

dass die Bediensteten von Bonn abgezogen werden. Wir müssen und wollen noch einmal an die Kernpunkte des Berlin/Bonn-Gesetzes erinnern, die die Sicherung der Wahrnehmung der Regierungstätigkeit in Bonn vorsehen, die die Sicherung einer dauerhaften und fairen Arbeitsteilung – Sie haben es angesprochen – zwischen der Bundeshauptstadt Berlin und der Bundesstadt Bonn vorsehen und die in gesetzlich bestimmten Politikbereichen den Erhalt und die Förderung politischer Funktionen in der Bundesstadt vorsehen, zu denen vor allen Dingen die Verteidigung zählt.

Ich bitte Sie alle, auf Ihrem Wege dazu beizutragen, dass wir hier nicht nur einen Beschluss in Richtung Landesregierung fassen. Fordern wir alle unsere Kollegen, die an entscheidender Stelle stehen, dazu auf, für die Einhaltung des Gesetzes zu sorgen! – Herzlichen Dank.

(Beifall von der SPD, von den GRÜNEN und von der FDP)

Präsident Eckhard Uhlenberg: Vielen Dank, Frau Ministerin. – Mir liegen keine weiteren Wortmeldungen vor. Wir sind damit am Schluss der Beratung.

Die antragstellenden Fraktionen CDU und FDP haben direkte Abstimmung beantragt. Wir kommen zur Abstimmung. Wer dem Antrag Drucksache 15/475 – Neudruck – seine Zustimmung geben kann, den bitte ich um das Handzeichen.

(Zurufe: Zuerst der Änderungsantrag!)

– Entschuldigung. Das war mein Fehler.

Wir stimmen zunächst über den **Änderungsantrag** der Fraktionen von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und Linker **Drucksache 15/536** ab. Wer diesem Änderungsantrag seine Zustimmung geben kann, den bitte ich um das Handzeichen. – Wer kann dem nicht seine Zustimmung geben? – Wer enthält sich? – Damit ist der Änderungsantrag mit den Stimmen der Fraktionen von SPD, Bündnis 90/Die Grünen, Linker und FDP bei Enthaltung der Fraktion der CDU **angenommen**.

Wir stimmen nun ab über den **Antrag** der Fraktion der CDU und der Fraktion der FDP **Drucksache 15/475 – Neudruck** – unter Einbeziehung der soeben beschlossenen Änderungen. Wer dem seine Zustimmung geben kann, den bitte ich um das Handzeichen. – Wer kann dem nicht seine Zustimmung geben? – Wer enthält sich? – Damit ist der Antrag einstimmig **angenommen**.

(Allgemeiner Beifall)

Verehrte Kolleginnen und Kollegen, wir kommen nun zum Tagesordnungspunkt

4 Gesetz zur Abschaffung der Videoüberwachung von zwangsweise untergebrachten Patientinnen und Patienten in der Psychiatrie

Gesetzentwurf
der Fraktion der FDP
Drucksache 15/484

erste Lesung

Ich eröffne die Beratung. – Das Wort hat für die FDP-Fraktion Herr Abgeordneter Dr. Romberg.

Dr. Stefan Romberg¹⁾ (FDP): Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen!

(Unruhe)

Präsident Eckhard Uhlenberg: Verehrte Kolleginnen und Kollegen, ich bitte darum, dass nach dieser wichtigen Abstimmung nun wieder Ruhe im Plenarsaal eintritt, Sie Ihre Plätze einnehmen oder den Plenarsaal verlassen.

Der Abgeordnete Dr. Romberg hat das Wort.

Dr. Stefan Romberg¹⁾ (FDP): Liebe Kollegen! Sehr verehrte Damen und Herren! Ich kann ja verstehen, dass manche bei dem Thema flüchten gehen,

(Rainer Schmeltzer [SPD]: Das könnte ja auch etwas mit Ihnen zu tun haben!)

wenn sie sich vorstellen, was es bedeutet, in einem Krankenzimmer von einer Kamera videoüberwacht zu werden, wenn man krank ist.

Wenn man sich mit diesem Thema beschäftigt, sollte man sich vielleicht auch einmal in die Patienten-sicht hineinversetzen. Ich nenne einmal ein paar Daten zu einem Patienten, der vielleicht in solch ein Behandlungszimmer eingeliefert worden ist

Da ist ein älterer Mann, Mitte 60, der vor einem halben Jahr seine Frau verloren hat, der jetzt alleine lebt, der seit einigen Monaten unter Schlafstörungen leidet, unter Unruhe und Ängsten und in den letzten Wochen den Eindruck hatte, dass vermehrt schwarze Autos vor seinem Grundstück stehen, die irgendetwas mit ihm zu tun haben, die ihn vielleicht überwachen. Vor einigen Wochen hat sich der Nachbar im Haus gegenüber im Baumarkt für seine Haustür eine Überwachungskamera zugelegt, die diesen Patienten noch mehr verunsichert hat. Der alte Mann fühlte sich überwacht, mittlerweile auch durch den Nachbarn. Er fühlte sich abgehört durch den Nachbarn. Er verschloss die Jalousien. Er aß kaum noch. Er hatte Sorge, dass vielleicht auch mit dem Essen etwas nicht in Ordnung ist und dass das mit den schwarzen Autos oder dem Nachbarn zu tun hat. Schließlich wurde dann auf Intervention seines Bruders, der ihn besuchte und den er zum Glück hereinließ, organisiert – er selbst hatte keine

Krankheitseinsicht –, dass er gegen seinen Willen in eine psychiatrische Klinik eingeliefert wurde. Mit diesen Ängsten und Sorgen, der Angst vor Überwachung, der Angst, abgehört zu werden, landete er in einem Patientenzimmer. Und das Erste, was er da sah, war eine Videokamera, die auf ihn gerichtet war.

Was das für einen solchen Menschen bedeutet, kann sich, glaube ich, jeder vorstellen. Die Videokamera verschlimmert in diesem Fall eine Krankheit. Das Behandlungszimmer ist kein Schutzraum, in dem sich ein Mensch wieder zu sich findet, in dem sein Selbstbewusstsein gesteigert wird und in dem die psychische Erkrankung vernünftig behandelt werden kann.

Ein Patientenzimmer ist eben kein öffentlicher Raum, sondern muss Schutzraum für Menschen in schwersten seelischen Krisen sein. Deshalb stärkt ein Verbot der Videoüberwachung sowohl die Patientenrechte als auch die Behandlungsqualität. Die Patientenrechte sind bei einem Menschen, der gegen seinen Willen in solch eine Klinik kommt, sowieso schon eingeschränkt. Er kann über seinen Aufenthaltsort nicht mehr bestimmen. Er kann sich die Klinik übrigens auch nicht aussuchen. Mehr als drei Viertel der Kliniken in Nordrhein-Westfalen arbeiten ohne Videokameras, nur ein kleiner Teil setzt diese ein.

Das Verbot von Videokameras zur Überwachung und Behandlung von zwangsuntergebrachten Patienten ist eine Forderung, die die Betroffenen seit vielen Jahren zu Recht in die Diskussion einbringen, übrigens nicht nur die Betroffenen, die Psychiatrieerfahrenen, sondern auch die Angehörigen psychisch Kranker.

Nun sagen die Befürworter solcher Kameras: Die erzeugen doch Sicherheit. Damit wird der Patient vernünftig überwacht. Damit werden Mitarbeiter geschützt. – Ich sage Ihnen: Das ist eine Scheinsicherheit, die die Kameras liefern. Jeder weiß, dass solche Kameras bei der Überwachung ein Problem haben, nämlich den toten Winkel. Dieser Begriff ist in diesem Zusammenhang besonders makaber, weil sich in Kliniken in diesem toten Winkel auch in der Vergangenheit immer wieder Menschen suizidiert haben, obwohl eine Überwachungskamera den Krisenraum überwachen sollte.

Uns wird immer als Argument gebracht: Kameras schützen die Beschäftigten, die Pfleger, die Ärzte, die anderen Berufsgruppen in einer Klinik bei aggressiven Patienten, wenn sie in solch einen Behandlungsraum gehen. – Auch das ist aus unserer Sicht eine Scheinsicherheit. Denn letztendlich hat man, wenn man alleine zu einem aggressiven Patienten ins Patientenzimmer geht, vielleicht doch nicht die Sicherheit, dass der Monitor in dem Moment, in dem der Patient vielleicht handgreiflich wird, auch wirklich überwacht, oder der Weg, um zu

Hilfe zu kommen, ist so lang, dass es auch für die Beschäftigten gefährlich werden kann.

Überwachung kann auch über Sichtkontakt erfolgen. Viele Kliniken haben Krisenräume mit Fenstern, wo der Mensch vom Behandlungsstützpunkt aus beobachtet wird. Das hat den riesigen Vorteil, dass der Patient sieht, wer hinter der Glasscheibe ist, wer ihn beobachtet, und sich nicht durch solch eine Kamera ängstigt.

Wir haben die politische Debatte schon im letzten Jahr geführt, als es zunächst einen Erlass aus dem damaligen Ministerium gab, der den Einsatz von Videokameras ziemlich weit fasste und der sowohl sehr viele Patientenverbände als auch Behandler in Sorge versetzte. Auf unsere Intervention hin ist dieser Erlass damals verschärft worden, was auch Verbesserungen gebracht hat. So hat zum Beispiel eine Klinik in Gelsenkirchen mehr als die Hälfte der Kameras in dieser Zeit abgebaut. Interessanterweise vermisst sie niemand mehr.

Das bedeutet, dass es auch ohne Kameras klappt; es ist sogar wichtig, ohne Kameras auszukommen. Denn das Wichtigste im Rahmen der Behandlung ist der Kontakt, die Beziehungsgestaltung mit dem Personal. Sie können davon ausgehen, dass eine Videokamera sicher nicht zur Beziehungsgestaltung beiträgt, sondern sie problematisiert.

Außerdem sollte das Parlament über die Frage entscheiden, ob in diesem Schutzraum wirklich solche technischen Geräte eingesetzt werden sollen. Bisher wird das auf dem Erlassweg vom Ministerium geregelt.

(Beifall von der FDP)

Aus unserer Sicht gehören Kameras nicht in psychiatrische Kliniken. Deshalb ist es unser Wunsch, sie gänzlich aus diesem Bereich verschwinden zu lassen. Der Gesetzentwurf zeigt einen Weg dafür auf; denn wenn Kameras gerade bei Schwerstkranken, bei Krisenpatienten nicht mehr eingesetzt werden dürfen, werden Kliniken komplett auf dieses hochumstrittene technische Mittel verzichten.

Ich bitte im Sinne der Patienten, in den weiteren Beratungen ernsthaft über dieses sehr berechnete Anliegen sowohl von Patienten, Angehörigen als auch Behandlern nachzudenken. – Danke schön.

(Beifall von der FDP – Vereinzelt Beifall von der CDU)

Präsident Eckhard Uhlenberg: Vielen Dank, Herr Abgeordneter. – Für die CDU-Fraktion hat der Abgeordnete Preuß das Wort.

Peter Preuß (CDU): Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Der Überweisung in den AGSI stimmen wir zu, nicht nur weil es sich um einen Gesetzentwurf handelt, sondern weil es

uns sinnvoll erscheint, dort einmal intensiv über diese Problematik nachzudenken und zu sprechen.

Im Ausschuss müssen dann zwei wesentliche Punkte geklärt werden, die auch in der Begründung zum Gesetzentwurf angesprochen sind: zum einen die Frage, ob die Videoüberwachung einen Nutzen hat, insbesondere einen therapeutischen Nutzen, zum anderen die Frage, wie hoch der Personalaufwand ist, wenn die Beobachtung fixierter Menschen ausschließlich durch Personaleinsatz gewährleistet wird. Im Übrigen sind die Grundlagen und die rechtlichen Voraussetzungen für die ständige Beobachtung fixierter Menschen zu beleuchten.

Die Fixierung eines psychisch kranken Menschen ist eine die Freiheit entziehende oder beschränkende Maßnahme, die abgesehen von dem Fall, dass Gefahr im Verzug ist, der gerichtlichen Anordnung bedarf. Sie ist der absolute Ausnahmefall und dient daher nicht der Erleichterung der Betreuung des Kranken, sondern ganz konkret dem Eigenschutz, dem Schutz vor Selbsttötung oder Selbstverletzung. Sie ist anzuordnen, falls andere Maßnahmen nicht greifen. Wenn diese Ausnahmesituation eingetreten ist, dann ist die ständige Beobachtung gesetzlich zwingend, um diesen Schutz zu gewährleisten.

Sinn und Zweck des Gesetzes ist nicht die Sicherstellung der Betreuung in einem besonderen Fall, sondern die Beobachtung. Wie diese Beobachtung erfolgen soll, ist weder gesetzlich noch auf dem Erlasswege geregelt, sodass die Videoüberwachung jedenfalls nicht prinzipiell ausgeschlossen sein muss. Man kann allerdings sagen: Wenn bei der Fixierung der persönliche Schutz des psychisch Kranken im Vordergrund steht, liegt es nahe, dass die Videoüberwachung, die eine gewisse Distanz zum Kranken aufbaut, nicht geeignet ist, den persönlichen Schutz unmittelbar sicherzustellen.

Eine Videoüberwachung ist dann nicht geeignet, wenn aufgrund der Beobachtung ein schnelles, unmittelbares Eingreifen erforderlich ist. Es ist also eine zu klärende Fachfrage, ob es Fälle gibt, die zwar eine Fixierung zulassen und eine ständige Beobachtung erfordern, nicht aber zwingend die unmittelbare Anwesenheit von Personal. Die Videoüberwachung kann durchaus eine im Interesse des Patienten liegende Ergänzung von Maßnahmen darstellen, aus der Sicht des Patienten im Rahmen des notwendigen Maßes möglicherweise auch vertretbar.

Es geht also bei den Überlegungen unter Umständen darum, auf der einen Seite die Videoüberwachung einzuschränken, sie auf der anderen Seite aber in notwendigen und geeigneten Fällen zuzulassen. Diese Fragen mögen allerdings im Ausschuss geklärt werden. – Vielen Dank.

(Beifall von der CDU)

Präsident Eckhard Uhlenberg: Vielen Dank, Herr Abgeordneter. – Für die SPD-Fraktion hat Frau Abgeordnete Veldhues das Wort.

Elisabeth Veldhues (SPD): Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Das gemeinsame Bestreben des Fachausschusses in den letzten Jahren war die Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen. Es kann jeden von uns treffen. Gemeinsam wollten wir erreichen, dass Patienten und ihre Familien frühzeitig Hilfe und Unterstützung erfahren. Hilfe und Unterstützung bietet keine Videoüberwachung; da sind wir uns mit dem Antragsteller einig. Das ist aber auch schon das einzige.

Für uns gilt: Patienten, auch hochgradig erregte und eventuell autoaggressive, benötigen Therapie, Zuwendung und Unterstützung, und zwar durch ausgebildetes Personal. Eine Videoüberwachung, die dieses Personal ersetzen soll, wird von uns eindeutig abgelehnt.

Aber, meine lieben Kolleginnen und Kollegen, Gott sei Dank sieht die Lebensrealität in den Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern anders aus. Ich wehre mich dagegen, dass hier suggeriert wird, als wenn zwangsweise untergebrachte Patienten auf allen Stationen, auf Fluren überwacht werden. Das ist nicht die Realität. Sonst müssen wir sie benennen und sofort abstellen.

In mehreren Anhörungen und speziell in mehreren Beratungen zu diesem Themenkomplex hat sich der Fachausschuss intensiv hiermit befasst. So hat im Frühjahr letzten Jahres das Ministerium einen Erlass präzisiert – nicht inhaltlich geändert – und eindeutig klargestellt, dass Videokameras zur Patientenüberwachung ausschließlich in begründeten Einzelfällen im Rahmen von besonderen Sicherungsmaßnahmen bei strenger ärztlicher Indikationsstellung, zum Beispiel bei einer gegenwärtigen erheblichen Selbstgefährdung, eingesetzt werden dürfen, das heißt in einer äußerst krisenhaften Situation, wenn keine andere Lösung als adäquat erscheint. Und das entscheidet nicht die Politik, sondern der Facharzt, und zwar die Leitung des Krankenhauses. Und dieses wird dokumentiert.

Wir haben dieser Regelung, Herr Dr. Romberg – Sie waren auch anwesend –, damals einvernehmlich zugestimmt und verabredet, dass der Ausschuss informiert wird, wie, wie oft und welche Einrichtungen aus welchem Anlass Videoüberwachungen durchgeführt haben. Das ist die Realität in unseren nordrhein-westfälischen Krankenhäusern. Ich halte das für einen verantwortungsvollen Umgang mit diesem sensiblen Thema und fordere Sie auf, diese Verantwortung nach wie vor wahrzunehmen.

(Vorsitz: Vizepräsidentin Angela Freimuth)

Ich möchte nun drei Aussagen zitieren, die uns damals die Ärztekammer ins Stammbuch geschrieben hat und die auch heute noch Bestand haben:

„Trotz guter Heilbarkeit von psychischen Krankheiten sind die von ihnen direkt Betroffenen, ihre Angehörigen und die in der psychiatrisch psychotherapeutischen Versorgung Beschäftigten subtilen und offensichtlichen Stigmatisierungen und Diskriminierungen auf allen gesellschaftlichen Ebenen ausgesetzt. ...

Für Deutschland ist belegt, dass ein großer Teil von Patientinnen und Patienten aus Scham wegen einer psychischen Erkrankung zu spät oder keine ärztliche Hilfe in Anspruch nimmt. ...

International und national wird die Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung als ein zentrales Ziel in der Versorgung und Behandlung psychisch Erkrankter angesehen.“

Vizepräsidentin Angela Freimuth: Frau Kollegin, entschuldigen Sie die Unterbrechung. Der Abgeordnete Romberg möchte Ihnen gerne eine Zwischenfrage stellen. Lassen Sie diese zu?

Elisabeth Veldhues (SPD): Gerne.

Vizepräsidentin Angela Freimuth: Bitte schön, Herr Kollege Romberg.

Dr. Stefan Romberg* (FDP): Vielen Dank, Frau Veldhues, dass ich nachfragen darf. Sie haben gerade richtigerweise dargestellt, in welchen Situationen es im Moment auf Erlasswege möglich ist, eine Videoüberwachung durchzuführen. Wie erklären Sie sich denn, dass über drei Viertel der Kliniken in Nordrhein-Westfalen trotz dieser Situation, die natürlich auch bei denen in der Klinik auftreten, ohne dieses technische Instrument Videoüberwachung auskommen und Patienten ja nicht schlechter behandeln, oder?

Elisabeth Veldhues (SPD): Erstens. Das müssen Sie die leitenden Ärzte fragen.

Zweitens gehe ich davon aus, dass auch in diesen Kliniken zwangsuntergebrachte Patienten sind und dass man dann eventuell zu dem von mir favorisierten Mittel einer Sitzwache greift. Das ist immer im Klinikalltag zu entscheiden. Das aber entscheidet der Arzt und Gott sei Dank nicht ich.

Ich habe aber deswegen so weit ausgeholt, Herr Dr. Romberg, um auf das Thema „Entstigmatisierung“ zu kommen. Denn die Pressebegleitung Ihres Gesetzentwurfs, Herr Dr. Romberg, spricht eine ganz andere Sprache. Wörtlich:

„Jede vierte dieser Kliniken in NRW überwacht mit Videokameras Menschen, die zwangsweise in der Psychiatrie untergebracht werden.“

Zu lesen war das am 9. November.

Das macht Angst. Sie suggerieren, als wenn der Alltag auf den Stationen so ist. Das ist unverantwortlich. Das wollte ich Ihnen gerade belegen. Die Menschen haben Angst und Scham, in das Krankenhaus zu gehen. Sie schüren die Ängste von Betroffenen und diskreditieren meines Erachtens die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Kliniken. Denn die alle bemühen sich um eine möglichst angst- und gewaltfreie Atmosphäre auf den Stationen.

Unser gemeinsames Ziel muss doch sein, erkrankte Menschen zu überzeugen, sich auf eine Behandlung einzulassen. Dazu gehört es, in den Kliniken professionell mit Krisensituationen umzugehen.

Eine ausreichende Personalstärke ist hierbei Voraussetzung. Wir haben ja heute Morgen ausgiebig darüber diskutiert, dass dann, wenn die Finanzierung weiterhin bröckelt, dies in Gefahr scheint.

Wichtig für uns ist auch, dass die Beteiligten, also auch der Arzt, nach Abklingen der hoch akuten Erkrankungsphase die erlebte Situation mit dem Patienten bespricht.

Für uns ist ganz wichtig, dass das behandelnde Personal im Dialog und auf gleicher Augenhöhe mit den Patienten seinen subjektiven Eindruck erfährt. Nicht nur das Krankenpflegepersonal, sondern auch der Arzt muss sich nach Abklingen der hochpsychotischen Phase mit dem Patienten auseinandersetzen, wie er diese Zwangsmaßnahme erfahren hat. Das ist wichtig, denn Patienten, auch psychisch erkrankte Patienten, haben Rechte. Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie dürfen kein Tabuthema sein – nicht in der politischen Diskussion, aber auch nicht im stationären Alltag.

Das Dilemma auf den Stationen ist ja oft: Sie haben einen hochpsychotischen Menschen, wollen ihm helfen, und indem sie ihm helfen wollen, müssen sie ihm zunächst sozusagen psychische Verletzungen zufügen, indem sie eine Zwangsmaßnahme anordnen. So jedenfalls schildern die betroffenen Patienten diesen Vorgang.

Deswegen ist es für uns wichtig, dass die handelnden Akteure Kenntnis über alternative Hilfsmöglichkeiten in Qualifizierungs- und Fortbildungsmaßnahmen erlangen. Es darf nicht einfach Stationsalltag sein, es muss immer wieder sensibel damit umgegangen werden. Dafür ist uns der Dialog, also die Angehörigen und den Patienten in diesen Dialog mit einzubeziehen, wichtig.

Alle Fixierungen werden dokumentiert, auch die Betreuung der Patienten in dieser Phase. Meiner Meinung nach wäre es wichtig, dass auch die Nachbetrachtung dieser Krise ein fester Standard bei den Dokumentationen sein sollte.

Sie wissen, dass es in den Anhörungen immer eine Anregung der SPD war, dass die Kliniken, die Klinikärzte den Menschen auf gleicher Augenhöhe begegnen, dass mit chronisch erkrankten Patienten, die öfters mit einer Aufnahme rechnen müssen, Behandlungsvereinbarungen abgeschlossen werden, dass der Arzt, die Station und der zu behandelnde Patient eine Vereinbarung abschließen, was passiert, wenn der Patient wieder in einer krisenhaften Situation in die Klinik kommt.

Die Patienten fühlten sich dann ernst genommen, und ihnen fiele der Weg in das Krankenhaus leichter. Das setzt allerdings voraus, auch vonseiten der Ärzteschaft diesen Patienten ernst zu nehmen und wahrzunehmen.

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, wir werden die angekündigte Berichterstattung über die Praxis der letzten Monate kritisch diskutieren. Ich kann Ihnen zusichern: Wenn Handlungsbedarf gezeigt wird, dann wird gehandelt. Aber eine bloße Skandalisierung ohne realen Hintergrund lehnen wir ab.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, im Januar 2007 haben wir eine große Anhörung zum Thema „Psychiatrie in NRW“ gehabt. Es gab verschiedene Anläufe, eine gemeinsame Initiative aller Fraktionen zu unternehmen, um die Anregungen und belegten Defizite aufzuarbeiten. Es war leider nicht realisierbar. Herr Romberg, Sie werden wissen, warum: Die FDP hat sich verweigert.

(Dr. Stefan Romberg [FDP]: Das ist ein Märchen!)

– Das ist kein Märchen. Dafür hat sich damals Herr Henke im Ausschuss entschuldigt.

Ich empfehle Ihnen für das Wochenende viele dieser Expertenaussagen zur Lektüre. Prof. Dr. Gaebel hat damals die Situation folgendermaßen skizziert:

Schuldzuweisungen gegenüber Betroffenen und Angehörigen, verzerrte Darstellung in den Medien, Diskreditierung unserer psychiatrischen Behandlungseinrichtungen als Verwahranstalten bedingen letztendlich die Skepsis bis ablehnende Einstellung der Bevölkerung.

Soweit das Zitat.

(Zuruf von Karl-Josef Laumann [CDU])

Ich habe natürlich mit großem Interesse auch die Aussage Ihres Klinikchefs gelesen, weil sich natürlich bei mir der Verdacht aufdrängte, dass vielleicht Ihr Stationsalltag der Hintergrund für Ihre generalisierende Sicht darstellt. Das war aber nicht so.

Meine Damen und Herren, Kolleginnen und Kollegen, Entstigmatisierung ist unser gemeinsames Ziel. Bitte lassen Sie es nicht zur Worthülse verkommen. Der Todestag von Robert Enke sollte uns allen die Dramatik und die Isolation der erkrankten Men-

schen und ihrer Familien aufzeigen und uns aufrütteln.

In diesem Sinne wird die SPD-Fraktion ihre Anstrengungen im Interesse der Betroffenen und ihrer Familien engagiert fortsetzen. Ich bedanke mich für die Aufmerksamkeit und freue mich auf eine sehr rege Diskussion im Ausschuss. – Danke schön.

(Beifall von der SPD und von den GRÜNEN)

Vizepräsidentin Angela Freimuth: Vielen Dank, Frau Kollegin Veldhues. – Als nächster Redner hat für die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen der Abgeordnete Ünal das Wort. Bitte sehr, Herr Kollege.

Arif Ünal (GRÜNE): Frau Präsidentin! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! In Nordrhein-Westfalen werden pro Jahr mehr als 20.000 Menschen aufgrund akuter Eigen- und Fremdgefährdung zwangsweise in die geschlossenen Abteilungen einer psychiatrischen Klinik eingewiesen. Bei einigen wird die Fixierung als Schutzmaßnahme angeordnet. Dafür gibt es aber feste Grenzen. Besonders für die langfristige Fixierung ist eine richterliche Genehmigung erforderlich.

Dieser Gratwanderung wird durch eine gesetzlich vorgeschriebene Sitzwache Rechnung getragen. Gerade in einer derartigen Ausnahmesituation ist natürlich persönliche Betreuung nötig, um sich jederzeit ein Bild von der Verfassung der fixierten Patienten machen zu können. Das bedeutet, dass eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter permanent als Ansprechpartner zur Verfügung steht, um bei einer Gefährdung etwa durch beabsichtigte oder unbeabsichtigte Strangulierung unmittelbar handeln zu können.

Anfang des letzten Jahres hat nun das damalige CDU-geführte Sozialministerium der schwarz-gelben Koalition einen umstrittenen Erlass zur Videoüberwachung veröffentlicht. Zwar ist er anschließend nachgebessert worden, aber weitergehende Änderungen sind immer noch dringend notwendig. Menschen benötigen in erster Linie einen fachkompetenten Ansprechpartner, nicht nur Videoüberwachung durch eine Videokamera.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geraten bei dem Spagat, Kontakt zu dem Patienten zu halten und gleichzeitig genügend Überwachung bei den eventuellen Gefährdungen zu gewährleisten, an ihre Grenzen. Dabei kann mit einer Kamera sicher eine unmittelbare Überwachung und Kontrolle hergestellt werden. Notwendig ist es aber eine ausreichende Kontaktherstellung von Mensch zu Mensch. Nur so kann eine Beziehungsaufnahme gelingen. Betroffene brauchen Rahmenbedingungen und persönliche Zuwendung, die ihnen helfen, sich sicherer zu fühlen und Vertrauen wiederzugewinnen.

Unserer Auffassung nach dürfen folgende Grundsätze nicht ausgehebelt werden:

Erstens. Die klinische Behandlung und Betreuung akut psychisch kranker Menschen darf nur nach ärztlich-therapeutischen Gesichtspunkten erfolgen.

Zweitens. Die geschlossene psychiatrische Station ist ein besonders geschützter Ort und darf kein öffentlicher Raum sein.

Drittens. Menschen in einer akuten psychischen Krise können anschließend durch eine intensive fachliche Betreuung angemessen versorgt werden.

Viertens. Diese Menschen erfahren nur durch die Beziehungsarbeit Sicherheit. Kameraüberwachung kann bei wahnhaft gestörten Menschen sogar zur Eskalation der Situation führen.

Diese Aspekte muss man auch im Klinikalltag mitberücksichtigen. Videokameras zur Patientenüberwachung dürfen deshalb, wenn überhaupt, nur kurzfristig, in wenigen, besonders begründeten Ausnahmefällen und nur mit ärztlicher Indikation denkbar sein. Deshalb muss die bestehende Regelung dringend eine Überarbeitung erfahren.

Wir müssen im Ausschuss ernsthaft über Fragen, wie etwa die Folgen der personellen Ausstattung der psychiatrischen Kliniken, wie und wie lange die Videoüberwachung ärztlich indiziert wird, diskutieren, damit wir nicht einen Schnellschuss machen und emotional über dieses Thema reden. Wir müssen vielmehr fachlich und sachlich diskutieren, um diese Verordnung entsprechend zu verbessern. Ich freue mich auf eine engagierte Beratung im Ausschuss hierzu. – Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall von den GRÜNEN, von der SPD und von der LINKEN)

Vizepräsidentin Angela Freimuth: Vielen Dank, Herr Abgeordneter Ünäl. – Als nächster Redner hat für die Fraktion Die Linke der Abgeordnete Zimmermann das Wort. Bitte schön, Herr Abgeordneter.

Wolfgang Zimmermann (LINKE): Danke schön. – Frau Präsidentin! Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es ist unbestritten, dass die Videoüberwachung und – ich füge noch hinzu – Fixierungen in verschiedensten Kliniken zunehmen. Das ist kein Zustand, den wir unterstützen können. Deshalb sage ich: Prinzipiell unterstützen wir das Anliegen der FDP.

Wir sagen auch: Die persönliche Beobachtung, wenn sie denn notwendig ist, ist wichtig, und Videoüberwachung kann kein therapeutisches Konzept sein.

Aber: Videoüberwachung soll ja vor allen Dingen eingesetzt werden und wird eingesetzt, um selbst-

gefährdendes Verhalten im Rahmen der stationären Behandlung zu überwachen. Aber wer legt denn selbstgefährdendes Verhalten an den Tag? Das sind doch in der Regel die, die ganz besonders psychisch erkrankt sind, die aufgrund von Traumatisierungen, von schweren Depressionen selbstzerstörerisches Verhalten zeigen.

Menschen, die diese schweren Erkrankungen haben, benötigen jedoch vor allen Dingen eines: menschliche Zuwendung, Gespräche. Eines benötigen sie mit Sicherheit nicht: alleine in ihrem Zimmer – häufig sind es Isolierzimmer – zu liegen oder zu sitzen und mit einer Videokamera überwacht zu werden.

Warum werden sie von einer Videokamera überwacht? Weil das Personal fehlt, weil wir zu wenig Ärztinnen und Ärzte haben, weil wir zu wenig Pflegepersonal haben, gerade auch in den psychiatrischen Kliniken.

Es ist eigentlich fast eine Wiederholung von heute Morgen, als wir über die Arbeitssituation der Beschäftigten im öffentlichen Dienst – Entschuldigung, nicht im öffentlichen Dienst – in den Krankenhäusern gesprochen haben. Es ist völlig gleichgültig, ob es Öffentliche-Dienst- Krankenhäuser, kirchliche Krankenhäuser oder private Krankenhäuser sind. Die Arbeitssituation ist mehr oder weniger in allen Krankenhäusern sehr schlecht. Das haben wir heute Morgen diskutiert. Deshalb schließt sich der Kreis zu der Debatte von heute Morgen wieder.

Und daher ist es eine Wiederholung: Es wird Geld benötigt, um die personelle Ausstattung in den psychiatrischen Kliniken so zu gestalten, dass Videoüberwachung und Fixierungen zumindest in der Regel überflüssig werden.

Dazu möchte ich sagen: Aus fachlichen Gründen ist es nicht immer möglich, auf Fixierungen zu verzichten. Auf Videoüberwachung zu verzichten, ist möglich, wenn entsprechendes Personal vorhanden ist.

Darüber, meine Damen und Herren, sollten wir sprechen. Deshalb stimmen wir natürlich auch der Überweisung zu. Wir sollten das im Ausschuss ehrlich diskutieren und deutlich machen, dass finanzielle Mittel notwendig sind. Denn implizit schreiben Sie in Ihrem Gesetzentwurf, dass finanzielle Mittel dafür nicht notwendig seien. Das bestreiten wir ganz energisch. – Danke schön für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall von der LINKEN)

Vizepräsidentin Angela Freimuth: Vielen Dank, Herr Abgeordneter Zimmermann. – Als nächste Rednerin hat für die Landesregierung Frau Ministerin Steffens das Wort. Bitte sehr, Frau Ministerin.

Barbara Steffens, Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter: Frau Präsidentin! Meine Damen und Herren! Bei diesem Thema muss klar sein, dass wir die Interessen der Be-

troffenen und der Beschäftigten berücksichtigen müssen. Das sind zwei Seiten derselben Medaille. Beide spielen in diesem Prozess eine ganz wichtige Rolle.

Wir sollten zu einer sachlichen Debatte kommen und versuchen, weder Panik zu machen noch das Problem zu negieren. Wir sollten nicht schwarz-weiß schauen, sondern versuchen, die Probleme, die im Moment bei der Videoüberwachung in der Psychiatrie gesehen werden, sowohl aus der Blickrichtung der Patientinnen und Patienten als auch aus der Blickrichtung der Beschäftigten zu betrachten.

Wir haben in der letzten Legislaturperiode eine Diskussion – leider nicht im Gesamtkontext aller Fraktionen – darüber geführt und uns bemüht, dieses Thema ein Stück weit anzustoßen. Mit dem darauf folgenden Erlass, mit dem das, was möglich war, präzisiert und eingeschränkt wurde, sind wir in die Richtung gegangen, die jetzt mit dem Gesetzentwurf fortgeschrieben wird. Wir haben nämlich gesagt: Wir müssen den Schutz des einzelnen Menschen, die Bedarfe und die Bedürfnisse eines psychisch Kranken in den Mittelpunkt stellen.

Wir sind jetzt an einem Punkt angekommen, an dem die Landesregierung zunächst die Ist-Situation in Nordrhein-Westfalen untersuchen muss. Hat der Erlass, der damals von der Vorgängerregierung auf den Tisch gelegt worden ist, diese Eingrenzung auf „medizinisch notwendig“ bewirkt? Denn das ist die Blickrichtung: Es gibt Fälle, in denen das medizinisch notwendig ist. Andererseits wird gesagt – das war auch eben der Fall –, dass das anscheinend aus finanziellen Zwängen passiert. Dies werden wir uns ganz genau anschauen müssen. Wir werden auch die Ergebnisse der Kontrollen der Bezirksregierungen bzw. der Besuchskommission einbeziehen. Das werden wir in dem Prozess – von mir aus auch im Rahmen der Diskussion um diesen Gesetzentwurf – gemeinsam diskutieren müssen.

Für mich ist klar: Wenn Videoüberwachung, wie von Herrn Zimmermann gerade vorgetragen, aufgrund von Personalproblemen eingesetzt wird, ist das mit der bestehenden Rechtslage – weder mit der Erlass- noch mit der Gesetzeslage – überhaupt nicht kompatibel. Wenn das dramatische Beispiel vom Anfang der Realität entspricht, ist es mit der derzeitigen Gesetzeslage ebenfalls nicht kompatibel.

Denn Voraussetzung – das hat schon Frau Veldhues angemerkt – für eine Videoüberwachung ist eine ärztliche Indikation. Ein Arzt, der in dem von Ihnen drastisch beschriebenen Fall eine Videoüberwachung anordnet, hat aus Ihrer Sicht – so haben Sie es dargestellt – grob fahrlässig gehandelt.

Das heißt, es kann nicht sein, dass solche Fälle medizinisch indiziert sind. Aber wir werden uns das ansehen müssen. Wenn das so ist, gibt es zwei Möglichkeiten. In den Anhörungen und im Verfahren

ist immer wieder auf Einzelfälle hingewiesen worden, in denen die Sitzwache ein Problem ist, weil die Angst vor dem Menschen, der vor Ort daneben sitzt, vorhanden ist. Ich bin keine Ärztin und auch keine Ärztin für Psychiatrie.

Wir werden uns damit beschäftigen müssen, ob es diese Handvoll Einzelfälle, die immer wieder beschrieben werden und für die die Videoüberwachung sinnvoller als die Sitzwache ist, gibt. Wenn es sie gibt, wäre es grob fahrlässig, die Videoüberwachung grundsätzlich als Instrument auszuschließen. Wenn es aber Fälle gibt, bei denen es nicht diese Einzelfälle sind, bei denen es medizinisch indiziert ist, werden wir das Ganze präzisieren müssen. Wir müssen dann klären: Brauchen wir ein neues Gesetz bzw. einen neuen Erlass? Wie wird das eingeschränkt?

Auch ich bin der Auffassung, dass wir das, was die Betroffenen zum Teil als erlebt schildern, auf die Fälle minimieren müssen, in denen ein Arzt feststellt, dass das ohne Inkaufnahme einer Gefährdung nicht zu verhindern ist.

Deswegen glaube ich, dass wir im Detail und ohne Schnellschüsse prüfen müssen, wie man in diesem sensiblen Bereich das Bestmögliche für die Patienten und Patientinnen hinkommt. Das heißt, es darf keine Gefährdung von Persönlichkeitsrechten geben. Es darf keine Gefährdung durch eine Videoüberwachung entstehen.

Es muss auch klar sein, dass die Videoüberwachung nicht der Ersatz für die Sitzwache sein kann, da sie dem Patienten nicht helfen kann, wenn er dort liegt. Bis jemand von der Videoüberwachung am Bett des Patienten ist, kann so viel Zeit vergangen sein, dass die Gefährdung eingetreten ist. Dann kann niemand dem Patienten in der Fixierung helfen, der Durst hat. Deswegen muss feststehen, dass es sich nicht um einen Ersatz handelt, sondern medizinisch indiziert sein muss.

Diese Diskussion, die wir in der letzten Legislaturperiode so auch mit der alten Landesregierung geführt haben, können wir jetzt gemeinsam führen. Auch wenn wir bei den anderen Punkten, gerade bei der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung, damals vonseiten der Oppositionsfraktionen doch versucht haben, zu einem Konsens zu kommen. Wenn wir diesen Weg jetzt gemeinsam gehen können, sind, so glaube ich, alle in diesem Raum Anwesenden – sowohl vonseiten der Fraktionen als auch vonseiten der Landesregierung – gern dazu bereit.

Denn die Diskussionen um das Negieren von psychischen Problemen, um das Stigmatisieren von Patienten und Patientinnen sowie um die Dimension dessen, was Depression und psychische Probleme ausmacht, sollten gemeinsam von uns mit Blick nach vorne geführt werden, um für die Betroffenen

in diesem Land etwas zu verändern. Das sollten wir schaffen.

Deswegen hoffe ich, dass die Schwarz-Weiß-Malerei, die Stigmatisierung Betroffener und Beschäftigter im Laufe dieses Prozesses ein Ende hat und wir nüchtern die Auswertung der Ist-Situation in Nordrhein-Westfalen betrachten können, um uns anschließend gemeinsam auf den Weg zu machen. In der Vergangenheit und seitdem ich im Amt bin habe ich mit den Menschen mit Psychiatrieerfahrung intensive Gespräche geführt. Klar ist, dass wir auch im Interesse eines Erfolgs, einer Heilung oder einer Verbesserung der Lebenssituation auf das hören müssen, was Menschen in ihren Situationen erfahren. Wir müssen dafür sorgen, dass der Dialog zwischen Beschäftigten und Betroffenen perspektivisch in einer anderen Art und Weise geführt und auch auf die Bedarfe derjenigen gehört wird, die in diesem Bereich beschäftigt sind.

Denn – Kollege Zimmermann hat es angemerkt – gerade die finanzielle Ausstattung – darüber haben wir heute Morgen geredet – der Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern ist katastrophal. Wenn wir an der Stelle nicht von der Bundesebene und von Minister Rösler ein deutliches Signal bekommen, dass die psychiatrischen Krankenhäuser finanziell anders ausgestattet werden, haben wir so oder so ein Problem. Deswegen richte ich auch an der Stelle noch einmal meinen Appell: Stellen wir uns nicht nur in der Frage der Videoüberwachung inhaltlich gemeinsam auf! Stellen wir uns in diesem Parlament geschlossen und mit dieser Landesregierung auch inhaltlich gemeinsam mit dem Signal nach Berlin auf, das Bundesgesundheitsministerium in Berlin deutlich aufzufordern, die finanzielle Ausstattung gerade im Bereich der psychiatrischen Krankenhäuser zu verbessern. Sonst haben wir in dem Bereich andere Probleme, die wir auch nicht gelöst bekommen.

(Beifall von den GRÜNEN und von der LINKEN)

Vizepräsidentin Angela Freimuth: Vielen Dank, Frau Ministerin Steffens. – Als Nächstes liegt mir noch eine Wortmeldung aus der Fraktion Die Linke vor. Es spricht der Kollege Zimmermann.

(Wolfgang Zimmermann [LINKE]: Verzichte!)

– Zurückgezogen.

Dann, meine sehr verehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, liegen mir zu diesem Tagesordnungspunkt 4 keine weiteren Wortmeldungen mehr vor, sodass wir am Schluss der Beratungen sind und zur Abstimmung über die Empfehlung des Ältestenrates kommen können, den **Gesetzentwurf** der Fraktion der FDP **Drucksache 15/484** an den **Ausschuss für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Integration** zu **überweisen**. Darf ich hier die Zustimmung des Hauses feststellen? – Ge-

genstimmen? – Enthaltungen? – Damit ist die Überweisungsempfehlung mit der Zustimmung aller Fraktionen so angenommen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich rufe nun auf Tagesordnungspunkt

5 Perspektivlosigkeit der WestLB beenden – Transparenz und neues Geschäftsmodell

Antrag
der Fraktion DIE LINKE
Drucksache 15/467

Ich eröffne die Beratung und erteile für die antragstellende Fraktion dem Abgeordneten Sagel das Wort. Bitte schön, Herr Kollege.

Rüdiger Sagel^{*)} (LINKE): Frau Präsidentin! Sehr geehrte Damen und Herren! Ja, das unendliche Thema „WestLB“ beschäftigt uns natürlich weiter. Das ist nicht nur ein Thema im Nachtragshaushalt, wo erneut für die Risikoabsicherung 1,3 Milliarden € vorgesehen sind, sondern natürlich auch eines, was die Situation der Bank insgesamt angeht. Man muss sagen: Die Entwicklung, die fast jeden Tag neue Themen mit sich bringt, ist rasant.

Noch letzte Woche war eine mögliche Fusion mit der BayernLB ein Thema in Nordrhein-Westfalen. Mittlerweile ist auch dieses Thema Vergangenheit und überholt, wobei man sagen muss: Es war aus meiner Sicht sowieso sehr merkwürdig, ernsthaft zu erwägen, mit der BayernLB zu fusionieren. Noch kürzlich konnten wir zum Beispiel in der „Börsenzeitung“ lesen: Mit BayernLB und WestLB wollen nun ausgerechnet zwei jener Landesbanken eine Fusion prüfen, die an ihrem maßlosen Risikoappetit zu Grunde gegangen wären, hätten die Steuerzahler sie nicht gerettet.

Das macht, glaube ich, deutlich, wie die Fachpresse in Nordrhein-Westfalen und bundesweit die WestLB einschätzt. In der Tat ist die Situation so, dass die Milliardenverluste in den vergangenen Jahren immer wieder durch die Steuerzahlerinnen und Steuerzahler in Nordrhein-Westfalen ausgeglichen werden mussten. Die Turbulenzen sind vor allem dadurch entstanden, dass CDU und FDP, die in den letzten Jahren die Landesregierung hier gebildet haben, diese Bank nicht kontrolliert haben. Sie haben den Bankern bei ihren hochspekulativen Risikogeschichten, die zu diesen Milliardenverlusten der WestLB geführt haben, freie Hand gelassen.

Die „Süddeutsche Zeitung“ stellte kürzlich noch unter dem Titel „Der große Ausverkauf“ fest, dass die Bank weiterhin kein ausgereiftes Geschäftsmodell habe. Auch aktuelle Äußerungen – zum Beispiel der „Financial Times“, die der WestLB den Titel „Unfall-