



## **Gesetzentwurf**

der Landesregierung

**Entwurf eines Gesetzes zur Hilfe und Unterbringung von Menschen mit Hilfebedarf infolge psychischer Störungen (PsychHG)**

**Federführend ist das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren**

## A. Problem

Das schleswig-holsteinische Gesetz zur Hilfe und Unterbringung psychisch kranker Menschen (Psychisch-Kranken-Gesetz - PsychKG) vom 14. Januar 2000 (GVOBl. Schl.-H. S. 106, ber. S. 206), zuletzt geändert durch Gesetz vom 2. Mai 2018 (GVOBl. Schl.-H. S. 162) ist in seinem Kernbereich seit 2009 fast unverändert in Kraft.

Die verschiedenen Entwicklungen in der Fachdiskussion und der Rechtsprechung – insbesondere vor dem Hintergrund des Urteils des Bundesverfassungsgerichtes vom 24. Juli 2018 zum Thema Fixierung (BVerfG, Urt. v. 24. Juli 2018 – 2 BvR 309/15, 2 BvR 502/16) – sowie die im praktischen Bereich gewonnenen Erkenntnisse machen inzwischen eine umfassende Novellierung des schleswig-holsteinischen PsychKG erforderlich.

## B. Lösung

Mit dem Entwurf eines neuen Gesetzes zur Hilfe und Unterbringung von Menschen mit Hilfebedarf infolge psychischer Störungen (PsychHG) wird der entstandene Novellierungsbedarf aufgegriffen und umgesetzt. Durch die Aufnahme der vorgesehenen Regelungen werden verfassungsrechtlich garantierte Rechte der betroffenen Menschen erweitert und gestärkt.

Den Schwerpunkt der Novellierung bilden die nachstehend kurz dargestellten Änderungen:

- Anpassung der Vorschriften zur Fixierung an die Anforderungen und Vorgaben des BVerfG,
- Anpassung des Anwendungsbereiches des PsychHG,
- Gesetzliche Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes,
- Konkretisierung der Hilfen,
- Stärkung der Rechtsstellung der betroffenen Menschen während der Unterbringung,
- Änderung der Gesetzessystematik hinsichtlich des Verfahrens zur Anordnung der Unterbringung und der ärztlichen Zwangsbehandlung,
- Festlegung der Qualifikationsanforderungen an Gutachterinnen und Gutachter,
- Gesonderter Abschnitt Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen während der Unterbringung,
- Einführung eines Akteneinsichtsrechts für Besuchsdelegationen,
- Dokumentations- und Berichtspflicht.

Aufgrund zahlreicher inhaltlicher Änderungen, der Einführung neuer Regelungen sowie der Änderung der Reihenfolge der Vorschriften ist im Hinblick auf Übersichtlichkeit und Erleichterung der Anwendung eine konstitutive Neufassung des Gesetzes geboten.

### **C. Alternativen**

Keine.

### **D. Kosten und Verwaltungsaufwand**

#### **1. Kosten**

Durch die Einführung des Richtervorbehalts bei Fixierungsmaßnahmen entsteht personeller Mehraufwand bei den Gerichten. Der genaue Mehrbedarf kann erst nach Inkrafttreten des Gesetzes ermittelt werden.

Durch die verpflichtend eingeführte Eins-zu-eins-Betreuung bei Fixierungsmaßnahmen befürchten einige psychiatrische Krankenhäuser zusätzliche Kosten. Die qualifizierte Betreuung von fixierten Patientinnen und Patienten fordert das Bundesverfassungsgericht von einer Krankenhausbehandlung. Die Kosten einer Krankenhausbehandlung, auch wenn diese in Verbindung mit einer Unterbringung erfolgt, sind als Teil der erforderlichen Behandlung von den Krankenkassen zu finanzieren. Die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung umfasst gem. § 2 Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (BPfIV) auch die Kosten der durchgehenden Betreuung bei Fixierungen.

Die Vorschriften im PsychHG zur Anwendung von Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen sind an die Maßstäbe des Bundesverfassungsgerichts angepasst worden. Demnach ist unter anderem sicherzustellen, dass bei der Anwendung von Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen das nach dem aktuellen medizinischen Stand am wenigsten eingreifende geeignete Mittel zur Verfügung steht (vgl. § 27 Absatz 1 Satz 3 PsychHG) – bspw. einzelne Isolierungsräume. Dies könnte unter Umständen im Rahmen der Anwendung besonderer Sicherungsmaßnahmen nach § 28 Absatz 2 PsychHG Investitionskosten für Baumaßnahmen innerhalb der Krankenhäuser nach sich ziehen. Die Höhe der Investitionskosten kann lediglich im Einzelfall bestimmt werden und hängt von den konkreten Gegebenheiten vor Ort ab. Das PsychHG sieht eine Übergangsvorschrift zur Schaffung der baulichen Voraussetzungen von vier Jahren vor.

Ein eventuell entstehender, aus Landesmitteln zu finanzierender zusätzlicher Bedarf an Baumaßnahmen innerhalb von Krankenhäusern für besondere Sicherungsmaßnahmen nach § 28 Absatz 2 PsychHG ist nicht in der Finanzplanung berücksichtigt.

Diese Maßnahmen sind nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) förderfähig. Im IMPULS-Programm sowie im Einzelplan 10 sind Mittel für Baumaßnahmen an Krankenhäusern veranschlagt. Diese Mittel werden jedoch nicht auskömmlich sein, um zusätzliche Maßnahmen zu finanzieren. Ggf. ist eine neue Priorisierung erforderlich, um nach diesem Gesetz umzusetzende Maßnahmen zu finanzieren.

## **2. Verwaltungsaufwand**

Bei den Kreisen und kreisfreien Städten als Aufgabenträger wird es durch den gesetzlich festgelegten Richtervorbehalt bei nicht nur kurzfristigen Fixierungsmaßnahmen nach § 28 des Gesetzes voraussichtlich zu Verwaltungsmehraufwand kommen.

Die im Gesetzentwurf neu eingeführte Dokumentations- und Berichtspflicht führt nach Auswertung der Anhörungsergebnisse bei den Kreisen und kreisfreien Städten als Aufgabenträger zu einem erhöhten Verwaltungsmehraufwand. Das Land kommt den Kreisen und kreisfreien Städten entgegen und wird die erforderliche Erhebung aus Landesmitteln finanzieren. Ein Haushaltstitel zur Deckung der Kosten wurde eingerichtet. Damit werden die Aufgabenträger im Bereich der Dokumentations- und Berichtspflicht personell entlastet und können nunmehr das vorhandene Personal auch für den mit dem Richtervorbehalt von Fixierungen verbundenen Mehraufwand verwenden.

Es werden grundsätzlich keine neuen Aufgaben für die Kreise und kreisfreien Städte durch das Land geschaffen, sondern bestehende Aufgaben konkretisiert.

Die von kommunaler Seite geäußerte Sorge des Personalbedarfs für Dokumentations- und Berichtspflichten wird das Land dadurch nehmen, dass die Etablierung und Pflege eines einheitlichen landesweiten Dokumentations- und Berichtswesens der Psychiatrien aus Landesmitteln finanziert wird.

Ferner ermöglicht die Neuregelung in § 2 Absatz 2 den Kreisen und kreisfreien Städten die Einrichtung eines gemeinsamen Sozialpsychiatrischen Dienstes. Diese Regelung dient der Entlastung der Kommunen sowie der Verbesserung der Qualität und Effizienz der Sozialpsychiatrischen Dienste. In vielen Aufgabenbereichen können Synergieeffekte genutzt werden.

Zudem sieht der Gesetzentwurf eine deutliche Flexibilisierung des Verfahrens zur Kontaktaufnahme vor, vgl. § 6. Den Kreisen und kreisfreien Städten steht ein mehrstufiges Verfahren zur Verfügung, um die Unterbringung nach diesem Gesetz zu vermeiden. Mit dieser Bestimmung werden den Kommunen Handlungsspielräume ermöglicht, die im Ergebnis zur personellen Entlastung der Sozialpsychiatrischen Dienste führen.

Finanzielle Auswirkungen des Gesetzes auf die Kommunen können nach heutigem Stand nicht abschließend bewertet werden. Es wird deshalb angestrebt, dass nach

einem angemessenen Zeitraum nach Inkrafttreten des Gesetzes die Kommunen umfassend dem Land darlegen können, zu welchen Personalmehrungen es in Folge der gesetzgeberischen Maßnahmen kam. Auf dieser Grundlage soll die Frage des finanziellen Ausgleichs erneut beurteilt werden.

### **3. Auswirkungen auf die private Wirtschaft**

Die Änderungen haben für die private Wirtschaft keine nachteiligen Folgen. Es ist davon auszugehen, dass sich durch die verpflichtend eingeführte Eins-zu-eins-Betreuung bei Fixierungsmaßnahmen der Personalbedarf bei einigen psychiatrischen Krankenhäusern erhöht, diese Kosten sind als Teil der erforderlichen Krankenhausbehandlung von den Krankenkassen zu finanzieren.

#### **E. Länderübergreifende Zusammenarbeit**

Die Zusammenarbeit zwischen den Ländern wird durch die vorgesehene Aufgabenerledigung nicht tangiert.

#### **F. Information des Landtages nach Artikel 28 der Landesverfassung**

Die Unterrichtung des Landtages ist durch Übersendung des Gesetzentwurfs an den Präsidenten des Schleswig-Holsteinischen Landtags erfolgt.

#### **G. Federführung**

Federführend ist das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren.

## **Entwurf eines Gesetzes**

### **zur Hilfe und Unterbringung von Menschen mit Hilfebedarf infolge psychischer Störungen (PsychHG)**

**Vom**

**[...]**

Der Landtag hat das folgende Gesetz beschlossen:

#### **Inhaltsübersicht**

##### **Teil 1**

##### **Allgemeines**

- § 1 Anwendungsbereich, Grundsätze
- § 2 Sozialpsychiatrischer Dienst
- § 3 Arbeitskreise für gemeindenahe Psychiatrie

##### **Teil 2**

##### **Hilfen**

- § 4 Begriff und Ziel der Hilfen
- § 5 Gewährung von Hilfen
- § 6 Kontaktaufnahme, Vorladung, Untersuchung

##### **Teil 3**

##### **Unterbringung**

##### **Abschnitt 1**

##### **Gerichtliches Unterbringungsverfahren**

- § 7 Voraussetzung der Unterbringung
- § 8 Unterbringungsantrag
- § 9 Zuständigkeit der Amtsgerichte

§ 10 Geltung der Vorschriften über die freiwillige Gerichtsbarkeit

§ 11 Vorläufige Unterbringung

## **Abschnitt 2**

### **Rechtsstellung während der Unterbringung und Behandlung**

§ 12 Rechtsstellung des betroffenen Menschen

§ 13 Vollzug der Unterbringung

§ 14 Behandlung

§ 15 Ordnung im Krankenhaus

§ 16 Religionsausübung und Seelsorge

§ 17 Aufenthalt im Freien und Freizeit

§ 18 Außenkontakte

§ 19 Schriftwechsel

§ 20 Pakete

§ 21 Telekommunikation

§ 22 Besuche

§ 23 Durchsuchung

§ 24 Beurlaubung

§ 25 Beendigung der Unterbringung

§ 26 Anliegenvertretung

## **Abschnitt 3**

### **Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen während der Unterbringung**

§ 27 Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen

§ 28 Besondere Sicherungsmaßnahmen

§ 29 Ärztliche Zwangsmaßnahme

§ 30 Unmittelbarer Zwang

## **Teil 4**

### **Verschwiegenheitspflicht, Datenschutz und Dokumentation**

§ 31 Berufs- und Amtsverschwiegenheitspflicht

§ 32 Datenverarbeitung

§ 33 Datenspeicherung

§ 34 Besonders schutzwürdige Daten

§ 35 Unterrichtung in besonderen Fällen

§ 36 Datenlöschung

§ 37 Auskunft, Akteneinsicht

§ 38 Dokumentations- und Berichtspflicht

#### **Teil 5**

#### **Kosten**

§ 39 Grundsatz

§ 40 Kosten der Unterbringung

§ 41 Bedürftigkeit des betroffenen Menschen

#### **Teil 6**

#### **Übergangs- und Schlussvorschriften**

§ 42 Einschränkung von Grundrechten

§ 43 Verordnungsermächtigungen

§ 44 Übergangsvorschriften

§ 45 Inkrafttreten, Außerkrafttreten

## **Teil 1**

### **Allgemeines**

#### **§ 1**

#### **Anwendungsbereich, Grundsätze**

(1) Dieses Gesetz regelt

1. die Gewährung von Hilfen für Menschen, die aufgrund psychischer Störungen hilfsbedürftig sind (betroffene Menschen), und
2. die Durchführung einer Unterbringung zur Abwendung von Eigen- oder Fremdgefährdungen aufgrund psychischer Störungen.

(2) Psychische Störung im Sinne dieses Gesetzes sind nur solche, die nach medizinischer Einschätzung behandlungsbedürftig sind, unabhängig von ihrer Ursache.

(3) Bei allen Hilfen und Schutzmaßnahmen aufgrund dieses Gesetzes ist die Würde des betroffenen Menschen und sein Recht auf Selbstbestimmung zu achten. Dabei sind besondere Bedürfnisse des betroffenen Menschen zu berücksichtigen und seine Persönlichkeit sowie seine individuelle Autonomie zu respektieren.

(4) Zur Stärkung des Rechts auf Selbstbestimmung soll die Erstellung von Patientenverfügungen, Behandlungsvereinbarungen und ähnlichen Instrumenten gefördert werden.

(5) Maßnahmen gegen den natürlichen oder freien Willen des betroffenen Menschen sind nur in den in diesem Gesetz geregelten Ausnahmefällen zulässig. Auf Wunsch des betroffenen Menschen sind Personen seines Vertrauens in geeigneter Weise einzubeziehen.

(6) Ambulante und teilstationäre Formen der Hilfen haben Vorrang vor stationären und sollen frühzeitig und unter Ausschöpfung der verfügbaren erfolgversprechenden Möglichkeiten erbracht werden.

(7) Um eine Unterbringung nach diesem Gesetz zu vermeiden, soweit wie möglich zu verkürzen oder einem betroffenen Menschen nach Beendigung der Unterbringung die notwendige Hilfestellung mit dem Ziel einer gesundheitlichen Verbesserung und sozialen Eingliederung zu gewähren, sind alle vorhandenen vorsorgenden, begleitenden und nachsorgenden Hilfen im Sinne von § 4 auszuschöpfen.

## § 2

### Sozialpsychiatrischer Dienst

(1) Träger der Aufgaben nach diesem Gesetz sind die Kreise und kreisfreien Städte. Sie nehmen die Aufgaben zur Erfüllung nach Weisung wahr.

(2) Die Kreise und kreisfreien Städte richten zur Erfüllung ihrer in diesem Gesetz genannten Aufgaben Sozialpsychiatrische Dienste ein. Mehrere Kreise und kreisfreien Städte können mit Zustimmung der für Gesundheit zuständigen obersten Landesbehörde einen gemeinsamen Sozialpsychiatrischen Dienst einrichten. Der Sozialpsychiatrische Dienst ist multiprofessionell zu besetzen.

(3) Der Sozialpsychiatrische Dienst steht unter Leitung einer Ärztin oder eines Arztes oder einer psychologischen Psychotherapeutin oder eines psychologischen Psychotherapeuten.

(4) Zu den Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes zählen insbesondere

1. die Beratung und Gewährung von Hilfen,
2. die Krisenintervention und Unterbringungsmaßnahmen,
3. die Koordinierung der psychiatrischen Versorgung in den Kommunen,
4. die Fachaufsicht über die beliehenen Krankenhäuser,
5. das Beschwerdemanagement und
6. die ärztliche psychiatrische Beurteilung.

(5) Der Sozialpsychiatrische Dienst soll im Interesse des betroffenen Menschen zur Erreichung der Ziele dieses Gesetzes mit anderen Stellen zusammenarbeiten. Zu anderen Stellen zählen insbesondere Gemeinden, Krankenhäuser, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Einrichtungen und Dienste der gemeindepsychiatrischen Versorgung, Eingliederungshilfe- und Pflegeeinrichtungen, Träger der Sozial- und Jugendhilfe sowie der Suchthilfe, Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, Betroffenen- und Angehörigenorganisationen, Betreuungsbehörden und –vereine, Polizei-, Ordnungs- und Justizbehörden sowie Stellen der Arbeitsverwaltung.

(6) Kinder- und jugendpsychiatrische Belange sind zu berücksichtigen.

### **§ 3**

#### **Arbeitskreise für gemeindenahe Psychiatrie**

(1) Zur Koordination der Hilfsangebote für betroffene Menschen richten die Kreise und kreisfreien Städte Arbeitskreise für gemeindenahe Psychiatrie ein. Die für Gesundheit zuständige oberste Landesbehörde erlässt eine Empfehlung zur Zusammensetzung der Arbeitskreise.

(2) Der Arbeitskreis für gemeindenahe Psychiatrie wirkt auf eine Zusammenarbeit aller an der Versorgung von betroffenen Menschen beteiligten Personen, Behörden, Institutionen und Verbände innerhalb des Kreises oder der kreisfreien Stadt hin und unterstützt ihre Arbeit.

## **Teil 2**

### **Hilfen**

#### **§ 4**

#### **Begriff und Ziel der Hilfen**

(1) Hilfen nach diesem Gesetz sind Maßnahmen für betroffene Menschen, die sie befähigen sollen, menschenwürdig und selbstbestimmt in der Gemeinschaft zu leben. Sie sollen den betroffenen Menschen in Form von vorsorgenden, begleitenden sowie nachsorgenden Hilfemaßnahmen gewährt werden. Sie sind im Sinne von Subsidiarität und Vorrangigkeit von freier Wohlfahrtspflege entsprechend des § 17 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch – Allgemeiner Teil – zu leisten.

(2) Ziel der Hilfen ist es insbesondere

1. die selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu erhalten oder wiederherzustellen,
2. die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu erleichtern und zu fördern,
3. Behandlungen zu unterstützen,
4. Maßnahmen nach § 6 oder eine Unterbringung zu vermeiden oder auf das für eine nachhaltige soziale Integration erforderliche Maß zu beschränken,
5. dazu beizutragen, dass Funktionseinschränkungen, Störungen, Krankheiten und Behinderungen frühzeitig erkannt und angemessen behandelt werden, und
6. den betroffenen Menschen zu befähigen, die Angebote zur Erreichung der Ziele dieses Gesetzes in geeigneter Form und im geeigneten Umfeld selbstständig in Anspruch zu nehmen.

(3) Die Hilfen sollen sich auch auf die Beratung von Personen erstrecken, die betroffene Menschen gesetzlich vertreten oder die zu dem persönlichen Umfeld des betroffenen Menschen gehören, um bei ihnen Verständnis für die besondere Lage zu wecken und ihre Bereitschaft zur Mitwirkung bei der Wahrnehmung der Hilfen zu erhalten und zu fördern. Durch Aufklärung über psychische Störungen und Beratung soll Stigmatisierung entgegengewirkt und das Verständnis und damit die Hilfsbereitschaft in der Bevölkerung gefördert werden.

(4) Im Anschluss an eine stationäre Behandlung sollen die Hilfen den betroffenen Menschen vornehmlich den Übergang zu einem selbstverantwortlichen Leben und das Leben außerhalb des Krankenhauses erleichtern.

## **§ 5**

### **Gewährung von Hilfen**

(1) Hilfen werden nach dem individuellen Hilfebedarf durch Informationen, persönliche Beratung und Begleitung, Vermittlung von geeigneten Hilfs- und Leistungsangeboten sowie Kooperationen mit Einrichtungen und Institutionen erbracht; dafür sollen auch Hausbesuche angeboten werden.

(2) Der betroffene Mensch hat einen Anspruch auf Hilfen nach diesem Gesetz, wenn eine Hilfebedürftigkeit aufgrund der psychischen Störung vorliegt und die Aufgaben nicht von anderen Stellen erfüllt werden. Weitere Ansprüche, insbesondere auf Heilbehandlung, Pflege, Geld- oder Sachleistungen bestehen nach diesem Gesetz nicht.

(3) Ehrenamtliche Hilfe, Angehörigenarbeit und Selbsthilfe sollen in die Versorgung von betroffenen Menschen einbezogen werden.

## **§ 6**

### **Kontaktaufnahme, Vorladung, Untersuchung**

(1) Liegen Anzeichen dafür vor, dass ein betroffener Mensch infolge seiner psychischen Störung eigene Rechtsgüter oder bedeutende Rechtsgüter anderer gefährdet, nimmt der Kreis oder die kreisfreie Stadt in geeigneter Weise Kontakt zu ihm auf, um eine Klärung herbeizuführen, Hilfen anzubieten oder eine ärztliche Untersuchung durchzuführen. Bleibt die Kontaktaufnahme ohne Erfolg, sind ein oder mehrere Hausbesuche durchzuführen.

(2) Wenn mindestens ein Hausbesuch erfolglos war und Anzeichen dafür vorliegen, dass der betroffene Mensch infolge seiner psychischen Störung bedeutende eigene oder fremde Rechtsgüter gefährdet, kann er vorgeladen werden. Der betroffene Mensch ist verpflichtet, einer Vorladung zu folgen und eine ärztliche Untersuchung zu dulden. § 30 gilt entsprechend. Auf die Pflicht, der Vorladung zu folgen, und auf die Möglichkeit zur zwangsweisen Durchsetzung, ist in der Vorladung hinzuweisen.

(3) In der Vorladung ist dem betroffenen Menschen anheim zu stellen, statt der Vorladung zu folgen, sich unverzüglich in die Behandlung einer Ärztin oder eines Arztes zu begeben. Der betroffene Mensch hat dem Kreis oder der kreisfreien Stadt den Namen und die Anschrift dieser Ärztin oder dieses Arztes mitzuteilen und die Ärztin oder den Arzt zu ermächtigen, den Kreis oder die kreisfreie Stadt von der Übernahme der Behandlung zu unterrichten.

(4) Bei Gefahr im Verzuge kann der Kreis oder die kreisfreie Stadt die Wohnung oder den Raum, in dem sich der betroffene Mensch aufhält, betreten, um ihn in diesen Räumlichkeiten ärztlich zu untersuchen oder ihn einer ärztlichen Untersuchung zuzuführen, wenn gewichtige Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass dies zur Abwehr einer gegenwärtigen Gefahr für bedeutende eigene oder fremde Rechtsgüter aufgrund der psychischen Störung erforderlich ist.

(5) Das Ergebnis einer ärztlichen Untersuchung ist dem betroffenen Menschen mitzuteilen. Die Mitteilung kann unterbleiben, wenn nach ärztlicher Einschätzung durch die Mitteilung erhebliche Nachteile für seinen Gesundheitszustand zu erwarten sind. Begeht sich der betroffene Mensch nach der Untersuchung in ärztliche, psychologisch-psychotherapeutische oder kinder- und jugendlichenpsychotherapeutische Behandlung, teilt der Kreis oder die kreisfreie Stadt den Untersuchungsbefund den Behandelnden mit; der betroffene Mensch ist darüber zu informieren.

### **Teil 3**

## **Unterbringung**

### **Abschnitt 1**

## **Gerichtliches Unterbringungsverfahren**

### **§ 7**

#### **Voraussetzung der Unterbringung**

(1) Der betroffene Mensch kann gegen oder ohne seinen natürlichen Willen in einem geeigneten Krankenhaus untergebracht werden, wenn und solange er infolge seiner psychischen Störung sein Leben, seine Gesundheit oder bedeutende Rechtsgüter anderer erheblich gefährdet und die Gefahr nicht anders abgewendet werden kann.

(2) Eine Gefahr im Sinne von Absatz 1 besteht insbesondere dann, wenn sich die psychische Störung so auswirkt, dass ein schadenstiftendes Ereignis unmittelbar bevorsteht oder unvorhersehbar ist, jedoch wegen besonderer Umstände jederzeit damit gerechnet werden muss.

(3) Absatz 1 ist auch anwendbar, wenn eine zur Unterbringung des betroffenen Menschen befugte Vertretung untätig bleibt oder der Unterbringung widerspricht.

(4) Erfolgt bereits eine Unterbringung auf einer anderen Rechtsgrundlage, ist in der Regel davon auszugehen, dass die Gefahr durch die andere Unterbringung abgewendet werden kann.

## **§ 8**

### **Unterbringungsantrag**

(1) Die Unterbringung kann nur auf schriftlichen Antrag des Kreises oder der kreisfreien Stadt angeordnet werden.

(2) Dem Antrag ist eine ärztliche Stellungnahme einer auf dem Gebiet der Psychiatrie erfahrenen Ärztin oder eines auf dem Gebiet der Psychiatrie erfahrenen Arztes beizufügen, in dem die Erfüllung der Voraussetzungen für die Unterbringung durch entsprechende Tatsachenfeststellungen bescheinigt wird.

## **§ 9**

### **Zuständigkeit der Amtsgerichte**

Für gerichtliche Entscheidungen nach diesem Gesetz sind die Amtsgerichte zuständig.

## **§ 10**

### **Geltung der Vorschriften über die freiwillige Gerichtsbarkeit**

Für das gerichtliche Verfahren gelten die Vorschriften des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit vom 17. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2586), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 15. August 2019 (BGBl. I S. 1294).

## **§ 11**

### **Vorläufige Unterbringung**

(1) Kann eine gerichtliche Entscheidung nicht rechtzeitig herbeigeführt werden, kann der Kreis oder die kreisfreie Stadt die Unterbringung im Rahmen des Artikels 104 Absatz 2 des Grundgesetzes vorläufig vornehmen, längstens jedoch bis zum Ablauf des auf die Unterbringung folgenden Tages; § 8 Absatz 2 gilt entsprechend. In diesem Falle ist unverzüglich beim Gericht ein Antrag auf Unterbringung zu stellen.

(2) Der Kreis oder die kreisfreie Stadt hat eine der nachstehend genannten Personen unverzüglich über die Unterbringung nach Absatz 1 zu unterrichten:

1. die Ehegattin oder den Ehegatten, die eingetragene Lebenspartnerin oder den eingetragenen Lebenspartner des betroffenen Menschen, wenn beide nicht dauernd getrennt leben,
2. einen Elternteil oder ein Kind, bei dem der betroffene Mensch lebt oder bei Einleitung des Verfahrens gelebt hat,
3. bei minderjährigen Kindern eine personensorgeberechtigte Person,
4. eine gesetzliche Vertreterin oder einen gesetzlichen Vertreter,
5. die Vorsorgebevollmächtigte oder der Vorsorgebevollmächtigte,
6. eine volljährige Person, mit der der betroffene Mensch eine Lebensgemeinschaft führt,
7. die Leiterin oder den Leiter der Einrichtung, in der der betroffene Mensch lebt, sowie
8. eine Person des Vertrauens des betroffenen Menschen, nach welcher der betroffene Mensch zu befragen ist, sofern eine solche nicht bereits bekannt ist.

Ein betroffener volljähriger Mensch hat das Recht, eine Unterrichtung der in den Nummern 1, 2, 6, 7 oder 8 genannten Personen zu untersagen.

## **Abschnitt 2**

### **Rechtsstellung während der Unterbringung und Behandlung**

#### **§ 12**

##### **Rechtsstellung des betroffenen Menschen**

(1) Während der Unterbringung und Behandlung dürfen einem betroffenen Menschen nur die in diesem Gesetz vorgesehenen Beschränkungen seiner Freiheit auferlegt werden, soweit sie sich zwingend aus den Zwecken der Unterbringung oder aus den Anforderungen zur Abwendung einer schwerwiegenden Störung der Ordnung und zur Aufrechterhaltung der Sicherheit in einem Krankenhaus ergeben. Dabei sind alle vorzunehmenden Beschränkungen mit dem geringstmöglichen Eingriff in die persönliche Freiheit und die körperliche Unversehrtheit vorzunehmen, regelmäßig zu überprüfen und im Hinblick auf die Verhältnismäßigkeit anzupassen.

(2) Der betroffene Mensch ist unverzüglich in geeigneter Weise aufzuklären

1. über seine Rechte und Pflichten während der Unterbringung einschließlich des Rechts auf gerichtliche Entscheidung gegen Maßnahmen zur Regelung einzelner Angelegenheiten im Vollzug einer Unterbringungsmaßnahme,

2. über die bestellte Anliegenvertretung (§ 26) und deren Kontaktdaten,
3. über sein Petitionsrecht und die Kontaktdaten des Petitionsausschusses des Landtags sowie
4. über seine Kommunikationsmöglichkeiten in der Einrichtung (§§ 18 bis 22).

Die Informationen sind dem betroffenen Menschen in schriftlicher Form auszuhändigen und für jeden Betroffenen zugänglich in der Einrichtung auszuhängen. Im Rahmen der Aufklärung des betroffenen Menschen ist bei Bedarf auf eine Übersetzung hinzuwirken.

(3) Den Wünschen und Bedürfnissen des betroffenen Menschen zur Gestaltung der Unterbringung und Behandlung ist nach Möglichkeit Rechnung zu tragen.

(4) Kinder und Jugendliche sollen je nach Schwere ihrer psychischen Störung und nach ihrem Entwicklungsstand in Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie untergebracht und behandelt werden.

### **§ 13**

#### **Vollzug der Unterbringung**

(1) Die Entscheidung, durch welche die Unterbringung angeordnet worden ist, wird von dem Kreis oder der kreisfreien Stadt vollzogen.

(2) Die Unterbringung erfolgt grundsätzlich in einem für die Behandlung der psychischen Störung geeigneten psychiatrischen Krankenhaus oder in einer geeigneten psychiatrischen Abteilung eines Krankenhauses. Erfordert die psychische Störung oder eine sonstige Erkrankung vorrangig eine somatische Behandlung, kann die Unterbringung in einem dafür geeigneten somatischen Krankenhaus oder einer geeigneten somatischen Abteilung eines Krankenhauses vollzogen werden. Der Kreis oder die kreisfreie Stadt bestimmt, in welchem geeigneten Krankenhaus die Unterbringung erfolgt. Bei der Bestimmung des Krankenhauses ist der von der für Gesundheit zuständigen obersten Landesbehörde veröffentlichte Unterbringungsplan zu beachten, in dem Einzugsbereiche festgelegt werden. Ein Wunsch des betroffenen Menschen bei der Auswahl des Krankenhauses ist nach Möglichkeit zu berücksichtigen.

(3) Die Kreise und kreisfreien Städte können den natürlichen und juristischen Personen des Privatrechts, die den Krankentransport durchführen, den Trägern privater oder freigemeinnütziger Krankenhäuser sowie einem Zweckverband als Träger eines Krankenhauses Aufgaben der öffentlichen Verwaltung beim Vollzug der Unterbringungsanordnung und der Unterbringung zur Erledigung in den Handlungsformen des öffentlichen Rechts übertragen. Die Landrätin oder der Landrat oder die Bürgermeisterin oder der Bürgermeister der kreisfreien Stadt ist Aufsichtsbehörde. Für den Umfang und die Mittel der Aufsicht gelten § 15 Absatz 2, § 16 Absatz 1, 3 und 4 und § 18 Absatz 3 des Landesverwaltungsgesetzes entsprechend. Die Beschäftigung

des Personals der nicht öffentlichen Krankenhausträger, das am Vollzug der Unterbringung beteiligt ist, bedarf der Zustimmung der Aufsichtsbehörde im Hinblick auf die fachliche und persönliche Eignung. Wenn andere Maßnahmen nicht ausreichend erscheinen, um den rechtmäßigen und zweckmäßigen Vollzug der Unterbringung sicherzustellen, kann die Aufsichtsbehörde gegenüber dem Personal eines beliebigen Krankenhauses Einzelweisungen in Bezug auf die Durchführung des Vollzugs der Unterbringung erteilen.

(4) Beim Transport in das in Absatz 2 bestimmte Krankenhaus dürfen Vollzugskräfte nach § 252 des Landesverwaltungsgesetzes auch außerhalb des Bezirks des zuständigen Kreises oder der zuständigen kreisfreien Stadt unmittelbaren Zwang anwenden. § 27 Absatz 2 und 3, § 28 Absatz 3 Nummer 2 und 3, Absatz 4, 6 Satz 3 sowie § 30 Absatz 1 gelten entsprechend.

## **§ 14 Behandlung**

(1) Ein betroffener Mensch hat Anspruch auf die notwendige Behandlung. Die Behandlung erfolgt nach einem Behandlungsplan. Sie umfasst ebenfalls Maßnahmen, die erforderlich sind, um dem betroffenen Menschen nach der Entlassung ein eigenverantwortliches Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen.

(2) Der Behandlungsplan ist mit dem betroffenen Menschen und gegebenenfalls seiner befugten Vertretung in geeigneter Weise zu erörtern und nach Möglichkeit gemeinsam zu entwickeln. Sie sind über die erforderlichen diagnostischen Verfahren und die Behandlung sowie die damit verbundenen Risiken umfassend aufzuklären. Um das angestrebte Behandlungsziel zu erreichen, soll die Unterbringung nach Möglichkeit in offenen und freien Formen erfolgen, soweit der Zweck der Unterbringung dies zulässt.

(3) Ist der betroffene Mensch einwilligungsfähig, bedarf die Behandlung seiner Einwilligung. Die Behandlung darf nicht gegen den natürlichen Willen des betroffenen Menschen vorgenommen werden. Ärztliche Eingriffe, die mit Lebensgefahr oder erheblicher Gefahr für die Gesundheit des betroffenen Menschen verbunden sind, dürfen nur mit seiner Einwilligung vorgenommen werden. Bei Volljährigen, welche den Grund, die Bedeutung und Tragweite der Behandlung wie auch der Einwilligung nicht beurteilen können, sowie bei Minderjährigen, ist für die Einwilligung der Wille der gesetzlichen Vertretung maßgebend. § 29 bleibt unberührt.

(4) Die Behandlung muss von einer Ärztin oder einem Arzt angeordnet oder selbst durchgeführt werden. Sie muss ärztlich überwacht und dokumentiert werden.

(5) Bei der Aufnahme ist der betroffene Mensch unverzüglich ärztlich zu untersuchen. Hierbei muss eigenverantwortlich festgestellt werden, ob die Voraussetzungen der Unterbringung noch vorliegen.

(6) Der betroffene Mensch kann den Wunsch äußern, bei der Untersuchung sowie im Rahmen der weiteren Behandlung und bei ärztlichen Eingriffen entweder von einer Ärztin oder von einem Arzt untersucht zu werden. Der Wunsch sollte in einer Patientenverfügung festgehalten werden. Dem Wunsch ist nach Möglichkeit zu entsprechen.

## **§ 15**

### **Ordnung im Krankenhaus**

(1) Die notwendigen Regelungen zur Ordnung im Krankenhaus erlassen unbeschadet der §§ 16 bis 24 sowie der §§ 27 und 30 die Träger der öffentlichen und die nach § 13 Absatz 3 Satz 1 beliehenen Träger der privaten oder freigemeinnützigen Krankenhäuser durch Satzung, insbesondere über

1. die Einbringung und Verwahrung von Geld, Wertsachen und anderen Gegenständen,
2. die Ausgestaltung der Räume,
3. die Einkaufsmöglichkeiten,
4. ein Rauchverbot oder die Festlegung von Raucherbereichen,
5. ein Alkohol- und Drogenverbot,
6. ein Verbot der Einnahme mitgebrachter oder beschaffter Medikamente,
7. die Besuchszeiten,
8. die Freizeitgestaltung und
9. den Aufenthalt im Freien.

(2) Der betroffene Mensch unterliegt der Hausordnung des Krankenhauses. Durch die Hausordnung dürfen seine Rechte nicht über die Regelungen dieses Gesetzes hinaus eingeschränkt werden. Die Hausordnung ist dem Kreis oder der kreisfreien Stadt zur Kenntnisnahme vorzulegen.

## **§ 16**

### **Religionsausübung und Seelsorge**

(1) Der betroffene Mensch ist berechtigt, seinen Glauben nach den Regeln der Religions-, Glaubens- oder Weltanschauungsgemeinschaft auszuüben, soweit andere Menschen dadurch nicht beeinträchtigt werden. Er hat das Recht, innerhalb des Krankenhauses an Gottesdiensten oder anderen religiösen Veranstaltungen seines Bekenntnisses teilzunehmen, sofern diese angeboten werden.

(2) Ein Eingriff in die Freiheit der Religionsausübung kann nur erfolgen, wenn und solange der Zweck der Unterbringung oder die Sicherheit im Krankenhaus gefährdet oder die Ordnung im Krankenhaus schwerwiegend gestört wird. Die Entscheidung, ob die Voraussetzungen für einen Eingriff vorliegen, trifft das Krankenhaus nach vorheriger Anhörung der Seelsorge.

(3) Das Recht auf Inanspruchnahme der Seelsorge bleibt unberührt.

## **§ 17**

### **Aufenthalt im Freien und Freizeit**

(1) Dem betroffenen Menschen soll der tägliche Aufenthalt im Freien, in der Regel für mindestens eine Stunde, ermöglicht werden, solange die Sicherheit im Krankenhaus dadurch nicht gefährdet wird.

(2) Der betroffene Mensch soll für die Gestaltung der therapiefreien Zeit Gelegenheit zur sinnvollen Beschäftigung erhalten. Das Krankenhaus soll dem betroffenen Menschen regelmäßige Angebote zu sportlichen, künstlerischen, musikalischen und gesellschaftlichen Betätigungen unterbreiten.

## **§ 18**

### **Außenkontakte**

Der betroffene Mensch hat unter Berücksichtigung des § 15 ein Recht auf Außenkontakte. Die Aufrechterhaltung bestehender sozialer und familiärer Kontakte sowie der Aufbau neuer Kontakte ist während der Unterbringung zu erhalten und zu stärken, soweit nicht therapeutische Gründe entgegenstehen. Einschränkungen sind nur aufgrund der §§ 19 bis 22 zulässig.

## **§ 19**

### **Schriftwechsel**

(1) Der betroffene Mensch ist berechtigt, Schriftwechsel zu führen. Die Nutzung neuer Kommunikationsmedien soll durch das Krankenhaus ermöglicht werden.

(2) Der Schriftwechsel eines betroffenen Menschen mit

1. seiner anwaltlichen und gesetzlichen Vertretung, seiner rechtlichen Betreuerin oder seinem rechtlichen Betreuer und die oder den nach § 317 des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit bestellte Verfahrenspflegerin oder den bestellten Verfahrenspfleger, Behörden, Gerichten oder Staatsanwaltschaften, Seelsorgerinnen

und Seelsorgern, Beschwerdestellen des Krankenhauses oder des Krankenhausträgers sowie Mitgliedern der Anliegenvertretung,

2. Ärztinnen und Ärzten sowie psychologischen Psychotherapeutinnen und psychologischen Psychotherapeuten, in deren Behandlung sich der betroffene Mensch vor seiner Unterbringung befunden hat,
3. Volksvertretungen der Europäischen Union, des Bundes und der Länder sowie deren Mitgliedern,
4. Vertretungskörperschaften der Gemeinden und Gemeindeverbände sowie deren Mitgliedern,
5. Verfassungsgerichten des Bundes und der Länder,
6. dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte,
7. Mitgliedern der Nationalen Stelle zur Verhütung von Folter, des Europäischen Ausschusses zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT), des Menschenrechtsausschusses der Vereinten Nationen, des Ausschusses der Vereinten Nationen gegen Folter sowie des zugehörigen Unterausschusses zur Verhütung von Folter und
8. bei ausländischen Staatsangehörigen auch mit der konsularischen oder diplomatischen Vertretung des Heimatlandes

unterliegt keiner Einschränkung.

(3) Für den übrigen Schriftwechsel darf die für die Behandlung verantwortliche Ärztin oder der für die Behandlung verantwortliche Arzt im Einzelfall die Überwachung des Schriftwechsels anordnen, wenn Tatsachen dafürsprechen, dass bei freiem Schriftwechsel aufgrund der psychischen Störung erhebliche Nachteile für den Gesundheitszustand des betroffenen Menschen zu erwarten sind oder der Zweck der Unterbringung gefährdet werden könnte.

(4) Ergibt die Überwachung, dass durch einen konkreten Schriftverkehr eine der Voraussetzungen nach Absatz 3 vorliegt, kann die Sendung angehalten werden. Das Anhalten der Sendung ist dem betroffenen Menschen mitzuteilen. Die Unterrichtung des betroffenen Menschen kann solange unterbleiben, wie dies aus Gründen der Behandlung zwingend erforderlich ist. In diesem Fall ist die bestellte Verfahrenspflegerin oder der bestellte Verfahrenspfleger des betroffenen Menschen zu unterrichten. Die Sendung ist der absendenden Person zurückzugeben. Diese ist auf die Möglichkeit hinzuweisen, gegen das Anhalten der Sendung eine Entscheidung des Gerichts beantragen zu können.

## **§ 20 Pakete**

(1) Der betroffene Mensch ist berechtigt, Pakete abzusenden und zu empfangen.

(2) Der Inhalt von Paketen kann in Gegenwart des betroffenen Menschen daraufhin überprüft werden, ob darin

1. Schreiben oder sonstige Nachrichten oder
2. Gegenstände, deren Besitz den Zweck der Unterbringung oder die Sicherheit oder das geordnete Zusammenleben im Krankenhaus gefährden würde,

enthalten sind. Für Schreiben und sonstige Nachrichten gilt § 19 entsprechend.

(3) Enthält ein Paket Gegenstände der in Absatz 2 Nummer 2 genannten Art, sind diese Gegenstände der absendenden Person oder der Person, in deren Eigentum sich dieser Gegenstand befindet, zurückzugeben. Ist dies nicht möglich oder aus besonderen Gründen nicht zweckmäßig, sollen sie aufbewahrt oder an eine von dem betroffenen Menschen oder seiner gesetzlichen Vertretung benannte Person versandt werden, soweit dies nach Art und Umfang möglich ist. Begründet die Art oder Beschaffenheit eines aufgefundenen Gegenstandes den Verdacht der Begehung einer Straftat, sind die Strafverfolgungsbehörden hiervon in Kenntnis zu setzen. Im Übrigen gilt § 19 Absatz 4 entsprechend.

## **§ 21 Telekommunikation**

(1) Der betroffene Mensch ist berechtigt, Telefongespräche zu führen. § 19 Absatz 1 bis 3 gilt entsprechend.

(2) Telefongespräche dürfen nur dadurch überwacht werden, dass eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter des Krankenhauses in Gegenwart des betroffenen Menschen den Gesprächsverlauf verfolgt und das Gespräch mithört. Wird ein Telefongespräch überwacht, ist die Gesprächspartnerin oder der Gesprächspartner zu Beginn des Gesprächs darüber zu unterrichten.

(3) Ergibt die Überwachung, dass durch den konkreten Gesprächsverlauf erhebliche Nachteile für den Gesundheitszustand des betroffenen Menschen zu erwarten sind oder der Zweck der Unterbringung gefährdet werden könnte, kann die Fortsetzung des Gesprächs untersagt werden.

## **§ 22 Besuche**

- (1) Der betroffene Mensch ist berechtigt Besuch zu empfangen oder abzulehnen. § 19 Absatz 2 gilt entsprechend.
- (2) Sofern es unerlässlich ist, um erhebliche Nachteile für den Gesundheitszustand des betroffenen Menschen abzuwenden oder den Zweck der Unterbringung nicht zu gefährden, darf die für die Behandlung verantwortliche Ärztin oder der für die Behandlung verantwortliche Arzt im Einzelfall ein Besuchsverbot aussprechen. Die Betroffenen sind darüber zu unterrichten. Für die Überwachung eines zugelassenen Besuchs gelten § 21 Absatz 2 und 3 entsprechend.
- (3) Für mitgebrachte Schriftstücke und Gegenstände gelten § 19 und § 20 entsprechend. Aus Gründen der Sicherheit oder zur Sicherung des Zwecks der Unterbringung können Besuche davon abhängig gemacht werden, dass sich die Besucherin oder der Besucher durchsuchen lässt; dies gilt nicht für die in § 19 Absatz 2 genannten Personen.

## **§ 23 Durchsuchung**

- (1) Zur Sicherung des Zwecks der Unterbringung oder der Aufrechterhaltung der Sicherheit und Ordnung im Krankenhaus dürfen die Sachen des betroffenen Menschen sowie die Unterbringungsräume durchsucht werden.
- (2) Eine körperliche Durchsuchung des betroffenen Menschen ist im Einzelfall zulässig, um eine aufgrund tatsächlicher Anhaltspunkte anzunehmende Gefahr für die Sicherheit oder die Ordnung des Krankenhauses abzuwenden. Eine körperliche Durchsuchung soll durch eine Person gleichen Geschlechts erfolgen.
- (3) Eine mit einer Entkleidung verbundene körperliche Durchsuchung ist im Einzelfall zulässig, um eine aufgrund tatsächlicher Anhaltspunkte anzunehmende Gefahr für die Sicherheit des Krankenhauses oder Leib oder Leben des betroffenen Menschen abzuwenden. Die Durchsuchung ist in einem geschlossenen Raum durchzuführen und zu dokumentieren. Das Schamgefühl ist zu schonen. Andere Patientinnen oder Patienten dürfen nicht anwesend sein. Bei der Durchsuchung dürfen nur Personen gleichen Geschlechts anwesend sein. Ist dies bei der Person nach § 22 Absatz 3 des Personenstandsgesetzes vom 19. Februar 2007 (BGBl. I S. 122), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 18. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2639) nicht möglich, kann die betroffene Person das Geschlecht der Anwesenden wählen.

## **§ 24 Beurlaubung**

(1) Das Krankenhaus kann den betroffenen Menschen bis zu 14 Tage unter vorheriger Benachrichtigung des Kreises oder der kreisfreien Stadt und einer der in § 11 Absatz 2 genannten Personen beurlauben. Werden Medikamente mit Depotwirkung verabreicht, kann die Frist von 14 Tagen erweitert werden bis zum Zeitpunkt der nächsten Gabe der Depotmedikamente.

(2) Ergibt eine ärztliche Untersuchung, dass die Tatsachen und ärztlichen Beurteilungen, die der Unterbringung zugrunde liegen, nicht oder nicht mehr vorliegen, hat das Krankenhaus den betroffenen Menschen sofort zu beurlauben und den Kreis oder die kreisfreie Stadt darüber unverzüglich zu benachrichtigen. Die Beurlaubung kann mit Auflagen verbunden werden.

(3) Der Kreis oder die kreisfreie Stadt hat

1. die Personen nach § 6 Absatz 5 Satz 3, die den betroffenen Menschen behandelten,
2. das zuständige Amtsgericht und
3. eine der in § 11 Absatz 2 Satz 1 genannten Personen

unverzüglich über die Beurlaubung zu unterrichten.

## **§ 25 Beendigung der Unterbringung**

(1) Die Unterbringung ist beendet, wenn

1. die Unterbringungsfrist abgelaufen ist und das Gericht nicht vorher die Fortdauer der Unterbringung angeordnet hat,
2. das Gericht die Anordnung der Unterbringung aufgehoben hat oder
3. das Gericht im Falle der vorläufigen Unterbringung nicht spätestens bis zum Ablauf des auf den Beginn der vorläufigen Unterbringung folgenden Tages die Unterbringung und die sofortige Wirksamkeit seiner Entscheidung angeordnet hat.

(2) Das Krankenhaus informiert möglichst im Einvernehmen mit dem betroffenen Menschen frühzeitig den Kreis oder die kreisfreie Stadt über die bevorstehende Beendigung der Unterbringung und hierzu bereits eingeleitete Maßnahmen. Je nach Betreuungs- und Behandlungsbedarf des betroffenen Menschen soll die Vorbereitung und Einleitung nachgehender Hilfsangebote in Zusammenarbeit zwischen dem Krankenhaus, dem zuständigen Kreis oder der zuständigen kreisfreien Stadt, der

weiterbehandelnden Ärztin oder dem weiterbehandelnden Arzt oder der weiterbehandelnden psychologischen Psychotherapeutin oder dem weiterbehandelnden psychologischen Psychotherapeuten erfolgen.

(3) In den Fällen des Absatzes 1 Nummer 1 und 3 benachrichtigt das Krankenhaus das Amtsgericht, die bestellte Verfahrenspflegerin oder den bestellten Verfahrenspfleger, den Kreis oder die kreisfreie Stadt und eine der in § 11 Absatz 2 Satz 1 genannten Personen von der Beendigung der Unterbringung.

## **§ 26**

### **Anliegenvertretung**

(1) Zur Vertretung der Belange und Anliegen der betroffenen Menschen bestellt der Kreis oder die kreisfreie Stadt für die Krankenhäuser, in denen in seinem Bezirk Unterbringungen vollzogen werden, eine Besuchskommission. Zusätzlich kann eine Patientenfürsprecherin und ihr Vertreter oder ein Patientenfürsprecher und seine Vertreterin zur Anliegenvertretung bestellt werden. Der Sozialpsychiatrische Dienst unterstützt die Anliegenvertretung und führt ihre Geschäfte.

(2) Die Anliegenvertretung soll die Krankenhäuser mindestens zweimal jährlich besuchen. Zwischen zwei Besuchen dürfen nicht mehr als sechs Monate liegen. Es ist sicherzustellen, dass die Anliegenvertretung auch zwischen den Besuchen für Anliegen und Beschwerden erreichbar ist. Die Anliegenvertretung soll prüfen, ob die Rechte der betroffenen Menschen gewahrt werden und der Zweck der Unterbringung erfüllt wird. Sie wirkt bei der Gestaltung der Unterbringung beratend mit. Aufgabe der Anliegenvertretung ist es, Anregungen und Beschwerden der betroffenen Menschen entgegenzunehmen und zu prüfen. Mitglieder von Anliegenvertretungen dürfen Aufgaben der Anliegenvertretung nicht in Krankenhäusern wahrnehmen, in denen sie beschäftigt sind. Die Anliegenvertretung kann zu einem Besuch weitere geeignete Personen hinzuziehen, die nicht im besuchten Krankenhaus beschäftigt sind. Dazu zählen insbesondere Beauftragte für Menschen mit Behinderung sowie Vertreterinnen und Vertreter der unabhängigen Beschwerdestellen oder eines Betreuungsvereins. Die Anliegenvertretung ist berechtigt, die Krankenhäuser unangemeldet zu besuchen.

(3) Einer Besuchskommission gehören mindestens vier Personen an; jeweils hälftig sollen Frauen und Männer berücksichtigt werden. Mitglieder sind

1. eine Ärztin oder ein Arzt mit Erfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie,
2. eine in Unterbringungsangelegenheiten erfahrene Person mit Befähigung zum Richteramt,
3. ein Mitglied auf Vorschlag von Vereinigungen der Psychiatrie-Erfahrenen und

4. ein Mitglied auf Vorschlag der Vereinigungen der Angehörigen und Freunde psychisch kranker Menschen.

Die Mitglieder wählen die Vorsitzende oder den Vorsitzenden und die Vertreterin oder den Vertreter; Wiederwahl ist zulässig. Beim Ausscheiden eines Mitgliedes ist für die Restdauer der Amtszeit der Besuchskommission ein Ersatzmitglied zu bestellen.

(4) In den Krankenhäusern ist durch Aushang an geeigneter Stelle unter Bekanntgabe des Namens und der Anschrift der oder des Vorsitzenden der Besuchskommission oder der Patientenfürsprecherin und ihres Vertreters oder des Patientenfürsprechers und seiner Vertreterin auf die Anliegenvertretung und ihre Aufgaben hinzuweisen.

(5) Der Anliegenvertretung ist ungehinderter Zugang zu den Krankenhäusern zu gewähren. Ihr sind die erforderlichen Auskünfte zu erteilen und Einsicht in die vorhandenen Unterlagen zu gewähren. Personenbezogene Auskünfte bedürfen der Zustimmung des betroffenen Menschen. Bei den Besuchen ist den betroffenen Menschen auch Gelegenheit zu geben, in Abwesenheit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Krankenhauses Wünsche und Beschwerden vorzutragen. Das Krankenhaus hat die Anliegenvertretung bei ihrer Tätigkeit zu unterstützen.

(6) Über ihre Tätigkeit berichtet die Anliegenvertretung dem Kreis oder der kreisfreien Stadt einmal jährlich.

(7) Für die Tätigkeit in der Anliegenvertretung und für die nach Absatz 2 Satz 8 hinzugezogenen Personen gelten die Vorschriften für ehrenamtliche Tätigkeit. Für die Tätigkeit in der Anliegenvertretung ist eine Amtsdauer von mindestens vier und höchstens sechs Jahren festzulegen; Wiederbestellung ist zulässig. Die Anliegenvertretung bleibt nach Ablauf ihrer Amtsdauer bis zum Amtsantritt der neuen Anliegenvertretung im Amt.

### **Abschnitt 3**

#### **Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen während der Unterbringung**

##### **§ 27**

##### **Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen**

(1) Auf Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen gegenüber dem betroffenen Menschen soll möglichst verzichtet werden. In den Krankenhäusern sind Methoden und Instrumentarien zu entwickeln, um Krisensituationen ohne Zwang zu bewältigen. Es ist sicherzustellen, dass bei der Anwendung von Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen das nach dem aktuellen wissenschaftlichen Stand am wenigsten eingreifende geeignete Mittel zur Verfügung steht.

(2) Wenn es zur Sicherung des Zwecks der Unterbringung, zur Aufrechterhaltung der Sicherheit oder zur Abwendung einer schwerwiegenden Störung der Ordnung des Krankenhauses unerlässlich ist, dürfen Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen angeordnet werden. In Betracht kommen insbesondere

1. der Entzug oder das Vorenthalten von Gegenständen,
2. die Beobachtung des betroffenen Menschen,
3. die Absonderung von anderen Patientinnen und Patienten oder
4. das Festhalten des betroffenen Menschen.

Eine Maßnahme hat zu unterbleiben, wenn die Gefahr unter Beachtung des aktuellen medizinischen Stands auch anders abgewendet werden kann oder ein durch die Maßnahme zu erwartender Schaden erkennbar außer Verhältnis zu dem angestrebten Erfolg steht.

(3) Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen sind vor ihrer Anwendung dem betroffenen Menschen anzukündigen und zu begründen. Die Ankündigung darf nur dann unterbleiben, wenn die Umstände sie nicht zulassen.

(4) Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen dürfen nur von einer Ärztin oder einem Arzt aufgrund eigener Untersuchung angeordnet werden. Sie sind zu befristen und unverzüglich aufzuheben, sobald die Voraussetzungen für ihre Anordnung entfallen. Die weitere Notwendigkeit der Maßnahme ist regelmäßig in angemessenen Zeitabständen durch eine Ärztin oder einen Arzt zu überprüfen.

(5) Bei Gefahr im Verzug dürfen die Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen auch von Vollzugskräften nach § 252 Absatz 1 und 2 des Landesverwaltungsgesetzes vorläufig durchgeführt werden; die Anordnung einer Ärztin oder eines Arztes ist unverzüglich herbeizuführen.

## **§ 28**

### **Besondere Sicherungsmaßnahmen**

(1) Bei einem betroffenen Menschen dürfen zeitweise besondere Sicherungsmaßnahmen angeordnet werden, wenn und solange die Gefahr besteht, dass der betroffene Mensch gegen Personen gewalttätig wird oder sich selbst tötet oder erheblich verletzt. Für besondere Sicherungsmaßnahmen gilt § 27 nach Maßgabe dieses Paragraphen.

(2) Eine besondere Sicherungsmaßnahme darf nur angeordnet werden, wenn und soweit mildere Mittel nicht in Betracht kommen, insbesondere, weil Maßnahmen nach § 27 in der konkreten Situation aussichtslos erscheinen oder bereits erfolglos geblieben sind und ein durch die Maßnahme zu erwartender Schaden nicht erkennbar außer Verhältnis zu dem angestrebten Erfolg steht.

(3) Besondere Sicherungsmaßnahmen sind:

1. die Unterbringung in einem besonderen Raum ohne gefährdende Gegenstände (Isolierung),
2. die sedierende Medikation und
3. die Fixierung durch mechanische Hilfsmittel, welche die Fortbewegungsfreiheit des betroffenen Menschen nach jeder Richtung hin vollständig aufhebt, einschließlich der hiermit medizinisch notwendig verbundenen Medikation (Fixierungsmaßnahme).

(4) Der von einer besonderen Sicherungsmaßnahme betroffene Mensch ist in besonderem Maße zu überwachen und betreuen. Nach Beendigung der Maßnahme ist ihm die Möglichkeit einer Nachbesprechung im Hinblick auf eine therapeutische Aufarbeitung einzuräumen.

(5) Eine nicht nur kurzfristige Fixierungsmaßnahme bedarf einer Anordnung des Gerichts auf schriftlichen Antrag des Kreises oder der kreisfreien Stadt. Dem Antrag ist eine ärztliche Stellungnahme beizufügen.

(6) Bei Gefahr im Verzug darf eine Fixierungsmaßnahme von einer Ärztin oder einem Arzt aufgrund eigener Untersuchung angeordnet werden. Die Ärztin oder der Arzt unterrichtet unverzüglich den Kreis oder die kreisfreie Stadt, so dass der Kreis oder die kreisfreie Stadt einen Antrag auf gerichtliche Entscheidung stellt. Die Beendigung der Maßnahme ist dem Gericht sowie dem Kreis oder der kreisfreien Stadt mitzuteilen. Der betroffene Mensch ist nach Beendigung einer Fixierungsmaßnahme, über die nicht richterlich entschieden wurde, auf die Möglichkeit eines Antrags auf gerichtliche Überprüfung der durchgeführten Maßnahme hinzuweisen.

(7) Bei Fixierungsmaßnahmen ist zu jedem Zeitpunkt eine Eins-zu-eins-Betreuung durch geschultes Krankenhauspersonal sicherzustellen. Auf eine unmittelbare räumliche Anwesenheit kann auf Wunsch des betroffenen Menschen oder in medizinisch oder therapeutisch begründeten Ausnahmefällen verzichtet werden; eine ständige Betreuung des fixierten Menschen ist sicherzustellen. Fixierungs- und Isolierungsmaßnahmen müssen in gesonderten Räumen so durchgeführt werden, dass die Privatsphäre des betroffenen Menschen soweit wie möglich gewahrt wird.

(8) Die Anordnung und Durchführung besonderer Sicherungsmaßnahmen sind zu dokumentieren; es sind mindestens aufzuzeichnen:

1. die Ankündigung und Begründung gegenüber dem betroffenen Menschen oder ihr Unterbleiben,
2. die Gründe für die Anordnung,
3. gegebenenfalls die gerichtliche Entscheidung,

4. die Art und der Beginn der Maßnahme,
5. die Art der Betreuung,
6. eine etwaige Verlängerung oder das Ende der Maßnahme,
7. die Nachbesprechung und
8. der Hinweis auf die Möglichkeit einer gerichtlichen Überprüfung der Maßnahme.

Die Aufzeichnung ist zu den Krankenakten zu nehmen und von einer Ärztin oder einem Arzt zu verantworten.

## **§ 29**

### **Ärztliche Zwangsmaßnahme**

(1) Eine Behandlung gegen den natürlichen Willen des betroffenen Menschen (ärztliche Zwangsmaßnahme) mit dem Ziel, die fortdauernde oder wiederkehrende Notwendigkeit einer Unterbringung nach § 7 zu beseitigen, darf nur dann durchgeführt werden, wenn

1. der betroffene Mensch aufgrund einer psychischen Störung die Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann,
2. sie im Hinblick auf das Behandlungsziel, das ihren Einsatz rechtfertigt, Erfolg verspricht,
3. mildere Mittel, insbesondere eine weniger eingreifende Behandlung, aussichtslos sind und
4. der zu erwartende Nutzen der Behandlung die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich feststellbar überwiegt.

(2) Die Behandlung muss von einer Ärztin oder einem Arzt selbst durchgeführt werden. Sie muss ärztlich überwacht und dokumentiert werden. Die Notwendigkeit der Behandlung ist regelmäßig zu überprüfen und unverzüglich zu beenden, wenn ihre Voraussetzungen nicht mehr vorliegen, unerwartete Nebenwirkungen auftreten oder eine Verbesserung des Zustandes nicht absehbar ist. Eine wirksame Patientenverfügung ist zu beachten.

(3) Eine ärztliche Zwangsmaßnahme setzt voraus, dass durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt

1. eine den Verständnismöglichkeiten des betroffenen Menschen entsprechende Information über die beabsichtigte Behandlung und ihre Wirkungen vorausgegangen ist,

2. vor Beginn der Behandlung ernsthaft versucht wurde, eine auf Vertrauen gegründete, freiwillige Zustimmung des betroffenen Menschen zu erreichen und
3. dem betroffenen Menschen nach Scheitern des Gespräches nach Nummer 2 die Beantragung der gerichtlichen Anordnung nebst der Möglichkeit der Durchführung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme, im Falle der vorläufigen ärztlichen Zwangsmaßnahme ohne vorherige gerichtliche Anordnung, angekündigt worden ist.

Die Durchführung der Gespräche nach Satz 1 muss durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt dokumentiert werden.

(4) Die ärztliche Zwangsmaßnahme bedarf der vorherigen Anordnung des zuständigen Gerichtes auf Antrag des Kreises oder der kreisfreien Stadt. § 8 Absatz 2 gilt entsprechend. Kann eine gerichtliche Entscheidung nicht rechtzeitig herbeigeführt werden, kann die ärztliche Zwangsmaßnahme vorläufig vorgenommen werden, längstens jedoch bis zum Ablauf des auf die Zwangsmaßnahme folgenden Tages. Der Antrag auf Anordnung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme ist unverzüglich beim zuständigen Gericht nachzuholen.

(5) § 7 Absatz 3 gilt entsprechend.

### **§ 30 Unmittelbarer Zwang**

(1) Anordnungen nach diesem Gesetz dürfen von Vollzugskräften nach § 252 des Landesverwaltungsgesetzes im Wege des unmittelbaren Zwangs nach § 251 Absatz 1 Nummer 1 und 2 des Landesverwaltungsgesetzes gegenüber dem betroffenen Menschen durchgesetzt werden. Die Anwendung des unmittelbaren Zwangs ist mündlich anzudrohen. Von einer vorherigen Androhung kann abgesehen werden, wenn die Umstände sie nicht zulassen.

(2) Das Recht zur Anwendung unmittelbaren Zwangs aufgrund anderer Vorschriften bleibt unberührt.

(3) Die Anwendung unmittelbaren Zwangs einschließlich der Gründe hierfür und der Begründung, warum Alternativen nicht möglich sind, sind zu dokumentieren.

## Teil 4

### Verschwiegenheitspflicht, Datenschutz und Dokumentation

#### § 31

##### Berufs- und Amtsverschwiegenheitspflicht

(1) Personenbezogene Daten, die Ärztinnen und Ärzten im Rahmen der Unterbringung von einem betroffenen Menschen als Geheimnis anvertraut oder über einen betroffenen Menschen sonst bekanntgeworden sind, unterliegen der Schweigepflicht. Eine Weitergabe gegenüber anderem Personal des Krankenhauses, den Kreisen und kreisfreien Städten, dem Gericht oder sonstigen Stellen ist zulässig, wenn und soweit dies nach diesem Gesetz vorgesehen oder im Einzelfall für den Zweck der Unterbringung oder zur Abwehr von Gefahren für die Gesundheit des betroffenen Menschen oder Dritter erforderlich ist. Sonstige Offenbarungsbefugnisse bleiben unberührt. Der betroffene Mensch ist vor der Erhebung über die nach Satz 2 bestehenden Offenbarungsbefugnisse zu unterrichten.

(2) Absatz 1 gilt für sonstige Berufsgeheimnisträgerinnen und Berufsgeheimnisträger entsprechend.

#### § 32

##### Datenverarbeitung

(1) Für die Verarbeitung personenbezogener Daten durch öffentliche Stellen nach diesem Gesetz gelten die Verordnung (EU) 2016/679<sup>1</sup>, die nachfolgenden Regelungen (§§ 33 bis 37) sowie die allgemeinen Datenschutzvorschriften.

(2) Personenbezogene Daten dürfen nur dann zur Erfüllung von Aufsichts- und Kontrollbefugnissen sowie zur Rechnungsprüfung verarbeitet werden, wenn dies erforderlich ist, weil die Aufgabe auf andere Weise, insbesondere mit anonymisierten Daten, nicht oder nur mit unverhältnismäßigem Aufwand erfüllt werden kann.

#### § 33

##### Datenspeicherung

(1) Schutzwürdige Daten, die einem Berufs- oder besonderen Amtsgeheimnis unterfallen, dürfen nur gespeichert werden, soweit dies für die Erfüllung der in diesem Gesetz vorgesehenen Aufgaben oder für die Dokumentation von diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen erforderlich ist. Sie sind in Akten aufzunehmen.

(2) Untersuchungs- oder Behandlungsergebnisse sind gesondert aufzubewahren.

---

<sup>1</sup> Verordnung (EU) des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) (ABl. L 119 S. 1, zuletzt ber. 2018, ABl. L 127 S. 2)

### **§ 34**

#### **Besonders schutzwürdige Daten**

(1) Personenbezogene Daten nach § 33 Absatz 1 Satz 1 dürfen die Kreise oder kreisfreien Städte oder die an einem Unterbringungsverfahren beteiligten Stellen für andere Zwecke als die, für welche die Daten erhoben und gespeichert worden sind, nur weiterverarbeiten, wenn

1. der betroffene Mensch eingewilligt hat,
2. eine Rechtsvorschrift dies erlaubt oder
3. eine Lebensgefahr oder eine Gefahr für die körperliche Unversehrtheit nicht anders abgewendet werden kann.

Eine Übermittlung an das Gericht, an die Betreuungsbehörde oder an eine rechtliche Betreuerin oder einen rechtlichen Betreuer, ist darüber hinaus zulässig, soweit dies für eine Unterbringung oder vorläufige Unterbringung nach diesem Gesetz oder für die Betreuung erforderlich ist.

(2) Werden in den Fällen des Absatzes 1 Satz 1 Daten übermittelt, hat die datenempfangende Person diese gegen unbefugte Kenntnisnahme zu sichern; hierauf ist sie hinzuweisen.

### **§ 35**

#### **Unterrichtung in besonderen Fällen**

Ist aufgrund der Art und Schwere seiner psychischen Störung anzunehmen, dass der betroffene Mensch sich oder andere durch das Führen eines Kraftfahrzeuges oder durch den Umgang mit Waffen gefährden könnte, kann die Leitung des Sozialpsychiatrischen Dienstes oder die ärztliche Leitung des Krankenhauses, in dem der betroffene Mensch untergebracht ist, die zuständige öffentliche Stelle über die getroffenen Feststellungen unterrichten. Dem betroffenen Menschen ist vorher Gelegenheit zu geben, sich zu der Unterrichtung zu äußern; eine Äußerung ist der Unterrichtung beizufügen.

### **§ 36**

#### **Datenlöschung**

Die unter dem Namen des betroffenen Menschen gespeicherten personenbezogenen Daten sind zu löschen

1. von der für die Gewährung von Hilfen zuständigen Stelle spätestens zehn Jahre nach der Beendigung der Gewährung von Hilfen,

2. von der für die Untersuchung nach § 6 Absatz 3 zuständigen Stelle spätestens zehn Jahre nach der letzten Untersuchung,
3. von der für die Beantragung oder Anordnung einer Unterbringung zuständigen Stelle spätestens zehn Jahre nach der Beendigung des Unterbringungsverfahrens, sofern die Daten nicht nach Nummer 1 oder Nummer 2 länger aufbewahrt werden dürfen,
4. von dem Krankenhaus spätestens 15 Jahre nach der Beendigung der Unterbringung.

Ist zu den in Satz 1 genannten Zeitpunkten ein Rechtsstreit anhängig, sind die für den Rechtsstreit benötigten Daten erst nach dessen Beendigung zu löschen.

### **§ 37**

#### **Auskunft, Akteneinsicht**

(1) Die Auskunft über die nach diesem Gesetz zum betroffenen Menschen gespeicherten Daten kann im beiderseitigen Einvernehmen mündlich durch eine Ärztin oder einen Arzt erteilt werden; ansonsten werden gebührenfrei Kopien gefertigt. Die Auskunft oder Einsicht kann versagt werden, soweit eine Untersuchung nach § 6 Absatz 4, eine Unterbringung nach § 7 Absatz 1 oder eine vorläufige Unterbringung nach § 11 Absatz 1 wesentlich gefährdet oder Hilfen wesentlich erschwert würden.

(2) Die Mitglieder einer Delegation des Europäischen Ausschusses zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT), des Unterausschusses zur Prävention von Folter der Vereinten Nationen (SPT) sowie der Nationalen Stelle zur Verhütung von Folter erhalten während des Besuchs in dem Krankenhaus Einsicht in die vorhandenen Akten des betroffenen Menschen, mit Ausnahme der Therapiegespräche, soweit dies zur Wahrnehmung der Aufgaben des Ausschusses oder der Stelle erforderlich ist.

### **§ 38**

#### **Dokumentations- und Berichtspflicht**

(1) Im Rahmen der Unterbringung sind alle Entscheidungen, Maßnahmen, Eingriffe sowie besondere Vorkommnisse und ihre Umstände von dem Krankenhaus zu dokumentieren. Dies gilt insbesondere für

1. die Aufklärung nach § 12 Absatz 2,
2. die Behandlungsplanung und die Behandlungsmaßnahmen im Sinne von § 14,
3. die Beschränkungen hinsichtlich des Schriftwechsel, bei Paketen, Telekommunikation, Besuchen und Religionsausübung nach §§ 16, 19 bis 22,

4. Art, Beginn und Ende von Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen nach § 27 und von besonderen Sicherungsmaßnahmen nach § 28 sowie die Gründe für ihre Anordnung, die Art der Betreuung und die Maßnahmen, die zur Deeskalation eingeleitet wurden,
5. die Durchführung der ärztlichen Zwangsmaßnahme nach § 29,
6. die Anwendung unmittelbaren Zwangs gemäß § 30,
7. die Beschränkung der Auskunfts- und Einsichtsrechte,
8. die Beurlaubung gemäß § 24 unter Angabe von Gründen und
9. die Entlassung gemäß § 25.

(2) Die im von der für Gesundheit zuständigen obersten Landesbehörde veröffentlichtem Unterbringungsplan aufgeführten Krankenhäuser berichten den Kreisen und kreisfreien Städten für ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereich jährlich über

1. die Anzahl und Dauer von Unterbringungen nach diesem Gesetz,
2. die Anzahl der vorläufigen Unterbringungen nach § 11,
3. die Art, die Anzahl und die Dauer von besonderen Sicherungsmaßnahmen nach § 28,
4. die Anzahl der ärztlichen Zwangsmaßnahmen nach § 29.

## **Teil 5 Kosten**

### **§ 39 Grundsatz**

Für die Durchführung dieses Gesetzes erheben die Kreise und kreisfreien Städte keine Kosten.

### **§ 40 Kosten der Unterbringung**

(1) Die Kosten der Unterbringung nach dem Dritten Teil trägt der betroffene Mensch. Für die nach dem Pflegesatzrecht festgesetzten Krankenhauskosten ist der Krankenhausträger Kostengläubiger gegenüber diesem Menschen. Auf Gesetz oder Vertrag beruhende Verpflichtungen Dritter zur Kostentragung, insbesondere von Unterhaltspflichtigen oder Trägern der Sozialversicherung, bleiben unberührt.

(2) Hat der Kreis oder die kreisfreie Stadt die Unterbringung vorläufig vorgenommen, trägt er oder sie die Kosten der Unterbringung, wenn das Gericht die Unterbringung nicht anordnet, weil sie zum Zeitpunkt der Anordnung nicht erforderlich war.

## **§ 41**

### **Bedürftigkeit des betroffenen Menschen**

Soweit der betroffene Mensch bei freiwilligem Aufenthalt in einem Krankenhaus Anspruch auf Sozialhilfe hätte, sind in den Fällen der Unterbringung nach dem Dritten Teil vom Träger der Sozialhilfe Leistungen in entsprechender Anwendung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und des Gesetzes zur Ausführung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch zu gewähren.

## **Teil 6**

### **Übergangs- und Schlussvorschriften**

## **§ 42**

### **Einschränkung von Grundrechten**

Durch dieses Gesetz werden im Rahmen des Artikels 19 Absatz 2 des Grundgesetzes die Rechte

1. auf körperliche Unversehrtheit und auf Freiheit der Person (Artikel 2 Absatz 2 des Grundgesetzes),
2. auf ungestörte Religionsausübung (Artikel 4 Absatz 2 des Grundgesetzes),
3. auf Unverletzlichkeit des Brief-, Post- und Fernmeldegeheimnisses (Artikel 10 des Grundgesetzes) und
4. auf Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 des Grundgesetzes)

eingeschränkt.

## **§ 43**

### **Verordnungsermächtigungen**

Die für Gesundheit zuständige oberste Landesbehörde wird ermächtigt, durch Verordnung

1. die Qualifikationsanforderungen für die Leitung des Sozialpsychiatrischen Dienstes festzulegen,
2. zu bestimmen,

- a) welche weiteren Anforderungen die ärztliche Stellungnahme nach § 8 Absatz 2 erfüllen muss,
- b) welche Qualifikation die Gutachterin oder der Gutachter für die Erstellung dieser ärztlichen Stellungnahme haben muss und
- c) dass die örtlichen Träger der Sozialhilfe Aufgaben des überörtlichen Trägers nach § 41 durchführen.

#### **§ 44**

#### **Übergangsvorschriften**

(1) Bis zum 31. Dezember 2026 ist § 28 Absatz 2 und Absatz 7 mit der Maßgabe anzuwenden, dass besondere Sicherungsmaßnahmen auch dann angeordnet werden können, wenn und soweit mildere Mittel aufgrund der baulichen Situation in dem Krankenhaus nicht zur Verfügung stehen.

(2) Der erste Berichtszeitraum im Sinne des § 38 Absatz 2 beginnt am 1. Januar 2022. In dieser Übergangszeit sind die Voraussetzungen für die Datenerhebung anhand einheitlicher definitorischer Merkmale zu schaffen. Für die ersten beiden Berichtsjahre ist die Berichterstattung quartalsweise vorzunehmen.

#### **§ 45**

#### **Inkrafttreten, Außerkrafttreten**

Dieses Gesetz tritt am Tage nach seiner Verkündung in Kraft. Gleichzeitig tritt das Psychisch-Kranken-Gesetz vom 14. Januar 2000 (GVOBl. Schl.-H. S. 106, ber. S. 206), zuletzt geändert durch Gesetz vom 2. Mai 2018 (GVOBl. Schl.-H. S. 162), außer Kraft.

Das vorstehende Gesetz wird hiermit ausgefertigt und ist zu verkünden.

Kiel,

Daniel Günther  
Ministerpräsident

Dr. Heiner Garg  
Minister für Soziales, Gesundheit,  
Jugend, Familie und Senioren

## **Begründung**

### **A. Allgemeiner Teil**

Das schleswig-holsteinische Gesetz zur Hilfe und Unterbringung psychisch kranker Menschen (Psychisch-Kranken-Gesetz - PsychKG) vom 14. Januar 2000 (GVOBl. Schl.-H. S. 106, ber. S. 2069; zuletzt geändert durch Gesetz vom 2. Mai 2018 (GVOBl. Schl.-H. S. 162), ist in seinem Kernbereich seit 2009 fast unverändert in Kraft. Aufgrund gewonnener Erkenntnisse in der sich stetig fortentwickelnden Praxis wie auch verschiedener Entwicklungen in der Fachdiskussion und der Rechtsprechung – insbesondere in Hinblick auf das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 24. Juli 2018 zum Thema Fixierung (BVerfG, Ur. v. 24. Juli 2018 – 2 BvR 309/15, 2 BvR 502/16) – besteht die Notwendigkeit für eine Novellierung des schleswig-holsteinischen PsychKG.

Ziel der Gesetzesnovellierung ist es, Anpassungen an die aktuelle Rechtsentwicklung vorzunehmen, Lösungen für Umsetzungsprobleme in der Praxis einzuführen sowie neue Schwerpunkte im Bereich der psychiatrischen Versorgung und beim Umgang mit psychisch erkrankten Menschen zu setzen.

Im Mittelpunkt des neuen Gesetzes zur Hilfe und Unterbringung von Menschen mit Hilfebedarf infolge psychischer Störungen (PsychHG) steht weiterhin der betroffene Mensch mit seinen verfassungsrechtlich garantierten Rechten. Sie sollen durch die Aufnahme neuer gesetzlicher Regelungen erweitert und gestärkt werden.

Der Entwurf des neuen PsychHG setzt folgende Schwerpunkte:

#### **Anwendungsbereich des PsychHG**

Der Anwendungsbereich des Gesetzes wird neu gefasst. Der Gesetzentwurf sieht dabei eine Unterscheidung zwischen der Gewährung von Hilfen im Einvernehmen mit dem betroffenen Menschen und der Durchführung einer Unterbringung ohne oder gegen den Willen des Patienten vor. Darüber hinaus wird der Begriff der psychischen Erkrankung durch die Begrifflichkeit „psychische Störung“ ersetzt und damit eine Anpassung an den medizinischen Terminus vorgenommen.

#### **Stärkung der Rechtsstellung des betroffenen Menschen während der Unterbringung**

Mit den neu gefassten Regelungen hinsichtlich der Religionsausübung, Aufenthalt im Freien, Freizeitgestaltung und Beachtung geschlechts- und kulturspezifischer Aspekte im Rahmen der Behandlung sowie den überarbeiteten Bestimmungen zur Gestaltung von Außenkontakten soll die Rechtsstellung des betroffenen Menschen weiter gestärkt werden. Auch die Verlängerung der Dauer der Beurlaubung sowie die Änderungen im Rahmen der Besuchsrechte sollen hierzu beitragen.

## **Sozialpsychiatrischer Dienst**

Die Sozialpsychiatrischen Dienste nehmen eine wichtige Rolle im Bereich der psychiatrischen Versorgung ein und werden im Gesetzentwurf nunmehr mit ihrer Organisation und dem konkreten Aufgabenbereich in einer gesonderten Vorschrift aufgenommen. Die Hilfen durch die Sozialpsychiatrischen Dienste haben maßgeblichen Anteil daran, ob Krisen, Unterbringungsentscheidungen oder Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen an psychisch erkrankten Menschen entbehrlich werden. Je wirksamer die Hilfen umgesetzt werden, desto weniger Gewalt und Zwang kommen in der psychiatrischen Versorgung zur Anwendung.

## **Hilfen**

Mit dem Gesetzentwurf wird beabsichtigt, die Ziele der Hilfen und der Hilfeformen noch deutlicher zu konkretisieren, die Kontaktaufnahme zu den betroffenen und hilfebedürftigen Menschen flexibler zu gestalten und den Empfängerkreis hinsichtlich der Hilfemaßnahmen zu erweitern. Zudem sieht der Entwurf verbindliche Hausbesuche bei den betroffenen Menschen vor sowie ein gesetzliches Betretungsrecht für die Sozialpsychiatrischen Dienste bei Gefahr im Verzug.

## **Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen während der Unterbringung**

Die Anwendung besonderer Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen stellt einen schwerwiegenden Eingriff in die Grundrechte der betroffenen Menschen dar und darf deshalb nur unter den im Gesetz explizit festgelegten Voraussetzungen vorgenommen werden. In dem Gesetzentwurf wird ein gesonderter Abschnitt geschaffen, in dem die Regelungen zu Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen sowie der ärztlichen Zwangsbehandlung abschließend angeführt werden. In diesem Abschnitt wird auch der Grundsatz „Vermeidung von Gewalt und Zwang in der Psychiatrie“ gesetzlich verankert.

Für Fixierungen als freiheitsentziehende Maßnahmen im Rahmen einer Unterbringung hat das Bundesverfassungsgericht mit seinem Urteil vom 24. Juli 2018 (AZ: 2 BvR 309/15, 2 BvR 502/16) festgelegt, dass jedenfalls eine nicht nur kurzfristige 5-Punkt- bzw. 7-Punkt-Fixierung dem Richtervorbehalt unmittelbar aus Artikel 104 Absatz 2 Satz 1 GG unterliegt und während der Fixierungsmaßnahme eine Eins-zu-eins- -Betreuung durch therapeutisches oder pflegerisches Personal sicherzustellen ist. Die inhaltlichen und verfahrensrechtlichen Vorgaben des Bundesverfassungsgerichtes werden in dem Gesetzentwurf nunmehr umgesetzt, insbesondere wird ein Richtervorbehalt für Fixierungen eingeführt und eine konkrete Regelung zur Eins-zu-eins -Betreuung festgeschrieben. Mit dieser Neuregelung finden ebenfalls Forderungen des Europäischen Ausschusses zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT) und der Nationalen Stelle Berücksichtigung. Darüber hinaus sieht der Entwurf weitere patientenorientierte Regelungen in diesem Bereich vor, wie beispielsweise die Verpflichtung zur Führung von Reflexionsgesprächen im Nachgang einzelner Sicherungsmaßnahmen mit dem Ziel einer

therapeutischen Aufarbeitung sowie die Festlegung eines Standards von gesonderten und vor Einsichtnahme durch Dritte geschützten Räumlichkeiten im Rahmen von Fixierungsmaßnahmen.

### **Ärztliche Stellungnahme**

Die Unterbringung stellt einen schwerwiegenden Eingriff in die Grundrechte des betroffenen Menschen dar. Sie setzt daher eine fachlich qualifizierte und belastbare Tatsachenermittlung einschließlich der Feststellung einer psychischen Störung sowie der Gefährdungseinschätzung voraus. Vor diesem Hintergrund sollen die derzeitigen Anforderungen an die Qualifikation der Gutachterin oder des Gutachters im Rahmen der ärztlichen Stellungnahme für eine Unterbringung nach PsychHG weiterhin Bestand haben. Die neu zu fassende Verordnung zum PsychHG soll lediglich dahingehend geändert werden, dass ärztliche Stellungnahmen auch durch Ärztinnen und Ärzte mit vergleichbarer mehrjähriger psychiatrischer Erfahrung als Leitung des Sozialpsychiatrischen Dienstes vorgenommen werden dürfen sowie durch Ärztinnen und Ärzte mit dreimonatiger Tätigkeit in der Psychiatrie, sofern der Begutachtungssituation ein Krisendienst mit sozialpädagogischen Fachkräften vorgeschaltet wurde.

### **Dokumentations- und Berichtspflicht**

Mit der Einführung einer Dokumentations- und Berichtspflicht von Entscheidungen und Maßnahmen, die geeignet sind, in Rechte des betroffenen Menschen einzugreifen, soll der Rechtsschutz des Betroffenen im Hinblick auf eine mögliche nachträgliche gerichtliche Überprüfung der Maßnahme gestärkt und die Verhältnismäßigkeit des Eingriffs gewahrt werden. Zudem stellt die Dokumentations- und Berichtspflicht ein unentbehrliches Mittel der systematischen verbesserungsorientierten Qualitätskontrolle, Qualitätssicherung und wissenschaftlichen Evaluation dar.

### **Akteneinsichtsrechts für Besuchsdelegationen**

Der Gesetzentwurf sieht für die Nationale Stelle zur Verhütung von Folter, den Europäischen Ausschuss zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT) wie auch den VN-Unterausschuss zur Prävention von Folter (SPT) ein gesetzliches Akteneinsichtsrecht vor. Für die Besuchsdelegationen ist die Einsichtnahme in Akten des betroffenen Menschen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben von großer Bedeutung, da oftmals nur auf dieser Grundlage eine fundierte Beurteilung erfolgen kann, ob die Rechte der untergebrachten Menschen gewahrt werden und die Qualität der Gesundheitsversorgung sowie die Gestaltung der Unterbringung seitens der Kliniken sichergestellt wird.

## **B. Besonderer Teil**

### **Inhaltsübersicht**

Eine Anpassung der Inhaltsübersicht ist aufgrund der Einführung neuer Regelungen, der Änderungen in den Überschriften sowie der Änderung der Reihenfolge der Vorschriften notwendig.

#### **Teil 1 Allgemeines**

##### **Zu § 1 Anwendungsbereich, Grundsätze**

Der Anwendungsbereich des Gesetzes wird in Absatz 1 neu gefasst. Es wird zwischen der Gewährung von Hilfen, die im Einvernehmen mit dem betroffenen Menschen geleistet werden können, sowie der Durchführung einer Unterbringung ohne oder gegen den Willen des betroffenen Menschen unterschieden.

Der Begriff der psychischen Erkrankung wird dabei durch die Begrifflichkeit „psychische Störung“ ersetzt. Der Begriff der psychischen Störung entspricht sowohl den Anforderungen aus dem Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention - UN-BRK) als auch der Systematik der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen (ICD) und der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Mit dem Begriff der psychischen Störung wird der Bezug zur psychiatrischen Diagnoseklassifizierung hergestellt und damit der Bezug zur psychischen Störung als zentraler medizinischer Begriff geschaffen. Im Gesetzestext wird demnach nicht zwischen einzelnen Erscheinungsformen einer Krankheit unterschieden, sie werden vielmehr vom Oberbegriff der psychischen Störung erfasst. Hierbei ist es unerheblich, inwieweit die psychische Störung auf einer Behinderung oder Abhängigkeitserkrankung beruht. Die Definition der psychischen Störung nach Absatz 2 umfasst die relevanten Störungen nach der ICD-10, die unabhängig von ihren Ursachen eine gewisse Erheblichkeit aufweisen und aus medizinischer Sicht behandlungsbedürftig sind.

Durch die Anpassung der Begrifflichkeit soll keine Öffnung des PsychHG für weitere Krankheitsbilder vorgenommen, sondern lediglich der Bezug zur medizinischen Begrifflichkeit hergestellt werden.

Darüber hinaus wird in Absatz 1 die Voraussetzung der „Hilfsbedürftigkeit“ zur Eröffnung des Anwendungsbereichs dieses Gesetzes eingeführt. Nicht jede psychische Störung impliziert eine Hilfsbedürftigkeit und damit die Erforderlichkeit, auf der Grundlage dieses Gesetzes zu intervenieren.

Die Regelungen in Absatz 3 bis 7 stellen die Grundsätze des PsychHG dar und greifen dabei § 1 Absatz 3 a.F. auf.

Die Achtung der Menschenrechte nach Artikel 1 GG gehört zu den fundamentalen Grundlagen der Psychiatrie. Der Schutz der Würde, des Befindens und des Selbstbestimmungsrechts des betroffenen Menschen soll weiter erhöht werden und der Wille sowie die Persönlichkeit des betroffenen Menschen noch stärker Berücksichtigung finden. Im Rahmen des Persönlichkeitsrechts von betroffenen Menschen hat das Selbstbestimmungsrecht, insbesondere die Anerkennung des Patientenwillens, einen zentralen Stellenwert. Dieses zentrale Recht wird in Absatz 3 nunmehr als Leitgedanke verankert. Bei sämtlichen Maßnahmen nach diesem Gesetz haben die individuellen Bedürfnisse des Menschen im Vordergrund zu stehen. In allen Bereichen der Psychiatrie ist die Entwicklung hin zu einer personenzentrierten, individuellen, das Persönlichkeitsrecht betonenden Grundhaltung weiter zu befördern. Geschlechts- und kulturspezifische Aspekte sollten ebenfalls nach Möglichkeit Berücksichtigung finden.

In Absatz 4 wird angeführt, dass der Gebrauch von Instrumenten wie Patientenverfügungen, Behandlungsverträgen, Vorsorgevollmachten, Krisenpässen etc. ausdrücklich erwünscht ist und deren Gebrauch gefördert werden soll. Bei sämtlichen Maßnahmen nach diesem Gesetz sind Patientenverfügungen und ähnliche Instrumente zu beachten, um das Selbstbestimmungsrecht der betroffenen Menschen weiter zu stärken.

Absatz 5 betont deklaratorisch, dass Maßnahmen gegen den Willen ausschließlich in den in diesem Gesetz vorgesehenen Ausnahmen zulässig sind. Die betroffenen Menschen sind in der Form zu behandeln, zu betreuen und unterzubringen, dass der Unterbringungszweck mit dem geringstmöglichen Eingriff in die persönliche Freiheit erreicht werden kann. Auch ist das Einbeziehen von Vertrauenspersonen in der Psychiatrie grundsätzlich, aber auch besonders im Rahmen von Maßnahmen gegen den Willen des betroffenen Menschen, von großer Bedeutung, sodass ein Mitwirken des sozialen Umfeldes ausdrücklich erwünscht und durch diese Regelung ermöglicht wird.

Ambulante und teilstationäre Hilfen sind nach Absatz 6 grundsätzlich vorrangig zu berücksichtigen. Stationäre Hilfen bzw. stationäre Behandlungen sollen als Hilfemaßnahmen erst erfolgen, wenn sie nicht mehr zu vermeiden sind. Ambulante Hilfeleistungen stellen im Rahmen des gewohnten Lebensumfeldes in der Regel einen geringeren Eingriff in die Lebensverhältnisse der betroffenen Menschen dar als eine stationäre Behandlung. Aber auch eine teilstationäre Behandlung kann in Einzelfällen indiziert sein. Die Vorschrift verfolgt den Sinn und Zweck, niedrighschwellige Maßnahmen in Krisensituationen zu ermöglichen, insbesondere kostenintensive Drehtüreffekte von der stationären Behandlung und Eingliederungshilfe zu vermeiden und frühzeitig psychiatrische Akutintervention zu ermöglichen.

Hilfen sind im Hinblick auf die Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention (Artikel 9) möglichst barrierefrei auszugestalten.

Bei schweren persönlichen Krisen, die mit Eigen- oder Fremdgefährdungen einhergehen können, soll das gesamte Spektrum von Hilfemaßnahmen (in vorsorgender, begleitender und nachsorgender Form) dazu beitragen, eine Unterbringung und Zwangsmaßnahmen lediglich als letztes Mittel einsetzen zu müssen. Eine Unterbringung nach diesem Gesetz soll daher, wie es Absatz 7 betont, weitestgehend vermieden werden bzw. ist als Ultima Ratio zu verstehen und soll entsprechend des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes nur so lange andauern, wie dies unbedingt erforderlich ist, damit eine gesundheitliche Verbesserung eintreten und eine nachhaltige soziale Eingliederung ermöglicht werden kann. Vor diesem Hintergrund müssen Maßnahmen zur Vermeidung von Zwang einen höheren Stellenwert in der praktischen Tätigkeit einnehmen.

## **Zu § 2 Sozialpsychiatrischer Dienst**

Die Regelung in § 2 konkretisiert insbesondere die Organisation sowie die Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) in den Kommunen.

Die Bestimmung in Absatz 1 entspricht § 2 a.F.

Absatz 2 Satz 1 entspricht der Regelung in § 4 Absatz 3 a.F. und ist zum Zwecke der Gesetzessystematik in § 2 aufgenommen worden. Die Regelung in Absatz 2 Satz 2 berechtigt die Kommunen, künftig einen gemeinsamen SpDi einzurichten. Dies dient einerseits der Entlastung der Kommunen und soll andererseits die Qualität und Effizienz der SpDis in den einzelnen Aufgabenbereichen weiter verbessern.

Zudem ist der SpDi multiprofessionell zu besetzen. U.a. ist die Einbindung von qualifizierten Peers, EX-IN-Kräften und einer Genesungsbegleitung in das Unterstützungssystem zu berücksichtigen.

In Absatz 3 werden die fachlichen Qualifikationsanforderungen für die Leitung des SpDis bestimmt. Die Einzelheiten werden durch die zukünftige Landesverordnung zum PsychHG geregelt. An der Notwendigkeit der Leitung des SpDis durch eine Fachärztin oder einen Facharzt oder durch eine Ärztin oder einen Arzt in den in der derzeitigen Verordnung zum PsychKG (PsychKGVO) angeführten Fachbereichen oder durch eine psychologische Psychotherapeutin oder einen psychologischen Psychotherapeuten wird weiterhin festgehalten, da für die Wahrnehmung der unterschiedlichen Aufgabenbereiche des SpDis eine entsprechende fachliche Expertise erforderlich ist. In der Verordnung soll eine Erweiterung lediglich dahingehend erfolgen, dass auch Ärztinnen und Ärzte mit vergleichbarer mehrjähriger psychiatrischer Erfahrung die Leitung eines SpDis übernehmen dürfen. Die vom SpDi zu treffenden Entscheidungen haben grundsätzlich weitreichende Konsequenzen für den einzelnen betroffenen Menschen und können unter Umständen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen führen. Vor diesem Hintergrund ist die gesetzliche Festlegung eines fachlichen Mindeststandards auch im Hinblick auf die Wahrung der Rechte der betroffenen Menschen unerlässlich. In Ausnahmefällen kann die Leitung des SpDis mit

Genehmigung der Aufsichtsbehörde vom zuständigen Amtsarzt wahrgenommen werden, sofern der o.g. aus- oder weitergebildete Personenkreis nicht zur Verfügung steht.

Die konkreten Aufgaben des SpDi werden in Absatz 4 aufgeführt. Insgesamt deckt der SpDi eine Vielfalt an unterschiedlichen Tätigkeiten im Rahmen der psychiatrischen Versorgung ab. Die Aufzählung stellt dabei die Schwerpunkte der Tätigkeit des SpDi dar und ist nicht als abschließende Aufzählung zu verstehen. Insbesondere in Krisensituation bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung ist ein Tätigwerden des SpDi erforderlich. Die ärztliche psychiatrische Beurteilung umfasst ärztliche Gutachten, Zeugnisse und Stellungnahmen.

Das Ziel der Regelung in Absatz 5 ist die Förderung einer umfassenden Kooperation zwischen dem SpDi und den in der Bestimmung aufgeführten Organisationen, Körperschaften, Behörden und Verbänden, damit der betroffene Mensch im Einzelfall die notwendige Unterstützung schnellstmöglich erhält. Die Regelung nimmt dabei keine abschließende Aufzählung der Handelnden vor. Von besonderer Bedeutung für Kinder und Jugendliche ist diese Kooperation in Fällen von akuter Eigen- oder Fremdgefährdung insofern, als dass bei der Ultima Ratio-Abwägung der SpDi die Kooperation insbesondere des Jugendamtes nutzen soll.

Die Bestimmung in Absatz 6 regelt die Berücksichtigung von kinder- und jugendpsychiatrischen Belangen. Im Rahmen der Tätigkeiten des SpDi ist auf die Besonderheiten von Kindern und Jugendlichen Rücksicht zu nehmen. Die UN-Kinderrechtskonvention sowie das Sorgerecht der Eltern ist zu beachten.

### **Zu § 3 Arbeitskreise für gemeindenahe Psychiatrie**

§ 3 Absatz 1 entspricht dem bisherigen § 5 a.F. und ist zum Zwecke der Systematik und Übersichtlichkeit des Gesetzes vorliegend eingefügt worden.

In Absatz 2 werden die Aufgaben des Arbeitskreises für gemeindenahe Psychiatrie konkretisiert. Kooperation und Vernetzung von Organisationen sind wichtige Faktoren in der Versorgung und Unterstützung von Menschen mit psychischen Störungen und der damit einhergehenden Erfüllung der Aufgaben nach dem PsychHG. Regionale Versorgungslücken oder Aufgabenüberschneidungen innerhalb der psychiatrischen Versorgung sollen vermieden werden. Der zur Koordinierung der Hilfen zu bildende Arbeitskreis für gemeindenahe Psychiatrie soll die Zusammenarbeit weiter ausbauen und dadurch die Wirksamkeit aller angebotenen Hilfen steigern.

## **Teil 2 Hilfen**

### **Zu § 4 Begriff und Ziel der Hilfen**

§ 4 legt den Begriff und die Ziele der Hilfen fest.

Nach Absatz 1 sind Hilfen nach diesem Gesetz solche Maßnahmen, die das Ziel haben, bei den betroffenen Menschen eine autonome Lebensführung zu erreichen. Die Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung der betroffenen Menschen soll so weit wie möglich erhalten oder wiedererlangt werden, damit sie trotz der psychischen Störungen in der Gesellschaft sozial und beruflich integriert werden und bleiben. Die Hilfemaßnahmen sollen den betroffenen Menschen in allen Lebenslagen zur Verfügung stehen und in Form von vorsorgenden, begleitenden sowie nachsorgenden Hilfen gewährt werden (konkrete Beispiele für niedrigschwellige Hilfeangebote: Nacht-Café, Krisentelefon, niedrigschwellige Begegnungsstätten, Beschäftigungsmöglichkeiten etc.).

Absatz 2 führt die Ziele der Hilfen nach PsychHG näher aus, beinhaltet aber keine abschließende Aufzählung. Die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und ein möglichst geringer Eingriff in die selbstständige Lebensführung und persönliche Freiheit der betroffenen Menschen sind wichtige Prämissen bei der Förderung von Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung. Durch die Hilfen sollen Funktionseinschränkungen, Erkrankungen und Behinderungen frühzeitig erkannt und professionell behandelt werden. Durch ein möglichst vielfältiges Angebot an Hilfemaßnahmen, insbesondere durch niedrigschwellig zugängliche Hilfen und ein gut ausgebautes, wohnortnahes und verbindlich kooperierendes Hilfesystem, sollen Unterbringungen vermieden werden bzw. so kurz wie möglich erfolgen und Maßnahmen nach diesem Gesetz auf das für eine nachhaltige soziale Integration und Inklusion erforderliche Maß beschränkt werden.

Der Empfängerkreis der Hilfen wird in Absatz 3 dahingehend erweitert, dass auch Dritte aus dem persönlichen Umfeld des betroffenen Menschen ausdrücklich miteinbezogen werden und Beratungen in Anspruch nehmen können. Gerade das soziale Umfeld wird benötigt, um betroffene Menschen zu unterstützen und wieder in die Gesellschaft zu integrieren, aber auch um die Hilfen nach diesem Gesetz effektiver zu gestalten. Die Bereitschaft zur Mitwirkung des sozialen Umfeldes soll dadurch erreicht werden, dass durch umfangreiche Beratungen über die besondere Situation Verständnis und Vertrauen geschaffen wird und Hemmschwellen abgebaut werden. Nahestehende Personen, die für den betroffenen Menschen sorgen, sollen entlastet und unterstützt werden und gleichzeitig ihre Bereitschaft zur Mitwirkung bei den Hilfen erhalten und gefördert werden.

Die Regelung in Absatz 4 entspricht § 3 Absatz 3 a.F.

### **Zu § 5 Gewährung von Hilfen**

In Absatz 1 werden die Hilfeformen zur Erreichung der Ziele nach § 4 konkretisiert. Zu den einzelnen Hilfen zählt u.a. die persönliche Beratung und Begleitung, die Vermittlung von geeigneten Hilfeangeboten wie auch eine aufsuchende Unterstützung beispielsweise durch Hausbesuche. Die Hilfen richten sich regelmäßig nach den Be-

sonderheiten des Einzelfalls, insbesondere ist die konkrete Lebenssituation des betroffenen Menschen wie auch das persönliche Umfeld angemessen zu berücksichtigen und auf die Bedürfnisse des betroffenen Menschen Rücksicht zu nehmen.

Der Anspruch des betroffenen Menschen, die nach diesem Gesetz festgelegten Hilfen zu erhalten, wird in Absatz 2 weiter gestärkt. Hilfsbedürftigen Menschen mit psychischen Störungen sind nach diesem Gesetz Hilfen zu gewähren - unbeachtet der Ursache der psychischen Störung. Es liegt somit nicht im Ermessen des Aufgabenträgers die Hilfen zu gewähren, sondern die Hilfeleistungen sind zu erbringen, wenn die Voraussetzungen dafür vorliegen. Die Hilfen nach diesem Gesetz sollen eine bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung sicherstellen. Es gilt jedoch das allgemeine Subsidiaritätsprinzip. Leistungen aus anderen Leistungssystemen sind gegenüber Hilfen nach diesem Gesetz vorrangig zu berücksichtigen. In Absatz 2 Satz 2 wird festgelegt, dass durch dieses Gesetz keine weitergehenden Ansprüche begründet werden.

Ferner sollen die Angebote ehrenamtlicher Hilfen und der Angehörigenarbeit sowie die Vermittlung von Hilfen zur Selbsthilfe in die Versorgung des betroffenen Menschen einbezogen werden. Dies wird nunmehr in Absatz 3 geregelt.

### **Zu § 6 Kontaktaufnahme, Vorladung, Untersuchung**

Das Verfahren zur Kontaktaufnahme wird flexibilisiert. Dem SpDi steht ein mehrstufiges Verfahren zur Verfügung, um die Unterbringung nach diesem Gesetz zu vermeiden. Stufen dieses Verfahrens sind die Kontaktaufnahme zu dem betroffenen Menschen, die Durchführung von Hausbesuchen, die Vorladung beim SpDi und die Duldung einer Untersuchung sowie das gesetzliche Betretungsrecht des SpDi bei Gefahr im Verzug. Der erste Schritt der Kontaktaufnahme muss nicht zwingend eine Vorladung sein. Im Vordergrund steht eine für den jeweiligen betroffenen Menschen geeignete Form der Kontaktaufnahme, also auch eine persönliche Ansprache und das Angebot eines Hausbesuches. Betroffene Menschen in schweren persönlichen Krisen können dazu tendieren, sich zurückzuziehen und den Kontakt zur Außenwelt abubrechen. Mit der hiesigen Regelung in Absatz 1 soll die Möglichkeit geschaffen werden, Zugang zu einem Gespräch und in der Folge zu einer ärztlichen Untersuchung und zu Hilfemaßnahmen zu erhalten. Sofern die erste Kontaktaufnahme erfolglos geblieben ist, d.h. wenn kein Kontakt zum betroffenen Menschen hergestellt, die Situation nicht geklärt oder trotz entsprechender Anzeichen keine Hilfe vermittelt oder keine notwendige Untersuchung durchgeführt werden konnte, ist nach Absatz 1 Satz 2 nunmehr ein Hausbesuch verbindlich vorgesehen.

Absatz 2 und 3 regelt die Verfahrensstufe der Vorladung. Die Vorladung muss verständlich, nachvollziehbar und zielgruppengerecht formuliert werden. Mögliche Kommunikationsbarrieren sind zu vermeiden. In Hinblick auf eine ärztliche Untersuchung sollte dem betroffenen Menschen ein Wahlrecht bzgl. der behandelten Ärztin oder

des behandelnden Arztes eingeräumt werden. Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt muss jedoch eine berufliche Qualifikation im psychiatrischen Bereich aufweisen können. Der Hinweis in der Vorladung nach Absatz 2 Satz 4 muss sich sowohl auf die Verpflichtung, der Vorladung Folge zu leisten, als auch auf die Möglichkeit zur zwangsweisen Durchsetzung beziehen.

Neu aufgenommen wurde eine Regelung zum Vorgehen bei Gefahr im Verzuge in Absatz 4. Stellt sich bei dem Hausbesuch heraus, dass eine gegenwärtige Gefahr für bedeutende eigene oder fremde Rechtsgüter vorliegt, die sofortiges Handeln erfordert und eine Vorladung zeitlich nicht zulässt, so wird der SpDi ermächtigt, die Wohnung oder Räume auch gegen den Willen des betroffenen Menschen oder des Inhabers der Räumlichkeiten zu betreten, in denen sich der Betroffene aufhält, um ihn in diesen Räumlichkeiten ärztlich zu untersuchen oder ihn einer ärztlichen Untersuchung zuzuführen.

Absatz 5 entspricht inhaltlich der Regelung des § 6 Absatz 3 a.F. Eine Anpassung der Vorschrift ist in Hinblick auf den Anspruch auf rechtliches Gehör dahingehend erfolgt, dass von einer Mitteilung des Ergebnisses der Untersuchung erst abgesehen werden kann, wenn nach ärztlicher Einschätzung durch die Mitteilung erhebliche Nachteile für den Gesundheitszustand des betroffenen Menschen zu erwarten sind. Dies ergibt sich nach dem Maßstab des § 325 des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG) vom 17. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2586), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 15 August 2019 (BGBl. I S. 1294). Zudem ist in Absatz 5 Satz 3 eine Informationspflicht gegenüber dem betroffenen Menschen bzgl. einer Weiterleitung seiner Untersuchungsbefunde an die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt aufgenommen worden.

### **Teil 3 Unterbringung**

#### **Abschnitt 1 Gerichtliches Unterbringungsverfahren**

##### **Zu § 7 Voraussetzungen der Unterbringung**

§ 7 Absatz 1 legt die Voraussetzungen fest, unter denen ein Mensch mit psychischen Störungen gegen oder ohne seinen natürlichen Willen untergebracht werden kann. Eine Unterbringung gegen den freien Willen ist damit auch bei einer ausschließlichen Gefährdung von Rechtsgütern anderer nicht möglich. Der mit einer Unterbringung verbundene Eingriff in die persönliche Freiheit gebietet es, die Unterbringungs Voraussetzungen genau zu definieren und eng zu fassen. Eine Unterbringung ist demnach nur zulässig, wenn eine gegenwärtige Gefahr für Leben und Gesundheit des betroffenen Menschen oder andere bedeutende Rechtsgüter Dritter infolge der psychischen Störung vorliegt. Die Unterbringung erfolgt demzufolge nicht aufgrund der psychischen Störung des Menschen selbst – dies würde einen Verstoß gegen das Diskriminierungsverbot nach Artikel 14 UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK)

darstellen –, sondern nur aufgrund der Gefahrenlage infolge der psychischen Störung. Die fehlende Bereitschaft, sich behandeln zu lassen, rechtfertigt allein keine Unterbringung. Gleichzeitig dient die Unterbringung der Heilung, der Linderung oder der Verhütung einer Verschlimmerung der psychischen Störung. Dies entspricht der bisherigen Regelung im PsychKG a.F. Eine weitere zwingende Voraussetzung ist, dass Hilfsmaßnahmen im Sinne der §§ 4 ff. erfolglos waren, nicht durchgeführt werden konnten oder nicht möglich sind und die Gefahr lediglich durch eine Krankenhausbehandlung abzuwenden ist. Absatz 2 und 3 bleiben inhaltlich unverändert. Es erfolgt lediglich eine redaktionelle Anpassung.

In Absatz 4 wird die grundsätzliche Nachrangigkeit der Unterbringung nach diesem Gesetz in Bezug auf bestehende Unterbringungen nach anderen Rechtsvorschriften festgelegt, um kollidierende Zuständigkeiten und Befugnisse zu vermeiden. Danach kommt das PsychHG SH nicht zur Anwendung bei einer bestehenden Unterbringung nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB), dem Strafgesetzbuch (StGB), der Strafprozessordnung (StPO) oder dem Jugendgerichtsgesetz (JGG).

### **Zu § 8 Unterbringungsantrag**

Die Regelung in Absatz 1 entspricht § 8 Absatz 1 Satz 1 a.F.

Die Anforderungen an die Qualifikation der Gutachterin oder des Gutachters sollen weiterhin Bestand haben, insbesondere wird an der Beifügung einer ärztlichen Stellungnahme festgehalten (Absatz 2). Dies entspricht den bundesrechtlichen Verfahrensregelungen in Unterbringungssachen nach §§ 321, 331 FamFG. Die Unterbringung stellt einen schwerwiegenden Eingriff in die Grundrechte des betroffenen Menschen dar; sie setzt daher eine fachlich qualifizierte und belastbare Tatsachenermittlung einschließlich der Feststellung einer psychischen Störung sowie der Gefährdungseinschätzung voraus. Die Begutachtung und die persönliche Inaugenscheinnahme sollten somit grundsätzlich von fachlich qualifizierten Ärztinnen und Ärzten durchgeführt werden. Dies ist ein wichtiger Faktor in der Vermeidung einer Unterbringung nach diesem Gesetz. Insbesondere in Krisensituationen ist der Einsatz von erfahrenen und qualifizierten Ärztinnen und Ärzten von großer Bedeutung. Aufgrund ihrer Fachkenntnisse über die verschiedenen Krankheitsbilder und ihrer praktischen Erfahrungen im Umgang mit betroffenen Menschen in Krisensituationen sind sie regelmäßig in der Lage, unterschiedliche und den Bedürfnissen des betroffenen Menschen entsprechende Hilfsmaßnahmen zu ergreifen, um die Krise schnellstmöglich zu bewältigen und eine zwangsweise Unterbringung zu vermeiden. Neben Fachärztinnen und Fachärzten sollen nach der zukünftigen Verordnung zum PsychHG auch Ärztinnen und Ärzte mit vergleichbarer mehrjähriger psychiatrischer Erfahrung als Leitung des Sozialpsychiatrischen Dienstes sowie Ärztinnen und Ärzte mit sechsmonatiger Tätigkeit in der Psychiatrie (davon drei Monate im Stationsdienst) zur Erstellung einer ärztlichen Stellungnahme befähigt sein. Die sechsmonatige praktische Erfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie ist der Mindeststandard, der als notwendig erachtet wird. Diese Ausweitung dient dazu, eine entsprechende breite Basis an

möglichen Gutachterinnen und Gutachtern zu schaffen. Sofern der Begutachtungssituation ein Krisendienst mit sozialpädagogischen Fachkräften vorgeschaltet ist, soll die ärztliche Stellungnahme nach der zukünftigen Verordnung zum PsychHG durch eine ärztliche Gutachterin oder einem ärztlichen Gutachter mit Erfahrungen auf dem Gebiet der Psychiatrie von einer Dauer von drei Monaten abgegeben werden können. § 8 Absatz 2 a.F. wird gestrichen und zum Zwecke der Gesetzessystematik im Rahmen der ärztlichen Zwangsbehandlung nach § 29 geregelt.

### **Zu § 9 Zuständigkeit der Amtsgerichte**

Die Regelung entspricht inhaltlich § 9 a.F. Danach liegt die Zuständigkeit für gerichtliche Entscheidungen nach diesem Gesetz bei den Amtsgerichten, vgl. § 312 Nummer 4 FamFG i.V.m. § 23a Absatz 1 Nummer 2, Absatz 2 Nummer 1 Gerichtsverfassungsgesetz (GVG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. Mai 1975 (BGBl. I S. 1077), zuletzt geändert durch Artikel 8 Absatz 1 des Gesetzes vom 8. Juli 2019 (BGBl. I S. 1002). Die örtliche Zuständigkeit bestimmt sich nach § 313 Absatz 3 FamFG. Die Norm hat lediglich klarstellenden Charakter.

### **Zu § 10 Geltung der Vorschriften über die freiwillige Gerichtsbarkeit**

Die Regelung entspricht § 10 a.F.

### **Zu § 11 Vorläufige Unterbringung**

Die Regelung entspricht inhaltlich § 11 a.F.

Absatz 2 Nummer 4 und 5 a.F. wird dahingehend angepasst, dass nunmehr „die gesetzliche Vertreterin oder der gesetzliche Vertreter“ (Nummer 4) und/oder „die Vorsorgebevollmächtigte oder der Vorsorgebevollmächtigte“ (Nummer 5) über die behördlich veranlasste Unterbringung zu informieren ist. Rechtliche Betreuerinnen und Betreuer sind gesetzliche Vertreter im Sinne dieser Vorschrift.

Absatz 3 wird an dieser Stelle gestrichen und zum Zwecke der Gesetzessystematik im Zusammenhang mit der ärztlichen Zwangsbehandlung nach § 29 geregelt.

## **Abschnitt 2 Rechtsstellung während der Unterbringung und Behandlung**

### **Zu § 12 Rechtsstellung der betroffenen Menschen**

Die Regelung in Absatz 1 verdeutlicht, dass alle freiheitsbeschränkende Maßnahmen während der Unterbringung den Anforderungen des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes genügen müssen. Alle vorzunehmenden Rechtseinschränkungen müssen demnach in einem angemessenen Verhältnis zu ihrem Zweck stehen und dürfen den betroffenen Menschen nicht mehr und nicht länger als erforderlich beeinträchtigen.

Der Umfang der Beschränkungen muss sich aus den Erfordernissen des Zusammenlebens in der Klinik ableiten und am Behandlungsziel des betroffenen Menschen orientieren. Die freiheitsbeschränkende Maßnahmen sind regelmäßig zu überprüfen, dem Behandlungsfortschritt anzupassen und bei Vorliegen der Voraussetzungen zeitnah zu beenden. Bevor Rechte des betroffenen Menschen eingeschränkt werden, ist in Gesprächen oder auf andere vermittelnde Weise zu versuchen, die Konfliktsituation zu bereinigen.

Die Regelung in Absatz 2 entspricht § 12 Absatz 1 a.F. Absatz 2 Nummer 1 wird zur Klarstellung dahingehend geändert, dass der betroffene Mensch über sein Recht auf gerichtliche Entscheidung über die konkrete Ausgestaltung von Einzelmaßnahmen im Vollzug der Unterbringung nach § 327 FamFG aufzuklären ist. Darüber hinaus wird bestimmt, dass die Aufklärung in geeigneter Weise zu erfolgen hat, d.h. dass die Aufklärung des betroffenen Menschen in einer für ihn verständlichen Sprache und Form, entsprechend seiner Verständnismöglichkeiten, zu erfolgen hat. Sofern erforderlich, ist auf entsprechende Dolmetscherleistungen oder technische Hilfsmittel zur Übersetzung hinzuwirken. Die Aufklärung ist je nach Einzelfall seitens des Sozialpsychiatrischen Dienstes oder des Krankenhauses vorzunehmen.

In Absatz 3 finden die Grundsätze gemäß § 1 erneut ihren Niederschlag. Danach ist die Gestaltung der Unterbringung und der Behandlung nach Möglichkeit an die persönlichen Bedürfnisse und Entwicklungen des betroffenen Menschen anzupassen.

Absatz 4 entspricht der Regelung des § 12 Absatz 3 a.F.

### **Zu § 13 Vollzug der Unterbringung**

Die Regelungen in Absatz 1 und 4 entsprechen § 13 Absatz 1 und 4 a.F.

Nach Absatz 2 Satz 1 hat die Unterbringung grundsätzlich in einem für die Behandlung der psychischen Störung geeigneten psychiatrischen Krankenhaus – sowohl privatrechtlich als auch öffentlich-rechtlich – oder in einer geeigneten psychiatrischen Abteilung eines Krankenhauses zu erfolgen. Mit der Regelung in Absatz 2 Satz 2 wird nunmehr die Möglichkeit eröffnet, den betroffenen Menschen auch in anderen geeigneten Krankenhäusern oder in anderen Abteilungen von geeigneten Krankenhäusern unterzubringen, welche nicht primär für psychiatrische Behandlungen zuständig sind, wenn dies medizinisch geboten ist. Der Kreis oder die kreisfreie Stadt bestimmt unter Berücksichtigung des Unterbringungsplanes, in welchem Krankenhaus der betroffene Mensch unterzubringen ist.

Die Beleihungsregelung nach Absatz 3 wurden dahingehend erweitert, dass nunmehr auch einem Zweckverband als Träger eines Krankenhauses Aufgaben der öffentlichen Verwaltung beim Vollzug der Unterbringung übertragen werden können.

Ferner können nach Absatz 3 auch Einzelweisungen gegenüber dem Personal eines beliebigen Krankenhauses erteilt werden. Durch die darüber hinaus erfolgte ausdrückliche Normierung des Ziels eines gewaltfreien Vollzugs der Unterbringung in § 12 Absatz 1 und § 27 Absatz 1 Satz 1 sowie durch den Auftrag an die Krankenhäuser sicherzustellen, dass bei der Anwendung von Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen das nach dem aktuellen medizinischen Stand am wenigsten eingreifende geeignete Mittel zur Verfügung steht in § 27 Absatz 1 Satz 2, werden durch den Gesetzgeber Rahmenbedingungen in Bezug auf Definition, Überprüfung und Finanzierung der jeweils zu erreichenden Vollzugsqualität geschaffen, die von den demokratisch legitimierten staatlichen Aufsichtsbehörden im Rahmen der Fachaufsicht näher ausgefüllt werden können. Durch die ebenfalls erheblich ausgeweiteten Dokumentations- und Berichtspflichten in § 38 erhalten die Kreise und kreisfreien Städte auch die Informationen, die erforderlich sind, um die Aufsicht in Bezug auf die Qualität des Vollzugs der Unterbringung angemessen wahrnehmen zu können. Die Vorschrift über die Beileihung genügt damit in der jetzigen Fassung den verfassungsrechtlichen Anforderungen an die demokratische Legitimation in personeller und sachlich-inhaltlicher Hinsicht.

### **Zu § 14 Behandlung**

Die Regelung in Absatz 1 entspricht inhaltlich § 14 Absatz 1 a.F. Die Behandlung schließt die erforderlichen Untersuchungen sowie ärztliche, sozialtherapeutische, psychotherapeutische, pflegfachliche, heilpädagogische und ergotherapeutische Maßnahmen ein.

In Absatz 2 wird bestimmt, dass der Behandlungsplan dem betroffenen Menschen nicht vorzugeben ist, sondern, dass dieser im Rahmen des Möglichen gemeinsam mit ihm und gegebenenfalls seiner gesetzlichen Vertretung entwickelt wird und somit dem betroffenen Menschen die Gelegenheit gegeben wird, an der Behandlung aktiv mitzuwirken. Der betroffene Mensch soll sich als ein wichtiger Part in dem Behandlungsprozess sehen und dadurch motiviert werden, aktiv an seiner Behandlung mitzuwirken.

Absatz 3 legt klarstellend fest, dass die Behandlung nicht gegen den natürlichen Willen des betroffenen Menschen vorgenommen werden darf und seiner Einwilligung bedarf. Die besondere Behandlung gegen den Willen des betroffenen Menschen (sog. ärztliche Zwangsmaßnahme) ist in § 29 gesondert geregelt.

Absatz 4 bis 6 entspricht inhaltlich den Regelungen in § 14 Absatz 6 bis 8 a.F. In Absatz 5 wird angeführt, dass im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung ärztlich festgestellt werden muss, ob die Voraussetzungen einer Unterbringung noch vorliegen. Sofern die Voraussetzungen nicht oder nicht mehr gegeben sind, ist der betroffene Mensch nach § 24 Absatz 2 sofort zu beurlauben.

§ 14 Absatz 4 und 5 a.F. werden gestrichen und in § 29 neu gefasst.

### **Zu § 15 Ordnung im Krankenhaus**

§ 15 entspricht inhaltlich § 15 a.F. Mit dem ergänzend eingeführten Absatz 2 wird klargestellt, dass die Hausordnung des Krankenhauses die Vorgaben dieses Gesetzes zu berücksichtigen hat. Absatz 2 Satz 1 hat dabei deklaratorische Wirkung. Zudem ist die Hausordnung dem Kreis oder der kreisfreien Stadt zur Kenntnis vorzulegen, sodass der Kreis oder die kreisfreie Stadt als Fachaufsicht einen Einblick in das Innere des Krankenhauses erhält.

Im Übrigen ist die Vorschrift redaktionell angepasst worden.

### **Zu § 16 Religionsausübung und Seelsorge**

Das verfassungsmäßige Grundrecht auf Religionsfreiheit nach Artikel 4 GG umfasst das uneingeschränkte Recht einen Glauben oder eine Weltanschauung zu haben, zu bilden und zu äußern, sowie sein gesamtes Verhalten an den Lehren seines Glaubens oder seiner Weltanschauung auszurichten und nach seiner inneren Überzeugung zu handeln. Diesem Recht wird mit der Vorschrift des § 16 Rechnung getragen. Inwiefern gesonderte Räumlichkeiten dafür zur Verfügung gestellt werden können, hängt von den örtlichen Gegebenheiten ab und ist jeweils im Einzelfall zu bestimmen. Auf die Beachtung religiöser Speisevorschriften ist Rücksicht zu nehmen. Das Recht auf Inanspruchnahme der Seelsorge ist unabhängig von der Religionsausübung zu sehen und sollte den betroffenen Menschen uneingeschränkt zur Verfügung stehen.

### **Zu § 17 Aufenthalt im Freien und Freizeit**

Nach Absatz 1 soll dem betroffenen Menschen täglich der Aufenthalt im Freien von mindestens einer Stunde ermöglicht werden, solange die Sicherheit im Krankenhaus dadurch nicht gefährdet wird. Dabei ist der einstündige Aufenthalt im Freien mit Bewegungsfreiheit als eine Mindestdauer zu verstehen, die auch der Pflicht der Kliniken zur Gesundheitsfürsorge folgt.

Der betroffene Mensch soll unter Beachtung medizinischer, sozialtherapeutischer und sicherheitsrelevanter Erkenntnisse Gelegenheit zu sinnvoller Beschäftigung in der therapiefreien Zeit haben. Sofern möglich, sollten u.a. sportliche, künstlerische und musikalische Tätigkeiten, gemeinschaftliches Kochen bzw. Backen, Zugang zu Büchern, Gesellschaftsspielen etc. ermöglicht werden. Dies wird in Absatz 2 geregelt.

### **Zu § 18 Außenkontakte**

Mit dieser Bestimmung soll der Grundsatz zur Aufrechterhaltung sowie zum Aufbau sozialer Kontakte während einer Unterbringung unter Berücksichtigung der Satzung und Hausordnung des Krankenhauses gesetzlich verankert werden. Der betroffene

Mensch soll die Möglichkeit erhalten, während seiner Unterbringung auch Kontakte nach außen zu pflegen bzw. aufrechtzuerhalten. Gerade das persönliche Umfeld wird benötigt, um die betroffenen Menschen zu unterstützen und wieder in die Gesellschaft zu integrieren. Die Bereitschaft zur Mitwirkung des persönlichen Umfeldes sollte durch unterstützende Maßnahmen des Krankenhauses erhalten und weiter gefördert werden. Dabei ist die besondere Situation in der Psychiatrie den Beteiligten näherzubringen, um Verständnis und Vertrauen zu schaffen und Hemmschwellen in diesem Bereich abzubauen.

Einschränkungen dieses Rechts sind nur aufgrund der §§ 19 bis 22 zulässig.

### **Zu § 19 Schriftwechsel**

§ 19 Absatz 1 und 2 entspricht § 19 Absatz 1 und 2 a.F.

Absatz 1 wird durch eine Bestimmung über die Nutzung neuer Kommunikationsmedien ergänzt. In Absatz 1 Satz 2 wird festgelegt, dass das Krankenhaus die Nutzung neuer Kommunikationsmedien (Videotelefonie, E-Learning, Internet, Intranet etc.) ermöglichen soll. Auch soll mit dieser Regelung die Möglichkeit der Nutzung von derzeit noch nicht verbreiteten Telekommunikationsformen für die Zukunft offengehalten werden. Die Bestimmung trägt der fortschreitenden Entwicklung der Kommunikationsmedien sowie einem sich verändernden Kommunikations- und Informationsverhalten Rechnung. Andere Formen der Telekommunikation können jedoch nur zugelassen werden, wenn die damit verbundenen abstrakten Gefahren für die Sicherheit des Krankenhauses auch tatsächlich beherrschbar sind. Die individuelle Nutzungsgestattung kann im Einzelfall beschränkt werden. Die konkreten Rahmenbedingungen für die Nutzung neuer Kommunikationsmedien sind in der Hausordnung des jeweiligen Krankenhauses festzulegen.

Der Personenkreis, dessen Schriftwechsel mit dem betroffenen Menschen nicht eingeschränkt werden darf, ist in Absatz 2 dahingehend erweitert worden, dass nunmehr auch der Austausch mit den Verfassungsgerichten des Bundes und der Länder, der Staatsanwaltschaft, den Mitgliedern der Nationalen Stelle zur Verhütung von Folter, dem Europäischen Ausschuss zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT), dem Menschenrechtsausschuss der Vereinten Nationen, dem Ausschuss der Vereinten Nationen gegen Folter, dem zugehörigen Unterausschuss zur Verhütung von Folter, den Beschwerdestellen des Krankenhauses oder des Krankenhausträgers, und den Ärztinnen und Ärzten sowie den psychologischen Psychotherapeutinnen und psychologischen Psychotherapeuten, in deren Behandlung sich der betroffene Mensch vor seiner Unterbringung befunden hat, von der Ausnahmeregelung erfasst ist.

Absatz 3 regelt nunmehr die Voraussetzungen für eine zulässige Überwachung des Schriftverkehrs.

Sofern im Rahmen einer Überwachung festgestellt wird, dass durch den konkreten Schriftverkehr erhebliche Nachteile für den Gesundheitszustand des betroffenen Menschen zu erwarten sind oder der Zweck der Unterbringung gefährdet werden könnte, kann nach Absatz 4 Satz 1 der Schriftwechsel angehalten werden. Hierüber müssen alle Beteiligten gemäß Satz 2 bis 4 unterrichtet werden. Die Sendung ist nach Satz 5 an die Absenderin oder den Absender zurückzugeben. Zudem wird in Satz 6 nunmehr geregelt, dass auch der unbeteiligte Außenstehende, der von der Maßnahme betroffen ist, auf die Beschwerdemöglichkeit nach § 327 FamFG hingewiesen werden muss. Der betroffene Mensch wird bereits im Rahmen der Aufnahme im Krankenhaus über seine Rechte aufgeklärt und bedarf deshalb keines erneuten Hinweises, vgl. § 12 Absatz 2 Nummer 1.

### **Zu § 20 Pakete**

Die Regelung entspricht inhaltlich § 20 a.F.

Absatz 3 wird durch eine Regelung zum Umgang mit strafrechtlich relevanten Gegenständen (z.B. Drogen, Waffen etc.) im Rahmen der Kontrolle ergänzt.

### **Zu § 21 Telekommunikation**

Die Vorschrift regelt das Recht des betroffenen Menschen auf Telefongespräche, die Voraussetzungen für eine Überwachung, die Art und Weise der Überwachung sowie die Möglichkeit einer Untersagung dieser Gespräche. Die Regelung in Absatz 1 und 2 entspricht § 21 a.F.

### **Zu § 22 Besuche**

Das Recht, Besuche in der Einrichtung zu empfangen, hat für das Behandlungsziel und die Aufrechterhaltung von familiären und sozialen Kontakten große Bedeutung. Die Besuchsregelungen und -möglichkeiten müssen demnach offen gestaltet werden, sodass für den betroffenen Menschen die Möglichkeit besteht, weiterhin familiäre und soziale Beziehungen zu pflegen und zu stärken. Einschränkungen sollten nur in Ausnahmefällen vorgenommen werden. Dieser Grundsatz wird in Absatz 1 aufgeführt. Nach Absatz 1 Satz 2 dürfen Besuche von Personen, die zum privilegierten Personenkreis i.S.d. § 19 Absatz 2 gehören, nicht beschränkt werden.

Absatz 2 trifft konkrete Regelungen hinsichtlich eines Besuchsverbots sowie der Möglichkeit einer Überwachung.

In Absatz 3 wird der Umgang mit mitgebrachten Schriftstücken und Gegenständen im Rahmen eines Besuches festgelegt.

### **Zu § 23 Durchsuchung**

Mit dieser Vorschrift ist im neuen PsychHG eine ausdrückliche gesetzliche Befugnis zur Durchsuchung des betroffenen Menschen, seiner Sachen oder des Unterbringungsraumes geregelt. Die Durchsuchung des betroffenen Menschen bedarf als eigener erheblicher Eingriff in das allgemeine Persönlichkeitsrecht einer Rechtsgrundlage. Die Regelung in § 23 soll den Umständen Rechnung tragen, dass der betroffene Mensch beispielsweise bei der Aufnahme ins Krankenhaus oder von einem gewährten Ausgang oder einer Beurlaubung verbotene Gegenstände auf die Station mitbringt und dies unter Umständen nur durch eine Durchsuchung verhindert werden kann.

Die körperliche Durchsuchung hat so schonend wie möglich zu erfolgen, zum Beispiel in zwei Phasen, sodass jeweils eine Körperhälfte bekleidet bleibt. Während einer Durchsuchung mit Entkleidung ist der bestmögliche Schutz der Intimsphäre der betroffenen Menschen zu gewährleisten.

### **Zu § 24 Beurlaubung**

In Absatz 1 wird der Zeitrahmen einer Beurlaubung von bisher bis zu sieben Tagen auf künftig bis zu vierzehn Tage erweitert. Es hat sich in der Praxis gezeigt, dass sich bei speziellen Krankheitsbildern eine längerfristige Beurlaubung auf die Behandlung des betroffenen Menschen vorteilhaft auswirkt, da der Stationsalltag von diesen teilweise strapaziöser wahrgenommen wird als ein Aufenthalt im häuslichen Umfeld. Ferner wird § 24 Absatz 1 durch den Satz 2 dahingehend ergänzt, dass im Rahmen der Verabreichung von Medikamenten mit Depotwirkung die Beurlaubungsfrist von bis zu vierzehn Tagen bis zum Zeitpunkt der nächsten Gabe der Depotmedikamente verlängert werden kann. Insbesondere für betroffene Menschen, die der Stationsalltag und das Einhalten dort geltender Regeln des Zusammenlebens vor große Schwierigkeiten stellt, sollen künftig in den besonderen Fällen der Depotmedikation auch längere Beurlaubungen, nämlich längstens bis zur nächsten Gabe des Depotmedikamentes, erlaubt werden können.

Absatz 2 wird im Vergleich zur alten Fassung dahingehend angepasst, dass das Krankenhaus nunmehr lediglich den Kreis oder die kreisfreie Stadt über die Beurlaubung zu benachrichtigen hat. Zudem kann nach Absatz 2 Satz 2 die Beurlaubung mit Auflagen versehen werden.

In Absatz 3 wird festgelegt, dass der Kreis oder die kreisfreie Stadt als Herrin des Unterbringungsverfahrens den in der Bestimmung angeführten Personenkreis über die Beurlaubung zu unterrichten hat.

### **Zu § 25 Beendigung der Unterbringung**

Die Regelung in Absatz 1 und 3 entspricht § 25 Absatz 1 und 2 a.F.

Auf den Begriff der Entlassung wird zukünftig verzichtet, um klarzustellen, dass die Beendigung der Unterbringung nicht stets mit einer Entlassung aus dem Krankenhaus einhergehen muss, sondern dass beide zu trennen sind. Dies betrifft insbesondere die Fälle, in denen sich an die Unterbringung ein freiwilliger Aufenthalt, ggf. auf der selben Station, anschließt.

Ziel des neu eingeführten Absatzes 2 ist es, den zuständigen Kreis oder die zuständige kreisfreie Stadt bereits frühzeitig vor der Beendigung der Unterbringung einzubinden, um die Vorbereitung und Einleitung weiterer Hilfsangebote rechtzeitig abstimmen zu können, sodass eine ggf. weiterhin erforderliche Betreuung und Behandlung des betroffenen Menschen sichergestellt ist. Hier ist ein Zusammenwirken von Krankenhaus, Kreis oder kreisfreier Stadt, weiterbehandelnder Ärztin oder weiterbehandelndem Arzt sowie weiterbehandelnder psychologischer Psychotherapeutin oder dem weiterbehandelnden psychologischen Psychotherapeuten zielführend.

### **Zu § 26 Anliegenvertretung**

Die Zusammensetzung der Besuchskommission nach Absatz 3 stellt sicher, dass alle relevanten Institutionen in der Kommission vertreten sind. Die aufgeführten Mitglieder sind mit den mit der Betroffenheit von Menschen mit psychischen Störungen verbundenen Thematiken und Fragestellungen vertraut und können eine unabhängige Sicht in die Besuchskommission einbringen. Mit der Ergänzung in Absatz 2 Satz 7 und 8 wird die Möglichkeit der Hinzuziehung von weiteren Personen im Rahmen eines Besuches konkretisiert. Die Aufzählung ist dabei nicht als abschließend zu verstehen. Mit einer solchen Hinzuziehung lassen sich in der Praxis ggf. auftretende Schwierigkeiten besser erörtern und lösen. Ebenfalls können dadurch neue Impulse in die Besuchskommission eingebracht werden.

## **Abschnitt 3 Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen während der Unterbringung**

### **Zu § 27 Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen**

In § 27 Absatz 1 wird geregelt, dass dem Grundsatz nach auf Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen verzichtet werden soll. Sofern im Rahmen der Unterbringung auf Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen doch zurückgegriffen werden muss, sind die Maßnahmen als Ausprägung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes zumindest so wirksam, angemessen und schonend wie möglich durchzuführen. Es ist in den Krankenhäusern sicherzustellen, dass bei der Anwendung von Zwang das nach dem aktuellen wissenschaftlichen Stand am wenigsten eingreifende geeignete Mittel zur Verfügung steht (beispielsweise die Bereitstellung von Isolierräumen). Die Mittel und Praktiken in der Psychiatrie sind in der Form weiterzuentwickeln, dass unmittelbarer Zwang zukünftig möglichst verhindert werden kann. In den Krankenhäusern sind für das gesamte Fachpersonal interdisziplinäre Fortbildungen, insbesondere für die Bereiche Deeskalation, Aggressionshandhabung, gewaltfreie Kommunikation und

Partizipation, anzubieten. Auch sind die Einzelbetreuung und die Ausgestaltung einer professionellen Begleitung und Betreuung vermehrt in den Fokus zu stellen, um Krisensituationen deutlich zu reduzieren und die Ausübung von Zwang zu vermeiden. In diesem Zusammenhang ist ebenfalls die S3-Leitlinie der Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ zu berücksichtigen. Darin legt die DGPPN einen Katalog an Empfehlungen vor, die zur Deeskalation von gefährlichen Situationen sowie zur Vermeidung von Zwang gegen Menschen mit psychischen Störungen beitragen. Als präventive Maßnahmen werden u.a. genannt: teambezogene Schulungsmaßnahmen, Behandlungsvereinbarungen, regelhafte Einbeziehung von Angehörigen, kooperative Entscheidungsfindung mit betroffenen Menschen, unabhängige Beschwerdeinstanzen oder Krisendienste. Diese und weitere Handlungsmöglichkeiten sind im Rahmen der Unterbringung primär heranzuziehen. Ebenfalls ist hier die S3-Leitlinie der DGPPN „Psychosoziale Therapie bei schweren psychischen Erkrankungen“ zu berücksichtigen.

Nach Absatz 2 ist die Anordnung von Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen unter der Voraussetzung zulässig, dass diese Maßnahmen zur Sicherung des Zwecks der Unterbringung, zur Aufrechterhaltung der Sicherheit oder zur Abwendung einer schwerwiegenden Störung der Ordnung des Krankenhauses unerlässlich sind. Der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz ist dabei stets zu beachten. Es handelt sich bei der Aufzählung der Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen um keine abschließende Aufzählung.

Nach Nummer 1 dürfen dem betroffenen Menschen Gegenstände weggenommen oder nicht ausgehändigt werden, sofern dies zur Sicherung des Zwecks der Unterbringung, zur Aufrechterhaltung der Sicherheit oder zur Abwendung einer schwerwiegenden Störung der Ordnung des Krankenhauses unerlässlich ist. Ferner wird mit der Nummer 2 die Beobachtung des betroffenen Menschen als Sicherungs- und Zwangsmaßnahme eingeführt. Dabei handelt es sich nicht um die regelmäßig im Krankenzimmer stattfindende Sichtung des betroffenen Menschen, sondern um die Beobachtung von Betroffenen bei Vorliegen von Gefährdungssituationen (u.a. Selbsttötungs- und Selbstverletzungsgefahr). Dies stellt einen Eingriff in die Privatsphäre dar. Die Beobachtung hat unmittelbar durch Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter des Krankenhauses zu erfolgen.

Eine Absonderung gemäß Nummer 3 meint die räumliche Trennung eines betroffenen Menschen von anderen Patientinnen und Patienten. Die räumliche Trennung kann in einem besonderen Teil des Krankenhauses, in gesonderten Räumlichkeiten oder im Patientenzimmer (Räume mit normaler Ausstattung, nicht zu verwechseln mit Isolierungsräumen) vorgenommen werden. Die Absonderung stellt einen Eingriff in die Persönlichkeitsrechte des betroffenen Menschen dar und sollte daher auf die kürzest mögliche Dauer beschränkt werden. Die Maßnahme muss zudem in engen Zeitabständen überprüft werden, um frühestmöglich eine Lockerung herbeizuführen. Es sollte vermieden werden, dass durch ständige Absonderung wie auch unzureichende

zwischenmenschliche Kontakte und ohne jegliche Beschäftigungsmöglichkeiten negative Auswirkungen auf den psychischen Gesundheitszustand des betroffenen Menschen entstehen.

Das Festhalten wird unter Nummer 4 als eigenständige Sicherungs- und Zwangsmaßnahme eingeführt. Hierunter ist die Immobilisierung des betroffenen Menschen mittels körperlicher und verbal begleitender Technik durch geeignetes Personal zu verstehen (bspw. „physical restraint“ in Großbritannien). Das Festhalten soll hier als eigenständige Technik zur Anwendung kommen und den medizinisch geltenden Leitlinien entsprechen. Grundsätzlich soll das Festhalten im Stehen oder Sitzen erfolgen. Liegend auf dem Boden sollte nur dann festgehalten werden, wenn anderweitig keine ausreichende Sicherheit zu gewährleisten ist. Schmerz-verursachende Hebeltechniken sind zu vermeiden. Ebenfalls ist zusätzlich ausgeübter Druck auf Brustkorb, Bauch oder Hüfte zu vermeiden, um Atmung und Blutzirkulation nicht zu beeinträchtigen (vgl. S3-Leitlinie der DGPPN „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“, S. 222). Teilweise wird diese Form der Beschränkung der Bewegungsfreiheit von betroffenen Menschen als weniger einschneidend empfunden als beispielsweise ein Eingriff durch mechanische Hilfsmittel.

In Absatz 3 wird die Regelung getroffen, dass Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen dem betroffenen Menschen in verständlicher Form anzukündigen und zu begründen sind. Damit wird der Forderung des Bundesverfassungsgerichts nachgekommen (BVerfGE 128, 282, 313).

Angesichts der Eingriffsschwere und zur Wahrung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes wird in Absatz 4 festgelegt, dass Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen nur zulässig sind, wenn sie von einer Ärztin oder einem Arzt angeordnet und demzufolge fachgerecht durchgeführt werden. Nur dies entspricht auch den völkerrechtlichen Maßgaben, den internationalen Menschenrechtsstandards und den fachlichen Standards der Psychiatrie (vgl. BVerfG, Beschl. v. 23. März 2011 – 2 BvR 882/09, Rn. 66 m.w.N.).

Nach Absatz 5 können die Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen bei Gefahr im Verzug auch Vollzugskräften nach § 252 Absatz 1 und 2 des Landesverwaltungsgesetzes vorläufig durchgeführt werden. Die ärztliche Anordnung ist unverzüglich herbeizuführen.

## **Zu § 28 Besondere Sicherungsmaßnahmen**

Die Regelungen des § 28 werden insbesondere vor dem Hintergrund der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 24. Juli 2018 (BVerfG, Urt. v. 24. Juli 2018 – 2 BvR 309/15, 2 BvR 502/16) angepasst.

In Absatz 1 und 2 werden die Voraussetzungen festgelegt, nach denen die Anwendung besonderer Sicherungsmaßnahmen unter Berücksichtigung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes zulässig sind.

Wegen der Schwere der mit diesen besonderen Sicherungsmaßnahmen verbundenen Grundrechtseingriffe sind die Maßnahmen abschließend in Absatz 3 aufgeführt. Hiermit soll dem verfassungsrechtlichen Bestimmtheitsgebot entsprochen werden.

Die Unterbringung in einem besonderen Raum ohne unmittelbaren Personalkontakt und ohne gefährdende Gegenstände (Absatz 3 Nummer 1) ist eine besondere Form der Isolierung und erfolgt in speziellen Räumlichkeiten für akute Krisenfälle, welche entweder leer oder reizarm nur mit wenigen Gegenständen (Matratze, Schaumgummi-Möbel, Toilette) ausgestattet sind, die weder für eine Selbstverletzung noch für eine Fremdgefährdung genutzt werden können. Die Dauer des Aufenthalts in diesen besonderen Räumlichkeiten sollte in Hinblick auf den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit auf das erforderliche Maß beschränkt werden.

Mit Absatz 3 Nummer 2 wird die sedierende Medikation als besondere Sicherungsmaßnahme eingeführt. Es ist ein Bezug zur medizinischen Begrifflichkeit für den Umstand der Ruhigstellung durch Medikamente hergestellt worden. Die sedierende Medikation ist lediglich in Akutsituationen zur Gefahrenabwehr einzusetzen und im Rahmen der Verhältnismäßigkeitsprüfung als milderer Mittel zur Fixierung heranzuziehen. Darüber hinaus ist die sedierende Medikation von einer ärztlichen Zwangsbehandlung abzugrenzen. Der sedierenden Medikation als besondere Sicherungsmaßnahme liegt der Grundgedanke der schnellen Krisenbewältigung bzw. der Gefahrenabwehr zu Grunde, wohingegen bei der ärztlichen Zwangsbehandlung die Behandlungskomponente im Vordergrund steht. Die ärztliche Zwangsbehandlung erstreckt sich über einen längeren Zeitraum mit dem Ziel, die angestrebten Behandlungsziele zu erreichen.

Die Fixierungsmaßnahme (Absatz 3 Nummer 3) ist die intensivste Form der Freiheitsentziehung und liegt vor, wenn dem betroffenen Menschen seine Bewegungsfreiheit genommen wird. In Nummer 3 wird eine Klarstellung dahingehend vorgenommen, dass unter dem Begriff Fixierungsmaßnahme alle Formen der Fixierung durch mechanische Hilfsmittel zu verstehen sind, einschließlich einer hiermit medizinisch notwendigen medikamentösen Sedierung sowie einer nach medizinisch fachlicher Abwägung und entsprechend der Erfordernisse des Einzelfalls notwendigen Thromboseprophylaxe. Fixierungsmaßnahmen werden in der Praxis in den unterschiedlichsten Formen vorgenommen (1-Punkt- bis 7-Punkt-Fixierung), wobei bei den hier zu regelnden Fixierungen im Rahmen der PsychHG-Unterbringung die 5-Punkt- oder 7-Punkt-Fixierung zur Anwendung kommt. In Hinblick auf die Beschränkung der körperlichen Bewegungsfreiheit von betroffenen Menschen sowie die Intensität des Eingriffes bestehen zwischen den einzelnen Fixierungsformen jedoch nur marginale Unterschiede, sodass die verfahrensrechtlichen Voraussetzungen für alle Fixierungsformen gelten.

Grundsätzlich sind – wie Absatz 4 festlegt – Menschen, die von einer besonderen Sicherungsmaßnahme betroffen sind, in geeigneter Weise zu überwachen und betreuen. Hiermit soll der WHO-Empfehlung entsprochen werden, wonach es während

der Anwendung besonderer Sicherungsmaßnahmen grundsätzlich einen aktiven und persönlichen Kontakt mit den betroffenen Menschen geben muss.

Nach Absatz 4 Satz 2 hat im Nachgang der besonderen Sicherungsmaßnahmen eine Nachbesprechung zu erfolgen, in welcher gemeinsam mit dem betroffenen Menschen die Gründe sowie der Vollzug der Maßnahme umfassend erörtert werden und der betroffene Mensch somit einen sensiblen Umgang im Hinblick auf seinen körperlichen sowie seelischen Zustand erhält. Zudem sollten im Rahmen dieses Gespräches zukünftige Gestaltungsmöglichkeiten gemeinsam diskutiert und ggf. mit dem betroffenen Menschen vereinbart werden, beispielsweise alternative und auf die Bedürfnisse des betroffenen Menschen abgestimmte Methoden, Ausgestaltung der Sitzwache im Falle einer erneuten Fixierungsmaßnahme. Darüber hinaus sollten auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die bei Fixierungsmaßnahmen eingesetzt werden, von dem Krankenhaus die Möglichkeit erhalten, sich über den Arbeitseinsatz im Rahmen von Fixierungen und damit einhergehenden möglichen Arbeitsbelastungen in Nachbesprechungen auszutauschen.

Darüber hinaus ist für eine nicht nur kurzfristige Fixierungsmaßnahme als besondere Sicherungsmaßnahme nunmehr eine vorherige Anordnung des zuständigen Gerichtes erforderlich. Dies ist Ausfluss von Artikel 104 Absatz 2 GG und wird in Absatz 5 geregelt. Bei der Fixierungsmaßnahme handelt es sich im Verhältnis zu allen mit dem Vollzug im Regelfall verbundenen Beschränkungen um eine eigenständige Freiheitsentziehung mit neuer Eingriffsqualität, die dem Richtervorbehalt unmittelbar aus Artikel 104 Absatz 2 Satz 1 GG unterliegt (vgl. BVerfG, Urt. v. 24. Juli 2018 – 2 BvR 309/15, 2 BvR 502/16, Rn. 69 f.). Der Richtervorbehalt dient der verstärkten Sicherung des Grundrechts aus Artikel 2 Absatz 2 Satz 2 GG und zielt auf eine vorbeugende Kontrolle der Maßnahme durch eine unabhängige und neutrale Instanz ab (vgl. BVerfGE 105, 239 <248>; 77, 1 <51>).

Nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichtes handelt es sich bei einer Fixierungsmaßnahme bereits um eine nicht nur kurzfristige Maßnahme, wenn sie absehbar die Dauer von ungefähr einer halben Stunde überschreitet (vgl. BVerfG, Urt. v. 24. Juli 2018 – 2 BvR 309/15, 2 BvR 502/16, Rn. 68).

Der Antrag auf richterliche Entscheidung ist von der zuständigen kreisfreien Stadt bzw. dem Kreis als zuständige Verwaltungsbehörde zu stellen. Die Antragstellung entspricht der gesetzlichen Systematik zum Unterbringungsverfahren und der ärztlichen Zwangsbehandlung. Dem Antrag ist eine ärztliche Stellungnahme beizufügen.

Eine nachträgliche richterliche Entscheidung nach Absatz 6 ist nur dann zulässig, wenn der mit der Freiheitsentziehung verfolgte verfassungsrechtlich zulässige Zweck nicht erreichbar wäre, sofern der Maßnahme die richterliche Entscheidung vorausgehen müsste (vgl. BVerfGE 22, 311 <317>; 105, 239 <248> m.w.N.). Artikel 104 Abs. 2 Satz 2 GG fordert in einem solchen Fall, die richterliche Entscheidung unverzüglich nachzuholen, wobei mit dem Merkmal „unverzüglich“ ein Handeln ohne jede Verzögerung, die sich nicht aus sachlichen Gründen rechtfertigen lässt, gemeint ist (vgl.

BVerfGE 10, 302 <321>; 105, 239 <249>). Hiervon ist abzusehen, wenn die Fixierungsmaßnahme bereits beendet worden ist und die Notwendigkeit einer erneuten Fixierungsmaßnahme nicht zu erwarten ist („Wiederholungsgefahr“) oder bei Anordnung der Fixierungsmaßnahme zuverlässig davon auszugehen ist, dass die Fixierung vor Herbeiführung der Entscheidung tatsächlich beendet sein wird und eine Notwendigkeit zur Wiederholung nicht besteht.

Aus dem Freiheitsgrundrecht nach Artikel 2 Absatz 2 Sätze 2 und 3 i.V.m. Artikel 104 Absatz 1 Satz 1 GG folgt die Verpflichtung, den betroffenen Menschen nach Beendigung einer Fixierungsmaßnahme auf die Möglichkeit hinzuweisen, die Zulässigkeit der durchgeführten Maßnahme nachträglich gerichtlich überprüfen zu lassen. Dies wird nunmehr in Absatz 6 Satz 4 geregelt. Somit kann gewährleistet werden, dass der betroffene Mensch die Kenntnis darüber hat, dass auch noch nach Erledigung der Maßnahme eine gerichtliche Überprüfung herbeigeführt werden kann (vgl. BVerfG, Urt. v. 24. Juli 2018 – 2 BvR 309/15, 2 BvR 502/16, Rn. 85, 104). Die nachträgliche Hinweispflicht erstreckt sich dabei nicht auf sämtliche Fixierungsmaßnahmen, sondern wird auf diejenigen Fälle beschränkt, in denen über die Fixierungsmaßnahme nicht richterlich entschieden wurde.

Für Fixierungsmaßnahmen ist nach Absatz 7 eine Eins-zu-eins-Betreuung durch geschultes Krankenhauspersonal sicherzustellen. Eine solche unmittelbare und ununterbrochene Präsenz des Krankenhauspersonals ist durch den Europäischen Ausschuss zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT) als Standard festgelegt. Ebenso formuliert die DGPPN in ihren Leitlinien, dass es bei Fixierungen als erforderlich angesehen wird, eine kontinuierliche 1:1-Überwachung mit persönlichem Kontakt für die Dauer der Maßnahme zu gewährleisten (vgl. S3–Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ der DGPPN, S. 226; Jahresbericht 2017 der Nationalen Stelle zur Verhütung von Folter, S. 27; CPT Standards für Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene). Nur durch die persönliche Begleitung durch geschultes Personal, die sich unmittelbar in der Nähe des fixierten Menschen befinden, kann eine umfassende Betreuung und Unterstützung gewährleistet und das hohe Verletzungspotenzial reduziert werden. Zudem kann durch diese Form der Begleitung zum frühestmöglichen Zeitpunkt erkannt werden, wann eine Fixierungsmaßnahme zu beenden ist. Zugleich wird die Forderung des Bundesverfassungsgerichtes aus dem Beschluss vom 24.7.2018 (vgl. RN 83) umgesetzt, welches grundsätzlich eine Eins-zu-eins-Betreuung fordert. Ausnahmen hiervon sieht der Gesetzesentwurf für den Fall vor, dass auf Wunsch des betroffenen Menschen oder in medizinischen Ausnahmefällen darauf verzichtet wird, insbesondere da einige psychische Störungen durch eine dauerhafte Präsenz des geschulten Personals sogar verschlimmert werden können. Für diese Fälle ist eine entsprechende Betreuung auf anderem Wege sicherzustellen. Der Einsatz von technischen Hilfsmitteln (Videoüberwachung) ist grundsätzlich unzulässig. Lediglich in den o.g. Ausnahmefällen (Wunsch des betroffenen Menschen, medizinische oder therapeutische Ausnahmefälle) können technische Hilfsmittel zur Anwendung kommen.

Das geschulte Krankenhauspersonal hat im Rahmen der persönlichen Betreuung die Anforderungen der S3-Leitlinie der DGPPN stets zu berücksichtigen.

Zudem wird in Absatz 7 Satz 3 als einzuhaltender Standard festgelegt, dass Fixierungsmaßnahmen ausschließlich in gesonderten Räumen stattfinden sollen und der betroffene Mensch in einer solchen sensiblen Situation von anderen Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besuchern abzuschirmen ist.

Absatz 8 legt eine besondere Dokumentationspflicht fest. Als Vorwirkung der grundrechtlichen Garantie effektiven Rechtsschutzes ergibt sich aus Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 i.V.m. Artikel 19 Absatz 4 GG die Notwendigkeit, die unter Nummer 1 bis 8 angeführten Aspekte zu dokumentieren. Unabhängig von der Garantie effektiven Rechtsschutzes ist die Dokumentation auch zur Sicherung der Verhältnismäßigkeit des Eingriffs geboten und dient ferner als Instrument der verbesserungsorientierten Qualitätskontrolle und Evaluation (vgl. BVerfG, Beschl. v. 23. März 2011 – 2 BvR 882/09, Rn. 67; BVerfG, Urt. v. 24. Juli 2018 – 2 BvR 309/15, 2 BvR 502/16, Rn. 84).

### **Zu § 29 Ärztliche Zwangsmaßnahme**

Die materiellen wie auch die verfahrensrechtlichen Voraussetzungen für die ärztliche Zwangsbehandlung sind nunmehr in § 29 zusammengefasst. Die Voraussetzung der präventiven gerichtlichen Entscheidung für eine ärztliche Zwangsmaßnahme bleibt bestehen. Der Antrag auf gerichtliche Entscheidung muss weiterhin von dem zuständigen Kreis oder der zuständigen kreisfreien Stadt gestellt werden. Eine nachträgliche Entscheidung ist nur bei Gefahr im Verzug zulässig.

Die Zielsetzung der ärztlichen Zwangsbehandlung wird in Absatz 1 Satz 1 dahingehend erweitert, dass nicht nur die fortdauernde, sondern auch die wiederkehrende Notwendigkeit einer Unterbringung nach diesem Gesetz verhindert werden soll. Mit dieser Erweiterung des Anwendungsbereiches soll dem Problem des sogenannten „Drehtüreffekts“ entgegengetreten werden.

Die Anordnung sowie die Überwachung und die Dokumentation durch eine Ärztin oder einen Arzt sind zur Wahrung internationaler Standards in Menschenrechtsfragen und der fachlichen Standards im Bereich Psychiatrie vom Bundesverfassungsgericht ausdrücklich geboten.

Die regelmäßige Überprüfung der Notwendigkeit der Maßnahme nach Absatz 2 bestimmt sich nach den Umständen des Einzelfalls. Eine Beendigung der Maßnahme hat insbesondere bei Wegfall der Voraussetzungen, unerwarteten Nebenwirkungen oder fehlendem Therapieerfolg zu erfolgen.

Die ärztliche Zwangsbehandlung ist von der sedierenden Medikation abzugrenzen. Die sedierende Medikation ist in Akutfällen zur Krisenbewältigung und Gefahrenabwehr heranzuziehen und soll eine weitere Alternative zur Fixierung bzw. ein milderes Mittel im Rahmen der unterschiedlichen Sicherungsmaßnahmen darstellen, auf die in

Krisensituationen unmittelbar zurückgegriffen werden kann. Die ärztliche Zwangsbehandlung erfolgt hingegen über einen längeren Zeitraum. Die Behandlung verfolgt neben der Abwendung einer Eigen- und/oder Fremdgefährdung das langfristige Ziele der Herstellung der Einsichts- und Handlungsfähigkeit des betroffenen Menschen und damit die Wiederherstellung der freien Selbstbestimmung.

Im Übrigen ist die Regelung redaktionell angepasst worden.

### **Zu § 30 Unmittelbarer Zwang**

Die Regelung entspricht § 17 a.F. Die Vorschrift zur Anwendung unmittelbaren Zwangs ist dahingehend ergänzt worden, dass von einer vorherigen Androhung abgesehen werden kann, insbesondere, wenn unmittelbarer Zwang sofort anzuwenden ist, um eine gegenwärtige erhebliche Gefahr abzuwenden (Absatz 1 Satz 3).

Ferner unterliegen alle Maßnahmen des unmittelbaren Zwangs einer Dokumentationspflicht nach Absatz 3.

## **Teil 4 Verschwiegenheitspflicht, Datenschutz und Dokumentation**

### **Zu § 31 Berufs- und Amtsverschwiegenheitspflicht**

Nach Absatz 1 unterliegt die Ärzteschaft im Rahmen der Unterbringung grundsätzlich der ärztlichen Schweigepflicht. Eine Weitergabe personenbezogener Daten des betroffenen Menschen ist untereinander sowie gegenüber Dritten nur im Einzelfall zur Abwehr von Gefahren für die Gesundheit des betroffenen Menschen oder Dritter zulässig oder wenn dies im Einzelfall für den Zweck der Unterbringung erforderlich ist.

Die Bestimmung gilt nach Absatz 2 für sonstige Berufsheimnisträgerinnen und Berufsheimnisträger entsprechend.

### **Zu § 32 Datenverarbeitung**

Die Regelung entspricht § 27 a.F.

### **Zu § 33 Datenspeicherung**

Die Regelung entspricht § 30 a.F. Sowohl die Papierakte als auch die elektronische Akte sind vom Anwendungsbereich des § 33 PsychKG SH erfasst.

### **Zu § 34 Besonders schutzwürdige Daten**

Die Regelung entspricht § 28 a.F.

### **Zu § 35 Unterrichtung in besonderen Fällen**

Die Regelung entspricht § 29 a.F.

### **Zu § 36 Datenlöschung**

Die Bestimmung normiert den Grundsatz der verpflichtenden Löschung personenbezogener Daten innerhalb der jeweiligen Löschungsfristen. Nach Satz 1 wird eine Löschungsfrist von zehn Jahren für erhobene Daten im Rahmen der Gewährung von Hilfen (Nummer 1) sowie der Untersuchung nach § 6 PsychHG (Nummer 2) festgelegt. Eine Löschungsfrist von zehn Jahren wird für erhobene Daten im Rahmen des Unterbringungsverfahrens (Nummer 3) und eine Frist von 15 Jahren für erhobene Daten im Rahmen der Unterbringung im Krankenhaus (Nummer 4) vorgesehen.

Sofern ein Rechtsstreit anhängig ist, sind die für den Rechtsstreit benötigten Daten erst nach dessen Beendigung zu löschen, vgl. Satz 2.

### **Zu § 37 Auskunft, Akteneinsicht**

Die Regelung in Absatz 1 entspricht inhaltlich § 31 a.F.

Zusätzlich wird den Besuchsdelegationen im neu eingeführten Absatz 2 ein Akteneinsichtsrecht eingeräumt. Der Europäische Ausschuss zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT), der VN-Unterausschuss zur Prävention von Folter (SPT) sowie die Nationale Stelle zur Verhütung von Folter haben im Rahmen ihrer Besuche einen Anspruch auf alle Informationen, die zur Ausführung ihrer Aufgabe erforderlich sind. Dies umfasst auch die Einsichtnahme in die über die betroffenen Menschen geführten Akten. Die innerstaatlichen Rechtsgrundlagen des Akteneinsichtsrechtes finden sich für den CPT in Artikel 8 Absatz 2 des Europäischen Übereinkommens zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (ECPT), für den SPT in Artikel 14 Absatz 1 lit. b des Fakultativprotokolls zum Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe (OPCAT) und für die Nationale Stelle in Artikel 2 Absatz 2 des Staatsvertrages über die Einrichtung eines nationalen Mechanismus aller Länder nach Artikel 3 OPCAT i.V.m. Artikel 20 lit. a OPCAT, jeweils in Verbindung mit dem dazugehörigen Ratifizierungsgesetz. Die Einsichtnahme in die Akten des betroffenen Menschen ermöglicht den Besuchsdelegationen eine fundierte Beurteilung der Qualität der Gesundheitsversorgung. Ohne generellen Zugang zu medizinischen Daten ist eine derartige Beurteilung oftmals nicht möglich. Zudem kann auf dieser Grundlage konkreter geprüft werden, ob die Rechte der betroffenen Menschen gewahrt werden und eine optimale Vollzugsgestaltung sichergestellt wird. Das Akteneinsichtsrecht umfasst grundsätzlich alle Teile der Akten, einschließlich medizinischer Aktenteile, soweit dies zur Ausführung der jeweiligen Aufgaben erforderlich ist. Mit der festgelegten Einschränkung „soweit dies zur Wahrnehmung der Aufgaben des Ausschusses oder der Stelle erforderlich ist“ soll

verdeutlicht werden, dass das Akteneinsichtsrecht nicht unbeschränkt besteht, sondern sich ausschließlich auf den konkret abgegrenzten Aufgabenbereich der jeweiligen Delegation erstreckt. Unterlagen zu Therapiegesprächen sind von dem Akteneinsichtsrecht ausgeschlossen. Das Akteneinsichtsrecht besteht unabhängig von der Einwilligung der betroffenen Menschen. Der Grundrechtsschutz im Hinblick auf die Verhütung von Folter und anderen Formen der Misshandlung ist den gesetzlichen Regelungen des Datenschutzes und den Bestimmungen über die ärztliche Schweigepflicht überzuordnen. In der derzeitigen Praxis wird die Einsicht in Akten des betroffenen Menschen für diese Delegationen bereits gewährt und wird nunmehr zur Klarstellung in die gesetzlichen Regelungen des PsychHG aufgenommen.

### **Zu § 38 Dokumentations- und Berichtspflicht**

§ 38 regelt eine den Anforderungen des Bundesverfassungsgerichts entsprechende umfassende Dokumentations- und Berichtspflicht von Entscheidungen und Maßnahmen, die geeignet sind, in Rechte der betroffenen Menschen einzugreifen (vgl. BVerfG, Urt. v. 23. März 2011 – 2 BvR 882/09, Rn. 67; BVerfG, Beschluss v. 20. Februar 2013 - 2 BvR 228/12, Rn. 68). Die Dokumentation dient zum einen der Effektivität des Rechtsschutzes des betroffenen Menschen im Hinblick auf eine mögliche nachträgliche gerichtliche Überprüfung der Maßnahme. Zum anderen dient sie auch der Sicherung der Verhältnismäßigkeit des Eingriffs. Nur auf Grundlage einer detaillierten Dokumentation bleibt fachgerechtes und verhältnismäßiges Handeln sichergestellt auch unter der für Krankenhäuser typischen Bedingung, dass das zuständige Personal wechselt (BVerfGE 128, 282 <314>). Sie dient des Weiteren auch den Aufsichts- und Kontrollorganen im Rahmen ihrer durchzuführenden Prüfungen. Ferner stellt die Dokumentation ein unentbehrliches Mittel der systematischen verbesserungsorientierten Qualitätskontrolle, Qualitätssicherung und wissenschaftlichen Evaluation dar (vgl. BVerfGE 128, 282 <314>; BVerfG, Beschluss v. 19. Juli 2017 - 2 BvR 2003/14, Rn. 33 m.w.N.).

Die Dokumentationspflicht nach Absatz 1 entspricht der Empfehlung der DGPPN in ihrer S-3 Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ (vgl. Seite 249). Insbesondere die in Ziffer 4 und 5 genannte Dokumentation von Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen, besonderen Sicherungsmaßnahmen wie auch ärztlichen Zwangsmaßnahmen ist für eine spätere Bewertung aller Einzelheiten bei Anwendung von Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen von großer Bedeutung, um den Schutz der Rechte von betroffenen Menschen zu gewährleisten. Beispielsweise soll nach Auffassung der Nationalen Stelle zur Verhütung von Folter die Begründung für eine Fixierungsmaßnahme in jedem Einzelfall ausformuliert werden und nicht nur durch schlichtes Ankreuzen einer vorgegebenen Begründung erfolgen. Dies beinhaltet auch die Dokumentation darüber, welche milderen Mittel vorab eingeleitet wurden und weshalb diese gescheitert sind.

Nach Absatz 2 ist das Krankenhaus verpflichtet, die in Nummer 1 bis 4 angeführten Maßnahmen und Ereignisse den Kreisen und kreisfreien Städten zu berichten. Bei

dem Umgang mit den vorliegenden Daten sind die Interessen aller Beteiligten zu berücksichtigen und auch datenschutzrechtliche Aspekte müssen hier Beachtung finden.

## **Teil 5 Kosten**

### **Zu § 39 Grundsatz**

Die Regelung entspricht § 32 a.F.

### **Zu § 40 Kosten der Unterbringung**

Die Regelung entspricht § 33 a.F.

### **Zu § 41 Bedürftigkeit des betroffenen Menschen**

Die Regelung entspricht § 34 a.F. Das Bundessozialhilfegesetz bzw. das Gesetz zur Ausführung des Bundessozialhilfegesetzes sind nicht mehr in Kraft und werden durch das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch bzw. durch das Gesetz zur Ausführung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch ersetzt.

## **Teil 6 Übergangs- und Schlussvorschriften**

### **Zu § 42 Einschränkung von Grundrechten**

Die Bestimmung entspricht dem Zitiergebot des Artikel 19 Absatz 1 Satz 2 GG.

### **Zu § 43 Verordnungsermächtigung**

Die Regelung entspricht § 36 a.F.

### **Zu § 44 Übergangsregelungen**

Mit Absatz 1 wird für die Anwendung besonderer Sicherungsmaßnahmen nach § 28 Absatz 2 eine Übergangsregelung bestimmt. Der Praxis wird somit eine angemessene Übergangsfrist für die Umsetzung der gesetzlichen Anforderung und damit einhergehender Planungen und Realisierungen für Baumaßnahmen innerhalb der Krankenhäuser eingeräumt.

Absatz 2 stellt eine Übergangsregelung für die Berichterstattung nach § 38 Absatz 2 dar. Dies soll sicherstellen, dass die Beteiligten ausreichend Zeit haben, um einheitliche definitorische Merkmale gemeinsam zu entwickeln und die datenerhebenden und –auswertenden Stellen entsprechend zu schulen. Die quartalsweise Berichterstattung in den ersten zwei Berichtszeiträumen soll Fehlentwicklungen bei der Datenerhebung frühzeitig aufdecken und ein Gegensteuern ermöglichen.

**Zu § 45 Inkrafttreten, Außerkrafttreten**

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten des schleswig-holsteinischen Gesetzes zur Hilfe und Unterbringung von Menschen mit Hilfebedarf infolge psychischer Störungen (PsychHG). Zugleich bestimmt die Vorschrift, dass das geltende Gesetz zur Hilfe und Unterbringung psychisch kranker Menschen (Psychisch-Kranken-Gesetz - PsychKG) außer Kraft tritt.