

**Gesetzentwurf**  
**der Landesregierung**

**Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz – PsychKHG)**

A. Zielsetzung

Ziel des Gesetzes ist es, die Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung verbindlich sicherzustellen und die Rechtsstellung psychisch kranker oder behinderter Personen zu stärken.

Der Koalitionsvertrag für die 15. Legislaturperiode des Landtags von Baden-Württemberg sieht vor, erstmals Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch kranke Personen in zusammengeführter Form gesetzlich zu regeln und die Voraussetzungen für deren chancengleiche Beteiligung an der Gesundheitssicherung zu schaffen. Freiheitsentziehende Maßnahmen bei der Durchführung der Unterbringung von psychisch kranken und sucht- oder drogenkranken Straftäterinnen und -tätern (Maßregelvollzug) sollen eine umfassende gesetzliche Grundlage erhalten.

Bislang existieren in Baden-Württemberg keine gesetzlichen Regelungen über Hilfen für psychisch Kranke. Einzig die Vorschriften des öffentlich-rechtlichen Unterbringungs- sowie des Maßregelvollzugsrechts sind im Unterbringungsgesetz (UBG) in der Fassung vom 2. Dezember 1991 (GBl. S. 794), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 2. Juli 2013 (GBl. S. 157), niedergelegt, wobei der Maßregelvollzug allerdings nur rudimentär innerhalb einer einzigen Vorschrift (§ 15 UBG) erwähnt wird. Das vorliegende Gesetz konstituiert verbindliche Regelungen über psychiatrische Hilfen und den Maßregelvollzug und bündelt diese zusammen mit den Vorschriften zur Unterbringung in einem Gesetzeswerk. Das Unterbringungsrecht wurde in diesem Rahmen überarbeitet.

B. Wesentlicher Inhalt

Im Teil 2 des Gesetzes werden Regelungen getroffen über Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen, die deren bedarfsgerechte Versorgung in Baden-Württemberg weiter verbessern sollen. Eine zentrale Rolle hat dabei die Gewähr-

leistung der ambulanten Grundversorgung durch die sozialpsychiatrischen Dienste sowie deren Einfügung in Gemeindepsychiatrische Verbände. Durch die Etablierung unabhängiger Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen auf Kreisebene wird die bisherige Institution der Patientenfürsprecherin oder des -fürsprechers inhaltlich und personell erweitert und somit gestärkt. Auf Landesebene wird eine übergeordnete, ebenfalls unabhängige Ombudsstelle eingerichtet, die die Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen berät und gegenüber dem Landtag berichtspflichtig ist.

Teil 3 enthält die Vorschriften der öffentlich-rechtlichen Unterbringung. In ihm finden sich die bisherigen Regelungen des Unterbringungsgesetzes wieder, die allerdings, insbesondere im Bereich grundrechtsrelevanter Eingriffe in die Freiheitsrechte der Patientinnen und Patienten, grundlegend überarbeitet wurden. Auch die erst kürzlich erfolgte Novellierung der Vorschrift zur Zwangsbehandlung (bisheriger § 8 UBG) wurde in diesen Gesetzesteil eingearbeitet (§ 20).

Teil 4 beinhaltet das Maßregelvollzugsrecht. Hier werden erstmals in Baden-Württemberg spezialgesetzliche Rahmenregelungen für den Maßregelvollzug getroffen, die bei strenger Wahrung der Rechtsstaatlichkeitsprinzipien den Zielen der Therapie von Straftäterinnen und -tätern gleichsam wie der Sicherung der Bevölkerung genügen. Neben der Festschreibung eines umfangreichen Rehabilitationsangebots regelt das Gesetz die Abläufe in den Maßregelvollzugseinrichtungen insbesondere bei Grundrechtseingriffen. Es sieht daneben die Regelung der Nachsorge zur Verbesserung der Entlass-Situation vor. Eine zentrale Rolle spielen hier die forensischen Ambulanzen.

Im Zuge der Überarbeitung der Vorschriften des öffentlich-rechtlichen Unterbringungs- und Maßregelvollzugsrechts erfahren die Patientenrechte durch die Einrichtung von Besuchskommissionen sowie eines zentralen Melderegisters über freiheitsentziehende Zwangsmaßnahmen weitere Stärkung.

### C. Alternativen

Keine.

### D. Wesentliche Ergebnisse der Regelungsfolgenabschätzung und Nachhaltigkeitsprüfung

Durch die verbindliche Regelung von Hilfen mit diesem Gesetz und die Etablierung neuer Institutionen, die den Zugang zum Gesundheitssystem erleichtern und zu mehr Transparenz, Qualitätssicherung und -kontrolle beitragen, ist mit einer Verbesserung der Teilhabe von psychisch kranken oder behinderten Personen am gesellschaftlichen Leben sowie der Wiedereingliederung zu rechnen.

Das Gesetz setzt des Weiteren positive Impulse für den Ausbau und die Fortentwicklung der sektorenübergreifenden Verzahnung der Leistungssysteme.

Die Überarbeitung der Regelungen zur öffentlichen und strafrechtlichen Unterbringung ist wesentlich, um auch in Zukunft ein Höchstmaß rechtsstaatlichen Handelns in diesem grundrechtssensiblen Bereich gewährleisten zu können.

Die dem Land bei der Umsetzung dieses Gesetzes entstehenden Kosten können durch die ab Inkrafttreten am 1. Januar 2015 hierfür in der Mittelfristigen Finanzplanung 2013 bis 2017 vorgesehenen Mittel abgedeckt werden. Im kommunalen Bereich können in geringem Umfang Mehraufwendungen entstehen, die von den jeweiligen regionalen Besonderheiten abhängig sind.

**Staatsministerium  
Baden-Württemberg  
Ministerpräsident**

Stuttgart, 22. Juli 2014

An den  
Präsidenten des Landtags  
von Baden-Württemberg

Sehr geehrter Herr Landtagspräsident,

in der Anlage übersende ich gemäß Artikel 59 Absatz 1 der Landesverfassung den von der Landesregierung beschlossenen Entwurf eines Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz – PsychKHG) mit Vorblatt und Begründung. Ich möchte Sie bitten, die Beschlussfassung des Landtags herbeizuführen. Die Zuständigkeit für das Gesetz liegt beim Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren.

Mit freundlichen Grüßen

Kretschmann  
Ministerpräsident

Der Landtag wolle beschließen,  
dem nachstehenden Gesetzentwurf seine Zustimmung zu erteilen:

**Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen  
bei psychischen Krankheiten (Psychisch-  
Kranken-Hilfe-Gesetz – PsychKHG)**

Teil 1

Allgemeines

§ 1

*Anwendungsbereich*

Dieses Gesetz regelt

1. Hilfen für Personen, die aufgrund einer psychischen Störung krank oder behindert sind,
2. die Unterbringung von Personen im Sinne von Nummer 1 und
3. den Vollzug der als Maßregel der Besserung und Sicherung angeordneten Unterbringung nach § 61 Nummer 1 und 2 des Strafgesetzbuches (StGB).

§ 2

*Grundsatz*

Bei allen Hilfen und Maßnahmen aufgrund dieses Gesetzes ist auf die individuelle Situation der Person nach § 1 Nummer 1 besondere Rücksicht zu nehmen. Ihre Würde und ihr Wille sind zu achten.

Teil 2

Hilfen

§ 3

*Allgemeines*

- (1) Hilfen nach diesem Gesetz werden geleistet, soweit sie freiwillig angenommen werden. Maßnahmen nach den Teilen 3 und 4 dieses Gesetzes bleiben hiervon unberührt.
- (2) Die Hilfen sollen Anordnungen von Schutzmaßnahmen und insbesondere Unterbringungen vermeiden.
- (3) Die Hilfen sollen gemeindenah vorgehalten werden. Sie sollen möglichst wenig in die gewohnten Lebensverhältnisse der Person nach § 1 Nummer 1 eingreifen.
- (4) Eine stationäre Behandlung soll nur dann vermittelt werden, wenn das Ziel der Hilfen nicht auf anderem Weg erreicht werden kann.

(5) Die Prävention psychischer Erkrankungen hat einen hohen Stellenwert.

#### § 4

##### *Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften*

Im Rahmen einer bedarfsgerechten Versorgung werden Hilfen nach diesem Gesetz ergänzend zu Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften erbracht.

#### § 5

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

(1) Hilfen nach diesem Gesetz sind Leistungen, die über die Gesundheitshilfen nach anderen Rechtsvorschriften hinaus die Personen nach § 1 Nummer 1 befähigen sollen, eigenverantwortlich und selbstbestimmt zu leben. Zu den Hilfen gehören insbesondere die Beratung, Betreuung, Hinführung zur ärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung, die Vermittlung von Hilfen zur Selbsthilfe und Angeboten der Sozialen Arbeit sowie ehrenamtliche Hilfen.

(2) Ziel der Hilfen ist es,

1. die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu erhalten,
2. die Wiedereingliederung in die Gemeinschaft zu erleichtern und zu fördern und
3. die selbstständige Lebensführung beeinträchtigende und die persönliche Freiheit einschränkende Maßnahmen entbehrlich zu machen oder zu verkürzen.

(3) Die Hilfen sollen des Weiteren dazu beitragen, dass Erkrankungen und Behinderungen frühzeitig erkannt und behandelt werden.

(4) Art, Ausmaß und Dauer der Hilfen richten sich nach den Erfordernissen des Einzelfalls, soweit dieses Gesetz nicht bestimmte Maßnahmen vorschreibt. Bei der Ausgestaltung der Hilfen ist die Vielfalt der Lebensumstände, insbesondere die kulturelle und soziale Lebenssituation der betroffenen Person, angemessen zu berücksichtigen.

(5) Psychisch kranken oder behinderten Menschen nahestehende Personen sollen entlastet, unterstützt, ihre Bereitschaft zur Mitwirkung bei den Hilfen erhalten und gefördert werden. Die besondere Situation von Kindern psychisch kranker oder behinderter Menschen soll berücksichtigt werden.

#### § 6

##### *Sozialpsychiatrischer Dienst*

(1) Die auf Ebene der Stadt- und Landkreise eingerichteten sozialpsychiatrischen Dienste leisten ambulante Hilfen im Sinne von § 5. Die Leistungen umfassen die so-

zialpsychiatrische Vorsorge, Nachsorge und psychosoziale Krisenintervention, auch aufsuchend, sowie die Vermittlung sozialer Hilfen für insbesondere chronisch psychisch kranke oder behinderte Menschen, die nicht mehr oder noch nicht zu einer selbstständigen Lebensführung in der Lage sind.

(2) Die Hilfen werden von Fachkräften erbracht. Sie ergänzen die ärztlich-psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung. Die sozialpsychiatrischen Dienste sollen daher insbesondere eng mit den Hausärztinnen und -ärzten, Nervenärztinnen und -ärzten, Fachärztinnen und -ärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärztinnen und -ärzten für Psychosomatische Medizin, Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten, ambulanten Pflegediensten sowie der rechtlichen Betreuung oder der Bevollmächtigten oder dem Bevollmächtigten zusammenarbeiten. Diese Zusammenarbeit schließt den niedergelassenen Bereich ebenso wie Krankenhäuser, Tageskliniken und Institutsambulanzen im Einzugsbereich des jeweiligen sozialpsychiatrischen Dienstes ein.

(3) Träger eines sozialpsychiatrischen Dienstes kann nur eine juristische Person sein. Der Träger kooperiert verbindlich zumindest mit einer psychiatrischen Institutsambulanz, einem Soziotherapie-Erbringer und einer psychiatrischen Tagesstätte. Wo keine psychiatrische Institutsambulanz besteht, reicht es aus, niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte einzubeziehen. Der kooperative Zusammenschluss bedarf einer schriftlichen Vereinbarung der Beteiligten. Er muss keine eigene Rechtsperson darstellen.

(4) Das Land fördert die laufenden Personal- und Sachausgaben für die im kooperativen Zusammenschluss nach Absatz 3 Satz 2 erbrachten Leistungen der sozialpsychiatrischen Dienste. Voraussetzung der Förderung mit Landesmitteln ist, dass

1. die Leistungen sich in eine Planung auf der Ebene des Stadt- oder Landkreises einfügen und der Stadt- oder Landkreis auf freiwilliger Basis die Aufgaben der Bedarfsplanung, Koordination und finanziellen Abwicklung wahrnimmt,
2. sich der sozialpsychiatrische Dienst in einen Gemeindepsychiatrischen Verbund im Sinne von § 7 auf der Ebene des Stadt- oder Landkreises einfügt und
3. der Stadt- oder Landkreis im Einzugsbereich des jeweiligen sozialpsychiatrischen Dienstes sich mit Mitteln mindestens in Höhe der Landesförderung beteiligt.

Die Gesamtfinanzierung der Leistungen muss gesichert sein. Der Träger finanziert die nicht durch Zuschüsse und sonstige Einnahmen abgedeckten Ausgaben. Das Sozialministerium regelt die Einzelheiten der Förderung, insbesondere die weiteren Voraussetzungen und das Verfahren, durch Verwaltungsvorschrift.

## § 7

*Gemeindepsychiatrische Verbände*

In den auf Ebene der Stadt- und Landkreise gebildeten Gemeindepsychiatrischen Verbänden schließen sich insbesondere Träger ambulanter, teilstationärer und stationärer Versorgungseinrichtungen und Dienste sowie Angebote der Selbst- und Bürgerhilfe zum Zwecke der Kooperation zusammen. Sie treffen hierzu eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit dem Ziel, im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit und in den von ihnen angebotenen Leistungsbereichen für Personen nach § 1 Nummer 1 eine möglichst bedarfsgerechte, wohnortnahe Versorgung zu erreichen. Die Gemeindepsychiatrischen Verbände sollen mit Verbänden und Netzwerken aus anderen Bereichen zusammenarbeiten. Der besondere Kooperationsbedarf im Rahmen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung soll berücksichtigt werden. Eine Moderation dieses Prozesses zur Versorgungsentwicklung durch die Stadt- und Landkreise im Rahmen ihrer bestehenden Zuständigkeit für die kommunale Sozialplanung wird vor dem Hintergrund der positiven Erfahrungen bestehender Verbände empfohlen.

## § 8

*Koordination der Hilfeangebote*

Die Stadt- und Landkreise sollen im Rahmen der Daseinsvorsorge die Koordination der Hilfeangebote nach diesem Gesetz für Personen im Sinne von § 1 Nummer 1 in ihrem örtlichen Zuständigkeitsbereich sicherstellen. Sie können eine Koordinatorin oder einen Koordinator bestellen.

## § 9

*Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher sowie Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen*

(1) Die Stadt- und Landkreise bestellen unabhängige Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher. Die Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher prüfen Anregungen und Beschwerden von Personen im Sinne von § 1 Nummer 1 und deren Angehörigen und wirken in Zusammenarbeit mit den Betroffenen auf eine Problemlösung hin. Bei Bedarf vermitteln sie zwischen den Betroffenen und der stationären, teilstationären oder ambulanten psychiatrischen Versorgungseinrichtung für psychisch Kranke. Voraussetzung für die Übernahme der Tätigkeit sind Kenntnisse über Behandlungs- und Versorgungssysteme für Menschen mit psychischen Erkrankungen.

(2) Die Patientenfürsprecherin oder der -fürsprecher ist Mitglied eines unabhängigen Gremiums auf Ebene der Stadt- und Landkreise (Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle). Kreisüberschreitende Kooperationen

sind möglich. Die Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle soll sich aus mindestens einer Vertretung der Psychiatrie-Erfahrenen, der Angehörigen sowie einer Person mit professionellem Hintergrund im psychiatrischen Versorgungssystem zusammensetzen. Sie soll eng mit dem Gemeindepsychiatrischen Verbund zusammenarbeiten. Die Mitglieder der Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Tätigkeit erfolgt im Wege des Ehrenamts, soweit nicht der Stadt- oder Landkreis auf freiwilliger Basis eine anderweitige Einbindung insbesondere in bereits vorhandene Strukturen vorsieht. Im Übrigen finden die §§ 11 bis 16 der Landkreisordnung sowie die §§ 15 bis 19 der Gemeindeordnung Anwendung.

(3) Personen im Sinne von § 1 Nummer 1 und deren Angehörige können sich mit Anregungen und Beschwerden wahlweise an die Patientenfürsprecherin oder den -fürsprecher oder die Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle wenden. Die Eingaben werden nach Möglichkeit im Zusammenwirken aller Gremiumsmitglieder einer Problemlösung zugeführt, wobei die Mitglieder gleichberechtigt zusammenarbeiten. Eingaben, die an die Patientenfürsprecherin oder den -fürsprecher herangetragen werden und bei denen personenbezogene Daten offenbart werden, dürfen nur insoweit mit den übrigen Gremiumsmitgliedern besprochen werden, als die betroffene Person hierzu eingewilligt hat. Des Weiteren gibt die Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle Auskunft über die für die möglichst wohnortnahe Versorgung in Betracht kommenden Hilfs- und Unterstützungsangebote. Die Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle erteilt keine Rechtsberatung. Ihre angemessene Erreichbarkeit ist sicherzustellen. Ihre Tätigkeit ist zu dokumentieren.

(4) Die Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle legt der Ombudsstelle auf Landesebene (§ 10 Absatz 1) einen jährlichen Erfahrungsbericht vor. Kenntnisse über persönliche Belange, die die Mitarbeitenden der Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle im Rahmen ihrer Tätigkeit erlangt haben, dürfen nur in einer Form in die Berichte aufgenommen werden, die keine identifizierenden Rückschlüsse auf einzelne Personen zulässt, es sei denn, diese Kenntnisse sind zur Darstellung des Sachzusammenhangs in einem Bericht unerlässlich und die betroffene Person hat in die Aufnahme eingewilligt.

## § 10

### *Ombudsstelle auf Landesebene, Melderegister*

(1) Auf Landesebene wird eine Ombudsstelle eingerichtet. Ihr gehört eine Person mit Befähigung zum Richteramt an.

(2) Die Ombudsstelle berät die Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen. In dieser Tätigkeit ist sie nicht an Weisungen gebunden. Eine Beratung der Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen in Bezug



auf individuelle Beschwerden und sonstige Eingaben, bei denen personenbezogene Daten offenbart werden, darf nur erfolgen, soweit die betroffene Person eingewilligt hat.

(3) Die Ombudsstelle hat des Weiteren Sorge zu tragen für die landesweite zentrale Erfassung von Unterbringungsmaßnahmen und Zwangsmaßnahmen innerhalb anerkannter Einrichtungen nach § 14 in verschlüsselter Form in einem Melderegister. Zwangsmaßnahmen in diesem Sinne sind die Zwangsbehandlung, die Fixierung, das Festhalten anstelle der Fixierung, die Absonderung in einem besonders gesicherten Raum und der Zimmereinschluss. Die anerkannten Einrichtungen sind verpflichtet, unter Wahrung des Gebots der Schweigepflicht der Angehörigen der Heilberufe sowie der datenschutzrechtlichen Bestimmungen, die zur Erfassung der Maßnahmen erforderlichen Auskünfte in verschlüsselter Form zu erteilen.

(4) Die Ombudsstelle berichtet dem Landtag mindestens einmal in der Legislaturperiode zusammenfassend über die Ergebnisse ihrer Tätigkeit nach den Absätzen 2 und 3. § 9 Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend.

## § 11

### *Landesarbeitskreis Psychiatrie*

(1) Das Sozialministerium beruft zu seiner Beratung in Fragen der psychiatrischen Versorgung und als Forum der Koordination der verschiedenen Beteiligten des psychiatrischen Versorgungssystems den Landesarbeitskreis Psychiatrie ein. Er setzt sich insbesondere aus Vertretungen der kommunalen Landesverbände, Leistungsträger, Leistungserbringer, Sozialverbände sowie der Betroffenen und Angehörigen zusammen. Der Vorsitz und die Geschäftsführung im Landesarbeitskreis Psychiatrie obliegen dem Sozialministerium.

(2) Der Landesarbeitskreis Psychiatrie gibt sich eine Geschäftsordnung.

## § 12

### *Rahmenplanung, Landespsychiatrieplan*

(1) Das Sozialministerium erstellt einen Landespsychiatrieplan.

(2) Der Landespsychiatrieplan enthält die Rahmenplanung für die Versorgung der Personen nach § 1 Nummer 1.

(3) Bei der Erstellung des Landespsychiatrieplans wird das Sozialministerium vom Landesarbeitskreis Psychiatrie beraten.

(4) Der Landespsychiatrieplan wird je nach Bedarf fortgeschrieben. Das Sozialministerium prüft jeweils, spätestens nach fünf Jahren, ob eine Fortschreibung erforderlich ist.

## Teil 3

## Unterbringung

## Abschnitt 1

## Allgemeines

## § 13

*Voraussetzungen der Unterbringung*

(1) Personen im Sinne von § 1 Nummer 1 können gegen ihren Willen in einer nach § 14 anerkannten Einrichtung untergebracht werden, wenn sie unterbringungsbedürftig sind.

(2) Steht die Person unter elterlicher Sorge oder Vormundschaft oder ist für sie eine Pflegschaft oder Betreuung bestellt, die das Aufenthaltsbestimmungsrecht umfasst, so ist nach Absatz 1 auch der Wille derjenigen Person maßgeblich, der das Aufenthaltsbestimmungsrecht zusteht. Bei Bestellung einer Betreuung gilt dies nur, wenn die Person nach § 1 Nummer 1 nicht einwilligungsfähig ist oder für sie ein Einwilligungsvorbehalt hinsichtlich der Aufenthaltsbestimmung angeordnet ist. Im Übrigen ist Absatz 1 auch anwendbar, wenn die sorgeberechtigte Person, die zur Führung der Vormundschaft, der Pflegschaft oder Betreuung bestellte Person mit der Unterbringung einverstanden ist, eine Unterbringung nach den §§ 1631 b, 1800, 1906 und 1915 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) aber unterbleibt.

(3) Unterbringungsbedürftig ist, wer infolge einer psychischen Störung nach § 1 Nummer 1 sein Leben oder seine Gesundheit erheblich gefährdet oder eine erhebliche gegenwärtige Gefahr für Rechtsgüter anderer darstellt, wenn die Gefährdung oder Gefahr nicht auf andere Weise abgewendet werden kann.

## § 14

*Anerkannte Einrichtungen*

(1) Anerkannte Einrichtungen sind

1. die Zentren für Psychiatrie,
2. Universitätskliniken des Landes und das psychiatrische Krankenhaus des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim,
3. sonstige durch die Regierungspräsidien nach Absatz 2 zugelassene Einrichtungen.

(2) Die Zulassung sonstiger Einrichtungen zur Unterbringung von Personen nach § 1 Nummer 1 darf nur erfolgen, wenn die Einrichtung insbesondere im Hinblick auf ihre personelle und sachliche Ausstattung, Organisation sowie medizinische und persönliche Betreuung der Personen nach § 1 Nummer 1 für die Unterbringung ge-

eignet ist. Die Zulassung kann entsprechend den Gegebenheiten in der Einrichtung auf bestimmte Gruppen von Personen nach § 1 Nummer 1 beschränkt werden; sie kann mit Auflagen verbunden werden und ist widerruflich.

## Abschnitt 2

### Unterbringungsverfahren

#### § 15

##### *Unterbringungsantrag*

(1) Die Unterbringung (§ 312 Satz 1 Nummer 3 und § 151 Nummer 7 des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit – FamFG), eine vorläufige Unterbringung aufgrund einer einstweiligen Anordnung (§§ 331 und 332 FamFG) oder eine Unterbringung zur Beobachtung und Erstellung eines Gutachtens (§§ 322, 283 und 284 FamFG) werden nur auf schriftlichen Antrag angeordnet. Antragsberechtigt ist die untere Verwaltungsbehörde. Befindet sich die betroffene Person bereits in einer anerkannten Einrichtung, so ist auch diese antragsberechtigt.

(2) Dem Antrag ist eine Darstellung des Sachverhalts und das ärztliche Zeugnis eines Gesundheitsamts beizufügen, aus dem der derzeitige Krankheitszustand der betroffenen Person und die Unterbringungsbedürftigkeit ersichtlich sind; aus ihm soll ferner die voraussichtliche Behandlungsdauer hervorgehen. Das Zeugnis des Gesundheitsamts kann durch das ärztliche Zeugnis einer anerkannten Einrichtung ersetzt werden; das Zeugnis muss von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, bei Kindern und Jugendlichen von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie unterschrieben sein. Liegt ein Zeugnis zum Zeitpunkt der Antragstellung noch nicht vor, ist es unverzüglich nachzureichen.

(3) Aus dem Zeugnis soll hervorgehen, ob die betroffene Person ohne erhebliche Nachteile für ihren Gesundheitszustand durch das Gericht mündlich angehört werden kann.

#### § 16

##### *Fürsorgliche Aufnahme und Zurückhaltung*

(1) Sind dringende Gründe für die Annahme vorhanden, dass die Voraussetzungen für eine Unterbringung vorliegen, und erscheint eine sofortige Unterbringung erforderlich, so kann eine anerkannte Einrichtung eine Person aufnehmen oder zurückhalten, bevor die Unterbringung beantragt oder angeordnet ist.

(2) Die dringenden Gründe für die Annahme einer Krankheit und der Unterbringungsbedürftigkeit müssen vor der Aufnahme in der anerkannten Einrichtung durch ein ärztliches Zeugnis belegt werden, wenn der Einholung eines solchen Zeugnisses keine besonderen Gründe entgegenstehen. Ein besonderer Grund in diesem Sinne liegt insbesondere vor, wenn die vorherige Einholung eines ärztlichen Zeugnisses nicht ohne wesentlichen Aufschub möglich ist und hierdurch eine unmittelbare Gefahr für Rechtsgüter von erheblichem Gewicht der betroffenen oder einer dritten Person besteht.

(3) Die aufgenommene oder zurückgehaltene Person ist unverzüglich von einer Ärztin oder einem Arzt der anerkannten Einrichtung zu untersuchen. Bestätigt die Untersuchung die Annahme der Voraussetzungen für eine Unterbringung nicht, so ist die Person sofort zu entlassen.

(4) Die anerkannte Einrichtung hat den Antrag auf Anordnung der Unterbringung unverzüglich, spätestens aber bis zum Ablauf des zweiten Tags nach der Aufnahme oder Zurückhaltung abzusenden, falls eine weitere Unterbringung gegen den Willen der betroffenen Person erforderlich erscheint. Fällt die Aufnahme oder Zurückhaltung auf einen Freitag, ist der Antrag spätestens bis zum darauffolgenden Montag, zwölf Uhr, zu stellen.

(5) Verbleibt die betroffene Person freiwillig in der anerkannten Einrichtung, so ist ein Antrag nach Absatz 4 zurückzunehmen. Der Antragsrücknahme ist die Einwilligungserklärung der betroffenen Person beizufügen.

## § 17

### *Ärztliche Untersuchung durch das Gesundheitsamt*

Die untere Verwaltungsbehörde kann die ärztliche Untersuchung einer Person durch das Gesundheitsamt anordnen, wenn dringende Gründe für die Annahme vorhanden sind, dass bei dieser die Voraussetzungen für eine Unterbringung vorliegen. § 327 FamFG gilt entsprechend. Örtlich zuständig ist das Gericht, das für ein gleichzeitig beantragtes Unterbringungsverfahren zuständig wäre.

## Abschnitt 3

### Die Unterbringung und ihre Durchführung

## § 18

### *Zuständigkeit und Ausführung der Unterbringung*

(1) Die Ausführung der vom Gericht angeordneten Unterbringung, insbesondere die Auswahl einer geeigneten anerkannten Einrichtung, obliegt der unteren Verwaltungsbehörde. Bei der Auswahl der anerkannten Einrichtung sollen die Wünsche der betroffenen Person und the-

rapeutische Gesichtspunkte und der Grundsatz der Gemeindenähe angemessen berücksichtigt werden.

(2) Innerhalb einer anerkannten Einrichtung obliegt dieser die Ausführung der vom Gericht angeordneten Unterbringung. Die anerkannte Einrichtung unterliegt insoweit der Rechtsaufsicht des Regierungspräsidiums, wenn keine andere Regelung über die Aufsicht des Landes getroffen ist.

(3) Für Maßnahmen nach Absatz 1 gilt das Landesverwaltungsvollstreckungsgesetz (LVwVG) mit der Maßgabe, dass eine Anordnung nach § 6 Absatz 2 LVwVG durch das Amtsgericht erfolgt, das die Unterbringung angeordnet hat oder an das das Unterbringungsverfahren abgegeben wurde.

(4) Die anerkannte Einrichtung ist verpflichtet, der zuständigen unteren Verwaltungsbehörde auf Verlangen diejenigen Angaben über die betroffene Person zu übermitteln, die die Verwaltungsbehörde zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Gesetz benötigt. Sie ist hierzu berechtigt, wenn nach Auffassung der anerkannten Einrichtung Maßnahmen der Verwaltungsbehörde erforderlich werden.

## § 19

### *Unterbringung und fachliche Betreuung*

(1) Die nach diesem Gesetz untergebrachten Personen werden so untergebracht, behandelt und betreut, dass der Unterbringungszweck bei geringstem Eingriff in die persönliche Freiheit erreicht wird.

(2) Soweit dieses Gesetz eine besondere Regelung nicht enthält, haben die untergebrachten Personen diejenigen Maßnahmen zu dulden, die zur Aufrechterhaltung der Sicherheit oder Ordnung in der anerkannten Einrichtung notwendig sind. Die Maßnahmen müssen in einem angemessenen Verhältnis zu ihrem Zweck stehen und dürfen die untergebrachte Person nicht mehr und nicht länger als notwendig beeinträchtigen.

(3) Kinder und Jugendliche sollen je nach Eigenart und Schwere ihrer Krankheit und ihrem Entwicklungsstand gesondert untergebracht und betreut werden. Die Behandlung soll in hierfür spezialisierten Abteilungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgen. Ausnahmen sind zu begründen. Die §§ 1631 b, 1800 und 1915 BGB bleiben unberührt.

## § 20

### *Behandlung*

(1) Wer aufgrund dieses Gesetzes in einer anerkannten Einrichtung untergebracht ist, hat Anspruch auf die notwendige Behandlung. Die Behandlung der Anlasserkrankung soll die tatsächlichen Voraussetzungen freier Selbstbestimmung der untergebrachten Person so weit als

möglich wieder herstellen, um ihr ein möglichst selbstbestimmtes, in der Gemeinschaft eingegliedertes Leben in Freiheit zu ermöglichen. Die Behandlung umfasst auch Untersuchungsmaßnahmen sowie Maßnahmen, die erforderlich sind, um der untergebrachten Person nach ihrer Entlassung ein eigenverantwortliches Leben in der Gemeinschaft 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 Krankheit, wegen derer ihre Unterbringung notwendig ist, oder zum Handeln gemäß solcher Einsicht nicht fähig ist und die Behandlung nachweislich dazu dient,
  - a) eine Lebensgefahr oder eine gegenwärtige erhebliche Gefahr für die Gesundheit der untergebrachten Person abzuwenden oder
  - b) die tatsächlichen Voraussetzungen freier Selbstbestimmung der untergebrachten Person so weit als möglich wiederherzustellen, um ihr ein möglichst selbstbestimmtes, in der Gemeinschaft eingegliedertes Leben in Freiheit zu ermöglichen, oder
2. die Behandlung dazu dient, eine Lebensgefahr oder eine gegenwärtige erhebliche Gefahr für die Gesundheit dritter Personen abzuwenden.

Die Behandlung nach Satz 1 muss im Hinblick auf das Behandlungsziel, das ihren Einsatz rechtfertigt, Erfolg versprechen. 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 erwartbaren Nutzen stehen. Dieser muss mögliche Schäden der Nichtbehandlung deutlich feststellbar überwiegen.

(4) Eine Behandlung nach Absatz 3 darf nur auf ärztliche Anordnung und unter ärztlicher Überwachung durchgeführt werden. Zuvor hat eine Ärztin oder ein Arzt die untergebrachte Person angemessen aufzuklären und zu versuchen, ihre auf Vertrauen gegründete Zustimmung zu erreichen. Die Behandlungsmaßnahmen sind zu dokumentieren einschließlich ihres Zwangscharakters, ihrer Durchsetzungsweise, ihrer maßgeblichen Gründe und der Wirkungsüberwachung. Eine zu dokumentierende Nachbesprechung durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt muss erfolgen, sobald es der Gesundheitszustand zulässt.

(5) Eine Behandlung nach Absatz 3 ist auf Antrag der behandelnden anerkannten Einrichtung nur mit vorheri-

ger Zustimmung des Betreuungsgerichts, bei nach § 32 untergebrachten Personen der Strafvollstreckungskammer beziehungsweise der Jugendkammer zulässig. Dies gilt nicht in den Fällen von Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a und Nummer 2, wenn hierdurch die Behandlung verzögert würde und sich hieraus Nachteile für das Leben oder die Gesundheit der gefährdeten Person ergeben würden („Gefahr im Verzug“). Die gerichtliche Entscheidung ist unverzüglich herbeizuführen, sobald die untergebrachte Person nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b weiterbehandelt wird. Für die Strafvollstreckungs- und die Jugendkammern gelten die Vorschriften des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit über die Zwangsbehandlung (§§ 312 bis 339 FamFG) entsprechend.

(6) Eine wirksame Patientenverfügung der zu behandelnden Person (§§ 1901 a und 1901 b BGB) ist zu beachten. Schließt sie eine Behandlung nach Absatz 3 aus, geht die Patientenverfügung vor, nicht jedoch in Fällen gegenwärtiger erheblicher Fremdgefährdung (Absatz 3 Satz 1 Nummer 2).

## § 21

### *Persönliches Eigentum, Besuchsrecht, Telefonverkehr*

Die untergebrachte Person hat das Recht, ihre persönliche Kleidung zu tragen, persönliche Gegenstände in ihrem Zimmer zu haben und Besuch zu empfangen, soweit es ihr Gesundheitszustand gestattet und die Sicherheit oder Ordnung der anerkannten Einrichtung nicht gestört wird. Unter den gleichen Voraussetzungen ist sie berechtigt, auf ihre Kosten Telefongespräche zu führen.

## § 22

### *Schrift- und Paketverkehr*

(1) Schriftliche Mitteilungen der untergebrachten Person an ihre gesetzliche Vertretung, Verteidigung oder ihre bevollmächtigte Rechtsanwältin oder ihren bevollmächtigten Rechtsanwalt, ihre vorsorge- oder generalbevollmächtigte Person, an Beschwerdestellen, Behörden oder Gerichte, an die Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder sowie die Aufsichtsbehörden nach § 38 des Bundesdatenschutzgesetzes, an eine Volksvertretung des Bundes und der Länder sowie an deren Mitglieder, an den Europäischen Ausschuss zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe und weitere Einrichtungen, mit denen der Schriftverkehr aufgrund völkerrechtlicher Verpflichtung der Bundesrepublik Deutschland geschützt ist, sowie bei ausländischen Staatsangehörigen an die diplomatischen und konsularischen Vertretungen ihres Heimatlandes in der Bundesrepublik Deutschland dürfen nicht geöffnet und nicht zurückgehalten werden, wenn die schriftlichen

Mitteilungen an die Anschriften dieser Stellen gerichtet sind und die Absenderin oder den Absender zutreffend angeben. Dies gilt entsprechend für schriftliche Mitteilungen der in Satz 1 genannten Personen und Stellen an die untergebrachte Person. Die Schreiben dürfen, ohne sie zu öffnen, auf verbotene Gegenstände untersucht werden.

(2) Im Übrigen dürfen schriftliche Mitteilungen und Pakete der untergebrachten Person und an die untergebrachte Person nur eingesehen werden, wenn dies erforderlich ist, um ihren Gesundheitszustand ärztlich zu beurteilen oder wenn Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass eine Weiterleitung der untergebrachten Person gesundheitlichen Schaden oder sonst erhebliche Nachteile zufügen oder den Zweck der Unterbringung gefährden könnte, oder dass durch die Weiterleitung an die untergebrachte Person die Sicherheit oder Ordnung der anerkannten Einrichtung gefährdet werden könnte.

(3) Schriftliche Mitteilungen und Pakete der untergebrachten Person, die nach Absatz 2 eingesehen werden dürfen, können zurückgegeben werden, wenn sich aus der Weiterleitung für die untergebrachte Person erhebliche Nachteile ergäben oder der Zweck der Unterbringung gefährdet würde. Soweit die untergebrachte Person unter elterlicher Sorge, Vormundschaft oder Pflegschaft steht, sind diese Sendungen den Eltern, dem Vormund, der Pflegerin oder dem Pfleger zu übergeben. § 1896 Absatz 4 BGB bleibt unberührt.

(4) Schriftliche Mitteilungen und Pakete an die untergebrachte Person, die nach Absatz 2 eingesehen werden dürfen, können zurückgehalten werden, wenn sie geeignet sind, der untergebrachten Person gesundheitlichen Schaden zuzufügen, den Zweck der Unterbringung oder die Sicherheit oder Ordnung der anerkannten Einrichtung zu gefährden. Im Falle der Zurückhaltung ist die Absenderin oder der Absender zu verständigen oder die Sendung zurückzusenden.

(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten entsprechend für Telegramme, Telefaxe sowie elektronische Nachrichten.

## § 23

### *Belastungserprobung*

(1) Die anerkannte Einrichtung kann der untergebrachten Person bis zu vier Wochen Belastungserprobung gewähren. Die stundenweise Belastungserprobung (Ausgang) kann auch unter Aufsicht einer Mitarbeiterin oder eines Mitarbeiters der anerkannten Einrichtung gewährt werden.

(2) Die Belastungserprobung kann mit Auflagen, insbesondere der Verpflichtung zur Weiterführung der ärztlichen Behandlung, verbunden werden.

(3) Die Belastungserprobung kann jederzeit widerrufen werden, insbesondere wenn Auflagen nicht befolgt werden.



## § 24

*Religionsausübung*

(1) Der untergebrachten Person darf die religiöse Betreuung durch eine Seelsorgerin oder einen Seelsorger ihrer Religionsgemeinschaft nicht versagt werden. Auf ihren Wunsch ist ihr zu helfen, mit einer Seelsorgerin oder einem Seelsorger in Verbindung zu treten. Sie hat das Recht, innerhalb der Einrichtung am Gottesdienst und an anderen religiösen Veranstaltungen ihres Bekenntnisses teilzunehmen und ihren Glauben nach den Regeln ihrer Religionsgemeinschaft auszuüben.

(2) Aus zwingenden Gründen der Behandlung sowie aus überwiegenden Gründen der Sicherheit oder Ordnung in der Einrichtung kann in die Freiheit der Religionsausübung eingegriffen werden. Die für die Religionsgemeinschaft der untergebrachten Person zuständige Seelsorgerin oder der zuständige Seelsorger soll nach Möglichkeit vorher gehört werden.

(3) Für Angehörige weltanschaulicher Bekenntnisse gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend.

## § 25

*Besondere Sicherungsmaßnahmen*

(1) Besondere Sicherungsmaßnahmen sind nur zulässig, wenn und solange eine gegenwärtige erhebliche Gefahr für die Sicherheit in der anerkannten Einrichtung besteht, insbesondere bei erheblicher Selbstgefährdung, der Gefährdung bedeutender Rechtsgüter Dritter oder wenn die untergebrachte Person die Einrichtung ohne Erlaubnis verlassen will, und dieser Gefahr nicht mit weniger eingreifenden Mitteln begegnet werden kann.

(2) Besondere Sicherungsmaßnahmen sind:

1. die Beschränkung und der Entzug des Aufenthalts im Freien,
2. die Wegnahme oder Vorenthaltung von Gegenständen,
3. die Absonderung in einem besonders gesicherten Raum,
4. die Fixierung,
5. das Festhalten anstelle der Fixierung.

(3) Jede besondere Sicherungsmaßnahme ist von einer Ärztin oder einem Arzt der anerkannten Einrichtung befristet anzuordnen. Sie ist unverzüglich aufzuheben, wenn die Voraussetzungen für ihre Anordnung weggefallen sind. Wird eine Sicherungsmaßnahme nach Absatz 2 Nummer 3 vorgenommen, hat eine engmaschige Überwachung durch therapeutisches oder pflegerisches Personal zu erfolgen. Bei Fixierungen ist eine unmittelbare, persönliche und in der Regel ständige Begleitung sicherzustellen, soweit die untergebrachte Person nicht

ausdrücklich darauf verzichtet. Die ärztliche Kontrolle ist im erforderlichen Maß zu gewährleisten.

(4) Anordnung, Begründung und Beendigung der besonderen Sicherungsmaßnahme sind zu dokumentieren.

(5) § 20 bleibt unberührt.

## § 26

### *Unmittelbarer Zwang*

(1) Bedienstete der anerkannten Einrichtungen dürfen gegen eine untergebrachte Person unmittelbaren Zwang nur dann anwenden, wenn diese zur Duldung der Maßnahme verpflichtet ist.

(2) Unmittelbarer Zwang ist die Einwirkung auf Personen oder Sachen durch körperliche Gewalt oder andere Hilfsmittel.

(3) Die Anwendung unmittelbaren Zwangs ist anzuordnen. Die Androhung darf nur dann unterbleiben, wenn die Umstände sie nicht zulassen, insbesondere wenn er sofort angewendet werden muss, um eine gegenwärtige Gefahr abzuwenden.

(4) Eine Nachbesprechung der Anwendung unmittelbaren Zwangs soll abhängig vom Gesundheitszustand der untergebrachten Person zeitnah, möglichst gemeinsam mit der pflegerischen und therapeutischen Bezugsperson erfolgen.

(5) Unter mehreren möglichen und geeigneten Maßnahmen des unmittelbaren Zwangs ist diejenige zu wählen, die den Einzelnen und die Allgemeinheit voraussichtlich am wenigsten beeinträchtigt. Die Anwendung unmittelbaren Zwangs hat zu unterbleiben, wenn ein durch ihn zu erwartender Schaden erkennbar außer Verhältnis zu dem angestrebten Erfolg steht.

(6) Die Anwendung unmittelbaren Zwangs ist zu dokumentieren.

## § 27

### *Besuchskommissionen*

(1) Das Sozialministerium beruft Besuchskommissionen, die mindestens alle drei Jahre die anerkannten Einrichtungen, in denen Betroffene nach diesem Gesetz untergebracht werden, besuchen und daraufhin überprüfen, ob die mit der Unterbringung von Personen nach § 1 Nummer 1 verbundenen besonderen Aufgaben erfüllt werden. Den Besuchskommissionen ist ungehinderter Zugang zu den Einrichtungen zu gewähren. Bei den Besichtigungen ist den untergebrachten Personen Gelegenheit zu geben, Wünsche und Beschwerden vorzutragen. Die Einrichtungen sind verpflichtet, die Besuchskommissionen bei ihrer Tätigkeit zu unterstützen und ihnen die gewünschten Auskünfte zu erteilen. Zur Erfüllung ihrer Aufgaben ist

den Besuchskommissionen Einsicht in die hierfür erforderlichen Unterlagen zu gewähren. Personenbezogene Patientenunterlagen dürfen nur mit Einwilligung der betroffenen untergebrachten Person eingesehen werden.

(2) Den Besuchskommissionen 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- und Krankenpflegerin oder ein Gesundheits- und Krankenpfleger mit Berufserfahrung im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie,
3. eine Psychologische Psychotherapeutin oder ein Psychologischer Psychotherapeut,
4. eine Betreuungsrichterin oder ein Betreuungsrichter, beim Besuch einer Einrichtung für Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Familienrichterin oder ein Familienrichter,
5. eine Vertretung der Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen,
6. eine Vertretung der Psychiatrie-Erfahrenen und
7. eine Vertretung der Angehörigen.

Die in Satz 1 genannten Personen dürfen weder in der zu besichtigenden anerkannten Einrichtung gegenwärtig beschäftigt, noch mit der Bearbeitung von Unterbringungssachen im Einzugsbereich der zu besichtigenden Einrichtung unmittelbar befasst sein. Sie sollen nach Möglichkeit auf Vorschlag des Landesarbeitskreises Psychiatrie berufen werden. Aus wichtigen Gründen kann die Tätigkeit abgelehnt oder das Ausscheiden verlangt werden.

(3) Jede Besuchskommission legt alsbald, spätestens drei Monate nach einem Besuch, der Ombudsstelle auf Landesebene einen Besuchsbericht mit dem Ergebnis der Überprüfung vor. Die anerkannte Einrichtung sowie die zuständige Aufsichtsbehörde erhalten zugleich eine Durchschrift dieses Berichts. Kenntnisse über persönliche Belange von untergebrachten Personen dürfen nur in einer Form in die Berichte aufgenommen werden, die keine identifizierenden Rückschlüsse auf einzelne Personen zulässt, es sei denn, diese Kenntnisse sind zur Darstellung des Sachzusammenhangs in einem Bericht unerlässlich und die untergebrachte Person hat in die Aufnahme eingewilligt. Die Ombudsstelle informiert den Landtag einmal in der Legislaturperiode im Rahmen ihres Berichts nach § 10 Absatz 4 auch zusammenfassend über die Ergebnisse der Arbeit der Besuchskommissionen.

(4) Die Mitglieder der Besuchskommissionen sind nicht an Weisungen gebunden. Sie sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Ihre Aufgaben nehmen sie ehrenamtlich

wahr. Für ihre Entschädigung gelten die Vorschriften über die Entschädigung von ehrenamtlichen Richterinnen und Richtern des Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetzes entsprechend.

(5) Das Petitionsrecht, die Aufsichtspflichten und -rechte der zuständigen Behörden sowie das Gebot der Schweigepflicht der Angehörigen der Heilberufe bleiben unberührt.

## § 28

### *Entlassung*

(1) Die untergebrachte Person ist zu entlassen, wenn

1. die Unterbringungsfrist abgelaufen ist und nicht vorher die Fortdauer der Unterbringung angeordnet wurde,
2. die Anordnung der Unterbringung aufgehoben ist oder
3. im Falle der Unterbringung nach § 16 nicht spätestens bis zum Ablauf des Tags nach Eingang des Antrags bei Gericht die Unterbringung angeordnet ist.

(2) Die untergebrachte Person ist zu entlassen, wenn der Grund für die Unterbringung weggefallen ist. Mit der Entlassung endet die Wirksamkeit des Gerichtsbeschlusses, der die Unterbringung angeordnet hat.

(3) Im Falle der Entlassung nach Absatz 1 Nummer 1 und 3 und Absatz 2 hat die anerkannte Einrichtung das Gericht und die Beteiligten nach § 315 FamFG zu benachrichtigen.

## § 29

### *Fortdauer der Unterbringung*

Die anerkannte Einrichtung hat bei Gericht rechtzeitig einen Antrag auf Fortdauer der Unterbringung zu stellen, wenn dies nach Ablauf der bisherigen Unterbringungsdauer erforderlich ist. Die Notwendigkeit der Fortdauer der Unterbringung ist durch das Zeugnis nach § 15 Absatz 2 zu belegen.

## § 30

### *Kosten*

(1) Für die Tätigkeit der Verwaltungsbehörden werden im Rahmen des Unterbringungsverfahrens keine Kosten erhoben.

(2) Die Kosten einer nach diesem Gesetz durchgeführten Unterbringung fallen der untergebrachten Person, ihrem Kostenträger oder den Unterhaltspflichtigen zur Last.

Abschnitt 4  
Datenschutz

§ 31

*Datenschutz*

(1) Soweit dieses Gesetz nichts anderes bestimmt, sind die jeweils geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Landeskrankenhausgesetzes Baden-Württemberg (LKHG), des Landesdatenschutzgesetzes sowie des Bundesdatenschutzgesetzes anzuwenden.

(2) Die Übermittlung von Patientendaten an Personen und Stellen außerhalb der anerkannten Einrichtung ist auch zulässig, soweit dies zur Einleitung oder Durchführung eines Betreuungsverfahrens erforderlich ist. § 46 Absatz 1 Satz 2 LKHG gilt entsprechend.

Teil 4  
Maßregelvollzug

Abschnitt 1

Ziele, Grundlagen und Organisation

§ 32

*Geltungsbereich*

(1) Die folgenden Vorschriften regeln den Vollzug von Maßregeln der Besserung und Sicherung in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB) und in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB).

(2) Sie gelten entsprechend für die befristete Wiederinvolzugsetzung nach § 67 h StGB, den Vollzug der einstweiligen Unterbringung nach § 126 a der Strafprozessordnung (StPO), die Unterbringung zur Beobachtung nach § 81 StPO, die Unterbringung nach den §§ 7 und 73 des Jugendgerichtsgesetzes (JGG), den Vollzug eines Sicherungshaftbefehls bei der Aussetzung von freiheitsentziehenden Sicherungsmaßregeln entsprechend § 453 c StPO, soweit die jeweiligen dortigen Regelungen nicht entgegenstehen.

§ 33

*Ziele des Maßregelvollzugs*

(1) Durch die Behandlung im Maßregelvollzug soll die untergebrachte Person so weit möglich geheilt oder ihr Zustand so weit verbessert werden, dass sie nicht mehr gefährlich und eine Wiedereingliederung in die Gesellschaft möglich ist. Bei der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB soll die untergebrachte Person durch die Behandlung von ihrem Hang, alkoholi-

sche Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, geheilt werden. Der Vollzug dient gleichermaßen der Sicherung der untergebrachten Person zum Schutz der Allgemeinheit.

(2) Der Vollzug hat auf eine selbstständige Lebensführung vorzubereiten, persönliche familiäre und soziale Kontakte sollen gefördert und aufrechterhalten, auf eine berufliche Eingliederung soll hingearbeitet werden.

(3) Die Gestaltung des Vollzugs hat den allgemeinen Lebensverhältnissen so weit wie möglich zu entsprechen. Schädlichen Folgen der Freiheitseinschränkung ist entgegenzuwirken.

(4) Die Vollzugsziele sollen in möglichst kurzer Zeit erreicht werden.

#### § 34

##### *Maßregelvollzugseinrichtungen, jugendliche Untergebrachte*

(1) Die Behandlung und Betreuung erfolgt in psychiatrischen Krankenhäusern und Entziehungsanstalten nach dem Gesetz zur Errichtung der Zentren für Psychiatrie (Maßregelvollzugseinrichtungen). Diese haben ausreichende Therapieangebote vorzuhalten. Eine Nachsorge findet durch die in Teil 2 dieses Gesetzes genannten Hilfen und in den forensischen Ambulanzen statt.

(2) Die Maßregelvollzugseinrichtungen haben die erforderlichen Fachkräfte und Mitarbeitenden der verschiedenen Berufsgruppen in ausreichender Zahl vorzuhalten und für deren Sicherheit Sorge zu tragen.

(3) Den besonderen Erfordernissen der Behandlung und Betreuung Jugendlicher und Heranwachsender ist Rechnung zu tragen, Alter und Entwicklungsstand sind zu berücksichtigen.

#### § 35

##### *Aufsicht*

(1) Die Aufsicht über die Durchführung des Maßregelvollzugs obliegt dem Sozialministerium.

(2) Dieses übt die Rechts- und die Fachaufsicht über die Maßregelvollzugseinrichtungen aus.

(3) Im Rahmen ihrer Fachaufsicht kann die Aufsichtsbehörde insbesondere ihr Informations-, Weisungs- und Selbsteintrittsrecht ausüben, letzteres, wenn Einzelweisungen nicht befolgt werden. Ihr sind auf Verlangen Auskünfte und Berichte zu erteilen, Akten und Unterlagen vorzulegen und jederzeit Zutritt zu den Räumlichkeiten der Maßregelvollzugseinrichtungen zu gewähren.

## § 36

*Qualitätssicherung, Wissenschaft und Forschung*

- (1) Die Maßregelvollzugseinrichtungen haben den anerkannten wissenschaftlichen Stand der medizinischen, pflegerischen, therapeutischen und heilpädagogischen Erkenntnisse in Behandlung, Betreuung und Wiedereingliederung zu berücksichtigen.
- (2) Sie haben einen entsprechenden Standard hinsichtlich baulich-technischer und organisatorischer Sicherheitsvorkehrungen einzuhalten.
- (3) Sie sorgen für Fort- und Weiterbildung ihrer Fachkräfte und Mitarbeitenden (§ 34 Absatz 2).
- (4) Zur Förderung von Behandlung, Betreuung und Eingliederung sollen sie mit geeigneten Personen, Organisationen, Behörden und Einrichtungen der Wissenschaft und Forschung zusammenarbeiten.

## Abschnitt 2

Planung und Gestaltung des Maßregelvollzugs,  
Recht der untergebrachten Personen

## § 37

*Durchführung des Maßregelvollzugs*

- (1) Die im Maßregelvollzug untergebrachten Personen werden so untergebracht, behandelt und betreut, dass der Unterbringungszweck bei geringstmöglichem Eingriff in die persönliche Freiheit erreicht wird.
- (2) Die untergebrachte Person ist verpflichtet, an Therapieangeboten der Einrichtung nach ihren Möglichkeiten teilzunehmen.
- (3) Für den Vollzug nach § 32 gelten § 19 Absatz 2 und § 24 entsprechend.

## § 38

*Behandlung und Behandlungsplanung*

- (1) Die untergebrachte Person hat Anspruch auf die notwendige Behandlung. § 20 gilt entsprechend.
- (2) Die Behandlung richtet sich nach ärztlich-therapeutischen Gesichtspunkten. Sie umfasst die notwendigen Untersuchungen sowie insbesondere ärztlich-therapeutische, psychotherapeutische, pflegerische, beschäftigungs- und arbeitstherapeutische, heilpädagogische, sozialpädagogische und schulische Maßnahmen.
- (3) Die Behandlung wegen der Erkrankung, die zur Unterbringung geführt hat, erfolgt nach einem Behandlungsplan. Dieser ist mit der untergebrachten Person zu erörtern.

## § 39

*Beschäftigung und Freizeit*

(1) Die untergebrachte Person erhält im Rahmen des Behandlungsplans arbeitstherapeutische Angebote mit dem Ziel, Fähigkeiten für eine Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder in einem beschützten Werkstattbereich nach der Entlassung zu vermitteln, zu erhalten oder zu fördern.

(2) Der untergebrachten Person soll im Rahmen ihres Behandlungsplans bei Vorliegen entsprechender Vollzugslockerungen Gelegenheit zur Teilnahme an Maßnahmen der beruflichen Teilhabe gegeben werden.

(3) Ihr kann nach Absatz 2 ein freies Beschäftigungsverhältnis, eine Berufsausbildung, eine berufliche Fortbildung, eine Umschulung oder eine andere ausbildende oder fortbildende Maßnahme außerhalb der Einrichtung gestattet werden.

(4) Während des Maßregelvollzugs fördert die Einrichtung die Aufrechterhaltung bestehender und die Anbahnung neuer sozialer Kontakte der untergebrachten Person, soweit diese ihrer Wiedereingliederung dienen. Es sollen Angebote zu künstlerischer, sportlicher und gesellschaftlicher Betätigung unterbreitet werden.

## § 40

*Besuchsrecht*

(1) Die untergebrachte Person hat das Recht, Besuche zu empfangen, soweit es ihr Gesundheitszustand gestattet und die Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung nicht gefährdet wird. Andernfalls kann die Leitung der Einrichtung den Besuch verbieten.

(2) Bestehen Anhaltspunkte dafür, dass die Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung gefährdet wird, so kann ein Besuch davon abhängig gemacht werden, dass sich die Besucherin oder der Besucher durchsuchen lässt. Die Besuche dürfen aus Gründen der Behandlung oder der Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung überwacht werden. Die Unterhaltung darf überwacht werden, soweit dies im Einzelfall aus diesen Gründen erforderlich ist. Die optische Überwachung kann auch durch technische Hilfsmittel erfolgen, auf die die untergebrachte Person und ihre Besucher vorher hinzuweisen sind. Die Übergabe von Gegenständen beim Besuch kann von der Erlaubnis der Einrichtung abhängig gemacht werden. Ein Besuch darf abgebrochen werden, wenn durch die Fortsetzung die Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung gefährdet wird oder gesundheitliche Nachteile für die untergebrachte Person zu befürchten sind.

(3) Besuche der Verteidigung oder der bevollmächtigten Rechtsanwältin oder des bevollmächtigten Rechtsanwalts oder der Notarin oder des Notars in einer die unter-



gebrachte Person betreffenden Rechtssache sind zu gestatten. Eine inhaltliche Überprüfung der von der Verteidigung mitgeführten Schriftstücke und sonstigen Unterlagen ist nicht zulässig. § 22 Buch 3 des Justizvollzugsgesetzbuches (JVollzGB III) gilt entsprechend.

#### § 41

##### *Persönliches Eigentum, Telefon-, Schrift- und Paketverkehr, Fernsehen*

(1) Die untergebrachte Person hat das Recht, ihre persönliche Kleidung zu tragen und persönliche Gegenstände in ihrem Zimmer zu haben, soweit es ihr Gesundheitszustand gestattet und die Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung nicht gestört wird.

(2) Sie hat das Recht, auf ihre Kosten Telefongespräche zu führen. § 40 gilt entsprechend.

(3) Ihr ist der Besitz und Betrieb von Mobilfunkendgeräten und elektronischen Datenträgern auf dem Einrichtungsgelände untersagt. Begründete Ausnahmen können von der Einrichtung im Einzelfall zugelassen werden.

(4) Für schriftliche Mitteilungen und Pakete gilt § 22 entsprechend.

(5) Die untergebrachte Person hat ein Recht auf Teilnahme am Gemeinschaftsfernsehen. Dies gilt nicht, wenn das Ziel des Vollzugs oder die Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung gefährdet würden. In begründeten Ausnahmefällen kann der Besitz eines eigenen Fernsehgeräts von der Einrichtung gestattet werden.

#### § 42

##### *Hausordnung*

(1) Die mit der Durchführung der Unterbringung beauftragten Maßregelvollzugseinrichtungen sollen Hausordnungen erlassen. Die Hausordnung kann insbesondere Regelungen über die Einbringung von Sachen, Ausgestaltung der Räume, Einkaufsmöglichkeiten, Rauch- und Alkoholverbot, Ausgangs- und Besuchszeiten, Telefonverkehr, Freizeitgestaltung, den regelmäßigen Aufenthalt im Freien, den Umgang der untergebrachten Personen untereinander, die Bestellung von Patientensprecherrinnen und -sprechern sowie über den Umgang mit Regelverstößen enthalten.

(2) Durch die Hausordnung dürfen die Rechte der untergebrachten Personen nicht über die Regelungen dieses Gesetzes hinaus eingeschränkt werden.

## Abschnitt 3

## Finanzielle Regelungen

## § 43

*Unterbringungs- und Nebenkosten*

(1) Die Kosten einer Unterbringung nach den §§ 63 und 64 StGB, §§ 81, 126 a und 453 c StPO und §§ 7 und 73 JGG in den Einrichtungen des Maßregelvollzugs trägt das Land, soweit sie nicht von einem Träger der Sozialversicherung oder der untergebrachten Person nach § 48 zu tragen sind. Zu diesen Kosten gehören auch Aufwendungen zur ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung, die in der Einrichtung oder außerhalb im Rahmen einer Lockerungs- oder Wiedereingliederungsmaßnahme in entsprechender Anwendung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entstehen, sowie Zahnersatz, soweit er während der Unterbringung unvermeidbar erforderlich ist und kein anderer Kostenträger eintritt.

(2) Nebenkosten, wie beispielsweise Aufwendungen für Bekleidung oder Heil- und Hilfsmittel, trägt die untergebrachte Person selbst, soweit nicht vorrangig bei Vorliegen der rechtlichen Voraussetzungen des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch der Sozialleistungsträger oder die Maßregelvollzugseinrichtung eintritt.

(3) Entstehen Aufwendungen zu schulischen oder beruflichen Aus-, Fort-, Weiterbildungs- oder Umschulungsmaßnahmen, sind hierfür die vorrangig verpflichteten Leistungsträger heranzuziehen.

## § 44

*Anspruch auf medizinische Leistungen*

(1) Der Anspruch der untergebrachten Personen auf medizinische Leistungen richtet sich nach § 33 JVollzGB III.

(2) Ab Beginn der Belastungserprobung richtet sich dieser Anspruch nach § 35 JVollzGB III.

## § 45

*Zuwendungen und Beihilfen*

(1) Eine untergebrachte Person, die im Rahmen einer Arbeitstherapie tätig ist, soll hierfür eine Zuwendung erhalten.

(2) Als Anreiz für die Teilnahme an fördernden Maßnahmen und zum Ausgleich für insoweit nicht leistbare Arbeitstherapie oder Arbeit, kann ebenfalls eine Zuwendung erhalten, wer an einem Unterricht oder an beruflichen Maßnahmen teilnimmt, die die Wiedereingliederungschancen verbessern.

(3) Eine Beihilfe hierzu, die von anderer Stelle geleistet wird, ist auf die Zuwendung anzurechnen.

## § 46

*Arbeitsentgelt, Sozialversicherungsbeiträge*

(1) Eine untergebrachte Person, die in der Einrichtung im Rahmen der Unterbringung wirtschaftlich verwertbare Arbeitsverrichtungen leistet, erhält hierfür ein Entgelt.

(2) Soweit die Einrichtung verpflichtet ist, im Falle des Absatz 1 fällige Beiträge an die Bundesagentur für Arbeit abzuführen, kann sie diese vom Entgelt der untergebrachten Person einbehalten.

## § 47

*Verfügung über Geld, Barbetrag, Eigengeld, Überbrückungsgeld*

(1) Die untergebrachte Person kann über ihr Geld, insbesondere eingebrachtes Geld oder laufende Bezüge im Sinne von §§ 45 und 46 verfügen, soweit dadurch der Zweck der Unterbringung und die Bildung eines Überbrückungsgelds nach Absatz 4 nicht gefährdet werden. Hierzu bedarf es der Einwilligung der Einrichtung.

(2) Soweit die Voraussetzungen hierzu vorliegen, erhält die untergebrachte Person von der Einrichtung einen angemessenen Barbetrag (Taschengeld) zur persönlichen Verfügung in entsprechender Anwendung der Vorschriften des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch. Sie ist zur Mitwirkung und Tatsachenangabe verpflichtet entsprechend den §§ 60, 65 und 66 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch.

(3) Die Einrichtung führt für jede untergebrachte Person ein Eigengeldkonto, auf dem alle Zahlungen der Einrichtung sowie die Beträge geführt werden, die die untergebrachte Person bei der Aufnahme mitbringt oder während der Unterbringung erhält. Verfügungsberechtigt sind die untergebrachte Person und ihre gesetzliche Vertretung.

(4) Aus den in diesem Gesetz geregelten Bezügen der untergebrachten Person ist ein Überbrückungsgeld zu bilden, das ihren notwendigen Lebensunterhalt in den ersten vier Wochen nach der Entlassung sichern soll. § 52 JVollzGB III gilt entsprechend.

## § 48

*Kostenbeitrag für die Unterbringung*

Für die Erhebung eines Beitrags zu den Kosten der Unterbringung gilt § 51 JVollzGB III entsprechend mit der Maßgabe, dass in den Fällen von § 51 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 JVollzGB III an die Stelle nicht erhaltener Bezüge die Nichtverrichtung zugewiesener oder ermöglichter Arbeit tritt und in den Fällen von § 51 Absatz 1 Satz 2 JVollzGB III der untergebrachten Person ein Betrag in der Höhe verbleiben muss, der dem Barbetrag

entspricht, den in einer Einrichtung lebende und einen Teil der Kosten ihres Aufenthalts selbst tragende Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger zur persönlichen Verfügung erhalten. Bei der Bewertung einer Beschäftigung als Arbeit sind die besonderen Verhältnisse des Maßregelvollzugs zu berücksichtigen.

#### Abschnitt 4

#### Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen

#### § 49

##### *Besondere Sicherungsmaßnahmen und unmittelbarer Zwang*

- (1) Die §§ 25 und 26 gelten entsprechend.
- (2) Zusätzliche Sicherungsmaßnahmen im Sinne von § 25 Absatz 2 Nummer 3 sind der Zimmereinschluss auf offenen und geschlossen geführten Stationen und im Sinne von § 25 Absatz 2 Nummer 4 die Fesselung.
- (3) Bei einer Ausführung, Vorführung oder beim Transport ist die Fesselung auch dann zulässig, wenn aus anderen Gründen als denen des § 25 Absatz 1 in erhöhtem Maße Fluchtgefahr besteht.

#### § 50

##### *Durchsuchungen und Videoüberwachung*

- (1) Die untergebrachte Person sowie ihre Sachen und Wohnräume dürfen durchsucht werden. Die untergebrachte Person darf nur in Gegenwart einer dritten Person, ihre Räume oder Sachen nur in ihrer oder in Gegenwart einer dritten Person durchsucht werden. Für eine mit Entkleidung verbundene körperliche Durchsuchung gilt § 64 Absatz 2 und 3 JVollzGB III entsprechend. Für Suchtmittelkontrollen gilt § 64 Absatz 4 JVollzGB III entsprechend.
- (2) Die Einrichtungen können das Klinikgelände sowie das Innere der Gebäude offen mittels Videotechnik beobachten. Die Anfertigung von Aufzeichnungen hiervon sowie die Beobachtung der unmittelbaren Umgebung der Einrichtung ist zulässig, sofern dies zum Zweck der Aufrechterhaltung der Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung oder zur Verhinderung oder Verfolgung von Straftaten oder Ordnungswidrigkeiten, durch welche die Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung gefährdet wird, erforderlich ist.
- (3) Die Nutzung optisch-elektronischer Vorrichtungen ist in Interventions-, Aufenthalts-, Wohn- und Schlafräumen im begründeten Einzelfall zeitlich befristet auf ärztliche Anordnung erlaubt, soweit dies zur Abwehr einer gegenwärtigen erheblichen Selbst- oder Fremdgefährdung durch die untergebrachte Person erforderlich ist.

Die Speicherung personenbezogener Daten ist hierbei unzulässig. Nach Möglichkeit soll die untergebrachte Person in der Wahl der Überwachungsmöglichkeiten (Video oder Sitzwache) beteiligt werden. Die Datenverarbeitung darf auch dann erfolgen, wenn bei der Datenerhebung Dritte unvermeidbar betroffen sind. Auf den Umstand der Nutzung optisch-elektronischer Vorrichtungen ist durch geeignete Maßnahmen hinzuweisen.

#### Abschnitt 5

#### Vollzugslockerungen und Entlassungsvorbereitungen

#### § 51

##### *Beurlaubung und Vollzugslockerungen*

- (1) Beurlaubungen und Vollzugslockerungen, bei denen eine Aufsicht durch Bedienstete der Einrichtung nicht gewährleistet ist, können von der Maßregelvollzugseinrichtung nur mit Zustimmung der Staatsanwaltschaft, die das Verfahren gegen die untergebrachte Person geführt hat, gewährt werden.
- (2) Vollzugslockerungen zur Vorbereitung der Entlassung, sofern danach eine Aussetzung der Vollstreckung zur Bewährung zu erwarten ist (extramurale Belastungserprobung), sind in der Regel bis zu sechs Monate möglich. In besonders begründeten Fällen ist eine Verlängerung der Belastungserprobung möglich.
- (3) Bei erstmaliger Gewährung von Beurlaubung aus dem geschlossenen Vollzug und bei Vollzugslockerungen nach Absatz 2 kann die Staatsanwaltschaft bei untergebrachten Personen, die wegen einer Straftat gegen die sexuelle Selbstbestimmung oder wegen eines schweren Gewaltdelikts untergebracht sind, in der Regel die Vorlage eines unabhängigen Zweitgutachtens verlangen.
- (4) Beurlaubung und Vollzugslockerungen dürfen nicht gewährt werden, wenn zu befürchten ist, dass sich die untergebrachte Person dem Vollzug der Maßregel entziehen oder die Beurlaubung oder die Vollzugslockerung missbrauchen wird, oder wenn sonst der Zweck der Maßregel gefährdet würde.
- (5) Die Beurlaubung kann mit Auflagen, insbesondere der Verpflichtung zur Weiterführung der ärztlichen Behandlung, verbunden werden. Die Beurlaubung kann jederzeit widerrufen werden, insbesondere wenn Auflagen nicht befolgt werden.

## Abschnitt 6

## Forensische Nachsorge

## § 52

*Nachsorgende Hilfen, forensische Ambulanzen*

(1) Nachsorgende Hilfen sollen in enger Zusammenarbeit zwischen der Einrichtung und forensischen Ambulanzen, Einrichtungen und Diensten des Teil 2 dieses Gesetzes sowie der ambulanten Suchthilfe, niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern, psychiatrischen Institutsambulanzen, zuständigen Kostenträgern, der Bewährungshilfe und der Führungsaufsicht rechtzeitig eingeleitet werden, sodass eine weiterhin erforderliche Betreuung der aus der Unterbringung entlassenen Person gesichert ist. Sie dienen auch der Fortsetzung und dem Abschluss von in der Einrichtung im Rahmen der Behandlung begonnenen Maßnahmen.

(2) Die nachsorgenden Hilfen sind auf das Ziel der Stabilisierung erreichter Behandlungsfortschritte, der Eingliederung in die Gemeinschaft und frühzeitiger Erkennung von Krisensituationen auszurichten.

(3) Die Einrichtung hat dem Gericht im Benehmen mit der forensischen Ambulanz bei Bewährungsverfahren geeignete Vorschläge für Weisungen im Rahmen der Führungsaufsicht zu unterbreiten.

## Abschnitt 7

## Datenschutz

## § 53

*Personenbezogene Daten*

(1) Für die Verarbeitung personenbezogener Daten der untergebrachten Person oder Dritter gelten die Vorschriften des Landeskrankenhausgesetzes Baden-Württemberg, des Landesdatenschutzgesetzes und des Bundesdatenschutzgesetzes, soweit nicht in den folgenden Absätzen abweichende oder ergänzende Regelungen getroffen werden.

(2) Personenbezogene Daten der untergebrachten Person und Dritter, insbesondere Angehöriger und gesetzliche Vertretungen, dürfen durch die Maßregelvollzugseinrichtungen, das Sozialministerium, die Strafvollstreckungsbehörden, die Träger der Bewährungshilfe, die forensischen Ambulanzen, die zuständigen Gerichte und andere beteiligte Behörden, wie insbesondere Polizeibehörden und den Strafvollzug, verarbeitet werden, soweit es für die Gewährung von Hilfen, für die ordnungsgemäße Unterbringung und Behandlung, einschließlich der staatlichen Aufsicht, und der Abwehr von Gefahren für die Sicherheit sowie das geordnete Zusammenleben in der

Einrichtung, für Fahndungsmaßnahmen, für die Anschlussvollstreckung im Strafvollzug und für die Wiedereingliederung der Betroffenen nach der Entlassung erforderlich ist.

(3) Im Rahmen des Maßregelvollzugs sind Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen, Gerichte und Behörden befugt, der Einrichtung Strafurteile, staatsanwaltschaftliche Ermittlungssachverhalte, psychiatrische und psychologische Gutachten aus gerichtlichen oder staatsanwaltschaftlichen Verfahren, den Lebenslauf und Angaben über die bisherige Entwicklung sowie Angaben über Krankheiten, Körperschäden und Verhaltensauffälligkeiten der betroffenen Person zu übermitteln, es sei denn, dass Rechtsvorschriften außerhalb der allgemeinen Regelungen über die Berufs- und Amtsverschwiegenheit dies untersagen.

(4) Im Rahmen der vorläufigen Unterbringung nach § 126 a StPO ist einer von einer Justizbehörde oder der Einrichtung beauftragten sachverständigen Person die zur Erfüllung ihres Gutachtauftrags erforderliche Einsicht in die Akten und schriftlichen Aufzeichnungen über die untergebrachte Person zu gewähren.

(5) Für die Auskunft und Akteneinsicht zu wissenschaftlichen Zwecken gilt § 476 StPO entsprechend. Die Vorschrift über das Melderegister in § 10 Absatz 3 bleibt unberührt.

## Abschnitt 8

### Beschwerdemöglichkeiten

#### § 54

##### *Besuchskommissionen und Beschwerdemöglichkeiten*

(1) Die Vorschriften über die Besuchskommissionen in § 27 gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass die in § 27 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und 2 genannten Personen jeweils Erfahrung auf dem Gebiet des Maßregelvollzugs aufweisen müssen und die in § 27 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 genannte Person eine Richterin oder ein Richter einer Strafvollstreckungskammer ist.

(2) Neben den in § 27 Absatz 1 und 5 genannten Beschwerdemöglichkeiten bleiben die Rechtsbehelfe nach § 138 Absatz 3 und den §§ 109 bis 121 des Strafvollzugsgesetzes unberührt.

## Teil 5

## Schlussbestimmungen, Grundrechte

## § 55

*Verwaltungsvorschriften*

Das Sozialministerium erlässt die zur Ausführung dieses Gesetzes erforderlichen Verwaltungsvorschriften.

## § 56

*Einschränkung von Grundrechten*

Durch dieses Gesetz werden die Grundrechte auf informationelle Selbstbestimmung (Artikel 2 Absatz 1 in Verbindung mit Artikel 1 Absatz 1 des Grundgesetzes – GG), körperliche Unversehrtheit und Freiheit der Person (Artikel 2 Absatz 2 GG), Religionsausübungsfreiheit (Artikel 4 Absatz 2 GG), Schutz von Ehe und Familie (Artikel 6 GG), Unverletzlichkeit des Brief-, Post- und Fernmeldegeheimnisses (Artikel 10 GG), Freizügigkeit (Artikel 11 GG), Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 GG) und Eigentum (Artikel 14 GG) eingeschränkt.

## § 57

*Übergangsvorschrift*

Einrichtungen im Sinne von § 14 Absatz 1 Nummer 3, die nach § 2 Absatz 1 Nummer 3 des Unterbringungsgesetzes in der Fassung vom 2. Dezember 1991 (GBl. S. 794) zugelassen wurden, gelten als zugelassen.

## § 58

*Inkrafttreten*

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 2015 in Kraft. Gleichzeitig tritt das Unterbringungsgesetz in der Fassung vom 2. Dezember 1991 (GBl. S. 794), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 2. Juli 2013 (GBl. S. 157), außer Kraft.



## Begründung

### *A. Allgemeiner Teil*

#### I. Zielsetzung

Mit dem vorliegenden Gesetz erhalten Hilfen für psychisch kranke oder behinderte Personen erstmals in Baden-Württemberg eine gesetzliche Grundlage. Die bislang im Unterbringungsgesetz (UBG) in der Fassung vom 2. Dezember 1991 (GBl. S. 794), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 2. Juli 2013 (GBl. S. 157), niedergelegten Regelungen über die öffentlich-rechtliche Unterbringung sowie den Maßregelvollzug werden überarbeitet und ebenfalls in dieses Gesetzeswerk integriert. Das bisherige Unterbringungsgesetz wird aufgehoben.

#### 1. Ausgangslage und Anlass

Psychisch kranke oder aufgrund einer solchen Erkrankung behinderte Personen sind in besonderer Weise auf Hilfestellungen angewiesen. Um eine chancengleiche Gesundheitssicherung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung zu erlangen und gleichzeitig deren gesellschaftliche Teilhabe zu fördern, ist es daher ein wichtiges sozialpolitisches Anliegen, die hierfür notwendigen rechtlichen Rahmenbedingungen verbindlich festzulegen. Nach der Vereinbarung des Koalitionsvertrags für die 15. Legislaturperiode des Landtags von Baden-Württemberg wird die Landesregierung ein Gesetz für psychisch Kranke vorlegen, das erstmals Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch kranke Personen in zusammengeführter Form gesetzlich regelt. Freiheitsentziehende Maßnahmen bei der Durchführung der Unterbringung von psychisch kranken und sucht- oder drogenkranken Straftätern (Maßregelvollzug) sollen eine umfassende gesetzliche Grundlage erhalten. Dies geschieht mit diesem Gesetz.

#### 2. Verfahren

Der Gestaltungsprozess zu diesem Gesetz wurde durch einen vielfältigen, offenen Dialog bereits im Vorfeld des formellen Gesetzgebungsverfahrens eingeleitet. Hierzu hat sich aus dem Landesarbeitskreis (LAK) Psychiatrie heraus eine plural besetzte Arbeitsgruppe „AG Landespsychiatriegesetz“ aus Vertretern der Medizin, Wissenschaft, der kommunalen Ebene und der Leistungsträger, aber auch der Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen, der Bürgerhilfe und der Sozialverbände zusammengefunden, um Eckpunkte als Grundlage für ein solches Gesetz zu erarbeiten. Diese neue Arbeitsweise eines umfassenden Dialogprozesses vor Einleitung des formellen Gesetzgebungsverfahrens trägt nicht zuletzt dem in der Koalitionsvereinbarung vorgesehenen Programm eines strukturierten „Gesundheitsdialogs Baden-Württemberg“ in allen Bereichen des Gesundheitswesens Rechnung. Insgesamt sind rund 100 Personen in einen konstruktiven Erfahrungsaustausch eingetreten.

Zur Gewährleistung einer effektiven Arbeit wurden fünf thematische Unterarbeitsgruppen gebildet:

- Hilfen,
- Versorgungsstrukturen, Koordination von Hilfen,
- Patienten- und Angehörigenrechte,
- Unterbringung,
- Maßregelvollzug.

Nach Verabschiedung durch den LAK Psychiatrie wurde das von den Arbeitsgruppen erarbeitete Eckpunktepapier dem Ministerrat vorgelegt, der das Sozialministerium beauftragt hat, auf dessen Basis einen Gesetzentwurf zu erstellen.

### 3. Erstmalige gesetzliche Regelung von Hilfen

Die gesetzliche Festlegung von Hilfen für psychisch Kranke auf Landesebene bedeutet eine Stärkung der Rechtsstellung psychisch kranker Personen.

Bislang gibt es in Baden-Württemberg keine gesetzlichen Regelungen über Hilfen und Versorgungsstrukturen für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Der Landespsychiatrieplan Baden-Württemberg zeigt zwar geeignete Handlungsrahmen zum Ausbau und zur Weiterentwicklung eines bedarfsgerechten und gemeindenahen Versorgungssystems auf. Er setzt jedoch keine förmlichen Vorgaben. Im Gesetz zur Errichtung der Zentren für Psychiatrie (EZPsychG) vom 3. Juli 1995 (GBl. S. 510), zuletzt geändert durch Artikel 53 der Verordnung vom 25. Januar 2012 (GBl. S. 65, 71), hat zwar die Institution des „Patientenfürsprechers“ als beratendes Mitglied des Aufsichtsrats der Zentren für Psychiatrie (ZfP) einen gesetzlichen Niederschlag gefunden (§ 6 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 4 EZPsychG), über die sonstigen Aufgaben und Hilfeleistungen der Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher existieren bislang jedoch keine Vorschriften von Gesetzesrang. Auch die insbesondere für chronisch psychisch Kranke wesentlichen Grundversorgungsleistungen der sozialpsychiatrischen Dienste sind derzeit nicht verbindlich sichergestellt. Die diesbezügliche Zuschussgewährung des Landes und der Kommunen erfolgt vielmehr auf freiwilliger Basis. Mit dem Gesetz werden nunmehr die Rahmenbedingungen für ein verlässliches, aufeinander abgestimmtes Versorgungssystem verbindlich festgelegt. Durch die Etablierung neuer institutioneller Kontrollmechanismen im Rahmen des vorliegenden Gesetzes werden zudem die Patientenrechte erheblich gestärkt.

### 4. Überarbeitung und Aufnahme des Unterbringungs- und Maßregelvollzugsrechts

Nachdem das Bundesverfassungsgericht mit Beschluss vom 12. Oktober 2011 (Az. 2 BvR 633/11) § 8 Absatz 2 Satz 2 UBG für verfassungswidrig erklärt hat und eine Neufassung dieser Einzelnorm bereits erfolgt ist, wurden auch die übrigen Vorschriften des Unterbringungsgesetzes, das öffentlich-rechtliche Unterbringungs- und das Maßregelvollzugsrecht, überarbeitet und in dieses Gesetz integriert.

Da die Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke im Rahmen der Unterbringung und des Maßregelvollzugs in einem engen inneren Zusammenhang stehen, werden sie innerhalb des vorliegenden Gesetzeswerks zusammengeführt, das bisherige Unterbringungsgesetz wird aufgehoben. Den Besonderheiten des Maßregelvollzugsrechts wird in einem eigenen Gesetzesteil Rechnung getragen.

## II. Inhalt

Das Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz trifft erstmalig verbindliche landesgesetzliche Regelungen über Hilfeleistungen für psychisch Kranke. Entsprechend der Zielsetzung des Gesetzes, die Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung zu gewährleisten und die Rechte psychisch kranker Personen zu stärken, erhalten die wesentlichen Versorgungsstrukturen eine gesetzliche Grundlage.

So werden die Landeszuschüsse zur Förderung der sozialpsychiatrischen Dienste gesetzlich verbindlich sichergestellt. Die sozialpsychiatrischen Dienste haben sich hierbei in Gemeindepsychiatrische Verbände auf Ebene der Stadt- und Land-

kreise einzufügen. Durch die Etablierung neuer institutioneller Einrichtungen erfahren schließlich die Rechte von Patienten als auch deren Angehöriger eine deutliche Aufwertung. Als Anlaufstellen für psychisch Kranke und Angehörige werden flächendeckend auf Ebene der Kreise Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen eingerichtet, die strukturbezogene Fragen und individuelle Beschwerden oder sonstige Eingaben bearbeiten und zudem allgemeine Auskünfte über wohnortnahe Hilfs- und Unterstützungsangebote erteilen. Die Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher werden in diese Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen integriert. Als weitere unabhängige, übergeordnete Kontrollinstanz wird auf Landesebene eine Ombudsstelle eingerichtet, die die Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen insbesondere zu juristischen Fragestellungen berät und ihrerseits gegenüber dem Landtag berichtspflichtig ist. Die Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen haben der Ombudsstelle regelmäßig Bericht zu erstatten.

Auch der Maßregelvollzug bei aufgrund von strafgerichtlichen Entscheidungen nach den §§ 63 und 64 des Strafgesetzbuches (StGB) untergebrachten Straftäter wird nun erstmalig durch spezialgesetzliche Vorschriften geregelt. Die differenzierte Ausgestaltung erfolgt nun im Teil 4 des vorliegenden Gesetzes. Inhalt und Umfang der diesbezüglichen Eingriffsmöglichkeiten in die Rechte der untergebrachten Person sind speziell auf die durch strafgerichtliche Entscheidung angeordnete Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in einer Entziehungsanstalt abgestimmt. Hierdurch wird ein hohes Maß an Rechtssicherheit geschaffen. Die Vorschriften über den Maßregelvollzug stehen nicht isoliert. Sie sind eingebettet in ein Regelwerk, das in seiner Gesamtheit vor allem dem Schutz und der Unterstützung von psychisch Kranken, Behinderten und Suchtstoffabhängigen dient. Somit ist Ziel des Gesetzes neben der Sicherung der Allgemeinheit die Behandlung Kranker und Behinderter, ihre gesundheitliche Rehabilitation und ihre Resozialisierung. Das Gesetz wendet sich bewusst ab vom reinen Verwahrverschluss der untergebrachten Patienten. Die über die Sicherung der Allgemeinheit hinausgehende Aufgabe des Maßregelvollzugs, den Patienten zu behandeln, zu rehabilitieren und zu resozialisieren, wird durch Inhalt und Aufbau der einzelnen Bestimmungen zu unterstreichen und herauszustellen versucht. Der Gesetzentwurf ist bewusst knapp und übersichtlich gestaltet. Er verweist, soweit möglich, auf das Unterbringungsrecht. Er stellt jedoch bewusst auch Unterschiede heraus, soweit solche bestehen, vor allem was dem strafrechtlichen Charakter der Maßnahmen der Besserung und Sicherung geschuldet ist. Trotz allem will er therapeutische Freiräume ermöglichen und Verbote und Gebote auf ein Mindestmaß beschränken. Der Bedeutung der forensischen Nachsorge in den forensischen Ambulanzen trägt er Rechnung.

Auch in den Gesetzesteilen zur Unterbringung und zum Maßregelvollzug werden neue Kontrollmechanismen eingeführt, die dem Schutz der Patientenrechte, aber auch als Instrument der Qualitätssicherung dienen. Hierzu gehören die neu etablierten Besuchskommissionen in psychiatrischen Kliniken sowie die Einrichtung eines zentralen, standardisierten Melderegisters über Unterbringungsmaßnahmen und freiheitsentziehende Zwangsmaßnahmen.

### III. Alternativen

Keine.

### IV. Wesentliche Ergebnisse der Regelungsfolgenabschätzung und Nachhaltigkeitsprüfung

Die Regelungen des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes stärken die Rechte psychisch kranker und behinderter Menschen.

Im Wege der erstmaligen gesetzlichen Festlegung von Hilfen und deren finanzielle Umsetzung, u. a. durch die verbindliche Sicherstellung der Förderung der so-

zialpsychiatrischen Dienste, ist mit einer Verbesserung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sowie der Wiedereingliederung in die Gemeinschaft des betroffenen Personenkreises zu rechnen. Bereits 2012 hat die Landesregierung die Förderung der sozialpsychiatrischen Dienste deutlich erhöht. Zur Förderung der sozialpsychiatrischen Dienste stehen derzeit Landesmittel in Höhe von jährlich insgesamt 4 Mio. Euro im Landeshaushalt zur Verfügung. Voraussetzung für eine Landesförderung in dieser Höhe ist nach dem vorliegenden Gesetz, dass sich die Kommunen innerhalb ihres jeweiligen Zuständigkeitsbereichs mit Mitteln mindestens in Höhe der Landesmittel beteiligen. Für die Träger der sozialpsychiatrischen Dienste wird hierdurch ein planbares Förderniveau gesetzlich festgeschrieben. Dieser finanzielle Förder-Gleichlauf von Land und Kommunen – sog. Komplementärförderung – war schon in der bisherigen Förderpraxis, die auf freiwilliger Basis erfolgte, Voraussetzung für die Bezuschussung der sozialpsychiatrischen Dienste mit Landesmitteln. In Folge der Erhöhung der Landesmittel von zuvor jährlich 2,1 Mio. Euro auf 4 Mio. Euro kann die Festschreibung der kommunalen Komplementärförderung durch dieses Gesetz für manche Kommunen einen Mehraufwand an Förderleistungen bedeuten. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass viele Kommunen bereits in der Vergangenheit die jährliche Förder-summe in Höhe des Komplementärbetrags in Wahrnehmung ihrer Aufgaben der Daseinsvorsorge mindestens abgedeckt haben.

Durch die im Gesetz verankerte zwingende Einfügung des sozialpsychiatrischen Dienstes in einen Gemeindepsychiatrischen Verbund auf der Ebene des Stadt- oder Landkreises als zusätzliche Fördervoraussetzung wird ein Impuls für die weitere Vernetzung der Leistungssysteme und deren regionalen Ausbau gesetzt. Diese gesetzlich begünstigte Verbindung zwischen sozialpsychiatrischem Dienst und Gemeindepsychiatrischem Verbund dürfte sich positiv auf die Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Verzahnung im Gesundheitssystem auswirken.

Es ist zu erwarten, dass durch den Ausbau und die gesetzliche Sicherstellung von Hilfen psychische Erkrankungen in einem noch früheren Stadium erkannt und professionell behandelt werden können. Die Niedrigschwelligkeit und Gemein-denähe der Hilfeangebote spielen hierbei eine wichtige Rolle. In diesem Zusammenhang dienen nunmehr auch die Hilfs- und Unterstützungsangebote der Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen als barrierefreie Anlaufstellen für psychisch Kranke und deren Angehörige.

Durch diese neu zu etablierenden Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen wird die seit 1994 bereits erprobte Institution der Patientenfürsprecherin und des -fürsprechers gestärkt und ausgebaut; sie wird in die Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen integriert. Anfragen und Beschwerden können somit innerhalb eines Gremiums, dem neben einem Vertreter mit professionellem Hintergrund im psychiatrischen Versorgungssystem auch Vertreter der Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen angehören, in einen Austausch überführt und unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Erfahrungshorizonte einer Problemlösung zugeführt werden. Nach wie vor besteht jedoch für die Betroffenen auch die Möglichkeit, ihre Anliegen ausschließlich an die ggf. vertraute Person der Patientenfürsprecherin oder des -fürsprechers heranzutragen. Die Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen unterstützen die betroffenen Menschen sowohl im ambulanten, als auch teilstationären und stationären Bereich. Ihre vermittelnde Tätigkeit zwischen Einrichtungen und Betroffenen trägt zur Qualitätskontrolle und -entwicklung bei. Darüber hinaus erteilen die Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen allgemeine Informationen über die für die möglichst wohnortnahe Versorgung in Betracht kommenden Hilfs- und Unterstützungsangebote. Hierdurch wird ein Beitrag geleistet, die Zugangsschwelle bzw. etwaige Zugangshemmnisse von Menschen mit einer psychischen Erkrankung bei der Wahrnehmung psychiatrischer Hilfestellungen zu verringern. Die Etablierung von Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen kann mit einem finanziellen Mehraufwand für die Kommunen in geringem Umfang verbunden sein. Der konkrete Umfang kann derzeit nicht abgeschätzt werden, da die Kommunen in Anbetracht

ihrer regionalen Besonderheiten teils unterschiedliche Ausgangslagen haben. So sind bereits jetzt in manchen Kommunen sog. „Beiräte“ oder auch Beschwerdestellen geübte Praxis. Diese Strukturen sollen, soweit sie sich bewährt haben und mit den gesetzlichen Vorgaben im Einklang stehen, erhalten bleiben. Die Anknüpfung an vorhandene, im Rahmen der Daseinsvorsorge entwickelte Strukturen wird ausdrücklich gesetzlich befürwortet. Soweit dies möglich ist, dürfte sich daher für die Kommunen der Mehraufwand in Grenzen halten. Soweit erstmalig Patientenfürsprecherin bzw. -fürsprecher und ein Gremium entsprechend der gesetzlichen Regelung im Wege des Ehrenamts etabliert werden, ist mit Mehrkosten im Rahmen der ehrenamtlichen Entschädigungsregelungen zu rechnen.

Eine weitere Neuerung ist die Ombudsstelle auf Landesebene. Diese trägt zum einen zur Qualitätssicherung bei, indem sie die Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen bei komplexeren Sachverhalten berät. Zum anderen wird durch das im Verantwortungsbereich der Ombudsstelle angesiedelte landesweite, zentrale Melderegister, in dem Unterbringungsmaßnahmen und freiheitsentziehende Zwangsmaßnahmen innerhalb anerkannter Unterbringungseinrichtungen zu erfassen sind, ein hohes Transparenzniveau zur Qualitätskontrolle geschaffen. Über die Tätigkeit ist dem Landtag einmal in der Legislaturperiode Bericht zu erstatten; hierdurch wird eine angemessene Öffentlichkeitsbeteiligung sichergestellt. Um die notwendige juristische Kompetenz zu gewährleisten, wird die Ombudsstelle mit einer Person mit der Befähigung zum Richteramt besetzt. Die hierdurch entstehenden Kosten fallen dem Land zur Last.

In den besonders grundrechtssensiblen Bereichen der öffentlich-rechtlichen und strafrechtlichen Unterbringung in einer stationären Einrichtung wird mit den Besuchskommissionen ein weiteres Kontrollgremium eingerichtet. Das Gremium aus professionellen Mitgliedern, Vertretern der Informations-, Beratungs-, und Beschwerdestellen, der Angehörigen sowie der Psychiatrie-Erfahrenen hat die Aufgabe, die allgemeinen Verhältnisse und die Qualität – wie z. B. Verpflegung, Kleidung und Hygiene – in den Einrichtungen zu überprüfen und den Patienten die Möglichkeit zu geben, ihre individuellen Anliegen vorzutragen. Auch durch diese Institution ist zukünftig mit einem noch höheren Maß an Transparenz in stationären Unterbringungseinrichtungen zu rechnen. Die Zusammenfassung der Ergebnisse dieser Besuche fließt in den Bericht der Ombudsstelle an den Landtag ein und unterliegt hierdurch zudem der Öffentlichkeitskontrolle. Die Besuchskommissionen setzen sich in der Regel aus sieben ehrenamtlichen Mitgliedern zusammen, die durch das Sozialministerium zu berufen sind. Die Kosten für die Tätigkeit der Kommissionsmitglieder in Höhe der Entschädigung von ehrenamtlichen Richterinnen und Richtern sind aus Landesmitteln zu finanzieren.

Durch die Einführung dieser aufeinander abgestimmten Instrumente der Qualitätssicherung und Kontrolle werden die Rechte psychisch kranker Menschen nachhaltig gestärkt. Auch die Überarbeitung der bislang im Unterbringungsgesetz verankerten Regelungen des Unterbringungs- und Maßregelvollzugsrechts am Maßstab aktueller verfassungsrechtlicher Entwicklungen wird sich positiv in diesem mit einschneidenden Grundrechtseingriffen konfrontierten Gebiet des Gesundheitssystems auswirken. Den Besonderheiten im Bereich des Maßregelvollzugs wurde in einem eigenen Gesetzesteil Rechnung getragen, wobei auch hier der Resozialisierungs- und Therapiegedanke im Vordergrund steht. Insgesamt wird ein zentraler Beitrag zur Fortentwicklung einer chancengleichen Beteiligung psychisch kranker und behinderter Personen an der Gesundheitssicherung geleistet.

## V. Kosten für öffentliche Haushalte

### 1. Kosten für das Land

#### 1.1. Geschäftsbereich des Sozialministeriums

Die bereits in den vergangenen Jahren auf freiwilliger Basis geleistete Landesförderung der sozialpsychiatrischen Dienste wird nun gesetzlich verankert. Es entstehen hierdurch also keine zusätzlichen Kosten.

Kosten entstehen jedoch im Rahmen der Einrichtung einer Ombudsstelle auf Landesebene; es ist mit einem zusätzlichen Kostenaufwand in Höhe einer Vollzeitkraft des höheren Dienstes sowie einer halben Vollzeitkraft des mittleren Dienstes zu rechnen.

Die vom Sozialministerium zu berufenden Besuchskommissionen sind ebenfalls aus Landesmitteln zu finanzieren. Die Mitglieder der Besuchskommissionen erhalten im Rahmen ihrer ehrenamtlichen Aufgabenwahrnehmung Entschädigung entsprechend der Vorschriften über die Entschädigung von ehrenamtlichen Richterinnen und Richtern des Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetzes (JVEG). Die Entschädigung beinhaltet Fahrtkostenersatz (§ 5 JVEG), Entschädigung für Aufwand (§ 6 JVEG), Ersatz für sonstige Aufwendungen (§ 7 JVEG), Entschädigung für Zeitversäumnis (§ 16 JVEG), Entschädigung für Nachteile bei der Haushaltsführung (§ 17 JVEG) sowie Entschädigung für Verdienstaussfall (§ 18 JVEG). Bei einer Anzahl von derzeit 34 anerkannten Einrichtungen in Baden-Württemberg und einer regelmäßigen Besetzung der Besuchskommissionen mit sechs Personen sind für 238 Einsätze (34 Einrichtungen x 7 Personen) je Besuchsrunde Entschädigungszahlungen zu leisten. Die Besuchsrunden erfolgen im Abstand von drei Jahren.

Auf der Grundlage derzeit ausschließlich möglicher Schätzungen ist davon auszugehen, dass die im Geschäftsbereich des Sozialministeriums entstehenden Kosten für das Land mit den zur Umsetzung dieses Gesetzes ab Inkrafttreten am 1. Januar 2015 in der Mittelfristigen Finanzplanung 2013 bis 2017 bei Kapitel 0930 Titelgruppe 80 vorgesehenen Mitteln in Höhe von 1 Mio. Euro abgedeckt werden können.

#### 1.2. Geschäftsbereich des Justizministeriums

Aufgrund der Verkürzung der Maximalfrist zur Absendung des Antrags auf Anordnung der Unterbringung gemäß § 16 Absatz 4 (ehemals § 4 Absatz 4 UBG) ist mit einer Zunahme von Unterbringungsverfahren zu rechnen. Ein daraus resultierender Personalmehrbedarf lässt sich im Vorfeld nicht valide quantifizieren. Ein Mehraufwand bei den Gerichten wird deshalb vom Justizministerium im Lichte der praktischen Erfahrungen mit der Neuregelung erhoben, nach PEBB§Y berechnet und im Rahmen der Haushaltsaufstellung angemeldet werden.

### 2. Kosten für die Kommunen

Da die Förderung der sozialpsychiatrischen Dienste durch Landesmittel eine komplementäre kommunale Förderung voraussetzt, könnte die diesbezügliche gesetzliche Sicherstellung bei gleichzeitiger Erhöhung des Landeszuschusses auch einen Mehraufwand für einzelne Kommunen bedeuten. Ein Großteil der Stadt- und Landkreise leistet jedoch bereits zum jetzigen Zeitpunkt im Rahmen der Daseinsvorsorgeverpflichtung Zuschüsse zugunsten der sozialpsychiatrischen Dienste mindestens in Höhe des Landesförderbetrags.

Die Etablierung von Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen ist voraussichtlich mit Kosten für die Stadt- und Landkreise verbunden. Da die Ausgangsla-

gen in den Kreisen regional bedingt sehr unterschiedlich sein dürften, ist eine konkrete Kostenschätzung nicht möglich. Zum Teil wird an schon existierende Beschwerdestellen oder „Beiräte“ angeknüpft werden können; hier ist mit allenfalls geringen Mehrkosten zu rechnen. Da die Patientenfürsprecherin beziehungsweise der -fürsprecher in die Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle zu integrieren und in zahlreichen Kreisen dieses Institut seit Jahren fester Bestandteil der kommunalen Psychiatrieplanung ist, können diesbezügliche Synergien genutzt werden. Soweit neue Mitglieder für die Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen gewonnen werden müssen, sind Mehrkosten in Höhe der Entschädigungen aufgrund der einschlägigen Regelungen der Landkreisordnung oder der Gemeindeordnung einzuplanen.

Eine die Stadt- und Landkreise betreffende gesetzliche Pflichtaufgabe, die einen Anspruch nach dem sog. Konnexitätsprinzip auslösen könnte, wird lediglich im Bereich der Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen nach § 9 formuliert. Die Stadt- und Landkreise bestellen unabhängige Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher. Diese sind Mitglieder eines unabhängigen Gremiums, das sich mindestens aus einer Vertretung der Psychiatrie-Erfahrenen, der Angehörigen sowie einer Person mit professionellem Hintergrund im psychiatrischen Versorgungssystem zusammensetzen soll.

In über der Hälfte der Stadt- und Landkreise hat sich bereits seit Jahren die Institution der Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher bewährt. In manchen Kreisen wurden sogar bereits Beschwerdestellen mit bis zu drei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern etabliert.

Zu einem großen Teil können also die Stadt- und Landkreise an die bestehenden Strukturen anknüpfen; in manchen Kreisen dürften die bestehenden Strukturen evtl. sogar zu übernehmen sein.

Da die Verhältnisse in den Stadt- und Landkreisen jedoch sehr unterschiedlich sind, ist eine Ermittlung der konkreten Mehrkosten je Stadt und Gemeinde nicht möglich oder jedenfalls mit einem unverhältnismäßigen Aufwand verbunden. Diese Problematik hat der Landesgesetzgeber erkannt und in § 3 Absatz 10 des Konnexitätsausführungsgesetzes (KonnexAG) geregelt, dass von einer Kostenfolgenabschätzung nach den Absätzen 3 bis 9 des § 3 KonnexAG abgewichen werden kann, wenn der Aufwand zur Ermittlung der Kosten und der Entlastungen sowie der Einnahmen unverhältnismäßig wäre. Es können dann auch pauschale Prognosen und Schätzungen vorgenommen werden.

Von dieser Möglichkeit hat das Sozialministerium Gebrauch gemacht. Das Unterschreiten der sog. Bagatellgrenze des § 3 Absatz 11 KonnexAG ergibt sich aus folgenden Gründen:

Das Gesetz fordert die Etablierung von Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen, wobei kreisüberschreitende Kooperationen möglich sind. Bei 44 Stadt- und Landkreisen, die teils Kooperationen eingehen, wird der Schätzung eine Gesamtzahl von landesweit 30 Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen zugrunde gelegt. Bei einer Besetzung der Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen mit je drei Personen, die ehrenamtlich zu entschädigen sind, und einer geschätzten monatlichen Entschädigung in Höhe von 500 Euro pro Person entstehen landesweit jährliche Gesamtkosten in Höhe von 540.000 Euro (500 € x 3 Personen x 30 Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen x 12 Monate). Das bedeutet umgerechnet eine durchschnittliche Mehrbelastung je Einwohner im Sinne des § 3 Absatz 11 KonnexAG von rund 0,05 Euro (0,54 Mio. € ÷ 10,5 Mio. Landes-Einwohner). Eine konkrete Zuteilung der jeweiligen Mehrbelastung auf den einzelnen Stadt- oder Landkreis ist – wie gezeigt – nicht möglich. Da jedoch die durchschnittliche Mehrbelastung landesweit gerade einmal bei der Hälfte des nach § 3 Absatz 11 KonnexAG gesetzlich vorgesehenen Wertes liegt (0,10 €), besteht noch ein erheblicher Spielraum, in dessen Rahmen den unterschiedlichen Voraussetzungen in den Stadt- und Landkreisen ggf. Rechnung getragen werden kann.

Da gemäß dieser Aufstellung die „Bagatellgrenze“ des § 3 Absatz 11 offensichtlich nicht überschritten wird, ist die Einleitung eines Konsultationsverfahrens nach § 2 KonnexAG nicht erforderlich.

Dennoch hat das Sozialministerium während des gesamten bisherigen Gesetzgebungsprozesses die kommunalen Landesverbände (Landkreis-, Städte-, Gemeindetag) neben den anderen Partnern sehr eng in den Gestaltungsprozess mit einbezogen. Das Eckpunktepapier, auf dessen Grundlage der Referentenentwurf erstellt wurde, wurde unter Beteiligung der kommunalen Landesverbände und der weiteren Beteiligten des psychiatrischen Versorgungssystems – in fünf thematischen Unterarbeitsgruppen – erarbeitet und verabschiedet (vgl. auch hierzu oben, I. 2. Verfahren). Diese Einbeziehung in den Gestaltungsprozess geht also weit über die formelle Anhörung und auch über ein „Konsultationsverfahren“ hinaus. Ferner wurde auch nach der Verabschiedung des Eckpunktepapiers ein weiteres Gespräch mit den kommunalen Landesverbänden geführt, im Rahmen dessen insbesondere die Etablierung von Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen thematisiert wurde. Die ehrenamtliche Besetzung dieser Stellen wurde von den Kommunen ausdrücklich befürwortet.

### 3. Bürokratiekosten

Wesentliche Mehraufwendungen in Hinblick auf die Bürokratiekosten der Verwaltungen sind durch das Gesetz nicht zu erwarten.

In Bezug auf die Umsetzung der nach § 6 verbindlich geregelten Landesförderung der sozialpsychiatrischen Dienste kann vollumfänglich auf die bisherige Förderpraxis zurückgegriffen werden. Die verwaltungstechnische Abwicklung der bislang freiwilligen Förderung ist schon jetzt Inhalt der Verwaltungsvorschrift des Sozialministeriums für die Förderung von sozialpsychiatrischen Diensten vom 30. November 2006 (GABl. S. 706) in der Fassung vom 12. Februar 2013 (GABl. S. 176). Neue diesbezügliche Sach- oder Personalkosten werden durch das vorliegende Gesetz nicht hervorgerufen.

Auch die verwaltungstechnische Abwicklung der Besuchskommissionen kann im Rahmen der bestehenden Verwaltungsstrukturen erfolgen. Das Sozialministerium beruft die Mitglieder der Besuchskommissionen nach Möglichkeit auf Vorschlag des Landesarbeitskreises Psychiatrie (§ 27 Absatz 1 Satz 1 i. V. m. Absatz 2 Satz 3). Dieses Gremium tagt schon jetzt mindestens einmal jährlich in einer regelmäßigen Sitzung zu psychiatriepolitischen Versorgungsfragen. Die Berufung der Kommissionsmitglieder kann mithin im Rahmen dieser Sitzungen erfolgen. Zusätzliche Sach- und Personalkosten entstehen hierbei nicht. Auch die Auszahlung der ehrenamtlichen Entschädigungen für die Kommissionsmitglieder ist – in Anbetracht des Drei-Jahres-Turnus – mit keinem ins Gewicht fallenden Verwaltungsmehraufwand verbunden.

In Bezug auf die Einrichtung von Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen auf Ebene der Stadt- und Landkreise ist auf die obigen Kostenausführungen zu verweisen. Die Voraussetzungen in den Kreisen sind – wie gezeigt – aufgrund der regionalen Besonderheiten unterschiedlich. In vielen Stadt- und Landkreisen besteht aber schon jetzt die Institution der Patientenfürsprecherin und des -fürsprechers oder sind sogar Beiräte etabliert, die im Wege des Ehrenamts entschädigt werden. Auch hier ist also im Wesentlichen an bestehende Verwaltungsabläufe anzuknüpfen.

### VI. Kosten für Sonstige/Privatwirtschaft

Die gesetzliche Festschreibung einer unmittelbaren, persönlichen und in der Regel ständigen Begleitung der untergebrachten Person im Rahmen von Fixierungsmaßnahmen (§ 25 Absatz 3 Satz 4) ist voraussichtlich mit personellen Mehrkosten in anerkannten Einrichtungen verbunden.



## VII. Wesentliches Ergebnis der Anhörung

Das Sozialministerium hat nach Freigabe durch den Ministerrat am 1. April 2014 den Gesetzentwurf in die Anhörung gegeben. Im Rahmen des Anhörungsverfahrens haben sich geäußert:

- Städtetag
- Landkreistag
- Regierungspräsidium Karlsruhe
- Regierungspräsidium Stuttgart
- Regierungspräsidium Tübingen
- Landesbeauftragter für Datenschutz (LfD)
- Zentrum für Psychiatrie (ZfP) Emmendingen
- ZfP Reichenau
- ZfP Südwürttemberg
- ZfP Weinsberg
- ZfP Wiesloch
- Universitätsklinikum Heidelberg
- Universitätsklinikum Tübingen
- Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI)
- Klinikum Heidenheim
- Hochschule für Polizei Baden-Württemberg
- Landesärztekammer Baden-Württemberg
- Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg
- AOK Baden-Württemberg
- Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
- Ärzterverband öffentlicher Gesundheitsdienst Baden-Württemberg e. V.
- Arbeitskreis der Patientenfürsprecher und Beschwerdestellen in Baden-Württemberg
- Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft (BWKG) e. V.
- Betreuungsgerichtstag e. V.
- Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP)
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e. V.
- Diakonie Württemberg
- Hilfsverein für seelische Gesundheit
- Landesverband Baden-Württemberg der Angehörigen psychisch Kranker e. V.
- Landesverband der Klinikpsychologen und -psychotherapeuten Baden-Württemberg
- Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg (LVPEBW) e. V.
- Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e. V.
- Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (Ver.di), Landesbezirk Baden-Württemberg
- Verein Baden-Württembergischer Krankenhauspsychiater e. V.

Des Weiteren wurde der Gesetzentwurf parallel zum formellen Anhörungsverfahren auf die Internetseite des „Beteiligungsportals Baden-Württemberg“ eingestellt mit der Möglichkeit zur Kommentierung für die Bürgerinnen und Bürger.

In den Stellungnahmen wird überwiegend positiv hervorgehoben, dass durch die Zusammenführung von Hilfen und Schutzmaßnahmen der Unterbringung sowie der speziellen Regelungen des Maßregelvollzugs in einem Gesetzeswerk die wesentlichen Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte Versorgung psychisch kranker Menschen geschaffen, somit die Rechte der betroffenen Personen gestärkt, aber auch für die mit deren Versorgung und Behandlung befassten Einrichtungen ein rechtssicherer Handlungsrahmen geschaffen werde. Das Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz sei als großer Fortschritt anzusehen, um Betroffenen eine würdevolle, qualitativ hochwertige sowie bedarfsgerechte Behandlung und Versorgung anzubieten. Besondere positive Erwähnung in den Stellungnahmen findet das dem formellen Gesetzgebungsverfahren vorgeschaltete umfassende Beteiligungsverfahren, im Rahmen dessen rund 100 Personen – darunter Vertreter der Medizin, Wissenschaft, der kommunalen Ebene und der Leistungsträger, aber auch der Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen, der Bürgerhilfe und der Sozialverbände – ein Eckpunktepapier als Basis des Gesetzentwurfs erarbeitet haben. Auch die spezialgesetzliche Neuregelung des Maßregelvollzugsrechts wird in den hierzu eingegangenen Rückmeldungen einheitlich begrüßt. Darüber hinaus werden im Wesentlichen folgende Anregungen und Kritikpunkte vorgebracht:

#### 1. Hilfen

In Bezug auf die Regelungen, die die Hilfen für psychisch kranke Menschen betreffen, wünschen sich die Beteiligten des Anhörungsverfahrens zum Teil ein höheres Maß an Verbindlichkeit. So würden zwar beispielsweise erstmals die Rahmenbedingungen der Gemeindepsychiatrischen Verbände gesetzlich fixiert, eine zwingende Regelung im Sinne einer diesbezüglichen Verpflichtung für die Stadt- und Landkreise werde jedoch nicht getroffen. Auch die Koordination der Hilfeangebote des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes sei besser verbindlich den Stadt- und Landkreisen aufzuerlegen. Der Gesetzgeber hat jedoch bewusst in diesem Bereich von verpflichtenden Regelungen abgesehen. Es handelt sich hierbei um einen Kernbereich der kommunalen Daseinsvorsorge. Die Ausgestaltung im Einzelnen ist daher nicht zuletzt von den jeweiligen regionalen Besonderheiten abhängig und wird im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung sachgerecht umgesetzt. Gerade im Bereich der Gemeindepsychiatrischen Verbände haben bereits zahlreiche Stadt- und Landkreise in den vergangenen Jahren auf der Grundlage der Daseinsvorsorgeverpflichtung selbstständig Strukturen etabliert. Diese Strukturen gilt es nun durch die Festlegung von gesetzlichen Rahmenbedingungen zu stärken, was im Wege des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes erfolgt. Eine zwingende Regelung hingegen würde letztlich gerade diejenigen Kreise begünstigen, die in den vergangenen Jahren noch nicht in der dargestellten Weise tätig waren. Zudem würde die Finanzverantwortung einer an sich originären kommunalen Aufgabe ungerechtfertigter Weise auf das Land übertragen.

Des Weiteren wird in den Stellungnahmen teilweise beanstandet, dass das Gesetz dem Präventionsgedanken nicht ausreichend gerecht werde. Dieser Hinweis wurde vom Sozialministerium aufgenommen und in einem neuen Absatz 5 des § 3 der Stellenwert der Prävention explizit betont.

Eine Vielzahl der Anhörungsrückmeldungen setzt sich auch mit der Vorschrift des § 6 über die sozialpsychiatrischen Dienste auseinander. Schwerpunkt bildet hier der Wunsch nach einer möglichst umfassenden Absicherung der Fördermittel des Landes und der Stadt- und Landkreise. So werde z. B. bislang keine Aussage über die „Mindest-Förderhöhe“ aus Landesmitteln getroffen. Ferner wird moniert, dass eine Förderung mit Landesmitteln zwingend voraussetze, dass sich der Stadt- und Landkreis im Einzugsbereich des jeweiligen sozialpsychiatrischen Dienstes

mit Mitteln mindestens in Höhe des Landeszuschusses beteiligt. Die Förderung der sozialpsychiatrischen Dienste wird durch § 6 Absatz 4 nun erstmals gesetzlich verankert. Die Höhe der Förderung bleibt abhängig von den haushaltsrechtlichen Rahmenbedingungen, insbesondere den Festlegungen im jeweiligen Staatshaushaltsplan. Was die Kritik am Gleichlauf der kommunalen und Landes-Förderung angeht, bleibt es bei der bisherigen Regelung. Die Komplementärförderung von Land und Kommunen ist einer der wesentlichen Grundsätze im Rahmen der Förderung der sozialpsychiatrischen Dienste, der sich in der Vergangenheit auch bewährt hat. Nur hierdurch kann ein einseitiger Rückzug der Stadt- und Landkreise aus der Förderung und somit ein planbares Förderniveau für die Träger der sozialpsychiatrischen Dienste sichergestellt werden. Beanstandet im Zusammenhang der Regelungen über die Förderung der sozialpsychiatrischen Dienste wurde darüber hinaus die Formulierung des letzten Satzes des § 6 Absatz 4, wonach der Träger die nicht durch Zuschüsse abgedeckten Ausgaben zu finanzieren hat. Auch diesbezüglich wird aber ein Grundsatz gesetzlich niedergelegt, der den bisherigen, in einer Verwaltungsvorschrift verankerten Fördermaßgaben entspricht; es wird also keine Neuregelung geschaffen. Denn bei der Förderung der sozialpsychiatrischen Dienste handelt es sich um eine Zuschussförderung, weshalb sicherzustellen ist, dass die Gesamtfinanzierung gewährleistet ist. Ausgaben, die daher nicht durch die Zuschüsse des Landes oder der Kreise abgedeckt werden, müssen durch Einnahmen oder eigene Mittel der Träger gedeckt werden. Schließlich wurden im Rahmen des § 6 die Vorschläge der Beteiligten des Anhörungsverfahrens, die den Wunsch betreffen, in den nicht abschließenden Katalog möglicher Kooperationspartner der sozialpsychiatrischen Dienste (§ 6 Absatz 2 Satz 2) weitere Partner aufzunehmen, weitgehend übernommen. Neben den Hausärztinnen und -ärzten, Nervenärztinnen und -ärzten, Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie werden hier nun auch die Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin, die ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie die ambulanten Pflegedienste ausdrücklich benannt.

Ein weiterer zentraler Punkt der Rückmeldungen bildet die Auseinandersetzung mit der ehrenamtlichen Besetzung und der entsprechenden ehrenamtlichen Entschädigung der Mitglieder der Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen nach § 9. Zum Teil wird in Frage gestellt, ob eine Entschädigung nach den Grundsätzen des Ehrenamts einen ausreichenden Anreiz darstelle, genügend qualifizierte Mitarbeiter zu gewinnen, weshalb eine Hauptamtlichkeit anzustreben sei. Seitens des unmittelbar von der Vorschrift betroffenen „Arbeitskreises der Patientenfürsprecher und Beschwerdestellen in Baden-Württemberg“ wird hingegen der in § 9 Absatz 2 Satz 7 geregelte Verweis auf die Gemeinde- und Landkreisordnung und die dort verankerten Vorschriften zur ehrenamtlichen Entschädigung – unter Hinweis auf die vermutete Ausweitung der Arbeits- und Aufwandsbelastung – insgesamt positiv bewertet. In Anbetracht der verbindlichen, flächendeckenden Etablierung von Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen in Baden-Württemberg durch das neue Gesetz sind jedoch neben der Frage, ob bzw. inwieweit sich die ehren- und hauptamtliche Ausgestaltung der Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle tatsächlich unterscheiden, auch finanzielle Aspekte zu berücksichtigen. Besteht der Anspruch, wie im Eckpunktepapier zum Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz festgehalten, flächendeckend im Land Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen einzurichten und somit die Rechte der betroffenen Menschen zu stärken, so ist dies in Zeiten der stetigen Haushaltskonsolidierung ausschließlich über die ehrenamtliche Besetzung möglich. Hinzu kommt, dass die Erfahrungen mit einer ehrenamtlichen Besetzung von Patientenfürsprecherinnen und -fürsprechern aufgrund deren kompetenten Engagements für die Belange psychisch kranker Menschen in der Vergangenheit positiv waren.

Vereinzelt wird schließlich die gesetzliche Fixierung eines Krisen- und Notfalldiensts gefordert. Bereits in der „AG Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz“ wurde die

Aufnahme eines solchen Krisen- und Notfalldiensts im Gesetz diskutiert. Letztendlich hat sich aber die AG darauf geeinigt, zwar in das Eckpunktepapier einen diesbezüglichen Entwicklungs-Auftrag aufzunehmen, eine gesetzliche Verankerung wurde jedoch nicht beschlossen. Auch aus fachlicher Sicht dürfte eine untergesetzliche Auseinandersetzung mit dieser vielschichtigen Thematik sinnvoller sein. In Betracht kommt z. B. eine intensivere diesbezügliche Befassung im Zuge der Überarbeitung des Landespsychiatrieplans, in dem bereits in der Fassung aus dem Jahr 2000 Ansätze einer „Krisen- und Notfallintervention“ festgehalten sind. Um dem „Auftrag“ der „AG Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz“ jedoch Nachdruck zu verleihen, wurde ein diesbezüglicher Hinweis in die Gesetzesbegründung zu § 7 aufgenommen.

## 2. Unterbringung

Im Bereich der Unterbringung bildet ein Schwerpunkt der Stellungnahmen die Auseinandersetzung mit der in § 16 Absatz 4 überarbeiteten Fristenregelung der sog. Fürsorglichen Aufnahme und Zurückhaltung. Zum Teil wird die Kürzung der Frist um einen Tag nach § 16 Absatz 4 Satz 1 für nicht ausreichend erachtet. Überwiegend werden jedoch vor dem Hintergrund des erheblichen Eingriffs in die Grundrechte der untergebrachten Person Bedenken in Hinblick auf die Sonderregelung an Freitagen nach Satz 2 des § 16 Absatz 4 geäußert. Die Verfassungsmäßigkeit der Vorschrift des § 16 Absatz 4 Sätze 1 und 2 wurde vom Justizministerium besonders geprüft und bestätigt. Sie dient den in der Gesetzesbegründung ausgeführten Qualitätsaspekten.

Ein weiterer Punkt, der verschiedentlich in den Stellungnahmen vorgetragen wird, betrifft die Anregung, die Aufhebung einer besonderen Sicherungsmaßnahme nach § 25 Absatz 3 Satz 2 nicht ausschließlich den Ärztinnen und Ärzten der anerkannten Einrichtung zuzuschreiben, sondern die Möglichkeit einzuräumen, hierzu auch qualifizierte Pflegepersonen heranzuziehen. Dieser Vorschlag wurde übernommen. Nicht zuletzt unter Berücksichtigung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes sollte die zeitliche Dimension einer besonderen Sicherungsmaßnahme auf das Mindestmaß beschränkt sein. Hinzu kommt, dass qualifiziertes Pflegepersonal, das die untergebrachte Person während der gesamten Sicherungsmaßnahme unmittelbar begleitet, auch aus fachlicher Sicht zu einer Entscheidung über die Aufhebung einer Sicherungsmaßnahme in der Lage ist. Gerade außerhalb der regulären Dienstzeit kann dies für die untergebrachte Person die positive Folge der Verkürzung der Sicherungsmaßnahme haben. Wesentlich ist jedoch, dass die Gesamtverantwortung und Kontrolle während der gesamten Sicherungsmaßnahme bei der zuständigen Ärztin oder dem zuständigen Arzt liegt, was durch § 25 Absatz 3 Satz 5 sichergestellt ist.

Zum Teil wird des Weiteren die Vorgabe des § 25 Absatz 3 Satz 4 zu streng erachtet, wonach bei Fixierungen eine ständige, unmittelbare und persönliche Begleitung im Wege des Sicht- und Sprechkontakts sicherzustellen ist. Insbesondere in gerontopsychiatrischen Kliniken werde das Fachpersonal – so die Ausführungen in diesen Stellungnahmen – hierdurch vor kaum lösbare Aufgaben gestellt, wenn nicht die Behandlungsqualität eine massive Verschlechterung erfahren solle. Wenngleich langfristig angewendete freiheitsentziehende Maßnahmen zu erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Verletzungen führen könnten, so könne jedoch auch die Fixierung bei einer unmittelbar zu Stürzen neigenden Person dazu dienen, erhebliche Verletzungen zu vermeiden. Des Weiteren werde auch im somatischen Bereich, z. B. nach einer Operation (postoperatives Delir), fixiert, jedoch würden dort keine derart strengen Voraussetzungen geschaffen. Es sei daher hinsichtlich der Betreuungsintensität zu wünschen, dass zumindest im gerontopsychiatrischen Bereich ein indikationsbezogener (Sturzgefährdung, Infusionspflichtigkeit) Ermessensspielraum für die Intensität der Betreuung gelassen werde, der eine Betreuungsintensität zulasse, die mit der Betreuung auf Intensivstationen in der somatischen Medizin bei dort ebenfalls nicht sel-

ten durchgeführte Fixierungen vergleichbar sei. Die Regelung sei jedenfalls mit einem personellen Mehraufwand verbunden. Ein diesbezüglicher Hinweis im Gesetz sei daher dringend wünschenswert. Diesen vorgebrachten Kritikpunkten wurde im Gesetz wie folgt Rechnung getragen: Zwar nimmt der gerontopsychiatrische Bereich hinsichtlich der Notwendigkeit, ggf. verletzungsgefährdende Stürze zu unterbinden, eine gewisse Sonderstellung in der Psychiatrie ein. Der Gesetzgeber ist jedoch dazu verpflichtet, auch im Bereich der psychiatrischen Versorgung älterer Menschen den Eingriff in die Patientenrechte durch Fixierung auf das unbedingt erforderliche Maß zu beschränken, um keine „Zwei-Klassen-Medizin“ zu etablieren. Richtig ist, dass eine Fixierung, die lediglich dazu dient, etwa bei Menschen mit Demenz Stürze mit erheblichem Verletzungspotenzial (insbesondere bei einer gebrechlichen, alten Person) zu vermeiden oder das selbstständige Ziehen einer notwendigen Infusion zu verhindern, im Einzelfall eine andere Eingriffsintensität haben kann, als eine Fixierung bei einer Person, die sich z. B. in einem Zustand akuter psychotischer Dekompensation befindet. Der Grundsatz der ständigen, unmittelbaren und persönlichen Begleitung sollte im Ergebnis allerdings für alle Psychiatriebereiche (auch die Gerontopsychiatrie) gleichsam gelten. Durch die Formulierung des Tatbestandsmerkmals „ständige“ als Regelatbestand wurde dem behandelnden Arzt jedoch für besondere Fallkonstellationen betreffend die Eingriffsintensität der Fixierungsmaßnahme im Einzelfall ein Entscheidungsspielraum eingeräumt. Befindet sich beispielsweise eine Person in einem zwar verwirrten, jedoch insgesamt eher stabilen seelischen Zustand und soll die Fixierung eine lediglich sturzprophylaktische oder infusionssichernde Funktion erfüllen, kann im Einzelfall anstatt einer „ständigen“, eine engmaschige Begleitung ausreichend sein. Eine „unmittelbare“ und „persönliche Begleitung“ ist in jedem Falle zwingend, sodass weder eine „Überwachung“ im Wege der Ton- oder Videoaufnahme erfolgen darf, noch Fixierungen in „Fixierungssälen“ möglich sind. Was die mit der gesetzlichen Festschreibung einer unmittelbaren, persönlichen und in der Regel ständigen Begleitung der untergebrachten Person im Rahmen von Fixierungsmaßnahmen (§ 25 Absatz 3 Satz 4) voraussichtlich verbundenen personellen Mehrkosten in anerkannten Einrichtungen angeht, wurde ein entsprechender Hinweis in den allgemeinen Teil der Gesetzesbegründung aufgenommen.

Verschiedene Verbände, Organisationen und Einrichtungen bringen schließlich den Vorschlag ein, in die Besuchskommissionen eine Vertretung aus dem Bereich der Pflege aufzunehmen. Auch in das „Beteiligungsportal Baden-Württemberg“ wurde eine entsprechende Anregung eingestellt. Dieser Vorschlag wurde ins Gesetz aufgenommen. Bei der Pflege handelt es sich um die größte Berufsgruppe in den anerkannten Einrichtungen. Sie steht in unmittelbarem Kontakt mit der untergebrachten Person. Darüber hinaus entspricht dieser Gleichlauf von ärztlicher und pflegerischer Vertretung auch der „dualen Führungsstruktur“, wonach in baden-württembergischen anerkannten Einrichtungen in der Regel neben der ärztlichen Leitung die Pflegedienstleitung als gleichrangigen Partner vorgesehen ist.

### 3. Maßregelvollzug

In den Stellungnahmen zum Maßregelvollzug wird die normative Festlegung der Rehabilitierungsorientierung und der möglichst kurzen Behandlung positiv bewertet (§ 33). Das letztgenannte Ziel hat Baden-Württemberg als einziges Bundesland aufgenommen, um die bundesweit – wenn auch nicht in Baden-Württemberg – dramatisch ansteigende Verweildauer der Maßregelvollzugspatienten bereits in ihrem Ansatz her zu minimieren. Konkrete Einzelheiten müssen hier jedoch dem Bundesgesetzgeber bei der gerichtlichen Festsetzung der Dauer und Überprüfung der Maßregel (§§ 63 und 64 StGB) vorbehalten bleiben.

Ausdrücklich befürwortet wird auch die Festschreibung der verbindlichen Behandlungsplanung in einem für jede untergebrachte Person festzulegenden Behandlungs- oder Therapieplan (§ 38). Auf verschiedentliche Anregung wurde die Behandlung in § 38 Absatz 2 um die „pflegerischen Maßnahmen“ ergänzt.

Ein weiterer Vorschlag betrifft die Schaffung einer selbstständigen Regelung zur Kostenbeteiligung der Patienten im Stadium der Lockerung. Die Möglichkeit einer solchen Beteiligung ist jedoch in ausreichendem Maße durch den Unterbringungskostenbeitrag (§ 48) und die Regelung über medizinische Leistungen (§ 44 i. V. m. § 33 Buch 3 des Justizvollzugsgesetzes) gewährleistet.

#### 4. Stellungnahme des Landesbeauftragten für Datenschutz

Die Empfehlungen des Landesbeauftragten für Datenschutz wurden ganz überwiegend übernommen. Im Wesentlichen handelt es sich hierbei um Klarstellungen und Konkretisierungen.

Um dem Datenschutz der im Maßregelvollzug untergebrachten Personen sowie Besucherinnen und Besucher zu optimieren, wurde auf Vorschlag des Landesdatenschutzbeauftragten die Hinweispflicht bei der optischen Besuchsüberwachung (§ 40 Absatz 2) aufgenommen und die Regelung zur Überwachung von Rechtsanwälten ergänzt (§ 40 Absatz 3).

#### 5. Sonstiges

Weitere Einzelanregungen und -vorschläge wurden geprüft und soweit möglich umgesetzt.

### *B. Einzelbegründung*

Zu § 1:

§ 1 bestimmt den Anwendungsbereich des Gesetzes.

Zu Nummer 1:

Der Begriff der psychischen Störung ist an die entsprechende Bezeichnung der Klassifikation nach ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) und ICF (International Classification Functioning, Disability and Health) der Weltgesundheitsorganisation angelehnt. Entsprechend der medizinischen Terminologie wird im Gesetzestext nicht zwischen einzelnen Erscheinungsformen einer Erkrankung, wie beispielsweise der „Psychose“ oder „Suchtkrankheit“ unterschieden, sondern diese werden vom Oberbegriff der „psychischen Störung“ bereits erfasst. Die „psychische Störung“ kann auch Ursache einer – dauerhaften – Behinderung sein. Hierauf nimmt die Bestimmung explizit Bezug.

Zu Nummer 2:

Das Gesetz regelt im Zweiten Teil die öffentlich-rechtliche Unterbringung bei erheblichen Eigen- oder Fremdgefährdungen infolge einer psychischen Erkrankung als besonderes Polizeirecht. In Betreuungssachen hat die bundesgesetzliche Regelung des § 1906 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) Vorrang.

Zu Nummer 3:

Der Dritte Teil des Gesetzes umfasst die Regelungen für den Vollzug der durch strafgerichtliche Entscheidung angeordneten Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in einer Entziehungsanstalt.

Zu § 2:

Zu Satz 1:

Diese Bestimmung stellt klar, dass bei allen Hilfen und Maßnahmen die individuellen Bedürfnisse des Patienten im Vordergrund zu stehen haben. Sie nimmt Bezug auf die seit den 1970er-Jahren durchlaufene Entwicklung der Psychiatrie hin zu einer patientenorientierten, das Persönlichkeitsrecht betonenden Grundhaltung, die in Deutschland ihren Ausgangspunkt in der Psychiatrie-Enquête hat.

Zu Satz 2:

Die Bestimmung nimmt Bezug auf Artikel 1 Absatz 1 des Grundgesetzes (GG) als tragendem Konstitutionsprinzip und oberstem Verfassungswert, die Menschenwürde, die jeder Person unabhängig von ihren Eigenschaften, ihrem körperlichen oder geistigen Zustand, ihren Leistungen und ihrem sozialen Status zukommt (BVerfG, Beschluss vom 20. Oktober 1992 – 1 BvR 698/89; BVerfG, Beschluss vom 12. November 1997 – 1 BvR 479/92, 1 BvR 307/94). In rechtlicher Hinsicht bringt Satz 2 zwar etwas Selbstverständliches zum Ausdruck. Bei der Erarbeitung des Eckpunktepapiers zu diesem Gesetz sprachen sich die Beteiligten jedoch für eine klarstellende Formulierung dieser Verfassungsmaxime innerhalb des Gesetzestextes aus. Im Rahmen des Persönlichkeitsrechts des Patienten hat das Recht zur Selbstbestimmung, insbesondere die Anerkennung des Patientenwillens, einen zentralen Stellenwert. Die Bestimmung stellt daher dieses zentrale Recht ebenfalls als Leitsatz voran.

Zu § 3:

Zu Absatz 1:

Nach Absatz 1 Satz 1 werden „Hilfen“ nach diesem Gesetz grundsätzlich nur geleistet, soweit sie freiwillig angenommen werden. Dem Betroffenen dürfen Hilfestellungen nicht gegen seinen Willen aufgedrängt werden. Davon unberührt bleiben gemäß Satz 2 Maßnahmen nach den Teilen 3 und 4 dieses Gesetzes. Dies ergibt sich des Weiteren aus der Definition der „Hilfen“ gemäß § 5 Absatz 1 (s. u.), die Maßnahmen der öffentlich-rechtlichen oder strafrechtlichen Unterbringung (z. B. nach § 19 Absatz 2, den §§ 20 und 25 in Verbindung mit § 26) nicht einschließt. Satz 2 hat daher lediglich klarstellenden Charakter.

Zu Absatz 2:

Der Begriff der Schutzmaßnahmen beinhaltet die Maßnahmen, die im Zusammenhang der Unterbringung zu treffen sind. Die Vorschrift bringt zum Ausdruck, dass durch niedrigschwellig zugängliche Hilfen und ein gut ausgebautes und verzahntes Hilfesystem, Schutzmaßnahmen möglichst vorgebeugt werden soll. Ein genereller rechtlicher Vorrang der Hilfen vor der Unterbringung kann hierdurch jedoch nicht begründet werden. In Hinblick auf die Erforderlichkeit einer Maßnahme im Rahmen der Unterbringung ist ausschließlich das Vorliegen der jeweiligen Tatbestandsvoraussetzungen entscheidend.

Zu Absatz 3:

Die Hilfen sollen den psychisch kranken oder behinderten Personen möglichst innerhalb des gewohnten Lebens- und Versorgungsraums zugänglich sein. Es ist darauf hinzuwirken, die vorhandenen wohnortnahen sozialen Ressourcen zu er-

halten, zu fördern und die gesellschaftliche Teilhabe zu stärken. Der Begriff „gemeindenah“ wurde dem Terminus „ortsnah“ vorgezogen, da sich der Begriff in der Fachsprache der psychiatrischen Versorgung etabliert hat. Mit dem Begriff „gemeindenah“ ist jedoch nicht das politische Gebiet gemeint, in dem der Kranke oder Behinderte wohnt. Abzustellen ist auf das Lebensumfeld des Betroffenen, sodass erforderlichenfalls Hilfen auch durch eine Einrichtung in einer benachbarten Gemeinde oder auch einem benachbartem Landkreis zu leisten sind, wenn dies dem gesetzlich vorgegebenen Ziel dient. Der Ausbau eines guten regionalen Angebotsspektrums korrespondiert mit dem Bestreben, eine Gleichstellung hinsichtlich der psychischen und somatischen Gesundheitssicherung zu erlangen. Wie auch im Bereich der somatischen Gesundheitsversorgung kann es in bestimmten Fällen allerdings sinnvoll und erforderlich sein, spezialisierte Therapieangebote in zentralen Einheiten umzusetzen. Bestimmte spezialisierte Einrichtungen können beispielsweise nur bei einem entsprechend großen Einzugsbereich wirksam arbeiten. Letztendlich geht es darum, dezentrale und zentrale Versorgungsangebote wirksam miteinander zu verknüpfen.

Zu Absatz 4:

Auch diese Bestimmung nimmt den Gedanken auf, dass ambulante Hilfeleistungen im Rahmen des gewohnten Lebensumfelds in der Regel einen geringeren Eingriff in die Lebensverhältnisse des Betroffenen bedeuten als eine stationäre Behandlung. Allerdings sind die Versorgungsmöglichkeiten durch ambulante Hilfen begrenzt; je nach Krankheitsbild kann sich eine teilstationäre oder stationäre Behandlung als notwendig und geboten erweisen. Anzustreben ist letztendlich die Fortentwicklung hin zu einer zusammenhängenden und durchlässigen Struktur von ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten, die je nach Bedarf abgerufen werden können.

Zu Absatz 5:

Die Regelung stellt klar, dass die Prävention psychischer Erkrankungen einen hohen Stellenwert einnimmt. Ein niedrigschwelliger Zugang zu Hilfeangeboten, die Vernetzung unterschiedlicher Hilfen sowie barrierefreie Auskunft- und Informationsmöglichkeiten entsprechend dem Zweiten Teil dieses Gesetzes sind hierbei wesentliche Voraussetzungen.

Zu § 4:

Die Hilfen nach diesem Gesetz sollen eine bedarfsgerechte psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung weiter verbessern. Sie treten neben die Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften, ersetzen diese jedoch nicht. Hilfen sollen geleistet werden, soweit sie nach der Zielsetzung dieses Gesetzes zum Wohle der Betroffenen erforderlich sind, aber aufgrund anderer Rechtsvorschriften nicht oder nicht hinreichend erbracht werden können. Die Hilfen haben also ausschließlich ergänzende Funktion. Voraussetzung für Hilfeleistungen nach diesem Gesetz ist jedoch nicht, dass der Hilfebedürftige tatsächlich (weitere) Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften in Anspruch nimmt oder zunächst solche Leistungen erstreitet.

Zu § 5:

Zu Absatz 1:

Absatz 1 Satz 1 beschreibt das übergeordnete Ziel, das mit den Hilfen für die Lebensführung der Betroffenen erreicht werden soll. Die Eigenverantwortlichkeit



und Selbstbestimmung soll weitest möglich erhalten oder – im Falle einer stationären Behandlung oder Unterbringung – wieder erlangt werden. Absatz 1 Satz 2 zählt beispielhaft, aber nicht abschließend („insbesondere“), auf, welche Arten von Hilfen in Betracht kommen, um dieses Ziel zu erreichen.

Zu Absatz 2:

Das bereits in Absatz 1 Satz 1 formulierte Ziel wird in Absatz 2 näher ausgeführt. Die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, die Wiedereingliederung in die Gemeinschaft und ein möglichst geringer Eingriff in die selbstständige Lebensführung und persönliche Freiheit des Betroffenen sind wichtige Prämissen bei der Förderung von Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung.

Zu Absatz 3:

Durch die Hilfen sollen des Weiteren Erkrankungen frühzeitig erkannt und professionell behandelt werden. Hierbei nehmen die niedrighschwelligen Hilfeleistungen der sozialpsychiatrischen Dienste (§ 6), aber auch die Auskunftserteilung zu Hilfs- und Unterstützungsangeboten der Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen (§ 9) eine tragende Rolle ein. Ein möglichst barrierefreier, niedrighschwelliger Zugang zu Hilfen und das frühzeitige Erkennen einer Erkrankung tragen auch dazu bei, dass Schutzmaßnahmen im Sinne der Zielvorgabe des § 2 Absatz 2 vorgebeugt werden kann.

Zu Absatz 4:

Absatz 4 Satz 1 stellt klar, dass das Gesetz im Bereich der Hilfen grundsätzlich keine bindenden Vorgaben über Art, Ausmaß und Dauer der Hilfen macht, sondern insoweit nach den Erfordernissen des Einzelfalls mit Blick auf die Zielsetzungen des Gesetzes zu entscheiden ist. Dies gilt nicht, wenn das Gesetz bestimmte Maßnahmen vorschreibt. Da das Gesetz bereits begrifflich zwischen „Hilfen“ und „Maßnahmen“ (der Unterbringung bzw. des Maßregelvollzugs) unterscheidet, hat diese Einschränkung lediglich deklaratorischen Charakter. Bei der Ausgestaltung der Hilfen ist die Vielfalt („Diversity“) der Lebensumstände, insbesondere die kulturelle und soziale Lebenssituation der betroffenen Person, angemessen zu berücksichtigen (Absatz 4 Satz 2). Diesbezüglich wurde in der zur Erstellung der Gesetzes-Eckpunkte etablierten Arbeitsgruppe explizit darauf verwiesen, dass insbesondere die Belange von Migranten und Flüchtlingen angemessen zu berücksichtigen seien.

Zu Absatz 5:

Zu Satz 1:

Die Hilfen sollen des Weiteren bewirken, dass nahestehende Personen, die für den psychisch Kranken oder Behinderten sorgen, entlastet, unterstützt, ihre Bereitschaft zur Mitwirkung bei den Hilfen erhalten und gefördert werden. Auch diese Bestimmung ergänzt die Zielvorgabe, dass Hilfen möglichst ambulant erbracht werden sollen. Bei einer ambulanten Versorgung unter möglichst weitgehender Beibehaltung der gewohnten Lebensverhältnisse nimmt die Einbeziehung des persönlichen Umfelds des Betroffenen eine zentrale Rolle ein.

Zu Satz 2:

In Zeiten der Elternschaft sind psychisch kranke oder behinderte Menschen im besonderen Maße auf Unterstützungsangebote angewiesen. Bei der Gewährung

von Hilfen sollen auch die Belange der Kinder, deren besondere Situation, im Blickfeld stehen und berücksichtigt werden.

Zu § 6:

Die Vorschrift knüpft an die bereits bestehende Struktur der flächendeckend auf Stadt- und Landkreisebene eingerichteten sozialpsychiatrischen Dienste an. Während in anderen Bundesländern die sozialpsychiatrischen Dienste meist Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdiensts einschließlich der Zuständigkeit für die Unterbringung psychisch Kranker übernehmen, hat sich Baden-Württemberg für die Beibehaltung der Trägervielfalt unter Berücksichtigung der Verbände der freien Wohlfahrtspflege entschieden. Bei der Erarbeitung des Eckpunktepapiers zu diesem Gesetz haben sich die Vertreter der unterschiedlichen Interessengruppen des psychiatrischen Versorgungssystems für das Festhalten an dieser bewährten Lösung ausgesprochen.

Zu Absatz 1:

Die sozialpsychiatrischen Dienste sind zentrale Leistungserbringer der Hilfen nach § 5. Als Einrichtungen im außerstationären gemeindenahen Netz psychiatrischer Versorgung tragen sie zum einen dazu bei, psychisch Kranken, die nicht mehr oder nicht zu einer selbstständigen Lebensführung in der Lage sind, durch Hilfeleistungen die Teilhabe an einem Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen. Zum anderen wirken sie darauf hin, den vorrangig langfristig in psychiatrischen Krankenhäusern behandelten psychisch Kranken die Entlassung zu ermöglichen und Krankenhausaufenthalte zu vermeiden. Die sozialpsychiatrischen Dienste betreuen im Rahmen von sozialpsychiatrischer Vorsorge, Nachsorge und sozialer Krisenintervention überwiegend chronisch psychisch Kranke und Behinderte, die aufgrund der Art oder Länge der Erkrankung unter psychischen Behinderungen und sozialen Beeinträchtigungen leiden, und vermitteln ihnen soziale Hilfen.

Zu Absatz 2:

Die Leistungen werden von Fachkräften erbracht. Fachkräfte sind in erster Linie Sozialarbeiter und Sozialpädagogen. Je nach Aufgabenstellung können die Fachkräfte auch Fachkrankenpflegekräfte für Psychiatrie oder Diplompsychologen sowie Psychologen mit Bachelor- und Masterabschluss oder Heilerziehungspflegekräfte mit Berufserfahrung sein. Eine Ärztin oder ein Arzt zur festen Mitarbeit im sozialpsychiatrischen Dienst ist nicht vorgesehen. Die Dienste ergänzen vielmehr die ambulante ärztliche Versorgung. In der Regel soll eine gleichzeitige Betreuung durch den sozialpsychiatrischen Dienst und die niedergelassene Ärztin oder den niedergelassenen Arzt erfolgen. Der sozialpsychiatrische Dienst unterstützt die Herstellung eines tragfähigen Arbeitsbündnisses zwischen Patientinnen und Patienten einerseits und Ärztinnen und Ärzten andererseits. Mit Einwilligung der Patientin oder dem Patienten kann der sozialpsychiatrische Dienst beispielsweise auch eine Ärztin oder einen Arzt beauftragen. Da im sozialpsychiatrischen Dienst selbst keine ärztliche oder psychotherapeutische Diagnostik oder Therapie stattfinden, ist eine enge Verzahnung der sozialpsychiatrischen Dienste insbesondere mit der ärztlichen ambulanten Versorgung, aber auch sonstigen ambulanten und komplementären Diensten und Einrichtungen sowie den zuständigen psychiatrischen Kliniken anzustreben. Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie soll hierbei die besondere Fachkenntnis von Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiatern, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten einbezogen werden. Die einzelfallbezogene Koordination der regionalen Versorgungsangebote ist eine wichtige Aufgabe der sozialpsychiatrischen Dienste. Schließlich weist die Regelung auf die wichtige Zusammenarbeit mit der rechtlichen Betreuung und den Bevollmächtigten hin.

## Zu Absatz 3:

Träger kann nach Absatz 3 Satz 1 nur eine juristische Person sein, die einen sozialpsychiatrischen Dienst betreibt. Als Träger kommen in erster Linie gemeinnützige Träger der Wohlfahrtspflege, Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts sowie gemeinnützige Gemeindepsychiatrische Zentren in Betracht. Absatz 3 Satz 2 legt den in der Praxis bewährten Zusammenschluss von sozialpsychiatrischem Dienst, Soziotherapie-Erbringer, Psychiatrische Tagesstätte sowie Psychiatrische Institutsambulanz gesetzlich verpflichtend fest. Wo keine Institutsambulanz besteht, reicht es aus, niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte einzubeziehen (Absatz 3 Satz 3). Durch dieses „Kooperationsforum“ (Gemeindepsychiatrisches Zentrum) sollen die gemeindenahen Hilfen als Anlaufstelle für die betroffenen Menschen flexibel zusammengeführt, der multidisziplinäre Ansatz der Versorgung sichergestellt, Doppelstrukturen vermieden und eine passgenauere Hilfeleistung entsprechend dem Bedarf des Einzelfalls ermöglicht werden. Eine möglichst enge räumliche Nähe zwischen diesen ambulanten Diensten und Einrichtungen ist daher wünschenswert. Der kooperative Zusammenschluss bedarf einer schriftlichen Vereinbarung der Beteiligten, um eine rechtsförmliche Institutionalisierung sicherzustellen (Absatz 3 Satz 4). Die unterschiedliche Trägerschaft der Leistungserbringer bleibt hiervon unberührt (Absatz 3 Satz 5). Etwas anderes gilt dann, wenn ein gemeinnütziges Gemeindepsychiatrisches Zentrum selbst Träger ist.

## Zu Absatz 4:

Im Gegensatz zur bisherigen Förderpraxis, die auf freiwilliger Basis erfolgte, vermittelt Absatz 4 nunmehr den Trägern der sozialpsychiatrischen Dienste einen verbindlichen Förderanspruch für die im kooperativen Zusammenschluss nach Absatz 3 Satz 2 erbrachten Leistungen unter bestimmten Voraussetzungen. Damit eine Förderung tatsächlich erfolgen kann, müssen jedoch die gesetzlich geregelten Fördervoraussetzungen erfüllt sein. Die konkrete Höhe der tatsächlichen Fördersumme ist von den haushaltsrechtlichen Rahmenbedingungen und im Übrigen von der Fördersystematik abhängig, die untergesetzlich – durch Verwaltungsvorschrift – im Detail zu regeln ist (vgl. Absatz 4 Satz 5). Die Fördervoraussetzungen nach Absatz 4 Satz 2 entsprechen im Wesentlichen der bisherigen Handhabung in der Praxis. Nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 haben sich die Leistungen in eine Planung auf der Ebene des Stadt- oder Landkreises einzufügen, wobei der Stadt- oder Landkreis im Rahmen der Daseinsvorsorge die Aufgaben der Bedarfsplanung, Koordination und finanziellen Abwicklung wahrnimmt. Des Weiteren muss sich der sozialpsychiatrische Dienst in einen Gemeindepsychiatrischen Verbund im Sinne des § 7 einfügen (Absatz 4 Satz 2 Nummer 2). In Anbetracht der kommunalen Daseinsvorsorgeverpflichtung der Kommunen beschreibt Absatz 4 Satz 2 Nummer 3 das schon bislang bewährte Prinzip der komplementären kommunalen Förderung. Eine Förderung mit Landesmitteln setzt danach voraus, dass sich der Stadt- oder Landkreis im Einzugsbereich des jeweiligen sozialpsychiatrischen Dienstes mit Mitteln mindestens in Höhe des Landeszuschusses beteiligt. Hierdurch soll ein für die Träger der sozialpsychiatrischen Dienste planbares Förderniveau festgeschrieben und ein einseitiger kommunaler Rückzug vermieden werden. Zur Erreichung des Förderzwecks muss die Gesamtfinanzierung gesichert sein. Der Träger hat die nicht durch Zuschüsse und sonstige Einnahmen abgedeckten Ausgaben zu finanzieren (Absatz 4 Sätze 3 und 4). Zu den „sonstigen Einnahmen“ in diesem Sinne gehören z. B. Vergütungen bzw. Entgelte der Stadt- und Landkreise, Krankenkassen und anderer Kostenträger für sozialpsychiatrische Leistungen (z. B. Ambulant betreutes Wohnen, Soziotherapie).

Zu § 7:

Durch diese Bestimmung erhält die Konzeption des Gemeindepsychiatrischen Verbunds auf Ebene der Stadt- und Landkreise 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. Hierzu gehören beispielsweise Träger des betreuten Wohnens, Träger von Werkstätten für psychisch Behinderte, Träger von Heimen und Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke. Auch die Einbindung von Leistungsträgern kann hilfreich sein. Die Träger schließen eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit dem Ziel, im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit und in den von ihnen angebotenen Leistungsbereichen für psychisch Kranke und Behinderte eine möglichst bedarfsgerechte, wohnortnahe Versorgung zu erreichen. Den Kern des Gemeindepsychiatrischen Verbunds bildet der kooperative Zusammenschluss gemäß § 6 Absatz 3 Satz 2 (Gemeindepsychiatrisches Zentrum), der unter anderem koordinierende Funktionen innerhalb des Gemeindepsychiatrischen Verbunds übernimmt. Mit dem Ziel, die sektorenübergreifende Verzahnung im Land weiter auszubauen, soll neben der vertraglichen Vernetzung innerhalb des Gemeindepsychiatrischen Verbunds auch eine Zusammenarbeit mit anderen Verbänden und Netzwerken (wie beispielsweise den Sucht Helfernetzwerken) angestrebt werden. Die Umsetzung im Einzelnen liegt im Bereich der kommunalen Eigenverantwortung und hat den regionalen Besonderheiten der Versorgungsstrukturen Rechnung zu tragen. In Hinblick auf eine personenbezogene Hilfeplanung haben sich in der Vergangenheit die Hilfeplankonferenzen als besonders wirksam erwiesen. Durch Satz 4 wird der Kooperationsbedarf im Rahmen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung besonders hervorgehoben. Vor dem Hintergrund der positiven Erfahrungen bereits bestehender Verbände wird nach Satz 5 eine Moderation dieses Prozesses zur Versorgungsentwicklung durch die Stadt und Landkreise im Rahmen ihrer bestehenden Zuständigkeit für die kommunale Sozialplanung empfohlen. Eine weitere Aufgabe des Gemeindepsychiatrischen Verbunds könnte auch die Etablierung eines Krisen- und Notfalldiensts sein, dessen Ausgestaltung im Einzelnen ebenfalls von regionalen Eigenheiten abhängig ist.

Zu § 8:

Es entspricht der zentralen Funktion der Stadt- und Landkreise in der Daseinsvorsorge, dass diese für die Organisation und Koordination der unterschiedlichen Angebote und Hilfen auf regionaler Ebene, insbesondere für die Konzeption des Gemeindepsychiatrischen Verbunds (§ 7), die zentrale Steuerungsaufgabe haben. Die Ausgestaltung im Einzelnen hängt von den jeweiligen regionalen Besonderheiten ab und wird im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung umgesetzt. Für die Durchführung dieser Koordinierungsaufgabe hat sich in den Stadt- und Landkreisen u. a. die Einrichtung von Koordinierungsstellen für Psychiatrie bewährt. Des Weiteren haben sich Örtliche Psychiatrie-Arbeitskreise unter Leitung des Stadt- bzw. Landkreises etabliert, in dem die örtlichen Leistungsträger, Leistungserbringer sowie Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige, Bürgerhilfe und Patientenführsprecher vertreten sind, und den Stadt- oder Landkreis in Fragen der Psychiatrieplanung und der institutionellen Koordination der Hilfeangebote beraten. § 8 bezeichnet deklaratorisch diese wichtige bestehende kommunale Aufgabe. Bei den Arbeiten zum Eckpunktepapier dieses Gesetzes hat sich eine Mehrzahl der Arbeitsgruppen-Mitglieder dafür ausgesprochen, eine „Empfehlung“ für die Einrichtung der Position einer Koordinatorin bzw. eines Koordinators in das Gesetz aufzunehmen; diese Position hat sich in vielen Stadt- bzw. Landkreisen bereits bewährt. § 8 Satz 2 weist daher explizit auf diese Möglichkeit hin.

Zu § 9:

Zu Absatz 1:

Die Konzeption zur Tätigkeit der Patientenfürsprecherinnen beziehungsweise -fürsprecher für psychisch Kranke und deren Angehörige wurde im Jahr 1994 vom Landesarbeitskreis Psychiatrie verabschiedet. In einer Modellphase von 1996 bis 1998 wurden zunächst ehrenamtlich tätige Patientenfürsprecherinnen beziehungsweise -fürsprecher in den Landkreisen mit Sitz eines Zentrums für Psychiatrie erprobt. Das Gesetz zur Errichtung der Zentren für Psychiatrie (ZfP) den „Patientenfürsprecher“ als beratendes Mitglied vor (§ 6 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 4 EZPsychG). In den vergangenen Jahren sind in vielen weiteren Stadt- und Landkreisen Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher bestellt worden. Durch § 9 erhält diese wichtige Tätigkeit der Interessenvertretung von Betroffenen und Angehörigen – auch außerhalb der beratenden Mitgliedschaft innerhalb der ZfP-Aufsichtsräte – nunmehr eine gesetzliche Grundlage. Absatz 1 Satz 1 legt verbindlich fest, dass auf Ebene der Stadt- und Landkreise unabhängige Patientenfürsprecherinnen beziehungsweise -fürsprecher vorzuhalten sind. Die Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher vertreten die Interessen von psychisch Kranken und deren Angehörigen sowohl im ambulanten als auch teilstationären und stationären Bereich. Sie prüfen Anregungen und Beschwerden und wirken in Zusammenarbeit mit den Betroffenen auf eine Problemlösung hin (Absatz 1 Satz 2). Eine Rechtsberatung erfolgt nicht (vgl. auch Absatz 3 Satz 5). Vielmehr ist es Aufgabe der Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher, die Patientin oder den Patienten oder die Angehörigen angesichts der häufig komplexen Strukturen des psychiatrischen Versorgungssystems zu unterstützen und im Falle von Beschwerden oder Konflikten mit der Versorgungseinrichtung zu vermitteln (Absatz 1 Satz 3). Voraussetzung für die Übernahme der Tätigkeit sind nach Absatz 1 Satz 4 Kenntnisse der Behandlungs- und Versorgungssysteme für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Wünschenswert sind auch Kenntnisse über diesbezügliche rechtliche Zusammenhänge. Des Weiteren sollten die Personen als „sozial erfahrene“ Personen im Sinne von § 116 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII) gelten. Ein Tätigwerden der Patientenfürsprecherin oder des -fürsprechers kommt nur im Einvernehmen mit dem Betroffenen oder dessen Vertreter in Betracht (vgl. auch § 3 Absatz 1 Satz 1).

Zu Absatz 2:

Die Patientenfürsprecherinnen oder -fürsprecher sind Teil sogenannter Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen, unabhängige Gremien, die auf Ebene der Stadt- und Landkreise einzurichten sind (Absatz 2 Satz 1). Kreisüberschreitende Kooperationen sind möglich (Absatz 2 Satz 2). Im Falle einer Kooperation muss jedoch eine adäquate Erreichbarkeit innerhalb der Versorgungsregion sichergestellt sein (vgl. auch Absatz 3 Satz 6). Je nach Größe und den sonstigen Gegebenheiten der Versorgungsregion kann die Ausgestaltung der Interessenvertretung, insbesondere die personelle Ausstattung, variieren. Im Sinne einer dialogischen Kommunikationskultur sollen einer solchen Stelle jedoch mindestens eine Vertreterin oder ein Vertreter der Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und eine Person mit professionellem Hintergrund im psychiatrischen Versorgungssystem angehören (die Patientenfürsprecherin oder der -fürsprecher als Mitglied der Stelle eingeschlossen), Absatz 2 Satz 3. Um eine möglichst enge Verzahnung innerhalb der psychiatrischen Versorgungsstrukturen zu erreichen, nicht zuletzt aber auch zur Vermeidung von Doppelstrukturen soll die Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle eng mit dem Gemeindepsychiatrischen Verbund zusammenarbeiten (Absatz 2 Satz 4). Durch Absatz 2 Satz 5 wird die Pflicht der Gremiumsmitglieder zur Verschwiegenheit normiert. Die Mitglieder der Informations-,

Beratungs- und Beschwerdestelle werden durch den Stadt- oder Landkreis im Wege des Ehrenamts bestellt, soweit nicht der Kreis auf freiwilliger Basis die Tätigkeit der Mitglieder auf andere Weise in seine Strukturen einbinden kann oder möchte. Absatz 2 Satz 6 trägt insbesondere dem Umstand Rechnung, dass bereits in manchen Kreisen Strukturen bestehen, wie z. B. „Beiräte“ oder auch Beschwerdestellen, an die bei der Etablierung der Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen angeknüpft werden kann, auch wenn diese nicht ehrenamtlich arbeiten. Diese Strukturen sollen, soweit sie sich bewährt haben und mit den gesetzlichen Vorgaben im Einklang stehen, erhalten werden. Eine gesetzliche Verpflichtung zur hauptamtlichen Besetzung besteht jedoch nicht. In Hinblick auf das Ehrenamt kommen die §§ 11 bis 16 der Landkreisordnung beziehungsweise die §§ 15 bis 19 der Gemeindeordnung zur Anwendung (Absatz 2 Satz 7).

Zu Absatz 3:

Der Bildung eines Gremiums aus Vertretern der Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen sowie Personen mit professionellem Hintergrund liegt der Gedanke zugrunde, die aufgeworfenen Problemstellungen und Fragen zum psychiatrischen Versorgungssystem in einen Diskurs zu überführen. Gemeinsam bringen die Gremiumsmitglieder Erfahrungen aus dem Psychiatriebereich mit, allerdings jeweils aus einer anderen Perspektive. Die Zusammenführung und der Austausch („Triolog“) dieser unterschiedlichen Erfahrungshorizonte soll zu einer möglichst effizienten Problemlösung sowie Fortentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen beitragen. Nach Absatz 3 Satz 1 können sich die psychisch kranken oder behinderten Personen sowie deren Angehörige mit Anregungen und Beschwerden wahlweise an die Patientenfürsprecherin oder den -fürsprecher oder die Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle wenden. Im Wege dieses Wahlrechts soll den Betroffenen entsprechend der bisherigen Praxis die Möglichkeit eröffnet bleiben, auch weiterhin in den ausschließlichen Kontakt der Patientenfürsprecherin oder des -fürsprechers zu treten, ohne Einbeziehung der übrigen Gremiumsmitglieder. Hiermit korrespondiert die Regelung des Absatzes 3 Satz 3, wonach Eingaben, die unmittelbar an die Patientenfürsprecherin oder den -fürsprecher herangetragen werden und bei denen personenbezogene Daten offenbart werden, nur insoweit mit den übrigen Gremiumsmitgliedern besprochen werden dürfen, als die betroffene Person hierzu eingewilligt hat. Soweit keine ausschließliche Korrespondenz mit der Patientenfürsprecherin oder dem -fürsprecher gewünscht ist, sondern die Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle als solche gefragt ist, werden die Eingaben gemäß Absatz 3 Satz 2 nach Möglichkeit im Zusammenwirken aller Gremiumsmitglieder einer Problemlösung zugeführt, wobei die Mitglieder gleichberechtigt zusammenarbeiten. Auch bei abstrakten, strukturbezogenen Fragen zum psychiatrischen Versorgungssystem dürfte ein Austausch innerhalb des Gremiums grundsätzlich unproblematisch sein. Neben dieser Tätigkeit geben die Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen nach Absatz 3 Satz 4 auch Auskunft an Personen nach § 1 Nummer 1 oder deren Angehörigen über die für die möglichst wohnortnahe Versorgung in Betracht kommenden Hilfs- und Unterstützungsangebote. Sie sollen insoweit Informationsmaterial bereithalten. Eine Rechtsberatung erfolgt nicht (Absatz 3 Satz 5). Insoweit setzt das Rechtsdienstleistungsgesetz rechtliche Grenzen. Bei Rechtsfragen des Hilfesuchenden kann jedoch die Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle Auskunft über wohnortnahe, professionelle Rechtsberatungsmöglichkeiten erteilen. Die angemessene Erreichbarkeit der Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle ist sicherzustellen (Absatz 3 Satz 6). Insbesondere im stationären Bereich können zur Gewährleistung der Erreichbarkeit beispielsweise Besuche der Patientenfürsprecherin oder des -fürsprechers in der Einrichtung erforderlich sein. Zur Gewährleistung einer transparenten Arbeitsweise hat die Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle nach Absatz 3 Satz 7 ihre Tätigkeit zu dokumentieren.

Zu Absatz 4:

Um die landesweiten Erfahrungen der Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen an einer zentralen Stelle zu sammeln, sind nach Absatz 4 Satz 1 jährliche Tätigkeitsberichte der Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen einer Versorgungsregion der auf Landesebene eingerichteten Ombudsstelle (§ 10) vorzulegen. Dort kann eine Auswertung erfolgen. Im Zusammenspiel mit der beratenden Funktion der Ombudsstelle gegenüber den Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen (vgl. § 10 Absatz 2) ist die Möglichkeit gegeben, von übergeordneter, unabhängiger Stelle Impulse zur Weiterentwicklung und Verbesserung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen zu setzen. Innerhalb der Erfahrungsberichte sind die datenschutzrechtlichen Belange der betroffenen Personen zu berücksichtigen; soweit keine Einwilligung der betroffenen Person vorliegt, dürfen Daten mit Personenbezug nur in anonymisierter Form in den Erfahrungsbericht aufgenommen werden, Absatz 4 Satz 2.

Zu § 10:

Zu den Absätzen 1 und 2:

Nach § 10 Absatz 1 Satz 1 wird auf Landesebene eine Ombudsstelle eingerichtet. Die Ombudsstelle steht den Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen insbesondere bei komplexen Fragestellungen, die auf Ebene der Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen keiner Lösung zugeführt werden können, beratend zur Seite (Absatz 2 Satz 1). Diese Beratungsfunktion besteht entsprechend dem Wortlaut der Regelung ausschließlich im Verhältnis Ombudsstelle zu den Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen, hingegen nicht im Verhältnis zu den Personen im Sinne des § 1 und deren Angehörigen; diesbezüglich ist § 9 abschließend. Eine Beratung der Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen in Bezug auf individuelle Beschwerden und sonstige Eingaben, bei denen personenbezogene Daten offenbart werden, darf nur erfolgen, soweit die betroffene Person eingewilligt hat (Absatz 2 Satz 2). Die Ombudsstelle kann den Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen auch Lösungsvorschläge zu Problemstellungen unterbreiten, die sich aus den Erfahrungsberichten im Sinne des § 9 Absatz 4 Satz 1 ergeben. Die Ombudsstelle hat jedoch keine Entscheidungs- oder Weisungsbefugnis gegenüber den Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen. Um die notwendige fachliche Kompetenz zu gewährleisten, ist die Ombudsstelle mit einer Person, die die Befähigung zum Richteramt hat, zu besetzen (Absatz 1 Satz 2). Die Ombudsstelle ist in ihrer Tätigkeit nach Absatz 2 nicht an Weisungen gebunden.

Zu Absatz 3:

Nach Absatz 3 Satz 1 hat die Ombudsstelle des Weiteren Sorge zu tragen für die landesweite zentrale Erfassung von Zwangsmaßnahmen innerhalb anerkannter Einrichtungen nach § 14 in Form verschlüsselter Daten in einem Melderegister. Die Daten dürfen also keine identifizierenden Rückschlüsse auf einzelne Personen zulassen. In welcher konkreten Weise die Verfremdung der Identifikationsmerkmale zu realisieren ist (z. B. Pseudonymisieren oder Anonymisieren), betrifft die Umsetzungsebene. Die Umsetzung erfolgt in Abstimmung mit dem Landesbeauftragten für den Datenschutz. „Sorge tragen“ meint, dass die diesbezügliche Verantwortung bei der Ombudsstelle liegt. Hierfür ist nicht notwendig, dass der Betrieb des Melderegisters unmittelbar durch die Ombudsstelle erfolgt. Diese kann auch eine dritte Stelle mit beispielsweise besonderer fachlicher Kompetenz und den notwendigen sachlichen Voraussetzungen beauftragen, soweit die Gesamtverantwortung bei der Ombudsstelle verbleibt und eine hinreichende Kontrolle gewährleistet ist. Durch die landesweite zentrale Erfassung von Zwangs-

maßnahmen in einem anonymisierten Melderegister wird ein hohes Transparenzniveau in Bezug auf die mit Zwangsmaßnahmen verbundenen einschneidenden Grundrechtseingriffe sowie ein Instrument der Qualitätssicherung der anerkannten Einrichtungen geschaffen. Erfasst werden Unterbringungsmaßnahmen und Zwangsmaßnahmen im Rahmen der öffentlich-rechtlichen Unterbringung sowie der strafrechtlichen Unterbringung (Maßregelvollzug) nach diesem Gesetz. Zwangsmaßnahmen in diesem Sinne sind nach Absatz 3 Satz 2 die Zwangsbehandlung, die Fixierung, das Festhalten anstelle der Fixierung, die Absonderung in einem besonders gesicherten Raum und der Zimmereinschluss. Letzterer jedoch nur dann, wenn er auch tatsächlich als besondere Sicherungsmaßnahme angeordnet worden ist, nicht jedoch wenn er regelhaft beispielsweise als Nachteilschluss auf Krisen- oder Sicherheitsstationen durchgeführt wird. Auch die Fälle der sog. „Notfallbehandlung“ nach § 34 StGB sind hierunter zu fassen. Eine Zwangsmaßnahme auf dieser Rechtsgrundlage ist beispielsweise denkbar, wenn die Voraussetzungen der fürsorglichen Aufnahme oder Zurückhaltung nach § 16 gegeben sind, die Unterbringung jedoch noch nicht angeordnet worden ist und eine gesundheitliche Krisensituation eintritt, aufgrund derer eine ärztliche Maßnahme dringend erforderlich wird, um eine unmittelbar drohende schwerwiegende Selbstschädigung oder Verletzung erheblicher Rechtsgüter Dritter abzuwenden. Mangels Unterbringungsanordnung sind die §§ 19 ff. dieses Gesetzes nicht anwendbar; eine „Notfallbehandlung“ gegen den Willen der aufgenommenen oder zurückgehaltenen Person kommt nur unter den strengen Voraussetzungen des § 34 StGB in Betracht. Ferner sind auch zwangsweise Unterbringungen sowie sonstige Zwangsmaßnahmen nach § 1906 BGB in das Melderegister aufzunehmen. Erfasst werden Zwangsmaßnahmen innerhalb anerkannter Einrichtungen nach § 14. Absatz 3 Satz 2 normiert eine Rechtspflicht dieser Einrichtungen, unter Wahrung des Gebots der Schweigepflicht der Angehörigen der Heilberufe sowie der datenschutzrechtlichen Bestimmungen, die zur Erfassung der Maßnahmen erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Zu Absatz 4:

Zur Sicherstellung einer transparenten Arbeitsweise und Einbeziehung der Öffentlichkeit berichtet die Ombudsstelle dem Landtag mindestens einmal in der Legislaturperiode über die Ergebnisse ihrer Tätigkeit nach den Absätzen 2 und 3 (Absatz 4 Satz 1). Absatz 4 Satz 2 verweist hinsichtlich der Berücksichtigung von datenschutzrechtlichen Belangen im Rahmen dieses Berichts auf die Vorschrift des § 9 Absatz 4 Satz 2.

Zu § 11:

Durch § 11 erhält die bereits in den vergangenen Jahren bewährte Institution des Landesarbeitskreises Psychiatrie als beratendes Gremium des Sozialministeriums eine gesetzliche Grundlage. Der Landesarbeitskreis Psychiatrie berät das Sozialministerium bei der Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung im stationären, teilstationären und außerstationären Bereich. Er setzt sich aus den verschiedenen Beteiligten des psychiatrischen Versorgungssystems zusammen. Auf diese Weise soll ein fachlicher Austausch ermöglicht und ein Forum der Koordination bereitgestellt werden. In Absatz 1 Satz 2 werden die wesentlichen Interessengruppen benannt, die Mitglied im Landesarbeitskreis Psychiatrie sein können. Die Aufzählung ist nicht abschließend. Der Vorsitz und die Geschäftsführung im Landesarbeitskreis Psychiatrie obliegen nach Absatz 1 Satz 3 dem Sozialministerium. Nach Absatz 2 gibt sich der Landesarbeitskreis Psychiatrie eine Geschäftsordnung.



Zu § 12:

Mit dem Landespsychiatrieplan 2000 hat das Sozialministerium den Rahmen und die Ziele für die weitere Entwicklung der Hilfen für psychisch Kranke nach Inhalt und Struktur in den wesentlichen Funktionen und in ihrem Zusammenspiel beschrieben. In Anbetracht der vielfältigen Planungszuständigkeiten sowohl bei den Versorgungsstrukturen als auch bei den verschiedenen Angeboten und Maßnahmen ist es zwar insbesondere im außerklinischen Bereich weder sinnvoll noch möglich, die Weiterentwicklung im Rahmen einer zentralisierten, förmlichen Landesplanung zu betreiben. Vielmehr sind die einzelnen Aufgabenträger selbst auch autonome Träger der Planungskompetenz. Auf Ebene der Kommunen ergibt sich diese Planungsfunktion für Aufgaben der außerklinischen Psychiatrie – soweit bundesgesetzliche Regelungen nicht einschlägig sind – aus der Zuständigkeit für die allgemeine Daseinsvorsorge für ihre Einwohner. Die Entscheidung über die Notwendigkeit und den Bedarf von Versorgungsangeboten kann letztlich nur durch die kommunalen Aufgabenträger unter Einbeziehung der örtlichen Gegebenheiten getroffen werden. Um alle an der regionalen Versorgung Beteiligten sachgerecht in die Planung und Organisation von Hilfen einzubinden, hat sich in den vergangenen Jahren die Einrichtung von örtlichen Psychiatriearbeitskreisen bewährt, denen insbesondere Vertreter der im Kreis tätigen Verbände der freien Wohlfahrtspflege, der Krankenkassen, des Gesundheitsamts, der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, der an der psychiatrischen Krankenversorgung beteiligten Krankenhäuser sowie der im Stadt- oder Landkreis tätigen Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen psychisch Kranker, Vertreterinnen und Vertreter der Bürgerhilfe und Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher angehören. Sie unterstützen den Kreis bei der Wahrnehmung der Aufgaben der Bedarfsplanung und Koordination. Mit den vielfältigen Zuständigkeiten für die Planung steht es jedoch nicht im Widerspruch, wenn mit einer Rahmenplanung im Sinne eines Landespsychiatrieplans das Zusammenwirken der verschiedenen Beteiligten und geeignete Handlungsrahmen aufgezeigt, Defizite in den einzelnen Bereichen dargestellt und gemeinsame Wege für die weitere Entwicklung beschrieben werden. Mit § 12 erhält nunmehr diese Rahmenplanung eine gesetzliche Grundlage. Nach § 12 Absätze 1 und 2 erstellt das Sozialministerium einen Landespsychiatrieplan, der die Rahmenplanung für die Versorgung psychisch kranker oder behinderter Personen enthält. Bei der Erstellung des Landespsychiatrieplans wird das Sozialministerium nach Absatz 3 vom Landesarbeitskreis Psychiatrie beraten, in dem die unterschiedlichen Beteiligten des psychiatrischen Versorgungssystems vertreten sind (vgl. § 11), sodass die Rahmenplanung im breiten Austausch der verschiedenen Interessengruppen erfolgen kann. Der Landespsychiatrieplan wird entsprechend der Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen fortgeschrieben (Absatz 4). Je nach Bedarf kann daher die Fortschreibung in engeren oder weiteren Zeitabständen angebracht sein. Das Sozialministerium prüft jeweils, spätestens nach fünf Jahren, ob eine Fortschreibung erforderlich ist.

Zu § 13:

Zu Absatz 1:

Absatz 1 übernimmt im Wesentlichen den bisherigen § 1 Absatz 1 UBG. Durch den Verweis auf § 1 Nummer 1 wird klargestellt, dass die Definition der „psychischen Erkrankung“ an den aus der medizinischen Terminologie entlehnten Begriff der „psychischen Störung“ und an die entsprechende Bezeichnung der Klassifikation nach ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) und ICF (International Classification Functioning, Disability and Health) der Weltgesundheitsorganisation anknüpft (vgl. hierzu im Einzelnen die Begründung zu § 1 Nummer 1). Aufgrund der Einbeziehung der Regelun-

gen über die Unterbringung in das vorliegende Gesetz und der damit einhergehenden geänderten Paragrafenzählung wird des Weiteren „§ 2“ durch „§ 14“ ersetzt.

Der bisherige § 1 Absatz 2 UBG wird gestrichen. Das Vorliegen einer „psychischen Erkrankung“ bestimmt sich nach dem aus der medizinischen Terminologie entlehnten Begriff der „psychischen Störung“ (siehe oben: § 13 Absatz 1 in Verbindung mit § 1 Nummer 1). Von diesem Oberbegriff sind auch die Abhängigkeitserkrankungen umfasst, sodass sich eine gesonderte diesbezügliche Auf-führung wie in der bisherigen Fassung des § 1 Absatz 2 UBG erübrigt. Zudem hat sich die Begrifflichkeit der „Störung von erheblichem Ausmaß“ des bisherigen § 1 Absatz 2 Nummer 3 UBG als unspezifisch erwiesen; sie findet keine Entsprechung in der medizinischen Fachsprache und umfasst nicht nur „psychische Störungen“ im medizinischen Sinne, sondern verweist darüber hinaus viele Formen sozial abweichenden Verhaltens in den Zuständigkeitsbereich der Psychiatrie.

Zu Absatz 2:

Absatz 2 übernimmt im Wesentlichen den bisherigen § 1 Absatz 3 UBG. Die bislang ausschließlich männlichen Personenbezeichnungen werden durch geschlechtsneutrale Formulierungen ersetzt. § 1705 BGB ist weggefallen und wird daher gestrichen.

In Satz 2 wird das Wort „geschäftsunfähig“ in Angleichung an § 20 Absatz 2 durch die Worte „nicht einwilligungsfähig“ ersetzt. Ist die betroffene psychisch kranke Person selbst einwilligungsunfähig oder ist für sie hinsichtlich der Aufenthaltsbestimmung ein Einwilligungsvorbehalt angeordnet, liegt eine Unterbringung „gegen den Willen“ auch dann vor, wenn zwar die betroffene Person mit der Unterbringung einverstanden ist, aber die zur Führung der Betreuung bestellte Person nicht einwilligt. Umgekehrt muss indes auch bei Einverständnis der Betreuerin oder des Betreuers mit der öffentlichen Unterbringung ein Unterbringungsantrag stets gestellt werden, wenn die Unterbringung gegen den natürlichen Willen der betroffenen Person erfolgen soll (§ 13 Absatz 2 Satz 3; vgl. auch Juchart/Warmbrunn/Stolz, Praxiskommentar zum Unterbringungsgesetz Baden-Württemberg, 3. Auflage, Ziff. 2.3 zu § 1 UBG; BVerfG, Beschluss des Zweiten Senats vom 20. Februar 2013 – 2 BvR 228/12 –, in: juris, Rn. 51; BVerfGE 128, 282 [301]; BVerfGE 10, 302 [309]).

Zu Absatz 3:

Absatz 3 übernimmt im Wesentlichen den bisherigen § 1 Absatz 4 UBG, knüpft jedoch an den Begriff der „psychischen Störung“ an (vgl. hierzu auch die Begründungen zu § 13 Absatz 1 sowie § 1 Nummer 1).

Zu § 14:

§ 14 entspricht im Wesentlichen dem bisherigen § 2 UBG; durch die Verweise auf § 1 Nummer 1 wird hier ebenfalls an den Begriff der „psychischen Störung“ angeknüpft.

Zu § 15:

Zu Absatz 1:

Absatz 1 übernimmt den bisherigen § 3 Absatz 1 UBG.

Zu Absatz 2:

Absatz 2 entspricht im Wesentlichen dem bisherigen § 3 Absatz 2 UBG. Lediglich der Inhalt des zweiten Halbsatzes des bisherigen § 3 Absatz 3 UBG – die „voraussichtliche Behandlungsdauer“ als Regelbestandteil des ärztlichen Zeugnisses – wird in Absatz 2 Satz 1 als Halbsatz 2 aufgenommen. Des Weiteren werden die Wörter „Ärztin oder einem Arzt mit psychiatrischer Gebietsbezeichnung“ durch die Wörter „Fachärztin oder einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, bei Kinder und Jugendlichen von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“ ersetzt und somit an die Formulierung der geltenden Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg angepasst. Inhaltlich erfolgen hierdurch keine Änderungen.

Zu Absatz 3:

Absatz 3 übernimmt den bisherigen § 3 Absatz 3 Halbsatz 1 UBG.

Zu § 16:

Zu Absatz 1:

Absatz 1 übernimmt den bisherigen § 4 Absatz 1 UBG.

Zu Absatz 2:

Durch Absatz 2 wird eine Umgestaltung im Sinne einer Klarstellung und Anpassung an praktische Erfordernisse des bisherigen § 4 Absatz 2 UBG vorgenommen. Bereits nach § 4 Absatz 2 UBG war das Zeugnis einer Ärztin oder eines Arztes entbehrlich, wenn der Einholung eines solchen Zeugnisses „besondere Gründe“ entgegenstehen. Hierzu gehören insbesondere die Fälle sog. Not-Vorführungen, Notfälle, bei denen wegen akuter Selbst- oder Fremdgefährdung der Polizeivollzugsdienst gerufen wird und die betroffene Person sofort in die Klinik gebracht werden muss, da ein zeitlicher Aufschub zur Einholung eines ärztlichen Zeugnisses eine unmittelbare Gefahr für Rechtsgüter von erheblichem Gewicht der betroffenen oder einer dritten Person zur Folge hätte. In dieser Situation bedeutet nicht zuletzt für die psychisch kranke Person eine vorgeschaltete Arztkonsultation eine zusätzliche Härte. Satz 2 des Absatzes 2 stellt daher klar, dass die in der Praxis nicht selten auftretende Situation ein „besonderer Grund“ im Sinne des Satzes 1 ist, da diese in der Vergangenheit häufig mit Unsicherheiten besetzt war. Wenn keine „besonderen Gründe“ im Sinne des Absatzes 2 Satz 1 Halbsatz 2 entgegenstehen, muss vor der fürsorglichen Aufnahme in eine anerkannte Einrichtung nach wie vor das Zeugnis eines Arztes eingeholt werden. In der Regel wird es sich hierbei also um ein ärztliches Zeugnis eines Arztes außerhalb der anerkannten Einrichtung handeln. Wesentlicher Grund hierfür ist jedoch weniger die in der Kommentarliteratur genannte Intention, durch ein vorgeschaltetes ärztliches Zeugnis ungerechtfertigte Selbsteinweisungen zu vermeiden; denn die Neutralität des Verfahrens ist durch die zwingende unabhängige richterliche Prüfung sichergestellt. Vielmehr ist es zum Schutz der Patientenrechte unter Zugrundelegung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes erforderlich, Fehleinweisungen in Anbetracht des mit der zwangsweisen Unterbringung einhergehenden Grundrechtseingriffs weitestmöglich zu vermeiden. Des Weiteren kann eine Fehleinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs dazu führen, dass die an sich indizierte medizinische Behandlung unnötig verzögert wird (Bsp.: Eine verwirrt wirkende Person wird vom Polizeivollzugsdienst aufgegriffen und zur ärztlichen Erstuntersuchung in eine stationäre psychiatrische Einrichtung gebracht. Dort stellt sich heraus, dass Hinweise für einen Schlaganfall vorliegen, weshalb die betroffene

Person erst mit zeitlicher Verzögerung entsprechend der medizinischen Indikation versorgt werden kann). Für den Fall der Fürsorglichen Zurückhaltung, also die Situation, dass die betroffene Person in der anerkannten Einrichtung zurückgehalten werden soll, nachdem sie sich schon gewisse Zeit in der Klinik befunden hat und – trotz fortbestehender Behandlungsbedürftigkeit – nicht mehr länger bleiben will, ist (weiterhin) kein Zeugnis eines Arztes außerhalb der anerkannten Einrichtung erforderlich. Durch die entsprechende Klarstellung im Gesetzestext, dass lediglich „vor der Aufnahme in die anerkannte Einrichtung“ die dringenden Gründe durch ein ärztliches Zeugnis belegt werden müssen – es sei denn, „besondere Gründe“ liegen vor –; wird die bereits jetzt in der Kommentarliteratur vertretene Rechtsauffassung bestätigt (vgl. Juchart/Warmbrunn/Stolz, a. a. O., Ziffer 2.2 zu § 4). Die im Zusammenhang der Fürsorglichen Aufnahme oben dargestellte Gefahr der Fehleinweisung besteht bei dieser Variante nicht.

Zu Absatz 3:

Absatz 3 übernimmt den bisherigen § 4 Absatz 3 UBG.

Zu Absatz 4:

Die Fristenregelung des bisherigen § 4 Absatz 4 UBG, wonach die anerkannte Einrichtung den Antrag auf Anordnung der Unterbringung unverzüglich, spätestens aber bis zum Ablauf des dritten Tags nach der Aufnahme oder Zurückhaltung an das zuständige Gericht abzusenden hat, falls eine weitere Unterbringung gegen den Willen des Betroffenen erforderlich erscheint, wird durch den neuen § 16 Absatz 4 wesentlich verkürzt. Nach Satz 1 hat die anerkannte Einrichtung den Antrag auf Anordnung der Unterbringung unverzüglich, spätestens aber bis zum Ablauf des zweiten Tags nach der Aufnahme oder Zurückhaltung abzusenden, falls eine weitere Unterbringung gegen den Willen der betroffenen Person erforderlich erscheint. Fällt die Aufnahme oder Zurückhaltung auf einen Freitag, verlängert sich nach Satz 2 diese Frist ausnahmsweise bis zum darauffolgenden Montag, zwölf Uhr. Dieser Entscheidung ging ein umfassender Dialog mit den unterschiedlichen Beteiligten der Psychiatrielandschaft voraus. Dem Fachaustausch gehörten sowohl Vertreter der Medizin, Wissenschaft, der kommunalen Ebene, Leistungsträger, aber insbesondere auch Vertreter der Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen, der Bürgerhilfe und der Sozialverbände an. Im Ergebnis dieses Austauschs wurde festgehalten, dass die richterliche Unterbringungsanordnung von vielen Psychiatrie-Erfahrenen als stigmatisierend empfunden werde. Daher sei auch im Rahmen der fürsorglichen Aufnahme eine solche Entscheidung über eine zwangsweise Unterbringung weitestmöglich zu vermeiden. Diese Erwägungen sprechen für eine nicht zu kurze Fristenregelung. Erfahrungen sowohl von Psychiatrie-Erfahrenen, deren Angehörigen, als auch von Ärztinnen und Ärzten sowie Sozialverbänden haben gezeigt, dass Patientinnen und Patienten, die im Wege einer „Not-Vorführung“ aufgenommen werden, häufig angesichts ihrer gesundheitlichen Verfassung nicht in der Lage sind, eine auf freie Selbstbestimmung basierende Entscheidung über das Verbleiben in der anerkannten Einrichtung zu treffen. Oftmals stabilisiere sich allerdings der gesundheitliche Zustand nach der Einweisung wieder, sodass sich die Patientin oder der Patient vor Absenden des Unterbringungsantrags noch freiwillig für einen weiteren stationären Klinikaufenthalt entscheide. Dieses Zeitfenster, im Rahmen dessen mit einer Stabilisierung des Gesundheitszustands verbunden mit der Chance einer freien Willensentscheidung zu rechnen sei, gelte es zugunsten der Patientin oder des Patienten positiv zu nutzen. Andererseits ist es jedoch in Anbetracht des Eingriffs in die Freiheitsrechte der aufgenommenen Person geboten, den zeitlichen Rahmen bis zur richterlichen Anhörung im Sinne des Artikels 104 Absatz 2 Satz 2 GG auf ein absolutes Mindestmaß zu begrenzen. Zwar hat das Bundesverfassungsgericht mit Beschluss vom 28. Oktober 1980 (2 BvR 1087/79; vgl. auch Justiz 1982, 159 so-

wie Juchart/Warmbrunn/Stolz, a. a. O., Ziffer 4.1 zu § 4) entschieden, dass die psychiatrischen Kliniken nicht als verlängerter Arm der Polizei anzusehen seien, somit die nach Artikel 104 Absatz 2 Satz 3 GG gesetzte Frist („bis zum Ende des Tages nach dem Ergreifen“) auch nicht für die fürsorgliche Aufnahme in einer Klinik gelte. Aufgabe des Gesetzgebers ist es jedoch, die Frist zwischen Aufnahme und richterlicher Entscheidung, auf das unbedingt notwendige Maß festzulegen. Nach Artikel 104 Absatz 2 Satz 2 GG ist eine richterliche Entscheidung „unverzüglich“, d. h. ohne schuldhaftes Zögern, herbeizuführen. Der Fachaustausch unter Beteiligung unterschiedlicher Experten, Betroffenen und Sozialverbände im Vorfeld des formellen Gesetzgebungsverfahrens (s. o.) hat ergeben, dass bei einer Verkürzung der bisherigen Frist des § 4 Absatz 4 UBG um einen Tag eine realistische Chance bestehe, das Vertrauen der Patientin oder des Patienten zu gewinnen und gegebenenfalls von der Notwendigkeit einer stationären Behandlung zu überzeugen. Die Dynamisierung der Frist im Falle einer fürsorglichen Aufnahme oder Zurückhaltung an einem Freitag nach Satz 2 des Absatzes 4 eröffnet zugunsten der betroffenen Person die Möglichkeit, am darauffolgenden Montagvormittag noch von dem für die Behandlung zuständigen Ober- oder Facharzt gesehen zu werden, sofern dieser keine Wochenendbereitschaft hatte. Entsprechendes gilt für die richterliche Anhörung; auch diesbezüglich soll die aufgenommene oder zurückgehaltene Person nicht ausschließlich auf den Wochenendbereitschaftsdienst verwiesen werden. Aufgrund der einschneidenden Wirkung des Unterbringungsbeschlusses ist vielmehr weitestmöglich gesetzlich sicherzustellen, dass unabhängig vom Wochentag der Aufnahme oder Zurückhaltung gleichwertige fachliche Voraussetzungen bei der Beurteilung der Unterbringungsbedürftigkeit gewährleistet sind. Satz 2 dient damit Patienteninteressen und Qualitätsaspekten. Das volle Ausschöpfen der Frist nach den Sätzen 1 und 2 ist jedoch nur dann zulässig, wenn zu erwarten ist, dass eine hinsichtlich der Behandlungsbedürftigkeit uneinsichtige Person innerhalb dieses Zeitfensters der stationären Aufnahme noch freiwillig zustimmen wird.

Zu Absatz 5:

Absatz 5 knüpft an den bisherigen § 4 Absatz 5 UBG an. Satz 1 der bisherigen Regelung, wonach im Falle des freiwilligen Verbleibs des Betroffenen in der anerkannten Einrichtung die Aufnahme einer vom Betroffenen genannten Person seines Vertrauens mitzuteilen ist, wenn der Betroffene nicht ausdrücklich widerspricht, wird gestrichen. Ein Patient, der nach fürsorglicher Aufnahme freiwillig in der anerkannten Einrichtung verbleibt, hat dieselben Rechte wie jeder andere freiwillig aufgenommene Patient. Eine automatische Benachrichtigung einer Vertrauensperson für den Fall, dass der Patient nicht ausdrücklich widerspricht, wie bislang gesetzlich vorgesehen, steht nicht im Einklang mit dem Grundsatz der freien Willensbestimmung. Ein Erfordernis, von diesem Grundsatz in der bezeichneten Situation abzuweichen, ist nicht ersichtlich. Im Übrigen wird der Inhalt des § 4 Absatz 5 UBG übernommen.

Zu § 17:

§ 17 übernimmt den bisherigen § 5 UBG.

Zu § 18:

§ 18 übernimmt den bisherigen § 6 UBG.

Zu § 19:

Zu Absatz 1:

Absatz 1 übernimmt im Wesentlichen den bisherigen § 7 Absatz 1 UBG. Lediglich die Formulierung „Die (...) Untergebrachten“ wird durch die Formulierung „Die (...) untergebrachten Personen“ ersetzt.

Zu Absatz 2:

Für die im Rahmen der Unterbringung nach diesem Gesetz notwendigen Eingriffe in die Rechte der Patienten werden durch die §§ 20 ff. hinsichtlich der grundrechtsrelevanten Bereiche Ermächtigungsgrundlagen geschaffen. In Anbetracht der vielfältigen Lebenssachverhalte in der Praxis ist jedoch nicht jeder Eingriffstatbestand vorhersehbar, eine abschließende Formulierung von Einzelfallregelungen somit nicht möglich. Die eng begrenzte Generalklausel des Absatzes 2 Satz 1 dient daher in diesen Fällen als Auffangtatbestand. Soweit dieses Gesetz keine besonderen Regelungen enthält, haben danach die untergebrachten Personen diejenigen Maßnahmen zu dulden, die zur Aufrechterhaltung der Sicherheit und zur Gewähr des geordneten Zusammenlebens in der anerkannten Einrichtung notwendig sind. Der Begriff der „Sicherheit“ umfasst die äußere Sicherheit als Gewährleistung des Aufenthalts in der Einrichtung, die Verhinderung von Gefahren von außen, aber insbesondere die innere Sicherheit als Abwendung von Gefahren für Personen und Sachen in der Einrichtung (beispielsweise Gesundheitsgefährdungen, die Gefahr der Selbstschädigung, Brandgefahr). Auch sicherheitstechnische Vorrichtungen und Ausstattungen zur Aufrechterhaltung der Sicherheit in der Einrichtung können hierunter fallen (zum Sicherheitsbegriff vgl. auch Arloth, Kommentar zum Strafvollzugsgesetz, § 81, Rn. 1 f., 3. Auflage, 2011). Um ein geordnetes Zusammenleben in der Einrichtung zu gewährleisten, können beispielsweise Maßnahmen in Sinne von Eingriffen in die Patientenrechte zur Durchsetzung und Aufrechterhaltung der Hausordnung erforderlich sein (z. B. die Durchsetzung einer Beschränkung in der Hausordnung, die eine Maximalzahl von eigenen Büchern für jeden Patienten vorsieht). Hingegen ist die Medikation mit sedierender Wirkung nicht als Maßnahme zur Aufrechterhaltung der Sicherheit und Ordnung nach § 19 Absatz 2, sondern nur als Maßnahme der Zwangsbehandlung unter den Voraussetzungen des § 20 gerechtfertigt. Absatz 2 Satz 2 ist Ausdruck des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes, der bei jeder Einzelmaßnahme zu berücksichtigen ist.

Zu Absatz 3:

Die bereits im bisherigen § 7 Absatz 3 UBG verankerte Regelung, wonach Kinder und Jugendliche je nach Eigenart und Schwere ihrer Krankheit und ihrem Entwicklungsstand gesondert untergebracht und betreut werden sollen, wird in Absatz 3 Satz 1 des neuen § 19 übernommen. Durch Absatz 3 Satz 2 wird diese Zielsetzung nunmehr konkretisiert: Die Behandlung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen soll grundsätzlich in hierfür spezialisierten Abteilungen erfolgen. Von diesem Grundsatz können sachlich gerechtfertigte Ausnahmen bestehen, die nach Absatz 3 Satz 3 zu begründen sind. Absatz 3 Satz 4 stellt klar, dass die Regelungen der §§ 1631 b, 1800 und 1915 BGB unberührt bleiben.

Der bisherige § 7 Absatz 4 UBG wird gestrichen. Die Unterbringung soll dem Zweck der Behandlung dienen. Hierzu gehören neben vielen weiteren Anwendungen und Therapien auch – soweit angezeigt – die Beschäftigungs- und Arbeitstherapie. Daher erweist sich die Regelung als inhaltsleer.

Der bisherige § 7 Absatz 5 UBG wird gestrichen. Die hierdurch niedergelegte gesetzliche Verpflichtung der untergebrachten Personen, im Rahmen ihrer Möglich-

keiten der anerkannten Einrichtung die für die verwaltungsmäßige Abwicklung und Behandlung notwendigen Angaben, insbesondere zur Person, zum Kostenträger und bisherigen Krankheitsverlauf zu machen, hat sich nicht als praxisnah erwiesen. In der Regel werden die notwendigen Angaben von den Patienten freiwillig erbracht. Sofern der Patient jedoch entsprechende Auskünfte verweigert, ist eine Sanktionierung auf der Grundlage dieser Vorschrift nicht möglich.

Zu § 20:

§ 20 PsychKHG beruht inhaltsgleich auf dem im Juli 2013 in Kraft getretenen § 8 UBG mit Ausnahme technischer Klarstellungen aus dem Ergebnis der Anhörung.

Zu § 21:

§ 21 übernimmt im Wesentlichen den bisherigen § 9 UBG. Lediglich die Formulierung „Der Untergebrachte“ wird durch die Formulierung „Die untergebrachte Person“ ersetzt. Im Rahmen der Erarbeitung des Eckpunktepapiers zu diesem Gesetz wurde von den Beteiligten angedacht, die Formulierung „persönliche Kleidung“ durch „eigene Kleidung“ zu ersetzen. Da ein Kleidungsstück jedoch nicht zwingend im Eigentum des Patienten stehen muss, um für ihn von persönlichem Interesse zu sein, wurde von einer diesbezüglichen Änderung abgesehen.

Zu § 22:

Zu Absatz 1:

Absatz 1 knüpft an die Fassung des bisherigen § 10 Absatz 1 UBG an, wobei der Normadressatenkreis erweitert wird. Die Vorschrift privilegiert neben den schon bislang in § 10 Absatz 1 UBG genannten schriftlichen Mitteilungen an bestimmte Adressaten auch schriftliche Mitteilungen an bestimmte (durch Rechtsgeschäft) Bevollmächtigte – hierzu gehören neben der Rechtsanwältin und dem Rechtsanwalt auch der oder die General- oder Vorsorgebevollmächtigte –, an Beschwerdestellen, die Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder sowie die Aufsichtsbehörden nach § 38 des Bundesdatenschutzgesetzes, schriftliche Mitteilungen an den Europäischen Ausschuss zur Verhütung von Folter und unmenschlicher und erniedrigender Behandlung oder Strafe und weitere Einrichtungen, mit denen der Schriftverkehr aufgrund völkerrechtlicher Verpflichtung der Bundesrepublik Deutschland geschützt ist, sowie bei ausländischen Staatsangehörigen an die diplomatischen und konsularischen Vertretungen ihres Heimatlandes in der Bundesrepublik Deutschland. Die genannten schriftlichen Mitteilungen dürfen nicht geöffnet und nicht zurückgehalten werden, wenn sie an die Anschriften dieser Stellen gerichtet sind und den Absender zutreffend angeben. Entsprechendes gilt für schriftliche Mitteilungen dieser Personen und Stellen an die untergebrachte Person. Die im bisherigen § 10 Absatz 1 UBG des Weiteren enthaltenen „Telegramme“ werden aus Absatz 1 gestrichen und mit den „Telefaxen“ sowie den „elektronischen Nachrichten“ im neuen Absatz 5 zusammengefasst. Neu ist die äußerliche Untersuchung des Schriftwechsels mit privilegierten Personen auf verbotene Gegenstände. Sie entspricht jedoch der bisherigen Rechtslage, wonach Abtasten und Röntgen zulässig sind. Die Vorschrift orientiert sich insoweit an § 24 Absatz 2 Buch 3 des Justizvollzugsgesetzes (JVollzG III).

Zu den Absätzen 2 bis 4:

Die Absätze 2 bis 4 übernehmen im Wesentlichen den bisherigen § 10 Absätze 2 bis 4 UBG. Lediglich die „Telegramme“ werden aus diesen Absätzen gestrichen und im neuen Absatz 5 mit den „Telefaxen“ sowie den „elektronischen Nachrichten“

ten“ zusammengefasst (siehe bereits die Ausführung unter Absatz 1). Die Formulierung „Der Untergebrachte“ wird jeweils durch die Formulierung „Die untergebrachte Person“ ersetzt. In Absatz 3 Satz 3 wird klarstellend auf § 1896 Absatz 4 BGB verwiesen.

Zu Absatz 5:

Absatz 5 stellt klar, dass die Absätze 1 bis 4 für Telegramme und Telefaxe entsprechend Anwendung finden, wenngleich das Telegramm in der Praxis an Bedeutung verloren hat. In Anbetracht der zunehmenden Relevanz der elektronischen Nachrichtenübermittlung hat diese Form der Kommunikation und Information Eingang in das Gesetz gefunden.

Zu § 23:

Zu Absatz 1:

Die Vorschrift ist an den bisherigen § 11 UBG angelehnt. Der dort gebrauchte Begriff des „Urlaubs“ wurde im neuen § 23 klarstellend durch die „Belastungserprobung“ ersetzt, der inhaltlich bestimmter den Normzweck beschreibt. Durch die Regelung soll die untergebrachte Person nicht von der Unterbringung „freigestellt“ werden, was die Formulierung „Urlaub“ fälschlicherweise vermitteln könnte. Vielmehr geht es darum, die Leistungspotenziale, die Belastbarkeit des Patienten im Rahmen seiner Behandlung festzustellen, um ihm die schrittweise Wiedereingliederung in das gesellschaftliche Leben zu ermöglichen.

Durch Absatz 1 Satz 2 wird die in der Praxis zur schrittweisen Öffnung der geschlossenen Unterbringung wichtige stundenweise Belastungserprobung (Ausgang), die begleitet oder unbegleitet gewährt werden kann, Inhalt des Gesetzes. Die untergebrachte Person hat grundsätzlich keinen Anspruch auf Gewährung einer Belastungserprobung („kann“). Das Ob und Wie der Gewährung steht im Ermessen der Einrichtung.

Zu den Absätzen 2 und 3:

Die Absätze 2 und 3 entsprechen den Absätzen 2 und 3 des bisherigen § 11 UBG; zur Ersetzung des Begriffs „Urlaub“ durch „Belastungserprobung“ siehe bereits die Begründung unter Absatz 1.

Zu § 24:

Zu Absatz 1:

Absatz 1 Satz 1 stellt das aus Artikel 4 Absatz 2 GG fließende Recht auf Zulassung der religiösen Betreuung durch einen Seelsorger der Religionsgemeinschaft auf eine landesgesetzliche Grundlage. Dieses Recht korrespondiert mit dem den Religionsgesellschaften nach Artikel 140 GG in Verbindung mit Artikel 141 Weimarer Reichsverfassung zustehenden Recht, „zur Vornahme religiöser Handlungen“ in den Krankenhäusern zugelassen zu werden. Allerdings steht der untergebrachten Person kein Recht auf Seelsorge gegenüber der anerkannten Einrichtung zu, da die Seelsorge auszuüben nicht zu ihren Aufgaben gehört. Die untergebrachte Person hat vielmehr einen Anspruch gegenüber der anerkannten Einrichtung auf Ausübung des pflichtgemäßen Ermessens bei der Entscheidung darüber, wie die religiöse Betreuung in der Einrichtung organisiert wird (vgl. entsprechend für den Bereich des Strafvollzugs, Calliess/Müller-Dietz, Kommentar zum Strafvollzugsgesetz, § 53, Rn. 1, 9. Auflage, 2002, unter Verweis auf BT-Dr. 7/918, 72).



Soweit die untergebrachte Person jedoch eine Hilfestellung bei der Vermittlung einer Seelsorgerin oder eines Seelsorgers wünscht, ist sie durch die Einrichtung hierbei zu unterstützen (Absatz 1 Satz 2). In Absatz 1 Satz 3 ist des Weiteren das Recht, am Gottesdienst und an anderen religiösen Veranstaltungen des eigenen Bekenntnisses innerhalb der Einrichtung teilzunehmen, verankert.

Zu Absatz 2:

Absatz 2 bestimmt, unter welchen Voraussetzungen die Freiheit auf Religionsausübung beschränkt werden kann. Zum einen bilden zwingende Gründe der Behandlung, also Gründe, die sich aus dem Unterbringungszweck selbst ergeben, eine dem Gesetz immanente Schranke. Zum anderen sind aus überwiegenden Gründen der Sicherheit und Ordnung die zur Abwendung einer konkreten Gefahr notwendigen Maßnahmen durch diese Regelung gerechtfertigt. Im Falle des Eingriffs in die Religionsausübungsfreiheit soll nach Möglichkeit die zuständige Seelsorgerin oder der zuständige Seelsorger gehört werden.

Zu Absatz 3:

Absatz 3 bestimmt, dass für Angehörige weltanschaulicher Bekenntnisse die Absätze 1 und 2 entsprechend gelten. Die Wortwahl des „weltanschaulichen Bekenntnisses“ bringt mit der Anknüpfung an Artikel 4 GG eine Abgrenzung zum Begriff „Gemeinschaft“, die vermeidet, dass Weltanschauungen einbezogen werden, deren Hauptziel auf politische Tätigkeit gerichtet ist (vgl. auch entsprechend für den Strafvollzug, Calliess/Müller-Dietz, a. a. O., § 55, sowie BT-Dr. 7/3998, 25).

Zu § 25:

In Anbetracht des gravierenden Eingriffs in die Rechte der untergebrachten Person stellt § 25 die „besonderen Sicherungsmaßnahmen“ unter strenge tatbestandliche Voraussetzungen.

Zu Absatz 1:

Nach Absatz 1 sind besondere Sicherungsmaßnahmen nur zulässig, wenn und solange eine gegenwärtige erhebliche Gefahr für die Sicherheit in der anerkannten Einrichtung besteht, insbesondere bei erheblicher Selbstgefährdung, der Gefährdung bedeutender Rechtsgüter Dritter oder wenn die untergebrachte Person die Einrichtung ohne Erlaubnis verlassen will, und dieser Gefahr nicht mit weniger eingreifenden Mitteln begegnet werden kann. Die Anordnung von besonderen Sicherungsmaßnahmen setzt danach eine gesteigerte Gefährdungssituation voraus. Nur bei einer gegenwärtigen erheblichen Gefahr oder einer bereits eingetretenen Störung für die Sicherheit in der anerkannten Einrichtung können besondere Sicherungsmaßnahmen gerechtfertigt sein. Gegenwärtig ist die Gefahr, wenn die Rechtsgutsbedrohung bei natürlicher Weiterentwicklung jederzeit in einen Schaden umschlagen kann (Tröndle/Fischer, Strafgesetzbuch, § 34, Rn. 7, 60. Auflage, 2013). Das Vorliegen einer erheblichen Gefahr setzt neben diesem zeitlichen Element zudem eine qualitativ gesteigerte Gefahr durch eine Gefährdung von erheblichen Rechtsgütern, durch den erheblichen Umfang des drohenden Schadens oder die erhebliche Intensität der Störung voraus. Eine solche Gefährdungslage ist insbesondere bei einer erheblichen – gegenwärtigen – Selbstgefährdung, der Gefährdung bedeutender Rechtsgüter Dritter oder wenn die untergebrachte Person die Einrichtung verlassen will, zu bejahen. In diesen Fällen ist des Weiteren eine strenge Verhältnismäßigkeitsprüfung vorzunehmen; zulässig ist eine besondere Sicherungsmaßnahme im Sinne des Absatzes 2 nur dann, wenn und solange eine gegenwärtige erhebliche Gefahr für die Sicherheit in der anerkannten Einrichtung

besteht und dieser Gefahr nicht mit weniger eingreifenden Mitteln begegnet werden kann. Es muss also stets das mildeste Mittel angewendet und die zur Gefährdungsbewältigung kürzest mögliche Zeitspanne eingehalten werden.

Zu Absatz 2:

Absatz 2 nennt die besonderen Sicherungsmaßnahmen abschließend. Die Beschränkung beziehungsweise der Entzug des Aufenthalts im Freien (Nummer 1) meint in der Regel, dass der Patient teilweise oder ganz vom gemeinsamen Aufenthalt im Freien – in Abweichung der einrichtungsbezogenen Regelungen (z. B. Hausordnung) – ausgeschlossen wird. In besonders gelagerten Fällen kann unter strenger Abwägung der widerstreitenden Interessen auch der Ausschluss eines überwachten Einzelaufenthalts im Freien geboten sein. Eine Fixierung über einen längeren Zeitraum ist regelmäßig mit einem vollständigen Entzug des Aufenthalts im Freien verbunden. Bei der Wegnahme oder Vorenthaltung von Gegenständen (Nummer 2) ist eine Abgrenzung zu § 21 vorzunehmen, wonach die untergebrachte Person persönliche Gegenstände in ihrem Zimmer haben kann, soweit ihr Gesundheitszustand es gestattet und die Sicherheit und Ordnung der anerkannten Einrichtung nicht gestört ist. Im Gegensatz zu § 25 Absatz 2 Nummer 2 setzt § 21 somit eine unmittelbare erhebliche Gefährdungslage nicht voraus, sondern ermöglicht eine Beschränkung von persönlichen Gegenständen im Zimmer der untergebrachten Person schon bei einem niedrigeren Gefährdungsgrad, wengleich auch im Rahmen dieser Norm eine Verhältnismäßigkeitsabwägung zu erfolgen hat. Besonders einschneidende Eingriffe in die persönliche (Bewegungs-)Freiheit beinhalten die besonderen Sicherungsmaßnahmen gemäß den Nummern 3 bis 5. Nummer 3 ermöglicht die Absonderung in einen besonders gesicherten Raum. Die betroffene Patientin oder der betroffene Patient wird hierzu aufgrund eines bestimmten Vorkommnisses – z. B. Suizidversuch, Randalieren – in einen von anderen Patientinnen und Patienten getrennten Raum gebracht und dort eingeschlossen oder am Verlassen des Raums gehindert. Zur besonderen Sicherung des Raumes kann beispielsweise das Vorenthalten von gefährdenden Gegenständen gehören. Durch Nummer 4 wird die Eingriffsermächtigung für die Fixierung geregelt. Unter Fixierung ist die am Körper oder in der unmittelbaren Umgebung der Patientin oder des Patienten angebrachte mechanische Einschränkung der Bewegungsfreiheit zu verstehen: z. B. das Festbinden mit speziellem Gurtmaterial oder vorwiegend in der Gerontopsychiatrie zur Anwendung kommende Techniken wie Bettgitter, Steckbrett, Schutzdecke. Eine Fixierung geht aus Gründen der Wahrung der Privatsphäre in der Regel mit einer Isolierung einher. In Anbetracht der besonderen Eingriffsintensität der Fixierung in die Rechte des Patienten ist eine äußerst restriktive Anwendung geboten (zur ohnehin erforderlichen strengen Verhältnismäßigkeitsprüfung siehe oben unter Absatz 1). Nummer 5 nennt das „Festhalten anstelle der Fixierung“ als eigenständige Sicherungsmaßnahme. Hierunter ist die Immobilisierung der Patientin oder des Patienten mittels körperlicher Techniken durch therapeutisches oder pflegerisches Fachpersonal zu verstehen. Diese Variante der Beschränkung der Bewegungsfreiheit wird teilweise von Patienten weniger einschneidend empfunden als der Eingriff durch mechanische Vorrichtungen wie die Fixierung. Ob in der jeweiligen Gefährdungssituation das Festhalten oder die Fixierung als erforderlich und angemessen zu qualifizieren ist, muss im Wege der Einzelfallabwägung ermittelt werden. Hiervon zu unterscheiden ist das Festhalten als Maßnahme des unmittelbaren Zwangs, die ausschließlich zum Zwecke der Durchsetzung einer Sicherungsmaßnahme – beispielsweise einer Fixierung, Isolierung oder Behandlung – eingesetzt wird.

Zu Absatz 3:

Im Wege der Absätze 3 bis 5 werden verfahrensrechtliche Absicherungen geschaffen, um die Einhaltung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes bei der Anwendung von Maßnahmen nach Absatz 2 weitestmöglich sicherzustellen.

Nach Absatz 3 Satz 1 ist jede besondere Sicherungsmaßnahme von einer Ärztin oder einem Arzt der anerkannten Einrichtung zeitlich befristet anzuordnen. Sie ist nach Satz 2 unverzüglich aufzuheben, wenn die Voraussetzungen für ihre Anordnung weggefallen sind. Die Klarstellung der notwendigen „zeitlichen Verhältnismäßigkeit“ korrespondiert mit der Formulierung in Absatz 1, wonach besondere Sicherungsmaßnahmen nur zulässig sind, (wenn und) solange eine erhebliche Gefahr für die Sicherheit in der anerkannten Einrichtung besteht. Im Gegensatz zur Anordnung der besonderen Sicherungsmaßnahme muss deren Aufhebung nicht zwingend durch eine Ärztin oder einen Arzt persönlich erfolgen, wenngleich die Gesamtverantwortung und Kontrolle auch über die Aufhebung einer besonderen Sicherungsmaßnahme bei der zuständigen Ärztin oder dem zuständigen Arzt liegt (vgl. auch Absatz 3 Satz 5). Bei Absonderungen im Sinne des Absatzes 2 Nummer 3 hat eine engmaschige Überwachung durch therapeutisches oder pflegerisches Personal zu erfolgen (Absatz 3 Satz 3). Bei Fixierungen wird eine gesetzliche Verpflichtung zur unmittelbaren, persönlichen und in der Regel ständigen Begleitung im Wege des Sicht- und Sprechkontakts geschaffen. Durch die Formulierung des Tatbestandsmerkmals „ständige“ als Regeltatbestand wird dem behandelnden Arzt für besondere Fallkonstellationen betreffend die Eingriffsintensität der Fixierungsmaßnahme im Einzelfall ein Entscheidungsspielraum einräumt. Befindet sich beispielsweise eine Person in einem zwar verwirrten, jedoch insgesamt eher stabilen seelischen Zustand und soll die Fixierung eine lediglich sturzprophylaktische oder infusionssichernde Funktion erfüllen, kann im Einzelfall anstatt einer „ständigen“, eine engmaschige Begleitung ausreichend sein. Eine „unmittelbare“ und „persönliche Begleitung“ ist in jedem Falle zwingend, sodass weder eine „Überwachung“ im Wege der Ton- oder Videoaufnahme erfolgen darf, noch Fixierungen in „Fixierungssälen“ möglich sind. Soweit die untergebrachte Person auf die unmittelbare, persönliche und ständige Begleitung im Rahmen der Fixierung verzichtet (vgl. Satz 4 Halbsatz 2), wird zwar die Einrichtung von dieser Verpflichtung entbunden. Die Verpflichtung zu einer ermessensfehlerfreien Entscheidung bleibt jedoch bestehen. Ist beispielsweise aufgrund des gesundheitlichen Zustandes der zu fixierenden Person eine ständige, unmittelbare und persönliche Begleitung als dringend geboten anzusehen, so reduziert sich dieses Ermessen auf Null; ein Verzicht ist in diesem Falle unbeachtlich. Der Verzicht durch die Patientin oder den Patienten spielt jedoch 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. Bei allen Maßnahmen ist die ärztliche Kontrolle im erforderlichen Maß zu gewährleisten; die Erforderlichkeit muss im Einzelfall bestimmt werden. Zudem haben sich alle Maßnahmen an Qualitätsstandards zu orientieren, die anerkannten Behandlungsrichtlinien folgen.

Zu Absatz 4:

Absatz 4 beinhaltet eine Dokumentationspflicht für die Anordnung, Begründung und Beendigung der besonderen Sicherungsmaßnahmen.

Zu Absatz 5:

Absatz 5 stellt klar, dass ungeachtet der Regelungen zu den „besonderen Sicherungsmaßnahmen“ nach § 25 für die „Behandlung“ die besonderen Bestimmungen des § 20 Anwendung finden.

Zu § 26:

Um Behandlungs- und Sicherungsmaßnahmen notfalls auch zwangsweise durchsetzen zu können, bedarf es einer Ermächtigungsgrundlage, die den Bediensteten

der anerkannten Einrichtung die Möglichkeit eröffnet, unmittelbaren Zwang bei mangelnder Bereitschaft der untergebrachten Person anzuwenden. Die Vorschrift des § 26 knüpft an den bisherigen § 12 UBG an.

Zu Absatz 1:

Die zwangsweise Durchsetzung einer Maßnahme setzt voraus, dass die Anordnung dieser Maßnahme rechtmäßig ist. Die Tatbestandsvoraussetzungen der entsprechenden Rechtsgrundlagen nach den §§ 20, 25 und 19 Absatz 2 Satz 1 müssen mithin gegeben sein. Bedienstete der anerkannten Einrichtung dürfen daher nach § 26 Absatz 1 gegen eine untergebrachte Person unmittelbaren Zwang nur dann anwenden, wenn diese zur Duldung der Maßnahme verpflichtet ist. Zur Duldung der Maßnahme ist die untergebrachte Person mithin verpflichtet, wenn die Voraussetzungen einer Eingriffsnorm (§§ 20, 25 und 19 Absatz 2 Satz 1) erfüllt sind. Der bisherige Satz 2 des § 12 UBG wird gestrichen; die ärztliche Anordnung als Voraussetzung einer Zwangsbehandlung ist in § 20 Absatz 4 (ehemals § 8 Absatz 4 UBG) spezialgesetzlich geregelt.

Zu Absatz 2:

Durch Absatz 2 wird die Definition des „unmittelbaren Zwangs“ in den Gesetzestext aufgenommen. Unmittelbarer Zwang in diesem Sinne ist die Einwirkung auf Personen oder Sachen durch körperliche Gewalt oder andere Hilfsmittel. Als Hilfsmittel der körperlichen Gewalt kommen insbesondere geeignete Fesseln in Betracht.

Zu Absatz 3:

Absatz 3 übernimmt im Wesentlichen den bisherigen § 12 Absatz 2 UBG und enthält verfahrensrechtliche Vorgaben. Die Anwendung des unmittelbaren Zwangs ist anzudrohen. Die Androhung darf nur dann unterbleiben, wenn die Umstände sie nicht zulassen, insbesondere wenn er sofort angewendet werden muss, um eine gegenwärtige Gefahr abzuwenden. Der bislang in § 12 Absatz 2 gebrauchte Begriff der „Ankündigung“ wird durch den in der Zwangsvollstreckung üblichen Begriff der „Androhung“ ersetzt.

Zu Absatz 4:

Nach Absatz 4 soll abhängig vom Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten eine Nachbesprechung der Anwendung unmittelbaren Zwangs zeitnah, möglichst gemeinsam mit der pflegerischen und therapeutischen Bezugsperson erfolgen.

Zu Absatz 5:

Absatz 5 stellt klar, dass auch bei der zwangsweisen Durchsetzung einer Maßnahme dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz strenge Beachtung zu schenken ist. In diesem Zusammenhang spielen nicht zuletzt Schulungen und Fortbildungen zum Deeskalationsmanagement und zum sicheren Umgang mit Zwangsmaßnahmen eine wesentliche Rolle, um dem regelmäßig mit Krisensituationen konfrontierten Personal die notwendige Qualifikation zur angemessenen Bewältigung einer Gefährdungslage zu vermitteln.

Zu Absatz 6:

Korrespondierend zu § 25 Absatz 5 beinhaltet § 26 Absatz 6 eine Dokumentationspflicht im Hinblick auf die Anwendung unmittelbaren Zwangs.

Zu § 27:

Zu Absatz 1:

Neben den Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen nach § 9, die auf Ebene der Stadt- und Landkreise die Interessen von Betroffenen und Angehörigen sowohl im ambulanten als auch teilstationären und stationären Bereich vertreten (siehe im Einzelnen die Begründung zu § 9), sind nach § 27 Absatz 1 auf Landesebene durch das Sozialministerium Besuchskommissionen zu berufen. Die Besuchskommissionen besuchen mindestens alle drei Jahre die anerkannten Einrichtungen nach § 14, in denen Betroffene nach diesem Gesetz untergebracht werden, und überprüfen diese daraufhin, ob die mit der Unterbringung von Personen nach § 1 Nummer 1 verbundenen Aufgaben erfüllt werden. Hierdurch soll dem besonderen Schutzbedürfnis von untergebrachten Personen Rechnung getragen und der tiefgreifenden Eingriffsintensität der Unterbringung mit transparenten Kontrollmechanismen begegnet werden. Die Überprüfung umfasst die generelle Qualität der stationären Unterbringung, wie zum Beispiel die Verpflegung, Kleidung sowie die hygienischen und allgemeinen Verhältnisse. Des Weiteren ist den untergebrachten Patientinnen und Patienten bei den Besichtigungen Gelegenheit zu geben, Wünsche beziehungsweise Anregungen und Beschwerden vorzutragen (Absatz 1 Satz 3). Den Besuchskommissionen ist zu diesem Zwecke ungehinderter Zugang zu den Einrichtungen zu gewähren (Absatz 1 Satz 2). Die Einrichtungen sind verpflichtet, die Besuchskommissionen bei ihrer Tätigkeit zu unterstützen und ihnen unter Berücksichtigung des Gebots der Schweigepflicht der Angehörigen der Heilberufe (vgl. auch Absatz 5) die gewünschten Auskünfte zu erteilen. Im Rahmen der Erfüllung ihrer Aufgaben ist den Besuchskommissionen auch Einsicht in die hierfür erforderlichen Unterlagen zu gewähren (Absatz 1 Sätze 4 und 5). Zur Einsicht in personenbezogene Patientenunterlagen bedarf es der Einwilligung der betroffenen untergebrachten Person. Da im Wege der Überprüfung der persönlichen Patientenakte insbesondere die Wahrung subjektiver Rechte der betroffenen untergebrachten Person sichergestellt werden soll, ist eine Einsichtnahme ohne entsprechende Einwilligung in Anbetracht datenschutzrechtlicher Belange nicht möglich.

Zu Absatz 2:

Absatz 2 Satz 1 legt fest, aus welchen Personen die Besuchskommissionen in der Regel zusammengesetzt werden sollen. Absatz 2 Satz 2 beugt Interessenkonflikten der Kommissionsmitglieder vor und bezweckt somit, die Objektivität der Arbeit zu gewährleisten. Nach Möglichkeit sollen die Kommissionsmitglieder zudem gemäß Absatz 2 Satz 3 auf Vorschlag des Landesarbeitskreises Psychiatrie berufen werden, der sich paritätisch aus den verschiedenen Beteiligten des psychiatrischen Versorgungssystems zusammensetzt (vgl. auch § 11). Die oder der Vorgeschlagene kann die Tätigkeit aus wichtigen Gründen ablehnen; aus eben solchen Gründen kann auch das Ausscheiden verlangt werden (Absatz 2 Satz 4).

Zu Absatz 3:

Absatz 3 enthält Vorgaben betreffend das Verfahren nach Besichtigung einer anerkannten Einrichtung: Gemäß Satz 1 hat jede Besuchskommission alsbald, spätestens drei Monate nach einem Besuch, der Ombudsstelle auf Landesebene (§ 10

Absatz 1) einen Besuchsbericht mit dem Ergebnis der Überprüfung vorzulegen. Zugleich erhalten die anerkannte Einrichtung sowie die zuständige Aufsichtsbehörde eine Durchschrift dieses Berichts (Satz 2). Dem Einrichtungsträger soll hierdurch nicht zuletzt die Möglichkeit eröffnet werden, die Feststellungen der Besuchskommission zu analysieren und gegebenenfalls erforderliche Fortentwicklungen der Einrichtung einzuleiten. Auch innerhalb des Berichts sind die Belange des Datenschutzes zu berücksichtigen. Nach Absatz 3 Satz 3 dürfen Kenntnisse über persönliche Belange von Patientinnen und Patienten nur in einer Form in den Bericht aufgenommen werden, die keine identifizierenden Rückschlüsse auf einzelne Personen zulässt, es sei denn, diese Kenntnisse sind zur Darstellung des Sachzusammenhangs in einem Bericht unerlässlich und die Patientin oder der Patient hat in die Aufnahme eingewilligt. Die Ombudsstelle informiert den Landtag einmal in der Legislaturperiode im Rahmen ihres Berichts nach § 10 Absatz 4 auch zusammenfassend über die Ergebnisse der Arbeit der Besuchskommissionen (Absatz 3 Satz 4). Hierdurch wird eine angemessene Beteiligung der Öffentlichkeit sichergestellt.

Zu Absatz 4:

Absatz 4 Satz 1 gewährleistet die Unabhängigkeit der Mitglieder der Besuchskommissionen; diese sind an Weisungen nicht gebunden. Durch Absatz 4 Satz 2 wird die Pflicht der Kommissionsmitglieder zur Verschwiegenheit normiert. Ihre Aufgabenwahrnehmung erfolgt ehrenamtlich. Für ihre Entschädigung gelten die Vorschriften über die Entschädigung von ehrenamtlichen Richterinnen und Richtern des Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetzes entsprechend (Absatz 4 Sätze 3 und 4).

Zu Absatz 5:

Absatz 5 stellt klar, dass die Kontrollfunktion der Besuchskommissionen das Petitionsrecht, die Aufsichtspflichten und -rechte der zuständigen Behörden nicht ersetzt, sondern neben diesen besteht. Auch das Gebot der Schweigepflicht der Angehörigen der Heilberufe bleibt im Rahmen der Aufgabenwahrnehmung der Besuchskommissionen unberührt.

Zu § 28:

§ 28 übernimmt im Wesentlichen den bisherigen § 13 UBG. Anstatt der bisherigen Begrifflichkeit „Der Untergebrachte“ wird die Formulierung „Die untergebrachte Person“ gewählt. In Absatz 1 Nummer 3 wird aufgrund der geänderten Paragrafenzählung „§ 4“ durch „§ 16“ ersetzt.

Zu § 29:

§ 29 übernimmt im Wesentlichen den bisherigen § 14 UBG. Lediglich in Satz 2 wird aufgrund der geänderten Paragrafenzählung „§ 3“ durch „§ 15 Absatz 2“ ersetzt.

Zu § 30:

Zu Absatz 1:

Absatz 1 übernimmt im Wesentlichen den bisherigen § 16 UBG. Es wird lediglich klargestellt, dass sich die Regelung auf die Tätigkeit der Verwaltungsbehörden „im Rahmen des Unterbringungsverfahrens“ bezieht.

Absatz 2:

Absatz 2 übernimmt den bisherigen § 17 UBG.

Zu § 31:

Zu Absatz 1:

Absatz 1 stellt klar, dass auf den Datenschutz die jeweils geltenden Bestimmungen des Landeskrankenhausgesetzes Baden-Württemberg (LKHG), des Landesdatenschutzgesetzes (LDSG) sowie des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) Anwendung finden, soweit dieses Gesetz keine Spezialregelungen enthält. Über den Verweis des § 43 Absatz 5 LKHG gelten somit auch ggf. einschlägige bereichsspezifische Regelungen (z. B. nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes oder Zehntes Buch).

Zu Absatz 2:

Absatz 2 ergänzt die Erlaubnistatbestände zur Übermittlung von Patientendaten nach den §§ 46 und 47 LKHG um den Tatbestand, dass die Übermittlung zur Einleitung oder Durchführung eines Betreuungsverfahrens an Personen und Stellen außerhalb der Einrichtung erforderlich ist. Auch in diesen Fällen ist eine Übermittlung ohne Einwilligung des Betroffenen zulässig. Voraussetzung nach § 46 Absatz 1 Satz 2 LKHG ist allerdings stets, dass die genannten Zwecke nicht mit anonymisierten Daten erreicht werden können – was im Falle eines Betreuungsverfahrens in der Regel nicht der Fall sein dürfte – und nicht überwiegende schutzwürdige Interessen des Betroffenen entgegenstehen.

Zu § 32:

§ 32 bestimmt den Anwendungsbereich des vierten Teils des PsychKHG. Er umfasst den Vollzug freiheitsentziehender Maßregeln der Besserung und Sicherung in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB) und einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB).

Absatz 2 dehnt den Geltungsbereich auch auf weitere Unterbringungsarten (§§ 126 a, 81 und 453 c der Strafprozessordnung – StPO – sowie §§ 7 und 73 Jugendgerichtsgesetz – JGG) aus. Hier sind jedoch die jeweiligen Eigentümlichkeiten dieser Unterbringungsverfahren zu beachten, die dann vorgehen. Beispielsweise kann das Gericht nach § 126 a Absatz 2 und § 119 StPO anordnen, dass der Empfang von Besuchen oder die Telekommunikation einer Erlaubnis bedürfen, Besuche, Telekommunikation sowie Schrift und Paketverkehr zu überwachen sind, die Übergabe von Gegenständen bei Besuchen der Erlaubnis bedürfen usw. Die Sicherungshaft nach den §§ 453 c und 463 Absatz 1 StPO kann das Gericht dann anordnen, wenn ausreichende Gründe für die Annahme bestehen, dass die Aussetzung einer Maßregel zur Bewährung widerrufen werden wird, weil der Betroffene rückfällig oder in schwerwiegender Weise gegen Bewährungsaufgaben verstoßen hat. Sofern der Betroffene flüchtig ist oder Fluchtgefahr besteht oder wenn Rückfallgefahr anzunehmen ist, kann das Gericht die Freiheitsentziehung bis zur Rechtskraft des Widerrufsbeschlusses anordnen. Auch diese Sicherungshaft soll in den Einrichtungen vollstreckt werden, die in dem Vollstreckungsplan genannt sind. Denn der Sicherungshaftbefehl ähnelt in seiner Vorläufigkeit der einstweiligen Unterbringung nach § 126 a StPO.

Zu § 33:

Zu Absatz 1:

In Absatz 1 werden die bereits in bundesgesetzlichen §§ 136 Satz 2 und 137 des Strafvollzugsgesetzes definierten Vollzugsziele wiederholt. Diese Wiederholung unterstreicht die Wichtigkeit der dort genannten Ziele, nämlich einesteils die Heilung des nach § 63 StGB Untergebrachten, sodass er nicht mehr gefährlich ist sowie die Heilung des nach § 64 StGB Untergebrachten von seinem Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen. Neben diese beiden Vollzugsziele tritt jedoch auch das weitere, gleichwertige Vollzugsziel des Schutzes der Allgemeinheit. Auch dieses Vollzugsziel genießt Gleichrang mit den zuvor genannten.

Zu Absatz 2:

Absatz 2 spricht die grundsätzliche Zielvorgabe der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus und einer Entziehungsanstalt an, nämlich die Vorbereitung des Patienten auf eine selbstständige Lebensführung. Hierbei wird die besondere Situation des Untergebrachten durch die Beschreibung der therapeutischen Zielsetzung berücksichtigt, insbesondere auch die Aufrechterhaltung der sozialen Kontakte und die berufliche Eingliederung.

Zu Absatz 3:

Der Angleichungsgrundsatz des Vollzugs an die Lebensverhältnisse der Gesellschaft zeigt den Therapieeinrichtungen den allgemeinen Rahmen auf, in welchem sich das Leben in der Einrichtung des Maßregelvollzugs gestalten soll. Hierdurch wird eine flexible Behandlung und Unterbringung nach Maßgabe des Unterbringungsziels gewährleistet. Der Angleichungsgrundsatz ist im Rahmen der Therapie zu berücksichtigen. Er ist eine Konkretisierung des Vollzugsziels. Starre Vergleichsgrößen gibt es nicht. Es macht zum Beispiel keinen Sinn, den Patienten mit allgemeinen Lebensverhältnissen zu konfrontieren, die ihn überfordern. Satz 2 beinhaltet den Gegensteuerungsgrundsatz. Schädliche Folgen sind insbesondere Erscheinungen der Subkultur, der Hospitalisierung und der Deprivation. Der Gegensteuerungsgrundsatz wird gewährleistet durch Vorschriften über die Arbeit, Vollzugslockerungen sowie Außenkontakte.

Zu Absatz 4:

Absatz 4 soll gewährleisten, dass mit der Therapie, die im Zentrum des Vollzugs steht, sofort begonnen wird. Damit wird erneut die Therapie in den Mittelpunkt des Vollzugs gestellt.

Zu § 34:

Zu Absatz 1:

Absatz 1 stellt sicher, dass der Vollzug der Maßregel grundsätzlich auf Einrichtungen des Landes Baden-Württemberg beschränkt ist. Dies sind psychiatrische Krankenhäuser und Entziehungsanstalten im Sinne von § 1 Absatz 1 und § 2 Absatz 6 EZPsychG. Die Zentren für Psychiatrie sind demnach rechtsfähige Anstalten des öffentlichen Rechts, welche die freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB) oder in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) vollziehen. Sie können nach § 2 Absatz 7 EZPsychG forensische Ambulanzen betreiben.



Der Begriff „Einrichtung“ will sicherstellen, dass dem untergebrachten Patienten in vollem Umfang eine Behandlung zukommt, die dem jeweiligen Wissensstand über therapeutische und rehabilitative Maßnahmen für psychisch Kranke, Suchtkranke und geistig Behinderte entspricht. Dadurch wird ein abgestufter Maßregelvollzug ermöglicht, für den neben dem stationären Bereich vor allem auch Übergangseinrichtungen und Wohnheime in Frage kommen können, ebenso die Einrichtungen der forensischen Ambulanzen, welche vor allem auch im Bereich der Nachsorge tätig sind.

Dies gilt alles uneingeschränkt für den geschlossenen Vollzug. Aber auch der offene Vollzug, bei dem schon weitestgehend Vollzugslockerungen gewährt werden und der Patient ggf. sogar in einem externen Arbeitsverhältnis stehen kann, wird von den als Anstalten des öffentlichen Rechts errichteten Einrichtungen durchgeführt. Dies bedeutet freilich nicht, dass die Einrichtungen auch eigene Häuser, Wohnheime und Arbeitsstätten durch eigenes Personal führen müssen. Vielmehr werden hier auch Kooperationsvereinbarungen und andere Beziehungen ausreichend sein. Grundrechtsbeeinträchtigende Maßnahmen können jedoch nur durch die Einrichtungen angeordnet werden, selbst wenn der Patient bereits außerhalb der Einrichtung wohnt. Dies wird hier vor allem für die relevanten Fragen der Vollzugslockerungen und ihres Widerrufs oder etwaiger Sicherungsmaßnahmen von Bedeutung sein. Auch in den externen Wohngruppen untersteht der Patient daher letztlich der Hoheit der Maßregelvollzugseinrichtung.

Absatz 1 stellt eine Verpflichtung der Einrichtungen zu ausreichendem Therapieangebot auf. Dies soll noch einmal die zentrale Bedeutung der Therapie für den gesamten Maßregelvollzug unterstreichen.

Absatz 1 Satz 2 stellt klar, dass auch die Nachsorge in forensischen Ambulanzen zum Maßregelvollzug gehört. Die Einrichtungen haben daher Kontakt zu den Trägern des allgemeinen Hilfesystems (§§ 2 bis 10) zu halten. Ein Schwerpunkt der Nachsorge liegt jedoch bei den forensischen Ambulanzen. Die Arbeitsgruppen zum Maßregelvollzug haben daher auch die Notwendigkeit formuliert, die forensischen Ambulanzen als festen Bestandteil der Nachsorge ins Gesetz aufzunehmen und darauf hingewiesen, dass das Gesetz die Möglichkeit für die Entwicklung weiterer Angebote zur Nachsorge eröffnen, aber keine Verpflichtung hierzu schaffen sollte. Genau dies ist durch Rückgriff auf das allgemeine Hilfesystem, insbesondere die gemeindenahe Versorgung, geschehen.

Zu Absatz 2:

Absatz 2 stellt eine gesetzliche Verpflichtung der öffentlich-rechtlich organisierten Einrichtungen dar. Das Land trägt die Kosten der Unterbringung (§ 43) und weist zu diesem Zweck den einzelnen Zentren für Psychiatrie im Rahmen der Budgetierung die Gelder zu. Diese haben die Gelder selbstständig zu verwalten und in diesem Rahmen ihre nach dem Gesetz zur Errichtung der Zentren für Psychiatrie aufgestellten Verpflichtungen zu erfüllen. Dies bedeutet auch, dass die Einrichtungen gesetzlich verpflichtet sind, die zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben notwendigen Fachkräfte, Ärztinnen und Ärzte, Pflegerinnen und Pfleger, Lehrerinnen und Lehrer, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter und viele andere vorzuhalten. Ebenso hat die Einrichtung im Bewusstsein des Gefahrenpotenzials innerhalb des Maßregelvollzugs die Sicherheit des Personals nicht zu vernachlässigen. Hier können beispielsweise die Sicherheitsbeauftragten Sicherheits Schulungen für das Personal im Bereich Deeskalationsmanagement oder Geiselnahme organisieren, ebenso aber auch für die notwendigen technischen Einrichtungen und die richtige Bedienung durch das Personal und entsprechende Anwenderfreundlichkeit Sorge tragen.

Zu Absatz 3:

Die besonderen Bedürfnisse von Jugendlichen und Heranwachsenden hinsichtlich von Behandlung und Betreuung werden in Absatz 3 herausgestellt. Das Gesetz hält dabei die Möglichkeit offen, entsprechende Jugendabteilungen zu bilden, falls dies aufgrund der Anzahl tatsächlich zu behandelnder Fälle notwendig würde, oder auch die Behandlung Jugendlicher und Heranwachsender im allgemeinen Maßregelvollzug entsprechend jugendgerecht zu gestalten. Eine gesonderte Unterbringung von Jugendlichen im Maßregelvollzug erfolgt in Baden-Württemberg bislang nicht, weil insgesamt zu wenige Fälle vorliegen und für diese im Maßregelvollzug ein therapeutisches Setting geschaffen werden kann. Es wäre ansonsten eine Zentralisierung innerhalb Baden-Württembergs notwendig, was der grundsätzlich favorisierten gemeindenahen Unterbringung widerspricht. Daneben werden dadurch unnötige Schnittstellen zwischen Jugendlichen- und Erwachsenenvollzug geschaffen.

Zu § 35:

§ 35 übernimmt die Grundsätze der Fach- und Rechtsaufsicht über den Maßregelvollzug durch das Sozialministerium, wie er bereits in § 12 EZPsychG niedergelegt ist. Danach untersteht das Zentrum für Psychiatrie der Rechtsaufsicht des Landes. Die Aufgaben nach § 2 Absatz 6 EZPsychG (Maßregelvollzug) unterliegen als Pflichtaufgaben nach Weisung der Rechts- und Fachaufsicht. Die Aufsichtsbehörde hat sicherzustellen, dass die Aufgaben rechtmäßig erfüllt werden und kann die dazu erforderlichen Weisungen erteilen. Dieses Weisungsrecht wurde in § 35 Absatz 3 näher ausgestaltet.

Zu § 36:

Zu Absatz 1:

Das Primat der Behandlung kommt in vielfältigen Vorschriften dieses Abschnitts zur Geltung, insbesondere aber auch in § 36. Die Einrichtungen können eine optimale Behandlung der Unterbrachten nach modernsten ärztlichen und therapeutischen Gesichtspunkten nur dann durchführen, wenn sie den tätigen Ärztinnen und Ärzten und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Möglichkeit geben, die anerkannten wissenschaftlichen Standards anzuwenden und umzusetzen. Die Vorschrift wendet sich dabei nicht nur an die Einrichtungen selbst, denen diese Vorschrift eine Verpflichtung zur Qualitätssicherung auferlegt. Sie wendet sich ebenso an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Diese haben zwar nur aus ihren Arbeitsverträgen direkte Ansprüche gegen die Einrichtungen. Allerdings gibt § 36 den Einrichtungen eine Leitlinie, wie sie die vertraglichen Verhältnisse tatsächlich mit Leben gestalten.

Zu Absatz 2:

Die Einrichtungen werden des Weiteren verpflichtet, auch die neuesten Standards hinsichtlich baulich-technischer und organisatorischer Vorkehrungen einzuhalten, was eine ständige Kontrolle und Optimierung von bereits bestehenden Vorkehrungen bedeutet.

Zu Absatz 3:

Die Einrichtungen sind des Weiteren verpflichtet, ihre Bediensteten durch entsprechende Fort- und Weiterbildungsangebote stets auf dem neuesten Stand qualifizierter Therapie zu halten. Auch dies ist Ausfluss des Grundsatzes, dass im Zen-

trum des gesamten Maßregelvollzugs die Therapie als wesentliches Mittel der Besserung und Sicherung steht.

Zu Absatz 4:

Dieser beleuchtet nicht nur das Verhältnis zwischen Einrichtungen und ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, sondern vielmehr das Verhältnis zwischen Einrichtung und Außenwelt. Die Einrichtung hat zur Erreichung der Vollzugsziele und zur Aufrechterhaltung eines hohen Standards in Behandlung, Betreuung und Eingliederung auf verschiedenste Weise Kontakte zu geeigneten Personen, Organisationen, Behörden und Einrichtungen der Wissenschaft und Forschung herzustellen und zu pflegen. Aus dem Bereich der Sicherheit ist hier beispielsweise der Kontakt zur Sicherungsgruppe der Justiz zu nennen, die immer wieder bei Fragen der Sicherheit in baulich-technischer aber auch personeller Hinsicht von den Sicherheitsbeauftragten kontaktiert wird. Im Bereich der Wissenschaft sind Kooperationsvereinbarungen und -verträge zu nennen, wie sie beispielsweise zwischen dem ZfP Reichenau und der Universität Konstanz gepflegt werden. Aus dem sozialen Bereich sind insbesondere die Verbindungen zwischen den MRV-Einrichtungen und der Bewährungshilfe sowie Neustart zu nennen.

Zu § 37:

Zu Absatz 1:

§ 37 Absatz 1 entspricht dem bisherigen § 7 Absatz 1 UBG. Dieser wird ohne Änderung in das neue Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz übernommen, und zwar sowohl im Abschnitt Unterbringung (jetziger § 19) als auch im Abschnitt über den Maßregelvollzug. Er ist für den gesamten Bereich der Unterbringung und des Maßregelvollzugs von größter Bedeutung. Er ist Ausdruck des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit. Gerade die neusten Bundesverfassungsgerichtsentscheidungen zur Zwangsbehandlung (Beschluss vom 20. Februar 2013; Aktenzeichen 2 BvR 228/12, welcher die Nichtigkeit der Sächsischen Bestimmung über die Zwangsbehandlung erklärt, Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 23. März 2011, Aktenzeichen 2 BvR 882/09, mit dem das Bundesverfassungsgericht sein Grundsatzurteil zur Nichtigkeit der Rheinland-Pfälzischen Vorschrift über die Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug – § 6 MVollzG Rheinland-Pfalz – für nichtig erklärt; Beschluss vom 12. Oktober 2011, Aktenzeichen 2 BvR 633/11, mit dem das Bundesverfassungsgericht die Baden-Württembergische Vorschrift über die Zwangsbehandlung in § 8 Absatz 2 Satz 2 UBG alte Fassung für nichtig erklärt) unterstreichen die Bedeutung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes und die sich daraus ergebenden Konsequenzen für die Behandlung. Zwar sind Einzelheiten dazu bei der Zwangsbehandlung darzustellen, also bei § 20 Absatz 3 PsychKHG. Dennoch sei auch an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass sämtliche Maßnahmen staatlicherseits im Maßregelvollzug dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit unterliegen, egal ob es um die Durchführung der Behandlung, der Betreuung, der Anwendung unmittelbaren Zwangs, Durchführung von Sicherungsmaßnahmen, Durchführung von Lockerungen und Urlauben und Erprobungen sowie die Widerrufsentscheidungen hierzu, um nur einige Beispiele zu nennen, geht.

Zu Absatz 2:

Absatz 2 schafft eine Mitwirkungspflicht des Patienten an der Therapie, ohne jedoch eine Zwangstherapie zu begründen. Erzwungen werden kann nur eine Behandlung im Bereich und unter den Voraussetzungen des § 38 Absatz 1 in Verbindung mit § 20 Absatz 3 PsychKHG (ehemals § 8 UBG). Zeigt sich der Patient the-

rapieunwillig, kann seine Mitwirkung durch unmittelbaren Zwang nicht erzwungen werden. Bei der Unterbringungsform des § 64 StGB hat der Patient dann jedoch die Nachteile seines Verhaltens in Kauf zu nehmen, nämlich die Erledigung der Maßregel nach § 67 d Absatz 5 StGB, was eine Rückverlegung in den Strafvollzug zur Folge hat.

Zu Absatz 3:

Hinsichtlich der eng begrenzten und lediglich als Auffangtatbestand formulierten Generalklausel und der Religionsfreiheit konnte auf §§ 19 Absatz 2 und 24 verwiesen werden.

Zu § 38:

§ 38 Absatz 1 gibt die Grundlage für eine auf die Erreichung des Vollzugsziels ausgerichtete Behandlung. Die Behandlung steht tatsächlich im Mittelpunkt der gesamten Unterbringung im Maßregelvollzug. Zwar sind die Vollzugsziele Behandlung und Schutz der Allgemeinheit gleichwertig. Für den einzelnen Patienten liegt der Schwerpunkt jedoch auf der Behandlung.

Zu Absatz 1:

Der Anspruch des Patienten auf die notwendige Behandlung wird in Absatz 1 festgeschrieben. Er deckt sich insoweit jedoch vollständig mit § 20 PsychKHG (§ 8 UBG alte Fassung). Absatz 1 Satz 2 verweist insgesamt auf § 20 PsychKHG. Dies bedeutet, dass alle in § 20 aufgestellten Grundsätze auch für den Maßregelvollzug gelten. Dies gilt insbesondere auch für den Umfang der Behandlung und das Behandlungsziel (§ 20 Absatz 1), die grundsätzliche Notwendigkeit einer Einwilligung in die Behandlung (§ 20 Absatz 2), die Zwangsbehandlung (§ 20 Absatz 3), Aufklärungs- und Dokumentationspflichten (§ 20 Absatz 4), Richter vorbehalt (§ 20 Absatz 5) und die Grundsätze der Patientenverfügung (§ 20 Absatz 6).

Zu Absatz 2:

Absatz 2 sieht vor, dass die Behandlung nach ärztlich-therapeutischen Gesichtspunkten näher ausgestaltet ist. Unter rechtsstaatlichen Gesichtspunkten lässt sich ein im Falle des § 63 StGB sogar unbefristeter Freiheitsentzug nämlich nur dann rechtfertigen, wenn dafür Sorge getragen wird, dass die Unterbringung nicht länger als unbedingt notwendig vollstreckt wird. Soweit die Behandlung dazu beitragen kann, die Voraussetzung für eine bedingte Aussetzung der Unterbringung nach § 67 d Absatz 2 StGB zu schaffen, muss sie im Interesse des Untergebrachten in angemessenem Umfang durchgeführt werden.

Zu Absatz 3:

Der Untergebrachte hat Anspruch auf die Erstellung eines Vollzugs- und Behandlungsplans, dies wird mittlerweile auch von der Rechtsprechung gefordert (OLG Karlsruhe, Beschluss vom 21. November 2011, 2 Ws 151/11). Absatz 3 hat bewusst auf eine zeitliche Vorgabe für die Erstellung eines Behandlungs- und Vollzugsplans abgesehen. Zu Recht weist beispielsweise Kammeier (Heinz Kammeier, Maßregelvollzugsrecht, Dritte Auflage, Randnummer D79) darauf hin, dass hinsichtlich der Frist, in der ein Plan zu erstellen ist, ein Zielkonflikt zwischen möglichst rascher und möglichst sorgfältiger Planung besteht. Zweckmäßig kann auch sein, zunächst einen vorläufigen Behandlungsplan unverzüglich nach der Eingangsuntersuchung und spätestens sechs Wochen nach der Aufnahme den

endgültigen Behandlungs- und Vollzugsplan zu erstellen, wie es in Hamburg und Nordrhein-Westfalen festgelegt ist (§ 9 Absatz 1 Hamburgisches Maßregelvollzugsgesetz, § 16 Absatz 1 Satz 1 Nordrhein-Westfälisches Maßregelvollzugsgesetz).

Auch hat das Gesetz ganz bewusst keine Frist für die Fortschreibung des Behandlungs- und Vollzugsplanes aufgestellt, da diese bereits je nach der Unterbringungsform (§§ 63 oder 64 StGB) unterschiedlich sein dürfte. Zweckmäßigerweise dürfte jedoch spätestens nach sechs Monaten die Überprüfung und Fortschreibung angezeigt sein, in der Anfangs- und Schlussphase von Therapie auch deutlich darunter, zum Beispiel nach drei Monaten. Der Vollzugs- und Behandlungsplan muss schriftlich niedergelegt werden. Der Plan ist mit dem Untergebrachten zu erörtern. Dem Plan muss eine Sozialanamnese, eine Diagnose, eine Behandlungsplanung sowie eine Vollzugsplanung zu entnehmen sein. Sinnvollerweise hat er auch eine Rehabilitations- und Eingliederungsplanung (Maßnahmen zur medizinischen und sozialen Rehabilitation und Eingliederungs- sowie Entlastungsmaßnahmen) zu enthalten. Zu beachten ist, dass bei der Planung des Entlassungszeitpunkts Unterschiede bestehen. Der Entlassungszeitpunkt bei nach § 63 StGB untergebrachten Patienten hängt von der krankheitsbedingten Gefährlichkeit ab (§ 67 d StGB). Der Entlassungszeitpunkt wird von der Strafvollstreckungskammer bestimmt (§§ 67 d, 67 e StGB). Das Prüfungserfordernis nach § 67 e StGB durch die Strafvollstreckungskammer ersetzt nicht die Verpflichtung des Maßregelvollzugs, einen Vollzugsplan zu erstellen und kontinuierlich fortzuschreiben (OLG Karlsruhe, Beschluss vom 21. November 2011, Aktenzeichen 2 Ws 151/11). Der aus Artikel 2 GG folgende Resozialisierungsgrundsatz beansprucht nicht nur im Vollzug der Freiheitsstrafe, sondern auch im Maßregelvollzug Geltung, da auch die Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus nicht nur auf die Sicherheit der Allgemeinheit, sondern auch auf Behandlung und Besserung des Täters gerichtet ist. Auch für den Maßregelvollzug hat Geltung, dass das Kernstück eines behandlungsorientierten Vollzugs der Vollzugsplan ist (Bundesverfassungsgericht STZ 2003, 620). Der Vollzugsplan gibt die Grundentscheidung zum Vollzugs- und Behandlungsverlauf und gibt somit dem Betroffenen als auch der Einrichtung und ihren Bediensteten eine konkrete Anleitung zur Ausgestaltung des Vollzugs und der Behandlung individuell auf den Patienten abgestimmt.

Zu § 39:

Diese Rechtsnorm ist letztendlich eine Fortführung von § 38 Behandlungsplanung. Denn die dem Untergebrachten zu machenden therapeutischen Angebote sind Teil der Behandlung und haben auch in den Behandlungsplan einzufließen. Gleiches gilt für Sportangebote und sonstige Freizeitangebote. Es ist jeweils darauf zu achten, dass der Untergebrachte auch seine Freizeit sinnvoll gestaltet, ohne hier jedoch einen zu großen Druck aufzubauen. Freizeit hat eben auch Freizeit zu sein, sie soll der Entspannung des Untergebrachten, dem Schöpfen neuer Energie und auch der Möglichkeit der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben innerhalb der Einrichtung, und soweit möglich aufgrund Vollzugslockerungen auch außerhalb der Einrichtung dienen.

Auch die gesondert in Absatz 3 angesprochene Beschäftigung im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses, die auch außerhalb der Einrichtung aufgenommen werden kann, dient der Behandlung und der Wiedereingliederung des Untergebrachten in die Gesellschaft. Hierbei wurde jedoch ausdrücklich auch das Vollzugsziel der Sicherung der untergebrachten Person erwähnt. Wie bereits bei den allgemeinen Vollzugszielen dargestellt, steht das Vollzugsziel der Sicherung gleichberechtigt neben dem der Behandlung des Patienten. Nur wenn die Sicherheit der Allgemeinheit dies zulässt, kann ein externes Berufsverhältnis gestattet werden. Dem externen Berufsverhältnis auf dem freien Arbeitsmarkt steht im Sinne von Absatz 3 für die Zeit der entlassungsvorbereitenden Belastungserprobung die Tätigkeit in einem beschützenden Werkstattbereich gleich. Insoweit korrespondiert Absatz 3 mit Absatz 1.

Im Rahmen ihrer Organisation und der Fähigkeiten des Patienten soll die Einrichtung diesem vor allem die in § 38 genannte Behandlung eröffnen. So wird beispielsweise dann, wenn erkennbar ist, dass der Patient den früheren Beruf nicht mehr ausüben kann, oder er aber noch nie einen Beruf erlernt hat, die Zeit des Maßregelvollzugs sinnvoll für Maßnahmen der beruflichen Eingliederung, insbesondere für eine Umschulung oder gar ein Ersterwerb eines Berufs zu nutzen sein. Zu beachten sind hier jedoch die Möglichkeiten der Förderung durch die Einrichtung, insbesondere welche Therapieformen sinnvoller Weise durchgeführt werden können und welche – externen – Arbeitgeber mit der Einrichtung konkret kooperieren. § 39 muss daher in Verbindung mit den allgemeinen Vorschriften die Verpflichtung des Trägers entnommen werden, im Rahmen seiner Leistungsfähigkeit in der Einrichtung organisatorische Vorkehrungen für die Erfüllung der Aufträge der §§ 38 und 39 zu treffen und die Einrichtung nebst deren Abteilungen sachgerecht zu gliedern und finanziell auszustatten. § 39 sieht nur eine Beschäftigungsmöglichkeit vor, nicht jedoch eine Beschäftigungspflicht. Wie bereits bei § 37 Absatz 2 ausgeführt, dürfte eine Beschäftigungspflicht kaum praktisch erzwungen werden können. Es verbleibt daher bei der in § 37 Absatz 2 aufgestellten allgemeinen Verpflichtung des Untergebrachten, an Therapieangeboten der Einrichtung nach seinen Möglichkeiten teilzunehmen. Falls er dies nicht macht, hat dies auch nicht nur die bereits oben dargestellten Konsequenzen, sondern auch ggfs. finanzielle. Denn Zuwendungen und Beihilfen im Sinne von § 45 setzen die Teilnahme an einer Arbeitstherapie oder an einer fördernden Maßnahme, an einem Unterricht oder an einer beruflichen Maßnahme voraus (§ 45 Zuwendungen und Beihilfen).

Zu § 40:

Besuche und Telefongespräche stellen für den untergebrachten Patienten konkrete Möglichkeiten zu unmittelbarem Kontakt mit Personen außerhalb der Einrichtung dar, insbesondere mit Familienangehörigen, Bekannten und Freunden. Diese Kontakte sind für die Behandlung und Wiedereingliederung von erheblicher Bedeutung. Es ist jedoch nicht zu übersehen, dass vor allem Besuche ein Risiko für die Patienten und ihre Behandlung bergen und darum für die Einrichtung mit Sicherheitsrisiken und notwendigen Sicherheitsvorkehrungen verbunden sein können. Aus diesem Grund sind Beschränkungs- und Eingriffsmöglichkeiten vorzusehen.

Zum Allgemeinen vergleiche auch oben § 21 (Persönliches Eigentum, Besuchsrecht, Telefonverkehr).

Zu Absatz 1:

Absatz 1 stellt den Grundsatz auf, nämlich das Recht des Patienten, regelmäßig Besuche empfangen zu dürfen. Bereits der zweite Halbsatz jedoch stellt klar, dass auch die Besuche unter dem Vorbehalt stehen, dass sie der Gesundheit der untergebrachten Person nicht abträglich sind und sie die Sicherheit und Ordnung der Einrichtung nicht stören. Andernfalls kann sogar ein Besuchsverbot ergehen.

Bewusst wurde keine Mindestdauer des Besuchs festgelegt, wie dies in § 24 Absatz 1 des Strafvollzugsgesetzes (StVollzG) festgeschrieben ist. Die näheren Einzelheiten der Besuchszeiten und der Besuchsdauer können in der Hausordnung niedergelegt werden. Es sollte hier eher großzügig verfahren werden. Die Regelung einer Besuchsmindestzeit durch Gesetz könnte demgegenüber allzu leicht Anlass einer generellen Begrenzung auf diese Zeitspanne sein. Der Ausgestaltung der einzelnen Rechte des Patienten und der unumgänglichen Eingriffe auf differenzierte Therapiemöglichkeiten entsprechen auch flexible Besuchsregelungen. Durch Ausgestaltung in der Hausordnung kann der Gefahr eines Missbrauchs zu Lasten des Patienten vorgebeugt werden.

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 Gesundheitszustands oder das Interesse der Einrichtung an Sicherheit und Ordnung wesentlich überwiegen.

Zu Absatz 2:

Absatz 2 gibt die Voraussetzungen, unter welchen der Besuch konkret eingeschränkt werden kann. Eine solche Einschränkung sieht Absatz 2 in der Durchsichtung des Besuchers vor. Dies ist ein Eingriff in die Rechte Dritter. Er darf daher nur bei konkreter Gefährdung der Sicherheit und Ordnung der Einrichtung erfolgen. Aus denselben Gründen sowie aus Gründen der Behandlung darf der Besuch auch überwacht werden. Überwachungsformen sind die optische und die akustische Überwachung. Um das Einschmuggeln von gefährlichen Gegenständen, Drogen, Alkohol, Waffen etc. zu verhindern, kann die Übergabe von Gegenständen beim Besuch von der Erlaubnis der Einrichtung abhängig gemacht werden. Auch der Abbruch eines Besuches muss möglich sein, jeweils jedoch nur unter den Voraussetzungen der Gefährdung der Sicherheit und Ordnung der Einrichtung oder bei einer Gefahr für die Gesundheit der untergebrachten Person. Sämtliche Maßnahmen stehen selbstverständlich unter dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit, sodass jeweils das mildere Mittel zu wählen ist. Reicht beispielsweise eine Durchsichtung aus, so bedarf es keiner Überwachung. Reicht eine Überwachung aus, so bedarf es keines Abbruchs.

Auch bei der Durchsichtung des Besuchers vor dem Besuch ist der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz zu wahren. Die Durchsichtung kann auch beim Verteidiger erfolgen. Sie umfasst auch die inhaltliche Überprüfung von Schriftstücken (nicht beim Verteidiger) und erstreckt sich auf das Abtasten der Kleidung und/oder den Einsatz von Metallsonden oder -schleusen oder den Einsatz von sogenannten passiv verweisenden Rauschgiftspürhunden. Eine völlige Entkleidung kann jedoch nicht verlangt werden, auch nicht bis zur Unterwäsche (vgl. OLG Hamburg, Zeitschrift für Strafvollstreckung 2005, 315, für den Strafvollzug). Zwang gegen den Besucher ist nicht möglich, bei einer Gefahr für die Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung kann jedoch der Besuch abgelehnt werden.

Zu § 41:

Zu Absatz 1:

Wegen der näheren Begründung zu Absatz 1 ist auf § 21 zu verweisen.

Zu Absatz 2:

Bezüglich der Telefongespräche vgl. ebenso die Begründung zu § 21, daneben aber auch die Begründung zu § 40. Aus Gründen der Behandlung oder der Sicherheit und Ordnung der Einrichtung kann daher ein Telefonat überwacht werden, bei einer konkreten Gefahr für Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung sowie die Gesundheit der untergebrachten Person kann das Telefonat auch abgebrochen werden.

Zu Absatz 3:

Grundsätzlich ist der untergebrachten Person der Besitz und der Betrieb von Mobilfunkgeräten und elektronischen Datenträgern auf dem Einrichtungsgelände un-

tersagt. Beide bergen eine ganz erhöhte Gefahr des Missbrauchs. Dieser kann sich vor allem darin äußern, dass das Mobilfunkgerät an andere Patienten weitergegeben wird oder gar von anderen Patienten abgepresst wird. Sodann ist ein völlig unkontrollierter Kommunikationsweg mit der Außenwelt gegeben, wodurch Straftaten ermöglicht werden und der konkrete Behandlungserfolg gefährdet wird. Auch die Sicherheit und Ordnung in der Einrichtung kann dann nicht mehr gewährleistet werden. Aus diesem Grunde ist der Besitz und Betrieb grundsätzlich untersagt. Satz 2 ermöglicht jedoch die Zulassung einer Ausnahme in begründeten Einzelfällen. Dies dürfte vor allem dann der Fall sein, wenn bereits eine erhöhte Lockerungsstufe erreicht worden ist und die untergebrachte Person in der Belastungsprüfung weit fortgeschritten ist und diese erfolgreich durchlaufen hat. Absatz 3 orientiert sich an § 22 JVOllzGB I. Danach gilt ein generelles Verbot für Besitz und Betrieb von Mobilfunkgeräten auf dem Gelände von Justizvollzugsanstalten in Baden-Württemberg, Ausnahmen können dort nur für Freigänger gemacht werden. Damit ist die Regelung für den Maßregelvollzug etwas weiter. Den Einrichtungsleiterinnen und -leitern wird ein größerer Spielraum für Einzelgenehmigungen erteilt. Diese müssen jedoch begründet werden.

Gleiches gilt für elektronische Datenträger. Auch hier ist ein gesetzliches Verbot wichtig als Grundlage für die Einziehung kleiner, oftmals getarnter Datenträger, USB-Sticks usw., mit denen die Patienten oftmals verfassungswidrige rechtsradikale Musikstücke abhören, Kinderpornografie konsumieren oder andere verbotene Schriften etc.

Zu Absatz 4:

Bezüglich schriftlicher Mitteilungen und Pakete kann auf die Begründung zu § 22 verwiesen werden. Neu ist die äußerliche Untersuchung des Schriftwechsels mit privilegierten Personen (Verteidiger) auf verbotene Gegenstände. Sie entspricht jedoch der bisherigen Rechtslage, wonach Abtasten oder Röntgen zulässig ist. Die Vorschrift orientiert sich an § 24 Absatz 2 JVOllzGB III.

Zu Absatz 5:

Anders als im Strafvollzug, wo mittlerweile in Baden-Württemberg nach §§ 58 und 59 JVOllzGB III das Gemeinschaftsfernsehen nicht mehr die Regel ist, sondern der Besitz eigener Fernsehgeräte, verbleibt es im Maßregelvollzug beim Grundsatz des Gemeinschaftsfernsehens. Dies basiert auf behandlerischen Überlegungen, insbesondere der Förderung des Gruppenverhaltens und der Absprachefähigkeit der untergebrachten Personen. Wie bei Absatz 3 können hier jedoch in begründeten Fällen Ausnahmen zugelassen werden.

Zu § 42:

Zu Absatz 1:

Zuständig für den Erlass der Hausordnung in den Maßregelvollzugseinrichtungen ist die Leitung der Maßregelvollzugseinrichtung, somit die Chefarztin oder der Chefarzt. Bei der Erstellung oder Änderung der Hausordnung sollen möglichst, obwohl § 42 Absatz 1 dazu keine Vorgaben macht, die betroffenen Personenkreise miteinbezogen oder angehört werden, dies sind insbesondere das Personal, die untergebrachten Personen selbst und die Patientensprecherin oder der -sprecher.

Innerhalb der Hausordnung werden Regelungen getroffen, die auf örtlicher Ebene Details im Zusammenleben der Patienten und der Einrichtung gestalten, die im Einzelnen nicht in das Gesetz aufgenommen worden sind. Denn sie beruhen oft auf speziellen Bedürfnissen und Notwendigkeiten der einzelnen Einrichtungen



selbst und setzen örtliche Gegebenheiten voraus. So bedingt bereits die Größe der Wohnräume das Maß und die Zahl der einzubringenden erlaubten Gegenstände. Wesentliche, insbesondere grundrechtseingreifende Maßnahmen dürfen jedoch nicht in der Hausordnung geregelt werden, sie beruhen auf dem Gesetz selbst. Die Hausordnung vermag hier nur auf der Grundlage der gesetzlichen Bestimmung eine Konkretisierung dieser Norm herbeizuführen und damit eine nähere Ausgestaltung vorzunehmen. Als Beispiele für entsprechende Konkretisierungen in der Hausordnung wurden aufgenommen: Regelungen über die Einbringung von Sachen, Ausgestaltung der Räume, Einkaufsmöglichkeiten, Rauch- und Alkoholverbot, Besuchszeiten, Telefonverkehr, Freizeitgestaltung, den regelmäßigen Aufenthalt im Freien, den Umgang der Untergebrachten untereinander, die Bestellung von Patientensprechern sowie Umgang mit Regelverstößen. Gerade bei Letzterem ist jedoch zu beachten, dass damit keine Disziplinarmaßnahmen gemeint sind, die dem Maßregelvollzug fremd sind. Gemeint sind vielmehr die Folgen, die zu erwarten sind, wenn das durch die Hausordnung vorgegebene geordnete Zusammenleben in der Gemeinschaft gestört worden ist. Insgesamt dürfen derartige Regelungen jedoch keinen – ausschließlichen – Disziplinarcharakter haben. Sie können als Folge daher lediglich z. B. die Entscheidung der Therapeutin oder des Therapeuten oder der Ärztin oder des Arztes, die begrenzte Nachholung oder den Verfall des versäumten Besuchs, die Entfernung überzähliger Gegenstände und Verbringung auf die Kammer o. ä. vorsehen.

Zu § 43:

Zu Absatz 1:

Da der Maßregelvollzug eine Aufgabe der Länder ist, haben diese auch die Kosten der Unterbringung zu bezahlen. Für den Maßregelvollzug gilt hier nichts anderes als für den Strafvollzug. Die Kosten des Strafvollzugs treffen die Länder. Auch die anderen Bundesländer, die den Maßregelvollzug in eigenen Landesgesetzen geregelt haben, verfügen über entsprechende Vorschriften der Kosten der Unterbringung im Maßregelvollzug: Brandenburg § 51, Hamburg § 38, Mecklenburg-Vorpommern § 45, Niedersachsen § 25, Nordrhein-Westfalen § 30, Rheinland-Pfalz § 25, Saarland § 29, Sachsen-Anhalt § 29, Thüringen § 40.

Zu Absatz 2:

Beinhaltet Absatz 1 den Grundsatz, dass das Land die Kosten der Unterbringung trägt, so stellt Absatz 2 die Ausnahme vor, nämlich dass Nebenkosten die untergebrachte Person selbst trägt bzw. der Sozialhilfeträger. Als Nebenkosten sind dort nicht abschließend aufgezählt die Aufwendungen für Bekleidung oder für Heil- und Hilfsmittel. In diesen Bereichen soll die Einrichtung allenfalls vermittelnd zur Seite stehen. Sie hat für die untergebrachte Person beispielsweise bei der Beantragung beim zuständigen Sozialhilfeträger über die Fachdienste, hier den Sozialdienst, zu vermitteln. Nur dann, wenn die primäre Leistungspflicht der untergebrachten Person oder des Sozialhilfeträgers nicht zum Zuge kommt, weil zum Beispiel der Sozialhilfeträger nicht eintritt oder die untergebrachte Person nicht leistungsfähig ist, kann die Einrichtung eintreten.

Zu Absatz 3:

Auch hier wird auf die primäre Leistungspflicht der Sozialhilfeträger oder Träger der beruflichen Aus-, Fort-, Weiterbildungs- oder Umschulungsmaßnahme verwiesen.

Zu § 44:

Zu Absatz 1:

Absatz 1 verweist auf § 33 JVollzGB III. Dieser lautet:

„§ 33 Anspruch auf medizinische Leistungen:

Absatz 1: Gefangene haben einen Anspruch auf notwendige, ausreichende und zweckmäßige medizinische Versorgung unter Beachtung des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit. Der Anspruch umfasst Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten und Vorsorgeleistungen. Die Beurteilung der Notwendigkeit orientiert sich an der Versorgung der gesetzlich Versicherten. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen werden erbracht, soweit die Belange des Vollzugs dem nicht entgegenstehen.

§ 33 Absatz 2 JVollzGB III:

Der Anspruch nach Absatz 1 umfasst die Versorgung mit Hilfsmitteln nach § 33 Fünftes Buch Sozialgesetz, wenn dies nicht mit Rücksicht auf die Kürze des Freiheitsentzugs unangemessen ist.

§ 33 Absatz 3 JVollzGB III:

An den Kosten für medizinische Leistungen können die Gefangenen in angemessenem Umfang beteiligt werden, höchstens jedoch bis zum Umfang der Beteiligung gesetzlich Versicherter.“

Die Vorschrift hat sich an § 33 JVollzGB III orientiert, um dem Untergebrachten einen entsprechenden Leistungsanspruch zu geben.

Die Begründung zu § 33 JVollzGB III lautet wie folgt:

„Die Vorschrift regelt die Rechte der Gefangenen und die Leistungspflichten der Justizvollzugsanstalten im Hinblick auf die medizinische Versorgung. Aus der Inhaftierung folgt eine Verpflichtung des Staates, für die Gesundheit der Gefangenen zu sorgen. Entsprechend dem aus dem Sozialstaatsgebot (Artikel 20 Abs. 1 GG) abgeleiteten sogenannten Äquivalenzprinzip hat sich der Umfang der zu erbringenden Leistungen grundsätzlich am Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen zu orientieren.

Gemäß dieser Verpflichtung wird den Gefangenen in Absatz 1 ein Anspruch auf notwendige, ausreichende und zweckmäßige medizinische Versorgung unter Beachtung des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit gewährt. Dies entspricht den Grundsätzen von § 12 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), der für die gesetzlich Versicherten gilt.

Der Anspruch umfasst ausdrücklich auch Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, Vorsorgeleistungen sowie die Versorgung mit Hilfsmitteln im Sinne von § 33 SGB V (Absatz 2). Jedoch wurde durch die Regelungen in Absatz 1 Satz 2 bis 4 bewusst von einer direkten Koppelung des Umfangs der medizinischen Versorgung an die Ansprüche der gesetzlich Versicherten Abstand genommen. Vielmehr wurde den Bedürfnissen Rechnung getragen, die sich in der Praxis aus dem Zusammenleben einer Vielzahl von Personen auf engem Raum ergeben. Über den Leistungsanspruch gesetzlich Versicherter hinaus umfasst der Versorgungsanspruch daher auch solche Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten und Vorsorgeleistungen, die im Hinblick auf die Vermeidung von epidemischen Krankheiten angezeigt sind (Impfungen etc.). Andererseits erfährt der Anspruch eine Einschränkung in den Bereichen, die aus tatsächlichen Gründen der Sicherheit oder Ordnung einer Justizvollzugsanstalt entgegenstehen, etwa bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Absatz 3 eröffnet die Möglichkeit, die Gefangenen an den Kosten ihrer medizinischen Versorgung zu beteiligen. Bei der Frage, ob und ggf. in welchem Umfang den Gefangenen im Einzelfall Kosten auferlegt werden sollen, sind insbesondere die besonderen Umstände der Inhaftierung und die damit einhergehende beschränkte finanzielle Leistungsfähigkeit der Gefangenen zu berücksichtigen. Gefangenen können höchstens Kosten bis zum Umfang der Beteiligung vergleichbarer gesetzlich Versicherter auferlegt werden.“

Diese Gedanken sind entsprechend auf die nach §§ 63 und 64 StGB und den weiteren Unterbringungsnormen untergebrachten Patienten zu übertragen. Dabei beschränkt sich die Heranziehung nicht auf die Behandlungskosten von interkurrenten Erkrankungen. Eine Beteiligung des Maßregelvollzugspatienten auch an den Kosten der Behandlung der Anlasserkrankung ist in gleichem Maße sachgerecht wie die Heranziehung eines Gefangenen im Strafvollzug zu den Haftkosten.

Zu Absatz 2:

§ 44 Absatz 2 (Anspruch auf medizinische Leistungen in der Belastungserprobung)

Hier wurde auf § 35 JVollzGB III verwiesen.

„§ 35 Anspruch auf Krankenbehandlung in besonderen Fällen

Absatz 1: Während einer Freistellung oder eines Ausgangs haben Gefangene einen Anspruch auf Krankenbehandlung in der für sie zuständigen Justizvollzugsanstalt.

Absatz 2: Der Anspruch auf Leistungen nach § 33 ruht, solange Gefangene aufgrund eines freien Beschäftigungsverhältnisses krankenversichert sind.“

Die Begründung zu § 35 JVollzGB III lautet: „Die Vorschrift fasst die Regelungen in den bisherigen §§ 60 und 62 a Strafvollzugsgesetz zusammen.“

Zu § 45:

Zu Absatz 1:

Es wurde bewusst auf eine breite Differenzierung verschiedener spezifischer Therapieformen verzichtet, womit aber deren Stellenwert (zum Beispiel Ergotherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie usw.) nicht geschmälert werden soll. Eine Zuweisung von Entgelt verbleibt damit auch im Ermessen der Einrichtung. Handelt es sich bei § 46 um Arbeitsentgelt bei wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsverrichtung, so handelt es sich bei § 45 vielmehr um eine Zuwendung für Verrichtungen im Rahmen der Arbeitstherapie (Absatz 1) oder der Arbeitsförderung (Absatz 2). Bei beiden Maßnahmen des § 45 Absatz 1 und 2 soll die Einrichtung einen Ermessensspielraum haben, ob eine Zuwendung gewährt wird. Allerdings ist dieser Ermessensspielraum bei der Zuwendung für Arbeit in einer Arbeitstherapie gebunden. Hier soll die Einrichtung in der Regel eine Zuwendung bewilligen. Ausnahmen sollen nur da gelten, wo die geleistete Arbeit völlig inakzeptabel ist.

Zu Absatz 2:

Auch hier hat die Einrichtung ein Ermessen, ob sie für Teilnahme an fördernden Maßnahmen, wie zum Beispiel an einem Unterricht oder an beruflichen Maßnahmen, eine Zuwendung leistet.

Zu Absatz 3:

Priorität hat hier ganz klar die von anderer Stelle gezahlte Beihilfe. Die Zuwendung der Einrichtung nach Absatz 2 soll nur subsidiär gezahlt werden, also dann nicht, wenn der Patient von anderer Stelle eine Beihilfe erhält. Die Zuwendung/Beihilfe soll Anreiz sein, den Patienten zur Wahrnehmung der Bildungsangebote zu bewegen.

Zu § 46:

§ 46 Absatz 1 begründet einen Anspruch des Maßregelvollzugspatienten gegen die Einrichtung für den Fall, dass der Patient wirtschaftlich verwertbare Arbeitsverrichtungen leistet. Die Vorschrift wurde § 56 JVollzGB III nachgebildet. Danach besteht ein Anspruch, sodass es hier kein Ermessen der Einrichtung gibt. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei dem in § 46 genannten Arbeitsverhältnis nicht um ein privatrechtliches Arbeitsverhältnis handelt. Ein solches wird zwischen Patient und der Einrichtung nicht begründet. Von einem Arbeitslohn, den ein Patient aufgrund eines freien Beschäftigungsverhältnisses außerhalb der Einrichtung verdienen kann, unterscheidet sich das in § 46 geregelte Arbeitsentgelt durch die rechtliche Grundlage. Innerhalb des Vollzugsverhältnisses besteht gerade kein Arbeitsvertrag. Das hier geregelte Beschäftigungsverhältnis ist vielmehr öffentlich rechtlicher Natur. Entsprechendes gilt für das von den Einrichtungen gemäß § 46 zu zahlende Arbeitsentgelt. Auf ein Arbeitsentgelt für seine Tätigkeit, wenn diese wirtschaftlich nützlich ist, hat der Patient also einen Rechtsanspruch. Die Zahlung von Arbeitsentgelt kann die Möglichkeit eröffnen, den Patienten in die Sozialversicherung einzugliedern. Der Patient kann durchaus versicherungspflichtig beschäftigt werden. Das ist allein nach den sozialrechtlichen Kriterien zu bestimmen. § 46 Absatz 2 regelt daher auch die Pflicht, fällige Beiträge an die Bundesagentur für Arbeit abzuführen. In diesem Fall kann die Einrichtung dann dieselben vom Entgelt der untergebrachten Person einbehalten.

Zu § 47:

Zu Absatz 1:

Absatz 1 stellt den Grundsatz auf, dass der Patient während des Maßregelvollzugs über sein Geld verfügen kann. Es ist aber nicht vertretbar, dem Patienten generell zu erlauben, in der Einrichtung unbeschränkt Geld zu besitzen und dieses in gleichem Maße frei zu verwenden. Darum ist der Grundsatz des § 47 Absatz 1 durch den Unterbringungszweck und die Einwilligung seitens der Einrichtung beschränkt. Das Gesetz regelt hier keine Einzelheiten, da dies der gebotenen Flexibilität widersprechen würde. Im Rahmen der Behandlung, der Rehabilitation und der Resozialisierung kommt der tatsächlichen Verwendung von Geld, insbesondere des Taschengelds (Absatz 2, Barbetrag), besondere Bedeutung zu. Denn der verantwortungsbewusste Umgang mit Geld ist als Behandlungsmittel einzusetzen. Es soll beim Patienten die Bereitschaft und Fähigkeit zu einer Lebensführung nach allgemeinen Bedingungen geweckt und gefördert werden. Rehabilitation und Resozialisierung sind ohne Taschengeld nicht denkbar, nicht selten wird seine Verwendung Gegenstand der Behandlung und Betreuung sein müssen. Für eine Beschränkung der Verfügungsmöglichkeit gibt es jedoch wichtige Gründe. Unter anderem kann die Gefahr bestehen, dass ein Patient verhältnismäßig viel Geld an sich bringen und andere schwächere Patienten manipulieren oder von sich abhängig machen kann. Solches muss verhindert werden können. Auch kann der Besitz von Geld die Flucht erleichtern. Dem kann bei entsprechenden fluchtgefährdenden Patienten durch Beschränkung des Geldbesitzes vorgebeugt werden. Dies kann im Verhältnis zu ansonsten anzuordnenden Sicherungsmaßnahmen eventuell das mildere Mittel sein.

## Zu Absatz 2:

Absatz 2 stellt klar, dass der Patient einen Anspruch auf einen Barbetrag (Taschengeld) gegen die Einrichtung hat. Möchte die untergebrachte Person Taschengeld erhalten, ist sie zur Mitwirkung und Tatsachenangabe gemäß den §§ 60, 65 und 66 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch verpflichtet.

Wichtig ist, dass die untergebrachte Person nur bei Bedürftigkeit Anspruch auf den Barbetrag (Taschengeld) hat, wie dies auch andere, nicht strafrechtlich untergebrachte Patienten nur bei Bedürftigkeit haben. Die Höhe des Taschengelds ergibt sich mindestens aus § 35 Absatz 2 SGB XII. Er ist der Mindestbetrag, der der untergebrachten Person verbleiben muss. Er dient den Bedürfnissen des täglichen Lebens, die nicht zum Unterhalt, für welche die Einrichtung zuständig ist, zählen. Bezieht der Patient Arbeitsentgelt aus einer Arbeit im Maßregelvollzug, entfällt die Bedürftigkeit. Die Höhe des Arbeitsentgelts sollte daher so geregelt sein, dass sie auch in der Grundvergütung über den Barbetragssätzen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch und den Sätzen der Arbeitsentlohnung der Einrichtung für eine Beteiligung an der Arbeitstherapie liegt, damit dem Patienten ein Anreiz an Arbeit und Arbeitstherapie verbleibt.

## Zu Absatz 3:

Die Einrichtung führt für den Patienten ein Eigengeldkonto. Auf dieses Eigengeldkonto werden vollzugsfreie Einkünfte und Ansparbeträge während des Vollzugs gebucht. Es gleicht damit einem privaten Konto, das dem Ansparen des Eigengelds dient. Das Eigengeldguthaben ist pfändbar und aufrechenbar. Der Patient kann über das Eigengeldkonto frei verfügen. Verfügungsberechtigt ist neben der untergebrachten Person auch ihr gesetzlicher Vertreter.

## Zu Absatz 4:

Absatz 4 bestimmt zwingend, dass der Patient ein Überbrückungsgeld ansparen muss, welches der Finanzierung seines Lebensunterhalts und seiner unterhaltsberechtigten Angehörigen in den ersten vier Wochen nach der Entlassung dient. Im Gegensatz zum Eigengeld ist der Anspruch auf Auszahlung des Überbrückungsgelds nach § 138 Absatz 1 Satz 2 in Verbindung mit § 51 Absatz 4 und 5 StVollzG grundsätzlich unpfändbar. Wegen der Unpfändbarkeit ist es damit auch grundsätzlich nicht durch die Einrichtung aufrechenbar. Absatz 4 verweist auf § 52 JVollzGB III. Damit sind vor allem Regelungen der Pfändbarkeit betroffen. Nach § 52 Absatz 4 JVollzGB III ist das Überbrückungsgeld grundsätzlich unpfändbar. Pfändbarkeit besteht demnach jedoch nach § 52 Absatz 5 JVollzGB III für Unterhaltsansprüche gemäß § 850 d Absatz 1 Satz 1 ZPO.

## Zu § 48:

Die Erhebung eines Kostenbeitrags ist bereits bundesrechtlich geregelt. Die landesrechtliche Norm in § 106 Absatz 2 JVollzGB III orientiert sich an § 138 Absatz 1 StVollzG. Sie übernimmt die dortige Regelung auf der Ebene des Landesrechts. § 106 Absatz 2 JVollzGB III regelt die Erhebung des Haftkostenbeitrags. Er passt die Regelung zum Haftkostenbeitrag an die tatsächlichen Verhältnisse in den psychiatrischen Krankenhäusern oder Entziehungsanstalten unter Übernahme der bisherigen Rechtslage in § 138 Absatz 2 StVollzG an. Nach § 106 Absatz 3 JVollzGB III bleiben § 138 Absatz 2 Satz 3 und 4 sowie § 138 Absatz 3 StVollzG unberührt. Diese Vorschriften betreffen Einzelheiten der Erhebung des Haftkostenbeitrags sowie die entsprechende Anwendung der §§ 109 bis 121 StVollzG über das gerichtliche Verfahren (Antrag zur Strafvollstreckungskammer). Danach ist zuständig für die Erhebung der Kosten die Vollstreckungsbehörde. Die Kosten werden als Justizverwaltungsabgabe erhoben.

Da nach § 48 Satz 2 bei der Bewertung einer Beschäftigung als Arbeit die besonderen Verhältnisse des Maßregelvollzugs zu berücksichtigen sind, hat hier die Einrichtung einen Ermessensspielraum, wann tatsächlich verwertbare Arbeit vorliegt, die zur Abführung eines Haftkostenbeitrags verpflichtet und wann diese Stufe noch nicht erreicht ist.

Zu § 49:

Die Ausführungen in der Begründung zu §§ 25 und 26 gelten entsprechend.

Auf die Bedürfnisse des Maßregelvollzugs gehen die ergänzenden Sicherungsmaßnahmen in § 49, nämlich der Zimmereinschluss und die Fesselung ein. Der Zimmereinschluss ist im Maßregelvollzug gebräuchlich zur Deeskalation und bei Krisensituationen; die noch nicht den Grad erreicht haben, dass die Absonderung in einem besonderen Raum ohne gefährdende Gegenstände (§ 25 Absatz 2 Nummer 3) notwendig wird. Der Zimmereinschluss kann auch, insbesondere des nachts bei fluchtgefährlichen Maßregelvollzugspatienten, die oft aus dem Bereich der Unterbringung nach § 64 StGB stammen, angewendet werden zur Verhinderung von Zusammenrottungen, Geiselnahmen und Ausbruchversuchen. Gleiches gilt tagsüber in konflikträchtigen Situationen. Davon zu unterscheiden ist der übliche Nachteinschluss auf Krisen- oder Aufnahme- oder Sicherheitsstationen, die nicht als offene, sondern geschlossene Stationen geführt werden. Hier werden Patienten untergebracht, die in der Krise oder noch während des Aufnahmeverfahrens einer Beobachtung zur Einschätzung ihres Verhaltens bedürfen. Gleiches gilt von Sicherheitsstationen, sofern sie vorhanden sind. Auch dort ist ein Nachteinschluss keine *besondere* Sicherungsmaßnahme, sondern reines Mittel zur Erhöhung der allgemeinen Sicherheit aufgrund erhöhter Fluchtgefahr.

Die Fesselung ist ein im Strafvollzug übliches Mittel zur Fluchtverhinderung. § 88 StVollzG erlaubt sie in besonders kritischen Situationen, nämlich dann, wenn der Gefangene das sichere Anstaltsgelände verlässt bei Vorführungen, Transporten und Ausgängen. Diese Situation ist im Maßregelvollzug ebenso anzutreffen. Auch dort müssen die Patienten zu Gerichtsterminen, Polizeivorführungen, extramuralen Krankenhausbehandlungen etc. Die Fesselung wird zwar nur bei einer erhöhten Fluchtgefahr durchgeführt. Diese ist bereits zu bejahen, wenn im Hinblick auf die Persönlichkeit des Patienten ein nicht zu relativierender Fluchtanreiz erkannt wird, weil der Patient beispielsweise wegen eines schweren Gewaltdelikts zu einer hohen Haftstrafe verurteilt worden ist oder die Maßregel voraussichtlich noch lange andauern wird und sein Verhalten vor allem auch im Hinblick auf Lockerungen erst noch beobachtet werden muss. Hier müssen dann nicht noch zusätzliche konkrete Anzeichen für einen Missbrauch der Ausführung durch den Maßregelvollzugspatienten vorliegen (so Arloth, Kommentar zum Strafvollzugsgesetz, 3. Auflage 2011, § 88 RNr. 11).

Zu § 50:

Zu Absatz 1:

Bislang gab es in Baden-Württemberg noch keine Spezialnorm, die die Durchsuchung von Räumen oder der untergebrachten Person geregelt hat. Da die Durchsuchung in Grundrechte der untergebrachten Person eingreift, ist sie gesetzlich zu regeln. Eine Durchsuchung ist das „ziel- und zweckgerichtete Suchen staatlicher Organe nach Personen oder Sachen oder zur Ermittlung eines Sachverhaltes, um etwas aufzuspüren ...“ (Bundesverfassungsgerichtsentscheidung 51, 97, 107; 76, 83, 89). Voraussetzung der Durchsuchung sind zwingende Gründe der Therapie, des geordneten Zusammenlebens und der Sicherheit. Für eine mit Entkleidung verbundene körperliche Durchsuchung gilt § 64 Absatz 2 und 3 JVollzGB III.

Diese lauten:

§ 64 Absatz 2 JVollzGB III:

„Nur auf Anordnung der Anstaltsleiterin oder des Anstaltsleiters oder bei Gefahr im Verzug ist es im Einzelfall zulässig, eine mit einer Entkleidung verbundene körperliche Durchsuchung vorzunehmen. Sie darf bei männlichen Gefangenen nur in Gegenwart von Männern, bei weiblichen Gefangenen nur in Gegenwart von Frauen erfolgen. Sie ist in einem geschlossenen Raum durchzuführen. Andere Gefangene dürfen nicht anwesend sein.“

§ 64 Absatz 3 JVollzGB III:

„Die Anstaltsleiterin oder der Anstaltsleiter kann allgemein anordnen, dass Gefangene bei der Aufnahme, nach Kontakten mit Besuchern und nach jeder Abwesenheit von der Justizvollzugsanstalt nach Absatz 2 durchsucht werden können.“

Um die Maßregelvollzugseinrichtung frei von Drogen und Alkohol zu halten, ist es notwendig, Suchtmittelkontrollen durchzuführen. Dies gilt vor allem auch für den Maßregelvollzug im Bereich des § 64 StGB. Gerade Entwöhnungspatienten versuchen immer wieder, an Suchtmittel heranzukommen und diese in die Einrichtungen zu schleusen. Für Suchtmittelkontrollen gilt § 64 Absatz 4 JVollzGB III entsprechend.

§ 64 Absatz 4 JVollzGB III lautet:

„Gefangene können Suchtmittelkontrollen unterzogen werden, wenn der Verdacht besteht, dass sie Suchtmittel besitzen oder konsumieren. Die ergriffenen Maßnahmen dürfen nicht mit einem körperlichen Eingriff verbunden sein. Bei Gefangenen, die die Mitwirkung an der Durchführung der Kontrolle verweigern, ist in der Regel davon auszugehen, dass Suchtmittelfreiheit nicht gegeben ist.“

Zu Absatz 2:

Absatz 2, der die Videoüberwachung erlaubt, ist § 23 JVollzGB I nachgebildet. Er erlaubt die Videobeobachtung von Anstaltsgelände, Anstaltsinneren und unmittelbarer Anstaltsumgebung. Flure zählen dabei zum Inneren der Einrichtung. Auch eine in den Flur integrierte offene Küche, die zum gemeinschaftlichen Kochen und Essen konzipiert ist, dürfte daher noch eher in den Schutzbereich des Absatzes 2 fallen. Beobachtungen des Anstaltsgeländes und des Gebäudeinneren mittels Videotechnik sind ohne weiteres zulässig. Die Videotechnik ist praktisch die Verlängerung des Blickfelds des Maßregelvollzugsbediensteten. Diese Beobachtungen dürfen aufgezeichnet werden aus Gründen der Aufrechterhaltung von Sicherheit und Ordnung.

Zu Absatz 3:

Absatz 3 ermöglicht die Beobachtung mittels optisch elektronischer Einrichtungen in Interventions-, Aufenthalts-, Wohn- und Schlafräumen, jedoch nur die Beobachtung, nicht die Aufzeichnung. Die Speicherung personenbezogener Daten ist hierbei unzulässig. Außerdem knüpft Absatz 3 die Beobachtung durch Nutzung optisch elektronischer Einrichtungen an die Voraussetzung, dass dies zur Abwehr einer gegenwärtigen erheblichen Selbst- oder Fremdgefährdung durch den Patienten erforderlich ist. Begnügt sich Absatz 2 mit dem Vorliegen einer abstrakten Gefährdungslage, so verlangt Absatz 3, der einen wesentlich stärkeren Grundrechtseingriff in Artikel 2 GG der untergebrachten Person darstellt, eine konkrete Gefährdungslage. Die Gefährdung, Selbst- oder Fremdgefährdung, muss gegenwärtig und erheblich sein.

Zu § 51:

Im Gegensatz zum Justizvollzugsgesetzbuch, das von „vollzugsöffnenden Maßnahmen“ spricht, soll es für den Bereich des MRV beim bewährten Begriff der Vollzugslockerungen bleiben. Vollzugslockerungen sind demnach Maßnahmen der Behandlung, die der Therapie und Wiedereingliederung der untergebrachten Person dienen, insbesondere zur Durchführung notwendiger Maßnahmen in den Bereichen Arbeit und Ausbildung oder Therapie. Daneben dienen sie auch der Aufrechterhaltung und Stärkung der sozialen Kontakte und der notwendigen Erprobung der untergebrachten Person vor der Entlassung oder der bedingten Entlassung. Der bisher verwendete Begriff des „Urlaubs“ wird durch den Begriff „Beurlaubung“ ersetzt, um zu verdeutlichen, dass es sich hierbei nicht um Erholungsurlaub handelt, sondern um eine besondere Art der Vollzugslockerung, die nur aus behandlerischen Gesichtspunkten in wenigen Ausnahmefällen gewährt wird.

Zu Absatz 1:

§ 51 Absatz 1 entspricht dem früheren § 15 Absatz 2 UBG. Aus Gründen der Rechtssicherheit und aus Gründen der Verantwortlichkeit kann eine Beurlaubung und Gewährung von Vollzugslockerungen ohne Aufsicht wie bisher nur erfolgen mit Zustimmung der zuständigen Staatsanwaltschaft. Denn die zuständige Staatsanwaltschaft erhält, z. B. über das Bundeszentralregister oder auf Anforderung von anderen Staatsanwaltschaften Informationen über weitere Ermittlungsverfahren und Strafverfahren, die gegen die untergebrachte Person in der Zwischenzeit geführt wurden und werden. Damit hat sie eine weitere Informationsquelle zur Einschätzung der Gefährlichkeit und Zuverlässigkeit der untergebrachten Person. Darauf kann auch in Zukunft nicht verzichtet werden. Eine reine Stellungnahme der zuständigen Staatsanwaltschaft würde dem nicht genügen.

Zu Absatz 2:

Der jetzige Absatz 2 entspricht dem früheren § 15 Absatz 4. Er regelt die extramurale Belastungserprobung zur Vorbereitung der Entlassung. Der bisherige § 15 Absatz 2 UBG konnte gestrichen werden, da in der Praxis Urlaub zu anderen Zwecken als der Entlassungsvorbereitung nie gewährt wurde, weshalb die Vorschrift überflüssig geworden ist. Bisher war die Verlängerung der Belastungserprobung (§ 15 Absatz 4 Satz 2 UBG) auf weitere sechs Monate beschränkt. Diese zeitliche Grenze war nicht sachdienlich, da in den „besonders begründeten Fällen“ ein Bedürfnis nach zeitlicher Flexibilität bestand. Es gibt keine fachlichen Gründe, die Verlängerung auf ausgerechnet sechs Monate zu begrenzen.

Zu Absatz 3:

Dieser entspricht dem früheren § 15 Absatz 5 UBG. Er gibt der Staatsanwaltschaft die Möglichkeit, ein unabhängiges Zweitgutachten zu verlangen bei erstmaliger Beurlaubung aus dem geschlossenen Vollzug sowie bei Vollzugslockerungen für untergebrachte Personen, die wegen einer Straftat gegen die sexuelle Selbstbestimmung oder wegen eines schweren Gewaltdelikts untergebracht sind. Selbst wenn in der Praxis die Zweitgutachten fast nie zu einem anderen Ergebnis gelangen als die Ärztinnen und Ärzte der MRV-Einrichtungen, ist es aus Gründen der Sicherheit und der Verantwortungsteilung gerechtfertigt, der Staatsanwaltschaft eine breitere Basis in Form eines Zweitgutachtens zur Entscheidungsfindung zu schaffen.



Zu Absatz 4:

§ 51 Absatz 4 entspricht dem bisherigen § 15 Absatz 6 UBG. Er beinhaltet den allgemeinen Grundsatz, dass Lockerungen nicht zu gewähren sind, wenn mit einer Flucht oder einem anderen Lockerungsmisbrauch zu rechnen ist.

Zu Absatz 5:

Dieser entspricht dem bisherigen § 15 Absatz 6 Satz 2 und § 11 Absatz 2 und 3 UBG. Danach kann die Beurlaubung mit Auflagen versehen werden. Ein Auflagenverstoß kann zum Widerruf führen.

Zu § 52:

Zu Absatz 1:

Die Vorschrift stellt die Verpflichtung des Landes auf, nachsorgende Hilfen anzubieten. Die nachsorgenden Hilfen haben das Ziel, die untergebrachte Person auch nach deren Entlassung zu betreuen und die in der Unterbringung begonnene Behandlung fortzusetzen, sodass die Eingliederung des Patienten in die Gesellschaft möglichst weit gesichert ist. § 52 spiegelt damit das umfassende Ziel des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes. Dieses möchte nicht nur in seinem Teil 4 den Maßregelvollzug losgelöst regeln, vielmehr ist der Maßregelvollzug eingebettet in das allgemeine Hilfesystem. Absatz 1 spricht daher einerseits von den klassischen Diensten während und nach dem Maßregelvollzug wie die Bewährungshilfe, die Führungsaufsicht und – mittlerweile – auch die forensischen Ambulanzen, andererseits jedoch auch von den klassischen Stellen innerhalb des Hilfesystems, wie den sozialpsychiatrischen Diensten, wobei sicher auch die Gemeindepsychiatrischen Verbände zu nennen sind. Die Formen der Zusammenarbeit dieser verschiedenen Stellen sind einesteils gesetzlich geregelt, was beispielsweise die Bewährungshilfe oder die Führungsaufsichtsstellen anbelangt, andererseits werden diese auch durch Kooperationsvereinbarungen oder Verträge ausgestaltet werden. Ein Beispiel ist hier die Zusammenarbeit zwischen der Neustart gemeinnützige GmbH (als Trägerin der Bewährungshilfe in Baden-Württemberg) und der Forensischen Ambulanz des ZfP Südwürttemberg.

Zu Absatz 2:

Absatz 2 ist eine Nachwirkung des Grundsatzes innerhalb des Maßregelvollzugs, der einerseits die Heilung oder Besserung und andererseits den Schutz der Allgemeinheit zum Ziel hat. Nach Beendigung des Maßregelvollzugs steht das Ziel Eingliederung in die Gemeinschaft, frühzeitige Erkennung von Krisensituationen und der Schutz der Allgemeinheit. Das nachsorgende Hilfesystem baut auf der im Maßregelvollzug geleisteten Arbeit auf, insbesondere auch auf den im Vorfeld der Entlassung zu gewährenden Lockerungen als Entlassungsvorbereitungen im engeren Sinne. Diese während des Maßregelvollzugs stattfindenden Entlassungsvorbereitungen sind in § 51 dargestellt.

Zu Absatz 3:

Eine Säule der ambulanten Nachbetreuung stellt ganz sicherlich die forensische Ambulanz dar. Der Bundesgesetzgeber hat in § 68 a Absatz 7 und § 68 b Absatz 2 Satz 3 StGB die Bundesländer dazu verpflichtet, forensische Ambulanzen einzurichten. Die Vollstreckung der Maßregel kann bereits bei ihrer Anordnung nach § 67 b StGB zur Bewährung ausgesetzt werden, vor ihrer Vollstreckung nach § 67 c StGB, während der Vollstreckung einer Freiheitsstrafe vor der Maßregel,

oder nach Beginn des Vollzugs der Maßregel nach § 67 d Absatz 2 StGB. Nach § 68 Absatz 2 StGB tritt in diesen Fällen kraft Gesetzes Führungsaufsicht ein. Die verurteilte Person untersteht danach gemäß § 68 a StGB einer Aufsichtsstelle, das Gericht hat ihr für die Dauer der Führungsaufsicht einen Bewährungshelfer zu bestellen. Es können nach § 68 b Absatz 2 Satz 2 StGB Behandlungsweisungen vom Gericht angeordnet werden, u. a. auch eine ambulante Nachbetreuung. Wird eine solche Weisung nach § 68 b erteilt, stehen nach § 68 a Absatz 7 StGB auch die forensischen Ambulanzen der verurteilten Person helfend und betreuend zur Seite. Diese werden auch gerichtlich angehört (§ 68 a Absatz 3, 6 und 7). Die Ausgestaltung dieser Bundesvorschriften entspricht § 52 Absatz 3 PsychKHG. In Baden-Württemberg wurde eine Gemeinsame Verwaltungsvorschrift für die forensischen Ambulanzen erlassen. Die Gemeinsame Verwaltungsvorschrift des Justizministeriums und des Sozialministeriums über Vorstellungs- und Therapieweisungen in forensischen Ambulanzen (VwV Forensische Ambulanzen) vom 21. Juni 2010, Az.: 4450/0217 (JuM) und Az.: 53-5454.2-4 (SM) gestaltet den näheren Inhalt, insbesondere die Einrichtung der forensischen Ambulanzen, ihre Zielgruppen, das vorbereitende Aufnahmeverfahren, Ziel und Dauer der Weisungen, Kosten und Kostentragung und unter Punkt 10 die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Stellen (forensische Ambulanzen, Führungsaufsichtsstellen, Bewährungshilfe, Justiz- und Maßregelvollzug, Gericht) sowie die Offenbarungs- und Schweigepflicht und die Verstöße gegen Weisungen aus. Die Verwaltungsvorschrift ist in Baden-Württemberg im GABl. vom 28. Juli 2010 (S. 269) veröffentlicht.

Zu § 53:

Zu Absatz 1:

Da am Maßregelvollzug unterschiedliche Behörden, Gerichte und Einrichtungen aus verschiedenen Rechtsbereichen beteiligt sind, stellt § 53 klar, dass insoweit für alle die Regelungen des Landes- und des Bundesdatenschutzgesetzes gelten. Für die Maßregelvollzugseinrichtungen gelten außerdem die datenschutzrechtlichen Vorschriften des Landeskrankenhausgesetzes Baden-Württemberg, soweit sie Krankenhäuser im Sinne dieses Gesetzes sind. Über den Verweis des § 43 Absatz 5 LKHG gelten somit auch ggf. einschlägige bereichsspezifische Regelungen (z. B. nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes oder Zehntes Buch).

Die nun folgenden Absätze 2 bis 5 enthalten über die allgemeinen Datenschutzregelungen hinaus notwendige bereichsspezifische Regelungen des Maßregelvollzugs.

Zu Absatz 2:

Absatz 2 beschreibt die Zweckbindung der Datenverarbeitung durch die einzelnen Beteiligten bei der Durchführung des Maßregelvollzugs. Dies sind vor allem die Maßregelvollzugseinrichtungen, das Sozialministerium als Aufsichtsbehörde, die Strafvollstreckungsbehörden (Staatsanwaltschaften), die Träger der Bewährungshilfe, dies ist in Baden-Württemberg vor allem die Neustart gemeinnützige GmbH, die Forensischen Ambulanzen, die verurteilenden Gerichte, aber auch andere – begleitende – Gerichte, wie zum Beispiel die Strafvollstreckungskammer oder die Führungsaufsichtsstelle bei Gericht, sowie andere beteiligte Behörden, wie zum Beispiel Polizeibehörden im Rahmen von Vorführungen, Amtshilfen, Fahndungsmaßnahmen, ebenso der Strafvollzug beispielsweise bei der Übernahme der Patienten nach Erledigung einer Maßregel nach § 64 StGB und anschließender Weiterrückführung der Strafe. Absatz 2 ist vor allem auch Rechtsgrundlage für die Aufnahme, Speicherung und Weitergabe von Daten, die für Fahndungsmaßnahmen erforderlich sind. Hierzu gehören die Aufnahme, Speicherung und Weitergabe von Fahndungsfotos, die Feststellung von äußeren Merk-

malen etc. sowie die Weitergabe von Kontaktadressen. Zu diesen Zwecken wurden in Absatz 2 ausdrücklich die Behörden der Polizei und die von ihnen im Be nehmen mit den Maßregelvollzugseinrichtungen sowie den Strafvollstreckungsbehörden durchzuführenden Fahndungsmaßnahmen genannt.

Zu Absatz 3:

Absatz 3 enthält eine besondere Regelung, um die Verbindung von Strafverfahren und Unterbringung im Maßregelvollzug zu gewährleisten.

Zu Absatz 4:

Nach § 126 a StPO ist in Absatz 4 ein Auskunftsrecht zum Verlauf der einstweiligen Unterbringung gegenüber dem beauftragten psychiatrischen Sachverständigen im Anlassverfahren geschaffen worden.

Zu Absatz 5:

Absatz 5 enthält die rechtlichen Voraussetzungen für eine Datenübermittlung zu wissenschaftlichen Zwecken, wie sie beispielsweise in der forensischen Basisdokumentation Baden-Württemberg durchgeführt werden.

Absatz 5 Satz 2 stellt klar, dass die Vorschrift über das Melderegister dazu *lex specialis* ist.

Zu § 54:

Zu Absatz 1:

Absatz 1 stellt klar, dass die Vorschrift des § 27 insgesamt entsprechend im Maßregelvollzug gilt, lediglich aus Gründen der Qualifikation bei einzelnen Mitgliedern Erfahrung auf dem Gebiet des Maßregelvollzugs verlangt wird.

Zu Absatz 2:

Über Absatz 2 erhalten alle auch in der Unterbringung bestehenden Beschwerdemöglichkeiten (§ 27) Geltung. Daneben bestehen natürlich noch die Rechtsbehelfe nach § 138 Absatz 3 und den §§ 109 bis 121 StVollzG.

Zu § 55:

Die Vorschrift ermächtigt das Sozialministerium, die zur Ausführung dieses Gesetzes erforderlichen Verwaltungsvorschriften zu erlassen.

Zu § 56:

Die Vorschrift übernimmt im Wesentlichen den bisherigen § 18 UBG. Aufgrund der Aufnahme der „Religionsausübung“ in dieses Gesetz (§ 24) wird der Katalog der Grundrechte um die „Religionsausübungsfreiheit“ (Artikel 4 Absatz 2 GG) ergänzt (vgl. Artikel 19 Absatz 1 Satz 2 GG). Des Weiteren machen die Eingriffsermächtigungen gemäß § 25 Absatz 2 Nummer 2 sowie § 19 Satz 1 dieses Gesetzes die Benennung des nach Artikel 14 GG geschützten Eigentumsrechts erforderlich.

Zu § 57:

§ 57 stellt klar, dass die bisher zur Unterbringung zugelassenen Einrichtungen als zugelassen im Sinne des (neuen) § 14 Absatz 1 Nummer 1 gelten.

Zu § 58:

Diese Vorschrift regelt das Inkrafttreten dieses Gesetzes sowie das Außerkrafttreten des bisherigen Unterbringungs- und Maßregelvollzugsrechts.