



Gesetzentwurf

Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung von Vorschriften über die Behandlung psychisch Kranker und Schutzmaßnahmen

Der Landtag wolle beschließen:

Gesetz zur Änderung von Vorschriften über die Behandlung psychisch Kranker und Schutzmaßnahmen

Begründung

anliegend.

Prof. Dr. Claudia Dalbert
Fraktionsvorsitzende

A. Zielsetzung

Das Psychiatriegesetz (PsychKG) Sachsen-Anhalt ist grundsätzlich zu novellieren, um

- a) die Rechtsposition der von diesem Gesetz betroffenen Menschen mit psychischen oder seelischen Erkrankungen wie Behinderungen umfassend zu stärken,
- b) die Strukturen der psychiatrischen Versorgung gemeindenah und kooperativ neu zu gestalten und
- c) die weitere Entwicklung der psychiatrischen Versorgung aktiv politisch zu planen und zu steuern.

B. Wesentlicher Inhalt

Grundsätzlich soll der Wille des Betroffenen umfassender berücksichtigt und seine Rechte gestärkt werden. Diese Stärkung betrifft

- a) die Sicherung der freien Arztwahl im Rahmen von Untersuchungen nach dem PsychKG,
- b) die informelle Selbstbestimmung bezüglich der Weitergabe von Untersuchungsergebnissen,
- c) die Schaffung von Rechtssicherheit im Rahmen von Zwangsbehandlungen und
- d) einer größeren Transparenz in Bezug auf Sicherungsmaßnahmen.

Durch die Schaffung eines Zustimmungsvorbehalts bei allen Formen der Weitergabe von personenbezogenen Daten wird der Datenschutz umfassend gestärkt. Insbesondere sensible Informationen zu psychischen Erkrankungen, (Zwangs-) Einweisungen und Ähnlichem dürfen nicht weiter ohne explizite Zustimmung des Betroffenen an Dritte weiter gegeben werden. Gleichzeitig besteht ein Anspruch des Betroffenen über alle relevanten Informationen und Befunde unterrichtet zu werden. Es darf zu keiner Wissensasymmetrie zwischen ärztlichem Personal und Betroffenen kommen. Das Ziel des mündigen Patienten ist auch im Rahmen von psychischen und seelischen Erkrankungen und Behinderungen leitend. Außer in Fällen einer gegenwärtigen Suizidgefahr durch eine Informationsweitergabe an den Betroffenen, kann diese durch den Arzt unterlassen werden.

Besondere Sicherungsmaßnahmen sind nur noch nach dem Vier-Augen-Prinzip möglich und landesweit zentral im zuständigen Ministerium zu erfassen, sodass einmal pro Legislatur der Landtag über Stand und Entwicklung von besonderen Sicherungsmaßnahmen und Unterbringungen unterrichtet wird. Da diese, insbesondere die Fixierung, tiefgreifende Eingriffe in die persönliche Freiheit und Selbstbestimmung sind, ist eine größtmögliche Transparenz nötig. Sowohl innerhalb der Einrichtung durch Hinzuziehung einer zweiten Ärztin/eines zweiten Arztes als auch gegenüber dem Land durch die Schaffung einer Berichtspflicht der Einrichtung gegenüber dem zuständigen Ministerium. Bisher wird einzig der Träger des jeweiligen Krankenhauses über Sicherungsmaßnahmen informiert.

Auch bedarf es einer Umkehr im Rahmen der Genehmigungsverfahren zu Maßnahmen wie offene Unterbringung, Urlaubsgewährung und Besuche. Diese sind nicht mehr unter der Maßgabe der positiven Wirkung auf das Behandlungsziel zu bewer-

ten und ggf. zu genehmigen, sondern Bewertungsmaßstab soll einzig sein, ob diese das Behandlungsziel gefährden. Damit wird quasi die „Beweispflicht“ umgedreht.

Das zweite Leitziel der Gesetzesnovelle ist die Schaffung und Stärkung einer gemeindenahen und bedarfsgerechten Versorgung flächendeckend im Land. Dies wird durch die Schaffung zweier neuer Strukturen umgesetzt. Zum einen sind Psychiatriekoordinatorinnen und -koordinatoren in den Landkreisen und kreisfreien Städten zu bestellen und zum anderen gemeindepsychiatrische Verbände zu gründen. Das Ziel ist regionale Verantwortungsgemeinschaften zu fördern, an denen möglichst alle Beteiligten an der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen teilnehmen. Das schließt langfristig auch die Kostenträger ein. Einzubeziehen in diese gemeindepsychiatrischen Verbände sind auch die Selbst- und Bürgerhilfen als wichtiger Bestandteil eines ganzheitlichen Versorgungs- und Betreuungssystems.

Durch die Urteile des Bundesverfassungsgerichts zu Zwangsbehandlungen ist auch eine gesetzliche Neuregelung in Sachsen-Anhalt nötig. Die rechtlichen Voraussetzungen und Verfahrensweisen bei Zwangsbehandlungen werden entsprechend neu eindeutig formuliert, wodurch Rechtssicherheit für die Praxis geschaffen und Stärkung der Rechte der Betroffenen gesichert werden.

C. Alternativen

Keine.

D. Kosten

Die Bestellung von Psychiatriekoordinatorinnen und -koordinatoren ist mit Kosten verbunden, die das Land zu tragen hat. Auch die im Gesetz formulierte neue Aufgabe der kommunalen Psychiatrieplanung durch die Sozialpsychiatrischen Dienste ist mit Kosten verbunden, die aufgrund der Konnexität durch das Land zu tragen sind. Die Mehrkosten in diesen beiden Fällen werden sich auf maximal 14 VZE belaufen. Das heißt 560.000 € sind pro Haushaltsjahr anzusetzen. Die im Gesetz eingeräumte Möglichkeit zu Landkreise und kreisfreie Städte übergreifenden Koordination und Planung können diese Kosten senken. Die bestehende Kooperation der Stadt Halle und des Landkreises Saale zeugen von der Praktikabilität dieser Möglichkeit.

Zur Unterstützung der Gründung von gemeindepsychiatrischen Verbänden ist eine Anschubfinanzierung von 20.000 € pro Verbund eingeplant. Entsprechend sind für diesen Punkt maximal 280.000 € für das Haushaltsjahr 2017 einzuplanen.

Diese kostenrelevanten Punkte treten zum 1. Januar 2017 in Kraft, sodass erstmalig im Rahmen der Haushaltsverhandlungen 2016 diese Kosten veranschlagt und entsprechend in den Aufgabenkatalog des Finanzausgleichgesetzes aufgenommen werden.

Entwurf

Gesetz zur Änderung von Vorschriften über die Behandlung psychisch Kranker und Schutzmaßnahmen.**Artikel 1****Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen des Landes Sachsen-Anhalt**

Das Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen des Landes Sachsen-Anhalt vom 30. Januar 1992 (GVBl. LSA S. 88, 432), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 13. April 2010 (GVBl. LSA S.192), wird wie folgt geändert:

1. § 2 Nr. 1 wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 1 wird folgender neuer Satz 2 eingefügt:

„Seine Würde und sein Wille sind zu achten.“

b) Die bisherigen Sätze 2 und 3 werden die Sätze 3 und 4.

2. Dem § 3 Abs. 2 wird folgender Satz 3 angefügt:

„Das entlassende Krankenhaus ist für die Absicherung der Anschlussbehandlung zuständig. Es hat mit Zustimmung der betroffenen Person in enger Zusammenarbeit mit dem weiterbehandelnden Arzt und dem zuständigen Sozipsychiatrischen Dienst die Entlassung so umfassend und rechtzeitig vorzubereiten, dass eine weiterhin erforderliche ambulante Betreuung der betroffenen Person gesichert ist.“

3. § 4 erhält folgende Fassung:

„§ 4**Träger und Koordination der Hilfen**

(1) Die Leistung der Hilfen obliegt den Landkreisen und kreisfreien Städten als Aufgabe des übertragenden Wirkungskreises.

(2) Landkreise und kreisfreie Städte haben zur Koordination der Hilfeangebote und zur Erstellung einer Psychiatrieplanung einen Psychiatriekoordinator zu bestellen. Eine zwischen den Landkreisen und kreisfreien Städten übergreifende Koordination und Planung ist möglich.“

4. § 5 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 wird folgender neuer Absatz 2 eingefügt:

„(2) Der sozialpsychiatrische Dienst hat eine Beratungs- und Beschwerdestelle für Personen nach § 1 Nr. 1 und deren Angehörige einzurichten. Die Beratung soll unter Mitwirkung von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen von psychisch Kranken erfolgen (trialogische Beratung). Die Beratungs- und Beschwerdestelle wirkt bei Problemen auf eine Lösung hin, berät hinsichtlich der Erstellung einer Behandlungsvereinbarung und vermittelt bei Bedarf zwischen Betroffenen und Einrichtungen. Des Weiteren gibt sie Auskunft über in Betracht kommende Hilfs- und Unterstützungsangebote, auch aufsuchend. Sie erteilt keine Rechtsberatung.“

b) Der bisherige Absatz 2 wird neuer Absatz 3 und erhält folgende Fassung:

„(3) Der sozialpsychiatrische Dienst steht unter der Leistung eines Facharztes für Psychiatrie oder Neurologie oder eines auf diesen Gebieten weitergebildeten Arztes.“

c) Die bisherigen Absätze 3 und 4 werden die Absätze 4 und 5.

5. Nach § 5 werden folgende §§ 5a und 5b eingefügt:

„§ 5a Gemeindepsychiatrische Verbände

„(1) Auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte können gemeindepsychiatrische Verbände gebildet werden. Dies ist auch über die Grenzen der Landkreise und kreisfreien Städte hinweg möglich. Die Bildung der gemeindepsychiatrischen Verbände ist durch die Landkreise und kreisfreien Städte zu koordinieren. Im Rahmen der gemeindepsychiatrischen Verbände können sich die Träger ambulanter, teilstationärer und stationärer Einrichtungen sowie Selbsthilfegruppen und Bürgerhilfen zum Zweck der Kooperation zusammenschließen. Die laufenden Geschäfte der gemeindepsychiatrischen Verbände führt der jeweilige Psychiatriekoordinator.

(2) Die Beteiligten der gemeindepsychiatrischen Verbände arbeiten bei der Erbringung von vorsorgenden, begleitenden und nachsorgenden Hilfen eng zusammen. Ziel der gemeindepsychiatrischen Verbände ist es, möglichst bedarfsgerechte und wohnortnahe Hilfsangebote zu gewährleisten. Der besondere Kooperationsbedarf im Rahmen der kinder- und jugendpsychiatrischen Hilfsangebote soll berücksichtigt werden.

§ 5b Psychiatrieplanung

(1) Das für psychisch Kranke zuständige Ministerium erstellt einen Landespsychiatrieplan. Er enthält die Rahmenplanung für die Versorgung der Personen nach § 1 Nr. 1.

(2) Der Landespsychiatrieplan ist alle vier Jahre fortzuschreiben. Bei der Erstellung und Fortschreibung des Landespsychiatrieplans wird das für psychisch Kranke zuständige Ministerium vom Ausschuss für Angelegenheiten

der psychiatrischen Krankenversorgung sowie von den Verbänden der Psychiatrieerfahrenen und der Angehörigen psychisch Kranker beraten.

(3) Die Landkreise und kreisfreien Städte erstellen im Einvernehmen mit dem jeweiligen gemeindepsychiatrischen Verbund auf Grundlage des Landespsychiatrieplans eine kommunale Psychiatrieplanung.“

6. In § 6 Satz 3 werden die Wörter „es sei denn, dass der Betroffene widerspricht“ durch die Wörter „insoweit der Betroffene zustimmt“ ersetzt.
7. § 8 erhält folgende Fassung:

„§ 8
Beratung, Untersuchung, Mitteilung

- (1) Bestehen Anhaltspunkte dafür, dass jemand wegen einer Krankheit, Störung oder Behinderung im Sinne des § 1 Nr. 1 sich oder anderen schwerwiegenden Schaden zuzufügen droht, kann er entweder
 1. durch den zuständigen Sozialpsychiatrischen Dienst kontaktiert, über regionale Hilfs- und Unterstützungsangebote informiert und zu einer persönlichen Beratung eingeladen werden
 - oder
 2. zu einer ärztlichen Untersuchung aufgefordert werden. Diese kann bei einem Arzt seiner Wahl vorgenommen werden. In diesem Fall ist der Name des behandelnden Arztes anzugeben. Der Arzt hat die jeweils zuständige Verwaltungsbehörde von der Übernahme der Behandlung oder der Verordnung häuslicher psychiatrischer Fachpflege zu unterrichten. Folgt der Betroffene der Aufforderung nicht, so kann er zu einer ärztlichen Untersuchung geladen werden.
- (2) Bestehen dringende schwerwiegende Anhaltspunkte dafür, dass bei einer Person die Voraussetzungen für eine Unterbringung vorliegen, so kann er zu einer Untersuchung vorgeführt oder zum Zwecke einer Untersuchung durch einen von der Verwaltungsbehörde dazu beauftragten Arzt aufgesucht werden. §§ 283, 321, 322 FamFG gelten entsprechend.
- (3) Der Arzt teilt das Ergebnis der Untersuchung dem Betroffenen mit. Auf Wunsch des Betroffenen ist der Untersuchungsbefund weiteren Ärzten mitzuteilen.“

8. Die §§ 9 und 10 werden aufgehoben.

9. § 12 erhält folgende Fassung:

„§ 12
Vollzug der Unterbringung

- (1) Die Unterbringung wird in Krankenhäusern vollzogen. Krankenhäusern kann diese Aufgabe mit deren Zustimmung widerruflich übertragen werden, wenn diese sich dafür eignen.

(2) Zuständig für die Feststellung der Eignung und die Übertragung der Aufgaben nach Absatz 1 Satz 2 ist das Landesverwaltungsamt. Dieses übernimmt auch die Aufsicht im Umfang der übertragenen Aufgaben.

(2) Das Landesverwaltungsamt beruft in jedem Krankenhaus, das Unterbringungen vollzieht, im Benehmen mit dessen Träger einen Patientenfürsprecher. Seine Tätigkeit ist ehrenamtlich und unentgeltlich. In einem Krankenhaus Untergebrachte oder ihre gesetzlichen Vertreter können dem Landesverwaltungsamt Vorschläge zur Auswahl des Patientenfürsprechers unterbreiten.“

10. § 15 Satz 2 erhält folgende Fassung:

„Die Angehörigen sind auf Wunsch des Betroffenen zu benachrichtigen.“

11. § 16 wird wie folgt geändert:

a) in Abs. 1 werden die folgenden neuen Sätze 4 und 5 eingefügt:

„Der Behandlungsplan kann weitere Untersuchungen einschließen, soweit sie im Rahmen der Behandlung oder zum Schutz der Gesundheit des Untergebrachten oder anderer Personen erforderlich sind. Das Ergebnis der Untersuchungen, die vorgesehene Heilbehandlung und der Behandlungsplan sind dem Untergebrachten zu erläutern.“

b) Der bisherige Satz 4 wird der Satz 6.

c) Dem Abs. 1 wird folgender neuer Satz 7 angefügt:

„Dies hat auch zu erfolgen, wenn aufgrund einer wirksamen Patientenverfügung der zu untersuchenden Person gemäß § 1901a des Bürgerlichen Gesetzbuches eine Eingangsuntersuchung nicht stattfinden konnte.“

d) Dem Abs. 4 wird folgender neuer Satz 2 angefügt:

„Im Zuge einer zu dokumentierenden Rechtsbelehrung ist der Patient über den Inhalt von Absatz 4 Satz 1 zu informieren.“

12. § 17 erhält folgende Fassung:

„§ 17 Ärztliche Behandlung

(1) Wer aufgrund dieses Gesetzes untergebracht ist, hat Anspruch auf die nach dem jeweils allgemein anerkannten Stand der medizinischen, pflegerischen, therapeutischen und heilpädagogischen Erkenntnisse gebotene Behandlung. Die Behandlung der Erkrankung, die zur Unterbringung geführt hat, soll die tatsächlichen Voraussetzungen freier Selbstbestimmung der untergebrachten Person so weit wie möglich wieder herstellen, um ihr ein möglichst selbstbestimmtes in die Gemeinschaft eingegliedertes Leben in Freiheit zu ermöglichen.

(2) Die Behandlung bedarf der Einwilligung der untergebrachten Person. Die Einwilligung muss auf dem freien Willen der insoweit einwilligungsfähigen und ärztlich angemessen aufgeklärten untergebrachten Person beruhen.

(3) Die Einwilligung der untergebrachten Person in die Behandlung, die ihrem natürlichen Willen widerspricht (Zwangsbehandlung), ist dann nicht erforderlich, wenn und solange

1. sie krankheitsbedingt zur Einsicht in die Behandlungsbedürftigkeit der Erkrankung, die zur Unterbringung geführt hat, oder zum Handeln gemäß solcher Einsicht nicht fähig ist und die Behandlung nachweislich dazu dient, eine Lebensgefahr oder eine gegenwärtige erhebliche Gefahr für die Gesundheit der untergebrachten Person abzuwenden oder
2. die Behandlung dazu dient, eine Lebensgefahr oder eine gegenwärtige erhebliche Gefahr für die Gesundheit anderer Personen abzuwenden.

Die Zwangsbehandlung muss im Hinblick auf das Behandlungsziel, das ihren Einsatz rechtfertigt, Erfolg versprechen. Behandlungsziel hat immer auch die Herstellung der Einsichts- und Handlungsfähigkeit des Betroffenen zu sein. Sie darf nur als letztes Mittel eingesetzt werden, wenn mildere Mittel, insbesondere eine weniger eingreifende Behandlung, aussichtslos sind. Die Belastungen dürfen nicht außer Verhältnis zu dem zu erwartenden Nutzen stehen.

(4) Eine Zwangsbehandlung darf nur auf ärztliche Anordnung und unter ärztlicher Überwachung durchgeführt werden. Zuvor hat ein Arzt die zu behandelnde Person angemessen aufzuklären. Soweit der Betroffene gesprächsfähig ist, unabhängig von seiner Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit, ist im Rahmen der Aufklärung mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Ausübung von Druck die Zustimmung des Betroffenen in die Zwangsbehandlung anzustreben. Die Behandlungsmaßnahmen, einschließlich ihres Zwangscharakters, ihrer Durchsetzungsweise, ihrer maßgeblichen Gründe und der Wirkungsüberwachung, sind zu dokumentieren. Eine zu dokumentierende Nachbesprechung durch den behandelnden Arzt muss erfolgen, sobald es der Gesundheitszustand der zu behandelnden Person zulässt.

(5) Eine Zwangsbehandlung ist auf Antrag des behandelnden Krankenhauses nur mit vorheriger Zustimmung des Betreuungsgerichts oder bei minderjährigen untergebrachten Personen des Familiengerichts zulässig. Dies gilt nicht, wenn hierdurch die Behandlung verzögert würde und sich hieraus Nachteile für das Leben oder die Gesundheit der zu behandelnden Person ergeben würden. Die Zustimmung ist dann unverzüglich nachträglich herbeizuführen. Die Verfahrensvorschriften gemäß FamFG sind zu beachten.

(6) Eine wirksame Patientenverfügung der zu behandelnden Person gemäß § 1901a des Bürgerlichen Gesetzbuches ist zu beachten. Schließt sie eine Zwangsbehandlung aus, geht die Patientenverfügung vor, nicht jedoch in Fällen gegenwärtiger erheblicher Gefährdung anderer Personen.

(7) Das für psychisch Kranke zuständige Ministerium erfasst mittels eines anonymisierten zentralen Melderegisters die Unterbringungs- und Zwangs-

maßnahmen im Land. Zwangsmaßnahmen in diesem Sinne sind die Zwangsbehandlung und die besonderen Sicherungsmaßnahmen nach § 19. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, unter Wahrung des Gebots der Schweigepflicht von Angehörigen der Heilberufe sowie der datenschutzrechtlichen Bestimmungen, die zur Erfassung der Maßnahmen erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Das für psychisch Kranke zuständige Ministerium berichtet zur Mitte jeder Legislatur dem Landtag zum Stand und zur Entwicklung der Unterbringungs- und Zwangsmaßnahmen im Land.“

13. § 18 Abs. 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Während der Unterbringung fördert das Krankenhaus die Aufrechterhaltung bestehender und die Anbahnung neuer sozialer Kontakte des Unterbrachten.“

14. § 19 Abs. 3 erhält folgende Fassung:

„(3) Eine besondere Sicherungsmaßnahme darf nur vom verantwortlichen Arzt angeordnet werden; dabei ist ein zweiter Arzt hinzuzuziehen. Sie ist zu befristen, ärztlich zu überwachen und unverzüglich aufzuheben, wenn die Voraussetzungen für ihre Anordnung weggefallen sind. Anordnung und Aufhebung der besonderen Sicherungsmaßnahmen sind zu dokumentieren. Bei Fixierungen ist eine ständige, unmittelbare und persönliche Begleitung sicherzustellen, soweit die untergebrachte Person nicht ausdrücklich darauf verzichtet. Die ärztliche Kontrolle ist im erforderlichen Maße zu gewährleisten. Dem Träger des Krankenhauses und dem für psychisch Kranke zuständigen Ministerium sind jährlich eine Auflistung der ergriffenen besonderen Sicherungsmaßnahmen vorzulegen.“

15. § 21 Abs. 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Dieses Recht darf nur eingeschränkt werden, wenn dadurch eine gegenwärtige erhebliche Gefahr für die Gesundheit des Unterbrachten besteht oder die Sicherheit der Einrichtung erheblich gefährdet wird.“

16. § 22 Abs. 2 Satz 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 7 wird die Angabe „(§ 29).“ durch ein Komma ersetzt.
- b) Nach Nummer 7 werden die folgenden Nummern 8 und 9 angefügt:
 - „8. Beratungs- und Beschwerdestellen der sozialpsychiatrischen Dienste,
 - 9. dem Patientenfürsprecher der Krankenhäuser.“

17. § 23 Abs. 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Sobald der Zweck der Unterbringung es zulässt, ist die Unterbringung zu lockern und in weitgehend freien Formen durchzuführen. Eine Lockerung der Unterbringung oder eine offene Unterbringung soll vom verantwortlichen Arzt dann gewährt werden, wenn dadurch das Behandlungsziel nicht gefährdet wird.“

18. § 24 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Dem Untergebrachten kann Urlaub bis zur Dauer von zwei Wochen durch den Ärztlichen Leiter des Krankenhauses oder einen von ihm bestimmten Arzt gewährt werden, insbesondere, wenn der Gesundheitszustand und die persönlichen Verhältnisse des Untergebrachten dies rechtfertigen und zu erwarten ist, dass dadurch das Behandlungsziel nicht gefährdet wird.“

b) In Absatz 4 werden die Wörter „oder ein Missbrauch des Urlaubs zu befürchten ist“ gestrichen.

19. § 25 Abs. 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Der Untergebrachte hat das Recht, innerhalb der Einrichtung am Gottesdienst und an Veranstaltungen von Religions- und Glaubensgemeinschaften teilzunehmen sowie seinen Glauben nach den Regeln seiner Religionsgemeinschaft auszuüben.“

20. § 29 wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 1 bis 3 erhalten folgende Fassung:

„(1) Das für psychisch Kranke zuständige Ministerium beruft einen Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung. Dem Ausschuss sollen Psychiatrieerfahrene und Angehörige von Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen angehören.

(2) Der Ausschuss prüft, ob die in § 1 Nr. 1 genannten Personen entsprechend den Vorschriften dieses Gesetzes behandelt und betreut werden. Er soll für die Belange dieses Personenkreises eintreten und in der Bevölkerung Verständnis für dessen Lage wecken.

(3) Der Ausschuss bildet für die Krankenhäuser und die Einrichtungen, die der psychiatrischen Behandlung, Betreuung, Förderung und Pflege dienen, wie Übergangs-, Wohn- und Pflegeheime und therapeutische Wohngemeinschaften, Besuchskommissionen. Die Besuchskommissionen haben mindestens einmal pro Berufsperiode, die Krankenhäuser und Einrichtungen des ihnen vom Ausschuss zugewiesenen Bereichs zu besuchen. Sie können, wenn es ihnen angezeigt erscheint, von einer vorherigen Anmeldung ihres Besuches absehen. Den Besuchskommissionen sollen Psychiatrieerfahrene und Angehörige von Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen angehören.“

b) Absatz 7 erhält folgende Fassung:

„(7) Der Ausschuss berichtet einmal jährlich dem Landtag und dem für psychisch Kranke zuständigen Ministerium über seine Tätigkeit, insbesondere über die Feststellungen und Anregungen der Besuchskommissionen.“

21. § 30 wird wie folgt geändert:

a) In Satzteil vor Nummer 1 werden die Wörter „Ministerium für Arbeit und Soziales“ durch die Wörter „für psychisch Kranke zuständige Ministerium“ ersetzt.

b) In Nummer 4 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt.

c) Nach Nummer 4 wird folgende Nummer 5 angefügt:

„5. die Bestellung des Patientenfürsprechers sowie über Art, Umfang und Form seiner Tätigkeit.“

22. Nach § 34 wird folgender § 34a eingefügt:

„§ 34a
Sprachliche Gleichstellung

Personen- und Funktionsbezeichnungen in diesem Gesetz gelten jeweils in männlicher und weiblicher Form.“

Artikel 2
Maßregelvollzugsgesetz des Landes Sachsen-Anhalt

Das Maßregelvollzugsgesetz des Landes Sachsen-Anhalt vom 21. Oktober 2010 (GVBl. LSA S. 510) wird wie folgt geändert:

1. § 8 erhält folgende Fassung:

„§ 8
Ärztliche und therapeutische Behandlung

(1) Während ihrer Unterbringung hat die untergebrachte Person Anspruch auf die nach dem jeweils allgemein anerkannten Stand der medizinischen, pflegerischen, therapeutischen und heilpädagogischen Erkenntnisse gebotene Behandlung der Erkrankung, die zur Unterbringung geführt hat (therapeutische Behandlung). Die Behandlung dieser Anlasserkrankung soll die tatsächlichen Voraussetzungen freier Selbstbestimmung der untergebrachten Person so weit wie möglich wieder herstellen, um ihr ein in die Gemeinschaft eingegliedertes Leben in Freiheit zu ermöglichen.

(2) Die Behandlung bedarf der Einwilligung der untergebrachten Person. Die Einwilligung muss auf dem freien Willen der insoweit einwilligungsfähigen und ärztlich angemessen aufgeklärten untergebrachten Person beruhen.

(3) Die Einwilligung der untergebrachten Person in die Behandlung, die ihrem natürlichen Willen widerspricht (Zwangsbehandlung), ist dann nicht erforderlich, wenn und solange

1. sie krankheitsbedingt zur Einsicht in die Behandlungsbedürftigkeit der Anlasserkrankung oder zum Handeln gemäß solcher Einsicht nicht fähig ist und die Behandlung nachweislich dazu dient, eine Lebensgefahr oder eine gegenwärtige erhebliche Gefahr für die Gesundheit der untergebrachten Person abzuwenden oder
2. die Behandlung dazu dient, eine Lebensgefahr oder eine gegenwärtige erhebliche Gefahr für die Gesundheit anderer Personen abzuwenden.

Die Zwangsbehandlung muss im Hinblick auf das Behandlungsziel, das ihren Einsatz rechtfertigt, Erfolg versprechen. Behandlungsziel hat immer auch die Herstellung der Einsichts- und Handlungsfähigkeit des Betroffenen zu sein. Sie darf nur als letztes Mittel eingesetzt werden, wenn mildere Mittel, insbesondere eine weniger eingreifende Behandlung, aussichtslos sind. Die Belastungen dürfen nicht außer Verhältnis zu dem zu erwartenden Nutzen stehen.

(4) Eine Zwangsbehandlung darf nur auf ärztliche Anordnung und unter ärztlicher Überwachung durchgeführt werden. Zuvor hat eine Ärztin oder ein Arzt die untergebrachte Person angemessen aufzuklären. Soweit der Betroffene gesprächsfähig ist, unabhängig von seiner Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit, ist im Rahmen der Aufklärung mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Ausübung von Druck die Zustimmung des Betroffenen in die Zwangsbehandlung anzustreben. Die Behandlungsmaßnahmen einschließlich ihres Zwangscharakters, ihrer Durchsetzungsweise, ihrer maßgeblichen Gründe und der Wirkungsüberwachung sind zu dokumentieren. Eine zu dokumentierende Nachbesprechung durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt muss erfolgen, sobald es der Gesundheitszustand zulässt.

(5) Eine Zwangsbehandlung ist auf Antrag der behandelnden Einrichtung nur mit vorheriger Zustimmung der Strafvollstreckungskammer oder Jugendkammer zulässig. Dies gilt nicht, wenn hierdurch die Behandlung verzögert würde und sich hieraus Nachteile für das Leben oder die Gesundheit der zu behandelnden Person ergeben würden. Die Zustimmung ist dann unverzüglich nachträglich herbeizuführen.

(6) Eine wirksame Patientenverfügung der zu behandelnden Person gemäß § 1901a des Bürgerlichen Gesetzbuches ist zu beachten. Schließt sie eine Zwangsbehandlung aus, geht die Patientenverfügung vor, nicht jedoch in Fällen gegenwärtiger erheblicher Gefährdung anderer Personen.

(7) Kann eine Untersuchung oder die therapeutische Behandlung nicht in der Einrichtung durchgeführt werden, in der sich die untergebrachte Person befindet, so ist diese auf Anordnung der Leiterin oder des Leiters der Einrichtung

oder der stellvertretenden Leiterin oder des stellvertretenden Leiters der Einrichtung mit Einwilligung der Aufsichtsbehörde und der Vollstreckungsbehörde in ein geeignetes Krankenhaus zu verlegen. Der Schutz der Allgemeinheit ist sicherzustellen.“

2. § 20 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 1 wird nach dem Wort „gegenwärtige“ das Wort „erheblich“ eingefügt.

b) Absatz 4 erhält folgende Fassung:

„(4) Eine besondere Sicherungsmaßnahme darf nur vom verantwortlichen Arzt oder von der verantwortlichen Ärztin angeordnet werden; dabei ist ein zweiter Arzt oder eine zweite Ärztin hinzuzuziehen. Sie ist zu befristen, ärztlich zu überwachen und unverzüglich aufzuheben, wenn die Voraussetzungen für ihre Anordnung weggefallen sind. Bei Fixierungen ist eine ständige, unmittelbare und persönliche Begleitung sicherzustellen, soweit die untergebrachte Person nicht ausdrücklich darauf verzichtet. Die ärztliche Kontrolle ist im erforderlichen Maße zu gewährleisten. Anordnung und Aufhebung der besonderen Sicherungsmaßnahmen sind zu dokumentieren und der Aufsichtsbehörde wöchentlich mitzuteilen. Der Aufsichtsbehörde ist jährlich eine Auflistung der ergriffenen besonderen Sicherungsmaßnahmen vorzulegen. Diese Auflistung ist dem Bericht des für psychisch Kranke zuständigen Ministeriums gemäß § 17 Abs. 7 Psychatriegesetz beizufügen.“

Artikel 3 Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich des Absatzes 2 am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(2) Artikel 1 Nr. 3 tritt hinsichtlich § 4 Abs. 2 und Artikel 1 Nr. 5 tritt hinsichtlich § 5a und § 5b Abs. 3 zum 1. Januar 2017 in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

Das Psychiatriegesetz Sachsen-Anhalt von 1992, das ursprünglich auf dem Psychiatriegesetz NRW von 1974 beruht, ist grundsätzlich neu auszurichten. Es bedarf einer grundsätzlichen und umfassenden Stärkung der Rechte der Betroffenen und des Ausbaus wohnortnaher niedrigschwelliger Hilfen. Ansprüche wie sie die UN-Behindertenrechtskonvention festlegt, die Stärkung des individuellen Willens wie bereits im Rahmen der Patientenverfügung gemäß BGB erfolgt, die durch die Psychiatrie-Enquete maßgeblich angestoßene Entwicklung hin zu einer patientenorientierten Psychiatrie, die Verfahrensregeln zur ärztlichen Vorladung und Zwangsbehandlung gemäß dem Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG) und die Urteile des Bundesverfassungsgerichts zu Zwangsbehandlungen machen eine Modernisierung des Gesetzes über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen des Landes Sachsen-Anhalt dringend geboten. Der Psychiatrieausschuss des Landes mahnt entsprechend seit Jahren regelmäßig eine Novellierung des Gesetzes an.

Die Selbstbestimmung des Klienten wird umfassender berücksichtigt durch die Betonung der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen. Die informelle Selbstbestimmung wird durch ein Verbot zur Informationsweitergabe samt Erlaubnisvorbehalt gestärkt. Ebenso sind freiheitseinschränkende Maßnahmen wie Ablehnung von Urlaub und Ablehnung von offenen Formen der Unterbringung nicht mehr unter den Vorbehalt der Förderlichkeit zu stellen. Vielmehr sind offenere Formen der Behandlung und Betreuung immer dann anzuwenden, wenn diese nicht dem Behandlungsziel entgegenwirken. Neben der direkten Stärkung der Position des Betroffenen ist das Beratungsnetz zu verbessern und direkte Patientenfürsprecher in den Krankenhäusern zu schaffen. Das einrichtungsinterne Beschwerdemanagement und damit mittelbar das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement sind derart zu befördern. Generelles Ziel dieser Maßnahmen ist der Ausgleich der Machtasymmetrie zwischen Klient und Einrichtung wie auch zwischen Klient und Arzt. Diesem Ansinnen folgt auch die Klarstellung des Besuchsrechts des Psychiatrieausschuss in Alten- und Pflegeheimen.

Die Strukturen der psychiatrischen Versorgung werden ausgebaut und weiterentwickelt. Sie werden weiter entwickelt in Richtung gemeindenaher Angebote. Dazu gehört insbesondere die regionale Kooperation und Koordination aller betroffenen Akteure im Rahmen von sogenannten gemeindepsychiatrischen Verbänden. Diesen Verbänden können alle Beteiligten an der Versorgung und Betreuung psychisch erkrankter Personen sowie Bürgerhilfen und Selbsthilfevereine angehören. Zur Fixierung der gemeinsamen Arbeit und der geteilten Verantwortung bietet sich der Abschluss von Kooperationsvereinbarungen an. Die Gründung solcher Verbände ist durch die Landkreise und kreisfreien Städte zu koordinieren. Konkret liegt diese Aufgabe bei den neu zu bestellenden Psychiatriekoordinatoren in den Landkreisen und kreisfreien Städten. Neben der Koordination der Hilfen und dem Führen des Tagesgeschäfts der Verbände, soll diese Stelle federführend die kommunale Psychiatrieplanung leisten. Das Land wiederum hat die Leitlinien für die psychiatrische Versorgung im Land durch eine Landespsychiatrieplanung zu setzen. Aufbauend darauf sollen die Kommunen vor Ort die Planung und Steuerung übernehmen.

B. Einzelbegründung

Artikel 1

Nr. 1

Die Aufnahme der Feststellung „Seine Würde und sein Wille sind zu achten“ stellt klar, dass bei allen Hilfen und Maßnahmen die individuellen Bedürfnisse des Patienten im Vordergrund zu stehen haben. Damit wird der Entwicklung Rechnung getragen, die in Deutschland mit der Psychiatrie-Enquete ihren Anfang nahm und auf eine patientenorientierte und das Persönlichkeitsrecht betonende Grundhaltung zielt. Die im Grunde rechtslogisch selbstverständliche Wendung, soll diese Verhaltensmaxime innerhalb der psychiatrischen Versorgung besonders hervorheben und für diesen sensiblen Bereich unterstreichen.

Nr. 2

Zwar betont das jetzige Gesetz die Notwendigkeit einer Nachsorge, benennt aber keinen Verantwortlichen. Der eingefügte Satz stellt klar, dass die entlassende Einrichtung für das Entlassungsmanagement verantwortlich ist. Sie hat demnach, bei Einverständnis des Betroffenen, für eine Anschlussbehandlung in Folge der Entlassung Sorge zu tragen.

Nr. 3

Zur Koordinierung der Hilfsangebote in einer Region haben die Landkreise und kreisfreien Städte Psychiatriekoordinatorinnen bzw. Psychiatriekoordinatoren zu bestellen. Als zentraler regionaler Akteur obliegt es dieser Stelle die Geschäfte der in § 5a eingeführten gemeindepsychiatrischen Verbände zu führen und als zentrale Vernetzungs- und Koordinierungsstelle zu agieren. Gleichzeitig kann diese Stelle auch mit der Verantwortung für die kommunale Psychiatrieplanung gemäß § 5b Abs. 3 betraut werden.

Nr. 4

a) Die in der Praxis bereits regelmäßig erfüllte Beratungsaufgabe der Sozialpsychiatrischen Dienste wird gesetzlich fixiert. Dabei wird erweiternd festgestellt, dass die Beratungs- und Beschwerdestellen für eine triadische Beratung Sorge zu tragen hat. Das heißt insbesondere die Verbände der Psychiatrieerfahrenen und der Angehörigen von psychisch Kranken sind in die Beratungen einzubeziehen. Auch wird die Erstellung einer Behandlungsvereinbarung als Ziel vorgegeben, sodass der sozialpsychiatrische Dienst in Fällen, in denen diese Maßnahme geeignet erscheint, dies pro aktiv anzusprechen und zu begleiten hat.

b) Die Leitung der Sozialpsychiatrischen Dienste hat durch eine Fachärztin/ einen Facharzt zu erfolgen. Die Ausnahmegenehmigung im jetzigen Gesetz wird gestrichen.

Nr. 5

Durch diese Bestimmung erhält die Konzeption des gemeindepsychiatrischen Verbunds auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte eine gesetzliche Grundlage. Im gemeindepsychiatrischen Verbund werden Angebote verschiedener ambulanter, teilstationärer und stationärer Einrichtungen und Dienste sowie Angebote der Selbst- und Bürgerhilfe gebündelt, um vorhandene Ressourcen gemeinsam zu nutzen und Effektivität und Effizienz der Versorgung zu verbessern. Im Endeffekt sollen so regionale Verantwortungsgemeinschaften befördert werden. Die einzelnen Träger verstehen sich im besten Sinne eines Verbundes nicht primär als „Marktakteure“, die in Konkurrenz zueinander stehen, sondern als kooperierende Akteure mit einer gemeinsamen Verantwortung. Bestenfalls findet solch eine Verständigung ihre Fixierung in einer schriftlichen Kooperationsvereinbarung. Die Landkreise und kreisfreien Städte haben den Gründungsprozess solcher Verbände zu koordinieren. Dafür stellt das Land eine Anschubfinanzierung von bis zu 20.000 € im ersten Jahr der Gründung zur Verfügung. Die laufenden Geschäfte des gemeindepsychiatrischen Verbundes werden von der Psychiatriekoordinatorin/dem Psychiatriekoordinator geführt.

Nr. 6

Die politische Steuerung im Bereich der psychiatrischen Versorgung ist mangelhaft. Weder das Land noch in der Mehrzahl der Fälle die Kommunen verfügen über eine entsprechende Psychiatrieplanung. Um Angebotsstrukturen ressourcenorientiert und bedarfsgerecht zu planen und zu entwickeln ist eine derartige politische Vorgabe allerdings notwendig. Das Land hat mit der Festlegung einer Rahmenplanung die Planungen in den Landkreisen und kreisfreien Städte grundsätzlich zu orientieren. Allein die Krankenhausplanung genügt dem Steuerungsbedarf in dieser Sache nicht. Letztlich werden durch eine verbindliche Planung und die Schaffung von Verbänden die Weichen gestellt für eine Umstellung der Finanzierung auf Budgets. Die Budgetsteuerung erfolgt dann durch die Verbände. In diesem Fall sollten auch die Kostenträger Mitglied des Verbundes sein.

Nr. 7

Die informelle Selbstbestimmung des Klienten wird zweifach gestärkt. Feststellungen im Zuge der Hilfeleistungen, die für die Belange des Betroffenen bedeutsam sein können, sind diesem mitzuteilen. Der ärztliche Vorbehalt wird entsprechend gestrichen. Dieser ist nicht explizit aufzunehmen. Schließlich obliegt es stets der Hoheit des Arztes Handlungen, die eine Gefahr für die Gesundheit des Betroffenen bergen, zu unterlassen.

Gleichzeitig wird das Widerspruchsrecht des Betroffenen hinsichtlich der Weiterleitung der Feststellung an den Arzt, das Krankenhaus oder die Einrichtung erweitert zu einem Zustimmungsgesuch. Derart wird sichergestellt, dass der Betroffene zwecks Informationsweitergabe gefragt wird und nicht nur ein fehlender Widerspruch zur Legitimation der Weitergabe reicht.

Nr. 8

Die Verfahrensschritte im Rahmen der Untersuchung und Behandlung im Regelungsbereich der ehemaligen §§ 8 bis 10 werden neu aufgebaut und deren Einsatz

rechtlich strenger kodifiziert. Dabei wird die Eingriffstiefe der Regelungen stufenweise aufgebaut. Wenn Anhaltspunkte auf eine Selbst- oder Fremdgefährdung in Folge einer psychischen Erkrankung bestehen, kann in einem ersten Schritt der Betroffene vom sozialpsychiatrischen Dienst kontaktiert werden. Diese Kontaktaufnahme soll dazu dienen den Betroffenen über regionale Hilfs- und Beratungsangebote aufzuklären und eine persönliche Beratung beim sozialpsychiatrischen Dienst anzubieten. Auch kann der Betroffene zu einem Arztbesuch aufgefordert werden. Dieser Besuch kann ausdrücklich bei einem Arzt seiner Wahl erfolgen. Die freie Arztwahl des Patienten wird dadurch entgegen der jetzigen Regelung gewahrt. Erfolgt ein solcher Arztbesuch soll der Betroffene dem jeweiligen Arzt das Recht einräumen die zuständige Behörde über die Aufnahme der Behandlung zu unterrichten. Erfolgt diese Meldung ist der Vorgang für die Behörde beendet. Nur wenn der Betroffene den Besuch eines Arztes seiner Wahl unterlässt, kann in einem zweiten Schritt die zuständige Behörde den Betroffenen zu einer Untersuchung laden.

Zurzeit wird der freien Arztwahl des Betroffenen nicht entsprochen, sodass der Betroffene ohne jegliche Zwischenstufe zum Besuch eines ihr oder ihm fremden Arztes aufgefordert wird.

Bestehen Anzeichen dafür, dass bei einer Person die Voraussetzungen für eine Unterbringung vorliegen, so kann diese zu einer ärztlichen Untersuchung vorgeladen werden oder von einem Arzt zu Hause aufgesucht werden. Weiteres regelt das Bundesgesetz zu Familiensachen und zur freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG).

Die gemäß BGB bestehende Regelung zur Patientenverfügung wird explizit aufgenommen. Dies erscheint sinnvoll, um die mögliche Beschränkung des § 8 durch eine entsprechende Verfügung direkt im Gesetzestext zu verankern.

Nr. 9

Die Behandlungsempfehlung erfolgt im Sinne des neu gefassten § 8 als erster Schritt. Im Zuge einer Untersuchung kann der verantwortliche Arzt sicherlich Behandlungsempfehlungen geben. Eine offizielle Durchführung von Amtsseite erscheint einer freiwilligen Behandlungsaufnahme eher abträglich.

Nr. 10

Die Regelung ist zu streichen. Die Untersuchung gemäß dem neuen § 8 hat zu klären, ob weitere Schritte wie eine Unterbringung einzuleiten sind. Ist dies nicht der Fall, dann ist der Vorgang amtsseitig erledigt. Eine präventive Aufforderung zur Behandlung und eine mögliche erneute Prüfung der Unterbringungs Voraussetzungen, wenn dieser Aufforderung nicht gefolgt wird, sind abzuschaffen. Die Voraussetzung eines Anhaltspunktes für Fremd- oder Selbstgefährdung für eine Untersuchung ist für jede Untersuchung neu zu erfüllen. Aus einem einzigen Anhaltspunkt zu Beginn darf nicht die Grundlage für prinzipiell unbegrenzte Untersuchungen resultieren.

Rechtssystematisch ist die bestehende Regelung mithin überflüssig, denn ein aktiv werden des sozialpsychiatrischen Diensts bzw. der zuständigen Verwaltung nach § 8 ist jederzeit möglich, wenn sich Anhaltspunkte für eine Fremd- oder Selbstgefährdung ergeben. Daher ist eine Fortführung des Vorgangs gemäß dem bestehenden § 10 nicht nötig. Es erzeugt vielmehr ein kafkaeskes System aus dem der Betroffene nur schwer raus kommt.

Nr. 11

Durch die Schaffung von Patientenfürsprecherinnen und -fürsprechern wird eine einrichtungsinterne Ansprechstelle für die Klienten geschaffen. Der Machtasymmetrie zwischen Klient und Einrichtung wird damit entgegengewirkt. Gleichzeitig dient die Schaffung dieser Stellen der Verbesserung des Beschwerdemanagements der Einrichtung und damit letztlich auch der Verbesserung des Qualitätsmanagements.

Die Patientenfürsprecher sind durch das Landesverwaltungsamt zu berufen. Damit eine möglichst vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den im Krankenhaus untergebrachten erfolgt, haben diese ein Vorschlagsrecht zur Besetzung der Stelle.

Nr. 12

Entsprechend vorherigen Änderungen dient auch diese dazu, dass informelle Selbstbestimmungsrecht des Betroffenen zu stärken. Informationen über Einweisungen und psychiatrische Krankheitsbilder sind höchstpersönliche Informationen, die immer noch zu Stigmatisierungen führen können. Ob Angehörige diese Informationen erhalten, hat allein der Betroffene zu entscheiden. Daher ist wiederum ein Zustimmungsvorbehalt im Gesetzentwurf aufgenommen.

Nr. 13

Zur Verfahrensklarheit wird in § 16 ergänzt, dass auch bei einer nicht stattgefundenen Eingangsuntersuchung die Unterbringung zu beenden ist. Rechtsklarheit für die Praxis und Stärkung der Rechte des Betroffenen sind wiederum Ziel dieser Regelung.

Nr. 14

Die Neufassung des § 17 dient der Anpassung an die Rechtsprechung des BVerfG vom 20. Februar 2013, 2 BvR 228/12, vom 12. Oktober 2011, 2 BvR 633/11 und vom 23. März 2011, 2 BvR 882/09. Der Psychiatrieausschuss hat aufgrund dieser Urteile in seinem 20. Bericht die Rechtmäßigkeit der bestehenden Regelungen zur Zwangsbehandlung stark in Zweifel gezogen und eine Novellierung angemahnt. Dieser Handlungsbedarf ist gegeben. Im Zuge der Neufassung wird mit der legal Definition von Zwangsbehandlungen und der Festsetzung von Voraussetzungen und Verfahren für die Praxis Rechtssicherheit geschaffen. Gleichzeitig das Recht des Betroffenen gestärkt. Insbesondere wird auf die Wirksamkeit von Patientenverfügungen hingewiesen.

Nr. 15

Der Einrichtung obliegt es nicht die sozialen Kontakte des Betroffenen hinsichtlich der Förderung seines Verantwortungsbewusstseins zu überprüfen. Psychiatrische Erkrankungen entspringen nicht einem „schlechten Umgang“, sodass diesem auch nicht präventiv vorzubeugen ist. Die entsprechende geltende Einschränkung ist ersatzlos zu streichen.

Nr. 16

Sicherungsmaßnahmen sind nur noch nach dem Vier-Augen-Prinzip zulässig. Die Meinung einer zweiten Ärztin/eines zweiten Arztes ist einzuholen. Die Transparenz innerhalb einer Einrichtung wird dadurch erhöht.

In Anbetracht der besonderen Eingriffsintensität der Fixierung in die Rechte des Patienten ist eine äußerst restriktive Anwendung geboten. Daher wird für diese Fälle eine gesetzliche Verpflichtung zur ständigen, unmittelbaren und persönlichen Begleitung im Wege des Sicht- und Sprechkontakts geschaffen. Soweit die untergebrachte Person auf dieses ihr zustehende Recht verzichtet (vgl. Satz 4 Halbsatz 2), wird zwar die Einrichtung von dieser Verpflichtung entbunden. Die Verpflichtung zu einer regelmäßigen ärztlichen Überwachung bleibt jedoch bestehen. Der Verzicht durch die Patientin oder den Patienten spielt beispielsweise dann eine Rolle, wenn aus ärztlicher Sicht eine zumindest ständige Begleitung nicht notwendig ist und die betroffene Person eine kontinuierliche Begleitung in dieser höchst sensiblen seelischen und körperlichen Extremsituation als belastend empfindet. In diesem Falle hat der Patientenwunsch Vorrang. Der Verzicht muss ausdrücklich und zweifelsfrei vorliegen.

Neben der bisherigen Informationspflicht dem Träger des Krankenhauses gegenüber ist in Zukunft auch dem zuständigen Ministerium jährlich eine Auflistung der ergriffenen besonderen Sicherungsmaßnahmen vorzulegen. Dies dient der Transparenz in diesem Bereich und soll zur verstärkten Sensibilisierung beitragen. Dadurch wird es auch erstmals möglich die Anzahl von Sicherungsmaßnahmen landesweit in den Blick zu nehmen und so auch Vergleiche zwischen den Einrichtungen zu ziehen und Langzeitbeobachtungen zu erstellen. Das Ministerium hat zur Mitte jeder Legislatur dem Landtag zu Stand und Entwicklung von Sicherungsmaßnahmen und Unterbringungen zu berichten.

Nr. 17

Da das Besuchsrecht ein wesentliches Recht der untergebrachten Person und Ausfluss aus dem Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit (Artikel 2 GG) ist, kann die Einschränkung in Absatz 1 nur erfolgen, wenn die Abwägung beider Interessen, nämlich einerseits des Interesses des Untergebrachten am Besuch und andererseits sein eigenes Interesse am Erhalt seines Gesundheitszustandes oder das Interesse der Einrichtung an Sicherheit und Ordnung gründlich abgewogen wird. Daher ist die Einschränkung des Besuchsrechts auf Grund der „Gefährdung eines geordneten Zusammenlebens“ zu streichen. Der bestehende Bezug auf die „Sicherheit der Einrichtung“ genügt. Der unbestimmte Rechtsbegriff „geordnetes Zusammenleben“ eröffnet einen zu großen Ermessensspielraum hinsichtlich der Einschränkung des wesentlichen Besuchsrechts des Betroffenen.

Nr. 18

Die Liste der Personen und Institutionen bei denen der Schriftverkehr des Betroffenen nicht überwacht und beschränkt werden darf, wird um die neu vorgesehenen Beratungs- und Beschwerdestellen an den Sozialpsychiatrischen Diensten und den Patientenfürsprecherinnen/Patientenfürsprechern erweitert. Diese Stellen können ihren Auftrag nur dann umfassend erfüllen, wenn eine gesicherte und vertrauliche Kommunikation mit den Betroffenen gewährleistet ist.

Nr. 19

Die bestehende Soll-Vorschrift hinsichtlich der Lockerung der Unterbringung, wenn es der Zweck dieser Unterbringung zulässt, wird in eine Müssen-Vorschrift geändert. Der Ermessensspielraum wird damit auf null gesetzt. Als umfassender Eingriff in die Freiheitsrechte der Person ist die Unterbringung stets zu lockern, sobald der Zweck der Unterbringung dies zulässt. Gleichzeitig wird die Voraussetzung für eine Lockerung einzig an die Bedingung geknüpft, dass diese das Behandlungsziel nicht gefährdet. Wiederum wird davon Abstand genommen, dass positive Auswirkungen einer Lockerung in Aussicht stehen müssen. Solange eine Unterbringung und eine offene Unterbringung gleichermaßen dem Behandlungsziel dienen, ist stets die offene Unterbringung zu wählen.

Nr. 20

Wie im Falle der Lockerung der Unterbringung wird auch der Vorbehalt im Rahmen der Beurlaubung insoweit abgesenkt, als das wiederum einzig die Gefährdung des Behandlungsziels die Ablehnung eines Urlaubsbegehrens rechtfertigt.

Nr. 21

Das Grundrecht der Religionsfreiheit wird insoweit gestärkt, dass nicht nur der Besuch von Gottesdiensten und ähnlichen Veranstaltungen erlaubt wird, sondern auch das Ausüben entsprechender religiöser Regeln. Diese positive Religionsfreiheit umfasst beispielsweise die Bereitstellung schweinefleischfreier Speisen.

Nr. 22

Die Klarstellung in Absatz 3 soll den ungehinderten Besuch des Ausschusses auch von Alten- und Pflegeheimen mit gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen ermöglichen. Das geltende Gesetz formuliert dieses Besuchsrecht für Alten- und Pflegeheimen nicht explizit. Nachdem 2008 ein privater Träger eines Altenpflegheimes im Rahmen eines Eilverfahrens die Veröffentlichung eines Besuches untersagt und generell zukünftige Besuche verhindern wollte, hat in erster Instanz mit Beschluss vom 3. April 2008 das Verwaltungsgericht Halle dieses Besuchsverbot für rechtens erklärt. Das Oberverwaltungsgericht Sachsen-Anhalt hat mit Beschluss vom 17. April 2009 die Entscheidung bestätigt. Nach Auffassung des OVG erstreckt sich das Besuchsrecht nur auf Einrichtungen, die unmittelbar der psychiatrischen Krankenversorgung dienen. Zwar werden in der dazugehörigen Verordnung der Landesregierung auch Pflegeheimen als zu besuchende Einrichtungen aufgezählt, offensichtlich fehlt jedoch im Gesetz eine Konkretisierung diesbezüglicher Befugnisse des Ausschusses. Der Psychiatrieausschuss hat eine entsprechende Änderung des Besuchsrechts bereits im 16. Psychiatriebericht angemahnt. Um dies nun zu gewährleisten wird das in der Verordnung formulierte Besuchsrecht für Wohn-, Alten- und Pflegeheimen in das Gesetz direkt aufgenommen.

Denn ein ungehinderter Besuch des Psychiatrieausschusses auch von Pflegeheimen ist etwa aufgrund demenziell erkrankter Personen geboten und ob der Zunahme dieses Krankheitsbildes überfällig. Die Heimaufsicht verfügt nicht über die nötigen psychiatrischen Kenntnisse als das ihr die Prüfung gänzlich überantwortet werden kann.

Die landesrechtliche Grundlage der Prüfungen der Heimaufsicht ist das Wohn- und Teilhabegesetz und entsprechender Verordnungen und nicht das Psychiatriegesetz.

Auch wird für die Besetzung der Besuchskommissionen und des Psychiatrieausschusses selbst festgelegt, dass diesen in Zukunft auch Psychiatrieerfahrene und Angehörige von Menschen mit psychischen Krankheiten anzugehören haben. Neben der fachmedizinischen, juristischen und politischen Besetzung ist die Einbeziehung unmittelbar und mittelbar Betroffener wichtig, damit deren Perspektive bei der Arbeit des Ausschusses direkt berücksichtigt wird. Es gilt wie im Bereich der Behindertenpolitik die Maxime „Nichts über uns, ohne uns“.

Nr. 23

Es wird die Verordnungsermächtigung ergänzt bezüglich der Bestellung von Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher sowie über Art, Umfang und Form ihrer Tätigkeit in den Einrichtungen. Dem Regelungsbedarf, der sich durch die Schaffung dieser Stellen gemäß § 12 ergibt, wird damit entsprochen. Der Patientenfürsprecher soll sich für die Belange der Untergebrachten einsetzen, als persönlicher und vertrauensvoller Ansprechpartner fungieren und an entsprechenden Gremien des Krankenhauses teilnehmen und dadurch die Interessenvertretung und Rechtedurchsetzung der Untergebrachten sichern.

Nr. 24

Da das Psychiatriegesetz einzig männliche Personen- und Funktionsbezeichnungen verwendet, ist die Klarstellung zu treffen, dass mit diesen Bezeichnungen stets Mann und Frau gemeint sind.

Artikel 2

Nr. 1

Analog zu den Regelungen in § 17 PsychKG ist auch im Maßregelvollzugsgesetz der Bereich der Zwangsbehandlungen rechtlich anzupassen. Anzupassen an die Vorgaben, die das Bundesverfassungsgericht in seinen diesbezüglichen Urteilen formuliert hat.

Nr. 2

Die Vorschriften und Regelungen bezüglich Sicherungsmaßnahmen sind denen im Psychiatriegesetz anzugleichen. Das Gleichheitsgebot macht dies nötig. Sowohl im Bereich der Psychiatrie wie auch im Bereich des Maßregelvollzugs ist als Voraussetzung für eine Sicherungsmaßnahme eine „gegenwärtige erhebliche Gefahr“ vorzusehen. Auch sind ebenfalls das Vier-Augen-Prinzip bei der Veranlassung einer Sicherungsmaßnahme und die verschärften Regelungen für die Fixierung aufzunehmen.

Die bestehenden Berichte gegenüber dem Ministerium sind dem Bericht nach PsychKG anzufügen. Für ein vollständiges Bild zu Stand und Entwicklung von Sicherungsmaßnahmen sind diese Daten zum Maßregelvollzug unerlässlich.