Ausschussvorlage SIA 20/61 – öffentlich –

Stellungnahmen der Anzuhörenden zur mündlichen Anhörung

Gesetzentwurf
Landesregierung
Gesetz zur Änderung des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes und des Maßregelvollzuggesetzes
– Drucks. 20/6333 –

13.	Landesärztekammer Hessen	S. 61
14.	Hessischer Landkreistag	S. 66
15.	Evangelisches Büro Hessen	S. 72
16.	Kommissariat der Katholische Bischöfe	S. 79
17.	Oberlandesgericht Frankfurt am Main	S. 83
18.	Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Hadamar	S. 92
19.	LV Hessen der Ärztinnen und Ärzte und Zahnärztinnen und Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst e.V.	S. 93

Landesärztekammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Landesärztekammer Hessen, Hanauer Landstr. 152, 60314 Frankfurt a. M.

- Präsident -

Hessischer Landtag
Sozial- und Integrationspolitischer Ausschuss
Herrn Maximilian Sadowiak
Schlossplatz 1-3
65183 Wiesbaden

Hanauer Landstr. 152 - 60314 Frankfurt am Main
Postfach 60 05 66 - 60335 Frankfurt am Main
Telefon: (069) 97672 - 0 Durchwahl - 113/ - 163
Telefax: (069) 97672 - 169
E-Mail: rechtsabteilung@laekh.de
Internet: www.laekh.de

Ihr Zeichen	Unser Zeichen:	Datum:
	R 1649/2021	3. November 2021

Vorab per Mail an:
m.sadkowiak@ltg.hessen.de
a.bartl@ltg.hessen.de

Stellungnahme der Landesärztekammer Hessen zum Referentenentwurf zur Änderung des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes (PsychKHG)

Sehr geehrter Herr Sadkowiak,

vielen Dank für Ihre E-Mail vom 6. Oktober 2021. Ich nehme gerne die Möglichkeit wahr, zu dem Regierungsentwurf zur Novellierung des PsychKHG Hessen eine Stellungnahme abzugeben.

Aus ärztlicher Sicht ist die Zielsetzung des PsychKHG ausdrücklich zu begrüßen. Die Hilfe für psychisch erkrankte Bürgerinnen und Bürger in Hessen steht im Vordergrund und die ärztlichen Kolleginnen und Kollegen haben Rechtssicherheit, falls eine Unterbringung oder eine ärztliche Zwangsmaßnahme im Einzelfall erforderlich sein sollte.

Darüber hinaus erlaube ich mir folgende Anmerkungen.

Zu § 16 Abs. 4
Die in § 16 Abs. 4 vorgesehene Berechtigung für Psychologische Psychotherapeuten, eine umfangreiche Stellungnahme, die auch Aussagen über die Notwendigkeit und Dauer von Behandlungsmaßnahmen gegen den Willen der untergebrachten Personen enthalten soll, abzugeben, ist entschieden abzulehnen. Vielmehr birgt der vorliegende Entwurf nicht abwägbare Gefahren für die hessischen Bürgerinnen und Bürger.

Die Notwendigkeit und Dauer von derartigen Behandlungsmaßnahmen bestimmt sich nicht ausschließlich aufgrund von psychischen Krankheitsbildern. Vielmehr sind auch

somatische Krankheitsbilder sowie pharmakologische Fragestellungen entscheidend für die Beurteilung, ob eine Unterbringung der betroffenen Person und ggf. auch eine Zwangsbehandlung erfolgen müssen.

Die Beurteilung somatischer Krankheitsbilder und pharmakologischer Fragestellungen liegt außerhalb der Kompetenz einer Psychologischen Psychotherapeutin bzw. eines Psychologischen Psychotherapeuten.

Eine umfassende, medizinische Stellungnahme, die alle für die Frage der Unterbringung und der Behandlung gegen den Willen der betroffenen Person relevanten Umstände erfasst, kann ausschließlich eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie abgeben.

Da die Stellungnahme nach § 16 Abs. 4 PsychKHG Hessen massive Grundrechtseinschnitte für die betroffene Person haben kann, bitte ich Sie dringend, von einer Änderung des § 16 Abs. 4 PsychKHG Hessen abzusehen.

Zu § 3 Abs. 1 S. 2
Die Landesärztekammer Hessen regt erneut an, das Wort „ärztlicher" durch den Begriff "psychiatrischer" zu ersetzen. Zum einen erfolgt die Unterbringung der Betroffenen in psychiatrischen Krankenhäusern, zum anderen ist der nach dem ärztlichen Weiterbildungsrecht federführende Facharzt der „Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie". Eine Differenzierung zwischen ärztlicher Behandlung und psychotherapeutischer Behandlung ist daher nicht nachvollziehbar. Viele Ärztinnen und Ärzte, die die Weiterbildung auf dem Gebiet „Psychiatrie und Psychotherapie" oder die Zusatzweiterbildung „Psychotherapie" absolviert haben, sind bei ihrer ärztlichen Tätigkeit im Bereich der Psychotherapie tätig. Der derzeitige Gesetzeswortlaut ist insofern irreführend und wird von der Landesärztekammer Hessen schon im Ansatz abgelehnt.

Zu § 5
Die Verpflichtung der Sozialpsychiatrischen Dienste, außerhalb der Regelarbeitszeit Krisenhilfen zu koordinieren, ist aus Sicht der Landesärztekammer Hessen eindeutig zu begrüßen. Hiermit wird der präventive Aspekt des Gesetzes sinnvoll unterstützt und umgesetzt. Darüber hinaus sollte jedoch der Sozialpsychiatrische Dienst die Krisenhilfen nicht nur koordinieren, sondern ebenfalls operative Verantwortung bei der Bereitstellung von Krisenhilfen übernehmen. Dies sollte deutlicher im Gesetzestext formuliert werden.

Im Rahmen dessen besteht auch die Notwendigkeit, den Sozialpsychiatrischen Dienst entsprechend personell auszustatten, damit er seinen Aufgaben ebenfalls in den Nachtstunden, an Feiertagen und am Wochenende nachkommen kann.

Darüber hinaus sollte im Hinblick auf den besonderen Bedarf von Kindern und Jugendlichen ein kinder- und jugendlichenpsychiatrischer Dienst unter Einbezug der Jugendhilfe verpflichtend eingerichtet werden. Zur Überprüfung, ob mildere Maßnahmen die freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie verhindern können, gehört auch die Prüfung, inwieweit Jugendhilfemaßnahmen vorrangig in Betracht kommen.

Zu § 6 Abs. 3
Die Koordinierung der Hilfsangebote sollte bei Kindern und Jugendlichen auch die Jugendhilfe einbeziehen. Die Jugendhilfe sollte daher bei den jährlichen koordinierenden Treffen eingeladen und im Gesetzestext ausdrücklich aufgeführt werden.

Zu § 6a
Die Einrichtung Gemeindepsychiatrischer Verbünde wird von der hessischen Ärzteschaft nachdrücklich begrüßt. Damit diese den betroffenen Personen jedoch eine möglichst bedarfsgerechte wohnortsnahe Versorgung anbieten können, müssen sie auch für niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte offen sein.

Zu § 10 Abs.2
Ein zentraler und wichtiger Kritikpunkt an dem PsychKHG in seiner derzeitigen Form ist die mögliche Unterbringung von Kindern und Jugendlichen in der Erwachsenenpsychiatrie. Die Landesärztekammer Hessen begrüßt außerordentlich, dass dies im vorliegenden Gesetzesentwurf gestrichen wird.

Abs. 3
Ebenfalls bedarf es immer noch dringend einer gesetzlichen Klärung, inwieweit bei schweren organmedizinischen Erkrankungen mit psychiatrischen Begleiterkrankungen eine Unterbringung auf einer somatischen Station erfolgen kann oder wie ein möglicher Umgang mit diesen Personen aussehen könnte, um einerseits eine gute medizinische Versorgung zu gewährleisten, andererseits aber auch den Anforderungen einer Unterbringung Rechnung zu tragen. Dies ist aus Sicht der hessischen Ärzteschaft unbedingt zu regeln, da dieser Fall z.B. bei Schädel-Hirn-Verletzten (nach Unfällen), Patienten mit Hirntumoren oder -blutungen, entzündlichen Erkrankungen des zentralen Nervensystems oder auch schweren internistischen Grunderkrankungen (z.B. Dialysepflichtigkeit), insbesondere an den Universitätskliniken und an den multidisziplinären kommunalen Krankenhäusern, relativ häufig auftritt. Ähnlich gestaltet sich die Situation, wenn die unterzubringende Person bereits in einem Heim lebt oder eine Unterbringung aus ärztlicher Sicht auf Dauer gegen den Willen des Betroffenen notwendig ist.

Es ist noch immer nicht ersichtlich, wie dies konkret umgesetzt werden soll. In der Praxis hat sich eindeutig gezeigt, dass die derzeitige Regelung nach PsychKHG in vielen Krankenhäusern zu erheblichen Problemen in der Krankenversorgung führt – hier besteht hinsichtlich einer rechtlichen Neuregelung / Revision des PsychKHGs ein dringender Handlungsbedarf, der nicht erst im Jahr 2029 angegangen werden darf.

Beispielhafte Regelungen finden sich in Art. 11 S.2 BayPsychKHG, dort heißt es:
„Zur vorrangigen Behandlung hoch akuter schwerer somatischer Erkrankungen ist eine Einlieferung in ein somatisches Krankenhaus zulässig."

Zu § 13
Den Besuchskommissionen sollten unseres Erachtens keine Mitglieder angehören, die in der jeweiligen Klinik selbst als Patienten behandelt worden sind, da in diesen Fällen die Neutralität und Objektivität nicht gewährleistet sein könnte.

Die Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger sollten über Berufserfahrung in den jeweiligen Fachgebieten Erwachsenen- bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie verfügen.

Sollte die Besuchskommission nicht vollzählig einen Besuch durchführen, sollten die nicht teilnehmenden Mitglieder über die Ergebnisse informiert werden und die Möglichkeit erhalten, eine auf ihrer jeweiligen Fachkompetenz beruhende Bewertung abzugeben.

Die anonymisierten Berichte über die Tätigkeit der Besuchskommissionen sollten nicht nur an den Landtag übermittelt werden, sondern im Sinne der Transparenz ebenfalls der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden.

Zu § 14 Abs. 1
Die vorgesehene Umstellung der Erhebung von aggregierten Daten auf nicht aggregierte Daten durch die Fachaufsichtsbehörde ist auf Grundlage der vorliegenden Informationen kritisch zu sehen.

Folge dieser veränderten Datenerhebung ist ein erheblicher Mehraufwand in finanzieller und personeller Hinsicht in den hessischen Psychiatrien. Inwieweit diese neuen Anforderungen von den Psychiatrien umgesetzt werden können, vermag die Landesärztekammer Hessen nicht abschließend zu beurteilen. In jedem Fall würden die hierdurch gebundenen Ressourcen jedoch in der Patientenversorgung fehlen.
Der diesem erhöhtem Aufwand gegenüberstehende gesteigerte Nutzen für die Versorgung psychisch kranker Menschen in Hessen ist aus Sicht der Landesärztekammer Hessen zweifelhaft. So ist für die Landesärztekammer Hessen nicht ersichtlich, dass aus der Auswertung der aggregierten Daten durch die Fachaufsichtsbehörde im Vergleich zur bisherigen Datenerhebung ein derart gesteigerter Nutzen für die Versorgung psychisch kranker Menschen entsteht, der den gesteigerten Aufwand in den Psychiatrien rechtfertigt.

Zu bedenken ist darüber hinaus, dass aufgrund der umfassend abgefragten Daten möglicherweise für die Fachaufsichtsbehörde ein Rückschluss auf eine untergebrachte Person möglich ist. Die geplante Datenerhebung durch die Fachaufsichtsbehörde ist geeignet, außerhalb der Psychiatrien Profile der untergebrachten Menschen zu erstellen.

Möglicherweise würde eine geclusterte Übermittlung der bisherigen Daten ausreichen, um zusammen mit den Ergebnissen der Besuche der Berufskommission eine ausreichende Datenlage zu haben, um die Versorgung psychisch kranker Menschen in Hessen zu verbessern.

Sollte trotz der formulierten Bedenken eine entsprechende Änderung des § 14 Abs. 1 erfolgen, sollte diese Regelung von dem Hessischen Beauftragten für Datenschutz und Informationssicherheit geprüft und kommentiert werden.

Das für Gesundheit zuständige Ministerium sollte in jedem Fall auf Grundlage der an dieses übermittelten Daten einen Bericht über die Situation in den psychiatrischen Krankenhäusern in Hessen und der ergriffenen Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Menschen in anonymisierter Form veröffentlichen. Dies würde der Transparenz und dem Erkennen von möglichen Fehlentwicklungen dienen.

Zu § 16 Abs. 2
Aus Sicht der Landesärztekammer Hessen ist es sinnvoll, dass neben dem Gesundheitsamt auch ein nach § 11 Abs. 2 Satz 1 bestellter Arzt befugt wird, einen Antrag auf

Einleitung eines gerichtlichen Unterbringungsverfahrens bzw. auf Verlängerung einer gerichtlich angeordneten Unterbringung zu stellen.

Abs. 3
Der Satz „Bei Fehlen eines Wohnsitzes oder eines gewöhnlichen Aufenthaltes oder wenn diese nicht feststellbar sind, ist die Verwaltungsbehörde des aktuellen Aufenthaltsortes zuständig." sollte nach dem Wort „Aufenthaltsortes" um den Zusatz „in Hessen" oder „im Geltungsbereich dieses Gesetzes" ergänzt werden. Ohne diesen Zusatz könnte eine Zuständigkeit von nicht hessischen Behörden aufgrund von hessischem Landesrecht begründet werden.

Zu §19
Korrespondierend zu unseren Ausführungen zu § 10 Abs. 3 ist auch eine Regelung für den Fall erforderlich, dass eine Unterbringung bereits besteht und eine somatische Behandlung, die nicht in dem psychiatrischen Krankenhaus erfolgen kann, erforderlich ist. Vergleichbare Regelungen finden sich in anderen Bundesländern.

So findet sich in Art. 20 Abs. 7 BayPsychKHG folgende Regelung:
„Kann die erforderliche Behandlungsmaßnahme in der Einrichtung nicht durchgeführt werden, ist die untergebrachte Person in ein anderes Krankenhaus oder eine andere Klinik nach Art. 8 Abs. 1, in ein sonstiges geeignetes Krankenhaus oder zu einem ambulanten Leistungserbringer, der die gebotene medizinische Versorgung sicherstellt, zu verbringen."

Im Unterbringungsgesetz des Saarlandes ist in § 12 Abs. 4 ausgeführt:
„In Fällen notwendiger Behandlung von nicht psychiatrischen Erkrankungen kann eine untergebrachte Person durch den Leiter/die Leiterin der Einrichtung für die Dauer der notwendigen Heilbehandlung mit oder ohne Begleitung in eine andere Fachabteilung eines Krankenhauses verlegt werden oder in andere geeignete Behandlungseinrichtungen verbracht werden. Das Betreuungsgericht und die für die Unterbringung zuständige Verwaltungsbehörde sind vorher hiervon in Kenntnis zu setzen. In unaufschiebbaren Fällen hat eine In-Kenntnissetzung unverzüglich zu erfolgen."

Zu § 21
Die besonderen Sicherungsmaßnahmen nach Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 sollten unseres Erachtens durch die nach § 11 Abs. 2 PsychKHG bestellten Ärztinnen bzw. Ärzten beantragt werden können, nicht ausschließlich durch die ärztliche Leitung.

Bei der gesellschaftlichen Bedeutung, die die Unterbringung von psychisch Kranken hat, ist ein weiterer inhaltlicher Austausch dringend erforderlich. Sollten daher Fragen bestehen, steht die Landesärztekammer Hessen hierfür gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident

Hessischer Landkreistag

Hessischer Landkreistag · Frankfurter Str. 2 · 65189 Wiesbaden

Sozial- und Integrationspolitischer Ausschuss
des Hessischen Landtags
Schlossplatz 1-3
65183 Wiesbaden

Frankfurter Str. 2
65189 Wiesbaden

Telefon (0611) 17 06 - 0
Durchwahl (0611) 17 06- 16

Telefax-Zentrale (0611) 17 06- 27
PC-Fax-Zentrale (0611) 900 297-70
e-mail-Zentrale: info@hlt.de
e-mail-direkt: hilligardt@hlt.de

www.HLT.de

Datum: 05.11.2021
Az. : Hi/430.042, 430.043

Per E-Mail an: m.sadkowiak@ltg.hessen.de und a.bartl@ltg.hessen.de

Öffentliche mündliche Anhörung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses des Hessischen Landtags zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Gesetz zur Änderung des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes und des Maßregelvollzugsgesetzes
– Drucks. 20/6333 –

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme zum Gesetz zur Änderung des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes und des Maßregelvollzugsgesetzes.

Vorweg lässt sich zum Gesetzentwurf feststellen, dass die geplanten Gesetzesänderungen viele fortschrittliche Gedanken beinhalten und grundsätzlich sehr begrüßt werden. Im Detail möchten wir aber folgende Anregungen geben:

In **§ 2 Absatz 2** soll eingeführt werden, dass in einer „leicht verständlichen Sprache und barrierefrei zu kommunizieren“ sei. In der Praxis ist diese Einfügung nur bedingt umsetzbar. Während in vielen Fällen bereits jetzt in einer für Klientinnen und Klienten verständlichen Sprache gesprochen wird, ist es im Kontext der Unterstützung von Migrantinnen und Migranten nur begrenzt umsetzbar. Der sofortige Einsatz von Dolmetschern, die auch nicht in allen Sprachen verfügbar sind, ist nicht umsetzbar. Bei einer Unterstützung durch Landsleute ist unklar, ob diese auch die Dinge übersetzen, die gesagt wurden.

Ebenso unklar ist, ob mit den Stadien der Hilfe durch die Sozialpsychiatrischen Dienste konkret die ambulanten Hilfen gemäß § 5 gemeint sind oder generell alle Beratungs- und Hilfsmöglichkeiten durch diese.

In **§ 3 Absatz 2** wird herausgestellt, dass es Ziel der Hilfen ist, die Selbstbestimmungsfähigkeit der Patientinnen und Patienten durch intensive Unterstützungsmaßnahmen zu fördern. Hier wird weder deutlich, in welcher Form Unterstützungsleistungen erbracht werden sollen, noch wie diese finanziert werden.

§ 4 Absatz 5
Grundsätzlich ist bei der Berücksichtigung die ärztliche Schweigepflicht zu gewährleisten bzw. eine Schweigepflichtentbindung einzuholen.

Es sollte zudem konkretisiert werden, dass der sozialpsychiatrische Dienst im Sinne von vor- und nachsorgenden sowie begleitenden Hilfen seine Hilfen anbietet. Ansonsten bleibt unklar, wer die Hilfen nach §§ 3 und 4 im Vorfeld anbieten soll. Auch ist es nicht möglich, dass der sozialpsychiatrische Dienst Kenntnis davon erhält, dass Hilfen angeboten und abgelehnt wurden, wenn er nicht selbst diese Hilfen erbracht hat. Das Ziel, niedrigschwellige Hilfen anzubieten, wird andernfalls unnötig erschwert.

Der sozialpsychiatrische Dienst sollte niedrigschwellige Hilfen anbieten können, ohne dass bereits Anzeichen für eine erhebliche Gefährdung infolge einer psychischen Störung bestehen.

§ 5 Absatz 3
Diese Maßnahme kann ersatzlos gestrichen werden. Sie hat sich als wirkungslos erwiesen, da die Nichtbefolgung nicht sanktioniert wird.

In **§ 5 wird in dem neuen Absatz 6** eingefügt, dass außerhalb der Regelarbeitszeiten Krisenhilfen vorzuhalten sind. Hier ist vorab zu klären, durch wen die Finanzierung der Krisenhilfen sichergestellt wird und wie die Ausgestaltung zu erfolgen hat (welche Zeiten müssen abgedeckt werden, soll der Dienst in Präsenz oder rein telefonisch agieren, Zusammensetzung aus Professionellen und Peers, Versicherungsschutz, für Ehrenamtliche etc.). Erst wenn die Finanzierung bekannt ist, ist es möglich, entsprechende Hilfen zu organisieren und zu koordinieren. Es steht außer Frage, dass es nicht möglich sein wird, die Krisenhilfen, unabhängig davon ob der sozialpsychiatrische Dienst selbst Leistungserbringer ist oder die Leistung koordiniert und an Dritte delegiert wird, kostenneutral umzusetzen.

Innerhalb des Sprecherkreises des AK der Sozialpsychiatrischen Dienste wurde geäußert, dass es sich um kommunalisierte Mittel handele, auf die der Sozialpsychiatrische Dienst keinen Zugriff hat. Es wäre einfacher, die Hilfen dort zu koordinieren, wo auch die Gelder sind. Ansonsten müssten vom Land zweckgebunden Gelder für diese zusätzlichen Hilfen zur Verfügung gestellt werden.

Folgerichtig wäre es, dass seitens des Landes eine einheitliche Mindestbesetzung der personellen Ausstattung der Sozialpsychiatrischen Dienste (bezogen auf die Einwohnerzahl) festgelegt würde.

Bei der Koordinierung von Hilfsangeboten in **§ 6** bleibt unklar wie die Beteiligung an der Planung aussehen kann und wie diese kommunal abgesichert ist. Eine reine *Koordinierung* stellt für die ursprüngliche Stärkung der Psychiatriekoordination einen Rückschritt dar. Dies ist ein Kompromiss gegenüber dem LWV Hessen im Bundes-

teilhabegesetz, der die Planung übernimmt, erschwert aber den Stand innerhalb der Kommune.

Die Ausgestaltung des Paragraphen **§ 6a** ist aus unserer Sicht zu unkonkret formuliert. Es muss eine Forderung hinsichtlich der Anwendung der Richtlinien und Qualitätsmaßstäbe der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde e.V. geben, um Transparenz und Verbindlichkeit herzustellen und abzusichern. Dann begrüßen wir die Aufgabenstellung aus fachlicher Sicht zur Weiterentwicklung der Angebotslandschaft. Dabei sollten allerdings auch bestehende Strukturen berücksichtigt werden und unter Umständen eine Übergangsfrist eingeräumt werden. Die Einbindung des LWV Hessen als Träger der Eingliederungshilfe ist darüber hinaus unabdingbar.

In **§ 7a** wird eingefügt, dass Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter in die Behandlung und Versorgung eingebunden werden sollen.

Unklar in diesem Punkt ist neben der Finanzierung auch die Anbindung an Kliniken oder Institutionen sowie die notwendige Qualifikation dieser Begleiterinnen und Begleiter.

Es gibt keine gesetzliche Grundlage für eine Einbeziehung von Genesungsbegleitung in die Versorgung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst.

§ 8 Absatz 2
Es ist sehr positiv, dass das Ministerium zur zweckgebundenen Verwendung der Gelder eine Rückmeldung erhält. Allerdings ist noch nicht ersichtlich, wie umfangreich der Bericht werden soll. Zudem sind die Folgen der Umstellungen im § 16 hier noch nicht berücksichtigt bzw. einberechnet. Die Übernahme der Aufgaben der Ordnungsämter bei den Antragstellungen und Verlängerungen, einschließlich der Beauftragung von Gutachtern, wird erheblichen Personalaufwand und Kostenverschiebung von Ordnungsämtern und den Amtsgerichten zum Gesundheitsamt nach sich ziehen. Es wird zwangsläufig Kostensteigerungen geben. Der Mehrbelastungsausgleich muss dementsprechend definiert und überarbeitet werden, z.B. bei den Kosten der Koordination bzw. der Ausführung der nächtlichen und wochenendlichen Krisenhilfe. Hier würden wir uns ein einheitliches Instrument zur Meldung wünschen, um eine Vergleichbarkeit herbeizuführen und die Auswertung zu vereinfachen.

Unabhängig davon weisen wir an dieser Stelle darauf hin, dass die die Fallzahlen und damit der Aufwand für die Sozialpsychiatrischen Dienste seit Einführung des Gesetzes signifikant ansteigen. Der aktuelle Mehrbelastungsausgleich ist hierfür keinesfalls auskömmlich.

§ 9 Absatz 3
Hier stellt sich die Frage, warum eine Unterbringung nach dem PsychKHG beantragt werden sollte, wenn bereits eine Unterbringung nach dem BGB bereits läuft. Einer Antragsflut wird bei den Gerichten seit jeher entgegengewirkt.

§ 9 Absatz 3 Voraussetzungen von Unterbringungen
Die Klarstellung der Vorrangigkeit der angeordneten Unterbringung nach dem BGB ist sehr hilfreich.

§ 13 Absatz 2

Die ursprünglichen Bezeichnungen sollten erhalten bleiben. Nur approbierte psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten verfügen über eine ausreichende Ausbildung, Kenntnisse und Erfahrungen im Hinblick auf psychische Störungen – nicht aber die Absolventinnen und Absolventen eines Psychologiestudiums.

Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass es teilweise schwierig ist, die Kommission vollständig zu besetzen.

§14 Berichtspflicht

Die differenzierte Berichterstattung der Kliniken geht in die richtige Richtung. Hilfreich wäre es, wenn der jeweilig zuständige Sozialpsychiatrische Dienst auch diese jährliche Übersicht erhalten könnte.

§ 16 Absatz 2 und 4

Das Herausnehmen des Gemeindevorstandes begrüßen wir, da dieser bislang wenige bis gar keine Anträge nach § 16 gestellt hat. Die Expertise liegt auch faktisch beim Sozialpsychiatrischen Dienst. Ebenfalls positiv ist, dass neben der Berufsgruppe der Fachärzte nun auch Psychologinnen und Psychologen entsprechende Gutachten verfassen dürfen. Immer noch fehlt aber eine Definition, wann die Voraussetzungen der Unterbringung nach § 16 bestehen. Der Zeitraum der zurückliegenden Untersuchung sollte auf höchstens 3 Tage verkürzt werden.

Die Verschiebung der Zuständigkeit bezüglich der Verlängerung von Unterbringungsanträgen von der Klinik auf die Behörde wird als ungünstig erachtet, da nur die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in der Klinik, in welche der Klient bzw. die Klientin untergebracht ist, ermessen kann, ob es eine Entwicklung im Kontext der Behandlung gab und eine weitere Unterbringung sinnvoll und erforderlich ist. Ohne das Vorhandensein entsprechender Fachkräfte im Fachbereich Soziale Dienste kann dieser Paragraph weiterhin nicht bedient werden. Außerdem ist es zweifelhaft, warum auf „Zuruf“ der Klinik, die die Notwendigkeit für eine Fortsetzung der Unterbringung sieht, der Sozialpsychiatrische Dienst den Antrag stellen soll, woraufhin dann das Amtsgericht das bestellte medizinische Fachpersonal für die ärztliche Stellungnahme beauftragt zur Entscheidungsfindung. Ein solches Verfahren ist inhaltlich und praktisch unnötig kompliziert.

Davon abgesehen bleibt die Frage, wer den Patienten bzw. die Patientin zur Unterbringung bringt, offen. Leider gibt es immer wieder Unklarheiten mit den zuständigen Amtsgerichten, die noch nicht einmal eine ärztliche Stellungnahme annehmen, sondern immer ein fachärztliches Gutachten zusätzlich einholen. Der Wortlaut „psychologisch“ ist in diesem Kontext sicherlich nicht konkret genug. Die Stellungnahme zur Unterbringung ist eine ärztliche Aufgabe, die nicht von Psychologinnen und Psychologen geleistet werden kann. Differenzialdiagnosen und Komorbiditäten sind fachlich zu berücksichtigen.

Darüber hinaus waren Unterbringungsverfahren nach §16 bisher ähnlich aufwendig und langwierig wie BGB-Unterbringungen. Eine Beschleunigung der Verfahren ist aus unserer Sicht dringend erforderlich und könnte bspw. durch die verbindliche Begleitung durch Richterinnen und Richter erzielt werden.

§17 Absatz 1 und 3

Diese Ausführung wird sehr begrüßt, da Klientinnen und Klienten wiederholt von Klinikärztinnen und -ärzten bei Zuführung durch Polizei, Ordnungsbehörde und / oder Sozialpsychiatrischem Dienst trotz Nennung der vorherigen Gefahrenlagen nicht aufgenommen wurden und es dann Aufgabe des Sozialpsychiatrischen Dienstes war, trotzdem ein Unterstützungsangebot zu konstruieren zur Deeskalation und Gefahrenabwehr. Diese Aufgabe war nicht immer leistbar. Nur eine gute Zusammenarbeit mit der Klinikleitung ermöglicht die Übernahme der Unterstützung im Nachgang. Die Klarstellung im Gesetz bringt jedoch mehr Handlungssicherheit mit sich.

Problematisch ist allerdings, dass auf die Berücksichtigung der Angaben der Polizei sowie Ordnungsbehörden eingegangen wird, nicht jedoch auf die Berücksichtigung der Angaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Dies wäre ein klarer Rückschritt in Richtung HFEG und würde im Gegensatz zu den darüber hinaus auf den Sozialpsychiatrischen Dienst übertragenen Aufgaben der Krisenintervention in der Wohnung gemäß § 5 stehen. Denn die Ursachen der Fremdgefährdung zu ergründen, ist nicht als Aufgabe der Ordnungs- oder Polizeibehörden zu verstehen. Ein gesetzlich verankerter Informationsfluss wäre hilfreich.

§19

Die Einführung von Behandlungsvereinbarungen und Krisenplänen wird begrüßt.

Begrüßt wird ebenfalls, dass es der Klinik in **§ 21** ermöglicht wird, besondere Sicherungsmaßnahmen anzuwenden, um andere Patientinnen und Patienten besser schützen zu können. Die grundsätzliche 1:1 Betreuung bei Fixierungen wird begrüßt. In der Vergangenheit erfolgten dann häufig disziplinarische Entlassungen mit Information an den Sozialpsychiatrischen Dienst zur weiteren Unterstützung des „Gefährders“ oder der „Gefährderin“.

§ 28 Absatz 3

Auch die hier zum Ausdruck gebrachte Klarheit wird begrüßt. Häufig gab die Klinik mit dem Hinweis auf die Datenschutzgrundverordnung keine Informationen heraus.
Erforderlich ist aber ebenso eine engere und bessere Zusammenarbeit zwischen dem Klinik-Sozialdienst und dem Sozialpsychiatrischen Dienst sowie eine klare Abgrenzung der Tätigkeiten und des Personenkreises, d.h. ob hier nur von Personen die Rede ist, die nach PsychKHG untergebracht sind oder ob es sich prinzipiell um Untergebrachte aller Rechtsformen handelt. Es muss klargestellt werden, dass das Entlass-Management hiermit nicht auf den Sozialpsychiatrischen Dienst übertragen wird.

Auch kann *„individuelle medizinische und psychosoziale Beratung und Betreuung Unterstützung im Übergang aus dem Krankenhaus“* nicht vom Sozialpsychiatrischen Dienst geleistet werden, sondern lediglich freiwillige Hilfen.

An dieser Stelle verweisen wir noch eindringlich auf die allgemein schwache psychiatrische Versorgungssituation. Es gibt viel zu wenig Angebote. Diese Versorgungslücke können die Sozialpsychiatrischen Dienste nicht schließen.

§ 29a

Die „kann“-Formulierung ist grundsätzlich gut, wird aber hier als nicht hilfreich erachtet. Denn wenn eine Gefährdung für Dritte oder die Person selbst besteht, so müsste dies eine „muss“-Bestimmung sein. Es muss zudem sichergestellt werden, dass solche Informationen, die die allgemeine Sicherheit der Bevölkerung betreffen, weitergegeben werden müssen. Das Hinzunehmen der Unterrichtung in besonderen Fällen ist zu begrüßen, sie sollte aber eine Handlungssicherheit für alle Beteiligten bieten. Die DSGVO sorgte seit 2018 für viel Unsicherheit im Umgang mit Informationen und diese „kann“-Bestimmung“ schafft keine Handlungssicherheit und birgt das Risiko einer Datenschutzverletzung. Die Sozialpsychiatrischen Dienste brauchen rechtliche Klarheit, wie in den beschriebenen Fällen umzugehen ist und ob gegebenenfalls strafrechtliche Konsequenzen auf sie zukommen können.

Außerdem erscheint es konsequenter, statt des Sozialpsychiatrischen Dienstes das Gesundheitsamt für die Unterrichtung von Waffen- und Führerscheinstelle einzusetzen.

§ 32 Absatz 5

Die Berichtspflicht der unabhängigen Beschwerdestelle wird als positiv erachtet, da hierfür jährlich Gelder des Gesundheitsamtes (über den Mehrbedarf) akquiriert werden.

Die bisherige jährliche Pauschale des Landes deckt allerdings nicht die entstehenden Kosten. Die unentgeltliche Mitarbeit wird vor allem von den Vertretern aus dem Kreis der Betroffenen, welche in der Regel nur über ein gerade existenzsicherndes Einkommen verfügen, als Zumutung erlebt.

Das Maßregelvollzugsgesetz ist für die Tätigkeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes nicht relevant. Dennoch ist zu begrüßen, dass der Handlungsrahmen der Klinik zur Sicherheit und Ordnung wieder erweitert wurde.

Die Möglichkeit der Einschränkung von Grundrechten (Artikel 3) bei drohender Gefahr wird ebenfalls als positiv erachtet zur Sicherheit der Gemeinschaft.

Vielen Dank im Voraus für eine Berücksichtigung der zahlreichen Punkte.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Jan Hilligardt
Geschäftsführender Direktor

EVANGELISCHES BÜRO HESSEN
AM SITZ DER LANDESREGIERUNG
Ev. Kirche in Hessen und Nassau Ev. Kirche von Kurhessen-Waldeck Ev. Kirche im Rheinland Diakonie Hessen

An den Vorsitzenden
des Sozial- Integrationspolitischen Ausschusses
MdL Moritz Promny
Hessischer Landtag
Schlossplatz 1-3

65183 Wiesbaden

5. November 2021

Öffentliche mündliche Anhörung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses des Hessischen Landtags zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Gesetz zur Änderung des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes und des Maßregelvollzugsgesetzes – Drucks. 20/6333 –

Sehr geehrter, lieber Herr Promny,
sehr geehrte Damen und Herren,

wir bedanken uns für die Möglichkeit, im Rahmen der öffentlichen mündlichen Anhörung des Hessischen Landtags zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Gesetz zur Änderung des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes und des Maßregelvollzugsgesetzes eine Stellungnahme abgeben zu können.

Die Evangelischen Kirchen in Hessen und die Diakonie Hessen verweisen hierzu auf die bereits im Rahmen der Regierungsanhörung abgegebene Stellungnahme vom 27.7.2021, die wir Ihnen in der Anlage beifügen. Neben einigen speziell kirchlichen Aspekten hatten wir uns darüber hinaus der Stellungnahme der Liga der Freien Wohlfahrtspflege angeschlossen, die wir Ihnen ebenfalls zusenden.

Büro: Mosbacher Straße 20 · 65187 Wiesbaden • Tagungsräume: Brentanostraße 3 · 65187 Wiesbaden
Tel.: 0611/531646-0 · Fax: 0611/531646-20 · mail@ev-buero-wiesbaden.de · www.evangelisches-buero-hessen.de

Eine Teilnahme an der öffentlichen mündlichen Anhörung ist seitens der Evangelischen Kirchen und seitens der Diakonie Hessen nicht vorgesehen.

Wir wünschen gute Beratungen und hoffen, dass unsere genannten Punkte Berücksichtigung finden.

Mit freundlichen Grüßen aus dem Evangelischen Büro

Oberkirchenrat Jörn Dulige
Beauftragter der Evangelischen Kirchen
Leiter des Evangelischen Büros Hessen

Anlagen:

- Stellungnahme aus dem Evangelischen Büro Hessen vom 27.7.2021
- Stellungnahme der Liga der Freien Wohlfahrtspflege vom 27.7.2021

EVANGELISCHES BÜRO HESSEN
AM SITZ DER LANDESREGIERUNG
Ev. Kirche in Hessen und Nassau Ev. Kirche von Kurhessen-Waldeck Ev. Kirche im Rheinland Diakonie Hessen

nur per E-Mail

Hessisches Ministerium für
Soziales und Integration
Frau Susanne Nöcker
Sonnenberger Straße 2/2a
65193 Wiesbaden

27.07.2021

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes und des Maßregelvollzugsgesetzes

Sehr geehrte Frau Nöcker,
sehr geehrte Damen und Herren,

wir bedanken uns für die Möglichkeit im Rahmen der Regierungsanhörung zum Entwurf des Änderungsgesetzes des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes und des Maßregelvollzugsgesetzes eine Stellungnahme abgeben zu können.

A.

I.

Das Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG) enthält in § 25 Regelungen über die Religionsausübung. Danach hat die untergebrachte Person grundsätzlich das Recht, an Gottesdiensten und sonstigen religiösen Veranstaltungen im Rahmen der Krankenhausseelsorge teilzunehmen.
In diesem Zusammenhang begrüßen wir die im Entwurf aufgenommene Erweiterung nach dem Wort „religiös“ um die Worte „*oder seelsorgerischen*“.

Büro: Mosbacher Straße 20 · 65187 Wiesbaden • Tagungsräume: Brentanostraße 3 · 65187 Wiesbaden
Tel.: 0611/531646-0 · Fax: 0611/531646-20 · mail@ev-buero-wiesbaden.de · www.evangelisches-buero-hessen.de

Eine ähnliche Regelung findet sich auch in § 6 Abs. 5 Hessisches Krankenhausgesetz 2011 (HKHG 2011).

Zwar fallen beide gesetzliche Bestimmungen in den Bereich der „Krankenhausseelsorge“ – dennoch weisen die speziellen Regelungen im PsychKHG zur zwangsweisen Unterbringung in den §§ 9 und 17, zu den besonderen Sicherungsmaßnahmen in § 21 sowie zur Anwendung unmittelbaren Zwangs in § 22 Parallelen zum allgemeinen und besonderen Strafvollzug auf.
Deshalb erscheint es aus unserer Sicht ratsam, auch entsprechend auf die erprobten und anerkannten Regelungen des § 32 Hessisches Strafvollzugsgesetz (HStVollzG), des § 31 Hessisches Jugendstrafvollzugsgesetz (HessJStVollzG) sowie auf die §§ 28 und 29 Hessisches Maßregelvollzugsgesetz zurückzugreifen.
Entsprechendes gilt in Bezug auf Regelungen zur Verpflichtung und Hinzuziehung von Seelsorgerinnen und Seelsorgern in § 77 HStVollzG und in § 73 HessJStVollzG. Auch hier halten wir eine vergleichbare Regelung im PsychKHG für angezeigt.

II.

Dieses vorangestellt, befürworten wir eine Ergänzung von § 25 und eine Erweiterung des Gesetzes um § 25a wie folgt:

§ 25
Religionsausübung und Seelsorge

(1) Der untergebrachten Person ist eine seelsorgerische und religiöse Betreuung durch ihre Religionsgemeinschaft zu ermöglichen. Auf ihren Wunsch ist ihr zu helfen, mit der Seelsorge ihrer Religionsgemeinschaft in Verbindung zu treten.

(2) Der untergebrachten Person sind Gegenstände des religiösen Gebrauchs in angemessenem Umfang sowie grundlegende religiöse Schriften zu

belassen. Grundlegende religiöse Schriften dürfen ihr nur bei groben Missbrauch entzogen werden.

(3) Die untergebrachte Person hat das Recht, in dem psychiatrischen Krankenhaus an Gottesdiensten oder sonstigen religiösen Veranstaltungen im Rahmen der Krankenhausseelsorge teilzunehmen. Sie kann von der Teilnahme ausgeschlossen werden, wenn und solange der Zweck der Unterbringung oder die Sicherheit oder Ordnung in dem psychiatrischen Krankenhaus gefährdet werden; die Seelsorgerin oder der Seelsorger soll vorher gehört werden. Maßnahmen nach Satz 2 sind zu dokumentieren.

(4) Für Angehörige weltanschaulicher Bekenntnisse gelten die Abs. 1 bis 3 entsprechend.

§ 25a
Seelsorgerinnen und Seelsorger

(1) Die Seelsorgerin oder der Seelsorger wird im Einvernehmen mit der jeweiligen Religionsgemeinschaft im Hauptamt bestellt oder vertraglich verpflichtet.

(2) Wenn die geringe Zahl der Angehörigen einer Religionsgemeinschaft eine Seelsorge nach Abs. 1 nicht rechtfertigt, ist die seelsorgerische Betreuung auf andere Weise zu ermöglichen.

(3) Mit Zustimmung der Krankenhausleitung kann sich die Krankenhausseelsorge außenstehender Personen bedienen und sie insbesondere zur Mitwirkung an Gottesdiensten und anderen religiösen Veranstaltungen hinzuziehen.

III.

Zur Begründung des vorstehenden Vorschlages führen wir wie folgt aus:

1. Der neu formulierte Absatz 1 des § 25 räumt der untergebrachten Person den inhaltlich bestimmten Anspruch ein, seelsorgerische und religiöse Betreuung durch ihre Religionsgemeinschaft zu erhalten sowie die entsprechende Hilfestellung zur Kontaktaufnahme.

2. Aus unserer Sicht notwendig ist der neu formulierte Absatz 2 des § 25, denn er konkretisiert und erweitert den persönlichen Besitz in § 23 um religiöse Gebrauchsgegenstände in angemessenem Umfang sowie um grundlegende religiöse Schriften. Vergleichbare Regelungen finden sich in § 28 Absatz 2 und Absatz 3 des Hessischen Maßregelvollzugsgesetzes.

3. Der bisherige Absatz 1 des § 25 wird zu Absatz 3, allerdings erweitert um die in der Regel vorherige Anhörung der Seelsorgerin oder des Seelsorgers. Der durch Art. 4 Grundgesetz und Art. 54 Hessische Verfassung eingeräumte Schutz der Religionsfreiheit konkretisiert sich in dem verfassungsrechtlichen Anspruch zur Teilnahme an Gottesdiensten und der Inanspruchnahme von Seelsorgeangeboten. Wir halten es vor diesem Hintergrund für angezeigt und auch angemessen, wenn vor der Entscheidung eines Ausschlusses von diesen Angeboten in der Regel die Seelsorgerin oder des Seelsorger gehört werden müssen. Eine vergleichbare Regelung findet sich in § 29 Absatz 3 des Hessischen Maßregelvollzugsgesetzes.

4. Der bisherige Absatz 2 des § 25 wird zu Absatz 4 mit Bezugnahme auf die vorherigen Absätze 1 bis 3.

5. Der neu aufgenommene § 25a regelt in Absatz 1 das jeweils herzustellende Einvernehmen mit der jeweiligen Religionsgemeinschaft bei der Bestellung oder vertraglichen Verpflichtung der Seelsorgerin oder des Seelsorgers.

6. § 25a Absatz 2 und Absatz 3 regeln die seelsorgerische Betreuung auf andere Weise sowie die Möglichkeit, insbesondere sich zur Mitwirkung an Gottesdiensten und anderen religiösen Veranstaltungen mit Zustimmung der Krankenhausleitung außenstehender Personen zu bedienen.

B.

Darüber hinaus schließen sich die Evangelischen Kirchen in Hessen der Stellungnahme der Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen e. V. an, die wir Ihnen in der Anlage noch einmal beifügen.

Wir freuen uns, wenn die vorgenannten Argumente in die weiteren Beratungen einfließen.

Mit freundlichen Grüßen

Oberkirchenrat Jörn Dulige
Beauftragter der Evangelischen Kirchen
Leiter des Evangelischen Büros Hessen

Kommissariat der Katholischen Bischöfe
im Lande Hessen

per E-Mail

An den Vorsitzenden
des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses
Herrn Moritz Promny

05. November 2021
Az. 3.2.4.13. / Kl-fe

Öffentliche mündliche Anhörung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses des Hessischen Landtags zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Gesetz zur Änderung des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes und des Maßregelvollzugsgesetzes
– Drucks. 20/6333 –
Ihr Schreiben vom 06.10.2021
Aktenzeichen: I 2.11

Sehr geehrter Herr Promny,
sehr geehrte Damen und Herren,

wir bedanken uns herzlich dafür, im Rahmen der o.g. Anhörung eine Stellungnahme abgeben zu können.

Am 26. Juli haben wir bei der Ankündigung der Regierungsanhörung bereits eine Stellungnahme abgegeben. Auf diese beziehen wir uns vollumfänglich und fügen sie als Anlage bei.

Wir freuen uns, wenn unsere Anmerkungen Berücksichtigung finden und verbleiben

Mit freundlichen Grüßen
i. A.

Magdalene Kläver

Rechtsanwältin Prof. Dr. Magdalene Kläver
- Justiziarin des Kommissariats -

Anlage: - Stellungnahme vom 26. Juli 2021
Geschäftszeichen: V5-18p9030-0002/2018/017

Frauenlobstraße 5 • 65187 Wiesbaden • Telefon: (0611) 3 60 08-0 • Telefax: (0611) 3 60 08-20
E-Mail: hessen@kommissariat-bischoefe.de • Web: www.kommissariat-bischoefe-hessen.de

Kommissariat der Katholischen Bischöfe
im Lande Hessen

per E-Mail

An das
Hessische Ministerium für Soziales und Integration
Frau Susanne Nöcker
Leiterin Referat V5
(Psychiatrische Versorgung und Maßregelvollzug)

26. Juli 2021
Az. 3.2.4.13. / Kl-Ar

Ankündigung der Regierungsanhörung zum Entwurf des Gesetzes zur Änderung des PsychKHG und des MVollzG
Ihr Schreiben vom 08.07.2021
Geschäftszeichen: V5-18p9030-0002/2018/017

Sehr geehrte Frau Nöcker,
sehr geehrte Damen und Herren,

herzlich danken wir Ihnen, dass wir im Rahmen der o.g. Regierungsanhörung eine Stellungnahme abgeben können. Hiervon machen wir gerne Gebrauch.

A) Psychisch-Kranken-Hilfegesetz (PsychKHG)
Es ist wichtig und richtig, dass das Gesetz eine Regelung zur Religionsausübung in § 25 enthält. Wir begrüßen es, dass in § 25 Satz 1 nunmehr nach dem Wort „religiös“ noch die Wörter „oder seelsorgerischen“ mit aufgenommen werden. Allerdings halten wir die zwei Absätze in § 25 zur Konkretisierung noch nicht für ausreichend.

In diesem Zusammenhang möchten wir auf die §§ 28, 29 und 30 MaßrVollzG hinweisen, die eine ausführliche Konkretisierung vornehmen. Eine solche Konkretisierung im Gesetzestext trägt zur Rechtsklarheit und damit Rechtssicherheit bei. Außerdem wird so der Bedeutung des Grundrechts nach Art. 4 GG, auf die in der Begründung zu § 25 hingewiesen wird, besser Rechnung getragen. Schließlich sollte bei der Konkretisierung die

Frauenlobstraße 5 • 65187 Wiesbaden • Telefon: (0611) 3 60 08-0 • Telefax: (0611) 3 60 08-20
E-Mail: hessen@kommissariat-bischoefe.de • Web: www.kommissariat-bischoefe-hessen.de

Vertraulichkeit der Kommunikation, wie es unter B) näher ausgeführt ist, berücksichtigt werden. Wir regen daher an, folgende Konkretisierung in den Gesetzestext aufzunehmen:

„§ 25 Religionsausübung und Seelsorge
(1) Der untergebrachten Person ist eine seelsorgerische und religiöse Betreuung durch ihre Religionsgemeinschaft zu ermöglichen. Auf ihren Wunsch ist ihr zu helfen, mit dem/der Seelsorger/-in ihrer Religionsgemeinschaft in Verbindung zu treten.
(2) Der untergebrachten Person sind Gegenstände des religiösen Gebrauchs in angemessenem Umfang zu belassen. Grundlegende religiöse Schriften dürfen ihr nur bei grobem Missbrauch entzogen werden.
(3) Die untergebrachte Person hat das Recht, an Gottesdiensten und an anderen religiösen Veranstaltungen ihres Bekenntnisses teilzunehmen. Zu religiösen Veranstaltungen einer anderen Religionsgemeinschaft wird eine untergebrachte Person zugelassen, wenn deren Seelsorgerin oder Seelsorger einwilligt. Sie kann von der Teilnahme ausgeschlossen werden, wenn und solange der Zweck der Unterbringung oder die Sicherheit oder Ordnung in dem psychiatrischen Krankenhaus dies zwingend erfordern; die Seelsorgerin oder der Seelsorger sind vorher zu hören. Maßnahmen nach S. 2 sind zu dokumentieren.
(4) Für Angehörige weltanschaulicher Bekenntnisse gelten die Absätze (1) bis (3) entsprechend.
§ 25a Seelsorgerinnen und Seelsorger
(1) Der/die Seelsorger/-in hat Anspruch auf Zutritt, Auskünfte, Vorbringen und Bearbeitung von Anliegen, Mitwirkung, Information über Zu- und Abgänge sowie besondere Vorkommnisse, soweit dieses zur Ausübung der Seelsorge erforderlich ist und dadurch nicht gegen die ärztliche Verschwiegenheitspflicht verstoßen wird.
(2) Mit Zustimmung der Anstaltsleitung kann sich die Anstaltsseelsorge außenstehender Personen bedienen, sie insbesondere zur Mitwirkung an Gottesdiensten und anderen religiösen Veranstaltungen hinzuziehen.“

B) MVollzG

Der Maßregelvollzug fällt in die Zuständigkeit des Sozialministeriums und unterfällt der Krankenhausseelsorge. Dagegen fallen der Strafvollzug und der Sicherungsverwahrungsvollzug in den Zuständigkeitsbereich des Justizministeriums und unterliegen der JVA-Seelsorge. Dennoch sehen wir Gemeinsamkeiten zwischen den Untergebrachten und Gefangenen bzw. Sicherungsverwahrten, da bei allen freiheitsentziehende Maßnahmen getroffen werden. Diese Parallelität zwischen Unterbringung und Haft bzw. Sicherungsverwahrung lässt es aus unserer Sicht ratsam erscheinen, auf einige bewährte Vorschriften für die Anstaltsseelsorge im Strafvollzug und

Frauenlobstraße 5 • 65187 Wiesbaden • Telefon: (0611) 3 60 08-0 • Telefax: (0611) 3 60 08-20
E-Mail: hessen@kommissariat-bischoefe.de • Web: www.kommissariat-bischoefe-hessen.de

in der Sicherungsverwahrung zurück zu greifen. Dieses wird im Folgenden näher ausgeführt.

Grundsätzlich wird die Ausübung der Seelsorge und die Durchführung von Gottesdiensten in Krankenhäusern durch § 6 Abs. 6 HKHG 2011 gewährleistet. Wir begrüßen es, dass das MaßrVollzG für die Untergebrachten die weiteren Konkretisierungen in §§ 28, 29 (alt: 30, 31) beibehält.

Die Einschränkungen für Besuche, Telefongespräche und Schriftwechsel sind im HessStrafVollzG, im HessJStVollzG und im HSVVG nicht auf Seelsorgerinnen und Seelsorger anwendbar. Dieses ergibt sich aus dem Aufbau der Gesetze, der die Seelsorge gerade nicht in dem Abschnitt Außenkontakte anführt. Im Schrifttum findet sich die gleiche Auslegung (etwa Arloth, Strafvollzugsgesetze Bund, Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Kommentar, 3. Auflage, 2011, § 23 StVollzG Rz. 1 ff., § 33 HStVollzG Rz. 1 ff.). Dieses zeigt den Willen des Gesetzgebers dahingehend, dass er keine Überwachung der Seelsorge möchte. Außerdem entspricht das dem schützenswerten Interesse der Seelsorge an vertraulicher Kommunikation. Die Freiheit der Verkündung und das Beicht- und Seelsorgegeheimnis sind zu wahren.

Deshalb regen wir an, eine vergleichbare ausdrückliche Vorschrift in das Maßregelvollzugsgesetz aufzunehmen mit folgendem Wortlaut: „Die §§ 19 bis 23 MaßrVollzG gelten nicht für Seelsorgerinnen und Seelsorger.“ Zusätzlich regen wir an, im Gesetzestext folgenden Anspruch der Seelsorge aufzunehmen: „Der/die Seelsorger/in hat Anspruch auf Zutritt, Auskünfte, Vorbringen und Bearbeitung von Anliegen, Mitwirkung, Information über Zu- und Abgänge sowie besondere Vorkommnisse, soweit dieses zur Ausübung der Seelsorge erforderlich ist und dadurch nicht gegen die ärztliche Verschwiegenheitspflicht verstoßen wird.“

Mit freundlichen Grüßen
i. A.

Magdalene Kläver

Rechtsanwältin Prof. Dr. Magdalene Kläver
- Justiziarin des Kommissariats -

Frauenlobstraße 5 • 65187 Wiesbaden • Telefon: (0611) 3 60 08-0 • Telefax: (0611) 3 60 08-20
E-Mail: hessen@kommissariat-bischoefe.de • Web: www.kommissariat-bischoefe-hessen.de

Dr. Alexander Böhmer
Vizepräsident des Oberlandesgerichts

Frankfurt am Main, 5. November 2021

Gesetz zur Änderung des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes und des Maßregelvollzugsgesetzes
Gesetzentwurf vom 6. September 2021 – Drucksache 20/6333

Zum o.g. Gesetzentwurf nehme ich in Vertretung von Herrn Präsidenten des Oberlandesgerichts Prof. Dr. Roman Poseck wie folgt Stellung:

Die Regelung der Fixierung

Das Bundesverfassungsgericht hat am 24. Juli 2018 entschieden, dass die nicht nur kurzfristige Fixierung sämtlicher Gliedmaßen auch im Rahmen eines bereits bestehenden Freiheitsentziehungsverhältnisses als eigenständige Freiheitsentziehung zu qualifizieren ist, die den Richtervorbehalt des Art 104 Abs. 2 Satz 1 GG abermals auslöst (BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 24. Juli 2018 – 2 BvR 309/15 u.a. –, Rn. 69, zitiert nach juris).

Die verfassungsgerichtlichen Vorgaben für die vollständige Fixierung (Aufhebung der Bewegungsfreiheit an allen Gliedmaßen) werden im vorliegenden Gesetzentwurf zur Änderung des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG-E) umgesetzt. Die nachfolgenden Ausführungen zur Fixierung beziehen sich im Wesentlichen auch auf § 34 des Gesetzentwurfs zur Änderung des Maßregelvollzugsgesetzes (MRVG-E).

§ 21 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 PsychKHG-E regelt, dass als besondere Sicherungsmaßnahme im Einzelfall die Aufhebung der Bewegungsfreiheit an allen Gliedmaßen zulässig ist und unterstellt dies in § 21 Abs. 3 Satz 1 PsychKHG-E dem Richtervorbehalt, sofern die Bewegungsfreiheit der untergebrachten Person nicht nur kurzfristig vollständig aufgehoben wird.

Darüber hinaus regelt § 21 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 PsychKHG-E, dass als besondere Sicherungsmaßnahme im Einzelfall zudem die sonstige Einschränkung der Bewegungsfreiheit durch eine mechanische Vorrichtung zulässig ist.

Während bei einer Maßnahme gemäß § 21 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 PsychKHG-E grundsätzlich die Eins-zu-eins-Betreuung durch therapeutisches oder pflegerisches Personal zu gewährleisten ist, hat bei einer Maßnahme gemäß § 21 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 PsychKHG-E eine engmaschige Überwachung durch therapeutisches oder pflegerisches Personal zu erfolgen.

Näher zu betrachten ist, ob eine Differenzierung zwischen den Maßnahmen gemäß § 21 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 PsychKHG-E einerseits und Nr. 6 andererseits hinsichtlich der sich daran knüpfenden Folgen stets gerechtfertigt ist. Auch bei einer 4-Punkt-Fixierung bei Verwendung eines Bauchgurts sowie Fixierung beider Arme und eines Beines ist die Bewegungsfreiheit nicht unerheblich eingeschränkt. Auch dann ist die betroffene Person an das Bett gefesselt und kann sich nicht drehen. Der Eingriff bei der 4-Punkt-Fixierung kann im Ergebnis sogar noch intensiver sein, weil die durch das freie Bein gewonnene Bewegungsfreiheit mit einem größeren Gefahren- und insbesondere Selbstverletzungspotential einhergehen kann, insbesondere, wenn sie als Anreiz für Befreiungsversuche wirkt. Auch in solchen Fällen kann wegen der höheren Gefährdung eine Eins-zu-eins-Betreuung angezeigt sein, die dann aber ausweislich des Gesetzesentwurfs nicht erforderlich sein soll.

Überdies dürfte eine Konkretisierung des Wortlautes der Regelung gemäß § 21 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 PsychKHG-E hinsichtlich der Formulierung „an allen Gliedmaßen“ überlegenswert sein. Die Formulierung „Gliedmaßen“ könnte nach allgemeinem Wortgebrauch allein auf beide Arme und beide Beine schließen lassen. Diese Auslegung würde dafürsprechen, dass bereits eine 4-Punkt-Fixierung unter den Wortlaut der Norm fallen soll. Die Begründung des Gesetzentwurfs besagt, dass sich die Aufhebung der Bewegungsfreiheit „auf eine Fixierung aller Gliedmaßen, also auf die 7-Punkt- und 5-Punkt-Fixierung, zu der eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts im konkreten Fall getroffen wurde“ beziehe. Da auch in der Begründung wieder auf den Begriff der „Gliedmaßen“ Bezug genommen wird, die allesamt bei einer 7-Punkt- und einer 5-Punkt-Fixierung betroffen sein dürften, bleibt

offen, ob eine 4-Punkt-Fixierung auch dann unter die Regelung des § 21 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 PsychKHG-E fällt, wenn beide Arme und beide Beine fixiert sind. Im Weiteren heißt es in der Begründung, ersichtlich unter Bezugnahme auf § 21 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6, dass die „sonstige Einschränkung der Bewegungsfreiheit … einschränkende Maßnahmen unterhalb der Aufhebung der Bewegungsfreiheit“ bezeichne. Auch aus dieser Begründung lässt sich jedoch nicht eindeutig schließen, ab wann die Bewegungsfreiheit als aufgehoben zu betrachten ist.

Zwar hat das Bundesverfassungsgericht bisher nur über die 5- und 7-Punkt-Fixierungen entschieden. Dies bedeutet aber nicht zwingend, dass bei einer 4-Punkt-Fixierung in jedem Fall nur geringere Anforderungen zu erfüllen wären. Maßgeblich dürfte vielmehr die aus der konkreten Fixierung resultierende Bewegungseinschränkung sein.

§ 21 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 PsychKHG-E sieht für den Fall der Aufhebung der Bewegungsfreiheit an allen Gliedmaßen grundsätzlich die Gewährleistung einer Eins-zu-eins-Betreuung durch therapeutisches oder pflegerisches Personal vor. Trotz der Formulierung der lediglich „grundsätzlich“ zu gewährleistenden Eins-zu-eins-Betreuung ist nicht zu befürchten, dass diese Formulierung zu großzügigen Ausnahmen einlädt. Denn dieser Wortlaut entspricht exakt den verfassungsgerichtlichen Vorgaben. Die Gesetzesbegründung hilft zudem weiter, denn sie enthält die Klarstellung, dass damit lediglich die in der Tat ausgesprochen sinnvolle Ausnahme gemeint ist, dass das pflegerische und therapeutische Personal zur Deeskalation aus dem Kontakt gehen kann. Ausnahmen vom Grundsatz werden daher eng zu fassen und nicht etwa wegen Personalmangels in den Kliniken möglich sein.

Weder Gesetzeswortlaut noch Begründung geben verbindlich vor, dass die Betreuung im selben Raum erfolgen muss. Insoweit lassen sich auch Modelle finden, in denen die Betreuung etwa bei offener Tür aus einem anderen Raum erfolgt, wenn Sichtkontakt etwa durch eine Glasscheibe hergestellt ist. Jedenfalls wird durch die Begründung klargestellt, dass die ständige Möglichkeit des Kontakts während der Dauer der Fixierung gegeben sein soll. Ob und unter Beachtung welcher konkreten Anforderungen eine Eins-zu-eins-Betreuung auch über den Weg einer

Kameraüberwachung, ggf. mit Tonübertragung, zulässig ist, sollte zur Vermeidung von Rechtsunsicherheiten ggf. noch in der Gesetzesbegründung weiter ausgeführt werden.

Im Hinblick auf die im Maßregelvollzug gemäß § 34 Abs. 2 Nr. 5 MRVG-E eröffnete Möglichkeit der Fesselung als besonderer Sicherungsmaßnahme wäre zu erwägen, in § 34 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 MRVG-E durch eine Aufnahme der Nr. 5 vorzusehen, dass auch gefesselte Personen engmaschig überwacht werden müssen, weil auch diese in ihrer Bewegungsfreiheit erheblich eingeschränkt werden.

Eine weiter erforderliche Konkretisierung betrifft die Frage, wer die richterliche Genehmigung im Falle einer Anordnung durch die Ärztin oder den Arzt bei Gefahr im Verzug gemäß § 21 Abs. 3 Satz 3 und 4 PsychKHG-E beantragen darf. § 21 Abs. 3 Satz 4 des Entwurfs verhält sich dazu nicht eindeutig. Insoweit kommt unter Bezugnahme auf § 21 Abs. 3 Satz 1 PsychKHG-E in Betracht, dass auch hier das Antragsrecht der ärztlichen Leitung vorbehalten ist. In Betracht käme auch, dass die bestellte Ärztin oder der bestellte Arzt, die/der ohnehin bereits mit der Anordnung befasst ist, den Antrag zu stellen berechtigt sein soll. Letztere Lösung wäre infolge des bestehenden Eilbedürfnisses deshalb vorzugswürdig, weil diese Ärztin/dieser Arzt ohnehin mit der Angelegenheit befasst und die erforderliche Genehmigung in diesem Zusammenhang zeitnah beantragen kann. Eine entsprechende Konkretisierung des Antragsrechts sollte auch bezüglich § 34 Abs. 5 Satz 4 MRVG-E erfolgen.

Fraglich ist ferner, ob die richterliche Kontrolle engmaschig genug ist, wenn das Gesetz nicht vorsieht, dass die richterliche Genehmigung nach einer gewissen Höchstfrist erneuert werden muss. Einerseits dürfte es den Gerichten nach der derzeit vorgesehenen Fassung bereits möglich sein, die Dauer der Genehmigung eigenverantwortlich selbst zu begrenzen. Andererseits gibt es gleichwohl Fälle, in denen im Gesetz angelegt ist, dass die Gerichte die Kontrolle nicht für eine zu lange Dauer aus der Hand geben, weil das Gewicht des Grundrechtseingriffs eine fortlaufende Kontrolle erfordert. So muss etwa die richterliche Genehmigung der Elektronischen Aufenthaltsüberwachung gemäß § 31a Abs. 3 Satz 4 und 5 HSOG nach drei Monaten erneut eingeholt werden. Die einstweilige Anordnung in Unterbringungssachen darf gemäß § 333 Abs. Satz 1 FamFG die Dauer von sechs

Wochen nicht überschreiten. Auf die Fristen für die Ingewahrsamnahme im Gefahrenabwehrrecht gemäß § 35 Abs. 1 Satz 3 HSOG wird zudem verwiesen. Zu erwägen wären überdies etwaige Höchstfristen bei regelmäßigen Sicherungsmaßnahmen gemäß § 21 Abs. 4 PsychKHG-E (etwa die stets erforderliche nächtliche Sicherung durch Bettgitter oder Bauchgurt).

Zuständigkeit für Anträge im Unterbringungsverfahren

Durch § 16 Abs. 2 PsychKHG-E wird nun neu geregelt, dass zuständige Verwaltungsbehörde für den Antrag auf Anordnung einer Unterbringung sowie für den Antrag auf Verlängerung einer gerichtlich angeordneten Unterbringung das Gesundheitsamt ist. Vor dem Hintergrund, dass Anträge auf Unterbringung oder deren Verlängerung häufig eilig zu stellen sind, ist die Erreichbarkeit und Handlungsfähigkeit der Gesundheitsämter von wesentlicher Bedeutung. Insoweit wird die Neuregelung des § 5 Abs. 6 PsychKHG-E begrüßt, wonach außerhalb der Regelarbeitszeiten Krisenhilfen vorzuhalten sind, die von den Sozialpsychiatrischen Diensten unter Einbeziehung aller an der Versorgung Beteiligten zu koordinieren sind. Diese Verfahrensweise wäre im Übrigen auch vorzugswürdig gegenüber einer andernfalls denkbaren Regelung, wonach die Gerichte auch von Amts wegen nach Kenntnisnahme entsprechender Unterbringungserfordernisse tätig werden könnten. Denn die Vorbefassung durch das Gesundheitsamt beschleunigt letztlich das Verfahren, indem der Sachverhalt zunächst durch das Gesundheitsamt ermittelt und bewertet wird, bevor er dem Gericht zur Entscheidung vorgelegt wird. Voraussetzung ist indes, dass das Entgegennehmen entsprechender Anregungen und das daraufhin erfolgende Stellen entsprechender Anträge klar unter die Zuständigkeit dieser Krisenhilfen fallen. Dies wäre ggf. noch klarer festzustellen.

Auch bei Verlängerungsanträgen kann sich ein kurzfristiger Handlungsbedarf ergeben. Dies ist insbesondere denkbar, wenn die Situation bei der Entlassung eskaliert, weil bislang bestehende Hemmungen wegfallen und/oder die betroffene Person von der Situation überfordert ist oder der Verlängerungsantrag erst kurzfristig vor Ablauf der ursprünglichen Unterbringungsdauer gestellt wird.

Öffnung für Stellungnahmen von psychologischen Psychotherapeutinnen oder psychologischen Psychotherapeuten

§ 16 Abs. 4 des Entwurfs sieht vor, dass dem Antrag nicht mehr ausschließlich eine ärztliche Stellungnahme beigefügt werden soll, sondern dass auch eine Stellungnahme einer psychologischen Psychotherapeutin oder eines psychologischen Psychotherapeuten möglich ist.

Diesbezüglich wird darauf hingewiesen, dass nach vorrangigem Bundesrecht (§§ 321 Abs. 1 FamFG) auch weiterhin eine Stellungnahme einer Ärztin oder eines Arztes erforderlich ist, um über eine Unterbringung zu entscheiden. Die neue Regelung kann daher einerseits zu Verzögerungen führen, wenn erst nach Stellung des Antrags im Wege der Amtsaufklärung die ärztliche Stellungnahme angefordert werden muss. Andererseits kann insgesamt bei den Kliniken in der Summe ein höherer Aufwand entstehen, wenn dort zunächst die Stellungnahme durch eine Psychotherapeutin bzw. einen Psychotherapeuten erstellt wird, die dem Antrag auf Unterbringung beigefügt wird, sodann aber zusätzlich noch eine ärztliche Stellungnahme zu erstellen ist.

Vorläufige Unterbringung

§ 17 Abs. 1 Satz 3 des Entwurfs sieht vor, dass sämtliche Ärztinnen und Ärzte des psychiatrischen Krankenhauses – und nicht etwa nur fachlich und persönlich besonders geeignete bestellte Ärztinnen und Ärzte gemäß § 11 PsychKHG – den Antrag auf vorläufige Unterbringung stellen können.

Zwar könnte ein Vorteil dieser Änderung darin gesehen werden, dass dann stets eine antragsbefugte Ärztin oder ein antragsbefugter Arzt für die Antragstellung zur Verfügung steht. Doch muss ohnehin eine bestellte Ärztin oder ein bestellter Arzt mit dem Fall befasst sein, denn nur diese/dieser ist gemäß § 17 Abs. 1 Satz 1 PsychKHG befugt – als Voraussetzung für den Antrag –, die sofortige vorläufige Unterbringung anzuordnen. Daher erscheint es sinnvoll, wenn die bestellte Ärztin oder der bestellte Arzt dann auch den erforderlichen Antrag auf vorläufige Unterbringung stellt. Auch für die Anordnung der regelmäßig mit einem erheblichen Eilbedürfnis einhergehenden Fixierungen ist eine bestellte Ärztin oder ein bestellter Arzt zuständig, so dass es möglich sein dürfte, dass diese/dieser dann auch den erforderlichen Antrag gegenüber dem Gericht stellt.

Somatische Krankenhäuser

Bereits im Rahmen der Evaluation war von hier hervorgehoben worden, dass für somatische Krankenhäuser eine Regelungslücke bestehen dürfte. Dieses Problem löst der Entwurf bedauerlicherweise nicht, indem er zwar in § 22 die Anwendung unmittelbaren Zwangs auch beim Transport (etwa in ein somatisches Krankenhaus) vorsieht, aber die Regelung in § 10, wonach die Unterbringung (ausschließlich) in psychiatrischen Fachkrankenhäusern bzw. Fachabteilungen erfolgt, unverändert lässt.

§ 32 Abs. 4 HSOG regelt allerdings, dass Personen, bei denen die Voraussetzungen für eine sofortige vorläufige Unterbringung vorliegen, im Falle einer somatischen Behandlungsbedürftigkeit auch vorübergehend in ein Allgemeinkrankenhaus gebracht werden können. In der Praxis sind diese Fälle nicht selten, etwa wenn die Person wegen Vergiftungsphantasien länger nichts zu sich genommen hat, tiefgreifende gesundheitliche Schwierigkeiten infolge längerer Obdachlosigkeit hat oder eine Metastasenabklärung benötigt, weil sich ihr Verhalten möglicherweise mit einem Gehirntumor erklären lässt.

Nach geltender Rechtslage scheiden dann beispielsweise in somatischen Krankenhäusern Fixierungen nach dem PsychKHG aus. Andererseits erscheint es in Fällen einer bereits angeordneten Unterbringung nicht sachgerecht, zur Ermöglichung somatischer Behandlung nach geltender Rechtslage die ebenso erforderliche Unterbringung beenden zu müssen.

Entlassung

Klärungsbedürftig erscheint auch die Frage, wann Betroffene entlassen werden dürfen, nachdem durch richterliche Entscheidung die Unterbringung erfolgt ist. § 28 PsychKHG regelt eine Pflicht zur Entlassung in bestimmten alternativ aufgelisteten Fällen. In der Praxis kommt es aber vor, dass Kliniken eine Entlassung auch vornehmen, wenn diese Voraussetzungen nicht vorliegen, also bei richterlich angeordneten regulären (nicht nur vorläufigen) Unterbringungen vor Ablauf der bestimmten Dauer. Handlungsleitend scheint dann zu sein, dass im konkreten Fall keine Behandlungsperspektive gesehen wird.

Als unbefriedigend werden insbesondere Fälle eines „Drehtür-Effekts“ wahrgenommen, in denen die Unterbringung bei der nächsten Krise erneut richterlich angeordnet wird, aber wiederum eine Entlassung folgt.

Dafür, dass die Entlassung ausschließlich in den in § 28 PsychKHG genannten Fällen erfolgen darf, könnte sprechen, dass in § 12 Abs. 1 PsychKHG nur die Befugnis des bestellten Arztes geregelt ist, über eine Entlassung nach § 17 Abs. 3 PsychKHG zu entscheiden, nicht aber über eine Entlassung gemäß § 28 PsychKHG. Möglicherweise folgt hieraus, dass im Umkehrschluss zu Entlassungen in sonstigen Fällen keine Befugnis besteht. Eine Klarstellung wäre gleichwohl im Sinne der Rechtsklarheit hilfreich.

Zumindest wäre aber ungeklärt, wer innerhalb der Klinik die Entscheidung über eine Entlassung nach regulärer Unterbringung treffen darf. In Betracht käme eine Auslegung dahingehend, dass jede Ärztin bzw. jeder Arzt, eine bestellte Ärztin bzw. ein bestellter Arzt oder nur die ärztliche Leitung zuständig wäre. Die Regelung des § 12 Abs. 1 PsychKHG legt nahe, dass dazu nicht jede Ärztin und nicht jeder Arzt befugt sein soll. Eine ausdrückliche Regelung wäre auch hier hilfreich.

Konkurrenz zum BGB

Durch § 9 Abs. 3 PsychKHG-E wird geregelt, dass der Vollzug einer angeordneten BGB-Unterbringung Vorrang hat. Indem der Vorrang nur im Falle einer bereits angeordneten Unterbringung nach BGB vorgesehen ist wird ferner deutlich, dass Raum für eine Unterbringung nach PsychKHG bleibt, wenn eine BGB-Unterbringung nicht angeordnet wurde oder jedenfalls nicht vollzogen wird. Dies könnte etwa dann relevant werden, wenn die erforderliche Einbindung der Betreuerin oder des Betreuers zu erheblichen und unvertretbaren Verzögerungen führen würde. Auch ist nicht auszuschließen, dass eine Betreuerin bzw. ein Betreuer im Einzelfall nicht im erforderlichen Maße mitwirkt oder aus nachvollziehbaren Gründen – etwa zum Schutz eines langjährig aufgebauten Vertrauensverhältnisses zum Betreuten – vor einer Mitwirkung zurückschreckt. Indem in diesen Fällen eine Unterbringung nach PsychKHG möglich bleibt, wird eine etwaige Benachteiligung einer betreuten Person im Vergleich zu einer hilfebedürftigen Person, die nicht unter Betreuung steht,

vermieden. Zu überlegen wäre, die Regelung des § 9 Abs. 3 PsychKHG-E auch für die Fälle der Zwangsbehandlung vorzusehen.

Zuständigkeiten der Gerichte

Die vorgesehenen Regeln zu den gerichtlichen Zuständigkeiten, insbesondere betreffend die neu geregelten Richtervorbehalte, erscheinen sinnvoll. Die Amtsgerichte als Betreuungsgerichte sind für die Umsetzung des Richtervorbehalts zuständig. Das Oberlandesgericht ist wie bisher nur bei Unterbringungen Minderjähriger als Familiengericht Beschwerdegericht. Im Übrigen verbleibt die Zuständigkeit für die Beschwerden bei den Landgerichten, weil Unterbringungen von § 72 Abs. 1 Satz 2 GVG erfasst werden. Mit der nachträglichen Überprüfung von bereits erledigten Fixierungen im Maßregelvollzug werden sich die Strafvollstreckungskammern der Landgerichte zu beschäftigen haben.

Allgemeine Anmerkung zum Entwurf

Ausweislich Seite 1 des Gesetzentwurfs „C. Befristung“ wird das PsychKHG auf sieben Jahre befristet. Im weiteren Satz heißt es hingegen, dass das Gesetz somit bis zum 31. Dezember 2029 befristet werden soll. Dies entspräche aber einem Zeitraum von acht Jahren (1.1.2022 bis 31.12.2029).

gez. Dr. Alexander Böhmer

Von: Schardt, Jasmin
An: Sadkowiak, Maximilian (HLT); Bartl, Andrea (HLT)
Betreff: WG: Teilnahmebestätigung von Herrn Prof. Dr. Christoph Fehr an der Anhörung am 15.11.21 beim Hessischen Landtag
Datum: Freitag, 5. November 2021 13:24:02

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,

sehr gerne möchte ich meine Teilnahme an der Anhörung zur öffentlichen Lesung des hessischen Psychisch Krankenhilfe Gesetz (Psych KHG) teilnehmen.

Ich möchte vorab noch zwei Punkte ansprechen, dich auch in der mündlichen Anhörung noch einmal erwähnen möchte.

Die Wahrnehmung der Pflichten im Rahmen des Gesetzes bestellten Ärzte unter Berlin in Kliniken sind umfangreich. Sie stellen einen bedeutsamen Anteil der Arbeitszeit der dort tätigen dar. Bis jetzt ist eine diesbezügliche Vergütung der damit verbundenen Arbeitszeiten nicht vorgesehen gewesen. Auch von Seiten der Kostenträger wurde bisher keine pauschalisierte Vergütung der mit dem Gesetz verbundenen Pflichten vorgesehen. Dieses sollte in einer Neufassung des Gesetzes geregelt werden, respektive auch dem sozialen Gesundheitsausschluss zur Kenntnis gebracht werden.

Im weiteren möchte ich erwähnen, dass bisher ein Bericht des Ministeriums über die Anzahl der in den Kliniken vorgenommenen Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen nicht vorliegt.

Dieses wäre auf jeden Fall anzumerken und der überarbeiteten Form des Gesetzes beizulegen.

Mit freundlichen Grüßen

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Christoph Fehr

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Klinikdirektor
Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Hadamar

Tel. +49 64 33 91 72 61
Fax +49 64 33 91 72 34
christoph.fehr@vitos-weil-lahn.de

Vitos Weil-Lahn gemeinnützige GmbH
Mönchberg 8, 65589 Hadamar
Geschäftsführer: Martin Engelhardt
Sitz der Gesellschaft: Hadamar
Amtsgericht Limburg: HRB 4146
USt.-ID: DE 255705894
Gesellschafter: Vitos GmbH, LWV Hessen
Besuchen Sie uns auch im Internet:

http://www.vitos-weil-lahn.de
Ein Unternehmen des LWV Hessen

Mit freundlichen Grüßen

Jasmin Schardt
Sekretariat Klinikdirektor Hr. Prof. Dr. Fehr
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Hadamar

Tel. +49 64 33 91 72 61
Fax +49 64 33 91 72 34
jasmin.schardt@vitos-weil-lahn.de
Vitos Weil-Lahn gemeinnützige GmbH

65589 Hadamar

Vitos Weil-Lahn gemeinnützige GmbH
Mönchberg 8, 65589 Hadamar
Geschäftsführer: Martin Engelhardt
Sitz der Gesellschaft: Hadamar
Amtsgericht Limburg: HRB 4146
USt.-ID: DE 255705894
Gesellschafter: Vitos GmbH, LWV Hessen

Besuchen Sie uns auch im Internet:

http://www.vitos-weil-lahn.de
Ein Unternehmen des LWV Hessen

LANDESVERBAND HESSEN
DER ÄRZTE UND ZAHNÄRZTE DES
ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITSDIENSTES E. V.
FACHAUSSCHUSS PSYCHIATRIE
c/o MAX HARTOG, SOZIALPSYCHIATRISCHER DIENST HOCHTAUNUSKREIS, LUDWIG-ERHARD-ANLAGE 1-5, 61352 BAD HOMBURG

Max Hartog
c/o
Sozialpsychiatrischer
Dienst
Hochtaunuskreis
Ludwig-Erhard-
Anlage 1-5
61352 Bad Homburg
Tel.: 06172-999-5822
Fax: 06172-999-9806

Bad Homburg v.d.H., 05.11.2021

Stellungnahme zur Landtagsanhörung zum Entwurf des Gesetzes zur Änderung des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes

- **§ 2 Abs. 2 NEU**
  „(2) Bei Hilfen und bei der Unterbringung ist mit der Person nach § 1 in einer für sie leicht verständlichen Sprache und barrierefrei zu kommunizieren.“

  Eine leicht verständliche Sprache und barrierefreie Kommunikation wird ausdrücklich begrüßt. Dies könnte freiheitsentziehende Maßnahmen verhindern helfen, da es zu weniger Missverständnissen bzw. Unklarheiten infolge von Sprachbarrieren kommt. Hierdurch kann die Intention des PsychKHG Zwangsmaßnahmen zu vermeiden und Hilfen anzubieten wesentlich besser umgesetzt werden. Eine **kostenneutrale Umsetzung** ist jedoch **nicht möglich**. Geklärt werden muss unbedingt, wer die Kosten der barrierefreien Kommunikation (zum Beispiel Dolmetscher, Gebärdendolmetscher etc.) trägt, da Sprachmittler in der Regel nicht ausreichend sind. Durch Sprachmittler kommt es häufig nicht zu einer korrekten Übersetzung, sodass eine wesentliche Grundlage zur Einschätzung welche Hilfen angeboten werden können und wie ggf. die Gefährdungslage zu bewerten ist fehlt.

- **§ 4 Abs. 5 Satz 1 und Satz 3**
  In Satz 1 werden nach dem Wort „unterstützt“ die Wörter „sowie in die Therapie einbezogen“ eingefügt.
  In Satz 3 werden die Wörter „soll berücksichtigt werden“ durch „ist zu berücksichtigen“ ersetzt.
  „(5) Personen, die Menschen mit psychischen Störungen nahestehen, sollen entlastet und unterstützt sowie in die Therapie einbezogen werden. Ihre Bereitschaft zur Mitwirkung bei den Hilfen soll erhalten und gefördert werden. Die besondere Situation von Kindern von Eltern mit psychischen Störungen ist zu berücksichtigen.“

  Dies Änderungen sind zu begrüßen, jedoch ist vorrangig der Wille des Betroffenen zu bedenken, da auch schon vor Auftreten einer psychischen Erkrankung eine konfliktbelastete Beziehung zwischen Angehörigen und Betroffenen bestehen kann.

  In den §§ 3 und 4 muss zudem konkretisiert werden, wer die Hilfen (Beratung, Begleitung, Hinführen zu ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung etc.), die ergänzend über die Hilfen nach anderen Rechtsvorschriften hinausgehen, anbietet. **Der Sozialpsychiatrische Dienst** sollte explizit genannt werden, diese Hilfen zu leisten. Ein Rechtsanspruch auf diese Hilfen bei psychischer Störung sollte klar formuliert werden.

- **§ 5 Abs. 2**
  *„Macht eine Person nach § 1 von den **angebotenen Hilfen** keinen Gebrauch …“*

  Siehe Anmerkungen zu § 3 und § 4.
  Es sollte konkretisiert werden, dass der Sozialpsychiatrische Dienst im Sinne von vor- und nachsorgenden sowie begleitenden Hilfen seine Hilfen anbietet. Ansonsten bleibt unklar, wer die Hilfen nach § 3 und 4 im Vorfeld anbieten soll. Auch ist es nicht möglich, dass der Sozialpsychiatrische Dienst Kenntnis davon erhält, dass Hilfen angeboten und abgelehnt wurden, wenn er nicht selbst diese Hilfen erbracht hat.

  *„„Macht eine **Person nach § 1** von den angebotenen Hilfen keinen Gebrauch und liegen Anzeichen dafür vor, dass sie **infolge einer psychischen Störung** ihr Leben, ihre Gesundheit oder das Leben, die Gesundheit oder andere bedeutende Rechtsgüter Anderer **erheblich** gefährdet, kann der Sozialpsychiatrische Dienst …, um ihr Hilfen anzubieten …“*
  Bei korrekter Auslegung von § 5, Absatz 2, sind die Hürden sehr hoch und ein Tätigwerden des Sozialpsychiatrischen Dienstes ist in den seltensten Fällen möglich.
  Siehe Anmerkungen unter § 3 und § 4. Der Sozialpsychiatrische Dienst sollte gesetzlich in die Lage versetzt werden, **niedrigschwellige Hilfen** anzubieten, ohne dass bereits Anzeichen für eine erhebliche Gefährdung infolge einer psychischen Störung bestehen.

§ 5 Abs. 3, insbesondere Satz 2, 3 und 4
„(3) Wird von keinem der Angebote nach Abs. 2 Satz 1 und 2 Gebrauch gemacht, soll ein Hausbesuch durchgeführt werden. Ist der Hausbesuch nicht durchführbar oder kann während des Hausbesuchs eine gegebenenfalls erforderliche ärztliche Untersuchung nicht durchgeführt werden, ist die Person nach § 1 vorzuladen. Sie ist verpflichtet, dieser Vorladung zu folgen und eine ärztliche Untersuchung zu dulden. Darauf ist in der Vorladung hinzuweisen.“

Diese Maßnahme ist wirkungslos, da es keine Konsequenz hat respektive nicht sanktionsbewehrt ist, wenn jemand der Vorladung nach § 5, Absatz 3, nicht folgt.

§ 5 Abs. 6 NEU
Als neuer Abs. 6 wird eingefügt:
„(6) Außerhalb der Regelarbeitszeiten sind Krisenhilfen vorzuhalten. Diese sind von den Sozialpsychiatrischen Diensten unter Einbeziehung aller an der Versorgung Beteiligten zu koordinieren. Krisenhilfen können auch überörtlich in Kooperation mehrerer Sozialpsychiatrischer Dienste vorgehalten werden.“

Es ist ausdrücklich zu begrüßen, dass außerhalb der Regelarbeitszeiten Krisenhilfen vorzuhalten sind. Unabhängig, ob vom Sozialpsychiatrischen Dienst nur koordiniert (und somit an externe Leistungserbringer delegiert) oder vom Sozialpsychiatrischen Dienst selbst durchgeführt, Krisenhilfen außerhalb der Regelarbeitszeiten sind **nicht kostenneutral** durchzuführen. Weder externe Leistungserbringer noch der Sozialpsychiatrische Dienst werden diese Leistung kostenlos erbringen.

Beispielhaft ist hier eine Berechnung des notwendigen Personals einer wie oben genannten Krisenhilfe für eine Gebietskörperschaft:

Folgende Zeiten müssten **neu** abgedeckt werden:
Montag bis Freitag: 16.00 bis 8.00 Uhr = 64 Stunden
Freitag ab 16.00 Uhr bis Montag 8.00 Uhr = 64 Stunden
Insgesamt: 128 Stunden
128 Stunden neu abzudeckende Zeiten ergeben 3,30 Vollzeit-Stellen

Aus Sicherheits- und Arbeitsschutzgründen müssen zumindest 2 Personen gleichzeitig in der Krisenhilfe tätig sein. Entsprechend werden mindestens 6,60 Vollzeit-Stellen benötigt.
Die **Übernahme der Kosten der Krisenhilfe** muss eindeutig geregelt werden. Außerdem sind unbedingt **Qualitätsstandards der Krisenhilfen** zu **benennen**. Es sollte eine hessenweit einheitliche Regelung der zu erbringenden Leistungen im Krisenfall außerhalb der Regelarbeitszeiten bestehen. Dies könnte über einen für ganz Hessen zuständigen Träger geschehen, der unter anderem eine telefonische Krisenhilfe mit einer einheitlichen Rufnummer anbietet. Dies wäre im Sinne des Ressourcen- und Personaleinsatzes die günstige Variante, womit nicht Kostenneutralität gemeint ist. Vorbild hierfür könnte der sogenannte **Berliner Krisendienst** im Land Berlin sein.

§ 5 Abs. 7
Die Aussagekraft der von den einzelnen Sozialpsychiatrischen Diensten erhobenen Daten zu den Maßnahmen nach § 5 Abs. 2 bis 4 ist hinfällig, da die Voraussetzungen zum Tätigwerden nach § 5 von den einzelnen Sozialpsychiatrischen Diensten völlig unterschiedlich bewertet werden.
Die Sozialpsychiatrischen Dienste haben bisher somit nach unterschiedlichen Definitionen die Zahlen erhoben, so dass es keine Einheitlich- und damit auch keine Vergleichbarkeit geben wird. **Klare Vorgaben und Definitionen** sind erforderlich.
Die zu erhebenden Daten nach neuem Abs. 6 (Krisenhilfen) müssen ebenso **konkretisiert bzw. definiert** werden (Anzahl der Krisendienste, Personalaufwand oder Zahl der Fälle außerhalb der Regelarbeitszeit etc.).

- **§ 6 Abs. 3 Satz 1**
In Abs. 3 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:
„Zu der Erörterung sind auch die zuständigen Gerichte, Betreuungsbehörden und Polizei- und Ordnungsbehörden einzuladen.“
„(3) Mindestens einmal im Jahr laden die Sozialpsychiatrischen Dienste die an der psychiatrischen Versorgung in ihrem örtlichen Zuständigkeitsbereich beteiligten Einrichtungen und Personen zu einer Erörterung ein, um die psychiatrische Versorgung und die Hilfsangebote vor Ort zu analysieren mit dem Ziel, Unterbringungen zu vermeiden und die psychiatrische Versorgung und die Hilfsangebote vor Ort anzupassen und weiterzuentwickeln. Zu der Erörterung sind auch die zuständigen Gerichte, Betreuungsbehörden und Polizei- und Ordnungsbehörden einzuladen Die Ergebnisse der Auswertung nach Abs. 2 Satz 1 sollen in die Erörterung einfließen.“

  In einigen Gebietskörperschaften werden bereits auch die in dem neu eingefügten Satz genannten Institutionen eingeladen, jedoch ist dabei die Arbeitsfähigkeit der Sitzung infolge der Anzahl der Teilnehmenden zu bedenken. Hier sollte daher konkretisiert werden, dass von den genannten Einrichtungen jeweils immer nur eine VertreterIn einzuladen ist.

§ 6a NEU
Nach § 6 wird als § 6a eingefügt:

„§ 6a
Gemeindepsychiatrische Verbünde

Auf Ebene der kreisfreien Städte und der Landkreise sollen Gemeindepsychiatrische Verbünde gebildet werden, in denen sich insbesondere Träger ambulanter, teilstationärer oder stationärer Versorgungseinrichtungen und Dienste sowie Angebote der Selbsthilfe zusammenschließen. Sie schließen hierzu eine Kooperationsvereinbarung mit dem Ziel, in den von ihnen angebotenen Leistungsbereichen für Personen nach § 1 eine möglichst bedarfsgerechte wohnortnahe Versorgung zu erreichen. Die Gemeindepsychiatrischen Verbünde sollen mit Verbünden und Netzwerken aus anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung zusammenarbeiten.“

Die Einrichtung von gemeindepsychiatrischen Verbünden ist zu begrüßen. Es sollte hier auch der Psychiatriekoordinator eine leitende und koordinieren Funktion haben. Siehe auch Anmerkung zu § 6 Abs. 1.

- **§ 9 Abs.1**
„(1) Eine Person nach § 1 wird ohne oder gegen ihren Willen untergebracht, wenn und solange infolge einer psychischen Störung eine erhebliche Gefahr für ihr Leben, ihre Gesundheit oder das Leben, die Gesundheit oder andere bedeutende Rechtsgüter Anderer besteht und nicht anders abgewendet werden kann.“

Wünschenswert wäre hier eine Konkretisierung des Begriffs „erhebliche Gefahr…“.

- **§ 13 Abs. 2 Nr. 3**
Der folgende Satz wird angefügt:
„Die Besuchskommission kann tätig werden, wenn sie mit mindestens der Hälfte der Mitglieder besetzt ist.“

Diese Änderung ist im Sinne der Praktikabilität zu befürworten, jedoch sollte konkretisiert werden welche Mitglieder bei halber Besetzung der Besuchskommission dazugehören sollen. Ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sollte vor dem Hintergrund des medizinischen Sachverstands und der eigenen klinischen Berufserfahrung Unterbringungsverfahren zu beantragen sowie Gutachten hierzu zu erstellen, auch bei einer halben Besetzung unbedingt einer Besuchskommission angehören.

- **§ 16 Abs. 2**
  Abs. 2 wird wie folgt gefasst:
  „(2) Zuständige Verwaltungsbehörde für den Antrag nach Abs. 1 und für den Antrag auf Verlängerung einer gerichtlich angeordneten Unterbringung ist das Gesundheitsamt.“

  Diese Neufassung ist inhaltlich durchaus zu begrüßen, da die Ordnungsämter in der Regel nicht über die notwendige Expertise zu psychischen Erkrankungen verfügen. Dies erweitert den Befugnisrahmen der Sozial-psychiatrischen Dienste. Zu beachten ist hierbei jedoch, dass dann die Sozialpsychiatrischen Dienste eher als Ordnungsbehörde wahrgenommen werden könnten. Damit der Sozialpsychiatrische Dienst nicht nur einen reinen Verwaltungsakt auf Anregung des psychiatrischen Krankenhauses ausführt sollte er dem Antrag auch eine eigene ärztliche Stellungnahme hinzufügen, die bei der gerichtlichen Entscheidung über die Unterbringung zu berücksichtigen ist. D.h. im Umkehrschluss muss auch sichergestellt sein, dass der Sozialpsychiatrische Dienst die Beantragung einer Verlängerung ablehnen kann.

  Diese neu hinzukommende Pflichtaufgabe des Sozialpsychiatrischen Dienstes ist **durch den** bisher gezahlten **Mehrbelastungsausgleich nicht gedeckt**. Entsprechend ist diese Aufgabe **nicht kostenneutral umzusetzen**.
  Der Mehraufwand ist damit begründet, dass sämtliche Vorprüfungen, Filterungen der Fälle, welche bisher durch die Ordnungsbehörden erfolgt sind, zukünftig durch den Sozialpsychiatrischen Dienst durchgeführt werden müssen. Zudem müssten für die Verlängerungsanträge voraussichtlich Bereitschaftsdienste durch die Sozialspychiatrischen Dienste an Wochenenden und Feiertagen vorgehalten werden.

§ 16 Abs. 4
In Abs. 4 werden nach dem Wort „ärztliche“ die Wörter „oder psychologische“ eingefügt.
„(4) Dem Antrag nach Abs. 1 soll eine ausführliche ärztliche oder psychologische Stellungnahme beigefügt werden, die auch Aussagen über die Notwendigkeit und Dauer von Behandlungsmaßnahmen nach § 20 Abs. 1 und 2 enthalten soll und die auf einer höchstens 14 Tage zurückliegenden Untersuchung beruht.“

Die Änderung, dass dem Antrag eine Stellungnahme eines psychologischen Psychotherapeuten beigefügt werden soll wird ausdrücklich **nicht befürwortet**, da es sich bei psychischen Störungen nicht nur um originär psychisch bedingte Erkrankungen handelt, sondern auch durch körperlich Erkrankungen, wie z.B. Störungen der Blutsalze, bösartige Neubildungen, Stoffwechselstörungen usw. verursacht werden können. Um dies zu erkennen und die dafür erforderliche weitere Diagnostik und Behandlung zu bahnen bedarf es ärztlichen Sachverstands.

Gemäß § 16, Absatz 4, soll die Stellungnahme auch **Aussagen über die Notwendigkeit und Dauer von Behandlungsmaßnahmen** nach § 20 Abs. 1 und 2 enthalten. Der/die approbierte psychologische Psychotherapeut*in ist nicht befugt, medikamentöse Behandlungen durchzuführen. Entsprechend **kann** er/sie sich in der Stellungnahme zu Behandlungsmaßnahmen **nicht äußern**.
Viele Menschen mit psychischen Störungen leiden unter teils **schweren körperlichen Erkrankungen**, deren Behandlung aufgrund der psychischen Störung bis hin zur körperlichen Selbstgefährdung vernachlässigt wird. **Dies zu erkennen** und eine entsprechende Unterbringung zu veranlassen, bedarf ärztlichen Sachverstands.

Die Stellungnahme zur Unterbringung ist eine rein ärztliche Aufgabe.

Es fehlt in den §§ 16 und 17 komplett eine Regelung zur Unterbringung von psychisch Kranken in somatischen Kliniken, falls sie die Behandlung ihrer teils schweren körperlichen Erkrankungen aufgrund ihrer psychischen Störung ablehnen oder vernachlässigen, sodass es zu einer akuten Eigengefährdung kommt. Beispielhaft genannt seien hier Bluthochdruckkrisen, massive Überzuckerung bei Diabetes mellitus, usw.. Ist eine psychisch kranke Person, die ein akut eigen- und/oder fremdgefährdendes Verhalten zeigt, zunächst stationär somatisch behandlungsbedürftig kann nur der § 32 Abs. 4 HSOG angewandt werden, da in Hessen somatische Kliniken, d.h. sogenannte Allgemeinkrankenhäuser, nicht mit dem Recht zur Unterbringung nach §11 PsychKHG beliehen sind. Ob Allgemeinkrankenhäuser in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft mit oder ohne psychiatrische Abteilung hiervon eine Ausnahme bilden ist unklar. In der praktischen Umsetzung bedeutet dies eben skizzierte rechtliche Lage, dass die Polizei bzw. das Ordnungsamt sich bei der psychisch kranken Person im Allgemeinkrankenhaus aufhalten müssen, bis die Behandlung abgeschlossen ist. Wobei anzumerken ist, dass nach § 32 HSOG die Verbringung der psychisch kranken Person in ein Allgemeinkrankenhaus nur vorübergehend ist. Dass schließt eine mehrwöchige Behandlung im somatischen Krankenhaus nach HSOG aus. Als Alternative besteht möglicherweise auch die Aufnahme der psychisch kranken Person auf eine Intensivstation des Allgemeinkrankenhauses entsprechend des sogenannten rechtfertigenden Notstands nach § 34 Strafgesetzbuch (im Folgenden StGB). Dies setzt aber freie Intensivbetten voraus, was nicht immer gegeben ist, und führt nicht selten zu längeren Diskussionen mit den Ärzten der somatischen Kliniken. Insgesamt besteht so eine rechtlich sehr unbefriedigende Situation, was häufig auch zu intensiven Diskussion zwischen den somatischen und psychiatrischen Krankenhäusern führt.

- **§18 Abs. 1 Satz 2**
  Abs. 1 Satz 2 wird aufgehoben.
  „Es soll darauf hingewirkt werden, dass die untergebrachte Person schnellstmöglich wieder in die Gemeinschaft eingegliedert werden kann.“

  Die in der Begründung zur Aufhebung des Satzes aufgeführte Ansicht, dass psychisch Kranke Teil der gesellschaftlichen Gemeinschaft sind ist an sich sehr zu begrüßen. Dies entspricht jedoch häufig nicht der gelebten Realität, insbesondere bei schweren psychischen Erkrankungen wie z.B. bei Menschen mit Schizophrenie. Daher wäre eine neue Formulierung wünschenswert, wie z.B**.**
  „Es soll darauf hingewirkt werden, dass die untergebrachte Person, sofern sie es wünscht, schnellstmöglich Hilfen zur gesellschaftlichen Teilhabe erhält.“

  § 28 a Abs. 3
  Als Abs. 3 wird angefügt:
  „(3) Die Entlassung ist dem für den Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort der untergebrachten Person örtlich zuständigen Sozialpsychiatrischen Dienst mitzuteilen. Der Sozialpsychiatrische Dienst hat nachgehende Hilfen zu erbringen. Ziel der Hilfen ist es, der aus der Unterbringung zu entlassenden Person durch individuelle medizinische und psychosoziale Beratung und Betreuung Unterstützung im Übergang aus dem Krankenhaus zu bieten. § 1 Abs. 6 Satz 1 und 2 des Hessischen Gesetzes über die öffentliche Sicherheit und Ordnung ist anwendbar.“

  Der neue Absatz 3 wird absolut begrüßt.

  Diese neu hinzukommende Pflichtaufgabe des Sozialpsychiatrischen Dienstes ist allerdings **durch den** bisher gezahlten **Mehrbelastungsausgleich nicht gedeckt**. Entsprechend ist diese Aufgabe **nicht kostenneutral durch Sozialpsychiatrischen Dienst umzusetzen**.

  Unbedingt notwendig ist noch im neuen Absatz aufzuführen, dass die Verpflichtung der Krankenhäuser zur Gewährleistung eines Entlassungsmanagements nach § 39 Absatz 1a SGB V hiervon unberührt bleibt. Hintergrund ist die immer wieder gemachte Erfahrung, dass Krankenhäuser diese Verpflichtung immer wieder an die Sozialpsychiatrischen Dienste delegieren wollen.

- **§ 29 a NEU**
  Nach § 29 wird als § 29a eingefügt:

  „§ 29a

  Unterrichtung in besonderen Fällen

  Ist aufgrund der Art und Schwere der psychischen Störung anzunehmen, dass die betroffene Person sich oder andere durch das Führen eines motorisierten Verkehrsmittels oder durch den Umgang mit Waffen oder Sprengstoff gefährden könnte, kann der Sozialpsychiatrische Dienst oder eine nach § 11 Abs. 2 Satz 1 bestellte Person des psychiatrischen Krankenhauses, in dem die betroffene Person untergebracht ist, die zuständige öffentliche Stelle über die getroffenen Feststellungen unterrichten. Der betroffenen Person ist vorher Gelegenheit zu geben, sich zu der Unterrichtung zu äußern, eine Äußerung ist der Unterrichtung beizufügen.“

  Grundsätzlich wird die Einführung dieses neuen Paragraphen begrüßt, da hierdurch ein rechtlicher Rahmen für die Übermittlung solcher Information geschaffen wird. Jedoch sollte klar formuliert werden, welche Person des öffentlichen Gesundheitsdienstes die zuständige öffentliche Stelle unterrichten kann. Hintergrund ist, dass in solchen Fällen erfahrungsgemäß meistens ein Arzt des Sozialpsychiatrischen Dienstes bzw. des Gesundheitsamts mit dieser Frage befasst ist und in der Regel verantwortlich für die Entscheidung über die Informationsweitergabe ist oder deswegen angefragt wird. Darüber hinaus sollte als Voraussetzung die Kenntnis über das Fahren eines motorisierten Verkehrsmittels bzw. der Umgang mit Waffen oder Sprengstoff für die Möglichkeit der Informationsweitergabe aufgeführt werden. Der Grund hierfür ist, dass der Sozialpsychiatrische Dienst bzw. das Gesundheitsamt trotz expliziten Nachfragens nicht immer davon weiß. Daher sollten folgende Formulierung in Satz 1 aufgenommen werden: „…gefährden könnte und hat das Gesundheitsamt oder das nach § 11 bestellte und beliehene psychiatrische Krankenhaus Kenntnis von Führen motorisierter Verkehrsmittel oder Umgang mit Waffen oder Sprengstoff, kann ein/e Arzt/Ärztin des Gesundheitsamts mit Erfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie oder eine nach § 11 Abs. 2 Satz1 bestellte Person…“

Mit freundlichen Grüßen

Max Hartog
Fachausschusssprecher
Arzt im Sozialpsychiatrischen Dienst