niemanden bedroht! Sie hatte lediglich eine erhöhte Stimme, was aber völlig normal war. Es bestand eine völlige Überlastung in der Akutstation. Statt 24 waren dort - ich weiß es nicht genau - 34 oder so, und es war kein Personal da. Als es dazu kam, war nur eine Aushilfskraft da; der reguläre Pfleger war zum Rauchen gegangen. Es wurde festgestellt: Diese Frau ist unschuldig. Sie hatte nichts gemacht. Vorher hieß es: latente Gefahr auf Dauer, und dann hieß es: unschuldig. Das hat auch die Richterin so gesehen. Sie musste trotzdem in der Forensik bleiben, weil die renommierte Einrichtung angeblich keine Hilfe geben wollte. Sie starb sechs Monate später im Alter von 54 Jahren.

Sie war meine Schwester. Deswegen kann ich sehr konkret sagen, was da abgelaufen ist. Ich als Angehörige hatte keine Möglichkeit. In dem neuen Gesetz regeln Sie das hoffentlich anders, so-

dass vertraute Personen kommen können. Wenn sie vertraute Personen gehabt hätte, wäre es anders gewesen.

Und dann stellte ich fest: Das ist leider kein Einzelfall. Immer wieder berichten uns Psychiatrie-Erfahrene von traumatisierender Gewalt, der sie hilflos ausgeliefert sind. Wir sind gegen Zwang. Die Verbesserungen, die in dem Gesetzentwurf geplant sind, dürfen Sie auf gar keinen Fall irgendwelchen Kompromissen zum Opfer fallen lassen! Ich weiß, dass Gesetze auch Kompromisse sind. Das ist in einer Demokratie nun mal so. Aber passen Sie bitte auf, dass diese Verbesserungen nicht Kompromissen zum Opfer fallen!

Und trotzdem: Zwangsmaßnahmen, besonders Fixierungen, Zwangsbehandlungen und Zwangsmedikation bleiben Folter. Das sollte es in unseren Kliniken nicht mehr geben; denn es gibt andere Möglichkeiten. Davon haben heute ja auch schon einige erzählt. Ich könnte selber auch welche nennen. Ich kenne auch Psychiater, die das in ihren Kliniken ganz anders umgesetzt haben.

Wir haben auch erlebt: Fremdgefährdung kann ganz schnell diagnostiziert werden. Man muss nicht unbedingt wirklich fremdgefährdend sein. Das haben wir ja auch erlebt. Meine Schwester hat gar keine Fremdgefährdung begangen und ist trotzdem so diagnostiziert worden. Mit dieser ordnungspolitischen Ausrichtung im Gesetzentwurf wäre man dann für immer oder für längere Zeit ein Gefährder und hätte man keine Chance mehr, irgendwo in ein normales Leben zu kommen.

Matthias Wiegmann: Ich nehme auf zwei Paragraphen Bezug: zum einen auf § 13 Abs. 2 Nr. 2 des Gesetzentwurfs der Landesregierung zum Thema vermutete Dauergefahr. Selbstverständlich wollen auch wir Psychiatrie-erfahrenen Selbsthilfevertreterinnen und -vertreter vermeiden, dass es zu Gewaltvorfällen kommt. Das steht völlig außer Frage. Allerdings halten wir eine Unterbringung von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen auf Basis dieser vermuteten Dauergefahr für einen fehlgeleiteten Ansatz und auch für diskriminierend. Denn wenn man aufgrund vermuteter Dauergefahr unterbringen würde, dann müsste man ja auch andere Menschen unterbringen, nicht nur die Menschen mit psychiatrischen Diagnosen.

Ein gutes Entlassmanagement nach vorherigen Klinikaufhalten, Förderung von Teilhabe, Beratungsstellen, Traumaambulanzen, auch für geflüchtete Menschen therapeutische Angebote, Housing-First-Ansätze, echte Krisendienste, sonstige niedrigschwellige Angebote und Ähnliches sind grundsätzlich nötig und wichtig. Sie sind auch wirksamer gegen potenzielle Gefahren durch Menschen mit psychischen Problemen als Unterbringungen auf Basis von relativ fragwürdigen Vermutungen. Diese Regelungen erscheinen uns sehr schwammig und nicht zielführend.

Ferner möchte ich gerne auf § 38 Bezug nehmen, der in dieser Anhörung schon wiederholt thematisiert worden ist. Wir wenden uns ganz eindeutig gegen die Weitergabe von Daten über Patientinnen und Patienten vonseiten von Kliniken und Sozialpsychiatrischen Diensten an die Polizei und auch an Leitungen kommunaler Behörden. Eine Aushöhlung der Schweigepflicht der Kliniken und Sozialpsychiatrischen Diensten führt doch nur zu mehr Misstrauen zwischen Patientinnen und Patienten einerseits und Behandlungsteams und den Sozialpsychiatrischen Diensten andererseits und auch noch zu mehr Bürokratie. Eine solche Regelung kann im Hinblick auf die Gefahrenabwehr eher kontraproduktiv wirken. Die Fragestellung ist ja nicht, ob wir Datenschutz *oder* Sicherheit haben, sondern wir wollen Datenschutz *und* Sicherheit. Diesem Ziel wird man mit dem vorgeschlagenen § 38 nicht gerecht.

Christoph von Seckendorff: Ich freue mich, dass wir die Gelegenheit haben, hier vor dieser Auswahl von Entscheidungsträgern aus der Politik zu sprechen. Hier sind aber auch Entscheidungsträger aus der Versorgungslandschaft. Ich finde es toll, dass man auch mal miteinander ins Gespräch kommt.

Wir reden hier insgesamt über sehr gravierende Begriffe und Themen: Zwang, Schutzbedürfnisse von Patienten, Gefahrenabwehr, Dauergefahr, Registerführung. Wir reden von Einzelfällen, die jetzt aus unserer Sicht generalisiert werden. Wir reden insgesamt von einer sehr entstehenden und sich ausweitenden Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen. Und wir reden auch darüber, was das Gesetz mit einem macht. Das, was im Umlauf ist, was bekannt ist, was wir als Vorlage haben und versuchen, so anzupassen, dass es passt, ist ein Gesetz, das in Teilen der Bevölkerung und vor allem in Teilen von psychisch kranken Menschen eine gewisse Angst erzeugt und das Vertrauen in die Versorgungslandschaft minimieren lässt. Man darf ja nicht vergessen: Angenommen, dass 5 % der Gesamtbevölkerung psychisch erkrankte Menschen sind, dann reden wir hier in Niedersachsen von 400 000 Personen. Das darf man nicht vergessen. Die Fälle mit Gewaltdelikten, die wir leider zu beklagen haben, liegen maximal im zweistelligen Bereich. Dieses Verhältnis muss man berücksichtigen. Wir haben das Gefühl, dass psychisch Kranke durch Teile dieses Gesetzes generell kriminalisiert werden.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch die Kommunikation in Bezug auf dieses Gesetz in der Öffentlichkeit. Dabei geht es mir persönlich um zwei Punkte. Erstens: Die patientenorientierte Kommunikation zum NPsychKHG in der Öffentlichkeit ist ein entscheidender Schritt, um in der Bevölkerung Akzeptanz zu schaffen, Verständnis zu fördern und letztendlich auch eine sinnvolle und nachhaltige Umsetzung zu erleichtern. Man muss sich gerade die Theorie der gesetzlichen Regelungen und dann die Umsetzung der Inhalte des Gesetzes in der Praxis in finanzieller, personeller und ressourcentechnischer Hinsicht genau anschauen. Zweitens - das sind vier weitere Punkte -: Erstens muss eine Zielgruppe des Gesetzes definiert sein, nämlich wer mit welchen Bedürfnissen betroffen ist. Zweitens müssen die Kernbotschaften klar formuliert werden, was sich warum ändert und welche Vorteile und welche Pflichten sich daraus ergeben. Drittens muss das Gesetz kurz und verständlich erklärt werden. Viertens - das ist ein ganz wichtiger Punkt -: Traditionelle Medien wie Presse, Radio und Fernsehen sowie digitale Medien wie Webseiten, Social Media und Newsletter sind zu nutzen, und es ist mit Meinungsführern, Verbänden, NGOs und Influencern zur glaubwürdigen Verbreitung der Gesetzesinhalte zu kooperieren.

Daher möchte ich auch einen Appell an Sie richten: Wir alle hier im Raum haben aus meiner persönlichen Sicht eine gemeinsame Verantwortung für dieses Gesetz, für die Umsetzung und dafür, wie dieses Gesetz in der Bevölkerung und bei den Patienten ankommt. Es geht darum, ein patientenorientiertes Kranken- und Hilfegesetz zu schaffen und dieses angemessen in der Öffentlichkeit zu kommunizieren und zu erklären. Dabei ist auch ganz klar darzulegen - das wurde auch schon von Vorrednern gesagt -, dass eine Abgrenzung zu forensischen Texten und zu Gesetzen aus dem Bereich der Polizei- und Ordnungsbehörden dringend geboten ist.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Vielen Dank für Ihre Stellungnahme und insbesondere auch für Ihre Ausführungen hier, die natürlich immer etwas Besonderes sind, wenn eine eigene Betroffenheit vorliegt. Diese unterschiedlichen Perspektiven sind für uns in diesem Ausschuss sehr wichtig. Wir danken Ihnen auch dafür, dass Sie den Mut aufgebracht haben und auch das Selbstbewusstsein haben, hierher zu kommen und sich an diesem Gesetzentwurf zu beteiligen. Wir halten das für sehr wichtig. Vielen Dank auch noch einmal ganz persönlich von mir dafür.

Abg. **Nicolas Mülbrecht Breer** (GRÜNE): Vielen Dank Ihnen allen für den Vortrag und für die Inhalte, die Sie ausgeführt haben. Ich möchte kurz auf den § 38 eingehen. Können Sie noch einmal kurz aus Ihrer Sicht darstellen, wozu die aktuell vorgeschlagene Regelung des Gesetzentwurfs für die Betroffenen führen würde?

Matthias Wiegmann: Wie schon erwähnt, ist die Formulierung des Gesetzentwurfs dazu geeignet, das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Sozialpsychiatrischen Diensten einerseits und Patientinnen und Patienten andererseits zu gefährden. Es ist zu vermuten, dass dadurch eher Misstrauen aufgebaut wird. Zumindest bei einigen Leuten wird das dazu führen, dass deren Offenheit schwindet, dass die therapeutische Beziehung leidet und dass dementsprechend Gefahren nicht früher, sondern eher zu spät erkannt werden. Auch aus dieser Überlegung heraus halten wir die vorgeschlagene Regelung des Gesetzentwurfs nicht für geeignet und zielführend. Im Grunde genommen reicht die bisherige gesetzliche Grundlage zur Datenweitergabe. Der Begriff „Anhaltspunkte“, um die es in dem Gesetzentwurf geht, ist sehr unklar ebenso wie die vermutete Gefahr in § 13. Wir können nicht erkennen, dass uns das irgendwie weiterbringen würde.

Christoph von Seckendorff: Ich möchte ergänzend darauf hinweisen, dass der Datenschutzbeauftragte des Landes Niedersachsen erklärt hat, dass er diesen Gesetzentwurf aus datenschutzrechtlichen Gründen für sehr bedenklich hält.

Abg. **Marten Gäde** (SPD): Vielen Dank, dass Sie aus Ihrer Perspektive zu dem Gesetzentwurf Stellung genommen haben. Das ist für uns ganz wichtig. Es geht ja hier um psychisch erkrankte Menschen. Insofern ist die Perspektive der Psychiatrie-Erfahrenen natürlich ganz besonders wichtig.

Herr von Seckendorff, Sie sprachen das Thema Register an. In der allgemeinen Diskussion wurde insbesondere von Menschen mit Psychiatrieerfahrungen vielfach die Sorge formuliert, dass das Land plant, ein Register sozusagen durch die Hintertür anzulegen. Der Gesetzentwurf ist meiner Meinung nach überhaupt nicht so zu verstehen, und wir planen das auch nicht. Sie sprachen aber auch an, dass dafür mehr Informationen notwendig sind. Können Sie dazu noch etwas nähere Ausführungen machen?

Christoph von Seckendorff: Auch in den Ausführungen eines meiner Vorredner ist das Wort „Register“ gefallen. Man weiß halt nicht, wenn Daten entstanden sind, verarbeitet und gespeichert werden, wo und wie sie gespeichert werden. Das soll ja im Gesetz geregelt werden. Es wurde auch die Frage angesprochen, wie die Daten dann überhaupt gelöscht werden und welche Methoden es dabei gibt, wie man das durchsetzen kann. Das alles sind Themen, die viele Psychiatrie-erfahrene Menschen bewegen, weil sie gar nicht genau wissen, wie das alles dann in der Praxis funktionieren soll. Insofern besteht hier eine sehr hohe Unsicherheit. Aus meiner Sicht müssen dann auch Regelungen getroffen werden, mit denen genau definiert wird, wer wann welche Daten bekommt, wie sie gespeichert werden, wie lange sie gespeichert werden, mit welchen Methoden sie gelöscht werden und ob Psychiatrie-Erfahrene dann selber überhaupt in der Lage sind, das zu machen, gerade wenn sie in der Unterbringung sind, oder ob sie einen Betreuer oder Bevollmächtigten dafür brauchen. Das ist eine weitreichende praktische Handhabung des Datenschutzes, die in der Theorie im Gesetzentwurf bisher nicht ausreichend berücksichtigt ist. Ich sehe hier einen enormen Handlungsbedarf.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Herzlichen Dank für Ihre Ausführungen und für die Wertschätzung, die Sie zu Beginn Ihrer Stellungnahme uns gegenüber zum Ausdruck gebracht haben. Es ist nicht

alltäglich, dass Sie so hervorheben, wie wir gemeinsam versuchen, uns im Dialog auf Lösungen zuzubewegen. Das ist sehr anzuerkennen. Vielen Dank dafür. Ich hoffe sehr, dass auch die weiteren Beteiligten - hier im Raum sind ja auch viele anwesend, die mit der Erstellung des Gesetzentwurfs im Ministerium usw. befasst sind - diesen vertrauensvollen Umgang mit Ihnen pflegen können.

Mich treibt der Punkt um, den Sie eben angesprochen haben. Sie haben erwähnt, dass dieses Gesetz nicht zu einem „Sondergesetz“ werden darf und dass es gerade deshalb wichtig sei, den Menschen mit dem Gesetz Hilfestellungen zukommen zu lassen. Meine Frage bezieht sich auf die Begleitung nach einer Unterbringung. Welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht? Halten Sie die Begleitung nach einer Unterbringung nach dem NPsychKG in der Regel für hilfreich und wirksam, oder sind die Menschen danach häufig auf sich allein gestellt und werden im Zweifelsfall mit dem Drehtüreffekt bald wieder mit einem Beschluss nach dem NPsychKG in eine Einrichtung eingewiesen? Wie effektiv und wirksam ist die Begleitung nach Ihren Erfahrungen?

Maria Matzel: Wenn eine Unterbringung nicht verhindert werden konnte, sondern erfolgt ist, wäre es wünschenswert und sehr sinnvoll, dem Betreffenden mit seinem Einverständnis - also nicht einfach über seinen Kopf hinweg - eine Begleitung anzubieten ebenso wie eine Begleitung nach dem Aufenthalt in der Klinik. Es ist übrigens ganz normal, dass jemand, der aus der Klinik herauskommt, überhaupt keine Medikamente gestellt bekommt. Das ist scheinbar eine Kleinigkeit und gilt auch für andere Bereiche. Wenn man dann vielleicht noch nicht mal einen Psychiater hat oder erst mal sehr lange einen Psychiater suchen muss und sonst keine Hilfestellung hat, dann kann das dazu führen, dass man ziemlich schnell wieder in der Klinik landet oder auch aggressiv wird. Das bewirken Medikamente. Wie Medikamente das bewirken können, habe ich selber auch in anderen Bereichen erlebt. Dazu kann es nicht nur aufgrund irgendeiner Erkrankung kommen, sondern auch aufgrund von Medikamenten - übrigens auch von anderen Medikamenten, die keine Psychopharmaka sind. Dazu kann es dann auch kommen. Das weiß meistens niemand.

Es wäre wirklich hilfreich eine Begleitung anzubieten, zum Beispiel durch die sogenannten Peers. Die kommen meiner Meinung nach zu wenig vor. Es müssen nicht immer ausgebildete Genesungsbegleiter sein. Es gibt auch Menschen, die ihre Erfahrungen bereits verarbeitet haben und weitergeben können. Das sollte man ein bisschen offen halten. Nicht alle absolvieren diese Ausbildung. Sie wären dennoch in der Lage, jemanden weiterhin zu begleiten. Darüber, wie man so etwas machen kann, könnte man sich ja mal Gedanken machen. Das ist aber, glaube ich, nicht die Aufgabe des Gesetzes. Das wäre aber eine ganz sinnvolle und wichtige Maßnahme, durch die man auch aufgefangen wird und weiß, an wen man sich wenden kann, wenn es einem schlecht geht. Ein Krisentelefon wäre ganz gut. Bei uns in Peine gibt es zum Beispiel keinen Krisendienst mehr. Andernorts wird es auch so sein, dass Krisendienste aus welchen Gründen auch immer aufhören und es kaum jemanden gibt, der das weitermacht. Krisendienste wären auch als Begleitung bzw. Nachbegleitung wichtig.

Christoph von Seckendorff: Das ist ein ganz wichtiges Thema. Es geht ja um die Frage: Was passiert nach der Unterbringung? Das ist das Thema Entlassmanagement. Es sollte verbindlicher sein. Es müssen Regelungen getroffen werden, was dabei zu beachten ist. Es geht darum, dass der Patient selbstbestimmt mitentscheiden kann, was passieren soll, und dass der Übergang von der Klinik zurück ins Leben so gestaltet wird, dass er funktionieren kann.

Ein Punkt ist - Frau Matzel hat das erwähnt -: Wenn jemand am Freitag aus der Klinik entlassen wird, dann darf das nicht ohne Medikamente geschehen, wie es in Hamburg bei der Frau der Fall war, die dann gewalttätig wurde - sie wurde ohne Medikamente entlassen -, sondern dann müssen zwingend bis zum Montag die Medikamente mitgegeben werden.

Zu dem anderen Punkt: Die Position von Genesungsbegleitern in der psychiatrischen Landschaft muss gestärkt werden. Denn das sind Menschen, die schnell das Vertrauen von Patienten gewinnen können, die selber Erfahrungen haben, die wissen, wie man aus einer Krise herauskommen kann, und die sehr hilfreich in diesem System arbeiten können. Dafür müssen auch Finanzierungsmöglichkeiten geschaffen werden, damit die Genesungsbegleiter auch angestellt werden können, und zwar nicht nur in Psychiatrien, also in geschlossenen Einrichtungen oder in Krankenhäusern, sondern auch im ambulanten Bereich, in der Nachbetreuung. Das ist auch ein ganz wichtiges Thema, wenn es darum geht, wie man untergebrachte Personen so entlassen kann, dass dann nichts Schlimmes passiert, sondern auch eine Rückkehr ins Leben, die sogenannte Rehabilitation, möglich wird.

Norbert Arndt: Ich bin auch Genesungsbegleiter und kann die Ausführungen von Herrn von Seckendorff nur unterstützen. Ich finde es auch sehr wichtig, dass wir auf Peer Support und Peer Counseling setzen, also auf Selbsthilfe und Unterstützung, auch beratende Unterstützung durch Genesungsbegleiter oder auch Psychiatrie-Erfahrene, die das wahrscheinlich auch gut können, wenn sie stabil genug sind.

Maria Matzel: Noch eine Ergänzung zu einem Thema, das ich im Gesetz überhaupt nicht wiederfinde: Wenn jemand entlassen wird, dann könnte es auch Probleme bei der Arbeit geben. Das wäre dann auch etwas, was dringend zu klären wäre. Ein Problem ist es auch, wenn jemand aus der Klinik entlassen wird und noch keine Stelle hat. Das Thema Arbeit ist gerade für Psychiatrie-Erfahrene ein ganz großes Problem. Inwieweit es allerdings möglich ist, einen solchen Aspekt in das Gesetz aufzunehmen, weiß ich nicht. Ich bin nicht Gesetzgeberin.

Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE): Ich wollte eigentlich eine Frage zu den Peers und Genesungsbegleitungen stellen. Das haben Sie aber schon ausführlich erläutert. Deswegen möchte ich einfach nur Danke auch für die eindrücklichen Schilderungen sagen. Das ist für unsere Arbeit sehr wichtig.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Diesem Dank schließe ich mich an. Noch einmal recht herzlichen Dank dafür, dass Sie an dieser Anhörung teilnehmen. Sie können die Anhörung gerne auch weiterhin verfolgen. Ich wünsche Ihnen alles Gute.

Maria Matzel: Noch einmal vielen herzlichen Dank, dass wir hier sprechen durften.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Sehr gerne.

(Unterbrechung der Sitzung von 13:45 Uhr bis 14:15 Uhr)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.

Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 4 zu [Drs. 19/8542](#) und Vorlage 5 zu [Drs. 19/9722](#)

Prof. **Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank**: Ich bedanke mich im Namen der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) für die Möglichkeit, hier unsere Stellungnahme zu erläutern. Ich werde mich auf ein paar wesentliche Punkte beschränken.

Die DGPPN begrüßt es sehr, dass in dem vorliegenden Entwurf bereits einige der Vorschläge aus der Verbandsbeteiligung aufgegriffen worden sind. Aus unserer Sicht ist er wesentlich besser geworden. Einige Probleme, die wir gesehen haben, wurden wirklich gut gelöst. Allerdings finden wir auch - wie manche Vorredner hier -, dass das nicht ausreichend ist. Insbesondere die Übermittlung von Gesundheitsdaten an Sicherheitsbehörden muss an hohe Voraussetzungen geknüpft werden.

Vorab möchte ich aber auch sagen, dass wir als Fachgesellschaft es absolut nachvollziehen können, dass es nach einigen sehr dramatischen Vorfällen in den vergangenen zwei Jahren eine sehr große Verunsicherung in der Gesellschaft und auch das Bedürfnis nach mehr Sicherheit gibt. Das können wir sehr gut nachvollziehen, und wir finden es auch wichtig, das nicht einfach zu bagatellisieren. Aber die Frage ist eben: Was sind die richtigen Schritte, wo ist die Grenze - wo kann man also nicht sicherer erfassen und etwas nicht mit 100-prozentiger Sicherheit vermeiden -, und wo gibt es vielleicht auch die Situation, dass man bei der Bemühung, das zu schaffen, dann eher das Gegenteil erreicht? Dazu sind schon einige Punkte genannt worden.

Auch wir denken, dass die Verhältnismäßigkeit sehr wichtig ist. Die Rechte der Betroffenen dürfen nicht unverhältnismäßig, also zu weit eingeschränkt werden. Auch die ärztliche Schweigepflicht, die ein hohes Gut ist, darf nicht unverhältnismäßig ausgehöhlt werden. Das wäre nicht nur ein großes Problem mit Blick auf die Rechte der Betroffenen, sondern wir sind auch davon überzeugt, dass das nicht der richtige Weg ist, um das zu erreichen, was man erreichen will. Man wird damit keine größere Sicherheit erreichen können, und es ist sogar sehr plausibel, dass das passiert, was einige schon gesagt haben: Die Betroffenen werden sich noch mehr zurückziehen, sich nicht äußern und keine Hilfe annehmen. Das ist gefährlich. Denn man kann gut wissenschaftlich belegen und es ist statistisch nachgewiesen, dass sich das Risiko halbieren kann, wenn Menschen in Behandlung sind. Wenn das nicht der Fall ist, machen wir die Sache wirklich schlechter. Ich denke, es ist eine sehr große Verantwortung, die die Politik hier hat. Ich glaube, wir alle stehen vor den gleichen Problemen und wollen wirklich etwas erreichen.

So weit meine allgemeinen Vorbemerkungen. Ich gehe jetzt auf einige einzelne Punkte und Paragraphen ein.

Zu § 4 Abs. 4 Satz 2: Auch wir sind der Meinung, dass die Leitung des Sozialpsychiatrischen Dienstes nicht einfach nur über ein abgeschlossenes Hochschulstudium verfügen sollte, sondern es muss sich zwingend um ein einschlägiges Studium handeln. Das ist sehr wichtig.

Zu § 13 - Unterbringung -: Die Formulierung, die in dem Gesetzesentwurf hinsichtlich der gegenwärtigen erheblichen Gefahr gewählt wurde, finden wir grundsätzlich in Ordnung. Das ist eine Formulierung, die es auch in anderen Gesetzen gibt. Es handelt sich um eine Gefahr, die unmittelbar bevorsteht bzw. „wegen besonderer Umstände des Einzelfalls jederzeit zu erwarten ist“.

Es wäre aber sehr wünschenswert, wenn das im Gesetzestext weiter erläutert würde. Damit ist gemeint: Die Erwartbarkeit muss sich zwingend aus dem tatsächlichen aktuellen Zustand des Betroffenen ergeben, zum Beispiel bei einer akuten Intoxikation oder einer floriden psychotischen Symptomatik. Eine noch weiter gefasste Auslegung des Begriffs der gegenwärtigen Gefahr, zum Beispiel mit Blick auf die Auswirkungen möglicher oder wahrscheinlicher Verschlechterungen einer psychotischen Symptomatik bei möglicher oder wahrscheinlicher Nichteinnahme von Medikamenten, würde zu weit gehen. Das widerspricht aus unserer Sicht auch dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit. Wie gesagt, diese Formulierung mit einer entsprechenden Erläuterung wäre durchaus in Ordnung.

An dieser Stelle möchte ich auch auf den Begriff der Dauergefahr eingehen. Dieser Begriff findet sich nicht in dem Gesetzentwurf der Landesregierung. Das finden wir sehr gut; denn er kann sehr leicht missverstanden werden. Wir haben ihn aber in dem Gesetzentwurf der CDU gefunden. Diese Änderung finden wir nicht gut. Es sollte bei der ursprünglichen Formulierung bleiben, und das sollte auch genauer erläutert werden.

Was uns bei den Voraussetzungen der Unterbringung fehlt, ist auch die Möglichkeit, die Gefahr durch eine Behandlung abzuwehren, sowie die Möglichkeit, diese Behandlung einzuleiten. Wir regen an, das zu ergänzen.

Zu den §§ 22 und 23 - Zwangsbehandlung - und § 28 - besondere Sicherheitsmaßnahmen bzw. Fixierungen -: In § 22 steht, dass die Behandlungsindikation auf die Wiederherstellung der Selbstbestimmungsfähigkeit beschränkt sein soll. Das ist ein sehr wichtiger Punkt. Natürlich darf kein Mensch gegen seinen Willen weiterbehandelt werden, wenn er wieder selbstbestimmungsfähig ist. Es gibt aber auch sehr schwer erkrankte Menschen, bei denen man weiß, dass sie nicht wieder selbstbestimmungsfähig werden; sie können aber weniger akut krank sein und können dann wieder aus der Unterbringung heraus. Es geht in diesen Fällen also darum, die akute Symptomatik abzumildern. Wir empfehlen dringend, diesen Punkt zu ergänzen.

Ein weiterer Punkt, den wir anregen - wir wissen, dass das schwierig ist, und es ist auch in anderen PsychKG nicht gut geregelt -: Es wäre wirklich sehr gut, wenn es eine Möglichkeit gäbe, auch mit der Unterbringungssituation zusammenhängende weitere Erkrankungen zu behandeln. Stellen Sie sich einen Menschen vor, der akut psychotisch ist, der aber auch Diabetes hat und Insulin braucht. Ohne das Medikament gerät er ganz schnell in Lebensgefahr. In der Situation einer akuten Psychose sieht er das aber nicht und lässt sich auch die Insulinspritze nicht geben. Das ist kein konstruierter, sehr seltener Fall, sondern das gibt es immer wieder mal, und es wäre wirklich sehr gut, wenn man dafür eine Regelung hätte.

Die Zwangsbehandlung ohne gerichtliche Genehmigung ist nach dem aktuellen Gesetzestext in § 23 nur zur Abwehr von Eigengefährdung möglich. Im Fall einer hoch akuten Fremdgefährdung ist das nicht möglich; dann würde in einigen Fällen als einzige Möglichkeit die Fixierung bleiben. Wir haben sehr eindrücklich gehört, wie extrem belastend Fixierungen sind. Die Frage ist, was an dieser Stelle verhältnismäßig ist.

Ein Punkt in § 28 ist aus medizinischer Sicht entschieden abzulehnen. Darin ist von besonderen Sicherungsmaßnahmen im Sinne einer Immobilisierung „durch mechanische Vorrichtungen, durch die Gabe von Medikamenten oder durch mechanische Vorrichtungen in Verbindung mit der ergänzenden Gabe von Medikamenten“ die Rede. Nach dem Wortlaut dieser Formulierung könnte man jemanden rein mit Medikamenten immobilisieren. Das ist aus medizinischer Sicht

gar nicht möglich. Das ist gefährlich und macht man nicht. Man gibt keinem Menschen so viele Medikamente, dass er sich nicht mehr bewegen kann, also dass er praktisch in Narkose gerät. Ich glaube, die gewählte Formulierung ist einfach ein Versehen.

Ich komme zu § 38, der auch aus unserer Sicht sehr problematisch ist. Wir begrüßen aber sehr, dass die Voraussetzungen und die Schwellen für die Übermittlung von Gesundheitsdaten an Sicherheitsbehörden im Vergleich zu der ersten Version sehr erhöht worden sind. Wir haben daran gesehen, dass man sich sehr damit befasst hat. Auch die Begrenzungen, welche Informationen weitergegeben werden dürfen, sind positiv zu bewerten. Wir denken aber ebenfalls, dass hier weitere Anpassungen unbedingt erforderlich sind.

Ich gehe dazu ein bisschen ins Detail. Gemäß Absatz 2 - darüber wurde schon diskutiert - ist der Leitung einer kommunalen Behörde durch den Sozialpsychiatrischen Dienst auf Nachfrage Auskunft zu geben. Das geht aus unserer Sicht zu weit, und es ist auch nicht nachvollziehbar, wofür.

Der Absatz 3 beginnt eigentlich ganz gut, nämlich damit, dass der Polizei Informationen übermittelt werden „können“. Wir als DGPPN befürworten insgesamt sehr, dass dem Sozialpsychiatrischen Dienst und auch den Klinikärzten Mitteilungsrechte für besonders problematische Konstellationen gegeben werden, die aber die Ausnahme sind. Eine solche Regelung, die den Ärzten die Sicherheit gibt, sich an dieser Stelle über ihre Schweigepflicht hinwegsetzen zu dürfen, halten wir für sinnvoll und hilfreich.

Ab dem Satz 2 halten wir die Regelung aber für sehr problematisch. Denn dort steht, dass dann, wenn der Mensch im zurückliegenden Jahr schon einmal untergebracht war, Informationen an die Polizeibehörden übermittelt werden „sollen“. Ich bin ehrenamtlich Präsidentin der DGPPN. Im Hauptamt leite ich eine sehr große psychiatrische Klinik. Wir haben jedes Jahr Hunderte von PsychKG-Unterbringungen, viele auch wegen Fremdgefährdung. Aber das sind keine Menschen, die wirklich so gefährlich sind, dass schlimme Ereignisse zu befürchten sind. Sie sind aber häufig mehrfach hintereinander - wegen Intoxikationen, wegen Krisensituationen - nach dem PsychKG untergebracht. Das heißt, in allen diesen Fällen müssten die Ärzte praktisch Informationen übermitteln. Das geht absolut zu weit. Es stellt sich die Frage: Was wird dann damit gemacht? Aber auch: Was denken die Patienten, und was denken die Ärzte? Ich muss ehrlich sagen, wenn ich als Ärztin so etwas tagtäglich machen müsste, würde ich meinen Beruf nicht mehr so gerne ausüben.

Bei dem Absatz 4 stellt sich mir die Frage, warum die Regelung so zurückhaltend ist; denn dann ist der Informationsfluss andersherum. Dort steht:

„Die Polizei kann personenbezogene Daten an den Sozialpsychiatrischen Dienst und an die Unterbringungseinrichtungen übermitteln, wenn Tatsachen die Annahme rechtfertigen, dass von einem Menschen im Zusammenhang mit einer möglichen psychischen Erkrankung eine Gefährdung Dritter ausgeht“.

Warum steht an dieser Stelle „kann“? Ich sehe kein Problem, wenn die Polizei den Kliniken und den Sozialpsychiatrischen Diensten Informationen gibt und Beobachtungen weitergibt, die sie hat, damit die Ärzte und der Sozialpsychiatrische Dienst diese bewerten können. Vielleicht haben sie auch etwas mitbekommen und bewerten die Situation anders. Da gibt es ja nicht den Aspekt der Schweigepflicht. Das klingt für uns ein bisschen nach verkehrter Welt.

Sehr erfreulich ist dann der letzte Satz. Dort heißt es:

„Führt ein polizeilich aufgenommenener Sachverhalt zu einer Unterbringung wegen Fremdgefährdung, übermittelt die Polizei der Unterbringungseinrichtung die maßgeblichen Tatsachen.“

Da würde man sagen, das ist selbstverständlich. Ich weiß aber aus meiner klinischen Erfahrung, dass es oft leider nicht geschieht. Ich bin nicht in Niedersachsen tätig, sondern in einem anderen Bundesland, aber ich denke, die Dinge sind vielleicht woanders ähnlich. Gut, die Polizei hat auch sehr viel zu tun. Sie geht dann, berichtet aber nicht, was alles passiert ist, und die Ärzte wissen das nicht und können es nicht in ihre Einschätzung einbeziehen. Das ist also sehr wichtig.

In Absatz 5 dieses Paragrafen geht es um die Fallkonferenzen. Fallkonferenzen sind grundsätzlich sinnvoll und gut. Sie sind ein hochschwelliges Mittel und betreffen wenige Fälle. Wir halten es aber für schwierig, dass auch die Polizei diese Fallkonferenzen einberufen darf, wenn „ein erhebliches Fremdgefährdungspotenzial im Sinne des Absatzes 3 oder nach den Kriterien der Polizei“ festgestellt wird. Aber was sind die „Kriterien der Polizei“? Das wissen wir nicht. Dann müssen der Sozialpsychiatrische Dienst und die Unterbringungseinrichtung verpflichtend teilnehmen. Hier stellt sich uns die Frage: Was wird da besprochen? Wir fänden es wirklich sehr gut, wenn die Unterbringungseinrichtung und der Sozialpsychiatrische Dienst solche Fallkonferenzen einberufen, aber nicht andersherum - und wenn, dann nach klaren Kriterien.

Abg. **Nicolas Mülbrecht Breer** (GRÜNE): Vielen Dank für Ihre Stellungnahme. Ein Großteil meiner Fragen haben Sie schon in Ihrem Vortrag beantwortet. Ich habe aber noch eine eher allgemeinere Frage: Die DGPPN hat ja in der Vergangenheit auch allgemeine Stellungnahmen zu den Vorfällen gegeben. Welche Mittel zur Gewaltprävention gibt es generell? Wie reduziert man aus Ihrer fachärztlichen Sicht Gewalt?

Prof. **Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank**: Wir haben uns mit diesem Thema seit Anfang letzten Jahres sehr intensiv befasst, haben diese Papiere erstellt und im März ein Hauptstadtsymposium dazu durchgeführt - letzten Endes auch, um die Politik zu beraten. Es gibt nicht *die* eine Maßnahme, sondern es sind mehrere Maßnahmen nötig, die natürlich in unterschiedliche Zuständigkeitsbereiche fallen. Generell sind Früherkennung, eine frühe Behandlung und im Verlauf der Erkrankung auch eine gute Behandlung das Allerwichtigste. Natürlich braucht es Mittel, aber es braucht auch gute Strukturen. Wir haben aktuell in unserer Regelversorgung eine Situation, die intensive ambulante Behandlungen sehr erschwert. Da gibt es Möglichkeiten, zum Beispiel mit dem bayerischen Modell der Finanzierung von Institutsambulanzen oder mit Globalbudgets der Kliniken, den Schwerpunkt anders zu setzen, ohne dass die Mittel insgesamt mehr werden. Wir haben nicht mehr Mittel, aber die Mittel, die wir haben, können wir einfach besser nutzen, so dass intensive ambulante, aufsuchende Angebote - man nennt das Assertive Community Treatment - großflächiger und nicht nur im Rahmen von Modellprojekten möglich sind.

Die Präventionsstellen bzw. Präventionsambulanzen sind schon genannt worden. Das sind eigentlich keine forensischen Ambulanzen - dieser Begriff fiel auch schon -, aber es geht ja jetzt um Menschen, die noch keine oder noch nicht solche schwerwiegenden Taten verübt haben, dass sie forensisch untergebracht würden. Bei solchen Präventionsambulanzen oder Präventionsstellen bezieht man forensisches Know-how mit ein und bietet diesen Menschen, von denen man denkt, dass sie zu den wenigen Personen gehören, um die es hier geht, dann einfach eine intensivere Behandlung. Wichtig ist, dass das - anders als bei den richtigen forensischen Ambulanzen - freiwillig ist. Der Patient kann sich auch entscheiden, das Angebot nicht anzunehmen. Aber die Erfahrungen zeigen, dass die Patienten die Angebote zu einem sehr großen Teil durch-

aus annehmen. In Bayern läuft das schon sehr lange. In Hamburg hat man vor etwa einem Jahr damit angefangen. Das Projekt ist schon genannt worden. In Rheinland-Pfalz ist man dabei, und auch in NRW, wo ich tätig bin, ist man jetzt dabei, höchstwahrscheinlich bald mit zwei Modellstandorten zu beginnen.

Dann ist auch die Möglichkeit genannt worden, bei der Polizei selbst eine psychologisch-forensische Expertise mit reinzunehmen und die Polizeibeamten zu beraten und sie gegebenenfalls auch zu begleiten. Das scheint auch sehr gut zu funktionieren. Natürlich kostet das auch etwas. Aber das Allerwichtigste ist eigentlich die Umstellung unseres Versorgungssystems, sodass es mehr auf die schwer psychisch Kranken gemünzt ist. Das sind natürlich auch Dinge, die zum großen Teil die Bundespolitik betreffen.

Abg. Thomas Uhlen (CDU): Sie haben angedeutet, dass eine medikamentöse Behandlung bei akuten Fremdgefährdungen der mildere Eingriff sein kann. Was meinen Sie damit genau, und wie müsste sich das in einem Gesetz widerspiegeln?

Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank: Damit meine ich, dass bestimmte Medikamente sehr schnell starke Erregung und Angst deutlich mildern können. Sehr häufig ist der Hintergrund, warum die Menschen so aggressiv werden, einfach, dass sie selbst sehr große Angst haben. Auch andere Medikamente, die gezielter gegen psychotische Symptome wirken - Antipsychotika -, wirken manchmal sehr schnell.

Eine Zwangsmedikation ist - wie auch alle anderen Zwangsmaßnahmen - natürlich Ultima Ratio. Das ist ganz klar. Aber eine Fixierung - auch ohne eine medikamentöse Begleitung - ist auch etwas extrem Belastendes.

Abg. Marten Gäde (SPD): Sie haben darauf hingewiesen, dass § 22 die Wiederherstellung der Selbstbestimmtheit vorsieht und dass es Fälle geben kann - beispielsweise demenzielle Erkrankungen -, bei denen das nicht gegeben sein kann. Dazu habe ich die Nachfrage, wie man das konkret im Gesetz formulieren müsste. Sie haben in diesem Zusammenhang auch das Beispiel einer Person mit Diabetes erwähnt.

Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank: Bei dem ersten Punkt könnte einfach eine Ergänzung erfolgen. In dem Entwurf steht: wenn „die Behandlung ausschließlich zum Ziel hat, die tatsächlichen Voraussetzungen freier Selbstbestimmung des untergebrachten Menschen so weit wie möglich wiederherzustellen“. Ich bin keine Juristin, aber man könnte vielleicht das Wort „ausschließlich“ streichen. Vielleicht ist es möglich, zu formulieren, dass die Behandlung dies vorrangig zum Ziel hat, und dass es in den Fällen, in denen dies nicht möglich ist, das Ziel ist, die Symptomatik so weit abzumildern, dass die Chance für eine Beendigung der Unterbringung vorhanden ist.

Bei dem zweiten Punkt müsste man in irgendeiner Form aufnehmen, dass nicht nur die Anlasserkrankung, sondern auch begleitende, also interkurrente Erkrankungen, deren Nichtbehandlung aber in kürzester Zeit lebensgefährlich sein kann und deren Nichtbehandlung im Zusammenhang mit der Anlasserkrankung steht - beispielsweise, weil der Betroffene in diesem Moment nicht einsehen kann, dass er Insulin braucht -, inkludiert sind. Ich bin, wie gesagt, keine Juristin, aber das müsste eigentlich möglich sein.

Psychotherapeutenkammer Niedersachsen

Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 6 zu [Drs. 19/8542](#) und Vorlage 7 zu [Drs. 19/9722](#)

Anwesend:

- Gina Briehl
- Andreas Kretschmar
- Dr. Kristina Schütz

Dr. Kristina Schütz: Ich freue mich sehr, hier gemeinsam mit meinem Vorstandskollegen Andreas Kretschmar die Position der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen (PKN) vortragen zu dürfen. Ich bin Präsidentin der Psychotherapeutenkammer, aber auch niedergelassene Psychotherapeutin im Landkreis Helmstedt in Niedersachsen. Wir vertreten die Interessen von 6 200 Psychotherapeut*innen in Niedersachsen und üben die berufsständische Aufsicht aus.

Aufgrund der Zeitbegrenzung verweise ich auf die schriftliche Stellungnahme. Ich persönlich hatte auch die Möglichkeit, an der Stellungnahme des Landesfachbeirats mitzuwirken - dafür noch einmal herzlichen Dank -, und unterstütze uneingeschränkt auch die nicht genannten Punkte der Stellungnahme des Landesfachbeirats und der Stellungnahme der Sozialpsychiatrischen Dienste, die von Herrn Döring vorgetragen wurde.

Zu unseren Kernpunkten: Diese Reform - so meine Annahme - soll ja zu Verbesserungen in zwei Richtungen führen: zu einer klaren Rechtsgrundlage und besserer Hilfe für Menschen mit psychischen Ausnahmezuständen und Erkrankungen sowie damit verbunden zu einer Prävention von möglichen Straftaten durch eben diese Menschen. Diese Ausrichtung - das haben wir heute schon gehört - wird durch das neue Wort „Hilfe“ im Gesetz auch betont. Jedoch mutete besonders die Erstfassung sehr einseitig als Gefahrenabwehrgesetz an.

Wir begrüßen ebenso wie meine Vorrednerin die eindeutige Weiterentwicklung des Gesetzentwurfs. Wir sehen eine große Verbesserung gegenüber dem ersten Entwurf. Frau Schübler, ich sehe durchaus nicht, dass wir da bei null sind, sondern wir müssen die Vorschläge jetzt nur ganz konsequent und mit viel Ausdauer umsetzen.

Mir ist wichtig, vorwegzustellen - denn das ist mein tägliches Brot -: Psychische Erkrankungen sind extrem häufig. Sie sind aktuell die häufigste bzw. mit die häufigste Krankheitsursache. Circa 30 % der Menschen erleben einmal im Leben eine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung. Das ist kein Randphänomen. Aktuelle Belastungen - wir müssen sie nicht aufzählen, sie sind Ihnen allen bekannt - führen zu einer weiter steigenden Prävalenz, es gibt aber auch eine erhöhte Bereitschaft zur Inanspruchnahme in der Bevölkerung.

Jeder Mensch - Frau Stehlin hat das sehr gut dargestellt - kann jederzeit plötzlich von einer psychischen Erkrankung betroffen sein. Schwere Unfälle, Traumata oder Dauerbelastungen können gemeinsam mit biologischen Prozessen zum Auftritt einer psychischen Erkrankung beitragen. Nur ein winziger Teil der Menschen mit psychischen Erkrankungen wird für andere gefährlich - oft aber aufgrund zusätzlicher Faktoren wie zum Beispiel einer situativen Auslösung, Substanzgebrauch etc. Die psychische Erkrankung begeht keine Straftat. Das gilt selbst für Psychosen und Suchterkrankungen, die ja immer wieder besonders herausgegriffen werden. Man muss auch hier sagen: Die größte Gefahr von psychischen Erkrankungen geht für Betroffene aus, nicht für andere.

Es ist ein psychologischer Mechanismus - und deswegen erlaube ich mir, das hier aufzugliedern -, dass wir nach schrecklichen Situationen nach den Ursachen suchen, insbesondere dann, wenn Straftaten durch Menschen begangen werden; bei Naturkatastrophen ist es tatsächlich etwas anders. Es handelt sich dabei ganz klar um den Wunsch nach Kontrolle. Das ist auch nachvollziehbar; denn wir wünschen uns, eine Erklärung zu finden, um das zu präventieren. Der oder die Bekannte, der oder die den Krebs erleidet, hat bestimmt zu viel getrunken oder zu viel geraucht! Derjenige, der eine schwere Straftat begeht, muss doch psychisch krank sein, sonst kann das doch nicht wahr sein! - Das ist ein psychologischer Mechanismus, den wir gut verstehen und gut untersuchen können. Aber wir müssen uns hier ehrlich machen, und auch die Politik muss sich insoweit ehrlich machen - Herr Uhlen hat das in Loccum getan -: Diese Straftaten können nicht zu 100 % verhindert werden, weil sie multikausal sind.

Eine sinnvolle Prävention - hier schließe ich mich der DGPPN an - und niedrigschwellige Behandlungsangebote sowie Anschlussangebote nach Klinikaufenthalten sind das Wichtigste. Aber alles, was von Hilfen abhält, ist aus fachlicher Sicht abzulehnen. Denn wer Befürchtungen vor Stigmatisierung oder Registrierung hat, sucht keine Hilfe mehr auf. Dazu haben wir jetzt auch gute Daten aus Amerika. Da können Sie genau hinschauen, in welchen Bundesstaaten was passiert. Wenn sie bestimmte Krankheiten auf den Index stellen, werden sie nicht mehr diagnostiziert und in den Praxen auch nicht mehr behandelt. - So weit meine allgemeinen Vorbemerkungen.

Zu dem Gesetzentwurf: Wir lehnen die Datenübermittlung, wie sie aktuell immer noch enthalten ist, ab. Die erweiterten Regelungen zur Datenübermittlung zwischen und an Sicherheitsbehörden sowie insbesondere an Behördenleitungen sind aus unserer Sicht nicht zielführend. Es wurden bereits Engstellungen vorgenommen, was wir begrüßen, aber diese sind noch weiter besonders zu prüfen. Der sicherheitsrechtliche Zugriff auf Gesundheitsdaten ist gefährlich, weil dies auch in Richtung einer Sammlung von Daten passieren kann. Hier möchte ich in aller Eindringlichkeit sagen: Mit der Datenübermittlung an kommunale Leitungspersonen muss ja etwas passieren. Mir ist überhaupt nicht klar, was das sein soll. Das kann ja nicht in einer Schublade oder in einem Schrank, sozusagen in einem Giftschrank, liegen. Deswegen kommt auch vonseiten der Betroffenen nachvollziehbar die Angst vor versteckten Registern auf. Gerade wenn dies offiziell abgelehnt wird, müssen wir dafür sorgen, dass wir ganz enge Tatbestände, strikte Dokumentationen, transparente Informationen des betroffenen Menschen und Löschpflichten haben.

Wir sprechen uns vor diesem Hintergrund dafür aus, den Absatz 1 in § 38 noch einmal zu überprüfen und den Absatz 2 - die Übermittlung an die Leitung einer kommunalen Behörde - ersatzlos zu streichen. Ich muss sagen, ich fand es zunächst gut, als ich gesehen habe, dass Sie es eingegrenzt haben, nämlich insofern, als keine gesundheitsbezogenen Daten übermittelt werden sollen. Aber letztlich ist das ein Trugschluss; denn jede Übermittlung von Daten aufgrund des NPsychKHG ist ja bereits eine Offenbarung eines gesundheitlichen Faktums.

Ich sehe noch ein paar weitere Punkte kritisch. Dringenden Überarbeitungsbedarf gibt es aus unserer Sicht bei § 28, bei den Zwangsmaßnahmen. Für Fixierungen und „Absonderungen“ - vielleicht kann man diesen Terminus technicus noch einmal überdenken - gilt die höchste Schwelle, sie bedürfen einer guten Dokumentation und einer fortlaufenden Überprüfung. Wir haben es heute ganz eindrücklich vonseiten der Betroffenen gehört. Bei der Absonderung kann auf keinen Fall ersetzend eine video- oder optisch-elektronische Überwachung vorgenommen werden. Das ist gefährlich. Alles andere wurde schon aufgeführt. Eine Videoüberwachung hat überhaupt keine präventive Wirkung, wenn sie allein eingesetzt wird. Es ist immer wichtig, dass das Personal vor Ort ist.

Ich muss auch noch ein paar Punkte bezogen auf Kinder und Jugendliche anführen. Als Psychotherapeutenkammer finden wir es auch ganz wichtig, dass das BGB als Rechtsgrundlage noch eindeutiger im Gesetz verankert wird, damit es keine Zweifel gibt, nach welcher Regelung eine vorübergehende Maßnahme ergriffen wird. Der § 1 631 BGB sollte für Kinder und Jugendlichen ganz klar im Vordergrund stehen und keine Zusatzregelung. Sie können sich vorstellen: Wenn es da zu Krisensituationen kommt und dann noch zusätzlich eine Unsicherheit besteht, macht dies das Leben und Arbeiten im Sozialpsychiatrischen Dienst bestimmt nicht leichter.

Zu § 2 betone ich die Notwendigkeit einer Soll- bzw. Ausnahmeregelung - das wurde heute schon mehrfach aufgegriffen -, damit wir die Möglichkeit haben, dass dann, wenn Jugendliche zum Beispiel eine Information der Erziehungsberechtigten ablehnen, trotzdem Hilfen angeboten werden können. Das ist im Gesetz gut gedacht, aber einfach nicht zu Ende gedacht.

Zum letzten Abschnitt: Die Rolle der Psychotherapeut*innen wurde nachgebessert. Im ersten Entwurf war das für uns eine große Enttäuschung. Wir sind eine Berufsgruppe, die vor über 25 Jahren in Deutschland etabliert wurde. Es gibt in Deutschland zwei approbierte Heilberufe, die Menschen mit psychischen Erkrankungen behandeln: Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen. Die Kompetenzen und Befugnisse der Psychotherapeut*innen haben sich in den letzten Jahren fest etabliert und sind auch gewachsen, insbesondere die Befugnisse. Wir sind auch bereits in Leitungen von Sozialpsychiatrischen Diensten und in allen Phasen der Versorgung tätig. Das hat sich aus unserer Sicht nicht ausreichend im Gesetz niedergeschlagen. Wir fordern an dieser Stelle immer noch eine stärkere Berücksichtigung. Wir würden die gleichrangige Leitungsmöglichkeit der Sozialpsychiatrischen Dienste für beide approbierten Heilberufe der jetzigen Formulierung vorziehen und wünschen uns auch die Einsichtsmöglichkeit nach § 4; denn wenn man die Leitungsmöglichkeit hat, braucht man natürlich auch die Einsichtsmöglichkeit, um die Aufgabe sachgerecht ausführen zu können. Wir denken auch - wie viele andere heute bereits dargelegt haben -, dass die Approbation eine notwendige Voraussetzung für die Leitung der Sozialpsychiatrischen Dienste bleiben muss, weil allein die Diagnosestellung bereits eine ärztliche und psychotherapeutische Tätigkeit ist. Wir üben zwar einen noch recht jungen Beruf aus, nach knapp 26 Jahren sollte er aber doch bekannt sein.

Um den Kreis meiner Anmerkungen zu schließen: Aus unserer Professionssicht ist es elementar, dass die Ergebnisse aus Forschung und Behandlungsdokumentationen in den Kliniken und in der ambulanten Versorgung umgesetzt werden, zum Beispiel S3-Leitlinien und die PPP-RL. Dazu gehört nach dem gängigen Standard auch bei schweren psychischen Erkrankungen die psychotherapeutische Behandlung neben der pharmazeutischen Behandlung, eingebettet in ein multiprofessionelles Team auch aus weiteren Fachberufen. Ich will sie nicht alle nennen, aber wir dürfen sie nicht vergessen: die Pflege, die Ergotherapie, die Physiotherapie, die Sozialassistenz, die Soziotherapie usw. Das ist die wichtigste Prävention. Hier sollten unsere Anstrengungen liegen. Wenn Menschen ausreichend Behandlung nach Leitlinien erhalten, ganz besonders nach schwierigen Situationen wie einer Einweisung wider Willen, dann erhöht das die Compliance und verbessert die Prognose nach der Entlassung. Dies ist effektiver und wird weitaus besser angenommen als jedes Register mit unklarem Effekt. Ohne Beziehung gibt es keine Heilung und Linderung. Beziehung braucht aber Behandlungszeit.

Andreas Kretschmar: Ich möchte eine Anmerkung machen. Ich bin mittlerweile seit 35 Jahren in der Psychiatrie tätig und war erschrocken, als ich gesehen habe, dass im Gesetzentwurf eine Videoüberwachung vorgesehen ist. Ich habe das durchgelesen und gedacht: Da hat man sich viele Gedanken gemacht. Ich kann Ihnen aber aus meiner Erfahrung sagen: Ich habe die Video-

überwachung in Wachsälen kennengelernt, und es gibt einen Aspekt, der heute hier noch gar nicht benannt wurde, und zwar den Missbrauch. Ich habe die leidige Erfahrung machen müssen, dass die Videoüberwachung von Mitarbeitern missbraucht wurde. Insofern können Sie vielleicht nachvollziehen, weshalb ich sehr erschrocken darüber war, dass wieder eine Videoüberwachung stattfinden soll, auch wenn diese jetzt anders strukturiert werden soll als das, was ich vor über 20 Jahren erlebt habe.

Abg. Nicolas Mülbrecht Breer (GRÜNE): Vielen Dank für Ihre Stellungnahme. Meine erste Frage betrifft die Videoüberwachung. Dazu interessiert mich die Haltung der Psychotherapeutenkammer.

Meine zweite Frage: Können Sie noch kurz darauf eingehen, welche Rolle die Psychotherapie bei schwerst psychisch erkrankten Menschen spielt?

Dr. Kristina Schütz: Zur Videoüberwachung: Ich unterstreiche sehr, was Herr Kretschmar gesagt hat. Die Videoüberwachung betrifft ja nicht nur die Zwangsbehandlung bzw. die Absonderung. Laut § 40 soll sie auch für andere Menschen zumutbar sein, auch für Personal. Das ist ein Widerspruch im Gesetz; denn darin steht auch, dass Patient*innen so weit möglich auf offenen Stationen untergebracht werden sollen. Wir haben dann eine Listung und eine Videoüberwachung. Stellen Sie sich vor, Sie sind betroffen, Ihre Schwester, Ihr Bruder oder Ihr Kind sind in der Psychiatrie, und überlegen Sie, wozu das führt! Bitte überarbeiten Sie den § 40!

Ihre zweite Frage finde ich deswegen wichtig, weil uns immer vorgeworfen wird, dass wir nicht die schwerst psychisch Kranken behandeln. Wir tun dies sicherlich immer noch nicht in ausreichender Zahl, aber es ist nachgewiesen, dass Psychotherapie zusätzlich zu vielen anderen Verfahren, eingebettet in das multimodale Behandlungskonzept, sehr wirksam sein kann - sogar auch bei Psychosen, wo man früher zu lange abgewartet hat -, und zwar zur Distanzierung zu psychotischer Symptomatik, aber vor allen Dingen auch zur Erhöhung der Compliance. Insofern lautet meine Antwort: Wir sind an allen Stellen der Behandlung einzubinden und deswegen auch im Gesetz stärker zu berücksichtigen.

Abg. Claudia Schübler (SPD): Ich habe eine Verständnisfrage zu der Videoüberwachung. Sie haben gesagt, Sie haben erlebt, wie man dieses Instrument missbrauchen kann. Können Sie mir als Laie erklären, wie das gemeint ist?

Andreas Kretschmar: Es könnte sein, dass ich Ihnen damit etwas zumute. Das ist schon lange her, und es geht dabei nicht um das, was jetzt geplant ist, sondern es geht darum, wie es einmal war und was damals passiert ist. Ich bitte darum, diesbezüglich zu unterscheiden. Damals kam die Videoüberwachung in Wachsälen zum Einsatz. Da lagen die Menschen in ihren Zimmern. Ich möchte jetzt nicht im Detail ausführen, was man bei den Menschen, die in den Wachsälen liegen, am Monitor beobachten kann. Wenn dann mehrere Mitarbeiter vor einem Monitor sitzen und sich darüber lustig machen, was in solch einem Wachsaal passiert, würde ich sagen: Das ist ein echter Missbrauch. Ich bin damals auch eingeschritten. Das weiß ich noch, ich kann mich gut daran erinnern, und das werde ich in meinem ganzen Leben nie vergessen. Ich habe die dann weggejagt und gesagt: Das geht so nicht! Was macht ihr hier eigentlich?

Ein anderer Punkt ist: Wir leben in einer Zeit, in der Videos und Fotos eine große Bedeutung haben. Auch wenn im Gesetz steht, dass Aufnahmen nicht vorgesehen sind, so gibt es noch andere Möglichkeiten, diese anzufertigen und sie am Ende möglicherweise sogar zu veröffentli-

chen. Das gebe ich zu bedenken. Es gibt an dieser Stelle keine Sicherheit dafür, dass nicht irgendetwas auf irgendeine Art und Weise verbreitet wird. Auch wenn nichts aufgezeichnet wird, kann man ja mit dem Handy etwas von einem Monitor abfilmen. Sie haben bestimmt auch schon Fotos von irgendwelchen Darstellungen gemacht, zum Beispiel von Präsentationen. Das heißt, hier ist ein weiteres Gefahrenpotenzial für die Persönlichkeitsrechte der Betroffenen gegeben. Ich will niemandem irgendetwas unterstellen, aber wir alle wissen, dass die menschlichen Abgründe unergründlich sind. Deswegen wollte ich das erwähnt haben.

Abg. Marten Gäde (SPD): Vielen Dank für Ihre Ausführungen. Meine Frage betrifft ebenfalls die Videoüberwachung. Eine Videoüberwachung ist ja nach § 40 grundsätzlich ausgeschlossen bzw. verboten, es sei denn, die Absätze 2 oder 3 greifen. Es scheint sich dabei also um eine Ausnahmeregelung zu handeln, die in Einzelfällen bei ganz bestimmten Konstellationen - ich wüsste jetzt auch nicht, welche das sein sollten - notwendig sein könnte. Fallen Ihnen dazu Fallkonstellationen ein? Wenn ich Sie richtig verstanden habe, würden Sie den § 40 nicht gänzlich streichen wollen, sondern der Absatz 1 müsste bestehen bleiben, aber die Ausnahmeregelung müsste entfallen. Ist das richtig?

Dr. Kristina Schütz: Ich würde den Absatz 3 in § 40 so nicht stehen lassen wollen, er müsste gestrichen werden. Bei den Zwangsmaßnahmen ist die Videoüberwachung bei der Fixierung weiterhin ausgeschlossen. Bei der Absonderung ist sie jedoch nach § 28 Abs. 6 im Ausnahmefall möglich. Hier sehe ich ein großes Risiko. Diese Tür sollten wir gar nicht öffnen. Da würde ich es auch, wie in § 28 Abs. 5, verbieten.

Andreas Kretschmar: Inhaltlich stellt sich ja die Frage: Was wird eigentlich beobachtet? Wird die Tat beobachtet, die stattfindet, weil vielleicht jemand im Rahmen seiner Psychose einen anderen Patienten als Teufel vor sich sieht und ihn würgen muss? Können wir dann schnell eingreifen? Funktioniert das auch? Ich habe mir Gedanken darüber gemacht, ob man vielleicht auch ein intelligentes System haben könnte - KI-gestützt oder wie auch immer -, das dann praktisch auf diese eine Person, die man meint, identifiziert zu haben, abstellt, sodass man praktisch nur diese eine Person per Video im Visier hat und niemand anders. Ich könnte mir schon einiges vorstellen, was mit moderner Technik vielleicht möglich wäre. Trotzdem ist es aber am Ende so, dass man immer ein Tucken zu spät kommt. Es ist ja schön, wenn es klappt und wenn es dann auch jemand sieht oder wenn eine KI sofort Alarm schlägt. Aber ich glaube, davon sind wir noch weit entfernt. Wenn es solche Systeme bereits gibt, kann man natürlich auch weiter darüber reden, aber dann sollte auch im Gesetz oder wo auch immer angemerkt werden, welche anderen Wege man einschlagen möchte, um hier noch mehr Sicherheit, die im Rahmen der Klinikbehandlung eigentlich angesagt ist, zu gewährleisten, ohne dabei die Persönlichkeitsrechte einzuschränken oder zu verletzen. Das ist also schwierig.

Abg. Swantje Schendel (GRÜNE): Ich habe eine Nachfrage. Sie haben in Ihrer Stellungnahme zu § 28 auf Ihre zum ersten Entwurf vorgelegte Synopse verwiesen. Gilt das auch für § 40? Falls nicht: Können Sie uns das, was Sie hier mündlich vorgetragen haben, noch als Änderungsvorschläge nachliefern?

Dr. Kristina Schütz: Ich glaube, das ist schon in der Synopse, aber ich werde das noch einmal überprüfen.

Deutsche Polizeigewerkschaft Niedersachsen

Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 8 zu [Drs. 19/8542](#) und Vorlage 9 zu [Drs. 19/9722](#)

Anwesend:

- Jacqueline Emmermann

- Christian Tobias Gerlach

Jacqueline Emmermann: Vielen Dank für die Möglichkeit, aus der polizeilichen Praxis Stellung zu nehmen. Unsere schriftliche Stellungnahme liegt Ihnen bereits vor. Wir möchten heute bewusst auf Punkte eingehen, die im Einsatzalltag entscheidend sind.

Lassen Sie mich mit einem typischen Einsatz beginnen: Ein Streifenwagen wird nachts zu einer Person gerufen, die sich in einer akuten psychischen Ausnahmesituation befindet. Wir haben keine Anhaltspunkte dafür, dass eine Straftat vorliegt, wir haben aber auch keine klassische Gefahrenlage. Die Person wirkt auf uns orientierungslos, möglicherweise suizidal, vielleicht aggressiv. Aber eines ist sie vor allem: Sie ist krank. Als Polizei sind wir in der Regel als Erste vor Ort, aber häufig die Einzigen. Dann beginnt ein Prozess, der Sie höchstwahrscheinlich sehr überrascht: Die eingesetzten Kräfte warten - teilweise über Stunden - auf eine ärztliche Einschätzung. In dieser Zeit ist der Streifenwagen gebunden und für alle anderen Einsätze nicht mehr verfügbar. Insbesondere in ländlichen Regionen kann dies herausfordernd sein, wenn weitere Einsatzlagen hinzukommen. Gleichzeitig müssen Entscheidungen getroffen werden, die eigentlich medizinischer Natur sind.

Für uns stellen sich hier zentrale Probleme: erstens, wie gerade schon genannt, die langen Einsatzbindungen. Insbesondere nachts fehlen verfügbare und verlässliche ärztliche Strukturen. Dies führt zur Bindung erheblicher Ressourcen bei der Polizei.

Zweitens haben wir hier unterschiedliche Gefahreneinschätzungen. Wir kennen die Personen oftmals aus wiederholten Einsätzen. Für uns aus polizeilicher Sicht ist das Gefährdungspotenzial klar. Die ärztliche Bewertung fällt jedoch nicht immer deckungsgleich aus.

Daraus ergibt sich drittens der sogenannte Drehtüreffekt: Personen werden entweder nicht eingewiesen oder bereits nach sehr kurzer Zeit entlassen, nur um wenige Stunden oder Tage später wieder vor der Tür des Probanden stehen zu müssen, und das Spiel beginnt von vorne. Das ist aus unserer Sicht weder effizient noch im Sinne der Betroffenen, um ihnen echte Hilfe zukommen zu lassen, die sie eigentlich benötigen.

Viertens die Informationsdefizite: Gerade bei Hochrisikopersonen, von denen eine erhebliche Fremdgefährdung ausgeht, ist es für die Gefahrenabwehr entscheidend, zu wissen, wann jemand entlassen wird, um präventive Maßnahmen ergreifen zu können. Hier sehen wir aber durch die Einführung des neuen § 38 des Gesetzentwurfs deutliche Verbesserungen. Das ist ausdrücklich zu begrüßen.

Was haben aber alle diese Punkte gemeinsam? Die Polizei übernimmt Aufgaben, für die sie strukturell nicht vorgesehen ist. Daraus ergibt sich eine ganz zentrale Frage: Wie schaffen wir ein System, in dem die Polizei nicht mehr Primärintervent ist, sondern tatsächlich Ultima Ratio?

Christian Tobias Gerlach: Das ist für uns ein ganz entscheidender Schritt, über den wir uns lange Gedanken gemacht haben. Wer nachgeschaut hat, wird sich daran erinnern, dass wir uns als Deutsche Polizeigewerkschaft Niedersachsen einmal damit auseinandergesetzt und auch die Frage gestellt haben: Bekommen wir eigentlich medizinisches Fachpersonal, psychologisches Fachpersonal an die Einsatzstelle? Damals haben wir diese Schwierigkeit dargestellt.

Heute ist es so: Man lernt ja auch dazu. Da ist uns ein System aus den Vereinigten Staaten ins Auge gefallen, das es in abgewandelter Form bereits in Bayern gibt, welches genau diese medizinische Hilfe an die Einsatzstelle bringt. Das bedeutet konkret: Andere gehen bei geeigneten Einsatzlagen zuerst hinein. Wenn wir keine Hinweise auf eine Bewaffnung oder auf akute Gewalt haben, dann werden nicht die Einsatzkräfte der Polizei entsandt, sondern parallel spezialisierte Teams aus Fachpersonal und Peers. Die Peers sind Genesungsbegleiter, Personen, die etwas mitbringen, was wir als Polizei gar nicht mitbringen können; denn sie haben eigene Erfahrungen. Wir sind in der Regel Schutzfrau bzw. Schutzmann. Das können wir. Die wenigsten von uns haben eine medizinische Vorbildung. Von daher bringen wir dann Erfahrung an die Einsatzstelle, die wir als Polizei nicht an die Einsatzstelle bringen können. Das kann schon die gesamte Dynamik des Einsatzes verändern. Die Polizei ist da, aber wir werden uns im Hintergrund halten und nicht sofort in die Lage gehen. Das nennen wir „Staging“ oder „Bereitstellung“. Wenn es dann zu dem Fall kommt, dass wir intervenieren müssen, wären wir in Rufweite und könnten das auch tun.

Warum ist das jetzt entscheidend? - Aus meiner vergangenen Tätigkeit auf der Straße kann ich sagen: Manchmal reicht die Uniform aus. Wenn ich in Uniform irgendwo erscheine, dann kann das ein Trigger sein, der Handlungen auslöst, die es in Zivil oder durch nichtpolizeiliche Kräfte nicht gäbe, im Prinzip eine Eskalation durch die Uniform.

Wenn wir unseren Vorschlag des Krisenteams verfolgen - ich kürze das einmal so ab -, dann ist es möglich, dass wir eine deeskalierende Erstansprache durch dieses Team durchführen lassen. Ich erinnere daran: Die Polizei hält sich ja im Hintergrund und gewährleistet die Sicherheit. Das ist dann nicht weniger Polizei - wie gesagt, wir sind ja da -, aber das ist ein intelligenterer Einsatz von Polizei. Denn wenn die Lage kippt, ist die Polizei vor Ort und kann eingreifen. Aber die Polizei ist unter Umständen nicht für viele Stunden in einem Einsatz gebunden, der primär für die Polizei kein Einsatz sein sollte, weil es um kranke Menschen geht.

Dieses Modell adressiert direkt die Probleme, die wir beschrieben haben: Weniger unnötige Polizeieinsätze, weniger Eskalation, weniger Drehtüreffekte und eine bessere Versorgung der Betroffenen. Deshalb lautet unsere klare Empfehlung, in der gesetzlichen Grundlage die Erprobung solcher Teams über eine Experimentierklausel zu ermöglichen und das Ganze in die Strukturen der Leitstellenlogik zu integrieren.

Ich habe das Ganze in der Stadt, aus der ich komme, vorbesprochen. Dort ist das aus der entsprechenden psychiatrischen Klinik durchaus positiv begleitet worden.

Ein zweiter entscheidender Punkt ist der Informationsfluss. Das wurde heute ja auch schon thematisiert. Wir als Polizei sind natürlich auf Informationen angewiesen. Wir möchten keine Krankheitsbilder hören. Wir möchten keine Diagnosen hören. Uns würde es vielfach schon ausreichen, wenn wir wüssten, ob wir es mit einer gewaltbereiten Person zu tun haben und ob eine Eskalation zu erwarten ist oder nicht. Das ist auch die zwingende Voraussetzung für ein funktionierendes Bereitstellungssystem. Stellen Sie sich nur vor: Wir wissen nicht, dass eine gewaltbereite Person bzw. eine Eskalation zu erwarten ist, halten uns irgendwo im Hintergrund auf und es

passiert etwas. Wir unterstützen deshalb ausdrücklich die Regelungen zur Durchbrechung der Schweigepflicht bei Gefahren. Unseres Erachtens muss aber auch klar geregelt sein, dass auch der Eigenschutz der Einsatzkräfte ein legitimer Grund für die Informationsweitergabe ist. Am Ende muss die im Hintergrund bleibende Streife wissen, ob sie es mit einer potenziell gewaltbereiten Person zu tun hat oder nicht.

Normalerweise kommt in solchen Diskussion auch immer die Frage danach auf - vielleicht kommt sie nachher noch auf -, wer „den Hut aufhat“, wer also in solchen Ereignissen oder solchen Lagen die Einsatzleitung hat. Da sind wir auch dabei. Es muss sehr deutlich und sehr klar geregelt sein, wann das Krisenteam führt und wann die Polizei übernimmt. Unsere Empfehlung ist ganz deutlich: Spätestens dann, wenn Bewaffnung im Spiel ist oder wenn man eine eskalierende, mit physischer Gewalt einhergehende Lage hat, kann nur die Polizei entscheiden; denn da sind die gesetzlichen Regelungen und das Gewaltmonopol nun mal verankert. Das ist kein Detail. Es entscheidet aber im Zweifel über Sekunden, die für die Intervention wichtig sind. Denn wir alle können uns vorstellen, wie es ist, wenn wir vor Ort plötzlich in Zuständigkeitsdebatten verfallen und wer am Ende die Verantwortung trägt oder nicht.

Die zentrale Botschaft aus unserer Sicht ist recht einfach: Die aktuelle Praxis, wie wir sie bisher erleben, ist in jedem Fall sowohl für die Polizei als auch für das Gesundheitssystem und vor allem für die Betroffenen unbefriedigend. Wenn wir die Polizei wirklich als Ultima Ratio haben wollen, dann müssen wir die vorgelagerten Strukturen ausbauen. Wir müssen sie so aufstellen, dass sie ihre Rolle übernehmen kann. Ich denke, wir haben dafür mit den Street Crisis Response Teams bzw. Krisenteams einen praxistauglichen Ansatz geliefert, und wir würden uns bedanken, wenn er Berücksichtigung finden würde.

Abg. **Nicolas Mülbrecht Breer** (GRÜNE): Vielen Dank für die Stellungnahme. Vorhin hat Frau Professorin Dr. Gouzoulis-Mayfrank im Zusammenhang mit § 38 Abs. 5 des Gesetzesentwurfs zur Feststellung des Fremdgefährdungspotenzials erwähnt, dass es auch Kriterien der Polizei gibt. Mir war das vorher nicht bekannt. Ist Ihnen das im Dienst bekannt? Wie wird das genutzt? Wo kann man die Kriterien nachlesen? Hat das jede Dienststelle für sich? Vielleicht können Sie dazu etwas sagen.

In Ihrer schriftlichen Stellungnahme haben Sie im Zusammenhang mit den 24/7-Diensten zu Recht das Thema Konnexität angesprochen und zum Ausdruck gebracht, dass Sie sich damit anfreunden können, wenn das gut ausgestattet ist. So verstehe ich das zumindest. Was ist der Wunsch dahinter, wenn solch ein 24/7-Dienst käme? Was erhoffen Sie sich dann von diesem?

Ich habe noch eine grundlegende Frage. Freunde von mir, die bei der Polizei sind, werden vielfältig ausgebildet. In welchem Umfang findet dort die Ausbildung im Umgang mit Menschen in psychischen Krisen statt? Erfolgt das zu Ihrer Zufriedenheit? Wünschen Sie sich da mehr? Vielleicht können Sie dazu noch etwas sagen.

Jacqueline Emmermann: Ich möchte die erste Frage zu den vorhin geforderten Kriterien beantworten. Vorweg möchte ich dazu sagen, dass ein Kriterium als solches niemals ausreichen kann, um eine Person einer geschlossenen Unterbringung zuführen zu können, sondern mehrere Aspekte wirken zusammen, zum Beispiel wenn die Person schon massive Drohungen ausgesprochen hat, beispielsweise Gewaltfantasien, wenn uns psychosoziale Gesichtspunkte bekannt sind - das geht immer von Faktoren aus, die uns bekannt sind; beispielsweise eine Trennung oder ein Jobverlust geht damit einher, was für viele Menschen wirklich deutlich belastend sein

kann - oder wenn uns auch aus anderen Einsätzen bekannt ist, dass eine gewisse Waffenaffinität besteht. Sie können sich vorstellen: Je mehr solche Aspekte zusammenkommen, desto geringer ist unser Handlungsspielraum und desto eher ist es unser Ansinnen, mit den Experten ins Gespräch zu kommen und Fallkonferenzen durchzuführen. Oftmals haben wir ja in der Regel die vorliegenden Informationen aufgrund der Einsatzdichte. Deswegen können wir es nur begrüßen, dass wir auch das Instrument bekommen, zunächst eine Fallkonferenz einberufen zu können. Wie gesagt, wir sind nicht der ausschließliche Player, sondern wir sind jemand, der das anschieben kann und berufen uns dann entsprechend auf ihre Expertise. Dann wird die Konferenz zum Vorschein bringen, ob wir es beispielsweise mit einer Hochrisikoperson zu tun haben. Das Ziel ist ja, wie gesagt: Es geht um eine kranke Person, die Hilfe bedarf, und darum, dann interdisziplinäre Maßnahmen zu ergreifen, um dieser Person mittel- oder sogar langfristig helfen zu können.

Christian Tobias Gerlach: Sie haben auch gefragt, welche Vorteile - so habe ich Sie verstanden - 24/7-Dienste für die Polizei mit sich bringen würden. Wir sind Polizeibeamte. Das haben Sie ja in der zweiten Frage im Prinzip mit adressiert. Wir können Polizei! Das ist das, wofür wir in erster Linie ausgebildet sind. Wir als Polizei sollen die Maßnahmen der Gefahrenabwehr und Strafverfolgung treffen. Wir sind aber in der Regel nicht Mediziner. Natürlich gibt es auch in Niedersachsen Personal, das über eine rettungsdienstliche Ausbildung im Ehrenamt oder im Hauptamt verfügt. Dessen Zahl ist jedoch verschwindend gering. Das heißt, der Wunsch eines 24/7-Teams, das wir parallel zu den Einsätzen alarmieren, zielt natürlich darauf, medizinische fachliche Expertise vor Ort zu bringen, um eine Eskalation zu vermeiden. In den Medien gibt es ja immer wieder Beispiele, dass es zu Einsätzen der Schusswaffe kommt, wenn es um psychisch erkrankte Personen geht. Keiner weiß, wie die Situation vielleicht vergangen wäre, wenn frühzeitig Fachpersonal da gewesen wäre. Am Ende erhoffen wir uns davon also, dass es zu weniger Eskalationen kommt. Diese können, wie ich vorhin dargestellt habe, teilweise schon durch die bloße Anwesenheit erfolgen. Wir haben es hier mit kranken Menschen zu tun. Es ist primär nicht die Aufgabe der Polizei, uns mit kranken Menschen in dem Sinne zu beschäftigen, dass es darum geht, fachlich fundiert medizinische Maßnahmen zu treffen. Ich denke, es gibt sehr viele Menschen, die dafür besser geeignet und besser ausgebildet sind.

Zum Umfang der Ausbildung: Das wird in der polizeilichen Ausbildung natürlich thematisiert. Wenn Sie sich aber den Gesamtstrauß an Blumen anschauen, den wir eigentlich abbilden müssen, können Sie an einer Hand abzählen, dass es reicht, um ein Grundlagenwissen zu haben, um deeskalierend tätig zu werden. Das reicht aber meines Erachtens nicht aus - das weiß ich aus meiner vorhergehenden Verwendung im Rettungsdienst -, um fundiert auf jedwede psychische Ausnahmesituation zu reagieren. Das muss man einfach so festhalten. Wie gesagt, die Prioritäten bei uns sind in der Regel auch andere.

Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE): Vielen Dank auch meinerseits für Ihre Stellungnahme. Ich habe schon beim Lesen der Stellungnahme positiv zur Kenntnis genommen, dass nicht nur aus dem Bereich der Psychiatrie, sondern auch von der Polizei selbst der Wunsch nach Krisenteams geäußert wird, die entsprechend fachlich ausgebildet sind. Es ist für uns, glaube ich, eine große Herausforderung, gemeinsam zu prüfen, wie das überhaupt möglich sein kann, weil ja das Personal dafür nicht unendlich verfügbar wäre - einmal ganz abgesehen von den schon angesprochenen finanziellen Fragen.

Ich habe einige Fragen zu Ihren Ausführungen und zu Ihrer schriftlichen Stellungnahme. Sie haben ausgeführt, dass sich die Gefährdungseinschätzung manchmal unterscheidet und dadurch

auch Drehtüreffekte entstehen, wenn ich Sie richtig verstanden habe. Gibt es unter den zuständigen Einrichtungen vor Ort - Polizei, Kliniken, Sozialpsychiatrische Dienste - in solchen Fällen schon die Möglichkeit von anonymisierten Fallkonferenzen, sodass man grundsätzlich miteinander vor Ort über solche Problematiken ins Gespräch kommt? Mich würde interessieren, ob Sie bisher schon vor Ort teilweise zu einer gemeinsamen Verständigung kommen können.

Vorhin wurde von der DGPPN vorgeschlagen, dass von der Polizei nicht nur personenbezogene Daten an den Sozialpsychiatrischen Dienst und die Unterbringungseinrichtung übermittelt werden können, sondern sollen, weil polizeiliche Lageerkennnisse aus wiederholten Einsätzen bei den ärztlichen Diensten nicht vorhanden sind. Wie stehen Sie dazu? Wäre es für Sie denkbar, dafür eine Sollverpflichtung einzuführen?

Zu § 38 stellt sich mir auch die Frage: Andere Gremien betonen, dass die Weitergabe von personenbezogenen Daten zum Schutz von Leben, körperlicher Unversehrtheit und Freiheit von betroffenen Personen oder Dritten rechtlich eigentlich bereits nach der DSGVO möglich wäre. Ich habe Sie so verstanden, dass das weitergehend zu regeln wäre, wenn eine Gefährdung vorliegen würde. Mich würde interessieren, inwieweit sich das Handeln der Polizei tatsächlich ändern würde, wenn sie von der bevorstehenden Entlassung einer Person wüsste und welche Auswirkungen das hätte. Ich habe jetzt nur das Beispiel gehört, dass die Polizei Bescheid wüsste, wenn sie zu einem Einsatz gerufen würde. Wäre dies das Einzige? Es gibt ja auch Sorgen, dass die Polizei die Person dann vielleicht überwachen würde. Was wäre da überhaupt rechtskonform? Vielleicht können Sie das noch ausführen, um mehr Klarheit zu schaffen.

Jacqueline Emmermann: Zu der ersten Frage, ob es auch anlassunabhängig einen Austausch zwischen den unterschiedlichen Professionen gibt: Diesen Austausch gibt es. Er wird auch ausdrücklich von allen Seiten begrüßt. Es muss ja nicht immer konkret ein Fall vorliegen, sondern das ergibt sich ja auch, beispielsweise aufgrund der anstehenden Gesetzesänderung. Es ist unabhängig vom Thema unerlässlich, dass man sich regelmäßig austauscht, um einfach auf Augenhöhe agieren zu können und aber auch Verständnis zu schaffen. Es ist ja der erste wichtige Schritt, zu wissen, wie die Situation gerade auch in den Unterbringungseinrichtungen ist, wo dort Hemmnisse sind, um das auch entsprechend an unsere Kollegen zu transportieren. Denn Sie können sich ja vorstellen: Der eine oder andere Einsatz ist ja auch mit Frustration verbunden. Ich wiederhole es noch einmal: Bei uns steht auch die Gefahrenabwehr im Vordergrund. Aber es gibt, wie erwähnt, auch die sogenannten Drehtüreffekte. Wir haben mitunter auch mit Personen zu tun, die das „Spiel“ kennen, die genau wissen, wie sie sich verhalten müssen - ich rede hier nicht von allen, sondern von einzelnen Fällen -, wenn der Arzt sie dazu begutachten will, ob es für eine zwangsweise Unterbringung reicht. Sie wissen das dann genau und sind wieder ruhig. Dann, wenn der Arzt unverrichteter Dinge von dannen zieht, beginnt für uns das Spiel von vorne. Das sind Frustrationsmomente - das sage ich ganz bewusst -, wenn die Kollegen im Weiteren dennoch mit der Person beschäftigt sind. Dafür dann in dem regelmäßigen anlassunabhängigen Austausch auch gegenseitig Transparenz zu schaffen, hilft schon sehr viel.

Christian Tobias Gerlach: Sie haben auch eine Frage zum Datenaustausch gestellt, der vorhin vonseiten der DGPPN angesprochen wurde. Wir haben hier in der Tat ein Spannungsverhältnis, was den Datenaustausch angeht. Wenn ich mich recht entsinne, wurde vorhin darauf hingewiesen, dass zwar der Ärzteschaft die Möglichkeit eröffnet werden soll, Daten mit uns auszutauschen, aber auch sehr klar die Forderung aufgestellt, dass wir dies als Polizei müssen und sollten. Wir haben durchaus Verständnis dafür, dass die ärztliche Schweigepflicht und der Vertrauensschutz einen hohen Stellenwert haben. Das ist aber letzten Endes keine Einbahnstraße. Bei uns

geht es auch um die Möglichkeit, an gewisse Daten heranzukommen. Wie ich vorhin schon ausgeführt habe, geht es uns nicht um konkrete Krankheitsbilder oder Diagnosen, sondern nur darum, wie wir geschützt sind oder nicht. Gerade bei Hochrisikopersonen ist das für uns von einer gewissen Relevanz. Ich glaube, wir teilen als Polizei jetzt schon relativ viele Daten mit den entsprechenden Facheinrichtungen unsererseits, aber haben auch den Wunsch, dass auch wir diese Daten bekommen, soweit sie für uns relevant sind. Beantwortet das Ihre Frage?

Abg. Swantje Schendel (GRÜNE): Ich habe verstanden, dass Sie noch nicht ausreichend Daten bekommen. Mir stellt sich aber die konkrete Frage, was sich tatsächlich in dem Handeln der Polizei ändern würde, wenn sie zum Beispiel von der bevorstehenden Entlastung einer Hochrisikoperson - das müsste man ja auch noch definieren - erfahren würde. Ist es nur das Beispiel, das Sie genannt haben, wenn die Polizei mal wieder zu der Person zu einem Einsatz gerufen wird, sodass sie dann mehr über die Person wüsste? Wäre dies das Einzige, oder würde sich Weiteres ändern, wenn sie wüsste, dass die Entlassung der Person bevorsteht? Zur Ergänzung: Das ist im Gesetz, glaube ich, noch nicht festgelegt. Deswegen ist das noch eine offene Frage oder zumindest eine Sorge von Betroffenen.

Christian Tobias Gerlach: Dann habe ich die Frage anders verstanden, nämlich bezogen auf den konkreten Einsatz und die Möglichkeit des Datenaustausches in diesem Kontext.

Wenn wir Personen schon kennen und diese Information bekommen, dann wird diese Person deshalb nicht überwacht. Dafür haben wir viel zu wenig Personal. Wie sollten wir das denn noch leisten können? Das wäre also nicht möglich. Diese Gefahr würde nicht bestehen. Man kann sich aber polizeilicherseits durchaus schon darauf einstellen, dass man intervenieren muss. Ich sage das aus meinem eigenen Erleben. Es gibt Personen, von denen man weiß, dass sie wiederkehrend Taten begehen. Wir haben häufig auch Einsätze im direkten Umfeld - ich komme aus einer Stadt, in der es eine psychiatrische Klinik gibt -, bei denen man teilweise schon vom Einsatzbild her zumindest eine Idee hat. Dann kann ich mir auch nachrangig Informationen durch Personen holen, die vielleicht in der Betreuung waren. Ich kann vielleicht Verbindung zu Angehörigen aufnehmen. Diese Möglichkeit habe ich aber nur dann, wenn ich das Ganze frühzeitig weiß und im Zweifel sagen kann: Wir hatten in der vorletzten Woche mit dieser Person einen Einsatz. Auf diese Art und Weise bekommt man diese Person vielleicht doch etwas „heruntergefahren“, sodass es gar nicht erst zu einer Eskalation kommt. Also die bloße Information eröffnet polizeiliche Handlungsalternativen, die wir sonst aus der Situation vielleicht gar nicht hätten.

Jacqueline Emmermann: Ich möchte das gerne mit konkreten Maßnahmen auch aus dem Gefahrenabwehrrecht ergänzen und Ihnen erläutern, da Sie gefragt haben, was wir damit anfangen sollen. Wir haben verschiedene Instrumentarien. Wir bewegen uns hier ausschließlich im Bereich der Gefahrenabwehr. Der Klassiker ist beispielsweise die sogenannte Gefährderansprache - die auch in dem Gesetzentwurf der CDU-Fraktion als eine der Maßnahmen erwähnt wird -, sobald man weiß, dass eine bestimmte Person aus der Einrichtung entlassen wurde, was nach unserer Einschätzung vielleicht zu früh der Fall war, sodass wir die Person dann aufsuchen können, ins Gespräch gehen oder auch Konsequenzen für den Fall auführen, dass die Person Straftaten begeht. Wir haben auch weitere Maßnahmen aus dem Gefahrenabwehrrecht, nämlich neben der Gefährderansprache beispielsweise den Platzverweis, wenn sich die Person an einem Ort aufhält und die Gefahr besteht, dass dort Straftaten begangen werden. Wenn wir feststellen, dass die Person gefährliche Gegenstände mit sich führt, dann können wir diese Gegenstände nach dem Niedersächsischen Polizei- und Ordnungsbehördengesetz sicherstellen. Das ist aber keine abschließende Aufzählung, sondern sind Beispiele.

Abg. **Marten Gäde** (SPD): Meine erste Frage: Wo wären die Kriseneinsatzteams, die Street Crisis Response Teams, organisatorisch angesiedelt? Wären sie dann eine Einheit bei der Polizei oder bei der Kommune so wie jetzt schon der Sozialpsychiatrische Dienst?

Meine zweite Frage: Wie werden beim Datenaustausch die Daten verarbeitet und gespeichert? Würde es mit der geplanten gesetzlichen Regelung zu einer anderen Datenspeicherung als bisher kommen? Sie haben ja auch schon bisher Daten aus Einsätzen.

Christian Tobias Gerlach: Die erste Frage ist einfach zu beantworten: Die Zuständigkeit bleibt bei der Kommune und nicht bei der Polizei.

Zu der zweiten Frage: Die Daten, die wir polizeilicherseits erheben, werden polizeilicherseits verarbeitet und gespeichert. Aktuell bekommen wir keine Daten darüber hinaus. Da das Ganze im Einklang mit dem Datenschutzrecht erfolgt, wird man auch diese Daten entsprechend so verarbeiten und speichern, wie man dies auch bisher macht. Man wird also letzten Endes die Speicherfristen an einer Gefahrenprognose festmachen. Dann werden die Daten genauso gelöscht, wie sie auch bisher gelöscht werden.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Frau Emmermann, Sie haben deutlich gemacht, dass es sich um kranke Menschen mit Hilfebedarf handelt. In der gesamten Stellungnahme, gerade auch von Herrn Gerlach, ist deutlich geworden, dass es originäre Polizeiaufgaben zur Gefahrenabwehr gibt. Das ist im Niedersächsischen Polizei- und Ordnungsbehördengesetz geregelt. Darüber hinaus gibt es aber viele Graubereiche - das haben Sie eben auch schon ausgeführt -, die Menschen zum Teil für sich nutzen, wenn sie diesen Graubereich kennen, indem sie dann, wenn der Arzt bei ihnen ist, ihr Verhalten vielleicht so anpassen, dass sie dann in das andere Gesetzesgebiet hineinrutschen. Gesetze sollen aber Sicherheit geben, auch im Handeln. Daher meine konkrete Frage, die an das anschließt, was uns Frau Matzel und auch andere Personen in Loccum mitgegeben haben: Ist dann, wenn wir in der Gefahrenabwehr eigentlich alles geregelt haben, überhaupt ein Sonderrecht notwendig? Ist es also aus Ihrer Perspektive eine notwendige Ergänzung oder ein unnötiges Sonderrecht, das wir in diesem Gesetz schaffen?

Jacqueline Emmermann: Ich finde, es ist ein notwendiges Sonderrecht. Noch einmal zur Klärstellung: Es geht hier um die Hilfe für psychisch kranke Menschen. Wir kommen - wie schon mehrfach gesagt wurde - als Ultima Ratio ins Spiel. Genauso wie die zwangsweise Unterbringung als Ultima Ratio deklariert ist, ist unser Einsatz, unser Einschreiten ja auch als letztes, mildestes oder mögliches Mittel vorgesehen. Von daher ist es für uns schon wichtig, beide Gesetze getrennt voneinander zu betrachten, um hier auch eine gewisse Trennschärfe zu haben, dass wir es primär mit psychisch kranken Menschen zu tun haben, die ärztliche Hilfe und nicht primär das polizeiliche Intervenieren benötigen.

Psychiatrieausschuss Niedersachsen

Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 3 zu [Drs. 19/8542](#) und Vorlage 4 zu [Drs. 19/9722](#)

Anwesend:

- Philipp Gehle
- Matthias Koller

Philipp Gehle: Vielen Dank für die Einladung zu der heutigen Anhörung und die Möglichkeit zum fachlichen Austausch. Es sind schon wesentliche Aspekte unter anderem von der Besuchskommission Weser-Ems, aber auch vom Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen zur Sprache gekommen. Dem schließen wir uns an. Wir möchte aber noch einige Fokuspunkte erwähnen. Unsere Stellungnahme ist mit dem Psychiatrieausschuss und der Besuchskommission erstellt und abgestimmt worden.

Zu Beginn ein zentraler Punkt: Der Psychiatrieausschuss setzt sich nachdrücklich für einen respektvollen und diskriminierungsfreien Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen ein. Gleichzeitig erleben wir im Alltag weiterhin Unsicherheit und Distanz. Das verstehen wir als gesamtgesellschaftliche Herausforderungen.

Ich bin heute Morgen mit der Bahn angereist. Wenn - ein fiktives Fallbeispiel - eine Frau mit Gehbehinderung auf mich zugekommen wäre, hätte ich meinen Platz oder hätten auch andere Menschen ihren Platz frei gemacht. Wäre es aber eine Person gewesen, die mit sich selber zu kämpfen hat und Stimmen hört, ist die gesellschaftliche Situation anders.

Vor diesem Hintergrund schlagen wir vor, den Gesetzentwurf durch eine Präambel klarer auszurichten. Diese sollte deutlich machen, dass es um Unterstützung, Versorgung und den Schutz geht, und das in den Mittelpunkt stellen, und zwar getragen von Würde, Selbstbestimmung und Teilhabe der betroffenen Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Ein zweiter zentraler Punkt ist die Prävention. Aus fachlicher Sicht erweist sich: Angebote können Krisen reduzieren und verhindern. Anders gesagt: Eine gute Versorgungsstruktur ist die beste Grundlage für Sicherheit. Daher empfehlen wir den Ausbau regionaler Angebote, insbesondere gemeindepsychiatrische Strukturen und präventive Angebote wie Präventionsambulanzen.

Vorhin ist ja auch die Fragestellung aufgekommen, wie viel Personaleinsatz bei den Sozialpsychiatrischen Diensten notwendig ist: Wenn Sie davon ausgehen, dass im Home Treat immer zwei Mitarbeiter einen Hausbesuch stattfinden lassen, dann ist dafür im Sozialpsychiatrischen Dienst neben den 24/7-Diensten, bei denen es sich nur um telefonische Angebote handelt, grundsätzlich ohnehin ein höherer Personaleinsatz erforderlich.

Ich komme nun zu den Regelungen des Gesetzentwurfs der Landesregierung im Einzelnen. Zunächst zu § 10 betreffend Eingriffsbefugnisse. Von den kommunalen Spitzenverbänden wurde unter anderem der Krankentransport thematisiert. Das greifen wir ebenfalls auf. Für die praktische Umsetzung halten wir es für sinnvoll, Krankentransporte einzubeziehen und die dort Mitarbeitenden, sofern dies erforderlich ist, mit den entsprechenden Befugnissen als Verwaltungsvollzugsbeamtinnen und -beamte auszustatten. Dies dient zur Rechtssicherheit und Handlungsfähigkeit vor Ort.

Wie wir unter anderem in der Stellungnahme seitens des Sozialpsychiatrischen Dienstes gehört haben, ist nicht geklärt, wie es dann weitergeht, wenn jemand zu einem Krankenhaus transportiert wird, aber eine Behandlungsbedürftigkeit nicht festgestellt wird und die Person entlassen wird oder gar nicht erst aufgenommen worden ist. An dieser Stelle kann eigentlich nur ein Krankentransport oder ein Taxiunternehmen die Lösung sein, da das Krankenhaus ja gar nicht in einer Situation ist, in der überhaupt SGB-V-Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft treten würden. Der Notarzt, der in Loccum angehört worden ist, hat deutlich mitgeteilt, dass Bestandteil der Grundausbildung von Notärzten gar nicht die Deeskalation oder das Krankheitsbild psychischer Erkrankungen ist, sondern lediglich die Rettungssanitäter bzw. Notfallsanitäter über diese Befugnisse verfügen können.

In § 13 des Gesetzentwurfs sind die Voraussetzungen der Unterbringung geregelt, die ja einen schwerwiegenden Grundrechtseingriff in die persönliche Freiheit darstellt. Der Gesetzentwurf senkt die Eingriffsschwelle bei einer gegenwärtigen erheblichen Gefahr ab, indem auch schwer prognostizierbare Gefahren einbezogen werden. Das kann in der Praxis zu häufigen Unterbringungen führen, auch wenn sie nicht zwingend erforderlich sind. Gerade vor dem Hintergrund aktueller gesellschaftlicher Diskussionen besteht nachvollziehbar die Tendenz, im Zweifel eher auf der sicheren Seite zu entscheiden und jemanden einzuweisen. Hierzu möchte ich darauf hinweisen, dass die Einschätzung der Wahrscheinlichkeit einer Gefährdung im Medizinstudium nicht vermittelt wird. Das wäre aus unserer Sicht nicht im Interesse der betroffenen Menschen und wirft zugleich Fragen nach der Verhältnismäßigkeit auf. Hierzu ein Beispiel: Wenn die Dauergefahr gezogen werden sollte und es um einen an Demenz erkrankten Menschen geht, der in einem Pflegeheim lebt, könnte wahrscheinlich des Öfteren gezogen werden, dass diese Person renitent ist und dann vielleicht in eine gerontopsychiatrische Einrichtung vermittelt werden müsste.

Der Psychiatrieausschuss hat bereits in früheren fachlichen Stellungnahmen, Hintergrundpapieren und in der Sitzung dieses Ausschusses am 13. November 2025 darauf hingewiesen, dass eine Ausweitung der Eingriffsbefugnis sehr sorgfältig begrenzt werden sollte. Im Fokus sollte nicht der Zeitpunkt der Unterbringung sein, sondern die Qualität der Einschätzung. Wir sprechen uns daher für die Streichung des § 13 Abs. 2 Nr. 2 aus. Sollte daran festgehalten werden, sollten zumindest klare Kriterien gelten. Hier kann die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs eine wichtige Orientierung bieten. Demnach liegt eine relevante Gefährdung nur dann vor, wenn eine hohe Wahrscheinlichkeit des Schadenseintritts oder ein konkreter Anlass besteht, dass sich die Gefahr tatsächlich verwirklicht. Wir schlagen daher vor, dies ausdrücklich im Gesetz zu verankern, um eine verlässliche und verhältnismäßige Anwendung sicherzustellen.

Des Weiteren noch zu § 13 betreffend Unterbringungen: Wir plädieren dafür bei der Unterbringung von Kindern und Jugendlichen vorrangig die Regelungen des Bürgerlichen Gesetzbuchs anzuwenden. Die aktuelle Formulierung kann dazu führen, dass eher auf das neue NPsychKHG zurückgegriffen wird, obwohl eine Unterbringung nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch möglich wäre. Die Einbindung der Eltern ist für den Behandlungserfolg von zentraler Bedeutung. Nur in begründeten Ausnahmefällen sollte eine Unterbringung nach dem zukünftigen NPsychKHG erfolgen. Eine begründete Ausnahme wäre in solchen Fällen zum Beispiel die Nichterreichbarkeit der sorgeberechtigten Personen oder ein Anhaltspunkt für eine Kindeswohlgefährdung. Damit wird sowohl dem Schutz der betroffenen Kinder und Jugendlichen als auch der Bedeutung familiärer Verantwortung Rechnung getragen.

Ich möchte gerne noch eine gute Regelung in § 30 Abs. 4 a Satz 2 des Gesetzentwurfs der CDU-Fraktion betreffend den Psychiatrieausschuss hervorheben. Grundsätzlich teilen die Besuchskommissionen dem Psychiatrieausschuss Mängelanzeigen mit. Wir sprechen dann darüber, wie es weitergeht, welche Behörde informiert wird und wann das Ministerium darüber informiert wird. Der Vorschlag der CDU-Fraktion geht aber darüber hinaus:

„Das Sozialministerium oder die zuständige Aufsichtsbehörde teilen dem Ausschuss innerhalb einer angemessenen Frist schriftlich mit, welche Maßnahmen zur Beseitigung der festgestellten Mängel ergriffen wurden.“

Dies würde unsere Arbeit wesentlich vereinfachen und einen kommunikativen Austausch ermöglichen.

Matthias Koller: Heute ist viel über die Verbesserung der Prävention und über die Verbesserung der Versorgung gesprochen worden, um zu verhindern, dass Menschen überhaupt in die Unterbringung kommen. Das ist ganz wichtig, ganz richtig und möchte ich noch einmal nachdrücklich als Ausgangspunkt unterstreichen.

Ich komme nun zunächst zu zwei Vorschriften, die auch Frau Professorin Dr. Gouzoulis-Mayfrank angesprochen hat. Sie hat ja über die Zwangsbehandlungsvorschriften und darüber gesprochen, dass der § 22 des Gesetzentwurfs der Landesregierung dort eine Lücke lässt, wo Menschen so krank sind oder das Krankheitsbild so geartet ist, dass die Selbstbestimmungsfähigkeit durch eine Behandlung nicht wiederhergestellt werden kann, aber trotzdem durch eine Behandlung eine Verbesserung des Gesundheitszustandes insgesamt und womöglich eine Verbesserung oder überhaupt eine Fähigkeit zur Entlassung in eine nachsorgende Einrichtung hergestellt werden kann. Dazu, wie man das formulieren könnte, hat der Psychiatrieausschuss auf der Seite 10 seiner schriftlichen Stellungnahme einen Vorschlag gemacht. Dabei will ich nicht verhehlen, dass im Psychiatrieausschuss diskutiert worden ist, ob man das Gesetz wirklich dafür ändern muss und ob es nicht bei der bisherigen Regelung bleiben sollte. Die Mehrheit der Menschen, die an der Diskussion beteiligt waren, hat sich dafür ausgesprochen, an dieser Stelle eine Änderung vorzunehmen, um gerade auch die Fälle zu erfassen, in denen Menschen nicht wieder zur Selbstbestimmungsfähigkeit befähigt werden können, aber trotzdem sinnvoll behandelt werden können mit dem Ziel, sie später entlassen zu können.

Zu § 23 in dem Gesetzentwurf der Landesregierung betreffend die Abwehr einer erheblichen gegenwärtigen Gefahr haben auch wir über die Frage diskutiert, ob es notwendig ist, in diesem Paragraphen nicht nur den Fall der Abwehr einer erheblichen gegenwärtigen Gefahr für den Betroffenen, für den Untergebrachten selbst, sondern auch für dritte Personen aufzunehmen. „Für dritte Personen“ heißt immer nur - das ist verfassungsrechtlich so vorgegeben und abgesichert -: für Menschen, die in der Klinik mit dem Patienten zusammentreffen, Behandelnde, Mitpatienten und andere Personen in der Klinik, die dort eventuell durch Fremdaggression beeinträchtigt werden könnten. Auch dazu gab es im Psychiatrieausschuss unterschiedliche Meinungen. Das ist ganz klar. Es gab die Meinung, solche Drittgefährdungen könne man doch durch eine Fixierung oder Isolierung, durch Freiheitsentzug genügend abwenden, und man müsse nicht weiter behandeln. Der Bundesgerichtshof hat das in einer Entscheidung anders gesehen und gesagt, es kann Fälle geben, in denen auch eine Zwangsbehandlung ein milderer Mittel ist. Die Entscheidung ist in der schriftlichen Stellungnahme des Psychiatrieausschusses beschrieben. Der Fall war aber einer, in der die Alternative zu einer Behandlung, um dem Patienten die Aggression zu nehmen und ihn gesundheitlich zu fördern, darin bestanden hätte, ihn langfristig zu fixieren

und/oder zu isolieren. Das wären dann Fälle - darauf bezog sich vorhin ja auch eine Frage -, in denen zur Abwehr von Drittgefahren möglicherweise eine Zwangsbehandlung ein milderer Mittel sein könnte. Darüber wurde im Psychiatrieausschuss diskutiert. Beide Auffassungen sind erwogen worden. Deswegen stelle ich beide dar. Auch in diesem Fall bestand mehrheitlich die Meinung, man solle diese Vorschrift entsprechend anpassen. Auch dazu haben wir einen Vorschlag gemacht. Übrigens findet sich ein Formulierungsvorschlag gerade zu diesem Thema auch in dem Gesetzentwurf der CDU-Fraktion. - So weit zur allgemeinen psychiatrischen Versorgung.

Ganz viel diskutiert wurde heute über die besonders kritischen und gefährlichen Fälle, die ich jetzt ganz ungern - nur um dies schlagwortartig zu nennen - als Gefährderfälle bezeichne. Es ist viel darüber gesprochen worden, dass diese Menschen dann ja in die Forensik kommen. Tatsächlich ist die Person, die in Aschaffenburg auffällig geworden ist, inzwischen rechtskräftig zur Unterbringung nach § 63 StGB, also in der Forensik, verurteilt worden. Auch die Frau aus dem Vorfall auf dem Bahnhof in Hamburg ist inzwischen zu einer Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus verurteilt worden, allerdings, glaube ich, noch nicht rechtskräftig. Das führt also schon dahin. Nur, es kann ja keine Lösung sein, nicht Maßnahmen zu ergreifen, um Gefahren abzuwenden, und auch die Unterbringung in der Forensik zu verhindern. Da muss man also sicher herangehen.

Auf der anderen Seite muss man sich aber darüber im Klaren sein: Es geht um eine minimale Zahl von Fällen. Bundesweit sind 2023 insgesamt 1 200 Menschen nach § 63 StGB in der forensischen Psychiatrie untergebracht worden. Insgesamt 400 000 Menschen haben sich in diesem Jahr in stationärer psychiatrischer Behandlung befunden. In insgesamt 42 000 Fällen hat ein Betreuungsgericht eine betreuungsrechtliche Unterbringung angeordnet, und in insgesamt 43 000 Fällen hat ein Betreuungsgericht eine PsychKG-Unterbringung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung angeordnet. Wir sehen also: Es geht um einen ganz minimalen Bereich. Das müssen wir im Hinterkopf haben, wenn wir darüber nachdenken, ob in § 13 wirklich eine Verschärfung aufgenommen werden soll oder nicht, die dann alle - nicht nur diese 1 200 zielgerichtet - trifft.

Das ist dann auch das Problem bei dem § 38, bei der Schweigepflichtdurchbrechung. Die Schweigepflicht ist wirklich ein wichtiges und ganz hohes Gut. Auch in der verfassungsgerichtlichen Rechtsprechung wird immer wieder sehr betont, wie wichtig die Schweigepflicht ist. Da jetzt allzu viele Offenbarungspflichten zu konstruieren und zu konstituieren, ist gefährlich. Das beeinträchtigt und gefährdet die Behandlungssituation. Mir ist, ehrlich gesagt, immer noch nicht klar geworden, warum die kommunalen Spitzenbeamten wissen müssen, wer in ihrer Gemeinde psychisch krank ist. Das sage ich jetzt aber etwas zugespitzt. Bei der Mitteilung an die Polizei kann es natürlich Fälle geben, in denen eine Gefahr auch mit Hilfe der Polizei und von polizeilichen Informationen und polizeilichen Einsatzmöglichkeiten begrenzt werden kann. Da brauchen wir aber eine sehr konkrete und sehr genaue Gefahr. Eine Verpflichtung, der Polizei immer etwas mitzuteilen, darf es eigentlich nicht geben. Nach § 38 Abs. 1 des Gesetzentwurfs der Landesregierung sollen nur ganz wenig Daten mitgeteilt werden: nur der Name des Gefährders und welches Risiko droht, ob er etwa seine Frau gefährden wird, ob er Gartenlauben anzünden oder dieses oder jenes tun wird, also die Art der Gefährdung. Mehr soll eigentlich nicht mitgeteilt werden. In § 38 Abs. 3 taucht dann plötzlich auf, dass dann doch eine „psychiatrische Gefährdungseinschätzung“ übermittelt werden soll. Insofern stellt sich die Frage, ob das etwas anderes ist und man plötzlich doch Gesundheitsdaten weitergeben soll. Das wäre dann noch wesentlich bedenklicher.

Insgesamt wird man sich Gedanken darüber machen müssen, für welche Fälle das zutrifft. Auch der Landesdatenschutzbeauftragte hat heute Morgen gesagt, dass genau eingegrenzt werden muss, in welchen Fällen welche Daten weitergegeben werden dürfen und zu welchen Zwecken diese Daten nützlich sein können. Auch darüber muss man sich im Vorfeld klar werden. Wir haben ja gehört, dass zu den datenschutzrechtlichen Fragen noch erheblicher Diskussionsbedarf besteht, sodass es, glaube ich, nicht nützlich ist, dazu jetzt noch ganz viel zu sagen. Das muss insgesamt überdacht werden.

Abg. **Eike Holsten** (CDU): Wir haben den Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung dankenswerterweise regelmäßig bei uns im Ausschuss zu Gast. In der Sitzung am 8. Mai 2025 haben wir gefragt, wann wir uns denn mal tatsächlich im Ausschuss mit dem Gesetzentwurf zum NPsychKG beschäftigen werden, wie wir dies heute endlich machen. Seinerzeit haben wir - ich meine, von Herrn Sueße oder Herrn Burlon - leise Kritik hinsichtlich der Einbindung ihrer Expertise in den Prozess herausgehört. Vom Ministerium ist jedoch erklärt worden - ich habe das gerade extra noch einmal im Protokoll nachgelesen -, dass ihre Expertise selbstredend in die Erarbeitung des Gesetzentwurfs Eingang finde werde. Mich interessiert, ob das aus Ihrer Sicht hinreichend gelungen ist.

Matthias Koller: Bei dem Referentenentwurf vor der Verbandsanhörung waren es einzelne Fragen, aber das war relativ wenig. Dann kam die Verbandsanhörung. Parallel dazu hatte eine Arbeitsgruppe des Psychiatriausschusses, an der auch Frau Loer beteiligt war, mit Herrn Burlon, Herrn Sueße und mir ein Hintergrundpapier erarbeitet, das wir dann ja auch hier im Ausschuss sehr ausführlich vorstellen und diskutieren konnten und das, denke ich, nach wie vor auch die Auffassung des Ausschusses ist. Das war dann aber die einzige Form der Beteiligung bis zu der Verbandsanhörung. Nach der Verbandsanhörung hat es zu deren Ergebnissen noch einmal Gespräche mit einzelnen Mitgliedern des Psychiatriausschusses gegeben, auch zur Ausgestaltung einzelner Vorschriften und dazu, wie man mit bestimmten Kritikpunkten umgehen könnte und was dahinter steht.

Abg. **Nicolas Mülbrecht Breer** (GRÜNE): Vielen Dank für Ihre Ausführungen. Ich habe mal durch andere PsychKGs geblättert und in Berlin einen Paragraphen gefunden, der die wissenschaftliche Evaluation der aktuellen Standards alle fünf Jahre betrifft. Haben Sie schon mal von so etwas gehört, und sollte man das in das NPsychKHG aufnehmen?

Matthias Koller: Ich meine, das wird inzwischen auch in Sachsen-Anhalt gemacht. Im Bund hat es eine Evaluation des Betreuungsrechts - das waren damals die §§ 1 906 und 1 906 a - zur Unterbringung und Zwangsbehandlung gegeben, wo mit gewissen Ergebnissen nachgeforscht worden ist, wie die Gerichtspraxis, die Praxis in den Einrichtungen und auch in den nachsorgenden Einrichtungen war. Gegeben hat es also so etwas schon, und so etwas kann gemacht werden und könnte vielleicht sinnvoll sein, um Erkenntnisse zu gewinnen, ob es irgendwo Ausweitungen durch irgendwelche Gesetzesänderungen gibt oder ob empfindliche Lücken bleiben. Lückenlos sicher wird man es nicht machen können und darf man es auch nicht machen. Das ist auch gar nicht der Auftrag. Evaluieren könnte man das aber, um zu erkennen, wo insbesondere Lücken sind. Es gibt viele Fragen, die noch ungeklärt sind, auch dazu, ob die Vorschrift hinsichtlich der Dauer Gefahr tatsächlich zu mehr Unterbringungen führt oder nicht. Die Gefahr kann man sehen. Ob es dann tatsächlich so ist, müsste man einmal vergleichen. In anderen Ländern gibt es ja parallele Vorschriften.

Abg. **Marten Gäde** (SPD): Über viele andere Punkte haben wir schon im Laufe des Tages gesprochen. Zu § 33 des Gesetzentwurfs der Landesregierung haben Sie erwähnt, dass Sie sich eine Regelung wünschen würden, nach denen Sie nach Mängelanzeigen auch Rückmeldungen erhalten. Ich bitte Sie, dazu noch etwas zu sagen.

Philipp Gehle: Wenn von einer Besuchskommission Mängel angezeigt worden sind und wir dann in diesem Prozess sind, wäre es natürlich zielführend, wenn eine Regelung im Gesetz verankert würde, nach der die Besuchskommission nach einer Mängelanzeige eine Rückmeldung von den Behörden und auch vom Ministerium erhält. Denn das Problem ist immer: Wir prüfen immer wieder die Einrichtungen, und dann steht auf einmal in der Presse, dass zum Beispiel eine Klinik in Niedersachsen, die speziell für Kinder und Jugendliche zuständig ist, schließen soll, obwohl wir immer wieder darauf hingewiesen haben. Wir bekommen aber keine Rückmeldungen. Es wäre schön, wenn das im Gesetz verankert wäre.

Niedersächsische Psychiatrie-Konferenz

Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 5 zu [Drs. 19/8542](#) und Vorlage 6 zu [Drs. 19/9722](#)

Dr. Ansgar Siegmund: Ich spreche für die ärztlichen Leitungen der psychiatrischen Kliniken und Abteilungen, in denen unsere Patientinnen und Patienten behandelt werden. Als letzter Anzuhörender versuche ich, einen eher konsonanten Schlussakkord zu finden. Vieles von dem, was hier gesagt wurde, war relativ einheitlich. Es gab Kritikpunkte, die wiederholt genannt wurden. Denen kann ich mich eigentlich nur anschließen. Ich kann mich auch der Aussage anschließen, dass der zweite Entwurf für das Gesetz eine wesentliche Verbesserung gebracht hat. Ich kann mich aber auch den Kritikpunkten anschließen, dass der Gesetzentwurf der Landesregierung noch erheblich überarbeitungswürdig ist.

Ich möchte jetzt die Perspektive der Krankenhäuser in den Blick nehmen. Interessanterweise taucht der Begriff „Krankenhaus“ in dem Gesetzentwurf so gut wie gar nicht auf. Wir werden immer als Unterbringungseinrichtung bezeichnet. Das ist ein ganz kleiner Teil unserer Arbeit! Auch an dieser Stelle muss man einmal darüber nachdenken, was die Sprache auslöst. Aus meiner Sicht ist das eine etwas diskriminierende Sprachregelung, was die ärztlichen Kolleginnen und Kollegen, aber auch die Patientinnen und Patienten betrifft. Das Gesetz bezieht sich ja auf die Patientinnen und Patienten.

Die Hilfen, die in den Titel des Gesetzes mit eingeflossen sind, finden sich im Gesetzentwurf selber relativ wenig wieder. Wenn man einmal schaut, welchen Anteil die Hilfen haben, stellt man fest: Sie umfassen insgesamt anderthalb Seiten. Zwangsmaßnahmen bzw. Unterbringungsmaßnahmen umfassen 14 Seiten. Das ist eine deutliche Diskrepanz.

Ich möchte einmal deutlich machen, was in den Kliniken passiert. Als sogenannte Unterbringungseinrichtungen, als Krankenhäuser behandeln wir Patientinnen und Patienten. Wir sind also Behandler. So verstehen wir uns zumindest. Wir sind durch das Land beliehen, um schwerst- kranke Patientinnen und Patienten auch gegen ihren Willen oder ohne ihren Willen behandeln zu können.

Ich habe gestern auf unserer geschlossenen Station Visite gemacht: Dort sind drei Patienten nach dem NPsychKG, sechs Patienten nach dem BGB und zwölf Patienten freiwillig untergebracht. Das heißt, unsere Unterbringungseinrichtung ist zu einem geringen Prozentsatz für die

Untergebrachten und zu einem größeren Anteil für Patientinnen und Patienten zuständig, die behandelt werden - und das nur auf der geschlossenen Station! In den 70 anderen Betten sind Patienten, die rein freiwillig zur Behandlung dort sind. Ferner gibt es noch 20 Tagesklinikplätze. Wir behandeln also sehr viel mehr Menschen, als dass wir untergebrachte Patienten haben.

Ich empfehle, den Gesetzentwurf der Landesregierung wirklich noch einmal kritisch zu betrachten. Zunächst zu § 1 Nr. 1: Eine gesetzliche Regelung sollte aus meiner Sicht so formuliert werden, dass man versteht, worum es geht. Wenn man sie genau liest, sind „betroffene Menschen“ Menschen, „bei denen Anzeichen für eine psychische Erkrankung bestehen“. Das Komma ist in dieser Regelung falsch gesetzt worden. Denn „betroffene Menschen“ bezieht sich ja nicht auf Menschen mit psychischen Erkrankungen. Also schauen Sie sich den Gesetzentwurf wirklich noch einmal gut an! - Das sind jetzt vielleicht Kleinigkeiten, aber zeigt aus meiner Sicht: Wenn es schon am Anfang schwierig ist, sind noch Zeit und Geduld erforderlich, um den Gesetzentwurf wirklich gut zu bearbeiten.

Ein zweiter Punkt aus der Sicht der Kliniken: Die Kosten für die Sozialpsychiatrischen Dienste sind mit 2,5 Millionen Euro benannt worden. Für die Kliniken, also die Unterbringungseinrichtungen, wird festgelegt, dass Menschen, die in der Absonderung sind - ich finde, auch das ist ein schrecklicher Begriff; das ist sozusagen JVA-Sprech -, die also isoliert werden müssen, eins zu eins betreut werden. Das ist gut, aber führt letztendlich dazu, dass Krankenhäuser bzw. die darin Beschäftigten diese Menschen eins zu eins betreuen müssen. Wer macht das denn? Durch einen kleinen Absatz im Gesetz tauchen plötzlich Notwendigkeiten auf, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter diese Eins-zu-eins-Betreuung durchführen. Wir haben das, wie Sie unserer schriftlichen Stellungnahme entnehmen können, einmal durchgerechnet. Das bedeutet Mehrkosten - wer auch immer sie dann tragen will - von 11 bis 12 Millionen Euro insgesamt für Niedersachsen und für jede Klinik etwa 450 000 Euro. Das kann eine Klinik nicht einfach aus dem Ärmel schütteln. Das muss von irgendjemandem bezahlt werden. Das ist zumindest nach unserem Eindruck nicht bedacht worden.

Abschließend noch einige Punkte zu den Meldepflichten. Nach § 38 des Gesetzentwurfs sollen die Kliniken bzw. die Leitungen der Kliniken in bestimmten Situationen verpflichtet werden, im Prinzip eine Kriminalprognose zu erstellen. Sie sollen eine Gefährdungsbeurteilung abgeben. Interessanterweise sollen die Leitungen das anordnen. Gegenüber wem soll ich das denn anordnen? Meinen Mitarbeitern oder jemand anders? Ich habe keine Ahnung. Das ist relativ unscharf formuliert. Für eine solche kriminalprognostische Begutachtung sind Fachkunde erforderlich, die ich - das muss ich für mich selber sagen - in diesem Fall nicht wirklich besitze, sowie Personal und Zeit. Eine Gefährdungsprognose kann man nicht innerhalb einer halben Stunde erstellen. Dafür benötigt man Stunden - und ich bin dann auch noch dafür verantwortlich.

Die Kliniken sollen auch Daten erheben. Vorhin wurde seitens der Polizei schon mitgeteilt, dass sie nicht alle Daten übermitteln kann. Woher soll eine Klinik aber wissen, ob ein Patient im letzten Jahr schon mal irgendwo untergebracht war und das auch noch wegen einer Fremdgefährdung? Ich komme aus einem Landkreis, der an Nordrhein-Westfalen und an die Niederlande grenzt. Zugreisende, die aus Amsterdam kommen, die dort irgendetwas Schönes gemacht oder geholt haben, landen bei uns an der Grenze, sind in Holland vielleicht schon auffällig geworden, werden dann nach einem kleinen Telefonanruf von der niederländischen Polizei aus dem Zug geholt und landen dann bei uns. Meistens sind das Menschen, die nicht aus unserem Landkreis stammen, die vielleicht auf der Weiterfahrt nach Berlin sind. Ich müsste dann also irgendwie herausfinden können, dass dieser Mensch in Berlin schon einmal innerhalb des letzten Jahres

untergebracht war und dass er sich dort auch fremdgefährdend verhalten hat. Wie soll ich das herausfinden? Das kann ich nicht! Die Polizei in Berlin sagt mir: Na ja, das ist ein schönes Landesgesetz in Niedersachsen, wir sind aber nicht dafür zuständig! - Sie formulieren also etwas im Gesetz, was gar nicht abbildbar ist.

Wiederholt wurde auch die Frage angesprochen: Was passiert mit den Daten? Einmal ganz konkret: Ich rufe die Polizei und sage: „Dort ist ein Mensch, den ich als fremdgefährdend einschätze und jetzt entlasse!“ Der Polizeibeamte am anderen Ende der Leitung wird sagen: „Herzlichen Dank für die Information.“ Ich habe auch den Namen genannt und auf die Gefährdung hingewiesen, nämlich dass ich denke, dass vielleicht innerhalb von zwei Wochen etwas passieren könnte. Der Polizeibeamte muss dann ja irgendetwas tun. Das heißt, diese Daten müssen wahrscheinlich - ich nehme das an - irgendwo gespeichert werden, weil sonst alle anderen Polizeibeamten zumindest in Niedersachsen gar nicht Bescheid wüssten, wenn der Mensch von uns aus der Stadt zum Beispiel nach Hannover fährt. Wenn diese Daten gespeichert werden, gibt es aus meiner Sicht ein Register. Wenn es kein Register gibt, wie immer gesagt wird, dann ist eigentlich auch diese Meldung unsinnig. Ich glaube, es muss noch einmal sehr dezidiert darüber nachgedacht werden, was man mit dieser Meldung bewirken will.

Mir ist bislang auch nicht wirklich deutlich geworden, was mit solch einer Mitteilung letztendlich geschieht: Welche Hilfsmaßnahmen erwachsen daraus? So wie ich es verstanden habe, erwachsen daraus keine Zwangsmaßnahmen. Man weiß dann, dass es da irgendjemand im Landkreis gibt. Wenn dieser Mensch nach Hannover fährt, weiß das dann keiner mehr - oder vielleicht doch? Ich meine, das ist insgesamt noch sehr überarbeitungswürdig.

Einen letzten Punkt möchte ich noch benennen, der wiederholt auch von der Betroffenen-Seite benannt worden ist, nämlich das Thema Vertrauen. Zumindest mir persönlich ist es wichtig, dass Patienten Vertrauen haben können. Mit der Situation, dass sie damit rechnen müssen, dass ich Daten verrate - auch wenn ich nur melde, wie sie heißen -, ist, glaube ich, schon von Anfang an relativ viel Vertrauen verschwunden. Wie soll ich Vertrauen aufbauen, wenn dieses Vertrauen von Anfang an gestört ist?

Wir haben, wenn diese Meldepflichten immer noch irgendwie beibehalten werden sollen, einen Vorschlag gemacht, der die Judikative in den Fokus nimmt. Die Gerichte beschließen ja die Unterbringung. Das heißt, der Richter bzw. die Richterin weiß, dass dieser Mensch untergebracht ist, und vielleicht weiß das Gericht sogar mehr als wir, ob der Betroffene schon einmal straffällig geworden ist, vielleicht auch innerhalb des letzten Jahres. Das Gericht könnte dann eine kriminalprognostische Begutachtung in Auftrag geben. Das kostet Zeit und Geld. Woher das Geld kommen soll, weiß ich nicht. Mit den aus dieser kriminalprognostischen Begutachtung gewonnenen Erkenntnissen könnte das Gericht dann entscheiden, was langfristig danach mit diesem als gefährlich eingestuften Menschen passieren sollte.

Mein Appell lautet also: Schauen Sie wirklich noch einmal genau und gut hin und ändern Sie einige sehr kritische Punkte dieses Gesetzentwurfs, die heute hier in dieser Runde von vielen geäußert worden sind!

Abg. **Nicolas Mülbrecht Breer** (GRÜNE): Vielen Dank für Ihre Ausführungen. Ich habe dazu zwei Fragen. Die erste Frage betrifft das, was Herr Dr. Döring und Frau Professorin Dr. Gouzoulis-Mayfrank sagten, nämlich dass Ärztinnen und Ärzte aus Ihrer Profession überlegen, ob sie überhaupt noch als Psychiaterinnen und Psychiater tätig sein wollen. Welche Position vertritt hierzu die

Niedersächsischen Psychiatrie-Konferenz? Sie vertreten ja auch die Psychiaterinnen und Psychiater in den Krankenhäusern.

Zweitens eine medizinische Frage: Wie häufig sind Zwangsbehandlungen bei Eigengefährdung im Vergleich zu Zwangsbehandlungen bei Fremdgefährdung? Das bezieht sich auf die §§ 23 und 28. Führt das zu einem Unterschied in der Behandlung? Wäre es auch sinnvoll, Menschen mit Fremdgefährdung unter § 23 zu berücksichtigen?

Dr. Ansgar Siegmund: Der Druck auf die Kliniken ist immens. Den Druck, den die Politik durch die Gesellschaft erfährt, erfahren wir, meine ich, umso mehr: finanzieller Druck und Kontrolldruck, dem wir unterliegen. Die Aufnahmezahlen gehen ja nicht zurück. Menschen kommen häufiger in Behandlung. Wir sind zunächst einmal gerne Psychiaterinnen und Psychiater. Wenn wir aber dieses Gesetz umsetzen müssten, gibt es eigentlich nur zwei Möglichkeiten: Entweder man folgt seinem ethischen Kompass, drückt alle Augen zu und meldet nicht. Dann würde man sich natürlich nicht ganz gesetzeskonform verhalten. Das ist eine Möglichkeit. Oder man muss dann gucken. Wie gesagt, der Kostendruck - 450 000 Euro - kommt noch dazu. Niemand hat eine Idee, wie das gegenfinanziert wird. Wenn das auch noch kommt, dann müsste ich eigentlich meinem Geschäftsführer raten, aus der Beleihung auszusteigen, sie also zurückzugeben.

Diesen kritischen Blick habe nicht nur ich, sondern durchaus auch einige Kolleginnen und Kollegen. Wir sind Mediziner. Wir sind Ärzte. Wir wollen behandeln. Wir sind nicht Unterbringungseinrichtungen um Gefährder.

Dazu noch ein Punkt, den ich vorhin vergessen habe: Auf einer Station sind zwölf Patientinnen und Patienten freiwillig in Behandlung. Für sie ist es natürlich auch schwierig, wenn dort Menschen sind, von denen eine ganz ausgeprägte Gefährdung ausgeht. Natürlich müssen wir da irgendwo auch behandeln. Das ist ja der Punkt, den Sie angesprochen haben: Zwangsbehandlung bei Eigengefährdung im Vergleich zur Zwangsbehandlung bei Fremdgefährdung. Zwangsbehandlungen bei Eigengefährdung sind eigentlich deutlich geringer. Welches Konstrukt kann man für eine Zwangsbehandlung bei Eigengefährdung haben? Bei jemand, der schwerst suizidal ist, kann man natürlich überlegen, wie man das machen kann. Das meiste ist tatsächlich bei Patientinnen und Patienten, die sich akut höchst fremdgefährdend verhalten, natürlich auch zum Schutz der Mitpatienten.

Abg. Thomas Uhlen (CDU): Herzlichen Dank, dass Sie uns mit Ihrer Stellungnahme durchaus nachdenklich aus der heutigen Anhörung entlassen. Sie haben über die Kritik hinaus, die wir schon den ganzen Tag über gehört haben, sehr deutlich gemacht, welche handwerkliche Fehler im Gesetzentwurf der Landesregierung zu finden sind und wie auch die Verantwortung letztendlich zu denen verschoben wird, die dann vor Ort in der Praxis die Verantwortung übernehmen oder - Sie haben es auch deutlich gemacht - irgendwie den Laden am Laufen halten wollen bzw. müssen, um den Menschen Hilfe zukommen zu lassen. Sie haben gerade dramatisch zugespitzt, dass das eine oder andere Krankenhaus überlegen würde, die Beleihung zurückzugeben, sozusagen aus diesem Bereich auszusteigen, was natürlich die gesamte Situation zuspitzen würde, weil dann für die Menschen nicht nur Hilfen nicht im Gesetz stünden, sondern auch vor Ort nicht mehr angeboten würden oder die Wartezeiten für diejenigen, die Hilfe suchen und auf Hilfe warten, noch wesentlich länger würden.

Meine Frage knüpft an die Grundsätze der Unterbringung in § 14 an, in dem es heißt: „Die Unterbringung kann auf offenen Stationen durchgeführt werden.“ In den ersten Entwürfen war die

Unterbringung auf offenen Stationen noch stärker priorisiert worden; sie sollte in der Regel auf offenen Stationen durchgeführt werden. Das ist jetzt ein bisschen entschärft worden. Weiter steht in diesem Paragraphen: „Dabei hat die Unterbringungseinrichtung“ - diesen Begriff haben Sie eben richtigerweise auch kritisiert - „durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass sich der untergebrachte Mensch der Unterbringung nicht entzieht.“ Auch hier stellt sich wieder die Frage der Verschiebung von Verantwortung. Dazu meine Frage: Wie soll es aus Ihrer Sicht im Hilfesystem weitergehen? Wo ist denn die geschlossene Einrichtung, die nach einer Behandlung in der Lage ist, die Menschen aufzunehmen, oder werden dann viele - ich setze diesen Begriff ganz bewusst in Anführungszeichen - auch in Ihren Einrichtungen „geparkt“, weil sich nachher die Eingliederungshilfe doch nicht dieser Person widmen kann oder will oder keine geschlossenen Plätze zur Verfügung stehen?

Dr. Ansgar Sigmund: Das ist eine etwas vielschichtige Frage. In den allermeisten Fällen sind Patientinnen und Patienten, die nach dem NPsychKG, dem BGB oder freiwillig untergebracht werden, durch eine adäquate Behandlung in der Lage, die Behandlung freiwillig fortzusetzen. Das ist der größere Teil. Ich kann jetzt aber keinen genauen Prozentsatz angeben. Das ist jedenfalls der größere Teil. Das bieten wir den Patientinnen und Patienten auch an.

Zu der Frage, wie die Anschlussbehandlung fortgeführt werden kann, kann ich jetzt nur für meine Klinik sprechen. Ich habe in unserer psychiatrischen Institutsambulanz Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gewinnen können, die das Team jetzt etwas aufgestockt haben, sodass wir den Patienten auch eine direkte Anschlussbehandlung anbieten können, wenn sie dies wollen. Dort ist das also gesichert. Auch bei einer Entlassung am Freitag geben wir zum Beispiel Medikamente mit. Das dürfen wir eigentlich nicht, aber wir machen das. Es gibt aber auch die Möglichkeit, für eine Woche - das ist die kleinste Rezeptgröße - ein Rezept auszustellen. Auch das machen wir. Wir sehen die Patienten also bei der Entlassung als ausreichend versorgt an. Es gibt aber auch Patienten, die das nicht möchten. Auch das müssen wir respektieren. Die sagen: Ich möchte die Medikation nicht weiterhin nehmen. - Wenn es keine akute Gefährdungslage mehr gibt, müssen die Menschen entlassen werden. Natürlich kann es dann sein, dass sie wieder akut erkranken. Das müssen wir aber, meine ich, akzeptieren und respektieren.

Ein kleiner Teil unserer Betten ist im geschlossenen Bereich. Der größte Teil ist auf offenen Stationen, wo wir behandeln. Wir haben eine Psychotherapie-Station, eine Suchtstation, eine offene allgemeinpsychiatrische Station und eine gerontopsychiatrische Station, die alle offen sind. Im Einzelfall, wenn wir etwas unsicher sind, verlegen wir Patienten bei laufendem PsychKG-Beschluss tatsächlich auf die offene Station, um zu testen, ob das möglich ist. Rechtlich muss man natürlich schon ein gewisses Standing haben, um dann, wenn irgendetwas passiert, zu sagen: Gut, wir haben das aber aus dem und dem Grunde gemacht! - Das muss halt gut dokumentiert werden. Das ist aber eine Möglichkeit, einmal auszutesten, ob die betreffende Person dann, wenn wir uns unsicher sind, ob es klappen kann, tatsächlich schon das Mehr an Außenreizen schaffen kann.

Abg. **Marten Gäde** (SPD): Vielen Dank für Ihre Ausführungen. Sie haben auch einen Fall konstruiert und die Frage gestellt: Was machen wir denn dann mit den Informationen? - Nach meinem Verständnis des Gesetzentwurfs der Landesregierung kann dann eine Fallkonferenz einberufen werden, die dann die richtigen Maßnahmen für den Patienten festlegt. Ist das nicht eigentlich auch im Sinne Ihres Entlassmanagements, das Sie nach § 39 SGB V vorhalten müssen? Wird Ihr Entlassmanagement nicht verbessert, wenn die Informationswege jetzt genau beschrieben werden?

Dr. Ansgar Siegmund: Die Fallkonferenzen sind ja das eine. Das andere ist aber die gefährdungsprognostische Meldung. Dieser Paragraph beinhaltet ja unterschiedliche Absätze. Eine Fallkonferenz halte ich aus unserer Sicht durchaus für sehr sinnvoll. Nach der Regelung im Gesetzentwurf ist auch der Betroffene zu beteiligen. Es stellt sich natürlich die Frage, welche Daten dann auszutauschen sind. Möchte der Betroffene, dass wir sagen, dass er seit 20 Jahren eine schizophrene Psychose hat und in den letzten fünf Jahren 20 Mal bei uns war? Wollen Sie das? Macht dann, wenn das nicht gewollt ist, die Fallkonferenz Sinn? - Die Regelung für Fallkonferenzen begrüße ich. Ich finde, das ist ein Mittel. Ich würde das aber eher anonymisiert machen, wie das ja schon zwei-, dreimal vorgeschlagen worden ist, um im Austausch mit der Polizei und den Sozialpsychiatrischen Diensten zu überlegen, wie man Verbesserungen erreichen kann, aber nicht konkret mit dem Patienten. Meine Vermutung ist, dass die allermeisten Patienten das nicht möchten - wahrscheinlich auch zu Recht.

Abg. Swantje Schendel (GRÜNE): Vielen Dank für Ihre Ausführungen. Meine Frage bezieht sich auf die Zwangsbehandlung bzw. den Schutz von Mitpatient*innen und auch Mitarbeitenden im Fall der Fremdgefährdung. Welche Alternativen gibt es dann zur Zwangsbehandlung? Wir haben ja das Interesse, sie zu minimieren. Wäre es eine Lösung, wenn die Mitpatient*innen abschließbare Zimmer hätten? Ich bitte Sie, das zu erläutern.

Dr. Ansgar Siegmund: Ich beginne mit der letzten Frage. Natürlich können sich Patientinnen und Patienten auf das Zimmer zurückziehen. Wenn aber die betreffende Person die ganze Zeit über auf dem Flur läuft, würden alle anderen in die Isolierung geschickt, nur nicht die fremdgefährdende Person. Ich glaube, das ist nicht praktikabel.

Zu der Frage, welche Alternativen es in der Klinik zur Zwangsbehandlung im Fall der Fremdgefährdung gibt: Die im Gesetzentwurf aufgeführte Alternative ist die Fixierung bzw. Isolierung. Darin heißt es „Absonderung“. Diesen Begriff lehne ich aber ab. Isolierungsmaßnahmen sind machbar. Die Erkrankung, die dazu führt, darf ich nach dieser Gesetzesregelung nicht zwangsweise akut behandeln. Nach § 22 des Gesetzentwurfs ist mit einer gerichtlichen Verfügung für alle Patientinnen und Patienten, bei denen dies eventuell notwendig wird, eine Behandlung auch gegen ihren Willen möglich, aber nicht in der Akutsituation. Das heißt, in einer Akutsituation darf der Patient mit einer Eigengefährdung anlassbezogen in Bezug auf seine Erkrankung behandelt werden, der Fremdgefährder aber nicht. Der fremdgefährdende Patient muss dann isoliert oder fixiert werden. Diesbezüglich halte ich die Stellungnahme der DGPPN für sehr aufschlussreich.

Auch diese medikamentöse Fixierung ist eine hochproblematische Situation. Das muss eigentlich gestrichen werden. Es gibt eigentlich nur zwei Möglichkeiten, wie ich das machen kann: Entweder ich sediere jemand so stark - zum Beispiel durch Benzodiazepine -, dass er knapp am Atemstillstand vorbeischnappt, oder ich gebe ein Antipsychotikum, das ihn so steif macht - diese Bilder haben wir vielleicht in den Köpfen -, dass er durch motorische Einschränkungen durch die Gegend wankt. Ich meine zumindest, das will niemand.

Abg. Claudia Schübler (SPD): Nach dieser Fragerunde habe ich keine Fragen mehr. Ich möchte Sie aber ein bisschen beruhigen. Wir führen diese Anhörung ja nicht ohne Grund durch. Uns interessieren Ihre Erfahrungen, um dann den Gesetzentwurf beurteilen zu können. Frau Dr. Schröder vom Gesetzgebungs- und Beratungsdienst steht uns für die juristischen Fragen zur Verfügung. Ich würde jetzt auch nicht von irgendwelchen handwerklichen Mängeln sprechen. Ein Gesetz ist immer kompliziert. Den Werdegang haben wir heute alle hier miteinander ein

bisschen verfolgen können. Sie dürfen sich sicher sein, dass wir viele dieser Anmerkungen aufgegriffen haben. Darüber werden wir jetzt intensiv beraten. Unser Ziel ist es, ein Gesetz zu beschließen; denn wir möchten sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für Behandelnde, für die Menschen insgesamt Verbesserungen erreichen. Ich glaube, so, wie es jetzt ist, ist es nicht gut. Das wollte ich Ihnen mit auf den Weg geben. Es ist auch nicht alles neu. Es gibt auch jetzt schon Dinge, die man in der Praxis nicht gut findet. Dann muss man darüber nachdenken, was man verbessern kann. Aber es sind auch nicht alle Dinge neu.

Dr. Ansgar Siegmund: Vielen Dank, dass Sie mich beruhigen wollen. Sie haben meine emotionale Betroffenheit bemerkt. Das war ja eigentlich auch mein Anliegen, zum Schluss noch ein kleines Bisschen wachzurütteln.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Vielen Dank für Ihre Ausführungen.

Wir sind jetzt am Ende dieser Anhörung angelangt. Ich bedanke mich bei Ihnen allen recht herzlich für diese umfangreiche, intensive und durchaus facettenreiche Anhörung. Ich bedanke mich bei Ihnen auch rechtlich herzlich dafür, dass Sie größtenteils sehr lange bzw. die ganze Zeit in dieser Anhörung geblieben sind. Wir haben sehr gute Darstellungen aus unterschiedlichen Perspektiven bekommen. Seien Sie gewiss, dass die Abgeordneten mit dem, was Sie uns heute mitgeteilt haben, sehr sorgsam umgehen werden und dass wir das sowohl fraktionsintern als auch dann im Ausschuss beraten werden. Wir werden vom Gesetzgebungs- und Beratungsdienst begleitet, der darauf achtet und uns berät, dass alles das, was wir im Gesetz beschließen werden, auch rechtssicher ist, soweit man das absehen kann. Ich finde, das war heute eine wirklich sehr gelungene Anhörung. Ich hoffe, Sie können diesen Eindruck teilen.

Tagesordnungspunkt 2:

Die psychosoziale Versorgung für Mädchen und junge Frauen mit Essstörungen verbessern

Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - [Drs. 19/10044](#)

direkt überwiesen am 10.03.2026

AfSAGuG

zuletzt behandelt: 85. Sitzung am 09.04.2026

Fortsetzung der Beratung

Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE) ruft in Erinnerung, dass der Ausschuss die Abstimmung über den Antrag der Fraktionen der SPD und der Grünen in der 85. Sitzung am 9. April 2026 zurückgestellt habe, um den Ausschussmitgliedern der CDU-Fraktion noch einmal Gelegenheit zu geben, über ihr Votum zu beraten. In der vorangegangenen Beratung sei sehr deutlich geworden, wie wichtig es sei, die Prävention zu stärken. Diesem Ziel diene der in Rede stehende Antrag. Daher spreche sie sich dafür aus, dem Landtag die Annahme des Antrags zu empfehlen.

Abg. **Delia Klages** (AfD) teilt mit, dass die Fraktion der AfD diesen Antrag sehr gerne unterstützen würde. Allerdings vermisse sie, dass darin auch junge Männer bzw. Männer allgemein berücksichtigt würden. Wenn die Fraktionen der SPD und der Grünen bereit seien, ihren Antrag entsprechend zu erweitern, würde sich die Fraktion der AfD ihm anschließen.

Abg. **Eike Holsten** (CDU) führt aus, der vorliegende Antrag habe zum Ziel, Maßnahmen zu entwickeln, um in einem wichtigen präventiven Bereich die Sichtbarkeit zu verbessern und Akteure zusammenzubringen. Dagegen könne niemand etwas haben. Die CDU-Fraktion werde sich jedoch bei der Abstimmung im Ausschuss der Stimme enthalten, weil ihr, wie so oft, der Glaube an die „in Form von Entschließungsanträgen aufgebraachte weiße Salbe“ der rot-grünen Fraktionen fehle. Sie werde daher in der zweiten Jahreshälfte mit einer Kleinen Anfrage in Erfahrung bringen, welche Handlungen seitens der Landesregierung aus diesem Entschließungsantrag resultierten.

Abg. **Claudia Schübler** (SPD) bringt ihre Verwunderung darüber zum Ausdruck, dass der Antrag offenbar nicht von allen Seiten Zustimmung finde. Darüber sei sie insbesondere nach der Unterrichtung durch die Landesregierung zu diesem Antrag umso mehr erstaunt. Sie nehme aber zur Kenntnis, dass offenbar auch eine andere Bewertung möglich sei.

Auf die Anmerkungen der Abg. Klages Bezug nehmend, hebt die Abgeordnete hervor, dass Mädchen und junge Frauen weit überwiegend von Essstörungen betroffen seien. Insofern legten die Koalitionsfraktionen hierauf ihren Schwerpunkt. Der Fraktion der AfD stehe es aber frei, einen anderen Antrag zu stellen.

Die Fraktionen der SPD und der Grünen hätten ihren Antrag in der Erkenntnis eingebracht, dass noch weitere bzw. andere Beratungsangebote notwendig seien. Diese seien bereits auf dem Weg. In den Haushalt seien dafür schon entsprechende Mittel eingestellt worden. Vor diesem Hintergrund sei sie der Auffassung, dass man sich in einem solchen Bereich nicht verkämpfen sollte, und erinnere sie an die Tradition, solche Gesundheitsthemen auch etwas übergreifender

und nicht kontrovers zu behandeln. Dazu gehöre auch, dass man der anderen Seite nicht unbedingt Untätigkeit unterstellen müsse. Vor diesem Hintergrund hätte sie sich sehr eine breite Zustimmung zu diesem Antrag gewünscht.

Beschluss

Der **Ausschuss** empfiehlt dem Landtag, den Antrag in unveränderter Fassung anzunehmen.

Zustimmung: SPD, GRÜNE

Ablehnung: -

Enthaltung: CDU, AfD
