



HESSISCHER LANDTAG

09. 01. 2023

Plenum

Gesetzentwurf

Fraktion DIE LINKE

Gesetz zur Hilfe und Unterbringung von Menschen mit Hilfebedarf infolge psychischer Erkrankungen

A. Problem

Das aktuell in Hessen gültige Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG) wird den Anforderungen an eine zeitgemäße psychische Versorgung der Menschen in Hessen nicht gerecht. Eine moderne Psychiatrie muss Prävention und Selbstbestimmung, Ausbau der ambulanten Hilfen und erfolgreiche Wiedereingliederung setzen. Sie muss klare Vorgaben erhalten, die eine möglichst zwangs- und gewaltfreie psychiatrische Versorgung sicherstellen. Die entsprechenden Bedingungen hierfür sind durch eine angemessene Personalausstattung und bauliche Veränderungen zu schaffen. Dafür muss das Land Hessen bereit sein, die notwendigen finanziellen Mittel bereitzustellen, um schwerwiegende Grundrechtseingriffe weitestgehend zu minimieren.

B. Lösung

Es wird eine neue gesetzliche Grundlage für Hessen geschaffen, die sich unter anderem an Best-Practice-Beispielen anderer Bundesländer und europäischen Erfahrungen orientiert, ohne hessische Besonderheiten zu ignorieren.

C. Befristung

Die ambulante und stationäre Versorgung von Menschen mit psychischen Einschränkungen bleibt eine dauerhafte Aufgabe. Von einer Befristung kann deshalb abgesehen werden, auch um in der Versorgungslandschaft Planungssicherheit herzustellen.

Eine regelmäßige Überprüfung und Anpassung des Gesetzes kann auch ohne Befristung bei Bedarf jederzeit erfolgen.

D. Alternativen

Das bestehende PsychKHG bleibt trotz der festgestellten Mängel in Kraft.

E. Finanzielle Auswirkungen

1. Auswirkungen auf die Finanz-, Vermögens- und Erfolgsrechnung

	Liquidität		Ergebnis	
	Ausgaben	Einnahmen	Aufwand	Ertrag
Einmalig im Haushaltsjahr				
Einmalig in künftigen Haushaltsjahren				
Laufend ab Haushaltsjahr				

2. Die Stärkung der Sozialpsychiatrischen Dienste, der Aufbau von ambulanten und aufsuchend tätigen Krisendiensten, erweiterte Ansprüche von Besuchskommissionen und unabhängigen Beschwerdestellen, sowie notwendige Umbauten und Personalaufstockungen in den psychiatrischen Kliniken gehen mit unabwiesbaren Kostensteigerungen einher. Diese können aktuell, auch aufgrund einer mangelnden Datenlage insbesondere für den Investivbereich, nicht genau beziffert werden.

Zur Stärkung der ambulanten Versorgungsstrukturen wird mit einer absehbaren Verdopplung der bisher durch das Land Hessen bereitgestellten Mittel gerechnet. Die

notwendigen Investitionen in den stationären Einrichtungen dürften sich auf einen niedrigen zweistelligen Millionenbetrag summieren.

3. Den Mehrkosten stehen durch eine bessere Prävention und frühere ambulante Behandlung von psychischen Erkrankungen nicht näher bezifferbare Einsparungen im stationären Gesundheitsbereich bis hin zum Maßregelvollzug gegenüber.

F. Unmittelbare oder mittelbare Auswirkungen auf die Chancengleichheit von Frauen und Männern

Entfällt.

G. Besondere Auswirkungen auf Menschen mit Behinderungen

Der vorliegende Gesetzentwurf trägt den Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention Rechnung, indem er insbesondere die Selbstbestimmung von Menschen mit psychischen Erkrankungen stärkt und Zwangs- und Gewaltmaßnahmen zu reduzieren hilft.

Der Landtag wolle das folgende Gesetz beschließen:

**Gesetz
zur Hilfe und Unterbringung
von Menschen mit Hilfebedarf infolge psychischer Erkrankungen**

Vom

**Artikel 1
Hessisches Gesetz über Hilfen bei psychischen Krankheiten**

**Teil 1
Allgemeines**

**§ 1
Anwendungsbereich, Grundsätze**

(1) Dieses Gesetz regelt

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

(2) Psychische Erkrankungen 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. Dabei sind Kompetenzen und Ressourcen in Bezug auf sexuelle und geschlechtliche Identität, interkulturelle Kompetenz, Behinderung und somatische Erkrankungen sowie des sozialen Status in allen Einrichtungen zu entwickeln.

(4) Zur Stärkung des Rechts auf Selbstbestimmung soll die Partizipation des betroffenen Menschen gefördert werden. Dabei sind insbesondere die Erstellung von Patientenverfügungen, Behandlungsvereinbarungen, Vorsorgevollmachten und ähnlichen Instrumenten zu beachten.

(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. Zwangsmaßnahmen sollen deutlich reduziert werden.

(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, sozialen Eingliederung und Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt zu gewähren, sind alle vorhandenen vorsorgenden, begleitenden und nachsorgenden Hilfen im Sinne von § 7 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. Diese bestehen jeweils mindestens aus einer Ärztin oder einem Arzt mit psychiatrischer Ausbildung oder einer psychologischen Psychotherapeutin oder einem psychologischen Psychotherapeuten, einer sozialpädagogischen Fachkraft, einer spezialisierten Pflegekraft und einer Verwaltungsstelle je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner

im Einzugsgebiet des Sozialpsychiatrischen Dienstes. 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. Dabei werden qualifizierte Peers, EX-IN-Kräfte und Genesungsbegleitungen eingebunden, um die Peer-Beratung zu stärken.

(3) Der Sozialpsychiatrische Dienst steht unter Leitung einer Ärztin oder eines Arztes mit psychiatrischer Ausbildung 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,
3. Unterbringungsmaßnahmen,
4. die Koordinierung der psychiatrischen Versorgung in den Kommunen mit einer hauptamtlichen Psychiatriekoordination,
5. das Beschwerdemanagement und
6. die ärztliche psychiatrische Beurteilung.

(5) Der Sozialpsychiatrische Dienst arbeitet im Interesse des betroffenen Menschen zur Erreichung der Ziele dieses Gesetzes mit anderen Stellen zusammen. 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-, Eingliederungs- und Jugendhilfe sowie der Suchthilfe, Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, Betroffenen- und Angehörigenorganisationen, Betreuungsbehörden und -vereine, Polizei-, Ordnungs- und Justizbehörden sowie Stellen der Arbeitsverwaltung. Die genannten anderen Stellen sind zur Zusammenarbeit verpflichtet.

(6) Kinder- und jugendpsychiatrische Belange sowie die Belange von Kindern psychisch erkrankter Eltern werden im Rahmen einer eigenständigen Abteilung des Sozialpsychiatrischen Dienstes fachkundig unterstützt und begleitet. Die Abteilung arbeitet eng mit dem örtlich zuständigen Jugendamt zusammen. Der Sozialpsychiatrische Dienst stellt gerontopsychiatrische Unterstützung und Beratung bereit.

§ 3 Krisendienste

(1) Die Kreise und kreisfreien Städte errichten und betreiben selbst oder durch Beauftragte psychosoziale Beratungs- und Hilfsangebote für Menschen in psychischen Krisen (Krisendienste) und entwickeln diese bedarfsgerecht weiter. Sie erledigen diese Aufgabe im eigenen Wirkungskreis. Jede hilfesuchende Person kann sich im Rahmen des vorgehaltenen Angebots an die Krisendienste wenden.

(2) Die Krisendienste umfassen jeweils eine Leitstelle und, daran angegliedert mobile Fachkräfte des Krisendienstes, die auf Anforderung durch die Leitstelle vor Ort tätig werden. Die Fachkräfte leisten aufsuchende Arbeit und binden bei Zustimmung der und des Betroffenen das persönliche Umfeld in die Besprechung der Maßnahmen ein. Außerdem sorgen die Leitstellen dafür, dass Krisenpensionen eingerichtet werden. Die Leitstellen sind unter einer hessenweit einheitlichen Rufnummer rund um die Uhr erreichbar. Im Bedarfsfall vermitteln die Krisendienste ambulante oder stationäre Versorgungsangebote.

(3) Benachbarte Landkreise und kreisfreie Städte können, wenn dies fachlich und wirtschaftlich geboten ist, durch öffentlich-rechtliche Vereinbarung nach dem Vierten Abschnitt des Gesetzes über kommunale Gemeinschaftsarbeit vom 16. Dezember 1969 (GVBl. I S. 307), zuletzt geändert durch Gesetz vom 11. Dezember 2019 (GVBl. S. 416), vereinbaren, dass einer der Beteiligten einzelne oder mehrere Aufgaben der Beteiligten in seiner Zuständigkeit übernimmt oder für die übrigen Beteiligten durchführt. Die Vereinbarung bedarf der Zustimmung der Aufsichtsbehörden.

(4) Ist die betroffene Person minderjährig, wirken die Leitstellen der Krisendienste auf eine wirksame Einbeziehung der Sorgeberechtigten hin und verweisen auf Unterstützungsangebote der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In Fällen, in denen Anhaltspunkte für eine akute Fremd- oder Selbstgefährdung bestehen und der Sorgeberechtigte oder die sorgeberechtigten Personen nicht rechtzeitig zu erreichen oder verhindert sind, verständigen die Leitstellen der Krisendienste umgehend das zuständige Jugendamt sowie gegebenenfalls eine andere zuständige Stelle.

§ 4

Gemeindepsychiatrische Verbände

Auf Ebene der kreisfreien Städte und der Landkreise werden Gemeindepsychiatrische Verbände gebildet, 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 Verbände sollen mit Verbänden und Netzwerken aus anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung zusammenarbeiten.

§ 5

Unabhängige Beschwerdestelle

(1) Die Landkreise und kreisfreien Städte richten unabhängige Beschwerdestellen ein. Die unabhängige Beschwerdestelle prüft neutral Anregungen und Beschwerden von Personen nach § 1 Abs. 1, ihren Angehörigen und Vertrauenspersonen und wirkt in Zusammenarbeit mit ihnen auf eine Problemlösung hin. Die Tätigkeit der unabhängigen Beschwerdestelle erfolgt unentgeltlich. Die Mitglieder der Beschwerdestelle erhalten eine pauschale Aufwandsentschädigung sowie die Erstattung ihrer Fahrtkosten. Die Mitglieder der Beschwerdestellen haben Anrecht auf Fort- und Weiterbildungen sowie eine halbjährliche Supervision. Näheres regelt eine Rechtsverordnung.

(2) Mitglied der unabhängigen Beschwerdestelle sollen insbesondere Personen mit langjähriger Erfahrung in der Behandlung und Betreuung von Personen nach § 1 Abs. 1 sein. Es sollen nach Möglichkeit mindestens je eine Vertreterin oder ein Vertreter aus dem Kreis der Psychiatrie-Erfahrenen und aus dem Kreis der Angehörigen sowie eine Person mit Berufserfahrung im psychiatrischen Versorgungssystem vertreten sein. Die Mitglieder sind zur Verschwiegenheit verpflichtet, gleichberechtigt und nicht weisungsgebunden.

(3) Die unabhängige Beschwerdestelle bestimmt, ob die eingegangenen Beschwerden und Anregungen von einzelnen Mitgliedern oder gemeinsam bearbeitet werden. Die Vertraulichkeit der Daten ist sicherzustellen; eine Weitergabe von Daten darf nur mit Zustimmung der beschwerdeführenden oder betroffenen Person erfolgen.

(4) In psychiatrischen Krankenhäusern, bei den Sozialpsychiatrischen Diensten und in sonstigen für die Hilfe von Personen nach § 1 Abs. 1 zuständigen Einrichtungen ist in geeigneter Weise über Namen, Anschrift, Aufgabenbereich und Erreichbarkeit der Mitglieder der unabhängigen Beschwerdestelle zu unterrichten. Die Beschwerden und Anregungen sowie die Tätigkeit der unabhängigen Beschwerdestelle sind zu dokumentieren. Die Dokumentation ist dem zuständigen Gesundheitsamt jährlich in anonymisierter Form zur Verfügung zu stellen.

(5) Die unabhängige Beschwerdestelle legt dem für die Gesundheit zuständigen Ministerium sowie den örtlichen Kommunalparlamenten jährlich einen anonymisierten Tätigkeitsbericht vor. Das für die Gesundheit zuständige Ministerium legt dem Hessischen Landtag jährlich einen zusammenfassenden anonymisierten Bericht über die Tätigkeit der unabhängigen Beschwerdestellen vor.

(6) Die Landkreise und kreisfreien Städte gewähren der unabhängigen Beschwerdestelle den Zugang zu Beratungsräumen, Telefon, elektronischen Medien, Aktenaufbewahrungssystemen und Sachmitteln.

(7) Die Kosten für die Einrichtung und Arbeit der unabhängigen Beschwerdestellen erstattet das Land den Landkreisen und kreisfreien Städten.

(8) Mit Einverständnis der Person nach § 1 Abs. 1 kann die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher nach § 7 des Hessischen Krankenhausgesetzes in einem psychiatrischen Krankenhaus mit der unabhängigen Beschwerdestelle zusammenarbeiten.

§ 6

Finanzierung

(1) Für die Erfüllung der Aufgaben der Sozialpsychiatrischen Dienste nach § 2 Abs. 2 bis 6, § 3 und § 28 Abs. 3 leistet das Land an die Landkreise und kreisfreien Städte einen Mehrbelastungsausgleich. Zuständig hierfür ist das für die Gesundheit zuständige Ministerium.

(2) Die Landkreise und kreisfreien Städte berichten dem für die Gesundheit zuständigen Ministerium jährlich über die Verwendung des Mehrbelastungsausgleichs nach Abs. 1 Satz 1.

Teil 2 Hilfen

§ 7

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 Wohlfahrts- pflege entsprechend des § 17 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil - zu leisten.

(2) Ziel der Hilfen ist es insbesondere

1. die selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen und am Arbeitsleben zu erhalten oder wiederherzustellen,
2. die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu erleichtern und zu fördern,
3. Behandlungen zu unterstützen,
4. Maßnahmen nach § 8 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. Angehörige und Menschen des persönlichen Umfelds sollen bei Zustimmung der Betroffenen aktiv in die Behandlung einbezogen werden. 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.

§ 8

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. In begründeten Ausnahmefällen können dazu auch therapievorbereitende medizinische Maßnahmen gehören. Weitere Ansprüche, insbesondere auf Heilbehandlung, Pflege, Geld- oder Sachleistungen bestehen nach diesem Gesetz nicht.

(3) Ehrenamtliche Hilfe, Angehörige und Selbsthilfe sind in die Versorgung von betroffenen Menschen einzubeziehen.

§ 9

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. § 33 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 eine Vertretung des Kreises oder der kreisfreien 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) Der betroffenen Person, ihrer Betreuerin oder ihrem Betreuer, wenn sie oder er mit dem Aufgabenkreis der Gesundheitsvorsorge betraut ist, und mit ihrer Einwilligung auch ihren Angehörigen oder einer Vertrauensperson ist das Ergebnis der Untersuchung unverzüglich mitzuteilen sowie auf Verlangen Einsicht in die vollständige, sie betreffende Akte zu gewähren soweit der Mitteilung und der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte anderer entgegenstehen. Die Verweigerung der Akteneinsichtnahme ist schriftlich zu begründen. Begibt sich die betroffene Person nach der Untersuchung in ärztliche Behandlung, so teilt der Sozialpsychiatrische Dienst der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt den Untersuchungsbefund mit, wenn die betroffene Person in die Mitteilung eingewilligt hat.

Teil 3 Unterbringung

Abschnitt 1 Gerichtliches Unterbringungsverfahren

§ 10 Voraussetzung der Unterbringung

(1) Der betroffene Mensch kann gegen oder ohne seinen natürlichen Willen in einem geeigneten Krankenhaus nach § 15 Abs. 2 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 Unterbringung im Sinne dieses Gesetzes liegt vor, wenn ein betroffener Mensch gegen seinen natürlichen Willen in den abgeschlossenen Teil einer geeigneten Einrichtung eingewiesen wird oder dort verbleiben soll. Eine Unterbringung liegt auch dann vor, wenn ihm untersagt wird, eine nicht abgeschlossene Einrichtung zu verlassen oder wenn er daran gehindert wird. Die Unterbringung darf nur dann in einer abgeschlossenen Einrichtung erfolgen, wenn der Unterbringungszweck anderweitig nicht erreicht werden kann.

(3) Eine Gefahr im Sinne von Abs. 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.

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

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

§ 11 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. Die ärztliche Stellungnahme muss auf einer persönlichen Begutachtung des betroffenen Menschen beruhen.

§ 12

Zuständigkeit der Amtsgerichte

Für gerichtliche Entscheidungen nach diesem Gesetz sind die Amtsgerichte zuständig.

§ 13

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 Gesetz vom 16. Dezember 2022 (GVBl. S. 2328).

§ 14

Vorläufige Unterbringung

(1) Kann eine gerichtliche Entscheidung nicht rechtzeitig herbeigeführt werden, kann der Kreis oder die kreisfreie Stadt die Unterbringung im Rahmen des Art. 104 Abs. 2 des Grundgesetzes vorläufig vornehmen, längstens jedoch bis zum Ablauf des auf die Unterbringung folgenden Tages; § 110 Abs. 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 Abs. 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 den Vorsorgebevollmächtigten,
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.

Bei der Entscheidung, welche Person unterrichtet wird, sind die Wünsche der Betroffenen, sofern möglich, zu berücksichtigen. 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

§ 15

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 Besuchskommission (§ 30) und deren Kontaktdaten,
3. über sein Petitionsrecht und die Kontaktdaten des Petitionsausschusses des Landtags sowie
4. über seine Kommunikationsmöglichkeiten in der Einrichtung (§§ 22 bis 25).

Die Informationen sind dem betroffenen Menschen in schriftlicher Form auszuhändigen und für jeden Betroffenen zugänglich in der Einrichtung auszuhängen. Dazu sind Materialien in verschiedenen Sprachen und in leichter Sprache vorzuhalten. Im Rahmen der Aufklärung des betroffenen Menschen ist bei Bedarf eine fachkundige Übersetzung sicherzustellen.

(3) Den Wünschen und Bedürfnissen des betroffenen Menschen zur Gestaltung der Unterbringung und Behandlung ist Rechnung zu tragen, sofern diese das therapeutische Ziel nicht gefährden. Dabei sind auch geschlechtsspezifische und kultursensible Aspekte zu beachten.

(4) Sofern eine Unterbringungsnotwendigkeit besteht, müssen Kinder und Jugendliche in Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie untergebracht und behandelt werden.

§ 16

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. Die regionale Pflichtversorgung besteht nach Maßgabe des Bescheids zur Aufnahme des psychiatrischen Krankenhauses in den Krankenhausplan nach § 19 des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011 vom 21. Dezember 2010 (GVBl. I S. 587), zuletzt geändert durch Gesetz vom 9. Dezember 2022 (GVBl. S. 752), oder nach Maßgabe des Beleihungsvertrages. Ein Wunsch des betroffenen Menschen bei der Auswahl des Krankenhauses ist nach Möglichkeit zu berücksichtigen.

(3) Beim Transport in das in Abs. 2 bestimmte Krankenhaus dürfen die örtlichen Ordnungsbehörden oder die Polizeibehörden unmittelbaren Zwang anwenden. § 30 Abs. 2 und 3, § 31 Abs. 3 Nr. 2 und 3, Abs. 4, Abs. 6 Satz 3 sowie § 33 gelten entsprechend.

§ 17

Beleihung

(1) Sofern die Träger der psychiatrischen Krankenhäuser keine juristischen Personen des öffentlichen Rechts sind, werden sie durch öffentlich-rechtlichen Vertrag mit der Aufgabe der Unterbringung nach diesem Gesetz beliehen. Im Beleihungsvertrag hat sich der Träger zu verpflichten, sicherzustellen, dass in dem psychiatrischen Krankenhaus jederzeit die zur ordnungsgemäßen Durchführung der Unterbringung erforderlichen personellen, sachlichen, baulichen und organisatorischen Voraussetzungen gegeben sind.

(2) Die ärztlichen Leitungen der psychiatrischen Krankenhäuser und ihre Stellvertretungen sowie die weiteren Ärztinnen und Ärzte werden auf Vorschlag des Trägers des psychiatrischen Krankenhauses widerruflich für die Durchführung der Aufgaben nach diesem Gesetz bestellt. Die vorgeschlagenen Personen müssen fachlich und persönlich geeignet sein. Die Träger der psychiatrischen Krankenhäuser stellen sicher, dass die bestellten Ärztinnen und Ärzte über ihre Aufgaben nach diesem Gesetz unterwiesen werden.

(3) Für die Beleihungen nach Abs. 1 Satz 1 und die Bestellungen nach Abs. 2 Satz 1 ist das für die Gesundheit zuständige Ministerium zuständig.

§ 18

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, auf Wunsch seinen Angehörigen 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. Bei medikationsgestützten Therapien sind Schritte der Reduktion und Ausschleichung im Behandlungsplan vorzusehen. 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. Es steht ihr oder ihm frei; Behandlungsmethoden abzulehnen und andere Methoden vorzuschlagen. Diesem Wunsch ist zu entsprechen, sofern er dem therapeutischen Ziel nicht entgegensteht. 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. § 32 bleibt unberührt.

(4) Die Behandlung muss von einer Ärztin oder einem Arzt angeordnet oder selbst durchgeführt werden. Sie muss fachgerecht 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 zu entsprechen.

§ 19

Ordnung im Krankenhaus

(1) Die notwendigen Regelungen zur Ordnung im Krankenhaus erlassen unbeschadet der §§ 20 bis 27 sowie der §§ 30 und 33 die Träger der öffentlichen und die nach § 17 Abs. 3 Satz 1 beliebigen 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.

§ 20

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.

§ 21

Aufenthalt im Freien und Freizeit

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

(2) Der betroffene Mensch erhält für die Gestaltung der therapiefreien Zeit Gelegenheit zur sinnvollen Beschäftigung. Das Krankenhaus macht den untergebrachten Menschen regelmäßige Angebote zu sportlichen, künstlerischen, musikalischen und gesellschaftlichen Betätigungen.

§ 22

Außenkontakte

Der betroffene Mensch hat unter Berücksichtigung des § 19 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 §§ 23 bis 25 zulässig.

§ 23 Schriftwechsel

- (1) Die untergebrachte Person hat das Recht, Schreiben abzusenden und zu empfangen.
- (2) Für den 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.
- (3) Der Schriftwechsel der untergebrachten Person mit
1. Gerichten,
 2. Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten,
 3. Notarinnen und Notaren,
 4. der Besuchskommission nach § 29,
 5. der Patientenfürsprecherin oder dem Patientenfürsprecher,
 6. der unabhängigen Beschwerdestelle nach § 5,
 7. Seelsorgerinnen oder Seelsorgern,
 8. der Betreuerin oder dem Betreuer, der Betreuungsbehörde,
 9. den Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder,
 10. den Volksvertretungen des Bundes und der Länder sowie deren Mitgliedern,
 11. dem Europäischen Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher und erniedrigender Behandlung oder Strafe,
 12. der konsularischen und diplomatischen Vertretung ihres Heimatlandes,
 13. Ärztinnen und Ärzten, in deren Behandlung sich die untergebrachte Person vor ihrer Unterbringung befunden hat, sowie
 14. den Personen und Stellen nach § 119 Abs. 4 Satz 2 Nr. 5, 6, 8 bis 12 und 14 bis 17 der Strafprozessordnung

unterliegt nicht den Einschränkungen des Abs. 2.

(4) Die Abs. 1 bis 3 gelten entsprechend für Pakete und Nachrichten auf Bild- oder Tonträgern sowie elektronischen Schriftverkehr.

(5) Ergibt die Überwachung, dass durch einen konkreten Schriftverkehr eine der Voraussetzungen nach Abs. 2 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.

§ 24 Telekommunikation

(1) Der betroffene Mensch ist berechtigt, Telefongespräche zu führen. § 23 Abs. 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.

(4) Die Kosten für Telefongespräche entsprechen den Regeltarifen der Telekommunikationsanbieter.

§ 25 Besuche

(1) Der betroffene Mensch ist berechtigt, Besuch zu empfangen oder abzulehnen. Besuche von Angehörigen, insbesondere von Kindern, werden besonders unterstützt. Die Besuchsdauer richtet sich nach den individuellen Umständen des untergebrachten Menschen. § 23 Abs. 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 § 24 Abs. 2 und 3 entsprechend.

(3) Für mitgebrachte Schriftstücke und Gegenstände gelten § 23 und § 24 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 § 23 Abs. 2 genannten Personen.

§ 26 Durchsuchung

(1) Zur Sicherung des Zwecks der Unterbringung oder der Aufrechterhaltung der Sicherheit und Ordnung im Krankenhaus dürfen bei einem begründeten Verdacht 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 berücksichtigen. 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 Abs. 3 des Personenstandsgesetzes vom 19. Februar 2007 (BGBl. I S. 122), zuletzt geändert durch Gesetz vom 19. Oktober 2022 (BGBl. I S. 1744) nicht möglich, kann die betroffene Person das Geschlecht der Anwesenden wählen.

§ 27 Beurlaubung

(1) Die ärztliche Leitung des psychiatrischen Krankenhauses kann die untergebrachte Person bis zu zwei Wochen beurlauben, wenn der Gesundheitszustand und die persönlichen Verhältnisse es rechtfertigen und ein Missbrauch des Urlaubs nicht zu befürchten ist. Die Beurlaubung kann mit Auflagen verbunden werden. Sie kann jederzeit widerrufen werden.

(2) Eine bevorstehende Beurlaubung oder deren Widerruf ist dem zuständigen Gericht und der gesetzlichen Vertreterin oder dem gesetzlichen Vertreter oder der Betreuerin oder dem Betreuer rechtzeitig mitzuteilen. Satz 1 gilt nicht für eine stundenweise Beurlaubung (Ausgang).

§ 28 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 psychiatrische Krankenhaus hat der gesetzlichen Vertreterin oder dem gesetzlichen Vertreter oder der Betreuerin oder dem Betreuer sowie dem Amtsgericht die bevorstehende Entlassung mitzuteilen.

(3) Die Entlassung ist dem für den Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort der untergebrachten Person örtlich zuständigen Sozialpsychiatrischen Dienst mitzuteilen. Der Sozialpsychiatrische Dienst hat im Einvernehmen mit dem betroffenen Menschen dafür zu sorgen, dass nachgehende

Hilfen erbracht werden. 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. Eine Fallkonferenz unter Beteiligung des Krankenhauses ist zeitnah durchzuführen.

§ 29

Besuchskommissionen

(1) Das für die Gesundheit zuständige Ministerium richtet für die Dauer von jeweils fünf Jahren Besuchskommissionen ein. Bei der Berufung der Mitglieder sollen die Vorschläge des Fachbeirats Psychiatrie berücksichtigt werden.

(2) Der Besuchskommission sollen angehören:

1. eine Fachärztin oder ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, beim Besuch einer Einrichtung für Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
2. eine Gesundheits- oder Krankenpflegerin oder ein Gesundheits- oder Krankenpfleger oder eine Pflegefachfrau oder ein Pflegefachmann; die Person muss über Berufserfahrung im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie verfügen,
3. eine Psychologische Psychotherapeutin oder ein Psychologischer Psychotherapeut oder eine Psychotherapeutin oder ein Psychotherapeut, beim Besuch einer Einrichtung für Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut,
4. eine Betreuungsrichterin oder ein Betreuungsrichter, beim Besuch einer Einrichtung für Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Familienrichterin oder ein Familienrichter,
5. eine Vertreterin oder ein Vertreter eines Sozialpsychiatrischen Dienstes,
6. eine Vertreterin oder ein Vertreter der unabhängigen Beschwerdestellen,
7. eine Vertreterin oder ein Vertreter aus dem Kreis der Psychiatrie-Erfahrenen,
8. eine Vertreterin oder ein Vertreter aus dem Kreis der Angehörigen.

Die in Satz 1 genannten Personen dürfen weder in der zu besichtigenden Einrichtung gegenwärtig beschäftigt, noch mit der Bearbeitung von Unterbringungssachen im Einzugsbereich der zu besichtigenden Einrichtung unmittelbar befasst sein. Die Besuchskommission kann tätig werden, wenn sie mit mindestens der Hälfte der Mitglieder besetzt ist. Die Mitglieder wählen die Vorsitzende oder den Vorsitzenden und die Vertreterin oder den Vertreter; Wiederwahl ist zulässig. Für jedes Mitglied ist ein Ersatzmitglied zu bestellen.

(3) Die Besuchskommission besucht mindestens jährlich die psychiatrischen Krankenhäuser, in denen Personen nach diesem Gesetz untergebracht werden. Es ist sicherzustellen, dass die Besuchskommission auch zwischen den Besuchen für Anliegen und Beschwerden erreichbar ist. Hierfür werden die Kontaktdaten der oder des Vorsitzenden an geeigneter Stelle in den Kliniken ausgehängt.

(4) Aufgabe der Besuchskommission ist es, Anregungen und Beschwerden der betroffenen Menschen entgegenzunehmen und zu prüfen. Sie 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. Die Besuche dürfen unangekündigt oder mit einer bis drei Tage vorher erfolgenden Ankündigung stattfinden. Der Besuchskommission ist ungehinderter Zugang zu den psychiatrischen Krankenhäusern zu gewähren. Bei den Besichtigungen ist allen Patientinnen und Patienten der Psychiatrie, unabhängig von der rechtlichen Grundlage der Unterbringung, Gelegenheit zu geben, Wünsche und Beschwerden vorzutragen. Die psychiatrischen Krankenhäuser sind verpflichtet, die Besuchskommission bei ihrer Tätigkeit zu unterstützen und ihr die gewünschten Auskünfte zu erteilen. Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher soll zu dem Besuch hinzugezogen werden. Zur Erfüllung ihrer Aufgaben ist der Besuchskommission Einsicht in die hierfür erforderlichen Unterlagen zu gewähren. Personenbezogene Patientenunterlagen dürfen nur mit Einwilligung der betroffenen untergebrachten Person eingesehen werden.

(5) Die Besuchskommission legt alsbald, spätestens drei Monate nach einem Besuch, dem für die Gesundheit zuständigen Ministerium einen Besuchsbericht mit dem Ergebnis der Überprüfung vor. Das psychiatrische Krankenhaus erhält eine Durchschrift des Berichts zur vertraulichen Kenntnisnahme. Angaben über persönliche Belange untergebrachter Personen, die identifizierende Rückschlüsse auf einzelne Personen zulassen, dürfen in den Bericht nicht aufgenommen werden, es sei denn, diese Angaben sind zur Darstellung des Sachzusammenhangs im Bericht unerlässlich und die untergebrachte Person hat einer Aufnahme in den Bericht zugestimmt. Das für die Gesundheit zuständige Ministerium legt dem Hessischen Landtag jährlich einen anonymisierten Bericht über die Tätigkeit der Besuchskommission und über die wesentlichen Ergebnisse der Besuchsberichte nach Satz 1 vor.

(6) Die Mitglieder der Besuchskommission sind nicht an Weisungen gebunden. Sie sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Sie sollen sich jährlich zum Zweck des Erfahrungsaustauschs treffen. Ihre Aufgaben nehmen sie ehrenamtlich wahr. Die Mitglieder der Besuchskommission erhalten eine pauschale Aufwandsentschädigung sowie die Erstattung ihrer Fahrtkosten. Näheres regelt eine Rechtsverordnung.

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

§ 30 **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, zu evaluieren und anzuwenden, 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. Dazu haben die Krankenhäuser der Fachaufsicht ein auf die konkreten Gegebenheiten vor Ort abzustellendes Konzept zur Vermeidung von Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen vorzulegen und mit ihr abzustimmen. Die Fachaufsicht stellt den Krankenhäusern regelmäßige Schulungen zu einer Psychiatrie ohne Zwang bereit.

(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 wissenschaftlichen 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 den örtlichen Ordnungsbehörden und den Polizeibehörden vorläufig durchgeführt werden; die Anordnung einer Ärztin oder eines Arztes ist unverzüglich herbeizuführen.

§ 31 **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 § 30 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 § 30 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 (Kriseninterventionsraum) oder
2. die sedierende Medikation oder

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). Nicht umfasst ist die Fixierung an weniger als zwei Gliedern (sogenannte 1-Punkt-Fixierung) zur Sicherstellung einer laufenden somatischen Behandlung.
- (4) Der von einer besonderen Sicherungsmaßnahme betroffene Mensch ist in besonderem Maße zu überwachen und zubetreuen. Nach Beendigung der Maßnahme ist ihm die Möglichkeit einer Nachbesprechung im Hinblick auf eine therapeutische Aufarbeitung einzuräumen.
- (5) Eine nicht nur kurzfristige Fixierungsmaßnahme von mehr als 30 Minuten Länge bedarf einer Anordnung des Gerichts auf schriftlichen Antrag des Kreises oder der kreisfreien Stadt. Dem Antrag ist eine ärztliche Stellungnahme beizufügen. Eine Fixierung ist auch dann nicht nur kurzfristig, wenn es sich um wiederholte Fixierungen handelt, die nur durch kurze Intervalle der Nicht-Fixierung unterbrochen wird (Ketten-Fixierung).
- (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 kontinuierlich eine Eins-zu-eins-Betreuung durch hinreichend geschultes Krankenhauspersonal 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.

- (9) Über die Anordnung einer besonderen Sicherungsmaßnahme ist die gesetzliche Vertretung des untergebrachten Menschen unverzüglich zu benachrichtigen.

§ 32 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 § 10 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 Nr. 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. § 11 Abs. 2 gilt entsprechend. Hierfür soll dem Gericht ein unabhängiges, externes Zweitgutachten vorgelegt werden. 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) § 10 Abs. 3 gilt entsprechend.

§ 33

Unmittelbarer Zwang

(1) Die Anwendung unmittelbaren Zwangs durch körperliche Gewalt ist den Bediensteten des Krankenhauses, in dem die Unterbringung erfolgt, gegen die aufzunehmenden oder untergebrachten Personen gestattet, soweit und solange dies im Hinblick auf den Zweck der Unterbringung oder des Transportes oder zur Aufrechterhaltung der Sicherheit oder Ordnung des psychiatrischen Krankenhauses unerlässlich ist.

(2) Die Anwendung unmittelbaren Zwangs ist anzukündigen. Die Ankündigung darf nur unterbleiben, wenn die Umstände sie nicht zulassen, insbesondere wenn der unmittelbare Zwang sofort angewendet werden muss, um eine gegenwärtige Gefahr abzuwenden.

(3) Abhängig vom Gesundheitszustand der untergebrachten Person soll eine Nachbesprechung der Anwendung unmittelbaren Zwangs zeitnah und möglichst gemeinsam mit einer pflegerischen oder therapeutischen Bezugsperson erfolgen. Eine Person des Vertrauens kann hinzugezogen werden.

(4) Unter mehreren möglichen und geeigneten Maßnahmen des unmittelbaren Zwangs ist diejenige zu wählen, die den Einzelnen und Dritte voraussichtlich am wenigsten beeinträchtigt. Sofern es hierzu Angaben in einer Behandlungsvereinbarung gibt, sind diese vorrangig zu berücksichtigen. Die Anwendung unmittelbaren Zwangs hat zu unterbleiben, wenn ein durch ihn zu erwartender Schaden erkennbar außer Verhältnis zu dem angestrebten Erfolg steht.

(5) Die Anwendung unmittelbaren Zwangs ist zu dokumentieren.

§ 34

Reduzierung von Zwang

(1) Zwangsmaßnahmen nach §§ 30, 31 und 32 sollen jährlich, ausgehend vom Jahreswert 2021 einer jeden Einrichtung nach § 16 Abs. 2, um zehn Prozent gesenkt werden. Die Zahl der abgeschlossenen Zwangsmaßnahmen soll, ausgehend vom Jahreswert 2021 einer jeden Einrichtung nach § 16 Abs. 2, um zehn Prozent gesenkt werden.

(2) Dazu notwendige bauliche Voraussetzungen werden unverzüglich, spätestens jedoch zum 31. Dezember 2027, in allen Einrichtungen umgesetzt. Personal und zusätzliche therapeutische Maßnahmen und Mittel werden entsprechend der notwendigen Mehrbedarfe abgesichert.

(3) Die Kostenträgerschaft für Maßnahmen zur Reduzierung von Zwangsmaßnahmen liegt beim Land Hessen.

Teil 4 **Verschwiegenheitspflicht, Datenschutz und Dokumentation**

§ 35 **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) Abs. 1 gilt für sonstige Berufsheimnisträgerinnen und Berufsheimnisträger entsprechend.

§ 36 **Datenschutz**

(1) Es gelten die datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Hessischen Krankenhausgesetzes in der jeweils geltenden Fassung.

(2) Die Mitglieder der Delegation des Europäischen Ausschusses zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe und die Mitglieder einer durch das Übereinkommen der Vereinten Nationen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe legitimierten Stelle erhalten während des Besuchs des psychiatrischen Krankenhauses auf Verlangen Einsicht in die Patientenakte der untergebrachten Person, soweit dies zur Wahrnehmung der Aufgaben des Ausschusses oder der Stelle erforderlich ist.

§ 37 **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 motorisierten Verkehrsmittels 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.

§ 38 **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 § 9 Abs. 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 Nr. 1 oder Nr. 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.

§ 39 **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 § 9 Abs. 4, eine Unterbringung nach § 10 Abs. 1 oder eine vorläufige Unterbringung nach § 14 Abs. 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 Unterausschuss 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.

§ 40

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 § 15 Abs. 2,
2. die Behandlungsplanung und die Behandlungsmaßnahmen im Sinne von § 18,
3. den Antrag auf Unterbringung nach §§ 15ff dieses Gesetzes sowie der §§ 1631b und 1906 des BGB sowie weitere diesbezügliche Unterlagen, wie Ablehnung mit Gründen, Beurlaubung nach § 27 unter Angabe von Gründen und die Beendigung der Unterbringung nach § 28,
4. die Beschränkungen hinsichtlich des Schriftwechsels, bei Paketen, Telekommunikation, Besuchen und Religionsausübung nach §§ 20, 23 bis 25,
5. Art, Beginn und Ende von Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen nach § 30 und von besonderen Sicherungsmaßnahmen nach § 31 sowie die Gründe für ihre Anordnung, die Art der Betreuung und die Maßnahmen, die zur Deeskalation eingeleitet wurden,
6. die Durchführung der ärztlichen Zwangsmaßnahmen nach § 32,
7. die Anwendung unmittelbaren Zwangs nach § 33,
8. die Beschränkung der Auskunfts- und Einsichtsrechte.

(2) Das psychiatrische Krankenhaus meldet der Fachaufsichtsbehörde jährlich die Fälle nach Satz 1 Nr. 3, 5, 6, 7 bis zum 31. März des Folgejahres. Das Nähere regelt eine Verordnung.

Teil 5

Kosten

§ 41

Grundsatz

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

§ 42

Kosten der Unterbringung

(1) Die Kosten der Unterbringung nach Teil 3 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.

§ 43

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 Teil 3 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

§ 44 Einschränkung von Grundrechten

Durch dieses Gesetz werden im Rahmen des Art. 19 Abs. 2 GG die Rechte

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

eingeschränkt.

§ 45 Verordnungsermächtigungen

Die für Gesundheit zuständige oberste Landesbehörde wird ermächtigt, durch Verordnung

1. die Qualifikationsanforderungen für die personelle Besetzung des Sozialpsychiatrischen Dienstes festzulegen,
2. zu bestimmen,
 - a) welche weiteren Anforderungen die ärztliche Stellungnahme nach § 11 Abs. 2 erfüllen muss,
 - b) welche Qualifikation Verfasserinnen und Verfasser ärztlicher Stellungnahmen haben müssen und
 - c) dass die örtlichen Träger der Sozialhilfe Aufgaben des überörtlichen Trägers nach § 43 durchführen.

§ 46 Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tag nach seiner Verkündung in Kraft.

Artikel 2

Mit dem Tag des Inkrafttretens des Gesetzes nach Art. 1 tritt das Hessische Gesetz über Hilfen bei psychischen Krankheiten (Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz - PsychKHG) vom 4. Mai 2017 (GVBl. S. 66), zuletzt geändert durch Gesetz vom 9. Dezember 2022 (GVBl. S. 764) außer Kraft.

Artikel 3

Änderung des Hessischen Gesetzes über die öffentliche Sicherheit und Ordnung (HSOG)

Das Hessische Gesetz über die öffentliche Sicherheit und Ordnung (HSOG) vom 14. Januar 2005 (GVBl. I S. 14), zuletzt geändert durch Gesetz vom 30. September 2021 (GVBl. S. 622) wird wie folgt geändert:

§ 32 wird wie folgt gefasst:

„§ 32 Gewahrsam

(1) Die Polizeibehörden können eine Person in Gewahrsam nehmen, wenn dies

1. zum Schutz der Person gegen eine Gefahr für Leib oder Leben erforderlich ist, insbesondere, weil die Person sich erkennbar in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand oder sonst in hilfloser Lage befindet,
2. unerlässlich ist, um die unmittelbar bevorstehende Begehung oder Fortsetzung einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit mit erheblicher Bedeutung für die Allgemeinheit zu verhindern,
3. unerlässlich ist, um Maßnahmen nach den §§ 31 und 31a durchzusetzen, oder
4. unerlässlich ist, um private Rechte zu schützen und eine Festnahme und Vorführung der Person nach den §§ 229, 230 Abs. 3 BGB ohne polizeiliches Einschreiten zulässig wäre.

(2) Die Polizeibehörden können Minderjährige, die sich der Obhut der Sorgeberechtigten entzogen haben, in Gewahrsam nehmen, um sie den Sorgeberechtigten oder dem Jugendamt zuzuführen.

(3) Die Polizeibehörden können eine Person, die aus dem Vollzug von Untersuchungshaft, Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehender Maßregel der Besserung und Sicherung entwichen ist oder sich sonst ohne Erlaubnis außerhalb der Justizvollzugsanstalt aufhält, in Gewahrsam nehmen und in die Anstalt zurückbringen.“

Artikel 4 Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tag nach seiner Verkündung in Kraft.

Begründung

Allgemeiner Teil

Die Vorbeugung von und die professionelle Begleitung bei psychischen Erkrankungen spielen eine zunehmende Rolle bei der medizinischen Versorgung.

Seit dem „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“ (Psychiatrie-Enquete) im Jahr 1975 hat sich ein neues Verständnis der psychiatrischen Versorgung auch in der Bundesrepublik Deutschland Bahn gebrochen. Trotz aller Fortschritte wird jedoch immer wieder kritisch angemerkt, dass auch weiterhin zahlreiche Missstände in der ambulanten und stationären Versorgung herrschen und Zwangsmaßnahmen einen zu hohen Anteil im Behandlungskanon darstellen.

Auch in Hessen ist dies bisher nicht anders. Der Wallraff-Report zur Psychiatrie des Klinikums Frankfurt-Höchst, fortgesetzte Kritik der Psychiatrie-Erfahrenen und -Angehörigen sowie von Personalräten und Betreuungsgerichten zeigen immer wieder Missstände auf, die auf veraltete Behandlungskonzepte, Personalmängel und bauliche Hürden zurückzuführen sind. Trialogische Verfahren, die Einbeziehung der Selbsthilfebewegung und von Peers und eine angemessen ausgebaut ambulante Versorgungsstruktur finden sich nur rudimentär.

Dies soll mit dem vorliegenden Gesetzentwurf umgekehrt werden: Statt in die stationäre Behandlung und ggf. dauerhafte Unterbringung von Menschen mit psychischen Erkrankungen immer höhere Millionenbeträge zu investieren, soll zukünftig eine ambulante Versorgungskultur herrschen, die durch Prävention, Frühintervention und Selbsthilfeunterstützung viele der heutigen Chronifizierungen, Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen überflüssig macht. So wird der Ansatz der Selbstbestimmung, wie ihn u. a. die UN-Behindertenrechtskonvention als Leitbild vorgibt, ernstgenommen und Gewalt innerhalb und außerhalb der stationären Einrichtungen reduziert.

Besonderer Teil

Zu Art. 1 (Hessisches Gesetz über Hilfen bei psychischen Krankheiten)

§ 1 – Anwendungsbereich, Grundsätze

Abs. 1 regelt den Anwendungsbereich des Gesetzes. Abs. 2 definiert, was psychische Erkrankungen im Sinne dieses Gesetzes sind. In Abs. 3 wird der Grundsatz, dass die Würde und das Selbstbestimmungsrecht im Mittelpunkt aller Maßnahmen nach diesem Gesetz stehen, formuliert. Gesetzesanwenderinnen und -anwender werden verpflichtet, durch Qualifizierungs- und Fortbildungsmaßnahmen eine kultursensible Praxis zu entwickeln. Die Partizipation der betroffenen Menschen soll gefördert werden. Hier soll die Erstellung von Patientenverfügungen, Behandlungsvereinbarungen, Vorsorgevollmachten und ähnlichen Instrumenten gefördert werden. Abs. 5 stellt klar, dass es einen gesetzlichen Auftrag der deutlichen Reduktion von Zwangsmaßnahmen gibt. Für Zwangsmaßnahmen gilt der enge Rahmen dieses Gesetzes.

In Abs. 6 wird deutlich, dass eine Ambulantisierung der Hilfen angestrebt wird und diese Vorrang vor stationären Maßnahmen haben. Prävention soll Chronifizierung verhindern. Abs. 7 formuliert als oberstes Ziele die Unterbringungsvermeidung und Wiedereingliederung.

§ 2 – Sozialpsychiatrischer Dienst

Abs. 1 regelt die Zuständigkeit für die Aufgaben nach diesem Gesetz. Die Zuständigkeit liegt bei den Kreisen und kreisfreien Städten. In Abs. 2 wird die personelle Ausstattung festgelegt. Leitend hierfür sind fachliche Erfordernisse und eine gute Versorgungslage. Die Sozialpsychiatrischen Dienste sind multiprofessionell zu besetzen. Es gibt die Möglichkeit der Kooperation von Gebietskörperschaften. Selbsthilfeangebote sind in die Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes einzubeziehen. Abs. 3 legt fest, dass die Leitung bei fachlich qualifizierten Personen liegen muss. In Abs. 4 werden die fachlichen Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes näher bestimmt. Abs. 5 legt die Stellen fest, mit denen der Sozialpsychiatrische Dienst zur Erreichung der Ziele dieses Gesetzes zusammenarbeiten muss.

Es wird eine eigenständige kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung eingerichtet (Abs. 6). Diese kooperiert mit dem Allgemeinen Sozialen Dienst des Jugendamtes. Der Sozialpsychiatrischen Dienst wird zur Bereitstellung von Fachwissen zu Gerontopsychiatrie verpflichtet.

§ 3 – Krisendienste

Der § 3 orientiert sich an dem erfolgreichen bayrischen Modell. Abs. 1 regelt die offenen Krisenunterstützungsangebote (Krisendienste) in Wohnortnähe in Verantwortung der Kreise und kreisfreien Städte oder durch beauftragte Träger mit entsprechender fachlicher Expertise. In Abs. 2 wird die Organisation der Krisendienste geregelt. Abs. 3 sieht Kooperationsmöglichkeit von Kreisen und kreisfreien Städten bei den Krisendiensten vor. Der Abs. 4 trifft Regelungen zum Umgang mit minderjährigen Patientinnen und Patienten.

§ 4 – Gemeindepsychiatrische Verbände

§ 4 sieht die Bildung von Gemeindepsychiatrischen Verbänden zur trägerübergreifende Koordination aller Angebote im Feld psychiatrischer Versorgung vor.

§ 5 – Unabhängige Beschwerdestelle

Abs. 1 regelt die Aufgaben der unabhängigen Beschwerdestellen, insbesondere auch die Unentgeltlichkeit des Angebots. Weiterhin werden die Ansprüche der Mitglieder auf Kostenerstattung sowie Qualifizierung geregelt, insbesondere um die Arbeit in den Beschwerdestellen für die Ehrenamtlichen attraktiver zu machen. In Abs. 2 wird die Zusammensetzung der unabhängigen Beschwerdestellen geregelt. Nach Abs. 3 arbeiten die unabhängigen Beschwerdestelle vertraulich. Nach Abs. 4 soll in den entsprechenden Einrichtungen die Erreichbarkeit und Zugänglichkeit des Angebots erhöht werden. Weiterhin muss die Arbeit der Beschwerdestelle dokumentiert werden. Abs. 5 sieht vor, dass Tätigkeits-erichte gegenüber Landtag und den Kommunalparlamenten zugänglich gemacht werden müssen. Nach Abs. 6 sind die Kommunen für die sachliche Ausstattung verantwortlich, die Kosten werden vom Land nach Abs. 7 erstattet. In Abs. 8 ist eine Zusammenarbeit mit der Patientenfürsprecherin und dem Patientenfürsprecher möglich. Hierfür ist das Einverständnis der betroffenen Menschen notwendig.

§ 6 – Finanzierung

Abs. 1 legt fest, dass die Kostenträgerschaft beim Land liegt. Abs. 2 sieht vor, dass jährlich über die verwendeten Mittel berichtet wird, dies dient der Transparenz.

§ 7 – Begriff und Ziele der Hilfen

In Abs. 1 wird ein umfassender Hilfebegriff definiert, welcher auf Selbstbestimmung der Betroffenen abzielt. In Abs. 2 werden die Ziele der Hilfe bestimmt. Hier liegt ein besonderer Schwerpunkt auf der Vermeidung von Unterbringung. In Abs. 3 wird deutlich, dass sich die Hilfen auch auf diejenigen Personen erstrecken sollen, die betroffene Menschen gesetzlich vertreten oder zu deren persönlichem Umfeld gehören. Dies soll diese wichtige Arbeit würdigen, ein dialogisches Behandlungsverfahren ermöglichen, Aufklärungsarbeit leisten und zur Entstigmatisierung beitragen. Abs. 4 trifft Regelungen zur Nachsorge und Wiedereingliederung.

§ 8 – Gewährung von Hilfen

In Abs. 1 werden die Hilfeformen zur Erreichung der Ziele dieses Gesetzes 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 Besonderheiten 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. In diesem Zusammenhang nimmt die Kommunikation eine besondere Rolle ein. Diesem Umstand muss angemessen begegnet werden und bei Bedarf müssen entsprechende Dolmetscherleistungen oder technische Hilfsmittel zur Übersetzung seitens des Aufgabenträgers bereitgestellt werden.

Der Anspruch des betroffenen Menschen, die nach diesem Gesetz festgelegten Hilfen zu erhalten, wird in Abs. 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 Abs. 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 in Abs. 3 geregelt.

§ 9 – 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 abzubreaken. Mit der hiesigen Regelung in Abs. 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 Abs. 1 Satz 2 nunmehr ein Hausbesuch verbindlich vorgesehen.

Abs. 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 Abs. 2 Satz 4 muss sich sowohl auf die Verpflichtung, der Vorladung Folge zu leisten, als auch auf die Möglichkeit zur zwangsweisen Durchsetzung beziehen.

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 (Abs. 4).

Abs. 5 sieht vor, 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 FamFG. Zudem findet sich in Abs. 5 Satz 3 eine Informationspflicht gegenüber dem betroffenen Menschen bzgl. einer Weiterleitung seiner Untersuchungsbefunde an die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt.

§ 10 – Voraussetzung der Unterbringung

Abs. 1 legt die Voraussetzungen fest, unter denen ein Mensch mit psychischen Störungen gegen oder ohne seinen Willen untergebracht werden kann. Der mit einer Unterbringung verbundene Eingriff in die persönliche Freiheit gebietet es, die Unterbringungsbedingungen 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 Art. 14 UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) darstellen –, sondern nur aufgrund der Gefahrenlage infolge der psychischen Störung. Gleichzeitig dient die Unterbringung der Heilung, der Linderung oder der Verhütung einer Verschlimmerung der psychischen Störung. In Abs. 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 PsychKHG nicht zur Anwendung bei einer bestehenden Unterbringung nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB), dem Strafgesetzbuch (StGB), der Strafprozessordnung (StPO) oder dem Jugendgerichtsgesetz (JGG).

§ 11 – Unterbringungsantrag

§ 11 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 Hilfemaßnahmen zu ergreifen, um die Krise schnellstmöglich zu bewältigen und eine zwangsweise Unterbringung zu vermeiden.

In Abs. 2 Satz 2 wird festgelegt, dass die begutachtende Ärztin oder der begutachtende Arzt nach Möglichkeit nicht identisch mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt sein soll. Dieser Regelung liegt der Rechtsgedanke von § 321 Abs. 1 Satz 5 FamFG zu Grunde. Die Differenzierung der untersuchenden Ärztinnen und Ärzte zielt darauf ab, die Unabhängigkeit von Begutachtung und anschließendem Vollzug der Unterbringung zu wahren. In Anbetracht der Schwere der mit der Unterbringung verbundenen Grundrechtseingriffe ist das Einhalten des Vier-Augen-Prinzips erforderlich und verfassungsrechtlich geboten. Mit dieser Regelung soll dem Grundrechtsschutz des betroffenen Menschen durch Verfahren soweit wie möglich zur Geltung verhelfen. Sollte dies in Ausnahmesituationen (bspw. bei Gefahr im Verzug und einstweiligen Anordnungen) von der Klinik nicht sichergestellt werden können, so sind interne Prozesse so zu gestalten, dass die begutachtende Ärztin oder der begutachtende Arzt nicht unmittelbar bei der Behandlung des betroffenen Menschen tätig wird, um die Behandlungsmotivation und den Aufbau eines vertrauensvollen medizinischen Behandlungsverhältnisses nicht zu gefährden. Mit dieser Festlegung wird ebenfalls der Empfehlung des CPT gefolgt (vgl. CPT, Bericht 2015, Seite 53, Empfehlung Nummer 115).

§ 12 – Zuständigkeit der Amtsgerichte

Nach § 12 liegt die Zuständigkeit für gerichtliche Entscheidungen nach diesem Gesetz bei den Amtsgerichten, vgl. § 312 Nr. 4 FamFG i. V. m. § 23a Abs. 1 Nr. 2, Abs. 2 Nr. 1 GVG. Die örtliche Zuständigkeit bestimmt sich nach § 313 Abs. 3 FamFG. Die Norm hat lediglich klarstellenden Charakter

§ 13 – Geltung der Vorschriften über die freiwillige Gerichtsbarkeit

§ 13 trifft Regelungen zum Gerichtsverfahren und zur Prozessführung.

§ 14 – Vorläufige Unterbringung

Abs. 1 sieht einen engen zeitlichen Rahmen für gerichtliche Beurteilung der Unterbringung im Sinne des Grundrechtsschutzes vor. In Abs. 2 findet sich die Informationspflicht zur Unterbringung an nahestehende Personen und die Pflicht zur Berücksichtigung der Wünsche der betroffenen Menschen.

§ 15 – Rechtsstellung des betroffenen Menschen

Die Regelung in Abs. 1 verdeutlicht, dass alle freiheitsbeschränkenden 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 freiheitsbeschränkenden 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 Abs. 2 stellt klar, dass der betroffene Mensch bei Aufnahme über sein Recht auf gerichtliche Entscheidung über die konkrete Ausgestaltung von Einzelmaßnahmen im Vollzug der Unterbringung 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, sind auch entsprechende Dolmetscherleistungen oder technische Hilfsmittel zur Übersetzung bereitzustellen.

In Abs. 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. Abs. 4 macht deutlich, dass Minderjährige altersgemäß untergebracht werden müssen.

§ 16 – Vollzug der Unterbringung

Nach Abs. 1 erfolgt der Vollzug durch kommunalen Beschluss. Nach Abs. 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 Abs. 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.

§ 17 – Beleihung

§ 17 entspricht § 11 a. F.

§ 18 – Behandlung

Abs. 1 regelt Grundlagen der Behandlung, insbesondere den Behandlungsplan. In Abs. 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. Abs. 3 legt klarstellend fest, dass die Behandlung nicht gegen den natürlichen Willen des betroffenen Menschen vorgenommen werden darf und seiner Einwilligung bedarf. In Abs. 5 wird angeführt, dass im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung ärztlich festgestellt werden muss, ob die Voraussetzungen einer Unterbringung noch vorliegen. Abs. 6 verpflichtet bei Behandlungen auf Wunsch der betroffenen Person zu einer geschlechtersensiblen Untersuchung.

§ 19 – Ordnung im Krankenhaus

In Abs. 2 wird klargestellt, dass die Hausordnung des Krankenhauses die Vorgaben dieses Gesetzes zu berücksichtigen hat. Abs. 2 Satz 1 hat dabei deklaratorische Wirkung. Zudem ist die Hausordnung dem Kreis oder der kreisfreien Stadt zur Genehmigung vorzulegen, sodass der Kreis oder die kreisfreie Stadt als Fachaufsicht einen Einblick in das Innere des Krankenhauses erhält.

§ 20 – 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 § 20 Rechnung getragen. 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.

§ 21 – Aufenthalt im Freien und Freizeit

Nach Abs. 1 hat der betroffene Mensch einen Anspruch auf täglichen Aufenthalt im Freien von mindestens einer Stunde. Dabei ist die Möglichkeit des täglich mindestens einstündigen Aufenthalts im Freien mit Bewegungsfreiheit als eine Mindestgarantie zu verstehen, die sich aus der Pflicht der Kliniken zur Gesundheitsfürsorge ergibt. Der betroffene Mensch soll unter Beachtung medizinischer, sozialtherapeutischer und sicherheitstechnischer 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 Abs. 2 geregelt.

§ 22 - 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 familiäre und soziale Umfeld wird benötigt, um die betroffenen Menschen zu unterstützen und wieder in die Gesellschaft zu integrieren. Die Bereitschaft zur Mitwirkung des familiären und sozialen 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 §§ 23 bis 25 zulässig.

§ 23 – Schriftwechsel

§ 23 Abs. 1 legt fest, dass untergebrachte Personen Schreiben absenden und empfangen dürfen. Abs. 1 wird durch eine Bestimmung über die Nutzung neuer Kommunikationsmedien ergänzt. Die individuelle Nutzungsgestattung kann im Einzelfall beschränkt werden (Abs. 2). Der Personenkreis, dessen Schriftwechsel mit dem betroffenen Menschen nicht eingeschränkt werden darf, ist in Abs. 3 festgelegt. 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 Abs. 5 Satz 1 der Schriftwechsel angehalten werden. Hierüber müssen alle Beteiligten 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.

§ 24 – 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.

§ 25 – 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 Abs. 1 aufgeführt. Nach Abs. 1 Satz 2 dürfen Besuche von Personen, die zum privilegierten Personenkreis im Sinne des § 23 Abs. 3 gehören, nicht beschränkt werden. Abs. 2 trifft konkrete Regelungen hinsichtlich eines Besuchsverbots sowie der Möglichkeit einer Überwachung. In Abs. 3 wird der Umgang mit mitgebrachten Schriftstücken und Gegenständen im Rahmen eines Besuches festgelegt

§ 26 - Durchsuchung

Mit dieser Vorschrift ist 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 § 26 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.

§ 27 – Beurlaubung

In Abs. 1 wird der Zeitrahmen einer Beurlaubung auf vierzehn Tage festgelegt. Insbesondere für betroffene Menschen, die der Stationsalltag und das Einhalten dort geltender Regeln des Zusammenlebens vor große Schwierigkeiten stellt, soll es in den besonderen Fällen der Depotmedikation auch längere Beurlaubungen, nämlich längstens bis zur nächsten Gabe des Depotmedikamentes, erlaubt werden können.

§ 28 – Beendigung der Unterbringung

Abs. 1 regelt, nach Vorliegen welcher Gründe die Unterbringung beendet ist. In Abs. 2 und 3 finden sich die Informationspflichten zur Entlassung.

§ 29 – Besuchskommissionen

Die Zusammensetzung der Besuchskommission stellt sicher, dass alle relevanten Institutionen in der Kommission vertreten sind. Die aufgeführten Mitglieder sind den mit der Betroffenheit von Menschen mit psychischen Störungen verbundenen Thematiken und Fragestellungen vertraut und können eine unabhängige Sicht in die Besuchskommission einbringen. In § 29 werden weiter die Zusammensetzung der Besuchskommission, Berichtspflichten und die Weisungsfreiheit geregelt.

§ 30 – Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen

In § 30 Abs. 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 Verhältnismäßigkeitsgrundsatz 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 medizinischen Stand am wenigsten eingreifende geeignete Mittel zur Verfügung steht (beispielsweise die Bereitstellung von Isolierungsräumen). Die Mittel und Praktiken in der Psychiatrie sind in der Form weiterzuentwickeln, dass unmittelbarer Zwang zukünftig 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 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.

Nach Abs. 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 Nr. 1 dürfen dem betroffenen Menschen nur solche Gegenstände weggenommen oder nicht ausgehändigt werden, die er für eine Selbstverletzung oder Fremdgefährdung nutzen könnte. Ferner wird mit der Nr. 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 Nr. 3 meint die räumliche Isolierung eines betroffenen Menschen und seine Trennung von anderen Patientinnen und Patienten. Die Absonderung stellt einen massiven 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 Isolierung 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. Teilweise wird diese Form der Beschränkung der Bewegungsfreiheit von betroffenen Menschen als weniger einschneidend empfunden als beispielsweise ein Eingriff durch mechanische Hilfsmittel.

In Abs. 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 Abs. 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 Abs. 5 können die Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen bei Gefahr im Verzug auch von therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vorläufig durchgeführt werden. Die ärztliche Anordnung ist unverzüglich herbeizuführen.

§ 31 – Besondere Sicherungsmaßnahmen

Die Regelungen des § 31 sind Reaktion auf die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 24. Juli 2018 (BVerfG, Urt. v. 24. Juli 2018 – 2 BvR 309/15, 2 BvR 502/16).

In Abs. 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 Abs. 3 aufgeführt. Hiermit soll dem verfassungsrechtlichen Bestimmtheitsgebot entsprochen werden. Die Unterbringung in einem besonderen Raum ohne gefährdende Gegenstände (Abs. 3 Nr. 1) ist eine besondere Form der Isolierung und

erfolgt in einem speziellen Raum für akute Krisenfälle, welcher entweder leer oder reizarm nur mit wenigen Gegenständen (Matratze, Schaumgummi-Möbel, Toilette) ausgestattet ist, 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 Abs. 3 Nr. 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 (Abs. 3 Nr. 3) ist die intensivste Form der Freiheitsentziehung und liegt vor, wenn dem betroffenen Menschen seine Bewegungsfreiheit durch das Festbinden der Gliedmaßen an ein Krankenbett (fast) vollständig genommen wird. In Nr. 3 wird eine Klarstellung dahingehend vorgenommen, dass unter dem Begriff Fixierungsmaßnahme alle Formen der Fixierung durch mechanische Hilfsmittel zu verstehen sind und die Maßnahme zwangsläufig eine medikamentöse Sedierung sowie nach medizinisch fachlicher Abwägung und entsprechend der Erfordernisse des Einzelfalls eine Thromboseprophylaxe beinhaltet. Fixierungsmaßnahmen werden in der Praxis in den unterschiedlichsten Formen vorgenommen (1-Punkt- bis 7-Punkt-Fixierung), wobei in der Regel 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 Abs. 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 Abs. 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 oder sich wiederholende Fixierungsmaßnahme als besondere Sicherungsmaßnahme nunmehr eine vorherige Zustimmung des zuständigen Gerichtes erforderlich. Dies ist Ausfluss von Art. 104 Abs. 2 GG und wird in Abs. 5 geregelt. Bei der Fixierungsmaßnahme handelt es sich im Verhältnis zu allen mit dem Vollzug im Regelfall verbundenen Disziplinarmaßnahmen und Beschränkungen um eine eigenständige Freiheitsentziehung mit neuer Eingriffsqualität, die dem Richtervorbehalt unmittelbar aus Art. 104 Abs. 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 Art. 2 Abs. 2 Satz 2 GG und zielt auf eine vorbeugende Kontrolle der Maßnahme durch eine unabhängige und neutrale Instanz ab (vgl. BVerfGE 105, 239; 77, 1). 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 ein ärztliches Zeugnis beizufügen.

Eine nachträgliche richterliche Entscheidung nach Abs. 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; 105, 239 m. w. N.). Art. 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; 105, 239). 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 innerhalb einer Stunde beendet sein wird und eine Notwendigkeit zur Wiederholung nicht besteht. Aus dem Freiheitsgrundrecht nach Art. 2 Abs. 2 Sätze 2 und 3 i. V. m. Art. 104 Abs. 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 Abs. 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 die Fixierungsmaßnahme nicht richterlich angeordnet bzw. genehmigt worden sind.

Für Fixierungsmaßnahmen ist nach Abs. 7 eine Betreuung durch unmittelbaren Sicht- und Sprechkontakt 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. Ausnahmen hiervon sind für den Fall vorgesehen, 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 den Fall einer Verweigerung der persönlichen Begleitung ist eine den o. g. Grundsätzen entsprechende Betreuung auf anderem Wege sicherzustellen. Dabei ist eine akustische und optische Wahrnehmung auf unmittelbarem Wege zu gewährleisten. Der Einsatz von technischen Hilfsmitteln (Videoüberwachung) ist unzulässig. Zudem wird in Abs. 7 Satz 3 als einzuhaltenden 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.

Abs. 8 legt eine besondere Dokumentationspflicht fest. Als Vorwirkung der grundrechtlichen Garantie effektiven Rechtsschutzes ergibt sich aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 i. V. m. Art. 19 Abs. 4 GG die Notwendigkeit, die unter Nr. 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).

§ 32 – Ärztliche Zwangsmaßnahme

Die materiellen wie auch die verfahrensrechtlichen Voraussetzungen für die ärztliche Zwangsbehandlung sind in § 32 zusammengefasst.

Die Voraussetzung der präventiven gerichtlichen Genehmigung 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 Genehmigung ist nur bei Gefahr im Verzug zulässig.

Die Zielsetzung der ärztlichen Zwangsbehandlung wird in Abs. 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 Abs. 1 Satz 3 bestimmt sich nach den Umständen des Einzelfalles. 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 milderer Mittel im Rahmen der unterschiedlichen Sicherungsmaßnahmen darstellen, auf die in Krisensituationen unmittelbar zurückgegriffen werden kann. Die ärztliche Zwangsbehandlung erfolgt hingegen in einem längeren Zeitraum. Die Behandlung verfolgt neben der Abwendung einer Eigen- und/oder Fremdgefährdung das langfristige Ziel der Herstellung der Einsichts- und Handlungsfähigkeit des betroffenen Menschen und damit die Wiederherstellung der freien Selbstbestimmung. Nach Abs. 3 Satz 5 umfasst die gerichtliche Anordnung lediglich die Zwangsmaßnahme sowie die Festlegung der Wirkstoffgruppe der Medikamente.

§ 33 – Unmittelbarer Zwang

Die Vorschrift des § 33 sieht vor, dass unmittelbarer Zwang in engem Rahmen für Klinikbeschäftigte gestattet ist. Sie unterliegen jedoch einer Ankündigungs- und Nachbesprechungspflicht. Ferner unterliegen alle Maßnahmen des unmittelbaren Zwangs einer Dokumentationspflicht nach Abs. 3.

§ 34 – Reduzierung von Zwang

Gemäß Abs. 1 ist die jährliche Vorgabe des Gesetzes, die Reduzierung von Zwangsmaßnahmen um zehn Prozent. Abs. 2 normiert die Pflicht zu Personalaufbau und baulicher Ertüchtigung, um die Zielstellungen nach Abs. 1 erreichen zu können. Die dafür notwendigen Mittel werden aus dem Landeshaushalt bereitgestellt (Abs. 3).

§ 35 – Berufs- und Amtsverschwiegenheitspflicht

Nach Abs. 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 Abs. 2 für sonstige Berufsheimnissträgerinnen und Berufsheimnissträger entsprechend.

§ 36 – Datenschutz

§ 36 verweist auf das Hessische Krankenhausgesetz.

§ 37 – Unterrichtung in besonderen Fällen

Meldebefugnisse an Führerscheinstelle oder Waffenbehörde bei anzunehmender Gefährdung; Stellungnahmerecht der Betroffenen.

§ 38 – Datenlöschung

§ 38 regelt in welchen Fällen personenbezogene Daten zu löschen sind.

§ 39 – Auskunft, Akteneinsicht

Abs. 1 normiert ein allgemeines Akteneinsichtsrecht für Betroffene.

In Abs. 2 wird den Besuchsdelegationen 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 Art. 8 Abs. 2 ECPT, für den SPT in Art. 14 Abs. 1 lit. b OPCAT und für die Nationale Stelle in Art. 2 Abs. 2 des Staatsvertrages über die Einrichtung eines nationalen Mechanismus aller Länder nach Artikel 3 des Fakultativprotokolls vom 18. Dezember 2002 zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe i. V. m. Art. 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 in einer bestimmten Einrichtung der Freiheitsentziehung. 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.

§ 40 – Dokumentations- und Berichtspflicht

§ 40 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). 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; BVerfG, Beschluss v. 19. Juli 2017 – 2 BvR 2003/14, Rn. 33 m. w. N.). Die Dokumentationspflicht nach Abs. 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 mildereren Mittel vorab eingeleitet wurden und weshalb diese gescheitert sind.

Nach Abs. 2 ist das Krankenhaus verpflichtet, die in Nr. 1 bis 6 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.

§ 41 – Grundsatz

§ 41 stellt klar, dass im Grundsatz eine Gebührenfreiheit gilt.

§ 42 – Kosten der Unterbringung

Die Kosten der Unterbringung werden Betroffenen nur auferlegt, sofern diese sie tragen können.

§ 43 – Bedürftigkeit des betroffenen Menschen

§ 43 regelt die Kostenträgerschaft im Falle von Sozialhilfeansprüchen.

§ 44 – Einschränkung von Grundrechten

Die Bestimmung entspricht dem Zitiergebot des Art. 19 Abs. 1 Satz 2 GG.

§ 45 – Verordnungsermächtigungen

Detailfragen zu Qualifizierung von Personal, ärztlichen Stellungnahmen und Aufgabenzuweisungen können als Verordnungen erlassen werden.

§ 46 - Inkrafttreten

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten des Gesetzes.

Zu Art. 2

Regelt das Außerkrafttreten des bisherigen Hessischen Gesetzes über Hilfen bei psychischen Krankheiten (Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz).

Zu Art. 3 (Änderung des Hessischen Gesetzes über die öffentliche Sicherheit und Ordnung (HSOG))

Art. 3 sieht eine Streichung von § 32 Abs. 4 HSOG vor.

§ 32 Abs. 4 HSOG regelt eine Ermächtigungsgrundlage für die Verbringung von psychisch erkrankten gefährdeten Personen entweder in ein psychiatrisches Krankenhaus oder in ein somatisches Krankenhaus. Als Folge der polizeilichen Verbringung in ein psychiatrisches Krankenhaus erfolgt die sofortige vorläufige Unterbringung durch den bestellten Arzt oder die Entlassung durch den bestellten Arzt bei Nichtvorliegen der Unterbringungsvoraussetzungen. Bringt die Polizei die Person allerdings in eine somatische Klinik, so war die weitere Verfahrensweise nach dem bisherigen Gesetz nicht klar, denn eine Unterbringung und eine Behandlung kann dort nicht nach dem PsychKHG, sondern nur nach den Voraussetzungen des HSOG erfolgen.

Die bisherige Regelung stellte keine bestimmte Rechtsgrundlage dar. Durch die Streichung wird auch der Rechtsschutz nicht geschmälert, denn im sonstigen Polizeirecht bedarf die bloße Verbringungen zu einer Polizeistation oder zu einer Sammelunterkunft etwa zum Zwecke einer Identitätsfeststellung auch (zunächst) keiner richterlichen Entscheidung. Erst die weitere (fortdauernde und längerfristige) Ingewahrsamnahme löst das Erfordernis des (dann unverzüglichen) Richtervorbehalts aus. Es gibt auch keinen sachlichen Grund, weshalb psychisch erkrankte Störer im polizeirechtlichen Sinne anders behandelt werden sollten als sonstige Störer. Der Verbleib in der somatischen Klinik kann dann (unter Wahrung des Richtervorbehalts gemäß § 33 Abs. 1 Satz 1 HSOG) auch bei psychisch erkrankten Personen durch die Ermächtigungsgrundlagen in § 32 Abs. 1 HSOG (und dort insbesondere die Nrn. 1 und 2) legitimiert werden. Der polizeiliche Gewahrsam wird in der Folge in einem Krankenhaus vollzogen. Verantwortlich ist die staatliche Polizei und nicht Ärztinnen und Ärzte in somatischen Krankenhäusern. Erst die „Verlegung“ der Person in eine stationäre psychiatrische (freiheitsentziehende) Behandlung löst das Sonderpolizeirecht des PsychKHG aus.

Zu Art. 4 (Inkrafttreten)

Der Artikel regelt das Inkrafttreten des Gesetzes.

Wiesbaden, 9. Januar 2023

Die Fraktionsvorsitze
Elisabeth Kula