

LANDTAG RHEINLAND-PFALZ

16. Wahlperiode

Sozialpolitischer Ausschuss

47. Sitzung am 19.11.2015
– Öffentliche Sitzung –

Protokoll – Teil 1 –

Beginn der Sitzung: 13:30 Uhr
Ende der Sitzung: 17:16 Uhr
Unterbrechung der Sitzung: 15:50 Uhr bis 15:59 Uhr

Tagesordnung:

Ergebnis:

1. Landesgesetz über den Vollzug freiheitsentziehender Maßregeln (Maßregelvollzugsgesetz – MVollzG –)
Gesetzentwurf der Landesregierung
– Drucksache 16/5254 –
dazu: Vorlagen 16/5690/5925/6001/6007/6008/6067/6068
Anhörung durchgeführt, vertagt (S. 4 – 34)
2. Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung der Flüchtlinge und des Gesundheitsschutzes in den Erstaufnahmeeinrichtungen des Landes
Antrag der Fraktion der CDU nach § 76 Abs. 2 GOLT
– Vorlage 16/6017 –
Siehe Teil 2 des Protokolls

Tagesordnung (Fortsetzung):**Ergebnis:**

3. Landesgesetz zur Änderung des Landesgesetzes zur Schaffung tariftreuerechtlicher Regelungen
Gesetzentwurf der Fraktion der CDU
– Drucksache 16/3762 –
- dazu: Bericht der Landesregierung über die Auswirkungen des Landesgesetzes zur Schaffung tariftreuerechtlicher Regelungen (Evaluation des Landesgesetzes zur Schaffung tariftreuerechtlicher Regelungen) nach Artikel 3 des Landesgesetzes zur Schaffung tariftreuerechtlicher Regelungen vom 1. Dezember 2010
Besprechung des Berichts der Landesregierung (Drucksache 16/4799)
auf Antrag der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 16/4899 –
- dazu: Vorlagen 16/5497/5502/5522/5551/5553/5568/5643/5681
4. Landesgesetz zur Weiterentwicklung der Beratungs- und Koordinierungsarbeit in Pflegestützpunkten
Gesetzentwurf der Landesregierung
– Drucksache 16/5546 –
- dazu: Vorlage 16/5902
5. a) Armuts- und Reichtumsbericht 2015
Fortsetzung der Besprechung des Berichts der Landesregierung (Drucksache 16/4728)
auf Antrag der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 16/4915 –
- b) Armutsbekämpfung durch Armutsprävention
Antrag der Fraktion der CDU – Entschließung –
– Drucksache 16/5081 –
- dazu: Vorlagen 16/5623/5755/5777/5778/5779/5797/5798/5806/5841/5865
6. Finanzierung der Pflegeausbildung in Rheinland-Pfalz
Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN nach § 76 Abs. 2 GOLT
– Vorlage 16/6006 –
7. Aktueller Stand der Vorbereitung zur Errichtung der bundesweit ersten Landespflegekammer in Rheinland-Pfalz
Antrag der Fraktion der SPD nach § 76 Abs. 2 GOLT
– Vorlage 16/6014 –
8. Tagesstruktur für Menschen mit Behinderungen
Antrag der Fraktion der CDU nach § 76 Abs. 2 GOLT
– Vorlage 16/6016 –
- Siehe Teil 2 des Protokolls
- Siehe Teil 2 des Protokolls
- Siehe Teil 2 des Protokolls
- Erledigt mit der Maßgabe schriftlicher Berichterstattung (S. 3)
- Siehe Teil 2 des Protokolls
- Erledigt mit der Maßgabe schriftlicher Berichterstattung (S. 3)

47. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 19.11.2015
– Öffentliche Sitzung –
– Teil 1 –

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Meine Damen und Herren! Ich darf zeitgerecht die 47. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses eröffnen. Ich begrüße Sie alle recht herzlich.

Für die Landesregierung wird nach der Anhörung Herr Staatssekretär David Langner kommen, da Frau Ministerin Bätzing-Lichtenthäler heute die Gesundheitsministerkonferenz leitet.

Vor Eintritt in die Tagesordnung:

Der Ausschuss kommt einvernehmlich überein,

Punkt 6 der Tagesordnung:

Finanzierung der Pflegeausbildung in Rheinland-Pfalz
Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN nach § 76
Abs. 2 GOLT
– Vorlage 16/6006 –

und

Punkt 8 der Tagesordnung:

Tagesstruktur für Menschen mit Behinderungen
Antrag der Fraktion der CDU nach § 76 Abs. 2 GOLT
– Vorlage 16/6016 –

gemäß § 76 Abs. 2 Satz 3 der Geschäftsordnung des Landtags mit Einverständnis der Antragstellenden und der Landesregierung mit der Maßgabe für erledigt zu erklären, dass die Landesregierung dem Ausschuss schriftlich berichtet.

47. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 19.11.2015
– Öffentliche Sitzung –
– Teil 1 –

Punkt 1 der Tagesordnung:

**Landesgesetz über den Vollzug freiheitsentziehender Maßregeln
(Maßregelvollzugsgesetz – MVollzG–)
Gesetzentwurf der Landesregierung
– Drucksache 16/5254 –**

dazu: Vorlagen 16/5690/5925/6001/6007/6008

Der Gesetzentwurf wurde in der 102. Plenarsitzung am 23. Juli dieses Jahres an den Sozialpolitischen Ausschuss – federführend – und an den Rechtsausschuss – mitberatend – überwiesen.

Das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie hat am 27. August 2015 eine ausführliche Zusammenstellung der Neuregelungen des Gesetzentwurfs vorgelegt.

Der Ausschuss hat in seiner 45. Sitzung am 15. September 2015 beschlossen, ein Anhörverfahren durchzuführen.

Zum technischen Ablauf der Sitzung wurde Folgendes festgelegt:

Für die Referate – die Kollegen kennen Ihre Vorlagen – stehen maximal zehn Minuten Redezeit zur Verfügung. Ich bitte Sie, dieses parlamentarische Verfahren einzuhalten, weil die Tagesordnung sonst aus den Fugen gerät. Ich muss um Verständnis dafür bitten, dass ich, wenn jemand die Zeit überzieht, ihn freundlich darauf hinweise, allerdings mit dem Anspruch, dass er seine Ausführungen beendet. Wir wollen anschließend genug Zeit für Fragen haben.

Für Präsentationszwecke steht ein Notebook mit angeschlossenem Beamer zur Verfügung.

Um für die anschließende Fragerunde eine Struktur zu bekommen, werden je Wortmeldungen der Abgeordneten bis zu drei Fragen zugelassen. Die Fragen werden teilweise gesammelt, um den Anzuhörenden die Möglichkeit zu geben, zusammenhängend zu antworten.

Die Kollegen bitte ich, bei der Fragestellung eindeutig anzugeben, an wen konkret sie die Frage stellen.

Es wird gebeten, nur Fragen zu stellen – ich sage das aus einem konkreten Anlass; beim letzten Mal haben wir das nicht ganz befolgt – und keine Bewertung vorzunehmen. Diese erfolgt in der Auswertung der Anhörung in einer noch zu beschließenden Ausschusssitzung.

Da der Anzuhörende Herr Alfred Kappauf aufgrund eines nicht verschiebbaren Anschlussstermins nur bis 15:00 Uhr Zeit hat, bitte ich Sie darum – wenn Sie einverstanden sind –, nach den einzelnen Vorträgen der Damen und Herren ihre Fragen zuerst an Herrn Kappauf zu richten.

Gibt es zum Prozedere noch Wortmeldungen? – Das ist nicht der Fall.

Als erste Anzuhörende darf ich Frau Regierungsdirektorin Dr. Dorothea Gaudernack – Vorlage 16/6067 – begrüßen, Leiterin des Amtes für Maßregelvollzug des Freistaats Bayern. Frau Dr. Gaudernack, Sie haben das Wort.

Frau Regierungsdirektorin Dr. Dorothea Gaudernack
Leiterin des Amtes für Maßregelvollzug des Freistaats Bayern

Frau Dr. Gaudernack: Guten Tag, meine Damen und Herrn! Vielen Dank für die Gelegenheit, auch noch einmal mündlich zu dem Gesetzentwurf Stellung nehmen zu dürfen. Angesichts der beschränkten Redezeit habe ich mir vorgestellt, dass ich ein paar Punkte erwähne, die ich in meiner schriftlichen Stellungnahme nicht aufgegriffen habe, und dann noch etwas zu einem Punkt sage, auf den ich relativ großen Wert lege.

Vorab: Aus unserer Sicht ist es sehr zu begrüßen, dass es ein sehr moderner Gesetzentwurf ist, der den tatsächlichen, veränderten Rahmenbedingungen des Maßregelvollzugs und vor allem auch den veränderten rechtlichen Rahmenbedingungen Rechnung trägt. Man sieht, die Zahl der Paragraphen hat sich fast verdoppelt. Der Gesetzgeber hat erkannt, dass viele Bereiche in diesem sehr sensiblen, grundrechtsrelevanten Feld einer gesonderten gesetzlichen Grundlage bedürfen.

Ebenso positiv bewerte ich, dass in den einzelnen Vorschriften eine deutliche Abgrenzung vom Strafvollzug erfolgt. Es ist so, dass wir uns allgemein immer in dem Dilemma befinden, dass wir es einerseits mit psychisch kranken Menschen zu tun haben und dass diese Menschen andererseits einen Rechtsbruch begangen haben. Wir haben deswegen immer das Problem, dass wir die Therapie auf der einen Seite und die Sicherheit und letztlich die Vollzugsgesichtspunkte auf der anderen Seite beachten müssen. Ich finde, der vorliegende Gesetzentwurf löst dies in sehr guter Weise.

Ich gehe jetzt konkret auf einzelne Punkte ein, die ich in der Stellungnahme nicht erwähnt habe: Aufgefallen ist, dass sich im § 6 – Ausstattungsstandards und Unterbringungsformen – keine Angaben zu einer maximalen Belegung von Zimmern finden. Das bayrische Gesetz hat hier eine Soll-Vorschrift eingefügt. Die Zimmer sollen nur mit ein bis zwei Personen belegt werden: maximal ist eine Belegung mit vier Personen möglich. Mir fehlen hier die Hintergründe: ob das in Rheinland-Pfalz in der Praxis ohnehin schon so ist und es daher keiner Regelung bedarf. In Bayern haben wir zum Teil Einrichtungen, in denen in der Vergangenheit keine Ein- oder Zweibettbelegungen möglich waren, sodass die Zimmer mit drei oder gar vier Personen belegt waren.

Positiv bewerte ich, dass das Thema „Aus- und Fortbildung“ im § 7 Abs. 2 und im § 18 eine gute Grundlage findet. Die Aus- und Fortbildung der Patienten ist aus meiner Erfahrung die beste Grundlage für eine gelungene Rehabilitation und führt zum Erfolg des Maßregelvollzugs, soweit dieser tatsächlich messbar ist.

Ein kleiner Punkt, den ich kritisch sehe und den ich nicht in der Stellungnahme aufgeführt habe, ist die Regelung in § 10 Abs. 3. Ich persönlich sehe das Gender-Mainstreaming bei den Fachkommissionen etwas kritisch. Meine Anregung ist, dass man die strenge Regelung beim Nachrücken etwas aufweicht und kein „muss“, sondern ein „soll“ einfügt, und zwar deshalb, weil es sich um Experten handelt. Es ist relativ genau vorgegeben, wer in eine solche Fachkommission berufen werden soll. Sie könnten ein Problem bekommen – das könnte ich mir vorstellen; so ist es aus unserer Sicht in Bayern –, wenn Sie an die Berufe denken, die vertreten sein sollen oder müssen, und wenn Sie dann den Nachrücker am Geschlecht festzumachen. Man darf auch nicht vergessen, dass im Maßregelvollzug – zumindest in Bayern ist das so – Frauen und Männer nicht in gleicher Zahl vertreten sind. Das gebe ich als Anregung zu bedenken.

Ein Punkt, den ich noch ansprechen möchte, ist § 26 Abs. 2: der Eingriff in die Religionsfreiheit. Im aktuellen Gesetz ist von „zwingenden Gründen“ die Rede; jetzt heißt es „überwiegende Gründe“. Das finde ich, offen gestanden, im Hinblick auf die Verfassungsgemäßheit schwierig. Nach der immer noch geltenden Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts kann das Grundrecht der Religionsfreiheit nur aufgrund verfassungsimmanenter Grundrechtsschranken eingeschränkt werden. Man kann also nicht aus jedem Grund der öffentlichen Ordnung, der wünschenswert wäre, das Grundrecht der Religionsfreiheit einschränken. Insoweit empfinde ich die Formulierung „überwiegende Gründe“ schwächer als die Formulierung „zwingende Gründe“ und habe Bedenken, ob das im Einzelfall wirklich zu einer verfassungsgemäßen Einschränkung des Grundrechts der Religionsfreiheit reichen wird.

47. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 19.11.2015
– Öffentliche Sitzung –
– Teil 1 –

Begrüßenswert finde ich, dass § 23 Abs. 1 eine klare Aussage zu den internetfähigen Geräten innerhalb einer Einrichtung trifft. Aus unserer Erfahrung ist dies eines der drängendsten Probleme in der Praxis, gerade auch in der Pflege. Patienten, die schon in den Lockerungsstufen sind, hinausgehen und internetfähige Handys haben, wollen diese auch innerhalb der Einrichtungen benutzen. Bei uns ist es so, dass es in den 14 Maßregelvollzugseinrichtungen bislang sehr unterschiedliche Handhabungen gibt. Wir sind gerade dabei, im Rahmen der Verwaltungsvorschriften eine einheitliche Handhabung zu erlassen. Ich finde es sehr gut, dass Sie das im Gesetz selbst regeln wollen, um so gar keine Unklarheiten aufkommen zu lassen.

Jetzt möchte ich noch einen Punkt ansprechen, der auch in meine schriftliche Stellungnahme Eingang gefunden hat: die Fixierung. Aus unserer Erfahrung ist es so, dass die Voraussetzungen für eine Fixierung in der Praxis für große Verunsicherungen gesorgt haben. In Bayern jedenfalls war das vor Inkrafttreten des Maßregelvollzugsgesetzes so. Fixierungen gehören zu den sensibelsten und grundrechtsrelevantesten Themen in der Praxis des Maßregelvollzugs. Fixierungen stehen im Fokus der Öffentlichkeit und auch im Fokus der Anti-Folter-Kommission. Wenn man einen Vergleich mit dem Betreuungsrecht zieht, muss man sich die Frage stellen, warum sich ein psychisch kranker, im Maßregelvollzug untergebrachter Mensch insoweit schlechter steht – aus meiner Sicht – als zum Beispiel ein Mensch, der sich in einem Alten- oder Pflegeheim oder in einem Krankenhaus befindet.

Sie haben meine Stellungnahme vermutlich gelesen: Es geht mir um die Dreitagesfrist: die drei Tage, nach denen erst eine Überprüfung durch eine unabhängige Stelle erfolgt. Ich verweise ausdrücklich auch auf die EU-Behindertenrechtskonvention. Dabei will ich nicht verhehlen, dass auch die Regelungen im bayerischen Maßregelvollzugsgesetz, das ich meiner Stellungnahme angehängt habe, um es Ihnen zur Kenntnis zu geben, in der Praxis nicht uneingeschränkt und nicht leicht umzusetzen sind. Das ist eine Neuerung, und es ist für die Praktiker mit mehr Arbeit verbunden. Das muss man einfach sagen. Es ist wahrscheinlich auch ein höherer Personaleinsatz erforderlich. Nichtsdestotrotz ist es so, dass die durchschnittliche Fixierungsdauer – ich habe statistische Erhebungen aus dem Zeitraum 1. April 2013 bis 31. März 2014 vorliegen – in den bayerischen Maßregelvollzugseinrichtungen 15,82 Stunden beträgt. In meinen Gesprächen mit den Maßregelvollzugsleitern in Bayern haben diese alle gesagt, die Zeitdauer sei eher kürzer geworden. Das heißt, in der Praxis läuft die Überprüfung nach drei Tagen in den allermeisten Fällen ins Leere. Das gebe ich nur noch einmal zu bedenken.

Natürlich ist – das haben Sie in der Begründung des Gesetzentwurfs sehr ausführlich dargelegt – bei diesen grundrechtsrelevanten Eingriffen und den besonderen Sicherungsmaßnahmen auch die Verhältnismäßigkeit besonders zu beachten. Allerdings erfolgt hierdurch eine Abwälzung der Verhältnismäßigkeitserwägungen auf die pflegerische bzw. auf die ärztliche Praxis, und aus unserer Erfahrung ist diese besonders dankbar, wenn sie durch den Gesetzgeber bereits einen Anhaltspunkt hat, wie sie ihre Verhältnismäßigkeitserwägungen zu treffen hat.

Wie gesagt, ich will nicht verhehlen, dass auch unsere Regelungen in der Praxis nicht ganz einfach umzusetzen sind. Es ist in aller Regel erforderlich, dass man bei den Gerichten einen Eildienst einrichtet: bei den Strafvollstreckungskammern, Allerdings – zumindest in Bayern ist es so – gibt es den im Bereich der betreuungsrechtlichen Fixierungen schon. Wenn Sie in einem Altenheim oder in einem Krankenhaus jemanden fixieren wollen, gibt es dafür einen gerichtlichen Eildienst. Man kann auch am Wochenende ein Gericht in Anspruch nehmen. Das wäre aus meiner Sicht im Maßregelvollzug genauso zu handhaben. Außerdem ist eine konsequente Meldung von Fixierungsmaßnahmen durch die Einrichtung an das Gericht zu forcieren. Inwieweit der Betroffene an diesem Verfahren beteiligt wird, ist eine Frage, die bei uns in Bayern noch nicht ganz geklärt ist; denn nicht alle verfügen über einen Betreuer. Trotzdem möchte ich an Sie appellieren, gerade an dieser Stelle den Gesetzentwurf zu überdenken und den Eingriffstatbestand zu konkretisieren.

Vielen Dank.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Vielen Dank, Frau Dr. Gaudernack. – Ich darf das Wort an Herrn Alfred Kappauf, Präsident der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz – Vorlage 16/6001 –, weitergeben. Herr Kappauf, Sie haben das Wort.

Herr Alfred Kappauf
Präsident der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Herr Kappauf: Sehr geehrter Herr Dr. Enders, sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete! Auch ich möchte mich dafür bedanken, dass ich die Möglichkeit habe, zusätzlich zur schriftlichen Stellungnahme noch einiges mündlich zu akzentuieren. Ebenso wie Frau Dr. Gaudernack möchte ich eine sehr positive Bewertung dieses Gesetzentwurfs voranstellen. Die Landespsychotherapeutenkammer begrüßt ausdrücklich diesen Entwurf mit seinen neuen Akzentsetzungen.

Ich möchte zwei Punkte, die aus unserer Sicht sehr bemerkenswert sind, hervorheben: Die Ziele der Behandlung, der Besserung und der Wiedereingliederung einerseits und der Gewährleistung der Sicherheit für die allgemeine Bevölkerung andererseits werden in diesem Entwurf anders angeordnet. Sie werden also nicht mehr als Entweder-oder gesehen, sondern in ein dynamisches Verhältnis zueinander gebracht. Das heißt ganz konkret – so ist es im Gesetzestext auch formuliert –, dass Behandlung und Wiedereingliederung als Ziel zwar nicht als ausschließlicher, aber doch als der wirksamste Weg zum Schutz der Allgemeinheit gesehen werden kann. Diese Akzentverlagerung erfordert natürlich eine hohe Strukturqualität bezüglich der Fachkräfte.

Hier sehe ich eine zweite bemerkenswerte Schwerpunktsetzung: Der Aspekt des interdisziplinären Arbeitens ist für mich ein roter Faden. Das wird betont. Aus unserer Sicht ist das auch mit am ehesten die Gewährleistung dafür, dass das Ziel der Gefährlichkeitsreduzierung erreicht werden kann. Eine Teamorientierung ist natürlich nur günstig, wenn nicht gleichzeitig eine Verantwortungsdiffusion erfolgt. Deswegen möchte ich hervorheben, dass bei dieser interdisziplinären Ausrichtung ganz klare Verantwortungsstrukturen gegeben sein müssen.

Zur Strukturqualität gehören auch veränderte – oder jetzt erweiterte – Bedingungen der baulichen Ausstattung und natürlich auch eine starke konzeptionelle Klarheit. Für uns ist es sehr positiv, dass hier ein ganz klarer Schwerpunkt auf Qualitätssicherung gelegt wird und dass festgeschrieben ist, dass sich die Behandlungen an den aktuellen, anerkannten wissenschaftlichen Standards zu orientieren haben.

Die Neuerungen, die Sie einführen, nämlich dass eine Einrichtungsleitung auch durch einen psychologischen Psychotherapeuten wahrgenommen werden kann, ist sehr wohl vereinbar mit Ihren Erwartungen an eine hohe fachliche Qualifikation. Ich möchte hier darauf verweisen, dass in Nordrhein-Westfalen inzwischen vier Einrichtungen des Maßregelvollzugs durch psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten geleitet werden und dass dort gute Erfahrungen vorliegen.

Wir würden uns wünschen, dass diese neue Gewichtung und Erweiterung von Berufen in ihrem besonderen Qualifikationsprofil konsequent weitergeführt wird. Es entstehen nämlich leichte Widersprüche, wenn einerseits psychologische Psychotherapeuten eine Einrichtung leiten können, also die Gesamtverantwortung für die Einrichtung haben, und gleichzeitig in § 12 festgelegt ist, dass eine Aufnahmeuntersuchung durch bestimmte Personen nicht wahrgenommen werden kann, genauso wenig ein Aufklärungsgespräch. Auch nach dem jetzigen Gesetzentwurf könnte ein Einrichtungsleiter, soweit er ein psychologischer Psychotherapeut ist, nicht als externer Gutachter benannt werden. Das sind Punkte, die von der Linie leicht abweichen.

Sehr wichtig ist uns auch – das ist in diesem Gesetzentwurf aus unserer Sicht sehr gut aufgegriffen – die angemessene oder stärkere Berücksichtigung von Patientenrechten. Das war auch eine gesetzliche Vorgabe. Das Beschwerdemanagement auf den verschiedenen Ebenen schafft sehr viele Möglichkeiten, die Würde des Menschen mit seinen Schwierigkeiten und Sicherheitsaspekte miteinander zu vereinbaren und zu integrieren. Insgesamt ist die Arbeit am ehesten durch die engagierten Menschen gewährleistet, die sie leisten.

Vielen Dank.

47. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 19.11.2015
– Öffentliche Sitzung –
– Teil 1 –

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Vielen Dank, Herr Kappauf. – Ich gebe das Wort an Herrn Benno Rehn, LIGA der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in Rheinland-Pfalz – Vorlage 16/6068 –, weiter. Herr Rehn, Sie haben das Wort.

Herr Benno Rehn
LIGA der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in Rheinland-Pfalz

Herr Rehn: Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren! Zunächst bedanke ich mich herzlich dafür, dass ich hier Stellung nehmen darf. Ich möchte mit einer Ausführung von Lothar Hellenthal in dem Referat „Zwangskontext und (Arbeits)beziehung – ein Widerspruch?“ einsteigen. Unter der Überschrift „Abschied von professioneller Steuerungszugang“ schreibt er: „Intervention bestimmt nicht, was mit dem Menschen passiert; vielmehr bestimmt der Mensch, was mit der Intervention passiert!“ Dann geht er von zwei Grundannahmen des Konstruktivismus aus: „Alles, was gesagt wird, wird von einem Beobachter gesagt!“, und: „Das, worauf unserer Aufmerksamkeit wir richten, gewinnt an Bedeutung!“ Keine Sorge, ich halte jetzt keine Vorlesung.

Man kann daran aber sehr schön zeigen, was an dem Maßregelvollzugsgesetz gut ist, worauf geachtet wurde und worauf nicht. Gut geregelt sind die Beschwerdemöglichkeiten, die Behandlungsmöglichkeiten und die Sicherung von Interessen anderer. Eher schlecht geregelt sind die Behandlungsgrenzen und die Abwägung von Eingriffsmöglichkeiten in Persönlichkeitsrechte untergebrachter Personen. Es wird aus unserer Sicht versäumt, neue, bekannte wissenschaftliche Erkenntnisse in den Gesetzentwurf aufzunehmen.

Die Wahrscheinlichkeit, etwas von jemandem anzunehmen, der die gleiche Erfahrung gemacht hat wie ich und der mir auf Augenhöhe begegnet, ist höher als die Wahrscheinlichkeit, etwas von jemandem zu übernehmen, der in der Lage ist, über mich Sanktionen zu verhängen, und der mir sagt, er meine es gut mit mir. Der Erste begegnet mir in meiner Welt, der Zweite stößt an die Grenzen meiner Welt.

Darum ist das Element der Peer-Arbeit in die Forensik einzuführen. Es erhöht die Chancen, Zwangssituationen zu verhindern. Außerdem verändert es die Wahrnehmung beim Personal. Meine Kolleginnen und Kollegen in der Gemeindepsychiatrie sind begeistert, welchen Gewinn an Qualität durch diese neuen Kollegen, die sich „EX-IN-Genesungsbegleiter“ nennen, möglich ist. Daher ist die Anstellung von mindestens zwei ausgebildeten Peer-Beratern in jeder forensischen Einrichtung vorzusehen. Das kann man auch machen, ohne dass es im Gesetz steht, aber es ist wahrscheinlicher, dass es gemacht wird, wenn es im Gesetz steht.

Damit Sie sich ein Bild davon machen können, welche Wirkung das entfaltet, machen wir ein kleines Experiment. Ich behaupte jetzt: Alle Abgeordneten sind doof, in der Regel inkompetent und nur an der eigenen Macht interessiert. – Sie sehen sich jetzt etwas bedrückt an.

(Zurufe: Nein, das hören wir öfter!)

Ich könnte aufgrund meiner Erfahrungen und meines Wissens eine Fülle von Belegen dafür vorlegen. Auch wenn Sie wissen, dass das eine von mir bewusst gesetzte Provokation ist, findet schlagartig eine Solidarisierung statt, und das über die Fraktionsgrenzen hinweg. Ihnen fallen eine Menge von Gegenbeispielen ein, und Sie kommen still und leise zu dem Schluss: Der hat keine Ahnung; der weiß nicht, wovon er redet; soll er doch die Arbeit einmal machen. – Sie sagen das nicht; denn Sie sind höflich.

(Frau Abg. Anklam-Trapp: Zum Gesetzentwurf, bitte!)

Das sähe anders aus, wenn ich selbst 20 Jahre lang Abgeordneter gewesen wäre und aus Ihrem inneren Kreis käme. Dann würden Sie sich eher genötigt gesehen, darauf einzugehen und darüber zu diskutieren, wo ich Recht habe und wo nicht.

So geht es psychisch kranken Menschen oft, wenn sie Ärzten, Psychologen und anderen Berufshelfern gegenüberstehen. Mit Peer-Arbeit können diese Mauern aufgebrochen werden. Die Angst, etwas nicht zu regeln, was vielleicht Bedeutung haben könnte – ohne dass man es zum jetzigen Zeitpunkt kennt –, ist in dem Gesetzentwurf etwas größer als die Bereitschaft, es genau zu durchdenken und dann präzise zu regeln. Daher findet sich dort eine nicht unerhebliche Anzahl von – ich formuliere es einmal so – Angstvorschriften.

47. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 19.11.2015
– Öffentliche Sitzung –
– Teil 1 –

Am deutlichsten wird dies in unbestimmten Formulierungen wie die der „möglichen Gefährdung von erheblichen Rechtsgütern dritter Personen“. Das findet sich an mehreren Stellen. Ich erinnere mich noch dunkel an den Film „Der dritte Mann“: Es war schwer, ihn zu finden. Das scheint mir auch hier der Fall zu sein. Aber auch das Wort „erheblich“ ist aus meiner Sicht erheblich unklar. Welche Rechtsgüter könnten hier gemeint sein, und warum ist es nicht möglich, diese zu benennen? – Das Grundgesetz schreibt vor, dass Eingriffe in Grundrechte eines Menschen klar und gesetzlich zu regeln sind. Finden Sie diese Regelungen eindeutig und klar? – Mir sind sie nach einem langen Studium als Begründung weiterhin unklar geblieben.

Eine weitere Quelle hoheitlicher und medizingängiger Behandlungsverständnisse, die Zwangssituationen herbeiführt und keine Veränderungen bei forensischen Patienten zulässt, sind die Formulierungen „Gefährdung des Behandlungserfolgs“ oder „Gewährleistung der ungestörten Wahrnehmung des Behandlungsangebots“. Man könnte hier vieles hineininterpretieren. Wenn man sich auf Fachtagungen herumtreibt, die landauf, landab zu diesem Thema angeboten werden, stellt man fest, es werden von den Fachleuten immer wieder die gleichen Erkenntnisse vorgetragen: Es gibt keine absolute Sicherheit, und Zwang ist in Einzelfällen nötig. – Durch den Einsatz von ausgebildeten Peers könnten Zwangssituationen in der Regel besser bewältigt werden: oft entstehen sie aber erst gar nicht.

Ich möchte hier einfügen: In Deutschland gibt es zurzeit keine Arbeit in diese Richtung. Es gibt zwei Untersuchungen aus Kanada, die das belegen. In Deutschland gibt es die Peer-Arbeit nur im Rahmen der regulären Psychiatrie.

Die professionelle Haltung gegenüber dem Patienten ist ebenfalls entscheidend: Ressourcen stärken, Fähigkeiten in den Blick nehmen und in klaren, übersichtlichen Strukturen zur Geltung bringen; die unterschiedlichen Perspektiven – den Einrichtungsauftrag einerseits, Patient, Personal und Angehörige andererseits – berücksichtigen; die Situation des Einschlusses, die in einigen Fällen auch als Hilfe erlebt werden kann, nicht verleugnen; nicht die Vergangenheit behandeln, sondern Lösungen für die Zukunft suchen; Handlungsoptionen für den Patienten und die Einrichtung vervielfältigen; Autonomie und Eigensinn nicht als Widerstand interpretieren und ein professionelles Deeskalationsmanagement installieren; kooperativ und wertschätzend miteinander Wege eines neuen Lebens in der Gesellschaft entwickeln; beharrliche und verlässliche Beziehungsangebote unterbreiten und den Weg dazu suchen.

Unsere ganz konkreten Vorschläge haben Sie bereits schriftlich erhalten. Gern stelle ich Ihnen auch meine mündlich vorgetragenen Vorschläge zur Verfügung. Meine Ausführungen sollen Sie ermuntern, weitere Verbesserungen und Anregungen der Liga aufzugreifen, auch wenn es einfacher ist, das Bestehende durchzuwinken. Es ist ein Zeichen von Stärke, heute bessere Erkenntnisse zu haben als gestern. Wenn Sie meine fachlichen Ausführungen nicht überzeugt haben sollten, nenne ich zum Schluss das politische Universalargument: dass durch die Berücksichtigung unserer Vorschläge Unterbringungszeiten verkürzt werden. Mehr Menschlichkeit reduziert Kosten. – Ist das nicht ein tolles politisches Argument, das sich immer wieder gut verkaufen lässt? – Mir wäre es, ehrlich gesagt, lieber, Sie würden meinen fachlichen Argumenten folgen und nicht diesem.

Ich danke Ihnen für Ihr Zuhören und freue mich auf Ihre Fragen.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Vielen Dank, Herr Rehn. – Ich darf das Wort an Herrn Kollegen Wolfram Schumacher-Wandersleb, Ärztlicher Direktor Maßregelvollzug Landeskrankenhaus und Ärztlicher Direktor der Klinik Nette-Gut für Forensische Psychiatrie an der Rhein-Mosel-Klinik Andernach – Vorlage 16/6007 –, weitergeben. Herr Schumacher-Wandersleb, Sie haben das Wort.

Herr Wolfram Schumacher-Wandersleb
Arzt für Psychiatrie
Forensische Psychiatrie (DGPPN)
Suchtmedizinische Grundversorgung
Ärztlicher Direktor Maßregelvollzug
Landeskrankenhaus (AÖR)
Ärztlicher Direktor der Klinik Nette-Gut für
Forensische Psychiatrie an der Rhein-Mosel
Fachklinik Andernach

Herr Schumacher-Wandersleb: Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren! Auch ich bedanke mich recht herzlich dafür, dass ich hier zu Wort kommen darf. Zehn Minuten Redezeit sind für mich wirklich eine Herausforderung; ich muss schauen, wie ich das hinbekomme. Deswegen verweise ich auch direkt auf meine schriftliche Stellungnahme, in der ich einige Dinge sehr viel dezidierte dargestellt habe. Jetzt möchte ich auf einige Punkte noch etwas anders eingehen.

(Der Vortrag wird mithilfe einer Präsentation gehalten.)

In den nächsten zehn Minuten möchte ich mich auf ein paar grundsätzliche Sachen konzentrieren, die mir wichtig sind. Ich arbeite seit 20 Jahren in verschiedenen Positionen im Maßregelvollzug: vom Assistenzarzt über den Oberarzt und den Leitenden Abteilungsarzt bis zur Letztverantwortung. Daher habe ich einen gewissen Erfahrungsschatz, den ich hier ein bisschen loszuwerden versuche. Herr Stuckmann wird mich dabei unterstützen.

Ich habe auch eine Vision, wie das mit dem Maßregelvollzug weitergehen soll und welche Dinge ins Gesetz einfließen sollen. Ich möchte meine Vision kurz darstellen. Darüber hinaus sind mir zwei Themen sehr wichtig: die praktikablen Regelungen, die das Gesetz liefern möge, und klare Verantwortlichkeiten.

Zur Vision Resozialisierung: Für uns ist es wichtig – daran arbeiten wir seit all den Jahren –, dass wir gut qualifiziertes, ausreichendes Personal haben und es auch, um es direkt anzusprechen, finanziert bekommen. Das ist etwas, bei dem wir uns in dem Gesetzentwurf – ich sage „wir“, weil Herr Stuckmann gleich auch noch etwas dazu sagen wird und wir in derselben Einrichtung arbeiten“– eine klarere Strukturierung wünschen: Wie wird das bezahlt? Welche Anhaltszahlen gibt es da – Psych-PV oder Forensik? Oder welche anderen Möglichkeiten für einen vernünftigen Personalschlüssel kann man in ein Gesetz schreiben? – Das weiß ich nicht; ich bin nicht in diesem Geschäft. Aber dass es da eine Regelung gibt, ist uns wichtig.

Multiprofessionelles Behandlungssetting: Herr Stuckmann und ich haben uns schon vor vielen Jahren darauf geeinigt, dass wir unsere Patienten im therapeutischen oder auch im sozio-milieutherapeutischen Sinne zusammen behandeln. Die Behandlung ist alles. Da bin ich ganz nah bei Herrn Kappauf: dass wir uns multiprofessionell aufstellen und die Leute, die an den Patienten arbeiten, berichten lassen, die am besten dafür geeignet sind. Da geht es nicht um Berufsgruppen oder um politische Themen, sondern es geht darum: Was hilft dem Patienten am besten weiter? Was ist in der Ausbildung erforderlich? – Diese Dinge müssen zusammengeführt werden. Wir versuchen das.

Auch in unserer Klinik gibt es immer wieder einmal Sand im Getriebe, aber es ist wirklich unser Bestreben, multiprofessionell zusammenzuarbeiten, denn – das sage ich jetzt einmal so platt – so funktioniert gute Forensik: indem alle Mitarbeiter der verschiedensten Berufsgruppen ihre Erkenntnisse, Erfahrungen, Einschätzungen und Beobachtungen zusammentragen. Es geht nicht darum, wer der Arzt und wer die Reinigungskraft ist, sondern darum, wer welche Beobachtungen gemacht hat und wie sie zu werten sind. Das ist mir ein sehr wichtiges Anliegen.

Optimierte räumliche Rahmenbedingungen: Wir müssen einräumen, dass da in den letzten Jahren viel in Rheinland-Pfalz passiert ist. Aber es bleiben immer noch ein paar Wünsche offen. Unser Ministerium ist da aber am Ball. Es gehört heutzutage einfach dazu, dass die Leute vernünftig untergebracht sind. Wer einmal in einem der ersten Gebäude unserer Einrichtung war – sie ist Anfang der 70er-Jahre in Betrieb gegangen –, weiß, wovon ich spreche, wenn ich eine Patientin zitiere: Wie soll ich

47. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 19.11.2015
– Öffentliche Sitzung –
– Teil 1 –

denn hier gesund werden, wenn überall Gitter sind und alles dunkel und düster ist? – Davon sind wir weggekommen, und das ist auch gut so. Aber es gibt da noch etwas zu tun.

Moderne Behandlungskonzepte: Das entspricht in etwa dem, was Herr Kappauf gesagt hat. Wir müssen und wollen nach den aktuellen Leitlinien arbeiten. Aber wir wollen nicht nur das machen, was irgendwann einmal in irgendwelchen S3-Leitlinien steht, sondern wir schauen uns auch intensiv nach Dingen um, die gerade neu auf dem Markt sind. Hier kam schon der Begriff „Recovery“ auf. Wir arbeiten auch an anderen Behandlungsideen, an der Adherence-Therapie zum Beispiel. Auch das bedarf immer wieder der Schulung und Ausbildung unserer Mitarbeiter und auch einer Motivationsarbeit unter den Patienten. Es ist aber sehr wichtig. Ich glaube, auch das ist ein Mosaiksteinchen bei der Beschleunigung. Auch das ist ein Teil des neuen Gesetzes: das Beschleunigungsgebot – dass es schneller vorangeht.

Wenn es dann schneller vorangegangen ist, haben wir das nächste Problem. Das Bekenntnis zur Resozialisierung – auch wenn hier etwas von Besserung und Sicherung steht – ist okay, und es ist unser Auftrag. So steht es im Gesetz. Aber wir brauchen dann auch – das ist etwas, was uns im Moment sehr umtreibt – mehr komplementäre Versorgung in den verschiedensten Varianten, die man sich vorstellen kann. Das fängt mit den Wohnheimen an, wobei uns das Ergreifen von Vorsichtsmaßnahmen signalisiert wird, wenn es um Sexualstraftäter, Brandstifter und um Tötungsdelikte geht. Da müssen wir auch noch mehr in die komplementäre Versorgung investieren. Wir sind auch gerade dabei, in den gemeindepsychiatrischen Runden bei den Psychiatriekoordinatoren dafür Werbung zu machen. Das ist die Vision.

Praktische Regelung, Umsetzbarkeit im Alltag: Es gibt die Regelung, dass alle besonderen Sicherungsmaßnahmen von Einrichtungsleitern getroffen werden. Bei einer Größenordnung von 390 Planbetten und 375 Patienten müsste ich mich sozusagen klonen, um das leisten zu können. Das ist in meinen Augen zwar gut gemeint – ich verstehe auch, dass es gut gemeint ist –, aber es ist praktisch kaum umsetzbar. Ich habe es in meiner schriftlichen Stellungnahme ausgeführt: Meiner Einschätzung nach kann man das auch ein bisschen abstufen.

Verständlichkeit der Regelungen: Da ist es mir wichtig, darauf hinzuweisen, dass viele Begriffe undifferenziert formuliert sind. Auch Herr Rehn hat schon gesagt, dass es ein paar Begriffe gibt, die man verdeutlichen muss. Was ist mit „schwerwiegenden Sicherheitssituationen“ gemeint? Es kann zum Beispiel sein, dass eine Körperverletzung droht. Da kann es um einen Mitpatienten, einen Mitarbeiter oder einen selbst gehen. Vielleicht benötigt man da Regelungen, die das noch etwas deutlicher beschreiben – wenn schon nicht im Gesetz selbst, dann doch wenigstens in der Begründung. Da wünschen wir uns mehr Deutlichkeit.

Vermeiden von Erwartungshaltungen: Wie gesagt, ich kann nicht für jeden Patienten sagen – ich weiß nicht, wie ich das machen soll –, ob er zum Beispiel einen Gegenstand bekommt oder nicht. Bei 390 Patienten muss man anders damit umgehen. Vielleicht müssen wir auch neue Strukturen dafür entwickeln. Aber das kann nicht alles der Einrichtungsleiter selbst machen – jedenfalls nicht in einer so großen Einrichtung.

Noch ein Punkt ist mir wichtig: Im § 13 ist von zeitlichen und inhaltlichen Dimensionen des Behandlungsverlaufs die Rede. Ich verstehe sehr gut, dass jeder Richter im Gerichtssaal fragt: Wie lange dauert es, bis ihr den wieder in Ordnung habt? – Dann muss ich immer erklären: Da kann man sich nicht auf zeitliche Dimensionen festlegen, sondern man muss das an Entwicklungs-, Behandlungs- und Erkenntnisfortschritten messen. – Ich fürchte, dass, wenn es so bleibt, wie es jetzt im Gesetzentwurf steht, eine hohe Erwartung an den Patienten getriggert wird, auch bei den Gerichten. Dann kommen wir relativ schnell an den Punkt, an dem gesagt wird: Sie haben sich sechs Monate lang komplett ausgeklinkt; sie können nicht erwarten, dass der Zeitplan – den wir für die Patienten heraus erstellen – trotzdem eingehalten wird.

Klare Formulierung von Qualitätsstandards: Das ist mit enthalten. Wir würden uns wünschen – ich glaube, es ist allen bekannt, wie schwierig es ist, klare Qualitätsstandards oder Indikatoren zu benennen –, dass das noch etwas deutlicher wird. Den definierten Personalschlüssel habe ich schon erwähnt.

47. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 19.11.2015
– Öffentliche Sitzung –
– Teil 1 –

Vollzugsbehörde – das ist relativ aktuell –: Sind wir eine Vollzugsbehörde oder nicht? – Wir würden uns wünschen, dass auch das im Gesetz klar geregelt ist; denn da gehen im Moment, auch wenn das ein bisschen erstaunlich ist, die Meinungen auseinander. Es wäre für uns in der Praxis ganz wichtig, auch gegenüber juristischen Institutionen, Klarheit darüber zu haben, ob wir eine Behörde sind oder nicht.

Keine Überfrachtung mit Verantwortung: Dazu habe ich eben schon etwas ausgeführt.

Benennung der Verantwortlichen: Da schießt mir noch einmal das Thema „Unterbringungsleitung“ durch den Kopf. Es ist für mich unklar, wie das gemeint ist, was in den ersten Paragraphen formuliert ist. Die Aufteilung der fachlichen Verantwortung muss ebenfalls klar sein. Meines Erachtens müsste wenigstens in der Begründung stehen: Zu der fachlichen Aufteilung der Verantwortung auf die Abteilungen gehört auch die forensische Verantwortung, nicht nur die medizinische und die behandlerische. – Ich kämpfe seit vielen Jahren damit, dass ich für viele Hundert Patienten den Kopf hinhalten darf. Ich würde das gern ein bisschen aufgeteilt sehen. Verantwortung soll dort liegen, wo sie übernommen werden kann: Ob ein Patient frische Wäsche bekommt oder nicht, braucht nicht der Leiter einer Maßregelvollzugseinrichtung entscheiden.

Fazit: Wir brauchen Willen – den haben wir hier ganz offensichtlich – und auch Kraft. Kraft bedeutet aber nicht nur Entscheidungskraft und Motivation, sondern am Ende kommt da auch das Thema „Geld“ ins Spiel. Die Resozialisierung hängt davon ab, dass alles klar und möglichst gut geregelt ist. Wir brauchen eine angemessene, moderne Raum- und Personalausstattung. Die Qualitätsstandards habe ich ebenso angesprochen wie die komplementären psychiatrischen Versorgungsstrukturen des Landes. An dem Thema feilen wir. Aber das wäre es vielleicht auch wert, im Gesetz erwähnt zu werden.

Vielen Dank.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Vielen Dank, Herr Schumacher-Wandersleb. Es geht gleich weiter mit Herrn Werner Stuckmann – Vorlage 16/6008. Herr Stuckmann ist der Pflegedirektor der Klinik Nettegut für Forensische Psychiatrie an der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach.

Herr Werner Stuckmann
Pflegedirektor der Klinik Nette-Gut für Forensische Psychiatrie
an der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach

Herr Stuckmann: Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren! Vielen Dank für die nette Vorstellung und Begrüßung und dafür, dass ich hier sein darf. Es ist übrigens nicht selbstverständlich, dass ein Vertreter der größten Berufsgruppe im Gesundheitswesen und auch der größten Berufsgruppe im Maßregelvollzug zu Wort kommt. Deshalb gebührt Ihnen mein außerordentlicher Dank dafür, dass ich heute hier zu Ihnen sprechen darf. Ich bin nicht nur Pflegedirektor der Klinik Nette-Gut, sondern auch Landesvorsitzender der Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie. In dieser Funktion habe ich dem Land eine Stellungnahme zu dem Gesetzentwurf zugeleitet.

(Der Vortrag wird mithilfe einer Präsentation gehalten.)

Wir arbeiten eng zusammen, wie Herr Schumann.-Wandersleb schon gesagt hat. Ich möchte Ihnen erst einmal vorstellen, wie die Pflege im Maßregelvollzug überhaupt aussieht. Jeder hat vielleicht ein Bild davon, was die Pflege leisten kann. Aber ob es dem, was die Pflegenden im Maßregelvollzug tatsächlich leisten, entspricht, möchte ich infrage stellen. Deshalb liegt mir sehr daran, Ihnen im ersten Schritt kurz zu erläutern, was die Pflege eigentlich macht, und im zweiten Schritt darauf einzugehen, welche Veränderungen und Auswirkungen auf die Pflege der Gesetzentwurf mit sich bringt, und zwar bezogen auf die Punkte Stärkung der gesunden Anteile der Patienten, langzeituntergebrachte Patienten, qualitätssichernde Maßnahmen, Dokumentation und Angehörigenarbeit. Zum Schluss möchte ich ein kurzes Fazit ziehen.

Wenn man sich Filme wie „Einer flog über das Kuckucksnest“ ansieht: Laien schließen von solchen Filmen auf die Realität. Wer einen solchen Film sieht, glaubt, dass es in der Realität genau so ist. In dem Film „Einer flog über das Kuckucksnest“ wird die Pflege so dargestellt, als würde sie patriarchalisch bestimmen, was der Patient zu machen hat: Der Patient hat sich dem unterzuordnen, und wenn er es nicht macht, hat er Pech gehabt und muss Sanktionen in Kauf nehmen. Das ist ein Bild, das in den Medien präsentiert wird, was die Pflege im Maßregelvollzug oder sogar die Pflege in der Psychiatrie insgesamt betrifft. So ist es natürlich nicht – oder nicht mehr, je nachdem wie man es sehen will.

Die Pflege im Maßregelvollzug findet in einem Spannungsfeld von Besserung und Sicherung statt. Wir haben den Auftrag der Wiedereingliederung in die Gesellschaft, und das geht nur, wenn wir die Patienten behandeln und entsprechend ihrer psychischen Beeinträchtigung weiterentwickeln können. Forensisch-psychiatrische Pflege ist eine Herausforderung und eine Leistung zugleich und erfolgt genau in diesem Spannungsfeld von sozialer Kontrolle und pflegerischer Sorge. – Das ist eine Definition amerikanischer Pflegeexperten, die aber von Herrn Kolbe veröffentlicht wurde, einem Pflegewissenschaftler aus der Bundesrepublik, der nach meinem Kenntnisstand bisher der einzige Pflegewissenschaftler ist, der sich sehr intensiv mit dem Thema Maßregelvollzug beschäftigt und dazu auch publiziert.

Meine Definition von Pflege – die allerdings auch schon publiziert ist –: Ich definiere Pflege im Maßregelvollzug vor allem dadurch, dass dem Patienten im Alltag sozial anerkannte Normen und Werte vermittelt werden. Unter Pflegeexperten wird dies als „Sozio-Milieuthherapie“ bezeichnet. Ich bin sehr dankbar, dass sich dieser Begriff der Sozio-Milieuthherapie im Gesetzestext wiederfindet. Nach meinem Kenntnisstand ist dies das einzige Landesgesetz für den Maßregelvollzug, in dem dieser Begriff tatsächlich auftaucht.

Das Vermitteln von Normen und Werten im Stationsalltag ist die zentrale Aufgabe. Die Pflegenden müssen nicht so viele Tätigkeiten ausüben, die in den Bereich der somatischen Pflege fallen, wie man sie aus dem Krankenhaus oder aus dem Altenheim kennt, sondern sie haben es mit Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen zu tun, und es geht darum, den Patienten im Stationsalltag oder auch in der ambulanten Betreuung zu vermitteln, was die Gesellschaft von ihnen erwartet: dass man Konflikte nicht mit Gewalt austrägt, sondern dass man andere Konfliktlösungsstrategien entwickeln kann, die einem weiterhelfen. Das ist ein Beispiel für die Vermittlung von sozialen Normen und Werten, mit dem wir es im Alltag mit den Patienten tagtäglich zu tun haben.

47. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 19.11.2015
– Öffentliche Sitzung –
– Teil 1 –

Mit der Gestaltung des Alltags der Patienten unter Berücksichtigung dieser sozialen Normen und Werte leistet die Pflege auch einen wesentlichen Beitrag zur Gefährlichkeitsreduktion. Pflegende begleiten die Patienten nach draußen. Der Begriff „Ausführung“ wird im Maßregelvollzugsgesetz genannt. Wenn Patienten als erster Schritt der Wiedereingliederung in die Gesellschaft von Pflegenden ausgeführt werden, geht es auch darum, zu beobachten, wie sich der Patient verhält: Wie nimmt er die Eindrücke – die viele lange Zeit nicht erfahren haben – auf? Ist er in der Lage, mit diesen Freiheiten umzugehen, oder braucht er weitere Unterstützung? – Wenn das aufgrund einer zu geringen Personalausstattung nicht geleistet werden könnte, würde, was die Gefährlichkeitsreduktion betrifft, ein erheblicher Faktor wegbrechen, der den Auftrag des Maßregelvollzugs kennzeichnet.

Für diese Tätigkeit in der Pflege – Vermittlung von sozialen Normen und Werten – müssen die Pflegenden selbst Vorbild sein. Sie müssen diese Normen und Werte vorleben, und sie müssen zu den Patienten eine Beziehung aufbauen, die vor allen Dingen von gegenseitiger Akzeptanz und Wertschätzung geprägt ist – auch wenn wir wissen, dass diese Patienten sehr schwerwiegende Delikte begangen haben, die wir natürlich nicht gutheißen können. Trotzdem muss man eine vertrauensvolle Beziehung aufbauen. Zum Teil müssen die Patienten diese sozialen Normen und Werte wieder neu lernen, weil sie sie entweder in der Kindheit gar nicht gelernt oder sie wieder vergessen haben oder durch eine langjährige Behandlung im Maßregelvollzug oder eine Inhaftierung im Gefängnis vielleicht gar nicht mehr wissen, wie es draußen läuft.

Wir haben bei der Entwicklung eines Standards für Ausführungen von Patienten lange überlegt, was eigentlich die Mitarbeiter brauchen, um sicher zu sein, dass der Patient eine Ausführung nach draußen nicht dazu missbraucht, um zu entweichen oder eine Straftat zu begehen. Ich will Ihnen ein ganz banales Beispiel dafür geben, was dabei herausgekommen ist – und was für uns selbstverständlich ist; denn jeder geht hier mit einem Tablet oder einem Handy um. Wenn zum Beispiel ein Mitarbeiter mit einem Patienten hinausgeht und der Mitarbeiter einen somatischen Notfall erleidet – er ist umgekippt, hat einen Herzinfarkt oder Ähnliches –, muss der Patient in der Lage sein, mit einem Handy umzugehen, denn sonst liegt der Mitarbeiter da, und der Patient kann ihm nicht helfen. Das sagen die Mitarbeiter. Das sind Fertigkeiten, die man mit dem Patienten trainieren muss. Man muss ihm diese Alltagsfähigkeiten wieder vermitteln, wenn er sie verloren hat.

Anforderungen an die Pflege – ich möchte auf den Aspekt der Ausbildung eingehen –: Ich selbst habe in Diskussionen – auch in politischen Diskussionen – immer wieder die Frage gestellt bekommen, ob man dafür eine Ausbildung braucht. Die Antwort ist ein klares Ja. Man kann sagen, dass, wenn jemand ohne Ausbildung mit psychisch kranken Menschen arbeitet, dies vielleicht aus Kostengründen sinnvoll ist, aber mit Sicherheit nicht im Sinne der Weiterentwicklung oder der Unterstützung des Patienten in seiner Krankheitsbewältigung. Aber die allgemeine Ausbildung in der Krankenpflege – ich würde auch die Altenpflege mit einschließen, weil wir diese Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ebenfalls bei uns beschäftigt haben – trägt dazu bei, überhaupt pflegerische Grundkenntnisse vermittelt zu bekommen. Das reicht jedoch nicht, um im Maßregelvollzug den Patienten bei seiner Weiterentwicklung unterstützen zu können. Deshalb brauchen wir eine große Zahl von fachweitergebildeten, gut geschulten und fortgebildeten Mitarbeitern, die sich auch damit auseinandersetzen: Welche Themen hat die Pflegewissenschaft in Bezug auf den Maßregelvollzug entwickelt, und wie ist das im Stationsalltag umsetzbar?

Aber neben diesen fachlichen Aspekten brauchen die Mitarbeiter vor allen Dingen auch so etwas wie Empathiefähigkeit. Sie brauchen die Fähigkeit, Konflikte mit einem Menschen zu lösen. Sie müssen in der Lage sein, Kritik anzubringen und selbst auszuhalten. Vor allen Dingen müssen sie aber neugierig auf den Menschen sein, mit dem sie arbeiten, um zu erkennen: Wo hat der Patient tatsächlich seine Fähigkeiten? – Die sollen nicht verloren gehen. Im Gegenteil, sie sollen gestärkt werden. Deshalb ist diese Neugierde absolut wichtig.

Ich komme zum Fazit: Die zunehmende Patientenorientierung begrüße ich sehr. Durch die Regelungen entsteht ein erhöhter Bedarf an Fort- und Weiterbildungen, nicht nur für die Pflege, sondern auch für andere Berufsgruppen. Das muss sich im Budget ausdrücken; sonst ist der Ansatz des Gesetzes kaum realisierbar.

47. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 19.11.2015
– Öffentliche Sitzung –
– Teil 1 –

Um die Verweildauer zu reduzieren, bedarf es vor allen Dingen aber auch Anstrengungen in Bezug auf die Entlassung in die Gemeindepsychiatrie. Das hat Herr Schumann-Wandersleb schon ausgeführt.

Die Reformen, die jetzt auf der Bundesebene in Bezug auf § 63 StGB diskutiert werden, werden vermutlich zu einer geringen Reduzierung der Patientenzahlen führen. Da bietet sich vielleicht die Chance, dieses Geld im Maßregelvollzug zu lassen, um zum Beispiel Qualitätsstandards zu entwickeln.

Der demografische Wandel führt zu einem erhöhten Pflegeaufwand. Auch unsere Patienten werden älter und damit pflegebedürftiger. und sie werden, wenn es zu einer Änderung des Maßregelvollzugsgesetzes auf der Bundesebene kommt, schwieriger werden, was ebenfalls einen erhöhten Pflegebedarf mit sich bringen wird. Deshalb muss im Gesetz eine Personalbemessungsgrundlage im Sinne der Strukturqualität festgeschrieben werden. Damit sind wir wieder bei dem Thema „Qualität“.

Ich danke Ihnen herzlich für Ihre Aufmerksamkeit.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Vielen Dank, Herr Stuckmann. – Als Letzter in der Runde ist Herr Franz-Josef Wagner, 1. Vorsitzender des Landesverbands Psychiatrie-Erfahrener e. V. – Vorlage 16/5925 –, an der Reihe. Herr Wagner, Sie haben das Wort.

Herr Franz-Josef Wagner

1. Vorsitzender des Landesverbands Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e. V.

Herr Wagner: Zunächst möchte ich mich dafür bedanken, dass die Psychiatrie-Erfahrenen erstmals in Deutschland in einem sozialpolitischen Ausschuss angehört werden. In keinem anderen Bundesland sind die Psychiatrie-Erfahrenen in einem sozialpolitischen Ausschuss angehört worden. Danke schön dafür!

Uns ist aufgefallen, dass wir eigentlich eine Black Box haben. Das heißt, wir haben weder Struktur- noch Prozess- noch Ergebnisdaten, obwohl an diesem Tisch immer wieder davon gesprochen wurde, dass das Erreichen von Qualität das Ziel dieses Gesetzentwurfs ist.

Ich gehe kurz durch, was ich mir heute notiert habe. Gender-Problematik: In dem Gesetzentwurf wird darauf hingewiesen, dass die Besuchskommissionen – später die Fachkommissionen – paritätisch besetzt werden sollen. Es steht aber auch in dem Gesetzentwurf, geschätzt betrage das Verhältnis von Männern zu Frauen 95 % zu 5 %. Wie soll da die Gender-Problematik gelöst werden? Man kann sich den Patienten anpassen, so, wie es auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist: Da sollen Leute eingesetzt werden, die sich mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie auskennen.

Fixierungen: Es wurde gesagt, in Bayern betrage die Fixierungsdauer im Durchschnitt 15,82 Stunden. Das heißt aber auch, dass Fixierungen zwei Stunden oder auch zwei, drei oder vier Tage dauern können. Es gibt offiziell keine Daten. Dazu habe ich eine öffentliche Bekanntmachung des Bundesministeriums für Gesundheit im Rahmen der Ressortforschung zu dem Thema „Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem“ vorliegen. Im gesamten psychiatrischen Hilfesystem gibt es demnach keine Daten zu Zwangsmaßnahmen.

Unter „Ziel der Förderung“ steht – ich zitiere –: „Grundsätzlich sind Zwangsmaßnahmen und damit der Eingriff in die Freiheit und körperliche Unversehrtheit eines Menschen nur unter bestimmten engen Voraussetzungen zulässig. Die Regelungen für Ausnahmesituationen finden sich vor allem in den Landesgesetzen über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKGs) sowie im Betreuungsrecht im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB), im Strafrecht sowie im Maßregelvollzugsrecht der Länder. Das Bundesverfassungsrecht entschied 2011, dass eine Zwangsbehandlung bei einwilligungsunfähigen Betroffenen einer gesetzlichen Regelung bedürfe und nur im Falle der Lebensgefahr oder der Gefahr schwerer, irreversibler Gesundheitsschäden zulässig sei.“

Das heißt also, in diesem Bereich haben wir überhaupt keine Daten. Dazu, dass das BMG ein Forschungsprojekt auflegt, um Daten zu erheben, sage ich ganz einfach: Ich kann kein Gesetz machen, wenn ich keine Daten habe. – Deswegen haben wir auch unsere detaillierten Fragen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gestellt.

Positiv ist, wie eben schon gesagt wurde, die Peer-Arbeit bzw. das Beschwerdemanagement zu bewerten. Aber da ist nachzufragen: Wie soll das Beschwerdemanagement funktionieren? – Es kann nur funktionieren, wenn die Peers das Beschwerdemanagement führen. Im Interesse des Umgangs mit den Beschwerden muss das außerhalb der Kliniken angesiedelt sein. Das heißt, die Psychiatrie-Erfahrenen müssten eine Beschwerdemanagementinstitution haben. Sie würden in die drei forensischen Kliniken gehen, die wir haben – Weißenthurm, Alzey und Klingenstein –, und dort Sprechstunden abhalten. Das müsste aber im Endeffekt über das Land finanziert werden. Da gibt es bisher noch keine Finanzierung. Der Landesverband wird momentan mit 7.000 Euro pro Jahr bei den Projekten, die er durchführt, unterstützt. Damit kann kein Beschwerdemanagement aufgebaut werden.

Zu der EX-IN-Ausbildung, die es momentan gibt: Wir haben 2014/2015 in Kaiserslautern eine Ausbildung durchgeführt. 20 Leute haben sich beworben und im Oktober ihren Abschluss gemacht. Das Problem ist, diese EX-IN-Ausbildung ist im Land noch nicht anerkannt. Es kann doch nicht sein, dass der Einsatz EX-IN-ausgebildeter Psychiatrie-Erfahrener gefordert wird und die Ausbildung nicht anerkannt ist. Die Leute müssen diese Ausbildung selbst finanzieren. Wir haben es so gemacht, dass die Finanzierung über „Aktion Mensch“ gelaufen ist, und wir haben 70 % an die Teilnehmer weitergegeben. Wenn in Zukunft solche EX-IN-Ausbildungen durchgeführt werden, müssen sie anders finanziert

47. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 19.11.2015
– Öffentliche Sitzung –
– Teil 1 –

sein. Es kann doch nicht sein, dass Leute, die in der Grundsicherung sind, dann noch eine solche Ausbildung bezahlen.

Wiedereingliederung: Angeblich gibt es eine Wiedereingliederung. Diese Wiedereingliederung soll bildungsabhängig sein. Das heißt also, Leute mit unterschiedlicher Schulbildung sollen mehr oder weniger gut integriert werden können. Dazu gibt es auch keine Daten. Irgendwo müssen doch Projekte entstanden sein, die man im Gesetz verankern kann, damit man sieht, ob das funktioniert oder nicht.

Das ist es, was ich ausführen wollte. Ich bin also relativ schlecht vorbereitet und sehr aufgeregt, weil es das erste Mal ist.

Danke.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Vielen Dank. Herr Wagner, Sie haben das sehr professionell gemacht. Ich darf ausdrücklich sagen – und glaube, damit auch für die Kollegen sprechen zu können –, man hat Ihnen keine Aufregung angemerkt. Das trifft für alle Damen und Herren Anzuhörenden zu. Sie haben sich vor allen Dingen an den Zeitrahmen gehalten. Das ist bei Anhörungen nicht immer der Fall.

Bevor wir mit der Fragerunde beginnen, darf ich kurz eine Besuchergruppe begrüßen: Damen und Herren der Caritas Worms, die auf Einladung des Kollegen Kessel hierhergekommen sind. Er ist leider erkrankt und kann Sie nicht begrüßen. Ich darf Sie im Namen des Ausschusses sehr herzlich begrüßen!

Wir gehen zur Fragerunde über. Ich habe Sie gebeten, erst Fragen an Herrn Kappauf zu stellen, da er terminlich etwas unter Druck steht. Gibt es Fragen an Herrn Kappauf?

Herr Abg. Dr. Wilke: Die Frage richtet sich, ausgehend von seiner schriftlichen Ausarbeitung, an Herrn Kappauf, aber auch an Herrn Schumacher-Wandersleb. Es kommt das – so sage ich es einmal – nicht ganz spannungsfreie Verhältnis zwischen Psychotherapeuten einerseits und Psychiatern andererseits auch in Ihrer Ausarbeitung zum Ausdruck, indem Sie an verschiedenen Stellen monieren, dass Psychotherapeuten in drei Paragrafen nicht berücksichtigt werden. Sie haben das anhand verschiedener Stellen im Gesetzestext ausgeführt.

Auf Seite 3 Ihrer schriftlichen Ausarbeitung heißt es: „Medikamentöse Interventionen spielen bei einem Großteil der oben genannten Erkrankungen, wenn es um die Reduktion von Gefährlichkeit geht, eine eher untergeordnete Rolle.“ Das ist ein bisschen Ihr Argument, nach dem Motto: Psychotherapeuten können den Psychiatern in diesem Gesetz auch an anderer Stelle gleichgestellt werden.

Ich bitte Sie, das zu erläutern. An Herrn Schumacher-Wandersleb habe ich die Bitte, aus ärztlicher Sicht darauf zu antworten.

Frau Abg. Anklam-Trapp: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, Kolleginnen und Kollegen, die Herren und Damen Anzuhörenden! Ich bedanke mich für die ausführlichen Berichte und Informationen und auch für Ihre schriftlichen Stellungnahmen. Bei meiner Frage konzentriere ich mich, unter Berücksichtigung der terminlichen Verpflichtungen, gänzlich auf Herrn Kappauf.

Herr Kappauf, ich bedanke mich für die positive Gesamtbewertung des vorliegenden Gesetzentwurfs. Ich weiß, dass in den interministeriellen Stellungnahmen schon einiges ausgetauscht wurde. Ich hätte gern noch einige Ausführungen zu dem Ziel der Behandlung, Besserung und Wiedereingliederung als wirksamer Schutz der Allgemeinheit in Verbindung mit dem Ziel, die Verweildauer zu reduzieren – im Vergleich zum Bundesdurchschnitt –, da ich das für ein sehr wichtiges Thema halte.

Der Zugang zu einer externen fachlichen Begutachtung ist mehrfach angesprochen worden. Das ist etwas, was wir uns als Sozialpolitiker noch einmal anschauen sollten. Herr Schumacher-Wandersleb und Herr Stuckmann, das ist eine Frage, die ich später noch einmal separat aufgreifen und an Sie stellen möchte.

47. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 19.11.2015
– Öffentliche Sitzung –
– Teil 1 –

Herr Kappauf: Was das Zusammenspiel von Psychotherapeuten und Ärzten angeht: Das ist schon wieder eine solche Trennung. Es gibt schließlich ärztliche Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeuten. Ich denke, dieses Zusammenspiel ist in der Praxis sehr eng. Hier liegen nicht die großen inhaltlichen Probleme.

Wir haben bestimmte historisch gewachsene Strukturen, und die gehören angepasst. Die neue Grundlage für diese Veränderungen sind das gewandelte Störungsverständnis oder einfach die wissenschaftliche Evidenz: Wie kommt es eigentlich, dass Personen schlimme Sachen machen und nicht dafür verantwortlich, also nicht schuldig sind? – Da besteht inzwischen Konsens, dass das, abgesehen von extremen Ausnahmefällen, nicht ausschließlich auf somatische Gründe – auf ein Hardwareproblem, um es salopp zu formulieren – zurückzuführen ist. Vielmehr geht es darum, dass die Menschen immer das Ergebnis ihrer Geschichte sind. Damit sage ich nicht, dass alles beliebig veränderbar ist. Auch Gelerntes kann extrem veränderungsresistent sein. Es können Erfahrungen gemacht worden sein, die dazu führen, dass Veränderungen in bestimmte Richtungen nicht mehr möglich sind. Das gibt es alles.

Aber wir haben inzwischen ein anderes störungstheoretisches Verständnis. Darum dreht sich die Kernfragestellung, mit der man sich in der Psychologie befasst: Wahrnehmung, Denken, Erleben und das Verstehen des Verhaltens und seiner Veränderungen. Es geht natürlich auch um Konflikte, zum Beispiel um Eskalation oder Deeskalation. Unter diesem Gesichtspunkt möchte ich unsere Berufsgruppe relativ selbstbewusst dort einbringen.

Auf der faktischen Ebene wird in dem Gesetzentwurf jetzt einiges dem angepasst, was in der Realität an Verzahnungen schon erfolgt ist. Das soll ab einem bestimmten Zeitpunkt auch offiziell anerkannt werden. Darum geht es eigentlich.

Das betrifft auch die Frage: Welchen Stellenwert hat eine externe fachliche Begutachtung? – Es ist immer gut, manchmal auch gerade dann, wenn sehr engagiert gearbeitet wird, dass eine distanzierte Position eingenommen werden kann, dass man also darüber reflektiert. Das heißt, dass man mit einem zeitlichen Abstand auf etwas schaut: auf die eigene Arbeit oder auf die eigene Einschätzung. Wenn der Blick von außen hinzukommt, ist das eine zusätzliche Perspektive. Es ist eine Perspektivenerweiterung und keine Infragestellung der Fachlichkeit der Leute, die die ganze Zeit an dem Thema dran sind.

Frau Abg. Anklam-Trapp: Ich habe eine Nachfrage zu § 13 des Gesetzentwurfs – Behandlungs- und Wiedereingliederungsplan. Es bedeutet eine wirkliche Fortschreibung in dem Gesetzentwurf, dass innerhalb der ersten sechs Wochen zusammen mit dem Patienten – auch in der Beratung mit seinen Angehörigen und seinem Vertreter – ein erster Behandlungsplan aufgestellt wird. Ist es wirklich derart wichtig und so evident neu, dass mit dem Patienten so schnell gearbeitet wird? Ist das in der Praxis umsetzbar?

Herr Kappauf: Eigentlich ist es zwingend erforderlich, in den ersten Wochen einen Behandlungs- und Wiedereingliederungsplan zu erstellen. Was heißt es, wenn man keinen Behandlungs- und Wiedereingliederungsplan hat? – Man hat dann wahrscheinlich schon implizite Vorstellungen von dem, was zu machen ist, aber man sollte es reflektieren, formulieren und auch vermitteln können: Was ist mein Eindruck? Was für Ziele möchte ich verfolgen? – Dass wir durch die Erfahrungen klüger werden, ist damit nicht ausgeschlossen. Insofern muss ein Behandlungs- und Wiedereingliederungsplan auch immer wieder angepasst werden.

Es wurde zum Beispiel ein kritisches Argument gegen zeitliche Vorgaben angeführt. Ich denke, die zeitlichen Vorgaben müssen veränderbar sein. Die jeweiligen Veränderungen muss ich aber begründen können. Insofern ist für mich die Formulierung in § 13 eine Konkretisierung dieser ganz strikten Vorgabe, dass eine Behandlung auf dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse durchgeführt wird.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Es gibt keine weiteren Fragen an Herrn Kappauf.

47. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 19.11.2015
– Öffentliche Sitzung –
– Teil 1 –

Ich schlage vor, dass wir nun zu der Frage von Herrn Dr. Wilke an Herrn Schumacher-Wandersleb sowie zu der Frage von Frau Anklam-Trapp an Herrn Schumacher-Wandersleb und an Herrn Stuckmann kommen.

Herr Schumacher-Wandersleb: Erst einmal zu der Frage, an welcher Stelle im Gesetz es realistisch und auch sinnvoll ist – das halte ich für noch viel wichtiger –, psychologische Psychotherapeuten einzubeziehen. Dazu habe ich in meiner schriftlichen Stellungnahme schon kurz Position bezogen. Das ist in Ordnung. Genau so lasse ich es einmal hier stehen. Es gibt allerdings in der schriftlichen Stellungnahme von Herrn Kappauf ein paar Differenzierungen, auf die ich gern kurz eingehen würde:

§ 12 – Eingangs- und Aufnahmeuntersuchung –: Es wurde die Idee formuliert, das könne auch ein psychologischer Psychotherapeut machen. Das mag in Einzelfällen so sein, aber die praktische Erfahrung ist, dass es zum Beispiel um die Frage gehen kann: Wie kriegen wir den Patienten über die nächste Nacht? – Da geht es um Medikamente, zum Beispiel um Insulin, und nicht um den Einweisungs- oder Unterbringungsgrund. In der Praxis geht es erst einmal darum: Hat der eine Allergie? Dürfen wir dem alles zu essen geben? Braucht er noch irgendwelche Tabletten? Ist er psychotisch? Braucht er eine Medikation? Nimmt er eine Medikation? Was kann man machen?

Es gibt Fälle, in denen man sagt: Das ist ein persönlichkeitsgestörter Patient, der ist klar durchstrukturiert und klar im Denken; das kann ein psychologischer Psychotherapeut machen. – Meine Erfahrung lehrt also, dass das in der psychotherapeutischen Abteilung – das ist aber die kleinste, die wir haben – auch ein Psychologe machen kann. Am Tag der Erstaufnahme geht es aber nicht darum, eine Gefährlichkeitsprognose dahin gehend zu stellen: „Was ist, wenn wir den morgen entlassen?“, sondern darum: Was passiert, wenn wir ihn direkt auf die Station lassen oder wenn wir ihn erst einmal in einem besonders gesicherten Raum unterbringen müssen? Wie kooperativ, wie selbstbestimmt ist dieser Mensch im Moment?

Im Einzelfall könnte ich also damit leben, dass ein psychologischer Psychotherapeut das macht, aber in der Masse der Fälle ist eine ärztliche Untersuchung angesagt. Es wird sogar der Begriff „fachärztlich“ verwendet – wobei sich dann die Frage stellt, welche Fachärzte gemeint sind. Wir haben in unserem Haus auch Fachärzte für Allgemeinmedizin. Dürfen die ebenfalls eine Erstaufnahmeuntersuchung machen, oder muss es doch ein Facharzt für Psychiatrie sein? – Darüber kann man sich streiten, muss man aber nicht.

Behandlungs- und Wiedereingliederungsplan: Es ist eigentlich Standard, dass nach sechs Wochen zumindest ein erster Plan aufgestellt ist. Er gilt ohnehin nur für sechs Monate; dann ist ein neuer Plan zu erstellen. Manchmal sperren sich die Patienten sehr dagegen, überhaupt irgendetwas von sich preiszugeben, und erlauben uns nicht, irgendwen anzurufen. Vielleicht haben wir auch noch keine Papiere. Dann ist es auch noch nach sechs Wochen schwierig, etwas zu machen. Aber dann müssen wir die Lösung genau dieses Problems als Behandlungsauftrag für die nächsten sechs Monate betrachten. Das Gesetz verbietet uns nicht, nach sechs Wochen den nächsten Behandlungsplan zu erstellen, wenn wir dadurch sehr viel schlauer werden.

Damit habe ich überhaupt kein Problem. In der Regel sind unsere psychologischen Psychotherapeuten da federführend tätig; das machen gar nicht mehr die Ärzte. Den Behandlungs- und Wiedereingliederungsplan erstellt vielmehr der Bezugstherapeut. In unserer Klinik arbeiten ungefähr 30 Psychologen und ungefähr 20 Ärzte.

Herr Kappauf, Sie haben auch etwas zu § 15 – Behandlung von Krankheiten und Hygiene – geschrieben. Wenn man „Behandlung von somatischen Krankheiten und Hygiene“ schreiben würde, würden die Psychologen wahrscheinlich gern aus diesem Feld gehen. Ich glaube, es geht in dem Paragraphen um die Behandlung von somatischen Krankheiten.

Worin ich Herrn Kappauf wiederum völlig zustimme: Was die externen Begutachtungen betrifft, sind wir nach zwei oder drei Jahren so weit, dass die somatischen Krankheiten aktenkundig sind, sodass auch psychologische Psychotherapeuten – da gibt es Weiterqualifizierungen, in unserem Haus und anderswo arbeiten auch rechtspsychologische Psychotherapeuten – diese Fragen bearbeiten können, zum Beispiel: ist die Unterbringung nach § 463 StPO fortzusetzen? – Das können auf jeden Fall auch

47. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 19.11.2015
– Öffentliche Sitzung –
– Teil 1 –

psychologische Psychotherapeuten machen. Wenn sie schlau sind, ziehen sie, wenn es um somatische Fragen geht, einen Arzt hinzu. So läuft das auch in der Regel. Da ist überhaupt keine Problematik zu sehen.

Bei der Einrichtungsleitung gibt es ein gesetzliches Problem. In § 63 StGB heißt es: „psychiatrisches Krankenhaus“. Es wäre zu überlegen, ob nicht auch im Bundesgesetz ein anderer Begriff als „psychiatrisches Krankenhaus“ zu wählen ist; denn meine Auffassung ist – ich bitte Sie, mir das nachzusehen –, dass ein psychiatrisches Krankenhaus von einem Psychiater zu leiten ist. Man müsste vielleicht „geeignete Einrichtung“ formulieren. Uns bindet, dass irgendwo eine Verantwortungsfunktion vorhanden sein muss.

Wir haben drei Maßregelvollzugseinrichtungen in Rheinland-Pfalz. Die Klinik Nette-Gut ist sehr groß. Wir haben eine Abteilung, in der Patienten sind, die eher medizinisch behandelt werden müssen. Da kann ich mir einen psychologischen Psychotherapeuten als Abteilungsleiter nicht so gut vorstellen. In der Abteilung für die persönlichkeitsgestörten Patienten kann ich mir das durchaus vorstellen, auch in der suchttherapeutischen Abteilung, sofern es nicht um irgendwelche Drogenentzugsprobleme, Substitutionsthemen oder Begleiterkrankungen geht, die leider häufig sind. Wir haben einen Leitenden Suchttherapeuten, der sogar „nur“ Sozialpädagoge ist, aber mit suchttherapeutischer Erfahrung. Wir können uns gut vorstellen, dass in diesen Bereichen auch Psychologen Verantwortung übernehmen – was sie bei uns zum Teil schon machen.

Herr Stuckmann: Frau Anklam-Trapp, wenn ich die Frage richtig verstanden habe, geht es zum einen um die Gutachten und zum anderen um die Behandlungsplanung. Bisher ist es im Maßregelvollzug nicht so, dass Pflegenden Gutachten schreiben. Herr Schumacher-Wandersleb hat übrigens einmal zu mir gesagt: Herr Stuckmann, bei der Erfahrung, die Sie haben, können Sie das auch. – Ich würde mir das zutrauen, aber ich würde nicht so weit gehen – zumindest nicht zum jetzigen Zeitpunkt –, zu sagen, dass die Pflegenden jetzt auch noch Gutachten erstellen sollen. Wenn wir die Zeit dafür haben, unsere Pflegeleistungen zu erbringen, sind wir schon ganz froh. Damit soll es erst einmal gut sein. Ich glaube, wichtig ist die Teamarbeit – das ist hier schon gesagt worden –: dass man sich da eng abstimmt.

Was den Behandlungsplan betrifft: Ich glaube sehr wohl, dass es leistbar ist, innerhalb von sechs Wochen einen ersten Behandlungsplan aufzustellen. Zu dem Behandlungsplan gehört – zumindest verstehen wir in der Klinik die Behandlung so, und auch der Entwurf für das Landesgesetz sieht das vor –, dass es eine Behandlung durch ein multiprofessionelles Team ist. Das bezieht auch den Pflegeprozess ein. In der Ausbildungs- und Prüfungsordnung des Krankenpflegegesetzes auf der Bundesebene ist festgeschrieben, dass in der Pflege entsprechend ihren Tätigkeiten geplant und durchgeführt werden muss. Das passiert selbstverständlich auch in der forensischen Psychiatrie, natürlich mit anderen Schwerpunkten als zum Beispiel in der Altenpflege. Das gehört aus unserer Sicht in den Behandlungsplan – in diese multiprofessionelle Zusammenarbeit – hinein. Meiner Meinung nach ist das leistbar.

Herr Abg. Dr. Konrad: Ich habe eine Nachfrage zu den Gutachten. In welcher Regelmäßigkeit werden denn externe Gutachten angefordert, und wer entscheidet letzten Endes darüber? – Schließlich ist die Verweildauer der im Maßregelvollzug untergebrachten Personen sehr erheblich. Ich habe einen guten Kontakt zu jemandem, der jetzt im 19. Jahr im Maßregelvollzug ist. Da fällt mir auf, dass selbst bei einem externen Gutachten in der Anhörung letztendlich doch oft der Eindruck für den weiteren Aufenthalt entscheidend ist, der in der Einrichtung vorherrscht.

Zum einen: Wie ist der Stellenwert? Zum anderen: Wie häufig sollten externe Gutachten erstellt werden, wenn es um jahrzehntelange Unterbringungen geht? Die Frage geht vor allem an Herrn Schumacher-Wandersleb.

Herr Schumacher-Wandersleb: Im Landesgesetz ist es noch nicht enthalten, aber im Bundesgesetz, und das gilt auch für Rheinland-Pfalz. Es werden im Moment alle fünf Jahre externe Gutachten angefertigt. In Nordrhein-Westfalen zum Beispiel werden sie alle drei Jahre gemacht. Diesen Zeitraum kann man bestimmt verkürzen. Man muss aber dazusagen, dass das auch ein Kostenfaktor ist. Aber das wäre durchaus denkbar.

47. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 19.11.2015
– Öffentliche Sitzung –
– Teil 1 –

Es gibt aber auch schon das andere Extrem, wie die Äußerung eines Patienten belegt: Wir leben von Gutachten zu Gutachten. – Das eine Gutachten ist vielleicht schlecht ausgefallen; dann warten sie eben auf das nächste. Das ist für die Einrichtung und für den Patienten eine schwierige Situation: Jetzt muss ich wieder ein, zwei oder drei Jahre warten, bis der neue Gutachter kommt. – In Rheinland-Pfalz ist es also momentan gesetzlich vorgesehen, dass alle fünf Jahre ein externes Gutachten erstellt wird. Dieses Gutachten hat einen Stellenwert in den Anhörungen. Aber die Klinik muss dem Gericht jedes Jahr eine Stellungnahme übersenden, in der es im Kern darum geht, ob man den Betroffenen auf Bewährung entlassen kann. Inzwischen sind diese Fragestellungen erweitert worden: Was könnte man alternativ tun?

Externe Gutachten werden in Rheinland-Pfalz ausschließlich von den Strafvollstreckungskammern in Auftrag gegeben. Im Saarland zum Beispiel kann das auch die Klinik selbst machen. Das ist bei uns nicht vorgesehen. Wenn das so vorgesehen wäre, müsste von den Kliniken – ich sage es einmal rheinländisch – ein Batzen Geld ausgegeben werden. Im Moment tragen das in Rheinland-Pfalz die Strafvollstreckungskammern, und die verfügen auch über Listen derjenigen, die sie damit beauftragen. Es gibt eine ganze Reihe von forensisch erfahrenen Gutachtern. Einige unserer Oberärzte sind inzwischen in dem Geschäft tätig. In Nordrhein-Westfalen gibt es eine offizielle Gutachterliste. Dort werden auch bestimmte Rahmenbedingungen gefordert.

Daran hängt auch immer die Frage: Wie qualitativ hochwertig sind diese Gutachten? – Gott sei Dank gibt es inzwischen Mindeststandards, die bundesweit festgelegt sind, sowohl für Erkenntnisverfahren als auch für Prognoseverfahren. Wenn wir anderswo Gutachten erstellen, versuchen wir, diese Mindeststandards einzuhalten. Die Aussage, dass das jeder Wald- und Wiesendoktor macht, trifft nicht mehr zu. Das kommt vielleicht noch ab und an vor, aber nicht mehr so häufig.

Sie haben einen Stellenwert, aber die Gerichte, auch in Anbetracht der Reform des § 6, erklären immer öfter: Okay, wir haben verstanden, dass er laut Ihrer Begutachtung immer noch gefährlich ist, aber er ist unverhältnismäßig lange da; wir setzen ihn trotzdem vor die Tür. – Das kommt immer öfter vor.

Frau Abg. Thelen: Auch ich möchte dem Praktiker eine Anregung widerspiegeln – Herr Schumacher-Wandersleb, Sie sind heute im Einsatz. Frau Dr. Gaudernack hat sehr intensiv darauf hingewiesen, wie weitreichend der Grundrechtseingriff bei der Fixierung eines Patienten ist. Deshalb empfiehlt sie, eine Regelung zu wählen, die in Richtung der bayerischen geht: Es sollte in jeden Fall – möglichst vorher, nur ausnahmsweise im Nachhinein – eine gerichtliche Kontrolle erfolgen. Die ist bei uns nicht vorgesehen. Sie hat zudem ausgeführt, dass das in Bayern aufgrund der organisatorischen Vorkehrungen möglich ist: Die Gerichte stehen auch am Wochenende zur Verfügung. Wie bewerten Sie diese Anregung? Wie gehen Sie mit der hier vorgeschlagenen Regelung um?

Herr Schumacher-Wandersleb: Bisher war in Rheinland-Pfalz eine gerichtliche Genehmigung nicht üblich, sondern es wurde von ärztlicher Seite eingeschätzt, angeordnet und auch überwacht. Die Durchführung einer Fixierung ist in der Regel eine Sache der Pflege. Darüber kann man natürlich kritisch nachdenken. Ich finde es auch sehr wichtig, dass man sehr kritisch darüber nachdenkt.

Ich würde, falls man die Idee weiterverfolgt, dass das auch richterlich abgesichert sein muss, eine Zweischrittigkeit der Einführung beantragen, nämlich dass erst die Richter, die wir brauchen, bereitgestellt werden, und dass dann das Gesetz geändert wird. Wenn es andersrum ist – das ist die Realität –, hinken wir nämlich immer hinterher. Allein bei der Zwangsmedikation dauert es Wochen, bis die rechtlichen Vorgaben – die jetzt noch in § 6 enthalten sind – umgesetzt werden. Bei Zwangsmaßnahmen dauert es Wochen, bis der Gutachter das eingeschätzt hat und es umgesetzt werden kann. Das muss ich leider so sagen. In der Akutpsychiatrie ist es nicht viel anders.

Was das Fixieren betrifft: Wenn da jeden Tag, auch am Wochenende, jemand erreichbar wäre, könnte ich gut damit umgehen und fände es rechtsstaatlich auch wichtig und richtig. Herr Wagner hat gesagt, es liegen keine Zahlen dazu vor. Es gibt keine veröffentlichten Zahlen. Uns liegen in unserer Klinik natürlich Zahlen dazu vor. Insofern glaube ich, dass es einen Mehraufwand bedeutet. Das hat am

47. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 19.11.2015
– Öffentliche Sitzung –
– Teil 1 –

Ende vielleicht auch damit etwas zu tun, wie viel Vertrauen man den Einrichtungen und den Mitarbeitern in den Einrichtungen entgegenbringt. Aber für völlig ausgeschlossen halte ich das nicht.

Frau Abg. Anklam-Trapp: Auch ich würde gern noch einmal auf § 29 – besondere Sicherungsmaßnahmen – eingehen. Herr Schumacher-Wandersleb und Herr Stuckmann, Sie sind die Menschen, die unmittelbar damit zu tun haben: Es geht um die Fremd- und die Eigengefährdung. § 29 regelt auch, dass die besonderen Sicherungsmaßnahmen nur durch die Unterbringungsleitung getroffen werden dürfen, aber bei Gefahr im Verzug auf eine in der Einrichtung beschäftigte Person übertragen werden können. Aber wir sind eben nicht in der Einrichtung und müssen uns ein Bild davon machen: Wie intensiv sind die Eigen- und die Fremdgefährdung und die fachliche Begegnung mit den untergebrachten Personen?

Herr Stuckmann: Ich würde gern ganz praktisch dazu Stellung nehmen. Unsere Mitarbeiter haben einen verdammt schweren Job, egal um welche Gruppe es geht. Die Menschen, mit denen sie es, gerade in der akuten Phase, zu tun haben, sind sehr schwer krank und manchmal auch noch nicht in der Lage, ihre Krankheit zu sehen. Dann ist eben das Umfeld sozusagen der Übeltäter. Das sind praktische Aspekte. Ich erlebe es bei den Mitarbeitern, dass es zu Situationen kommt, in denen der Patient tatsächlich nicht erkennen kann, dass er krank ist, und auf die Umweltreize zum Beispiel mit Beleidigungen und Beschimpfungen reagiert. Zum Teil kommt es auch zu aggressiven Übergriffen. Dem allem setzen sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter tagtäglich aus.

Man kann natürlich darüber nachdenken, welche Form von Sicherungsmaßnahmen man durchführen muss. Aber ich sage immer: Bei uns braucht sich ein Mitarbeiter, egal welcher Berufsgruppe, nicht ständig von Patienten beleidigen lassen. Auch unsere Mitarbeiter haben das Recht, wertgeschätzt zu werden, nicht nur die Patienten.

Was andere Maßnahmen betrifft, würde ich Herrn Rehn unterstützen, der Recovery-orientierte Ansätze gefordert hat. Die halte ich für sehr richtig, und zum Teil haben wir sie in der Klinik schon eingeführt – Stichwort: Adherence-Therapie –, wenn es um die Medikamenteneinnahme geht. Es ist aber sehr teuer, das einzuführen. Die Einführung der Adherence-Therapie in der Klinik Nette-Gut soll dazu führen, dass man mit dem Patienten darüber verhandelt, wie es weitergeht. Das muss die eigentliche Zielsetzung sein, und im Gesetzestext ist es auch so vorgesehen. Dazu ist es aber erforderlich, dass die Mitarbeiter eine entsprechende Schulung haben. Die Schulungen in der Adherence-Therapie haben bei uns acht Tage gedauert. Wir haben 28 Mitarbeiter geschult und hatten einen externen Trainer dafür. Das hat einen sechsstelligen Betrag gekostet, den wir im Interesse der Patientenorientierung unserem Budget entnommen haben.

Das Ziel ist es, Sicherungsmaßnahmen zu vermeiden. Das ist das oberste Ziel aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Aber manchmal geht es nicht ohne solche Maßnahmen. Ich kann es nur wiederholen: Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben einen verdammt schweren Job, und ich habe einen großen Respekt vor dem, was sie leisten.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Ich möchte das, was Sie zuletzt gesagt haben, aus meiner langjährigen Berufserfahrung unterstreichen: Dem ist so. Das hat auch etwas mit der Wertschätzung und der Erhaltung der gesundheitlichen Integrität der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu tun. Es wird sehr oft vergessen, dass es nicht nur um den Patienten, sondern auch um die Mitarbeiter geht.

Herr Abg. Wäschenbach: Ich habe zwei Fragen. Erstens. Herr Schumacher-Wandersleb hat erwähnt, er wünscht sich eine stärkere Abgrenzung gegenüber den Vollzugsbehörden. Können Sie anhand eines Beispiels aus der Praxis die Abgrenzung gegenüber der Vollzugsbehörde vielleicht noch einmal näher erläutern?

Zweitens habe ich eine Frage an Frau Dr. Gaudernack. Sie kritisierten die Vielzahl der Kontrollinstanzen. Können Sie anhand eines Beispiels aus der Praxis ausführen, wo Sie Möglichkeiten sehen, Kontrollinstanzen zu konzentrieren?

Herr Schumacher-Wandersleb: Wir verstehen uns als ein psychiatrisches Krankenhaus, als eine Einrichtung, in der die Mitarbeiter, die aus vielen Heilberufen kommen, alles daransetzen, dass die

47. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 19.11.2015
– Öffentliche Sitzung –
– Teil 1 –

Patienten wieder gesund werden. Allerdings haben wir auch hoheitliche Aufgaben – so verstehen wir uns auch –, nämlich den Schutz der Allgemeinheit. Die Beantwortung der Frage, ob wir eine Vollzugsbehörde sind oder nicht, würde uns in der Positionierung zum Beispiel gegenüber der Strafvollstreckungskammer, den Strafvollstreckungsbehörden oder auch den Staatsanwaltschaften Eindeutigkeit verschaffen. Da gibt es unterschiedliche Einschätzungen, wie wir in den letzten Monaten erfahren haben.

Ich mache es ganz konkret: Wenn bei uns auf der Station zwei, drei oder vier Patienten Mitarbeiter angreifen und verletzen und wir dann sagen: „Das ist eine Patientenrevolte“, erklärt uns die Staatsanwaltschaft: „Nein, das ist keine Patientenrevolte, denn ihr seid keine Behörde“, oder so ähnlich. Das ist vielleicht ein unpassendes Beispiel, aber das ist es, woran sich jetzt die Diskussion entzündet: Können die die Ermittlungen einstellen, weil es nicht passt? – Dann sagen wir wiederum unseren Mitarbeitern: Pech gehabt, die Staatsanwaltschaft sieht das so und so; unsere Ermittlungen laufen ins Leere.

Unsere Verwaltung sagt: Wir erteilen Bescheide. Wir bescheiden Dinge, zum Beispiel Taschengeld. – Ob das „Taschengeld“ heißen muss, ist eine sehr gute Frage. Es ist das Bargeld, das die Patienten zur Verfügung haben. Das sind Sachen, die wir eigentlich in der Zuständigkeit einer Behörde sehen. Das ist für dieses Gesetz nicht kriegsentscheidend. Aber wenn wir schon einmal dabei sind, wäre es ganz nett, klarzustellen, dass unser Krankenhaus auch eine Vollzugsbehörde ist.

Frau Dr. Gaudernack: Vorweg: Ich sage nicht unbedingt, dass es zu viele Kontrollgremien, Beschwerdegremien oder sonstige Gremien sind. Ich wollte nur darauf hinweisen, dass eine Vielzahl nicht unbedingt eine Verbesserung der Qualität bedeutet. Die Fachkommissionen ersetzen die Besuchskommissionen, und die Beiräte sind neu. Ich nehme an, dass die Beiräte, ähnlich wie in Bayern, an die Anstaltsbeiräte in den Justizvollzugsanstalten angelehnt sind. Ich bin mit dem rheinland-pfälzischen Justizvollzugsgesetz nicht vertraut, gehe aber davon aus, dass es dort auch Beiräte gibt. Die Funktion der Beiräte ist nach dem Gesetzestext primär darauf gerichtet, in der örtlichen Bevölkerung Verständnis für die Einrichtung zu wecken und sie nach außen darzustellen.

Es ist aber nach unserer Erfahrung so – vielleicht kann Herr Wagner etwas dazu sagen –, dass die Patienten mehr Ansprechpartner haben möchten, dass es also primär um die Beschwerdemöglichkeiten für die Patienten geht. Ich wage zu bezweifeln, dass diese Unterscheidung in der Praxis von den Patienten so wahrgenommen wird. Ich stelle mir vor, wie es ist, wenn der Beirat die Einrichtung besucht. Dann werden wahrscheinlich Fragen und Anregungen an den Beirat herangetragen. Danach kommt die Fachkommission, idealerweise häufiger als einmal in zwei Jahren, und auch an diese Personen werden Anregungen, Beschwerden usw. herangetragen.

Bei uns ist mit der Neueinführung der Beiräte die Problematik aufgetaucht: Welche Kontrollkompetenzen haben die Beiräte tatsächlich? – Sie haben in dem Gesetzentwurf spezifisch geregelt, dass sie nicht an Entscheidungen beteiligt sind, die einzelne untergebrachte Personen betreffen, und – § 11 Abs. 3 Satz 2 – dementsprechend auch kein Akteneinsichtsrecht haben. Wie effizient dieses zusätzliche Gremium dann ist, stelle ich nur zur Diskussion.

Herr Wagner: Ich wollte mich zu drei verschiedenen Punkten äußern, zum Beispiel zu Aggressionen. Das betrifft das, was Herr Schumacher-Wandersleb gesagt hatte. Die Aggressionen habe ich aus einer Statistik von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. Die Aggressionen sind in den Heimen viel höher als in den Psychiatrien. Es geht um Aggressionen, die die Menschen, die Psychiatrie-Erfahrene oder die Patienten gegenüber den Pflegekräften haben. Da geht es zum Beispiel um geschlagen, gekratzt, Gesicht geschlagen, auf Seite gestoßen, gebissen, angeschrien werden, Handrücken verdreht bekommen und solche Kleinigkeiten. Die Pflegekräfte sind maximal vier Tage krank. Die Statistik habe ich aus einem Unternehmen. Im Endeffekt wird das bestätigt, was die Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege herausgefunden hat. Offiziell gibt es landes- und bundesweit keine Daten. Das ist das eine.

Das zweite ist die Zahl der Suizide. Wenn die bekannt sind, warum werden die nicht gemeldet? Wir wissen sie nicht; denn wir wissen nicht, wie viele Leute aus der Forensik, also aus dem Maßregelvollzug biologisch entlassen werden und wie viele sozial entlassen werden. Wir hätten dazu gerne Zahlen. Wenn die Leute biologisch entlassen werden, dann brauchen wir keine Resozialisierung mehr.

47. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 19.11.2015
– Öffentliche Sitzung –
– Teil 1 –

Die Leute sind im Endeffekt nur noch in der Horizontalen, unter der Erde und sonst nicht mehr. Meistens kommt eine Feuerbestattung, damit da nichts mehr passiert.

Zu den Beiräten: Wir würden gerne in den Beiräten mitarbeiten. Bisher war es so, dass wir als Ersatzmitglied in den Fachausschüssen, in den Beiräten dabei waren. Wir durften nie mit in die Forensik hineingehen. In Zukunft möchten wir offiziell einen Vertreter stellen, beispielsweise einen Psychiatrie-Erfahrenen, vielleicht auch einen aus der Forensik, der mitgeht. Idealerweise wäre es, wenn dieser Mensch auch die Beschwerdestelle inne hätte, er alle vier Wochen von einer Forensik in die andere fährt und dort die Beschwerden aufnimmt. Das wäre das Ideale. Es ist keine Finanzierung da. Wir wissen nicht, wie es finanziert wird. Man könnte es so machen, dass zum Beispiel die drei Landeskrankenhäuser, die ehemaligen Landeskrankenhäuser die Finanzierung aufbauen. Es dreht sich mit Sicherheit nicht um sechs- oder siebenstelligen Summen. Es wäre also machbar bei dem Profit, was übrig bleibt. Was noch zu sagen ist, fällt mir nicht ein. Vielleicht fällt es mir später ein.

Danke.

Herr Abg. Dr. Wilke: Ich wollte dieselbe Frage stellen, die Herr Kollege Wäschenbach bereits gestellt hat.

Ich möchte Sie, Herr Schumacher-Wandersleb, ansprechen. Mir ist aus Ihrer Antwort auf seine Frage noch nicht so richtig klar geworden, was das Problem der Vollstreckungsbehörde real bedeutet. Sie haben die Abgrenzung zur Strafvollstreckungskammer und der Staatsanwaltschaft erwähnt. Da könnte ich mir vorstellen, dass es irgendwelche Reibungsverluste oder Unklarheiten in der Abgrenzung der Zuständigkeiten gibt vielleicht gesetzlich aufzugreifen und klarzustellen wären. Sie haben Aufgaben in diesem Gesetz. Aus meiner Sicht vollziehen Sie auch eine Sanktion; denn Maßregeln der Besserung und Sicherung sind Sanktionen nach dem StGB. Für mich ist nicht greifbar, wieso die Worte, sind wir eine Vollstreckungsbehörde ja oder nein, so eine wichtige Funktion für Sie haben. Aber vielleicht kann auch Frau Gaudernack aus bayerischer Perspektive zu der Frage einen Beitrag leisten.

Herr Schumacher-Wandersleb: Es geht darum, ob wir eine Vollstreckungsbehörde sind. Die sind wir nicht. Das ist ein bisschen irritierend. Sind wir eine Vollzugsbehörde?

(Herr Abg. Dr. Wilke: Vollzugsbehörde, ja, Entschuldigung!)

Vollstreckungsbehörden sind die Staatsanwaltschaften. Bei uns ist das Thema, sind wir eine Vollzugsbehörde. Ja, es hat verschiedene Indikationen. Das hatten wir so geschrieben. Wenn ihr keine Vollzugsbehörde seid, kann es auch nicht angehen, dass bestimmte Straftatbestände bei euch greifen. Das fanden wir schon ein starkes Stück vonseiten der Staatsanwaltschaften, uns so abzuschalten. Aber juristisch gesehen kann ich das nicht so gut erklären. Da sind die Kollegen vielleicht fitter.

Frau Dr. Gaudernack: Ganz ehrlich, die Problematik ist bei uns noch nie aufgetaucht.

Ich wollte noch ganz klare Hinweise zu dem Unterschied zwischen der Vollzugsbehörde und der Vollstreckungsbehörde geben. Vollstreckungsbehörde ist immer die Staatsanwaltschaft. Bei uns ist die Problematik noch nie aufgetaucht. Wir haben natürlich eine andere Struktur, weil bei uns die Aufgaben den Bezirken übertragen ist. Wir haben sieben Bezirke, die die Aufgaben, die der Freistaat Bayern hat, übernehmen. Bei uns gibt es diese Problematik nicht.

Ich könnte mir vorstellen, dass es bei Ihnen auch Einzelfallentscheidungen sind, wo die Staatsanwaltschaft bestimmte Tatbestände – das sind diese Gefangenengeschichten – nicht als gegeben angesehen hat, weil sie gesagt hat, dass der Tatbestand nicht erfüllt ist. Da müsste man sich im StGB die entsprechende Kommentierung anschauen. Wie sich das sonst in der Praxis unterscheiden könnte, weiß ich nicht, wo da sonst noch Probleme auftauchen.

Herr Schumacher-Wandersleb: Wie gesagt, das ist für mich für dieses Gesetz nicht entscheidend. Wenn wir einmal dran sind, dann gibt es für bestimmte Menschen, die sich mit dem Thema genau auskennen, die Frage, können wir das da hineinschreiben oder brauchen wir das nicht. Das wäre für uns eine kleine Hilfe.

47. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 19.11.2015
– Öffentliche Sitzung –
– Teil 1 –

Herr Abg. Dr. Dr. Schmidt: Ich habe eine Frage an Herrn Schumacher-Wandersleb. Sie haben die meisten Fragen.

Es gibt in der medizinischen Versorgung eine Statistik, dass gerade in der forensischen Medizin bestimmte Erkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund häufiger als bei Einheimischen auftreten. Können Sie das bestätigen, wenn ja, haben Sie eine Erklärung dafür?

Herr Schumacher-Wandersleb: Ich weiß noch nicht so genau, auf welches Störungsbild Sie hinaus wollen? Können Sie das noch ein bisschen konkretisieren?

Herr Abg. Dr. Dr. Schmidt: Das betrifft vor allem die psychischen Erkrankungen.

Herr Schumacher-Wandersleb: Ich muss ganz freimütig einräumen, dass ich entsprechende Differenzierungen bei uns so nie sehe. Wir haben eine ganze Menge Menschen, die aus dem Osten Europas kommen, die mit dem Thema Drogenproblematik anders, härter umgehen und da einen besonderen Fokus haben. Aber bei der Betrachtung der Gesamtbelegung haben wir keine besonders auffällige Häufung von bestimmten psychiatrischen Störungsbildern bei bestimmten Herkunftsländern. Meines Erachtens sind wir mehr oder weniger im Durchschnitt der Republik, was die nicht originär aus Deutschland stammenden Menschen angeht. Da sind wir nicht deutlich höher oder deutlich niedriger. Vielleicht haben wir einen gewissen Teil an Patienten, die aus dem osteuropäischen Raum kommen und mit Drogen Probleme haben, dann allerdings mit Heroin, während das im Osten dieser Republik inzwischen deutlich gekippt ist. Da haben die meisten Menschen im Moment ein Problem mit Crystal-Meth und diesen neuen Substanzen. Dazu haben wir gewisse Statistiken im Haus gemacht. Wir haben nicht mehr Migranten und wir haben auch keine besonderen Häufungen.

Herr Abg. Dr. Konrad: Ich habe eine Frage, die sich vor allem auf die Stellungnahme von Herrn Rehn zu der Peer-Beratung, Ex-In-Beratung und auf die Stellungnahme von Herrn Schumacher-Wandersleb, Schaffung komplementärer Versorgung, bezieht. Das passt insofern zusammen, dass die Bedeutung auch einer gemeindenahen Therapie hervorgehoben wird. Die Frage ist: Gibt es das schon über die forensischen Ambulanzen und in welchem Maße? Wie viele Patienten werden in der Klinik, wie viele extern betreut? Wie wäre es zu organisieren?

Das Ziel dieses Gesetzes ist unter anderem die Reduktion der Aufenthaltszeiten im Maßregelvollzug. Welche Rollen messen Sie der gemeindenahen Betreuungen und Begleitungen zu? Welche Rolle spielen Psychiatrie-Erfahrene, also diese Ex-In-Berater und Peer-Counseling? Ich hätte diese Frage an alle vier Herren, Herrn Rehn, Herrn Schumacher-Wandersleb, Herrn Stuckmann und Herrn Wagner.

Herr Wagner: Ich wüsste nicht, dass die Ex-In-Ausbildung momentan im forensischen Bereich eingesetzt wird. Wir haben momentan in Rheinland-Pfalz in Andernach in der Sozialpsychiatrie einen Genesungsbegleiter. Die Person hat gerade eine Ex-In-Ausbildung durchgemacht, absolviert. Dann haben wir in Alzey einen Ex-In-Begleiter, der keine Ex-In-Ausbildung gemacht hat. In Rockenhausen und in Kaiserslautern sind auch keine ausgebildeten Ex-In-Begleiter. Klingenmünster will zwei oder drei Ex-Inler, die jetzt den Kurs beendet haben, einstellen. Wo die anderen 18 unterkommen, das weiß ich noch nicht.

Es ist von den statistischen Zahlen her so, dass von den Ex-In-Ausgebildeten maximal ein Drittel in sozialversicherungspflichtige Beschäftigungen gehen. Wir wollen das weiter forcieren.

Im forensischen Bereich haben wir da noch gar keine Erfahrung. Wie das mit Forensikern ist, die wieder in die Gemeindepsychiatrie zurückkommen, weiß ich nicht. Ich weiß nur indirekt, dass diese Leute in offene Heime reinkommen und dann bleiben sie da. Ich habe noch nichts gehört, dass der eine oder andere in individuellen Wohnungen bei der normalen Bevölkerung untergekommen ist. Wenn das der Fall ist, okay, aber ich weiß von keinem Projekt, und zwar auch nicht von außerhalb.

Herr Stuckmann: Was Ex-In betrifft, gibt es, soweit ich weiß, in Köln-Porz ein Projekt, wo Ex-Inler eingesetzt werden.

47. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 19.11.2015
– Öffentliche Sitzung –
– Teil 1 –

Im Gegensatz zu der Ausführung von Herrn Rehn ist mir eine Bachelor-Arbeit bekannt, die sich mit dem Thema beschäftigt hat. Die habe ich auf dem Tisch liegen. Wir sind in der Klinik Nette-Gut dabei, dass zu prüfen. Unsere Pflegewissenschaftlerin hat von mir den Auftrag bekommen, dass auch im Hinblick auf Literatur zur recherchieren. Das wäre ein Thema, dem wir uns widmen werden. Ich glaube, das ist ein gutes Projekt, wo wir vielleicht nicht nur sozialversicherungspflichtige Arbeitsplätze schaffen können, sondern wo es vor allem darum geht, den Patienten, die noch in der Klinik sind, an den Erfahrungen teilnehmen zu lassen, die Menschen hatten, die mal in der Klinik waren. Ich glaube, das ist ein guter Ansatz.

Was das Thema Gemeindepsychiatrie betrifft, hat Herr Schumacher-Wandersleb schon ausgeführt, wir haben große Probleme damit, unsere Patienten, wenn wir glauben, dass sie entlassfähig oder urlaubsfähig sind, in die Gemeindepshychiatrie zu entlassen. Hintergrund ist – das kann ich nachvollziehen – die Tatsache, dass wir häufig die Aussage bekommen, nicht Patienten mit Sexualdelikten, nicht Patienten mit Tötungsdelikten. Das sind aber auch psychisch kranke Menschen, die eingegliedert werden müssen, wo aber die Einrichtungen – das verstehe ich – unter enormem Druck stehen, und zwar auch im Sinne der Öffentlichkeit. Wenn in der Einrichtung etwas passiert, steht gleich die ganze Einrichtung unter Beschuss. Die Medien stehen vor der Tür. Dann ist die Frage, wie kann das alles passieren.

Aus unserer Sicht ist es, was das Thema Gemeindepsychiatrie betrifft, zwingend notwendig, einen runden Tisch zu bilden, an dem sich die Gemeindepshychiatrie, die allgemeine Psychiatrie und die forensische Psychiatrie hinsetzen und überlegen, wie können wir psychisch kranke Rechtsverbrecher in die Gesellschaft wieder integrieren. Das ist unsere Auffassung. Das vertreten wir hier auch. Das ist nicht ganz neu, zumindest intern. Ich glaube, da muss etwas passieren.

Bei allem Verständnis dafür, dass das in der allgemeinen Psychiatrie und in der Gemeindepshychiatrie Probleme mit sich bringen kann, müssen wir Lösungen finden. Es kann nicht sein, dass Gutachter unseren Patienten bestätigen, ihr könnt in die Gemeindepshychiatrie entlassen werden, aber das ist nicht möglich, weil er ein Sexualdelikt gemacht hat. Da gibt es dringend Handlungsbedarf.

Herr Schumacher-Wandersleb: Zu Ex-In hat Herr Stuckmann schon das meiste gesagt. Wir hatten vor Jahren einmal einen mit einem Best-Practice-Preis honorierten Ablauf bei unseren Suchtpatienten. Diejenigen, die früher Patienten waren, kamen nach 2 oder 3 Jahren noch zu bestimmten Treffen. Das ist nicht eine Ausbildung im Sinne eines Ex-In. Aber es war zumindest die Idee damit verbunden, dass ehemalige Patienten den aktuellen Patienten ihren Leidensweg und ihren Genesungsweg im Optimalfall geschildert haben. Das wäre es zu Ex-In.

Sie hatten gefragt, welche Zahlen es gibt. Die Forensisch-Psychiatrischen Institutsambulanzen sind durch die Reform des Gesetzes zur Führungsaufsicht im Jahr 2007 erstmals begrifflich in Gesetzestexten eingeführt worden. Wir haben im Sommer 2008 unsere und andere Forensisch-Psychiatrischen Institutsambulanzen in den entsprechenden Einrichtungen aufgemacht. Ich bin damals gefragt worden, ob wir dafür Leute haben. Ja, wir haben die Leute. Wir haben natürlich die erfahrensten Leute eingesetzt. Das ist wirklich ein Erfolgsmodell gewesen.

Wir haben inzwischen bei uns in der Ambulanz ungefähr 170 Patienten, die betreut werden. Davon sind einige wenige noch beurlaubt. Ungefähr 140 Patienten sind aus der Maßregel entlassene Patienten, die von der Strafvollstreckungskammer als Bewährungsaufgabe für diese Entlassung mitbekommen haben, sich den Weisungen zu fügen, die mit der Bewährung ausgesprochen werden. Dazu gehört oft auch die Weiterbetreuung durch die Forensisch-Psychiatrischen Institutsambulanzen.

Die Klinik Nette-Gut hat ungefähr 170 Patienten. Die Zahl von Frau Dr. Karb in Alzey weiß ich auch ziemlich genau, es sind über 30. Die Einrichtung ist sehr viel kleiner. Vergleichbar ist es auch in Klingenmünster. Man kann über den Daumen gepeilt sagen, es werden im Moment mindestens 300, eher mehr Patienten ambulant nachbetreut durch die Forensisch-Psychiatrischen Institutsambulanzen. Die allermeisten davon wären früher überhaupt nicht mehr unser Klientel gewesen, schon gesetzlich nicht. Das ist durch die Änderung in der Führungsaufsicht gemacht worden. Wir sind sehr froh darüber.

47. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 19.11.2015
– Öffentliche Sitzung –
– Teil 1 –

Ich behaupte heute, wenn das nicht gekommen wäre, hätten wir das Nette-Gut noch größer bauen müssen. Dadurch war es auf der praktischen Ebene viel leichter möglich zu sagen, den Patienten beurlauben wir in ein Wohnheim. Die Patienten von uns, die eine psychische Störung im engeren Sinne haben, die Patienten nach § 63 mit Psychosen oder mit Persönlichkeitsstörungen, der Klinik Nette-Gut gehen zu 50 % in Wohnheime.

Die andere große Zahl betrifft unsere Drogenabhängigen, die doch in der Regel eher wieder in eine Wohnsituation, die sozusagen im weitesten Sinne privat ist, zurückgehen. Aber auch da gibt es immer mehr Patienten, die den Sprung lieber über ein betreutes Wohnen oder ein Wohnheim machen.

Wir haben Vergleichszahlen vom Bund. Es gibt seit fünf Jahren eine bundesweite statistische Erhebung von Herrn Hahn dazu, der bundesweit schaut. Inzwischen laufen über 1.000 Datensätze ein, wie die ambulanten Versorgungsstrukturen sind, wie viele Patienten vielleicht mit Verwandten, Herkunftsfamilien, eigenen Familien zusammen wohnen, welchen Arbeiten sie nachgehen. Da gibt es sehr genaue Zahlen. Für uns und auf Bundesebene gibt es die Zahlen.

Ich wiederhole mich jetzt. Es ist ein Erfolgsmodell. Es spart dem Land sehr viel Geld, weil natürlich der Aufwand, wenn wir Patienten dreimal oder viermal in der Woche besuchen – solche Patienten gibt es –, geringer ist. Aber wir brauchen sie nicht mehr stationär zu behalten. Sie sind in einem eigenen Wohnheim. Wir arbeiten mit ca. 20 Wohnheimen zusammen. Die meisten davon liegen in einer Fahrumgebung von etwa einer halben Stunde. Aber wir fahren auch nach Nonnweiler, bis hinter Trier, nach Bad Kreuznach, um die Patienten aufzusuchen. Wie gesagt, das ist eine Verfestigung der Versorgung unserer Patienten.

Schwierig ist es, bestimmte Patienten an den Mann oder an ein Heim zu bringen. Wir haben pädophile Patienten, die inzwischen alleine wohnen. Das darf man gar nicht sagen, weil prompt die Frage kommt, wo wohnt der, ist das meine Straße, ist das deine Straße. Das haben wir alles hinter uns und wieder vor uns.

Herr Rehn: Ich denke, wir haben im Vorfeld der Anhörung schon ganz kurz miteinander gesprochen. In der Tat bedarf der Bereich der Nachsorge, der durch das Gesetz nicht unmittelbar geregelt wird, dringend eines Gespräches. Da kann man nicht einen Schnellschuss machen. Wir müssen miteinander ins Gespräch kommen und man muss das entsprechend regeln. Ich muss schauen, in welcher Art und Weise die Menschen Fuß fassen können und wie sich die Gemeindepsychiatrie dafür öffnen kann.

Die Bachelorarbeit, die Sie ansprechen, kenne ich auch, denke ich. Da ist nur davon die Rede, dass es im Prinzip – das habe ich jetzt zitiert – in Deutschland zurzeit keine wissenschaftlichen Ausarbeitungen zu diesem Thema gibt, wohl aber einzelne Projekte. Sie haben eines davon benannt.

Ich weiß, dass in dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf oder in Bremen es entsprechende Versuche, Ideen, Überlegungen in diese Richtung gibt.

Zu Ex-In in Deutschland muss ich etwas sagen. Ich bin selbst Trainer, was die Sache angeht, und arbeite bei der Curriculumentwicklung mit. Da beschäftigen wir uns auch mit diesem Fall. Ich glaube, dass die Forensik noch einmal ein Spezialthema ist und dass wir so etwas wie eine spezielle Form von Genesungsbegleiterausbildung brauchen. Ich möchte Ihnen ganz kurz erläutern warum. Unter psychisch kranken Menschen befinden sich nicht nur Täter, sondern auch Opfer dieser psychisch kranken Täter. Wenn die sich in gleicher Weise – deshalb tut sich die Gemeindepsychiatrie so schwer

Wir haben einen sehr hohen Anteil missbrauchter Männer und Frauen, also beiderlei Geschlecht, die dann aufgrund dessen schwer gestört sind, dass derjenige, der das verursacht hat, möglicherweise bei ihnen gerade verweilt. Wenn sie zusammen in einem Heim, in einer Einrichtung sind, dann muss man sich solche Sachen mehr als gut überlegen. Wir brauchen in dieser Sache ganz viele Gespräche.

Ich kann nicht den Genesungsbegleiter, der selbst ein solches Trauma erlebt hat, in die Forensik tun, um dann zu sagen, er macht dort auf jeden Fall eine gute Arbeit. Ich denke, Peer-Arbeit ist sinnvoll.

47. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 19.11.2015
– Öffentliche Sitzung –
– Teil 1 –

Sie haben das im Suchtbereich geschildert. Wir sollten das weiterentwickeln. Wir sollten das im Blick behalten. Wir brauchen diese Nachsorge und dieses Hinausgehen. Da muss geschaut werden, wo und unter welchen Rahmenbedingungen das geht und wo es nicht geht. Da wäre, glaube ich, jede Form sozusagen über den Tisch zu sagen, so geht es und so geht es nicht, eher kontraproduktiv.

Frau Abg. Thelen: Ich will es kurz machen. Frau Dr. Gaudernack empfiehlt beispielsweise bei der baulichen Situation die Festlegung wie im bayerischen Gesetz von einer Höchstbelegungszahl. Ist das notwendig und sinnvoll? Geht das bei uns ohne? Es wäre auch eine Frage an die Praktiker.

Ich will noch auf den Einwand hinweisen, den Herrn Rehn in seiner Stellungnahme, insbesondere in der schriftlichen sehr intensiv gemacht hat. Er plädiert für sehr eindeutige und klare Regeln und verweist auf das Beispiel, dass mehrfach im Gesetz an verschiedenen Stellen die erheblichen Rechtsgüter Dritter, die im Zweifel verletzt werden können, weshalb Sicherungsmaßnahmen notwendig sein könnten, benannt sind. Ist dieser Begriff für die Praxis eindeutig genug oder würden Sie die Auffassung von Herrn Rehn teilen, dass eine Klärung gebraucht wird?

Zum Schluss will ich noch auf den Hinweis von Herrn Wagner eingehen, der sehr intensiv den Wunsch beschrieben hat, über eine bessere Fakten- und Datenlage mehr Klarheit über die Situation in der Forensik auch bei uns im Land zu erhalten und dass das nach seinen Ausführungen – für mich nachvollziehbar – noch unzureichend ist. Wir haben jetzt Haushaltsberatungen bei uns im Haus. Es geht im Bereich der Forensik nicht um Peanuts, sondern durchaus um erhebliche Mittel. Auch da wäre zur Begründung, zum Vertreten dieses Aufwandes es immer hilfreich, über eine gute Datengrundlage zu verfügen. Woran hapert es bislang? Wie könnte es besser werden? Ich will gar nicht sagen, dass es direkt so wird, wie Herr Wagner es sich wünscht, aber vielleicht doch ein Schritt in die richtige Richtung.

Frau Dr. Gaudernack: Ich kann mich nur zu dem Problem der unbestimmten Rechtsbegriffe äußern. Es ist gemeinhin so, dass sich die Verwendung unbestimmter Rechtsbegriffe letztlich nicht vermeiden lässt. Sie sind immer in diesem Dilemma gefangen, etwas möglichst allgemein auszugestalten und dann denjenigen, die das Gesetz vollziehen, handlungsfähig zu machen und ihm andererseits möglichst klare Vorgaben zu geben, damit ihm die Rechtshandhabung in der Praxis erleichtert wird. Das einzige Problem, wo ich das wirklich sehe, ist bei der Fixierung. Bei den anderen Punkten, glaub ich, kommt man fast um die unbestimmten Rechtsbegriffe nicht an jeder Stelle herum. Sie werden die wahrscheinlich bei den Sicherungsmaßnahmen immer brauchen. Sonst legt man sich teilweise zu sehr fest. Wenn Sie zum Beispiel auf den Körper und die Gesundheit eines Dritten abstellen, dann können Sie keine Sicherungsmaßnahmen wegen Beschädigung von Sachen anordnen. Insofern sehe ich außerhalb der Fixierung keinen Bedarf, weiter einzuschränken. Die Handhabung in der Praxis ist wahrscheinlich gerade für Nichtjuristen häufig schwierig, denke ich.

Herr Rehn: Es war uns wichtig, weil insbesondere die Monitoringstelle für die Umsetzung der UN-BRK (UN-Behindertenrechtskonvention) und die Folterstelle genau auf diese Punkte aufmerksam gemacht haben.

Wir denken, dass man das präzisieren kann. Ich habe versucht, darüber nachzudenken. Aber vielleicht können mir die Praktiker weiterhelfen. Was ist es im Konkreten, sofern es nicht Sicherheit und Ordnung betrifft? Eigentlich sind es nur die Sicherheit und die Ordnung oder der Schutz für Leib und Leben, die es ermöglichen, im Prinzip diese weitgehenden Eingriffe in Menschenrechte zu machen. Dort, wo das nicht der Fall ist, also das heißt, wo jemand herumtobt und unmittelbar gehandelt werden muss, stellt sich die Frage, welche Rechte Dritter das sind. Sind das irgendwelche Vermögensgeschichten? Man kann unter diesem Begriff alles Mögliche definieren. Zumindest für mich ist vollkommen uneinsichtig, wieso ein so weiter Begriff hier im Gesetz steht.

Herr Schuhmacher-Wandersleb: Ich fange bei dem Thema bessere Datenlage an. Es gibt eigentlich in Rheinland-Pfalz – ich glaube, man kann sogar sagen, Rheinland-Pfalz ist Vorreiter – sehr umfangreiches Datenmaterial zu der Unterbringung der Patienten, zur Unterbringungsdauer usw. Das ist der sogenannte Kerndatensatz, der auf Initiative, glaube ich, des Landes Rheinland-Pfalz vor sieben oder acht Jahren entwickelt worden ist, in dem eine ganze Menge von Daten, die inzwischen um einige

47. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 19.11.2015
– Öffentliche Sitzung –
– Teil 1 –

Ambulanzdaten erweitert worden sind, vorhanden sind. Allerdings glaube ich, Bayern und Baden-Württemberg machen nicht mit. Aber die anderen 14 Bundesländer machen mit.

Natürlich war auch der Gedanke, weniger direkt Benchmarking zu betreiben, weil es ging auch um die Frage, was kostet ein forensisches Bett oder die Belegung eines forensischen Bettes pro Tag pro Bundesland. Das war eigentlich nicht die Intention und Schlagrichtung, diesen Kerndatensatz auszufüllen. Aber auch dazu gibt es Zahlen in Kapitel 10 des Kerndatensatzes.

Es gibt Zahlen sowohl für Rheinland-Pfalz für die einzelnen Einrichtungen als auch bundesweit. Diese sagen vielleicht nicht so viel darüber aus, wie viele Patienten wir in 20 oder zehn Jahren haben werden. Das kann auch dieser Kerndatensatz nicht sagen. Das können wir alle nicht. Aber sie belegen, wie sich die Verweildauer, die Kosten und andere demografische Zahlen entwickelt haben.

(Frau Abg. Thelen: Werden Suizide, um diesen konkreten Hinweis aufzugreifen, festgehalten?)

– Im Kerndatensatz?

(Frau Abg. Thelen: Ja!)

– Ja, es wird jedes Jahr zusammengefasst, erhoben und ausgewertet. Wir vergleichen ihn immer. Den gibt es im Ministerium. Das war es zur Datenlage.

Ich komme zur möglichen Konkretisierung, was die erheblichen Rechtsgüter Dritter sind. Ich nenne zum Beispiel die Absonderung, wenn ein Patient auf der Station aus welchem Anlass auch immer jemanden angreift. Das muss nicht eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter sein. Das kann auch ein Besucher sein, der auf der Station einen anderen Patienten besucht. Es kann aber auch ein Mitpatient sein. Das ist häufig der Fall, dass die Aggressionen unter den Patienten bestehen. Das sind meistens keine Chorknaben bei uns, sondern das sind Menschen, die wegen fremdaggressivem Verhalten auffällig geworden sind. Es gibt genügend Gründe, sich dauernd zu zanken. Das ist ein Teil unserer Arbeit, dass sozialverträglich umzumodeln. Das sind konkrete Gefahrenlagen.

Als Beispiel nenne ich jemanden, der sein Zimmer demoliert. Ich mache es konkret. Wir haben besondere Räume, Kriseninterventionsräume, die sind stabiler bezüglich der Ausstattung. Nichts ist unkaputtbar. Das ist immer eine Frage der Zeit, bis eine sogenannte Blechtoilette, die für uns ziemlich stabil erscheint, ein Fenster oder eine Wand kaputtgehen oder zumindest sehr stark beschädigt sind. In dem Moment kann man sagen, okay, lass ihn machen. Aber er verletzt sich in aller Regel damit sehr schnell selbst.

Wir haben zahllose Beispiele, wo sozusagen durch die Aggression gegen Gegenstände binnen Minuten Aggressionshandlungen gegen sich selbst entstehen, sich entwickeln. Das führt dann dazu, dass der Patient selber Schmerzen hat, die er wieder schlecht aushalten kann. Dann sind Interventionen nötig. Er muss in der Regel in ein somatisches Krankenhaus gefahren werden, um zu röntgen, zu nähen usw. Das kann man akzeptieren. Aber richtig menschlich finde ich das nicht. Ich muss ehrlich sagen, wir finden es besser, dass wir dann seine Bewegungsfreiheit auch mit einer Fixierung so lange einschränken können, bis er zur Ruhe gekommen ist, bis wir ihn herunter geredet haben oder bis er müde geworden ist und dann runterfährt.

Aber ein Großteil der Gefährdungssituationen sind in erster Linie fremdgefährdende Handlungen der Patienten gegenüber ihren Mitpatienten, Mitarbeitern und manchmal Besuchern. Aus deren Folge heraus entstehen oft auch Eigenverletzungssachen.

Herr Rehn: Ich darf vielleicht dazu sagen, das könnte man doch so in das Gesetz schreiben, dann wäre im Prinzip die ganze Fantasieblase mit den Rechten Dritter einfach weg.

Herr Stuckmann: Ich würde ganz gern auf die Frage nach der Festsetzung und der Festlegung von Belegungszahlen eingehen. Das ist ein Thema, was ich persönlich aus fachlicher Sicht, sage ich einmal, begrüßen würde. Jede Überschreitung der Soll-Belegung bei uns in der Klinik führt zu einer Erhöhung der Kontakte zwischen Mitarbeitern und Patienten im wesentlichen Maße. Wenn man sich

47. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 19.11.2015
– Öffentliche Sitzung –
– Teil 1 –

überlegt, dass die größte Sicherheit, die wir produzieren können, die ist, dass die Beziehung zwischen Mitarbeiter und Patienten nah in dem Sinne ist, dass wir mitbekommen, wie es dem Patienten geht, wo er Ängste und Sorgen hat, ob es ihm schlecht geht und er vielleicht rückfällig werden könnte, dann muss man aus fachlicher Sicht dieses Risiko einschränken.

Ich nenne ein Beispiel, was passieren kann. Wir haben eine Suchtaufnahmestation mit 24 Behandlungsplätzen. Wir hatten letztes Jahr eine Höchstbelegung in der suchtttherapeutischen Abteilung mit über 150 Patienten bei 108 Behandlungsplätzen. Das hat bei dieser Aufnahmestation – wie gesagt, 24 Behandlungsplätze, wir hatten 37 Patienten auf dieser Aufnahmestation – dazu geführt, dass wir nicht mehr mitbekommen haben, was die Patienten machen. Sie haben Drogen hereingeschläuft. Das Ergebnis war, dass wir eine Gefangenenmeuterei hatten, so würde man in der JVA sagen. Das dürfen wir nicht, weil wir keine Vollzugsbehörde sind. Das war der Punkt, den Herr Schumacher-Wandersleb wegen der Vollzugsbehörde angesprochen hat. Wir können dem nicht mehr Herr werden. Deshalb macht es aus fachlicher Sicht Sinn.

Betriebswirtschaftlich ist das natürlich eine andere Frage. Sie haben mich als Experten gefragt, insofern würde ich auch eine Expertenaussage dazu treffen. Es macht aus Expertensicht bzw. aus fachlicher Sicht auf jeden Fall Sinn, das zu begrenzen, dass die Belegungszahlen nicht so hoch gehen. Es ist nicht automatisch so, dass man die Personalzahl erhöhen kann.

Herr Wagner: Ich wollte kurz etwas zur Datenlage sagen. Die Kerndaten kenne ich nicht. Aber ich könnte mir vorstellen, dass diese Daten im Landespsychiatriebeirat veröffentlicht oder zumindest zur Diskussion gestellt werden. Bisher haben wir noch nichts davon gehört. Es wäre gut, die Daten öffentlicher zu machen. Um weitere Daten zu ermitteln, würde ich vorschlagen, eine Task Force aufzubauen, die die Daten sammelt, Dinge infrage stellt und sagt, ob wir Daten auch in anderer Richtung bekommen können.

Es gibt einzelne Forensiker, also Menschen im Maßregelvollzug, die sind in 14 verschiedenen Forensiken. Das Gesetz in Rheinland-Pfalz ist durch ein Bundesgerichtsurteil gekippt worden. Deshalb schlage ich vor, ein bundeseinheitliches Gesetz für den Maßregelvollzug auf den Weg zu bringen und nicht ein Landesgesetz. Das ist meine abschließende Bemerkung.

Herr Abg. Wäschenbach: Ich wollte zu den Kosten kommen. Im vorliegenden Gesetzentwurf der Regierung steht, dass das Gesetz zu Mehrkosten von 200.000 Euro führen wird, die sich auf das zusätzliche persönliche Taschengeld beziehen. Andererseits haben Sie erwähnt, dass mit der Qualitätssteigerung, die das Gesetz bringen soll, umfangreiche Weiterbildungs- und Fortbildungsmaßnahmen einhergehen. Kann man quantifizieren, wann welche Kosten auf die Einrichtungsträger zukommen?

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Herr Wäschenbach, an wen geht die Frage?

Herr Abg. Wäschenbach: An alle.

Frau Dr. Gaudernack: Dazu kann ich Ihnen nichts sagen, außer dass ich glaube, dass die angesetzten 200.000 Euro sicherlich nicht reichen werden. Wir machen gerade die Erfahrung, dass moderner Maßregelvollzug teurer ist. Das muss man sagen.

Herr Rehn: Zu der Frage kann ich nicht Stellung nehmen, weil mir die Kenntnisse fehlen.

Herr Schumacher-Wandersleb: Wir haben das als Stellungnahme seitens des Landeskrankenhauses schon Anfang des Jahres formuliert, die 200.000 Euro werden nicht reichen, wenn wir engmaschiger begutachten und Kliniken selber die Gutachten auf drei Jahre durchführen müssen. Bei einer Belegungszahl von 370 Patienten und jeweils Gutachten alle zwei Jahre wäre das die Hälfte davon. Das führt zu einer sechs- oder siebenstelligen Summe allein für das Thema der Bezahlung der Gutachter, um das an einer einzigen Stelle festzumachen. Das ist ein sehr weites Feld.

Man muss dann noch schauen, wie wir unsere Mitarbeiter ausbilden sollen. Der kleinste Kostenfaktor ist wahrscheinlich die Besuchskommission, die jedes Jahr kommt. Das wäre bestimmt das kleinste Problem bei der Sache. Das größte Problem sind die personellen Ressourcen, die wir brauchen. Da

47. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 19.11.2015
– Öffentliche Sitzung –
– Teil 1 –

sind wir bei siebenstelligen Zahlen. Mehr kann ich dazu nicht sagen. Eine Million Euro sind noch sehr niedrig gegriffen.

Herr Stuckmann: Die Frage ist vor allem abhängig davon, was konkret gewollt wird. Wenn man zum Beispiel die Patientenorientierung im Gesetzestext stehen hat, was aus unserer Sicht zu begrüßen ist, dann kann man das unterschiedlich weit machen. Insofern wäre die Frage, was konkret gewollt ist.

Wenn wir wollen, dass alle unsere Mitarbeiter in Recovery oder in Adherence-Therapie geschult sind, dann habe ich bei 360 Mitarbeitern im Pflegedienst Kosten von über 1 Million Euro nur für diese Schulung der Mitarbeiter. Insofern ist die Frage, was konkret gewollt ist und wie die Qualität und die Indikatoren, die im Land entwickelt werden sollen, aussehen. Davon ist das abhängig.

Ich möchte gleichzeitig sagen, dass die Reformüberlegungen des Bundes wahrscheinlich dazu führen werden, dass zumindest bei den Patienten nach § 63 die Belegungszahlen zurückgehen können. Es macht aus unserer Sicht allemal Sinn, dass Geld in Qualität zu investieren, um die Qualität zu verbessern, um perspektivisch die Behandlungsdauer zu reduzieren. Das spart dem Land letztendlich auch Geld.

Herr Wagner: Ich könnte mir vorstellen, dass bei den 200.000 Euro, die veranschlagt wurden, das Beschwerdemanagement gar nicht berücksichtigt wurde. Ich könnte mir vorstellen, dass eventuell eine vierstellige Summe noch dazu kommt. Wie das finanziert wird, ob das über das Land, über die drei Kliniken, die wir in Rheinland-Pfalz haben, finanziert wird, müssen wir diskutieren. Auch der Ablauf des Beschwerdemanagements muss besprochen werden. So wie es im Gesetz steht, sind keine Zahlen und keine Konzepte enthalten.

Herr Abg. Dr. Wilke: Ich darf von Herrn Schumacher-Wandersleb ein Thema ansprechen, dass in der schriftlichen Ausarbeitung eine Rolle spielte. Das ist das Thema der Arbeit in der Unterbringung. Sie sagen, das Wort „gewährleistet“ ist Ihnen zu hart, zu weitgehend und Sie würden lieber das Wort „ermöglicht“ an dieser Stelle sehen. Können Sie etwas zu der Situation der Arbeit in der Unterbringung sagen?

Herr Schumacher-Wandersleb: Ich sage zuerst, keiner unserer Patienten darf oder soll zu irgendeiner Arbeit gezwungen sein. Aber es ist schon immer ein sehr wichtiges Mittel gewesen, den Tag dadurch zu strukturieren. Die Patienten bekommen ein bisschen Geld dafür. Im Monat sind das 100 Euro, der eine hat etwas mehr, der andere etwas weniger. Das haben sie zur freien Verfügung, um sich Dinge des alltäglichen Bedarfs zu kaufen. Das ist nicht nur arbeitstherapeutisch geboten, sondern auch wichtig, um den Tag zu strukturieren und an der Stelle ein bisschen Normalität und im weitesten Sinne eine Ressource zu erhalten oder zu fördern, die die Patienten oftmals im Sinne der Erkenntnis haben, dass sie doch etwas produzieren oder herstellen können.

Viele unserer Arbeitsplätze beinhalten einfache Arbeiten, Montagearbeiten. Wir haben es inzwischen geschafft, eine Reihe von Arbeitstätigkeiten anzubieten, die qualitativ höherwertige Produktionsergebnisse mit renommierten Firmen liefern, worauf man richtig stolz sein kann. Man muss dann nicht nur sagen, wir haben eine Kiste Schrauben gedreht, sondern ich habe zehn Girlanden gefaltet oder Püppchen gestrickt, genäht oder so etwas. Insofern ist das wichtig. In der jetzigen Finanzierungssituation ist das auf Kante genäht, wie wir unsere Arbeitstherapie und Ergotherapie personell ausstatten können. Dazu gibt es Zahlen, die belegt sind, wonach wir uns in der Relation zu dem, was wir ausgeben können, richten.

Das bedeutet andererseits, nicht alle Patienten bekommen an dem Tag, wo sie das erste Mal Arbeit haben wollen, auch eine Arbeit. In den Justizvollzugsanstalten heißt das, sie sind noch nicht dran. Das habe ich kürzlich in einem Gutachten gelesen. Das sind Monate, wo sie nicht dran sind. Wir versuchen, das zu vermeiden. Wir können es nicht gewährleisten.

Darüber hinaus würde ein Rechtsanspruch entstehen. Unsere Patienten haben oft drei Anwälte, wo andere drei Verwandte haben. Dann wird aus einer Gewährleistung eine Gewährleistung. Dann haben wir auf der praktischen Ebene die Situation, dass wir es nicht gewährleisten können.

47. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 19.11.2015
– Öffentliche Sitzung –
– Teil 1 –

Frau Dr. Gaudernack: Ich möchte unterstreichen, dass aus der Formulierung, die hier gewählt wurde, ein Rechtsanspruch auf eine dieser Alternativen, die angesprochen werden, besteht. Ich habe entweder einen Anspruch auf einfache Beschäftigung, auf Ergo- und Arbeitstherapie oder die Verrichtung von Arbeiten im Rahmen eines Vollzugsarbeitsverhältnisses. Ich bin naiver Weise bisher davon ausgegangen, dass die Möglichkeit zur Teilnahme an der Ergotherapie zumindest quasi in jedem Fall gegeben ist. Aber ich würde es auch so interpretieren, dass sich auf jeden Fall ein Rechtsanspruch auf eine dieser Varianten ableitet. Wenn rein faktisch derzeit nicht die Möglichkeit besteht, dass anzubieten, dann müsste sich das auf der Grundlage dieses Gesetzes ändern, weil es einklagbar wäre.

Frau Abg. Anklam-Trapp: Ich gehe auf die Teilnahme an der Arbeit, der Arbeitstherapie und der sinnstiftenden Arbeit ein. Das ist ein Menschenrecht. Das ist völlig unstrittig, glaube ich. Das ist untergliedert in eine Staffelung von eins bis sechs. Den Hinweis von Ihnen, dass man es nicht als rechtliche Grundregelung einbaut, werden wir auf jeden Fall mit aufnehmen.

Der Gesetzentwurf, wie er jetzt vorliegt, ist eine deutliche Veränderung zu dem alten Entwurf. Die Einsetzung des Taschengeldes ist von 20 Euro für einfachste Tätigkeiten bis immerhin 179 Euro für überdurchschnittliche Arbeiten in sechs Staffeln vorgesehen, sodass hohe Möglichkeiten der Resozialisierung und Therapie beinhaltet sind. Gebeten wird, dazu noch etwas zu sagen, und zwar auch, wenn es geht, von Herrn Wagner aus der Sicht von Betroffenen.

Frau Dr. Gaudernack: Ich glaube, die Bedeutung von finanziellen Anreizen wird aus meiner Erfahrung aus therapeutischer Sicht durchaus unterschiedlich beurteilt. Ich habe mittlerweile einige unserer bayerischen Einrichtungen besucht. Uns gibt es noch nicht sehr lange als Fachaufsichtsbehörde. Ich habe die unterschiedlichsten Auffassungen dazu gehört, inwieweit Arbeitstherapie mit der Möglichkeit des zusätzlichen Entgeltes sinnvoll ist oder nicht. Deswegen möchte ich mich an der Stelle mit einer Bewertung zurückhalten. Arbeitstherapie im Sinne einer Vorbereitung auf eine Rehabilitation zum Beispiel mit Tätigkeiten, die danach fortgeführt werden können, halte ich für äußerst sinnvoll.

Herr Rehn: Ich würde mich zunächst Ihrer Position grundsätzlich anschließen. Arbeit oder eine Strukturierung des Tages sind auf jeden Fall vorzusehen. Was die Entlohnung angeht, kenne ich in gleicher Weise diesen fachlichen Streit, macht das Sinn oder nicht. Wichtig ist, ohne dass Arbeit möglichst frühzeitig und möglichst hinreichend angeboten wird, wird jeder Schritt, der daran anschließend nach draußen gehen soll, doppelt so schwer.

Herr Schumacher-Wandesleb: Vielleicht muss ich einmal provokativ formulieren. Schreiben Sie ruhig hinein, gewährleisten. Das sollte mir aus therapeutischer Sicht recht sein. Aber dann schreiben Sie hinein, wo das Geld herkommt. Entschuldigung, wenn ich das so pragmatisch formuliere. Ich bin für praktikable Lösungen. Das ist einfach so nicht umsetzbar, wie es vielleicht in gutem Willen gemeint ist.

Sinnvoll ist in jedem Fall, dass das Thema Rentenversicherung drin steht. Das ist total wichtig und richtig. Das wollte ich noch dazu gesagt haben. Über die Höhe kann man trefflich streiten.

Ich gebe vielleicht noch einen Hinweis aus der Praxis. Unsere Patienten bekommen auch dann dieses Geld, einen Euro, drei Euro oder fünf Euro pro Tag, wenn sie nicht den ganzen Tag in die Arbeitstherapie gehen, weil sie vielleicht in die Psychotherapiegruppe gehen wollen. Dann bekommen sie trotzdem den Tag durch bezahlt, weil sonst die anderen nur noch in der Werkstatt sitzen, irgendwelche Girlanden zusammenbauen. So haben wir den therapeutischen Streit ein bisschen eingefangen, indem wir sagen, wenn überhaupt an einem Tag gearbeitet wird und noch andere therapeutische Angebote genutzt werden, bekommen sie das Geld.

Herr Stuckmann: Es ist die Frage, ob es sinnvoll ist, dass dafür Geld bezahlt wird. Wenn ich das aus Patientensicht betrachten sollte und wenn das Geld für die Arbeit wegfallen würde, dann wüsste ich nicht, wie ich meinen Lebensunterhalt innerhalb der Klinik bezahlen sollte, weil das Taschengeld ist so gering und wurde vor einigen Jahren deutlich reduziert, dass ich meinen Tabak- und Kaffeekonsum davon bezahlen kann. Insofern wäre es aus finanzieller Sicht für mich als Patient gut, dass ich arbeiten gehen kann und dafür auch ein bisschen Geld bekomme.

47. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 19.11.2015
– Öffentliche Sitzung –
– Teil 1 –

Aber auch aus einem anderen Grund ist das gut. Der Maßregelvollzug soll nach dem Normalitätsprinzip arbeiten. Jeder von Ihnen, der Arbeiten geht – ich genauso – bekommt Geld für seine Arbeit. Insofern ist das ein Weg, den Patienten, die häufig draußen nicht gearbeitet haben, zu zeigen, wenn du arbeiten gehst, dann lohnt sich das für dich auch finanziell. Insofern gibt es von mir dafür ein klares Veto dafür.

Herr Wagner: Ich frage mich ganz einfach, warum das Entgelt so ist, dass für die Leute nicht in die Rentenversicherungen einbezahlt wird. Diese bekommen im Endeffekt genauso wie die in der WfbM (Werkstatt für behinderten Menschen) 100 oder 200 Euro. In der Werkstatt für behinderte Menschen besteht die Möglichkeit, dass sie nach 20 Jahren so viel eingezahlt haben, dass sie Dreiviertel der Durchschnittsrente bekommen. Hier in der Forensik, im Maßregelvollzug ist das nicht der Fall. Da frage ich mich, warum es die Ungleichbehandlung gibt. Gibt es da irgendwelche politischen Probleme oder warum ist das so?

(Frau Abg. Anklam-Trapp: Anhörung – Rede und Widerrede!)

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Wollten Sie sich zu Wort melden?

(Frau Abg. Anklam-Trapp: Ich frage, ob es eine Anhörung ist?)

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Ich wollte ihn im Satz nicht unterbrechen.

Ich sehe keine weiteren Nachfragen.

Meine Damen und Herren, wir sind am Ende des Punktes 1 der Tagesordnung. Ich danke den Damen und Herren Anzuhörenden.

Wir machen eine Pause von zehn Minuten und setzen dann die Sitzung fort.

Der Gesetzentwurf – Drucksache 16/5254 – wird vertagt.

(Fortsetzung der Beratung – siehe Teil 2 des Protokolls)

gez.: Belz

Protokollführerin

Anlage

In der Anwesenheitsliste eingetragene Abgeordnete:

Anklam-Trapp, Kathrin	SPD
Denninghoff, Jörg	SPD
Dr. Machalet, Tanja	SPD
Rauschkolb, Jacqueline	SPD
Scharfenberger, Heike	SPD
Wehner, Thorsten	SPD
Dr. Enders, Peter	CDU
Thelen, Hedi	CDU
Wäschenbach, Michael	CDU
Wieland, Gabriele	CDU
Dr. Wilke, Axel	CDU
Dr. Braun, Bernhard	BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Bröskamp, Elisabeth	BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Dr. Konrad, Fred	BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Dr. Dr. Schmidt, Rahim	fraktionslos

Für die Landesregierung:

Langner, David	Staatssekretär im Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie
----------------	---

Anzuhörende:

Dr. Gaudernack, Dorothea	Leiterin des Amtes für Maßregelvollzug des Freistaats Bayern
Kappauf, Alfred	Präsident der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz Körperschaft des öffentlichen Rechts
Rehn, Benno	LIGA der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in Rheinland-Pfalz
Schumacher-Wandersleb, Wolfram	Arzt für Psychiatrie Forensische Psychiatrie (DGPPN) Suchtmedizinische Grundversorgung Ärztlicher Direktor Maßregelvollzug Landeskrankenhaus (AöR) Ärztlicher Direktor der Klinik Nette-Gut für Forensische Psychiatrie an der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach
Stuckmann, Werner	Pflegedirektor der Klinik Nette-Gut für Forensische Psychiatrie an der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach
Wagner, Franz-Josef	1. Vorsitzender des Landesverbands Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e. V.

Landtagsverwaltung:

Dr. Hardt, Markus	Richter am Landgericht
Klockner, Sabine	Regierungsrätin
Belz, Angela	Mitarbeiterin der Landtagsverwaltung (Protokollführerin)
Samulowitz, Sonja	Gaststenografin (Protokollführerin)