

Referentenentwurf

Sächsisches Gesetz zur Reform der Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Erkrankungen

Vom ...

Der Sächsische Landtag hat am ... das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Sächsisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Erkrankungen

(Sächsisches Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz – SächsPsychKHG)

Inhaltsübersicht

A b s c h n i t t 1

G e m e i n s a m e V o r s c h r i f t e n

- § 1 Anwendungsbereich
- § 2 Grundsätze
- § 3 Begriffsbestimmungen
- § 4 Besuchskommissionen
- § 5 Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher
- § 6 Psychiatrieerberichterstattung

A b s c h n i t t 2

H i l f e n f ü r M e n s c h e n m i t p s y c h i s c h e n E r k r a n k u n g e n

- § 7 Hilfesystem
- § 8 Hilfen
- § 9 Zuständigkeit
- § 10 Psychosoziale Dienste und Angebote
- § 11 Sozialpsychiatrische Dienste
- § 12 Versorgungsverpflichtung der Krankenhäuser
- § 13 Koordination der Versorgung auf Ebene der Landkreise und Kreisfreien Städte, Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften
- § 14 Verbände der Leistungserbringer
- § 15 Koordination der Versorgung auf Landesebene, Landesbeirat Psychische Gesundheit
- § 16 Dokumentations- und Meldepflichten
- § 17 Rechtsaufsicht

A b s c h n i t t 3 U n t e r b r i n g u n g

U n t e r a b s c h n i t t 1

Voraussetzungen der Unterbringung und Unterbringungsverfahren

- § 18 Voraussetzungen der Unterbringung
- § 19 Rechtsbelehrung
- § 20 Zuständige Verwaltungsbehörde
- § 21 Unterbringung, Regelverfahren
- § 22 Vollstreckung der Unterbringung
- § 23 Sofortige vorläufige Unterbringung
- § 24 Vorführung
- § 25 Fürsorgliche Aufnahme und Zurückhaltung

U n t e r a b s c h n i t t 2

Vollzug der Unterbringung

- § 26 Vollzug der Unterbringung in einem Krankenhaus oder einer anerkannten Einrichtung
- § 27 Rechtsstellung der untergebrachten Personen
- § 28 Anspruch auf Behandlung
- § 29 Ärztliche Zwangsmaßnahmen
- § 30 Religionsausübung
- § 31 Persönliches Eigentum
- § 32 Recht auf Besuch
- § 33 Post- und Fernmeldeverkehr, digitale Kommunikation
- § 34 Verwertung von Kenntnissen
- § 35 Sicherungsmaßnahmen
- § 36 Ergänzende Regelungen bei freiheitsentziehenden Sicherungsmaßnahmen
- § 37 Durchsuchung
- § 38 Videoüberwachung
- § 39 Unmittelbarer Zwang
- § 40 Belastende Vollzugsmaßnahmen
- § 41 Offene Gestaltung der Unterbringung, Belastungserprobung
- § 42 Aussetzung des Vollzugs, Entlassung
- § 43 Freiwilliger Aufenthalt
- § 44 Kosten der Unterbringung
- § 45 Kosten des Verfahrens
- § 46 Dokumentations- und Meldepflichten
- § 47 Fachaufsicht

A b s c h n i t t 4

U n t e r b r i n g u n g i n e i n e m p s y c h i a t r i s c h e n K r a n k e n h a u s o d e r e i - n e r E n t z i e h u n g s a n s t a l t a u f g r u n d s t r a f g e r i c h t l i c h e r E n t s c h e i - d u n g

U n t e r a b s c h n i t t 1

Grundsätze

- § 48 Vollzug der Maßregeln

- § 49 Organisation des Maßregelvollzugs
- § 50 Aufgaben und Ziele des Maßregelvollzugs
- § 51 Rechtsstellung der Patientinnen und Patienten
- § 52 Aufnahme
- § 53 Anspruch auf Behandlung
- § 54 Behandlungs- und Eingliederungsplan
- § 55 Einstweilig untergebrachte Patientinnen und Patienten
- § 56 Vollstreckungsplan, Verlegung

Unterabschnitt 2

Organisation und Gestaltung der Unterbringung

- § 57 Religionsausübung
- § 58 Persönliches Eigentum
- § 59 Recht auf Besuch
- § 60 Post- und Fernmeldeverkehr, andere Formen der Telekommunikation
- § 61 Verwertung von Kenntnissen
- § 62 Hausordnung

Unterabschnitt 3

Finanzielle Regelungen

- § 63 Kosten der Unterbringung
- § 64 Krankenversicherungsschutz, Versorgung der Patientinnen und Patienten im Krankheitsfall und Gesundheitsfürsorge
- § 65 Finanzielle Leistungen
- § 66 Bezüge im Maßregelvollzug
- § 67 Überbrückungsgeld
- § 68 Eigengeld

Unterabschnitt 4

Sicherheit und Ordnung

- § 69 Ärztliche Zwangsmaßnahmen
- § 70 Sicherungsmaßnahmen
- § 71 Ergänzende Regelungen bei freiheitsentziehenden Sicherungsmaßnahmen
- § 72 Videoüberwachung
- § 73 Disziplinarmaßnahmen
- § 74 Durchsuchung
- § 75 Erkennungsdienstliche Maßnahmen
- § 76 Unmittelbarer Zwang
- § 77 Festnahmerecht
- § 78 Vorführung
- § 79 Belastende Vollzugsmaßnahmen

Unterabschnitt 5

Beschwerdeverfahren, Rechtsmittel, Aufsicht

- § 80 Beschwerde
- § 81 Gerichtliche Entscheidung
- § 82 Fachaufsicht
- § 83 Meldepflichten

Unterabschnitt 6
Lockerung, Erledigung, Nachsorge

- § 84 Vollzugslockerungen
- § 85 Förderung der Aussetzung und Erledigung der Maßregel
- § 86 Forensische Ambulanzen

A b s c h n i t t 5
D a t e n s c h u t z

Unterabschnitt 1
Datenschutz im Hilfesystem und bei Unterbringung

- § 87 Datenverarbeitung
- § 88 Besonders schutzwürdige Daten
- § 89 Unterrichtung in besonderen Fällen
- § 90 Datenlöschung
- § 91 Auskunfts- und Einsichtsrechte
- § 92 Datenschutz bei Forschungsvorhaben

Unterabschnitt 2
Datenschutz im Maßregelvollzug

- § 93 Entsprechende Geltung der Regelungen für den Justizvollzug
- § 94 Übermittlung an die Maßregelvollzugseinrichtung
- § 95 Bußgeldvorschriften
- § 96 Strafvorschriften

A b s c h n i t t 6
S c h l u s s v o r s c h r i f t e n

- § 97 Einschränkungen von Grundrechten
- § 98 Übergangsvorschrift zur Psychatrieberichterstattung

A b s c h n i t t 1
G e m e i n s a m e V o r s c h r i f t e n

§ 1

Anwendungsbereich

Dieses Gesetz regelt

1. Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen und von psychischer Krankheit bedrohte Menschen,
2. die Anordnung und den Vollzug von Schutzmaßnahmen im Hinblick auf Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere die Unterbringung nach diesem Gesetz,
3. den Vollzug
 - a) von freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung nach den §§ 63 und 64 des Strafgesetzbuches sowie nach § 7 des Jugendgerichtsgesetzes,
 - b) der einstweiligen Unterbringung nach § 126a der Strafprozeßordnung,

- c) der einstweiligen Unterbringung zur Vorbereitung eines Gutachtens nach § 81 der Strafprozeßordnung und nach § 73 des Jugendgerichtsgesetzes sowie
- d) vorläufiger Maßnahmen vor dem Widerruf der Aussetzung nach § 463 Absatz 1 in Verbindung mit § 453c der Strafprozeßordnung.

§ 2

Grundsätze

(1) Bei allen Hilfen und Schutzmaßnahmen aufgrund dieses Gesetzes ist auf die individuelle Situation der Menschen mit psychischen Erkrankungen besondere Rücksicht zu nehmen. Ihre Würde ist zu achten. Ihr Wille ist zu achten, soweit dieses Gesetz dies nicht einschränkt.

(2) Bei der Ausgestaltung der Hilfen, der Schutzmaßnahmen und des Vollzugs der Maßregel ist die Vielfalt der Lebensumstände, insbesondere die kulturelle und soziale Lebenssituation angemessen zu berücksichtigen. Auf die Barrierefreiheit, insbesondere auf barrierefreie Sprache ist zu achten.

(3) Der Diskriminierung und Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist insbesondere durch Transparenz und Aufklärung entgegenzuwirken.

(4) Alle Leistungserbringer von Hilfen und alle Einrichtungen, bei denen Menschen mit psychischen Erkrankungen wohnen, betreut werden oder untergebracht sind oder bei denen die Maßregel vollzogen wird, tragen dafür Sorge, dass die Menschen mit psychischen Erkrankungen und insbesondere die Menschen mit seelischer Behinderung vor jeglicher Form von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch geschützt werden. Sie sind insbesondere verpflichtet, Gewaltschutzkonzepte, die auch die Beschäftigten mit einbeziehen, zu erstellen und umzusetzen. Für die Aufgaben nach den Sätzen 1 und 2 ist in jeder Einrichtung eine verantwortliche Person zu benennen.

§ 3

Begriffsbestimmungen

(1) Menschen mit psychischen Erkrankungen im Sinne dieses Gesetzes sind Menschen, die infolge einer psychischen Störung funktionseingeschränkt, krank oder behindert sind einschließlich

- 1. der Menschen, bei denen eine Abhängigkeitserkrankung vorliegt,
- 2. der Kinder und Jugendlichen, die von einer psychischen Erkrankung betroffen sind,
- 3. der Menschen, die an einer gerontopsychiatrischen Erkrankung leiden, und
- 4. der Menschen mit seelischen Behinderungen.

Menschen, die von einer psychischen Erkrankung oder seelischen Behinderung bedroht sind, sind auch Menschen mit psychischen Erkrankungen im Sinne dieses Gesetzes.

(2) Angehörige im Sinne dieses Gesetzes sind Angehörige im Sinne des § 11 Absatz 1 Nummer 1 des Strafgesetzbuches, die zu dem Menschen mit psychischer Erkrankung in einer engen sozialen Beziehung stehen. Vertrauenspersonen im Sinne dieses Gesetzes sind Personen, die zu dem Menschen mit psychischer Erkrankung in einer engen sozialen Beziehung stehen, ohne Angehörige zu sein.

(3) Berechtigte Person im Sinne dieses Gesetzes ist die gesetzliche Vertreterin oder der gesetzliche Vertreter einer minderjährigen oder volljährigen Person sowie die oder der rechtsgeschäftlich Bevollmächtigte einer volljährigen Person.

(4) Psychiatrische Versorgung im Sinne dieses Gesetzes umfasst die ambulante und stationäre Krankenbehandlung insbesondere in dem Fachbereich der Psychiatrie und Psychotherapie.

(5) Psychosoziale Versorgung im Sinne dieses Gesetzes umfasst alle anderen Leistungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen, die nicht Krankenbehandlungen im Sinne des Absatz 4 sind.

(6) Krankenhäuser im Sinne dieses Gesetzes sind psychiatrische Fachkrankenhäuser sowie Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern, die volljährige oder minderjährige Patientinnen und Patienten aufnehmen.

(7) Andere stationäre Einrichtungen im Sinne des Gesetzes sind Wohnformen, in denen Menschen mit psychischen Erkrankungen wohnen, betreut werden, Assistenzleistungen erhalten oder untergebracht sind. Dies sind vor allem besondere Wohnformen der Eingliederungshilfe, stationäre Pflegeeinrichtungen und stationäre Einrichtungen der Jugendhilfe.

(8) Psychosoziale Dienste und Angebote im Sinne dieses Gesetzes sind Einrichtungen, die Leistungen im Sinne des Absatzes 5 für Menschen mit psychischen Erkrankungen in ambulanter Form erbringen. Soweit Sozialpsychiatrische Dienste ambulante ärztliche Leistungen nach § 11 Absatz 2 Satz 2 erbringen, sind sie davon nicht erfasst.

(9) Maßregelvollzugseinrichtungen im Sinne dieses Gesetzes sind Kliniken für Forensische Psychiatrie, die Teil der psychiatrischen Krankenhäuser in Trägerschaft des Freistaates Sachsen sind oder Einrichtungen, denen vom Freistaat Sachsen der Vollzug der Maßnahmen nach § 1 Nummer 3 übertragen wurde.

(10) Eine spezialisierte Maßregelvollzugseinrichtung im Sinne dieses Gesetzes ist eine in sich abgeschlossene jugendforensische Abteilung in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, die Teil eines psychiatrischen Krankenhauses in Trägerschaft des Freistaates Sachsen ist.

§ 4

Besuchskommissionen

(1) Besuchskommissionen besuchen schwerpunktbezogen Krankenhäuser, andere stationäre Einrichtungen, Maßregelvollzugseinrichtungen im Sinne des § 3 Absatz 9 und 10 sowie psychosoziale Dienste und Angebote, in denen Menschen mit psychischen Erkrankungen wohnen, aufgenommen oder untergebracht sind, betreut werden oder Assistenzleistungen erhalten. Die Besuchskommissionen sind unabhängig und besuchen die Orte in der Regel unangemeldet.

(2) Die Besuchskommissionen überprüfen die allgemeinen Lebensbedingungen und die Wahrung der Rechte der Menschen mit psychischen Erkrankungen in den besuchten Einrichtungen. Sie beraten bei Bedarf besuchte Einrichtungen zu Verbesserungsmöglichkeiten. Sind in den besuchten Einrichtungen Menschen mit psychischen Erkrankungen aufgrund einer gerichtlichen Entscheidung untergebracht, prüfen die Besuchskommissionen, ob die mit der Unterbringung von Menschen mit psychischen Erkrankungen verbundenen besonderen Aufgaben und gesetzlichen Vorgaben erfüllt werden und die Rechte der Patientinnen, Patienten, Bewohnerinnen und Bewohner gewahrt werden. Die Besuchskommissionen geben den Menschen mit psychischen Erkrankungen während der Besuche Gelegenheit, Wünsche und Beschwerden vorzubringen. Sie wirken auf eine zeitnahe Lösung hin.

(3) Besuchte Einrichtungen sind verpflichtet, die Besuchskommissionen zu unterstützen, insbesondere ihnen Zutritt zu gewähren, Auskünfte zu erteilen und Unterlagen vorzulegen. Personenbezogene Unterlagen dürfen nur mit Einwilligung des Menschen mit psychischer Erkrankung oder dessen berechtigter Person eingesehen werden. Von dem Einwilligungsvorbehalt ausgenommen sind die Dokumentationen betreffend die Unterbringung

und andere freiheitsentziehende Maßnahmen sowie die Sicherungsmaßnahmen einschließlich notwendiger richterlicher Genehmigungen. Vor Gesprächen mit Minderjährigen ist die Zustimmung der Sorgeberechtigten einzuholen. Die Schweigepflicht der mit der Behandlung und Betreuung der Menschen mit psychischen Erkrankungen betrauten Personen bleibt im Übrigen unberührt.

(4) Als Mitglieder der Besuchskommissionen beruft das Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt im Benehmen mit den kommunalen Spitzenverbänden und der Liga der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege jeweils für eine Amtszeit von vier Jahren

1. Angehörige von Menschen mit psychischen Erkrankungen,
2. Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosomatische Medizin, Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder andere Ärztinnen und Ärzte mit Berufserfahrung in der Psychiatrie,
3. Fachkräfte aus dem Bereich der Suchthilfe,
4. Menschen mit psychischen Erkrankungen,
5. Mitglieder des Sächsischen Landesbeirates für Menschen mit Behinderung,
6. Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher,
7. Personen mit der Befähigung zum Richteramt,
8. Personen mit einer abgeschlossenen Qualifikation zur Genesungsbegleitung,
9. Personen
 - a) mit einer Weiterbildung in den Gesundheitsfachberufen auf dem Gebiet der Psychiatrie oder für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
 - b) mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung in der Krankenpflege mit Berufserfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie oder
 - c) mit einer abgeschlossenen sozialpädagogischen, heilpädagogischen oder heilerziehungspflegerischen Ausbildung Berufserfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie,
10. Psychotherapeutinnen und -therapeuten oder Psychologinnen und Psychologen mit Erfahrung im Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen,
11. rechtliche Betreuerinnen und Betreuer,
12. Vertreterinnen und Vertreter der öffentlichen Jugendhilfe.

Es können auch Bürgerinnen und Bürger berufen werden, die sich in besonderem Maße für die Belange von Menschen mit psychischen Erkrankungen eingesetzt haben. Die Mitglieder sollen mindestens für drei Besuche der Besuchskommissionen zur Verfügung stehen.

(5) Die Mitglieder der Besuchskommissionen wählen eine Gesamtvorsitzende oder einen Gesamtvorsitzenden und jeweils eine Regionalvorsitzende oder einen Regionalvorsitzenden für die Regionen Leipzig, Dresden und Chemnitz. Sie geben sich eine Geschäftsordnung. Die Geschäftsstelle ist beim Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt eingerichtet.

(6) Jede Besuchskommission soll aus drei Personen bestehen und fachlich ausgewogen zusammengesetzt sein. Jeder Besuchskommission soll mindestens ein Mitglied nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 oder 4 angehören. Sind die für die Einrichtung bestellten Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher gemäß Absatz 7 Satz 2 beim Besuch anwesend, sind lediglich zwei Mitglieder zur Bildung der Besuchskommission erforderlich.

(7) Die Besuchskommissionen arbeiten insbesondere vertrauensvoll zusammen mit

1. den Patientenfürsprecherinnen und -fürsprechern nach § 5,
2. den Mitwirkungsgruppen der Patientinnen und Patienten, der Bewohnerinnen und Bewohner sowie der Nutzerinnen und Nutzer der Einrichtungen sowie
3. der zuständigen Behörde nach § 22 des Sächsischen Betreuungs- und Wohnqualitätsgesetzes vom 12. Juli 2012 (SächsGVBl. S. 397), das zuletzt durch das Gesetz vom 6. Juni 2019 (SächsGVBl. S. 466) geändert worden ist, und den Besuchskommissionen nach § 14 des Sächsischen Inklusionsgesetzes vom 2. Juli 2019 (SächsGVBl. S. 542) und
4. der zuständigen Behörde nach § 27 Absatz 1 des Landesjugendhilfegesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. September 2008 (SächsGVBl. S. 578), das zuletzt durch die Verordnung vom 31. Januar 2023 (SächsGVBl. S. 64) geändert worden ist.

Die Besuchskommissionen sollen die für die Einrichtung bestellten Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher zur Teilnahme an dem Besuch einladen. Prüfungen der Besuchskommissionen, die gleichzeitig mit Prüfungen der Besuchskommissionen nach § 14 des Sächsischen Inklusionsgesetzes durchgeführt werden, sollen vermieden werden.

(8) Jede Besuchskommission legt spätestens zwei Monate nach einem Besuch ihren Besuchsbericht der Einrichtung und deren Träger zur Kenntnis vor und bietet diesen gleichzeitig Rücksprache zu ihren Empfehlungen an. Die Einrichtung gibt den Besuchsbericht den bestellten Patientenfürsprecherinnen und -fürsprechern zur Kenntnis. Spätestens zwei Monate nach einem Besuch hat die Besuchskommission ihren Bericht dem Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt zur aufsichtsrechtlichen Verwendung zu übersenden. Stellt eine Besuchskommission erhebliche Mängel fest, deren Beseitigung keinen Aufschub zulässt, informiert sie unverzüglich die im Einzelfall zuständige Aufsichtsbehörde. Die Besuchskommissionen verfassen in eigener Verantwortung einmal jährlich eine Übersicht und einmal in der Legislaturperiode einen gemeinsamen Bericht, der zusammenfassend über die Ergebnisse ihrer Arbeit im Berichtszeitraum informiert. Die Jahresübersicht wird den Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften und dem Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt übermittelt und veröffentlicht. Den gemeinsamen Bericht leitet das Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt dem Landtag zur Kenntnis zu.

(9) Die Aufsichtspflichten und Befugnisse der zuständigen Behörden sowie das Recht der betroffenen Menschen, andere Überprüfungs- oder Beschwerdeinstanzen anzurufen, bleiben unberührt.

(10) Die Mitglieder der Besuchskommissionen haben über die Angelegenheiten, die ihnen bei ihrer Tätigkeit bekannt geworden sind, Verschwiegenheit zu bewahren. Dies gilt nicht für die Berichtspflichten nach Absatz 8 und nicht für Tatsachen, die offenkundig sind oder ihrer Bedeutung nach keiner Geheimhaltung bedürfen.

§ 5

Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher

(1) Für Krankenhäuser und Maßregelvollzugseinrichtungen im Sinne des § 3 Absatz 9 und 10 bestellen die Kreisfreie Stadt oder der Landkreis, in deren Gebiet die Einrichtung liegt, im Benehmen mit den Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften ehrenamtliche Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher, die nicht in derselben Einrichtung tätig sind. Für andere stationäre Einrichtungen können Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher bestellt werden. Die zu bestellenden Personen sollen über Grundkenntnisse im Bereich des Versorgungssystems für Menschen mit psychischen Erkrankungen verfügen und zur Fortbildung bereit sein. Sie arbeiten unabhängig und weisungsfrei. Die Kreisfreie Stadt oder der Landkreis informiert die Aufsichtsbehörde unverzüglich über die Bestellung und den Beststellungszeitraum der Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher.

(2) Die Krankenhäuser oder die Einrichtungen stellen sicher, dass den Menschen mit psychischen Erkrankungen barrierefreie Informationen über das Angebot der Patientenförsprecherinnen und -försprecher zugänglich sind. Die Patientenförsprecherinnen und -försprecher haben Zugang zu den Menschen mit psychischen Erkrankungen. Ihnen sind persönliche Gespräche und die sonstige Kontaktaufnahme mit den betroffenen Menschen zu gestatten. Die notwendige räumliche und sachliche Ausstattung für die Ausübung des Amtes ist zu gewähren. Die Patientenförsprecherinnen und -försprecher und das Beschwerdemanagement der Einrichtung arbeiten eng zusammen.

(3) Die Patientenförsprecherinnen und -försprecher prüfen Wünsche und Beschwerden der Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie ihrer Angehörigen in den Krankenhäusern und Einrichtungen und beraten sie. Bei Bedarf und mit dem Einverständnis der Ratsuchenden vermitteln sie zwischen ihnen und den Mitarbeitenden. Die Patientenförsprecherinnen und -försprecher bemühen sich um eine individuelle zeitnahe Lösung. Sie informieren die Ratsuchenden über den Fortgang ihres Anliegens.

(4) Stellen die Patientenförsprecherinnen und -försprecher erhebliche Mängel fest, deren Beseitigung keinen Aufschub zulässt, informieren sie die Leitung des Krankenhauses oder der Einrichtung, den Träger und die Psychiatriekoordinatorin oder den Psychiatriekoordinator des Landkreises oder der Kreisfreien Stadt.

(5) Die Patientenförsprecherinnen und -försprecher arbeiten eng mit der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft und der Psychiatriekoordinatorin oder dem Psychiatriekoordinator des Landkreises oder der Kreisfreien Stadt zusammen und berichten mindestens einmal jährlich über den Sachstand in dem betreuten Krankenhaus oder der betreuten Einrichtung. Diese unterstützen die Patientenförsprecherinnen und -försprecher bei der Aufnahme ihrer Tätigkeit, unterbreiten ihnen Fortbildungsangebote und ermöglichen die Vernetzung der Patientenförsprecherinnen und -försprecher untereinander.

(6) Patientenförsprecherinnen und -försprecher werden für höchstens fünf Jahre bestellt. Die wiederholte Bestellung für dieselbe Einrichtung ist zulässig.

§ 6

Psychiatriieberichterstattung

(1) Zur Verbesserung der bedarfsgerechten psychiatrischen und psychosozialen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen erfolgt eine Psychiatrieberichterstattung. Sie dient den Landkreisen, den Kreisfreien Städten und dem Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt zu einer nachhaltigen Planung und Strukturierung der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung auf regionaler und Landesebene, ihrer Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung. Sie fließt in die regionalen Psychiatriepläne, Suchthilfepläne und Suchtberichte sowie den Landespsychiatrieplan und den Sächsischen Drogen- und Suchtbericht ein.

(2) Die Psychiatrieberichterstattung erfolgt durch die Erhebung statistischer, nicht personenbezogener Daten bei den Leistungserbringern und den Maßregelvollzugseinrichtungen im Sinne des § 3 Absatz 9 und 10. Statistische Daten sind insbesondere einrichtungsbezogene strukturelle Daten, klinische, soziodemografische und nicht personenbezogene klienten- und patientengruppenbezogene Daten sowie Daten zu Zwangsmaßnahmen. Die Meldepflichten ergeben sich aus den §§ 16, 46 und 83.

(3) Die Kosten der Datenauswertung und der Erstellung der Psychiatrieberichterstattung nach Absatz 1 Satz 1 trägt der Freistaat Sachsen.

(4) Näheres über das Verfahren der Datenübermittlung, die Bestimmung der mit der Psychiatrieberichterstattung befassten Stelle und deren Einbindung in den Datenübermittlungsprozess, Art und Umfang der Daten sowie deren Übermittlung kann das Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt durch Rechtsverordnung bestimmen.

Abschnitt 2

Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen

§ 7

Hilfesystem

(1) Das Hilfesystem für Menschen mit psychischen Erkrankungen umfasst alle Angebote für eine bedarfsgerechte psychiatrische, psychosomatische und psychosoziale Versorgung im ambulanten, niederschweligen, teilstationären, stationären, rehabilitativen und pflegerischen Bereich.

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

(3) Das Zusammenwirken aller an der Versorgung in einem Landkreis oder einer Kreisfreien Stadt Beteiligten bildet das System der regionalisierten Pflichtversorgung.

§ 8

Hilfen

(1) Hilfen nach diesem Gesetz sind Leistungen, die dem Menschen mit psychischer Erkrankung angeboten werden und die dieser freiwillig annimmt. Maßnahmen nach den Abschnitten 3 und 4 bleiben hiervon unberührt.

(2) Ziel ist es, durch rechtzeitige und umfassende Beratung, Betreuung und Assistenz sowie durch Vermittlung oder Durchführung geeigneter Maßnahmen, insbesondere von Behandlungen,

1. die Zeichen einer psychischen Erkrankung durch vorsorgende Hilfen rechtzeitig zu erkennen, so dass der betroffene Mensch rasch behandelt werden kann und Maßnahmen entbehrlich sind, welche die selbständige Lebensführung beeinträchtigen und die persönliche Freiheit einschränken,
2. den Menschen mit psychischer Erkrankung durch begleitende Hilfen darin zu unterstützen, mit seiner Erkrankung zu leben, eine Verschlechterung zu vermeiden und eine Besserung zu erreichen und gegebenenfalls notwendige Schutzmaßnahmen gegen den Willen des betroffenen Menschen zu verkürzen,
3. nach einer psychiatrischen oder psychosomatischen Behandlung oder Unterbringung durch nachsorgende Hilfen die Wiedereingliederung in die Gemeinschaft zu erleichtern und zu fördern sowie Rückfälle zu vermeiden.

(3) Die Hilfen sind nach dem individuellen Hilfebedarf des Menschen mit psychischer Erkrankung und aufeinander abgestimmt mit ihm zu vereinbaren und zu erbringen. Die Wünsche der Menschen mit psychischen Erkrankungen sind zu berücksichtigen. Bei minderjährigen Personen sind die Sorgeberechtigten und unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben das Jugendamt hinzuzuziehen. Geschlechts- und kultursensible sowie behinderungsbedingte Aspekte sind zu berücksichtigen.

(4) Die Hilfen werden nach Möglichkeit und in Abhängigkeit vom konkreten Bedarf so erbracht, dass der Mensch mit psychischer Erkrankung sie in Anspruch nehmen kann, ohne seinen gewohnten Lebensbereich aufgeben zu müssen.

(5) Hilfen sollen, soweit möglich und therapeutisch vertretbar sowie von der Person erwünscht, am Wohnort des Menschen mit psychischer Erkrankung in Form von aufsuchenden Hilfen erbracht werden. Digitale Kommunikationsmittel und Online-Angebote können genutzt werden, soweit es die fachgerechte Versorgung zulässt.

(6) Hilfen sollen nur dann in Krankenhäusern und anderen stationären Einrichtungen geleistet werden, wenn das Ziel der Hilfen auf anderem Wege nicht erreicht werden kann. Die Erbringung von Hilfen soll vorrangig in ambulanter Form erfolgen, insbesondere durch ambulante ärztliche Behandlung und psychosoziale Beratung sowie Assistenz des Menschen mit psychischer Erkrankung.

(7) Beratungs- und Unterstützungsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen in einer akuten psychischen Krise sollen auch außerhalb der regulären Öffnungszeiten der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie der psychosozialen Dienste und Angebote gewährleistet sein, insbesondere in den Abend- und Nachtstunden sowie am Wochenende (Krisendienst).

(8) Beratungen und Informationen werden auch für Angehörige von Menschen mit psychischer Erkrankung und Vertrauenspersonen erbracht. Sie sollen Verständnis für die besondere Lage der psychisch erkrankten Person wecken sowie insbesondere die Bereitschaft und Möglichkeit zur Mitwirkung bei der Unterstützung des Menschen mit psychischer Erkrankung fördern. Die Leistungen dienen auch der Prävention psychischer Erkrankungen der Angehörigen und Vertrauenspersonen selbst.

(9) Die Angehörigen und Vertrauenspersonen sind auf ihren Wunsch und mit Zustimmung des Menschen mit psychischer Erkrankung bei der Versorgungsplanung für ihn einzubinden.

(10) Bei der Beratung und Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie der Assistenz für diese sollen auch Menschen mit Eigenerfahrung und abgeschlossener Ausbildung zur Genesungsbegleitung eingesetzt werden. Menschen mit Eigenerfahrung sind Personen, die selbst eine psychische Erkrankung haben oder von ihr genesen sind.

§ 9

Zuständigkeit

(1) Unbeschadet der Verpflichtungen Dritter sind die Landkreise und Kreisfreien Städte im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit für die Gewährung ihrer Hilfen im Sinne dieses Gesetzes und deren Koordination zuständig.

(2) Örtlich zuständig ist der Landkreis oder die Kreisfreie Stadt, in deren Gebiet der Mensch mit Hilfebedarf seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat oder zuletzt hatte. Ist dieser nicht feststellbar, ist der Landkreis oder die Kreisfreie Stadt zuständig, in deren Gebiet die Hilfsbedürftigkeit eintritt.

§ 10

Psychosoziale Dienste und Angebote

(1) Psychosoziale Dienste und Angebote sind insbesondere Sozialpsychiatrische Dienste, Suchtberatungs- und -behandlungsstellen, psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen, niederschwellige Kontaktangebote für Suchterkrankte sowie Angebote der Tagesstrukturierung, des Wohnens und der Teilhabe an Arbeit. Es können bei diesen Diensten und Angeboten Beschwerdestellen für Menschen mit psychischen Erkrankungen eingerichtet werden, in denen Fachkräfte, Menschen mit Eigenerfahrung und Angehörige gemeinsam auf die Klärung von Beschwerden psychisch kranker Menschen hinwirken.

(2) Die Landkreise und Kreisfreien Städte halten Sozialpsychiatrische Dienste und Suchtberatungs- und Suchtbehandlungsstellen sowie psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen vor. Sie wirken darauf hin, dass weitere erforderliche psychosoziale Dienste und Angebote eingerichtet werden.

(3) Die Landkreise und Kreisfreien Städte können den Vollzug der Aufgaben der Suchtberatungs- und Suchtbehandlungsstellen, der Sozialpsychiatrischen Dienste, der psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen sowie der anderen psychosozialen Dienste und Angebote Verbänden der freien Wohlfahrtspflege oder gemeinnützigen Institutionen übertragen, soweit und solange diese zur Aufgabenerfüllung geeignet und bereit sind. Entsprechende landesweite Fachempfehlungen zu Qualitätsstandards sind zu berücksichtigen.

§ 11

Sozialpsychiatrische Dienste

(1) Der Sozialpsychiatrische Dienst koordiniert die psychosoziale und die ambulante ärztliche Versorgung der Menschen mit psychischen Erkrankungen in seinem regionalen Versorgungsgebiet. Dies gilt insbesondere auch für die kinder- und jugendpsychiatrische und gerontopsychiatrische Versorgung.

(2) Ihm obliegen die Aufgaben nach § 11 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Freistaat Sachsen vom 11. Dezember 1991 (SächsGVBl. S. 413), das zuletzt durch Artikel 14 des Gesetzes vom 26. April 2018 (SächsGVBl. S. 198) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, und die Gewährung der Hilfen gemäß § 8. Ihm obliegen ferner die Diagnostik und die ambulante ärztliche Behandlung, soweit niedergelassene Ärztinnen und Ärzte oder psychiatrische Institutsambulanzen sie nicht sicherstellen können oder diese für die Patientinnen und Patienten nicht erreichbar sind.

(3) Als Leitung des Sozialpsychiatrischen Dienstes ist eine Fachärztin oder ein Facharzt für Psychiatrie einzusetzen. Ist eine derartige Stellenbesetzung aus sachlichen Gründen nicht möglich, kann die Funktion auch von

1. einer Fachärztin oder einem Facharzt für das öffentliche Gesundheitswesen,
2. einer Fachärztin oder einem Facharzt mit einschlägiger psychiatrischer Berufserfahrung oder
3. einer Psychotherapeutin oder einem -therapeuten mit Erfahrung in der Psychiatrie

ausgeübt werden. Eine Leitung nach Satz 2 ist nur zulässig, wenn und soweit sichergestellt ist, dass die einem Arztvorbehalt unterliegenden Maßnahmen nach Absatz 2 von einer Fachärztin oder einem Facharzt durchgeführt werden.

(4) Die nach Absatz 3 Satz 2 Nummer 3 notwendige Erfahrung einer Psychotherapeutin oder eines -therapeuten kann dadurch nachgewiesen werden, dass sie oder er

1. zur Führung der Berufsbezeichnung eines psychologischen Psychotherapeuten berechtigt ist oder
2. gemäß § 1 Absatz 1 des Psychotherapeutengesetzes vom 15. November 2020 (BGBl. I S. 1604), das durch Artikel 17 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, berechtigt ist, diese Berufsbezeichnung zu führen und darüber hinaus
 - a) eine fünfjährige Weiterbildung auf dem Gebiet der Erwachsenen- oder Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgreich absolviert hat oder
 - b) über eine dreijährige Berufserfahrung in der Behandlung schwer psychisch kranker Menschen verfügt.

(5) Die Sozialpsychiatrischen Dienste arbeiten mit allen anderen Leistungserbringern in ihrer Versorgungsregion eng zusammen.

§ 12

Versorgungsverpflichtung der Krankenhäuser

(1) Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die einer psychiatrischen Krankenhausbehandlung bedürftigen Patientinnen und Patienten aus einem nach Absatz 3 festgelegten Einzugsgebiet, in dem sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben oder in dem die stationäre Behandlungsbedürftigkeit eingetreten ist, aufzunehmen und zu behandeln. Den gewöhnlichen Aufenthalt hat eine Person dort, wo sie sich unter den Umständen aufhält, die erkennen lassen, dass sie an diesem Ort oder in diesem Gebiet nicht nur vorübergehend verweilt. Der gewöhnliche Aufenthalt ist auch der Aufenthalt in einer anderen stationären Einrichtung im Sinne von § 3 Absatz 7. Die Sätze 1 bis 3 finden keine Anwendung bei Unterbringungen in Maßregelvollzugseinrichtungen im Sinne des § 3 Absatz 9 und 10 aufgrund strafrechtlicher Entscheidung.

(2) Die Aufnahmeverpflichtung nach Absatz 1 beschränkt nicht das Recht der Patientinnen und Patienten auf freie Krankenhauswahl. Unberührt bleiben die Regelungen zur Notfallversorgung nach § 27 Absatz 1 des Sächsischen Krankenhausgesetzes vom 15. Dezember 2022 (SächsGVBl. S. 752), in der jeweils geltenden Fassung, in Verbindung mit § 2 Absatz 2 Satz 2 des Sächsischen Gesetzes über den Brandschutz, Rettungsdienst und Katastrophenschutz vom 24. Juni 2004 (SächsGVBl. S. 245, 647), das zuletzt durch das Gesetz vom 25. Juni 2019 (SächsGVBl. S. 521) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung.

(3) Die Einzugsgebiete der Krankenhäuser und Durchführungsvorschriften zu den Absätzen 1 und 2 legt das Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt in einem Einzugsgebietsplan im Benehmen mit den Krankenhausträgern und im Einvernehmen mit dem Staatsministerium des Innern sowie dem Staatsministerium der Justiz und für Demokratie, Europa und Gleichstellung durch Rechtsverordnung fest. Die Festlegung erfolgt unter Berücksichtigung des Krankenhausplanes im Sinne des Sächsischen Krankenhausgesetzes. Das Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt kann in begründeten Fällen Krankenhäuser zeitlich befristet von der Vollversorgungsverpflichtung nach Absatz 1 Satz 1 entbinden und sich daraus ergebende ergänzende Versorgungsverpflichtungen für andere Krankenhäuser festlegen. Die Entscheidung ergeht gegenüber den betroffenen Krankenhausträgern und wird im Sächsischen Amtsblatt bekanntgemacht.

§ 13

Koordination der Versorgung auf Ebene der Landkreise und Kreisfreien Städte, Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften

(1) Die Landkreise und Kreisfreien Städte richten als beratende Gremien Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften ein. Sie können Facharbeitsgruppen für den Bereich der Suchthilfe einrichten. Die Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften analysieren die psychiatrische und psychosoziale Versorgungssituation fach- und trägerübergreifend und erarbeiten fachliche Vorschläge zur Steuerung, Planung und Koordination der Hilfen sowie insbesondere zur Vernetzung der Hilfeleistungen und Angebote im Landkreis oder in der Kreisfreien Stadt. Sie sind vor grundlegenden Veränderungen in der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung zu hören.

(2) Die Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften wirken auf die Bildung von Verbänden der Leistungserbringer und die Einrichtung von Krisendiensten in ihrer Versorgungsregion hin.

(3) Den psychosozialen Arbeitsgemeinschaften sollen angehören im Landkreis oder der Kreisfreien Stadt tätige

1. Psychotherapeutinnen und -therapeuten,

2. niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, insbesondere solche mit einer Facharztanerkennung für das Fachgebiet Psychiatrie oder der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie,
3. Vertreterinnen und Vertreter
 - a) des Sozialpsychiatrischen Dienstes,
 - b) der Suchthilfe,
 - c) der Verbände oder Interessenvertretungen der Menschen mit psychischen Erkrankungen,
 - d) der Jugendhilfe,
 - e) möglichst aller Sozialleistungsträger,
 - f) der Verbände der freien Wohlfahrtspflege, soweit sie Leistungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen erbringen,
 - g) des regionalen Verbundes der Leistungserbringer,
 - h) von Krankenhäusern,
 - i) der Verbände oder Interessenvertretungen der Angehörigen von Menschen mit psychischen Erkrankungen,
 - j) von Betreuungsvereinen und Hilfevereinen,
4. regionale Beauftragte für Menschen mit Behinderungen,
5. Vertreterinnen und Vertreter psychosozialer Zentren für Menschen mit Flucht- und Migrationshintergrund sowie
6. sonstige Vertreterinnen und Vertreter von öffentlichen Stellen, die für Hilfen für psychisch kranke Menschen zuständig sind.

(4) Die Landkreise und Kreisfreien Städte bestellen für die Sicherstellung und Koordination der Hilfen nach den §§ 8, 10 und 11 sowie für deren bedarfsgerechte Weiterentwicklung aus dem Kreis ihrer fachkompetenten Mitarbeitenden eine Person zur Psychiatriekoordinatorin oder zum Psychiatriekoordinator. Die Bestellung einer Suchtkoordinatorin oder eines Suchtkoordinators ist zusätzlich möglich. Die Psychiatriekoordinatorin oder der Psychiatriekoordinator leitet die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft des Landkreises oder der Kreisfreien Stadt, führt ihre Geschäfte und vertritt im Rahmen ihrer Aufgaben den Landkreis oder die Kreisfreie Stadt. Die Rechte der Suchtkoordinatorin oder des Suchtkoordinators im Sinne von Satz 3 bestimmt der Landkreis oder die Kreisfreie Stadt.

§ 14

Verbünde der Leistungserbringer

(1) In den Landkreisen und Kreisfreien Städten sollen sich die wesentlichen psychiatrischen und psychosozialen Leistungserbringer sowie die Selbsthilfeangebote einer Versorgungsregion zu Verbänden zusammenschließen. Die Verbände berücksichtigen den besonderen Kooperationsbedarf im Rahmen der kinder- und jugendpsychiatrischen sowie gerontopsychiatrischen Versorgung.

(2) Die Leistungserbringer treffen in den Verbänden schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit dem Ziel, im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit sowie in den von ihnen angebotenen Leistungsbereichen für Menschen mit psychischen Erkrankungen und insbesondere mit komplexem Hilfebedarf in ihrer Versorgungsregion eine möglichst bedarfsgerechte, wohnortnahe Pflichtversorgung zu erreichen. Sie unterstützen die Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften bei ihrer Aufgabe nach § 13 Absatz 1 Satz 3. Die Leitung und Koordinierung des Verbundes wird zwischen seinen Mitgliedern geregelt.

(3) Für die Menschen mit komplexem Hilfebedarf sollen Hilfeplankonferenzen angeboten werden. Dabei sollen die Leistungserbringer unter Beteiligung der Angehörigen und Vertrauenspersonen sowie der betroffenen Leistungsträger eine individuelle Versorgungsmöglichkeit für den Menschen mit komplexem Hilfebedarf finden. Der Sozialpsychiatrische Dienst ist einzubeziehen.

(4) Die Verbände der Leistungserbringer sollen mit den Leistungsträgern, der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft sowie Netzwerken aus anderen Bereichen zusammenarbeiten. Dies schließt auch die Zusammenarbeit mit den Maßregelvollzugseinrichtungen nach § 3 Absatz 9 und 10 für die Wiedereingliederung strafrechtlich untergebrachter Patientinnen und Patienten ein. Verbände und regionale Interessenvertretungen der Menschen mit psychischen Erkrankungen, der Menschen mit Eigenerfahrung und der Angehörigen von Menschen mit psychischen Erkrankungen sind einzubinden.

(5) Die Versorgungsregion entspricht in der Regel dem Gebiet des Landkreises oder der Kreisfreien Stadt. Sie kann von den Mitgliedern eines Verbundes abweichend festgelegt werden, wenn es die regionale Versorgungsstruktur gebietet.

§ 15

Koordination der Versorgung auf Landesebene, Landesbeirat Psychische Gesundheit

(1) Zur fachlichen Abstimmung auf Landesebene wird als ständiges, beratendes Gremium ein Landesbeirat Psychische Gesundheit für einen Zeitraum von jeweils vier Jahren vom Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt berufen.

(2) Der Landesbeirat besteht aus Expertinnen und Experten, die die unterschiedlichen Versorgungsstrukturen und die Interessen der Menschen mit psychischen Erkrankungen und von deren Angehörigen widerspiegeln. Sie vertreten die Interessen ihres jeweiligen Gebietes und wirken vermittelnd gegenüber dem Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt.

(3) Der Landesbeirat gibt sich eine Geschäftsordnung. Die Geschäftsstelle ist beim Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt eingerichtet.

(4) Das Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt erstellt im Benehmen mit dem Landesbeirat Psychische Gesundheit einen Landespsychiatrieplan, der die psychiatrische und psychosoziale Versorgungslage im Freistaat Sachsen beschreibt und Ziele sowie Umsetzungsempfehlungen für die Weiterentwicklung des Hilfesystems für Menschen mit psychischen Erkrankungen im Freistaat Sachsen enthält.

§ 16

Dokumentations- und Meldepflichten

(1) Die Leistungserbringer von Hilfen dokumentieren ihre Leistungen nach diesem Gesetz. Dokumentationspflichten aufgrund anderer Rechtsvorschriften bleiben unberührt.

(2) Die Sozialpsychiatrischen Dienste sind verpflichtet, der obersten Aufsichtsbehörde folgende Daten jeweils zum 31. März eines Jahres für das vergangene Jahr zu melden:

1. einrichtungsbezogene Strukturmerkmale, insbesondere Informationen zu der Ausstattung, den Angeboten und der Mitwirkung im Verbund der Leistungserbringer,
2. klinische Daten, insbesondere die Anzahl der versorgten Menschen nach Diagnosegruppen entsprechend der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification, Version 2023, abrufbar auf der Internetseite des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte und bei der Deutschen Nationalbibliothek archivmäßig gesichert niedergelegt, in der jeweils geltenden Fassung,

3. soziodemografische Daten, insbesondere zu Alter und Geschlecht der versorgten Menschen,
4. nicht personenbezogene kranken- und patientengruppenbezogene Daten, insbesondere allgemeingültige, gruppenbezogene Angaben zu Beratungsinhalten und Teilnahme an Hilfeplankonferenzen.

(3) Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen sind auf Anforderung der obersten Aufsichtsbehörde verpflichtet, die Daten nach Absatz 2 zu melden, mit Ausnahme der Information zur Mitwirkung im Verbund der Leistungserbringer nach Nummer 1 und der Daten nach Nummer 4.

(4) Die Suchtberatungs- und -behandlungsstellen sind verpflichtet, an der Berichterstattung im Rahmen der Deutschen Suchthilfestatistik mitzuwirken. Die Suchthilfestatistik ist Bestandteil der PsychiatrieBerichterstattung nach § 6.

(5) Andere stationäre Einrichtungen sind, soweit sich die Meldepflichten nicht aus § 46 Absatz 2 ergeben, auf Anforderung der obersten Aufsichtsbehörde verpflichtet, folgende Daten zu melden:

1. die Anzahl der aufgenommenen Menschen mit psychischen Erkrankungen nach Diagnosegruppen entsprechend der jeweils aktuellen Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme,
2. soziodemografische Daten, insbesondere zu Alter und Geschlecht der aufgenommenen Menschen,
3. die Anzahl der untergebrachten Personen und Dauer der Unterbringungen,
4. Anzahl und Art durchgeführter freiheitsbeschränkender und freiheitsentziehender Maßnahmen gemäß § 1831 Absatz 4 in Verbindung mit Absatz 2 und § 1631b Absatz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuches,
5. die Anzahl der bei den untergebrachten Personen ergriffenen ärztlichen Zwangsmaßnahmen gemäß § 1832 des Bürgerlichen Gesetzbuches.

(6) Krankenhäuser sind, soweit sich die Meldepflichten nicht aus § 46 Absatz 2 ergeben, verpflichtet, der obersten Aufsichtsbehörde folgende Daten jeweils zum 31. März eines Jahres für das vergangene Jahr zu melden:

1. Anzahl und Dauer der Unterbringungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen,
2. soziodemografische Daten der untergebrachten Personen, insbesondere zu Alter und Geschlecht,
3. Anzahl und Art durchgeführter freiheitsbeschränkender und freiheitsentziehender Maßnahmen gemäß § 1831 Absatz 4 in Verbindung mit Absatz 2 und § 1631b Absatz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuches,
4. die Anzahl der bei den untergebrachten Personen ergriffenen ärztlichen Zwangsmaßnahmen gemäß § 1832 des Bürgerlichen Gesetzbuches,
5. die Anzahl der Suizide innerhalb des Klinikgebäudes, im Freibereich der Klinik und in unmittelbarer Umgebung der Klinik.

(7) Näheres über Art und Umfang der Daten sowie deren Übermittlung und das Verfahren kann das Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt durch Rechtsverordnung bestimmen.

§ 17

Rechtsaufsicht

(1) Die Landkreise und Kreisfreien Städte nehmen ihre Aufgaben und Befugnisse nach Abschnitt 1 und 2 als weisungsfreie Pflichtaufgaben wahr, soweit nicht etwas anderes geregelt ist.

(2) Die Rechtsaufsicht führt die Landesdirektion Sachsen als Aufsichtsbehörde und das Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt als oberste Aufsichtsbehörde. Die besonderen Aufsichtsregelungen des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Freistaat Sachsen und des Sächsischen Betreuungs- und Wohnqualitätsgesetzes bleiben unberührt.

A b s c h n i t t 3

U n t e r b r i n g u n g

Unterabschnitt 1

Voraussetzungen der Unterbringung und Unterbringungsverfahren

§ 18

Voraussetzungen der Unterbringung

(1) Eine Unterbringung nach diesem Gesetz liegt vor, wenn ein Mensch mit psychischer Erkrankung gegen oder ohne seinen Willen aufgrund einer gerichtlichen Entscheidung, einer sofortigen vorläufigen Unterbringung oder einer fürsorglichen Aufnahme oder Zurückhaltung in ein Krankenhaus oder eine anerkannte Einrichtung eingewiesen wird oder dort weiterhin zu bleiben hat.

(2) Eine Unterbringung nach diesem Gesetz ist nur zulässig, wenn und solange ein psychisch kranker Mensch infolge seiner psychischen Erkrankung sein Leben oder seine Gesundheit erheblich und gegenwärtig gefährdet (Selbstgefährdung) oder eine erhebliche und gegenwärtige Gefahr für bedeutende Rechtsgüter anderer darstellt (Fremdgefährdung) und die Gefahr nicht auf andere Weise abwendbar ist.

(3) Für eine Unterbringung nach diesem Gesetz anstelle einer Unterbringung nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches kann in Fällen der Selbstgefährdung insbesondere sprechen,

1. dass keine Betreuung nach den §§ 1814 bis 1819 des Bürgerlichen Gesetzbuches oder Bevollmächtigung nach § 1820 des Bürgerlichen Gesetzbuches besteht oder
2. dass die Betreuerin, der Betreuer, die Bevollmächtigte oder der Bevollmächtigte Zeit für eine Entscheidung benötigt.

Bei Kindern und Jugendlichen ist eine Unterbringung nach § 1631b des Bürgerlichen Gesetzbuches vorrangig vor der Unterbringung nach diesem Gesetz.

(4) Die Unterbringung kann nur vollzogen werden, wenn keine Maßnahmen nach den §§ 81, 126a und 463 Absatz 1 in Verbindung mit § 453c der Strafprozeßordnung, nach den §§ 63 und 64 des Strafgesetzbuches oder nach § 7 des Jugendgerichtsgesetzes in Verbindung mit den §§ 63 und 64 des Strafgesetzbuches oder nach § 73 des Jugendgerichtsgesetzes getroffen worden sind. Ist jemand aufgrund dieses Gesetzes untergebracht und werden Maßnahmen aufgrund der in Satz 1 genannten Bestimmungen getroffen, so ist die Unterbringungsanordnung nach diesem Gesetz außer Vollzug zu setzen oder aufzuheben.

§ 19

Rechtsbelehrung

(1) Die betroffene Person wird über ihre Rechte während des Unterbringungsverfahrens von der nach § 20 zuständigen Verwaltungsbehörde und während des Vollzuges der Unterbringung vom Krankenhaus oder der anerkannten Einrichtung belehrt und schriftlich informiert. Die Belehrung ist zu dokumentieren.

(2) Gegen eine Maßnahme zur Vorbereitung und zum Vollzug der Unterbringung nach diesem Gesetz kann die untergebrachte Person auch schon vor der gerichtlichen Anordnung der Unterbringung Antrag auf gerichtliche Entscheidung stellen. Absatz 1 gilt entsprechend. Über den Antrag entscheidet das für die Anordnung der Unterbringung zuständige Gericht. § 327 des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit vom 17. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2586, 2587), das zuletzt durch Artikel 9a des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 155) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, ist entsprechend anzuwenden.

§ 20

Zuständige Verwaltungsbehörde

(1) Sachlich zuständige Verwaltungsbehörde im Sinne dieses Gesetzes ist der Landkreis oder die Kreisfreie Stadt. Der Landkreis oder die Kreisfreie Stadt legt fest, ob das Gesundheitsamt oder das Ordnungsamt die Aufgaben wahrnimmt.

(2) Örtlich zuständig ist die Verwaltungsbehörde, in deren Gebiet das Bedürfnis für die Unterbringung entsteht. Die Verwaltungsbehörde, in deren Gebiet die unterzubringende Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat, ist über das Unterbringungsverfahren zu informieren und anzuhören.

§ 21

Unterbringung, Regelverfahren

(1) Die Verwaltungsbehörde ermittelt von Amts wegen, wenn sich gewichtige Anhaltspunkte für das Vorliegen der Voraussetzungen einer Unterbringung ergeben. In diesem Falle hat sie ein amtsärztliches Gutachten darüber einzuholen,

1. ob eine Unterbringung aus fachlicher Sicht erforderlich ist oder ob und welche anderen weniger belastenden Maßnahmen ausreichen,
2. ob und welche Behandlungen ohne Zustimmung der Person notwendig sind,
3. ob die Person offensichtlich nicht in der Lage ist, ihren Willen kundzutun und
4. ob von ihrer persönlichen Anhörung erhebliche Nachteile für ihre Gesundheit oder eine Gefährdung Dritter zu besorgen sind.

Das Gutachten, an dessen Erstellung eine Ärztin oder ein Arzt mit Facharztanerkennung für das Fachgebiet Psychiatrie, eine Ärztin oder ein Arzt mit Erfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie oder eine Psychotherapeutin oder ein Psychotherapeut mit Erfahrung in der Psychiatrie zu beteiligen ist, muss auf den gegenwärtigen Gesundheitszustand der betroffenen Person abstellen und auf einer persönlichen Untersuchung beruhen. § 11 Absatz 4 findet entsprechend Anwendung.

(2) Gleichzeitig ist das für den gewöhnlichen Aufenthalt der betroffenen Person zuständige Gesundheitsamt und der Sozialpsychiatrische Dienst zum Sachverhalt anzuhören. Ist die Verwaltungsbehörde beim Ordnungsamt angesiedelt, arbeitet sie mit dem Gesundheitsamt und dem Sozialpsychiatrischen Dienst eng zusammen; insbesondere tauschen sie Informationen zum Sachverhalt aus und stimmen sich zum Vorgehen im Rahmen ihrer

Aufgaben ab. Für diese Aufgabenerfüllung notwendige persönliche Daten der betroffenen Person dürfen gegenseitig verarbeitet, insbesondere übermittelt werden.

(3) Die betroffene Person ist schriftlich über die Einleitung des Verfahrens zu informieren und zur Untersuchung für die Begutachtung nach Absatz 1 vorzuladen. Ist die betroffene Person minderjährig, so sind unverzüglich die Sorgeberechtigten zu benachrichtigen. Hat die betroffene Person eine Betreuerin, einen Betreuer, eine Bevollmächtigte oder einen Bevollmächtigten für die Aufgabenbereiche des Aufenthaltsbestimmungsrechtes oder der Gesundheitsvorsorge, so ist diese oder dieser unverzüglich zu benachrichtigen. Auf Wunsch der betroffenen Person sind Angehörige und Vertrauenspersonen zu hören, wenn dadurch das Verfahren nicht unverhältnismäßig behindert wird.

(4) Leistet die betroffene Person der Vorladung zur Untersuchung für die Begutachtung nach Absatz 1 keine Folge, kann das Gericht anordnen, dass zum Zweck der Untersuchung eine Vertreterin oder ein Vertreter der Verwaltungsbehörde unter Beiziehung einer Ärztin oder eines Arztes die Wohnung der betroffenen Person betreten kann oder die betroffene Person zur Begutachtung vorgeführt wird. Es ist die Maßnahme zu treffen, die am wenigsten in die Rechte der oder des Betroffenen eingreift. Über die Anordnung der Maßnahme und eine zwangsweise Durchsetzung notwendiger invasiver Eingriffe nach Absatz 5 Satz 2 entscheidet das für die Anordnung der Unterbringung zuständige Gericht. Für das gerichtliche Verfahren gilt § 322 in Verbindung mit den §§ 283 und 284 des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit entsprechend. Bei Maßnahmen nach Satz 1 kann sich die Verwaltungsbehörde der Mitwirkung des Polizeivollzugsdienstes bedienen.

(5) Die betroffene Person hat die Untersuchung nach den Absätzen 1 und 4 zu dulden. Die untersuchende Ärztin oder der untersuchende Arzt ist berechtigt, nach den Regeln der ärztlichen Kunst zu Untersuchungszwecken erforderliche Blutproben zu entnehmen und andere einfache diagnostische Eingriffe vorzunehmen, wenn keine Nachteile für die Gesundheit der betroffenen Person zu befürchten sind.

(6) Der Inhalt des Gutachtens, die beabsichtigte Maßnahme und mögliche Alternativen sind mit der betroffenen Person auf für sie verständliche Weise persönlich zu erörtern. Gesetzliche und rechtsgeschäftliche Vertreterinnen und Vertreter sind in Kenntnis zu setzen. Von der Anhörung kann abgesehen werden, wenn das Gutachten das Vorliegen erheblicher Nachteile für die betroffene Person oder eine Gefährdung Dritter bestätigt oder Gefahr in Verzug ist.

(7) Ist nach dem Ergebnis der Untersuchung zu erwarten, dass die betroffene Person untergebracht werden muss, wenn sie nicht ärztlich behandelt wird, so kann ihr die Verwaltungsbehörde im Benehmen mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst aufgeben, sich innerhalb einer bestimmten Frist in ambulante ärztliche Behandlung, in ein Krankenhaus oder in eine andere geeignete Einrichtung zu begeben. Die betroffene Person ist dann verpflichtet, deren Anweisungen zu befolgen. Die betroffene Person hat der Verwaltungsbehörde den Namen und die Anschrift der ambulant behandelnden Ärztin oder des ambulant behandelnden Arztes, des Krankenhauses oder der Einrichtung mitzuteilen. Diese informieren die Verwaltungsbehörde, wenn die Behandlung gegen ärztlichen Rat abgebrochen wurde. Kommt die betroffene Person der Aufforderung, sich in Behandlung zu begeben, nicht nach und sind die Voraussetzungen für eine Unterbringung weiterhin gegeben, ist das gerichtliche Unterbringungsverfahren einzuleiten.

(8) Stellt die Verwaltungsbehörde fest, dass die Voraussetzungen einer Unterbringung vorliegen, beantragt sie deren Anordnung beim Gericht. Der Antrag ist zu begründen. Die Ermittlungsergebnisse nach Absatz 1 und sonstige Erkenntnisse zum Sachverhalt sind dem Antrag beizufügen. Zum Zeitpunkt der Entscheidung über die Beantragung der Unterbringung darf die persönliche Untersuchung nicht länger als sieben Tage zurückliegen. Ist zu erwarten, dass eine vorläufige Unterbringung im Sinne des § 331 des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit zu beantragen ist, ist ein ärztliches oder psychotherapeutisches Zeugnis ausreichend.

(9) Stellt die Verwaltungsbehörde im Laufe des Verfahrens fest, dass die Voraussetzungen einer Unterbringung nicht vorliegen, teilt sie dies der betroffenen Person schriftlich mit. Absatz 3 Satz 2 und 3 gilt entsprechend. Von der Mitteilung kann abgesehen werden, wenn die schriftliche Benachrichtigung über die Einleitung des Verfahrens nach Absatz 3 Satz 1 noch nicht erfolgt ist.

(10) Vor Ablauf der gerichtlich angeordneten Unterbringung prüft die Verwaltungsbehörde, ob ein Antrag auf Verlängerung beim zuständigen Gericht gestellt werden soll.

§ 22

Vollstreckung der Unterbringung

Die Vollstreckung der vom Gericht angeordneten Unterbringung obliegt der Verwaltungsbehörde, die sich dabei der Mitwirkung des Polizeivollzugsdienstes bedienen kann.

§ 23

Sofortige vorläufige Unterbringung

(1) Die Verwaltungsbehörde kann die sofortige vorläufige Unterbringung in einem Krankenhaus anordnen und nach Maßgabe des § 22 vollstrecken, wenn dringende Gründe für die Annahme bestehen, dass die Voraussetzungen für eine Unterbringung vorliegen und eine gerichtliche Entscheidung nicht mehr rechtzeitig eingeholt werden kann. Ein Bereitschaftsdienst außerhalb der regulären Dienstzeiten soll vorgehalten werden. Die Verwaltungsbehörde hat das zuständige Gericht unverzüglich, spätestens bis 10 Uhr des auf den Beginn des Festhaltens folgenden Tages, von der Unterbringung zu verständigen und mitzuteilen, ob eine Unterbringung nach § 21 beantragt wird.

(2) Vor der Entscheidung über die sofortige vorläufige Unterbringung ist soweit möglich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Psychiatrie, eine Ärztin oder ein Arzt mit Erfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie oder eine Psychotherapeutin oder ein Psychotherapeut mit Erfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie beizuziehen. Die Verwaltungsbehörde hat die betroffene Person persönlich anzuhören und sich einen persönlichen Eindruck von ihr zu verschaffen. Dies kann im Einzelfall nur dann unterbleiben, wenn hiervon ein erheblicher Nachteil für die Gesundheit der betroffenen Person zu befürchten ist und die beigezogene Person dies bestätigt.

(3) Ist die sofortige vorläufige Unterbringung angeordnet, ist die Person im Krankenhaus unverzüglich von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Psychiatrie oder einer Ärztin oder einem Arzt mit Erfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie zu untersuchen. Ergibt die Untersuchung, dass die Voraussetzungen für eine Unterbringung nicht vorliegen, so ist die Person von der ärztlichen Leitung oder ihrer jeweiligen Vertretung zu entlassen, es sei denn, sie verbleibt aufgrund ihrer Einwilligung im Krankenhaus. Von der Entlassung sind das zuständige Gericht und die Verwaltungsbehörde unverzüglich zu verständigen. Liegen die Voraussetzungen einer Unterbringung nach Einschätzung der untersuchenden Person nach Satz 1 vor, gilt § 25 Absatz 4 und 7 entsprechend.

§ 24

Vorführung

(1) Bei Gefahr im Verzug kann der Polizeivollzugsdienst in den Fällen des § 23 Absatz 1 Satz 1 eine Person ohne Anordnung der Verwaltungsbehörde dem nach § 26 Absatz 1 zuständigen Krankenhaus vorführen. Die Gründe der Vorführung sind der diensthabenden Ärztin oder dem diensthabenden Arzt von dem Polizeivollzugsdienst mitzuteilen. Soweit möglich, ist vorher eine Ärztin oder ein Arzt beizuziehen. Satz 1 gilt auch

in den Fällen, in denen sich eine untergebrachte Person entgegen der Entscheidung des Gerichtes der Obhut des Krankenhauses oder der anerkannten Einrichtung entzieht.

(2) Die ärztliche Leitung des Krankenhauses oder ihre jeweilige Vertretung entscheidet außer im Fall des Absatzes 1 Satz 4 nach Maßgabe des § 25, ob die Person fürsorglich aufgenommen wird. Liegen die Voraussetzungen einer fürsorglichen Aufnahme nicht vor, informiert das Krankenhaus den Polizeivollzugsdienst unverzüglich über die bevorstehende Entlassung.

(3) Der Polizeivollzugsdienst informiert die Verwaltungsbehörde unverzüglich über jede vorgenommene Vorführung. § 25 Absatz 7 gilt entsprechend.

§ 25

Fürsorgliche Aufnahme und Zurückhaltung

(1) Wird eine Person nach § 24 Absatz 1 Satz 1 vom Polizeivollzugsdienst vorgeführt, wird sie im Krankenhaus unverzüglich von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Psychiatrie oder einer Ärztin oder einem Arzt mit Erfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie untersucht. Die ärztliche Leitung des Krankenhauses oder ihre jeweilige Vertretung entscheidet sodann über ihre fürsorgliche Aufnahme.

(2) Ergibt die Untersuchung, dass die Voraussetzungen für eine Unterbringung nicht vorliegen, so ist die Person zu entlassen, es sei denn, sie verbleibt aufgrund einer Einwilligung im Krankenhaus. Von der Entlassung sind das zuständige Gericht und die Verwaltungsbehörde unverzüglich zu verständigen.

(3) Ergibt die Untersuchung, dass die Voraussetzungen für eine Unterbringung vorliegen, so kann die Patientin oder der Patient gegen oder ohne seinen Willen fürsorglich aufgenommen werden.

(4) Im Fall des Vorliegens der Unterbringungsvoraussetzungen nach Absatz 3 hat die ärztliche Leitung des Krankenhauses oder ihre jeweilige Vertretung unter Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses über den Zustand der Patientin oder des Patienten und über die Notwendigkeit der Unterbringung im Sinne des § 21 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 3 das Gericht und die Verwaltungsbehörde unverzüglich, spätestens bis 12 Uhr des Tages, der auf den Beginn des zwangsweisen Aufenthaltes der Patientin oder des Patienten folgt, zu benachrichtigen. Die Verwaltungsbehörde entscheidet daraufhin unverzüglich, ob sie einen Antrag auf Unterbringung nach diesem Gesetz stellt. Sie informiert die ärztliche Leitung des Krankenhauses oder ihre jeweilige Vertretung über ihre Entscheidung. Wenn diese nicht unmittelbar erreichbar sind, informiert sie die diensthabende Ärztin oder den diensthabenden Arzt.

(5) Ergeht bis zum Ablauf des auf das Ergreifen oder den Beginn des Festhaltens der Patientin oder des Patienten folgenden Tages keine Entscheidung des Gerichtes, so ist die Patientin oder der Patient von der ärztlichen Leitung oder ihrer jeweiligen Vertretung zu entlassen. Hiervon sind

1. das Gericht,
2. die Verwaltungsbehörde,
3. die Angehörigen und Vertrauenspersonen, soweit die Patientin oder der Patient dem nicht ausdrücklich widerspricht,
4. bei Minderjährigen die Sorgeberechtigten,
5. bei Personen, für die eine Betreuerin, ein Betreuer, eine Bevollmächtigte oder ein Bevollmächtigter für die Aufgabenbereiche des Aufenthaltsbestimmungsrechtes oder der Gesundheitspflege bestellt ist, diese Person und
6. der zuständige Sozialpsychiatrische Dienst

unverzüglich zu benachrichtigen. Liegt nach Einschätzung der ärztlichen Leitung oder ihrer jeweiligen Vertretung eine Selbst- oder Fremdgefährdung weiter vor, ist darüber hinaus der Polizeivollzugsdienst vorab über die Entlassung zu informieren.

(6) Befindet sich eine Patientin oder ein Patient bereits in einem Krankenhaus, ohne aufgrund dieses Gesetzes untergebracht zu sein, so kann sie oder er unter den Voraussetzungen von Absatz 3, wenn Gefahr in Verzug ist und die Verwaltungsbehörde nicht mehr rechtzeitig entscheiden kann, gegen oder ohne seinen Willen zurückgehalten werden. Die Absätze 4 und 5 sind entsprechend anzuwenden.

(7) Der Patientin oder dem Patienten ist in jedem Stadium des Unterbringungsverfahrens Gelegenheit zu geben, Angehörige oder Vertrauenspersonen zu benachrichtigen. Die Personen nach Satz 1 sind auf Wunsch der Patientin oder des Patienten zu hören, soweit das Verfahren dadurch nicht unverhältnismäßig behindert wird.

Unterabschnitt 2

Vollzug der Unterbringung

§ 26

Vollzug der Unterbringung in einem Krankenhaus oder einer anerkannten Einrichtung

(1) Die Unterbringung erfolgt grundsätzlich in dem Krankenhaus, das nach § 12 Absatz 1 für die Pflichtversorgung des Ortes zuständig ist, in dem die Patientin oder der Patient ihren oder seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat oder zuletzt hatte. Ist dieser nicht feststellbar, richtet sich die Unterbringung nach dem Ort, in dem die Unterbringungsbedürftigkeit aufgetreten ist.

(2) Eine Unterbringung Erwachsener ist auch in einer anerkannten Einrichtung möglich, wenn sie von der Aufsichtsbehörde zugelassen ist. Die Zulassung erfolgt nur, wenn die Einrichtung im Hinblick auf ihre personelle und sachliche Ausstattung, Organisation sowie medizinische und persönliche Betreuung für die Unterbringung geeignet ist. Hierzu gehört, dass die Sicherheit innerhalb der Einrichtung und der Schutz vor Entweichen gewährleistet sind. Die Zulassung kann entsprechend den Gegebenheiten in der Einrichtung auf bestimmte Gruppen von Personen beschränkt werden; sie kann mit Auflagen verbunden werden und ist widerruflich.

(3) Die nichtöffentlichen Krankenhausträger üben, soweit sie eine Unterbringung nach diesem Gesetz vollziehen, als Beliehene hoheitliche Befugnisse aus. Die Träger der nichtöffentlichen Einrichtungen werden im Rahmen des Zulassungsverfahrens nach Absatz 2 beliehen.

(4) Die Beschäftigten der nichtöffentlichen Krankenhausträger und der anerkannten Einrichtungen, zu deren Aufgaben der Vollzug der Unterbringung gehört, werden von der Aufsichtsbehörde widerruflich für die Anordnung und Durchführung der Vollzugsaufgaben nach diesem Gesetz bestellt. Die Aufsichtsbehörde muss bei dieser Entscheidung deren fachliche und persönliche Eignung berücksichtigen. Die Aufsichtsbehörde kann sowohl den Beschäftigten der öffentlichen Krankenhausträger als auch den nach Satz 1 bestellten Beschäftigten Weisungen erteilen, soweit es nicht eine therapeutische Entscheidung betrifft. Die oberste Fachaufsichtsbehörde kann das Selbsteintrittsrecht nach § 47 Absatz 4 auch durch Weisungen gegenüber den Beschäftigten des Krankenhausträgers ausüben.

§ 27

Rechtsstellung der untergebrachten Personen

(1) Aufgrund dieses Gesetzes untergebrachte Personen unterliegen während der Unterbringung nur den in diesem Gesetz vorgesehenen Beschränkungen ihrer grundrechtlich garantierten Freiheiten. Diese müssen im Hinblick auf den Zweck der Unterbringung oder zur Abwendung einer erheblichen Gefahr für die Sicherheit oder Ordnung des Krankenhauses oder der anerkannten Einrichtung verhältnismäßig sein. Zweck der Unterbringung ist es, den krankheitsbedingten Zustand der Selbst- oder Fremdgefährdung im Sinne des § 18 Absatz 2 zu beenden.

(2) Die diensthabende Ärztin oder der diensthabende Arzt des Krankenhauses oder der anerkannten Einrichtung informiert die untergebrachte Person über ihre Rechte und Pflichten.

(3) Kinder und Jugendliche sollen je nach Eigenart und Schwere ihrer Erkrankung sowie nach ihrem Entwicklungsstand gesondert untergebracht werden.

(4) Die untergebrachten Personen sollen unter Beachtung medizinischer, sozialtherapeutischer und sicherheitstechnischer Erkenntnisse und Möglichkeiten Gelegenheit zu sinnvoller Beschäftigung und Arbeit haben. Für geleistete Arbeit ist ein angemessenes Arbeitsentgelt zu gewähren.

(5) Den untergebrachten Personen ist täglich mindestens eine Stunde Aufenthalt im Freien zu ermöglichen.

(6) Jeder Träger eines Krankenhauses oder einer anerkannten Einrichtung soll eine Hausordnung erlassen, die der Fachaufsichtsbehörde zur Kenntnis zu geben ist. Die Hausordnung regelt Rechte und Pflichten der untergebrachten Personen, um ein geordnetes Zusammenleben auf engem Raum und eine sinnvolle Gestaltung der Unterbringung zu ermöglichen. Die Hausordnung kann insbesondere Regelungen über die Einbringung von Sachen, die Ausgestaltung der Patientenzimmer, die Einkaufsmöglichkeiten, ein Rauch- und Alkoholverbot, die Besuchszeiten, den Telefonverkehr, die Freizeitgestaltung und den regelmäßigen Aufenthalt im Freien, den Umgang der untergebrachten Personen miteinander sowie über den Umgang mit Regelverstößen enthalten. Den Beschäftigten, den untergebrachten Personen sowie den Patientenfürsprecherinnen und -fürsprechern ist Gelegenheit zur Mitwirkung bei der Aufstellung der Hausordnung zu geben. Die Hausordnung ist in leicht verständlicher Sprache zu verfassen. Durch die Hausordnung dürfen die Rechte der untergebrachten Personen nicht über die Regelungen dieses Gesetzes hinaus eingeschränkt werden.

§ 28

Anspruch auf Behandlung

(1) Wer aufgrund dieses Gesetzes in einem Krankenhaus untergebracht ist, ist unverzüglich nach seiner Aufnahme ärztlich zu untersuchen.

(2) Die Patientin oder der Patient hat Anspruch auf die notwendige medizinische Behandlung, insbesondere der Erkrankung, die zur Unterbringung geführt hat (Anlasserkrankung). Sie schließt die erforderlichen Untersuchungen sowie psychotherapeutische, sozialtherapeutische, heilpädagogische und beschäftigungs- sowie arbeitstherapeutische Maßnahmen ein. Zur Behandlung und Therapie gehören auch Maßnahmen, die erforderlich sind, um den Patientinnen und Patienten nach ihrer Entlassung ein eigenverantwortliches Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen. Die Behandlung und Therapie erfolgt nach einem Behandlungsplan.

(3) Die Behandlung bedarf der Einwilligung der Patientin oder des Patienten, soweit nicht § 29 zur Anwendung kommt. Die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches zur Einwilligung berechtigter Personen bleiben unberührt.

(4) Die Patientin, der Patient oder die berechtigte Person ist in verständlicher Weise über die erforderlichen diagnostischen Verfahren und die Behandlung sowie die damit verbundenen Risiken umfassend und angemessen aufzuklären. Die Aufklärung der Patientin oder des Patienten erfolgt, sobald ihr oder sein Gesundheitszustand dies zulässt. Die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches zur Aufklärung der Patientinnen, Patienten und berechtigten Personen sind entsprechend anzuwenden.

(5) Der Behandlungsplan ist mit der Patientin oder dem Patienten zu erörtern. Ihr oder ihm ist dabei Gelegenheit zur Mitwirkung zu geben. Zur Erörterung ist die berechtigte Person hinzuzuziehen, auf Wunsch der Patientin oder des Patienten auch eine Angehörige, ein Angehöriger oder eine Vertrauensperson.

(6) Die Patientin oder der Patient ist in verständlicher Weise auf die Möglichkeit des Abschlusses einer Behandlungsvereinbarung mit dem Krankenhaus hinzuweisen. Die Behandlungsvereinbarung hat auch die Wünsche der Patientin oder des Patienten bei Behandlungen gegen den natürlichen Willen und Sicherungsmaßnahmen zu enthalten, wenn die Patientin oder der Patient die Aufnahme wünscht.

(7) Ist eine Person in einer anerkannten Einrichtung untergebracht, hat sie ebenfalls Anspruch auf medizinische Behandlung, soweit sie erforderlich ist. Ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie sonstige Leistungserbringer von Krankenbehandlungen sind beizuziehen. Die Absätze 2 bis 6 gelten entsprechend.

§ 29

Ärztliche Zwangsmaßnahmen

(1) Eine ärztliche Zwangsmaßnahme liegt vor, wenn die Behandlung oder die Maßnahmen nach dieser Vorschrift gegen den Willen der Patientin oder des Patienten erfolgt.

(2) Eine ärztliche Zwangsmaßnahme gegen den Willen einer einwilligungsfähigen Person ist unzulässig. Der im einwilligungsfähigen Zustand erklärte Wille der Ablehnung der Behandlung ist zu beachten. Es gelten die Vorschriften zur Patientenverfügung im Bürgerlichen Gesetzbuch entsprechend. Die Voraussetzungen der Einwilligungsfähigkeit liegen vor, wenn die Patientin oder der Patient auf der Grundlage der ärztlichen Aufklärung

1. den Grund, die Bedeutung und die Tragweite der ärztlichen Maßnahme erkennen und verstehen kann sowie
2. sich darüber ein eigenes Urteil bilden und nach dieser Einsicht handeln kann.

Liegen konkrete Anhaltspunkte vor, dass die Einwilligungsfähigkeit der Patientin oder des Patienten fehlt, hat deren Prüfung und Beurteilung von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Psychiatrie oder einer Ärztin oder einem Arzt mit Erfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie zu erfolgen. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht in den Fällen von Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe c.

(3) Lehnt die Patientin oder der Patient die Behandlung aus natürlichem Willen ab und ist sie oder er nicht einwilligungsfähig oder hat sie oder er eine wirksame Erklärung im Sinne von Absatz 2 Satz 2 und 3 abgegeben, ist eine ärztliche Zwangsmaßnahme abweichend von Absatz 2 Satz 1 zulässig, wenn

1. die Behandlung der Anlasserkrankung
 - a) im Sinne des § 28 Absatz 2 Satz 1 geboten ist, um die tatsächlichen Voraussetzungen freier Selbstbestimmung insoweit wiederherzustellen, dass der Patientin oder dem Patienten nach der Entlassung ein möglichst eigenverantwortliches Leben in der Gemeinschaft möglich ist, wenn ohne die Behandlung eine langfristige Unterbringung zu erwarten ist,

- b) oder einer anderen Erkrankung aufgrund der Anlasserkrankung verweigert wird und die Behandlung dazu dient, eine schwerwiegende Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der Patientin oder des Patienten abzuwenden, oder
 - c) geboten ist, um eine von der Patientin oder dem Patienten ausgehende konkrete Gefahr für das Leben oder die Gesundheit einer anderen Person in dem Krankenhaus oder der anerkannten Einrichtung abzuwenden,
2. die Behandlung hinsichtlich des Behandlungsgrundes Erfolg verspricht,
 3. andere für die Patientin oder den Patienten unter Berücksichtigung des natürlichen Willens weniger belastende Behandlungen oder andere Maßnahmen nicht hinreichend erfolgversprechend sind,
 4. der zu erwartende Nutzen der ärztlichen Zwangsmaßnahme die mit ihr einhergehende Beeinträchtigung und den möglichen Schaden bei Nichtbehandlung deutlich überwiegt,
 5. zuvor ernsthaft, mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Ausübung unzulässigen Drucks versucht wurde, die Patientin oder den Patienten von der Notwendigkeit der ärztlichen Behandlung zu überzeugen, sowie
 6. die ärztliche Zwangsmaßnahme im Rahmen eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus durchgeführt wird und die gebotene medizinische Versorgung der Patientin oder des Patienten einschließlich einer erforderlichen Nachbehandlung sichergestellt ist.

(4) Eine Behandlung nach Absatz 3 setzt voraus, dass

1. die ärztliche Leitung des Krankenhauses oder ihre jeweilige Vertretung die Entscheidung über die Behandlung trifft und die Genehmigung beim zuständigen Gericht beantragt,
2. die Patientin oder der Patient über die Behandlung und ihre beabsichtigten Wirkungen sowie Nebenwirkungen in einer verständlichen Weise von einer Fachärztin oder einem Facharzt möglichst umfassend aufgeklärt worden ist,
3. bei Minderjährigen die Sorgeberechtigten von der ärztlichen Leitung oder ihrer jeweiligen Vertretung vor Antragstellung des Krankenhauses angehört wurden,
4. eine Fachärztin oder ein Facharzt der Patientin oder dem Patienten und der berechtigten Person die Behandlung ankündigt sowie eine Kopie des Antrages nach Nummer 1 aushändigt und
5. bei Volljährigen das Betreuungsgericht, bei Minderjährigen das Familiengericht die Behandlung genehmigt.

(5) Besteht die unmittelbare erhebliche Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung für das Leben oder die Gesundheit der Patientin oder des Patienten, kann die Behandlung begonnen werden, ohne dass die Voraussetzungen nach Absatz 4 vorliegen. Die Anordnung kann von der diensthabenden Ärztin oder dem diensthabenden Arzt getroffen werden, wenn die ärztliche Leitung oder ihre jeweilige Vertretung nicht unmittelbar erreichbar ist. Die Aufklärung nach Absatz 4 Nummer 2, die Anhörung nach Absatz 4 Nummer 3 und die gerichtliche Genehmigung nach Absatz 4 Nummer 5 sind unverzüglich nachzuholen.

(6) Eine zwangsweise medikamentöse Beruhigung, die aus therapeutischen Gründen erforderlich ist, ist unter den Voraussetzungen von Absatz 2 bis 4 sowie Absatz 8 und 9 zulässig. Unter den Voraussetzungen von Absatz 5 Satz 1 ist eine Notfallmedikation zulässig. Absatz 5 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

(7) Eine Ernährung gegen den natürlichen Willen der Patientin oder des Patienten ist nur zulässig, wenn sie erforderlich ist, um eine gegenwärtige erhebliche Gefahr für das

Leben oder die Gesundheit der Patientin oder des Patienten abzuwenden. Sofern die Ernährung mit invasiven Maßnahmen verbunden ist, gelten die Absätze 1 bis 5 sowie 8 und 9 entsprechend.

(8) Alle ärztlichen Zwangsmaßnahmen dürfen nur unter unmittelbarer Leitung und Verantwortung einer Ärztin oder eines Arztes durchgeführt werden.

(9) Die ärztlichen Zwangsmaßnahmen sind zu dokumentieren einschließlich ihres Zwangscharakters, ihrer Durchsetzungsweise, ihrer maßgeblichen Gründe und der Wirkungsüberwachung. Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt hat eine zu dokumentierende Nachbesprechung abzuhalten, sobald es der Gesundheitszustand zulässt.

§ 30

Religionsausübung

(1) Den untergebrachten Personen darf die religiöse Betreuung durch eine Seelsorgerin oder einen Seelsorger ihrer Religionsgemeinschaft nicht versagt werden. Auf ihren Wunsch ist ihnen zu helfen, mit einer Seelsorgerin oder einem Seelsorger in Verbindung zu treten. Sie haben das Recht, innerhalb des Krankenhauses oder der anerkannten 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 schwerwiegenden Gründen der Sicherheit oder Ordnung in dem Krankenhaus oder der anerkannten Einrichtung kann in die Freiheit der Religionsausübung eingegriffen werden. Die für die jeweilige Religionsgemeinschaft zuständige Seelsorgerin oder der dafür zuständige Seelsorger soll nach Möglichkeit vorher gehört werden.

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

§ 31

Persönliches Eigentum

(1) Die untergebrachten Personen haben das Recht, ihre persönliche Kleidung zu tragen und persönliche Gegenstände in ihrem unmittelbaren Besitz zu haben, soweit die Sicherheit oder Ordnung des Krankenhauses oder der Allgemeinheit dadurch nicht erheblich gestört wird. Geld und Wertgegenstände können in Gewahrsam genommen werden, wenn und soweit die untergebrachten Personen zum Umgang damit nicht in der Lage sind und eine berechtigte Person für diesen Aufgabenbereich nicht vorhanden ist.

(2) Die Ingewahrsamnahme von Geld, Wertgegenständen, persönlicher Kleidung und persönlicher Gegenstände, deren Aufbewahrung sowie deren Herausgabe sind spätestens bei Entlassung von der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt zu dokumentieren.

§ 32

Recht auf Besuch

(1) Die untergebrachten Personen haben das Recht, im Rahmen einer allgemeinen Besuchsregelung Besuch zu empfangen.

(2) Persönlicher Kontakt zu Besuchern soll auch in Form von Videobesuchen ermöglicht werden.

(3) Besuch kann untersagt oder beschränkt werden, wenn er die Sicherheit oder Ordnung des Krankenhauses, der anerkannten Einrichtung oder der Allgemeinheit erheblich

gefährdet. Er kann im Einzelfall darüber hinaus untersagt oder beschränkt werden, wenn gesundheitliche Nachteile für die untergebrachte Person zu befürchten sind. Hierzu zählt auch die Gefährdung des Behandlungsziels. Die Untersagung kommt nur in Betracht, wenn eine Beschränkung des Besuches zur Abwendung der befürchteten Nachteile nicht ausreicht. Die Untersagung des Besuches ist von der ärztlichen Leitung oder ihrer jeweiligen Vertretung anzuordnen. Im Übrigen gilt für Besuchsbeschränkungen § 40.

(4) Als Maßnahmen der Beschränkung des Besuchs kommen insbesondere in Betracht:

1. die Durchsuchung der Besucherin oder des Besuchers,
2. das Absuchen der Besucherin oder des Besuchers mit technischen Mitteln oder sonstigen Hilfsmitteln auf verbotene Gegenstände,
3. die persönliche Anwesenheit einer oder eines Mitarbeitenden des Krankenhauses oder der anerkannten Einrichtung während des Besuchs, wenn die untergebrachte Person und die Besucherin oder der Besucher vor dem Besuch darauf hingewiesen wurden,
4. die Untersagung der Übergabe von Gegenständen an die Patientin oder den Patienten.

(5) Ein Besuch darf abgebrochen werden, wenn seine Fortsetzung die Sicherheit oder Ordnung des Krankenhauses, der anerkannten Einrichtung oder der Allgemeinheit erheblich gefährden würde oder erhebliche gesundheitliche Nachteile für die untergebrachte Person zu befürchten wären.

(6) Nicht untersagt, überwacht und aufgezeichnet werden dürfen in einer die untergebrachte Person betreffenden Rechtssache Besuche

1. von Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten,
2. von Verteidigerinnen und Verteidigern,
3. von Notarinnen und Notaren,
4. der oder des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit,
5. der oder des Sächsischen Datenschutz- und Transparenzbeauftragten,
6. der oder des Transparenzbeauftragten sowie
7. von anderen Landesdatenschutzbeauftragten und Landesinformationsfreiheitsbeauftragten.

Eine inhaltliche Überprüfung der von den diesen Besuchern mitgeführten Schriftstücke und sonstigen Unterlagen ist unzulässig. Die Übergabe dieser Schriftstücke oder Unterlagen an die untergebrachte Person darf nicht untersagt werden. Für Besuche von Verteidigerinnen und Verteidigern bleiben die §§ 148 und 148a der Strafprozeßordnung unberührt.

§ 33

Post- und Fernmeldeverkehr, digitale Kommunikation

(1) Die untergebrachten Personen haben das Recht, unbeschränkt Postsendungen, insbesondere Briefe und Pakete abzusenden und zu empfangen sowie Telefongespräche frei zu führen, soweit die Absätze 3 und 4 nichts anderes bestimmen.

(2) Nicht beschränkt oder überwacht werden der Schriftwechsel und die Telefongespräche der untergebrachten Personen mit

1. Gerichten,
2. Staatsanwaltschaften,
3. Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten,
4. Verteidigerinnen und Verteidigern,

5. Verfahrenspflegerinnen und Verfahrenspflegern,
6. Notarinnen und Notaren,
7. den Aufsichtsbehörden,
8. den Besuchskommissionen im Sinne des § 4,
9. den Patientenfürsprecherinnen und -fürsprechern im Sinne des § 5,
10. der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit,
11. der oder dem Sächsischen Datenschutz- und Transparenzbeauftragten,
12. der oder dem Transparenzbeauftragten sowie
13. anderen Landesdatenschutzbeauftragten und Landesinformationsfreiheitsbeauftragten.

Dies gilt auch für den Post- und Fernmeldeverkehr in Ausübung des Petitionsrechts nach Artikel 17 des Grundgesetzes für die Bundesrepublik Deutschland und Artikel 35 der Verfassung des Freistaates Sachsen. Satz 1 gilt bei ausländischen Staatsangehörigen auch für den Post- und Fernmeldeverkehr mit den konsularischen und diplomatischen Vertretungen ihres Heimatlandes. Die §§ 148 und 148a der Strafprozeßordnung bleiben unberührt.

(3) Eingehende Postsendungen können unter Berücksichtigung von Absatz 2 von Mitarbeitenden des Krankenhauses oder der anerkannten Einrichtung in Anwesenheit der untergebrachten Personen auf deren materiellen Inhalt kontrolliert werden. Telefongespräche können unter Berücksichtigung des Absatzes 2 überwacht werden, wenn sie die Sicherheit oder Ordnung des Krankenhauses, der anerkannten Einrichtung oder der Allgemeinheit erheblich gefährden oder ein gesundheitlicher Nachteil für die untergebrachte Person zu befürchten ist. Telefongespräche können mit vorheriger Unterrichtung der untergebrachten Person und des telefonischen Gesprächspartners dadurch überwacht werden, dass eine Mitarbeitende oder ein Mitarbeitender mithört.

(4) Liegen Anhaltspunkte für eine erhebliche Gefährdung der Sicherheit oder Ordnung des Krankenhauses, der anerkannten Einrichtung oder der Allgemeinheit vor, so darf unter Berücksichtigung von Absatz 2 der Schriftwechsel eingesehen und angehalten werden. Telefongespräche können unterbrochen werden. Angehaltene Schriftstücke sind der Absenderin, dem Absender oder der berechtigten Person unter Angabe der Gründe zurückzugeben. Soweit dies unmöglich oder aus anderen Gründen des Satzes 1 untunlich ist, sind sie aufzubewahren und die Gründe hierfür zu dokumentieren.

(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten für Schriftwechsel und Gespräche mittels elektronischer Kommunikationsmittel entsprechend. Die Möglichkeit der Anordnung einer Sicherungsmaßnahme nach § 35 Absatz 2 Nummer 1 bleibt unberührt.

§ 34

Verwertung von Kenntnissen

Die Kenntnisse aus der Überwachung nach den §§ 32 und 33 dürfen ohne Zustimmung der untergebrachten Person nur verwertet werden, soweit dies notwendig ist, um die öffentliche Sicherheit oder Ordnung oder die des Krankenhauses oder der anerkannten Einrichtung zu wahren.

§ 35

Sicherungsmaßnahmen

(1) Die untergebrachten Personen dürfen nur solchen Sicherungsmaßnahmen unterworfen werden, die für den Zweck der Unterbringung und zur Vermeidung oder Beseitigung

einer erheblichen Störung der Sicherheit oder Ordnung des Krankenhauses oder der anerkannten Einrichtung unerlässlich sind. Sicherungsmaßnahmen können auch angeordnet werden, wenn die gegenwärtige Gefahr besteht, dass sich die untergebrachte Person selbst tötet, ihre eigene Gesundheit oder bedeutende Rechtsgüter Dritter erheblich schädigt oder sich der Unterbringung ohne Erlaubnis entziehen will und wenn und solange dieser Gefahr nicht durch weniger eingreifende Maßnahmen begegnet werden kann. Die Verwendung von Sicherungsmaßnahmen zur Disziplinierung ist unzulässig.

(2) Als Sicherungsmaßnahmen sind zulässig

1. der Entzug oder das Vorenthalten von Gegenständen,
2. die Überwachung, auch durch technische Hilfsmittel,
3. die nächtliche Nachschau,
4. die Absonderung von anderen untergebrachten Personen,
5. die Beschränkung oder der Entzug des Rechts auf Aufenthalt im Freien,
6. die Unterbringung in einem besonders gesicherten Unterbringungsraum ohne gefährdende Gegenstände (Kriseninterventionsraum),
7. das Festhalten,
8. sonstige Maßnahmen zur teilweisen Einschränkung der Bewegungsfreiheit durch mechanische Vorrichtungen, beispielsweise Fesselung, Bettgitter oder Vorsatztisch,
9. die weitgehende oder vollständige Aufhebung der Bewegungsfreiheit durch mechanische Vorrichtungen (Fixierung).

Ein Entzug des Rechts auf Aufenthalt im Freien nach Satz 1 Nummer 5 ist unter Beachtung des Absatzes 1 nur zulässig, wenn eine Unterbringung im Kriseninterventionsraum erfolgt. Die Anwendung einer Sicherungsmaßnahme nach Satz 1 Nummer 9 ist in anerkannten Einrichtungen unzulässig.

(3) Die Anwendung von Sicherungsmaßnahmen ist der untergebrachten Person anzukündigen. Die Ankündigung darf nur dann unterbleiben, wenn Sicherungsmaßnahmen sofort angewendet werden müssen, um eine gegenwärtige erhebliche Gefahr abzuwenden.

(4) Die in Absatz 2 Satz 1 Nummer 6 bis 9 genannten Sicherungsmaßnahmen dürfen nur von der ärztlichen Leitung des Krankenhauses oder ihrer jeweiligen Vertretung angeordnet werden. Alle anderen Sicherungsmaßnahmen können auch von einer diensthabenden Ärztin oder einem diensthabenden Arzt des Krankenhauses angeordnet werden, wovon die ärztliche Leitung oder ihre jeweilige Vertretung unverzüglich zu informieren ist. Bei Gefahr im Verzug können die Sicherungsmaßnahmen nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 6 bis 9 auch von einer diensthabenden Ärztin oder einem diensthabenden Arzt des Krankenhauses angeordnet werden, eine Entscheidung der ärztlichen Leitung des Krankenhauses oder ihrer jeweiligen Vertretung, einhergehend mit einer Zweckprüfung, ist unverzüglich nachzuholen. Die Anordnung von Sicherungsmaßnahmen in anerkannten Einrichtungen ist der Einrichtungsleitung oder ihrer jeweiligen Vertretung vorbehalten.

(5) Sicherungsmaßnahmen sind befristet anzuordnen und unverzüglich aufzuheben, wenn die Voraussetzungen für ihre Anordnung entfallen sind.

(6) Eine angemessene und regelmäßige Überwachung während der Sicherungsmaßnahmen nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 4, 6, 8 und 9 durch pflegerisches, therapeutisches oder ärztliches Personal ist zu gewährleisten.

(7) Nach Beendigung der Sicherungsmaßnahme ist deren Nachbesprechung der untergebrachten Person, sobald es ihr Gesundheitszustand zulässt, anzubieten und mit ihrer Zustimmung durchzuführen. In der Nachbesprechung sind der untergebrachten Person die Gründe für die Anordnung in verständlicher Weise zu erläutern.

(8) Anordnung, Begründung, Verlauf, Art der Überwachung und Dauer der Sicherungsmaßnahmen und die Nachbesprechung nach Absatz 7 sind zu dokumentieren.

§ 36

Ergänzende Regelungen bei freiheitsentziehenden Sicherungsmaßnahmen

(1) Eine freiheitsentziehende Sicherungsmaßnahme liegt vor, wenn die Bewegungsfreiheit der untergebrachten Person innerhalb des Krankenhauses oder der anerkannten Einrichtung derart eingeschränkt wird, dass aufgrund der Dauer oder Intensität eine erhebliche, überwiegende oder vollständige Aufhebung der körperlichen Bewegungsfreiheit eintritt. Freiheitsentziehende Sicherungsmaßnahmen dürfen nur angewandt werden, wenn und solange sie zur Abwendung einer gegenwärtigen erheblichen Gefahr von Gewalttätigkeiten gegen Personen oder der Selbsttötung oder der Selbstverletzung unerlässlich sind und ein milderes Mittel nicht in Frage kommt. Für freiheitsentziehende Sicherungsmaßnahmen gelten § 35 und die nachfolgenden Absätze.

(2) Der vorherigen richterlichen Genehmigung bedarf es bei der Anwendung von

1. Sicherungsmaßnahmen nach § 35 Absatz 2 Satz 1 Nummer 6 und 8, bei denen die untergebrachte Person über einen längeren Zeitraum oder stets zur selben Zeit oder aus wiederkehrendem Anlass (regelmäßig) die Bewegungsfreiheit entzogen werden soll, oder
2. nicht nur kurzfristigen Fixierungen nach § 35 Absatz 2 Satz 1 Nummer 9.

Als längerer Zeitraum im Sinne der Nummer 1 gilt grundsätzlich eine Dauer ab 24 Stunden. Kurzfristig im Sinne der Nummer 2 ist eine Fixierung, wenn sie voraussichtlich nicht länger als 30 Minuten dauert.

(3) Die freiheitsentziehende Sicherungsmaßnahme wird beim zuständigen Gericht von der für die Anordnung der Sicherungsmaßnahmen nach § 35 Absatz 4 zuständigen Person beantragt. Ohne vorherige richterliche Genehmigung sind diese Maßnahmen nur zulässig, wenn mit dem Aufschub eine gegenwärtige erhebliche Gefahr verbunden ist. Die richterliche Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen. Ist eine richterliche Entscheidung beantragt und die Maßnahme vor deren Erlangung beendet worden, so ist dies dem Gericht unverzüglich mitzuteilen.

(4) Bei der Durchführung von freiheitsentziehenden Sicherungsmaßnahmen nach § 35 Absatz 2 Satz 1 Nummer 6 bis 8 muss die angemessene Überwachung und Betreuung nach § 35 Absatz 6 durch therapeutisches oder pflegerisches Personal erfolgen und das erforderliche Maß an ärztlicher Kontrolle muss gewährleistet sein. Bei einer Fixierung ist darüber hinaus grundsätzlich eine Eins-zu-eins-Betreuung durch therapeutisches oder pflegerisches Personal sicherzustellen. Wenn die fixierte Person den ausdrücklichen Wunsch äußert und dieser medizinisch vertretbar ist, kann von einer unmittelbaren Anwesenheit der Betreuungsperson in dem Raum, in dem die Fixierung erfolgt, vorübergehend abgesehen werden, wenn sichergestellt ist, dass ein ständiger Sicht- und Sprechkontakt außerhalb des Fixierungsraums zur fixierten Person besteht.

(5) Nach Beendigung einer Fixierung ist die untergebrachte Person in einer für sie verständlichen Weise auf die Möglichkeit hinzuweisen, die Zulässigkeit der durchgeführten Fixierung gerichtlich überprüfen zu lassen. Der Hinweis ist zu dokumentieren.

§ 37

Durchsuchung

(1) Die untergebrachte Person, ihre Sachen und die Räume des Krankenhauses dürfen durchsucht werden, sofern der Zweck der Unterbringung oder die Aufrechterhaltung der

Sicherheit oder Ordnung des Krankenhauses oder der anerkannten Einrichtung dies erfordern. Untergebrachte Personen dürfen nur von Personen gleichen Geschlechts sowie Ärztinnen oder Ärzten durchsucht werden. Bei berechtigtem Interesse der untergebrachten Person soll ihrem Wunsch entsprochen werden, die mit der Entkleidung verbundene körperliche Durchsuchung Mitarbeitenden eines bestimmten Geschlechts zu übertragen. Nur Mitarbeitende des benannten Geschlechts dürfen in diesem Fall während der Entkleidung anwesend sein. Die Sätze 2 bis 4 gelten nicht, wenn die sofortige Durchsuchung zum Schutz gegen eine unmittelbare erhebliche Gefahr für Leib oder Leben erforderlich ist. Auf das Schamgefühl ist Rücksicht zu nehmen.

(2) Eine mit einer Entkleidung verbundene körperliche Durchsuchung darf nur in einem geschlossenen Raum geschehen. Andere untergebrachte Personen dürfen nicht anwesend sein.

§ 38

Videüberwachung

(1) Der Einsatz optisch-elektronischer Einrichtungen (Videoüberwachung) in Krankenhäusern oder anerkannten Einrichtungen, in denen Unterbringungen nach diesem Gesetz durchgeführt werden, ist vorbehaltlich der Absätze 2 bis 4 verboten. Dies gilt insbesondere für Patientenzimmer und alle Sanitärräume.

(2) Soweit es zur Abwehr von erheblichen Gefahren für die Sicherheit oder Ordnung in dem Krankenhaus oder der anerkannten Einrichtung erforderlich ist, dürfen mittels offener Videoüberwachung beobachtet werden:

1. das Gelände, das Gebäude und die öffentlich zugänglichen Bereiche im Gebäudeinneren des Krankenhauses oder der anerkannten Einrichtung,
2. gemeinschaftlich genutzte Bereiche der geschlossen geführten und damit nicht öffentlich zugänglichen Bereiche des Krankenhauses oder der anerkannten Einrichtung, insbesondere Aufenthaltsräume sowie Flur-, Hof- und Gartenbereiche.

Die Videoüberwachung in diesen Bereichen kann auch erfolgen, wenn untergebrachte Personen sowie Besucherinnen und Besucher unvermeidlich betroffen werden, hinsichtlich derer die Voraussetzungen des Einsatzes nicht vorliegen. Der Einsatz von Videoüberwachung ist erkennbar zu machen.

(3) Die Anordnung einer zeitweisen Videoüberwachung einer nicht fixierten untergebrachten Person ist zulässig, wenn

1. sich diese in einem für die vorübergehende Unterbringung und zur Beobachtung geeigneten Raum außerhalb von Patientenzimmern, insbesondere in einem Kriseninterventionsraum befindet,
2. sie zuvor von einer Ärztin oder einem Arzt persönlich untersucht und in einer ihrem Gesundheitszustand angemessenen Weise über die verfügbaren und im Rahmen ihrer Behandlung angezeigten Möglichkeiten der Beobachtung sowie über ihre Auswirkungen auf den Behandlungsverlauf aufgeklärt wurde,
3. von ihr keine erklärte oder als natürlicher Wille geäußerte Ablehnung vorliegt, wobei die Vorschriften zur Patientenverfügung im Bürgerlichen Gesetzbuch entsprechend gelten und
4. die Videoüberwachung nach fachlicher Abwägung anstelle einer persönlichen Betreuung aus medizinischen Gründen ärztlich vertretbar ist.

(4) Soll eine Videoüberwachung in einem zur Beobachtung geeigneten Raum gegen den wirksam erklärten oder natürlichen Willen der untergebrachten Person dennoch durchgeführt werden, ist dies in Ausnahmefällen zulässig, wenn kein weniger einschneidendes

Mittel vorhanden ist, um eine unmittelbare und erhebliche Gefahr für die körperliche Unversehrtheit oder das Leben der untergebrachten Person abzuwenden. Die Vorschriften für die vorübergehende Unterbringung im Kriseninterventionsraum müssen erfüllt sein.

(5) Die Videoüberwachung ist von der diensthabenden Ärztin oder dem diensthabenden Arzt anzuordnen. Die Anordnung gilt für eine Höchstdauer von 12 Stunden. Eine Verlängerung der Videoüberwachung über einen Zeitraum von 12 Stunden hinaus ist zulässig, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 und 4 weiterhin erfüllt sind. Entfallen die Gründe, die zu der Anordnung geführt haben, muss diese unverzüglich zurückgenommen werden. Die untergebrachte Person ist im Verlauf der Videoüberwachung auf ihr Verlangen unverzüglich, darüber hinaus regelmäßig in angemessenen, mit der Anordnung nach Satz 1 festzulegenden zeitlichen Mindestabständen von einem zur Betreuung geeigneten Mitarbeitenden persönlich aufzusuchen. Der Monitor, auf den das durch die Videoüberwachung erhobene Signal übertragen wird, ist ohne Unterbrechung von den geeigneten Mitarbeitenden zu beobachten. Beginn, Dauer und Ende der Videoüberwachung, die Gründe für ihre Anordnung, die Aufklärung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 und die Art der Maßnahmen nach Satz 5 sind zu dokumentieren.

(6) Im Verlauf der Videoüberwachung ist sicherzustellen, dass die Monitore zur Videoüberwachung ausschließlich von den dazu berechtigten Personen eingesehen werden können. Eine Aufzeichnung und Speicherung der Videoüberwachung ist bis zum Abschluss der Beobachtungssituation zulässig. Hinsichtlich der Löschung gilt § 35 Absatz 1 Sätze 2 bis 4 des Sächsischen Justizvollzugsdatenschutzgesetzes vom 22. August 2019 (SächsGVBl. S. 663), das durch Artikel 6 des Gesetzes vom 15. Dezember 2022 (SächsGVBl. S. 626) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, entsprechend.

§ 39

Unmittelbarer Zwang

(1) Anordnungen nach diesem Gesetz dürfen durch Mitarbeitende des Krankenhauses oder der anerkannten Einrichtung im Wege des unmittelbaren Zwangs gegenüber der untergebrachten Person durchgesetzt werden, wenn der damit verfolgte Zweck nicht auf andere Weise erreicht werden kann.

(2) Unmittelbarer Zwang ist vorher anzukündigen. Die Ankündigung darf nur unterbleiben, wenn die Umstände sie nicht zulassen, insbesondere unmittelbarer Zwang sofort angewendet werden muss, um eine rechtswidrige Tat, die den Tatbestand eines Strafgesetzes erfüllt, zu verhindern oder eine gegenwärtige erhebliche Gefahr abzuwenden.

(3) Eine Nachbesprechung der Anwendung unmittelbaren Zwangs soll mit der untergebrachten Person erfolgen, sobald es ihr Gesundheitszustand zulässt. Die Anwendung unmittelbaren Zwangs und die Nachbesprechung sind zu dokumentieren.

(4) Das Recht zur Anwendung unmittelbaren Zwangs auf Grund anderer Vorschriften bleibt unberührt.

§ 40

Belastende Vollzugsmaßnahmen

(1) Belastende Vollzugsmaßnahmen sind alle nach diesem Gesetz zulässigen Maßnahmen gegenüber einer untergebrachten Person, die angeordnet werden.

(2) Eine belastende Vollzugsmaßnahme ist von der diensthabenden Ärztin oder dem diensthabenden Arzt anzuordnen, wenn nicht etwas anderes in diesem Gesetz bestimmt ist. Belastende Vollzugsmaßnahmen sind von der anordnenden Person zu dokumentieren.

§ 41

Offene Gestaltung der Unterbringung, Belastungserprobung

(1) Um das angestrebte Behandlungsziel zu erreichen, soll die Unterbringung nach Möglichkeit gelockert und weitestgehend in freien Formen durchgeführt werden, sobald der Gesundheitszustand der untergebrachten Person und das Sicherheitsinteresse der Allgemeinheit dies zulassen.

(2) Zur Belastungserprobung kann stundenweiser Ausgang mit oder ohne Aufsicht eines Mitarbeitenden des Krankenhauses gewährt werden.

(3) Die untergebrachte Person kann unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 von der ärztlichen Leitung des Krankenhauses oder ihrer jeweiligen Vertretung sowie der Leitung der anerkannten Einrichtung bis zu einer Dauer von jeweils zwei Wochen zur Belastungserprobung beurlaubt werden. Die Beurlaubung kann mit Auflagen verbunden werden, soweit dies für den Zweck der Unterbringung erforderlich ist. Es kann insbesondere die Auflage erteilt werden, ärztliche Anweisungen zu befolgen. Die Beurlaubung ist der zuständigen Verwaltungsbehörde, der berechtigten Person sowie den Angehörigen und Vertrauenspersonen vorab mitzuteilen.

(4) Die Belastungserprobung kann widerrufen, eingeschränkt, nur unter Aufsicht gewährt oder mit Absprachen verbunden werden, insbesondere wenn sich der gesundheitliche Zustand der untergebrachten Person verschlechtert, Auflagen nicht befolgt werden oder dies im Interesse der Sicherheit der Allgemeinheit erforderlich ist. Die Entscheidungen sind möglichst im Einvernehmen mit der untergebrachten Person zu treffen.

§ 42

Aussetzung des Vollzugs, Entlassung

(1) Die ärztliche Leitung des Krankenhauses oder ihre jeweilige Vertretung oder die Leitung der anerkannten Einrichtung haben unverzüglich das Gericht und die Verwaltungsbehörde zu verständigen, wenn nach ihrer Überzeugung die Voraussetzungen für eine Unterbringung nicht mehr vorliegen.

(2) Hat das zuständige Gericht die Aussetzung des Vollzuges der Unterbringung mit Auflagen angeordnet, obliegt deren Überwachung der Verwaltungsbehörde, in deren Gebiet die untergebrachte Person ihren Aufenthalt hat. § 22 gilt entsprechend. Die Hilfen nach Abschnitt 2 werden mit dem Ziel einer Wiederherstellung der Gesundheit der untergebrachten Person und ihrer sozialen Eingliederung gewährt.

(3) Ist die Aussetzung der Unterbringung mit der Auflage verbunden, dass sich die untergebrachte Person in ärztliche Behandlung begibt, hat sie oder die Person, der die Sorge für sie obliegt, der Verwaltungsbehörde und dem Gericht unverzüglich die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt mitzuteilen. Diese informieren die Verwaltungsbehörde und das Gericht, wenn die Behandlung gegen ärztlichen Rat abgebrochen wurde.

(4) Die ärztliche Leitung des Krankenhauses oder ihre jeweilige Vertretung oder die Leitung der anerkannten Einrichtung muss die untergebrachte Person unverzüglich entlassen, wenn

1. das zuständige Gericht die Aussetzung des Vollzuges angeordnet oder die von ihm angeordnete Unterbringung aufgehoben hat,
2. der gerichtlich angeordnete Zeitraum der Unterbringung beendet ist, ohne dass das zuständige Gericht zuvor die Verlängerung der Unterbringung angeordnet hat.

§ 43

Freiwilliger Aufenthalt

Bleibt die Person aufgrund einer Einwilligung ohne Vorliegen der Voraussetzungen für die Unterbringung weiter in dem Krankenhaus oder der anerkannten Einrichtung, ist dies dem Gericht, der Verwaltungsbehörde, der Betreuerin, dem Betreuer, der Bevollmächtigten oder dem Bevollmächtigten und, soweit die Person damit einverstanden ist, den Angehörigen und Vertrauenspersonen mitzuteilen.

§ 44

Kosten der Unterbringung

(1) Die Kosten einer nach diesem Gesetz durchgeführten Unterbringung hat die untergebrachte Person zu tragen. Die Verjährung der Ansprüche auf Erstattung der Kosten der Unterbringung beginnt mit Beendigung der Unterbringung. Auf Gesetz oder Vertrag beruhende Verpflichtungen Dritter, vor allem einer unterhaltspflichtigen Person oder eines Sozialleistungsträgers, bleiben unberührt.

(2) Wird eine gerichtliche Entscheidung, mit der eine Unterbringung nach diesem Gesetz angeordnet wurde, aufgehoben, weil zum Zeitpunkt ihres Erlasses die Voraussetzungen für eine Unterbringung nicht vorlagen, trägt der Freistaat Sachsen die Kosten der Unterbringung. Dies gilt nur soweit, wie die untergebrachte Person keinen Anspruch gegen einen Sozialleistungsträger, insbesondere eine Krankenversicherung oder aufgrund beihilferechtlicher Regelungen nach den beamtenrechtlichen Bestimmungen hat.

(3) Hat die Verwaltungsbehörde die sofortige vorläufige Unterbringung angeordnet, ohne dass die Voraussetzungen hierfür vorlagen, trägt sie die Kosten der Unterbringung. Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend.

(4) Der Kommunale Sozialverband Sachsen übernimmt die Unterbringungskosten, soweit und solange sie die untergebrachte Person oder andere nicht unmittelbar tragen. Er kann von der untergebrachten Person oder anderen Verpflichteten den Ersatz der Kosten verlangen, deren Aufbringung zuzumuten wäre, wenn die Person Hilfen zur Gesundheit im Sinne des Fünften Kapitels des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch erhielte. Die Vorschriften des Ersten, Zehnten und Zwölften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend. Die Unterbringungskosten, die dem Kommunalen Sozialverband Sachsen nicht ersetzt oder erstattet werden, trägt der Freistaat Sachsen.

§ 45

Kosten des Verfahrens

Verwaltungsbehörden und Polizeivollzugsdienst erheben für ihre Tätigkeit nach diesem Gesetz keine Kosten.

§ 46

Dokumentations- und Meldepflichten

(1) Die Krankenhäuser und anerkannten Einrichtungen, die die Unterbringung nach diesem Gesetz vollziehen, führen eine Patientenakte entsprechend den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches zur Patientenakte und dokumentieren zudem die belastenden Vollzugsmaßnahmen.

(2) Sie sind verpflichtet, der obersten Aufsichtsbehörde folgende Daten jeweils zum 31. März eines Jahres für das vergangene Jahr zu melden:

1. Unterbringungen nach §§ 18 und 21,

2. sofortige vorläufige Unterbringungen nach § 23,
3. fürsorgliche Aufnahmen und Zurückhaltungen nach § 25,
4. ärztliche Zwangsmaßnahmen nach § 29,
5. freiheitsentziehende Sicherungsmaßnahmen nach §§ 35 und 36,
6. soziodemografische Daten, insbesondere zu Alter und Geschlecht,
7. die Anzahl der Suizide innerhalb des Klinikgebäudes, im Freibereich der Klinik sowie in unmittelbarer Umgebung der Klinik.

(3) Näheres über Art und Umfang der Daten sowie deren Übermittlung und das Verfahren bestimmt das Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt.

§ 47

Fachaufsicht

(1) Die Verwaltungsbehörden üben ihre Aufgaben nach diesem Abschnitt als Pflichtaufgaben zur Erfüllung nach Weisung aus.

(2) Soweit die Krankenhausträger oder Träger der anerkannten Einrichtungen eine Unterbringung nach diesem Gesetz vollziehen, unterstehen sie der Fachaufsicht.

(3) Die Aufsicht führt die Landesdirektion Sachsen. Oberste Fachaufsichtsbehörde ist das Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt.

(4) Die oberste Fachaufsichtsbehörde kann die Befugnisse der Aufsichtsbehörde selbst ausüben,

1. wenn Gefahr in Verzug ist oder
2. wenn die Aufsichtsbehörde einer ihr erteilten Weisung innerhalb der ihr gesetzten Frist keine Folge geleistet hat.

(5) Die Fachaufsicht erstreckt sich auf die Sicherstellung der rechtmäßigen und zweckmäßigen Aufgabenwahrnehmung. Die Aufsichtsbehörde kann sich insbesondere unterrichten lassen, Einsicht in Akten und sonstige Schriftstücke nehmen, Weisungen erteilen, soweit es nicht eine therapeutische Entscheidung betrifft, und die Räumlichkeiten des Krankenhauses oder der anerkannten Einrichtung aufsuchen. Von dem Recht auf Akteneinsicht ausgenommen ist der konkrete Inhalt vertraulicher Therapiegespräche. Die Aufsichtsbehörde kann auf Kosten des Krankenhaus- oder Einrichtungsträgers selbst tätig werden oder Dritte beauftragen, wenn der Träger einer Weisung nicht innerhalb einer bestimmten Frist nachkommt.

Abschnitt 4

Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt aufgrund strafgericht- licher Entscheidung

Unterabschnitt 1

Grundsätze

§ 48

Vollzug der Maßregeln

(1) Die Maßnahmen nach § 1 Nummer 3 werden in einer Maßregelvollzugseinrichtung durchgeführt. Der Vollzug der Maßnahmen gemäß § 1 Nummer 3 für Patientinnen und Patienten, die Jugendliche oder Heranwachsende nach § 1 Absatz 2 des Jugendgerichtsgesetzes sind, erfolgt in spezialisierten Maßregelvollzugseinrichtungen.

(2) Mit der Durchführung von Aufgaben des Vollzugs der Maßnahmen nach § 1 Nummer 3 kann der Freistaat Sachsen kommunale Körperschaften und Anstalten des öffentlichen Rechts beauftragen. § 3 des Gesetzes über den Kommunalen Sozialverband Sachsen vom 14. Juli 2005 (SächsGVBl. S. 167, 171), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 23. März 2022 (SächsGVBl. S. 251) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, bleibt unberührt.

§ 49

Organisation des Maßregelvollzugs

(1) Die ärztliche Leitung der Maßregelvollzugseinrichtung obliegt der Chefärztin oder dem Chefarzt. Sie oder er ist Fachärztin oder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie möglichst mit Schwerpunkt forensische Psychiatrie. Die ärztliche Leitung einer spezialisierten Maßregelvollzugseinrichtung obliegt einer Fachärztin oder einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Beschäftigte beider Einrichtungen müssen über die erforderliche Fachkunde und persönliche Eignung verfügen.

(2) Die Maßregelvollzugseinrichtungen im Sinne des § 3 Absatz 9 und 10 sind so auszustatten und zu gliedern, dass eine auf die unterschiedlichen Anforderungen ausgerichtete Behandlung und Therapie der Patientinnen und Patienten ermöglicht, deren Eingliederung gefördert und der erforderliche Schutz der Allgemeinheit gewährleistet wird. Zusätzlich haben spezialisierte Maßregelvollzugseinrichtungen alterstypische Aufgaben wie die Erziehung, Bildung und Ausbildung der Patientinnen und Patienten wahrzunehmen. Dabei sind deren Alter und deren Entwicklungsstand zu berücksichtigen.

(3) Das Leben in den Maßregelvollzugseinrichtungen im Sinne des § 3 Absatz 9 und 10 soll den allgemeinen Lebensverhältnissen angeglichen werden, soweit es ohne Beeinträchtigungen des Zwecks der Unterbringung möglich ist.

§ 50

Aufgaben und Ziele des Maßregelvollzugs

(1) Der Maßregelvollzug hat die Aufgabe, durch eine gesicherte Unterbringung der Patientinnen und Patienten sowie deren Behandlung und Therapie die Gesellschaft vor weiteren Straftaten zu schützen.

(2) Ziel der Unterbringung in einer Maßregelvollzugseinrichtung ist es, die betroffenen Patientinnen und Patienten

1. soweit wie möglich zu heilen oder ihren Zustand soweit zu bessern, dass sie keine Gefahr mehr für die Allgemeinheit darstellen und sie zu befähigen, verantwortungsbewusst am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen,
2. von ihrem Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, zu heilen oder über eine erhebliche Zeit vor dem Rückfall in den Hang zu bewahren.

(3) Zur Erreichung dieser Ziele ist die familiäre, soziale und berufliche Eingliederung der Patientinnen und Patienten zu fördern.

§ 51

Rechtsstellung der Patientinnen und Patienten

(1) Während des Maßregelvollzugs unterliegen die untergebrachten Patientinnen und Patienten nur den in diesem Gesetz vorgesehenen Beschränkungen ihrer grundrechtlich garantierten Freiheiten. Diese müssen im Hinblick auf den Zweck der Unterbringung, zur Aufrechterhaltung der Sicherheit oder zur Abwendung einer schwerwiegenden Störung der Ordnung der Maßregelvollzugseinrichtungen verhältnismäßig sein oder sich aus den Anforderungen an ein geordnetes Zusammenleben in der Einrichtung ergeben. Im Übrigen bleiben gerichtlich angeordnete Beschränkungen unberührt.

(2) Die Persönlichkeit der Patientinnen und Patienten ist zu achten. Während des Maßregelvollzugs und allen Maßnahmen auf Grund dieses Gesetzes ist auf das Alter, das Geschlecht, die geschlechtliche Identität, den Gesundheitszustand, die Religion und die Lebensumstände der Patientinnen und Patienten Rücksicht zu nehmen.

(3) Den Patientinnen und Patienten ist täglich mindestens eine Stunde Aufenthalt im Freien zu ermöglichen. Dies gilt nicht, wenn die Patientin oder der Patient einer Sicherungsmaßnahme nach § 35 Absatz 2 Satz 1 Nummer 6, 8 oder 9 unterworfen ist.

(4) Die Patientinnen und Patienten wirken an der Erreichung der Vollzugsziele nach § 50 Absatz 2 und an der Gestaltung des Vollzugs der Maßregel mit. Hierfür ist ihre Bereitschaft und ihr Verantwortungsbewusstsein zu wecken und zu fördern.

§ 52

Aufnahme

(1) Patientinnen und Patienten sind bei ihrer Aufnahme unverzüglich von der diensthabenden Ärztin oder dem diensthabenden Arzt in einer ihnen verständlichen Weise über ihre Rechte und Pflichten während der Unterbringung zu unterrichten. Zu unterrichten ist auch über die Organisation und Ordnung in der Maßregelvollzugseinrichtung einschließlich der geltenden Hausordnung. Erlaubt der Gesundheitszustand oder ein fehlendes Sprachverständnis der Patientin oder des Patienten diese Unterrichtung nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit der Aufnahme, so ist sie nachzuholen, sobald dies möglich ist. Berechtigten Personen der Patientinnen und Patienten ist Gelegenheit zur Teilnahme an der Unterrichtung zu geben. Die Unterrichtung ist zu dokumentieren.

(2) Patientinnen und Patienten sind unverzüglich nach der Aufnahme ärztlich zu untersuchen (Aufnahmeuntersuchung). Sie haben die Aufnahmeuntersuchung zu dulden.

(3) Für jede Patientin und jeden Patienten ist eine Patientenakte entsprechend den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches zur Patientenakte zu führen, in der auch die belastenden Vollzugsmaßnahmen zu dokumentieren sind.

§ 53

Anspruch auf Behandlung

(1) Die Patientinnen und Patienten haben Anspruch auf die notwendige medizinische Behandlung, insbesondere der Erkrankung, die zur Unterbringung geführt hat (Anlasserkrankung). Sie schließt die erforderlichen Untersuchungen sowie psychotherapeutische, sozialtherapeutische, heilpädagogische und beschäftigungs- sowie arbeitstherapeutische Maßnahmen ein. Zur Behandlung und Therapie gehören auch Maßnahmen, die erforderlich sind, um den Patientinnen und Patienten nach ihrer Entlassung ein eigenverantwortliches Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen. Behandlung und Therapie erfolgen nach einem Behandlungs- und Eingliederungsplan nach § 54.

(2) Die Behandlung bedarf der Einwilligung der Patientin, des Patienten oder einer hierzu berechtigten Person. Dies gilt nicht, soweit § 29 zur Anwendung kommt. Die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches zur Einwilligung berechtigter Personen bleiben unberührt.

(3) Die Patientinnen und Patienten oder die berechtigten Personen sind in verständlicher Weise über die erforderlichen diagnostischen Verfahren und die Behandlung sowie die damit verbundenen Risiken umfassend und angemessen aufzuklären. Die Aufklärung der Patientinnen und Patienten erfolgt, sobald ihr Gesundheitszustand dies zulässt. Die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches zur Aufklärung der Patientinnen, Patienten und berechtigten Personen sind entsprechend anzuwenden.

§ 54

Behandlungs- und Eingliederungsplan

(1) Auf der Grundlage der insbesondere aus der Aufnahmeuntersuchung gewonnenen Untersuchungsergebnisse und unter Berücksichtigung der Persönlichkeit, des Alters, des Entwicklungsstandes sowie der Lebensverhältnisse der Patientin oder des Patienten ist ein Behandlungs- und Eingliederungsplan bis zum ersten gerichtlichen Prüfungstermin nach § 67e des Strafgesetzbuches aufzustellen. Maßnahmen, die der Patientin oder dem Patienten nach der Entlassung das Führen und Gestalten eines eigenverantwortlichen Lebens ermöglichen, sind ebenso aufzunehmen. Der Behandlungs- und Eingliederungsplan enthält insbesondere Angaben über

1. die ärztliche, medizinische, psychiatrisch-psychotherapeutische, pflegerische, soziotherapeutische und heilpädagogische Behandlung,
2. ergo- und arbeitstherapeutische Angebote,
3. die Teilnahme an Unterrichtsveranstaltungen und an Maßnahmen der beruflichen Ausbildung, Fortbildung und Umschulung einschließlich Alphabetisierungs- und Deutschkursen,
4. Möglichkeiten der Aufnahme oder Fortsetzung eines Arbeits- oder Beschäftigungsverhältnisses, welches Fähigkeiten und Fertigkeiten der Patientin oder des Patienten entspricht und diese fördern kann,
5. die Einbeziehung von der Patientin oder dem Patienten nahestehenden Personen in Behandlungen und Therapien zur Aufrechterhaltung, Förderung und Gestaltung von Außenkontakten,
6. sozialunterstützende Maßnahmen,
7. Trainingsmaßnahmen zur Verbesserung der sozialen Kompetenzen,
8. Angebote zur Freizeitgestaltung und Sportangebote sowie
9. Maßnahmen im Rahmen von Vollzugslockerungen und der Entlassungsvorbereitung.

(2) Schulpflichtigen Patientinnen und Patienten wird allgemein- oder berufsbildender Unterricht in der spezialisierten Maßregelvollzugseinrichtung ermöglicht, soweit dies die räumlichen und organisatorischen Verhältnisse der Maßregelvollzugseinrichtung zulassen. Den Patientinnen und Patienten werden altersgerechte Beschäftigungs-, Bildungs- und Freizeitmöglichkeiten angeboten; sie erhalten entwicklungsfördernde Hilfestellungen.

(3) Der Behandlungs- und Eingliederungsplan ist regelmäßig zu überprüfen und dem Krankheits-, Behandlungs- und Therapieverlauf sowie der sozialen Entwicklung der Patientin oder des Patienten anzupassen.

(4) Der Behandlungs- und Eingliederungsplan und spätere Änderungen sind mit der Patientin oder dem Patienten und der berechtigten Person zu erörtern und diesen auszuhandeln. Angehörige oder nahestehende Personen können auf Wunsch der Patientin oder des Patienten einbezogen werden.

§ 55

Einstweilig untergebrachte Patientinnen und Patienten

(1) Für einstweilig untergebrachte Patientinnen und Patienten nach § 126a der Strafprozeßordnung gilt § 53 entsprechend mit der Maßgabe, dass ein Behandlungs- und Eingliederungsplan nicht zu erstellen ist.

(2) Einstweilig untergebrachte Patientinnen und Patienten dürfen nicht mit anderen untergebrachten Patientinnen und Patienten in demselben Patientenzimmer untergebracht werden. Eine solche Unterbringung ist nur mit Zustimmung der einstweilig untergebrachten Patientin oder des einstweilig untergebrachten Patienten oder aus wichtigen Gründen, insbesondere aus Gründen der Ordnung oder Sicherung oder therapeutischen Gründen zulässig.

§ 56

Vollstreckungsplan, Verlegung

(1) Das Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt regelt im Benehmen mit dem Staatsministerium der Justiz und für Demokratie, Europa und Gleichstellung im Vollstreckungsplan, in welcher Maßregelvollzugseinrichtung die Patientin oder der Patient unterzubringen ist.

(2) Die Entscheidung über die Einweisung oder Verlegung einer Patientin oder eines Patienten in eine andere als nach dem Vollstreckungsplan zuständige Maßregelvollzugseinrichtung trifft das Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt nach Maßgabe des Vollstreckungsplans sowie nach Anhörung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte.

Unterabschnitt 2

Organisation und Gestaltung der Unterbringung

§ 57

Religionsausübung

§ 30 gilt entsprechend.

§ 58

Persönliches Eigentum

(1) Die Patientin oder der Patient hat das Recht, ihre oder seine persönliche Kleidung zu tragen und persönliche Gegenstände im unmittelbaren Besitz zu haben, soweit der Behandlungserfolg nicht gefährdet ist, die Sicherheit oder Ordnung der Maßregelvollzugseinrichtung oder der Allgemeinheit dadurch nicht erheblich gestört ist und die Übersichtlichkeit des Patientenzimmers nicht gefährdet wird.

(2) Geld und Wertgegenstände können in Gewahrsam genommen werden, wenn und soweit die Patientin oder der Patient zum Umgang damit nicht in der Lage ist und eine berechnigte Person für diesen Aufgabenbereich nicht vorhanden ist.

(3) Persönliche Kleidung und persönliche Gegenstände, deren unmittelbarer Besitz der Patientin oder dem Patienten untersagt wurde, sind von der Maßregelvollzugseinrichtung aufzubewahren, sofern dies nach Art und Umfang möglich und zumutbar ist. Auf Kosten der Patientin oder des Patienten können ausgeschlossene Kleidung und Gegenstände an benannte Personen übergeben oder versendet werden.

(4) Die Ingewahrsamnahme von Geld, Wertgegenständen, persönlicher Kleidung und persönlicher Gegenstände, deren Aufbewahrung sowie deren Herausgabe sind spätestens bei Entlassung von der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt zu dokumentieren.

§ 59

Recht auf Besuch

(1) Patientinnen und Patienten haben das Recht, im Rahmen einer allgemeinen Besuchsregelung Besuche zu empfangen.

(2) Persönlicher Kontakt zu Besuchern soll auch in Form von Videobesuchen ermöglicht werden.

(3) Besuche können untersagt oder beschränkt werden, wenn sie die Sicherheit oder Ordnung der Maßregelvollzugseinrichtung oder der Allgemeinheit erheblich gefährden. Besuche können im Einzelfall darüber hinaus untersagt oder beschränkt werden, wenn tatsächliche Anhaltspunkte gesundheitliche Nachteile für die Patientin oder den Patienten als Folge des Besuches befürchten lassen. Hierzu zählt auch die Gefährdung der Zielsetzung des Behandlungs- oder Eingliederungsplans. Die Untersagung kommt nur in Betracht, wenn eine Beschränkung des Besuches zur Abwendung der befürchteten Nachteile nicht ausreicht.

(4) Als Maßnahmen der Beschränkung des Besuchs kommen insbesondere in Betracht:

1. die Durchsuchung der Besucherin oder des Besuchers,
2. das Absuchen der Besucherin oder des Besuchers mit technischen Mitteln oder sonstigen Hilfsmitteln auf verbotene Gegenstände,
3. die Überwachung und Aufzeichnung des Besuchs, wenn die Patientin oder der Patient und die Besucherin oder der Besucher vor dem Besuch darauf hingewiesen wurden,
4. die Untersagung der Übergabe von Gegenständen an die Patientin oder den Patienten.

(5) Ein Besuch darf abgebrochen werden, wenn seine Fortsetzung die Sicherheit oder Ordnung der Maßregelvollzugseinrichtung oder der Allgemeinheit erheblich gefährden würde oder erhebliche gesundheitliche Nachteile für die Patientin oder den Patienten zu befürchten wären.

(6) Die Untersagung, die Beschränkung und der Abbruch eines Besuches sowie die Untersagung der Übergabe von Gegenständen an die Patientin oder den Patienten werden von der diensthabenden Ärztin oder dem diensthabenden Arzt angeordnet.

(7) Nicht untersagt, überwacht und aufgezeichnet werden dürfen in einer die Patientin oder den Patienten betreffenden Rechtssache Besuche

1. von Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten,
2. von Verteidigerinnen und Verteidigern,
3. von Notarinnen und Notaren,
4. der oder des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit,
5. der oder des Sächsischen Datenschutz- und Transparenzbeauftragten,
6. der oder des Transparenzbeauftragten sowie
7. von anderen Landesdatenschutzbeauftragten und Landesinformationsfreiheitsbeauftragten.

Eine inhaltliche Überprüfung der von den diesen Besuchern mitgeführten Schriftstücke und sonstigen Unterlagen ist unzulässig. Die Übergabe dieser Schriftstücke oder Unterlagen an die Patientin oder den Patienten darf nicht untersagt werden. Für Besuche von Verteidigerinnen und Verteidigern bleiben die §§ 148 und 148a der Strafprozeßordnung unberührt.

§ 60

Post- und Fernmeldeverkehr, andere Formen der Telekommunikation

(1) Die Patientinnen und Patienten haben das Recht, auf eigene Kosten Postsendungen, insbesondere Briefe und Pakete abzusenden und zu empfangen sowie Telefongespräche frei zu führen, soweit die Absätze 3 bis 5 nichts anderes bestimmen.

(2) Nicht beschränkt oder überwacht werden der Schriftwechsel und die Telefongespräche der Patientinnen und Patienten mit

1. Gerichten,
2. Staatsanwaltschaften,
3. Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten,
4. Verteidigerinnen und Verteidigern,
5. Verfahrenspflegerinnen und Verfahrenspflegern,
6. Notarinnen und Notaren,
7. den Aufsichtsbehörden,
8. den Besuchskommissionen im Sinne des § 4,
9. den Patientenfürsprecherinnen und -fürsprechern im Sinne des § 5,
10. der Bundesbeauftragten oder des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit,
11. der Sächsischen Datenschutz- und Transparenzbeauftragten oder dem Sächsischen Datenschutz- und Transparenzbeauftragten,
12. der oder dem Transparenzbeauftragten und
13. anderen Landesdatenschutzbeauftragten und Landesinformationsfreiheitsbeauftragten.

Dies gilt auch für den Post- und Fernmeldeverkehr in Ausübung des Petitionsrechts nach Artikel 17 des Grundgesetzes für die Bundesrepublik Deutschland und Artikel 35 der Verfassung des Freistaates Sachsen. Satz 1 gilt bei ausländischen Staatsangehörigen auch für den Post- und Fernmeldeverkehr mit den konsularischen und diplomatischen Vertretungen ihres Heimatlandes. Die §§ 148 und 148a der Strafprozeßordnung bleiben unberührt.

(3) Eingehende und ausgehende Postsendungen können unter Berücksichtigung von Absatz 2 von Beschäftigten der Maßregelvollzugseinrichtung in Anwesenheit der Patientin oder des Patienten auf deren materiellen Inhalt kontrolliert werden. Die ärztliche Leitung der Maßregelvollzugseinrichtung oder ihre jeweilige Vertretung ist berechtigt, Anzahl, Gewicht und Größe von Postsendungen festzulegen sowie den Inhalt der an Patientinnen und Patienten versendeten Pakete, insbesondere im Hinblick auf Nahrungs- und Genussmittel zu beschränken oder auszuschließen. Ebenso können Verpackungsformen von Postsendungen vom Empfang oder dem Versand ausgeschlossen werden, wenn deren Kontrolle mit einem unverhältnismäßigen Aufwand verbunden ist.

(4) Telefongespräche können unter Berücksichtigung des Absatzes 2 überwacht werden, wenn sie die Sicherheit oder Ordnung der Maßregelvollzugseinrichtung oder der Allgemeinheit erheblich gefährden oder ein gesundheitlicher Nachteil für die Patientin oder den Patienten zu befürchten ist. Die Überwachung erfolgt durch das Mithören einer oder eines Beschäftigten dieser Einrichtung. Vor Gesprächsbeginn ist die Patientin oder der Patient und deren oder dessen Gesprächspartnerin oder Gesprächspartner hierüber zu unterrichten.

(5) Liegen Anhaltspunkte für eine erhebliche Gefährdung der Sicherheit oder Ordnung der Maßregelvollzugseinrichtung oder der Allgemeinheit vor, so darf unter Berücksichtigung von Absatz 2 der Schriftwechsel eingesehen und angehalten werden. Telefongespräche können unterbrochen werden. Angehaltene Schriftstücke sind der Absenderin, dem Absender oder der berechtigten Person unter Angabe der Gründe zurückzugeben. Soweit dies unmöglich oder aus anderen Gründen des Satzes 1 untunlich ist, sind sie aufzubewahren und die Gründe hierfür zu dokumentieren.

(6) Nach Zulassung anderer Formen der Telekommunikation im Sinne des Telekommunikationsgesetzes von der Aufsichtsbehörde soll die ärztliche Leitung der Maßregelvollzugseinrichtung oder ihre jeweilige Vertretung der Patientin oder dem Patienten gestatten, diese Formen auf ihre Kosten zu nutzen. Die Absätze 1 bis 5 gelten für diese Formen der Telekommunikation entsprechend. Die Möglichkeit der Anordnung einer Sicherungsmaßnahme nach § 35 Absatz 2 Nummer 1 bleibt unberührt.

§ 61

Verwertung von Kenntnissen

Die Kenntnisse aus der Überwachung nach den §§ 59 und 60 dürfen ohne Zustimmung der Patientin oder des Patienten nur verwertet werden, soweit dies notwendig ist, um die öffentliche Sicherheit oder Ordnung oder die der Maßregelvollzugseinrichtung zu wahren.

§ 62

Hausordnung

(1) Jede Maßregelvollzugseinrichtung erlässt eine Hausordnung, die der Fachaufsichtsbehörde zur Kenntnis zu geben ist. Die Hausordnung regelt Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten, um ein geordnetes Zusammenleben auf engem Raum und eine sinnvolle Gestaltung der Unterbringung zu ermöglichen. Die Hausordnung kann insbesondere Regelungen über die Einbringung von Sachen, die Ausgestaltung der Patientenzimmer, die Einkaufsmöglichkeiten, ein Rauch- und Alkoholverbot, die Besuchszeiten, den Te-

lefonverkehr, die Freizeitgestaltung und den regelmäßigen Aufenthalt im Freien, den Umgang der Patientinnen und Patienten miteinander sowie über den Umgang mit Regelverstößen enthalten.

(2) Die Hausordnung ist in leicht verständlicher Sprache zu verfassen. Die Maßregelvollzugseinrichtung hat dafür Sorge zu tragen, dass die Hausordnung für jede Patientin und jeden Patienten in einer für sie oder ihn verständlichen Sprache zur Verfügung steht und bekannt gegeben wird.

(3) Durch die Hausordnung dürfen die Rechte der Patientinnen und Patienten nicht weiter als nach diesem Gesetz zulässig eingeschränkt werden.

Unterabschnitt 3

Finanzielle Regelungen

§ 63

Kosten der Unterbringung

(1) Die Kosten der Unterbringung trägt der Freistaat Sachsen, soweit nicht ein Sozialleistungsträger, die Patientin oder der Patient dazu beizutragen hat. Die Erhebung des Kostenbeitrags der stationär untergebrachten Patientinnen und Patienten erfolgt nach Maßgabe von § 138 Absatz 2 des Strafvollzugsgesetzes.

(2) Von Patientinnen und Patienten, die sich in einem freien Beschäftigungsverhältnis befinden, sich selbst beschäftigen, Vermögen besitzen oder über regelmäßige Einkünfte verfügen, ist für die Zeit im Maßregelvollzug ein Kostenbeitrag zu erheben. Die Patientin oder der Patient hat über eigene Einkünfte und eigenes Vermögen Auskunft zu erteilen, soweit dies zur Ermittlung des Unterbringungskostenbeitrages erforderlich ist. Die Ermittlung und Erhebung der Kostenbeiträge regelt eine Verwaltungsvorschrift des Staatsministeriums für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt.

(3) Der Kostenbeitrag der nicht bedürftigen Patientin oder des nicht bedürftigen Patienten, die oder der im Rahmen einer Vollzugslockerung außerhalb der Maßregelvollzugseinrichtung wohnt, soll sich auf die Kosten von Unterkunft und Verpflegung erstrecken. Der Patientin oder dem Patienten muss ein Betrag in der Höhe des monatlichen Regelsatzes nach § 27a des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch verbleiben.

§ 64

Krankenversicherungsschutz, Versorgung der Patientinnen und Patienten im Krankheitsfall und Gesundheitsfürsorge

(1) Patientinnen und Patienten haben Anspruch auf notwendige medizinische Leistungen unter Beachtung des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit nach dem allgemeinen Standard der gesetzlichen Krankenversicherung. Patientinnen und Patienten können an den Kosten für diese Leistungen in angemessenem Umfang beteiligt werden, höchstens bis zum Umfang der Beteiligung vergleichbarer gesetzlich Versicherter, sofern hierdurch nicht die Erreichung der Vollzugsziele, insbesondere die Wiedereingliederung der Patientinnen und Patienten, gefährdet würde.

(2) Patientinnen und Patienten haben Anspruch auf notwendige medizinische Leistungen hinsichtlich anderer Erkrankungen, medizinische Vorsorgeleistungen und sonstige medizinische Leistungen unter Beachtung des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit, die nicht im Zusammenhang mit der Anlasserkrankung stehen, entsprechend den Grundsätzen und Maßstäben der gesetzlichen Krankenversicherung. Patientinnen und Patienten können an den Kosten für Leistungen nach Satz 1 entsprechend den Regelungen über Zuzahlungen für gesetzlich Krankenversicherte beteiligt werden. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(3) Die Ansprüche nach Absatz 2 ruhen, solange die Patientinnen und Patienten aufgrund eines freien Beschäftigungs- oder Ausbildungsverhältnisses oder wegen des Bezugs einer gesetzlichen Rente krankenversichert sind.

§ 65

Finanzielle Leistungen

(1) Ist die Patientin oder der Patient bedürftig, erhält sie oder er einen Barbetrag sowie eine Bekleidungspauschale nach § 27b Absatz 2 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch als Geldleistung. Bedürftigkeit liegt vor, wenn die Patientin oder der Patient ihren oder seinen notwendigen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Kräften und Mitteln, insbesondere aus dem Einkommen und dem Vermögen bestreiten kann. Die Patientin oder der Patient ist zur Mitwirkung und zu Tatsachenangaben entsprechend den §§ 60, 65 und 66 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch verpflichtet.

(2) Die Höhe des Barbetrags richtet sich nach § 27b Absatz 3 Satz 2 und 3 erster Halbsatz des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und die Höhe der Bekleidungspauschale nach § 27b Absatz 4 Satz 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch.

(3) Die Leistung des Barbetrags und der Bekleidungspauschale erfolgt monatlich zum dritten Werktag auf das Eigengeldkonto der Patientin oder des Patienten gemäß § 68 Absatz 2.

(4) Über den Barbetrag und die Bekleidungspauschale kann die Patientin oder der Patient frei verfügen, soweit dies nicht im Widerspruch zum Behandlungs- und Eingliederungsplan steht. Die Verfügbarkeit über den Barbetrag und die Bekleidungspauschale kann zudem von der ärztlichen Leitung der Maßregelvollzugseinrichtung oder ihrer jeweiligen Vertretung beschränkt werden, soweit der Zweck der Unterbringung oder die Erreichung der Ziele des Maßregelvollzugs gefährdet werden.

(5) Das Ansparen der monatlichen Bekleidungspauschale ist den Patientinnen und Patienten über einen Zeitraum von längstens zwölf Monaten zu gestatten. Wird der angesparte Betrag nicht innerhalb des vorgenannten Zeitraums verbraucht, verfällt der Anspruch auf den Restbetrag. Eine Übertragung auf den Folgemonat kommt nicht in Betracht. Patientinnen und Patienten sind sowohl auf die Ansparmöglichkeit als auch auf den Verfall der angesparten Bekleidungspauschale im Zeitpunkt der Aufnahme hinzuweisen, § 52 Absatz 1 gilt entsprechend.

(6) Bei einer Verlegung in eine andere Maßregelvollzugseinrichtung werden der Patientin oder dem Patienten angesparte Geldleistungen nach Absatz 1 Satz 1 mitgegeben, soweit diese nicht bereits nach Absatz 5 Satz 2 verfallen sind.

(7) Werden Patientinnen oder Patienten aus der Maßregelvollzugseinrichtung nach § 67d Absatz 2 oder 4 bis 6 des Strafgesetzbuches entlassen, verfällt der Anspruch auf die bis zum Entlassungszeitpunkt nicht verbrauchte Bekleidungspauschale. Patientinnen und Patienten sind auf den Verfall der nicht verbrauchten Bekleidungspauschale im Zeitpunkt der Aufnahme hinzuweisen, § 52 Absatz 1 gilt entsprechend.

§ 66

Bezüge im Maßregelvollzug

(1) Patientinnen und Patienten erhalten für Tätigkeiten, Beschäftigungen und für ihre Teilnahme an Ausbildungs- oder Qualifikationsmaßnahmen oder an arbeitstherapeutischen Maßnahmen folgende Bezüge:

1. ein angemessenes Arbeitsentgelt für geleistete wirtschaftlich verwertbare Arbeit,
2. eine angemessene Ausbildungsbeihilfe für Zeiten der Teilnahme an einer schulischen oder beruflichen Qualifikationsmaßnahme,

3. eine Zuwendung für die Teilnahme an arbeitstherapeutischen Maßnahmen.

(2) Die Grundsätze über die Höhe der Bezüge und die vergütungsrechtlichen Grundlagen legt das Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt fest. Die Bezüge werden von der Maßregelvollzugseinrichtung anhand der von der Patientin oder vom Patienten ausgeübten Tätigkeit und Beschäftigung sowie der hierfür vorgesehenen Vergütungsstufen im jeweiligen Einzelfall festgesetzt.

§ 67

Überbrückungsgeld

(1) Um Patientinnen und Patienten die Wiedereingliederung in allgemeine Lebensverhältnisse nach der aufgrund rechtskräftiger Entscheidung angeordneten Entlassung aus der Unterbringung zu erleichtern, ist ein Überbrückungsgeld aus den während der Unterbringung erhaltenen Bezüge zu bilden. Die ärztliche Leitung der Maßregelvollzugseinrichtung oder ihre jeweilige Vertretung kann gestatten, dass das Überbrückungsgeld im Einzelfall auch für Ausgaben in Anspruch genommen werden kann, die der Förderung des Behandlungs- oder Therapieziels dienen.

(2) Das Überbrückungsgeld wird bis zur Höhe des Betrags gebildet, der nach § 90 Absatz 2 Nummer 9 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch bei den Leistungen nach dem Fünften bis Neunten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch vom Einsatz ausgenommen ist.

(3) Die Maßregelvollzugseinrichtung führt für die Patientin oder den Patienten ein Überbrückungsgeldkonto. Für den Pfändungsschutz des Überbrückungsgeldes gilt § 51 Absatz 4 und 5 des Strafvollzugsgesetzes entsprechend.

(4) Bei einer Entlassung in den Justizvollzug wird das während der Dauer des Maßregelvollzugs angesparte Überbrückungsgeld als Überbrückungsgeld mitgegeben. Dies gilt entsprechend bei einer Verlegung aus dem Justizvollzug in den Maßregelvollzug.

(5) Das während des Wiedereingliederungsprozesses nicht verwendete Überbrückungsgeld wird der Patientin oder dem Patienten oder der berechtigten Person spätestens im Zeitpunkt der Beendigung der Maßregel ausgezahlt.

§ 68

Eigengeld

(1) Das Eigengeld besteht aus den Geldbeträgen, die die Patientinnen und Patienten in die Maßregelvollzugseinrichtung mitbringen und die sie während der Zeit der Unterbringung erhalten, sowie den Teilen der Bezüge, die nicht als Barbetrag, Überbrückungsgeld oder Unterbringungskostenbeitrag in Anspruch genommen werden.

(2) Jede Maßregelvollzugseinrichtung führt für die Patientin oder den Patienten ein Eigengeldkonto, auf dem alle in Absatz 1 genannten Geldbeträge und Zahlungen geführt werden. Verfügungsberechtigt über das Eigengeldkonto ist die Patientin oder der Patient oder die hierzu berechtigte Person. Alle Verfügungen der Patientin oder des Patienten über das Eigengeld bedürfen der Genehmigung der ärztlichen Leitung der Maßregelvollzugseinrichtung oder ihrer jeweiligen Vertretung. Diese darf die Genehmigung nur versagen, wenn die Verwendung des Geldes den Erfolg der Behandlung oder Therapie oder die Sicherheit der Einrichtung gefährden würde.

Unterabschnitt 4
Sicherheit und Ordnung

§ 69

Ärztliche Zwangsmaßnahmen

§ 29 gilt entsprechend.

§ 70

Sicherungsmaßnahmen

§ 35 gilt entsprechend.

§ 71

Ergänzende Regelungen bei freiheitsentziehenden Sicherungsmaßnahmen

(1) Eine Sicherungsmaßnahme nach § 35 ist mit einer freiheitsentziehenden Wirkung für die Patientin oder den Patienten verbunden, wenn die Bewegungsfreiheit der Patientin oder des Patienten innerhalb der Maßregelvollzugseinrichtung derart eingeschränkt wird, dass aufgrund der Dauer oder Intensität eine erhebliche, überwiegende oder vollständige Aufhebung der körperlichen Bewegungsfreiheit eintritt. Es gelten § 35 sowie die nachfolgenden Absätze.

(2) Freiheitsentziehende Sicherungsmaßnahmen dürfen nur angewandt werden, wenn und solange sie zur Abwendung einer gegenwärtigen erheblichen Gefahr von Gewalttätigkeiten gegen Personen oder der Selbsttötung oder der Selbstverletzung unerlässlich sind und ein milderes Mittel nicht in Frage kommt.

(3) Bei der Anwendung von

1. Sicherungsmaßnahmen nach § 35 Absatz 2 Satz 1 Nummer 6 und 8, bei denen der Patientin oder dem Patient über einen längeren Zeitraum oder stets zur selben Zeit oder aus wiederkehrendem Anlass (regelmäßig) die Bewegungsfreiheit entzogen werden soll, oder
2. nicht nur kurzfristigen Fixierungen nach § 35 Absatz 2 Satz 1 Nummer 9

ist die Aufsichtsbehörde unverzüglich zu unterrichten. Sollen Patientinnen und Patienten Sicherungsmaßnahmen nach § 35 Absatz 2 Satz 1 Nummer 8 und 9 unterworfen werden, bedarf es zusätzlich der vorherigen Genehmigung des zuständigen Gerichts. Als längerer Zeitraum im Sinne des Satzes 1 Nummer 1 gilt grundsätzlich eine Dauer, die 24 Stunden überschreitet. Nicht nur kurzfristig ist eine Fixierung im Sinne des Satzes 1 Nummer 2, wenn sie absehbar eine Dauer von 30 Minuten überschreitet.

(4) Die gerichtliche Genehmigung erfolgt aufgrund eines Antrages der für die Anordnung der Sicherungsmaßnahmen nach § 35 Absatz 4 Satz 1 zuständigen Person. Ohne vorherige gerichtliche Genehmigung sind diese Maßnahmen nur zulässig, wenn mit dem Aufschub eine gegenwärtige erhebliche Gefahr verbunden ist. Die gerichtliche Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen. Ist eine gerichtliche Entscheidung beantragt und die Maßnahme vor deren Erlangung beendet worden, so ist dies dem Gericht unverzüglich mitzuteilen.

(5) Bei der Durchführung von freiheitsentziehenden Sicherungsmaßnahmen nach § 35 Absatz 2 Satz 1 Nummer 6 und 8 ist ergänzend zu § 35 Absatz 6 auch das erforderliche Maß an ärztlicher Kontrolle zu gewährleisten. Bei einer Fixierung ist darüber hinaus grundsätzlich eine Eins-zu-Eins-Betreuung durch therapeutisches oder pflegerisches Per-

sonal sicherzustellen. Von einer unmittelbaren Anwesenheit der Betreuungsperson während einer Fixierung kann im Einzelfall vorübergehend abgesehen werden, wenn ein ständiger Sicht- und Sprechkontakt außerhalb des Fixierungsraums zur fixierten Patientin oder zum fixierten Patienten besteht und

1. die fixierte Patientin oder der fixierte Patient dies ausdrücklich wünscht und dieser Wunsch medizinisch vertretbar ist oder
2. eine ärztliche, therapeutische oder pflegerische Einschätzung vorliegt, dass hierdurch eine schnellere Beendigung der Fixierung erreicht werden kann.

(6) Nach Beendigung einer Fixierung ist die Patientin oder der Patient in einer für sie oder ihn verständlichen Weise auf die Möglichkeit hinzuweisen, die Zulässigkeit der durchgeführten Fixierung gerichtlich überprüfen zu lassen. Der Hinweis ist zu dokumentieren.

§ 72

Videüberwachung

(1) Der Einsatz der Videoüberwachung in Maßregelvollzugseinrichtungen ist vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 verboten.

(2) Soweit es zur Abwehr von erheblichen Gefahren für die Sicherheit oder Ordnung in der Maßregelvollzugseinrichtung oder zur Gewährleistung der Sicherung der Patientinnen und Patienten erforderlich ist, dürfen mittels offener Videoüberwachung beobachtet werden:

1. das Gelände, das Gebäude und die öffentlich zugänglichen Bereiche im Gebäudeinneren der Maßregelvollzugseinrichtung,
2. gemeinschaftlich genutzte Bereiche der geschlossen geführten und damit nicht öffentlich zugänglichen Bereiche der Maßregelvollzugseinrichtung, insbesondere Aufenthaltsräume sowie Flur-, Hof- und Gartenbereiche.

Die Videoüberwachung in diesen Bereichen kann auch erfolgen, wenn Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besucher unvermeidlich betroffen werden, hinsichtlich derer die Voraussetzungen des Einsatzes nicht vorliegen. Der Einsatz der Videoüberwachung ist erkennbar zu machen.

(3) Die Anordnung einer zeitweisen Videoüberwachung einer nicht fixierten Patientin oder eines nicht fixierten Patienten ist zur Abwehr einer erheblichen Selbst- oder Fremdgefährdung zulässig, wenn sie oder er

1. sich in einem für die vorübergehende Unterbringung und zur Beobachtung geeigneten Raum außerhalb von Patientenzimmern, insbesondere in einem Kriseninterventionsraum befindet,
2. zuvor von einer Ärztin oder einem Arzt persönlich untersucht und in einer ihrem oder seinem Gesundheitszustand angemessenen Weise über die verfügbaren und im Rahmen ihrer Behandlung angezeigten Möglichkeiten der Beobachtung sowie über ihre Auswirkungen auf den Behandlungsverlauf aufgeklärt wurde und
3. der Videoüberwachung zugestimmt hat oder diese ist nach fachlicher Abwägung anstelle einer persönlichen Betreuung aus medizinischen oder therapeutischen Gründen veranlasst ist.

Die Videoüberwachung ist von der diensthabenden Ärztin oder dem diensthabenden Arzt anzuordnen. Entfallen die Gründe, die zur Anordnung der Videoüberwachung geführt haben, ist diese unverzüglich zu beenden. Beginn, Dauer und Ende der Videoüberwachung, die Gründe für ihre Anordnung und die Aufklärung nach Satz 1 Nummer 2 sind zu dokumentieren.

- (4) Bei Beginn und im Verlauf der Videoüberwachung ist sicherzustellen, dass

1. die Monitore zur Beobachtung ausschließlich von den dazu berechtigten Personen eingesehen werden können,
2. die Intimsphäre der betroffenen Patientin oder des betroffenen Patienten gewahrt ist, insbesondere durch das Verpixeln oder Aussparen des Sanitärbereichs von der Videoüberwachung, und
3. keine Aufzeichnung und Speicherung der Beobachtung über den Zeitpunkt des Abchlusses der Beobachtungssituation hinaus vorgenommen wird.

Hinsichtlich der Löschung gilt § 35 Absatz 1 Satz 2 bis 4 des Sächsischen Justizvollzugsdatenschutzgesetzes entsprechend.

§ 73

Disziplinarmaßnahmen

(1) Disziplinarmaßnahmen können angeordnet werden, wenn die Patientin oder der Patient rechtswidrig und schuldhaft

1. gegen Gesetze verstößt oder eine Ordnungswidrigkeit begeht,
2. fremde Sachen zerstört oder beschädigt,
3. andere Personen verbal oder tätlich angreift,
4. verbotene Gegenstände in die Einrichtung einbringt, sich an deren Einbringung beteiligt, sie besitzt oder weitergibt,
5. entweicht oder zu entweichen versucht,
6. gegen Weisungen im Zusammenhang mit der Gewährung von Lockerungen verstößt,
7. sich übertragenen Aufgaben entzieht,
8. unerlaubt Betäubungsmittel oder andere berauschende Substanzen besitzt oder konsumiert,
9. wiederholt oder schwerwiegend gegen die Hausordnung verstößt oder
10. die Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung und dadurch das geordnete Zusammenleben in der Einrichtung stört.

(2) Zulässige Disziplinarmaßnahmen sind

1. das erzieherische Auseinandersetzen mit dem Sachverhalt,
2. die Erteilung von Weisungen und Auflagen, wie beispielsweise einer Kontaktbeschränkung an eine, einen oder mehrere Patientinnen und Patienten,
3. die Beschränkung oder der Entzug des Aufenthalts in Gemeinschaftsräumen oder der Teilnahme an einzelnen Freizeitveranstaltungen bis zur Dauer einer Woche,
4. der Verweis,
5. die Beschränkung des Aufenthalts im Freien bis zu einer Woche,
6. die Beschränkung der Verfügung über Geldbeträge gemäß §§ 65 und 66 bis zu einem Monat,
7. die Beschränkung oder der Entzug des Hörfunk- und Fernsehempfangs im Zimmer der Patientin oder des Patienten bis zu einer Woche,
8. die Beschränkung oder der Entzug der Gegenstände für eine Beschäftigung in der Freizeit bis zu einer Woche,
9. die Beschränkung oder der Ausschluss von der Teilnahme an gemeinschaftlichen Unternehmungen bis zu einer Woche,

10. der Entzug der zugewiesenen Arbeit oder Beschäftigung bis zu einem Monat unter Wegfall der in diesem Gesetz geregelten Bezüge, wenn die Verfehlung in Zusammenhang mit der zugewiesenen Arbeit oder Beschäftigung steht.

Satz 1 Nummer 10 gilt nicht für freie Arbeits-, Beschäftigungs- und Ausbildungsverhältnisse.

(3) Von Disziplinarmaßnahmen wird abgesehen, wenn es genügt, die Patientin oder den Patienten zu verwarnen.

(4) Maßnahmen nach Absatz 2 werden von der ärztlichen Leitung der Maßregelvollzugseinrichtung oder ihrer jeweiligen Vertretung angeordnet.

(5) Mehrere Disziplinarmaßnahmen können miteinander verbunden werden.

(6) Vor der Entscheidung über eine Disziplinarmaßnahme erhält die Patientin oder der Patient Gelegenheit, sich zu dem Sachverhalt und der beabsichtigten Maßnahme zu äußern. Die Patientin oder der Patient wird unterrichtet, dass es ihr oder ihm freisteht, sich zum Sachverhalt zu äußern. Die Patientin oder der Patient kann eine Vertrauensperson oder einen Beistand hinzuziehen. Die Entscheidung wird der Patientin oder dem Patienten mündlich eröffnet. Die Disziplinarmaßnahme ist zu begründen und zu dokumentieren.

§ 74

Durchsuchung

§ 37 gilt entsprechend.

§ 75

Erkennungsdienstliche Maßnahmen

(1) Zur Sicherheit des Vollzuges und zur Aufrechterhaltung des geordneten Zusammenlebens sind als erkennungsdienstliche Maßnahmen mit Kenntnis der Patientin oder des Patienten zulässig

1. die Aufnahme von Lichtbildern,
2. die Feststellung äußerer körperlicher Merkmale,
3. Messungen sowie
4. die biometrische Erfassung von Daten der körperlichen Merkmale von Fingern, Händen, des Gesichts und der Stimme.

Die nach Satz 1 gewonnenen erkennungsdienstlichen Unterlagen sind getrennt von der Patientenakte aufzubewahren.

(2) Die nach Absatz 1 Satz 1 erhobenen Daten dürfen der zuständigen Vollstreckungs- oder Strafverfolgungsbehörde übermittelt werden, soweit dies erforderlich ist zur Fahndung nach oder Festnahme von Entwichenen oder sich sonst ohne Erlaubnis außerhalb der Maßregelvollzugseinrichtung aufhaltenden Patientinnen und Patienten. Die Daten sind vom Empfänger nach Beendigung der Fahndung oder nach Festnahme der gesuchten Person zu löschen.

(3) Die nach Absatz 1 Satz 1 erhobenen Daten sind zu löschen und die Unterlagen zu vernichten, sobald die vollstreckungsrechtliche Entscheidung über die Beendigung der Unterbringung und über eine etwaige Führungsaufsicht rechtskräftig ist.

§ 76

Unmittelbarer Zwang

(1) Unmittelbarer Zwang ist jede Form der unmittelbaren Einwirkung auf Patientinnen, Patienten, andere Personen oder Sachen durch einfache körperliche Gewalt oder durch Hilfsmittel der körperlichen Gewalt.

(2) Anordnungen und Maßnahmen nach diesem Gesetz dürfen von Beschäftigten der Maßregelvollzugseinrichtung im Wege des unmittelbaren Zwangs gegenüber der Patientin oder dem Patienten durchgesetzt werden, wenn der damit verfolgte Zweck auf keine andere Weise erreicht werden kann und der durch den unmittelbaren Zwang zu erwartende Schaden nicht erkennbar außer Verhältnis zu dem angestrebten Erfolg steht.

(3) Gegenüber anderen Personen darf unmittelbarer Zwang angewendet werden, wenn sie es unternehmen, Patientinnen oder Patienten der Obhut der Maßregelvollzugseinrichtung zu entziehen, wenn sie unbefugt in deren Bereich eindringen, sich unbefugt darin aufhalten oder diese trotz Aufforderung nicht verlassen.

(4) Unmittelbarer Zwang ist vorher anzukündigen. Die Ankündigung darf nur unterbleiben, wenn die Umstände sie nicht zulassen, insbesondere unmittelbarer Zwang sofort angewendet werden muss, um eine rechtswidrige Tat, die den Tatbestand eines Strafgesetzes erfüllt, zu verhindern oder eine gegenwärtige Gefahr abzuwenden.

(5) Unter mehreren möglichen und geeigneten Formen des unmittelbaren Zwangs ist diejenige zu wählen, die die von ihr betroffene Person am wenigsten beeinträchtigt.

(6) Eine Nachbesprechung der Anwendung unmittelbaren Zwangs ist der Patientin oder dem Patienten von der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt anzubieten, sobald es ihr oder sein Gesundheitszustand zulässt. Die Anwendung unmittelbaren Zwangs, das Anbieten und die Nachbesprechung sind zu dokumentieren.

(7) Das Recht zur Anwendung unmittelbaren Zwangs auf Grund anderer Vorschriften bleibt unberührt.

§ 77

Festnahmerecht

Patientinnen oder Patienten, die entwichen sind oder sich sonst ohne Erlaubnis außerhalb der Maßregelvollzugseinrichtung aufhalten, können von Beschäftigten der Maßregelvollzugseinrichtung oder auf ihre Veranlassung hin vom Polizeivollzugsdienst festgenommen und zurückgebracht werden.

§ 78

Vorführung

(1) Auf Ersuchen eines Gerichts oder einer Staatsanwaltschaft werden Patientinnen oder Patienten, denen keine mit dem unbeaufsichtigten Aufenthalt außerhalb der Maßregelvollzugseinrichtung verbundene Vollzugslockerung gewährt ist, von der Maßregelvollzugseinrichtung vorgeführt.

(2) Die ärztliche Leitung der Maßregelvollzugseinrichtung oder ihre jeweilige Vertretung erteilt die erforderlichen Weisungen an die mit der Vorführung beauftragten Bediensteten. Besteht eine erhebliche Gefahr des Entweichens der Patientin oder des Patienten, ordnet die ärztliche Leitung der Maßregelvollzugseinrichtung oder ihre jeweilige Vertretung die Fesselung nach § 35 Absatz 2 Satz 1 Nummer 8 an, insbesondere für die Dauer der Vorführung. Es gelten § 70 in Verbindung mit § 35 und § 71.

(3) Die Maßregelvollzugseinrichtung unterrichtet das Gericht oder die Staatsanwaltschaft über das nach Absatz 2 Veranlasste.

§ 79

Belastende Vollzugsmaßnahmen

§ 40 gilt entsprechend.

Unterabschnitt 5

Beschwerdeverfahren, Rechtsmittel, Aufsicht

§ 80

Beschwerde

(1) Patientinnen und Patienten haben das Recht, sich mit ihren Wünschen, Anregungen und Beschwerden in Angelegenheiten, die sie selbst betreffen, an die zuständigen Beschäftigten der Maßregelvollzugseinrichtung zu wenden. Regelmäßige Sprechstunden sind einzurichten.

(2) Das Beschwerderecht der Patientin oder des Patienten gilt auch gegenüber den Mitgliedern der Besuchskommissionen und den Patientenfürsprecherinnen und -fürsprechern.

(3) Die Möglichkeit der Dienstaufsichtsbeschwerde bleibt unberührt.

(4) Kenntnisse, die im Rahmen einer Beschwerde über persönliche Belange einer Patientin oder eines Patienten erlangt werden, sind vertraulich zu behandeln. Sie dürfen nur mit Genehmigung der Patientin oder des Patienten und nur zu dem Zweck verwertet werden, zu welchem sie mitgeteilt worden sind.

§ 81

Gerichtliche Entscheidung

(1) Gegen eine Maßnahme zur Regelung einzelner Vollzugsangelegenheiten auf dem Gebiet des Maßregelvollzugs kann eine Entscheidung des Gerichts beantragt werden. Hat die Patientin oder der Patient den Erlass einer Maßnahme beantragt und wurde diese von der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt der Maßregelvollzugseinrichtung oder vom Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt abgelehnt, unterlassen oder nicht im beantragten Umfang erlassen, kann die Patientin oder der Patient auch eine gerichtliche Entscheidung beantragen. § 138 Absatz 3 in Verbindung mit §§ 109 bis 121 des Strafvollzugsgesetzes gilt entsprechend.

(2) Der Anspruch nach Absatz 1 besteht unabhängig vom Beschwerderecht der Patientin oder des Patienten nach § 80.

§ 82

Fachaufsicht

(1) Die Maßregelvollzugseinrichtungen unterliegen bei der Durchführung des Vollzugs einer Unterbringung nach § 48 und der Wahrnehmung der weiteren Aufgaben dieses Abschnitts der Fachaufsicht des Staatsministeriums für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt.

(2) Die Fachaufsicht erstreckt sich auf die Sicherstellung der rechtmäßigen und zweckmäßigen Aufgabenwahrnehmung. Die Aufsichtsbehörde kann sich insbesondere unterrichten lassen, Auskünfte und die Vorlage von Unterlagen verlangen, Einsicht in Akten und sonstige Schriftstücke nehmen, Weisungen erteilen und Zutritt zu den Räumlichkeiten

der Maßregelvollzugseinrichtung verlangen. Die Aufsichtsbehörde kann Einsicht in die Patientenakte nehmen, soweit dies zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben erforderlich ist.

§ 83

Meldepflichten

(1) Die Maßregelvollzugseinrichtungen und die nach § 48 Absatz 2 Satz 1 beauftragten kommunalen Körperschaften und Anstalten des öffentlichen Rechts sind verpflichtet, der obersten Aufsichtsbehörde folgende Daten jeweils zum 31. März eines Jahres für das vorangegangene Jahr zu melden:

1. die Anzahl der Unterbringungen nach den §§ 63 und 64 des Strafgesetzbuches,
2. die Anzahl der Unterbringungen nach § 7 des Jugendgerichtsgesetzes in Verbindung mit den §§ 63 und 64 des Strafgesetzbuches,
3. die Anzahl der einstweiligen Unterbringungen nach § 126a der Strafprozeßordnung,
4. die Anzahl der einstweiligen Unterbringungen nach § 73 des Jugendgerichtsgesetzes und § 81 der Strafprozeßordnung,
5. die Anzahl der ärztlichen Zwangsmaßnahmen nach § 69 in Verbindung mit § 29,
6. die Anzahl der freiheitsentziehenden Sicherungsmaßnahmen nach § 70 in Verbindung mit § 35 und § 71.

(2) Näheres über Art und Umfang der Daten sowie deren Übermittlung und das Verfahren bestimmt das Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt.

Unterabschnitt 6

Lockerung, Erledigung, Nachsorge

§ 84

Vollzugslockerungen

(1) Auf der Grundlage des Behandlungs- und Eingliederungsplans sowie unter Berücksichtigung der Erkenntnisse aus dem bisherigen Behandlungs- und Therapieverlauf werden den Patientinnen und Patienten Vollzugslockerungen gewährt. Diese sind ausgeschlossen, wenn zu befürchten ist, dass Patientinnen oder Patienten sich dem Vollzug der Maßregel entziehen, die Vollzugslockerungen missbrauchen, eine Gefahr für andere darstellen oder sonst den Zweck der Maßregel gefährden würden.

(2) Vor der Gewährung einer Vollzugslockerung ist die Vollstreckungsbehörde zu hören. Die Gewährung der Vollzugslockerung ist der Vollstreckungsbehörde mitzuteilen.

(3) Der Vollzug von Maßregeln der Besserung und Sicherung erfolgt auch während der Dauer der Gewährung von Vollzugslockerungen.

(4) Vollzugslockerungen können mit Auflagen und Weisungen verbunden werden.

(5) Das Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Staatsministerium des Innern und dem für Justiz zuständigen Staatsministerium durch Rechtsverordnung die Formen und das Verfahren einer Vollzugslockerung einschließlich deren Durchführung, Aussetzung und Widerruf zu regeln.

§ 85

Förderung der Aussetzung und Erledigung der Maßregel

(1) Die ärztliche Leitung der Maßregelvollzugseinrichtung oder ihre jeweilige Vertretung hat gegenüber der Vollstreckungsbehörde die Aussetzung der Maßregel der Besserung und Sicherung zur Bewährung, die Erledigung der Maßregel oder die Umkehr der Vollstreckungsreihenfolge anzuregen, sofern sie die gesetzlichen Voraussetzungen dieser Anordnungen für erfüllt hält.

(2) In den Fällen von Unterbringungen nach § 64 des Strafgesetzbuches hat eine unverzügliche Unterrichtung an die Vollstreckungsbehörde zu erfolgen, wenn für die Patientin oder den Patienten eine konkrete Aussicht auf einen Behandlungs- oder Therapieerfolg nicht oder nicht mehr besteht.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend für die Aussetzung der einstweiligen Unterbringung nach § 126a der Strafprozeßordnung und für die vorläufigen Maßnahmen vor dem Widerruf der Aussetzung nach § 463 Absatz 1 in Verbindung mit 453c der Strafprozeßordnung.

(4) Die Maßregelvollzugseinrichtung unterrichtet die Aufsichtsbehörde über die Maßnahmen nach den Absätzen 1 bis 3.

§ 86

Forensische Ambulanzen

(1) Die Maßregelvollzugseinrichtungen richten Forensische Ambulanzen ein.

(2) Die Forensischen Ambulanzen haben das Ziel, die entlassenen Patientinnen und Patienten im Prozess ihrer weiteren Verselbständigung zu begleiten und zu unterstützen, krisenhafte Entwicklungen und Zuspitzungen frühzeitig zu erkennen sowie durch Einleitung geeigneter Maßnahmen und durch therapeutische Interventionen der Gefahr neuer Straftaten entgegenzuwirken. Sie dienen der Stabilisierung erreichter Behandlungsfortschritte und einer erfolgreichen Eingliederung der Patientinnen und Patienten in die Gesellschaft. In enger Zusammenarbeit mit der jeweiligen Maßregelvollzugseinrichtung nimmt dabei die fachlich zuständige Forensische Ambulanz bereits während des stationären Behandlungsprozesses, jedoch frühestens zu Beginn der Phase der Entlassungsvorbereitung ihre Tätigkeit auf.

(3) Die Forensischen Ambulanzen haben folgende Aufgaben:

1. die Unterstützung der Maßregelvollzugseinrichtungen bei der psychiatrischen, psycho- oder soziotherapeutischen Behandlung, Betreuung und Überwachung der in den Maßregelvollzugseinrichtungen untergebrachten Patientinnen und Patienten während des Zeitraums der Entlassungsvorbereitung im stationären Bereich sowie der Patientinnen und Patienten, die sich für längere Zeit zur Vorbereitung der Entlassung außerhalb des stationären Bereichs aufhalten,
2. die psychiatrische, psycho- oder soziotherapeutische Behandlung, Betreuung und Überwachung von Patientinnen und Patienten nach ihrer Entlassung sowie
3. die psychiatrische, psycho- oder soziotherapeutische Betreuung, Behandlung und Überwachung von Patientinnen und Patienten, gegenüber denen das Gericht eine Maßregel der Besserung und Sicherung nach § 61 Nummer 1 und 2 des Strafgesetzbuches angeordnet, deren Vollstreckung es zur Bewährung ausgesetzt oder denen es eine entsprechende Weisung nach § 67b in Verbindung mit § 68b Absatz 1 Satz 1 Nummer 11 und Absatz 2 Satz 2 des Strafgesetzbuches erteilt hat.

(4) Die Betreuung, Behandlung und Überwachung der Patientinnen und Patienten nach Absatz 3 umfasst in der Regel Einzelgespräche, Suchtmittelkontrollen, Fallkonferenzen der Nachsorgepartner sowie empfangende, aufsuchende und begleitende Maßnahmen.

(5) Die Forensischen Ambulanzen arbeiten mit den Führungsaufsichtsstellen, der Bewährungshilfe und vergleichbaren Einrichtungen zusammen. Die Zusammenarbeit erstreckt sich bei jugendlichen Patientinnen und Patienten auch auf Jugendämter, Schul- und Bildungseinrichtungen, Sozialpsychiatrische Praxen niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater, jugendpsychiatrische Institutsambulanzen sowie auf sonstige in der Jugendarbeit tätige Organisationen. Satz 2 gilt für heranwachsende Patientinnen und Patienten entsprechend, soweit die genannten Stellen ein Angebot für Heranwachsende vorhalten.

(6) Die Betreuung, Behandlung und Überwachung entlassener oder sich in der Phase der Entlassungsvorbereitung befindlicher Patientinnen und Patienten durch eine andere als die fachlich zuständige Forensische Ambulanz ist im Einzelfall im Einvernehmen der Leitungen der betroffenen Maßregelvollzugseinrichtungen möglich, soweit dadurch die Wiedereingliederung der Patientinnen und Patienten in die Gesellschaft gefördert und die erreichten Behandlungsergebnisse langfristig gesichert werden können. Die Leitung einer Forensischen Ambulanz obliegt einer Fachärztin oder einem Facharzt.

(7) Die Kosten des Betriebes der Forensischen Ambulanzen trägt der Freistaat Sachsen, soweit nicht ein Sozialleistungsträger, die Patientin oder der Patient dazu beizutragen hat.

A b s c h n i t t 5

D a t e n s c h u t z

Unterabschnitt 1

Datenschutz im Hilfesystem und bei Unterbringung

§ 87

Datenverarbeitung

(1) Auf die Verarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen dieses Gesetzes finden ergänzend zur Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) (ABl. L 119 vom 4.5.2016, S. 1; L 314 vom 22.11.2016, S. 72), in der jeweils geltenden Fassung, die Vorschriften des Sächsischen Datenschutzdurchführungsgesetzes vom 26. April 2018 (SächsGVBl. S. 198, 199), das durch Artikel 2 Absatz 4 des Gesetzes vom 5. April 2019 (SächsGVBl. S. 245) geändert worden ist, und des Sächsischen Krankenhausgesetzes Anwendung, soweit in diesem Gesetz nichts anderes bestimmt ist.

(2) Die Verarbeitung personenbezogener Daten zur Erfüllung von Aufsichts- und Kontrollbefugnissen, zur Rechnungsprüfung sowie zur Durchführung von Organisationsuntersuchungen ist zulässig, wenn dies nach der Beurteilung der öffentlichen Stelle, die eine solche Befugnis wahrnimmt, erforderlich ist, weil sie ihre Aufgabe sonst nicht oder nur mit unverhältnismäßigem Aufwand auf andere Weise, insbesondere mit anonymisierten Daten erfüllen kann.

§ 88

Besonders schutzwürdige Daten

Besondere Kategorien personenbezogener Daten im Sinne des Artikels 9 Absatz 1 der Datenschutz-Grundverordnung und andere personenbezogene Daten, die einem Berufsgeheimnis oder einem besonderen Amtsgeheimnis unterfallen, dürfen die Landkreise und Kreisfreien Städte sowie die an einem Unterbringungsverfahren beteiligten Stellen für andere Zwecke als die, für welche die Daten erhoben und gespeichert worden sind, nur weiterverarbeiten, wenn

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

Eine Übermittlung an das Gericht oder die berechtigte Person ist darüber hinaus zulässig, soweit dies für eine Unterbringung nach diesem Gesetz oder für die Vertretung erforderlich ist.

§ 89

Unterrichtung in besonderen Fällen

Ist aufgrund der Art und Schwere seiner psychischen Erkrankung anzunehmen, dass der psychisch kranke Mensch sich oder andere durch das Führen eines motorisierten Verkehrsmittels oder durch den Umgang mit Waffen gefährden könnte, kann die Leitung der zuständigen Verwaltungsbehörde oder die ärztliche Leitung des Krankenhauses, in dem die betroffene Person untergebracht ist, die zuständige öffentliche Stelle über die getroffenen Feststellungen unterrichten. Dem betroffenen Menschen ist vorher Gelegenheit zu geben, sich zu der Unterrichtung zu äußern. Eine Äußerung ist der Unterrichtung beizufügen.

§ 90

Datenlöschung

Soweit nicht andere Vorschriften längere Aufbewahrungsfristen vorsehen, sind die unter dem Namen der betroffenen Person gespeicherten personenbezogenen Daten zu löschen

1. von der für die Gewährung von Hilfen zuständigen Stelle spätestens zehn Jahre nach der Beendigung der Gewährung von Hilfen,
2. von der für die Untersuchung nach § 21 Absatz 1 Satz 2, Absatz 4 Satz 1 zuständigen Person spätestens zehn Jahre nach der letzten Untersuchung,
3. von der für die Beantragung oder Anordnung einer Unterbringung zuständigen Verwaltungsbehörde spätestens zehn Jahre nach der Beendigung des Unterbringungsverfahrens, sofern die Daten nicht nach Nummer 1 oder Nummer 2 länger aufbewahrt werden dürfen,
4. von dem Krankenhaus oder der anerkannten Einrichtung spätestens 15 Jahre nach der Beendigung der Unterbringung.

Ist ein Rechtsstreit anhängig, sind die für den Rechtsstreit benötigten Daten erst nach dessen Beendigung zu löschen.

§ 91

Auskunfts- und Einsichtsrechte

(1) Auf Antrag ist der betroffenen Person unentgeltlich zu gewähren

1. Auskunft über die im Zusammenhang mit der Durchführung von Hilfen, Schutzmaßnahmen und Unterbringungen zu ihrer Person gespeicherten Daten, auch soweit sie sich auf die Herkunft und die Personen und Stellen beziehen, an die die Daten übermittelt worden sind, und
2. Einsicht in die im Zusammenhang mit der Durchführung von Hilfen, Schutzmaßnahmen und Unterbringungen zu ihrer Person geführten Akten.

(2) Soweit medizinische Daten betroffen sind, dürfen Auskunft und Akteneinsicht nur von einer Ärztin oder einem Arzt gewährt werden. Dies geschieht im beiderseitigen Einverständnis mündlich, ansonsten werden gebührenfrei Kopien gefertigt. Im Fall des Todes der betroffenen Person gelten die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches entsprechend.

(3) Die Auskunft oder Einsicht kann versagt werden, soweit und solange dies nach ärztlichem oder psychotherapeutischem Zeugnis wegen einer Lebensgefahr oder einer Gefahr schwerwiegender gesundheitlicher Nachteile für die betroffene Person erforderlich ist. Sie hat zu unterbleiben, soweit und solange überwiegende berechtigte Geheimhaltungsinteressen Dritter entgegenstehen.

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

§ 92

Datenschutz bei Forschungsvorhaben

(1) Die mit der Durchführung von Hilfen, Schutzmaßnahmen und Unterbringungen befassten Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Pflegewissenschaftlerinnen und Pflegewissenschaftler dürfen unter Beachtung der Schweigepflicht die in diesem Zusammenhang in ihrer Einrichtung anfallenden personenbezogenen Daten für eigene wissenschaftliche Forschungsvorhaben speichern und nutzen. Soweit es ohne Beeinträchtigung des Forschungsvorhabens möglich ist, sind die personenbezogenen Daten zu anonymisieren. Satz 1 gilt entsprechend für sonstiges wissenschaftliches Personal, soweit es der Geheimhaltungspflicht des § 203 des Strafgesetzbuches unterliegt.

(2) Im Übrigen gilt § 12 des Sächsischen Datenschutzdurchführungsgesetzes.

Unterabschnitt 2

Datenschutz im Maßregelvollzug

§ 93

Entsprechende Geltung der Regelungen für den Justizvollzug

(1) Neben § 4 Absatz 2 und 3 sowie den Vorschriften dieses Unterabschnitts gelten § 2 Nummer 2 bis 21 und 23, die §§ 3 bis 9, § 10 mit Ausnahme von Absatz 3 Satz 2, § 12 mit Ausnahme von Absatz 8 und 10 Nummer 1, § 13 Absatz 1 bis 3, die §§ 14 bis 16, 18

bis 21, 23 bis 28, 36 bis 44, 52 bis 63 und 65 des Sächsischen Justizvollzugsdatenschutzgesetzes entsprechend, soweit in den folgenden Absätzen nichts anderes geregelt ist.

(2) Die Einsichtnahme in Behandlungs- und Krankenakten zum Zweck der Aufsicht darf, soweit hierdurch der Inhalt vertraulicher Therapiegespräche betroffen ist, nur durch folgende, hierzu beauftragte Personen mit Berufserfahrung auf dem Gebiet der Forensik erfolgen:

1. eine Ärztin oder einen Arzt, der eine Facharztanerkennung für das Fachgebiet Psychiatrie erworben hat,
2. eine Psychologische Psychotherapeutin oder einen Psychologischen Psychotherapeuten sowie diesen nach § 11 Absatz 4 Nummer 2 Buchstabe a und b gleichgestellte Personen oder
3. eine Fachpsychologin oder einen Fachpsychologen für Rechtspsychologie.

Die ärztliche Leitung der Maßregelvollzugseinrichtung oder ihre jeweilige Vertretung hat den Zugang der nach Satz 1 beauftragten Personen zu den Akten und zu den Patientinnen und Patienten sicherzustellen.

(3) Vollzuglicher Zweck im Sinne von § 2 Nummer 2 Buchstabe a des Sächsischen Justizvollzugsdatenschutzgesetzes ist es, die Patientinnen und Patienten durch die Behandlung so weit wie möglich zu heilen oder ihren Zustand so weit zu verbessern, dass sie nicht mehr gefährlich sind und eine Wiedereingliederung in die Gesellschaft möglich ist.

(4) Anstelle des vollzuglichen Zwecks im Sinne des § 2 Nummer 2 Buchstabe a und b des Sächsischen Justizvollzugsdatenschutzgesetzes tritt im Fall der einstweiligen Unterbringung nach § 126a der Strafprozeßordnung und der Unterbringung nach § 81 der Strafprozeßordnung der jeweils damit verfolgte Zweck.

(5) Eine Erhebung nach § 8 Absatz 1 Nummer 7 des Sächsischen Justizvollzugsdatenschutzgesetzes darf sich auch auf Daten aus Akten anderer gerichtlicher Verfahren beziehen.

(6) Eine Übermittlung an öffentliche Stellen nach § 12 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 des Sächsischen Justizvollzugsdatenschutzgesetzes ist auch zulässig, soweit dies erforderlich ist für

1. die Einleitung oder Durchführung eines Verfahrens über die Betreuung der Patientin oder des Patienten,
2. die Geltendmachung von Ansprüchen der Maßregelvollzugseinrichtung oder zur Abwehr von gegen sie, eine Bedienstete oder einen Bediensteten gerichteten Ansprüchen oder
3. die Festsetzung, Prüfung oder Genehmigung der Kosten des Maßregelvollzuges.

(7) Maßregelvollzugseinrichtungen dürfen an allgemein- und berufsbildende Schulen sowie an die für Schule und Berufsbildung zuständigen Behörden Daten nach § 12 Absatz 3 Satz 2 des Sächsischen Justizvollzugsdatenschutzgesetzes übermitteln, soweit dies für die Durchführung ihrer Maßnahmen im Sinne des § 54 Absatz 1 Satz 3 Nummer 3 und des § 84 notwendig ist.

(8) Eine Übermittlung an öffentliche Stellen nach § 12 Absatz 6 Nummer 1 des Sächsischen Justizvollzugsdatenschutzgesetzes ist auch zulässig, soweit dies unbedingt erforderlich ist für

1. die Erstellung von Gutachten zur Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen für die Unterbringung im Maßregelvollzug,
2. Entscheidungen über Vollzugslockerungen oder
3. die Erreichung der in Absatz 6 Nummer 1 bis 3 genannten Zwecke.

(9) Eine Übermittlung von Daten nach § 12 Absatz 6 des Sächsischen Justizvollzugsdatenschutzgesetzes ist auch an Einrichtungen zulässig, in die die Patientin oder der Patient im Rahmen des Maßregelvollzuges zur Weiterbehandlung verlegt werden soll oder verlegt worden ist, soweit dies unbedingt erforderlich ist.

(10) Die personenbezogenen Daten nach § 37 Absatz 1 Nummer 1 des Sächsischen Justizvollzugsdatenschutzgesetzes sowie Zeitpunkt und Zeitdauer des Besuches darf die Maßregelvollzugseinrichtung bei Besucherinnen und Besuchern, die nicht Rechtsanwältinnen, Rechtsanwälte, Verteidigerinnen, Verteidiger, Notarinnen oder Notare in einer die Patientin oder den Patienten betreffenden Rechtsache sind, in der Behandlungs- oder Krankenakte speichern. Diese Daten sind nach den Vorschriften zu löschen, die für die Löschung von personenbezogenen Daten der Patientin oder den Patienten zuordenbaren Dritten gelten.

(11) Eine Kenntlichmachung nach § 44 Absatz 1 des Sächsischen Justizvollzugsdatenschutzgesetzes darf auch erfolgen, soweit dies aus Therapiegründen erforderlich ist.

(12) Abweichend von § 59 Absatz 3 des Sächsischen Justizvollzugsdatenschutzgesetzes sind die personenbezogenen Daten von Patientinnen und Patienten nach 30 Jahren und die personenbezogenen Daten von ihnen zuordenbaren Dritten nach fünf Jahren nach der Entlassung oder der Verlegung der Patientin oder des Patienten zu löschen oder so zu anonymisieren, dass die Daten nicht mehr einer bestimmten oder bestimmbar Person zugeordnet werden können.

(13) Abweichend von § 60 Absatz 1 Satz 2 des Sächsischen Justizvollzugsdatenschutzgesetzes beträgt die Frist 30 Jahre.

(14) Für die entsprechende Anwendung der in den Absätzen 1 bis 13 genannten Vorschriften des Sächsischen Justizvollzugsdatenschutzgesetzes treten anstelle

1. der Justizvollzugsbehörden die Maßregelvollzugseinrichtungen und das Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt,
2. der Gefangenen die Patientinnen und Patienten, die im Vollzug der Unterbringung nach § 1 Absatz 1 Nummer 3 in einer Maßregelvollzugseinrichtung untergebracht sind,
3. der Anstalt die Maßregelvollzugseinrichtung,
4. der Gefangenenbuchungsnummer die Patientenidentifikationsnummer,
5. des Vollzugs der Untersuchungshaft und der Freiheitsentziehungen nach § 1 Satz 1 Nummer 2 des Sächsischen Justizvollzugsdatenschutzgesetzes der Vollzug der einstweiligen Unterbringung nach § 126a der Strafprozeßordnung,
6. der Gefangenenpersonalakte die Patientenakte,
7. der Gesundheits- und Therapieakte die Behandlungs- und Krankenakte,
8. des Staatsministeriums der Justiz das Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt,
9. des Justizvollzugs der Maßregelvollzug.

§ 94

Übermittlung an die Maßregelvollzugseinrichtung

Personen nach § 203 Absatz 1 Nummer 1, 2 und 6 des Strafgesetzbuches sowie Gerichte und Behörden sind befugt, der Maßregelvollzugseinrichtung 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 Patientin oder des Patienten zu übermitteln, soweit dies im Rahmen

des Maßregelvollzuges erforderlich ist, es sei denn, dass Rechtsvorschriften außerhalb der allgemeinen Regelungen über die Berufs- und Amtsverschwiegenheit dies untersagen.

§ 95

Bußgeldvorschriften

(1) Ordnungswidrig handelt, wer

1. unbefugt von diesem Unterabschnitt geschützte personenbezogene Daten, die nicht offenkundig sind, verarbeitet,
2. die Übermittlung personenbezogener Daten, die durch diesen Unterabschnitt geschützt werden und nicht offenkundig sind, durch unrichtige Angaben erschleicht,
3. nach einer Verpflichtung gemäß § 93 Absatz 1 bis 13 in Verbindung mit § 6 Satz 2 und 3 des Sächsischen Justizvollzugsdatenschutzgesetzes das Datengeheimnis gemäß § 6 Satz 1 des Sächsischen Justizvollzugsdatenschutzgesetzes verletzt oder nach einer Verpflichtung gemäß § 93 Absatz 1 bis 13 in Verbindung mit § 20 Absatz 1 des Sächsischen Justizvollzugsdatenschutzgesetzes das Datengeheimnis verletzt, wenn die Verletzung nicht mit Strafe bedroht ist,
4. entgegen § 93 Absatz 1 bis 13 in Verbindung mit § 65 Nummer 4 des Sächsischen Justizvollzugsdatenschutzgesetzes und mit § 35 Absatz 3 Satz 3 des Sächsischen Datenschutz-Umsetzungsgesetzes vom 11. Mai 2019 (SächsGVBl. S. 358, 398), das durch Artikel 10 des Gesetzes vom 22. August 2019 (SächsGVBl. S. 663) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, die Datenschutzbeauftragte oder den Datenschutzbeauftragten einer Maßregelvollzugsbehörde wegen der Erfüllung ihrer oder seiner Aufgaben benachteiligt,
5. als Datenschutzbeauftragte oder Datenschutzbeauftragter einer Maßregelvollzugsbehörde ihre oder seine Verschwiegenheitspflicht nach § 93 Absatz 1 bis 13 in Verbindung mit § 65 Nummer 4 des Sächsischen Justizvollzugsdatenschutzgesetzes und mit § 35 Absatz 4 Satz 2 des Sächsischen Datenschutz-Umsetzungsgesetzes verletzt, wenn die Verletzung nicht mit Strafe bedroht ist,
6. personenbezogene Daten ohne Vorliegen der Voraussetzungen des § 93 Absatz 1 bis 13 in Verbindung mit § 10 Absatz 2 und 3 des Sächsischen Justizvollzugsdatenschutzgesetzes für einen anderen Zweck verarbeitet,
7. eine Auskunft nach § 93 Absatz 1 bis 13 in Verbindung mit § 54 Absatz 1 und § 56 Satz 1 des Sächsischen Justizvollzugsdatenschutzgesetzes nicht richtig oder nicht vollständig erteilt,
8. entgegen § 93 Absatz 1 bis 13 in Verbindung mit § 65 Nummer 5 des Sächsischen Justizvollzugsdatenschutzgesetzes und mit § 40 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 des Sächsischen Datenschutz-Umsetzungsgesetzes dem Sächsischen Datenschutzbeauftragten den Zugang zu den Grundstücken und Diensträumen, einschließlich aller Datenverarbeitungsanlagen und -geräte, sowie zu allen personenbezogenen Daten und Informationen nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig gewährt,
9. entgegen § 93 Absatz 1 bis 13 in Verbindung mit § 65 Nummer 5 des Sächsischen Justizvollzugsdatenschutzgesetzes und mit § 40 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 des Sächsischen Datenschutz-Umsetzungsgesetzes dem Sächsischen Datenschutzbeauftragten die Informationen nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erteilt oder
10. bei der Datenverarbeitung im Auftrag als Auftragsverarbeiter oder als eine dem Verantwortlichen oder dem Auftragsverarbeiter unterstellte Person gegen eine Weisung des Verantwortlichen gemäß § 93 Absatz 1 bis 13 in Verbindung mit § 5 des Sächsischen Justizvollzugsdatenschutzgesetzes verstößt.

(2) Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu fünfzigtausend Euro geahndet werden.

(3) Der oder die Sächsische Datenschutzbeauftragte ist Verwaltungsbehörde im Sinne von § 36 Absatz 1 Nummer 1 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten.

§ 96

Strafvorschriften

(1) Wer eine der in § 95 Absatz 1 Nummer 1 bis 7 bezeichneten Handlungen gegen Entgelt oder in der Absicht begeht, sich oder andere zu bereichern oder andere zu schädigen, wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Der Versuch ist strafbar.

Abschnitt 6

Schlussvorschriften

§ 97

Einschränkungen von Grundrechten

Eingeschränkt werden können durch Maßnahmen nach diesem Gesetz das Recht auf körperliche Unversehrtheit (Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 des Grundgesetzes für die Bundesrepublik Deutschland und Artikel 16 Absatz 1 Satz 1 der Verfassung des Freistaates Sachsen), die Freiheit der Person (Artikel 2 Absatz 2 Satz 2 des Grundgesetzes für die Bundesrepublik Deutschland und Artikel 16 Absatz 1 Satz 2 der Verfassung des Freistaates Sachsen), das Elternrecht und die Familieneinheit (Artikel 6 Absatz 3 des Grundgesetzes für die Bundesrepublik Deutschland und Artikel 22 Absatz 4 der Verfassung des Freistaates Sachsen), das Recht auf informationelle Selbstbestimmung (Artikel 33 der Verfassung des Freistaates Sachsen), das Brief-, Post- und Fernmeldegeheimnis (Artikel 10 des Grundgesetzes für die Bundesrepublik Deutschland und Artikel 27 Absatz 1 der Verfassung des Freistaates Sachsen), das Recht auf Freizügigkeit (Artikel 11 Absatz 1 des Grundgesetzes für die Bundesrepublik Deutschland), die Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Absatz 1 des Grundgesetzes für die Bundesrepublik Deutschland und Artikel 30 Absatz 1 der Verfassung des Freistaates Sachsen) und das Recht auf freie Religionsausübung (Artikel 4 Absatz 2 des Grundgesetzes für die Bundesrepublik Deutschland und Artikel 19 Absatz 2 der Verfassung des Freistaates Sachsen).

§ 98

Übergangsvorschrift zur Psychiatrieerberichterstattung

(1) Für die bis zum Ablauf des 31. Dezember 2023 zum Zweck der Psychiatrieerberichterstattung gemäß § 8a des Sächsischen Psychisch-Kranken-Gesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. Oktober 2007 (SächsGVBl. S. 422), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 22. August 2019 (SächsGVBl. S. 663) geändert worden ist, erhobenen Daten nach § 8b des Sächsischen Psychisch-Kranken-Gesetzes finden die §§ 8e, 8f und 8h des Sächsischen Psychisch-Kranken-Gesetzes weiter Anwendung.

(2) Für die Nutzung der Psychiatrieerberichterstattung findet § 8g des Sächsischen Psychisch-Kranken-Gesetzes weiter Anwendung.

Artikel 2

Folgeänderungen

(1) In § 31 Absatz 2 Satz 3 des Sächsischen Krankenhausgesetzes vom 15. Dezember 2022 (SächsGVBl. S. 752) werden die Wörter „nach dem Sächsischen Psychisch-Kranken-Gesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. Oktober 2007 (SächsGVBl. S. 422), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 22. August 2019 (SächsGVBl. S. 663) geändert worden ist,“ durch die Wörter „nach dem Sächsischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz vom [einsetzen: Ausfertigungsdatum dieses Gesetzes] (SächsGVBl. S. [einsetzen: Seitenzahl])“ ersetzt.

(2) In § 16 Absatz 5 des Sächsischen Betreuungs- und Wohnqualitätsgesetzes vom 12. Juli 2012 (SächsGVBl. S. 397), das zuletzt durch das Gesetz vom 6. Juni 2019 (SächsGVBl. S. 466) geändert worden ist, werden die Wörter „nach § 3 des Sächsischen Gesetzes über die Hilfen und die Unterbringung bei psychischen Krankheiten (SächsPsychKG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. Oktober 2007 (SächsGVBl. S. 422), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 14. Dezember 2010 (SächsGVBl. S. 414, 432) geändert worden ist“ durch die Wörter „nach § 4 des Sächsischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes vom [einsetzen: Ausfertigungsdatum dieses Gesetzes] (SächsGVBl. S. [einsetzen: Seitenzahl])“ ersetzt.

(3) In § 1 Satz 1 der Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz zur Festlegung von Einzugsgebieten für die psychiatrische Krankenhausversorgung vom 22. Dezember 2014 (SächsGVBl. 2015 S. 154) werden die Wörter „gemäß § 2 Absatz 2 SächsPsychKG“ durch die Wörter „gemäß § 12 Absatz 1 des Sächsischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes“ ersetzt.

(4) § 5 Absatz 2 der Sächsischen Kommunalpauschalenverordnung vom 14. Oktober 2021 (SächsGVBl. S. 1221) wird wie folgt geändert:

1. Satz 1 Nummer 1 und 2 wird wie folgt gefasst:

- „1. der Sozialpsychiatrische Dienst nach Absatz 1 Nummer 1 unter Leitung einer Person steht, welche die Voraussetzungen nach § 11 Absatz 3 und 4 des Sächsischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes vom [einsetzen: Ausfertigungsdatum] (SächsGVBl. S. [einsetzen: Seitenzahl]), in der jeweils geltenden Fassung, erfüllt und
2. die Einrichtungen nach Absatz 1 Nummer 1 an der Psychiatrieberaterstattung gemäß § 6 in Verbindung mit § 16 Absatz 2 und 3 des Sächsischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes und ergänzenden Vorgaben des Staatsministeriums für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt teilnehmen.“

2. In Satz 2 werden die Wörter „gemäß § 8a Absatz 3 des Sächsischen Psychisch-Kranken-Gesetzes“ durch die Wörter „gemäß § 6 in Verbindung mit § 16 Absatz 4 des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes“ ersetzt.

(5) Die Vollzugslockerungsverordnung vom 27. Januar 2016 (SächsGVBl. S. 57) wird wie folgt geändert:

1. § 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wort „Maßregelvollzugseinrichtung“ die Wörter „nach § 3 Absatz 9 und 10 des Sächsischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes“ eingefügt.
- b) In Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „der Untergebrachte“ durch die Wörter „die Patientin oder der Patient“ ersetzt.

2. § 2 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 werden die Wörter „§ 38 Absatz 3 Satz 1 des Sächsischen Gesetzes über die Hilfen und die Unterbringung bei psychischen Krankheiten“ durch die Wörter „§ 84 Absatz 1 Satz 2 des Sächsischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes“ ersetzt.
 - bb) In Satz 2 Nummer 1 und 2 Satzteil vor Buchstabe a) sowie Satz 3 werden jeweils vor dem Wort „Patienten“ die Wörter „Patientinnen und“ eingefügt.
 - b) In Absatz 2 werden vor den Wörtern „des Patienten“ die Wörter „der Patientin oder“ eingefügt und die Wörter „§ 38 Absatz 3 Satz 1 des Sächsischen Gesetzes über die Hilfen und die Unterbringung bei psychischen Krankheiten“ durch die Wörter „§ 84 Absatz 1 Satz 2 des Sächsischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes“ ersetzt.
 - c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden die Wörter „§ 38 Absatz 3 Satz 3 des Sächsischen Gesetzes über die Hilfen und die Unterbringung bei psychischen Krankheiten“ durch die Wörter „§ 84 Absatz 2 Satz 1 des Sächsischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes“ ersetzt und vor den Wörtern „des Patienten“ die Wörter „der Patientin oder“ eingefügt.
 - bb) In Satz 2 werden vor den Wörtern „der Patient“ die Wörter „die Patientin oder“ eingefügt.
 - d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Maßregelvollzugseinrichtung“ die Wörter „nach § 3 Absatz 9 und 10 des Sächsischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes“ eingefügt.
 - bb) Die Sätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst:

„Zuvor hat sie die an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Pflegerinnen und Pfleger anzuhören. Die Patientin oder der Patient ist von der ärztlichen Leitung oder von einer Ärztin oder Therapeutin oder einem Arzt oder Therapeuten, die oder der an der Behandlung beteiligt ist, anzuhören.“
 - e) In Absatz 5 Satz 2 werden vor den Wörtern „dem Patienten“ die Wörter „der Patientin oder“ eingefügt.
3. § 3 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 2 werden vor den Wörtern „dem Patienten“ die Wörter „der Patientin oder“ eingefügt.
 - b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Maßregelvollzugseinrichtung“ die Wörter „nach § 3 Absatz 9 und 10 des Sächsischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes“ eingefügt und werden vor den Wörtern „dem Patienten“ die Wörter „der Patientin oder“ eingefügt.
 - bb) In Satz 2 Satzteil vor Nummer 1 werden vor den Wörtern „dem Patienten“ die Wörter „der Patientin oder“ eingefügt.
4. § 4 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Bei im Krankheitsverlauf der Patientin oder des Patienten oder in ihrem oder in seinem Verhalten liegenden Gründen, insbesondere bei Verstößen gegen Auflagen und Weisungen, sind die am Behandlungsprozess beteiligten Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Pflegerinnen und Pfleger befugt, die Vollzugslockerungen einstweilig auszusetzen.“

- b) In Absatz 2 werden nach dem Wort „Maßregelvollzugseinrichtung“ die Wörter „nach § 3 Absatz 9 und 10 des Sächsischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes“ eingefügt.
5. § 5 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Nummer 2 und 3 werden jeweils vor dem Wort „Patienten“ die Wörter „Patientinnen und“ eingefügt.
 - b) In Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wort „Maßregelvollzugseinrichtung“ die Wörter „nach § 3 Absatz 9 und 10 des Sächsischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes“ eingefügt und werden vor den Wörtern „des Patienten“ die Wörter „der Patientin oder“ eingefügt.

Artikel 3

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft. Gleichzeitig tritt das Sächsische Psychisch-Kranken-Gesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. Oktober 2007 (SächsGVBl. S. 422), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 22. August 2019 (SächsGVBl. S. 663) geändert worden ist, außer Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Wesentlicher Inhalt

Das Sächsische Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (SächsPsychKHG) löst das Sächsische Psychisch-Kranken-Gesetz (SächsPsychKG), das in wesentlichen Teilen noch der Stammfassung aus dem Jahr 1994 entspricht, ab. Das SächsPsychKHG regelt die psychiatrische und psychosoziale Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen im Freistaat Sachsen. Dabei beschreibt und regelt es das psychiatrische und psychosoziale Hilfesystem, welches auf der freiwilligen Annahme durch die Betroffenen basiert. Außerdem regelt das SächsPsychKHG aber auch die Schutzmaßnahmen gegen den Willen der Betroffenen, insbesondere die öffentlich-rechtliche Unterbringung und den Vollzug der Maßregeln nach dem Strafgesetzbuch.

Im Bereich des Hilfesystems wird eine umfassende Modernisierung und Ergänzung der Regelungsinhalte vollzogen, um das Gesetz an die tatsächlichen Versorgungsstrukturen in Sachsen und die modernen Grundsätze der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen anzupassen. Der Stellenwert des Hilfesystems, welches präventiv, niederschwellig, ambulant und sozialraumnah für den betroffenen Menschen mit psychischer Erkrankung zur Verfügung steht, soll gestärkt werden und sich adäquat im Gesetz wiederfinden. Durch die Stärkung der Prävention und frühzeitige Intervention bei psychischen Krankheiten sowie koordiniertes Vorgehen der Leistungserbringer im Versorgungssystem wird erwartet, dass Behandlungsdiskontinuitäten und stationäre Notbehandlungen vermieden werden können und im Ergebnis die Zahl erforderlicher Zwangsmaßnahmen und Unterbringungsverfahren vermindert wird. Diese Intention wird sich nicht zuletzt in der neuen Bezeichnung des Gesetzes als Sächsisches Gesetz über die Hilfen und die Schutzmaßnahmen bei psychischen Erkrankungen (Sächsisches Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz – SächsPsychKHG) widerspiegeln.

Für den Regelungsbereich der öffentlich-rechtlichen Unterbringung gilt es im Hinblick auf die sich weiterentwickelnde höchstrichterliche Rechtsprechung und in Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) die Rechte der Menschen mit psychischen Erkrankungen im behördlichen Unterbringungsverfahren und während des Vollzuges der öffentlich-rechtlichen Unterbringung zu stärken. Dies wird durch verschiedene Einzelregelungen realisiert, die die Mitwirkungsrechte der Betroffenen stärken und die gerichtlichen Überprüfungsrechte ausdehnen.

Im bislang geltenden SächsPsychKG waren Regelungen zur Ausgestaltung des Vollzuges der Maßregeln der Besserung und Sicherung überwiegend durch Verweis auf die für die öffentlich-rechtliche Unterbringung geltenden Vorschriften vorhanden. Der aktuelle Gesetzentwurf enthält Regelungen, die auf die individuellen Situationen im Maßregelvollzug angepasst wurden und schafft somit die erforderlichen gesetzlichen Ermächtigungsgrundlagen, insbesondere im Hinblick auf die Beschränkung von Grundrechten der untergebrachten Patientinnen und Patienten.

Die Änderungen im Hilfesystem stellen sich in Schwerpunkten wie folgt dar:

1. inhaltliche Aktualisierung und Anpassung an die tatsächlichen Versorgungsstrukturen und modernen Grundsätze der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung des Hilfesystems für Menschen mit psychischen Erkrankungen in Sachsen, z. B. Aufnahme von Regelungen zur Entstigmatisierung und Barrierefreiheit sowie Aufnahme neuer Hilfeformen wie der Einsatz von Genesungsbegleiterinnen und -begleitern in das Gesetz, Berücksichtigung der Fachbereiche Psychotherapie und Psychosomatik,

2. Schaffung einer Rechtsgrundlage für die Etablierung von psychiatrischen Krisendiensten, die Menschen in psychischen Krisen außerhalb der regulären Öffnungszeiten ambulanter ärztlicher und psychosozialer Hilfsangebote als Ansprechpartner und Unterstützer zur Verfügung stehen, als freiwillige Aufgabe der Landkreise und Kreisfreien Städte,
3. Schaffung von Rechtsgrundlagen für Strukturen im Bereich der Kooperation und Vernetzung der Akteure im Versorgungssystem und der Stärkung der Koordination der regionalen und landesweiten Versorgung, z. B. Etablierung von Verbänden der wesentlichen Leistungserbringer in den Gebietskörperschaften und die Implementierung des Landespsychiatrieplans in das Gesetz,
4. Berücksichtigung der Änderungen aus dem Bundesteilhabegesetz (BTHG), insbesondere im Hinblick auf Patientenrechte, Beschwerdemanagement und Angehörigeneinbindung z.B. Aufgabenerweiterungen der Besuchskommissionen (institutionelle Ebene) und Beratungspflicht zur Möglichkeit einer Behandlungsvereinbarung (individuelle Ebene),
5. Neuausrichtung der Psychiatrieerberichterstattung zur Verbesserung der Planung in der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung sowie Einbindung der psychiatrischen Krankenhäuser in die Datenerfassung, Entlastung der Sozialpsychiatrischen Dienste einschließlich Psychosozialen Beratungsstellen,
6. Schaffung von landesgesetzlichen Rechtsgrundlagen zur Umsetzung völkerrechtlicher Vorgaben, insbesondere der UN-BRK in Bezug auf die Umsetzung des Gewaltschutzgrundsatz und des Europäischen Übereinkommens zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung und Strafe in Bezug auf Einsichtsrechte von internationalen Kontrollgremien in Patientenakten.

Im Bereich der öffentlich-rechtlichen Unterbringung und des Maßregelvollzuges werden Regelungslücken geschlossen und fachliche Anpassungen vorgenommen. Wesentliche Aspekte sind hierbei:

1. Überarbeitung der Regelungen zur öffentlich-rechtlichen Unterbringung durch die Verwaltungsbehörde,
2. Schaffung einer Rechtsgrundlage für die öffentlich-rechtlich Unterbringung Erwachsener in anerkannten Einrichtungen außerhalb eines psychiatrischen Krankenhauses,
3. Harmonisierung der Regelungen zur öffentlich-rechtlichen Unterbringung und zivilrechtlichen Unterbringung einschließlich der Regelungen zu Zwangsmaßnahmen und Verfahren,
4. Abkehr von der Verweisteknik zur Verbesserung der Lesbarkeit der Regelungen, Überarbeitung von Einzelaspekten der Durchführung der Maßregel, mehr thematische Stringenz und eine klare Trennung von öffentlich-rechtlicher Unterbringung und Maßregelvollzug.

Für das Gesetz im Ganzen sind folgende Aspekte wesentlich:

1. Schaffung von Regelungen und Zentrierung der Aufsicht für Angelegenheiten des Sächsisch-PsychKHG in der Zuständigkeit des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt (SMS) und der Landesdirektion Sachsen (LDS),
2. Modernisierung des Gesetzes in der Bezeichnung, in Aufbau und Gliederung sowie in Formulierungen und gendergerechter Sprache,
3. Schaffung eines eigenen Abschnittes zum Datenschutz im Hilfesystem, bei öffentlich-rechtlicher Unterbringung und im Maßregelvollzug,
4. Regelungen zu den erforderlichen Folgeänderungen im Sächsischen Krankenhausgesetz, dem Sächsischen Betreuungs- und Wohnqualitätsgesetz sowie in der Verordnung des SMS zur Festlegung von Einzugsgebieten für die psychiatrische Krankenhausversorgung, der Sächsischen Kommunalpauschalenverordnung und der Vollzugslockerungsverordnung.

II. Erfüllungsaufwand

Das Gesetzesvorhaben unterliegt dem Prüfungsrecht des Sächsischen Normenkontrollrates (§ 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 Sächsisches Normenkontrollratsgesetz vom 3. Juli 2014 [SächsGVBl. S. 384], das zuletzt durch Artikel 2 Absatz 1 des Gesetzes vom 19. August 2022 [SächsGVBl. S. 486] geändert worden ist – SächsNKRK). Ausnahmetatbestände im Sinne von § 4 Absatz 1 Satz 2 SächsNKRK, die das Prüfungsrecht entfallen lassen, sind nicht gegeben.

1. Zu Artikel 1

a) Erfüllungsaufwand für die Bürgerinnen und Bürger

Das Vorhaben führt bei den Bürgerinnen und Bürgern zu keinem geänderten Erfüllungsaufwand.

b) Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Das Vorhaben führt bei der Wirtschaft zu dem nachfolgend dargestellten geänderten Erfüllungsaufwand.

§ 14 SächsPsychKHG

Durch die Bildung von Verbänden der Leistungserbringer entsteht bei der Wirtschaft ein einmaliger Zeitaufwand im Umfang von 1.476 Stunden. Das entspricht einmaligen Kosten in Höhe von 79.379 Euro, darunter einmalig 67.763 Euro Personalmehraufwand und 11.616 Euro Sachmehraufwand. Darüber hinaus entsteht ein zusätzlicher jährlicher Zeitaufwand im Umfang von 1.704 Stunden. Das entspricht jährlichen zusätzlichen Kosten in Höhe von 91.641 Euro, darunter 78.231 Euro Personalmehraufwand und 13.410 Euro Sachmehraufwand.

Die Berechnung orientiert sich am maximalen Rand des möglichen Erfüllungsaufwandes. Leistungserbringer, deren Leistungen nach dem SGB V vergütet werden, können ihre Aufwendungen auch nach der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) abrechnen.

Im Einzelnen stellt sich dies wie folgt dar:

Durch Aufnahme des § 14 SächsPsychKHG wird der Zusammenschluss der Leistungserbringer sowie Selbsthilfeangebote einer Versorgungsregion zu Verbänden als neue Soll-Regelung normiert. Im Zuge eines Zusammenschlusses entsteht ein einmaliger Aufwand für den Abschluss einer Kooperationsvereinbarung (siehe Absatz 2) und ein jährlicher Aufwand für die Durchführung der Hilfeplankonferenzen (siehe Absatz 3). Die Leitung und Koordinierung des Verbandes wird zwischen seinen Mitgliedern geregelt (siehe Absatz 2), insofern kann ein Erfüllungsaufwand bei der Wirtschaft (Leitung/Koordination durch einen Leistungserbringer) entstehen.

Anhand der Versorgungsregion des Landkreises Mittelsachsen wurde (überschlägig) ermittelt, dass pro Versorgungsregion/Kommune ca. 20 Leistungserbringer/Selbsthilfeangebote involviert sind. Im Zusammenhang mit der als Soll-Regelung ausgestalteten Vorgabe wird eingeschätzt, dass sechs Kommunen (knapp die Hälfte) diese umsetzen werden. Angesichts der Varianten bei der Leitung/Koordinierung wird für die Berechnung des Erfüllungsaufwandes davon ausgegangen, dass in drei der Kommunen der Sozialpsychiatrische Dienst die Leitung übernimmt und in den übrigen drei einer der Leistungserbringer.

Im Übrigen wird von folgenden Zeitbedarfen ausgegangen:

- einmalig 12 Stunden/Mitglied für den Abschluss der Kooperationsvereinbarung (drei Sitzungen à zwei Stunden Sitzungszeit zuzüglich je zwei Stunden für Vor- und Nachbereitung)
- jährlich 14 Stunden/Mitglied für Hilfeplankonferenzen (zwei Sitzungen/Jahr à vier Stunden zuzüglich je drei Stunden für Vor- und Nachbereitung)

- einmalig 12 Stunden für die Leitung/Koordinierung der Sitzungen zum Abschluss der Kooperationsvereinbarung (Aufwand für Vorbereitung wie Terminmanagement, Einladung, Pflege Teilnehmerliste sowie für Nachbereitung mit Protokollierung etc.), insgesamt vier Stunden/Sitzung bei drei Sitzungen (s. o.)

- jährlich 8 Stunden für die Leitung/Koordinierung der Hilfeplankonferenzen (Aufwand für Vor- und Nachbereitung), insgesamt vier Stunden/Sitzung bei jährlich zwei Sitzungen (s. o.)

Unter Zugrundelegung der oben dargestellten geschätzten Zeitbedarfe ergeben sich folgende Zeitaufwände:

einmalig (Abschluss Kooperationsvereinbarungen zzgl. teilweise Leitung)

12 Stunden/Mitglied x 20 Mitglieder x 6 Kommunen

= 1.440 Stunden

zzgl. 12 Stunden Leitung/Verbund x 3 Kommunen

= 36 Stunden,

insgesamt einmalig 1.476 Stunden.

jährlich (Hilfeplankonferenzen zzgl. teilweise Leitung)

14 Stunden/Mitglied x 20 Mitglieder x 6 Kommunen

= 1.680 Stunden

zzgl. 8 Stunden Leitung/Verbund x 3 Kommunen

= 24 Stunden,

insgesamt jährlich 1.704 Stunden.

Unter Berücksichtigung der Bruttolohnkostentabelle Wirtschaft (Wirtschaftsabschnitt „Gesundheits- und Sozialwesen“, Qualifikationsniveau „hoch“) ausweislich der Ziffer III der Anlage 2 zur VwV Sächsischer Normenkontrollrat vom 4. März 2021 (SächsABl. S. 250) und der oben dargestellten geschätzten Zeitaufwände berechnet sich folgender Personalmehraufwand:

einmalig (Abschluss Kooperationsvereinbarungen zzgl. teilweise Leitung)

1.476 Stunden x 45,91 Euro/Stunde

= 67.763 Euro einmaliger Personalkostenaufwand

jährlich (Hilfeplankonferenzen zzgl. teilweise Leitung)

1.704 Stunden x 45,91 Euro/Stunde

= 78.231 Euro jährlicher Personalkostenaufwand.

Unter Berücksichtigung der Anlage 2a der VwV Kostenfestlegung vom 8. Mai 2020 (SächsABl. S. 560), enthalten in der Verwaltungsvorschrift vom 6. Dezember 2021 (SächsABl. SDr. S. S 178) berechnet sich zudem folgender Sachmehraufwand:

einmalig (Abschluss Kooperationsvereinbarungen zzgl. teilweise Leitung)

1.476 Stunden x 7,87 Euro/Stunde (6,58 Euro + 1,29 Euro)

= 11.616 Euro einmaliger Sachkostenaufwand

jährlich (Hilfeplankonferenzen zzgl. teilweise Leitung)

1.704 Stunden x 7,87 Euro/Stunde (6,58 Euro + 1,29 Euro)

= 13.410 Euro jährlicher Sachkostenaufwand.

§ 26 Absatz 2 SächsPsychKHG

Für die Antragsverfahren bei der Aufsichtsbehörde mit dem Ziel der Zulassung als anerkannte Einrichtung entsteht bei der Wirtschaft ein einmaliger Zeitaufwand im Umfang von 24 Stunden. Das entspricht einmaligen Kosten in Höhe von 1.291 Euro, darunter einmalig 1.102 Euro Personalmehraufwand und 189 Euro Sachmehraufwand. Darüber hinaus entsteht ein zusätzlicher jährlicher Zeitaufwand im Umfang von acht Stunden. Das entspricht jährlichen zusätzlichen Kosten in Höhe von 430 Euro, darunter 367 Euro Personalmehraufwand und 63 Euro Sachmehraufwand.

Im Einzelnen stellt sich dies wie folgt dar:

Durch Einfügung von Absatz 2 wird der Vollzug von Unterbringungen auch in anerkannten Einrichtungen neu normiert. Voraussetzung ist die vorherige Zulassung dieser Einrichtungen durch die Landesdirektion Sachsen (LDS) als Aufsichtsbehörde. Im Zuge der für die Träger der Einrichtungen als (freiwillige) Möglichkeit ausgestalteten Regelung wird eingeschätzt, dass zunächst für (maximal bis zu) drei Einrichtungen (einmaliger Aufwand) und danach jährlich (maximal) eine Einrichtung (jährlicher Aufwand) eine Anerkennung beantragt werden wird. Unter Zugrundelegung eines geschätzten Zeitaufwandes im Umfang von durchschnittlich einem Arbeitstag à 8 Stunden pro Einrichtung (Einarbeitung in die Vorgabe, Zusammenstellung der erforderlichen Unterlagen wie Konzeption, Personalbesetzung, sächlich-räumliche Ausstattung der Einrichtung etc., Verfassen des Antrages) ergeben sich folgende Zeitaufwände:

einmalig

8 Stunden/Einrichtung x drei Einrichtungen
= 24 Stunden einmaliger Zeitaufwand

jährlich

8 Stunden/Einrichtung x jährlich eine Einrichtung
= 8 Stunden jährlicher Zeitaufwand

Unter Berücksichtigung der Bruttolohnkostentabelle Wirtschaft (Wirtschaftsabschnitt „Gesundheits- und Sozialwesen“, Qualifikationsniveau „hoch“) und der oben dargestellten geschätzten Zeitaufwände berechnet sich folgender Personalmehraufwand:

einmalig

24 Stunden x 45,91 Euro/Stunde
= 1.102 Euro einmaliger Personalkostenaufwand

jährlich

8 Stunden x 45,91 Euro/Stunde
= 367 Euro jährlicher Personalkostenaufwand.

Unter Berücksichtigung der VwV Kostenfestlegung 2020 (Anlage 2a) berechnet sich folgender Sachmehraufwand:

einmalig

24 Stunden x 7,87 Euro/Stunde (6,58 Euro + 1,29 Euro)
= 189 Euro einmaliger Sachkostenaufwand

jährlich

8 Stunden x 7,87 Euro/Stunde (6,58 Euro + 1,29 Euro)
= 63 Euro jährlicher Sachkostenaufwand.

§ 26 Absatz 4 SächsPsychKHG

Für die Antragsverfahren bei der Aufsichtsbehörde zur Bestellung von Beschäftigten in den anerkannten Einrichtungen entsteht bei der Wirtschaft ein einmaliger Zeitaufwand im Umfang von 192 Stunden. Das entspricht einmaligen Kosten in Höhe von 10.326 Euro, darunter einmalig 8.815 Personalmehraufwand und 1.511 Euro Sachmehraufwand. Darüber hinaus entsteht ein zusätzlicher jährlicher Zeitaufwand im Umfang von 104 Stunden. Das entspricht jährlichen zusätzlichen Kosten in Höhe von 5.593 Euro, darunter 4.775 Euro Personalmehraufwand und 818 Euro Sachmehraufwand.

Im Einzelnen stellt sich dies wie folgt dar:

Im Zuge der Zulassung von nichtstaatlichen Einrichtungen als anerkannte Einrichtungen sind darüber hinaus auch deren Beschäftigte durch die LDS als Aufsichtsbehörde zu bestellen. Auf die VwV Bestellung von Beschäftigten nach § 15 Absatz 5 SächsPsychKHG abstellend werden die am Vollzug von öffentlich-rechtlichen Unterbringungen in Form von Anordnung (Einrichtungsleitung) und Ausführung mitwirkenden Beschäftigten berücksichtigt. Hinsichtlich der Anzahl der zu bestellenden Beschäftigten wird von kleinen separaten Ein-

heiten innerhalb der Einrichtung mit bis zu vier Plätzen ausgegangen und Folgendes eingeschätzt:

Absicherung einer Doppelbesetzung rund um die Uhr

= 365 Tage x 24 Stunden x 2 Personen

= 17.520 Stunden

/ 1.624 Stunden Netto-Arbeitszeit (vgl. VwV Kostenfestlegung 2020, Anlage 2c)

= 10,89 Vollzeitbeschäftigte

bei angenommener Teilzeitquote von durchschnittlich 75 %

= 14,38, gerundet 14 Personen

zzgl. 2 Personen Einrichtungsleitung und Stellvertretung

= 16 Personen/Einrichtung

Zudem wird davon ausgegangen, dass neben den Beschäftigten für neu zugelassene Einrichtungen jährlich weitere (bis zu) zehn Beschäftigte in Folge von Fluktuation neu zu bestellen sind.

Im Zuge der für die Träger der Einrichtungen als (freiwillige) Möglichkeit ausgestalteten Regelung wird eingeschätzt, dass zunächst für (maximal bis zu) drei Einrichtungen (einmaliger Aufwand) und danach jährlich (maximal) eine Einrichtung (jährlicher Aufwand) eine Anerkennung beantragt werden wird. Unter Zugrundelegung eines geschätzten Zeitaufwandes im Umfang von durchschnittlich 0,5 Arbeitstagen à 8 Stunden pro Person (Zusammenstellung der erforderlichen Angaben und Unterlagen; Einholen der Erklärung des Beschäftigten bzgl. Eintritt für freiheitlich demokratische Grundordnung etc.) ergeben sich folgende Zeitaufwände:

einmalig

4 Stunden/Person x 16 Personen x drei Einrichtungen

= 192 Stunden einmaliger Zeitaufwand

jährlich

4 Stunden/Person x 16 Personen x jährlich eine Einrichtung

= 64 Stunden

zzgl. 4 Stunden/Person x 10 Personen Fluktuation

= 104 Stunden jährlicher Zeitaufwand.

Unter Berücksichtigung der Bruttolohnkostentabelle Wirtschaft (Wirtschaftsabschnitt „Gesundheits- und Sozialwesen“, Qualifikationsniveau „hoch“) und der oben dargestellten geschätzten Zeitaufwände berechnet sich folgender Personalmehraufwand:

einmalig

192 Stunden x 45,91 Euro/Stunde

= 8.815 Euro einmaliger Personalkostenaufwand

jährlich

104 Stunden x 45,91 Euro/Stunde

= 4.775 Euro jährlicher Personalkostenaufwand.

Unter Berücksichtigung der VwV Kostenfestlegung 2020 (Anlage 2a) berechnet sich zudem folgender Sachmehraufwand:

einmalig

192 Stunden x 7,87 Euro/Stunde (6,58 Euro + 1,29 Euro)

= 1.511 Euro einmaliger Sachkostenaufwand

jährlich

104 Stunden x 7,87 Euro/Stunde (6,58 Euro + 1,29 Euro)

= 818 Euro jährlicher Sachkostenaufwand.

§§ 29, 35 und 36 SächsPsychKHG

Durch die §§ 29, 35 und 36 SächsPsychKHG wird – neben bereits bestehenden Richtervorbehalten – zusätzlich auch für

- die medikamentöse Beruhigung gegen den Willen der betroffenen Person als ärztliche Zwangsmaßnahme (§ 29 Absatz 6 SächsPsychKHG),
- die Unterbringung im Kriseninterventionsraum über 24 Stunden sowie sonstige Sicherungsmaßnahmen zur teilweisen Einschränkung der Bewegungsfreiheit durch mechanische Vorrichtungen gegen den Willen der betroffenen Person (z. B. Bettgitter etc.), wenn sie regelmäßig oder über 24 Stunden andauernd angewandt werden, als freiheitsentziehende Sicherungsmaßnahmen (§ 36 Absatz 2 i. V. m. § 35 SächsPsychKHG) und
- ärztliche Zwangsmaßnahmen bei Minderjährigen (§ 29 Absatz 4 Nummer 5 SächsPsychKHG)

das Erfordernis einer richterlichen Genehmigung normiert.

Für die Beantragung der Genehmigung durch die psychiatrischen Kliniken entsteht bei der Wirtschaft ein zusätzlicher jährlicher Zeitaufwand im Umfang von 1.453 Stunden. Das entspricht jährlichen zusätzlichen Kosten in Höhe von 78.142 Euro, darunter 66.707 Euro Personalmehraufwand und 11.435 Euro Sachmehraufwand.

Im Einzelnen stellt sich dies wie folgt dar:

Eine im März 2023 durchgeführte Abfrage bei den psychiatrischen Kliniken hinsichtlich der jährlichen Anzahl der zukünftig auch unter Richtervorbehalt stehenden Zwangs- und Sicherungsmaßnahmen erbrachte, auch auf Grund der eher geringen Beteiligung der Kliniken, keine für die Berechnung des Erfüllungsaufwandes verwertbaren Ergebnisse. Auf Basis dieser Abfrage wird geschätzt, dass jährlich zusätzlich 75 Anträge (Erwachsenenpsychiatrie) bzw. zwei Anträge (Kinder- und Jugendpsychiatrie) pro Klinik zu prüfen sind. Im Freistaat Sachsen bestehen 23 Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie und neun Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Ausweislich einer Zuarbeit des SMJusDEG beträgt der Bearbeitungsaufwand für betreuungsgerichtliche Genehmigungen freiheitsentziehender Maßnahmen oder für ärztliche Zwangsbehandlungen jeweils 104 Minuten, vgl. sog. PEBB§Y-Produkte RA 360 (Unterbringungssachen nach BGB) und RA 361 (Unterbringungssachen nach den Landesgesetzen einschließlich der Verfahren nach den Strafvollzugsgesetzen des Bundes und der Länder). Der Aufwand für die Beantragung der Genehmigung dürfte um Einiges geringer ausfallen – geschätzt wird die Hälfte des Bearbeitungsaufwandes bei Gericht (mithin rund 50 Minuten). Daraus ergibt sich folgender Zeitaufwand:

75 Anträge x 23 Kliniken x 50 Minuten/Antrag
= 1.438 Stunden
zzgl. 2 Anträge x 9 Kliniken x 50 Minuten/Antrag
= 15 Stunden,
insgesamt 1.453 Stunden jährlicher Zeitaufwand.

Unter Berücksichtigung der Bruttolohnkostentabelle Wirtschaft (Wirtschaftsabschnitt „Gesundheits- und Sozialwesen“, Qualifikationsniveau „hoch“) berechnet sich folgender Personalaufwand:

1.453 Stunden x 45,91 Euro/Stunde
= 66.707 Euro jährlicher Personalkostenaufwand.

Zudem berechnet sich unter Berücksichtigung der VwV Kostenfestlegung 2020 (Anlage 2a) folgender Sachmehraufwand:

1.453 Stunden x 7,87 Euro/Stunde (6,58 Euro + 1,29 Euro)
= 11.435 Euro jährlicher Sachkostenaufwand.

§ 46 Absatz 1 SächsPsychKHG

Durch § 46 Absatz 1 SächsPsychKHG wird für anerkannte Einrichtungen zum Vollzug von Unterbringungen nach diesem Gesetz (wie in den Krankenhäusern) die Pflicht zur Dokumentation von belastenden Vollzugsmaßnahmen normiert.

Der damit einhergehende höhere Zeit- und Kostenaufwand ist nicht bezifferbar und somit auch nicht darstellbar. Durch dieses Gesetz wird erstmals die Möglichkeit geschaffen, in anderen Einrichtungen öffentlich-rechtliche Unterbringungen zu vollziehen. Insoweit liegen bezüglich der Anordnung von belastenden Vollzugsmaßnahmen weder belastbare Daten vor noch können diese geeignet geschätzt werden.

Bezüglich der Dokumentationspflichten wird im Übrigen auf den Abschnitt „Kein weiterer Erfüllungsaufwand“ verwiesen.

§ 46 Absatz 2 SächsPsychKHG

Durch § 46 Absatz 2 SächsPsychKHG wird für Krankenhäuser und anerkannte Einrichtungen (über die Dokumentation hinaus) eine Pflicht zur Meldung von Daten im Zusammenhang mit der Durchführung von Unterbringungen einschließlich Zwangs- und Sicherungsmaßnahmen einmal im Jahr für das vergangene Jahr normiert. Der damit einhergehende höhere Zeit- und Kostenaufwand ist nicht bezifferbar und somit auch nicht darstellbar. So wurde im Rahmen des am 07.11.2022 als Teil des vorgelagerten Beteiligungsprozesses durchgeführten Workshops „Fachtag Zwangsmaßnahmen und Dokumentation“ seitens der teilnehmenden Klinikvertreterinnen und –vertreter mitgeteilt, dass der dafür erforderliche (Zeit-)Aufwand von „zwei Minuten per Knopfdruck“ bis hin zu einer Durchsicht der papiergebundenen Patientenakten reiche. Insoweit liegen bezüglich des Aufwandes für die Übermittlung der Daten weder belastbare Daten vor noch können diese geeignet geschätzt werden.

Gleichzeitig entsteht bei der Wirtschaft durch die Neugestaltung der übrigen Meldepflichten ausweislich § 16 Absätze 3 und 5 SächsPsychKHG ein geringerer Zeit- und Kostenaufwand. Im Zuge der geplanten Neuausrichtung der Psychiatrieberichterstattung wird auf die Erhebung und Meldung personenbezogener Daten verzichtet. Die Anzahl der zu meldenden Daten wird stark gekürzt und auf die wichtigsten Merkmale reduziert. Für die Träger von Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen sowie von Wohnangeboten für Menschen mit psychischen Erkrankungen entfällt die bisher geltende Pflicht zur Erhebung und Meldung (umfangreicher personenbezogener) Daten. Vielmehr erfolgt nunmehr eine Meldung auf Aufforderung, voraussichtlich nach einem Stichprobenmodell. Der Aufwand für die betroffenen Einrichtungen soll sich in einem vertretbaren Rahmen halten. Für Tagesstätten und andere tagesstrukturierende Angebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen entfällt die Meldung von Daten gänzlich. Die Träger der Suchtberatungs- und -behandlungsstellen sind wie bisher zur Teilnahme an der Deutschen Suchthilfestatistik verpflichtet.

c) Erfüllungsaufwand für die Verwaltung

aa) Erfüllungsaufwand für den Freistaat Sachsen

Das Vorhaben führt bei der Verwaltung des Freistaates Sachsen zu dem nachfolgend dargestellten geänderten Erfüllungsaufwand.

§ 15 Absatz 3 Satz 2 SächsPsychKHG

Für die neu geregelte Einrichtung einer Geschäftsstelle für den Landesbeirat Psychische Gesundheit beim SMS entsteht dort ein zusätzlicher jährlicher Zeitaufwand im Umfang von 36 Stunden. Das entspricht jährlichen zusätzlichen Kosten in Höhe von 2.886 Euro, darunter 2.603 Euro Personalmehraufwand und 283 Euro Sachmehraufwand.

Im Einzelnen stellt sich dies wie folgt dar:

Die Sitzungen des Landesbeirats finden regelmäßig drei Mal im Jahr statt. Der zeitliche Aufwand zur Vor- und Nachbereitung der Sitzungen wird wie folgt eingeschätzt:

- durchschnittlich 0,5 Arbeitstag à 8 Stunden pro Sitzung für Laufbahngruppe 1/Einstiegs-ebene 2 (ehemals mittlerer Dienst) für Pflege Teilnehmerliste, Versand von Einladung/Tagesordnung und Protokoll etc.; ohne Berücksichtigung des Zeitbedarfs für u. a. Organisation/Bestellung eines Veranstaltungsraumes, da dies bisher bereits durch das SMS erledigt wurde,

- durchschnittlich ein Arbeitstag à 8 Stunden pro Sitzung für Laufbahngruppe 2/Einstiegsebene 2 (ehemals höherer Dienst) für Erarbeitung und Abstimmung des Sitzungsprotokolls; ohne Berücksichtigung des Zeitbedarfs für Teilnahme an der jeweiligen Sitzung, da eine Teilnahme bisher bereits erfolgte.

Daraus ergibt sich folgender Zeitaufwand:

12 Stunden/Sitzung x 3 Sitzungen
= 36 Stunden jährlicher Zeitaufwand.

Unter Zugrundelegung der VwV Kostenfestlegung 2020 (Anlage 2a) und der oben benannten Laufbahngruppen berechnet sich folgender Personalkostenaufwand:

4 Stunden x 3 Sitzungen x 47,88 Euro/Stunde (575 Euro)
zzgl. 8 Stunden x 3 Sitzungen x 84,52 Euro/Stunde (2.028 Euro)
= 2.603 Euro jährlicher Personalkostenaufwand.

Hinzu kommt unter Berücksichtigung der VwV Kostenfestlegung 2020 (Anlage 2a) folgender Sachkostenaufwand:

36 Stunden x 7,87 Euro/Stunde (6,58 Euro + 1,29 Euro)
= 283 jährlicher Sachkostenaufwand.

§ 26 Absatz 2 SächsPsychKHG

Für die Bearbeitung der Anträge auf Zulassung als anerkannte Einrichtung entsteht bei der LDS als Aufsichtsbehörde ein einmaliger Zeitaufwand im Umfang von 48 Stunden. Das entspricht einmaligen Kosten in Höhe von 3.234 Euro, darunter einmalig 2.856 Personalmehraufwand und 378 Euro Sachmehraufwand. Darüber hinaus entsteht ein zusätzlicher jährlicher Zeitaufwand im Umfang von 16 Stunden. Das entspricht jährlichen zusätzlichen Kosten in Höhe von 1.078 Euro, darunter 952 Euro Personalmehraufwand und 126 Euro Sachmehraufwand.

Im Einzelnen stellt sich dies wie folgt dar:

Durch Einfügung von Absatz 2 wird der Vollzug von Unterbringungen auch in anerkannten Einrichtungen neu normiert. Voraussetzung ist die vorherige Zulassung dieser Einrichtungen durch die LDS als Aufsichtsbehörde. Im Zuge der für die Träger der Einrichtungen als (freiwillige) Möglichkeit ausgestalteten Regelung wird eingeschätzt, dass zunächst für (maximal bis zu) drei Einrichtungen (einmaliger Aufwand) und danach jährlich (maximal) eine Einrichtung (jährlicher Aufwand) eine Anerkennung beantragt werden wird. Unter Zugrundelegung eines geschätzten Zeitaufwandes im Umfang von durchschnittlich zwei Arbeitstagen à 8 Stunden pro Einrichtung (Prüfung der Konzeption, personellen und sächlichen/räumlichen Ausstattung der Einrichtung; ggf. Klärung von Nachfragen; Erstellung des Bescheides zur Anerkennung oder Ablehnung) ergeben sich folgende Zeitaufwände:

einmalig

16 Stunden/Einrichtung x drei Einrichtungen
= 48 Stunden einmaliger Zeitaufwand

jährlich

16 Stunden/Einrichtung x jährlich eine Einrichtung
= 16 Stunden jährlicher Zeitaufwand

Unter Zugrundelegung der VwV Kostenfestlegung 2020 (Anlage 2a) und Berücksichtigung der Laufbahngruppe 2/Einstiegsebene 1 (ehemals gehobener Dienst) sowie der o. g. Zeitumfänge berechnet sich folgender Personalaufwand:

einmalig

48 Stunden x 59,49 Euro/Stunde
= 2.856 Euro einmaliger Personalkostenaufwand

jährlich

16 Stunden x 59,49 Euro/Stunde
= 952 Euro jährlicher Personalkostenaufwand.

Unter Berücksichtigung der VwV Kostenfestlegung 2020 (Anlage 2a) berechnet sich zudem folgender Sachmehraufwand:

einmalig

48 Stunden x 7,87 Euro/Stunde (6,58 Euro + 1,29 Euro)
= 378 Euro einmaliger Sachkostenaufwand

jährlich

16 Stunden x 7,87 Euro/Stunde (6,58 Euro + 1,29 Euro)
= 126 Euro jährlicher Sachkostenaufwand.

§ 26 Absatz 4 SächsPsychKHG

Für die Bearbeitung der Anträge zur Bestellung von Beschäftigten in den anerkannten Einrichtungen entsteht bei der LDS als Aufsichtsbehörde ein einmaliger Zeitaufwand im Umfang von 192 Stunden. Das entspricht einmaligen Kosten in Höhe von 12.933 Euro, darunter einmalig 11.422 Euro Personalmehraufwand und 1.511 Euro Sachmehraufwand. Darüber hinaus entsteht ein zusätzlicher jährlicher Zeitaufwand im Umfang von 104 Stunden. Das entspricht jährlichen zusätzlichen Kosten in Höhe von 7.005 Euro, darunter 6.187 Euro Personalmehraufwand und 818 Euro Sachmehraufwand.

Im Einzelnen stellt sich dies wie folgt dar:

Im Zuge der Zulassung von Einrichtungen als anerkannte Einrichtungen sind darüber hinaus auch deren Beschäftigte durch die LDS als Aufsichtsbehörde zu bestellen. Auf die VwV Bestellung von Beschäftigten nach § 15 Absatz 5 SächsPsychKG abstellend werden die am Vollzug von öffentlich-rechtlichen Unterbringungen in Form von Anordnung (Einrichtungsleitung) und Ausführung mitwirkenden Beschäftigten berücksichtigt. Hinsichtlich der Anzahl der zu bestellenden Beschäftigten wird für eine kleine separate Einheit innerhalb der Einrichtung mit bis zu vier Plätzen ein Umfang von 16 Personen eingeschätzt (zur Berechnung siehe unter Abschnitt „Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft“). Zudem wird davon ausgegangen, dass neben den Beschäftigten für neu zugelassene Einrichtungen jährlich weitere (bis zu) zehn Beschäftigte in Folge von Fluktuation neu zu bestellen sind.

Im Zuge der für die Träger der Einrichtungen als (freiwillige) Möglichkeit ausgestalteten Regelung wird eingeschätzt, dass zunächst für (maximal bis zu) drei Einrichtungen (einmaliger Aufwand) und danach jährlich (maximal) eine Einrichtung (jährlicher Aufwand) eine Anerkennung beantragt werden wird. Unter Zugrundelegung eines geschätzten Zeitaufwandes im Umfang von durchschnittlich 0,5 Arbeitstagen à 8 Stunden pro Person (Prüfung der fachlichen und persönlichen Eignung; ggf. Klärung von Nachfragen; Erstellung des Bescheides zur Bestellung oder Ablehnung) ergeben sich folgende Zeitaufwände:

einmalig

4 Stunden/Person x 16 Personen x drei Einrichtungen
= 192 Stunden einmaliger Zeitaufwand

jährlich

4 Stunden/Person x 16 Personen x jährlich eine Einrichtung
= 64 Stunden
zzgl. 4 Stunden/Person x 10 Personen Fluktuation
= 104 Stunden jährlicher Zeitaufwand.

Unter Zugrundelegung der VwV Kostenfestlegung 2020 (Anlage 2a) und Berücksichtigung der Laufbahngruppe 2/Einstiegsebene 1 (ehemals gehobener Dienst) sowie der o. g. Zeitaufwände berechnet sich folgender Personalaufwand:

einmalig

192 Stunden x 59,49 Euro/Stunde
= 11.422 Euro einmaliger Personalkostenaufwand

jährlich

104 Stunden x 59,49 Euro/Stunde
= 6.187 Euro jährlicher Personalkostenaufwand.

Unter Berücksichtigung der VwV Kostenfestlegung 2020 (Anlage 2a) berechnet sich zudem folgender Sachmehraufwand:

einmalig

192 Stunden x 7,87 Euro/Stunde (6,58 Euro + 1,29 Euro)
= 1.511 Euro einmaliger Sachkostenaufwand

jährlich

104 Stunden x 7,87 Euro/Stunde (6,58 Euro + 1,29 Euro)
= 818 Euro jährlicher Sachkostenaufwand.

§§ 29, 35 und 36 SächsPsychKHG

Durch die §§ 29, 35 und 36 SächsPsychKHG wird – neben bereits bestehenden Richtervorbehalten – zusätzlich auch für

- die medikamentöse Beruhigung gegen den Willen der betroffenen Person als ärztliche Zwangsmaßnahme (§ 29 Absatz 6 SächsPsychKHG),
- die Unterbringung im Kriseninterventionsraum über 24 Stunden sowie sonstige Sicherungsmaßnahmen zur teilweisen Einschränkung der Bewegungsfreiheit durch mechanische Vorrichtungen gegen den Willen der betroffenen Person (z. B. Bettgitter etc.), wenn sie regelmäßig oder über 24 Stunden andauernd angewandt werden, als freiheitsentziehende Sicherungsmaßnahmen (§ 36 Absatz 2 i. V. m. § 35 SächsPsychKHG) und
- ärztliche Zwangsmaßnahmen bei Minderjährigen (§ 29 Absatz 4 Nummer 5 SächsPsychKHG)

das Erfordernis einer richterlichen Genehmigung normiert.

Dafür entsteht im Geschäftsbereich des SMJusDEG – bei den Betreuungsgerichten – ein zusätzlicher jährlicher Zeitaufwand im Umfang von 3.021 Stunden. Das entspricht jährlichen zusätzlichen Kosten in Höhe von 279.110 Euro, darunter 255.335 Euro Personalmehraufwand und 23.775 Euro Sachmehraufwand.

Im Einzelnen stellt sich dies wie folgt dar:

Eine im März 2023 durchgeführte Abfrage bei den psychiatrischen Kliniken hinsichtlich der jährlichen Anzahl der zukünftig auch unter Richtervorbehalt stehenden Zwangs- und Sicherungsmaßnahmen erbrachte, auch auf Grund der eher geringen Beteiligung der Kliniken, keine für die Berechnung des Erfüllungsaufwandes verwertbaren Ergebnisse. Auf Basis dieser Abfrage wird geschätzt, dass jährlich zusätzlich 75 Anträge (Erwachsenenpsychiatrie) bzw. zwei Anträge (Kinder- und Jugendpsychiatrie) pro Klinik zu prüfen sind. Im Freistaat Sachsen bestehen 23 Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie und neun Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Ausweislich einer Zuarbeit des SMJusDEG beträgt der Bearbeitungsaufwand für betreuungsgerichtliche Genehmigungen freiheitsentziehender Maßnahmen oder für ärztliche Zwangsbehandlungen jeweils 104 Minuten, vgl. sog. PEBB§Y-Produkte RA 360 (Unterbringungssachen nach BGB) und RA 361 (Unterbringungssachen nach den Landesgesetzen einschließlich der Verfahren nach den Strafvollzugsgesetzen des Bundes und der Länder). Daraus ergibt sich folgender Zeitaufwand:

75 Anträge x 23 Kliniken x 104 Minuten/Antrag
= 2.990 Stunden
zzgl. 2 Anträge x 9 Kliniken x 104 Minuten/Antrag
= 31,2 Stunden,
insgesamt 3.021 Stunden jährlicher Zeitaufwand.

Unter Zugrundelegung der VwV Kostenfestlegung 2020 (Anlage 2a) und Berücksichtigung der Laufbahngruppe 2/Einstiegsebene 2 (ehemals höherer Dienst) berechnet sich folgender Personalaufwand:

3.021 Stunden x 84,52 Euro/Stunde
= 255.335 Euro jährlicher Personalkostenaufwand.

Zudem berechnet sich unter Berücksichtigung der VwV Kostenfestlegung 2020 (Anlage 2a) folgender Sachmehraufwand:

3.021 Stunden x 7,87 Euro/Stunde (6,58 Euro + 1,29 Euro)
= 23.775 Euro jährlicher Sachkostenaufwand.

§ 47 SächsPsychKHG

Durch die Neuregelung der Fachaufsicht in § 47 SächsPsychKHG entsteht ein zusätzlicher jährlicher Zeit- und Kostenaufwand für die LDS, indem dieser neben der bereits bestehenden Fachaufsicht über die eine Unterbringung vollziehenden Krankenhäuser zusätzlich die Fachaufsicht über die eine Unterbringung vollziehenden anerkannten Einrichtungen (§ 47 Absatz 2 SächsPsychKHG) sowie die Fachaufsicht über die Landkreise und Kreisfreien Städte als Verwaltungsbehörden übertragen werden. Das SMI hat mit Schreiben vom 22.02.2023 mitgeteilt, dass der zusätzliche Zeit- und Kostenaufwand durch die personelle Aufstockung im Referat 21 (Sozialförderung und Öffentliches Gesundheitswesen) der LDS im Rahmen des Paktes ÖGD gedeckt werden kann.

Darüber hinaus entsteht für die o. g. Sachverhalte für das SMS als oberste Fachaufsichtsbehörde ein zusätzlicher jährlicher Zeitaufwand im Umfang von 24 Stunden. Das entspricht jährlichen zusätzlichen Kosten in Höhe von 2.217 Euro, darunter 2.028 Euro Personalmehraufwand und 189 Euro Sachmehraufwand.

Im Einzelnen stellt sich dies wie folgt dar:

Unter Zugrundelegung eines geschätzten Zeitaufwandes im Umfang von durchschnittlich insgesamt drei Arbeitstagen à 8 Stunden (insgesamt ein Arbeitstag für den Einbezug in die Prüfung von geschätzt jährlich einer Beschwerde im Zusammenhang mit dem Vollzug einer Unterbringung in einer anerkannten Einrichtung; Teilnahme an einer Veranstaltung pro Jahr der LDS mit den Verwaltungsbehörden; insgesamt ein Arbeitstag für die Klärung von Nachfragen der LDS) ergeben sich

3 Arbeitstage x 8 Stunden
= 24 Stunden jährlicher Zeitaufwand.

Unter Zugrundelegung der VwV Kostenfestlegung 2020 (Anlage 2a) und Berücksichtigung der Laufbahngruppe 2/Einstiegsstufe 2 (ehemals höherer Dienst) berechnet sich folgender Personalaufwand:

24 Stunden x 84,52 Euro/Stunde
= 2.028 Euro jährlicher Personalkostenaufwand.

Zudem berechnet sich unter Berücksichtigung der VwV Kostenfestlegung 2020 (Anlage 2a) folgender Sachmehraufwand:

24 Stunden x 7,87 Euro/Stunde (6,58 Euro + 1,29 Euro)
= 189 Euro jährlicher Sachkostenaufwand.

Der einmalige zusätzliche Zeit- und Kostenaufwand für das SMS für die Anpassung der gegenwärtig geltenden VwV Bestellung von Beschäftigten nach § 15 Absatz 5 SächsPsychKHG hinsichtlich der Bestellung von Beschäftigten zusätzlich in anerkannten Einrichtungen lässt sich derzeit nicht prognostizieren und beziffern.

Durch die Abschaffung des Verfahrens zur Genehmigung einer Ausnahme für die Leitung des Sozialpsychiatrischen Dienstes durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für den öffentlichen Gesundheitsdienst mit besonderen ausgewiesenen Kenntnissen auf dem Fachgebiet der Psychiatrie, eine Fachärztin oder einen Facharzt mit einschlägiger psychiatrischer Berufserfahrung oder eine Psychologische Psychotherapeutin einen Psychologischen Psychotherapeuten (siehe Altregelung in § 6 Absatz 2 Sätze 4 und 5 SächsPsychKHG) entsteht beim SMS ein geringerer Zeit- und Kostenaufwand.

§§ 69 bis 71 SächsPsychKHG

In den Einrichtungen des Maßregelvollzugs wird es durch den gesetzlich vorgesehenen Richtervorbehalt für die Verabreichung von Medikamenten zur Beruhigung als Zwangsbehandlung zu einem geringfügigen Verwaltungsmehraufwand kommen. Zugleich verringert die Herausnahme der bisherigen Regelung der medikamentösen Ruhigstellung, die einer zeitweisen mechanischen Fixierung in ihrem Zweck und ihren Auswirkungen gleichkommt, aus dem Katalog der Sicherungsmaßnahmen den Verwaltungsaufwand. Im Ergebnis wird der zuvor darstellte Verwaltungsmehraufwand durch Einsparungen an anderer Stelle kompensiert.

§ 73 SächsPsychKHG

Es handelt sich um eine neue Regelung zur Anordnung von Disziplinarmaßnahmen im Maßregelvollzug. Da es sich hierbei auch um belastende Vollzugsmaßnahmen handelt, gegen die ein Antrag auf gerichtliche Entscheidung nach §§ 138 Absatz 3, 109 ff StVollzG statthaft ist, ist eine Zunahme gerichtlicher Verfahren nicht gänzlich ausgeschlossen. Allerdings ist die Zulässigkeit der Verhängung einer Disziplinarmaßnahme von einem rechtswidrigen und schuldhaften Pflichtenverstoß abhängig und deshalb bereits die Anordnungszulässigkeit nicht für alle Patienten eröffnet.

Aufgrund gerichtlichen Vorgehens der Patientinnen und Patienten gegen angeordnete Disziplinarmaßnahmen kann es zu einer Mehrbelastung der Justiz kommen. Eine Schätzung der Anzahl der Verfahren ist allerdings nicht möglich, weil es sich um eine Neuregelung handelt und nicht auf Erfahrungswerte zurückgegriffen werden kann.

Der überwiegende Teil der Regelungen dient der einfacheren Rechtsanwendung und dürfte daher dazu beitragen, dass der Verwaltungsaufwand in allen Einrichtungen sinkt.

bb) Erfüllungsaufwand für die Landkreise und Kreisfreien Städte

Das Vorhaben führt bei der Verwaltung der Landkreise und Kreisfreien Städte zu dem nachfolgend dargestellten geänderten Erfüllungsaufwand.

§ 10 Absatz 1 Satz 2 SächsPsychKHG

Durch die Vorhaltung von Beschwerdestellen entsteht bei den Landkreisen und Kreisfreien Städten ein zusätzlicher jährlicher Zeitaufwand im Umfang von 9.622 Stunden. Das entspricht jährlichen zusätzlichen Kosten in Höhe von 488.385 Euro, darunter 282.578 Euro Personalmehraufwand und 205.807 Euro Sachmehraufwand.

Im Einzelnen stellt sich dies wie folgt dar:

Durch § 10 Absatz 1 Satz 2 SächsPsychKHG wird die Vorhaltung von Beschwerdestellen durch die Landkreise und Kreisfreien Städte als neue Kann-Regelung normiert. Die Beschwerdestellen können dabei durch die Kommune selbst (z. B. bei dem beim Gesundheitsamt angesiedelten Sozialpsychiatrischen Dienst) eingerichtet werden oder die Aufgabe wird an einen Leistungserbringer der Versorgungsregion übertragen. Die Organisation dessen liegt in der Verantwortung der Landkreise und Kreisfreien Städte und kann unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten unterschiedlich ausfallen.

Für die Ermittlung des Zeitaufwandes wird auf die Vorhaltung einer Personalstelle in Vollzeit abgestellt. Im Zusammenhang mit der als Kann-Regelung ausgestalteten Vorgabe wird eingeschätzt, dass sechs Kommunen (knapp die Hälfte) diese umsetzen werden. Angesichts der Varianten bei der Organisation (Eigenregie oder Übertragung) wird für die Berechnung des Erfüllungsaufwandes davon ausgegangen, dass drei der Kommunen die Beschwerdestelle in Eigenregie einrichten und die drei anderen die Aufgabe übertragen, sodass anstatt von Personal- dann Sachkosten entstehen.

Unter Zugrundelegung der VwV Kostenfestlegung 2020 (Anlage 2c, durchschnittliche Anzahl der jährlichen Arbeitsstunden bei einer Arbeitszeit von 40 Stunden je Woche = 1.624 Stunden) ergibt sich folgender Zeitaufwand:

1.583,4 Stunden pro Kommune bei Durchführung in Eigenregie (1.624 Stunden heruntergerechnet auf 39 Stunden/Woche regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit nach dem Tarifvertrag für den Öffentlichen Dienst [TVöD] seit dem 01.01.2023)
x 3 Kommunen
= 4.750 Stunden

zzgl. 1.624 Stunden pro Kommune bei Vergabe
x 3 Kommunen
= 4.872 Stunden,

insgesamt jährlich 9.622 Stunden.

Für die Vorhaltung in Eigenregie berechnet sich unter Zugrundelegung der VwV Kostenfestlegung 2020 (Anlage 2a) und unter Berücksichtigung der Laufbahngruppe 2/Einstiegs-ebene 1 (ehemals gehobener Dienst) folgender Personalkostenaufwand:

4.750 Stunden (für drei Kommunen)
x 59,49 Euro/Stunde
= jährlich 282.578 Euro Personalkostenaufwand (Durchführung in Eigenregie).

Bei Übertragung der Aufgabe berechnet sich unter Berücksichtigung der Bruttolohnkostentabelle Wirtschaft (Wirtschaftsabschnitt „Gesundheits- und Sozialwesen“, Qualifikationsniveau „Durchschnitt“) folgender Sachkostenaufwand:

4.872 Stunden (für drei Kommunen)
x 26,70 Euro/Stunde
= jährlich 130.082 Euro Sachkostenaufwand (Übertragung).

Hinzu kommt für beide Varianten unter Berücksichtigung der VwV Kostenfestlegung 2020 (Anlage 2a) folgender Sachkostenaufwand:

9.622 Stunden x 7,87 Euro/Stunde (6,58 Euro + 1,29 Euro)
= jährlich 75.725 Euro Sachkostenaufwand.

d) Kein weiterer Erfüllungsaufwand

Darüber hinaus verursacht das Vorhaben bei der Verwaltung keinen weiteren geänderten Erfüllungsaufwand. Insbesondere bei den folgenden Regelungen ergibt sich kein geänderter Erfüllungsaufwand:

§ 10 Absatz 2 SächsPsychKHG

Durch die Neufassung von § 10 Absatz 2 Satz 1 SächsPsychKHG werden nunmehr auch die psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen (neben den Sozialpsychiatrischen Diensten und den Suchtberatungs- und Suchtbehandlungsstellen) als Pflichtleistungen der Landkreise und Kreisfreien Städte definiert.

Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen sind in allen Landkreisen und Kreisfreien Städten vorhanden. Die Regelung trifft keine Vorgaben zum Umfang; die Bedarfsplanung diesbezüglich obliegt den Landkreisen und Kreisfreien Städten. Insofern verursacht die Definition nunmehr als Pflichtleistung keinen geänderten (höheren) Zeit- und/oder Kostenaufwand (kein Erfüllungsaufwand).

Im Übrigen erhalten die Kommunen für ihre Ausgaben zur Vorhaltung dieser Beratungsstellen Zuschüsse des Freistaates Sachsen nach der Sächsischen Kommunalpauschalenverordnung (SächsKomPauschVO).

§ 15 Absatz 4 SächsPsychKHG

Durch die Norm wird die Erstellung eines Landespsychiatrieplanes durch das SMS normiert. Die Regelung greift dabei eine Verwaltungspraxis auf. Ein entsprechender Plan wurde bereits zweimal erstellt und herausgegeben (Erster Sächsischer Landespsychiatriepan im Jahr 1993, Zweiter Sächsischer Landespsychiatriepan im Jahr 2011). Insofern entsteht kein geänderter (höherer) Zeit- und/oder Kostenaufwand beim SMS (kein Erfüllungsaufwand).

§§ 16 Absatz 1, 40 Absatz 2 Satz 2, 46 Absatz 1 SächsPsychKHG

Durch die §§ 16 Absatz 1, 40 Absatz 2 Satz 2 und 46 Absatz 1 SächsPsychKHG werden Dokumentationspflichten für die Leistungserbringer von Hilfen nach diesem Gesetz bzw. für die Krankenhäuser bei der Anordnung und Durchführung von belastenden Vollzugsmaßnahmen im Zuge des Vollzuges von Unterbringungen nach diesem Gesetz normiert. Vergleichbare Regelungen finden sich auch im bisher geltenden SächsPsychKHG. Insoweit entsteht kein geänderter (höherer) Zeit- und/oder Kostenaufwand (kein Erfüllungsaufwand). Die allgemeinen Dokumentationspflichten nach den §§ 40 Absatz 2 Satz 2 und 46 Absatz 1 SächsPsychKHG werden durch ergänzende Regelungen in den Einzelnormen, insbesondere zu den zu dokumentierenden Inhalten konkretisiert.

§ 17 Absatz 2 Satz 1 Halbsatz 2 SächsPsychKHG

Aufgrund der weisungsfreien Aufgabenerfüllung durch die Landkreise und Kreisfreien Städte folgt für die zuständigen Aufsichtsbehörden die Rechtsaufsicht über die Kommunen. In Anwendung der allgemeinen Vorschriften zur Kommunalaufsicht fungierten bisher die LDS als Rechtsaufsichtsbehörde und das Sächsische Staatsministerium des Innern (SMI) als oberste Rechtsaufsichtsbehörde. Die Funktion der LDS als Rechtsaufsichtsbehörde bleibt unverändert. Durch § 17 Absatz 2 Satz 1 Halbsatz 2 SächsPsychKHG wird die Funktion der obersten Rechtsaufsichtsbehörde nunmehr dem SMS zugewiesen. Durch den Wechsel der obersten Rechtsaufsicht vom SMI an das SMS entsteht für den Freistaat Sachsen kein geänderter (höherer) Zeit- und/oder Kostenaufwand (kein Erfüllungsaufwand).

§ 21 Absatz 4 SächsPsychKHG

Durch entsprechende Ergänzungen in § 21 Absatz 4 SächsPsychKHG wird das Erfordernis einer richterlichen Genehmigung neben dem Betreten der Wohnung oder Vorführung der betroffenen Personen ohne deren Zustimmung auf die zwangsweise Durchsetzung invasiver Eingriffe (z. B. Blutentnahme bei Verdacht einer Intoxikation) im Rahmen einer angeordneten Untersuchung erweitert. Sowohl die behördliche Antragstellung als auch die richterliche Entscheidung hinsichtlich der Anordnung der zwangsweisen Durchsetzung eines invasiven Eingriffs kann eingebettet werden in die bereits bisher erforderliche Beantragung und Entscheidung zum Betreten der Wohnung oder der Vorführung der betroffenen Person ohne deren Zustimmung. Insoweit wird nur ein sehr geringfügiger zusätzlicher jährlicher Zeit- und Kostenaufwand verursacht, der nicht zu beziffern ist.

Die vorgesehenen Änderungen im Teilbereich Maßregelvollzug des SächsPsychKHG werden weder zu einer Aufstockung im Bereich der personellen Ausstattung noch zu einem Anstieg der Sachaufwendungen in den Einrichtungen des Maßregelvollzugs führen.

Die aus einer verbesserten Verständlichkeit der Normen resultierende Verringerung des Erläuterungsbedarfs der untergebrachten Personen, deren Betreuerinnen und Betreuer und der Beschäftigten der Sozialdienste wird zu einer Entlastung bei den personellen Ressourcen führen. Die konkret damit verbundenen Einsparungen sind allerdings nicht bezifferbar. Es ist in der Gesamtbetrachtung davon auszugehen, dass die Änderungen grundsätzlich kostenneutral umgesetzt werden können.

2. Zu Artikel 2

Die Regelungen in Artikel 2 verursachen keinen geänderten Erfüllungsaufwand. Es werden zum einen lediglich sprachliche Anpassungen, die sich aus der Änderungen der Bezeichnung des neuen Stammgesetzes ergeben, in anderen Rechtsnormen vorgenommen, die auf dieses verweisen. Redaktionelle Folgeänderungen sind dort erforderlich, wo Regelungsinhalte in anderen Paragraphen neu verortet sind. Außerdem werden auch gendgerechte Formulierungen eingefügt.

III. Mehrbelastungsausgleich

Ein Mehrbelastungsausgleich nach Artikel 85 Absatz 2 der Verfassung des Freistaates Sachsen ist nicht vorzunehmen. Zwar werden mit der Schaffung des neuen Stammgesetz-

zes Aufgaben auf die kommunalen Träger der Selbstverwaltung übertragen, dies führt jedoch nicht zu einer ausgleichspflichtigen Mehrbelastung im Vergleich zur Situation unter Geltung des bisherigen SächsPsychKG.

Insbesondere bei den folgenden Regelungen ergibt sich kein Mehrbelastungsausgleich:

§ 8 Absatz 7 SächsPsychKHG

Durch § 8 Absatz 7 SächsPsychKHG wird die Vorhaltung von Krisendiensten für Menschen in akuten, schweren psychischen Krisen durch die Landkreise und Kreisfreien Städte normiert. Der Krisendienst kann dabei durch die Kommune selbst (z. B. durch den beim Gesundheitsamt angesiedelten Sozialpsychiatrischen Dienst) vorgehalten werden oder die Aufgabe wird an einen Leistungserbringer der Versorgungsregion übertragen. Denkbar ist auch der arbeitsteilige Zusammenschluss mehrerer Beteiligter. Die Organisation dessen liegt in der Verantwortung der Landkreise und Kreisfreien Städte und kann unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten unterschiedlich ausfallen. Für mehr Informationen wird auf die Gesetzesbegründung zu § 8 Absatz 7 im Besonderen Teil verwiesen.

Mit der Aufnahme der Regelung geht keine Standarderhöhung einher.

Krisenintervention gehört im Sinne einer „Jedermannspflicht“ als Aufgabe schon seit der Stammfassung des SächsPsychKG 1994 zum Tätigkeitsbereich der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung und wird vor allem von den Krankenhäusern und innerhalb der Öffnungszeiten von den Sozialpsychiatrischen Diensten angeboten.

Die bestehende Aufgabe der Landkreise und Kreisfreien Städte zur Krisenintervention wird nicht erweitert, sondern im Sinne einer deklaratorischen Regelung insoweit konkretisiert, wie es zur zweckmäßigen Aufgabenerfüllung erforderlich ist.

Krisenintervention ist in der Praxis sehr häufig in den Abend- und Nachtstunden und am Wochenende erforderlich. Durch schnelle, ambulante, niederschwellige Hilfe für Menschen in akuten psychischen Krisen kann oftmals eine stationäre Aufnahme im Krankenhaus vermieden werden und die oder der Betroffene in das ambulante psychiatrische oder psychosoziale Versorgungssystem aufgenommen werden. Die Krisenintervention soll aber rund um die Uhr zur Verfügung stehen. Zweckmäßig ist es deshalb, sogenannte Krisendienste auch nachts und am Wochenende in ambulanter Form anzubieten. Für die Krisendienste ist es nicht erforderlich neue Einrichtungen zu schaffen. Sie soll im Wesentlichen von den im Versorgungssystem tätigen Institutionen und Angeboten kooperativ erbracht werden. Genesungsbegleiterinnen und -begleiter und Selbsthilfevereine können unterstützend eingebunden werden.

§ 10 Absatz 1 Satz 2 SächsPsychKHG

In § 10 Absatz 1 Satz 2 ist als Kann-Regelung aufgenommen, dass bei den psychosozialen Diensten und Angeboten der Landkreise und Kreisfreien Städte Beschwerdestellen für Menschen mit psychischen Erkrankungen eingerichtet werden können.

Durch die Aufnahme der Regelung wird keine neue Aufgabe übertragen.

Es handelt sich um eine freiwillige Aufgabe, die die Landkreise und Kreisfreien Städte überobligatorisch zu den Beratungs- und Betreuungsangeboten der psychosozialen Versorgung anbieten können. Der Gesetzgeber kommt damit dem Wunsch der Betroffenen- und Angehörigenvertretung im Evaluations- und Beteiligungsprozess vor der Gesetzesnovelle nach. Diese Beschwerdestellen sollen im Unterschied zu den bereits in Vielzahl vorhandenen Pflichtangeboten im Versorgungssystem, unabhängig von einem bestimmten Leistungserbringer und dessen Einrichtung sein und aus trialogisch besetzten Mitgliedern (Menschen mit Eigenerfahrung/Angehörige/Fachkräfte) bestehen. Die Beschwerdestellen sollen für die Menschen mit Beratungs- oder Beschwerdebedarfen sehr leicht und niederschwellig verfügbar sein. Grundsätzlich kann dieser Ansatz fachlich sinnvoll, aber nur als fakultativ-ergänzend unterstützt werden. Um den gestellten Anforderungen gerecht zu werden, kommt eine Etablierung nur im Umfeld von Einrichtungen der psychosozialen Versorgung als er-

gänzendes Element zu den bereits vorhandenen Beratungs- und Beschwerdemöglichkeiten in Frage. Insoweit können die psychosozialen Dienste und Angebote entsprechende Beratungs- und Beschwerdestellen nach ihrer Leistungsfähigkeit bei ihrer Etablierung unterstützen. Neben der Vermeidung von Doppelstrukturen wird auch die Gewinnung von Mitgliedern für die unabhängigen Beschwerdestellen eine Herausforderung sein.

§ 23 Absatz 1 Satz 2 SächsPsychKHG

Durch die Aufnahme von § 23 Absatz 1 Satz 2 SächsPsychKHG wird die Vorhaltung eines Bereitschaftsdienstes außerhalb der Dienstzeiten der Verwaltungsbehörden nach § 20 SächsPsychKHG als deklaratorische Regelung normiert.

Durch die Aufnahme der Regelung kommt es zu keiner Standarderhöhung.

Das Verfahren der sofortigen vorläufigen Unterbringung durch die Verwaltungsbehörden ist bereits seit der Stammfassung von 1994 in § 18 SächsPsychKHG enthalten. Es findet sich nun in § 23 SächsPsychKHG im Wesentlichen unverändert wieder. Es regelt das Eilverfahren der Verwaltungsbehörden bei dringendem Unterbringungsbedarf, wenn das zuständige Gericht nicht rechtzeitig über die Anordnung der Unterbringung entscheiden kann. In diesem Fall ist die Verwaltungsbehörde befugt und gesetzlich verpflichtet, bei Gefahr in Verzug über die sofortige vorläufige Unterbringung der betroffenen Person zu entscheiden und sie selbst anzuordnen. Die Eilfälle treten nicht nur während der Behördenöffnungszeiten, sondern insbesondere in den Abend- und Nachtstunden und am Wochenende auf. Für nähere Informationen wird auf die Gesetzesbegründung zu § 23 im Besonderen Teil verwiesen.

Damit die Auffangzuständigkeit der Verwaltungsbehörden nicht ins Leere läuft, stellt § 23 Absatz 1 Satz 2 deklaratorisch klar, dass für die sachgerechte Aufgabenerfüllung der Verwaltungsbehörden außerhalb der regulären Behördendienstzeiten ein Bereitschaftsdienst vorhanden sein sollte. Die gesetzliche Aufgabe zur Durchführung erforderlicher Unterbringungsverfahren nach SächsPsychK(H)G durch die zuständigen Verwaltungsbehörden der Landkreise und Kreisfreien Städte bestand und besteht rund um die Uhr. Drei von 13 Verwaltungsbehörden haben bisher Bereitschaftsdienste außerhalb der Behördenöffnungszeiten etabliert, um ihrer gesetzlichen Verpflichtung zur Durchführung der Verfahren der sofortigen vorläufigen Unterbringung nachzukommen. Auch die anderen Verwaltungsbehörden sollten dies zur gesetzmäßigen Aufgabenerfüllung tun.

Das Bundesverfassungsgericht hat bereits für die Betreuungsgerichte festgestellt, dass zur Gewährung des verfassungsmäßigen Rechtsschutzes der betroffenen Personen ein gerichtlicher Bereitschaftsdienst für Unterbringungsverfahren vorgehalten werden muss (BVerfG 24.07.2018 – 2 BvR 309/15). Für die Unterbringungsbehörden wird dies gleichermaßen gelten müssen, um ihrer gesetzlich normierten, behördlichen Funktion bei der Anordnung freiheitsentziehenden Maßnahmen mit sehr hoher Eingriffsrelevanz in die Grundrechte der Betroffenen gerecht zu werden.

Wie der Bereitschaftsdienst ausgestaltet sein soll, ist den Landkreisen und Kreisfreien Städten überlassen. Es können Synergien zwischen den Gesundheits- und Ordnungsämtern, z.B. das gemeinsame Betreiben oder die Nutzung eines bereits bestehenden Bereitschaftsdienstes, ins Auge gefasst werden. Die Fachaufsichtsbehörden werden die Etablierung unterstützen.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Sächsisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Erkrankungen)

Zu Abschnitt 1 (Gemeinsame Vorschriften)

Zu § 1 (Anwendungsbereich)

Der materielle Regelungsgehalt des Gesetzes wird umschrieben.

§ 1 entspricht inhaltlich § 1 Absatz 1 SächsPsychKG, wobei redaktionelle Änderungen vorgenommen und zeitgemäße Begrifflichkeiten eingeführt wurden. Nummer 2 und 3 der Altregelung wurden zusammengefasst und unter den Oberbegriff der Schutzmaßnahmen gestellt.

Zu Nummer 1

Das SächsPsychKHG enthält Regelungen zu den Hilfen, die für Menschen mit psychischen Erkrankungen in Sachsen angeboten werden und über deren Annahme sie selbstbestimmt entscheiden können. Das Gesetz regelt dabei unter anderem Einzelheiten zum Aufbau des Hilfesystems, zu dem Zusammenwirken der Beteiligten und zu den Hilfen nach diesem Gesetz.

Zu Nummer 2

Neben den Regelungen zu den Hilfen enthält das SächsPsychKHG aber auch Regelungen zu Schutzmaßnahmen gegen den Willen der Betroffenen, die zur Abwehr von Gefahren für die Menschen mit psychischen Erkrankungen durch eine krankheitsbedingte Selbstgefährdung oder aber zur Abwehr von Gefahren für Dritte durch den Erkrankten, erforderlich sind. Schutzmaßnahmen können neben der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer anerkannten Einrichtung insbesondere auch die Begutachtung im Unterbringungsverfahren durch die zuständige Verwaltungsbehörde, die Zwangsbehandlung oder die Durchführung von Sicherungsmaßnahmen während des Vollzuges der Unterbringung sein. Im SächsPsychKHG werden jedoch nur Regelungen zur landesrechtlichen, d.h. öffentlich-rechtlichen Unterbringung, getroffen. Die Vorschriften zur zivilrechtlichen Unterbringung nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch zum Vormundschafts- und Betreuungsrecht bleiben dabei unberührt.

Zu Nummer 3

Die Regelung entspricht inhaltlich im Wesentlichen § 1 Absatz 1 Nummer 4 SächsPsychKG. Redaktionelle Änderungen wurden vorgenommen.

Zu Buchstabe a

Buchstabe a umfasst die strafgerichtlichen Entscheidungen über Maßregeln der Besserung und Sicherung nach § 61 Nummer 1 und 2 Strafgesetzbuch im Erwachsenenstrafrecht als auch über die Verweisnorm des § 7 Jugendgerichtsgesetzes im Jugendstrafrecht als Hauptfälle des Maßregelvollzugs.

Zu Buchstabe b

Weiterhin unterfallen dem Anwendungsbereich dieses Gesetzes die einstweiligen Unterbringungen nach § 126a Strafprozeßordnung.

Zu Buchstabe c

Der Vollzug der zwangsweisen Unterbringungen nach § 81 Strafgesetzbuch und § 73 Jugendgerichtsgesetz zum Zwecke der Vorbereitung eines Gutachtens erfolgen ebenso nach diesem Gesetz.

Zu Buchstabe d

Eine maßregelähnliche Unterbringung stellen vorläufige Maßnahmen vor dem Widerruf der Aussetzung nach § 463 Absatz 1 in Verbindung mit § 453c Strafprozeßordnung dar, weshalb dieses Gesetz auch in den Fällen der Sicherungshaft gilt.

Zu § 2 (Grundsätze)

§ 2 legt die allgemeinen Grundsätze fest, die bei der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen stets zu beachten sind. Es sind Grundsätze, die in allen Bereichen, d.h. im Hilfesystem, im Verfahren und im Vollzug der öffentlich-rechtlichen Unterbringung und im Maßregelvollzug gleichermaßen zu achten sind.

Eine entsprechende Vorschrift zu allgemeinen Grundsätzen im Sinne einer Präambel für das gesamte Gesetz gab es im bisherigen SächsPsychKG nicht.

Zu Absatz 1

Die grundrechtlich geschützte Würde des erkrankten Menschen ist zu jedem Zeitpunkt uneingeschränkt zu achten. Der Mensch mit psychischer Erkrankung ist stets als Individuum zu behandeln und auf seine individuelle Situation ist Rücksicht zu nehmen. Gleiches gilt grundsätzlich für die Achtung des Willens der Betroffenen; allerdings mit den Einschränkungen, die das Gesetz für die Schutzmaßnahmen im Unterbringungsverfahren und im Vollzug der öffentlich-rechtlichen Unterbringung und dem Maßregelvollzug vorsieht, weil die Maßnahmen zum Wohl der Betroffenen oder zum Schutz Dritter erforderlich sind.

zu Absatz 2

Wenn Hilfen gewährt oder notwendige Schutzmaßnahmen durchgeführt werden, sind die persönlichen Lebensumstände des Menschen mit psychischer Erkrankung individuell zu berücksichtigen und die Hilfen und Maßnahmen dementsprechend auszuwählen und situativ anzupassen.

Zu Absatz 3

Auch wenn das Wissen der Bevölkerung über psychische Erkrankungen in den letzten Jahrzehnten zugenommen hat, bestehen jedoch nach wie vor Vorurteile, Vorbehalte und Berührungängste gegenüber Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und zwar besonders gegenüber psychotisch erkrankten Menschen. Der Diskriminierung und Stigmatisierung der Menschen mit psychischen Erkrankungen muss deshalb entgegengewirkt werden.

zu Absatz 4

Die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) (Artikel 14,16,17) verpflichtet staatliche Akteure zum Schutz von Menschen mit Behinderungen vor Gewalt und Missbrauch, vor Eingriffen in ihre persönliche Freiheit und ihre körperliche und seelische Unversehrtheit. Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Menschen mit seelischen Behinderungen, sind besonders schutzwürdig. Zur Umsetzung dieses Schutzzieles sind zumindest die genannten Maßnahmen wie die Erstellung und Beachtung von Gewaltschutzkonzepten – die sich auch auf die Beschäftigten der Einrichtungen beziehen sollen – und die Bestellung von Gewaltschutzbeauftragten als Ansprechpersonen und als Verantwortliche für die Umsetzung des einrichtungsbezogenen Gewaltschutzkonzeptes notwendig. Beim Gewaltschutz geht es darum, Personal in seiner Verantwortung gegenüber dem psychisch erkrankten Menschen zu unterstützen und es für das Machtgefälle zu sensibilisieren. Ein Gewaltschutzkonzept regelt Maßnahmen zur Gewaltprävention sowie das Vorgehen bei Gewaltereignissen. Hierdurch können psychisch erkrankte Menschen sowie die Beschäftigten der Einrichtungen vor Gewalt geschützt werden und erhalten Handlungssicherheit bei akuten Gewaltsituationen und Verdachtsfällen.

Der in Artikel 16 Absatz 1 UN-BRK an den nationalen Gesetzgeber postulierte Auftrag, den Gewaltschutzgrundsatz an geeigneter Stelle in nationales Recht einzuarbeiten, wird mit dieser Regelung Genüge getan. Das SächsPsychKHG ist ein geeignetes Fachgesetz, um den Gewaltschutzgrundsatz für die Personengruppe der Menschen mit psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung explizit niederzulegen und grundlegende Umsetzungsmaßnahmen festzulegen. Unabhängig davon haben natürlich auch andere Fachgesetze den Gewaltschutz impliziert und eigene Umsetzungsmechanismen etabliert. So bestehen zum Beispiel im Justizvollzug Gewaltschutzkonzepte und Kontrollmechanismen gegen Gewalt in den Justizvollzugsanstalten, von denen auch Gefangene mit psychischen Erkrankungen profitieren. Eine Überschneidung der Personengruppen ist aber unvermeidlich und tolerabel, da die Standards vergleichbar sind.

Zu § 3 (Begriffsbestimmungen)

§ 3 definiert Begrifflichkeiten, die im SächsPsychKHG an vielen Stellen mit derselben Bedeutung verwendet werden. Eine vergleichbare Norm gab es im SächsPsychKHG nicht. Einzig der Begriff der Krankenhäuser im Sinne dieses Gesetzes war in § 2 Absatz 1 SächsPsychKHG definiert. Eine Definition des Begriffs des psychisch kranken Menschen fand sich in § 1 Absatz 2 SächsPsychKHG in Bezug auf Menschen mit Suchterkrankungen.

Zu Absatz 1

Absatz 1 definiert näher, welche Personen unter den Begriff der Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Anwendungsbereich des Gesetzes fallen. Der Begriff ist sehr weit auszulegen. Jede Person, die infolge einer psychischen Störung funktionseingeschränkt, krank oder behindert ist oder bei der Anzeichen hierfür bestehen, fällt unter den Anwendungsbereich des Gesetzes. Die Formulierung entspricht sowohl den Anforderungen aus der UN-BRK als auch der Systematik der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen (ICD) und der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Die Definition einer psychischen Krankheit erfolgt aktuell nach Kapitel V (F) der 10. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10-GM) (vgl. ICD-10-GM Version 2023, Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification, Stand: 16.09.2022). Es gilt die jeweils vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) herausgegebene deutsche Fassung. Gewöhnlich wird noch nach ICD-10 kodiert, jedoch trat am 01.01.2022 die ICD-11 in Kraft. Derzeit läuft eine fünfjährige Übergangsphase, danach – also ab 01.01.2027 – wird ICD-11 verbindlich. Dann wird die ICD-11 in der jeweils geltenden Fassung die im SächsPsychKHG in Bezug genommene ICD-10-GM (siehe § 16 Absatz 2 Nummer 2) ersetzen. Unter den Begriff der psychischen Störung fallen nach beiden Fassungen u. a.: Demenz, Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises, schizoaffektive Störungen, affektive Störungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, Anpassungs- und Verhaltensstörungen, Suchtmittelmissbrauch und Abhängigkeitserkrankungen, Intelligenzminderung sowie ggf. damit im Zusammenhang stehende Verhaltensstörungen, Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, nicht näher bezeichnete psychische Störungen.

Die nicht abschließende Aufzählung in Satz 1 erfasst insoweit nur eine Auswahl von Personengruppen, die besondere Erwähnung finden sollen, weil diesbezüglich Unsicherheit bestehen könnte. Diese werden zur Klarstellung explizit benannt.

Zu Nummer 1

Nach der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10-GM) zählen Abhängigkeitserkrankungen zu den psychischen Erkrankungen. Als Abhängigkeitserkrankungen werden Krankheitsformen bezeichnet, die mit dem Missbrauch bzw. der körperlichen und/oder psychischen Abhängigkeit von bestimmten Substanzen (z.B. Alkohol, Cannabis, Opiate, Medikamente) oder bestimmten Verhaltensformen (z.B. Glücksspiel, pathologischer Internetgebrauch) einhergehen. In Deutschland sind jedes Jahr etwa 27,8 % der erwachsenen Bevölkerung von einer psychischen Erkrankung betroffen. Zu den häufigsten Erkrankungen zählen Angststörungen (15,4 %), gefolgt von affektiven Störungen (9,8 %) und Störungen durch Alkohol- oder Medikamentenkonsum (5,7 %) (Strehle et al., 2016; Jacobi, Höfler, Strehle et al. 2014). Suchterkrankungen verursachen jährlich hohe Kosten vor allem durch wiederholte stationäre Behandlungen. Während eines Aufenthaltes in stationären Psychiatrien werden in Deutschland bei etwa 8 % der Patienten eine oder mehrere Zwangsmaßnahmen angewendet. Mit 28 % ist ein relevanter Teil dieser Personen wegen einer Suchterkrankung in Behandlung – und somit die zweithäufigste Gruppe, direkt nach Patienten mit einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis (etwa 31 % der Fälle) (Adorjan, Steinert, Flammer et al., 2017).

Dabei leiden die Betroffenen neben den stoffbezogenen Süchten vor allem an psychischen Begleiterkrankungen wie Depressionen und Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen und Psychosen.

Zu Nummer 2

Fast 20 % der Kinder und Jugendlichen in Deutschland erkranken innerhalb eines Jahres an einer psychischen Störung (BPTK, 2020). Diese sollen frühzeitig vom Hilfesystem profitieren, um eine Verfestigung der Störung zu verhindern. Das SächsPsychKHG orientiert sich an dem Begriff und den Altersgrenzen des § 7 SGB VIII. Erfasst sind also Kinder, die noch nicht 14 Jahre alt sind und Jugendliche, die 14, aber noch nicht 18 Jahre alt sind.

Zu Nummer 3

Gerontopsychiatrie ist ein Teilgebiet der Psychiatrie, das sich mit der diagnostischen Abklärung und Behandlung psychischer Erkrankungen im Alter (meist ab 65 Jahren) befasst. Die häufigsten Krankheitsbilder sind Demenzerkrankungen und leichte bis schwere depressive Störungen. Aufgrund des demografischen Wandels nimmt die Anzahl der Personen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen sehr zu. Der Versorgung und Behandlung dieser Personengruppe muss deshalb erhöhtes Augenmerk zukommen.

Zu Nummer 4

Besonders hervorgehoben werden soll auch, dass Menschen, deren psychische Erkrankung sich derart verfestigt hat, dass sie als seelisch behindert gelten, auch vom Anwendungsbereich des SächsPsychKHG erfasst sind. "Seelisch behindert" bedeutet, dass die seelische Gesundheit mit hoher, das heißt mit wesentlich mehr als einer fünfzigprozentigen Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht und die Beeinträchtigung ihre gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft verhindert (§ 2 Absatz 1 SGB IX, § 35a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB VIII).

Zu Absatz 1 Satz 2

Satz 2 stellt ausdrücklich klar, dass auch von einer psychischen Erkrankung bedrohte Menschen, z.B. Kinder von psychisch kranken Eltern oder Menschen, die missbräuchlich Suchtmittel konsumieren, vom Anwendungsbereich erfasst sind; also auch dann, wenn eine psychische Funktionseinschränkung noch nicht vorliegt. Für diesen Personenkreis sind insbesondere Präventionsmaßnahmen und Beratungsleistungen relevant.

Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen weisen ein deutlich höheres Risiko für eigene psychische Auffälligkeiten und Entwicklungsprobleme auf. In Metaanalysen wird ihr Risiko für die Entwicklung psychischer Erkrankungen auf etwa 50% geschätzt (Thanhauser et al. 2017; Siegenthaler, Munder & Egger, 2012), gegenüber dem Risiko für Kinder in der Gesamtbevölkerung für die Entwicklung einer psychischen Erkrankung, das bei etwa 20 % liegt (Costello, Copeland & Angold, 2011).

In der BELLA Studie gaben 19,1% der Kinder (Alter: 11-17 Jahre) von Eltern, die sich selbst als psychisch belastet beschrieben, eigene psychische Auffälligkeiten an. Verglichen mit Kindern von Eltern ohne psychische Belastung erfolgte dies fast 3 Mal häufiger (Ravens-Sieberer et al. 2015).

Zu Absatz 2

Absatz 2 Satz 1 definiert die Angehörigen im Sinne dieses Gesetzes. Nach § 11 Absatz 1 Nummer 1 StGB sind Angehörige die Verwandten und Verschwägerten gerader Linie, Ehegatten, Lebenspartner, der Verlobte, Geschwister, Ehegatten oder Lebenspartner der Geschwister, Geschwister der Ehegatten oder Lebenspartner, und zwar auch dann, wenn die Ehe oder die Lebenspartnerschaft, welche die Beziehung begründet hat, nicht mehr besteht oder wenn die Verwandtschaft oder Schwägerschaft erloschen ist, sowie Pflegeeltern und Pflegekinder. Satz 1 schränkt aber den Kreis dieser Angehörigen weiter ein, die im Regelungsbereich des Gesetzes Rechte haben sollen, z.B. Anspruch auf Beratung durch psychosoziale Dienste oder Einbindung in die Versorgungsplanung für den betroffenen Menschen. Es sind nur die Angehörigen gemeint, die mit dem Erkrankten eine enge soziale

Beziehung pflegen und Interesse an der Versorgung des betroffenen Menschen zeigen. Allein die rechtliche Nähe, insbesondere das Verwandtschaftsverhältnis, reicht nicht aus.

Oftmals sind auch andere Bezugspersonen, die nicht Angehörige im rechtlichen Sinne sind, genauso oder auch ausschließlich an der Versorgung des Menschen mit psychischer Erkrankung beteiligt und kümmern sich im sozialen Umfeld. Satz 2 stellt diese Vertrauenspersonen den Angehörigen mit enger sozialer Beziehung gleich. Vertrauenspersonen können für die Betroffenen genauso wichtig sein. Wer Vertrauensperson oder Angehöriger mit enger sozialer Beziehung ist, muss im Einzelfall ermittelt werden und kann z.B. durch Befragung des Menschen mit psychischer Erkrankung selbst oder durch Kontaktaufnahme der oder des Angehörigen oder der Vertrauensperson mit den Leistungserbringern ersichtlich werden.

Zu Absatz 3

Zur besseren Lesbarkeit des Gesetzes wird der Begriff der berechtigten Person eingeführt. Dieser entspricht dem Begriff des Berechtigten im Sinne des § 630d Absatz 1 Satz 2 BGB, der im Falle der Einwilligungsunfähigkeit einer minderjährigen oder volljährigen Person zu Entscheidungen im Rahmen der Vermögens- und/oder Personensorge berechtigt ist. Dieser Berechtigung kann eine gesetzliche oder rechtsgeschäftliche Vertretungsmacht zugrunde liegen.

Volljährige Personen können durch eine Betreuerin oder einen Betreuer gemäß § 1823 BGB gesetzlich vertreten werden oder durch einen rechtsgeschäftlich bestellten Bevollmächtigten, z.B. im Rahmen einer Vorsorgevollmacht. Es ist zu beachten, dass die Vertretungsbefugnis auf einzelne Aufgabenkreise und -bereiche beschränkt sein kann.

Minderjährige Personen können durch die sorgeberechtigten Eltern, einen alleinsorgeberechtigten Elternteil (§ 1929 Absatz 1 BGB), durch den sorgeberechtigten Vormund (§ 1789 BGB) oder durch einen teilweise sorgeberechtigten, familiengerichtlich bestellten Pfleger oder Pflegeperson (§ 1630 BGB) gesetzlich vertreten werden.

Zu Absatz 4

Absatz 4 definiert den Begriff der psychiatrischen Versorgung. Gemeint ist dabei die Krankenbehandlung mit ihren Leistungen nach dem SGB V oder aufgrund anderer Rechtsgrundlagen z.B. SGB VI, VII oder privater Krankenversicherung. Sie umfasst also die ambulant erbrachten, ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlungen der niedergelassenen Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie die Krankenhausbehandlung i.S.d. § 39 Absatz 1 Satz 1 SGB V in all ihren Formen (vollstationär, stationsäquivalent, tagesstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant) für Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Zu Absatz 5

Im Gegensatz zur psychiatrischen Versorgung definiert Absatz 5 den Begriff der psychosozialen Versorgung. Erfasst werden von diesem Begriff alle anderen Leistungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen, die nicht Krankenbehandlungen sind, die also aufgrund anderer Gesetze erbracht werden. Insbesondere kommen hier Leistungen nach den Sozialgesetzbüchern II, VI, VIII, IX, XI, XII von den dafür zuständigen Leistungserbringern, aber auch Leistungen aufgrund dieses Gesetzes durch die Sozialpsychiatrischen Dienste, die Suchtberatungs- und -behandlungsstellen oder die Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen für Menschen mit psychischen Erkrankungen in Betracht.

Zu Absatz 6

Absatz 6 definiert den Begriff des Krankenhauses und stellt klar, dass damit sowohl psychiatrische Fachkrankenhäuser als auch psychiatrische Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern, die darüber hinaus noch über andere Kliniken somatischer Fachrichtungen verfügen, gemeint sind. Außerdem soll klargestellt werden, dass sowohl Krankenhäuser, die Erwachsene behandeln als auch Krankenhäuser für Kinder und Jugendliche vom Definitionsbereich im ganzen SächsPsychKHG erfasst sind.

Zu Absatz 7

In Abgrenzung zur (überwiegend) stationären Krankenhausbehandlung kommt eine Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen auch in anderen Einrichtungen in stationärer Form in Betracht. Diese anderen stationären Einrichtungen werden in Absatz 7 definiert. Hierbei kommt es darauf an, dass die betroffene Person in der Einrichtung zumindest für einen gewissen Zeitraum ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat und dort auch über Nacht betreut wird. Ob die stationäre Einrichtung ausschließlich Menschen mit psychischen Erkrankungen betreut oder zusammen mit anderen Menschen mit Hilfebedarfen ist nicht relevant. Im Rahmen der Umsetzung des BTHG und der Durchsetzung der personenzentrierten statt einrichtungsbezogenen Versorgung wird es mehr und mehr zu einer Durchmischung der Nutzer und Nutzerinnen der Einrichtungen kommen. Eine einrichtungsscharfe Abgrenzung ist deshalb nicht mehr möglich und gewollt. Da es sich aber um eine Wohneinrichtung handeln muss, sind Einrichtungen des Maßregelvollzuges (eigene Definition in Absätzen 9 und 10) sowie Justizvollzugsanstalten schon dem Wortsinn nach nicht vom Begriff der anderen stationären Einrichtung erfasst. „Untergebracht“ im Sinne des Satz 1 bezieht sich auf Wohneinrichtungen, die (auch) Menschen mit gerichtlichem Beschluss nach dem Betreuungsrechts oder dem SächsPsychKHG öffentlich-rechtlich geschlossen unterbringen.

Zu Absatz 8

Psychosoziale Dienste und Angebote sind solche, die Leistungen der psychosozialen Versorgung erbringen, unabhängig davon in welcher Form und durch welchen Leistungserbringer. Sie werden im Unterschied zum überkommenen Verständnis und der alten Regelung in § 5 Absatz 5 und § 6 Absatz 1 Satz 5 SächsPsychKG nicht mehr als nachrangig und nur ergänzend betrachtet und nicht mehr als „komplementär“ bezeichnet. Die psychosozialen Dienste und Angebote mit ihren psychosozialen Versorgungsleistungen sind gleichwertiger Teile des Hilfesystems.

Der Sozialpsychiatrische Dienst des Landkreises oder der Kreisfreien Stadt ist grundsätzlich ebenfalls ein psychosozialer Dienst im Sinne der Definition. Satz 2 stellt jedoch klar, dass dies nur soweit gilt, wie er nicht auch ambulant ärztlich tätig wird, weil er im Rahmen seines Sicherstellungsauftrages nach § 11 Absatz 2 Satz 2 einspringen muss. Diese Leistungen werden dann als psychiatrische Versorgungsleistungen nach dem SGB V erbracht.

Zu Absatz 9

Maßregelvollzugseinrichtungen sind Kliniken für Forensische Psychiatrie, die den psychiatrischen Krankenhäusern in Trägerschaft des Freistaates Sachsen als Teil angeschlossen sind. Dabei handelt es sich um die Sächsischen Krankenhäuser Altscherbitz, Arnsdorf, Großschweidnitz und Rodewisch, die jeweils über Kliniken der Forensischen Psychiatrie verfügen.

Zu den Maßregelvollzugseinrichtungen gehören auch Einrichtungen, die mit dem Vollzug von freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung nach den §§ 63, 64 StGB sowie nach § 7 JGG, der einstweiligen Unterbringung nach § 126a StPO, der einstweiligen Unterbringung zur Vorbereitung eines Gutachtens nach § 81 StPO und nach § 73 JGG sowie vorläufiger Maßnahmen vor Widerruf der Aussetzung nach § 463 Absatz 1 in Verbindung mit § 453c StPO befasst sind. Die Aufgabenübertragung wird durch die Regelung in § 48 Absatz 1 gesetzlich ermöglicht. Der Freistaat Sachsen hat aktuell der Klinik für Forensische Psychiatrie des Städtischen Klinikums „St. Georg“ Leipzig die Aufgabe des Vollzuges dieser Maßnahmen übertragen.

Die Einrichtungen nach Absatz 9 sind für die Unterbringung erwachsener Patientinnen und Patienten zuständig (Erwachsenen-Maßregelvollzug).

Zu Absatz 10

Bei der spezialisierten Einrichtung handelt es um eine abgeschlossene jugendforensische Abteilung in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, die ebenso Teil eines psychiatrischen Krankenhauses in Trägerschaft des Freistaates Sachsen ist. In

diesen Einrichtungen werden jugendliche und heranwachsende Patientinnen und Patienten untergebracht, die zu freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung nach den §§ 63, 64 StGB in Verbindung mit § 7 JGG verurteilt wurden, gegen die eine einstweilige Unterbringung nach § 126a StPO oder zur Vorbereitung eines Gutachtens nach § 73 JGG angeordnet wurde sowie vorläufige Maßnahmen vor Widerruf der Aussetzung nach § 463 Absatz 1 in Verbindung mit § 453c StPO.

Eine spezialisierte Einrichtung ist die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie des Sächsischen Krankenhauses Arnsdorf.

Zu § 4 (Besuchskommissionen)

In § 4 werden die Aufgaben, die Bestellung der Mitglieder, die Rechte und Pflichten der Besuchskommissionen und der besuchten Einrichtungen und das Besuchsverfahren geregelt.

Dabei wird die vormalige Regelung in § 3 SächsPsychKG aufgegriffen und die Inhalte an die fortentwickelte, erfolgreiche Praxis der Besuchskommissionen angepasst, um diese sachgerecht abzubilden.

Die übergeordnete Zielstellung und die Wichtigkeit der Tätigkeit der Besuchskommissionen hat sich nicht verändert. Schon in der Stammfassung des SächsPsychKG von 1994 hieß es:

„Viele Menschen hegen Skepsis, ja Misstrauen gegenüber der Psychiatrie. Dieses Misstrauen äußert sich im Ausgrenzungsbedürfnis gegenüber psychisch Kranken und richtet sich auch gegen psychiatrische Institutionen und insbesondere die Krankenhäuser, denen oft der Ruch anhängt, Patienten ohne Berücksichtigung ihres Willens und Interesses einzusperren und zwangsweise zu behandeln. Entscheidend ist, dieses Misstrauen abzubauen. Dies ist Voraussetzung für die Bereitschaft der Gesellschaft, psychisch Kranken ein im sozialen Raum integriertes Leben zu ermöglichen. Die Offenheit, die derzeit in Sachsen gegenüber psychisch Kranken herrscht, die allgemeine Bereitschaft, ihnen Lebens- und Arbeitsmöglichkeiten anzubieten, soll unterstützt werden, indem möglichst jeder Grund für neu aufkeimendes Misstrauen gegenüber psychiatrischen Institutionen verhindert wird. Deshalb sollen Besuchskommissionen mindestens einmal jährlich jedes psychiatrische Krankenhaus und jede komplementäre stationäre psychiatrische Einrichtung (Wohn- und Pflegeheime) besuchen und prüfen, ob die Rechte der Patienten gewahrt sind und wieweit die Einrichtungen die allgemein anerkannten Mindeststandards der Behandlung und Betreuung erfüllt werden.

Folgende Gesichtspunkte erscheinen dabei wesentlich:

1. *Die Aufgaben der Besuchskommissionen beziehen sich nicht nur auf Krankenhäuser, sondern auf alle stationären Einrichtungen der Psychiatrie, in denen Menschen für mehr oder weniger lange Zeit relativ intensiv betreut und damit zwangsläufig in ihrer Selbstständigkeit eingeschränkt werden. Die vorwiegend mittelbaren Beschränkungen, gegen die sich psychisch Kranke selbst oft nur begrenzt zur Wehr setzen können, sind in Heimen ebenso möglich wie in Krankenhäusern.*
2. *Es geht nicht primär um die Kontrolle der seltenen Fälle rechtswidriger Behandlung, sondern hauptsächlich um die Qualität der Betreuung und Behandlung mit dem Ziel der Gesundung und das Recht auf persönliche Entfaltung und Selbstbestimmung. Daraus ergeben sich keine abstrakten, grundsätzlich festlegbaren Bestimmungen und Regeln; vielmehr geht es um ein ständiges Bemühen und kontinuierliche Reflexion des eigenen Handelns der Therapeuten und Betreuer.*
3. *Diese Prozesse der Selbstreflexion sind durch externe Besucher anzuregen, die zuhören und gezielt fragen. In diesem Sinne sind die Berichte der Kommissionen an Einrichtungen, Träger und das Sächsische Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie zu verstehen. Deshalb sind die Spitzenverbände der Träger in die Berufung der Kommissionen einzubeziehen und die Berichte vertraulich.“*

Auch wenn sich heute Begrifflichkeiten verändert und Sichtweisen weiterentwickelt haben, so ist die Grundintention der Tätigkeit der Besuchskommissionen weiter dieselbe geblieben wie 1994.

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt die durch die Besuchskommissionen besuchten Einrichtungen. Sie bestimmen sich entsprechend der Begriffsbestimmungen in § 3 und bleiben auch weiterhin auf trägerverantwortete Einrichtungen beschränkt, da dort der Schwerpunkt des Überprüfungsbedarfes gesehen wird. Die Einrichtungen werden in der Regel unangemeldet durch die Besuchskommissionen aufgesucht, um einen Eindruck von den tatsächlichen Bedingungen vor Ort zu erhalten. Die Besuchskommissionen unterliegen keinen Weisungen, sind unabhängig und lediglich an das SächsPsychKHG gebunden.

Neu ist insoweit geregelt, dass die Besuche schwerpunktbezogen und nicht mehr mindestens alle drei Jahre stattfinden sollen (§ 3 Absatz 1 Satz 1 SächsPsychKG). Es hat sich gezeigt, dass auch bei großer Mitgliederzahl der Besuchskommissionen nicht alle in Sachsen für einen Besuch in Betracht kommenden Einrichtungen in dem vorgesehenen Turnus besucht werden konnten. Deshalb setzen sich die Besuchskommissionen eigenverantwortlich, regelmäßig wechselnde, sachlich begründete Schwerpunkte zu ihrer Besuchstätigkeit – zumeist nach Einrichtungstypen. So wurden zum Beispiel zum Ende der Coronapandemie hauptsächlich stationäre Pflegeeinrichtungen besucht, da von dort die meisten Problemanzeigen eingingen. Die neue Besuchsstrategie nutzt die vorhandenen Ressourcen effektiver. Anlassbezogene Besuch sind darüber hinaus aber auch weiterhin möglich und erwünscht.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die Aufgaben der Besuchskommissionen. Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen haben es oft schwer, ihre eigenen Anliegen und Interessen auszudrücken. Daher ist die Stärkung der Rechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen und die stetige Verbesserung der Qualität der psychiatrischen Versorgung ein wichtiges Anliegen.

Die vormals in § 3 Absatz 1 Satz 3 und 4 SächsPsychKG geregelten Aufgaben werden entsprechend des heutigen Selbstverständnisses der Besuchskommissionen ergänzt und neu gewichtet. Es steht nicht mehr die Überprüfung der Einrichtungen im Hinblick auf die Wahrung der (Grund-)rechte der untergebrachten Patientinnen und Patienten sowie Bewohnerinnen und Bewohner im Vordergrund. Die Besuchstätigkeit der letzten Jahre hat gezeigt, dass hier kaum noch Beanstandungen ausgesprochen werden mussten. Vielmehr werden nun hauptsächlich die allgemeinen Lebensbedingungen für die in den Einrichtungen wohnenden Menschen in Augenschein genommen und die Zufriedenheit und Rechtewahrung unabhängig von einer gerichtlich angeordneten Unterbringung für alle Patientinnen, Patienten, Bewohnerinnen, Bewohner, Nutzerinnen und Nutzer geprüft. Die Besuchskommissionen haben den Auftrag, die besuchten Einrichtungen zu Verbesserungspotentialen zu beraten mit dem Ziel, die Qualität der Betreuung und Behandlung aller genannten Personen weiter zu erhöhen und ggf. Mängel abzustellen. Die Beratung erfolgt auf Augenhöhe, da die Besuchsmitglieder fachlich versiert und praxiserfahren sind. Ein besonderer Fokus liegt natürlich trotzdem auch weiterhin auf Menschen, die gegen ihren Willen untergebracht wurden oder anderen Zwangsmaßnahmen unterworfen werden. Die Frage ist dann, ob die mit der Unterbringung nach diesem Gesetz verbundenen besonderen Aufgaben erfüllt werden.

Neu ist überdies auch, dass die Besuchskommissionen nicht nur die Wünsche und Beschwerden der Patienten, Bewohner und Nutzer anhören (§ 3 Absatz 1 Satz 11 SächsPsychKG), sondern sich auch aktiv und zeitnah um eine Lösung bemühen sollen.

Zu Absatz 3

Absatz 3 bestimmt die Pflichten der besuchten Einrichtungen gegenüber der Besuchskommission und den Umfang von Einsichts- und Auskunftsrechten. Den Mitgliedern der Besuchskommissionen ist der ungehinderte Zugang zum Gelände und den Räumlichkeiten der besuchten Einrichtungen und ihren Patienten, Bewohnern und Nutzern zu gewähren.

Die Einrichtungen haben einrichtungsbezogene Auskünfte zu geben und für die Arbeit der Besuchskommissionen erforderliche Unterlagen vorzulegen. Die Patienten- bzw. Bewohnerzimmer/Wohnungen sollen nur mit Zustimmung der dort wohnenden Personen betreten werden.

Ein Einsichtsrecht in die Stellenbesetzungs- und Dienstpläne der Einrichtungen, wie vormals in § 3 Absatz 1 Satz 7 SächsPsychKG vorgesehen, wird für die Aufgabenerfüllung der Besuchskommissionen nicht (mehr) als erforderlich angesehen und ist deshalb im SächsPsychKHG nicht vorgesehen. Mündliche Auskünfte sind ausreichend. Prüfinhalt sind die allgemeinen Lebensbedingungen.

Besuchskommissionen haben das Recht, alle Patientenakten und Dokumentationen einzusehen, sofern eine Einwilligung des Menschen mit psychischer Erkrankung oder seines Vertreters vorliegt. Stets dürfen die Dokumentationen und Unterbringungsbeschlüsse nach BGB und SächsPsychKHG und Dokumentationen und gerichtlichen Beschlüsse zur gerichtlichen Genehmigung von freiheitsentziehenden Zwangsmaßnahmen nach § 1831 Absatz 4 BGB und zu Sicherungsmaßnahmen nach SächsPsychKHG eingesehen werden. Es wird dadurch zwar das Grundrecht der informationellen Selbstbestimmung der untergebrachten Person eingeschränkt. Dies ist aber dadurch gerechtfertigt, dass es sich bei den zu prüfenden Zwangsmaßnahmen ebenfalls um erhebliche Grundrechtseingriffe handelt und den Besuchskommissionen mit dieser Befugnis, die umstandslose Überprüfung der Rechtmäßigkeit der angeordneten grundrechtsrelevanten Maßnahmen ermöglicht wird

Satz 4 stellt ergänzend klar, dass vor Gesprächen mit minderjährigen Patientinnen, Patienten, Bewohnerinnen und Bewohnern die Sorgeberechtigten ihre Zustimmung zu dem persönlichen Gespräch erteilen müssen. Dies gebietet das Elternrecht aus Artikel 6 Absatz 2 GG. Die Einholung der vorherigen Zustimmung stellt zwar die Besuchskommissionen vor ein praktisches Umsetzungsproblem, wenn sie die Kinder- und Jugendeinrichtungen unangekündigt besuchen. Hier kann entweder eine ausnahmsweise Ankündigung des Besuches oder der Verzicht auf ein persönliches Gespräch mit den Minderjährigen die Lösung sein. Auf die Zustimmung der Eltern bzw. Sorgeberechtigten darf jedenfalls nicht verzichtet werden.

Satz 5 macht deutlich, dass Schweigepflichten insbesondere zum Gesundheitszustand der Betroffenen, die sich z.B. aus dem Arzt-Patienten-Verhältnis ergeben, weiter zu beachten sind. Lediglich in Bezug auf das uneingeschränkte Einsichtsrecht in die Dokumentation nach Satz 3 ergibt sich eine Ausnahme.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt die Berufung und Zusammensetzung der Mitglieder der Besuchskommissionen und entspricht im Wesentlichen der Regelung in § 3 Absatz 2 SächsPsychKG. Es sind jedoch einige neue Personengruppen von Expertinnen und Experten hinzugekommen, die Mitglieder der Besuchskommissionen sein können und sollen (Mitglieder des Sächsischen Landesbeirates für Menschen mit Behinderung, Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher, Genesungsbegleiterinnen und -begleiter, Betreuerinnen und Betreuer). Die Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihre Angehörigen werden zur Verdeutlichung separat genannt (vormals § 3 Absatz 2 Nummer 7 SächsPsychKG). Die gewählte Reihenfolge der Nennung wurde nun alphabetisch vorgenommen, damit deutlich wird, dass kein Rangverhältnis besteht.

Zu Nummer 1

Angehörige von Menschen mit psychischen Erkrankungen sind Expertinnen und Experten im Nahbereich der Betroffenen. Sie verfügen über eine besondere Expertise hinsichtlich deren Bedürfnisse und Problemstellungen im Lebensalltag.

Zu Nummer 2

Ärztinnen und Ärzte, die über eine entsprechende psychiatrische oder psychosomatische Weiterbildung oder Berufserfahrung in der Psychiatrie verfügen, können ihre medizinische

Expertise und fachlichen Erfahrungen in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen einbringen.

Zu Nummer 3

Fachkräfte der Suchthilfe verfügen über spezialisiertes Wissen im Bereich der Prävention, Beratung und Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen, die besonders in Einrichtungen der Suchthilfe von erheblichem Nutzen sind.

Zu Nummer 4

Betroffene sind Expertinnen und Experten in eigener Sache. Sie sollen ihre Perspektive einbringen und institutionell mitwirken, um die Rechte von anderen Menschen mit psychischen Erkrankungen zu stärken.

Zu Nummer 5

Die Mitglieder des Sächsischen Landesbeirats für Menschen mit Behinderungen vertreten die Interessen der Menschen mit Behinderungen und somit auch die der Menschen mit seelischen Behinderungen. Sie gestalten die Umsetzung der UN-BRK, z.B. setzen sie sich für die Beseitigung der Benachteiligung und Diskriminierung und den Abbau von Barrieren in allen Lebensbereichen ein.

Zu Nummer 6

Die ehrenamtlichen und unabhängig tätigen Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher im Sinne des § 5 verfügen über Fachwissen aus ihrer Tätigkeit in stationären Einrichtungen, die Menschen mit psychischen Erkrankungen behandelt und betreuen. Sie kennen sich mit den Strukturen der Einrichtungen und den Problemen der Patientinnen, Patienten, Bewohnerinnen und Bewohner und den Konfliktlagen zu den Mitarbeitenden aus. Diese Kenntnisse sind nicht nur in der von einzelnen Patientenfürsprecherinnen und -fürsprechern selbst betreuten Einrichtung, sondern auch generell für die Arbeit der Besuchskommissionen hilfreich.

Zu Nummer 7

Volljuristinnen und -juristen, insbesondere auch Betreuungs- und Familienrichterinnen und -richter, bringen ihre juristische Expertise insbesondere bei der Rechtewahrung der Patientinnen, Patienten, Bewohnerinnen und Bewohner ein.

Zu Nummer 8

Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung, die eine Qualifikation zur Genesungsbegleitung absolviert haben, sind zum einen Expertinnen und Experten aus Eigenerfahrung und zum anderen theoretisch und praktisch geschult, um Menschen mit psychischen Erkrankungen mit ihrem Wissen zu unterstützen (Peer to Peer Ansatz). Sie sind selbst von einer psychischen Erkrankung genesen, haben Erfahrungen im Hilfesystem gemacht und sollen deshalb ihre Kenntnisse einbringen (siehe auch Begründung zu § 8 Absatz 10).

Zu Nummer 9

Nummer 9 betrifft die spezialisierten Berufsgruppen aus dem psychiatrischen Pflegebereich und dem pädagogischen Bereich, die Menschen mit psychischen Erkrankungen betreuen.

Zu Nummer 10

Mitglieder der Besuchskommissionen können auch Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Psychologinnen und Psychologen sein, wenn sie Erfahrung im Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen haben. Dies wird bei Psychotherapeutinnen und -therapeuten immer der Fall sein. Psychologinnen und Psychologen sind hingegen nicht immer auf diesem Gebiet tätig. Erfahrungen mit schwer psychisch kranken Menschen sind für die Tätigkeit in den Besuchskommissionen nicht zwingend erforderlich.

Zu Nummer 11

Für nach dem BGB untergebrachte erwachsene Personen ist in den meisten Fällen ein rechtlicher Betreuer bestellt. Dieser kümmert sich im Rahmen seiner Aufgabenbereiche um die Angelegenheiten des betreuten Menschen und vertritt seine Interessen. Hierbei hat der Betreuer die subjektiven Wünsche des Betreuten zu achten, soweit dies nicht objektiv dessen Wohl zuwiderläuft. Auch Menschen mit psychischer Erkrankung oder seelischer Behinderung, die nicht gerichtlich untergebracht sind, können einen rechtlichen Betreuer haben. Die Gruppe der Betreuer von Menschen mit psychischen Erkrankungen sollte deshalb ebenfalls durch Mitglieder in den Besuchskommissionen vertreten sein.

Zu Nummer 12

Aufgrund des allgemeinen Gebots des Zusammenwirkens von Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und insbesondere vor dem Hintergrund der Regelung der §§ 34, 35a SGB VIII sollen auch Vertreterinnen und Vertreter der öffentlichen Jugendhilfe Mitglieder der Besuchskommissionen sein.

Absatz 4 Satz 2 enthält die Auffangregelung für alle Bürgerinnen und Bürger, die sich in anderer Weise für die Belange von Menschen mit psychischen Erkrankungen im besonderen Maße einsetzen. Hierunter können z.B. Vertrauenspersonen im Sinne dieses Gesetzes fallen. Um ein effektives Arbeiten der Besuchskommissionen zu ermöglichen, sollen die Mitglieder für mindestens drei Besuche im Jahr zur Verfügung stehen.

Zu Absatz 5

Absatz 5 regelt die grundlegenden organisatorischen Belange der Besuchskommissionen. Entsprechend der bestehenden Strukturen gibt es eine oder einen von den Mitgliedern gewählten Gesamtvorsitzenden und drei Regionalvorsitzende. Alles weitere Organisatorische wird in der Geschäftsordnung eigenverantwortlich festgelegt. Die Besuchskommissionen haben zur Abwicklung ihrer Besuche eine Geschäftsstelle, die beim SMS angesiedelt ist.

Zu Absatz 6

Absatz 6 beschreibt die erforderliche Zusammensetzung einer konkreten Besuchskommission. Nach Satz 1 soll die Kommission in der Regel aus drei Personen bestehen, um ein ausgewogenes Beurteilungsbild zu erzielen. Dadurch soll sichergestellt werden, dass bestimmte Einrichtungen von besonders qualifizierten Mitgliedern der Besuchskommissionen besucht werden. Die Geschäftsstelle stellt je nach der Art der konkret zu besuchenden Einrichtung ein fachlich ausgewogenes, geeignetes Besuchsteam zusammen. Um die berücksichtigende Perspektive der Betroffenen und Angehörigen sachgerecht zu berücksichtigen, soll gemäß Satz 2 nach Möglichkeit mindestens ein entsprechendes Mitglied in jede Besuchskommission entsandt werden. Der Umsetzung dieser wünschenswerten, dem BTHG entsprechenden Vorgabe, stehen derzeit praktische Probleme entgegen. Es gibt nur eine sehr kleine Anzahl von Angehörigen und Betroffenen, die in den Besuchskommissionen mitarbeiten wollen. Deshalb wird zuerst der Akquise erhöhtes Augenmerk zukommen müssen. Das Fehlen geeigneter Mitglieder nach Absatz 4 Nummer 1 und 4 oder der kurzfristige Ausfall eines Mitglieds einer Besuchskommission soll nicht zur Absage von geplanten Besuchen führen. Deshalb ist die Vorgabe nicht zwingend umzusetzen. Satz 3 regelt eine weitere Ausnahme von Satz 1. Es müssen nur zwei Mitglieder der Besuchskommission zu einem Besuch entsandt werden, wenn die Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher der konkreten Einrichtung der Einladung zum Besuch bzw. der Begleitung der Besuchskommission folgen.

Zu Absatz 7

In Absatz 7 ist die Zusammenarbeit und das Zusammenwirken mit anderen Kontrollgremien geregelt. Eine solchen Regelungsinhalt gab es in der Altregelung des § 3 SächsPsychKG nicht. Es ist aber besonders wichtig, dass alle zum Schutz der Menschen mit psychischen Erkrankungen installierten Gremien, Institutionen und Behörden zusammenarbeiten und ihre Kenntnisse und (Eingriffs-)Möglichkeiten zum Wohle der Betroffenen bündeln. Hier

seien zum Beispiel die Bewohnerräte und Patientenvertretungen sowie die Patientenförsprecherinnen und -försprecher genannt. Wichtiger Ansprechstellen sollten auch die jeweils für die Einrichtungstypen zuständigen Aufsichtsbehörden sein; aber auch nicht aufgezählte Interessenvertretungen wie z.B. die oder der Sächsische Landesbeauftragte für Inklusion der Menschen mit Behinderung sind wichtige Partner in der Zusammenarbeit. Bei Besuchen in Einrichtungen soll obligatorisch die oder der dort bestellte Patientenförsprecherin oder -försprecher eingeladen werden, um die Zusammenarbeit im Konkreten auszuüben.

Satz 3 gibt vor, dass Doppelprüfungen zu vermeiden sind. Das bedeutet, dass mit anderen Prüfungsgremien, die ebenfalls Einrichtungen nach Satz 1 besuchen, in zeitlicher Hinsicht sowie zum Prüfungsumfang Abstimmungen erfolgen sollen, um die Einrichtungen nicht unverhältnismäßig zu belasten und in ihrer täglichen Arbeit zu beeinträchtigen. Dies betrifft insbesondere die Besuchskommissionen nach § 14 SächsInklusG, zu deren Prüfungsauftrag es Überschneidungen gibt.

Zu Absatz 8

Satz 1 bis 4 regelt die Dokumentation und den Informationsfluss bezüglich des Einzelbesuches einer Besuchskommission.

Die Besuchskommissionen protokollieren ihre Besuche anhand von einheitlichen Begehungspörotokollen und dokumentieren dabei ihre Wahrnehmungen und insbesondere die festgestellten Mängel. Der Bericht hat auch Wünsche und Beschwerden der Menschen mit psychischen Erkrankungen zu berücksichtigen und hierzu Stellung zu beziehen. Außerdem soll der Besuchsbericht auf die allgemeinen Lebens-, Versorgungs- und Behandlungsbedingungen, die materielle sowie personelle Ausstattung überblicksmäßig eingehen. Personenbezogene Daten dürfen nur protokolliert werden, wenn dies für den Besuchsbericht von Belang ist.

Der Besuchsbericht ist zeitnah – spätestens nach zwei Monaten, der besuchten Einrichtung, deren Einrichtungsträger und dem SMS als Aufsichtsbehörde nach diesem Gesetz vorzulegen. Gleichzeitig ist der Einrichtung eine Rücksprache anzubieten, insbesondere natürlich, wenn es Beanstandungen (leichte Mängel) bei dem Besuch gab. In diesem Fall vereinbart die Besuchskommission mit der Einrichtung wie und bis wann eine Verbesserung bzw. Beseitigung des Mangels erreicht werden soll. Die einrichtungsbezogenen Umstände werden dabei berücksichtigt. Gegebenenfalls wird ein Termin für einen Nachbesuch vereinbart oder vorgesehen.

Werden bei einem Besuch jedoch erhebliche Mängel festgestellt, die unverzüglich behoben werden müssen, weil eine unmittelbare und erhebliche Gefahr für die Personen in der Einrichtung von ihr ausgeht, muss die Besuchskommission unverzüglich handeln und die für den einzelnen Sachverhalt zuständige Aufsichtsbehörde mit Eingriffsrechten informieren (z.B. Landesdirektion Sachsen, Heimaufsicht, Landesjugendamt, Brandschutzbehörde, Arbeitsschutzbehörde). Eigene Eingriffsbefugnisse hat die Besuchskommission als ehrenamtliches unabhängiges Gremium nicht (siehe auch Absatz 9).

Satz 5 bis 7 regelt die Berichtspflichten der Besuchskommissionen gegenüber den Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften, dem SMS und dem Sächsischen Landtag, unabhängig von konkreten Besuchsberichten. Jährlich werden Tätigkeitsübersichten erstellt, die insbesondere Auskunft geben zu Anzahl und Art der besuchten Einrichtungen in den Landkreisen und Kreisfreien Städten sowie dazu, ob keine, leichte oder erhebliche Mängel festgestellt wurden. Die Jahresübersichten werden den PSAG und dem SMS für ihre Planungsaufgaben zur Verfügung gestellt. Sie werden auch der Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

Einmal in der Legislaturperiode erstellen die Besuchskommissionen wie bisher in eigener Verantwortung einen Gemeinsamen Bericht über die Ergebnisse ihrer Arbeit im Berichtszeitraum, der dem Sächsischen Landtag zur Kenntnis gegeben wird. Die Rolle des SMS beschränkt sich dabei auf eine Unterstützung bei der Einbringung in den Landtag. Die Unabhängigkeit der Besuchskommissionen wird dadurch gestärkt.

Zu Absatz 9

Absatz 9 stellt klar, dass das Tätigwerden der Besuchskommissionen den Rechtsweg zu anderen Instanzen nicht beschränkt oder ausschließt. Die zuständigen Aufsichtsbehörden sind parallel berechtigt und verpflichtet, zu prüfen und zu handeln.

Zu Absatz 10

Da den Mitgliedern der Besuchskommissionen bei ihren Besuchen personenbezogene Daten der Mitarbeitenden, der Patienten, der Bewohnern und Nutzern bekannt werden können, verpflichtet Absatz 10 sie zur Verschwiegenheit soweit sie die Daten nicht im Rahmen ihrer Tätigkeit insbesondere ihrer Berichtspflichten weitergeben dürfen.

Zu § 5 (Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher)

§ 5 trifft Regelungen zu den Patientenfürsprecherinnen und -fürsprechern in psychiatrischen Krankenhäusern, Einrichtungen des Maßregelvollzuges und anderen stationären Einrichtungen.

Dabei werden die Vorschriften der Altregelung in § 4 SächsPsychKG zu den als Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher bezeichneten ehrenamtlichen Personen ergänzt und praxistauglicher gemacht.

Zu Absatz 1

Da die Krankenhäuser und andere stationäre Einrichtungen, in denen Menschen mit psychischen Erkrankungen über längeren Zeitraum leben, nur selten von den unabhängigen Besuchskommissionen besucht werden und damit nur geringe Möglichkeiten haben bei Schwierigkeiten dort Gehör und Hilfestellung zu erhalten, wurde die Institution der Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher ins Leben gerufen. Sie bieten rasche und niederschwellige, unabhängige und vertrauliche Unterstützung an. Auch wenn Krankenhäuser und Wohnstätten zwischenzeitlich ebenfalls gesetzlich verpflichtet sind ein einrichtungseigenes Beschwerdemanagement vorzuhalten, ist die Tätigkeit der Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher nach wie vor wichtig und notwendig. Insbesondere wegen ihrer Unabhängigkeit vom Einrichtungsträger genießen sie bei den Patientinnen, Patienten, Bewohnerinnen und Bewohnern hohes Ansehen und Vertrauen.

Satz 1 legt fest, dass durch die Kreisfreien Städte und Landkreise Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher für Krankenhäuser und Einrichtungen des Maßregelvollzuges, in denen Menschen mit psychischen Erkrankungen behandelt werden, zu bestellen sind. Hierbei sind sowohl Krankenhäuser der Erwachsenenpsychiatrie als auch der Kinder- und Jugendpsychiatrie gemeint, siehe Begriffsbestimmung in § 3 Absatz 6. Darüber hinaus gilt die optionale Bestellung von Patientenfürsprecherinnen und -fürsprechern für andere stationäre Einrichtungen, in denen Menschen mit psychischer Erkrankung leben, wie zum Beispiel in besonderen Wohnformen für schwer psychisch kranke Menschen der Eingliederungshilfe. Dies stellt einen Unterschied zur Altregelung § 4 Absatz 4 Satz 1 SächsPsychKG dar, der der Tatsache Rechnung trägt, dass nicht ausreichend Personen für alle stationären Einrichtungen gefunden werden können, die als Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher ehrenamtlich arbeiten wollen. Die vorhandenen Kräfte sollen deshalb in der Akutpsychiatrie verwandt werden.

Die Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher dürfen nicht in der Einrichtung, für die sie bestellt sind, beruflich tätig bzw. angestellt sein, um ihre Unabhängigkeit gegenüber der Einrichtung zu gewährleisten. Die Ehrenamtlichkeit ihrer Tätigkeit ist ein weiteres wesentliches Merkmal ihrer Unabhängigkeit und macht sie weisungsfrei. Satz 3 stellt zudem neu im SächsPsychKHG Anforderungen an die fachliche Eignung der zu bestellenden Personen, um ein Mindestmaß an Fachlichkeit zu gewährleisten. Sie sollen zumindest Grundkenntnisse des Versorgungssystems haben und sich regelmäßig fachspezifisch weiterbilden. Für die Unterbreitung von Weiterbildungsangeboten ist nach Absatz 5 die PSAG bzw. die Psychiatriekoordinatorin oder Psychiatriekoordinator des Landkreises oder der Kreisfreien Stadt zuständig.

In Satz 5 ist neu geregelt, dass die Landkreise und Kreisfreien Städte die Landesdirektion Sachsen als ihre zuständige Aufsichtsbehörde jeweils über die Bestellung für eine bestimmte Einrichtung und den Beststellungszeitraum der Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher unverzüglich informieren, damit die Aufsichtsbehörde Kenntnis von der Erfüllung der Verpflichtung nach Satz 1 bis 3 nehmen kann. Gegebenenfalls ist auch eine Kontaktaufnahme mit Patientenfürsprecherinnen und -fürsprechern im Rahmen der Ausübung der Aufsicht notwendig. Da hier die Übermittlung personenbezogener Daten erforderlich ist, war eine Regelung notwendig.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die Pflichten der Krankenhäuser und Einrichtungen, um den Patientenfürsprecherinnen und -fürsprechern ihre Tätigkeit zu ermöglichen und zu erleichtern. Um das Angebot für die Patientinnen, Patienten, Bewohnerinnen und Bewohner sichtbar zu machen, sind barrierefreie Informationen über die Funktion und die Erreichbarkeit der Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher des Krankenhauses oder der Einrichtung in geeigneter Weise und Form z.B. durch Aushang, durch Informationsbroschüren oder auch mündlich durch persönliche Vorstellung der Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher zur Verfügung stellen.

Die Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher haben auf Grundlage dieses Gesetzes ein Zugangsrecht zu allen Bereichen und zu allen Patientinnen, Patienten, Bewohnerinnen und Bewohnern in den Krankenhäusern und Einrichtungen, für die sie bestellt sind. Patienten- und Bewohnerzimmer dürfen jedoch nur mit Zustimmung der dort wohnenden Personen betreten werden, um die Privatsphäre zu schützen. Neben der Gewährung des Zuganges zu Gebäude und Räumlichkeiten ist für die Arbeit der Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher der persönliche Kontakt zu den Patienten, Patientinnen, Bewohnerinnen und Bewohnern unverzichtbar. Dieser Kontakt ist in jeder Form zu gestatten – persönlich, telefonisch, schriftlich oder auch mit elektronischen Kommunikationsmitteln.

Damit Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher auch sachlich und räumlich ihre Tätigkeit in dem Krankenhaus oder der Einrichtung ausüben können, sind ihnen die notwendigen Dinge, insbesondere ein geschlossener Raum für vertrauliche Gespräche während ihrer Sprechzeiten, zur Verfügung zu stellen. Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher sollen ihrerseits mit dem einrichtungseigenen Beschwerdemanagement vertrauensvoll und eng zusammenarbeiten, um einrichtungsbezogene Informationen zu erhalten und im Einzelfall bei Wünschen und Beschwerden vermitteln zu können. Eine gewisse Distanz zu den Organisationseinheiten des Krankenhauses oder der Einrichtung muss aber wegen der Unabhängigkeit der Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher gewahrt bleiben.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt und konkretisiert die Aufgaben und die Arbeitsweise der Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher. Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher sind niederschwellig erreichbar und können dadurch zu einem gelingenden Beschwerdemanagement beitragen. Sie unterbreiten Gesprächsangebote direkt auf der Station oder in der Wohngruppe und hören sich die Wünsche und Beschwerden der Menschen mit psychischen Erkrankungen vertraulich an. Patientenfürsprecherinnen und -fürsprechern kommt die beratende Rolle und auf Wunsch der Person auch die Vermittlung zwischen dem Krankenhaus und der Einrichtung sowie deren Beschäftigten, den Patientinnen, Patienten, Bewohnerinnen, Bewohnern und den Angehörigen zu. Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher nehmen die Beschwerden entgegen und unterstützen berechnigte Forderungen der Betroffenen und deren Angehörigen. Sie versuchen zusammen mit allen Beteiligten, Konflikte zu lösen und wirken auf eine zeitnahe Lösung hin. Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher informieren die Ratsuchenden in regelmäßigen Abständen über den aktuellen Stand und Fortgang seines Anliegens.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt die Pflichten der Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher, wenn ihnen im Rahmen ihre Tätigkeit erhebliche Mängel in der Behandlung und Betreuung der Menschen mit psychischer Erkrankung bekannt werden, denen nicht schnell und in angemessener Form abgeholfen wird. In diesem Fall informieren sie die Krankenhaus- beziehungsweise Einrichtungsleitung, den Träger der Einrichtung und die Psychiatriekoordinatorin oder den Psychiatriekoordinator des Landkreises oder der Kreisfreien Stadt, damit diese im Rahmen ihrer Zuständigkeit tätig werden können. Es bleibt den Patientenfürsprecherinnen und -fürsprechern auch unbenommen, die zuständigen Aufsichtsbehörden zu informieren.

Zu Absatz 5

Absatz 5 regelt die organisatorische Zugehörigkeit und die Zusammenarbeit der Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher innerhalb ihrer zuständigen Landkreise oder Kreisfreien Stadt. Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft und der Psychiatriekoordinator bzw. die Psychiatriekoordinatorin unterstützen die Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher vor allem bei Aufnahme der neuen Tätigkeit, indem sie sie über die übliche Arbeitsweise, Rechte und Pflichten informieren, Grundsätzliches zu den Kliniken und Einrichtungen berichten, für die die Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher bestellt sind, ihnen regelmäßige Fortbildungsangebote unterbreiten und die Vernetzung sowie den Erfahrungsaustausch mit anderen Patientenfürsprecherinnen und -fürsprechern ermöglichen und fördern. Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher berichten mindestens einmal im Jahr über den Sachstand in dem betreuten Krankenhaus oder der betreuten Einrichtung, zum Beispiel im Rahmen einer Sitzung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft.

Zu Absatz 6

Der maximale Bestellaungszeitraum von 5 Jahren entspricht der Regelung in § 4 Absatz 3 Satz 1 SächsPsychKG. Neu ist insoweit die Regelung in Satz 2, die nun eine Wiederbestellung für dieselbe Einrichtung zulässt. Aufgrund des Mangels an ehrenamtlich tätigen Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprechern kann nicht mehr auf dem Ausscheiden oder dem Wechsel in eine andere Einrichtung nach fünf Jahren bestanden werden, um ihre Unabhängigkeit zu gewährleisten. Vielmehr sollen der bestellende Landkreis oder die Kreisfreie Stadt gemeinsam mit der Patientenfürsprecherin oder dem Patientenfürsprecher nach Ablauf der Bestellaungsfrist prüfen, ob eine Weiterbestellung für dieselbe Einrichtung sachlich gerechtfertigt ist, insbesondere ob die Unabhängigkeit weiterhin gewährleistet ist. Eine Wiederbestellung kann unter Umständen z.B. sinnvoll sein, wenn sich ein besonders vertrauensvolles Verhältnis zu den Patientinnen, Patienten, Bewohnern oder Bewohnerinnen herausgebildet hat, dass nicht aufgrund Fristablaufes abgebrochen werden soll.

Zu § 6 (Psychiatrieberichterstattung)

Der Deutsche Bundestag hat bereits 2002 einen Antrag zum Thema "25 Jahre Psychiatriereform – Verstetigung und Fortentwicklung" angenommen (BT-Drs. 14/9555). Darin wurden neben der Würdigung vielfältiger Ergebnisse der Reform einige wesentliche Forderungen erhoben. Gefordert wurde u. a. die Bereitstellung von Zahlen und quantitativen und qualitativen Indikatoren, die eine weitere bedarfsgerechte Planung ermöglichen.

Eine Psychiatrieberichterstattung ist als Datengrundlage grundsätzlich nach wie vor dringend erforderlich, um die Versorgungssituation im sehr heterogenen und stark fragmentierten, vielschichtigen, psychiatrischen und psychosozialen Hilfesystem einzuschätzen und bedarfsgerecht weiterentwickeln zu können – sowohl regional auf Ebene der Landkreise und Kreisfreien Städte als auch auf Landesebene. Auch auf Bundesebene sind statistische Daten zu der Versorgungssituation in den Ländern von erheblichem Interesse und Grundlage von Bemühungen zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Dies gilt insbesondere für statistische Daten zu Zwangsmaßnahmen, denen Menschen mit psychischen Erkrankungen unterworfen werden.

Die bisher in §§ 8a bis h SächsPsychKG geregelte Psychiatrieberichterstattung wird nunmehr weiterentwickelt und den neuen Gegebenheiten und Erfordernissen angepasst. Dabei

haben die gesammelten Erfahrungen und Erkenntnisse mit der seit 2014 eingeführten Psychiatrieerberichterstattung eine erhebliche Rolle gespielt. Daher wird nun aus datenschutzrechtlichen Aspekten und Praktikabilitätsgründen die Erhebung auf statistische Daten beschränkt.

Demgegenüber erweitert sich die Psychiatrieerberichterstattung und bezieht zukünftig nicht nur die Sozialpsychiatrischen Dienste, und auf Anforderung die psychosozialen Dienste und Angebote ein, sondern wird ein größeres Versorgungsspektrum erfassen – auch die Krankenhäuser und Einrichtungen des Maßregelvollzuges. In die Psychiatrieerberichterstattung werden zukünftig nicht nur die nach diesem Gesetz gemeldeten Daten einfließen, sondern auch statistische Daten aus anderen zugänglichen Quellen, wie der Deutschen Suchthilfestatistik und des Statistischen Landesamtes.

§§ 8a bis h SächsPsychKG entfallen und werden durch die Neuregelungen in § 6 in Verbindung mit §§ 16, 46 Absatz 2, 83 SächsPsychKHG ersetzt.

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt die Durchführung, Zielsetzung und Verwendung der Psychiatrieerberichterstattung im Freistaat Sachsen. Das SMS ist für die Organisation der Psychiatrieerberichterstattung zuständig. Die Psychiatrieerberichterstattung soll nach Abschluss der Übergangsphase entsprechend der festgelegten Meldezeiträume jährlich erstellt werden.

In der Psychiatrieerberichterstattung wird regelmäßig über die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Sachsen berichtet. Ziel ist es, eine bessere Planung, Steuerung und Koordination der Versorgungsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen auf Landes- und Kommunalebene zu unterstützen und zu fördern. Dazu werden Informationen u.a. aus den Sozialpsychiatrischen Diensten und den Kliniken und Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie im Erwachsenenalter sowie Kinder- und Jugendalter ausgewertet und in einem Psychiatriebericht aufgearbeitet. Die Ergebnisse fließen wiederum in die Psychiatriepläne, Suchtberichte und – wenn vorhanden – Suchthilfepläne der Kreisfreien Städte und Landkreise sowie den Landespsychiatrieplan und den Sächsischen Drogen- und Suchtbericht ein.

Zu Absatz 2

Die Psychiatrieerberichterstattung beruht auf statistischen Daten, die bei den Leistungserbringern des psychiatrischen und psychosozialen Hilfesystems und den Einrichtungen des Maßregelvollzuges erhoben werden. Die statistischen Daten werden beim SMS aus verschiedenen Quellen zusammengeführt. Zum einen aus den Daten, die sich aus dem Meldepflichten nach dem SächsPsychKHG ergeben, zum anderen aber auch aus anderen Quellen, wie z.B. Daten der Deutschen Suchthilfestatistik oder des Statistischen Landesamtes. Eine doppelte Datenerhebung bei den Leistungserbringern soll vermieden werden. Die nach diesem Gesetz zu meldenden Daten und das vorgesehene Meldeverfahren sind je nach Einrichtungstyp verschieden in §§ 16, 46 Absatz 2 und 83 geregelt. Allen meldepflichtigen Daten ist gemein, dass sie nicht personenbezogen sind, also keinen Rückschluss auf eine konkrete natürliche Einzelperson zulassen. Es handelt sich um

1. einrichtungsbezogene strukturelle Daten, wie personelle und sachliche Ausstattung eines Sozialpsychiatrischen Dienstes,
2. klinische Daten, wie Anzahl der behandelten Personen nach Hauptdiagnosegruppen, Anzahl von Kliniksuiden,
3. soziodemografische Daten, wie Anzahl der betreuten Personen nach Altersgruppen und Geschlecht,
4. nicht personenbezogene klienten- und patientengruppenbezogene Daten, wie Anzahl und Art von spezifischen Angeboten für bestimmte Klienten- und Patientengruppen,
5. Daten zu Zwangsmaßnahmen, wie zum Beispiel die Anzahl der Unterbringungen nach SächsPsychKHG.

Zu Absatz 3

Absatz 3 bestimmt wie vormals § 8 h SächsPsychKG, dass die Kosten der Datenauswertung selbst (insbesondere Empfang, Speicherung, IT-technische Verarbeitung) und der Erstellung der Psychiatrieberichterstattung (versorgungswissenschaftliche Auswertung der Daten in Form eines Berichtes) der Freistaat Sachsen trägt. Die Datenauswertung muss abweichend von der Altregelung in § 8f SächsPsychKG nicht mehr zwingend durch die Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden durchgeführt werden. Eine gesetzliche Festlegung der für die Datenauswertung zuständigen Stelle wird nicht mehr als notwendig erachtet.

Zu Absatz 4

Absatz 4 enthält eine Ermächtigung zum Erlass einer Rechtsverordnung für alle erforderlichen Detailregelungen im Zusammenhang mit der Datenübermittlung, der Bestimmung der mit der Psychiatrieberichterstattung befassten Stelle und deren Einbindung in den Datenübermittlungsprozess, Art und Umfang der Daten zum Zwecke der Psychiatrieberichterstattung, wenn dies auf Grund der Ausgestaltung der Psychiatrieberichterstattung sachlich und rechtlich notwendig ist. Es kann sich um ein sehr komplexes Verfahren mit mehreren Beteiligten und einer Vielzahl von Verfahrensschritten und Transferen von nicht personalisierten (statistischen) Daten, die zweckgebunden zu übermitteln sind, handeln. Deshalb ist eine Abbildung dieser umfassenden Regelungen nicht für den Gesetzestext geeignet, sondern in einer Rechtsverordnung.

Zu Abschnitt 2 (Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen)

Zu § 7 (Hilfesystem)

§ 7 leitet den Abschnitt 2 thematisch ein und umreißt das Hilfesystem für Menschen mit psychischen Erkrankungen in Sachsen in seinen wesentlichen Grundsätzen.

Einen vergleichbaren Regelungsinhalt gab es im SächsPsychKG nicht.

Zu Absatz 1

Absatz 1 definiert den Begriff des Hilfesystems.

Zu Absatz 2

Absatz 2 stellt das Verhältnis der Hilfen nach diesem Gesetz durch die Sozialpsychiatrischen Dienste, Suchtbehandlungs- und -beratungsstellen und Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen und den Leistungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen aufgrund anderer gesetzlichen Regelungen klar. Die Hilfen nach diesem Gesetz werden ergänzend zu den Leistungen nach anderen Gesetzen, insbesondere nach den Sozialgesetzbüchern erbracht. Sie stehen also gleichwertig nebeneinander, auch wenn der überwiegende Teil sicher durch die Sozialleistungsträger erbracht wird.

Zu Absatz 3

Absatz 3 legt fest, dass alle Leistungserbringer, auf welcher Rechtsgrundlage sie ihre Leistungen für den Menschen mit psychischer Erkrankung auch erbringen, bei der Versorgung des einzelnen Menschen in einem System zusammenwirken müssen (sektorenübergreifende Versorgung).

Zu § 8 (Hilfen)

§ 8 beinhaltet die besonderen Grundsätze, die im Hilfesystem Anwendung finden sollen.

Diese Vorschrift erweitert den Regelungsinhalt des § 5 SächsPsychKG inhaltlich um weitere Grundsätze, die den heutigen fachlichen Standard der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen widerspiegelt.

Zu Absatz 1

Hilfen im Sinne dieses Gesetzes sind nur solche, die vom Betroffenen auf freiwilliger Basis angenommen werden. Ist eine Anordnung und sogar zwangsweise Durchsetzung der Anordnung gegen den Willen der Betroffenen notwendig, handelt es sich nicht um Hilfen, sondern um Schutzmaßnahmen, deren Zulässigkeit sich nach den Vorschriften der Abschnitte 3 und 4 bemisst. Dies macht Satz 2 deutlich.

Zu Absatz 2

Absatz 2 bestimmt, welche konkreten – freiwillig angenommenen – Maßnahmen seitens der Leistungserbringer ergriffen werden können, um eine Besserung des Gesundheitszustandes zu erreichen, ein gleichberechtigtes Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen und Zwangsmaßnahmen gegen den Willen des Betroffenen, insbesondere auf Grundlage des SächsPsychKHG, BGB oder StGB, entbehrlich zu machen, zu verkürzen oder eine Wiederholung von Zwangsmaßnahmen zu vermeiden. Eine ähnliche Regelung ohne die Fokussierung auf die Zwangsvermeidung fand sich in § 5 Absatz 1 bis 3 SächsPsychKG. Die Vermeidung von Zwangsmaßnahmen gegenüber den Menschen mit psychischen Erkrankungen ist nun als allgemein fachlich anerkanntes Ziel gesetzlich niedergelegt.

Als Maßnahmen der Leistungserbringer kommen Beratung, Betreuung, Assistenz, Vermittlung von Leistungen, Behandlung und Rehabilitation als vorsorgende, begleitende oder nachsorgende Hilfen in Betracht. Alle drei Formen der Hilfen sind lange bewährt und auch schon in den sogenannten Rodewischer Thesen zur „Rehabilitation psychisch akut und chronisch Kranker“ von 1963 postuliert.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt den Grundsatz der personenzentrierten Versorgung, der den einrichtungsbezogenen Versorgungsansatz ablöst und entsprechende Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention und des BTHG umsetzt. Menschen mit psychischen Erkrankungen sind nach ihren individuellen Bedarfen Hilfsangebote zu unterbreiten. Bei der Auswahl der Hilfen ist dem Menschen mit psychischer Erkrankung eine Mitbestimmung einzuräumen. Seine Wünsche sind soweit möglich zu berücksichtigen, unabhängig davon, ob er geschäftsfähig ist. Die Äußerung des natürlichen Willens ist hier als Wunsch zu berücksichtigen. Eine Ausnahme gilt hier nur für minderjährige Personen, deren Sorgeberechtigten insoweit ein Mitspracherecht zukommt.

Zu Absatz 4

Absatz 4 legt den Grundsatz der wohnortnahen bzw. sozialraumorientierten Versorgung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung nieder. Sie sollen die notwendigen Hilfen möglichst in ihrer vertrauten räumlichen Umgebung und innerhalb der etablierten sozialen Strukturen erhalten. Dieses Prinzip verhindert die Ausgrenzung psychisch erkrankter Menschen, bietet ihnen Sicherheit und Orientierung und gewährleistet, dass die zur Verfügung stehenden externen Ressourcen und sozialen Unterstützungsstrukturen genutzt werden können. Der Grundsatz kann natürlich auch in Ausnahmefällen durchbrochen werden, wenn dieser dem konkreten Hilfebedarf widerspricht, z. B. wenn wegen einer Abhängigkeitserkrankung eine Herausnahme aus dem sozialen Umfeld – zumindest vorübergehend – aus therapeutischer Sicht sinnvoll ist oder für die Aktivierung der Selbstständigkeit der oder des Betroffenen die Annahme eines Hilfsangebotes mit einem Ortswechsel verbunden ist.

Zu Absatz 5

In Ergänzung zu Absatz 4 sind neue, fachlich anerkannte Hilfeformen der aufsuchenden Hilfen und Online-Hilfen aufgenommen worden. Diese Art der Hilfsangebote, die es der oder dem Betroffenen ermöglichen, ohne den geschützten Bereich ihrer oder seiner Wohnung verlassen zu müssen, um Hilfe zu bitten oder Hilfen anzunehmen, sind sehr niederschwellig erreichbar. Sie ersetzen nicht die bisher überwiegend praktizierte Komm-Struktur, sondern können sie hilfreich ergänzen. Je nach Schwere der Erkrankung kann es den Betroffenen unmöglich sein, die Wohnung zu verlassen oder weite Wege mit Verkehrsmitteln

zu absolvieren. Insbesondere zur Kontaktaufnahme sind Online-Angebote als sehr hilfreich eingeschätzt worden.

Zu Absatz 6

Absatz 6 enthält den Grundsatz „ambulant vor stationär“, der schon seit langem in der Gesundheitsversorgung gilt und auch im Hilfesystem Geltung beansprucht. Eine vergleichbare Regelung fand sich in § 5 Absatz 4 SächsPsychKG. Alle Hilfen, ob im Rahmen der psychiatrischen oder psychosozialen Versorgung, sollen in erster Linie in ambulanter Form erbracht werden. Eine stationäre Erbringung der Leistungen in einem Krankenhaus, einer Wohnstätte, einem Pflegeheim oder einer Jugendhilfeeinrichtung sind nachrangig und erst einzusetzen, wenn die ambulanten Hilfen nicht (mehr) ausreichen.

Zu Absatz 7

Absatz 7 stellt klar, dass ambulante niederschwellige Hilfen für Menschen in akuten psychischen Krisen rund um die Uhr zur Verfügung stehen sollen. Es handelt sich um eine deklaratorische Regelung.

Krisenintervention gehört im Sinne einer „Jedermannspflicht“ schon seit der Stammfassung des SächsPsychKG 1994 zum Tätigkeitsbereich der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung. Auch für den kommunalen Bereich der Psychiatrie und Suchthilfe ist die Krisenintervention als eine Aufgabe beschrieben, wie beispielsweise in der Fachempfehlung gemäß § 7 SächsKomPauschVO ausgeführt. Die Versorgung wird durch Institutsambulanzen an psychiatrischen Kliniken, ärztliche Bereitschaftsdienste der Kassenärztlichen Versorgung (KV) und Notfallambulanzen der Krankenhäuser in begrenztem Umfang geleistet.

Insbesondere in den Abendstunden und am Wochenende besteht jedoch weiterhin der Bedarf bei psychiatrischen Krisen niederschwellige Unterstützung zu erhalten. Daher wurde deklaratorisch klargestellt, dass ambulante niederschwellige Hilfen für Menschen in akuten psychischen Krisen rund um die Uhr zur Verfügung stehen sollen. Denn „zur Entschärfung von psychischen Krisen ist ein aktives, die Situation gestaltendes und veränderndes Hilfeangebot mit diagnostisch-therapeutischen Fähigkeiten und Kompetenzen und ausreichender Zeit zur Deeskalation bzw. Einleitung von erforderlichen anschließenden Hilfen notwendig. Ein reines Clearing mit anschließender Weiterleitung ist nicht ausreichend. Dadurch werden Suizide, Gesundheitsschäden, Krankenhausbehandlung, Zwangsmaßnahmen (Unterbringung und Zwangsbehandlung), minderbares subjektives Leid sowie Belastung, ggf. Überlastung von Angehörigen und sonstigen Bezugspersonen vermieden.“, so stellt es auch der vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebene Projektbericht des Dialoges zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen – auf dem Weg zur personenzentrierten Versorgung von psychisch erkrankten Menschen vom 31.08.2022 fest.

Für die psychiatrische und psychosoziale Krisenhilfe ist es nicht erforderlich, neue Einrichtungen zu schaffen. Sie soll im Wesentlichen von den im Versorgungssystem tätigen Institutionen und Angeboten kooperativ erbracht werden. Genesungsbegleiterinnen und -begleiter und Selbsthilfvereine können eingebunden werden.

Für den Bereich der in bundesrechtlicher Zuständigkeit befindlichen Leistungen der psychiatrischen Krankenversorgung nach SGB V hat das BMG eine Neuordnung der Notfallversorgung angekündigt, die den besonderen Anforderungen an psychiatrische Krisenhilfe Rechnung tragen wird. Die Regierungsparteien haben sich insoweit das Ziel gesetzt, die psychiatrische Notfall- und Krisenversorgung flächendeckend auszubauen (Koalitionsvertrag Bund 2021-2025, S. 84-86). Wie dies konkret aussehen wird und ob eine bundesrechtliche Finanzierung vorgesehen sein wird, ist noch offen. In Abhängigkeit davon kann es auch im SächsPsychKHG zum erneuten Änderungsbedarf kommen. Den Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften (PSAG) als Steuerungs- und Planungsgremium der Landkreise und Kreisfreien Städte ist nach § 13 Absatz 2 die Aufgabe übertragen, auf die Einrichtung der Krisendienste hinzuwirken.

Zu Absatz 8

In Absatz 8 wird die Altregelung des § 5 Absatz 4 Satz 2 a.E. SächsPsychKG dahingehend ergänzt und präzisiert, dass Angehörige und Vertrauenspersonen der Menschen mit psychischen Erkrankungen ebenfalls Anspruch auf fachspezifische Informationen und konkrete Beratung für sich selbst haben. Angehörige und Vertrauenspersonen benötigen zum einen Beratung und Unterstützung beim Umgang mit den betroffenen Menschen und der Betreuung. Sie stehen durch die Nahbeziehung zu den Betroffenen aber auch selbst unter erheblichem psychischen Stress, der bewältigt werden muss. Die Beratungsleistungen dienen also auch der Entlastung der Angehörigen und Vertrauenspersonen sowie der Prävention psychischer Erkrankungen bei diesen selbst.

Zu Absatz 9

Dialogisch getroffene Entscheidungen stoßen auf mehr Akzeptanz und werden in der Umsetzung leichter durchzuführen sein. Um insbesondere dem Wunsch nach dialogischer Mitbestimmung der Angehörigen und Vertrauenspersonen bei Entscheidungen zur Versorgungsplanung für und mit den Betroffenen und den Fachkräften gerecht zu werden, sieht Absatz 9 vor, dass diese grundsätzlich einzubinden sind. Dies setzt aber natürlich die Zustimmung der betroffenen Person und den Wunsch des Angehörigen/Vertrauensperson voraus, in bestimmte Entscheidungen eingebunden zu werden. Die Initiative zur Einbindung soll in der Regel von den Fachkräften ausgehen, die mit der Versorgungsplanung im Rahmen ihrer beruflichen Aufgaben betraut sind.

Zu Absatz 10

Absatz 10 sieht vor, dass Genesungsbegleiterinnen und -begleiter bei der Betreuung inklusive Beratung und Assistenz – also nicht bei der Behandlung – von Menschen mit psychischen Erkrankungen sowohl im psychosozialen als auch im psychiatrischen Hilfesystem eingesetzt werden sollen. Dies sieht bereits § 9 Absatz 2 i.V.m. Anlage 5 der Richtlinie des G-BA über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), (PPP-RL) Stand: 01.01.2023 für den Bereich der stationären Krankenhausversorgung vor. Für weitere Bereiche ist die Implementierung in das SächsPsychKHG erforderlich.

Die Kernaufgaben der Genesungsbegleiterinnen und -begleiter stellen sich – analog anwendbar auf die übrigen Bereiche der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung – demnach wie folgt dar:

- Unterstützung bei der partizipativen Gestaltung der Therapieplanungen und -umsetzung (Atmosphäre und Abläufe) im Sinne des recovery-orientierten Arbeitens
- Einnehmen einer Vermittlerrolle zwischen professionell Helfenden und den Patientinnen und Patienten und Förderung eines Dialogs
- Einbringen sowohl eigener Wahrnehmungen als auch Wahrnehmungen aus Patientenperspektive bei der psychosozialen Anamnese und Befunderhebung, gegebenenfalls durch Unterstützung von Fremdanamnese unter Beachtung der informationellen Selbstbestimmung der Patientin oder des Patienten
- Teilnahme an einrichtungsinternen multidisziplinären Treffen, Visiten, Supervisions- und Balintgruppen
- Beitrag zur Dokumentation der beteiligten Berufsgruppen unter besonderer Berücksichtigung des Recovery- und Ressourcenaspektes
- Einzelgespräche auf Basis der Grundprinzipien der Genesungsbegleitung, insbesondere Recovery und Empowerment, auch in Krisensituationen
- Auf Wunsch der Patientinnen und Patienten Beteiligung bei der Durchführung von Familien- und Bezugspersonengesprächen und Netzwerkgesprächen
- Moderation und Co-Moderation von Begegnungsgruppen, des dialogischen Austauschs und themenspezifischer Gruppen

- Begleitung der Patientinnen und Patienten bei externen Angelegenheiten wie Behördenterminen und Vernetzung in den öffentlichen Raum (u. a. zu externen Selbsthilfe und Angehörigengruppen)
- Unterstützende Mitwirkung beim Übergangs- und Entlassmanagement

Das Angebot der Genesungsbegleiterinnen und -begleiter soll wie auch in anderen Bundesländern in das Hilfesystem des Freistaates Sachsen für Menschen mit psychischen Erkrankungen implementiert werden. Menschen, die zum Teil schwere psychische Krisen überwunden haben, können anderen Betroffenen ein Vorbild sein und diese unterstützen.

Wichtig ist allerdings, dass die Personen mit Eigenerfahrung, die als Genesungsbegleiterinnen und -begleiter eingesetzt werden, über eine abgeschlossene Ausbildung in diesem Bereich verfügen. Eine solche Ausbildung wird zum Beispiel im qualifizierten Umfang vom EX-IN Deutschland e.V. mit seinen Landesvereinen angeboten.

Zu § 9 (Zuständigkeit)

§ 9 regelt die sachliche und örtliche Zuständigkeit für die Gewährung der Hilfen, die ausschließlich auf diesem Gesetz beruhen.

Die sachliche Zuständigkeit war vormals in § 6 Absatz 1 SächsPsychKG, die örtliche Zuständigkeit in § 8 SächsPsychKG inhaltlich gleich geregelt.

Zu Absatz 1

Die Durchführung der Hilfen nach diesem Gesetz wird den Landkreisen und Kreisfreien Städten als weisungsfreie Pflichtaufgabe zugewiesen. Die Erfüllung dieser Aufgaben ist an die finanzielle und tatsächliche Leistungsfähigkeit gekoppelt und steht unter dem Vorbehalt bestehender Verpflichtungen Dritter, insbesondere der Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung, der Eingliederungshilfe, der Sozialhilfe und der Rentenversicherung. Hier besteht die Aufgabe der Landkreise und Kreisfreien Städte darin, für das Vorhalten der Leistungen durch die Verpflichteten Sorge zu tragen. Bestimmte Leistungen, wie die der Sozialpsychiatrischen Dienste, der Suchtberatungs- und Suchtbehandlungsstellen und Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen, für die nur sehr begrenzte Verpflichtungen Dritter bestehen, fördert der Freistaat Sachsen im Rahmen der verfügbaren Haushaltsmittel zum Beispiel über die Kommunalpauschalenverordnung und die Förderrichtlinie Psychiatrie und Suchthilfe.

Zu Absatz 2

Die örtliche Zuständigkeit der Landkreise und Kreisfreien Städte knüpft an den gewöhnlichen Aufenthalt oder den letzten gewöhnlichen Aufenthalt des hilfsbedürftigen Menschen an. Einstweilen ist der Landkreis oder die Kreisfreie Stadt zuständig, in deren Gebiet die Hilfsbedürftigkeit eintritt, wenn der Person zum Beispiel in einer Akutsituation nicht ansprechbar oder auskunftsfähig ist und auch sonst keine Anhaltspunkte zum gewöhnlichen Aufenthaltsort ersichtlich sind.

Zu § 10 (Psychosoziale Dienste und Angebote)

In § 10 sind Regelungen bezüglich der Einrichtungen, die an der psychosozialen Versorgung im Sinne der Begriffsbestimmung in § 3 Absatz 5 teilnehmen, enthalten.

Die vormals in § 6 Absatz 1 Sätze 4 bis 7 SächsPsychKG verorteten Vorschriften wurden überarbeitet und teilweise ergänzt bzw. konkretisiert.

Zu Absatz 1

Absatz 1 Satz 1 regelt, welche Einrichtungen solchen der psychosozialen Versorgung entsprechen. Es wird nicht mehr die Formulierung der „komplementären psychiatrischen Einrichtungen“ verwandt, da keine der Einrichtungen in ihrer Ausrichtung und ihrem Angebot als ergänzend oder nachrangig angesehen wird. Der nicht abschließende Katalog der Einrichtungen der psychosozialen Versorgung beschreibt das derzeit in Sachsen vorhandene Angebot von Einrichtungen im Wesentlichen. Jeder Landkreis und jede Kreisfreie Stadt verfügt über einen Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi) mit Außenstellen, Gleiches gilt für die

Suchtberatungs- und Behandlungsstellen (SBB). Eine Vielzahl von Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen (PSKB) bieten niederschwellige wohnortnahe Möglichkeiten der Unterstützung für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Angebote der Tagesstrukturierung bieten Hilfe bei der Lebensführung und Bewältigung des Alltags. Angebote der Teilhabe an Arbeit, wie z.B. Werkstätten für chronisch psychisch Kranke und Hinzuverdienstprojekte für Menschen mit psychischen Erkrankungen, ermöglichen eine krankheitsangepasste sinnstiftende Arbeitstätigkeit im geschützten Rahmen. Darüber hinaus gibt es Kontaktangebote z.B. über Kontaktcafé sowie aufsuchende Straßensozialarbeit. Weitere unterstützende Angebote sind z.B. besondere Wohnformen für chronisch psychisch kranke und mehrfachabhängigkeitskranke Menschen.

Satz 2 kommt neu dem Wunsch der Betroffenen- und Angehörigenvertretungen nach weiteren speziellen Beratungs- und insbesondere Beschwerdemöglichkeiten nach. Diese Beschwerdestellen sollen, im Unterschied zu den bereits in Vielzahl vorhandenen Pflichtangeboten im Versorgungssystem, unabhängig von einem bestimmten Leistungserbringer und dessen Einrichtung sein und aus trialogisch besetzten Mitgliedern (Menschen mit Eigenerfahrung/Angehörige/Fachkräfte) bestehen. Die Beschwerdestellen sollen für die Menschen mit Beratungs- oder Beschwerdebedarfen sehr leicht und niederschwellig verfügbar sein. Grundsätzlich kann dieser Ansatz fachlich sinnvoll, aber nur als fakultativ-ergänzend unterstützt werden. Um den gestellten Anforderungen gerecht zu werden, kommt eine Etablierung nur im Umfeld von Einrichtungen der psychosozialen Versorgung als ergänzendes Element zu den bereits vorhandenen Beratungs- und Beschwerdemöglichkeiten in Frage. Insoweit können die psychosozialen Dienste und Angebote entsprechende Beratungs- und Beschwerdestellen nach ihrer Leistungsfähigkeit bei ihrer Etablierung unterstützen. Neben der Vermeidung von Doppelstrukturen wird auch die Gewinnung von Mitgliedern für die unabhängigen Beschwerdestellen eine Herausforderung sein.

Zu Absatz 2

Absatz 2 bestimmt, welche Einrichtungen der psychosozialen Versorgung die Landkreise und Kreisfreien Städte als Pflichteinrichtungen vorhalten müssen. Dies sind die Sozialpsychiatrischen Dienste, die Suchtberatungs- und Suchtbehandlungsstellen und nun auch die Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen. Letztere sind wie oben zu Absatz 1 beschrieben bereits seit vielen Jahrzehnten in Sachsen flächendeckend etabliert und als unabdingbar für die psychosoziale Versorgung notwendig anerkannt. Die Finanzierung ist über die Kommunalpauschalenverordnung und vormals über die Förderrichtlinie Psychiatrie und Suchthilfe seit vielen Jahren geregelt und gesichert. Insoweit entspricht die von § 6 Absatz 1 Satz 5 SächsPsychKG abweichende Regelung der gelebten Praxis. Eine landkreisübergreifende, gemeinsame Etablierung von Sozialpsychiatrischen Diensten und Suchtberatungs- und -behandlungsstellen ist abweichend von der Altregelung in § 6 Absatz 1 Satz 6 SächsPsychKG nicht mehr vorgesehen, da sie als nicht mehr erforderlich und sachgerecht angesehen wird. Die Altregelung ist spätestens nach der Kreisreform in Sachsen 2008 überflüssig geworden, als die Anzahl der Landkreise von 22 auf zehn und die Anzahl der Kreisfreien Städte von sieben auf drei reduziert wurden. Die nun vorhandenen 13 Landkreise und Kreisfreien Städte sind entsprechend leistungsfähig, um die geforderten Strukturen vorzuhalten.

Satz 2 legt entsprechend der Altregelung in § 6 Absatz 1 Satz 5 SächsPsychKG fest, dass die Landkreise und Kreisfreien Städte auf die Einrichtung weiterer erforderlicher psychosozialer Dienste und Angebote hinwirken müssen. Satz 2 meint hier die psychosozialen Dienste und Angebote, die die Landkreise und Kreisfreien Städte nicht als Pflichteinrichtungen nach Satz 1 oder im Rahmen einer Übertragung nach § 10 Absatz 3 vorhalten müssen. Das sind zum Beispiel besondere Wohnformen für chronisch psychisch kranke Menschen oder Hinzuverdienstangebote. Diese werden über andere Quellen bzw. Leistungsträger finanziert. Die Landkreise und Kreisfreien Städte haben keine Entscheidungskompetenz über die Ansiedlung der Dienste und Angebote. Sie können jedoch politisch und in diversen Gremien auf eine Einrichtung/Ansiedlung hinwirken, z.B. gegenüber dem Kommunalen Sozialverband Sachsen als Träger der Eingliederungshilfe oder durch ihre Zustimmung zu

einer Projektförderung nach der Förderrichtlinie PsySu und Gewährung des erforderlichen Eigenanteils der Kommune (siehe auch die Aufgaben der PSAG in § 13 Absatz 1 zur Steuerung, Planung, Koordination der psychosozialen Versorgung). Satz 2 enthält hier durch die Wortgruppe „wirken darauf hin“ einen Sicherstellungsauftrag, der vor allem durch Abstimmung und Kooperation umgesetzt wird, nicht aber zwingend die eigene Durchführung der erforderlichen Maßnahmen beinhaltet. Die Formulierung wird etwa auch in § 36 Absatz 1 Satz 1 SGB IX verwendet, um den Sicherstellungsauftrag der Rehabilitationsträger zu regeln. Satz 2 hebt die Verantwortung der Landkreise und Kreisfreien Städte in Bezug auf die psychosozialen Dienste und Angebote an dieser Stelle besonders hervor. Diese sind wesentlich für die gemeindenahere ambulante Versorgung psychisch erkrankter Menschen.

Zu Absatz 3

Absatz 3 bestimmt entsprechend der Altregelung in § 6 Absatz 1 Satz 7 SächsPsychKG, dass die Landkreise und Kreisfreien Städte den Vollzug der Aufgaben der SpDi, der SBB und der PSKB auch auf gemeinnützige freie Träger oder Verbände der freien Wohlfahrtspflege vertraglich übertragen können, wenn diese fachlich geeignet sind. Dieses übliche Vorgehen wird überwiegend bei den PSKB und bei den SBB praktiziert. Die SpDi sind überwiegend in öffentlicher Trägerschaft und bei den Gesundheitsämtern der Landkreise und Kreisfreien Städte angesiedelt. Letzteres ist zu begrüßen, da hier aufgrund der Weisungsgebundenheit der SpDi bei den Gesundheitsämtern im Bedarfsfalle eine schnellere und gezieltere Handlungsfähigkeit besteht. Vorhandene, funktionierende Kooperationen in dem Bereich sollen aber nicht zerstört werden. Insoweit sind auch Ausnahmen möglich.

Satz 2 stellt neu klar, dass sich die Geeignetheitsprüfung der freien Träger insbesondere daran orientiert, dass diese bereit und in der Lage sind, sich an landesweit geltende Fachempfehlungen zu Qualitätsstandards für ihren Tätigkeitbereich zu halten. Landesweite Fachempfehlungen sind zum Beispiel solche der Landesarbeitsgemeinschaften der Psychiatrie – oder der Suchtkoordinatoren, die durch das SMS mitgetragen werden. Die Übertragung ist prinzipiell am Wohl der betroffenen Menschen mit psychischen Erkrankungen und der Effizienz der Versorgung auszurichten.

Zu § 11 (Sozialpsychiatrische Dienste)

§ 11 bestimmt die Rolle des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) im Hilfesystem, legt seine Aufgaben, die Anforderungen an die leitende Person und die Arbeitsweise fest.

Die Altregelung des § 6 Absatz 2 SächsPsychKG wird aufgegriffen und konkretisiert. In Bezug auf die Leitung der SpDi waren Änderungen erforderlich.

Zu Absatz 1

Absatz 1 Satz 1 legt fest, dass der SpDi eines Landkreises oder einer Kreisfreien Stadt die zentrale Rolle bei der psychosozialen Versorgung hat. Er ist das leitende, koordinierende Strukturelement der staatlichen psychosozialen Daseinsvorsorge und der vorzuhaltenden anderen psychosozialen Dienste und Angebote. Er stellt sicher, dass eine ausreichende psychosoziale Versorgung/Betreuung und eine gewisse psychiatrisch-ärztliche ambulante Versorgung für alle psychisch kranken Menschen des Landkreises oder der Kreisfreien Stadt gewährleistet ist. Er hat eine Auffangzuständigkeit, wenn andere Akteure im Hilfesystem nicht zur Verfügung stehen.

Satz 2 stellt darüber hinaus klar, dass sich sein Aufgabenbereich wie bisher und entsprechend § 3 Absatz 1 Nummer 2 und 3 nicht nur auf erwachsene Menschen mit psychischen Erkrankungen erstreckt, sondern auf Hilfebedürftige jeden Alters in ihrem Versorgungsbereich. Kinder und Jugendliche sowie ältere Menschen sind hier nicht ausgenommen. Für deren Ausschluss besteht keine sachliche Rechtfertigung. Die psychiatrische und psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist keine vorrangige Aufgabe der Jugendhilfe.

Zu Absatz 2

Die Kernaufgabe des SpDi ist, psychisch erkrankte Menschen, deren Angehörige und weitere Mitglieder des sozialen Umfelds zu Unterstützungsmöglichkeiten im psychiatrischen und psychosozialen Hilfesystem zu beraten und den Weg zu weisen, die notwendigen Hilfen sicherzustellen und bis zu einem gewissen Grad auch psychosozial zu betreuen. Hierbei stehen besonders die Menschen im Mittelpunkt, die entweder noch gar keinen Kontakt zum Hilfesystem hatten oder den Zugang zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung nicht aus eigener Kraft finden. Dies trifft besonders auf die chronisch psychisch kranken Menschen und jene mit besonderen und komplexen Hilfebedarfen zu.

Satz 1 umreißt die Aufgaben des SpDi zum einen als diese, die sich aus dem SächsGDG ergeben (Prävention, Beratung, Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen inklusive Suchterkrankungen) und zum anderen aus denen, die sich aus § 8 des SächsPsychKHG selbst ergeben. § 8 ist insoweit eine speziellere Regelung für die Arbeitsaufgaben der SpDi und konkretisiert und ergänzt die Aufgaben des SächsGDG. Für die Aufgaben der SpDi, die nicht in öffentlicher Trägerschaft liegen und nicht bei dem Gesundheitsamt angesiedelt sind, gilt ausschließlich § 8.

Satz 2 bestimmt unverändert zur Altregelung in § 6 Absatz 2 Satz 2 SächsPsychKG, dass der SpDi neben den psychosozialen Versorgungsaufgaben auch die Diagnostik und ambulant ärztliche Behandlung der psychiatrischen Erkrankung vornehmen darf und muss, wenn diese nicht anderweitig durch niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater oder Psychiatrische Institutsambulanzen vorgenommen werden kann. Dies kann aus Kapazitätsgründen oder aufgrund der krankheitsbedingten Hürden bei der Inanspruchnahme gelegentlich vorkommen. Das ist kein Eingriff in den Sicherstellungsauftrag der kassenärztlichen Vereinigung. Kassenärzte haben in jedem Falle den Vorrang bei der ambulanten Behandlung. Die Regelung des Satz 2 gilt nur für die Einzelfälle, in denen eine Behandlung durch eine niedergelassene Ärzten oder einen niedergelassenen Arzt nicht möglich ist.

Zu Absatz 3

Um eine hinreichende fachliche Kompetenz der Leitungsperson sicherzustellen, ist der SpDi in der Regel einer Fachärztin oder einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie – in der Regel in Vollzeitbeschäftigung – zu unterstellen. Dies entspricht der Altregelung in § 6 Absatz 2 Satz 3 SächsPsychKG.

Die Ausnahmeregelung (vormals in § 6 Absatz 2 Sätze 4 und 5 SächsPsychKG) wird aufgrund des weiter voranschreitenden Fachkräftemangels und im Rahmen der Deregulierungs- und Entbürokratisierungsbestrebungen abgeändert. Das bisherige befristete Ausnahme genehmigungsverfahren, welches beim SMS durchgeführt wurde, entfällt.

Ist eine Stellenbesetzung im Einzelfall aufgrund sachlicher Gründe, die dem SMS auf Nachfrage zur Nachprüfung im Rahmen der Rechtsaufsicht dargelegt werden müssen, nicht möglich, ist eine anderweitige Stellenbesetzung nach Satz 2 Nummern 1 bis 3 alternativ zulässig. Sachliche Gründe liegen insbesondere vor, wenn die mehrfache Stellenausschreibung in Print- und Onlinemedien trotz mindestens tarifgerechter Bezahlung der unbefristeten Tätigkeit über einen Zeitraum von maximal sechs Monaten nicht besetzt werden kann.

Zu Nummer 1 bis 3

Mit der Erfahrung, dass das Ausnahmeverfahren nach § 6 Absatz 2 Satz 4 und 5 SächsPsychKG wiederholt und von vielen Landkreisen in Anspruch genommen werden musste, ist eine Neuregelung erforderlich. Um eine Kontinuität in der Leitung der SpDi zu erhalten, wird von einer befristeten Lösung abgesehen. Die Prüfung der fachlichen Bewährung der eingestellten Person obliegt den Landkreisen und Kreisfreien Städten.

Es gibt drei Gruppen qualifizierter Personen, die ebenfalls für die Leitung eines SpDi in Betracht kommen. Das sind Fachärztinnen und -ärzte für den öffentlichen Gesundheitsdienst, da sie aufgrund ihrer spezifischen Weiterbildung über Kenntnisse des psychiatrischen und psychosozialen Hilfesystems verfügen und auch gewisse Praxiserfahrung im Umgang mit psychisch kranken Menschen haben. Auch andere Fachärztinnen und -ärzte,

die im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit Erfahrungen in der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen nachweisen können, sind geeignet. Aufgrund ihrer Kenntnisse in der Behandlung von psychisch kranken Menschen kommt auch die Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit Erfahrung in der Psychiatrie in Betracht. Näheres ist in Absatz 4 geregelt.

Zu Nummer 2

Ist die leitende Person des SpDi keine Fachärztin oder kein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und kann diese deshalb die Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen nach Absatz 2 Satz 2 nicht selbst durchführen, muss sichergestellt sein, dass eine geeignete Fachärztin oder ein geeigneter Facharzt für diese Aufgaben vertraglich gebunden ist und dem SpDi zur Verfügung steht.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt, welche Voraussetzungen Psychotherapeutinnen und -therapeuten erfüllen müssen, damit sie über hinreichende Erfahrung in der Psychiatrie verfügen bzw. diese nachweisen können.

Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind fachlich grundsätzlich für alle Aufgaben qualifiziert, die den Leiterinnen und Leitern der SpDis obliegen. Dies betrifft besonders die Kenntnisse und Fähigkeiten in Diagnostik, Indikationsstellung und Behandlung psychischer Störungen mit Krankheitswert, psychosozialen Hilfen sowie rechtlicher Grundlagen. Zudem sind sie speziell zur Leitung von Gruppen sowie zur Analyse und Gestaltung von Kommunikations- und Interaktionsprozessen befähigt und verordnen Ergotherapie, psychiatrische häusliche Krankenpflege, Soziotherapie, medizinische Rehabilitation und Krankenhausbehandlungen sowie Krankenbeförderung. Sie verfügen aufgrund der nachzuweisenden praktischen Tätigkeiten während ihrer Aus- bzw. Weiterbildung über substanzielle Erfahrungen und Kenntnisse in der (teil-)stationären psychiatrischen Versorgung.

Aufgrund der bundesgesetzlich verankerten Reform der Psychotherapeutenausbildung ab dem Wintersemester 2020 ergeben sich jedoch Abgrenzungsschwierigkeiten bei der Konkretisierung des Personenkreises der Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit Erfahrung in der Psychiatrie. Zum einen gibt es Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit der früheren Qualifikation als ärztliche oder psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Nach der Ausbildungsreform gibt es approbierte Psychotherapeutinnen und -therapeuten nach einem fünfjährigen Hochschulstudium, die aber erst nach einer fünfjährigen Weiterbildung – ähnlich einer Facharztausbildung – die entsprechenden praktischen und fachlichen Kenntnisse in der Psychiatrie haben werden. Ein solcher Ausbildungsgang ist bis zum heutigen Tage noch nicht vollständig durchlaufen.

Folgende Psychotherapeutinnen und -therapeuten gelten somit als Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit Erfahrung im Sinne dieses Gesetzes:

Zu Nummer 1

Personen, die nach altem Ausbildungsrecht die Berufsbezeichnung einer Psychologischen Psychotherapeutin oder eines Psychologischen Psychotherapeuten tragen dürfen. Sie sind in der Regel Absolventinnen und Absolventen des Studienganges Psychologie, die die Weiterbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin oder zum Psychologischen Psychotherapeuten absolviert haben.

Zu Nummer 2

Personen, die sich nach neuem Ausbildungsrecht Psychotherapeuten nennen dürfen, also den neuen Studiengang Psychotherapie erfolgreich absolviert haben und zusätzlich

Zu Buchstabe a

entweder die von der Psychotherapeutenkammer angebotene, derzeit fünfjährige Weiterbildung zum „Fachpsychotherapeuten“ erfolgreich absolviert haben, wobei ein Weiterbildungsangang im Bereich Erwachsenen- oder Kinder- und Jugendpsychiatrie gewählt worden sein muss oder

Zu Buchstabe b

wenn sie eine dreijährige Berufserfahrung in der Behandlung schwer psychisch kranker Menschen nachweisen können, z.B. in einer psychiatrischen Klinik.

Zu Absatz 5

Wichtige Voraussetzung für die bedarfsgerechte Versorgung der Menschen mit psychischen Erkrankungen durch den SpDi in ihrer Versorgungsregion ist die enge Zusammenarbeit und Vernetzung des SpDi mit allen anderen Leistungserbringern. Dies betrifft nicht nur die Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern, Tageskliniken und Psychiatrischen und Forensischen Institutsambulanzen, sondern auch die mit den anderen psychosozialen Diensten wie Suchtberatungs- und -behandlungsstellen, Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen, Wohnstätten, Pflegeeinrichtungen, Jugendhilfeeinrichtungen, Werkstätten, Tagesstätten, Selbsthilfevereinen, ggf. Sozialdiensten von Wohnungsbaugesellschaften und Arbeitsangeboten. Absatz 5 legt dies fest und erweitert den Kreis der Zusammenarbeit somit abweichend von der Altregelung in § 6 Absatz 2 Satz 6 SächsPsychKG.

Zu § 12 (Versorgungsverpflichtung der Krankenhäuser)

In § 12 findet sich das Prinzip der sektorierten Vollversorgungsverpflichtung der psychiatrischen Krankenhäuser in Sachsen nach festgelegten Einzugsgebieten wieder, welches seit der Stammfassung des SächsPsychKG in § 2 Absatz 2 und 3 Bestand hat. Es bleibt inhaltlich unverändert, wird jedoch in manchen Punkten klarstellend ergänzt.

Der Grundgedanke der Stammfassung hat weiter unverändert Gültigkeit. Schon 1994 hieß es dazu in der Gesetzesbegründung: „Die Zuordnung eines Pflichtversorgungsgebietes ... dient der Sicherstellung einer sektorierten Vollversorgung. Sie schließt alle Formen der Zwei-Klassen-Psychiatrie aus, wie sie sich traditionell in Deutschland entwickelt und zu Großkrankenhäusern abseits der Ballungszentren geführt hat. In den Großkrankenhäusern wurden die sozial auffälligeren Patienten und diejenigen mit ungünstiger Prognose aufgenommen, und sie blieben dort oft über lange Zeit. Hier wurden auch geschlossene Stationen für notwendig gehalten. Kleinere Krankenhäuser oder Abteilungen suchten sich die leichter und erfolgreicher behandelbaren Patienten aus und verwiesen die anderen an die Großkrankenhäuser. Vergleichbar verfahren in der Regel auch die Universitätskliniken. Durch den vorliegenden Gesetzentwurf werden solche Entwicklungen unterbunden. Das regional zuständige Krankenhaus ist allen Bürgern verpflichtet. Der Stigmatisierung der psychiatrischen Krankenhäuser und damit der Patienten wird entgegengewirkt.“

Ein weiteres wichtiges Argument ist die wohnort- und sozialraumnahe Versorgung der betroffenen Menschen, die auch dann gewährleistet werden soll, wenn eine stationäre Behandlung oder Unterbringung erforderlich wird. Kurze Fahrtwege sind nicht nur aus Sicht eines effizienten Rettungsdienstes relevant. Angehörigen und Vertrauenspersonen werden durch die Nähe zum Wohnort regelmäßige Besuche ermöglicht und der Kontakt zum sozialen Umfeld kann aufrechterhalten werden. Die Wiedereingliederung nach dem stationären Aufenthalt wird leichter möglich sein.

Zu Absatz 1

Die Aufnahme- und Behandlungspflicht der Krankenhäuser knüpft im Regelfall an den gewöhnlichen Aufenthaltsort der Patientin oder des Patienten an und definiert diesen Begriff in Satz 2 und 3 näher. Neben dem gewöhnlichen Aufenthalt ist auch die Anknüpfung an den Ort der eingetretenen Behandlungsbedürftigkeit möglich, falls der gewöhnliche Aufent-

halt nicht feststellbar ist oder in Eilfällen ein näher gelegenes Krankenhaus durch den Rettungsdienst angefahren werden soll. Zu letzterem Fall siehe auch die Begründung zu Absatz 2 Satz 2.

Satz 4 regelt, dass die Vollversorgungsverpflichtung nach Einzugsgebieten im Sinne der Sätze 1 bis 3 nicht für Patientinnen und Patienten im Maßregelvollzug gilt. Da der Vollzug der strafrechtlichen Unterbringungen besondere Sicherungen und modifizierte Behandlungskonzeptionen verlangt, wird dieser in fünf Krankenhäusern konzentriert. Das Nähere legt der Vollstreckungsplan des Freistaates Sachsen fest, siehe § 56 Absatz 1.

Für Fälle der öffentlich-rechtlichen Unterbringung in einem Krankenhaus sei darauf hingewiesen, dass die speziellere Regelung in § 26 Absatz 1 i.V.m. § 12 Absatz 1 Anwendung findet. Für die Unterbringung in einer anerkannten Einrichtung nach § 26 Absatz 2 gilt die Versorgungsverpflichtung nach Einzugsgebieten und die PsychKHEinzugsgebietsVO nicht.

Zu Absatz 2

Absatz 2 Satz 1 stellt klar, dass die Versorgungsverpflichtung der Krankenhäuser nach Absatz 1 nur die Krankenhäuser bindet, nicht die Patientinnen und Patienten. Deren Recht auf freie Arzt- und Krankenhauswahl bleibt unberührt. Die Krankenhäuser tragen dem Rechnung, indem sie auch Patientinnen und Patienten auf deren Wunsch von außerhalb der Einzugsgebiete im Rahmen ihrer verfügbaren Kapazitäten aufnehmen und behandeln; dies steht ihnen frei. Es gibt keine Pflicht in die zuständigen Einzugsgebietskrankenhäuser zu verweisen. Kapazitäten für die Patientinnen und Patienten aus dem eigenen Einzugsgebiet sind jedoch im angemessenen Rahmen freizuhalten.

Satz 2 stellt darüber hinaus klar, wie sich das Verhältnis der Regelungen zu den Aufnahme- und Behandlungspflichten nach Einzugsgebieten gemäß § 12 Absatz 1 SächsPsychKHG zu den Regelungen zur Notfallversorgung und dem Rettungsdienst nach SächsKHG und SächsBRKG gestaltet. Beide Regelungsinhalte sind nebeneinander rechtlich anwendbar. Erstere hat die Regelversorgung und den Anspruch auf wohnortnahe Versorgung des Menschen mit psychischer Erkrankung im Fokus, Zweitere die Notfallversorgung (qualifizierte ärztliche Erstversorgung i.S.d. § 27 Absatz 1 Satz 2 SächsKHG) und die davor erforderliche Notfallrettung durch den Rettungsdienst i.S.d. § 2 Absatz Satz 2 SächsBRKG.

Handelt es sich um einen Fall der Erstversorgung sind zuerst die spezielleren Normen im SächsKHG und SächsBRKG anzuwenden. Der Rettungsdienst ist berechtigt und verpflichtet den Notfallpatienten in das für die Erstversorgung nächstgelegene geeignete Krankenhaus zu befördern. Dies kann das am gewöhnlichen Aufenthaltsort der Patientin oder des Patienten zuständige Krankenhaus nach PsychKHEinzugsgebietsVO sein (siehe Absatz 1 Satz 2 1. Alternative) oder das Krankenhaus, in dessen Einzugsgebiet die Behandlungsbedürftigkeit eintritt (siehe Absatz 1 Satz 1 2. Alternative) oder aber auch ein ganz anderes, wenn es nach sachlicher Würdigung des Einzelfalls durch den handelnden Rettungsdienst ein anderes nächstgelegenes und geeignetes Krankenhaus (z.B. wegen Fehlens von Behandlungskapazitäten im Katastrophenfall) gibt. Die Auswahlentscheidung trifft der Rettungsdienst nach pflichtgemäßen Ermessen. Das Krankenhaus wiederum ist verpflichtet, die Notfallpatientin oder den Notfallpatienten ohne Ansehen ihrer Aufnahmekapazitäten und des Versorgungsauftrages aus dem Krankenhausplan/SächsKHG und SächsPsychKHG zur Erstversorgung aufzunehmen. Die Krankenhäuser sind also in diesem Fall nicht berechtigt, die Entscheidung des Rettungsdienstes mit Verweis auf die PsychKHEinzugsgebietsVO abzulehnen.

Dennoch ist es sinnvoll, dass sich Rettungsdienst und Krankenhaus vor Einlieferung abstimmen, ob eine Aufnahme rein tatsächlich möglich ist und ob es therapeutische Gründe gibt, die dafür oder dagegen sprechen. Der Rettungsdienst sollte, auch falls eine Auswahl zwischen verschiedenen Krankenhäusern möglich ist, vorzugshalber das Krankenhaus auswählen, das entsprechend der PsychKHEinzugsgebietsVO zuständig ist. Hierbei ist in der Regel das Krankenhaus am gewöhnlichen Aufenthaltsort vorzuziehen. Dies hat folgende Gründe: Anders als bei Patientinnen und Patienten mit somatischen Erkrankungen ist eine Verlegung/Weiterleitung bei psychisch kranken Patientinnen und Patienten in ein

anderes Krankenhaus zumeist aus therapeutischen Gründen ungünstig. Eine Verlegung kann den Behandlungserfolg gefährden, da psychiatrische Patientinnen und Patienten einen neuerlichen Ortswechsel und Wechsel der Therapeutinnen und Therapeuten in der Regel nur schlecht tolerieren. Überdies ist aufgrund der oft langen Verweildauern eine wohnortnahe Behandlung zur Aufrechterhaltung der Kontakte zu Angehörigen, Vertrauenspersonen und dem sozialen Umfeld anzustreben.

Dementsprechend hat das nach der PsychKHEinzugsgebietsVO unzuständige Krankenhaus nach Abschluss der Erstversorgung das Recht – aber nicht die Pflicht – die stabilisierte Patientin und bzw. den stabilisierten Patienten in das nach Absatz 1 Satz 1 zuständige Krankenhaus zu verlegen.

Zu Absatz 3

Absatz 3 enthält die bisher in § 2 Absatz 2 und 3 i.V.m. § 42 Absatz 1 SächsPsychKG verteilte Verordnungsermächtigung zur Festlegung der Einzugsgebiete der Krankenhäuser; derzeit genutzt für die Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz zur Festlegung von Einzugsgebieten für die psychiatrische Krankenhausversorgung vom 22. Dezember 2014 (SächsGVBl. 2015 S. 154). Diese legt die räumlichen Pflichtversorgungsgebiete der sächsischen psychiatrischen Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie (Anlage 1 der VO) und der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) (Anlage 2 der VO) fest. Fachliche Kriterien für die Festlegung der Einzugsgebiete sind insbesondere die Bevölkerungszahlen und -strukturen, die Erfordernisse der Raumordnung und der Landesplanung sowie regionale Versorgungsbelange und -interessen, direkte Anbindung und geeignete Zufahrtswege für Rettungsdienste und das Vorhandensein von bestimmten Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die mit Gerichtsbeschluss untergebrachten Patientinnen und Patienten. Derzeit sind in Sachsen 23 Kliniken für Erwachsenenpsychiatrie und 9 Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie (an 23 Krankenhäusern – davon 4 Sächsische Landeskrankenhäuser, 2 Universitätskliniken, 1 kommunaler Eigenbetrieb mit 2 Standorten, 16 nichtöffentliche Krankenhäuser) über die PsychKHEinzugsgebietsVO verpflichtet.

Die Verordnungsermächtigung wurde nun inhaltlich erweitert. Um die Durchführung der Regelungen der Absätze 1 und 2 für alle beteiligten Akteure zu erleichtern und da es immer wieder Unsicherheiten bezüglich des Anwendungsverhältnisses zwischen § 2 Absatz 2 SächsPsychKG i.V.m. PsychKHEinzugsgebietsVO und den Regelungen zur Notfallversorgung und -rettung nach SächsKHG i.V.m. SächsBRKG gab, ist das SMS im Einvernehmen mit SMI und SMJusDEG nunmehr berechtigt, im Wege einer Rechtsverordnung Durchführungsvorschriften zu erlassen.

Gemäß Satz 1 ist weiterhin vor Erlass der Rechtsverordnung das Einvernehmen des SMI und des SMJusDEG einzuholen, da deren jeweilige Geschäftsbereiche betroffen sind. Insbesondere im Hinblick auf den Rettungsdienst, den Polizeivollzugsdienst und die Anordnung der öffentlich-rechtlichen Unterbringung durch die Betreuungs- und Familiengerichte gibt es Schnittmengen.

Bei der Festlegung und Änderung der Einzugsgebiete sollen die Krankenhausträger vorab eingebunden werden. Die Formulierung wird aber insoweit konkretisiert, dass ein Inbenediktsetzen ausreicht, um zügige Festlegungen sicherzustellen, die nicht von einzelnen Krankenhausträgern blockiert werden können. Inbenediktmen bedeutet, dass SMS und Krankenhausträger ernsthaft versuchen sollen, eine Einigung zu erreichen. Bei einem Scheitern der Bemühungen, entscheidet das SMS aufgrund sachlicher Erwägungen.

Satz 2 bestimmt, dass die räumlichen Festlegungen der Einzugsgebiete nach SächsPsychKHG unter Berücksichtigung der Krankenhausplanung und der dort auch für psychiatrische Krankenhäuser festgelegten Versorgungsverpflichtungen getroffen werden sollen. Eine ressortinterne Abstimmung ist erforderlich.

Satz 3 und 4 legt die Voraussetzungen und das Verfahren zur befristeten Entbindung einzelner Krankenhäuser von der Vollversorgungsverpflichtung nach zugewiesenen Einzugsgebieten gemäß PsychKHEinzugsgebietsVO fest. Die vormals in § 2 Absatz 3 Satz 2

SächsPsychKG getroffene Regelung wird um Verfahrensvorschriften ergänzt. Eine befristete Entbindung von der Vollversorgungspflicht kann zum Beispiel erforderlich werden, wenn Krankenhäuser aufgrund von Baumaßnahmen vorübergehend an der fachgerechten Versorgung der Patientinnen und Patienten ganz oder teilweise gehindert sind oder in Fällen der vollständigen und endgültigen Schließung von Kliniken bis die Umverteilung auf andere Kliniken angeschlossen und in der PsychKHEinzugsgebietsVO festgelegt ist. Die Entbindung und die ggf. erforderliche Umverteilung der Einzugsgebiete erfolgt durch Entscheidung gegenüber den betroffenen Krankenhausträgern und wird dann für die Öffentlichkeit im Sächsischen Amtsblatt bekanntgemacht.

Zu § 13 (Koordination der Versorgung auf Ebene der Landkreise und Kreisfreien Städte, Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften)

§ 13 regelt die Aufgaben, die Zusammensetzung und Arbeitsweise der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften (PSAG) der Landkreise und Kreisfreien Städte sowie Näheres zu den Psychiatriekoordinatorinnen und -koordinatoren sowie der Suchtkoordinatorinnen und -koordinatoren.

Die Norm greift dabei die Altregelung in § 7 Absatz 1 SächsPsychKG auf und konkretisiert diese.

Zu Absatz 1

Absatz 1 bestimmt, dass jeder Landkreis und jede Kreisfreie Stadt als ständiges beratendes Gremium eine PSAG installiert. Diese werden von den Beiräten der Kreistage und Stadträte eingerichtet und die Mitglieder berufen. Aufgrund der Relevanz für die Gesamtbevölkerung können separate Facharbeitsgruppen für das Thema Sucht eingerichtet werden. Wie diese im Einzelnen benannt und ausgestaltet werden, bleibt den Landkreisen und Kreisfreien Städten je nach den regionalen Gegebenheiten überlassen. Alle Landkreise und Kreisfreien Städte in Sachsen verfügen bereits über PSAG; einige haben dabei gesonderte Facharbeitsgruppen unterschiedlicher Bezeichnung für das Thema Sucht eingerichtet, z.B. Drogenbeirat der Stadt Leipzig. Diese etablierten Strukturen sollen erhalten und ggf. weiterentwickelt werden.

Satz 3 regelt die Aufgaben der PSAG. Die Landkreise und Kreisfreien Städte stellen Versorgungsgebiete als Einheiten vernetzter und koordinierter psychiatrischer und psychosozialer Versorgung dar. Die dafür notwendige Bedarfsfeststellung, Planung und Koordination bedürfen bestimmter Formen. An erster Stelle steht dabei die PSAG als fachlich versiertes Gremium, das dem Landkreis oder der Kreisfreien Stadt Vorschläge und Empfehlungen im Sinne eines regionalen Psychiatriepflichtes unterbreitet und sie in Fragen der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung berät. Satz 4 sieht bei grundlegenden Entscheidungen des Kreistages oder Stadtrates dazu eine Anhörungspflicht der PSAG vor. Die Empfehlungen der PSAG sollen auch den Kostenträgern als Entscheidungsgrundlagen dienen.

Zu Absatz 2

Absatz 2 stellt zwei Einzelaufgaben im Rahmen der Aufgaben nach Absatz 1 Satz 3 besonders heraus. Es handelt sich um die beiden neu in das Gesetz aufgenommenen Instrumente, nämlich die Etablierung der Verbände der Leistungserbringer nach § 14 und die Einrichtung von Krisendiensten nach § 8 Absatz 7. Die PSAG erarbeitet dafür Vorschläge, wie Verbände der Leistungserbringer und Krisendienste in ihrer Versorgungsregion etabliert und umgesetzt werden können. Gemeinsam mit den ortsansässigen Leistungserbringern bemüht sie sich um deren Realisierung.

Unbenommen bleibt, dass die Initiative zur Einrichtung von Krisendiensten und Verbänden der Leistungserbringer auch von verschiedenen Leistungserbringern selbst ausgehen kann. Solche Initiativen sind unterstützenswert.

Zu Absatz 3

Absatz 3 bestimmt, welche Personen als Mitglieder der PSAG bestellt werden können. Es sollen nach Möglichkeit mindestens eine Vertreterin oder ein Vertreter jeder aufgezählten

Gruppe vertreten sein, soweit sie in dem betroffenen Landkreis oder Kreisfreien Stadt regional vertreten ist bzw. mit der psychiatrischen oder psychosozialen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen regional befasst ist. Auf eine fachliche Ausgewogenheit ist bei der Bestellung zu achten. Alle wesentlichen regional aktiven Akteurinnen und Akteure sind einzubinden.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt die Bestellung, die Aufgaben und Rechte der Psychiatriekoordinatorin oder des Psychiatriekoordinators bzw. der Suchtkoordinatorin oder des Suchtkoordinators. Die Altregelung in § 7 Absatz 1 Sätze 6 und 7 SächsPsychKG wird inhaltlich übernommen; dabei wird sie rein deklaratorisch konkretisiert, um den bestehenden Aufgabeninhalt deutlicher zu machen.

Alle Landkreise und Kreisfreien Städte sind verpflichtet, Psychiatriekoordinatorinnen und -koordinatoren zu bestellen. Diese sind Beschäftigte des Landkreises oder der Kreisfreien Stadt und müssen fachkompetent sein, d.h. fachliche Erfahrungen und Kenntnisse zum psychiatrischen und psychosozialen Hilfesystem in ihrem Landkreis oder ihrer Kreisfreien Stadt haben. Je nach den regionalen Erfordernissen vor Ort und Schwerpunktsetzungen können für die Koordination der Suchthilfe Suchtkoordinatorinnen oder -koordinatoren bestellt werden. Alle Landkreise und Kreisfreien Städte verfügen derzeit über Psychiatriekoordinatorinnen oder -koordinatoren und einige über Suchtkoordinatorinnen oder -koordinatoren in regional unterschiedlichem Beschäftigungsumfang. Um eine sachgerechte Aufgabenerfüllung sicherzustellen, erscheint eine Hauptamtlichkeit, d.h. mindestens eine Beschäftigung im Umfang eines Vollzeitäquivalents, erforderlich.

Die Aufgaben der Psychiatrie- und Suchtkoordinatorinnen und -koordinatoren ergeben sich aus Satz 1 und Satz 3. Zum einen stellt die Koordinatorin oder der Koordinator für den Landkreis oder die Kreisfreie Stadt die Hilfen nach diesem Gesetz sicher und koordiniert das System der vorzuhaltenden psychosozialen Dienste und Angebote im Landkreis oder der Stadt. Sie oder er kümmert sich auch um dessen bedarfsgerechte Weiterentwicklung. Zum anderen hat die Koordinatorin oder der Koordinator aber auch eine leitende Funktion in der PSAG. Sie oder er ist beauftragt, die Vorarbeiten für qualifizierte Diskussionen der PSAG zu liefern und bemüht sich, dass deren Beschlüsse umgesetzt werden. Sie oder er organisiert die Erstellung des regionalen Psychiatrieplans und arbeitet mit dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt und den Psychiatrie- und Suchtkoordinatoren der anderen Landkreise und Kreisfreien Städte eng zusammen, z.B. im Rahmen der Landesarbeitsgemeinschaft der Psychiatrie- und Suchtkoordinatoren. Sie oder er vertritt den Landkreis oder die Kreisfreie Stadt nach außen. Sollte eine weitere Person die Funktion der Suchtkoordinatorin oder des Suchtkoordinators innehaben, muss der Landkreis oder die Kreisfreie Stadt in eigener Verantwortung die Rechte, insbesondere das Vertretungsrecht, nach außen regeln.

Zu § 14 (Verbünde der Leistungserbringer)

§ 14 regelt die Konzeption der Verbünde der Leistungserbringer auf Ebene der Landkreise und Kreisfreien Städte. Die Norm knüpft an die Regelungen zur Koordinierung in §§ 6 und 7 an und konkretisiert diese. Dem Sozialpsychiatrischen Dienst werden keine neuen Aufgaben übertragen.

Auch an anderen Stellen wird die Bedeutung der Zusammenarbeit hervorgehoben. Für die Krankenhäuser ist beispielsweise die Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern bereits in § 3 SächsKHG geregelt. Speziell für den Bereich der psychiatrischen und psychotherapeutischen Komplexversorgung wurde eine Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) erstellt. Die Begrifflichkeit des Verbundes ist im Sinne eines Oberbegriffs offen gewählt, so dass bestehende Kooperationen von Leistungserbringern sich nicht umbenennen müssen.

Zu Absatz 1

Verbünde der Leistungserbringer dienen der besseren Koordination von Hilfen für psychisch kranke Menschen auf regionaler Ebene in Versorgungsregionen. Sie sind wichtig für ein abgestimmtes, gemeinsames Handeln und ermöglichen auf Grund der verschiedenen regionalen Mitglieder, Aufgaben auf mehreren Schultern zu verteilen. In dieser strukturierten, personenbezogenen Kooperation sollten daher stationäre, teilstationäre und ambulante psychiatrische Angebote wie z.B. der Krankenhäuser, Tageskliniken, Psychiatrischen Institutsambulanzen, niedergelassenen Psychiaterinnen, Psychiater, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und die psychosozialen Angebote, wie z.B. Sozialpsychiatrische Dienste, Suchtberatungs- und -behandlungsstellen, Psychosoziale Kontakt- und -beratungsstellen, Wohnstätten und Werkstätten für Menschen mit psychischen Erkrankungen und die psychiatrische Selbsthilfe miteinander verzahnt werden. Alle wesentlichen Leistungserbringer der Versorgungsregion sollen sich in dem Verbund einbringen.

In vielen Bundesländern haben sich solche Verbünde der regionalen Leistungserbringer etabliert und sie arbeiten wirkungsvoll, z.B. unter dem Namen der Gemeindepsychiatrischen Verbünde in Baden-Württemberg. Das Konzept hat sich übergreifend bewährt. In Sachsen haben sich in den Kreisfreien Städten Leipzig und Dresden und im Landkreis Görlitz bereits vergleichbare Verbünde organisiert. Die Bezeichnungen sind regional verschieden und haben sich historisch entwickelt.

Zu Absatz 2

Um die Verbindlichkeit der Kooperation zwischen den Mitgliedern des Verbundes der Leistungserbringer zu erhöhen, ist eine schriftliche Niederlegung der Kooperationsvereinbarung vorgesehen. Ansonsten organisieren sich die Verbünde im Rahmen der ihnen übertragenen Aufgaben und der Vorgaben aus Absatz 5 eigenverantwortlich. Jeder Leistungserbringer bringt sich im Rahmen seiner Leistungsfähigkeit in den Verbund ein, d.h. er erbringt Leistungen nur soweit er diese in seinem Aufgabenfeld und im Rahmen seiner Struktur auch für den hilfebedürftigen Menschen zuständigkeitshalber auf der entsprechenden Rechtsgrundlage (überwiegend nach den Sozialgesetzbüchern) erbringen wird. Dies schließt auch die erforderlichen koordinativen Abstimmungen mit den anderen Leistungserbringern ein.

Ziel und Aufgabe der Verbünde ist es, insbesondere Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und damit komplexen Hilfebedarfen, die sektorenübergreifende Hilfeleistungen aus vielen Versorgungsbereichen benötigen, individuell bedarfsgerechte und wohn- und sozialraumnahe, zwischen den Leistungserbringern abgestimmte Angebote unterbreiten zu können und die Versorgung der Personen so sicherzustellen. Die Versorgung dieser Personengruppe gestaltet sich derzeit schwierig. Näheres ist dazu auch in Absatz 3 zu den Hilfeplankonferenzen geregelt.

Eine weitere Aufgabe der Verbünde ist es, die PSAG ihres Landkreises oder ihrer Kreisfreien Stadt bei der Steuerung, Planung und Koordination der Hilfen in der Region durch ihre Zuarbeit zu unterstützen. Deshalb ist auch die Mitgliedschaft des regionalen Verbundes oder der regionalen Verbünde in der PSAG vorgesehen (§ 13 Absatz 3 Nummer 9). Die Verbünde der Leistungserbringer werden über wichtiges, detailliertes Wissen zur konkreten Versorgungssituation in ihrer Region verfügen und sollen diese Kenntnisse für die Zwecke der Weiterentwicklung der bedarfsgerechten Versorgungsstrukturen einbringen.

Auch wenn im Verbund und der PSAG teilweise dieselben Mitglieder aktiv sein können, unterscheiden sich ihre Rollen. Während sie im Rahmen des Verbundes patientenbezogen arbeiten und z. B. bestimmte Versorgungsbedarfe erkennen, nehmen sie im Rahmen der PSAG eher eine steuernde und strategische Aufgabe wahr.

Zu Absatz 3

Absatz 3 nimmt Bezug auf die Aufgabe der Verbünde aus Absatz 2 Satz 1. Als geeignetes Instrument der sektorenübergreifenden Organisation der Versorgung von schwer psychisch

kranken Menschen mit komplexen Hilfebedarfen haben sich sogenannte Hilfeplankonferenzen fachlich etabliert und als besonders wirksam erwiesen. Sie stehen dabei nicht in Konkurrenz zu anderen gesetzlich verankerten Planungsinstrumenten wie z.B. dem Gesamtplanverfahren für Menschen mit Behinderungen nach § 117 ff. SGB IX, welches sich ausschließlich an Menschen mit festgestellten Eingliederungsanspruch nach SGB IX richtet.

Welche Leistungserbringer des Verbundes an den jeweiligen Hilfeplankonferenzen teilnehmen, bestimmt sich nach den individuellen Hilfebedarfen der oder des konkreten Hilfebedürftigen. Das Verfahren der Hilfeplankonferenzen bestimmt der Verbund intern. Der Sozialpsychiatrische Dienst des Landkreises oder der Kreisfreien Stadt ist wegen seiner zentralen Stellung und seiner Pflicht zur Sicherstellung der Versorgung zwingend in jedes Hilfeplankonferenzverfahren einzubinden. Angehörige und Vertrauenspersonen sollen ebenfalls eingebunden werden, da sie im sozialen Umfeld bei der Betreuung der Betroffenen mitwirken und wichtig für eine effektive Umsetzung der Hilfeangebote sind. Sie sollen deshalb ein gewisses Mitspracherecht und Kenntnis von den getroffenen Vereinbarungen in der Hilfeplankonferenz haben – vorausgesetzt die oder der Betroffene ist mit der Einbindung einverstanden.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt die Zusammenarbeit mit anderen in der Versorgungsregion aktiven Akteuren, die je nach Bedarf eingebunden werden sollen. Die Einbindung von Leistungsträgern kann z.B. bei Hilfeplankonferenzen hilfreich sein. Für andere Netzwerke, die (auch) mit der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen befasst, wie z.B. Nachbarschaftsnetzwerke, Sozialdienste von Wohnungsbaugesellschaften oder entstehende Netzverbände nach der KSV-PsychRL, gilt dies genauso. Besonders wichtig für die Wiedereingliederung psychisch kranker Menschen, die aus den Maßregelvollzugseinrichtungen entlassen werden, ist die frühzeitige Kontaktaufnahme mit den ambulanten und psychosozialen Einrichtungen, die die Betroffenen nach ihrer Entlassung aufnehmen und weiterbetreuen. Der Bedarf an komplexen Hilfeleistungen für diese Personen ist meist hoch und die Vorbehalte gegenüber der Aufnahme der Entlassenen sind ebenfalls beträchtlich. Die Verbände der Leistungserbringer sind insoweit die geeignete Anlaufstelle für die Wiedereingliederung und sollen sich dieser Aufgabe gemeinsam mit dem Entlassmanagement der Maßregelvollzugseinrichtungen stellen. Im Bedarfsfall können auch die Verbände und Interessenvertretungen der Betroffenen und Angehörigen eingebunden werden.

Zu Absatz 5

Das Gebiet, für das ein Verbund von Leistungserbringern etabliert wird, wird voraussichtlich dem Gebiet des Landkreises oder der Kreisfreien Stadt entsprechen. Dies ist aber nicht zwingend notwendig. Es können auch andere Grenzen gefunden werden, wenn dies aufgrund regionaler oder historischer Gegebenheiten z.B. gewachsener Zusammenarbeitsstrukturen, so sinnvoll erscheint. Die Versorgungsregion kann z.B. nur ein Teilstück eines Landkreises umfassen oder auch Landkreisgrenzen übergreifend gebildet werden. Eine Abstimmung mit der oder den zuständigen PSAG ist sinnvoll und auch nach § 13 Absatz 2 vorgesehen. Die Entscheidung über die Versorgungsregion treffen deren Mitglieder im Ergebnis eigenverantwortlich.

Zu § 15 (Koordination der Versorgung auf Landesebene, Landesbeirat Psychische Gesundheit)

In § 15 ist der Landesbeirat Psychische Gesundheit (vormals Landesbeirat Psychiatrie) geregelt. Die Altregelung in § 7 Absatz 3 SächsPsychKG wurde inhaltlich aufgegriffen, konkretisiert und entsprechend der aktuell gelebten Praxis gesetzlich normiert.

Die in Absatz 4 niedergelegte Pflicht zur Erstellung eines Landespsychiatrieplanes ist eine Neuregelung, auch wenn bereits zwei Landespsychiatriepläne (1993 und 2011) für den Freistaat Sachsen erarbeitet wurden.

Zu Absatz 1

Das ständige Gremium des Landesbeirates Psychische Gesundheit berät das SMS in Fragen der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung von landesweitem Bezug. Die Fragestellungen werden entweder aus dem Kreis der Mitglieder an das SMS herangetragen, diskutiert und Empfehlungen ausgesprochen oder das SMS bittet den Landesbeirat um Positionierung und Unterstützung zu bestimmten Fragen, z.B. im Rahmen der Erarbeitung des Landespsychiatrieplanes oder der Novellierung der gesetzlichen Regelung - wie bei der Novellierung des SächsPsychKG geschehen.

Der Landesbeirat Psychiatrie erhält durch die Regelung einen neuen Namen, um das heterogene Spektrum der psychiatrischen und psychosozialen Versorgungslandschaft unter Einbindung der Betroffenen- und Angehörigenperspektive besser abzubilden.

Die Mitglieder des Landesbeirates werden vom SMS für eine Berufungsperiode von vier Jahren berufen.

Zu Absatz 2

In Absatz 2 werden die Anforderungen an die ehrenamtlichen Mitglieder des Landesbeirates hinsichtlich ihrer fachlichen Expertise und ihrer Aufgaben bestimmt. Es sollen Vertreterinnen und Vertreter aller in Sachsen relevanten Akteure berufen werden insbesondere der

- ambulanten psychiatrischen Versorgung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen, inklusive der psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung,
- stationären psychiatrischen Versorgung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen, sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen Bereich,
- psychiatrischen Versorgung in Einrichtungen des Maßregelvollzuges,
- Interessenvertretung der Menschen mit psychischen Erkrankungen,
- Interessenvertretung der Angehörigen von Menschen mit psychischen Erkrankungen,
- psychosozialen Versorgung der Landkreise und Kreisfreien Städte, insbesondere der Sozialpsychiatrischen Dienste, der Suchtbehandlungs- und -beratungsstellen und der Psychosozialen Kontakt- und -beratungsstellen und
- Angebote des Wohnens für Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Die Mitglieder sind beauftragt ihr Fachwissen und die Interessenvertretung ihres Fachgebietes in die Beratung einzubringen. Die Mitglieder sollen die Beratungsinhalte transparent gegenüber ihrer Berufsgruppe/Standesvertretung bzw. ihrem Verband kommunizieren und die Ergebnisse weitervermitteln, soweit es sich nicht um geheimhaltungsbedürftige Inhalte handelt.

Zu Absatz 3

Das Nähere zu seiner Tätigkeit und zum Beratungsverfahren regelt der Landesbeirat Psychische Gesundheit eigenverantwortlich in einer Geschäftsordnung.

Absatz 3 regelt, dass das ehrenamtliche Gremium wie bisher schon praktiziert organisatorische Unterstützung erhält. Dies wird nunmehr durch eine Geschäftsstelle, die beim SMS angesiedelt ist, umgesetzt.

Zu Absatz 4

Absatz 4 normiert die Erstellung des Landespsychiatrieplanes unter Beteiligung des Landesbeirates Psychische Gesundheit.

Ein Landespsychiatrieplan ist die Darstellung der Handlungsfelder, die aus Sicht des Landes vordringlich zu bearbeiten sind, um die psychiatrische und psychosoziale Versorgung

in den kommenden Jahren qualitativ weiterzuentwickeln. Sobald möglich bezieht der Landespsychiatrieplan als Datengrundlage die Ergebnisse der Psychiatrieberaterstattung nach § 6 mit ein.

Zu § 16 (Dokumentations- und Meldepflichten)

§ 16 Absatz 1 regelt die Dokumentationspflichten der Leistungserbringer im Hilfesystem, im Wesentlichen unverändert zur Altregelung in § 7 Absatz 2 SächsPsychKG.

Absätze 2 bis 7 betreffen die Meldepflichten der Leistungserbringer im Hilfesystem, insbesondere zur Verwendung für die Psychiatrieberaterstattung nach § 6 und die Erstellung der Psychiatrie- und Suchthilfepläne, unterteilt nach den verschiedenen Einrichtungstypen. Die Altregelungen in § 8a bis h SächsPsychKG zu diesem Bereich entfallen. Sie werden inhaltlich neu geordnet. Auf die Erhebung und Meldung personenbezogener Daten wird verzichtet. Die Anzahl der zu meldenden Daten wird stark gekürzt und auf die wichtigsten Fakten reduziert. Die Meldepflichten werden jedoch auf Krankenhäuser ausgedehnt, da sie eine sehr wichtige Struktur im Hilfesystem sind, die bisher nicht einbezogen war. Es werden nur solche Daten erfragt, die nicht schon anderweitig erhoben werden und dem SMS bereits zur Verfügung stehen.

Auf die Begründung zu § 6 Absatz 2 wird Bezug genommen.

Zu Absatz 1

Alle Erbringer von Leistungen nach diesem Gesetz sind verpflichtet, ihre erbrachten Leistungen sachgerecht zu dokumentieren. Satz 2 stellt klar, dass sich Dokumentationspflichten auch aus anderen Rechtsgrundlagen ergeben können und dass diese ebenfalls zu beachten sind.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die Meldepflichten der Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) gegenüber der obersten Aufsichtsbehörde, dem SMS. Die Meldung hat jeweils bis zum 31. März für das vergangene Jahr zu erfolgen.

Die Meldepflicht nach diesem Absatz ist für die SpDi regelhaft, d.h. für jedes Jahr verpflichtend.

Zu Nummer 1 bis 4

Es werden die Kategorien der zu meldenden statistischen Daten jeweils spezifiziert und durch nicht abschließende Beispiele unterlegt. Eine abschließende Aufzählung ist nicht sinnvoll, da sich einzelne Items erst noch im Rahmen der Erarbeitung der Psychiatrieberaterstattung ergeben und sich auch im Laufe der Zeit weiterentwickeln können. Insoweit kann die Verordnungsermächtigung in Absatz 7 genutzt werden.

Bezüglich der in Absatz 2 Nummer 3 genannten Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10-GM) wird zur weiteren Erläuterung auf die Begründung zu § 3 Absatz 1 verwiesen.

Zu Absatz 3

Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen, vormals in § 8a Absatz 2 Nummer 2 i.V.m. Absatz 1 Satz 1 SächsPsychKG zur Teilnahme an der Psychiatrieberaterstattung verpflichtet, werden nun nur noch nach Aufforderung der obersten Aufsichtsbehörde – voraussichtlich nach einem Stichprobenmodell – meldepflichtig sein. Der Aufwand für die betroffenen Einrichtungen soll sich in einem vertretbaren Rahmen halten. Das Nähere kann in der Rechtsverordnung nach Absatz 7 durch das SMS geregelt werden.

Die zu meldenden statistischen Daten sind nun in drei Oberkategorien unterteilt. Es handelt sich um einrichtungsbezogene Strukturmerkmale, klinische Daten und soziodemografische Daten der Nutzergruppen.

Zu Absatz 4

Die Suchtberatungs- und -behandlungsstellen sind wie bisher in der Altregelung in § 8a Absatz 3 SächsPsychKG primär verpflichtet, an der Deutschen Suchthilfestatistik teilzunehmen. Die dort erhobenen statistischen Daten stehen dem SMS und den Landkreisen und Kreisfreien Städten zu ihrer Verwendung zur Verfügung. Die Daten der Suchthilfestatistik werden Bestandteil der Psychiatrieberichterstattung sein.

Zu Absatz 5

Absatz 5 bestimmt die Meldepflichten der anderen stationären Einrichtungen im Sinne des § 3 Absatz 7. Sie betreffen vor allem die Wohneinrichtungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen, wie vormals in § 8a Absatz 2 Nummer 3 i.V.m. Absatz 1 Satz 1 SächsPsychKG vorgesehen. Aufgrund der Vielzahl der einbezogenen Einrichtungen in Sachsen und zur Minimierung des Aufwandes ist auch hier wie in Absatz 3 für die psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen nur eine Meldepflicht nach Anforderung der obersten Aufsichtsbehörde geregelt.

Zu Nummer 1 bis 5

In den Nummern 1 bis 5 werden die durch die anderen stationären Einrichtungen zu meldenden statistischen Daten festgelegt. Die zu meldenden Daten wurden auf das erforderliche Minimum reduziert und der Spielraum für den Verordnungsgeber durch den abschließenden Katalog in Nummern 1, 3 bis 5 begrenzt.

Die Nummern 1 und 2 beziehen sich auf klinische und soziodemografische gruppenbezogene Angaben zu den Bewohnerinnen, Bewohnern, Nutzerinnen oder Nutzern – unabhängig von einer etwaigen gerichtlich angeordneten Unterbringung in der Einrichtung.

Die Nummern 3 bis 5 erfassen die in den stationären Einrichtungen vollzogenen Zwangsmaßnahmen gegenüber den Bewohnerinnen und Bewohnern. Die statistische Erfassung von Zwangsmaßnahmen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen und insbesondere auch Menschen mit seelischen Behinderungen ist ein wichtiges Instrument, um Zwang gegen die vulnerable und schützenswürdige Personengruppe transparent zu machen und aufgrund der statistischen Daten geeignete Maßnahmen zur Vermeidung von Zwang zu ergreifen. Die Abfrage von und das Interesse an statistischen Daten zu Zwangsmaßnahmen gegen Menschen mit psychischen Erkrankungen durch nationale und internationale Stellen, politische Institutionen und Interessenvertretungen nimmt immer weiter zu. Deshalb war es notwendig, entsprechende Meldepflichten zu Zwangsmaßnahmen aufzunehmen.

Nummer 3 meint die in der Wohneinrichtung durch gerichtlichen Beschluss nach BGB untergebrachte Anzahl von Personen und die Dauer der Unterbringungen. Nummer 4 bezieht sich auf gerichtlich nach BGB genehmigte, die Bewegungsfreiheit der Bewohnerinnen oder Bewohner einschränkende Maßnahmen, wie Bettgitter, Vorsatztisch, ggf. Zimmereinschluss – sowohl für Erwachsene als auch für Minderjährige. Nummer 5 meint sowohl somatische als auch psychiatrische Behandlungsmaßnahmen gegen den Willen der Bewohnerinnen oder Bewohner, die gerichtlich nach BGB genehmigt wurden, während die Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Einrichtung hatte. Die Einrichtungen sind bereits über das SächsBeWoG verpflichtet, diese Zwangsmaßnahmen zu dokumentieren. Die Daten werden also bereits in den Einrichtungen regelhaft erhoben.

Die Meldepflichten bei Unterbringung nach SächsPsychKHG für anerkannte Einrichtungen ergeben sich aus der spezielleren Regelung in § 46 Absatz 2.

Zu Absatz 6

Analog der Meldepflichten der Wohneinrichtungen legt Absatz 6 die Meldepflichten der Krankenhäuser zu den nach dem BGB untergebrachten Patientinnen und Patienten fest. Im Unterschied zu Absatz 5 sind die Meldepflichten aber regelhaft und jährlich zum 31. März für das Vorjahr zu erbringen. Ein großer, wenn nicht gar der überwiegende Teil der Unterbringungen und freiheitsentziehenden Zwangsmaßnahmen sowie alle ärztliche

Zwangmaßnahmen werden in den psychiatrischen Krankenhäusern vollzogen. Deshalb ist es notwendig und gerechtfertigt, dass eine kontinuierliche und vollständige Erfassung und Auswertung der statistischen Daten seitens der Aufsichtsbehörden erfolgt. Den Krankenhäusern wird damit auch die Möglichkeit gegeben, sich im Rahmen ihrer fachlichen Qualitätsentwicklung eigene Ziele und Maßnahmenkataloge zur Verminderung von Zwang zu geben und ihre Zahlen im Verhältnis zu den anderen Kliniken in Sachsen einzuordnen. Die Statistiken sollen den Krankenhäusern durch das SMS zur Verfügung gestellt werden.

Zu Nummer 1 bis 5

Die von den Krankenhäusern zu meldenden statistischen Daten beschränken sich auf Daten zu nach BGB gerichtlich genehmigt untergebrachten Patientinnen und Patienten. Einrichtungsbezogene und klinische statistische Daten zu psychiatrischen Patientinnen und Patienten, die auf freiwilliger Basis behandelt werden, sind bereits anderweitig z.B. beim Statistischen Landesamt verfügbar und müssen deshalb nicht noch einmal erhoben werden.

Die Meldepflichten der Krankenhäuser bei Unterbringung nach SächsPsychKHG ergeben sich aus der spezielleren Regelung in § 46 Absatz 2; für psychiatrische Krankenhäuser des Maßregelvollzuges aus § 83.

Die Nummern 1 bis 4 betreffen Anzahl und Dauer von BGB-Unterbringungen in der Klinik, soziodemografische Daten der Personengruppe der BGB-Untergebrachten, Anzahl und Art durchgeführter, genehmigter, freiheitsentziehender Maßnahmen bei Erwachsenen und Jugendlichen sowie durchgeführte, genehmigte Behandlungsmaßnahmen nach BGB bei Erwachsenen. Ärztliche Zwangmaßnahmen bei Minderjährigen sind nach aktueller Rechtslage des BGB nicht gerichtlich genehmigungsbedürftig, insoweit ist auch hier eine Meldepflicht nicht vorgesehen.

Nummer 5 regelt, dass auch sogenannte Kliniksuizide statistisch erhoben und der Aufsichtsbehörde gemeldet werden sollen. Umfassende valide statistische Zahlen für ein Monitoring fehlen bislang bisher dazu. Auf Grundlage der Daten soll die Prävention von Kliniksuiziden gezielter gestaltet werden.

Zu Absatz 7

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere zur praktischen Umsetzung der Meldepflichten durch die Leistungserbringer zu regeln, z.B. zur weiteren Spezifizierung der Items für die jeweiligen Einrichtungstypen, das Aufforderungsverfahren zur Abgabe der Meldungen nach Absatz 3 und 5, zu Übermittlungsweg und -form und der Veröffentlichung der Psychiatrieberichte. Von dieser Ermächtigungsgrundlage kann im Bedarfsfall Gebrauch gemacht werden.

Zu § 17 (Rechtsaufsicht)

§ 17 enthält eine Vorschrift zur Art der Aufgabenerfüllung der Landkreise und Kreisfreien Städte aus Abschnitt 1 und 2 und über die aufsichtführenden Behörden.

Dieser Regelungsinhalt ist neu in das SächsPsychKHG aufgenommen worden. Eine spezialgesetzliche Vorschrift ist erforderlich, um die Regelungslücke sachgerecht zu schließen. Bisher kamen die allgemeinen Vorschriften zur Kommunalaufsicht der §§ 111 Absatz 1, 112 Absatz 1 SächsGemO i.V.m. § 65 Absatz 2 SächsLKrO zur Anwendung.

Zu Absatz 1

Im Hinblick auf die Wahrung der kommunalen Selbstverwaltung in Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft werden den Landkreisen und Kreisfreien Städten die Aufgaben im Hilfesystem für Menschen mit psychischen Erkrankungen, die sich aus den Absätzen 1 und 2 für sie ergeben, als weisungsfreie Aufgaben übertragen. Dies war so zwar im SächsPsychKHG nicht explizit geregelt, wurde und wird aber als sachlich gerechtfertigt angesehen.

Zu Absatz 2

Aufgrund der weisungsfreien Aufgabenerfüllung folgt für die zuständigen Aufsichtsbehörden die Rechtsaufsicht über die Landkreise und Kreisfreien Städte. Als Rechtsaufsichtsbehörde fungiert – wie bisher – die Landesdirektion Sachsen. Als oberste Rechtsaufsichtsbehörde ist das nach der Abgrenzung der Geschäftsbereiche für das Gesundheitswesen und im speziellen für die psychiatrische Versorgung und Suchtfragen zuständige Ministerium, das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhang, berufen.

Satz 2 stellt klar, dass neben den Aufsichtsregelungen im SächsPsychKHG auch die Aufsichtsregelungen des SächsBeWoG und SächsGDG für Pflegeeinrichtungen, Wohneinrichtungen und Gesundheitsämter Anwendung finden. Die zuständige Aufsichtsbehörde ermittelt sich je nach der im Einzelfall sachlich vorrangig anzuwendenden gesetzlichen Grundlage.

Zu Abschnitt 3 (Unterbringung)

Zu Unterabschnitt 1 (Voraussetzungen der Unterbringung und Unterbringungsverfahren)

Zu § 18 (Voraussetzungen der Unterbringung)

Schwere psychische Erkrankungen können mit Einschränkungen in der Realitätswahrnehmung und der Einsichts- und Steuerungsfähigkeit einhergehen. Diese Veränderungen können in bestimmten Situationen zu Eigen- oder Fremdgefährdung führen. Um die betroffenen Menschen selber oder auch Dritte zu schützen, kommen auch Grundrechtseingriffe wie eine Unterbringung gegen den natürlichen Willen in einem psychiatrischen Krankenhaus oder nachrangig in einer anerkannten Einrichtung in Betracht.

Die Voraussetzungen der Unterbringung waren vormals in § 10 SächsPsychKG enthalten und sind im Wesentlichen unverändert geblieben.

Zu Absatz 1

Die Bestimmung in Absatz 1 definiert den Begriff der Unterbringung nach diesem Gesetz – also die sogenannte öffentlich-rechtliche Unterbringung nach Landesrecht. Im Unterschied dazu sind Unterbringungen psychisch kranker Menschen auch nach den betreuungsrechtlichen und vormundschaftsrechtlichen Vorschriften des BGB möglich. Der Anteil der öffentlich-rechtlichen Unterbringungen wird auf 10 bis 20 % aller Unterbringungen geschätzt. Valide statistische Zahlen gibt es bisher nicht. Regionale Unterschiede aufgrund unterschiedlicher Vorgehensweisen der Gerichte sind wahrscheinlich.

Eine öffentlich-rechtliche Unterbringung ist gegeben, wenn ein Mensch mit psychischer Erkrankung gegen oder ohne seinen Willen in ein psychiatrisches Krankenhaus oder eine anerkannte Einrichtung gebracht wird und dort bleiben muss; nötigenfalls unter Anwendung von Zwang. Die öffentlich-rechtliche Unterbringung kann auf verschiedene Verfahrensweisen erfolgen:

- durch gerichtliche Anordnung auf Antrag der zuständigen Verwaltungsbehörde nach dem Regelverfahren, § 21,
- durch Anordnung der sofortigen vorläufigen Unterbringung durch die Verwaltungsbehörde, § 23, oder
- durch Anordnung der fürsorglichen Aufnahme oder Zurückhaltung durch die ärztliche Leitung des Krankenhauses, § 25.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die Voraussetzungen, unter denen eine öffentlich-rechtliche Unterbringung zulässig ist. Da eine Unterbringung erhebliche Eingriffe in die Grundrechte der untergebrachten Person bedeutet – insbesondere in ihr Recht auf Freiheit der Person (Artikel 2 Absatz 2 Satz 2 GG) – sind die Unterbringungsbedingungen genau festzulegen und

eng zu fassen. Die betroffene Person wird in ihrer Bewegungsfreiheit beschränkt, ohne dass sie sich einer Straftat schuldig gemacht hat. Sie erbringt insoweit nur aufgrund einer Prognose ein Sonderopfer zur Gefahrenabwehr für Dritte und die Allgemeinheit (Fremdgefährdungslage) bzw. wird zu ihrem eigenen Schutz aus fürsorgerechtlichen Aspekten des Staates (Selbstgefährdungslage) gegen ihren Willen in den grundrechtlich gewährten Freiheiten beschränkt. Deshalb ist eine öffentlich-rechtliche Unterbringung nur unter folgenden kumulativen Voraussetzungen zulässig:

1. Die Person ist psychisch krank oder der dringende Verdacht auf eine psychische Erkrankung ist nur durch eine Unterbringung aufklärbar.
2. Die Person muss eine gegenwärtige und erhebliche Gefahr, entweder für Leib und Leben oder bedeutende Rechtsgüter anderer oder für sich selbst darstellen.
3. Die Gefahr ist auf andere Weise nicht abwendbar.

Im Falle der Fremdgefährdung muss eine erhebliche Gefährdung für Rechtsgüter anderer oder für das Allgemeinwohl vorliegen. In der Praxis wird dabei vielfach der Schutz der bedeutenden Rechtsgüter im Vordergrund stehen.

Das sind:

1. der Bestand oder die Sicherheit des Bundes oder eines Landes,
2. Leben, Gesundheit oder Freiheit,
3. die sexuelle Selbstbestimmung,
4. erhebliche Eigentumspositionen oder
5. Sachen, deren Erhalt im besonderen öffentlichen Interesse liegt.

Eine Gefährdung der Allgemeinheit kann beispielsweise bei einem Angriff auf geparkte Polizeifahrzeuge vorliegen.

Eine erhebliche Selbstgefährdung liegt vor, wenn infolge der psychischen Störung eine Gefahr für das Leben oder für einen erheblichen gesundheitlichen Schaden der betroffenen Person vorliegt.

Es reicht nicht aus, dass eine Gefahr nur möglich oder nicht auszuschließen ist. Vielmehr muss die Gefahr zum gegebenen Zeitpunkt tatsächlich bestehen, d.h. konkret sein. Die Unterbringung ist auch nur zulässig, solange dies der Fall ist. Unter einer konkreten Gefahr ist eine Sachlage zu verstehen, die bei ungehindertem Ablauf des objektiv zu erwartenden Geschehens im Einzelfall mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu einer Verletzung der in Absatz 2 genannten Schutzgüter führt. Bei Eingriffen in die Freiheit der Person ist der Grad der Wahrscheinlichkeit des Schadenseintritts aus verfassungsrechtlichen Gründen besonders sorgsam zu prüfen. Je bedeutsamer das gefährdete Rechtsgut ist und je größer und folgenschwerer der drohende Schaden ist, desto geringere Anforderungen sind an die Wahrscheinlichkeit des Schadenseintritts zu stellen. Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ist zu beachten. Nach dieser Maßgabe gilt Folgendes: Eine Beeinträchtigung von Rechtsgütern muss mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten sein. Die Feststellung einer hundertprozentig sicheren Prognose ist nicht erforderlich.

Alle anderen Mittel, die Gefahr abzuwenden, wie ambulante Behandlung, Betreuung zu Hause oder in einer Wohneinrichtung, die die oder der Betroffene freiwillig annimmt, müssen ausgeschöpft oder unmöglich sein.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt das Verhältnis der öffentlich-rechtlichen Unterbringung zur zivilrechtlichen Unterbringung nach dem BGB, sowohl für Erwachsene als auch für Minderjährige. Die überwiegende Zahl von Unterbringungen wird durch rechtliche Betreuer oder Sorgeberechtigte nach dem BGB betrieben. Nur eine geringe Anzahl der Unterbringungen beruht auf den landesrechtlichen Vorschriften des SächsPsychKHG. Dies kann damit zusammenhängen, dass nur von einem sehr geringen Anteil der Menschen mit psychischen Erkrankungen eine

konkrete Gefahr für Dritte ausgeht und deren Unterbringung ausschließlich nach SächsPsychKHG zulässig ist. Bei einer Selbstgefährdungslage für die oder den Betroffenen sind hingegen beide Rechtsgrundlagen für die Unterbringung möglich, so dass klargestellt werden soll, wann eine Unterbringung nach dem BGB und wann nach dem SächsPsychKHG erfolgen soll. Schlussendlich obliegt dem genehmigenden bzw. anordnenden Gericht die Entscheidung, welche Rechtsgrundlage sachgerecht ist. Es sind im Wesentlichen zwei Sachverhaltskonstellationen denkbar, die für die Anwendung des SächsPsychKHG bei Selbstgefährdungslagen sprechen.

Zu Nummer 1

Hat die oder der volljährige Betroffene zum Zeitpunkt der Entscheidung über eine Unterbringung keine rechtliche Betreuerin oder keinen rechtlichen Betreuer oder rechtsgeschäftlich Bevollmächtigte oder rechtsgeschäftlich Bevollmächtigten für den erforderlichen Aufgabenbereich, so kommt nur eine Unterbringung nach dem SächsPsychKHG in Betracht.

Zu Nummer 2

Ist zwar für die volljährige Betroffene oder den volljährigen Betroffenen eine Betreuerin oder ein Betreuer bestellt oder eine Bevollmächtigte oder ein Bevollmächtigter vorhanden, diese oder dieser ist aber entweder nicht erreichbar, verhindert oder braucht Zeit für eine Entscheidung, ob sie oder er einen Antrag auf Genehmigung einer Unterbringung für die oder den Betreuten stellen möchte oder lehnt dies gar ab, kann das Gericht eine Unterbringung nach dem SächsPsychKHG veranlassen, wenn nach seiner Überzeugung die Unterbringungsvoraussetzungen vorliegen. Es hat dabei die zuständige Verwaltungsbehörde einzubinden und eine entsprechende Antragstellung anzuregen.

zu Absatz 3 Satz 2

Absatz 3 Satz 2 stellt klar, dass bei Kindern und Jugendlichen eine zivilrechtliche Unterbringung nach § 1631 b BGB in der Regel immer vorrangig ist. Die sorgeberechtigten Personen sollen an der Entscheidung über eine Unterbringung mitwirken können. Ihrem Elternrecht aus Artikel 6 Absatz 2 und 3 Grundgesetz soll Genüge getan werden. Das Ende des Satz 2 macht allerdings auch deutlich, dass in Ausnahmesituationen, z.B. wenn die Eltern nicht erreichbar oder nicht entscheidungsfähig sind, auch eine Unterbringung Minderjähriger nach SächsPsychKHG möglich, d.h. nicht ausgeschlossen ist.

Zu Absatz 4

Absatz 4 entspricht inhaltlich § 10 Absatz 3 SächsPsychKHG. Geregelt wird die Subsidiarität der öffentlich-rechtlichen Unterbringung gegenüber den strafgerichtlichen angeordneten Unterbringungen nach §§ 63 und 64 Strafgesetzbuch, nach § 126a Strafprozeßordnung, den Unterbringungen nach § 81 Strafgesetzbuch und § 7 Jugendgerichtsgesetz sowie den Sicherungsmaßnahmen nach § 463 Absatz 1 in Verbindung mit § 453c Strafprozeßordnung. Die vorgenommenen Änderungen sind lediglich redaktioneller Art.

Zu § 19 (Rechtsbelehrung)

§ 19 regelt die Pflicht zur Belehrung über mögliche Rechtsmittel im Unterbringungsverfahren und dem Unterbringungsvollzug und darüber hinaus den Rechtsweg gegen unterbringungsvorbereitende Maßnahmen.

In der Vorschrift werden die Altregelungen aus § 9 sowie aus § 13 Absatz 7 und § 18 Absatz 8 des SächsPsychKHG zusammengeführt.

Zu Absatz 1

Da die Unterbringung wie auch das vorausgehende Verfahren in die Rechte des Betroffenen nachhaltig eingreifen und Menschen mit psychischen Erkrankungen aufgrund ihrer Krankheit in der Wahrnehmung ihrer Rechte oft erheblich beeinträchtigt sind, ist eine mündliche Rechtsbelehrung durch die jeweils Zuständigen notwendig. Eine weitere schriftliche

Rechtsbelehrung ist notwendig, da die oder der Betroffene oft erst nach den aktuellen Geschehnissen ihre oder seine Rechte bedenken und wahrnehmen kann. Zum Nachweis der erfolgten Belehrung ist diese zu dokumentieren.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die im FamFG nicht geregelte Frage, wie Maßnahmen im Vorfeld einer Unterbringung und Anordnungen im Rahmen der sofortigen vorläufigen Unterbringung anzufechten sind. Die Altregelungen in § 13 Absatz 7 SächsPsychKG zum Vorbereitenden Verfahren (Regelverfahren) und § 18 Absatz 8 SächsPsychKG zur sofortigen vorläufigen Unterbringung, Fürsorglichen Aufnahme und Zurückhaltung wurden zusammengefasst. Die Rechtswegzuweisung zum Betreuungsgericht in § 312 Satz 1 Nummer 4 FamFG und in § 151 Satz 1 Nummer 7 FamFG zum Familiengericht betrifft nur die Entscheidungen, durch die eine freiheitsentziehende Unterbringung erstmalig gerichtlich angeordnet wird und die Anordnungen, die zeitlich nachfolgen. Sie bezieht sich nicht auf die vorgelagerten landesgesetzlichen Maßnahmen nach SächsPsychKHG, wie z.B. die Anordnung der Begutachtung oder die Anordnung von Auflagen durch die Verwaltungsbehörde oder die Anordnung einer Sicherungsmaßnahme durch das fürsorglich aufnehmende Krankenhaus. Insoweit soll § 327 FamFG entsprechende Anwendung finden. Es soll das Amtsgericht im Verfahren der freiwilligen Gerichtsbarkeit entscheiden und der Verwaltungsrechtsweg soll ausgeschlossen sein, da der vorliegende Sachzusammenhang für die einheitliche Entscheidungskompetenz spricht.

Zu § 20 (Zuständige Verwaltungsbehörde)

§ 20 regelt, welche Behörde für die Durchführung der öffentlich-rechtlichen Unterbringungsverfahren zuständig ist. Die Altregelung in § 12 SächsPsychKG wird übernommen und konkretisiert.

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt die sachliche Zuständigkeit für die Durchführung der Unterbringungsverfahren nach diesem Gesetz. Sachlich zuständig ist der Landkreis oder die Kreisfreie Stadt. Die zuständige Behörde kann sachgerecht entweder beim Gesundheitsamt oder dem Ordnungsamt eines Landkreises oder einer Kreisfreien Stadt angesiedelt sein. Die Auswahl obliegt dem Landkreis oder der Kreisfreien Stadt je nach den dortigen Gegebenheiten und vorhandenen Ressourcen, die zur Erfüllung der Aufgabe vorhanden sind. Das Gesundheitsamt wird über die größere psychiatrische und psychosoziale Kompetenz, ggf. einen ärztlichen Bereitschaftsdienst und möglicherweise sogar über Kenntnis zu betroffenen Personen im Rahmen ihres Sozialpsychiatrischen Dienstes verfügen. Ein Ordnungsamt hat hingegen mehr Kompetenzen und Ressourcen zur ordnungsrechtlichen Gefahrenabwehr. Beide Bereiche sind für die Aufgabenerfüllung notwendig. Eine andere Fachbehörde kommt sachlich nicht in Betracht. Derzeit haben 11 Gebietskörperschaften die Verwaltungsbehörde beim Ordnungsamt und zwei beim Gesundheitsamt angesiedelt. Eine Entscheidung für die eine oder andere Behörde soll gesetzlich nicht getroffen werden, um die vorhandenen funktionierenden kommunalen Strukturen nicht zu konterkarieren. Bei der Auswahl sollte berücksichtigt werden, dass eine personelle und organisatorische Abgrenzung der Aufgabenerfüllung der Verwaltungsbehörde zum Sozialpsychiatrischen Dienst gewährleistet ist. Die über eine Unterbringung entscheidende Person sollte nicht identisch sein mit der betreuenden Person des Sozialpsychiatrischen Dienstes.

Für die Gesetzesanwendung ist es von Wichtigkeit, dass aus dem Gesetz ersichtlich wird, wo die zuständige Behörde zu finden ist bzw. wie sie schnell ermittelt werden kann. Aus der bisherigen Bezeichnung als „zuständige Verwaltungsbehörde“ der Landkreise und Kreisfreien Städte in § 12 Satz 1 SächsPsychKG war dies nicht erkenntlich. In Akutsituationen, in den z.B. Angehörige oder Nachbarn eine psychiatrische Gefahrenlage anzeigen wollen, ist eine eindeutige Angabe im Gesetz hilfreich, um die Kontaktaufnahme zu erleichtern. Die Landkreise und Kreisfreien Städte sollen deshalb die Öffentlichkeit wirksam informieren, wo die für Unterbringungen zuständige Verwaltungsbehörde bei ihnen angesiedelt

ist, welche Funktion sie hat und wie schnell und einfach Kontakt aufgenommen werden kann.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die örtliche Zuständigkeit. Es wird festgelegt, dass die Verwaltungsbehörde zuständig ist, in deren Gebiet das Bedürfnis für die Unterbringung entsteht, d.h. dort wo das konkrete Ereignis, das einen Unterbringungsbedarf auslöst, stattfindet. Dies kann nicht selten an einem anderen Ort als dem gewöhnlichen Aufenthaltsort des erkrankten Menschen sein, zumindest wenn eine sofortige vorläufige Unterbringung notwendig wird. Bei einer Unterbringung im Regelverfahren wird das Unterbringungsverfahren zumeist durch die Verwaltungsbehörde am gewöhnlichen Aufenthaltsort der oder des Betroffenen durchgeführt werden. Es können also möglicherweise zwei Verwaltungsbehörden gleichzeitig zuständig sein. Damit beide mit der Unterbringungssache der oder des Betroffenen befassten Verwaltungsbehörden von der Sachverhaltsentwicklung gleichermaßen Kenntnis haben, müssen sie sich gegenseitig informieren und ihre Kenntnisse austauschen. Insbesondere gilt das, wenn eine Verwaltungsbehörde örtlich zuständig ist, die nicht das Regelverfahren am gewöhnlichen Aufenthaltsort der oder des Betroffenen führt. Satz 2 normiert deshalb diesen Informationsaustausch.

Zu § 21 (Unterbringung durch die Verwaltungsbehörde, Regelverfahren)

§ 21 normiert das vormals in § 13 SächsPsychKG als Vorbereitendes Verfahren bezeichnete, behördliche Unterbringungsverfahren. Dieses hat im Gegensatz zum Verfahren der sofortigen vorläufigen Unterbringung neben der Gefahrenabwehr auch eine gesundheitsfürsorgliche Zielsetzung. Es dient nur der konkreten Gefahrenabwehr, wenn sich eine solche nach der Sachverhaltsermittlung ergibt. Es steht in der Regel nicht unter großem Zeitdruck, die Gefahr ist noch latent. Im Regelverfahren soll zuerst versucht werden, für den psychisch erkrankten Menschen durch andere, mildere Maßnahmen wie z.B. die Anweisung, sich in eine ambulant ärztliche Behandlung zu begeben (Behandlungsaufgabe), eine Unterbringung nach diesem Gesetz zu vermeiden. Die Verwaltungsbehörde arbeitet dabei mit den anderen Akteuren im Hilfesystem, insbesondere dem Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi) des Landkreises oder der Kreisfreien Stadt zusammen, um das kommunale psychiatrische und psychosoziale Hilfesystem für die oder den Betroffenen zu aktivieren. Nur wenn die Gefahrensituation für die oder den Betroffenen selbst oder für bedeutende Rechtsgüter Dritter derart erheblich und unmittelbar wird, dass nur noch eine Unterbringung in Betracht kommt, ist die Anordnung bei zuständigen Gericht zu beantragen.

Die Altregelung des § 13 SächsPsychKG wird inhaltlich aufgegriffen, aber im Hinblick auf die oben dargestellte Zielrichtung im Detail konkretisiert und angepasst.

Zu Absatz 1

Nach Absatz 1 Satz 1 haben die Verwaltungsbehörden den Sachverhalt von Amts wegen nach § 24 Absatz 1 VwVfG zu ermitteln. Sie erhalten z.B. durch den SpDi, Angehörige, Vertrauenspersonen, Nachbarn der betroffenen Person, dem Polizeivollzugsdienst oder von anderen Personen Informationen, aufgrund derer sie nach pflichtgemäßen Ermessen das Verfahren eröffnen und zuerst den Sachverhalt ermitteln.

Eines der wichtigsten Instrumente der Sachverhaltsermittlung ist die Einholung eines Sachverständigengutachtens. Aus eigener Kenntnis und Beurteilung können die Verwaltungsbehörden in der Regel nicht tätig werden. Satz 2 und Satz 3 stellen deshalb auf das im Kern entscheidende Sachverständigengutachten einer Ärztin, eines Arztes, einer Psychotherapeutin oder eines Psychotherapeuten mit Erfahrung in der Psychiatrie ab. Das Gutachten soll von einer Amtsärztin oder einem Amtsarzt verantwortet sein. Diese können dafür einen Facharzt oder eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, eine Ärztin oder einen Arzt mit Erfahrung in der Psychiatrie oder aber eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten mit Erfahrung in der Psychiatrie beiziehen bzw. mit der Begutachtung beauftragen, wenn sie oder er nicht selbst über die erforderliche Erfahrung in der Psychiatrie verfügt. In Ergänzung der alten Regelung in § 13 Absatz 1 Satz 4 SächsPsychKG können auch Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit Erfahrung im Sinne des § 11 Absatz 4

SächsPsychKHG als Sachverständige zur Begutachtung beauftragt werden, da sie mit der erforderlichen Qualifikation über gleichwertige Kenntnisse und Fähigkeiten verfügen. Auch im Hinblick auf den Fachkräftemangel und das Fehlen von zur Begutachtung bereiten psychiatrischen Sachverständigen ist die Erweiterung des Kataloges sinnvoll. Auf die Beteiligung des Amtsarztes und die Standards eines medizinischen Gutachtens kann im Regelverfahren wegen der Schwere der Folgen der Beurteilung des Gesundheitszustandes für die oder den Betroffenen – anderes als im Verfahren zur sofortigen Unterbringung und Fürsorglichen Aufnahme – nicht verzichtet werden.

Das Gutachten muss auf der Grundlage einer persönlichen Untersuchung der oder des Betroffenen beruhen, was nicht ausschließt, dass die Gutachterin oder der Gutachter für die Anamnese und Diagnostik auf Zuarbeiten anderer medizinisch qualifizierter Personen zurückgreift. Die psychiatrische Diagnose sowie die daraus resultierende Beantwortung der Gutachtenfragen sind dem beauftragten Gutachter vorbehalten.

Auf Grundlage der Erkenntnisse des Gutachtens und unter Berücksichtigung ihrer übrigen Sachverhaltsermittlungen entscheidet die Verwaltungsbehörde, welche Maßnahmen sie einleitet, insbesondere, ob sie die Anordnung einer Unterbringung bei Gericht beantragt. Ergebnis der Begutachtung kann aber auch sein, dass andere Maßnahmen ergriffen oder angeordnet werden.

Zu Nummer 1 bis 4

Der Inhalt des ärztlichen Gutachtens wird im Einzelnen bestimmt. In diesem ist zu klären und zu begründen, ob und warum eine Unterbringung aus medizinischer Sicht notwendig ist. Wenn die Unterbringung nicht als erforderlich angesehen wird, ist darzulegen, welche anderen Maßnahmen ausreichend sind, um eine drohende Unterbringung abzuwenden z.B. durch die behördliche Auflage zur Aufnahme einer ambulant ärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung. Das Gutachten hat auch zur Frage einer Behandlung, insbesondere einer solchen ohne Zustimmung der betroffenen Person, Stellung zu nehmen. Geklärt werden soll auch inwieweit die Person in der Lage ist, ihren Willen kundzutun, insbesondere ob sie noch einwilligungsfähig ist und ob eine persönliche Anhörung Risiken für die oder den Betroffenen oder andere birgt.

Zu Absatz 2

In Absatz 2 Satz 1 sind weitere, nicht abschließende Möglichkeiten der Sachverhaltsermittlung geregelt. Dies betrifft andere Behörden und Institutionen, die über Kenntnisse zum Sachverhalt und der Person des Betroffenen verfügen könnten.

Das Gesundheitsamt und der SpDi am gewöhnlichen Aufenthaltsort der oder des Betroffenen sollen angefragt werden. Die Anfragen sind natürlich nur notwendig, wenn nicht bereits Personalunion besteht, d.h. die zuständige Verwaltungsbehörde selbst beim Gesundheitsamt angesiedelt ist. Eine doppelte Anfrage bei Gesundheitsamt und SpDi ist ebenfalls verzichtbar, wenn der SpDi direkt beim Gesundheitsamt angesiedelt ist und diese über den gleichen Kenntnisstand verfügen. Der konkrete Abfragebedarf richtet sich also nach dem örtlichen Behördenaufbau.

Für den Fall, dass die Verwaltungsbehörde beim Ordnungsamt angesiedelt ist, sieht Satz 2 eine enge Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt und dem SpDi vor. Der SpDi kann Teil des Gesundheitsamtes sein. Teilweise ist der Vollzug der Aufgaben des SpDi aber auch von den Landkreisen und Kreisfreien Städten entsprechend § 10 Absatz 3 SächsPsychKHG (vormals § 6 Absatz 1 Satz 7 SächsPsychKHG) auf freie Träger übertragen worden. Die Zusammenarbeit ist notwendig, um die getrennt vorhandenen Kenntnisstände zusammenzuführen. Da dafür eine behörden- bzw. institutionenübergreifende Verarbeitung von personenbezogenen Daten des Betroffenen notwendig ist, ist in Satz 3 eine Rechtsgrundlage für den Datenaustausch ausdrücklich normiert.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt, wer über die Einleitung des Regelverfahrens zu informieren ist. Aus Gesichtspunkten der Rechtsstaatlichkeit sind dies in erster Linie die oder der volljährige

Betroffene selbst und ihr bzw. sein Betreuer oder Bevollmächtigter. Handelt es sich um ein Kind oder einen Jugendlichen ist dessen gesetzlicher Vertreter, d.h. die sorgeberechtigten Personen oder der Vormund, zu informieren.

Außerdem ist geregelt, dass die betroffene Person schriftlich zur Untersuchung für die Begutachtung nach Absatz 1 vorzuladen ist. Über die Vorladung zur Untersuchung sind auch ihre Vertreter zu informieren.

Wünscht es die betroffene Person, können auch Angehörige und Vertrauenspersonen über das laufende Verfahren informiert werden und sich in der Sache äußern, wenn es dadurch nicht zu unverhältnismäßigen Behinderungen, insbesondere Verzögerungen des Verfahrens kommt. Dem Wunsch soll nach Möglichkeit nachgekommen werden, da Angehörige und Vertrauenspersonen in der Regel detaillierte Angaben zum Sachverhalt und den Lebensumständen der oder des Betroffenen machen können. Das Anhörungsrecht dient auch dazu, die betroffene Person in den in der Regel als äußerst problematisch und belastend erlebten Situationen des Unterbringungsverfahrens durch Anteilnahme ihrer vertrauter Personen zu unterstützen.

Zu Absatz 4

In Absatz 4 ist der Fortgang des Verfahrens zur Begutachtung geregelt, wenn die betroffene Person der Vorladung zur Untersuchung für die Begutachtung nicht Folge leistet. Es wird der Notwendigkeit Rechnung getragen, dass aus Gründen der öffentlichen Sicherheit die Durchsetzung des Verfahrens auch gegen den Willen der oder des Betroffenen notwendig werden kann. In diesem Fall kann die Verwaltungsbehörde beim zuständigen Gericht entweder die Anordnung der Vorführung der oder des Betroffenen bei dem von der Verwaltungsbehörde ausgewählten Gutachter oder die Zustimmung zum Betreten der Wohnung der oder des Betroffenen und ihre oder seine dortige Untersuchung durch einen Arzt oder eine Ärztin beantragen. Die Untersuchung vor Ort ist nicht mit der Begutachtung nach Absatz 1 gleichzusetzen. Sie muss nicht durch den beauftragten Gutachter erfolgen und ist fachlich-inhaltlich nur orientierend für die Sachverhaltsaufklärung. Deshalb werden an die ärztliche Expertise auch nicht dieselben Anforderungen gestellt, wie an die Gutachterin oder den Gutachter nach Absatz 1. Die Untersuchung vor Ort dürfte in bestimmten Fällen weniger problematisch sein, als ein gewaltsames Abholen in der Wohnung durch den Polizeivollzugsdienst. Je nach Einschätzung der Unmittelbarkeit und Intensität der Gefahrenlage ist die erforderlich erscheinende Maßnahme beim Gericht zu beantragen.

Aus grundrechtlichen Überlegungen sind nach Satz 3 sowohl Vorführung (Freiheit der Person Artikel 2 Absatz 2 Satz 2 GG) wie Betretung der Wohnung (Unverletzlichkeit der Wohnung – Artikel 13 GG) ohne Zustimmung des Betroffenen nur auf richterlichen Beschluss hin zulässig. Sollten im Rahmen der angeordneten Untersuchung invasive Eingriffe, wie z.B. Blutentnahmen bei Verdacht einer Intoxikation, gegen den Willen der betroffenen Person erforderlich sein, ist wegen der weitergehenden Grundrechtsrelevanz des Eingriffs in das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit (Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 GG) ebenfalls eine gerichtliche Zustimmung einzuholen.

Satz 3 erklärt das Betreuungs- oder Familiengericht für zuständig und die Regelungen zur Vorführung zur Untersuchung und Unterbringung zur Begutachtung nach § 322 FamFG für entsprechend anwendbar. Eine unmittelbare Anwendung kommt nicht in Betracht (siehe Begründung zu § 19 Absatz 2).

Zu Absatz 5

Absatz 5 Satz 1 normiert die Duldungspflicht der betroffenen Person bezüglich der Begutachtung nach Absatz 1 und der Untersuchung vor Ort nach Absatz 4. Die zu duldenden und ggf. zwangsweise durchsetzbaren Untersuchungsmaßnahmen schränken zumindest das Recht auf allgemeine Handlungsfreiheit (Artikel 2 Absatz 1 GG) des Betroffenen ein, soweit diese nicht mit körperlichen Eingriffen verbunden sind (z.B. die Befragung zur Anamnese). Das ist bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine auf Krankheitsgründen beruhende Gefährdung der öffentlichen Sicherheit oder der Schutz- und Fürsorgepflicht des Staates für den

Betroffenen gerechtfertigt, da sich der Gesundheitszustand der Person ohne Untersuchung nicht beurteilen lässt.

Gleiches gilt grundsätzlich auch für körperliche Eingriffe, wenn sie für die Feststellung des Gesundheitszustandes der Person notwendig sind. Da körperliche Eingriffe aber eine höhere Eingriffsintensität (Eingriff in die körperliche Unversehrtheit) haben, regelt Satz 2 den Umfang der zulässigen Maßnahmen in diesem Zusammenhang. Die zu Untersuchungszwecken vorgenommenen einfachen diagnostischen Eingriffe sind invasive Eingriffe i.S.v. § 81a StPO. Diese liegen insbesondere vor, wenn natürliche Körperbestandteile, wie Blut, Liquor oder Harn, entnommen oder dem Körper Stoffe zugeführt werden. Darüber hinaus ist eine richterliche Genehmigung für diese Eingriffe gemäß Absatz 4 Satz 3 einzuholen, wenn diese Maßnahmen gegen den Willen der oder des Betroffenen zwangsweise durchgesetzt werden sollen. Die Zulässigkeit notwendiger diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen aus anderen Gründen bemisst sich nach den allgemeinen Grundsätzen (Geschäftsführung ohne Auftrag, vermutete Einwilligung, übergesetzlicher Notstand). Welche Eingriffe im Einzelfall erforderlich sind, muss jeweils die untersuchende Ärztin oder der untersuchende Arzt entscheiden. Weitere Einschränkungen ergeben sich aus dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit, d. h. dem Abwägen des diagnostischen Erkenntniswerts mit der objektiven Belastung der oder des Betroffenen.

Zu Absatz 6

Absatz 6 legt fest, dass nach Erstellung des Gutachtens im Sinne des Absatzes 1 zuerst eine persönliche Erörterung des Inhalts mit der oder dem Betroffenen erfolgen soll, um mit ihr oder ihm im direkten Gespräch die Folgen und Handlungsoptionen zu besprechen und auf eine einverständliche Lösung hinzuwirken. Es ist darauf zu achten, dass die Inhalte in einer verständlichen, dem Krankheitsbild entsprechenden Art und Weise vermittelt werden. Den Betreuerinnen, Betreuern, Bevollmächtigten oder Sorgeberechtigten ist das Gutachten ebenfalls zu übermitteln. An der Erörterung können diese ebenfalls teilnehmen, jedoch dies ist dies nicht verpflichtend. Gleiches gilt für Angehörige und Vertrauenspersonen, wenn dies die oder der Betroffene wünscht.

Unter besonderen Umständen kann von der persönlichen Anhörung abgesehen werden. Das kann der Fall sein, wenn Gefahr in Verzug und Eile geboten ist oder im Gutachten festgestellt wurde, dass die persönliche Besprechung über den Inhalt des Gutachtens mit der oder dem Betroffenen erhebliche Nachteile mit sich bringen kann, z.B. die Verschlechterung des Gesundheitszustandes durch die Konfrontation. Hier bedarf es einer Ermessensausübung seitens der Verwaltungsbehörde.

Zu Absatz 7

Absatz 7 sieht als Maßnahme der Verwaltungsbehörde zur Abwendung einer Unterbringung die Möglichkeit der Erteilung einer Behandlungsaufgabe vor, wenn das eingeholte Gutachten dies für zielführend erachtet. Die Verwaltungsbehörde muss sich dabei mit dem für die Person zuständigen SpDi des Landkreises oder der Kreisfreien Stadt fachlich ins Benehmen setzen und abstimmen. Durch die Auflage wird es rechtlich möglich, Druck auf die betroffene Person auszuüben und damit gegebenenfalls eine Unterbringung zu vermeiden. Ein solcher Druck reicht oftmals aus, eine bisher fehlende Behandlungsmotivation zu erzielen. Die Vorschrift schafft Rechtssicherheit gegen den denkbaren Vorwurf der Nötigung.

Wird eine Behandlungsaufgabe ausgesprochen ist es wichtig, dass die Verwaltungsbehörde die Möglichkeit hat, die Einhaltung der Auflage zu überprüfen. Aus diesem Grund ist die betroffene Person verpflichtet, Namen und Anschrift der Behandlerin oder des Behandlers mitzuteilen. Es genügt danach die Information, ob die betroffene Person sich in Behandlung befindet, die Behandlung durchläuft und nicht gegen ärztlichen Rat abbricht. Die Behandlerin oder der Behandler wird deshalb verpflichtet, diese Information – aber auch nur diese – an die Verwaltungsbehörde weiter zu geben. Sie oder er ist insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht gesetzlich entbunden. Weitere personenbezogene Gesundheitsdaten dürfen nicht herausgegeben werden.

Scheitert die Umsetzung der Behandlungsaufgabe und liegen die Unterbringungs Voraussetzungen nach Einschätzung der Verwaltungsbehörde immer noch vor, ist die Anordnung der Unterbringung beim zuständigen Gericht zu beantragen.

Zu Absatz 8

Absatz 8 Satz 1 regelt das Antragserfordernis der öffentlich-rechtlichen Unterbringung durch die Verwaltungsbehörde bei Gericht, wenn die Unterbringungs Voraussetzungen nach Überzeugung der Verwaltungsbehörde vorliegen (vormals § 13 Absatz 6 Satz 1 SächsPsychKG). Ein Ermessensspielraum ist der Verwaltungsbehörde dann nicht eingeräumt. Es handelt sich um ein Antragsverfahren und bei dem Antrag der Verwaltungsbehörde um die materielle Grundlage der folgenden Anordnung der öffentlich-rechtlichen Unterbringung durch das Gericht. Die bundesrechtlichen Regelungen in § 312 ff. FamFG sind lediglich verfahrensrechtlicher Natur und sehen keine Regelungen über die Verfahrenseinleitung vor. Da es sich um ein Antragsverfahren der freiwilligen Gerichtsbarkeit handelt, gilt die Dispositionsmaxime, in dem Sinne, dass die Verwaltungsbehörde entscheidet, ob ein Verfahren eingeleitet wird und welchen Gegenstand es haben soll. Darüber hinaus ist das Gericht berechtigt und verpflichtet, im Wege der Amtsermittlung alle erforderlichen Sachverhaltsaufklärungen zu veranlassen und die notwendigen Anordnungen zu treffen.

Satz 2 und 3 legt Näheres zu Inhalt des Antrages fest. Der Antrag muss begründet werden und die wesentlichen Sachverhaltsermittlungsergebnisse des Unterbringungsverfahrens sind vorzutragen. Ist ein Gutachten eingeholt worden, ist dieses beizufügen. Es kann ggf. vom Gericht als Grundlage für seine Entscheidung berücksichtigt werden. Das Gericht kann aber auch im Hinblick auf den Amtsermittlungsgrundsatz eigene medizinisch psychiatrische Sachverständige beauftragen.

Satz 4 und 5 regelt weitere Anforderungen an die medizinischen Ermittlungsergebnisse, die dem Gericht bei der Antragstellung eingereicht werden müssen. Zum ersten soll die persönliche Untersuchung der betroffenen Person, für die die Unterbringung beantragt wird, nicht länger als sieben Tage zurückliegen, damit die Einschätzung der Gefahrenlage zeitnah erfolgt ist. Hier war eine Erweiterung der Frist von drei Werktagen auf sieben Tage aus tatsächlichen Gründen notwendig und vertretbar. Untersuchung, Begutachtung und Antragstellung können in einer kürzeren Zeit nicht realisiert werden.

Ist der Unterbringungsbedarf sehr dringlich, so dass eine vorläufige Unterbringung nach § 331 FamFG durch einstweilige Anordnung erforderlich sein kann, ist die Beifügung eines ärztlichen oder psychotherapeutischen Zeugnisses ausreichend, dass nicht den Erfordernissen eines medizinischen Gutachtens genügen muss. Diese Erleichterung ist der Regelung in § 331 Satz 1 Nummer 2 FamFG nachgebildet, die ebenfalls eine solche Vereinfachung vorsieht, damit der Dringlichkeit der Entscheidung Genüge getan werden kann. Das ärztliche oder psychotherapeutische Zeugnis muss trotzdem auf einer persönlichen Untersuchung der oder des Betroffenen beruhen. Die oder der Untersuchende muss Psychiaterin oder Psychiater bzw. Ärztin, Arzt, Psychotherapeutin oder Psychotherapeut mit Erfahrung in der Psychiatrie sein. Inhaltlich muss das Zeugnis – wenn auch in verkürzter Form – zu den materiellen Voraussetzungen der Anordnung der Unterbringung Stellung nehmen.

Zu Absatz 9

Absatz 9 regelt die Informationspflichten der Verwaltungsbehörde gegenüber der betroffenen Person, wenn sich herausstellt, dass die Voraussetzungen für eine Unterbringung nicht vorliegen. Die Person ist grundsätzlich über die Beendigung des Verfahrens zu informieren. Ein Ermessen ist nur eingeräumt, wenn eine Benachrichtigung über die Verfahrenseinleitung nach Absatz 3 Satz 1 noch nicht erfolgt ist, z.B. wenn nur eine Verdachtsmeldung vorlag.

Zu Absatz 10

Absatz 10 greift das Antragserfordernis des Absatzes 8 auf und verpflichtet die Verwaltungsbehörde vor Ablauf der gerichtlich angeordneten öffentlich-rechtlichen Unterbringung zu prüfen, ob ein Folgeantrag auf Verlängerung der Unterbringung gestellt werden muss,

weil die Unterbringungs Voraussetzungen auch weiterhin vorliegen. Die vormals dem Krankenhaus in § 34 Absatz 4 SächsPsychKG auferlegte Verpflichtung, sich um den Fortgang der Unterbringung zu kümmern und beim Gericht deshalb nachzufragen, entfällt. Das Betreiben des Verfahrens obliegt der zuständigen Verwaltungsbehörde.

Zu § 22 (Vollstreckung der Unterbringung)

Die Vorschrift des § 22 entspricht wortgleich der Altregelung in § 14 SächsPsychKG.

Die Bestimmung regelt die Zuständigkeit für die Vollstreckung bei vom Gericht angeordneten Unterbringungsmaßnahmen durch die Verwaltungsbehörden. Sie können sich bei Bedarf, d.h. wenn unmittelbarer Zwang erforderlich ist, der Vollzugshilfe durch den Polizeivollzugsdienst bedienen. Die Dienststellen der Polizeibehörden werden im Rahmen der Vollzugshilfe nach § 37 SächsPVDG tätig. § 37 Absatz 3 Satz 1 SächsPVDG stellt klar, dass der Polizeivollzugsdienst nur für die Art und Weise der Durchführung der Unterbringung verantwortlich ist.

Zu § 23 (Sofortige vorläufige Unterbringung durch die Verwaltungsbehörde)

§ 23 regelt das Eilverfahren der Verwaltungsbehörden bei dringendem Unterbringungsbedarf, wenn das zuständige Gericht nicht rechtzeitig entscheiden kann. Es wird „Verfahren zur sofortigen vorläufigen Unterbringung“ genannt.

Die Vorschrift greift die Altregelung des § 18 SächsPsychKG auf, wobei der besseren Übersichtlichkeit wegen eine Abtrennung der Regelungsinhalte zur Vorführung durch den Polizeivollzugsdienst, der Fürsorglichen Aufnahme und Zurückhaltung durch die Krankenhäuser erfolgt ist (nun §§ 24, 25).

Die Regelungen zur sofortigen vorläufigen Unterbringung werden inhaltlich konkretisiert und in einigen Details geändert.

Zu Absatz 1

Absatz 1 Satz 1 normiert, dass die Verwaltungsbehörden selbst zur Anordnung der sofortigen vorläufigen Unterbringung berechtigt sind, wenn dringende Gründe für die Annahme bestehen, dass die Unterbringungs Voraussetzungen bei der betroffenen Person vorliegen und das Gericht nicht in der Lage ist, die Anordnung selbst zu tätigen. Dies wird z.B. der Fall sein, wenn der dringende Unterbringungsbedarf außerhalb der richterlichen Dienst- und Bereitschaftsdienstzeiten eintritt oder wenn das Gericht im Einzelfall aus anderen Gründen nicht erreichbar ist. Die Eilanordnung durch die Verwaltungsbehörde ist in diesen Ausnahmefällen gerechtfertigt, weil nur so der unmittelbar drohende Schaden für den betroffenen psychisch kranken Menschen, Dritte oder für die öffentliche Sicherheit oder Ordnung verhindert werden kann. Wegen der Dringlichkeit ist es gerechtfertigt, dass die freiheitsentziehende (bis zum Ende des Folgetages befristete) Anordnung ausnahmsweise durch eine staatliche Behörde ergeht und nicht durch ein Gericht (Artikel 104 Absatz 1 und 2 GG).

Damit die Auffangzuständigkeit der Verwaltungsbehörden nicht ins Leere läuft, stellt Satz 2 deklaratorisch klar, dass für die sachgerechte Aufgabenerfüllung der Verwaltungsbehörden außerhalb der regulären Behördendienstzeiten ein Bereitschaftsdienst vorhanden sein sollte. Dies gilt besonders für die Wahrnehmung der Aufgaben aus § 23 SächsPsychKHG – die Durchführung der Verfahren der sofortigen vorläufigen Unterbringung, die ein Tätigwerden der Verwaltungsbehörde in Eilfällen bzw. in Akutsituationen vorsieht. Eine Aufgabenerweiterung ist mit der Regelung nicht verbunden. Solche Eilsituationen, in denen psychische Krisen bei dem betroffenen Menschen einen unverzüglichen Handlungs- und Unterbringungsbedarf hervorrufen, machen den überwiegenden Teil der Fälle aus. Sie treten nicht nur während der Behördenöffnungszeiten, sondern auch vermehrt in den Abend- und Nachtstunden und am Wochenende auf. In diesem Zeitfenster sind die Verwaltungsbehörden bisher überwiegend nicht erreichbar. Nur drei von 13 Verwaltungsbehörden haben bisher einen Bereitschaftsdienst etabliert. Die Übrigen können ihrer gesetzlich und verfassungsrechtlich vorgegebenen Prüf- und Entscheidungspflicht außerhalb der Dienstzeiten nicht nachkommen. Sofortige vorläufige Unterbringungen wurden bisher, trotz der bestehenden Aufgabe aus § 18 Absatz 1 SächsPsychKG, kaum durch die Verwaltungsbehörden

realisiert. In der Praxis mussten die Krankenhäuser Fürsorgliche Aufnahmen ohne Anordnung der Verwaltungsbehörde und gerichtliche Genehmigung in eigener Verantwortung durchführen, nachdem die Betroffenen vom Polizeivollzugsdienst vorgeführt wurden. Fürsorgliche Aufnahmen, die mit einem Freiheitsentzug für den Betroffenen ohne gerichtliche und behördliche Entscheidung längstens bis zum Ende des Folgetages nach der Einlieferung verbunden sind, sind unter der Maxime der Rechtsstaatlichkeit nur als Ausnahme vorgesehen. Die Ausnahme ist derzeit die Regel. Dieser Zustand sollte durch die Vorhaltung eines Bereitschaftsdienstes bei den zuständigen Verwaltungsbehörden vermieden werden.

Wie der Bereitschaftsdienst ausgestaltet sein sollte, ist den Landkreisen und Kreisfreien Städten überlassen. Es können Synergien zwischen den Gesundheits- und Ordnungsämtern, z.B. das gemeinsame Betreiben oder die Nutzung eines bereits bestehenden Bereitschaftsdienstes ins Auge gefasst werden. Dies schließt natürlich eine fachgerechte Schulung des Personals zu den Einzelaspekten des Unterbringungsverfahrens und der Unterbringung nach SächsPsychKHG mit ein. Zum zeitlichen Umfang des Bereitschaftsdienstes kann sich vorerst an den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichtes für den Bereitschaftsdienst der Betreuungsgerichte (BVerfG 24.07.2018 – 2 BvR 309/15) orientiert werden (täglich 6 bis 21 Uhr). Eine Erreichbarkeit rund um die Uhr wäre aber ausdrücklich zu begrüßen. Die Weiterentwicklung der Rechtsprechung ist zu beachten.

Satz 3 bestimmt entsprechend der Altregelung in § 18 Absatz 1 Satz 2 SächsPsychKHG, dass die Verwaltungsbehörde bei Anordnung einer sofortigen vorläufigen Unterbringung das zuständige Gericht bis spätestens 10 Uhr des Folgetages über die Anordnung zu informieren hat. Ergänzend wird festgelegt, dass sich die Verwaltungsbehörde auch zum Fortgang der Unterbringungssache äußern muss. Sie muss entscheiden und mitteilen, ob sie einen Antrag auf öffentlich-rechtliche Unterbringung des betroffenen Menschen stellen wird. Die Einschätzung der nach Absatz 2 Satz 1 vorbefassten Personen und der behandelnden Ärztinnen und Ärzte in der Klinik – in Form eines kurzen ärztlichen Zeugnisses – kann als Entscheidungsgrundlage in diesem Fall ausreichen. Eine Abstimmung mit dem Gericht ist dringend erforderlich um ggf. die reibungslose, bruchlose Weiterbehandlung der Patientin oder des Patienten nach Ablauf des Anordnungszeitraumes am Ende des Folgetages zu gewährleisten.

Zu Absatz 2

In Absatz 2 Satz 1 wird klargestellt, dass auch bei einer sofortigen vorläufigen Unterbringung vorab eine fachliche psychiatrische Einschätzung einer Ärztin, eines Arztes, einer Psychotherapeutin oder eines Psychotherapeuten eingeholt werden soll. Dies kann z.B. die ambulant behandelnde Psychiaterin oder der ambulant behandelnde Psychiater oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeut der oder des Betroffenen sein oder die oder der zur Untersuchung nach § 21 Absatz 4 beigezogene Ärztin oder Arzt (z.B. des Sozialpsychiatrischen Dienstes). Auf die Einschätzung der Notärztin oder des Notarztes soll nur im Ausnahmefall zurückgegriffen werden, wenn diese oder dieser über ausreichende Erfahrungen bei der Beurteilung psychischer Erkrankungen verfügt. Bleibt gar keine Zeit, weitere Personen beizuziehen, weil Lebensgefahr droht, kann die sofortige vorläufige Unterbringung durch die Mitarbeitenden der Verwaltungsbehörde unter Beachtung pflichtgemäßen Ermessens angeordnet werden. Die ärztliche Einschätzung muss dann unverzüglich in der Klinik im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung nach Absatz 3 Satz 1 erfolgen.

Sätze 2 und 3 regeln das Anhörungsrecht der betroffenen Person im Verfahren auf sofortige vorläufige Unterbringung. Zur Umsetzung des Rechtsstaatsprinzipes und in Anbetracht der Schwere des drohenden Grundrechtseingriffs durch die Anordnung ist der betroffenen Person die Möglichkeit zu geben, sich – in der Regel persönlich – zur Sache zu äußern. Sie ist persönlich vor Ort anzuhören. Die Mitarbeitenden der Verwaltungsbehörde müssen sich einen persönlichen Eindruck von der oder dem Betroffenen verschaffen, den sie ihrer Entscheidung zugrunde legen.

Zu Absatz 3

Wird die sofortige vorläufige Unterbringung – nötigenfalls unter Zuhilfenahme des Polizeivollzugsdienstes – vollzogen und ist die betroffene Person im Krankenhaus eingeliefert worden, muss sie unverzüglich von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Psychiatrie oder einer Ärztin oder einem Arzt mit Erfahrung in der Psychiatrie untersucht werden. Auf Grundlage dieser Untersuchung (ein arbeitsteiliges Vorgehen ist zulässig) wird beurteilt, ob die Unterbringungs Voraussetzungen für die ersten Stunden der sofortigen vorläufigen Unterbringung vorliegen. Wenn sie nach Auffassung der beurteilenden Ärztin oder des beurteilenden Arztes nicht vorliegen, informiert sie oder er erst die Verwaltungsbehörde und das zuständige Gericht, damit diese den Sachverhaltsstand kennen. Dann ist die Person zu entlassen. Wenn die Voraussetzungen für eine Unterbringung nach Einschätzung der beurteilenden Ärztin oder des beurteilenden Arztes vorliegen, ergeben sich die weiteren Verfahrensschritte und Benachrichtigungspflichten des Krankenhauses entsprechend der Regelungen zur Fürsorglichen Aufnahme in § 25 Absatz 4 und 7.

Zu § 24 (Vorführung durch den Polizeivollzugsdienst)

In § 24 ist das Vorführungsrecht des Polizeivollzugsdienstes in sehr dringlichen Fällen und die weiteren Pflichten und Verfahrensschritte geregelt.

Die Altregelung in § 18 Absatz 3 wurde aufgenommen und um Detailregelungen ergänzt.

Zu Absatz 1

Wird der Polizeivollzugsdienst im Rahmen seiner Aufgaben zur Gefahrenabwehr zu einem psychiatrischen Krisenfall gerufen und ist Gefahr in Verzug, so dass weder eine Entscheidung des Gerichtes oder der Verwaltungsbehörde eingeholt werden kann, ist der Polizeivollzugsdienst nach pflichtgemessen Ermessen berechtigt, den psychisch kranken Menschen in ein Krankenhaus zu bringen. Um die Notwendigkeit sachgerecht einschätzen zu können, kann die Beiziehung einer Ärztin oder eines Arztes (in der Regel der Notärztin oder des Notarztes) notwendig sein. Selbstverständlich ist, dass versucht werden muss, die zuständige Verwaltungsbehörde zu erreichen.

Grundsätzlich soll die betroffene Person dem für ihre eventuelle Unterbringung zuständigen Krankenhaus vorgeführt werden (siehe auch Begründung zu § 12 Absatz 2). Ist kein nach der PsychKHEinzugsgebietsVO zuständiges Krankenhaus unmittelbar aufnahmefähig, kann die betroffene Person auch nach den Regeln der Notfallrettung und Aufnahmepflicht zur Erstversorgung nach SächsBRKG und SächsKHG einem anderen geeigneten Krankenhaus vorgeführt werden. Wichtig ist, dass der Polizeivollzugsdienst bei Einlieferung im Krankenhaus den zugrundeliegenden Sachverhalt genau schildert. Dies ist unverzichtbare Grundlage für die fachliche psychiatrische Beurteilung durch die Ärztinnen und Ärzte.

Eine Vor- bzw. Rückführung durch den Polizeivollzugsdienst ist auch zulässig, wenn die untergebrachte Person entwichen ist.

Zu Absatz 2

Aus dem Vorführungsrecht des Polizeivollzugsdienstes ergibt sich keine Anordnungsbefugnis für eine Unterbringung. Das ist Sache des Krankenhauses im Ergebnis seiner fachärztlichen Beurteilung nach Einlieferung. Die ärztliche Leitung des Krankenhauses oder ihre jeweilige Vertretung ordnet die Fürsorgliche Aufnahme an, wenn die Unterbringungs Voraussetzungen vorliegen. Liegen die Unterbringungs Voraussetzungen nach Überzeugung des Krankenhauses nicht vor, muss der Polizeivollzugsdienst informiert werden, bevor die Entlassung erfolgt. Dem Polizeivollzugsdienst muss Gelegenheit gegeben werden, andere Schritte zur Gefahrenabwehr einzuleiten, z.B. die Person in Gewahrsam zu nehmen.

Zu Absatz 3

Absatz 3 legt nunmehr fest, dass der Polizeivollzugsdienst seinerseits die zuständige Verwaltungsbehörde über jede Vorführung nach SächsPsychKHG zu informieren hat. Dieser

Informationstransfer ist erforderlich, damit die Verwaltungsbehörde von den für ihren Aufgabenbereich relevanten Sachverhalten Kenntnis erlangen und gegebenenfalls das Unterbringungsverfahren betreiben kann.

Zu § 25 (Fürsorgliche Aufnahme und Zurückhaltung durch das Krankenhaus)

§ 25 regelt den Ausnahmestatbestand der Fürsorglichen Aufnahme und Zurückhaltung von Menschen mit psychischen Erkrankungen durch das Krankenhaus, wenn weder eine gerichtliche noch eine behördliche Entscheidung über die Unterbringung rechtzeitig erfolgen kann. Diese Aufnahme sollte im Hinblick auf das Rechtsstaatsprinzip und die Schwere des Grundrechtseingriffs durch freiheitsentziehende Unterbringungen nur eine Ausnahme sein. In erster Linie ist das Gericht und an zweiter Stelle die Verwaltungsbehörde zuständig.

Die Teilregelungen zur Fürsorglichen Aufnahme und Zurückhaltung aus der Altvorschrift in § 18 SächsPsychKG wurden im Wesentlichen mit kleineren Abweichungen übernommen.

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt, dass nach einer Vorführung durch den Polizeivollzugsdienst die vorgeführte Person unverzüglich, d.h. ohne schuldhaftes Zögern, fachkundig zu untersuchen ist (siehe dazu auch Begründung zu § 23 Absatz 3). Auf Grundlage dieser Untersuchung entscheidet die beurteilende Ärztin oder der beurteilende Arzt über die Fürsorgliche Aufnahme.

Zu Absatz 2

In Absatz 2 sind die Folgen einer negativen Beurteilung der Unterbringungsvoraussetzungen geregelt. Es ergibt sich eine Pflicht zur unverzüglichen Entlassung der betroffenen Person mit vorheriger Informationspflicht an Gericht und Verwaltungsbehörde wie in § 23 Absatz 3.

Zu Absatz 3

Absätze 3 und 4 normieren die Folgen, wenn die Aufnahmeuntersuchung das Vorliegen der Unterbringungsvoraussetzungen aktuell bestätigt. In diesem Fall ordnet die beurteilende Ärztin oder der beurteilende Arzt die Fürsorgliche Aufnahme im Krankenhaus an.

Zu Absatz 4

Satz 1 verpflichtet das Krankenhaus zur Erstellung eines ärztlichen Zeugnisses über den Zustand der Patientin oder des Patienten, das bis spätestens 12 Uhr des Folgetages der Einweisung dem Gericht und der Verwaltungsbehörde als Entscheidungsgrundlage für eine weiterführende Anordnung der Unterbringung dienen soll. Dieses ärztliche Zeugnis beruht auf den Ergebnissen der Aufnahmeuntersuchung und auf der Beurteilung der Person nach Abklingen der Akutsituation am Folgetag, wenn sich die Situation etwas beruhigt hat. Da es sich dennoch um ein zeitlich kurzes Beurteilungsfenster handelt, die Folgen der Beurteilung erheblich sind und das ärztliche Zeugnis die wesentliche Grundlage der Unterbringungsentscheidung ist, wurde die Frist zur Abgabe des ärztlichen Zeugnisses von 10 Uhr (Altregelung in § 18 Absatz 5 SächsPsychKG) auf 12 Uhr verlängert. Ist eine frühere Übermittlung sachgerecht möglich, soll dies zu Gunsten der Verlängerung der Entscheidungszeit des Gerichtes und der Verwaltungsbehörde erfolgen. Diese müssen bis zum Ende des der Einweisung folgenden Tages über die Unterbringung entscheiden (siehe Artikel 104 Absatz 2 Satz 3 GG analog). Die Entscheidung, die getroffen werden muss, kann eine einstweilige Anordnung der vorläufigen Unterbringung nach § 331 FamFG sein oder eine Anordnung der Unterbringung im Hauptsacheverfahren, § 312 ff. FamFG. Aus der Natur der Sache wird in der Regel zunächst nur eine Entscheidung auf vorläufige Unterbringung in Betracht kommen.

Zur Konkretisierung und Anpassung an die Bedürfnisse der Praxis wird normiert, dass abweichend von der Formulierung in § 18 Absatz 5 SächsPsychKG kein vollumfängliches Gutachten nach § 13 Absatz 1 Satz 2 SächsPsychKG, sondern ein ärztliches Zeugnis, das

zum Zustand der Patientin oder des Patienten und über die Notwendigkeit der Unterbringung, d.h. zu den Einzelfragen des § 21 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 3, Stellung bezieht, vorgelegt werden muss. Diese formale und inhaltliche Verringerung der Anforderungen ist gerechtfertigt, da in der Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit und wegen der Dringlichkeit der Entscheidung ein Mehr nicht realisierbar ist. Diese Regelung läuft im Übrigen konform mit den verfahrensrechtlichen Anforderungen nach § 331 Satz 1 Nummer 2 FamFG für die einstweilige Anordnung von vorläufigen Unterbringungsmaßnahmen durch das Betreuungsgerecht.

Sätze 2 und 3 bestimmen die Pflichten der Verwaltungsbehörde, die sich aus der Übermittlung des ärztlichen Zeugnisses ergeben. Wegen des Antragserfordernisses muss die Verwaltungsbehörde umgehend entscheiden, ob sie einen Antrag auf öffentlich-rechtliche Unterbringung stellt. Das Vorhandensein eines Bereitschaftsdienstes bei den Verwaltungsbehörden wäre hier hilfreich. Die ärztliche Leitung des Krankenhauses muss informiert werden, ob ein Antrag gestellt wurde, damit es die Patientin oder den Patienten anderenfalls entlassen kann. Wird das Gericht eine BGB-Unterbringung anordnen, weil deren Voraussetzungen vorliegen, wird das Krankenhaus vom Gericht informiert.

Zu Absatz 5

Absatz 5 enthält in Satz 1 die Pflicht der ärztlichen Leitung des Krankenhauses oder ihrer jeweiligen Vertretung die Person zu entlassen, wenn bis zum Ende des auf die Einweisung folgendes Tages keine gerichtliche Entscheidung über eine Anordnung oder Genehmigung einer weitergehenden freiheitsentziehenden Unterbringung ergangen ist. Dies ist Konsequenz des verfassungsrechtlich garantierten Freiheitsrechtes aus Artikel 104 Absatz 2 GG. Dieser statuiert: „Über die Zulässigkeit und Fortdauer einer Freiheitsentziehung hat nur der Richter zu entscheiden. Bei jeder nicht auf richterlicher Anordnung beruhenden Freiheitsentziehung ist unverzüglich eine richterliche Entscheidung herbeizuführen. Die Polizei darf aus eigener Machtvollkommenheit niemanden länger als bis zum Ende des Tages nach dem Ergreifen in eigenem Gewahrsam halten. Das Nähere ist gesetzlich zu regeln.“

Sätze 2 und 3 regeln die Informationspflichten im Falle der Entlasspflicht, weil eine richterliche (Folge-)Anordnung oder Genehmigung der weitergehenden Unterbringung – aus welchen Gründen auch immer – nicht erfolgt ist. Es soll gewährleistet werden, dass die betroffene, möglicherweise weiter behandlungs- und hilfebedürftige Person nicht sich selbst überlassen bleibt. Außerdem können auch Gesichtspunkte der Gefahrenabwehr für die Notwendigkeit der Information verschiedener Beteiligter und staatlicher Stellen sprechen.

Zu Absatz 6

Absatz 6 regelt den Fall der sogenannten Zurückhaltung durch das Krankenhaus. Er gewährt dem Krankenhaus analog der Regelungen zur Fürsorglichen Aufnahme eine Anordnungsbefugnis für eine kurzzeitige Unterbringung. Die Zurückhaltung ist für die Fälle bedeutsam, in denen sich jemand in einem psychiatrischen Krankenhaus befindet und dieses verlassen will, aber dringende Gründe für das Vorliegen der Unterbringungs Voraussetzungen und Gefahr in Verzug vorliegen. Es dient der Verfahrensvereinfachung, damit nicht erst der Polizeivollzugsdienst ins Krankenhaus geholt werden muss, um die Vorführung zu veranlassen.

Zu Absatz 7

Es ist sachgerecht, dass das Krankenhaus auch bei Fürsorglichen Aufnahmen und Zurückhaltungen die nahestehenden Angehörigen und Vertrauenspersonen unverzüglich über die Einweisung informiert, da sie ein erhebliches und gerechtfertigtes Interesse am Verbleib ihres Angehörigen bzw. der befreundeten Person haben und wertvolle Sachverhaltsangaben machen können. Sie sind anzuhören, wenn die untergebrachte Person dies wünscht und die Zeit und die Umstände es zulassen.

Zu Unterabschnitt 2 (Vollzug der Unterbringung)

Zu § 26 (Vollzug der Unterbringung in einem Krankenhaus oder einer anerkannten Einrichtung)

§ 26 regelt, wer für den Vollzug der öffentlich-rechtlichen Unterbringung zuständig ist und wie die Beleihung der Einrichtungsträger und die Bestellung der Beschäftigten nichtöffentlicher Einrichtungsträger erfolgt.

Die Altregelung in § 15 SächsPsychKG wird dabei übernommen und um die nachrangige, aber neue Möglichkeit des Vollzuges von öffentlich-rechtlicher Unterbringung in anderen anerkannten Einrichtungen als den Krankenhäusern erweitert.

Zu Absatz 1

Absatz 1 trifft eine Regelung zum Rangverhältnis der örtlich zuständigen Krankenhäuser für den Vollzug der öffentlich-rechtlichen Unterbringung. Grundsätzlich richtet sich die Zuständigkeit nach den Festlegungen der Verordnung des SMS zur Festlegung von Einzugsgebieten für die psychiatrische Krankenhausversorgung (PsychKHEinzugsgebietsVO). Es ist in Satz 1 festgelegt, dass zur Umsetzung einer möglichst wohnortnahen Unterbringung das Krankenhaus am gewöhnlichen Aufenthaltsort der Patientin oder des Patienten grundsätzlich zuständig ist. Nur wenn der gewöhnliche Aufenthalt nicht feststellbar ist, kommt das nach PsychKHEinzugsgebietsVO für den Ort des Eintritts der Behandlungsbedürftigkeit zuständige Krankenhaus in Frage. Unabhängig davon obliegt es dem Krankenhaus, aus therapeutischen oder anderen medizinischen Gründen einen Vollzug der Unterbringung in einem anderen Krankenhaus im Einvernehmen mit dessen Leitung zu veranlassen. Begründete Wünsche der Patientinnen und Patienten oder ihrer Angehörigen können solche therapeutischen Gründe sein, ebenso Krankheiten, die in dem zuständigen psychiatrischen Krankenhaus nicht angemessen behandelbar sind. Auf die Begründung zu § 12 wird verwiesen; die dort dargelegten Grundsätze gelten auch hier.

Zu Absatz 2

Absatz 2 sieht die Möglichkeit vor, dass öffentlich-rechtliche Unterbringungen – wie BGB-Unterbringungen auch – in anderen dafür anerkannten Einrichtungen vollzogen werden können. Im ersten Schritt hat aber immer eine Unterbringung in einem Krankenhaus zur stationären Behandlung der Anlasserkrankung zu erfolgen. Es kann aber Fallkonstellationen geben, in denen auch eine lange, nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und allen Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführte Behandlung nicht erfolgreich ist und der Zustand der Selbst- oder Fremdgefährdung für oder durch den Menschen mit psychischer Erkrankung weiter fortbesteht. Unter diesen Umständen kommt zur Vermeidung eines überlangen, aus ärztlicher Sicht nicht mehr von einem realistisch erreichbarem Therapieziel bestimmten Aufenthaltes in einem Krankenhaus auch eine Unterbringung in einer anerkannten Einrichtung in Betracht. Auch aus verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten ist ein überlanger, zwangsweiser Verbleib eines Menschen mit seelischer Behinderung im Krankenhaus-Setting abzulehnen. Eine Hospitalisierung muss vermieden werden und der Person ist ein menschenwürdiges Leben in einem geeigneten Wohnumfeld zu ermöglichen. Spezialisierte Einrichtungen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und komplexen Hilfebedarfen sind hierfür am besten geeignet. Vier andere Bundesländer haben diese rechtliche Möglichkeit ebenfalls gesetzlich verankert (Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hamburg).

Um die Qualität des Unterbringungsvollzuges auch in den anerkannten Einrichtungen sicherzustellen, ist eine Zulassung von der Aufsichtsbehörde, der Landesdirektion Sachsen (LDS), erforderlich. Das Zulassungsverfahren wird fachlich durch das SMS in Abstimmung mit der LDS, Interessenvertretungen der Einrichtungen und Krankenhäusern erarbeitet. Das Zulassungsverfahren sollen sowohl die staatlichen als auch die nichtöffentlichen Einrichtungen durchlaufen.

Es besteht auch im Fall der Eignung keine gesetzliche Pflicht für Einrichtungen eine Zulassung als anerkannte Einrichtung nach diesem Gesetz zu beantragen. Es wird lediglich die

Rechtsgrundlage für eine öffentlich-rechtliche Unterbringung in geschlossenen Einrichtungen und deren Zulassungsvoraussetzungen geschaffen.

Sätze 2 bis 4 legen die materiellen Zulassungsvoraussetzungen fest. Es muss sowohl für eine bedarfsgerechte medizinische als auch persönliche Betreuung gesorgt sein. Darüber hinaus müssen geeignete Schutzmaßnahmen zur Wahrung der Sicherheit in der Einrichtung der Bewohnerinnen und Bewohner sowie der Beschäftigten vorhanden sein. Sicherheitsvorkehrungen gegen Weglaufen der Bewohnerinnen und Bewohner sind zu treffen.

Zu Absatz 3

Satz 1 bestimmt, wie bisher in der Altregelung des § 15 Absatz 2 SächsPsychKG, dass die nichtöffentlichen Krankenhausträger die Vollzugsaufgaben als Beliehene ausüben. Die Beleihung mit hoheitlicher Gewalt erfolgt kraft Gesetzes.

Dem liegen folgende, unveränderte Erwägungen zugrunde:

Bei den Aufgaben der Krankenhausträger im Rahmen der öffentlich-rechtlichen Unterbringung nach Abschnitt 3 handelt es sich um die Ausübung hoheitlicher Befugnisse. Darunter fallen sämtliche Eingriffe in die grundrechtlich geschützte Freiheitssphäre der Bürgerinnen und Bürger. Insbesondere umfassen sie die geregelten Anordnungsbefugnisse, deren Vollzug zu teilweise gravierenden Eingriffen in die grundrechtlich geschützten Freiheiten der Untergebrachten und dritter Personen führen, die mit den Untergebrachten in Kontakt treten wollen.

Nach dem in Artikel 20 Absatz 2 GG niedergelegten Demokratieprinzip bedürfen die staatlichen Organe und die für sie handelnden Organwalter zur Ausübung von Staatsgewalt einer besonderen Legitimation, die sich auf die Gesamtheit der Bürgerinnen und Bürger als Staatsvolk zurückführen lassen muss (BVerfG, BVerfGE 38, 258, 271; 83, 60, 71; 47, 253, 272; 77, 1, 40; 93, 37, 66; 107, 59, 87).

Bei der Prüfung einer hinreichenden demokratischen Legitimation der konkreten Entscheidungsträgerin oder des konkreten Entscheidungsträgers unterscheidet das BVerfG zwischen der organisatorisch-personellen und der sachlich-inhaltlichen Legitimation (BVerfG, Urteil v. 31.10.1990, 2 BvF 3/89, BVerfGE 83, 60, 73). Uneingeschränkte personelle Legitimation besitzt eine Entscheidungsträgerin oder ein Entscheidungsträger, wenn sie oder er ihr oder sein Amt im Wege einer Wahl durch das Volk oder das Parlament oder dadurch erhalten hat, dass sie oder er durch eine oder einen ihrerseits oder seinerseits personell legitimierten, unter Verantwortung gegenüber dem Parlament handelnden Amtsträgerin oder Amtsträger oder mit deren oder dessen Zustimmung bestellt worden ist (ununterbrochene Legitimationskette; BVerfG, Urteile vom 24.07.1979, 2 BvK 1/78, BVerfGE 52, 95, 130; vom 31.10.1990, 2 BvF 3/89, BVerfGE 83, 60, 73; Beschlüsse vom 15.02.1978, 2 BvR 134, 268/76, BVerfGE 47, 253, 275; vom 01.10.1987, 2 BvR 1178, 1179, 1191/86, 2 BvF 1/92, BVerfGE 93, 37, 67; vom 05.12.2002, 2 BvL 5, 6/98, BVerfGE 107, 59, 87).

Die sachlich-inhaltliche Legitimation wird dagegen zweistufig vermittelt: zum einen durch die Bindung an das Gesetz und zum anderen durch Aufsicht und Weisung übergeordneter staatlicher Stellen (vgl. BVerfG, Beschlüsse vom 24.05.1995, 2 BvF 1/92, BVerfGE 93, 37, 67; vom 05.12.2002, 2 BvL 5, 6/98, BVerfGE 107, 59, 89).

Die hoheitlichen Befugnisse der öffentlich-rechtlichen Unterbringung werden durch private, freigemeinnützige und öffentlich-rechtliche Krankenhausträger wahrgenommen. Nichtöffentliche Krankenhausträger können als juristische Personen des Privatrechts mit der hoheitlichen Wahrnehmung bestimmter Verwaltungsaufgaben im eigenen Namen durch Beleihung betraut werden. Die Beleihung muss durch Gesetz oder auf Grund gesetzlicher Ermächtigung erfolgen.

Als nichtöffentliche Krankenhäuser im Sinne dieser Vorschrift sind neben allen privatrechtlich und freigemeinnützig geführten Krankenhäusern auch die Gesellschaften privaten Rechts in kommunaler Hand zu verstehen.

Satz 2 regelt, dass die analog obiger Ausführungen notwendige Beleihung anerkannter Einrichtungsträger im Rahmen des Zulassungsverfahrens durch die Aufsichtsbehörde erfolgt.

Zu Absatz 4

Absatz 4 legt im Wesentlichen unverändert (vormals § 15 Absatz 5 SächsPsychKG) fest, dass alle Beschäftigten der nichtöffentlichen Krankenhausträger und anerkannten Einrichtungen, die mit Vollzugsaufgaben betraut sind, durch die Aufsichtsbehörde zur Ausübung hoheitlicher Gewalt bestellt werden müssen. Dies ist zur Wahrung der durchgängigen demokratischen Legitimationskette notwendig.

Die Erforderlichkeit einer Bestellung durch staatliche Behörden betrifft sämtliche weisungsgebundene Beschäftigte des Krankenhaus- oder Einrichtungsträgers, die - auch im Notfall - Grundrechtseingriffe gegenüber den nach SächsPsychKHG Untergebrachten oder dritten Personen anordnen oder durchführen. Dieser besondere Bestellsakt wird in Satz 1 geregelt. Damit ist dem Erfordernis einer organisatorisch-personellen Legitimation und einer ununterbrochenen Legitimationskette, die vom Gesetzgeber über das Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt über die Landesdirektion Sachsen bis zu den einzelnen Beschäftigten der psychiatrischen Kliniken und Einrichtungen reicht, Rechnung getragen. Die richtungsweisenden Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts vom 08.01.2012 (2 BvR 133/10) und des Niedersächsischen Staatsgerichtshofs vom 05.12.2008 (StGH 2/07, R&P 2009, 99) wurden berücksichtigt, auch wenn die zugrundeliegenden Sachverhalte nicht unmittelbar vergleichbar sind. Die vorgesehene, vollumfängliche Bestellung aller an der Unterbringung beteiligten Beschäftigten ist die verfassungsrechtlich sichere Regelung.

Satz 2 regelt Näheres zum Bestellsakt, durch den die Aufsichtsbehörde der Wahrnehmung der Vollzugsaufgaben durch die Beschäftigte oder den Beschäftigten zustimmt und sie oder ihn widerruflich zur Ausübung hoheitlicher Vollzugsaufgaben gegenüber den untergebrachten Personen ermächtigt. Die Fachaufsichtsbehörde muss entsprechend der höchstrichterlichen Rechtsprechung Einfluss auf die Auswahl, die Prüfung der Sachkunde und Zuverlässigkeit sowie die Anleitung der Beschäftigten ausüben können. Insoweit muss die fachliche und persönliche Eignung der oder des zu Bestellenden durch die Aufsichtsbehörde im Bestellsverfahren geprüft werden. Die Einzelheiten hinsichtlich der Bestellung sowie Anforderungen an die fachliche und persönliche Eignung werden in einer Verwaltungsvorschrift geregelt (derzeit VwV des SMS über die Bestellung von Beschäftigten der nichtöffentlichen Krankenhäuser gemäß § 15 Absatz 5 Satz 1 SächsPsychKG vom 15.08.2022).

Da die Beschäftigten der beliebigen Krankenhäuser und anerkannten Einrichtungen zu grundrechtseinschränkenden Maßnahmen befugt sind, gebietet es das Demokratieprinzip auch, sie einer unmittelbar weisungsbefugten Fachaufsicht zu unterstellen. Dies wird in den Sätzen 3 und 4 festgelegt. Das Weisungsrecht der Aufsichtsbehörden geht aber nicht so weit, dass es Einfluss auf therapeutische Entscheidungen hat. Es dient der Durchsetzung rechtmäßigen Handelns der Beliehenen und Bestellten und der Grundrechtswahrung der Untergebrachten.

Zu § 27 (Rechtsstellung der untergebrachten Personen)

§ 27 regelt Grundsätzliches zur Rechtsstellung der untergebrachten Personen während des Vollzuges der Unterbringung in einem Krankenhaus oder einer anerkannten Einrichtung.

Die Absätze 1 bis 5 entsprechen dabei im Wesentlichen der Altregelung in § 19 Absätze 1 bis 5. Der Absatz 6 ist mit einer Regelung zur Hausordnung hinzugekommen (vormals § 42 Absatz 2 SächsPsychKG).

Zu Absatz 1

Die Rechtsstellung der untergebrachten Person folgt dem in Satz 1 festgelegten Grundsatz, dass sich Art und Umfang der auferlegten Beschränkungen ihrer Freiheit nur nach diesem Gesetz richten. Beschränkungen in grundrechtlich garantierten Freiheiten meint dabei nicht

nur die Einschränkung der körperlichen Bewegungsfreiheit, sondern aller Grundrechte, insbesondere auch das Recht auf informationelle Selbstbestimmung, das Post- und Fernmeldegeheimnis, die Religionsfreiheit, die allgemeine Handlungsfreiheit und das Recht am Eigentum.

Satz 2 stellt klar, dass Beschränkungen stets im Einzelfall dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz genügen müssen, d.h. dass sie entweder zur Beendigung des krankheitsbedingten Zustandes der Selbst- oder Fremdgefährdung unerlässlich beitragen oder sich zwingend zur Abwendung einer schwerwiegenden Störung der Sicherheit oder Ordnung im Zusammenleben innerhalb des psychiatrischen Krankenhauses oder der Einrichtung ergeben. Die jeweils geringstmögliche Beschränkung hat Vorrang. Fortschritten in der Behandlung ist Rechnung zu tragen.

Satz 3 definiert als neuen Regelungsinhalt den Zweck der Unterbringung.

Zu Absatz 2

Absatz 2 legt fest, dass die diensthabende Ärztin oder der diensthabende Arzt des Krankenhauses oder der anerkannten Einrichtung die untergebrachte Person über ihrer Rechte und Pflichten während der Unterbringung informieren muss. Dies soll in verständlicher Weise, dem Krankheitsbild entsprechend und so bald wie möglich erfolgen. Die Rechte und Pflichten ergeben sich aus diesem Gesetz und aus der Hausordnung des Krankenhauses oder der Einrichtung nach Absatz 6.

Zu Absatz 3

Um auf die typischen Verhaltensweisen und anderen Besonderheiten und Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen Rücksicht nehmen zu können, sollen sie stets von Erwachsenen getrennt untergebracht werden. Dies erfolgt so überall in Sachsen in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dabei werden nicht nur die altersmäßigen Unterschiede berücksichtigt, sondern auch das Ausmaß der psychischen Störung und der Entwicklungsstand jedes einzelnen Kindes oder Jugendlichen. Davon unberührt ist die Unterbringung von Jugendlichen in sogenannten Transitionsstationen.

Zu Absatz 4

Um die berufliche und soziale Rehabilitation zu unterstützen, sollen den untergebrachten Personen Angebote der sinnstiftenden Beschäftigung und Arbeit unterbreitet werden, wenn es aus medizinischen, therapeutischen und Gründen der Sicherheit keine Einwände gibt. Die Absicht, für geleistete Arbeit ein angemessenes Entgelt zu gewähren, entspricht der Erfahrung, dass sich dies sozialtherapeutisch besonders günstig auswirkt. Der Begriff Entgelt soll klarstellen, dass die Bezahlung als Gegenleistung für eine bestimmte Leistung gedacht ist. Ein Arbeitsverhältnis im rechtlichen Sinn entsteht nicht. Die Möglichkeit, einen Arbeitsvertrag abzuschließen, bleibt jedoch unberührt.

Zu Absatz 5

Durch die Regelung in Absatz 5 wird sichergestellt, dass die untergebrachten Personen hinsichtlich des Aufenthaltes im Freien jedenfalls nicht schlechter gestellt werden als Strafgefangene, denen mindestens eine Stunde Aufenthalt im Freien täglich zu gewähren ist. (vgl. § 64 StVollzG). Zugleich wird ein Hinweis des „Europäischen Ausschusses zur Verhütung von Folter oder unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe“ des Europarates aus dem Bericht vom 19. Juli 2011 (CPT (2011) 38, Seite 55) aufgegriffen. Die aktuelle Empfehlung des Ministerkomitees des Europarates an die Mitgliedstaaten über die Europäischen Strafvollzugsgrundsätze von 2020 (dort Ziff. 27.1) und die Empfehlung des Ministerkomitees des Europarates an die Mitgliedstaaten über die Europäischen Grundsätze für die von Sanktionen und Maßnahmen betroffenen jugendlichen Straftäter und Straftäterinnen, (dort Ziff. 81) bestätigen diese Zeitvorgabe. Die Grundsätze werden sowohl vom Generalanwalt des EuGH als auch vom BVerfG im Rahmen der Interpretation des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes herangezogen und haben insoweit Indizwirkung als internationale Standards.

Das Recht der untergebrachten Person auf Aufenthalt im Freien ist nicht ins Belieben der Beschäftigten gestellt. Nur in dem Fall, dass der Gesundheitszustand der untergebrachten Person es objektiv nicht zulässt, sind Ausnahmen denkbar. Es versteht sich von selbst, dass auch ein kürzerer Aufenthalt als einer Stunde zu gewähren ist, wenn dies aus gesundheitlichen Gründen möglich ist. Keinesfalls ist der Entzug des Aufenthalts im Freien als Disziplinarmaßnahme zulässig (siehe § 35 Absatz 1 Satz 3). Als Sicherungsmaßnahme ist der Entzug des Aufenthalts im Freien nur unter den besonderen Voraussetzungen des § 35 Absatz 2 Satz 1 Nummer 5 i.V.m. Satz 2 zulässig.

Zu Absatz 6

Absatz 6 stellt deklaratorisch fest, dass die Krankenhäuser und anerkannten Einrichtungen in Hausordnungen weitere Regeln für das Zusammenleben im Krankenhaus oder der Einrichtung bestimmen können. Diese internen Verhaltensregeln für Untergebrachte, Besucherinnen und Besucher sowie Beschäftigte dürfen die Rechte der untergebrachten Personen in Bezug auf die in diesem Gesetz geregelten Grundrechtseingriffe nicht noch weiter einschränken. Die Hausregeln sind nach Verhältnismäßigkeitsgrundsätzen allgemeingültig unter Einbindung von Vertreterinnen und Vertretern der untergebrachten Personen, der Beschäftigten und der Patientenfürsprecherin oder -fürsprechers festzulegen. Die Hausordnung muss für die Adressatinnen und Adressaten verständlich formuliert sein. Das schließt ein, dass eine Übersetzung in die Muttersprache der untergebrachten Person erfolgen muss, wenn eine Kenntnisnahme sonst nicht möglich ist. Die Hausordnung und jede Änderung der Hausordnung ist der Fachaufsichtsbehörde zur Prüfung der Recht- und Zweckmäßigkeit eigenverantwortlich vorzulegen.

Zu § 28 (Anspruch auf Behandlung)

§ 28 führt die Inhalte der Altregelungen in § 20 (Eingangsuntersuchung) und § 21 SächsPsychKG (Anspruch auf Behandlung) zusammen und ergänzt sie um Regelungen zur Stärkung der Betroffenen- und Angehörigenrechte im Kontext der Behandlung.

Zu Absatz 1

Absatz 1 bestimmt – wie vormals in § 20 Absatz 1 Satz 1 SächsPsychKG – , dass die untergebrachten Personen unverzüglich nach ihrer Aufnahme im Krankenhaus ärztlich zu untersuchen sind. Dies betrifft nicht nur den psychischen, sondern auch den somatischen Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten. Arbeitsteiliges ärztliches Handeln ist auch hier zulässig. Die Untersuchung soll die Diagnose abklären, zugleich aber auch schon perspektivischen Charakter im Hinblick auf die Behandlungsmaßnahmen haben.

Kann die Eingangsuntersuchung nur gegen den Willen der untergebrachten Person erfolgen, ist die Durchsetzung unter den Voraussetzungen des § 39 Absatz 1 durch Anwendung von unmittelbarem Zwang durch die Beschäftigten des Krankenhauses zulässig. Die Untersuchung ist unerlässlich, um eine Diagnose zu erstellen und die Unterbringungsbedingungen aus medizinischer Sicht zu prüfen. Die Anordnung der Unterbringung durch das Gericht oder die Anordnungsbefugten nach diesem Gesetz beinhaltet denotwendig auch die Berechtigung zur Untersuchung zum Zwecke der Feststellung der medizinischen Voraussetzungen und ggf. deren zwangsweise Durchsetzung.

Auch wenn die Unterbringungsbedingungen nicht vorliegen, kann nach dem Ergebnis der Eingangsuntersuchung eine ambulante oder stationäre Behandlung sinnvoll oder geboten sein. In einem solchen Fall soll die untersuchende Ärztin oder der untersuchende Arzt auf eine entsprechend Bereitschaft der Patientin oder des Patienten und eine Einwilligung in die weitere Behandlung hinwirken.

Zu Absatz 2

Absatz 2 entspricht inhaltsgleich der Altregelung in § 21 Absatz 1 SächsPsychKG und regelt den Behandlungsanspruch inhaltlich. Es wird in Satz 1 klargestellt, dass die Patientinnen und Patienten einen Anspruch auf die notwendige medizinische Behandlung haben, wobei

diese nicht nur auf die sogenannte Anlasserkrankung beschränkt ist. Da die Anlasserkrankung im § 29 Bedeutung erlangt, wird sie in diesem Zusammenhang bewusst erwähnt und eine Legaldefinition vorgenommen.

Die ärztliche Behandlung der untergebrachten Personen muss sich nach Satz 2 an den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst orientieren. Sie soll gemäß Satz 3 im Rahmen eines individuell aufzustellenden Behandlungsplanes erfolgen. Dieser schließt neben medizinischen auch Maßnahmen heilpädagogischer, psychotherapeutischer, beschäftigungs- und arbeitstherapeutischer und soziotherapeutischer Art ein. Dies stellt keine erschöpfende Aufzählung der therapeutischen Maßnahmen dar. Weitere Behandlungsformen, wie z.B. Musiktherapie und Bewegungstherapie, psychosomatische Behandlungsformen sind ebenso zu berücksichtigen wie neue Entwicklungen in der Wissenschaft. Es ist Aufgabe des Krankenhausträgers, durch eine angemessene sächliche und personelle Ausstattung der Einrichtung die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass es in diesen Bereichen ein ausreichendes und qualifiziertes Angebot gibt. Die personelle Ausstattung ist geregelt durch die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V – PPP-RL (aktuelle Fassung vom 15.09.2022, BAnz AT 09.03.2023 B4).

Zu Absatz 3

Nach der Rechtsprechung des BVerfG (z.B. Beschluss vom 20. Februar 2013 (2 BvR 228/129)) ist grundsätzlich zu jeder notwendigen medizinischen Behandlung die Einwilligung der Patientin oder des Patienten erforderlich. Das grundrechtlich gewährleistete Freiheitsrecht als Ausfluss des Selbstbestimmungsrechts aus Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 GG der Patientin oder des Patienten umfasst auch das „Recht auf Krankheit“. Die Ausübung dieses Rechts ist zu berücksichtigen, auch wenn sie aus der Sicht eines Dritten unvernünftig erscheinen mag. Eine „Vernunftlosigkeit“ der Einrichtung, in der die Patientin oder der Patient untergebracht ist, darf es nicht geben. In diesem Zusammenhang muss klargestellt werden, dass die allgemeinen Regelungen zur Einwilligung einer gesetzlichen Vertreterin oder eines gesetzlichen Vertreters oder Bevollmächtigten unberührt bleiben. Dies beinhaltet insbesondere auch die antizipierte Willensäußerung in Patientenverfügungen nach § 1827 Absatz 1 BGB, wirksame Willensäußerungen in antizipierten Behandlungsvereinbarungen mit dem Krankenhaus oder festgestellte Behandlungswünsche oder mutmaßlicher Wille der oder des Betreuten nach § 1827 Absatz 2 BGB.

Ausnahmen vom Grundsatz der Einwilligungsbedürftigkeit, d.h. eine Behandlung ohne Einwilligung gegen den Willen der untergebrachten Person, sind lediglich nach § 29 möglich (siehe Begründung dort).

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt die Aufklärungspflichten des Krankenhauses bezüglich der in Frage kommenden Behandlungsmaßnahmen (vormals § 21 Absatz 3 Satz 4 SächsPsychKG). Um für sich eine Entscheidung bzgl. einer bestimmten Behandlung finden zu können, muss die Patientin oder der Patient ernsthaft und ohne Druck über die Behandlung angemessen und umfassend aufgeklärt werden. Dies muss in einer den individuellen Bedürfnissen und dem Krankheitsbild angepassten, d.h. für die untergebrachte Person verständlichen Weise, erfolgen. Satz 2 stellt klar, dass auch ggf. vorhandene, für die Gesundheitsvorsorge zuständige Betreuerinnen oder Betreuer oder Bevollmächtigte sowie Sorgeberechtigte der Patientinnen und Patienten über die Behandlungsverfahren und ihre Risiken aufzuklären sind, da sie ggf. die Einwilligungsentscheidung erteilen müssen. Dies entspricht der Regelung in § 630e Absatz 4 BGB.

Zu Absatz 5

Die untergebrachte Person soll möglichst frühzeitig in die Behandlung einbezogen werden. Deshalb ist die in Satz 1 vorgesehene Einbindung in die Erarbeitung des Behandlungsplanes i.S.d. Absatz 2 Satz 3 notwendig. Die ihr zukommenden Informationen und Erläuterungen sollen dazu dienen, die notwendige Bereitschaft zu wecken, bei der Behandlung aktiv

mitzuwirken. Die Patientinnen und Patienten sollen nach Satz 2 den Behandlungsplan nicht nur mit erörtern, sondern auch an diesem mitwirken. Dies stärkt die Akzeptanz der vorgeschlagenen Behandlungsmaßnahmen. Angesichts der angestrebten Entlassung und einem damit verbundenen eigenverantwortlichen Leben in der Gemeinschaft soll die untergebrachte Person Einfluss auf die konkrete Ausgestaltung des Behandlungsplans haben.

Satz 3 normiert die Einbindung der entscheidungsbefugten gesetzlichen Vertreterinnen oder Vertreter und Bevollmächtigten in die Erarbeitung des Behandlungsplans. Neu geregelt ist dabei, dass die Angehörigen und Vertrauenspersonen auf Wunsch der Betroffenen eingebunden werden sollen. Dies stärkt die Mitbestimmungsrechte dieser Personengruppe und soll dem dialogischen Ansatz des gleichberechtigten Miteinanders von Betroffenen, Angehörigen und professionellen Fachkräften dienen.

Zu Absatz 6

In Absatz 6 ist das in der fachlichen Praxis recht neue Instrument der Behandlungsvereinbarung aufgenommen. Die psychiatrische Behandlungsvereinbarung (BV; im Englischen Joint Crisis Plan, JCP) stellt eine bilaterale Vorausverfügung zwischen der psychiatrisch erkrankten Person und dem Krankenhaus dar, die in Bielefeld dialogisch entwickelt und deutschlandweit erstmals 1994 eingesetzt wurde. Behandlungsvereinbarungen enthalten Vereinbarungen, die einer rechtlich bindenden Patientenverfügung entsprechen, und weitere Absprachen, zu deren Umsetzung sich die Klinik verpflichtet. Die Behandlungsvereinbarung wird in der Regel am Ende einer stationären Behandlung vor der Entlassung abgeschlossen und entfaltet ihrer Wirkung bei einem neuerlich erforderlichen stationären Aufenthalt in derselben Klinik.

Der Abschluss von Behandlungsvereinbarungen wird medizinisch-fachlich als geeignete Präventionsmaßnahme zur Vermeidung von Zwang gegenüber psychiatrischen Patientinnen und Patienten in der S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ der DGPPN vom 10.09.2018, Kurzversion, Satz 11, 14 ff. zur guten klinischen Praxis empfohlen. Es wird auch eine wissenschaftlich begründete Empfehlung abgegeben, dass Behandlungsvereinbarungen geeignet sind, die vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Behandelnden und psychisch erkrankten Menschen zu verbessern. Zwangsmaßnahmen im Kontext von Wiederaufnahmen können dadurch möglicherweise verhindert, verkürzt oder erträglicher gestaltet werden. Der Abschluss einer Behandlungsvereinbarung soll psychisch erkrankten Menschen mit Zwangsmaßnahmen in der Vorgeschichte aktiv angeboten werden.

Aus diesem Grund ist es entsprechend Absatz 6 Satz 2 sinnvoll, die Wünsche der Patientin oder des Patienten in Bezug auf die Auswahl und Art der Anwendung von ggf. erforderlichen Zwangsmaßnahmen aufzunehmen. Dies bietet dem Behandler Anhaltspunkte bei der Auswahl der individuell als mildestes Zwangsmittel empfundenen Maßnahme im Rahmen seiner ärztlichen Anordnungsbefugnisse nach §§ 29, 35 und 36 und ermöglicht dem Betroffenen eine gewisse Einflussnahme auf die Auswahlentscheidung. Die letztendliche Entscheidung über die Zwangsmaßnahme trifft die anordnende Ärztin oder der anordnende Arzt.

Die Aufnahme der Wünsche nach Satz 2 muss nicht zwingend Bestandteil einer Behandlungsvereinbarung sein. Wenn dies vom Patienten oder der Patientin nicht gewünscht wird, kann es unterbleiben. Die Behandlungsvereinbarung kann also auch nur auf zukünftige Behandlungssituationen beschränkt werden, die freiwillig angenommen werden.

Zu Absatz 7

Absatz 7 normiert, dass auch die in anerkannten Einrichtungen untergebrachten Personen nach Abschluss der psychiatrischen stationären Behandlung im Krankenhaus einen Anspruch auf die notwendige medizinische Versorgung haben. Dies betrifft sowohl die psychiatrische als auch die somatische Behandlung. Es gelten die Regelungen zum Behandlungsanspruch im Krankenhaus analog. Zu beachten ist auch hier, dass eine zwangsweise Behandlung gegen den Willen der untergebrachten Personen nur ausnahmsweise unter den

Voraussetzungen des § 29 zulässig ist und insbesondere Zwangsbehandlungen nur in einem Krankenhaus vorgenommen werden dürfen (siehe auch Begründung zu § 29 Absatz 3 Nummer 6).

Zu § 29 (Ärztliche Zwangsmaßnahmen)

§ 29 regelt die Fälle, in denen eine Behandlung oder eine andere therapeutische Maßnahme gegen den Willen der Person – nötigenfalls unter Anwendung von unmittelbarem Zwang – in einem Krankenhaus durchgeführt werden soll. Er regelt also den Ausnahmefall zu § 28, der die Behandlung grundsätzlich nur mit Einwilligung der betroffenen Person vorsieht.

Die Regelung zu den sogenannten ärztlichen Zwangsmaßnahmen entsprechen in weiten Teilen der Altregelung „Behandlung gegen den natürlichen Willen“ in § 22 SächsPsychKG. Es wurden notwendige Änderungen zur Umsetzung höchstrichterlicher Rechtsprechung und zur Anpassung an die weiterentwickelten, modernen medizinisch-fachlichen Standards vorgenommen. Mit der Neuregelung hat der Gesetzgeber unter anderem die ärztliche Zwangsmaßnahme, die Voraussetzungen der Einwilligungsfähigkeit der Patientinnen und Patienten und für das Vorliegen eine sog. Notfallbehandlung klarer definiert.

Die Überschrift des Paragraphen wurde neu gewählt, um zum einen eine Angleichung der Begrifflichkeit an die Parallelregelung in § 1832 BGB zu erreichen und zum anderen deutlich zu machen, dass jede Zwangsbehandlung unter Verantwortung einer Ärztin oder eines Arztes stehen muss.

Zu Absatz 1

Absatz 1 definiert den Begriff der ärztlichen Zwangsmaßnahme. Sie entspricht inhaltlich der Legaldefinition in § 1832 Absatz 1 BGB. Dadurch wird auch über § 312 Nummer 4 FamFG eine Anwendung des FamFG gewährleistet.

Eine ärztliche Zwangsmaßnahme setzt eine Behandlung oder eine andere Maßnahme nach dieser Vorschrift, z.B. eine Zwangsernährung oder Therapiemaßnahme, voraus. Diese muss gegen den Willen der Patientin oder des Patienten vorgenommen werden.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die Zulässigkeit einer ärztlichen Zwangsmaßnahme in dem Fall, dass eine Patientin oder ein Patient im Zustand der Einwilligungsfähigkeit die Ablehnung der Behandlung geäußert hat.

Satz 1 greift die Variante auf, in der eine einwilligungsfähige Person zum Zeitpunkt vor Beginn der Behandlung oder einer Maßnahme diese ablehnt (aktuelle Willensäußerung). Dann darf die Behandlung oder Maßnahme nicht gegen diesen ausdrücklich geäußerten Willen erfolgen. Auch nach deren Beginn, d.h. mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten, ist eine spätere ablehnende Erklärung zu berücksichtigen; die Behandlung oder die Maßnahme ist dann zu beenden.

Satz 2 regelt den Sachverhalt, dass die Patientin oder der Patient zu einem früheren Zeitpunkt im Zustand der Einwilligungsfähigkeit und vor Eintritt der Behandlungsnotwendigkeit Festlegungen getroffen hat, nach denen sie oder er eine bestimmte Behandlung oder auch eine bestimmte Maßnahme ablehnt (antizipierte Willensäußerung). Auch dann ist die Behandlung oder Maßnahme unzulässig. Denn grundsätzlich ist jeder geäußerte Wille, sei er antizipiert vorab im einwilligungsfähigen Zustand erklärt (z.B. in einer Patientenverfügung oder einer Behandlungsvereinbarung) oder im nichteinwilligungsfähigen Zustand als natürlicher Wille geäußert, relevant und ausreichend, um die Maßnahme als ärztliche Zwangsmaßnahme zu qualifizieren. Es gibt nur eine Ausnahme dazu, nämlich die in Satz 6 geregelte (Näheres dazu, siehe unten zu Satz 6 und Begründung zu Absatz 3 Satz 1 Nummer 1c) – für Fälle, in denen eine ärztliche Zwangsmaßnahme aus Gründen des Drittschutzes für Mitpatientinnen oder -patienten, Beschäftigte, Besucherinnen oder Besucher des Krankenhauses zulässig sein kann.

In Satz 3 wird mit Verweis klargestellt, dass in einer Patientenverfügung gemäß § 1827 Absatz 1 Satz 1 BGB eine in Satz 2 beschriebene vorherige Festlegung enthalten sein kann. Ein in dieser Form geäußertes ablehnendes Willensäußerung steht einer zwangsweisen Behandlung oder einer mittels Zwang durchgeführten Maßnahme entgegen. Die im einwilligungsfähigen Zustand wirksam erklärte Ablehnung der Behandlung meint eine antizipierte formwirksam erklärte Willensäußerung der betroffenen Personen, z.B. in einer Patientenverfügung oder einer schriftlichen Behandlungsvereinbarung (die einer Patientenverfügung gleichkommt). Im Unterschied zu einer Behandlung mit dem natürlichen Willen der Patientin oder des Patienten nach § 28 (dort Absatz 3), ist es bei einer Zwangsbehandlung erforderlich, dass der antizipierte Wille nachweislich niedergelegt ist. Dies ist aus Praktikabilitätsgründen erforderlich. Ein nicht nachweisbarer, zu einem früheren Zeitpunkt im noch einwilligungsfähigen Zustand geäußertes, ablehnendes Willensäußerung kann unbeachtlich bleiben. Seine Feststellung ist praktisch unmöglich und würde eine mögliche, zur Wiederherstellung der Einwilligungsfähigkeit notwendige Behandlung ausschließen. Aus diesen Gründen nimmt Satz 3 auf die Vorschrift zur Patientenverfügung in § 1827 Absatz 1 Satz 1 BGB Bezug. Mit dem weiteren Verweis auf § 1827 Absatz 1 Satz 3 BGB wird deutlich gemacht, dass aufgrund des Widerrufs der in der Patientenverfügung niedergelegte ablehnende Willensäußerung nicht (mehr) zu beachten ist. Wie mit den verschiedenen Formen der Willensäußerung in Bezug auf die Zulässigkeit einer ärztlichen Zwangsmaßnahme umgegangen werden muss, ist in den Folgeabsätzen 2 und 3 geregelt. Satz 3 definiert die Einwilligungsfähigkeit einer Patientin oder eines Patienten, die notwendige Voraussetzung für die Durchführung einer ärztlichen Maßnahme ist.

Satz 4 legt die zwei Bedingungen für die Einwilligungsfähigkeit als eine Ausprägung der rechtlichen Handlungsfähigkeit fest. Grundlage ist stets das ärztliche Gespräch mit der Patientin oder dem Patienten und deren oder dessen Aufklärung.

Zu Nummer 1

Nummer 1 beschreibt die Einsichtsfähigkeit. Dabei handelt es sich um die Fähigkeit, auf der Grundlage der ärztlichen Aufklärung Grund, Notwendigkeit, Bedeutung und Tragweite, insbesondere Folgen und Risiken der in Frage stehenden Maßnahme zu erfassen.

Zu Nummer 2

Die Vorschrift der Nummer 2 beschreibt mit der Fähigkeit, das Für und Wider abwägen zu können und auf dieser Basis eine eigene Entscheidung treffen sowie diese Entscheidung auch umsetzen zu können, die Steuerungsfähigkeit (Urteilsfähigkeit).

Die in Satz 5 vorgeschriebene ärztliche Feststellung verlangt eine konkrete Ja-/Nein-Entscheidung über die Einwilligungsfähigkeit und ist für den jeweiligen Einzelfall konkret festzustellen. Jede erwachsene Patientin und jeder erwachsene Patient gelten rechtlich als vollumfänglich einwilligungsfähig, solange nicht festgestellt worden ist, dass sie oder er im konkreten Fall trotz patientengerechter Aufklärung nicht einwilligungsfähig ist. Dabei ist die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit von der Geschäftsunfähigkeit zu unterscheiden. Die Patientin oder der Patient, der geschäftsunfähig ist, kann dennoch einwilligungsfähig sein.

Die Unfähigkeit zur Einwilligung ist die Ausnahme bei erwachsenen Patientinnen und Patienten. Allerdings können psychische Störungen (z.B. Demenz, Psychosen, Depressionen) oder kognitive Beeinträchtigungen (z.B. Konzentrations- oder Orientierungsprobleme, Sprachstörungen) Einfluss auf die Einwilligungsfähigkeit haben. In diesen Fällen liegen konkrete Anhaltspunkte für das Fehlen der Einwilligungsfähigkeit vor und es hat deren Prüfung durch eine Ärztin oder einen Arzt zu erfolgen. Allein das Vorliegen einer solchen psychischen Störung oder kognitiven Beeinträchtigung ist jedoch kein Grund, der betreffenden Patientin oder dem betreffenden Patienten die Einwilligungsfähigkeit abzusprechen. Vielmehr bedarf es weiterer Anhaltspunkte, die Zweifel an der Einwilligungsfähigkeit aufkommen lassen. Diese liegen beispielsweise vor, wenn die Patientin oder der Patient nicht in der Lage ist, die vermittelten Informationen in den Grundzügen zu verstehen und den wesentlichen Inhalt in eigenen Worten wiederzugeben, sich der Schwere der eigenen Erkrankung und das Ausmaß der Behandlungsbedürftigkeit bewusst zu sein oder das Für und

Wider der vorgeschlagenen ärztlichen Maßnahmen gegeneinander abzuwägen. Letztlich ist dabei zu beachten, dass die Komplexität des Eingriffs die Anforderungen an die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit bedingt.

Nach Satz 6 kommt es weder auf eine aktuell erklärte Ablehnung der einwilligungsfähigen Patientin oder des einwilligungsfähigen Patienten vor Beginn der Behandlung an noch auf eine zu einem früheren Zeitpunkt erklärte Ablehnung der (damals) einwilligungsfähigen Patientin oder des (damals) einwilligungsfähigen Patienten, wenn ein Fall des Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe c vorliegt. Dabei handelt es sich um Fälle der Fremdgefährdung, die von einer Patientin oder einem Patienten ausgeht.

Das Bundesverfassungsgericht hatte im Urteil vom 8. Juni 2021 - 2 BvR 1866/17 und - 2 BvR 1314/18 - in den Gründen (Rn. 69) wie folgt ausgeführt:

„Schutzpflichten gegenüber den Betroffenen selbst können eine Zwangsbehandlung jedoch auch unter den vorgenannten Kautelen nicht rechtfertigen, wenn diese eine solche Behandlung im Zustand der Einsichtsfähigkeit wirksam ausgeschlossen haben. Eine vom Betroffenen aufgrund einer autonomen Willensentscheidung erklärte Ablehnung einer Zwangsbehandlung setzt der staatlichen Schutzpflicht enge Grenzen, soweit es allein um den Schutz der Grundrechte des Betroffenen selbst geht (aa). Sie muss wegen der damit verbundenen weitreichenden Folgen bestimmte Voraussetzungen erfüllen, um als autonom betrachtet werden zu können und damit wirksam und verbindlich zu sein (bb). Die Pflicht des Staates zum Schutz der Grundrechte Dritter bleibt davon unberührt (cc).“

Das Bundesverfassungsgericht spricht von „... im Zustand der Einsichtsfähigkeit wirksam ausgeschlossen ...“ und „... aufgrund einer autonomen Willensentscheidung ...“; wann diese Erklärung abgegeben sein muss, führt das Bundesverfassungsgericht nicht aus. Die aufgrund autonomer Willensentscheidung erklärte Ablehnung einer Zwangsbehandlung kann daher entweder als aktuelle Erklärung im einwilligungsfähigen Zustand (Satz 1) oder im Rahmen einer wirksamen Patientenverfügung zu einem früheren Zeitpunkt im einwilligungsfähigen Zustand erfolgt sein (Satz 2).

In beiden Fällen steht die ablehnende Erklärung einer Zwangsbehandlung, die zur Abwendung einer Gefährdung dritter Personen erforderlich ist, nicht entgegen. Das Bundesverfassungsgericht (a.a.O.) begründet dies mit der Pflicht des Staates, die Grundrechte Dritter zu schützen. Bei den Dritten handelt es sich um Beschäftigte in den Einrichtungen, die beispielsweise tätlichen Angriffen von Patientinnen oder Patienten ausgesetzt sind.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt die materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen einer ärztlichen Zwangsmaßnahme für den Fall, dass kein beachtlicher Wille nach Absatz 2 vorliegt, die einwilligungsunfähige Person die Behandlung aber aus natürlichem Willen heraus ablehnt.

Eine Behandlung ohne Einwilligung der Patientin oder des Patienten ist nach dem BVerfG nur möglich, wenn sie oder er zu verhaltenswirksamer Einsicht krankheitsbedingt nicht fähig ist (vgl. BVerfG 2 BvR 228/12, juris, Rz. 54f.). Die Beurteilung, ob die Patientin oder der Patient zum Zeitpunkt der Behandlung einwilligungsunfähig ist, obliegt der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt (siehe dazu Begründung zu Absatz 2 Satz 5).

Zu Nummer 1

Eine ärztliche Zwangsmaßnahme darf nur zu den in Nummer 1 beschriebenen Zwecken erfolgen.

Zu Buchstabe a

Zum einen ist nach Buchstabe a eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Form der Behandlung der Anlasserkrankung zur Wiederherstellung der freien Selbstbestimmung möglich. Ziel der Unterbringung ist es – neben dem Schutz vor Fremd- oder Eigengefährdung – insbesondere, die psychische Gesundheit der Patientin oder des Patienten so weit möglich wiederherzustellen und sie oder ihn in die Lage zu versetzen, ihr oder sein Leben selbstbestimmt zu führen, um eine Entlassung zu erreichen. Dabei muss weder die Geschäftsfähigkeit noch

die Einwilligungsfähigkeit der Patientin oder des Patienten wiederhergestellt werden. Es ist ausreichend, wenn die freie Selbstbestimmung wiederhergestellt ist, also ein Zustand des eigenverantwortlichen, weder selbst- noch fremdgefährden Lebens in der Gemeinschaft für die Person wieder möglich ist. Um diese Voraussetzungen für die Ausübung der freien Selbstbestimmung zu erreichen, darf die dafür gebotene medizinische Behandlung auch im Wege einer ärztlichen Zwangsmaßnahme durchgeführt werden. Dies gilt allerdings nur, wenn andernfalls – bei Unterlassen der Behandlung – eine Entlassung durch die Schaffung der oben genannten Voraussetzungen gerade nicht ermöglicht werden kann und eine langfristige Unterbringung, in der Regel über 6 Monate hinaus, notwendig wäre. Der Staat ist in den Fällen, in denen die Patientin oder der Patient krankheitsbedingt die Chancen der Heilung nicht erkennen kann, nicht verpflichtet, sie oder ihn dem Schicksal der dauerhaften Freiheitsentziehung zu überlassen.

Zu Buchstabe b

Zum zweiten ist nach Buchstabe b eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Form der Behandlung der Anlasserkrankung oder einer anderen Erkrankung zum Zwecke der Abwendung einer Eigengefährdung für die Patientin oder den Patienten zulässig. Einerseits kann sich die Gesundheitsgefahr unmittelbar aus der Anlasserkrankung ergeben. Andererseits kann die Anlasserkrankung mittelbar die Gesundheits- oder Lebensgefahr der Patientin oder des Patienten bedingen. Die drohende Gesundheitsgefahr bei Nichtbehandlung muss schwerwiegend sein, d.h. der gesundheitliche Schaden für die Patientin oder den Patienten erheblich sein. Bei Lebensgefahr ist immer davon auszugehen. Bei anderen Gesundheitsschäden ist eine Abwägung vorzunehmen, z.B. dahingehend, ob der Schaden dauerhaft sein wird.

Zu Buchstabe c

Zum dritten ist nunmehr eine ärztliche Zwangsbehandlung zum Zweck des Drittschutzes bei Fremdgefährdung für Mitpatientinnen und -patienten, Besucherinnen, Besuchern und Mitarbeitende im Krankenhaus oder der anerkannten Einrichtung zulässig. Hier erfolgt die Umsetzung der Rechtsprechung des BVerfG zur drittschützenden Zwangsbehandlung bei entgegenstehender Patientenverfügung (BVerfG 23.03.2021 - 2 BvR 882/09). Im Zusammenspiel mit Absatz 2 Satz 2 und 3 ist die ärztliche Zwangsbehandlung auch beim Vorliegen einer die Behandlung wirksam ablehnenden Patientenverfügung o.ä. zulässig. Zwar stellt das BVerfG fest, dass dies die staatlichen Schutzpflichten gegenüber der untergebrachten Person grundsätzlich nicht rechtfertigen, wenn diese im Zustand der Einsichtsfähigkeit durch eine Patientenverfügung eine Behandlung ausgeschlossen hat (Recht auf Krankheit). Da es sich dabei um einen Ausdruck des Selbstbestimmungsrechtes der Patientin oder des Patienten handelt, muss dies dort seine Grenzen finden, wo deren Selbstbestimmung endet. Nämlich dort, wo durch die Entscheidung zur Nichtbehandlung Rechte Dritter betroffen sind. Das BVerfG stellt in seiner Entscheidung klar, dass den Staat auch Schutzpflichten gegenüber dritten Personen treffen, die unweigerlich mit den untergebrachten Personen in Kontakt treten. Dieser enge Kontakt ist für das ärztliche und pflegerische Personal im Rahmen der Versorgung der Patientinnen und Patienten unvermeidlich. Gleiches kann für Mitpatientinnen und -patienten bzw. Besucherinnen und Besucher gelten. Die aus den Grundrechten dieser Personen, insbesondere ihrem Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, folgenden Schutzpflichten können einen Rechtfertigungsgrund für eine Zwangsbehandlung darstellen.

Zu Nummer 2

Eine weitere Zulässigkeitsvoraussetzung ist, dass die Behandlung erfolgsversprechend ist, d.h. geeignet ist, die Anlasskrankheit oder die andere Krankheit zu heilen oder zu lindern.

Zu Nummer 3

Zwangsmaßnahmen und der damit einhergehende zeitweilige Verlust von Autonomie stellen für die Beteiligten fast immer eine große emotionale und körperliche Belastung dar. Aus Sicht einer Behandlerin oder eines Behandlers, dessen Ziel die Linderung von psychischer Beeinträchtigung und die Förderung von Gesundheit ist, müssen sie so weit wie irgend

möglich vermieden werden. Sie sollen immer das letzte Mittel der Wahl sein, wenn weniger eingreifende Maßnahmen nicht ausreichen (ultima ratio).

Deshalb müssen in Ausformung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit nach Nummer 3 alle anderen möglichen, weniger belastenden, aber geeigneten Behandlungsmethoden, die von der Patientin oder dem Patienten freiwillig akzeptiert werden, vorrangig in Betracht gezogen und genutzt werden. Im Hinblick auf die drittschützende Zwangsbehandlung nach Absatz 3 Nummer 1c) können als weniger belastende Maßnahmen z.B. die Bewegungsfreiheit einschränkende Sicherungsmaßnahmen, wie die Absonderung oder Besuchsbeschränkungen in Frage kommen.

Zu Nummer 4

Um dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gerecht zu werden, ist nach Nummer 4 auch eine Folgenabwägung vorzunehmen. Der Nutzen der Behandlung muss die zu erwartenden Beeinträchtigungen für den Patienten oder die Patientin und den möglichen Schaden bei Nichtbehandlung deutlich überwiegen. Der Nutzen muss umso deutlicher ausfallen, je schwerwiegender der Eingriff ist.

Zu Nummer 5

Nummer 5 sieht vor, dass vor der ärztlichen Zwangsmaßnahme versucht werden muss, die Patientin oder den Patienten von der Notwendigkeit der Behandlung individuell und ohne Druck zu überzeugen. Dieser Überzeugungsversuch muss nicht zwangsläufig von der späteren Behandlerin oder Behandler unternommen werden. Es kann auch eine Person sein, die ein Vertrauensverhältnis zu der Patientin oder dem Patienten aufgebaut hat, z.B. die Betreuerin oder der Betreuer. Der Überzeugungsversuch ist in Umsetzung der BGH-Rechtsprechung zu § 1906a BGB a.F. (BGH, Beschluss vom 4. Juni 2014, XII ZB 121/14, Rn. 16) eine materielle Zulässigkeitsvoraussetzung der ärztlichen Zwangsmaßnahmen und wurde insoweit neu in den Katalog des Absatzes 3 aufgenommen.

Zu Nummer 6

In Nummer 6 wird eine Neuregelung dahingehend aufgenommen, dass ärztliche Zwangsmaßnahmen nur während eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus erfolgen dürfen. Diese Regelung folgt der Rechtsprechung des BVerfG (BVerfG FamRZ 18, 1599) und der draus resultierenden Norm § 1832 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 BGB für ärztliche Zwangsmaßnahmen im Betreuungsrecht. Sie wird auch für die öffentlich-rechtliche Unterbringung relevant, wenn die Unterbringung in einer anerkannten Einrichtung erfolgt.

Die stationäre Behandlung inklusive der Nachsorge muss in einem zur Unterbringung nach SächsPsychKHG i.V.m. PsychKEinzugsgebietsVO zuständigen Krankenhaus erfolgen, da sichergestellt sein muss, dass eine fachgerechte zwangsweise Durchführung der Behandlung erfolgt. Handelt es sich um eine somatische Zwangsbehandlung, die in dem psychiatrischen Krankenhaus medizinisch nicht fachgerecht ausgeführt werden kann, ist eine Verlegung in eine somatische Klinik unter fachlicher Verantwortung des zuständigen Krankenhauses zulässig.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt die formellen Zulässigkeitsvoraussetzungen ärztlicher Zwangsmaßnahmen, die vor Beginn einer Behandlung nach Absatz 3 vorliegen müssen.

Die in Nummer 1 bis 5 geregelten Voraussetzungen sind nun chronologisch der Zeitabfolge neu geordnet worden und in einigen Details gegenüber der Altregelung in § 22 Absatz 3 SächsPsychKG redaktionell und inhaltlich angepasst.

Zu Nummer 1

Aufgrund der Schwere des mit einer Zwangsbehandlung einhergehenden Grundrechtseingriffs insbesondere in die körperliche Unversehrtheit der Person, setzt Nummer 1 eine Entscheidung durch die ärztliche Leitung des Krankenhauses oder deren jeweilige fachliche Vertretung voraus. Welche Person das im Konkreten ist, bestimmt sich im Zeitpunkt der

Entscheidung je nach den geltenden organisatorischen Regelungen des jeweiligen Fachkrankenhauses oder der psychiatrischen Klinik an einem Allgemeinkrankenhaus (siehe Begriffsbestimmung in § 3 Absatz 6). Die vom Krankenhaus festgelegte Vertretungskette für den Verhinderungsfall wird je nach Größe des Krankenhauses variieren, muss aber spätestens bei der fachärztlichen psychiatrischen Leitung einer Station enden. Es muss sichergestellt sein, dass eine fachärztliche psychiatrische Leitungsperson entscheidet.

Hat diese Leitungsperson festgestellt, dass die Voraussetzungen für eine ärztliche Zwangsmaßnahme nach Absatz 3 vorliegen, beantragt sie vor deren Durchführung die Genehmigung bei dem zuständigen Betreuungs- oder Familiengericht. Von dem vormals in der Altregelung des § 22 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 SächsPsychKG vorgesehenen Schriftformerfordernis wird aus Deregulierungsgründen abgesehen. Eine Schriftform des Antrages wird nicht als zwingend angesehen. Die Dokumentationspflichten der Krankenhäuser, insbesondere nach Absatz 9, die die Entscheidungsfindung und Antragstellung zu ärztlichen Zwangsmaßnahmen erfassen, sind ausreichend. Darüber hinaus sieht die betreuungsrechtliche Parallelregelung in § 1832 BGB ebenfalls kein Schriftformerfordernis vor. Eine Vereinheitlichung erscheint sinnvoll.

Zu Nummer 2

Nach Nummer 2 muss die Patientin oder der Patient über die Behandlung und deren Wirkung, Nebenwirkungen und Risiken aufgeklärt werden. § 28 Absatz 4 gilt hier auch für die Zwangsbehandlung. Insoweit sind auch der ggf. vorhandene Betreuerin oder Betreuer oder Bevollmächtigte bzw. die Sorgeberechtigten aufzuklären.

Die für die Art der Behandlungsmaßnahme qualifizierte Fachärztin oder Facharzt muss die Aufklärung vornehmen. Es muss sich nicht zwingend um die Person handeln, die die Entscheidung nach Nummer 1 trifft, da arbeitsteiliges ärztliches Handeln zulässig ist. Natürlich soll bei der Aufklärung auch versucht werden, eine Zustimmung zu der beabsichtigten Behandlung zu erlangen. Dabei steht der Aufklärung nicht schon die Einwilligungsunfähigkeit der Patientin oder des Patienten entgegen. Die Herbeiführung des zustimmenden natürlichen Willens zur Behandlung wäre ausreichend, um den Zwangscharakter der Behandlung i.S.d. § 29 Absatz 1 entfallen zu lassen.

Zu Nummer 3

Nummer 3 sieht neu vor, dass die Sorgeberechtigten eines minderjährigen Kindes oder Jugendlichen, also die Eltern oder der Vormund, vor der Entscheidung über die Beantragung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme anzuhören sind. Die Sorgeberechtigten sollen Gelegenheit erhalten, sich zu der geplanten Maßnahme zu äußern. Die Entscheidung über die Beantragung der Maßnahme trifft jedoch die zuständige ärztliche Leitungsperson (siehe auch Begründung zu Nummer 5).

Zu Nummer 4

Die Behandlung ist der Patientin oder dem Patienten durch eine Fachärztin oder einen Facharzt rechtzeitig anzukündigen, damit sie oder er präventiven Rechtsschutz erlangen kann (vgl. BVerfG - 2 BvR 228/12- juris, Rz. 63f.). Die Ankündigung hat gleichermaßen gegenüber der gesetzlichen Vertreterin oder Vertreter zu geschehen. Die Ankündigung kann mündlich in einem Gespräch erfolgen, da eine schriftliche Ankündigung der Zwangsmaßnahme therapeutisch und praktisch als problematisch erachtet wird. Zusätzlich ist aber die Übergabe einer Kopie des Antrages an das Gericht nach Nummer 1 aus rechtsstaatlichen Gesichtspunkten zwingend notwendig, um den Rechtsschutz effektiv in Anspruch nehmen zu können.

Zu Nummer 5

Da das BVerfG eine unabhängige Überprüfung der Behandlungsmaßnahme fordert (vgl. z.B. BVerfG - 2 BvR 228/12 - juris, Rz. 70f.), ist die Genehmigung des zuständigen Gerichts für ärztliche Zwangsmaßnahmen erforderlich. Die verfahrensrechtlichen Vorschriften des FamFG finden Anwendung.

Der Richtervorbehalt gilt sowohl für ärztliche Zwangsmaßnahmen gegenüber Erwachsenen als auch gegenüber Kindern und Jugendlichen. Es war im Hinblick auf die Entwicklungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung zur Genehmigungspflichtigkeit von freiheitsentziehenden Unterbringungen, freiheitsentziehenden Maßnahmen und ärztlichen Zwangsmaßnahmen nach BGB und Landesrecht für volljährige und auch minderjährige Personen angezeigt, den Schutzstandard, der für erwachsene Personen gilt, auch auf Minderjährige auszudehnen. Ärztliche Zwangsmaßnahmen in der öffentlich-rechtlichen Unterbringung sollen zukünftig ebenfalls der Genehmigungspflicht des zuständigen Gerichts – dem Familiengericht – unterfallen. Das Recht des Kindes auf körperliche Unversehrtheit ist genauso hoch einzuschätzen wie das erwachsener Menschen. Die Entscheidung und Genehmigung allein den Sorgeberechtigten in Ausübung ihres Rechtes auf Personenfürsorge zu überlassen, ist nicht verhältnismäßig.

Zu Absatz 5

Absatz 5 regelt den nicht seltenen Fall, dass eine ärztliche Zwangsbehandlung, in der Regel eine Notfallmedikation, wegen unmittelbarer und erheblicher Gefahr für Leben oder Gesundheit der Patientin oder des Patienten sofort begonnen werden muss. In diesen Notfällen ist es unerlässlich, dass die Behandlung frühestmöglich – ohne Zeitverzögerung – beginnen kann. Zum Zwecke dieser Beschleunigung sind verschiedene Verfahrenserleichterungen vorgesehen. Auf das Vorliegen der in Absatz 4 benannten Voraussetzungen wird vor Behandlungsbeginn verzichtet. Der Gesetzgeber sieht aufgrund der Dringlichkeitslage diese Erfordernisse als vorerst entbehrlich an, insbesondere die vorherige Genehmigung durch das Gericht. Nach Satz 2 muss die Entscheidung und die Anordnung der ärztlichen Zwangsmaßnahme nicht von der ärztlichen Leitung des Krankenhauses oder der jeweils zuständigen vertretenden Leitungsperson erfolgen, sondern kann durch die diensthabende Ärztin oder durch den diensthabenden Arzt getroffen werden, wenn eine Leitungsperson nicht umgehend erreichbar ist. Die materiellen Voraussetzungen für die ärztliche Zwangsmaßnahme nach Absatz 3 müssen hierbei aber vorliegen. Nach Satz 3 sind die wesentlichen formalen Voraussetzungen allerdings unverzüglich, d.h. ohne schuldhaftes Zögern, nachzuholen. Das betrifft die gerichtliche Genehmigung, die Aufklärung zu den Wirkungen und Nebenwirkungen der durchgeführten Behandlung und die Anhörung/Information der Sorgeberechtigten.

Da ärztliche Zwangsmaßnahmen bei Gefahr in Verzug in der Praxis von erheblicher Relevanz sind und große Unsicherheit hinsichtlich der anzuwendenden Regel bestand, wurde der Regelungsinhalt in einem eigenen Absatz normiert. Die Altregelung fand sich in § 22 Absatz 2 Satz 2 und 3 SächsPsychKG.

Zu Absatz 6

Absatz 6 regelt mit der zwangsweisen medikamentösen Beruhigung den Sonderfall einer ärztlichen Behandlung. Dieser wurde in der Altregelung des § 31 Absatz 1 Satz 2 Nummer 8 SächsPsychKG noch als zulässige Sicherungsmaßnahme geführt. Nach einhelliger fachlich-medizinischer Meinung ist eine medikamentöse Ruhigstellung zu Sicherungszwecken nicht zulässig. Zwangsweise Notfallmedikationen müssen immer medizinisch-therapeutisch indiziert sein. Die medikamentöse Beruhigung ist deshalb ihrem Charakter nach eine Behandlung, die im Notfall auch zwangsweise als Zwangsbehandlung bei Gefahr in Verzug durchgeführt wird (siehe hierzu auch Praxisversion der S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ der DGPPN 09-2018, S. 22 ff.).

Um diese Neubewertung deutlich zu machen, wurde die Regelung zur medikamentösen Beruhigung in § 29 aufgenommen.

Zu Absatz 7

Absatz 7 regelt den Sonderfall der zwangsweisen Ernährung. Eine solche ist zwar keine Behandlung im engeren Sinne, aber trotzdem eine ärztliche Zwangsmaßnahme. Sie bedingt in der Regel einen ärztlichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit und wird invasiv

durch Sonde oder Schlauch erfolgen. Bei invasiver Zwangsernährung gelten deshalb die Vorschriften zur Zwangsbehandlung entsprechend.

Hinsichtlich der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen macht Satz 1 deutlich, dass in Abweichung von Absatz 3 Nummer 1 nur die Variante 1b) in Betracht kommt. Nummer 1 c) wird nicht in Frage kommen, da eine Fremdgefährdung durch die zwangszuernährende Person ausgeschlossen ist. Nummer 1a) kann auch nicht herangezogen werden, da hier das Selbstbestimmungsrecht der betroffenen Person und ihr natürliche Wille – solange keine gegenwärtige Gefahr für Leben und Gesundheit besteht – in Bezug auf die eigene Ernährung zu achten ist.

Zu Absatz 8

Durch Absatz 8 (vormals gleichlautend § 22 Absatz 4 SächsPsychKG) wird sichergestellt, dass die Anordnung und Überwachung der ärztlichen Zwangsmaßnahmen durch eine Ärztin oder einen Arzt erfolgt (vgl. BVerfG - 2 BvR 228/12 - juris, Rz. 66), was auch völkerrechtlichen Maßstäben entspricht. Es ist erforderlich, dass die Ärztin oder der Arzt auch die notwendigen ärztlichen und pflegerischen Überwachungen festlegt.

Zu Absatz 9

Satz 1 legt ergänzend zu den allgemeinen ärztlichen Dokumentationspflichten aus § 630f BGB weitere Dokumentationsinhalte in Bezug auf den Zwangscharakter der Behandlung, d.h. der Art und Weise der Durchsetzung, die maßgeblichen Gründe für die Entscheidung und die Wirkungsüberwachung fest.

Satz 2 bestimmt, dass nach jeder Zwangsbehandlung zeitnah eine Nachbesprechung zwischen der Patientin oder dem Patienten und der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt erfolgen muss. Hilfreich ist es, wenn es sich dabei um die oder den die Zwangsbehandlung veranlassende Ärztin oder veranlassenden Arzt handelt; dies ist aber nicht zwingend. Es kann auch die oder der mit dem Sachverhalt vertraute, aktuell behandelnde Ärztin oder Arzt sein. Die Nachbesprechung soll zeitnah durch diese Person angeboten und durchgeführt werden, sobald es der Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten zulässt. Die zeitnahe Nachbesprechung wird als therapeutisch sehr hilfreich eingeschätzt, um das Zwangserlebnis auf beiden Seiten zu reflektieren und zu verarbeiten. Es kann das weitere therapeutische Arbeiten miteinander erleichtern (siehe hierzu auch Praxisversion der S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ der DGPPN 09-2018, S. 17, 19 ff.). Lehnt die Patientin oder der Patient die angebotene Nachbesprechung ab, ist das zu akzeptieren. Das gemachte Angebot ist dann zu dokumentieren.

Zu § 30 (Religionsausübung)

Der Regelungsinhalt in § 30 zur Gewährleistung der Religionsfreiheit aus Artikel 4 Absätze 1 und 2 GG wurde neu in das Gesetz aufgenommen.

Zu Absatz 1

Absatz 1 Satz 1 stellt das aus Artikel 4 Absatz 2 GG fließende Recht auf Zulassung der religiösen Betreuung durch eine Seelsorgerin oder 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.

Im Übrigen sei darauf hingewiesen, dass alle einschränkende Maßnahmen nach diesem Absatz als belastende Vollzugsmaßnahmen in Sinne des § 40 Absatz 1 von der diensthabenden Ärztin oder dem diensthabenden Arzt angeordnet und dokumentiert werden müssen (§ 40 Absatz 2).

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 § 31 (Persönliches Eigentum)

§ 31 bestimmt entsprechend der Altregelung in § 24 SächsPsychKG das Recht der untergebrachten Personen an ihrem persönlichen Eigentum während des Vollzuges der Unterbringung näher. Neu geregelt werden diesbezügliche Dokumentationspflichten der Krankenhäuser und anerkannten Einrichtungen.

Zu Absatz 1

Absatz 1 Satz 1 legt fest, dass die untergebrachten Personen grundsätzlich berechtigt sind, ihre persönliche Kleidung zu tragen und persönliche Gegenstände bei sich zu haben und zu behalten. Das Recht auf eigene Kleidung und Verfügen über persönliche Gegenstände findet seine Grenze dort, wo gesundheitliche Nachteile für untergebrachte Person oder eine Störung der Sicherheit oder Ordnung des Krankenhauses oder der Allgemeinheit zu befürchten sind.

Satz 2 schafft die Grundlagen, das Verfügen der untergebrachten Person über Wertgegenstände und Geld einzuschränken. Die Festlegung bezieht sich auf Regelungen ohne Zustimmung der untergebrachten Person, nicht jedoch auf Regelungen, die einvernehmlicher Bestandteil eines Therapieplanes sind. Die entsprechende Ermächtigung zur Ingewahrsamnahme soll subsidiär zum Wirken einer Betreuerin oder eines Betreuers, Sorgeberechtigten oder Bevollmächtigten sein, das heißt nur solange wirksam sein, bis ein für den entsprechenden Aufgabenbereich zuständige Person die Dinge in Gewahrsam nehmen kann. Damit soll vermieden werden, dass die für die Therapie Zuständigen gleichzeitig finanzielle Angelegenheiten regeln oder Eigentum der untergebrachten Person verwahren. Dies ist der Arzt-Patienten-Beziehung nicht förderlich. Entfallen die Gründe für die Ingewahrsamnahme der Gegenstände sind diese natürlich unverzüglich an die untergebrachte Person herauszugeben. Gleiches gilt insbesondere bei der Entlassung oder dem Wechsel in eine andere Einrichtung.

Zu Absatz 2

Absatz 2 bestimmt den weiteren Fortgang. Die in Gewahrsam genommenen Dinge sind sicher zu verwahren. Die Verwahrung ist durch das Krankenhaus oder die anerkannte Einrichtung zu dokumentieren. Erfolgt die Herausgabe an den zuständigen gesetzlichen Vertreter oder Bevollmächtigten ist diese ebenfalls zu dokumentieren. Fallen die Gründe nach Absatz 1 Satz 2 für die Ingewahrsamnahme weg, sind die Dinge an die untergebrachte Person herauszugeben.

Im Übrigen sei darauf hingewiesen, dass alle Maßnahmen nach diesem Paragraphen als belastende Vollzugsmaßnahmen in Sinne des § 40 Absatz 1 von der diensthabenden Ärztin oder dem diensthabenden Arzt angeordnet und dokumentiert werden müssen (§ 40 Absatz 2).

Zu § 32 (Recht auf Besuch)

§ 32 greift die Altregelung in § 25 SächsPsychKG im Wesentlichen auf, konkretisiert und ergänzt den Regelungsinhalt im Einzelnen, z.B. in Bezug auf die neue Besuchsform der Videobesuche. Es erfolgt eine deutlichere Abgrenzung zwischen Besuchsuntersagung und Besuchsbeschränkung und insbesondere ihrer Voraussetzungen.

Zu Absatz 1

Absatz 1 legt den Grundsatz fest, dass untergebrachte Personen zur Aufrechterhaltung des sozialen zwischenmenschlichen Kontaktes ein Recht haben, Besucherinnen und Besucher, insbesondere Angehörige und Freunde, im Krankenhaus oder der anerkannten Einrichtung zu empfangen. Dies ist aus dem Gesichtspunkt der Achtung der Menschenwürde und in Umsetzung internationaler Standards unerlässlich (z.B. Empfehlung des Europäischen Komitees zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT) des Europarates zu unfreiwilligen Unterbringungen in psychiatrischen Einrichtungen, CPT/Inf(98)12-part, Nr. 54). Das Besuchsrecht muss sich im Rahmen der angemessen festzulegenden Besuchsregeln, wohl zumeist in einer Hausordnung des Krankenhauses oder der anerkannten Einrichtung, halten.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt neu ausdrücklich die Besuchsform des Videobesuchs. Der Videobesuch beinhaltet eine Videokommunikation der Patientin oder des Patienten über das Internet mit dem Besuchenden. Hierdurch wird insbesondere bei eingeschränkter Möglichkeit des Präsenzbesuchs – z.B. bei ausländischen Patientinnen und Patienten, bei weiten Wegstrecken oder Einschränkungen bei der Fortbewegung oder Notwendigkeit von Gebärdensprache – ein digitaler Kontakt ermöglicht. Die Vorschrift ist als Soll-Regelung gestaltet, um zu berücksichtigen, dass die Einrichtungen über unterschiedliche technische und organisatorische Voraussetzungen verfügen. Es sollte aber Ziel sein, in allen Einrichtungen in angemessenem Zeitrahmen die Voraussetzungen für Videobesuche zu schaffen.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt die Zulässigkeitsvoraussetzungen einer Einschränkung des Besuchsrechts durch Untersagung und Beschränkung des Besuchs. Die Regelung knüpft an die Vorgängerregelung in § 25 Absatz 2 und 3 SächsPsychKG an. Es wird aus Gründen der Übersichtlichkeit nun eine einheitliche Tatbestandsregelung für die Beschränkung und Untersagung geschaffen.

Satz 1 benennt als Rechtsgüter, zu deren Gunsten eine Untersagung oder Beschränkung möglich ist, die Sicherheit oder Ordnung des Krankenhauses, der anerkannten Einrichtung oder der Allgemeinheit. Um den Grundrechtsschutz der Betroffenen zu gewährleisten, ist die Norm dahin auszulegen, dass konkrete Anhaltspunkte für die Gefährdung der Ordnung oder Sicherheit vorliegen müssen (vgl. BVerfG – 12.03.2008 – 2 BvR 2219/06 – juris, Rz. 20).

Satz 2 normiert, dass auch drohende gesundheitliche Nachteile für die untergebrachte Person in Folge des Besuches die Untersagung oder Beschränkung des Besuchs rechtfertigen.

Gemäß Satz 3 zählt hierzu auch die Gefährdung des Behandlungsziels. Der Begriff der gesundheitlichen Nachteile ist mit Blick auf den Zweck der Unterbringung daher so weit zu fassen, dass etwa auch ein dauerhaftes Absinken der Therapiemotivation von der Regelung erfasst wird.

Satz 4 normiert für die Untersagung des Besuchs ausdrücklich den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz; es ist stets zu prüfen, ob eine Beschränkung nicht als milderer Mittel ausreichend ist. Der besondere Schutz von Ehe und Familie (Artikel 6 Absatz 1 GG) ist zu beachten.

Satz 5 regelt entsprechend der Altregelung in § 25 Absatz 2 Satz 5 SächsPsychKG die Anordnungsbefugnis bei Untersagungen von Besuchen – abweichend von der Regelung für belastende Vollzugsmaßnahmen in § 40 Absatz 2 – durch die ärztliche Leitung oder ihre jeweilige Vertretung. Dies bringt zum Ausdruck, dass diese Entscheidung einen gravierenden Grundrechtseingriff darstellt und deshalb durch eine Leitungsperson getroffen werden muss. Im Übrigen wird in Satz 6 auf die Anwendung von § 40 verwiesen. Die Besuchsbeschränkung und die Besuchsuntersagung sind belastende Vollzugsmaßnahmen, die zu dokumentieren sind. Besuchsbeschränkungen sind als weniger belastende Maßnahmen der Anordnungsbefugnis der diensthabenden Ärztin oder des diensthabenden Arztes unterstellt.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt – nicht abschließend – Maßnahmen der Beschränkung des Besuches. Dies soll besonders der Tatsache gerecht werden, dass durch technische oder organisatorische Entwicklungen weitere vergleichbare Maßnahmen zur Besuchsbeschränkung hinzukommen könnten. Neben der Durchsuchung der Besucherinnen und Besucher (Nummer 1) und der Untersagung der Übergabe von Gegenständen an die Patientin oder den Patienten (Nummer 4) wurde ausdrücklich das Absuchen der Besucherin oder des Besuchers mit technischen Mitteln oder sonstigen Hilfsmitteln auf verbotene Gegenstände in Nummer 2 als mögliche Beschränkungsmaßnahme aufgenommen. Neu ist auch die in Nummer 3 explizit aufgenommene Überwachung durch persönliche Anwesenheit ohne Zustimmung der Gesprächsparteien. Auf die beabsichtigte Anwesenheit einer Klinikmitarbeiterin oder eines Klinikmitarbeiters als Beschränkungsmaßnahme ist vorab hinzuweisen. Zweck der Hinweispflicht ist es, die (rechtzeitige) Entscheidung, ob unter dieser Bedingung der Besuch durchgeführt wird, für die untergebrachte Person und die Besucherin oder den Besucher zu ermöglichen.

Zu Absatz 5

Absatz 5 regelt inhaltsgleich mit der Altregelung § 25 Absatz 4 SächsPsychKG den Abbruch des Besuchs. Es müssen konkrete Anhaltspunkte für die erhebliche Gefährdung der Ordnung oder Sicherheit vorliegen (vgl. Begründung zu Absatz 3).

Zu Absatz 6

Absatz 6 trifft Regelungen zum Schutz des Zugangs und der Kommunikation der untergebrachten Person mit bestimmten Organen der Rechtspflege und des personenbezogenen Datenschutzes; die Vorgängerregelung § 25 Absatz 5 SächsPsychKG wird konkretisiert und erweitert. Die einzelnen Besuchsrechte sind erforderlich, damit die untergebrachte Person ihrer rechtlichen Interessen effektiv wahrnehmen kann.

Satz 1 bestimmt nun ausdrücklich neu, dass Besuche von Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten, Verteidigerinnen und Verteidigern, Notarinnen und Notaren, der oder des Datenschutz- und Informationsfreiheitsbeauftragten des Bundes und der anderen Länder sowie der oder des sächsischen Datenschutz- und Transparenzbeauftragten oder sonstiger Transparenzbeauftragter in einer die untergebrachte Person betreffenden Rechtssache, also auch Datenschutzrechtssache, nicht untersagt, überwacht und aufgezeichnet werden dürfen. Die uneingeschränkten Besuchsrechte der Besuchskommissionen und der Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher ergeben sich unmittelbar aus §§ 4, 5.

Satz 2 bis Satz 4 sind inhaltsgleich mit der Altregelung in § 25 Absatz 5 SächsPsychKG. Eine Besuchsbeschränkung ist nur unter den dort vorgesehenen Einschränkungen zulässig.

Zu § 33 (Post- und Fernmeldeverkehr, digitale Kommunikation)

§ 33 enthält die vormals in §§ 26, 27 SächsPsychKG verortete Regelung zum Post- und Fernmeldeverkehr sowie zur Telekommunikation (digitale Kommunikation). Die Altregelung wird insbesondere in Bezug auf die besonders geschützten Kontakte der untergebrachten Personen erweitert sowie in Bezug auf die Telekommunikation konkretisiert.

Zu Absatz 1

Absatz 1 legt in Halbsatz 1 fest, dass die untergebrachten Personen das Recht haben, unbeschränkt Postsendungen abzusenden und zu empfangen sowie Telefongespräche zu führen. Das Recht gilt über Absatz 6 entsprechend für die elektronische Kommunikation. Halbsatz 2 stellt das Recht unter den Vorbehalt der in Absatz 3 und 4 geregelten Einschränkungen. Dort sind die zulässigen Maßnahmen der Beschränkung und Überwachung des Schriftwechsels und von Telefongesprächen abschließend geregelt.

Zu Absatz 2

Absatz 2 legt fest, welche Institutionen oder Personen von einer Beschränkung oder Überwachung des Schriftwechsels und der Telefongespräche (sowie über Absatz 6 der elektronischen Kommunikation) ausgenommen sind. Die Altregelung erfährt hier eine Erweiterung. Neu aufgenommen werden in Nummer 5 die Verfahrenspflegerinnen und Verfahrenspfleger, in Nummer 7 die Aufsichtsbehörden sowie in Nummer 8 die Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher.

Die Einbeziehung der Verfahrenspflegerinnen und Verfahrenspfleger erfolgt, da diese Interessenvertreter gemäß § 276 Absatz 1 FamFG der Betroffenen in Verfahren vor den Betreuungsgerichten sind (insbesondere bei der Betreuerbestellung, der Anordnung der Unterbringung, Zwangsbehandlung).

Die Einbeziehung der Aufsichtsbehörden sowie der Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher soll die Betroffenenrechte im Sinne des Ergebnisses der Evaluation des SächsPsychKG stärken. Die Einbeziehung von Datenschutz- und Transparenzbeauftragten, des Petitionsausschusses und konsularischen und diplomatischen Vertretung ist aus rechtlichen Gründen im Hinblick auf die Rechtswahrung der untergebrachten Personen ebenfalls erforderlich.

Da nach Satz 4 die §§ 148, 148a der Strafprozeßordnung unberührt bleiben, erfährt der Schutz insoweit eine Einschränkung. §§ 148 und 148a Strafprozeßordnung schränken die Kommunikation der oder des Beschuldigten mit seinem Verteidiger bei dringendem Tatverdacht einer Tat nach § 129a StGB (Bildung einer terroristischen Vereinigung) ein.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt in Satz 1 die Kontrolle von Postsendungen auf ihren materiellen Inhalt sowie in den Sätzen 2 und 3 die Überwachung von Telefongesprächen.

Satz 1 regelt, dass eingehende Postsendungen wie Pakete und Briefe von Bediensteten in Anwesenheit der untergebrachten Person auf ihren materiellen Inhalt hin untersucht werden können. Das wesentliche Ziel der Regelung ist, sicherzustellen, dass keine gefährdenden Materialien, wie Drogen, Medikamente, Ausbruchswerkzeuge bis hin zu Waffen, in den Besitz von Patientinnen und Patienten gelangen. Eine entsprechende Kontrolle auf Materialien ist deshalb auch routinemäßig zulässig. Die gegebenenfalls notwendige Sicherstellung und Verwahrung von zugesandten Gegenständen erfolgt auf Grundlage des § 31. Bei Postsendungen von bestimmten Personen und Institutionen nach Absatz 2 wie z.B. den Patientenfürsprecherinnen und -fürsprechern oder von Gerichten ist die Untersuchung von eingehenden Postsendungen unzulässig. Das heißt, diese dürfen nicht geöffnet werden, es sei denn, es liegt eine Ausnahme nach §§ 148, 148a StGB vor (siehe Absatz 5).

Satz 2 bestimmt die Zulässigkeitsvoraussetzungen einer Überwachung von Telefongesprächen. Diese ist möglich, wenn die Sicherheit oder Ordnung des Krankenhauses, der anerkannten Einrichtung oder der Allgemeinheit (d.h. der Öffentlichkeit) erheblich gefährdet oder (neu) ein gesundheitlicher Nachteil für die untergebrachte Person zu befürchten ist. Es handelt sich um einen erheblichen Grundrechtseingriff. (Artikel 10 Absatz 1 GG – Brief-, Post- und Fernmeldegeheimnis, Artikel 2 Absatz 1 i.V.m. Artikel 1 Absatz 1 GG – allgemeines Persönlichkeitsrecht, Artikel 6 Absatz 1 GG – Schutz von Ehe und Familie, wenn der Kontakt mit Familienangehörigen betroffen ist). Dem trägt die hohe Eingriffsschwelle Rechnung – es muss eine erhebliche Gefahr für die Sicherheit oder Ordnung vorliegen. Durch den Verweis auf Absatz 2 wird klargestellt, dass bei diesen Absendern die Überwachung der Telefongespräche nicht zulässig ist, es sei denn, es liegt eine Ausnahme nach §§ 148, 148a StGB vor (siehe Absatz 5).

Satz 3 regelt, in welcher Art und unter welcher weiterer Voraussetzung Telefongespräche überwacht werden dürfen. Telefongespräche können durch das Mithören einer oder eines Mitarbeitenden nach vorheriger Unterrichtung der untergebrachten Person und des telefonischen Gesprächspartners überwacht werden. Die Norm stellt sicher, dass kein heimliches Abhören erfolgt, sondern sowohl die untergebrachte Person als auch die Gesprächspartnerin oder der Gesprächspartner das Telefongespräch in Kenntnis des Mithörens führen.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt die Zulässigkeitsvoraussetzungen für die Einsichtnahme in den Schriftwechsel, dessen Anhaltung und die Unterbrechung von Telefongesprächen. Gemeint ist also die Kenntnisnahme des sinnhaften Inhalts des Briefes o.ä. oder des Gesprächsinhaltes. Diese belastenden Vollzugsmaßnahmen dürfen nicht bei den in Absatz 2 benannten besonders geschützten Kontakten angewandt werden; eine Ausnahme bilden wiederum Maßnahmen nach §§ 148 und 148a Strafprozeßordnung (siehe Absatz 5). Als Voraussetzung wird auch hier verlangt, dass Anhaltspunkte für eine erhebliche Gefährdung der Sicherheit oder Ordnung des Krankenhauses, der anerkannten Einrichtung oder der Allgemeinheit vorliegen. Ein ärztlicherseits befürchteter gesundheitlicher Nachteil der Kenntnisnehmenden Patientin oder des Kenntnisnehmenden Patienten reicht hingegen nicht aus. Die hohe Eingriffsschwelle trägt der besonderen Schwere des Grundrechtseingriffs Rechnung (siehe Ausführungen zu Absatz 3).

Können angehaltene Schriftstücke der absendenden oder berechtigten Person nicht zurückgegeben werden und werden in Gewahrsam genommen, sind auch die Gründe der Ingewahrsamnahme zu dokumentieren (ergänzend zur allgemeinen Dokumentationspflicht des § 40 Absatz 2). Im Übrigen sei darauf hingewiesen, dass alle Maßnahmen nach diesem Paragraphen als belastende Vollzugsmaßnahmen in Sinne des § 40 Absatz 1 von der diensthabenden Ärztin oder dem diensthabenden Arzt angeordnet und dokumentiert werden müssen (§ 40 Absatz 2).

Zu Absatz 5

Satz 1 bestimmt die entsprechende Anwendung der Absätze 1 bis 5 für Schriftwechsel und Gespräche mittels elektronischer Kommunikation. Damit gilt für die elektronische Kommunikation grundsätzlich der gleiche Schutz- und Eingriffsrahmen wie für den Post- und Fernmeldeverkehr. Satz 2 schränkt dies durch die Bestimmung ein, dass die Möglichkeit einer Sicherungsmaßnahme nach § 35 Absatz 2 Nummer 1 (Entzug oder Vorenthalten von Gegenständen) unberührt bleibt. Somit kann in das Recht auf Schriftwechsel und Kommunikation mittels elektronischer Kommunikation etwa durch Vorenthaltung oder Wegnahme eines mobilen Endgerätes eingegriffen werden.

Zu § 34 (Verwertung von Kenntnissen)

§ 34 (vormals § 28 SächsPsychKG) bestimmt unabhängig von der datenschutzrechtlichen Komponente unverändert ein Verwertungsverbot der erlangten Kenntnisse aus einer zulässigen Überwachung von Besuchen, dem Post- und Fernmeldeverkehr und der elektronischen Kommunikation der untergebrachten Person. Die Kenntnisse dürfen nur zu dem Zweck, zu dem sie erhoben wurden, nämlich der Erhaltung der Sicherheit oder Ordnung

der Einrichtung oder der öffentlichen Sicherheit oder Ordnung oder dem Schutz der untergebrachten Person selbst, verwendet werden. Eine Verwendung zu anderen Zwecken, z.B. in Straf- oder Zivilrechtsverfahren der untergebrachten Person in anderen Angelegenheiten als dem Unterbringungsverfahren, ist ausgeschlossen.

Zu § 35 (Sicherungsmaßnahmen)

§ 35 regelt die Sicherungsmaßnahmen, die beim Vollzug der Unterbringung gegenüber der untergebrachten Person unter Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes eingesetzt werden dürfen. In Anbetracht des gravierenden Eingriffs in die Rechte der untergebrachten Person stellt § 35 die Sicherungsmaßnahmen unter strenge tatbestandliche Voraussetzungen. Die Zulässigkeitsvoraussetzungen werden für die besonders schwerwiegenden, freiheitsentziehenden Sicherungsmaßnahmen in § 36 nochmals verschärft.

§§ 35 und 36 greifen die Vorschrift des § 31 SächsPsychKG auf und passen sie an die Weiterentwicklungen medizinischer und fachlicher Leitlinien sowie der höchstrichterlichen Rechtsprechung an.

Zu Absatz 1

Im Vollzug der Unterbringung kann es Situationen geben, die durch die Behandlung der untergebrachten Person und ihre Unterbringung in einer Einrichtung allein nicht zu beherrschen sind. Für diese Fälle sind unter Wahrung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes Sicherungsmaßnahmen vorzusehen, um eine gegenwärtige Gefahr von erheblichem oder größerem Ausmaß oder eine bereits eingetretene erhebliche Störung abzuwenden. Sie dienen der Gefahrenabwehr und dürfen ausschließlich zu diesem präventiven Zweck eingesetzt werden. Als Mittel der Disziplinierung oder als Behandlungsmaßnahme sind sie nicht zulässig.

Absatz 1 definiert, unter welchen Voraussetzungen Sicherungsmaßnahmen gegen die untergebrachte Person angeordnet werden dürfen. Er stellt maßgebend auf eine Gefährdungslage ab, die von einem Verhalten der untergebrachten Person ausgeht. Bei der Entscheidung über die Sicherungsmaßnahme ist das für die oder den Betroffenen am wenigsten einschneidende, geeignete Mittel auszuwählen.

Zu Absatz 2

In Absatz 2 werden aus Gründen der Rechtssicherheit die zulässigen Sicherungsmaßnahmen abschließend aufgeführt.

Zu beachten ist, dass nach Satz 3 Fixierungen in anerkannten Einrichtungen nicht durchgeführt werden dürfen. In anerkannten Einrichtungen ist die erforderliche medizinisch/ärztliche Überwachung von Fixierungen und die therapeutische Eins-zu-eins-Betreuung nicht gewährleistet.

Es sei ebenfalls darauf hingewiesen, dass die medikamentöse Ruhigstellung (vormals § 31 Absatz 1 Satz 2 Nummer 8) nicht mehr als Sicherungsmaßnahme zulässig ist. Medikamentöse Beruhigung ist leitliniengerecht nur als medizinisch-therapeutische Maßnahme anzuwenden. Insoweit ist sie eine ärztliche Behandlung und unterfällt den Zulässigkeitsvoraussetzungen nach §§ 28, 29 (siehe hierzu insbesondere Begründung zu § 29 Absatz 6 bezüglich der zwangsweisen medikamentösen Beruhigung).

Zu Nummer 1

Der Entzug oder die Vorenthaltung von Gegenständen ist zulässig, wenn der Verbleib objektiv zu einer Gefährdungssituation nach Absatz 1 führen könnte. Die Gegenstände können gänzlich entzogen oder während gewisser Zeiten vorenthalten werden, während sie zu anderen Zeiten den untergebrachten Personen überlassen werden können.

Zu Nummer 2

Die Überwachung, auch mit technischen Mitteln, ermöglicht neben der ständigen unmittelbaren Beobachtung durch Beschäftigte der Einrichtung auch eine Videoüberwachung, z. B.

bei Suizidgefahr der untergebrachten Person. Ergänzende Vorschriften zur Videoüberwachung finden sich in § 38.

Zu Nummer 3

Die nächtliche Nachschau (Zimmerkontrollen) ist während der Ruhezeiten zulässig, um insbesondere auszuschließen, dass sich die untergebrachte Person selbst oder andere gefährdet oder verletzt. Die Häufigkeit der nächtlichen Kontrollen ist am jeweiligen Einzelfall auszurichten, aber so gering wie möglich zu halten. Die in Krankenhäusern üblichen routinemäßigen Kontrollen des Gesundheitszustands sind keine Sicherungsmaßnahme im Sinne dieser Vorschrift.

Zu Nummer 4

Die Absonderung von anderen Patientinnen oder Patienten meint die räumliche Trennung der untergebrachten Person/Isolierung in ihrem Patientenzimmer ohne Einschluss. Im Maßregelvollzug wird dies teilweise aufgrund des höheren Sicherheitsbedürfnisses auch anders gehandhabt. Hier kommen neben einer Einzeleinschließung auch die Hinderung der betroffenen Patientin oder des betroffenen Patienten am Zutritt zu Gemeinschaftsräumen (z.B. Speisesaal und damit getrennte Einnahme von Mahlzeiten) als Absonderungsmaßnahmen in Betracht. Die Absonderung in Form der Einzeleinschließung erfolgt im Maßregelvollzug in einem von anderen Patientinnen und Patienten getrennten Raum (z.B. Patientenzimmer), in dem die betroffene Patientin oder der betroffene Patient dort eingeschlossen oder am Verlassen des Raumes gehindert wird.

Die Trennung der untergebrachten Person von anderen untergebrachten Personen ist in der öffentlich-rechtlichen Unterbringung und im Maßregelvollzug nur vorübergehend zulässig, solange die Gefahr nach Absatz 1 anhält.

Zu Nummer 5

Der gänzliche Entzug des Aufenthalts im Freien ist grundsätzlich nicht zulässig (siehe dazu auch Begründung zu § 27 Absatz 5). Nach Satz 2 ist dies nur in Ausnahmefällen möglich, nämlich dann, wenn aufgrund einer anderen angeordneten freiheitsentziehenden Sicherungsmaßnahme über 24 Stunden hinaus ein Aufenthalt im Freien nicht möglich ist. Dies betrifft also in der Praxis allenfalls die Unterbringung im Kriseninterventionsraum nach Nummer 6.

Der gemeinschaftliche Aufenthalt im Freien mit anderen untergebrachten Personen kann eingeschränkt oder untersagt werden.

Zu Nummer 6

Die Unterbringung in einem besonders gesicherten Raum ohne gefährdende Gegenstände (Kriseninterventionsraum oder so genannter „Time-out-Raum“ oder „weiches Zimmer“) ist ebenfalls nur vorübergehend zulässig und muss so ausgestaltet sein, dass die Möglichkeit einer Selbstverletzung oder Selbsttötung der untergebrachten Person ausgeschlossen ist. Kriseninterventionsräume sind in der Regel verschlossen zu halten, so dass die untergebrachte Person den Raum nicht ohne Rücksprache mit dem Pflegepersonal verlassen kann. Eine Rücksprachemöglichkeit muss gewährleistet sein.

Zu Nummer 7

Nummer 7 nennt das „Festhalten“, das anstelle der Fixierung als eigenständige Sicherungsmaßnahme eingesetzt werden kann. Hierunter ist die Immobilisierung der untergebrachten Person mittels körperlicher Techniken durch therapeutisches oder pflegerisches Fachpersonal zu verstehen. Wichtiges Element dabei ist die ständige Kommunikation mit der festgehaltenen Person. Das Festhalten wird in der Regel nicht länger als zehn Minuten praktiziert. Diese Variante der Beschränkung der Bewegungsfreiheit wird teilweise von den untergebrachten Personen als 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 – die auf Grundlage des § 39 eingesetzt wird.

Zu Nummer 8

Nummer 8 nennt sonstige Maßnahmen zur teilweisen Einschränkung der Bewegungsfreiheit durch mechanische Vorrichtungen wie z.B. Fesselung der unteren oder oberen Extremitäten, Anbringen von Bettgittern in der Nacht oder Vorsatztischen am Tag, die als Sicherungsmaßnahmen zulässig sind. Diese schränken die Bewegungsfreiheit der betroffenen Person zwar ebenfalls ein, führen aber im Unterschied zur Fixierung nicht zu einer weitgehenden oder vollständigen Aufhebung der Bewegungsfreiheit.

Die Fesselung wird abweichend von § 31 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SächsPsychKG nicht mehr als separate Sicherungsmaßnahme genannt, da sie unter Nummer 8 subsumiert werden kann. Fesselungen sind nach Absatz 1 Satz 2 auch weiterhin bei Ausführungen, Vorführungen oder Transporten bei erhöhter Fluchtgefahr zulässig (vormals § 31 Absatz 3 SächsPsychKG).

Zu Nummer 9

Nummer 9 beinhaltet das Sicherungsmittel der Fixierung, durch welches die Bewegungsfreiheit der untergebrachten Person durch Anbringen von Gurten an verschiedenen Punkten des Körpers und Befestigen an einer Gegenstelle – in der Regel am Bett – vollständig oder zumindest weitgehend aufgehoben wird. Die Fixierung kann an einem und bis zu sieben Punkten erfolgen.

Zu Absatz 3

Jede Sicherungsmaßnahme ist der betroffenen Person anzukündigen. Die Ankündigung kann nur in Eilfällen, wenn eine schwerwiegende unmittelbare Gefahr für die oder den Betroffenen selbst, Dritte oder die Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung droht, unterbleiben.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt die Anordnungsbefugnis für Sicherungsmaßnahmen.

Für Sicherungsmaßnahmen im Krankenhaus wird dabei ein Stufenverhältnis eingeführt. Für Sicherungsmaßnahmen nach Absatz 2 Nummern 6 bis 9, die in die Bewegungsfreiheit der untergebrachten Person eingreifen, mithin als schwerwiegendere Grundrechtseingriffe zu sehen sind, wird die Anordnungsbefugnis der ärztlichen Leitung oder deren jeweiliger Vertretung zugewiesen (Satz 1). Für alle übrigen Sicherungsmaßnahmen sind die diensthabenden Ärztinnen und Ärzte berechtigt. Eine Information an die ärztliche Leitung hat zu erfolgen (Satz 2). Bei Gefahr in Verzug sind die diensthabenden Ärztinnen und Ärzte nach Satz 3 ebenfalls berechtigt, freiheitsbeschränkende Sicherungsmaßnahmen nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 6 bis 9 anzuordnen, wobei eine Entscheidung der ärztlichen Leitung oder ihrer jeweiligen Vertretung unverzüglich einzuholen ist.

Für die Anordnung aller Sicherungsmaßnahmen in einer anerkannten Einrichtung ist die Einrichtungsleitung oder ihr jeweiliger Vertreter nach Satz 4 zuständig. Eine Anordnung durch Pflegepersonal ist ausgeschlossen.

Zu Absatz 5

Sicherungsmaßnahmen sind unter Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes so kurz wie möglich anzuordnen. Sie sind stets zu befristen und ohne schuldhaftes Zögern aufzuheben, wenn die Gründe für die Anordnung weggefallen sind.

Zu Absatz 6

Absatz 5 regelt die allgemeine Überwachungspflicht von Sicherungsmaßnahmen durch pflegerisches, therapeutisches oder ärztliches Personal. Es werden nur die Sicherungsmaßnahmen der Überwachungspflicht unterstellt, die auch gesondert überwacht werden können. Dies betrifft die abgesonderten Personen, die Personen im Kriseninterventionsraum und die Personen, die fixiert oder durch sonstige Maßnahmen in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt werden.

Zu Absatz 7

Absatz 7 bestimmt, dass alle Sicherungsmaßnahmen mit der betroffenen Person nachzubesprechen sind. Bereits § 31 Absatz 6 Satz 7 SächsPsychKG sah nach Beendigung einer Sicherungsmaßnahme vor, dass die Anwendung der Sicherungsmaßnahmen der Fesselung und Fixierung mit der betroffenen Patientin oder dem betroffenen Patienten nachzubesprechen ist. Absatz 7 Satz 1 übernimmt nun die Verpflichtung und ergänzt diese dahingehend, dass alle Sicherungsmaßnahmen einer Nachbesprechung bedürfen. Diese ist zunächst anzubieten. Lehnt die untergebrachte Person eine Nachbesprechung ab, so würde eine gesetzliche Verpflichtung zur Nachbesprechung ins Leere laufen, weil deren Sinn und Zweck mangels Einwilligung zur Teilnahme daran nicht erreicht werden kann. Die S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ beschreibt die Nachbesprechung als eine Möglichkeit: „... systematisch die Erfahrungen und Sichtweisen der psychisch erkrankten Menschen in der Behandlungsplanung zu berücksichtigen, präventive Maßnahmen zu vereinbaren, die psychisch erkrankten Menschen emotional zu entlasten und das möglicherweise traumatisierende Ereignis zu verarbeiten ...“ (Seite 229, 13.6 Nachbesprechung von aggressivem Verhalten und freiheitsbeschränkenden Maßnahmen).

Das Anbieten und die Nachbesprechung sollen zeitnah nach Beendigung der Sicherungsmaßnahme erfolgen, allerdings stets unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes der untergebrachten Person (siehe dazu auch Begründung zu § 29 Absatz 9). Direkt und unmittelbar nach Beendigung der Sicherungsmaßnahme ist in der Regel kein geeigneter Zeitpunkt für eine Nachbesprechung, da sich der Konflikt wieder entzünden könnte, die untergebrachte Person nicht ansprechbar oder zu verstört sein kann. Ist eine Beruhigung eingetreten, kann die Nachbesprechung angeboten werden. Durch die in Satz 2 vorgesehene Erläuterung der Gründe für die Anordnung soll der untergebrachten Person verdeutlicht werden, dass es stets das Ziel aller in die Behandlung und Betreuung eingebundener Akteure ist, solche Situationen der Anwendung von Zwang, die sowohl für die Betroffenen als auch für die Pflegepersonen sehr belastend sein können, künftig zu vermeiden.

Zu Absatz 8

Absatz 8 legt fest, dass für alle Sicherungsmaßnahmen die Anordnung, die Anordnungsgründe, der Verlauf und die Art und Dauer der durchgeführten Überwachung und die Nachbesprechung in der Patientenakte dokumentiert werden müssen. Dies ist aus Gründen der Transparenz, Beweissicherung und zur Wahrung der Rechte der betroffenen Personen und der anordnenden Einrichtung erforderlich und sinnvoll.

Zu § 36 (Ergänzende Regelungen bei freiheitsentziehenden Sicherungsmaßnahmen)

Die höchstrichterliche Rechtsprechung stellt aus verfassungsrechtlichen Gründen an freiheitsentziehende Sicherungsmaßnahmen, die während des Vollzuges der Unterbringung oder der Maßregeln zusätzlich angeordnet werden und die Bewegungsfreiheit der untergebrachten Personen noch weiter einschränken (Freiheitsentzug im Freiheitsentzug), erhöhte Anforderungen. Diese Anforderungen finden sich insbesondere in der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes vom 24. Juli 2018 (2 BvR 309/15, 2 BvR 502/16). In § 36 werden nunmehr alle Gesichtspunkte, auf die die Entscheidung Bezug nimmt, umgesetzt. Das betrifft vor allem andere freiheitsentziehenden Sicherungsmaßnahmen, die nicht Fixierungen sind. Die Altregelung in § 31 SächsPsychKG wird insoweit ergänzt.

Zu Absatz 1

Satz 1 definiert die freiheitsentziehende Sicherungsmaßnahme entsprechend der Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts in seiner Entscheidung vom 24. Juli 2018 (2 BvR 309/15, 2 BvR 502/169).

Satz 2 legt die Zulässigkeitsvoraussetzungen für freiheitsentziehende Sicherungsmaßnahmen fest und schränkt sie im Verhältnis zu den allgemeinen Voraussetzungen des § 35 Absatz 1 weiter ein. Freiheitsentziehende Sicherungsmaßnahmen sind unter Berücksichtigung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes nur zulässig, wenn eine unmittelbare und erhebliche Gefahr von Gewalttätigkeiten gegen Personen in der Einrichtung oder der Selbstverletzung/Selbsttötung der untergebrachten Person besteht.

Satz 3 bestimmt, dass die folgenden Absätze 2 bis 5 für freiheitsentziehende Sicherungsmaßnahmen ergänzend zu den Vorschriften des § 35 gelten.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt den Richtervorbehalt für die freiheitsentziehenden Sicherungsmaßnahmen.

Zu Nummer 1

Nummer 1 erfasst die Verbringung und den Einschluss in Kriseninterventionsräumen und sonstige Maßnahmen zur teilweisen Einschränkung der Bewegungsfreiheit durch mechanische Vorrichtungen nach § 35 Absatz 2 Satz 1 Nummer 6 und 8. Der Umfang des Richtervorbehalts orientiert sich im Sinne der Gleichbehandlung von aufgrund verschiedener gesetzlicher Grundlagen untergebrachter Personen in Teilen an der Regelung des § 1831 Absatz 4 BGB. Dem Richtervorbehalt unterfallen Sicherungsmaßnahmen, wenn sie darauf zielen, die körperliche Bewegungsfreiheit zu begrenzen und entweder über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig, d. h. zweckgerichtet stets zur selben Zeit oder aus wiederkehrendem Anlass, angewendet werden sollen. Als längerer Zeitraum wird als Orientierungshilfe für die Praxis grundsätzlich eine Dauer von 24 Stunden festgelegt. Grundsätzlich bedeutet, dass die Schwere des Eingriffs im Einzelfall zu bewerten ist und bei sehr einschneidender Wirkung der freiheitsbeschränkenden Maßnahme gegebenenfalls auch bei einer kürzeren Dauer der Fall dem Gericht vorzulegen ist. Von der Regelung umfasst sind unter anderem das Anlegen von Handfesseln oder Stuhltische und Sitzgurte, die den betroffenen Personen die Einnahme von bestimmten Körperhaltungen (unter anderem das Aufstehen) unmöglich machen, oder auch sogenannte Netzbetten, das heißt Krankenhausbetten, über denen ein Metallgestänge angebracht ist, über das wiederum ein schließbares Netz gespannt ist. Die betroffenen Menschen werden in dieses Bett verbracht und können es nicht selbstständig verlassen.

Zu Nummer 2

Nummer 2 sieht den Richtervorbehalt für nicht nur kurzfristige Fixierungen vor. Ist bereits zu Beginn der Fixierung absehbar, dass die Maßnahme die Dauer von 30 Minuten voraussichtlich überschreiten wird, sieht Absatz 2 Nummer 2 zwingend die Einholung einer vorherigen richterlichen Genehmigung der ärztlichen Anordnung vor. Damit trägt die Vorschrift den Ausführungen des Bundesverfassungsgerichts Rechnung, nach denen es sich bei einer Fixierung um eine Freiheitsentziehung nach Artikel 104 Absatz 2 des Grundgesetzes handelt, sofern sie nicht nur von kurzfristiger Dauer ist. Von einer kurzfristigen Maßnahme ist dabei regelmäßig auszugehen, wenn sie absehbar die Dauer von einer halben Stunde unterschreitet. Dieser Richtervorbehalt soll gewährleisten, dass der oder dem Betroffenen vor der Freiheitsentziehung alle diejenigen rechtsstaatlichen Sicherungen gewährt werden, die mit einem justizförmigen Verfahren verbunden sind. Er zielt auf die verstärkte Sicherung der Grundrechte aus Artikel 2 Absatz 2 Satz 2 des Grundgesetzes, indem er die Prüfung der grundrechtlich geschützten Belange der betroffenen Person nicht ausschließlich der Einrichtung überlässt, die letztlich die Fixierung vornimmt, sondern zusätzlich von einer nicht mit der Einrichtung verbundenen neutralen Stelle, die unabhängig von etwaigen Eigeninteressen oder Interessenkonflikten ist, prüfen lässt, ob die schutzwürdigen Rechtsgüter der betroffenen Person bei der beabsichtigten Fixierung hinreichend gewürdigt werden.

Zu Absatz 3

Absatz 3 Satz 1 bestimmt, dass die Anordnungsbefugnis der Regelung in § 35 Absatz 4 entspricht.

Satz 2 regelt den Fall, in dem die Einholung der richterlichen Genehmigung nicht mehr rechtzeitig erfolgen kann. Zwar erfordert die Freiheitsentziehung grundsätzlich eine vorherige richterliche Genehmigung. Jedoch ist im Zusammenhang mit der Anordnung einer Fixierung zur Abwendung einer gegenwärtigen erheblichen Gefahr regelmäßig davon auszugehen, dass der Zweck der Sicherungsmaßnahme nicht erreichbar wäre, wenn ihr eine richterliche Entscheidung vorausgehen müsste. Aus diesem Grund lässt Satz 2 in Fällen, in denen eine vorherige richterliche Genehmigung nicht eingeholt werden kann, die unverzügliche Nachholung der richterlichen Entscheidung zu. Für den Fall, dass eine gerichtliche Genehmigung beantragt wurde, sich der Antrag jedoch aus tatsächlichen Gründen vor der gerichtlichen Entscheidung erledigt hat, z.B. weil die Fixierung beendet werden konnte, muss die Antragstellerin oder der Antragsteller das Gericht gemäß Satz 3 unverzüglich benachrichtigen.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt die Durchführung freiheitsentziehender Sicherungsmaßnahmen in Hinblick auf die erforderliche Überwachung und Betreuung der untergebrachten Person.

Satz 1 stellt fest, dass für freiheitsentziehenden Sicherungsmaßnahmen nach § 35 Absatz 2 Satz 1 Nummer 6 bis 8 die allgemeinen Vorschriften des § 35 Absatz 6 gelten.

Für Fixierungen nach § 35 Absatz 2 Satz 1 Nummer 9 gelten nach Satz 2 verschärfende Anforderungen. Aufgrund der besonderen Schwere des Eingriffs und der damit verbundenen Gesundheitsgefahren für die betroffene Person wird festgelegt, dass bei einer fixierten Person grundsätzlich eine Eins-zu-eins-Betreuung durch therapeutisches oder pflegerisches Personal zu gewährleisten ist. Eine solche persönliche, ständige und intensive Betreuung ist als eine aktive Begleitung von Patientinnen und Patienten in akuten Krisensituationen zu verstehen, welche über die allgemein üblichen therapeutischen und pflegerischen Kontakte und Maßnahmen hinausgeht. Das Ziel dieser Maßnahmen ist zum einen die Herstellung von Sicherheit für die Betroffenen und zum anderen der Aufbau einer Beziehung zur Unterstützung bei der Überwindung der Krise (S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) vom 10. September 2018 S. 91). Intensive Betreuungsmaßnahmen können daher nur von qualifizierten Mitarbeitenden durchgeführt werden. Dies folgt auch aus dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 24. Juli 2018 (2 BvR 309/15, 2 BvR 502/16 Rn. 83). Entsprechend wird in Satz 2 festgelegt, dass eine Betreuung durch therapeutisches oder pflegerisches Personal zu erfolgen hat.

Wenn begründete Aussicht besteht, auf diese Weise eine schnellere Beendigung der Fixierung zu erreichen, kann auf ausdrücklichen Wunsch der betroffenen Person im Einzelfall von einer unmittelbaren Anwesenheit der Betreuungsperson in dem Raum, in dem die Fixierung erfolgt, vorübergehend abgesehen werden, wenn dies medizinisch vertretbar ist und sichergestellt ist, dass ein ständiger Sicht- und Sprechkontakt außerhalb des Fixierungsraums zur fixierten Person besteht. Satz 3 stellt eine eng begrenzte Ausnahme von der nach Satz 2 geforderten Betreuung der fixierten Person dar. Im Einzelfall ist gerade der Aufenthalt einer Pflegekraft bei der fixierten Person nicht immer angezeigt, da dieser unter Umständen zu einer Verschlechterung der Symptomatik und damit sogar zu einer Verlängerung der Fixierungsmaßnahme führen kann. Das Bundesverfassungsgericht spricht davon, dass bei einer 5-Punkt- oder 7-Punkt-Fixierung „grundsätzlich eine Eins-zu-eins-Betreuung durch therapeutisches oder pflegerisches Personal zu gewährleisten“ ist (vgl. Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 24. Juli 2018 (2 BvR 309/15, 2 BvR 502/16) Rn. 83). Das heißt aber auch, dass unter besonderen Umständen davon abgewichen werden kön-

nen muss. In diesem Zusammenhang lässt das Bundesverfassungsgericht eine „in der Regel ständige Begleitung im Wege des Sicht- und Sprechkontakts“ in Anwendung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes genügen (vgl. Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 24. Juli 2018 (2 BvR 309/15, 2 BvR 502/16), Rn. 110). Durch die Möglichkeit des ständigen Sicht- und Sprechkontakts von außerhalb des Fixierungsraumes zu der fixierten Person wird eine ständige Betreuung dieser Person gewährleistet, um beispielsweise drohende gesundheitliche Beeinträchtigungen rechtzeitig zu bemerken und diesen entgegen wirken zu können. Die Anordnung einer anderen Form der Betreuung als der Eins-zu-eins-Betreuung ist durch die Ärztin oder den Arzt im Einzelfall sorgfältig abzuwägen. Die Verantwortung liegt bei der Ärztin oder dem Arzt. Neben dem geäußerten Wunsch, dem Selbstbestimmungsrecht und der Menschenwürde der untergebrachten Person sind hierbei insbesondere die Schwere des Eingriffs und die mit der Fixierung verbundenen Gesundheitsgefahren zu beachten.

Zu Absatz 5

Nach Absatz 5 ist die untergebrachte Person nach Abschluss der Fixierung in einer für sie verständlichen Form und Sprache auf die Möglichkeit hinzuweisen, die Zulässigkeit der Maßnahme gerichtlich überprüfen zu lassen. Nur so kann gewährleistet werden, dass sich die betroffene Person bewusst ist, dass sie auch noch nach Erledigung der Maßnahme ihre gerichtliche Überprüfung herbeiführen kann. Dieser Hinweis ist aus gemäß Satz 2 zu dokumentieren.

Zu § 37 (Durchsuchung)

§ 37 beinhaltet Regelungen zur Durchsuchung der Patientin oder des Patienten selbst, ihrer oder seiner Sachen und der Räume im Krankenhaus, die ihr oder ihm zum Aufenthalt dienen. Die Altregelung des § 32 SächsPsychKG wird aufgegriffen und um eine besondere Regelung für körperliche Durchsuchungen ergänzt.

Die gesetzlich vorgeschriebene Aufgabe der Sicherung erfordert es, die Patientin oder den Patienten selbst, die persönlichen Sachen und die von ihr oder ihm bewohnten Räume untersuchen oder durchsuchen zu dürfen. Insbesondere bei der Aufnahmeuntersuchung muss geprüft werden, ob die aufgenommene Person gefährliche Materialien, wie z.B. Drogen oder Waffen mit sich führt. Auch während des Vollzuges der Unterbringung kann es notwendig werden, entsprechende Durchsuchungen durchzuführen oder zu wiederholen, z.B. die Kontrolle des Patientenzimmers. Die Formen der Durchsuchung unter möglichst weitgehender Wahrung der Persönlichkeitsrechte der Betroffenen werden in diesem Paragraphen geregelt.

Zu Absatz 1

Satz 1 bestimmt, dass die aufgezählten Maßnahmen der Durchsuchung nur dann zulässig sind, wenn sie zum Schutz der Betroffenen selbst oder der Mitarbeitenden in der Einrichtung als Ausprägung des Unterbringungszweckes erforderlich sind. Des Weiteren kann die Durchsuchung auch zulässig sein, wenn sie zur Aufrechterhaltung der Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung erforderlich ist. Die Durchsuchungsmaßnahmen müssen dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz entsprechen. Die jeweils im Einzelfall für die oder den Betroffenen mildeste Maßnahme ist anzuwenden.

Satz 2 legt den Grundsatz der geschlechterspezifischen Durchsuchung der untergebrachten Person durch eine Person des gleichen Geschlechts fest. Eine Ausnahme gilt entsprechend des zweiten Halbsatzes. Ärztinnen und Ärzte dürfen auch Personen untersuchen, die nicht dasselbe Geschlecht wie sie selbst haben, wenn sie in Ausübung ihres ärztlichen Berufes tätig werden (z.B. bei der Aufnahmeuntersuchung).

Die neu eingefügte Regelung in den Sätzen 3 bis 5 führt einen weiteren Ausnahmetatbestand zum Grundsatz der geschlechterspezifischen Durchsuchung nach Satz 2 ein. Diese Regelung ist aus gleichstellungsrechtlichen Erwägungen erforderlich, um insbesondere Benachteiligungen aus Gründen der Religion, Weltanschauung oder der sexuellen Identität zu verhindern (Artikel 3 Absatz 3 GG). Wenn die untergebrachte Person vor einer körperlichen

Untersuchung mit Entkleidung berechtigte Gründe vorbringt, warum sie nur durch eine oder einen Mitarbeitenden eines bestimmten Geschlechts durchsucht werden möchte, ist diesem Wunsch in der Regel nachzukommen. Satz 5 besagt jedoch, dass dem berechtigten Wunsch nicht entsprochen werden muss, wenn eine unmittelbare und erhebliche Gefahr für Leib und Leben für die untergebrachte Person oder Dritte in Verzug ist und deshalb eine sofortige Durchsuchung notwendig ist. Bei Gefahr in Verzug kann außerdem die Durchsuchung auch durch eine Pflegekraft, die nicht das gleiche Geschlecht hat, durchgeführt werden.

Bei jeder Durchsuchung – egal ob der Person selbst, ihrer persönlichen Sachen oder der von ihr in der Einrichtung bewohnten Räume – ist Rücksicht auf das Schamgefühl der untergebrachten Person zu nehmen. Ein respektvoller Umgang ist selbstverständlich.

Zu Absatz 2

Absatz 2 legt für den Vollzug einer angeordneten körperlichen Durchsuchung der untergebrachten Person fest, dass diese stets in einem geschlossenen Raum ohne Anwesenheit anderer Patientinnen oder Patienten, z.B. im Arztzimmer oder im Patientenzimmer, erfolgen muss. Dies ist eine Ausprägung des Rücksichtnahmegebots aus Absatz 1 Satz 6. Eine Gruppenuntersuchung ist unzulässig. Der geschlossene Raum darf auch nicht von Dritten einsehbar sein und auch nicht videoüberwacht werden.

Im Übrigen sei darauf hingewiesen, dass alle Maßnahmen nach diesem Paragraphen als belastende Vollzugsmaßnahmen in Sinne des § 40 Absatz 1 von der diensthabenden Ärztin oder dem diensthabenden Arzt angeordnet und dokumentiert werden müssen (§ 40 Absatz 2).

Zu § 38 (Videoüberwachung)

Die neu aufgenommene Vorschrift schafft eine Rechtsgrundlage für den Einsatz von optisch-elektronischen Geräten (z.B. Videokameras) in Krankenhäusern und anerkannten Einrichtungen. Mit Blick auf die unterschiedliche Beeinträchtigung des allgemeinen Persönlichkeitsrechts der Betroffenen und Dritter, die sich im Krankenhaus oder der Einrichtung aufhalten, ergibt sich – davon abhängig, in welchem Maße der jeweilige Bereich des Krankenhauses oder der anerkannten Einrichtungen öffentlich zugänglich ist – eine differenzierte Regelung.

Zu Absatz 1

Satz 1 definiert den Begriff der Videoüberwachung als Einsatz optisch-elektronischer Einrichtungen. Absatz 1 gibt zunächst den Grundsatz vor, dass der Einsatz von Videoüberwachung in psychiatrischen Krankenhäusern oder anerkannten Einrichtungen, in denen Unterbringungen nach SächsPsychKHG durchgeführt werden, verboten ist. Die Absätze 2 bis 4 enthalten sodann – an enge Voraussetzungen gebundene – Ausnahmen von diesem grundsätzlichen Verbot. Das grundsätzliche Verbot gilt insbesondere für den Einsatz von Videoüberwachung in Patientenzimmern und Sanitärbereichen, die einen erhöhten Schutz auf Privat- bzw. Intimsphäre genießen.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die Zulässigkeit von Videoüberwachung in bestimmten Bereichen des Krankenhauses oder der anerkannten Einrichtung, die öffentlich zugänglich sind oder gemeinschaftlich genutzt werden. In diesen Bereichen ist eine Videoüberwachung zulässig, wenn eine Überwachung zur Wahrung der Sicherheit oder der Ordnung des Zusammenlebens erforderlich ist. Die abzuwehrenden Gefahren müssen erheblich sein. Eine Verhältnismäßigkeitsprüfung ist jeweils für die einzelnen einsehbaren Bereiche vorzunehmen.

Zu Nummer 1

Nummer 1 umfasst Bereiche, die als öffentlich zugänglich anzusehen sind, weil sie von einem unbestimmten oder nur nach allgemeinen Merkmalen bestimmten Personenkreis betreten und genutzt werden können und dazu auch bestimmt sind.

Zu Nummer 2

Nummer 2 umfasst Bereiche, die zwar nicht von jeder oder jedem betreten werden können, weil eine Zugangskontrolle stattfindet, die aber doch einem größeren Personenkreis zugänglich sind. Damit sind auch sogenannte fakultativ geschlossene Stationen erfasst. Die benannten Bereiche (Aufenthaltsräume, Flur, Hof und Garten) machen deutlich, dass hiermit nicht sensible Bereiche wie gemeinschaftlich genutzte Sanitärbereiche gemeint sind (siehe auch Absatz 1 Satz 2).

Absatz 2 Satz 2 legt fest, dass eine Videoüberwachung trotzdem zulässig ist, wenn Besucherinnen, Besucher oder andere untergebrachte Personen, bezüglich der eine Videoüberwachung nicht erforderlich ist, unvermeidlich durch die optisch-elektronische Einrichtung mit aufgenommen werden. Dies muss hingenommen werden. Satz 3 normiert für alle Betroffenen eine Hinweispflicht, nach welcher der Einsatz der Videoüberwachung erkennbar zu machen ist.

Zu Absatz 3

Absatz 3 enthält die Rechtsgrundlage und die Zulässigkeitsvoraussetzungen für die medizinisch indizierte, einzelfallbezogene Anordnung eines Einsatzes von Videokameras in Beobachtungsräumen gegenüber einer nicht fixierten Patientin oder einem nicht fixierten Patienten. Für aus medizinischen Gründen fixierte Personen gilt, dass sie persönlich durch qualifiziertes Personal betreut und überwacht werden müssen.

Es sei darauf hingewiesen, dass in Absatz 3 nur solche Videoüberwachungen gemeint sind, die nicht gegen den Willen der Patientin oder des Patienten durchgeführt werden (siehe dazu Absatz 4). Videoüberwachungen, die nur als Sicherungsmaßnahmen angeordnet werden, sind in §§ 35, 36 geregelt.

Nummern 1 bis 4 legen die Zulässigkeitsvoraussetzungen einer Videoüberwachung gegenüber einer nicht fixierten untergebrachten Einzelperson wie folgt fest.

Zu Nummer 1

Nummer 1 ist zu entnehmen, dass die Videoüberwachung in separaten, dafür vorgesehenen und ausgestatteten Beobachtungsräumen, wie z.B. in Kriseninterventionsräumen/ Time-Out-Räumen/Weiche Zimmer durchgeführt werden muss. Die Videoüberwachung in Patientenzimmern ist unzulässig.

Zu Nummer 2

Vor dem Einsatz der Videoüberwachung ist die Patientin oder der Patient ärztlich zu untersuchen. Sie oder er muss von der untersuchenden Person in verständlicher Weise über den möglichen Einsatz von Videoüberwachungsmaßnahmen anstelle einer persönlichen Betreuung und Vor- und Nachteile dieser Maßnahme aus medizinisch-therapeutischer Sicht aufgeklärt werden.

Zu Nummer 3

Lehnt die Patientin oder der Patient die Videoüberwachung ab, ist diese unzulässig. Dabei sind sowohl der in der aktuellen Entscheidungssituation geäußerte natürliche Wille zu berücksichtigen als auch der gegebenenfalls zu einem früheren Zeitpunkt in einer Patientenverfügung oder Behandlungsvereinbarung geäußerte Wille. Die Ausnahme hiervon ist in Absatz 4 geregelt.

Zu Nummer 4

Ergibt die Untersuchung, dass eine persönliche Betreuung aus medizinischen Gründen nicht angezeigt und nach fachlicher Abwägung eine Videoüberwachung vorzugswürdig ist, kann die Videoüberwachung in einem dafür geeigneten Raum vorgenommen werden.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt die Zulässigkeitsvoraussetzungen für den Fall, dass eine Videoüberwachung aus medizinisch-therapeutischen Gründen auch gegen den Willen der Patientin oder

des Patienten angeordnet werden soll. Dieser Eingriff in das allgemeine Selbstbestimmungsrecht und das Recht auf informationelle Selbstbestimmung der Patientin oder des Patienten ist nur in Ausnahmefällen und als ultima ratio gerechtfertigt. Dies ist möglich, wenn eine unmittelbare erhebliche Gefahr für die körperliche Unversehrtheit oder das Leben der untergebrachten Person besteht.

Da es sich bei dem Beobachtungsraum in der Regel um einen Kriseninterventionsraum handelt, der verschlossen ist, wird neben der Videoüberwachung gleichzeitig eine freiheitsentziehende Maßnahme gegen den Willen der betroffenen Person angeordnet. Deshalb legt Satz 2 fest, dass die Vorschriften, die für die vorübergehende Unterbringung im Kriseninterventionsraum als Sicherungsmaßnahme gelten, zu beachten sind. Das betrifft insbesondere die Anordnung durch die ärztliche Leitung oder ihre jeweilige Vertretung, die Beantragung der richterlichen Genehmigung, die Nachbesprechungspflicht und die Dokumentationspflichten.

Zu Absatz 5

Absatz 5 Satz 1 bestimmt, dass die Videoüberwachung durch die diensthabende Ärztin oder den diensthabenden Arzt angeordnet werden muss (Ausnahme: siehe Absatz 4). Dies stellt sicher, dass die oder der in der Anordnungssituation vor Ort anwesende behandelnde Ärztin oder Arzt die Entscheidung trifft. Es müssen dabei natürlich auch die Untersuchungsergebnisse der untersuchenden Person nach Absatz 3 Nummer 2 in die Entscheidung fließen, wenn die diensthabende Person nicht selbst die Untersuchung und Aufklärung vorgenommen hat. Es gilt der Vertrauensgrundsatz bei horizontaler Arbeitsteilung in der Medizin.

Die Sätze 2 bis 4 legen die Höchstdauer einer Videoüberwachung und die Voraussetzungen zur Verlängerung dieser Beobachtungsfrist und deren Aufhebung fest. Satz 5 regelt die Verpflichtung zur regelmäßigen persönlichen Betreuung der videoüberwachten Person. Satz 6 schreibt vor, dass die Monitore, auf die das Bild der Kamerabeobachtung übertragen wird, ohne Unterbrechung beobachtet werden müssen. Satz 7 bestimmt die besonderen Dokumentationspflichten im Zusammenhang mit dem Einsatz der Videoüberwachung als belastende Vollzugsmaßnahme gemäß § 40 näher.

Zu Absatz 6

Absatz 6 Satz 1 dient dem Schutz der Persönlichkeitsrechte der von einer Beobachtung mittels optisch-elektronischer Einrichtung betroffenen Personen.

Satz 2 legt fest, dass die Aufzeichnung und Speicherung der Videoaufnahme nur bis zum Abschluss der Beobachtungssituation zulässig ist. Dies ist zweckgemäß z.B. um die Aufnahme medizinisch-therapeutisch zu sichten, die Dokumentation vornehmen zu können und bei besonderen Vorfällen auch eine Beweissicherung zu ermöglichen. Darüber hinaus gilt für die Datenlöschung allgemein die Regelung des § 35 Absatz 1 Satz 2 SächsJVollzDSG in der jeweiligen Fassung. Derzeit lauten diese:

„Die Daten sind spätestens nach 72 Stunden zu löschen. Eine Speicherung darüber hinaus ist nur zulässig, soweit und solange dies zur Verfolgung einer Straftat erforderlich ist. Sie sind unverzüglich zu löschen, soweit schutzwürdige Belange der Betroffenen einer weiteren Speicherung entgegenstehen.“

Zu § 39 (Unmittelbarer Zwang)

§ 39 enthält die vormals in § 23 SächsPsychKG verorteten Regelungen zur Anwendung von unmittelbarem Zwang gegenüber untergebrachten Personen. Die vormalige Regelung wird aufgenommen, erweitert und konkretisiert.

Zu Absatz 1

Absatz 1 bildet die Grundlage, um Anordnungen notfalls zwangsweise durchsetzen zu können. Die Vorschrift gibt den Beschäftigten der Einrichtung die Befugnis, die nach diesem Gesetz zulässigen Anordnungen notfalls auch zwangsweise durchzusetzen, wenn die Bereitschaft und Mitwirkung der untergebrachten Person oder gegebenenfalls anderer Personen zur Befolgung von Anordnungen nicht anders zu erreichen ist. Unmittelbarer Zwang ist

dabei die Einwirkung auf Personen oder Sachen durch körperliche Gewalt oder andere Hilfsmittel. Die Vorschrift findet auch auf sofortig vorläufig untergebrachte und auf vorläufig untergebrachte Personen Anwendung.

Die Anwendung von unmittelbarem Zwang ist nach Halbsatz 2 zulässig, wenn die Anwendung des unmittelbaren Zwanges ultima ratio zur Erreichung des verfolgten Zweckes ist. Der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz ist zu beachten.

Zu Absatz 2

Absatz 2 bestimmt, dass die Anwendung von unmittelbarem Zwang grundsätzlich gegenüber der betroffenen Person anzukündigen ist. Dies soll in verständlicher, möglichst ruhiger Form und Weise geschehen, um der betroffenen Person die Gelegenheit zu geben, noch einzulenken. Die Ankündigung kann nur in Ausnahmefällen unterbleiben, wenn unverzüglich gehandelt werden muss, um eine Straftat zu verhindern oder eine unmittelbar bevorstehende und schwerwiegende Gefahr für die betroffene Person, Dritte, die Ordnung oder Sicherheit der Einrichtung oder der Allgemeinheit abzuwenden.

Zu Absatz 3

Absatz 3 bestimmt, dass die Anwendung unmittelbaren Zwangs – genauso wie die Anordnung und Durchführung von Zwangsmaßnahmen – mit der betroffenen Person nachbesprochen werden soll. In den Fällen, in denen mildere Mittel nicht in Betracht kommen und sich folglich Zwangsmaßnahmen nicht vermeiden lassen, ist eine darauffolgende Aufarbeitung wichtig, um künftig gezielter mildere Mittel anwenden zu können oder zukünftige Vorfälle dieser Art zu vermeiden. Hierdurch können die Beteiligten einen sensiblen Umgang im Hinblick auf ihren körperlichen sowie seelischen Zustand erhalten und auch mögliche zukünftige Gestaltungsmöglichkeiten vereinbaren. Der Fokus kann hierbei auf der Aufarbeitung der Situation und der Analyse, wie in Zukunft mit solchen Situationen umgegangen und eine Wiederholung ggf. vermieden werden kann, liegen. Um die Aufarbeitung regelhaft zu gewährleisten, ist es sinnvoll, dies in einem Standard schriftlich festzuhalten. Die Anwendung von unmittelbarem Zwang und die Nachbesprechung ist zu dokumentieren.

Zu Absatz 4

Absatz 4 legt deklaratorisch fest, dass die Anwendung unmittelbaren Zwanges auch auf Grund anderer Vorschriften, z.B. polizeirechtlicher, zulässig bleibt.

Zu § 40 (Belastende Vollzugsmaßnahmen)

§ 40 beinhaltet eine allgemeine Regelung zu belastenden Vollzugsmaßnahmen. Die Vorgängernorm war § 33 SächsPsychKG. Gegebenenfalls ergänzende oder verschärfende Regelungen finden sich jeweils in den Normen zu den Einzelmaßnahmen.

Zu Absatz 1

In Absatz 1 wird neu eine Definition der belastenden Vollzugsmaßnahmen aufgenommen. Dies sind alle nach diesem Gesetz zulässigen Maßnahmen gegenüber einer untergebrachten Person, die angeordnet werden. Das sind z.B. die Beschränkung der Religionsausübung, die Ingewahrsamnahme von persönlichen Gegenständen, die Besuchsbeschränkung und -untersagung, die Überwachung von Telefongesprächen durch Mithören, die Durchsuchung des Patientenzimmers, die Videoüberwachung im Kriseninterventionsraum und ärztliche Zwangsmaßnahmen und Sicherungsmaßnahmen.

Zu Absatz 2

Absatz 2 Satz 1 regelt die Anordnungsbefugnis für belastende Vollzugsmaßnahmen, wenn nicht anderenorts im Gesetz etwas Abweichendes geregelt ist. Die Anordnungsbefugnis wird der diensthabenden Ärztin oder dem diensthabenden Arzt zugewiesen. Dies erscheint für weniger schwerwiegende Eingriffe als ausreichend, aber auch notwendig. Denn eine ausreichende fachliche Qualifikation und eine unmittelbare Befassung mit der Patientin oder dem Patienten in der konkreten Entscheidungssituation ist Voraussetzung für die An-

ordnung einer belastenden Vollzugsmaßnahme. Die Vorgängerregelung, die stets die Anordnung durch die ärztliche Leitung oder deren Vertretung vorsah, wird somit durch eine abgestufte Regelung ersetzt. Die Zuständigkeit der ärztlichen Leitung oder ihrer jeweiligen Vertretung ergibt sich nunmehr aus der speziellen Regelung in der jeweiligen Einzelnorm, dort wo es wegen der Schwere des Grundrechtseingriffes erforderlich ist.

Absatz 2 Satz 2 legt fest, dass belastende Vollzugsmaßnahmen grundsätzlich immer zu dokumentieren sind. Dazu gibt es ergänzende Regelungen in Einzelnormen, insbesondere zu den zu dokumentierenden Inhalten. Dies trifft zum Beispiel auf die Normen zu den freiheitsentziehenden Sicherungsmaßnahmen und den ärztlichen Zwangsmaßnahmen zu. Die Dokumentationspflicht dient der Nachweislichkeit der Grundrechtseingriffe und zur Überprüfung ihrer Rechtmäßigkeit, wenn dies erforderlich wird. Dokumentationspflichten aufgrund anderer Rechtsgrundlagen, z.B. im Behandlungsvertragsrecht, bleiben unberührt.

Zu § 41 (Offene Gestaltung der Unterbringung, Belastungserprobung)

§ 42 regelt die Gestaltung der Unterbringung in der Einrichtung und die schrittweise Gewährung von Erleichterungen in der Unterbringung durch Ausgang oder Urlaub (Belastungserprobung). Die Regelungen greifen die §§ 29, 30 SächsPsychKG auf und passen sie im Detail an die aktuell angewandten, fachlichen Grundsätze an.

Zu Absatz 1

Dem Behandlungsziel einer baldigen Wiedereingliederung entspricht es, die mit der Unterbringung verbundenen Beschränkungen, insbesondere der Bewegungsfreiheit, möglichst frühzeitig zu lockern und die Behandlung in einem offenen Rahmen fortzuführen und abzuschließen. Fortschritte bei der Behandlung der Patientin oder des Patienten und in der Einstellung der untergebrachten Person sollen entsprechende Erleichterungen nach sich ziehen. Die Verantwortung dafür liegt bei der ärztlichen Leitung oder ihrer jeweiligen Vertretung des Krankenhauses oder der Einrichtungsleitung der anerkannten Einrichtung.

Die Unterbringung erfolgt auf geschlossenen, halboffenen (fakultativ-geschlossenen) oder offenen Stationen der psychiatrischen Krankenhäuser oder anerkannten Einrichtungen. Die Unterbringung ist so zu gestalten, dass sie dem Ziel der Gefahrenabwehr vornehmlich durch die Unterstützung und Behandlung der betroffenen Person dient. Einschränkungen der persönlichen Freiheit sind so zu gestalten, dass sie den therapeutischen Zielen nicht zuwiderlaufen und auf das Mindestmaß beschränkt werden, das im Einzelfall zur Abwehr von Gefahren notwendig ist. Die Unterbringung kann auf halboffenen oder offenen Stationen erfolgen, wenn hierdurch die Gefahrenabwehr nicht beeinträchtigt wird. Die Entscheidung berücksichtigt stets die jeweils aktuelle Gefahrenlage.

Für die Einrichtung besteht die Pflicht, regelmäßig zu prüfen, ob einer untergebrachten Person eine offene Form der Unterbringung oder im nächsten Schritt eine Belastungserprobung im Sinne der Absätze 2 und 3 gewährt werden kann. Zudem kann die untergebrachte Person ihr grundsätzliches Recht auf Belastungserprobungen einfordern.

Zu Absatz 2

Die erste Stufe der Vollzugslockerung außerhalb der Einrichtung ist die Gewährung von stundenweisem Ausgang der untergebrachten Person in Begleitung einer oder eines Mitarbeitenden der Einrichtung. Die zweite Stufe beinhaltet den stundenweisen Ausgang ohne Begleitung.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt die weitere Vollzugslockerungsstufe, in der der untergebrachten Person Urlaub gewährt werden kann. Urlaub ist ein wenigstens eine Nacht einschließender Aufenthalt außerhalb des Krankenhauses oder der anerkannten Einrichtung ohne Beaufsichtigung durch einen Mitarbeitenden. Eine Beurlaubung ist höchstens für zwei Wochen ohne unterbrechenden Aufenthalt in der Einrichtung zulässig. Wäre eine längere Beurlaubung aus medizinischer Sicht und unter Beachtung aller Gesichtspunkte der Gefahrenabwehr denkbar, dürften die Unterbringungs Voraussetzungen nicht mehr vorliegen. Aus diesem Grund

wurde die vormals in § 30 Absatz 2 SächsPsychKG festgelegte Beurlaubungshöchstdauer von vier Wochen gekürzt.

Sätze 2 und 3 bestimmen, dass die Beurlaubung auch unter Auflagen gewährt werden kann. Wird eine Beurlaubung gewährt, muss die anordnende Person die zuständige Verwaltungsbehörde informieren, da diese für die Gefahrenabwehr außerhalb der Einrichtung zuständig ist. Außerdem sind Betreuerinnen, Betreuer, Bevollmächtigte oder Sorgeberechtigte der beurlaubten Person sowie deren nahestehende Angehörigen und Vertrauenspersonen vorab zu informieren, damit sie ihre Aufgaben erfüllen und unterstützend zur Seite stehen können.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt den Widerruf oder die nachträgliche Einschränkung gewählter Beurlaubungen. Wenn eine solche Entscheidung erforderlich ist, soll sie möglichst im Einvernehmen mit der betroffenen Person erfolgen. Für die Entscheidung ist die Person nach Absatz 3 Satz 1 zuständig.

Zu § 42 (Aussetzung des Vollzugs, Entlassung)

§ 42 regelt das Vorgehen bei Aussetzung des Vollzugs der öffentlich-rechtlichen Unterbringung durch das Gericht und die Entlassung der untergebrachten Person. Er greift dabei die Altregelungen in § 34 SächsPsychKG auf.

§ 42 betrifft nur das Entlassverfahren nach einer gerichtlich angeordneten, vorläufigen öffentlich-rechtlichen Unterbringung durch einstweilige Anordnung oder einer öffentlich-rechtlichen Unterbringung im Hauptsacheverfahren. Die Entlassung bei sofortiger vorläufiger Unterbringung durch die Verwaltungsbehörde oder bei Fürsorglicher Aufnahme durch das Krankenhaus sind jeweils in § 23 und § 25 speziell geregelt (siehe Begründung zu § 23 Absatz 3 Satz 2, § 25 Absatz 2 Satz 1, Absatz 5 Satz 1 und Absatz 6 Satz 2).

Zu Absatz 1

Absatz 1 normiert eine Mitteilungspflicht des Krankenhauses oder der anerkannten Einrichtung an das Gericht und die Verwaltungsbehörde, wenn nach ihrer Überzeugung die Unterbringungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen, obwohl die gerichtlich bestimmte Unterbringungsdauer noch nicht abgelaufen ist. Der Freiheitsentzug darf nicht länger als unbedingt notwendig aufrechterhalten bleiben. Aus diesem Grund benötigen Gericht und Verwaltungsbehörde die Information über eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der untergebrachten Person unverzüglich.

Zu Absatz 2

Die Entscheidung über die Aussetzung des Vollzuges der Unterbringung trifft das zuständige Betreuungs- oder Familiengericht. Sowohl das Krankenhaus als auch die Verwaltungsbehörde sind an diese Entscheidung gebunden. Die Entscheidung des Gerichts über die Aussetzung des Vollzuges muss abgewartet werden, bevor die untergebrachte Person entlassen werden kann. Zur Vermeidung unverhältnismäßiger Verzögerungen kann das Krankenhaus oder die anerkannte Einrichtung eine Beurlaubung nach § 41 Absatz 3 selbst anordnen.

Aufgabe der Verwaltungsbehörde ist es, etwaige Auflagen, die das Gericht mit der Aussetzung des Vollzuges angeordnet hat, zu überwachen. Zur Vollstreckung kann sie sich des Polizeivollzugsdienstes bedienen. Der Sozialdienst des Krankenhauses oder der anerkannten Einrichtung, der Sozialpsychiatrische Dienst und alle übrigen psychosozialen Dienste und Angebote gewähren nach der Entlassung die erforderlichen individuellen Hilfeangebote für die Betroffene oder den Betroffenen.

Zu Absatz 3

Macht das Gericht die Aussetzung des Vollzuges von der Erfüllung einer Behandlungsaufgabe abhängig, benötigen die überwachende Verwaltungsbehörde und das Gericht die Information, wer die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt ist. Wird die Behandlung

gegen ärztlichen Rat abgebrochen, wird auch diese Information benötigt. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sind insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden (siehe auch Begründung zu § 21 Absatz 7).

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt die unverzügliche Entlasspflicht des Krankenhauses oder der anerkannten Einrichtung nach einer gerichtlich angeordneten, vorläufigen öffentlich-rechtlichen Unterbringung durch einstweilige Anordnung oder einer öffentlich-rechtliche Unterbringung im Hauptsacheverfahren.

Zu Nummer 1

Nach Nummer 1 ist die Person ohne schuldhaftes Zögern zu entlassen, wenn das Gericht den Unterbringungsbeschluss aufgehoben hat oder die Aussetzung des Vollzuges des Unterbringungsbeschlusses, ggf. unter Auflagen, angeordnet wurde.

Zu Nummer 2

Nummer 2 betrifft den Fall, dass der im Unterbringungsbeschluss festgelegte Unterbringungszeitraum abgelaufen ist, ohne dass eine Verlängerung durch das Gericht angeordnet wurde. Das Krankenhaus und die anerkannte Einrichtung sind abweichend von der Altregelung in § 34 Absatz 4 Satz 1 SächsPsychKG nicht verpflichtet, wegen einer Verlängerung beim Gericht anzufragen. Dies ist Aufgabe der Verwaltungsbehörde gemäß § 21 Absatz 10.

Zu § 43 (Freiwilliger Aufenthalt)

Auch wenn die Voraussetzungen einer Unterbringung nicht mehr vorliegen, ist in vielen Fällen eine stationäre Heilbehandlung weiterhin notwendig. Bei entsprechender Bereitschaft der Patientin oder des Patienten, die sich in einer rechtswirksamen Einwilligung ausdrücken muss, kann und soll die stationäre Behandlung in dem psychiatrischen Krankenhaus fortgeführt werden. Bei minderjährigen Patientinnen oder Patienten müssen die Sorgeberechtigten zustimmen.

§ 43 regelt, wer durch das Krankenhaus oder die anerkannte Einrichtung in diesem Fall zu informieren ist. Verpflichtend sind die Verfahrensbeteiligten des Unterbringungsverfahrens, d.h. die Verwaltungsbehörde und das anordnende Gericht sowie die Betreuerin oder der Betreuer oder Bevollmächtigte der volljährigen Person – wenn vorhanden – zu informieren. Angehörige und Vertrauenspersonen sollen nur informiert werden, wenn die betroffene Person dem zustimmt.

Eine Informationspflicht gegenüber dem Gesundheitsamt – wie vormals in § 35 SächsPsychKG vorgesehen – ist nicht mehr normiert, da sie zur Aufgabenerfüllung nicht als erforderlich angesehen wird.

Zu § 44 (Kosten der Unterbringung)

Die Vorschriften über die Finanzierung der öffentlich-rechtlichen Unterbringung bleiben im Wesentlichen gegenüber den bisherigen Regelungen in § 36 SächsPsychKG unverändert, lediglich in Absatz 4 kommt es bei der Ausfallhaftung zu einer Erweiterung des Regelungsinhaltes.

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt die grundsätzliche Pflicht der betroffenen Person oder der für sie eintretenden (natürlichen und juristischen) Personen oder Institutionen, die Kosten der Unterbringung zu tragen. Die Kosten der Unterbringung sind zum überwiegenden Teil die Kosten der Heilbehandlung, aber auch sonstige Kosten die mit der geschlossenen Unterbringung einhergehen (z.B. Sicherungs-, Betreuungs-, Lebenshaltungskosten). Durch Satz 3 tritt eine Erweiterung der Leistungspflicht Dritter (z. B. unterhaltspflichtige Personen, Träger der Sozialversicherung insbesondere der Krankenversicherung, Träger der Eingliederungshilfe) über ihre jeweilige Verpflichtung hinaus nicht ein.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt den Fall, dass eine öffentlich-rechtliche Unterbringung fehlerhaft durch ein Gericht angeordnet wurde. In dieser Konstellation hat der Staat die Kosten der rechtswidrigen Unterbringung zu zahlen. Es wird ferner klargestellt, dass der Staat (Justizhaushalt) nur dann eintritt, wenn nicht der Träger der gesetzlichen Sozialversicherung, eine private Krankenversicherung oder die Beamtenbeihilfe leistungsverpflichtet ist.

Zu Absatz 3

Entsprechend hat nach Absatz 3 der Landkreis oder die Kreisfreie Stadt die Unterbringungskosten zu tragen, wenn seine bzw. ihre Verwaltungsbehörde eine sofortige vorläufige Unterbringung fehlerhaft angeordnet hat. Keiner ausdrücklichen Regelung bedarf die Frage einer weiteren Entschädigung der oder des Betroffenen aus Gründen einer unrechtmäßigen Unterbringung durch das Krankenhaus, da hierfür die Regelungen der §§ 839, 847 BGB zur Amtshaftung bzw. die Grundsätze der sogenannten Aufopferung ausreichende Anspruchsgrundlagen abgeben.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt die vorläufige Kostentragungspflicht (vorläufige Ausfallhaftung) des Kommunalen Sozialverbandes Sachsen (KSV). Diese setzt dann ein, wenn die untergebrachte Person oder Dritte die Kosten tatsächlich nicht zahlen, da die Klärung der Frage, ob die Vorgenannten die Kosten hätten bezahlen müssen oder können, eine längere und eingehende Prüfung erforderlich machen kann. Der KSV ist berechtigt, einen Regressanspruch gegen den vormals Untergebrachten oder Unterhaltsverpflichteten geltend zu machen, wenn diese wieder zur Bezahlung in der Lage ist.

Diese Ausfallhaftung war auch bereits in der alten Regelung des § 36 Absatz 3 SächsPsychKG als Aufgabe dem KSV übertragen. Dort war dieser aber noch als überörtlicher Träger der Sozialhilfe bezeichnet worden. Da die Kosten der Unterbringung aber keine Kosten der Sozialhilfe sind, war die Bezeichnung zu konkretisieren.

Satz 4 regelt nunmehr den sehr seltenen Fall neu, dass kein Sozialleistungsträger die Kosten trägt (z.B. bei wohnsitzlosem Nicht-EU-Ausländer) und der Regressanspruch wegen dauerhafter Einkommenslosigkeit des Betroffenen oder der Unterhaltsverpflichteten scheitert. In diesem Fall – der bisher seit Inkrafttreten des SächsPsychKG erst dreimal eingetreten ist – trägt der Freistaat Sachsen aus Billigkeitsgründen die Kosten der Unterbringung (endgültige Ausfallhaftung), da sie dann ausschließlich aus den landesrechtlichen Vorschriften des SächsPsychKHG resultieren. Der KSV muss vorher die Kostenbeitreibung ernsthaft versucht haben. Eine Erstattung erfolgt, soweit der KSV nachvollziehbar darlegt, dass die Bedingungen für eine unbefristete Niederschlagung oder einen Erlass der Forderung analog zu Nummer 2 und 3 der VwV zu § 59 SÄHO erfüllt sind.

Zu § 45 (Kosten des Verfahrens)

§ 45 entspricht der wortgleichen Altregelung in § 37 SächsPsychKG.

Es wird festgelegt, dass die Verwaltungsbehörden und der Polizeivollzugsdienst für ihre Tätigkeit keine Verfahrenskosten erheben; den Betroffenen sollen keine aufgrund unverschuldeter Erkrankung entstandenen, möglicherweise erheblichen Verfahrenskosten aufgebürdet werden, weil dies ihre soziale Rehabilitation behindern dürfte.

Zu § 46 (Dokumentations- und Meldepflichten)

§ 46 regelt die Dokumentations- und Meldepflichten der Krankenhäuser und anerkannten Einrichtungen, die öffentlich-rechtliche Unterbringungen vollziehen. Sie gelten sowohl für öffentliche als auch nichtöffentliche Krankenhäuser und anerkannte Einrichtungen gleichermaßen. Eine vergleichbare Regelung zu Meldepflichten gab es im SächsPsychKG bisher nicht.

Die statistische Erfassung von Zwangsmaßnahmen ist zum einen ein wichtiges Instrument, um Transparenz über die im Kontext der psychiatrischen Versorgung erfolgenden Zwangsmaßnahmen zu schaffen und z.B. parlamentarische Anfragen beantworten zu können. Zum anderen bilden diese Daten eine Grundlage, um Zwangsmaßnahmen effektiv zu reduzieren, sowohl seitens der Einrichtungen selbst als auch für die Fachaufsichtsbehörden. Die Fachaufsichtsbehörden benötigen die Daten überdies auch für die Ausübung der Fachaufsicht in anderen Fällen, z.B. der Erarbeitung von Leitlinien oder die Beantwortung parlamentarischer Anfragen. Sie fließen auch in die Psychiatrieberichterstattung nach § 6 ein.

Statistische Daten zu öffentlich-rechtlichen Unterbringungen wurden bisher nicht erhoben. Eine Rechtsgrundlage fehlte. Diese wird nun in das Gesetz aufgenommen.

Zu Absatz 1

Absatz 1 normiert, dass die Krankenhäuser und anerkannten Einrichtungen für untergebrachten Personen eine Patientenakte führen müssen, die den Anforderungen der entsprechenden Vorschriften des BGB zur Patientenakte (§ 630f BGB) genügen müssen. Bestandteil der Patientenakte sind auch die angeordneten belastenden Vollzugsmaßnahmen nach diesem Gesetz.

Zu Absatz 2

Die Krankenhäuser und anerkannten Einrichtungen sind verpflichtet, dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt die in Nummern 1 bis 5 näher spezifizierten statistischen Daten, die die bei ihnen öffentlich-rechtliche untergebrachten Personen betreffen, zu melden. Die Meldungen erfolgen regelhaft jährlich für das vergangene Kalenderjahr bis zum 31. März des Folgejahres.

Es sei darauf hingewiesen, dass sich die Meldepflichten der Krankenhäuser, soweit sie nicht in Zusammenhang mit der öffentlich-rechtlichen Unterbringung stehen, aus § 16 Absatz 6 ergeben.

Zu Nummer 1

Nummer 1 betrifft die öffentlich-rechtlichen Unterbringungen, die im Regelverfahren durch die Verwaltungsbehörde beantragt und gerichtlich angeordnet wurden (sowohl im einstweiligen Verfahren als auch im Hauptsacheverfahren); §§ 18,21.

Zu Nummer 2

Nummer 2 betrifft die sofortigen vorläufigen Unterbringungen, die die Verwaltungsbehörde ohne vorherige gerichtliche Entscheidung selbst angeordnet hat; § 23.

Zu Nummer 3

Nummer 3 betrifft die fürsorglichen Aufnahmen und Zurückhaltungen, die das Krankenhaus ohne vorherige Beteiligung der Verwaltungsbehörde oder des Gerichts selbst angeordnet hat; § 25.

Zu Nummer 4

Nummer 4 betrifft die ärztlichen Zwangsmaßnahmen, die gegen den Willen der Patientinnen und Patienten in einem Krankenhaus angeordnet und durchgeführt wurden. Für anerkannte Einrichtungen kommt Nummer 4 nicht in Betracht, § 29.

Zu Nummer 5

Nummer 5 betrifft Sicherungsmaßnahmen, die gegen den Willen der untergebrachten Person im Krankenhaus oder der anerkannten Einrichtung angeordnet und durchgeführt wurden; §§ 35, 36.

Zu Nummer 6 und 7

Ebenfalls zu übermitteln sind soziodemografische Daten, insbesondere die Anzahl der untergebrachten Personen nach Alter und Geschlecht sowie die Anzahl der Kliniksuzide (siehe dazu auch Begründung zu § 16 Absatz 6 Nummer 5).

Zu Absatz 3

Absatz 3 stellt deklaratorisch klar, dass das für die psychiatrische Versorgung und Suchtfragen zuständige Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt als oberste weisungsbefugte Fachaufsichtsbehörde das Nähere über Art und Umfang der zu meldenden Daten sowie deren Übermittlung und das Verfahren durch die nachgeordneten Behörden (Sächsische Landeskrankenhäuser) und die Beliehenen (nichtöffentliche Krankenhäuser und anerkannten Einrichtungen) festlegen wird.

Zu § 47 (Fachaufsicht)

§ 47 regelt die vormalig in § 15 SächsPsychKG normierte Fachaufsicht. Diese wird nunmehr sowohl für die Verwaltungsbehörden als auch für die Krankenhäuser und Träger der anerkannten Einrichtungen geregelt.

Zu Absatz 1

Absatz 1 bestimmt neu, dass die Verwaltungsbehörden ihre Aufgaben als Pflichtaufgaben zur Erfüllung nach Weisung ausführen und somit der Fachaufsicht unterstehen.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die Fachaufsicht in Bezug auf die Krankenhausträger und die Träger der anerkannten Einrichtungen, soweit sie öffentlich-rechtliche Unterbringungen vollziehen. Das Wort „soweit“ stellt klar, dass sich die Fachaufsicht nur auf den beliehenen Bereich bezieht. Für den übrigen Bereich, insbesondere im Krankenhausbereich, gelten die Regelungen gemäß § 31 Absatz 1, Absatz 2 Satz 3 SächsKHG. § 31 Absatz 1 SächsKHG wird durch dieses Gesetz ergänzt, um die hier geregelten Bereiche von der Rechtsaufsicht nach § 31 Absatz 1 SächsKHG auszunehmen. § 31 Absatz 2 Satz 3 SächsKHG enthält die entsprechende Vorschrift.

Die Altregelung in § 15 Absatz 2 SächsPsychKG wird aufgegriffen und um die in § 26 Absatz 2 neu für den Vollzug der Unterbringung aufgenommenen anerkannten Einrichtungen ergänzt.

Zu Absatz 3

Absatz 3 bestimmt die Landesdirektion Sachsen als zuständige Aufsichtsbehörde. Als oberste Fachaufsichtsbehörde wird das für die psychiatrische Versorgung und Suchtfragen fachlich zuständige Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt bestimmt.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt das Eintrittsrecht des Staatsministeriums für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt als oberste Fachaufsichtsbehörde, welches die Befugnisse der Aufsichtsbehörde in den aufgezählten Fällen selbst ausüben kann.

Zu Absatz 5

Absatz 5 regelt die Fachaufsicht im Einzelnen. Die Fachaufsicht erstreckt sich auf die Sicherstellung der rechtmäßigen und zweckmäßigen Aufgabenwahrnehmung. In Satz 2 und 3 werden die fachaufsichtsrechtlichen Mittel benannt. Es handelt sich dabei um die Unterrichtung, das Akteneinsichtsrecht, das Weisungsrecht und das Zutrittsrecht sowie das Selbsteintrittsrecht bei Untätigkeit des Krankenhaus- oder Einrichtungsträgers. Die der Schweigepflicht unterfallenden Tatsachen dürfen der Aufsichtsbehörde nur auf der Grundlage eines entsprechenden Gesetzes offenbart werden. Diese Rechtsgrundlage wird in Satz 2 normiert. Von der Offenbarungspflicht ist ohne Einwilligung der untergebrachten Person der konkrete Inhalt vertraulicher Therapiegespräche nicht umfasst, denn dieser unterliegt dem durch das Recht auf informationelle Selbstbestimmung (Artikel 2 Absatz 1 i. V. m. Artikel 1 Absatz 1 GG) umfassten geschützten Kernbereich der Person.

Die Altregelung wurde im Wesentlichen übernommen. Ergänzt wurde eine Bestimmung zum Umfang des Weisungsrechtes analog der Regelung in § 26 Absatz 4 Satz 3 dahingehend, dass Weisungen nicht therapeutische Entscheidungen betreffen dürfen, sondern nur grundsätzliche Aspekte der Rechts- und Zweckmäßigkeit des Handelns der Beliehenen. Die Träger der anerkannten Einrichtungen werden als Adressaten des Selbsteintrittsrechts ergänzt.

Zu Abschnitt 4 (Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt aufgrund strafgerichtlicher Entscheidung)

Zu Unterabschnitt 1 (Grundsätze)

Zu § 48 (Vollzug der Maßregeln)

§ 48 ist eine neue Vorschrift. Sie leitet die Regelungen der Grundsätze für die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt ein.

Zu Absatz 1

Absatz 1 bildet den Grundsatz der getrennten Unterbringung von Jugendlichen und Heranwachsenden und Erwachsenen im Maßregelvollzug ab. Aufgrund der typischen altersbedingten Verhaltensweisen, der Besonderheiten und Bedürfnisse von Jugendlichen und Heranwachsenden sowie der daraus resultierenden Behandlungs- und Therapieansätze sollen sie stets getrennt von Erwachsenen untergebracht werden.

In Absatz 1 erfolgt deshalb eine Differenzierung der Maßregelvollzugseinrichtungen. Satz 1 sieht für Erwachsene, Heranwachsende und Jugendliche, gegen die eine freiheitsentziehende Maßregel der Besserung und Sicherung nach den §§ 63, 64 StGB sowie nach § 7 JGG, die einstweilige Unterbringung nach § 126a StPO, die einstweilige Unterbringung zur Vorbereitung eines Gutachtens nach § 81 StPO und nach § 73 JGG vollstreckt wird oder eine vorläufige Maßnahme vor Widerruf der Aussetzung nach § 463 Absatz 1 in Verbindung mit § 453c StPO angeordnet wird, die Maßregelvollzugseinrichtung als zuständig an. In der bereits bestehenden Vollzugspraxis im Freistaat Sachsen werden erwachsene Patientinnen und Patienten in Kliniken für Forensische Psychiatrie, die Teil der psychiatrischen Krankenhäuser in Trägerschaft des Freistaates Sachsen sind, und in der Klinik für Forensische Psychiatrie des Städtischen Klinikums „St. Georg“ Leipzig untergebracht.

Handelt es sich um Jugendliche oder Heranwachsende gemäß § 1 Absatz 2 JGG, gegen die die vorgenannten Maßnahmen vollstreckt werden, findet deren Unterbringung in spezialisierten Maßregelvollzugseinrichtungen statt. Dabei handelt es sich um Einrichtungen im Sinne des § 3 Absatz 10. Aktuell steht hierfür die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Sächsischen Krankenhaus Arnsdorf zur Verfügung.

Zu Absatz 2

Inhaltlich wurde in Absatz 2 die Vorschrift des § 38a Absatz 1 SächsPsychKG vollumfänglich übernommen. Es verbleibt damit bei der Ermächtigung des Freistaates Sachsen, kommunale Körperschaften und Anstalten des öffentlichen Rechts mit der Durchführung von Vollzugsmaßnahmen nach § 1 Nummer 3 zu beauftragen. Von dieser Ermächtigung hat der Freistaat Sachsen bereits durch die öffentlich-rechtliche Beauftragung der Klinik für Forensische Psychiatrie des Städtischen Klinikums „St. Georg“ Leipzig für die Unterbringung der zur Maßregel der Sicherung und Besserung nach § 64 StGB verurteilten Patientinnen und Patienten Gebrauch gemacht.

Zu § 49 (Organisation des Maßregelvollzugs)

Die Neuregelung in § 49 zur Organisation des Maßregelvollzugs gibt einen Überblick über die Leitungs- und Beschäftigtenstruktur in einer Maßregelvollzugseinrichtung, deren innerer Gliederungsstruktur sowie deren Ausstattung.

Zu Absatz 1

Nach Absatz 1 Satz 1 obliegt die ärztliche Leitung der Maßregelvollzugseinrichtung für die Unterbringung der zur Maßregel der Besserung und Sicherung verurteilten Erwachsenen

der Chefarztin oder dem Chefarzt mit jeweils nachgewiesenem fachärztlichen Abschluss auf dem Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie. Wünschenswert – aber nicht Bedingung - ist eine Schwerpunktsetzung während der Facharztausbildung auf die forensische Psychiatrie. Für Einrichtungen des Jugendmaßregelvollzugs, d.h. für die Unterbringung der zur Maßregel der Besserung und Sicherung verurteilten Jugendlichen und Heranwachsenden im Sinne des § 1 Absatz 2 JGG, sieht Satz 2 die ärztliche Leitung durch eine Fachärztin oder einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie vor.

Für die Beschäftigung in beiden Maßregelvollzugseinrichtungen sind die fachliche und persönliche Eignung Voraussetzung. Die Fachkunde betrifft medizinische und therapeutische Bereiche, die im Maßregelvollzug betreut und versorgt werden. Eine persönliche Eignung kann insbesondere angenommen werden, wenn anlage- und entwicklungsbedingte Persönlichkeitsmerkmale, wie die physischen und psychischen Kräfte, emotionale und intellektuelle Fähigkeiten für eine Befähigung zur Arbeit in der jeweiligen Maßregelvollzugseinrichtung vorliegen.

Mit diesen personellen Strukturen soll eine optimale medizinische und therapeutische Behandlung und Betreuung der Patientinnen und Patienten sichergestellt werden.

Zu Absatz 2

Das Pendant zur personellen Ausstattung nach Absatz 1 bildet Absatz 2.

Mit der Regelung in Absatz 2 soll sichergestellt werden, dass die Ausstattung aller Einrichtungen des Maßregelvollzugs als auch deren innere Gliederung das Erreichen der individuellen Behandlungs- und Therapieziele und die Wiedereingliederung der Patientinnen und Patienten in das gesellschaftliche Leben außerhalb der Mauern des Maßregelvollzugs ermöglicht bei gleichzeitiger Gewährleistung des erforderlichen Schutzes der Allgemeinheit. Der Begriff der Ausstattung bezieht sich dabei auf die baulichen, materiellen und andere infrastrukturellen Merkmale, insbesondere auf die Räumlichkeiten, das Inventar, das Vorhandensein von Hard- und Software für die Nutzung elektronischer Medien oder das Vorhandensein von Bibliotheken und Gemeinschaftsräumen. Für die Durchführung von Ergo- und Arbeitstherapien soll eine optimale Raumgestaltung geschaffen werden, Arbeits- und Beschäftigungsmittel sollen in ausreichender Form und in einer breiten Palette zur Verfügung stehen, das schließt die Gewährleistung ausreichender Internet- oder WLAN-Verbindungen ein. Gleiches gilt für die Erweiterung und den Ausbau bestehender Therapieangebote.

Die vorgenannten Maßnahmen sind stets im Kontext mit den erforderlichen Maßnahmen zum Schutz der Allgemeinheit zu sehen. Hiervon umfasst sind bauliche Sicherungsmaßnahmen (z.B. Vergitterung der Patientenzimmer von außen) und organisatorische Sicherungsmaßnahmen (z.B. Verhinderung des Zugriffs der Patientinnen und Patienten auf Gegenstände, die als Waffe eingesetzt werden können).

Für die Wahrnehmung der zusätzlichen alterstypischen Aufgaben während der Unterbringung von Jugendlichen und Heranwachsenden wird eine Erweiterung der Ausstattung der Maßregelvollzugseinrichtung notwendig, damit auch die alterstypischen Aufgaben wahrgenommen werden und die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten dieser Altersgruppe befriedigt werden können. Hierbei kann es sich um das Zurverfügungstellen altersgerechter Literaturangebote einschließlich von Schul- und Lehrbüchern handeln als auch von Sport- und Freizeitangeboten. Therapieangebote sollen die altersbedingten Defizite beim Wissen und den manuellen Fertigkeiten und Fähigkeiten berücksichtigen.

Zu Absatz 3

Die Regelung im § 38 Absatz 1 Satz 1 SächsPsychKG wurde inhaltsgleich im Absatz 3 übernommen. Danach ist die Maßregelvollzugseinrichtung gehalten, bei der Gestaltung des Vollzugsalltags darauf zu achten, dass der Bezug zu den allgemeinen Lebensverhältnissen und die Selbstständigkeit der Patientinnen und Patienten nicht verloren geht. Insbesondere langjährig untergebrachte Patientinnen und Patienten sind aufgrund der zahlreichen Beschränkungen ihrer Freiheit während der Zeit des Maßregelvollzugs zu einem selbstbestimmten Leben nach der Entlassung kaum mehr in der Lage. Begrenzt wird die Umsetzung

durch damit einhergehender Beeinträchtigungen des Unterbringungszwecks. Mit dieser Einschränkung wird deutlich, dass primär die Zweckerreichung des Maßregelvollzugs im Vordergrund steht.

Zu § 50 (Aufgaben und Ziele des Maßregelvollzugs)

Die Vorschrift unterscheidet zwischen Ziel und Aufgabe des Maßregelvollzugs. Ziel und Aufgabe des Maßregelvollzugs sind im Zusammenhang zu sehen. Zwischen dem Maßregelvollzugsziel, Patientinnen und Patienten zu heilen oder ihren krankheitsbedingten Zustand zu bessern und dem Anliegen, die Allgemeinheit vor weiteren Straftaten zu schützen, besteht kein Gegensatz. Eine gelungene und erfolgreiche Behandlung und Therapie gewährleistet zugleich auch den umfassenden Schutz der Gesellschaft. Beides dient letztlich der Sicherheit der Bevölkerung, und zwar über die Zeit der Freiheitsentziehung durch die Unterbringung im Maßregelvollzug hinaus.

Zu Absatz 1

Absatz 1 benennt die Aufgabe des Maßregelvollzugs, die Gesellschaft vor weiteren Straftaten zu schützen. Diese Aufgabe wird zum einen durch die gesicherte Unterbringung der Patientinnen und Patienten und zum anderen durch deren Behandlung und Therapie erfüllt. Sie bezieht sich unmittelbar auf die Zeit der Unterbringung in der Maßregelvollzugseinrichtung, wird mit Erreichung der in Absatz 2 beschriebenen Maßregelvollzugsziele aber auch nach Entlassung der Patientinnen und Patienten erfüllt.

Zu Absatz 2

In Absatz 2 werden die Ziele der Unterbringung klargestellt.

Zu Nummer 1

Ziel der Unterbringung psychisch kranker Straftäter nach § 63 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus ist es, deren Erkrankung mittels individueller Behandlung und Therapie zu heilen oder ihren Zustand soweit zu bessern, dass sie keine Gefahr mehr für die Allgemeinheit darstellen.

Zu Nummer 2

Das Vollzugsziel der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB ist allein die Heilung der Patientinnen und Patienten von ihrem Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen. Mit Erreichung dieser Zielsetzung soll die Allgemeinheit vor der Begehung weiterer rechtswidriger Taten geschützt werden.

Zu Absatz 3

Weitere Aspekte für die Erleichterung der Wiedereingliederung in die Gesellschaft finden sich im familiären, sozialen und beruflichen Bereich der Patientin oder des Patienten. Die Förderung dieser Beziehungen soll – soweit möglich – vor allem durch die Angleichung des Vollzugs der Unterbringung an die allgemeinen Lebensverhältnisse außerhalb der Maßregelvollzugseinrichtung erreicht werden. Mit der Formulierung soll deutlich gemacht werden, dass der Maßregelvollzug die Patientinnen und Patienten nicht zum bloßen Objekt staatlicher Bemühungen macht, sondern sie auch zu verantwortlichem Verhalten im Einklang mit den Rechtsvorschriften nach der Zeit der Unterbringung befähigen soll.

Zu § 51 (Rechtsstellung der Patientinnen und Patienten)

Die Überschrift wurde redaktionell den genderrechten Formulierungsvorgaben angepasst.

Regelungen zur Rechtsstellung der Patientinnen und Patienten fanden sich in § 38 SächsPsychKG. Weil diese Vorschrift auch Regelungen zu anderen Themenbereichen der Unterbringung im Maßregelvollzug enthielt, wurden deren Regelungsinhalte in eigene Paragraphen zusammengefasst; die bisherige Struktur des § 38 SächsPsychKG wurde aufgegeben. Mit dem weitestgehenden Abrücken von der Verweisung auf Regelung aus dem Bereich der öffentlich-rechtlichen Unterbringung war die Neugliederung sowie die Erstellung

neuer Vorschriften verbunden, deren Regelungsinhalte nahezu unverändert beibehalten wurden. § 51 beinhaltet nur die allgemeinen Grundsätze der Rechtsstellung der Patientinnen und Patienten. Konkrete Rechte und Pflichten, wie beispielsweise der Behandlungsanspruch oder der Krankenversicherungsschutz werden in eigenen Vorschriften geregelt.

Zu Absatz 1

Der Absatz stellt klar, dass sämtliche Beschränkungen für Patientinnen und Patienten, insbesondere freiheitsbeschränkende Maßnahmen, im Maßregelvollzug einer rechtlichen Grundlage bedürfen (Gesetzesvorbehalt) und jede auferlegte Beschränkung im Einzelfall den Anforderungen des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes genügen muss. Grundrechtseingriffe während des Maßregelvollzugs werden nur auf Grundlage dieses Gesetzes vorgenommen und müssen in einem angemessenen Verhältnis zum verfolgten Zweck stehen. Satz 2 enthält eine abschließende Aufzählung der Zwecke, aufgrund derer Grundrechtseinschränkungen grundsätzlich in Betracht kommen. Der Absatz normiert den Grundsatz, dass die durch das Grundgesetz geschützten Freiheiten der Patientinnen und Patienten, deren Einschränkung das SächsPsychKHG oder gerichtliche Anordnungen nicht vorsehen, erhalten bleiben.

Satz 3 stellt klar, dass unabhängig der nach diesem Gesetz auferlegten Beschränkungen darüberhinausgehende Beschränkungen für einzelne Patientinnen oder Patienten im Rahmen gerichtlicher Anordnungen auferlegt werden können.

Zu Absatz 2

In Absatz 2 werden zentrale Grundsätze im Maßregelvollzug dargestellt. Satz 1 nimmt die sich bereits aus Artikel 1 Grundgesetz ergebende Verpflichtung der Maßregelvollzugseinrichtung auf, die Würde der untergebrachten Patientinnen und Patienten zu achten. Das beinhaltet die Selbstverständlichkeit, dass Beschäftigte der Maßregelvollzugseinrichtungen den Patientinnen und Patienten mit Achtung und unter Wahrung gesellschaftlicher Umgangsformen entgegenzutreten haben. Sowohl beim Behandlungs- und Therapieziel als auch beim Zusammenleben in der Maßregelvollzugseinrichtung sollen die individuellen Bedürfnissen und Lebensumständen der Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden.

Zu Absatz 3

In Absatz 3 wird der Regelungsinhalt des § 19 Absatz 5 SächsPsychKG vollumfänglich übernommen, der bereits aufgrund der Verweisungsvorschrift des § 38 Absatz 1 Satz 2 SächsPsychKG für die Unterbringung im Maßregelvollzug galt. Der Aufenthalt im Freien nach Absatz 3 folgt aus der Pflicht zur Gesundheitsfürsorge. Die Dauer von einer Stunde pro Tag ist eine Mindestgarantie. Der zeitliche Rahmen kann erweitert werden, wenn die Verhältnisse in der Maßregelvollzugseinrichtung und der Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten dies erlauben.

Inhaltlich entspricht Absatz 3 § 27 Absatz 5, weshalb auf dessen Begründung verwiesen wird.

Patientinnen und Patienten in Maßregelvollzugseinrichtungen haben die Möglichkeit der Teilnahme an ergo- oder arbeitstherapeutische Maßnahmen, an beruflichen Aus-, Fort- oder Umschulungsmaßnahmen sowie der Aufnahme und Fortsetzung eines Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisses innerhalb oder außerhalb der Einrichtung. Diese sind im Behandlungs- und Eingliederungsplan gemäß § 54 Absatz 1 vorgesehen. Im Rahmen solcher Maßnahmen, Beschäftigungen und Tätigkeiten kann für die Patientin oder dem Patienten bereits ein Aufenthalt im Freien verbunden sein (z.B. Arbeiten an den Außenlagen der Einrichtung, Versorgung der Therapietiere). Es wird deshalb klargestellt, dass Zeiten solcher Beschäftigungen und Tätigkeiten im Freien nicht auf die einstündige Mindestaufenthaltsdauer im Freien „angerechnet“ oder „verrechnet“ werden.

Das Recht auf einen täglichen einstündigen Aufenthalt im Freien ist ein Mindestanspruch, der Patientinnen und Patienten im Rahmen ihrer individuellen Freizeitgestaltung zur Verfügung steht und nicht durch die Anordnung der Disziplinarmaßnahme nach § 73 Absatz 2

Nummer 5 verringert (Herabsetzung auf unter eine Stunde täglich) oder entzogen werden kann. Auf die Begründung der Regelung des § 73 Absatz 2 Nummer 5 wird verwiesen.

Durch Satz 2 wird klargestellt, dass Patientinnen oder Patienten, die einer der dort benannten Sicherungsmaßnahmen unterworfen sind, in dieser Mindestaufenthaltsdauer beschränkt sind. Befinden sich Patientinnen oder Patienten im Kriseninterventionsraum, sind sie fixiert oder durch mechanische Vorrichtungen teilweise in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt, ist der Mindestaufenthalt nicht zu gewähren. Wäre in Fällen dieser freiheitsentziehenden Sicherungsmaßnahmen, die nur im Falle einer Selbst- oder Fremdgefährdung angeordnet werden können, der Patientin oder dem Patienten dennoch der Mindestaufenthalt im Freien zu gewähren, würde der Zweck und das Ziel der Anordnungen nicht erreicht oder erheblich gefährdet werden.

Zu 4

Absatz 4 dient unter anderem der Förderung der Selbständigkeit der Patientinnen und Patienten im Maßregelvollzug. Sie sollen ihren Behandlungs- und Therapieprozess und ihren Vollzugsalltag für sich und in Gemeinschaft mitgestalten können und Gelegenheit erhalten, Ziele zu formulieren und Wünsche zu äußern. Wichtig ist, bereits während der Unterbringung eine Perspektive nach der Entlassung zu schaffen. Da eine Heilung oder Besserung der Erkrankung, die zur Unterbringung im Maßregelvollzug geführt hat, beziehungsweise die soziale Rehabilitation der Patientinnen und Patienten ohne deren Bereitschaft zur Mitarbeit nicht erfolgversprechend möglich ist, ist es ein wesentlicher Bestandteil des Maßregelvollzugs, die Patientinnen und Patienten an der Gestaltung und Erreichung der Vollzugsziele aktiv mitwirken zu lassen. Die Art der Mitwirkung hängt dabei stets vom konkreten Einzelfall ab. Insoweit handelt es sich jedoch nicht um eine Pflicht zur Mitwirkung, dies wäre mit dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht nicht vereinbar, sondern vielmehr um ein Recht der Patientinnen und Patienten. Die Entscheidungsbefugnis über zu treffende Maßnahmen liegt, auch wenn die Bereitschaft und das Verantwortungsbewusstsein zur Mitgestaltung des Vollzugs bei den Patientinnen und Patienten geweckt und gefördert werden soll, allerdings allein bei der Maßregelvollzugseinrichtung.

Zu § 52 (Aufnahme)

§ 52 ist eine Neuregelung. Die Unterbringung beginnt mit der Aufnahme, die Grundlage dafür ist, dass die untergebrachten Patientinnen und Patienten ihre Rechte in angemessener Form ausüben können und ihre Pflichten kennen. Dies gilt auch für ihre Rechtsschutzmöglichkeiten. Obwohl bislang im SächsPsychKG keine Regelung zur Aufnahme der Patientinnen und Patienten bestand, wird der in § 52 enthaltene Regelungsinhalt in der Vollzugspraxis in dieser Form bereits umgesetzt.

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt die Unterrichtsverpflichtung gleich zu Beginn der Unterbringung (Aufnahme). Patientinnen und Patienten werden mit den organisatorischen Abläufen und der Hausordnung der Maßregelvollzugseinrichtung vertraut gemacht. Es ist unerlässlich, dass die Patientinnen und Patienten frühestmöglich über die in der Einrichtung einzuhaltenden Vorschriften Kenntnis haben, gleiches gilt für deren gesetzliche Vertretungen und bevollmächtigten Personen, da auch diese im Rahmen ihrer Befugnisse für die Patientinnen und Patienten Rechte und Verpflichtungen wahrnehmen. Am Aufgabenumfang in der Vollzugspraxis ändert sich dadurch nichts. Absatz 1 stellt klar, dass die Information in einer der Patientinnen und Patienten verständlichen Weise - das betrifft insbesondere die Sprache - erfolgen muss. Um sich mit der Organisation und der Ordnung in der Einrichtung vertraut machen zu können, ist ihnen neben einer entsprechenden mündlichen Information die Hausordnung auch zur Verfügung zu stellen, § 62 Absatz 2 Satz 2. In der Regel muss die Information mündlich und schriftlich erfolgen, damit die Patientinnen und Patienten jederzeit Zugriff auf die Information haben. Falls eine Unterrichtung aufgrund des Zustands der Patientin oder des Patienten bei Aufnahme nicht möglich ist, ist die Unterrichtung nachzuholen. Entscheidend für den Zeitpunkt der Unterrichtung ist, dass der Gesundheitszustand das inhaltliche Verstehen der Unterrichtung zulässt und das sprachliche Verständnis der

Patientinnen und Patienten vorhanden ist. Ohne das Vorliegen dieser beiden Voraussetzungen kann der Zweck der Unterrichtung nicht erreicht werden.

Satz 4 sieht vor, dass den von Patientinnen und Patienten berechtigten Personen (zur Begrifflichkeit siehe die Begründung zu § 3 Absatz 3) die Möglichkeit der Teilnahme an der Unterrichtung bei Aufnahme oder zu einem späteren Zeitpunkt einzuräumen ist. Hierfür bedarf es deren Benachrichtigung, wobei deren Form nicht festgelegt wird. In der Regel dürfte die schriftliche Information zweckmäßig sein.

Die zu dokumentierende Unterrichtung nach Satz 5 dient unter anderem im Falle von Rechtsstreitigkeiten im Zusammenhang mit der Anordnung belastender Vollzugsmaßnahmen oder von Disziplinarmaßnahmen als Beweismittel.

Zu Absatz 2

Die ärztliche Aufnahmeuntersuchung nach Absatz 2 ist unverzichtbar für jede stationäre Behandlung und Therapie. Sie muss unverzüglich, also ohne schuldhafte Verzögerung, nach der Aufnahme erfolgen und grundsätzlich auch eine körperliche Untersuchung umfassen. So kann eine eventuell erforderliche Pharmakotherapie schnellstmöglich eingeleitet werden.

Sie steht als Teil der Behandlung im Maßregelvollzug zu Beginn der Unterbringung. Auch ohne ausdrückliche Regelung in den bisher geltenden Behandlungsvorschriften erfolgt diese bereits in der aktuellen Vollzugspraxis. Sie ist zwingende Voraussetzung für die Planung und die sich anschließende Behandlung und Therapie der Patientin oder des Patienten. Durch sie können auch andere Erkrankungen als die Anlasserkrankung erkannt und frühzeitig behandelt werden.

Soweit sich die Patientin oder der Patient bereits in der Einrichtung befindet, ihr rechtlicher Status sich aber geändert hat, reicht eine Überprüfung und ggf. Aktualisierung des gesundheitlichen Status aus.

Zu Absatz 3

Auch wird bereits jetzt für jede Patientin und jeden Patienten eine Patientenakte geführt. Klarstellend wird nunmehr geregelt, dass für die Patientenakte die Vorschriften im Bürgerlichen Gesetzbuch gelten und belastende Vollzugsakte ebenso darin aufzunehmen sind. Neben einer detaillierten und kontinuierlichen Dokumentation aller medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen bedarf es auch der Dokumentation aller Eingriffe in die Rechte der Patientinnen und Patienten. Die Patientenakte dient einer sauberen Dokumentation entsprechend dem allgemeinen Arztrecht, die gegebenenfalls auch Grundlage für eine notwendige Beweisführung sein muss. Die Dokumentationen können sowohl in Papierform als auch digital erfolgen. Eine neue beziehungsweise erweiterte Handlungspflicht der Chefärztinnen und Chefärzte im Maßregelvollzug resultiert daraus nicht.

Zu § 53 (Anspruch auf Behandlung)

§ 53 Absatz 1 und Absatz 2 entspricht im Wesentlichen der bisherigen Regelung in § 21 Absatz 1 und 2 SächsPsychKG, auf deren Anwendung für den Maßregelvollzug in § 38 Absatz 1 Satz 2 SächsPsychKG verwiesen wurde.

Zu Absatz 1

An das Aufnahmeverfahren nach § 52 schließt sich eine nach Absatz 1 umfassende notwendige medizinische Behandlung an. Die Regelung entspricht § 28 Absatz 2, weshalb auch auf dessen Begründung verwiesen wird. Dieser Behandlungsanspruch bezieht sich sowohl auf die Anlasserkrankung als auch auf alle sonstigen Erkrankungen, an denen die Patientin oder der Patient bei Aufnahme leidet oder an denen sie oder er während der Zeit der Unterbringung leidet. Satz 1 der Vorschrift unterscheidet wie bislang auch zwischen der Behandlung der Anlasserkrankung, die zur Tat und als deren Folge zur Unterbringung geführt hat, und der Behandlung sonstiger Erkrankungen.

Der Behandlungsanspruch besteht für alle erforderlichen Untersuchungen und bezieht sich neben den ärztlichen medizinischen Maßnahmen auch auf die in Satz 2 genannten therapeutischen Maßnahmen. Bei dem Behandlungsanspruch handelt es sich um ein ganzheitliches Behandlungssystem für Patientinnen und Patienten, welches auch auf die Befähigung für ein eigenverantwortliches Leben in der Gemeinschaft nach der Entlassung abzielt. Mittels eines Behandlungs- und Eingliederungsplans (§ 54) werden Behandlung und Therapie strukturiert.

Zu Absatz 2

Absatz 2 stellt klar, dass eine Behandlung im Maßregelvollzug – abgesehen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen (§ 29) – nur mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten erfolgen darf. Sobald die Patientin oder der Patient einen natürlichen entgegenstehenden Willen äußert oder bereits zu einem früheren Zeitpunkt geäußert hat (beispielsweise in einer wirksam erteilten Patientenverfügung), ist eine Behandlung nach dieser Vorschrift nicht zulässig. Ist für die Patientin oder dem Patienten eine zur Einwilligung in die Behandlung berechtigte Person vorhanden (beispielsweise ein Betreuer mit dem Aufgabenbereich der Gesundheitsvorsorge), kann durch diese Person die Einwilligung erklärt werden. Diese Regelung entspricht § 28 Absatz 3, weshalb im Weiteren auf dessen Begründung verwiesen wird.

Mit dem Verweis in Satz 2 auf die Vorschriften im Bürgerlichen Gesetzbuch wird deutlich, dass Erklärungen der Einwilligung durch berechtigte Personen im Sinne des Gesetzes (Definition in § 3 Absatz 3) den Vorschriften im Bürgerlichen Gesetzbuch entsprechen müssen.

Zu Absatz 3

Absatz 3 bestimmt, dass Patientinnen und Patienten über die diagnostischen Erkenntnisse und die angebotene Behandlung oder, falls die Patientin oder der Patient einwilligungsunfähig ist, eine zur Einwilligung berechtigte Person umfassend und angemessen aufzuklären ist. Bei minderjährigen Patientinnen und Patienten ist deren gesetzliche Vertretung auch dann über die diagnostischen Erkenntnisse und die angebotene Behandlung aufzuklären, wenn die minderjährige Person einwilligungsfähig ist. Mit einer angemessenen Aufklärung der Patientin oder des Patienten wird sichergestellt, dass die wesentlichen Umstände der diagnostischen Erkenntnisse und der angebotenen Behandlung entsprechend ihres oder seines Verständnisses zu erläutern sind, soweit der Entwicklungsstand und die Verständnismöglichkeiten es zulassen.

Zu § 54 (Behandlungs- und Eingliederungsplan)

Die Änderung der Bezeichnung (Erweiterung um den Begriff Eingliederung) hat lediglich klarstellenden/präzisierenden Charakter. Die bisherige Formulierung suggerierte, dass es nur um die Behandlung im Maßregelvollzug geht. Dies ist aber nicht der Fall. Die Vorschrift beschreibt vielmehr (in der bisherigen wie auch der neuen Fassung) sowohl die Behandlung der Patientinnen und Patienten als auch die darauf basierende Eingliederung in die Gesellschaft nach deren Entlassung als Ziele und Aufgaben. Damit wird von Beginn der Unterbringung an das Ziel der Eingliederung in den Focus gerückt und dieses der untergebrachten Patientin oder dem untergebrachten Patienten auch kommuniziert.

Regelungen zum Behandlungsplan fanden sich im SächsPsychKG in verschiedenen Vorschriften zur öffentlich-rechtlichen Unterbringung, auf die wiederum verwiesen wurde (z.B. in den § 38 Absatz 1 Satz 2 in Verbindung mit § 21 Absatz 1 Satz 3, 4 und Absatz 3; § 38 Absatz 2 Satz 1 SächsPsychKG). Nunmehr erfolgt deren Zusammenfassung in einem Paragraphen. Die erweiterte Bezeichnung „Behandlungs- und Eingliederungsplan“ lässt den bisherigen Regelungsinhalt und die bisherige Ausgestaltung und Umsetzung in der Vollzugspraxis unberührt.

Zu Absatz 1

In Satz 1 wird geregelt, welche Gesichtspunkte die Grundlage für die Erstellung eines Behandlungs- und Eingliederungsplans bilden können. Es handelt sich um keine abschließende Aufzählung. Ausgangspunkt werden stets die aus der Aufnahmeuntersuchung ge-

wonnenen Untersuchungsergebnisse sein und alle bisher sich aus Akten und Untersuchungsberichten ergebenden Kenntnisse zur Persönlichkeit, dem Alter, dem Entwicklungsstand sowie den Lebensverhältnissen der Patientin oder des Patienten. Aufgrund der nunmehr aufgenommenen Frist für die Erstellung des Behandlungs- und Eingliederungsplanes haben alle mit der Behandlung und Therapie befassten Beschäftigten der Maßregelvollzugseinrichtung die Möglichkeit, sich individuell auf die Behandlung und Therapie der Patientin oder des Patienten, ihrer oder seiner Erkrankung und Besonderheiten abzustimmen.

An der praktischen Umsetzung des sehr offen gestalteten bisherigen Regelungsinhalts ändert sich nichts. Die exemplarische Aufzählung der Angaben in Satz 2 spiegelt die Vielgestaltigkeit des Behandlungs- und Eingliederungsplans wieder. All diese Behandlungen, Maßnahmen und Angebote sind auf die Patientin oder den Patienten abgestimmt und bauen aufeinander auf.

Zu Nummer 1

Die Grundlage bildet die ärztliche und medizinische Behandlung, die in enger Verflechtung mit der psychiatrisch-psychotherapeutischen, pflegerischen, soziotherapeutischen und heilpädagogischen Behandlung steht. Auf dieser individuell auf die Patientin oder den Patienten abgestimmten Behandlungsstruktur können alle weiteren Maßnahmen (Nummer 2 bis 10 und darüberhinausgehende Maßnahmen) aufgebaut werden.

Zu Nummer 2

Die ergo- und arbeitstherapeutischen Angebote orientieren sich an den Alltagsproblemen der Patientinnen und Patienten. Deren Aufgabe ist es, die krankheitsbedingt eingeschränkten psychischen, sensorischen und motorischen Funktionen und Fähigkeiten wiederherzustellen, zu verbessern oder eine Verschlechterung zu verhindern.

Zu Nummer 3

Die schulische als auch die berufliche Aus-, Fort- und Weiterbildung der Patientinnen und Patienten soll gefördert werden. Sie ist Voraussetzung für ein sich anschließendes Arbeits- oder Beschäftigungsverhältnis, welches wiederum die Eingliederung nach der Entlassung erleichtert.

Zu Nummer 4

Mit der Patientin oder dem Patienten werden Möglichkeiten der Aufnahme oder der Fortsetzung eines Arbeits- oder Beschäftigungsverhältnisses erörtert und gesucht. Besonders wichtig ist dabei, bestehende Arbeits- oder Beschäftigungsverhältnisse aufrechtzuerhalten, um die Patientin oder den Patienten in die bereits vertrauten beruflichen Strukturen zu entlassen. Die Schaffung von beruflichen Perspektiven ist ein wesentlicher Grundstock für ein straffreies Leben nach der Entlassung.

Zu Nummer 5

Ein weiterer wichtiger Baustein in der Behandlung und Therapie ist die soziale Einbindung der Patientin oder dem Patienten nahestehenden Personen. Deren Einbeziehung trägt zum einen zum Verständnis der Behandlung und Therapie bei, macht diese transparent und kann ein weiteres Bindeglied zwischen der Patientin oder dem Patienten und der betreffenden nahestehenden Person sein. Diese soziale Unterstützung beeinflusst die Auswirkungen von sozialer Isolation oder negativem Stress auf die Gesundheit der Patientin oder des Patienten positiv.

Zu Nummer 6

Sozialunterstützende Maßnahmen können auf unterschiedlichen Ebenen erbracht werden. Umfasst ist davon auch die Arbeit der Sozialdienste innerhalb der Maßregelvollzugseinrichtungen.

Zu Nummer 7

Die Maßnahmen nach Nummer 7 arbeiten an der sozialen Kompetenz einer Patientin oder eines Patienten. Mit Hilfe solcher Trainingsmaßnahmen soll unter anderem die Selbstsicherheit und das Selbstwertgefühl gestärkt sowie Patientinnen und Patienten befähigt werden, Zusammenhänge zwischen ihrer oder seiner Störung und der sozialen Beeinträchtigung zu verstehen.

Zu Nummer 8

Neben der Behandlung und Therapie sind Patientinnen und Patienten mittels Freizeit- und Sportangeboten auch zu einer aktiven Gestaltung ihrer Zeit zu ermuntern.

Zu Nummer 9

Maßnahmen im Rahmen von Vollzugslockerungen finden sich in § 1 der Vollzugslockerungsverordnung vom 27. Januar 2016 (SächsGVBl. S. 57) wieder. Bei den die Entlassung vorbereitenden Maßnahmen handelt es sich beispielsweise um die Unterstützung bei der Anmietung eigenen Wohnraums, bei der Beantragung von sozialen Leistungen oder bei der Beschaffung von Einrichtungsgegenständen.

Zu Absatz 2

Für schulpflichtige Patientinnen und Patienten regelt Absatz 2 Satz 1 die Möglichkeit von allgemein- oder berufsbildenden Unterricht. Damit können Patientinnen und Patienten einen (oftmals ersten) Grundstein für die eigene Existenzsicherung nach der Entlassung legen. Das entspricht bereits der bisherigen Praxis und ist nicht mit Mehraufwand verbunden. Auch im Maßregelvollzug ist der erzieherische Auftrag nicht zu vernachlässigen. Vordergrundig kommt es auf den Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten an. Besonders in der ersten Zeit der Unterbringung können gesundheitliche Gründe gegen die Teilnahme am Unterricht sprechen. Denn zunächst geht es darum, mittels ärztlicher, medizinischer, psychiatrisch-psychotherapeutischer, pflegerischer, soziotherapeutischer und heilpädagogischer Behandlung die Grundlage für die Befähigung zur Teilnahme am Unterricht zu schaffen. Eine andere Grenze können die räumlichen und organisatorischen Verhältnisse in der auf den Vollzug der Maßregeln der Sicherung und Besserung bei jugendlichen und heranwachsenden Patientinnen und Patienten spezialisierten Maßregelvollzugseinrichtung setzen. Für die Durchführung des Unterrichts bedarf es hierfür geeigneter Räume, einer qualifizierten personellen Ausstattung sowie der Einbindung des Unterrichtes in die jeweiligen Behandlungs- und Therapiekonzepte. Die notwendigen Ressourcen sind in den spezialisierten Maßregelvollzugseinrichtungen bereits vorhanden. Die praktische Umsetzung bleibt unverändert.

Satz 2 berücksichtigt die altersbedingten Besonderheiten der Patientinnen und Patienten bei den Beschäftigungs-, Bildungs- und Freizeitmöglichkeiten. Die Ausgestaltung dieser Angebote orientiert sich an der Zielstellung des Maßregelvollzugs und soll dabei helfen, vorhandene Interessen der Patientinnen und Patienten auch individuell zu fördern und den Vollzugsalltag sinnvoll zu gestalten.

Zu Absatz 3

Beginnend mit der Feststellung des Status Quo bei Aufnahme der Patientinnen und Patienten ist der Behandlungs- und Eingliederungsplan dem sich wandelnden Behandlungs- und Therapiestand anzupassen. Das bedeutet Erweiterungen, Ergänzungen, Abwandlungen oder auch Änderungen der medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen. Fortschritte als auch Rückschritte im Behandlungs- und Therapieverlauf bedingen eine Anpassung im Behandlungs- und Eingliederungsplan. Auch die soziale Kompetenz der Patientinnen und Patienten verändert sich im Laufe der Unterbringung. Neu erlernte Verhaltensmuster sollen beispielsweise in speziellen Freizeitangeboten angewendet oder soziale Kontakte zu Angehörigen oder vertrauten Personen ausgebaut werden. Die regelmäßige Überprüfung des Behandlungs- und Eingliederungsplans gewährleistet eine Feststellung für Aktualisierungsbedarf und dessen zeitnahe Umsetzung in angepasste Behandlungen, Maßnahmen und Therapien.

Zu Absatz 4

Mit der Regelung in Absatz 4 wird ebenfalls der Grundsatz der Einbindung der Patientinnen und Patienten als auch deren Berechtigten in den Behandlungs- und Therapieprozess umgesetzt. Die Behandlungs- und Therapiebereitschaft, eine gute vertrauensvolle Kommunikation mit den Beschäftigten der Einrichtung als auch das Wecken des eigenen Wunsches auf ein weitest möglich eigenständiges Leben nach dem Eingliederungsprozess in die Gemeinschaft können nur erreicht werden, wenn den Patientinnen und Patienten die Stellung als Akteure bewusstgemacht wird. Sie selbst und ihre berechtigten Personen werden im Rahmen der Erörterung und Aushandigung des Behandlungs- und Eingliederungsplans aktiv einbezogen; Behandlungen, Therapien und andere Maßnahmen werden dadurch transparenter und führen zu mehr Bereitschaft und Akzeptanz. Gerade die Einbeziehung von Bezugspersonen der Patientin oder des Patienten, das können Angehörige oder nahestehende Personen sein, ist ein wichtiger Schritt hin zur erfolgreichen Eingliederung. Allerdings kann dies nur auf Wunsch der Patientin oder des Patienten erfolgen; ohne deren ausdrückliche Zustimmung ist es allen in die Behandlung und Therapie eingebundenen Beschäftigten der Einrichtung untersagt, Dritte einzubeziehen. Dem stehen in solchen Fällen bereits datenschutzrechtliche Gründe entgegen.

Zu § 55 (Einstweilig untergebrachte Patientinnen und Patienten)

Im SächsPsychKG fanden sich Regelungen zu einstweilig untergebrachten Patientinnen und Patienten in § 38b, dessen Norminhalt im Wesentlichen übernommen wurde. Die Überschrift wurde redaktionell den gendergerechten Formulierungsvorgaben angepasst.

Zu Absatz 1

Die Rechtsstellung der einstweilig untergebrachten Patientinnen und Patienten ergibt sich bereits aus § 51, weshalb auf eine besondere Regelung – wie bislang in § 38b Absatz 1 SächsPsychKG - verzichtet wird. Die Patientengruppe der einstweilig Untergebrachten unterscheidet sich in ihrer Rechtsstellung nicht von den aufgrund einer zur Maßregel der Besserung und Sicherung nach §§ 63, 64 Strafgesetzbuch verurteilten Patientengruppe. Alle Patientinnen und Patienten unterliegen während ihrer Unterbringung in einer Maßregelvollzugseinrichtung denselben in diesem Gesetz vorgesehenen Beschränkungen ihrer grundrechtlich garantierten Freiheiten sowie gerichtlich angeordneten Beschränkungen.

Absatz 1 regelt den Behandlungsanspruch, weist aber ausdrücklich darauf hin, dass ein Behandlungs- und Eingliederungsplan nicht zu erstellen ist. Der Inhalt der Regelung wird gegenwärtig, auch ohne ausdrückliche Regelung, in der Vollzugspraxis bei der Behandlung der einstweilig untergebrachten Patientinnen und Patienten umgesetzt. Aufgrund der zeitlich beschränkten Unterbringungsdauer ist die Erstellung eines Behandlungs- und Eingliederungsplanes nicht angezeigt; zumal es dem Prinzip der Unschuldsvermutung zuwiderlaufen würde. Nur wenn feststeht, dass eine Maßregel vollzogen wird, ist aufgrund der Anlasserkrankung ein Behandlungs- und Therapiekonzept zu erstellen, das auch eine zukünftige (aber noch nicht absehbare) Eingliederung der Patientin oder des Patienten anstrebt. Der bisherige Regelungsinhalt (sei es auch der, der aus der praktischen Handhabung im Vollzug resultiert) wird deshalb nicht verändert.

Zu Absatz 2

Es verbleibt beim Trennungsgrundsatz. Mit der Formulierung „dürfen nicht mit anderen untergebrachten Patientinnen und Patienten in demselben Patientenzimmer untergebracht werden.“ werden alle anderen Patientengruppen (nach §§ 63, 64 Strafgesetzbuch untergebrachte Patientinnen und Patienten, als auch solche, die zu Begutachtungszwecken in der Maßregelvollzugseinrichtung untergebracht sind) erfasst. Außerdem wird klargestellt, dass sich die getrennte Unterbringung ausschließlich auf Patientenzimmer bezieht. Die gemeinsame Teilnahme an Therapien oder Gruppensitzungen, die in einem Raum stattfinden, ist durch diese Regelung nicht ausgeschlossen. Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung.

Unverändert geblieben ist die Möglichkeit der gemeinsamen Unterbringung einstweilig untergebrachter Patientinnen und Patienten und anderen Patientinnen und Patienten der Maßregelvollzugseinrichtung, wenn deren Zustimmung hierfür vorliegt. Liegt diese Zustimmung nicht vor oder wurde sie von der einstweilig untergebrachten Patientin oder vom einstweilig untergebrachten Patienten widerrufen, besteht nunmehr nach Absatz 2 Satz 2 Halbsatz dennoch die Möglichkeit der gemeinsamen Unterbringung in demselben Patientenzimmer, wenn hierfür wichtige Gründe vorliegen.

Mit dieser Erweiterung der gemeinsamen Unterbringungsmöglichkeit kann sowohl dem individuellen Behandlungs- und Therapiebedürfnis der einstweilig untergebrachten Patientin oder des einstweilig untergebrachten Patienten Rechnung getragen werden als auch dem Bedürfnis der Aufrechterhaltung der Ordnung und Sicherheit in der Maßregelvollzugseinrichtung. Es handelt sich um Beispiele, die einen wichtigen Grund darstellen können.

Zu § 56 (Vollstreckungsplan, Verlegung)

Diese Regelung wurde neu im Gesetz aufgenommen. Der Vollstreckungsplan gibt neben diesem Gesetz die rechtlichen Rahmenbedingungen zur Unterbringung in den Maßregelvollzugseinrichtungen vor. Gemäß § 22 StrVollstrO ist in Vollstreckungsplänen die sachliche und örtliche Zuständigkeit der Maßregelvollzugseinrichtungen zu regeln. Der Grundsatz der Gesetzmäßigkeit der Verwaltung nach Artikel 20 Absatz 3 GG gebietet die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage.

Zu Absatz 1

In dem Vollstreckungsplan wird für jede Patientin und jeden Patienten die jeweils örtlich und sachlich zuständige Maßregelvollzugseinrichtung festgelegt. Dies trägt rechtsstaatlichen Erfordernissen Rechnung, weil dadurch die Unterbringung aller Patientinnen und Patienten, für die eine Maßregel nach den §§ 63, 64 StGB angeordnet wurde, transparent wird.

Zu Absatz 2

Patientinnen und Patienten sind grundsätzlich in der örtlich und sachlich zuständigen Maßregelvollzugseinrichtung unterzubringen. Absatz 2 regelt das Verfahren bei Abweichungen vom Vollstreckungsplan. Wie bisher auch bleibt es grundsätzlich dabei, dass das Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt als fachaufsichtführende Behörde die Entscheidung über die Einweisung oder Verlegung einer Patientin oder eines Patienten trifft. Weicht eine solche Entscheidung vom Vollstreckungsplan ab, ist sie nach Anhörung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes zu treffen.

Zu Unterabschnitt 2 (Organisation und Gestaltung der Unterbringung)

Zu § 57 (Religionsausübung)

Für den Maßregelvollzug gilt diesbezüglich dieselbe Regelung wie für die öffentlich-rechtliche Unterbringung. Auf die Begründung von § 30 wird Bezug genommen.

Zu § 58 (Persönliches Eigentum)

§ 58 gestaltet das Recht der Patientinnen und Patienten auf unmittelbaren Besitz der persönlichen Kleidung oder persönlicher Gegenstände detaillierter aus. Ziel ist es, ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den individuellen Interessen einer Patientin oder eines Patienten, den Gemeinschaftsinteressen aller Patientinnen oder Patienten und dem Interesse der Maßregelvollzugseinrichtung an der Aufrechterhaltung der Sicherheit und Ordnung zu erreichen. Die Vorschrift ist in wesentlichen Teilen inhaltsgleich mit § 31, weshalb auf dessen Begründung Bezug genommen werden kann. Auf die Besonderheiten im Maßregelvollzug wird an den entsprechenden Stellen eingegangen.

Zu Absatz 1

Das Recht auf unmittelbaren Besitz an persönlicher Kleidung und persönlichen Gegenständen ergibt sich aus der Pflicht der Maßregelvollzugseinrichtung, die Privat- und Intimsphäre der Patientinnen und Patienten so weit wie möglich zu wahren. Dies umfasst insbesondere

die Einrichtung eines persönlichen, nach eigenem Geschmack mit persönlichen Dingen ausgestatteten Patientenzimmer. Aufgrund der vorgegebenen einheitlichen Ausstattung der Patientenzimmer und der räumlich eingeschränkten Bedingungen der Lebensverhältnisse im Maßregelvollzug ist der Patientin oder dem Patienten ein Bereich zur persönlichen und privaten Lebensgestaltung zu gewähren. Absatz 1 entspricht im Wesentlichen § 24 Satz 1 SächsPsychKG; enthält jedoch eine Erweiterung der Einschränkungen des unmittelbaren Besitzes persönlicher Kleidung oder Gegenstände. Neu aufgenommen wurde, dass eine Gefährdung der Übersichtlichkeit des Patientenzimmers den unmittelbaren Besitz ausschließen kann. Die Berechtigung zur Untersagung des unmittelbaren Besitzes ergibt sich bereits aus dem Wesensgehalt der Regelung.

Zu Absatz 2

Ebenso wie § 31 Absatz 1 Satz 2 sieht Absatz 2 die Möglichkeit vor, Geld und Wertgegenstände in Gewahrsam zu nehmen, wenn die Patientin oder der Patient zum Umgang damit nicht in der Lage ist und eine berechtigte Person nicht vorhanden ist. Auf die Begründung wird deshalb Bezug genommen.

Zu Absatz 3

Absatz 3 sieht die Verpflichtung der Maßregelvollzugseinrichtung vor, die vom unmittelbaren Besitz ausgeschlossene persönliche Kleidung oder die ausgeschlossenen persönlichen Gegenstände aufzubewahren. Die Verwahrung hat außerhalb der täglichen Aufenthalts-, Wohn- oder Therapiebereiche zu erfolgen; insbesondere ist der Zugriff unberechtigter Personen zu unterbinden. Diese Verpflichtung besteht allerdings nur soweit, wie dies der Einrichtung nach Art und Umfang möglich und zumutbar ist. Einrichtungen können deshalb bei sperrigen Gegenständen (z.B. Bücherregale) sowie langen Zeiträumen, in denen Aufbewahrungsbedarf besteht, schnell an ihre Grenzen gelangen. Übersteigt der Platzbedarf für persönliche Sachen einer Patientin oder eines Patienten den hierfür zur Verfügung stehenden Raum, sind der Einrichtung Handlungsmöglichkeiten nach Satz 2 eröffnet. Ausgeschlossene Gegenstände oder Kleidung können auf Kosten der Patientin oder des Patienten an benannte Personen übergeben oder versendet werden.

Zu Absatz 4

Absatz 4 entspricht § 31 Absatz 2, weshalb auf dessen Begründung verwiesen wird.

Zu § 59 (Recht auf Besuch)

Zu Absatz 1 bis Absatz 3

Die Absätze 1 bis 3 entsprechen inhaltlich den Absätzen 1 bis 3 des § 32, sodass auf die dortige Begründung überwiegend verwiesen wird.

Zu Absatz 4

In Absatz 4 werden die verschiedenen möglichen Maßnahmen der Beschränkung des Besuchs benannt. Die Aufzählung ist nicht abschließend. Soweit die Vorschrift inhaltlich mit § 32 Absatz 4 übereinstimmt, wird auf dessen Begründung Bezug genommen.

Nummer 3 lässt abweichend von § 32 Absatz 4 Nummer 3 als neue Regelung die Möglichkeit der Beschränkung des Besuchs durch Überwachung und Aufzeichnung zu. Die Überwachung kann in Form der persönlichen Anwesenheit einer oder eines Beschäftigten der Maßregelvollzugseinrichtung oder mittels Videoüberwachung erfolgen. Aufzeichnungen kommen in Form von handschriftlichen Notizen des oder der während des Besuchs anwesenden Beschäftigten oder in Form einer Videoaufzeichnung in Betracht. Die Gesprächsparteien müssen jedoch vor Besuchsbeginn auf diese Beschränkungsmaßnahme hingewiesen werden. Dadurch soll der Patientin oder dem Patienten beziehungsweise der Besucherin oder dem Besucher die Möglichkeit gegeben werden, rechtzeitig darüber zu entscheiden, ob der Besuch unter dieser Beschränkung durchgeführt wird oder nicht.

Zu Absatz 5

Da Absatz 5 inhaltlich der Regelung des § 32 Absatz 5 vollumfänglich entspricht, wird auch insoweit auf dessen Begründung Bezug genommen.

Zu Absatz 6

Absatz 6 weist die Anordnungscompetenz für die Untersagung, Beschränkung oder den Abbruch des Besuchs sowie für die Untersagung der Übergabe von Gegenständen ausdrücklich der diensthabenden Ärztin oder dem diensthabenden Arzt zu. Damit soll sichergestellt werden, dass die anordnende Person über eine ausreichende fachliche Qualifikation verfügt und unmittelbar mit der Patientin oder dem Patienten befasst ist. Nur so kann eine angemessene Beurteilung der Ausübung des Rechts auf Besuch sichergestellt werden.

Zu Absatz 7

Absatz 7 ist wortgleich mit § 32 Absatz 6, weshalb auf dessen Begründung Bezug genommen werden kann.

Zu § 60 (Post- und Fernmeldeverkehr, andere Formen der Telekommunikation)

Die neu für den Bereich des Maßregelvollzugs geschaffene Regelung entspricht größtenteils der Vorschrift des § 33. Auf die Begründung zu § 33 wird daher Bezug genommen.

Zu Absatz 1

Im Unterschied zu § 33 Absatz 1 legt Absatz 1 allerdings fest, dass Postsendungen und Telefongespräche auf eigene Kosten der Patientin oder des Patienten versandt, empfangen beziehungsweise geführt werden können. Die Kostenregelung trägt dem von der Rechtsprechung herangezogenen Grundsatz Rechnung, wonach die Verhältnisse im Strafvollzug und ebenso im Maßregelvollzug so weit wie möglich den allgemeinen Lebensverhältnissen angeglichen werden sollen (vgl. BVerfG, Beschluss vom 08.11.2017 – 2 BvR 2221/16, Rn. 20; BVerfG, Beschluss vom 15.07.2010 – 2 BvR 328/07, Rn. 13). Da die Patientinnen und Patienten nach ihrer oder seiner Entlassung derartige Kosten ebenfalls selbstständig aus den für ihren Lebensunterhalt zur Verfügung stehenden Mitteln bestreiten müssen, ist es gerechtfertigt und (in Vorbereitung auf eine Entlassung) auch notwendig, sie für die Unterbringungszeit im Maßregelvollzug von derartigen Kosten nicht freizustellen.

Zu Absatz 2

Absatz 2 entspricht inhaltlich der Regelung des § 33 Absatz 2, weshalb auf die dahingehende Begründung verwiesen wird.

Zu Absatz 3

Absatz 3 entspricht im wesentlichen Regelungsinhalt des § 33 Absatz 3; auf dessen Begründung kann Bezug genommen werden.

Darüberhinausgehend räumt Absatz 3 die Möglichkeit ein, auch ausgehende Postsendungen hinsichtlich des materiellen Inhalts zu kontrollieren. Die Sätze 2 und 3 wurden aufgrund ihrer Praxisrelevanz in den Gesetzestext aufgenommen. Im Vordergrund dieser Regelung steht vor allem der Fürsorgegedanke der Maßregelvollzugseinrichtung gegenüber den Patientinnen und Patienten. Insbesondere im Zusammenhang mit einzelnen der Patientin oder dem Patienten verabreichten Medikamenten kann es bei Nahrungs- und Genussmitteln, z. B. Nahrungsergänzungsmitteln, Süßigkeiten o. Ä., zu negativen Wechselwirkungen kommen. Um derartige Risiken für den (schon erreichten) Behandlungserfolg zu vermeiden, soll die Maßregelvollzugseinrichtung im Einzelfall die Möglichkeit der Kontrolle, Beschränkung und notfalls der Untersagung derartiger Postsendungen haben. Um die geschaffenen Kontrollmöglichkeiten auch umsetzen zu können, kann zudem eine Beschränkung hinsichtlich Anzahl, Größe und Gewicht der Postsendungen erfolgen sowie einzelne Verpackungsformen gänzlich vom Versand oder Empfang ausgenommen werden.

Zu Absatz 4

Absatz 4 ermöglicht es der Maßregelvollzugseinrichtung, Telefongespräche der Patientinnen und Patienten im Einzelfall und bei Vorliegen der weiteren genannten Voraussetzungen zu überwachen. Eine Überwachung erfolgt ausschließlich durch Mithören des Telefonats; eine Aufzeichnung des gesprochenen Wortes ist unzulässig.

Des Weiteren sind die Gesprächsparteien vor Beginn des Telefongesprächs über die Überwachung zu unterrichten.

Die Formulierung „vor Gesprächsbeginn“ ist dahingehend auszulegen, dass auf den Zeitpunkt des unmittelbaren Gesprächsbeginns zwischen Patientin oder Patient und telefonischem Gesprächspartner abgestellt wird. Erst zum Zeitpunkt des Beginns dieses Gesprächs müssen beide Gesprächsparteien über die Überwachung beziehungsweise das Mithören des Gesprächs informiert worden sein. Auf den Zeitpunkt der Herstellung der Telefonverbindung o. Ä. kommt es nicht an, da dieser häufig mit dem Zeitpunkt des unmittelbaren Gesprächsbeginns der Parteien auseinanderfällt.

Zu Absatz 5

Absatz 5 entspricht inhaltlich § 33 Absatz 4. Auf die dortige Begründung wird daher vollumfänglich verwiesen.

Zu Absatz 6

Diese zukunftsorientierte Neuregelung im Absatz 6 trägt zum einen der fortschreitenden Entwicklung der Kommunikationsmedien und zum anderen einem sich verändernden Kommunikations- und Informationsverhalten Rechnung. Vor dem Hintergrund der anhaltenden Digitalisierung soll sie primär zukunfts offene und flexible Möglichkeiten der Kommunikation schaffen. Die Patientinnen und Patienten in den Maßregelvollzugseinrichtungen sind fast immer über einen Zeitraum von mehreren Jahren untergebracht, weshalb der Kontakt nach außen und vor allem die Telekommunikation im Maßregelvollzug von besonderer Bedeutung ist. Die Regelung ermöglicht es den Patientinnen und Patienten daher, abhängig von den technischen Möglichkeiten der jeweiligen Maßregelvollzugseinrichtung, bei entsprechender Erforderlichkeit im Einzelfall die Nutzung neuer Kommunikationsmittel zu gestatten, z. B. Videotelefonie oder E-Learning. Auch in besonderen Ausnahmesituationen, z. B. Besuchsverboten während der „Corona-Krise“, besteht mit dieser Regelung die Möglichkeit, den Patientinnen und Patienten auf verschiedenen Wegen die Fortführung der sozialen Kontakte außerhalb der Einrichtung zu ermöglichen. Die Regelung dient damit auch der Resozialisierung als primärem Ziel der Unterbringung.

Satz 2 stellt klar, dass auch im Falle der Gestattung anderer Formen der Telekommunikation die Beschränkungen nach den Absätzen 1 bis 5 angeordnet werden können.

Zu § 61 (Verwertung von Kenntnissen)

Die Regelung gleicht im Wesentlichen der Regelung des § 34. Auf die Begründung des § 34 wird daher vollumfänglich verwiesen.

Zu § 62 (Hausordnung)

Es handelt sich um eine Neuregelung. Zweck der Hausordnung ist es, die gesetzlichen Bestimmungen aufgrund der tatsächlichen Gegebenheiten in der jeweiligen Maßregelvollzugseinrichtung entsprechend zu konkretisieren und den Patientinnen und Patienten zu erläutern. Nur auf Grundlage einer gesetzlichen Regelung können nähere Ausgestaltungen des Vollzugs vorgenommen werden. Um ein geregeltes Zusammenleben vieler Menschen auf einem verhältnismäßig eng begrenzten Raum, wie in Maßregelvollzugseinrichtungen zu ermöglichen, ist es unerlässlich, allgemein gültige Verhaltensregeln aufzustellen. Auch die Fülle der Aufgaben in einer Maßregelvollzugseinrichtung lassen sich nur bewältigen, wenn die Abläufe zeitlich und räumlich verbindlich geregelt sind und alle Beteiligten sich an die aufgestellten Regeln halten.

Zu Absatz 1

Absatz 1 sieht vor, dass jede Maßregelvollzugseinrichtung eine eigene Hausordnung erlässt, die der Fachaufsichtsbehörde zur Kenntnis zu geben ist. Inhaltlich stimmt Absatz 1 im Wesentlichen mit § 27 Absatz 6 überein, weshalb auf dessen Begründung Bezug genommen werden kann.

Zu den Regeln für ein geordnetes Zusammenleben und eine sinnvolle Gestaltung des Vollzugs gehören beispielsweise der Tagesablauf und der Wochenplan, insbesondere die Arbeits- und Therapiezeiten, Sprech- und Besuchszeiten, Freizeitangebote, die Einbringung von Sachen, Rauch- und Alkoholverbote sowie die Benutzung des Telefons. Die Hausordnung darf nur Beschränkungen enthalten, die ihre Grundlage in den gesetzlichen Vorschriften finden.

Zu Absatz 2

Die Hausordnung ist so abzufassen, dass die Patientinnen und Patienten den Sinn und Zweck der Regeln für ein gemeinschaftliches Zusammenleben verstehen können. Nach § 52 Absatz 1 Satz 2 werden Patientinnen und Patienten im Rahmen ihrer Aufnahme auch über die geltende Hausordnung unterrichtet.

Zu Absatz 3

Wesentliche, insbesondere grundrechtseingreifende Maßnahmen dürfen 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.

Zu Unterabschnitt 3 (Finanzielle Regelungen)

Zu § 63 (Kosten der Unterbringung)

Die Kosten der Unterbringung werden in einem eigenen Paragraphen geregelt, wobei dieser Themenbereich bereits in § 38 Absatz 5 SächsPsychKG normiert war. Zum Zwecke der Übersichtlichkeit wurde der Grundsatz der Kostentragung in Absatz 1 aufgenommen. Absatz 2 und 3 enthalten vom Grundsatz der Kostenträgerschaft Ausnahmeregelungen. Die Kosten der Forensischen Ambulanzen werden jetzt in § 86 Absatz 7 geregelt.

Zu Absatz 1

Wie bisher in § 38 Absatz 5 Satz 1 SächsPsychKG geregelt, verbleibt es dabei, dass die Unterbringungskosten der Freistaat Sachsen trägt, soweit sie nicht von einem Sozialleistungsträger oder der Patientin oder dem Patienten zu tragen sind. Damit bleibt es bei der Subsidiarität gegenüber anderen Kostenträgern. Auf die Begründung zu § 38 Absatz 5 SächsPsychKG wird verwiesen. Für die Heranziehung der stationär untergebrachten Patientin oder des Patienten zu einem Kostenbeitrag gilt weiterhin § 138 Absatz 2 des Strafvollzugsgesetzes.

Die Kosten der Unterbringung sind Teil der Vollstreckungskosten nach §§ 464a Absatz 1 Satz 2, 465 Absatz 1 Satz 1 StPO. Eine Kostentragung durch die Patientin oder den Patienten kommt nur im Falle der gerichtlichen Auferlegung der Kosten in Betracht.

Zu Absatz 2

Absatz 2 enthält eine Spezifizierung zu Absatz 1 Satz 1. Es werden die Tatbestände benannt, in denen die Patientin oder der Patient für die Zeit ihrer oder seiner Unterbringung im Maßregelvollzug einen Kostenbeitrag zu leisten hat. Diese Aufzählung ist abschließend und umfasst Fälle fehlender Bedürftigkeit, weil die Patientin oder der Patient aus einem freien Beschäftigungsverhältnis oder einer selbstständigen Tätigkeit Einkünfte erzielt, Vermögen besitzt oder über regelmäßige Einkünfte verfügt. Als Kostenschuldner kann deshalb nur die Patientin oder der Patient mit regelmäßigen Einkünften oder Vermögen herangezogen werden. Finanzielle Leistungen im Rahmen der Unterbringung werden nach Satz 1 nicht berücksichtigt.

Wie bislang nach § 38 Absatz 5 Satz 5 SächsPsychKG auch, ist die Patientin oder der Patient zur Auskunft über die eigenen Einkünfte und eigenes Vermögen nach Satz 2 verpflichtet. Auf die Begründung zu § 38 Absatz 5 SächsPsychKG wird Bezug genommen.

Zu Absatz 3

Absatz 3 Satz 1 übernimmt die Regelung des § 38 Absatz 5 Satz 3 SächsPsychKG. Patientinnen und Patienten, die sich außerhalb der Maßregelvollzugseinrichtung aufgrund einer Vollzugslockerungsmaßnahme befinden, befinden sich in der Phase der Eingliederung in die Gemeinschaft und das soziale Leben außerhalb der Mauern. Deshalb ist es sinnvoll, diese Patientengruppe auch in finanzieller Hinsicht auf das eigenständige Tragen der Kosten des Lebensunterhaltes außerhalb der Einrichtung vorzubereiten.

Mit redaktioneller Anpassung entspricht Satz 2 § 38 Absatz 5 Satz 4 SächsPsychKG. Es wird auch weiterhin sichergestellt, dass der Patientin oder dem Patienten im Falle ihrer oder seiner Pflicht zur Kostenbeteiligung der monatliche Regelsatz nach § 27a SGB XII verbleibt.

Zu § 64 (Krankenversicherungsschutz, Versorgung der Patientinnen und Patienten im Krankheitsfall und Gesundheitsfürsorge)

§ 64 entspricht im Wesentlichen § 38 Absatz 6 SächsPsychKG. Mit dieser Regelung in einem eigenständigen Paragraphen mit insgesamt 3 Absätzen werden die im Maßregelvollzug bestehende Struktur des Krankenversicherungsschutzes der Patientinnen und Patienten sowie die Kostentragung abgebildet. Die Vorschrift unterscheidet zwischen dem Leistungsanspruch und dem damit verbundenen Kostenträger für die Heilbehandlung der Anlasserkrankung und der mit ihr im unmittelbaren Zusammenhang stehenden Erkrankungen sowie aller sonstigen Erkrankungen. Zudem sind Ausnahmen der Kostentragungspflicht der Maßregelvollzugseinrichtungen vorgesehen.

Zu Absatz 1

Die Regelung im Absatz 1 erfasst den Krankenversicherungsschutz für die Behandlung der Anlasserkrankung. Kostenträger ist hierfür die jeweilige Maßregelvollzugseinrichtung. Für die medizinische Versorgung gilt das aus dem Sozialstaatsgebot (Artikel 20 Absatz 1 GG) abgeleitete Äquivalenzprinzip. Danach müssen die medizinischen Leistungen im maßregelvollzuglichen Gesundheitswesen den Leistungen für gesetzlich Krankenversicherte gleichwertig sein.

Nach § 16 Absatz 1 Nummer 4 SGB V ruhen die Leistungsansprüche aus der Krankenversicherung, wenn eine freiheitsentziehende Maßregel vollzogen wird und die Versicherten als Patientin oder Patient einen Anspruch auf Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz haben oder sonstige Gesundheitsfürsorge erhalten. Im Falle der Behandlung der Anlasserkrankung besteht dieser Krankenversicherungsschutz bereits aufgrund der Behandlungspflicht im Maßregelvollzug. Zudem haben Patientinnen und Patienten einen umfassenden Anspruch auf eine angemessene gesundheitliche Fürsorge und Betreuung während der Unterbringung. Der Behandlungsanspruch leitet sich aus der Fürsorgepflicht einer freiheitsentziehenden Institution ab, die einen Ausgleich dafür zu schaffen hat, dass untergebrachte Personen sich nicht wie Bürgerinnen und Bürger außerhalb freiheitsentziehender Einrichtungen um ihre Gesundheit kümmern können.

Patientinnen und Patienten haben nach Absatz 1 Satz 1 Anspruch auf wirtschaftliche, ausreichende, notwendige und zweckmäßige medizinische Leistungen nach dem allgemeinen Standard der gesetzlichen Krankenkassen. Nach Satz 2 besteht auch die Möglichkeit der Beteiligung der Patientinnen und Patienten an den Kosten der in Anspruch genommenen notwendigen medizinischen Leistungen. Auch mit dieser Vorschrift wird ein Gleichlauf mit dem gesetzlichen Krankenversicherungsschutz hergestellt und eine Bevorzugung der Patientinnen und Patienten während der Unterbringung im Maßregelvollzug gegenüber den gesetzlich Krankenversicherten unterbunden.

Die Grenze der Kostenbeteiligung ist allerdings erreicht, wenn durch sie die Erreichung der Vollzugsziele – im Besonderen die Wiedereingliederung der Patientin oder des Patienten – gefährdet wird. Dadurch wird den in § 50 Absatz 2 benannten Zielen des Maßregelvollzugs Rechnung getragen.

Zu Absatz 2

Nach Absatz 2 besteht ebenfalls ein Anspruch auf Behandlung anderer Erkrankungen, medizinischen Vorsorgeleistungen (z.B. Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten) und sonstigen medizinischen Leistungen. Andere Erkrankung im Sinne dieser Regelung ist nicht die Anlasserkrankung oder eine mit ihr im unmittelbaren Zusammenhang stehende Erkrankung. Hierbei kann es sich um typische Alltagsbeschwerden wie beispielsweise Zahnerkrankungen, Magen-Darmbeschwerden oder Knochenbrüche handeln. Gleiches gilt für Vorsorgeleistungen und sonstige medizinische Leistungen, die keinen Bezug zur Anlasserkrankung haben. Die Maßregelvollzugseinrichtung ist auch für diese Leistungen der Kostenträger. Eine Beteiligung der Patientinnen und Patienten ist im gleichen gesetzlichen Rahmen möglich, wie die Beteiligung der gesetzlich Krankenversicherten. Auf die vorgenannte Begründung zu Absatz 1 wird verwiesen.

Zu Absatz 3

Absatz 3 sieht nur für die in Absatz 2 benannten Behandlungen, Vorsorgeleistungen und sonstige medizinischen Maßnahmen Ausnahme vor. Für diese ist die Krankenkasse der Kostenträger, wenn die Patientin oder der Patient sozialversicherungspflichtig in einem Beschäftigungs- oder Ausbildungsverhältnis tätig ist oder sie oder er im Bezug einer gesetzlichen Rente steht. Der Gesetzgeber macht mit dieser Vorschrift von der Ausnahmeregelung des § 16 Absatz 1 Nummer 4 SGB V Gebrauch. Geltung kann diese Ausnahmeregelung aber nur für andere (interkurrente) Krankheiten der Patientinnen oder Patienten haben, weil für die Heilbehandlung der Anlasserkrankung und aller mit ihr im unmittelbaren Zusammenhang stehenden Erkrankungen, Vorsorgeleistungen und sonstiger Maßnahmen zwingend die Maßregelvollzugseinrichtung der Kostenträger ist.

Zu § 65 (Finanzielle Leistungen)

Die Neuregelung fasst alle finanziellen Leistungen an die Patientinnen und Patienten, deren Voraussetzungen, Verfügungsrechte und deren Beschränkungen sowie Verfahrensweisen im Falle des Wechsels der Patientin oder des Patienten innerhalb oder außerhalb des Maßregelvollzugs zusammen. Es handelt sich um finanzielle Leistungen der Maßregelvollzugseinrichtungen im Falle der Bedürftigkeit der Patientin oder des Patienten. Die Themen Barbetrag und Bekleidungs pauschale waren bislang im SächsPsychKG nur unvollständig und in verschiedenen Vorschriften erfasst. Sie werden deshalb in § 65 zusammengeführt, weil für beide Leistungen derselbe Rechtsgedanke zugrunde liegt.

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt die Voraussetzungen für die Gewährung eines Barbetrages und einer Bekleidungs pauschale. Beide finanziellen Leistungen stellen für die Patientinnen und Patienten eine Art maßregelvollzuglicher „Grundsicherung“ dar. Der Barbetrag, der als finanzielle Unterstützungsleistung in § 39 Absatz 2 SächsPsychKG geregelt war, wird nach Satz 1 auch weiterhin gezahlt.

Bedürftige Patientinnen und Patienten sollen in entsprechender Anwendung des Rechtsgedankens der Sozialhilfe eine Mindestausstattung zur Befriedigung solcher Bedürfnisse erhalten, die über die auf Existenzsicherung gerichtete Grundversorgung durch die Maßregelvollzugseinrichtung hinausgehen. Entscheidend für den Leistungsbezug ist die Bedürftigkeit. Satz 2 definiert die Bedürftigkeit im Sinne von § 65. Die Definition ist § 27a Absatz 1 SGB XII nachgebildet. Steht der Patientin oder dem Patienten im laufenden Monat aus anderen Quellen (z.B. Arbeitsentgelt, Rentenleistungen) ein Betrag bis zur Höhe des Barbetrags nicht zur Verfügung, ist diese oder dieser bedürftig.

Eine gesetzliche Anspruchsgrundlage für die Zahlung einer Bekleidungs pauschale - wie für den Barbetrag - war im SächsPsychKG bislang nicht ausdrücklich vorgesehen. Die rechtliche Grundlage für deren Gewährung war § 38 Absatz 5 Satz 1 SächsPsychKG, weil sie unter die Kosten der Unterbringung zu subsumieren ist und der Fürsorgegrundsatz der Maßregelvollzugseinrichtung für bedürftige Maßregelvollzugspatienten und -patientinnen die Leistung einer Bekleidungs hilfe gebietet.

Der Gesetzgeber hat sich für eine ausdrückliche eigenständige Regelung der Bekleidungs-
pauschale entschieden und dadurch den Gleichlaut mit dem sozialhilferechtlichen Begriff
des § 27b Absatz 2 SGB XII hervorgehoben. Wie der Barbetrag ist auch die Bekleidungs-
pauschale nunmehr ausdrücklich im Kontext des § 27b Absatz 2 SGB XII zu verstehen.

Unter der Maßgabe des § 49 Absatz 3, wonach im Maßregelvollzug eine Annäherung an
allgemeine Lebensbedingungen angestrebt wird, sollen Mitarbeit und Verantwortungsbewusstsein
der Patientinnen und Patienten geweckt und gefördert werden. Dies bedingt,
dass die Patientinnen und Patienten aufgrund des Besuchs von Selbsthilfegruppen, Ar-
beitsmaßnahmen und Freizeitgestaltungen ein hohes Maß an Mobilität innerhalb und auch
außerhalb der Maßregelvollzugseinrichtung erlangen sollen. Die monatliche Bekleidungs-
pauschale unterliegt einer Zweckbestimmung; ausschließlich der Erwerb von Bekleidung
ist den Patientinnen und Patienten während ihrer Unterbringung mit diesem Geld gestattet.
Vergleichbar mit der Barbetragsleistung können sich Patientinnen und Patienten mit der
Bekleidungs-
pauschale individuelle Bekleidungs-
wünsche erfüllen, die über den von der
Maßregelvollzugseinrichtung sicherzustellenden Lebensunterhalt einschließlich der Grund-
versorgung mit Bekleidung hinausgehen.

Wird für eine Patientin oder einen Patienten eine Erstausrüstung mit Bekleidung bei Auf-
nahme in die Maßregelvollzugseinrichtung erforderlich, weil die ihr oder ihm zur Verfügung
stehende Eigenbekleidung unbrauchbar oder nicht im erforderlichen Umfang vorhanden ist
(z.B. aufgrund vor Aufnahme bestandener Obdachlosigkeit), ist diese von der Maßregel-
vollzugseinrichtung im Rahmen der Kosten der Unterbringung im Sinne des § 63 Absatz 1
Satz 1 auszustatten.

Die Grundversorgung sowie die Mindestausrüstung leistet die Maßregelvollzugseinrich-
tung im Rahmen der Unterbringungskosten; die darüberhinausgehenden Bedürfnisse kön-
nen sich Patientinnen und Patienten mittels Barbetrag und Bekleidungs-
pauschale erfüllen.
Darüber hinaus soll durch die Gewährung von Barbetrag und Bekleidungs-
pauschale ver-
hindert werden, dass bedürftige Patientinnen oder Patienten in ein Abhängigkeitsverhältnis
mit anderen Patientinnen oder Patienten geraten.

Erhält die Patientin oder der Patient den Barbetrag, ist sie oder er gleichzeitig zur Mitwir-
kung und Tatsachenangabe gemäß den §§ 60, 65 und 66 SGB I verpflichtet. Anderenfalls
ist es der Maßregelvollzugseinrichtung nicht möglich, die für Barbetrag- und Bekleidungs-
kostenpauschale erforderliche Bedürftigkeit der Patientin oder des Patienten zu überprüfen.

Für beide Leistungen, die die Maßregelvollzugseinrichtung gewährt, bedarf es keines An-
trages der Patientin oder des Patienten. Die Einrichtung führt die Prüfung der Leistungsbe-
rechtigung von Amts wegen durch.

Zu Absatz 2

Die Höhe des Barbetrages bestimmt sich nach den Grundsätzen des § 27b Absatz 3 Satz
2 und 3 erster Halbsatz SGB XII. Für die Höhe der Bekleidungs-
pauschale gilt § 27b Absatz
4 Satz 1 SGB XII.

Zu Absatz 3

In Absatz 3 wird erstmals die Fälligkeit beider Leistungen geregelt. Ein Regelungsbedarf
wurde durch die Maßregelvollzugseinrichtungen angezeigt. Es wird eine einheitliche Hand-
habung der Leistungsauszahlung gewährleistet, sodass alle Patientinnen und Patienten
zum gleichen Tag über die Leistungen verfügen können.

Neu ist auch, dass die Leistungen auf das Eigengeldkonto der Patientin oder des Patienten
erfolgen. Zum monatlichen Fälligkeitszeitpunkt werden der Barbetrag und die Bekleidungs-
pauschale nicht in Form von Bargeld ausgehändigt. Diese Regelung dient sowohl dem Ei-
genschutz als auch der Sicherheit und Ordnung in den Maßregelvollzugseinrichtungen. Aus
der Praxis wurde berichtet, dass im Falle des Besitzes von Bargeld für Patientinnen oder
Patienten die Gefahr des Verschluckens von Münzen oder Geldscheinen besteht oder der
Umgang mit Bargeld oder der Verwendungszweck vereinzelt nicht geläufig ist und es daher

zu „zweckentfremdeten“ Verwendungen kam. Zudem wird die Gefahr von vermögensrechtlichen Straftaten unter den Patientinnen und Patienten (z.B. Diebstahl oder Erpressung) dadurch verringert.

Zu Absatz 4

Satz 1 erster Halbsatz stellt klar, dass Barbetrag und Bekleidungs pauschale – abgesehen von ihrer bereits innewohnenden Zweckbindung – grundsätzlich keiner Verfügungsbeschränkung unterliegen. In Satz 1 zweiter Halbsatz wird eine Verfügungsbeschränkung im Falle des Widerspruchs zum Behandlungs- und Eingliederungsplan festgelegt. Der Erwerb und der Konsum von Lebensmitteln, Verbrauchsgütern oder aller anderen Gegenstände hat daher im Einklang mit den Behandlungen und Therapien der Patientin oder des Patienten zu stehen. Beispielsweise wird der Erwerb von Alkohol oder alkoholischen Produkten mit Geldern des Barbetrags untersagt.

Eine weitere Einschränkung der Verfügbarkeit sieht Satz 2 vor. Diese ergibt sich selbstredend aus dem Zweck der Unterbringung oder aus Gründen, die der Erreichung der Ziele des Maßregelvollzugs (§ 50 Absatz 2) entgegenstehen.

Die Verfügungsbeschränkung nach Satz 1 erster Halbsatz und die Verfügungsbeschränkung nach Satz 2 werden durch die ärztliche Leitung oder ihrer jeweiligen Vertretung angeordnet.

Zu Absatz 5

Absatz 5 sieht erstmals eine Regelung zum Ansparen, Verfall und der Übertragung der monatlichen Bekleidungs pauschale vor. Die Notwendigkeit des Regelungsbedarfs hat sich aus der Praxis des Maßregelvollzugs ergeben. Wie bereits zu Absatz 1 ausgeführt, wurde die Bekleidungs pauschale bereits ohne einen ausdrücklich geregelten Zahlungsanspruch auf der Grundlage von § 38 Absatz 5 Satz 1 SächsPsychKG gezahlt. Allerdings erfolgte eine unterschiedliche Handhabung zum Ansparen oder einer Übertragung innerhalb der Maßregelvollzugseinrichtungen. Wird der Patientin oder dem Patienten die Möglichkeit des Ansparens der Bekleidungs pauschale eingeräumt, bedarf es ebenso einer Regelung eines maximalen Ansparzeitraums, der Übertragbarkeit und des Verfalls nicht verbrauchter angesparter Bekleidungs pauschalen.

Ausgehend vom Zweck der monatlichen Bekleidungs pauschale, einen tatsächlich bestehenden aktuellen Bekleidungsbedarf der Patientin oder des Patienten, der über die Grundversorgung nach § 63 Absatz 1 Satz 1 hinausgeht, abzudecken, ist es sachgerecht und zwingend, das Ansparen der Bekleidungs pauschale mit einer Höchstdauer zu versehen. Allerdings ist es ebenso sachgerecht, durch die Ansparmöglichkeit der Patientin oder dem Patienten auch die Anschaffung teurer Bekleidungsstücke, sog. Markenware zu ermöglichen. Auch wenn hierfür oft nicht ein aktueller Bedarf besteht, so kann es dennoch der Wunsch und das Ziel deren Anschaffung sein, beispielsweise eine höherwertige Hose zu besitzen. Erst Recht im Zusammenhang mit bevorstehender Lockerungsstufen sind diese Überlegungen von Patientinnen und Patienten nachvollziehbar und sollen von den Maßregelvollzugseinrichtungen auch Berücksichtigung finden können. Der verantwortungsvolle Umgang mit Geld kann ebenfalls durch Ansparmöglichkeiten geschult werden.

Bekleidungsbedarf, den sich die Patientin oder der Patient nicht innerhalb von zwölf Monaten erfüllt, besteht nicht aktuell. Deshalb sieht Satz 2 den Verfall des kompletten Ansparbetrags oder aber auch eines Restbetrags vor. Es wird klargestellt, dass eine Übertragung auf den Folgemonat nicht in Betracht kommt, Satz 3.

Die korrekte Wahrnehmung dieser Rechte setzt deren Kenntnis bei den Patientinnen und Patienten voraus. Deshalb sieht Satz 4 die Hinweispflicht bei Aufnahme vor. Mit der entsprechenden Geltung des § 52 Absatz 1 wird klargestellt, dass für die Hinweise nach Absatz 5 die gleichen Maßstäbe gelten, wie für die Unterrichtung über die Rechte und Pflichten bei Patientinnen und Patienten bei deren Aufnahme.

Zu Absatz 6

Regelungsbedarf ergab sich auch aus der Vollzugspraxis, wenn Patientinnen oder Patienten während der Dauer des Maßregelvollzugs die Einrichtung wechseln. Absatz 6 ermöglicht die Mitgabe der angesparten Geldleistungen. Für den Barbetrag, der ohne Zweckbindung – entgegen der Bekleidungs pauschale – monatlich gezahlt wird, war diese Handhabung bereits in der Vergangenheit unproblematisch. Für die Bekleidungs pauschale und den hiervon angesparten Geldbeträgen gilt dies nur insoweit, wie diese nicht bereits verfallen sind.

Zu Absatz 7

Die Regelung im Absatz 7 entspricht bereits der Vollzugspraxis. Mit dem Zeitpunkt der Entlassung aus dem Maßregelvollzug entfällt selbstredend der Leistungsanspruch auf die nicht verbrauchte Bekleidungs pauschale. Wurde der Bekleidungsbedarf nicht während der Unterbringungszeit, welche die Zeit der Entlassungsvorbereitung mit umfasst, durch die Anschaffung von Bekleidung umgesetzt, besteht die Vermutung, dass kein aktueller Bedarf für die Patientin oder den Patienten bestand, weshalb der Anspruch sachgerechter Weise verfällt. Über diese Vorschrift sind die Patientinnen und Patienten ebenso bei der Aufnahme in der in § 52 Absatz 1 vorgeschriebenen Art und Weise zu unterrichten.

Zu § 66 (Bezüge im Maßregelvollzug)

Die Neuregelung enthält alle in den Maßregelvollzugseinrichtungen an die Patientin oder den Patienten leistbare Bezüge. Einkünfte, die die Patientin oder der Patient außerhalb der Maßregelvollzugseinrichtung beispielsweise aufgrund eines freien Beschäftigungsverhältnisses oder aus einer selbstständigen Tätigkeit erzielt, erfasst § 66 nicht. Denn eine Regelungskompetenz für die Höhe und der vergütungsrechtlichen Grundlagen von Bezügen besteht nur solche Tätigkeiten, Beschäftigungen oder Maßnahmen, die durch die jeweilige Maßregelvollzugseinrichtung angeboten werden.

Zu Absatz 1

Bereits nach § 38 Absatz 2 Satz 3 SächsPsychKG galt die Verpflichtung zur Leistung eines angemessenen Arbeitsentgeltes für geleistete Arbeit und einer angemessenen Ausbildungsvergütung für Zeiten einer Ausbildung; Zuwendungen für die arbeitstherapeutischen Maßnahmen waren in dieser Vorschrift nicht erfasst.

Absatz 1 sieht nunmehr die Verpflichtung der Maßregelvollzugeinrichtungen zur Gewährung von Bezügen vor.

Die Maßregelvollzugseinrichtungen haben deshalb nur einen Ermessensspielraum bei der Einordnung der Tätigkeiten, Beschäftigungen und arbeitstherapeutischer Maßnahmen in die nach Absatz 2 festgelegten vergütungsrechtlichen Grundlagen. Absatz 1 unterscheidet drei qualitativ unterschiedliche Formen beziehungsweise Begrifflichkeiten, mit denen Tätigkeiten, die während der Unterbringung ausgeübt werden, bezeichnet werden. Alle diesen Bezügen zugrundeliegenden Tätigkeiten, Beschäftigungen und Maßnahmen sind ein gewollter Motivationsanreiz zur Arbeit und Leistungserbringung.

Zu Nummer 1

Für wirtschaftlich verwertbare Arbeit, die im Maßregelvollzug geleistet wird (Vollzugsarbeitsverhältnis), ist ein Entgelt zu zahlen, das sich gemessen an der Arbeitsleistung und dem Arbeitsergebnis von einer Zuwendung nach Nummer 3 unterscheidet. Es handelt sich um einen öffentlich-rechtlichen Anspruch auf Arbeitsentgelt. Hiervon zu unterscheiden ist das freie Beschäftigungsverhältnis, das außerhalb der Maßregelvollzugseinrichtung im Rahmen von Vollzugslockerungen ausgeübt wird und privatrechtlicher Natur ist.

Zu Nummer 2

Für die Teilnahme an einer schulischen oder einer beruflichen Qualifikationsmaßnahme wird eine angemessene Ausbildungsbeihilfe geleistet. Diese finanzielle Honorierung der

Teilnahme an schulischen oder beruflichen Maßnahmen soll für die Patientinnen und Patienten Anreiz sein, zunächst die Grundlage für die Ausübung einer Erwerbstätigkeit -spätestens nach der Entlassung – zu schaffen.

Zu Nummer 3

Mit der Leistung einer Zuwendung für die Teilnahme an arbeitstherapeutischen Maßnahmen wird die ebenfalls große Bedeutung dieses Bereichs für die Rehabilitation unterstrichen. Durch Arbeitstherapie können der Ausbildungsstand und die Fertigkeiten der Patientin oder des Patienten so verbessert werden, dass ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt nach der Entlassung größer sind als zuvor. Arbeitstherapeutische Maßnahmen umfassen eine Vielzahl spezifischer Therapieformen (z.B. Ergotherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie). Es handelt sich hierbei nicht um eine wirtschaftlich verwertbare Arbeitsverrichtung. Diese ist von Nummer 1 erfasst.

Auch gegenüber der Patientin oder dem Patienten, der aufgrund seiner psychischen Störung keine wirtschaftlich verwertbare Arbeit leisten kann, soll die Maßregelvollzugseinrichtung den Versuch unternehmen können, sie oder ihn mit Hilfe der (geringen) finanziellen Zuwendung zur Teilnahme an therapeutischen Maßnahmen zu bewegen.

Zu Absatz 2

Die Einzelheiten zu den Bezügen legt das Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt im Rahmen einer Verwaltungsvorschrift fest.

Zu § 67 (Überbrückungsgeld)

Auch weiterhin wird die Bildung von Überbrückungsgeld vorgeschrieben. Die Regelung im § 39 Absatz 3 SächsPsychKG wird inhaltlich erweitert und neu strukturiert. Neu aufgenommen wurde die Zweckbindung (Absatz 1), die Klarstellung des bestehenden Pfändungsschutzes (Absatz 3 Satz 2), eine Regelung für den Fall der Entlassung der Patientinnen und Patienten in den Justizvollzug als auch aus den Justizvollzug in den Maßregelvollzug (Absatz 4) und der Beendigung der Maßregel (Absatz 5). Bei dem Überbrückungsgeld handelt es sich um angespartes Geld der Patientinnen und Patienten mit einer Zweckbindung, Verfügungsbeschränkung und einem Pfändungsverbot. Es ist als „Starthilfe“ in ein Leben außerhalb der Mauern der Maßregelvollzugseinrichtung zu verstehen.

Zu Absatz 1

Die Bestimmung schafft in Satz 1 eine gesetzliche Grundlage für die in der Praxis bisher bereits üblichen Ansparungen für einen konkreten, der Wiedereingliederung der Patientinnen und Patienten nach der Entlassung aus dem Maßregelvollzug dienenden Zweck. Für die besonders schwierige Zeit direkt nach der Entlassung wird dadurch eine finanzielle Vorsorge für den notwendigen Lebensunterhalt der Patientinnen und Patienten durch zwangsweises Ansparen eines Geldbetrages getroffen. Die Wiedereingliederung wird dadurch gefördert, dass Patientinnen oder Patienten beispielsweise für die Anmietung einer Wohnung die Kautions davon begleichen oder sich Einrichtungsgegenstände hiervon anschaffen können.

Satz 1 zweiter Halbsatz macht deutlich, dass das Überbrückungsgeld nur aus den während der Unterbringung erhaltenen Bezügen der Patientin oder des Patienten gebildet wird. Dabei handelt es sich nicht nur um die Bezüge nach § 66 Absatz 1, also Arbeitsentgelt, Ausbildungsbeihilfe oder die Zuwendung für eine arbeitstherapeutische Maßnahme. Auch Einkünfte aus einem freien Beschäftigungsverhältnis oder einer Selbstbeschäftigung gelten als erhaltene Bezüge im Sinn des Satzes 1 zweiter Halbsatz. Die finanziellen Leistungen nach § 65 Absatz 1 Satz 1 sind demnach nicht zur Bildung des Überbrückungsgelds einzusetzen. Mit Satz 2 wird der Inhalt der in § 39 Absatz 3 Satz 2 SächsPsychKG enthaltenen Verweisung von § 51 Absatz 3 StrVollzG wiedergegeben. Demnach kann die ärztliche Leitung der Maßregelvollzugseinrichtung oder ihre jeweilige Vertretung die Inanspruchnahme des Überbrückungsgeldes auch für die Behandlungs- und Therapieziele fördernde Maßnahmen genehmigen. Hierzu gehört beispielsweise der Erwerb einer Brille.

Zu Absatz 2

In Absatz 2 wird der Maximalbetrag festgelegt, bis zu welchem eine Ansparung von Überbrückungsgeld erfolgt. Bereits § 39 Absatz 3 Satz 1 SächsPsychKG sah diesen Maximalbetrag vor. Aus den Erfahrungen der Praxis im Rahmen der Eingliederungsbemühungen ergibt sich immer öfter die Notwendigkeit, neben einem Betrag für den Lebensunterhalt kurzfristig auch Geld für die Hinterlegung einer Mietkaution oder der Anschaffung von Wohnungsinventar zur Verfügung zu haben.

Zu Absatz 3

Absatz 3 sieht eigens für das Überbrückungsgeld die Führung eines Kontos durch die Maßregelvollzugseinrichtung vor. Nach der Rechtsprechung (OLG Celle, Beschluss vom 24.01.2013 – 1 Ws 479/12 (StrVollz)) kann einer gesetzlichen Zweckbindung nur dadurch ausreichend Genüge getan werden, wenn das Überbrückungsgeldkonto nicht auf den Namen der Patientin oder des Patienten angelegt wird, sondern die Maßregelvollzugseinrichtung Kontoinhaber ist. Es handelt sich um eine treuhänderische Verwahrung des Geldes. Der Auszahlungsanspruch besteht grundsätzlich nicht während der Unterbringungszeit und ist zweckgebunden.

Über die zweckgebunden angesparten Gelder können die Patientinnen und Patienten nicht anderweitig verfügen (§ 399 BGB). Aus der Zweckbindung folgt die Nichtübertragbarkeit der Forderung. Im Gegensatz zum Eigengeld ist der Anspruch auf Auszahlung des Überbrückungsgeldes nach § 138 Absatz 1 Satz 2 in Verbindung mit § 51 Absatz 4 und 5 StrVollzG grundsätzlich unpfändbar. Patientinnen und Patienten soll dadurch ermöglicht werden, auch bei Pfändungen für die Eingliederung fördernde Maßnahmen eingezahlte Gelder nutzen zu können.

Zu Absatz 4

Regelungsbedarf zum Schicksal des Überbrückungsgeldes hat sich aus der Vollzugspraxis für die Fälle ergeben, in denen Patientinnen oder Patienten in den Justizvollzug entlassen werden und umgekehrt. Auch im Justizvollzug kann gem. § 62 SächsStrVollzG Überbrückungsgeld für die Gefangenen gebildet werden. Sowohl der Anspruch der Maßregelvollzugspatientin oder -patienten als auch der Anspruch der Gefangenen sind als zweckgebundener Anspruch unpfändbar. Diese Privilegierung soll der Patientin oder dem Patienten nicht verloren gehen, wenn sie oder er die Unterbringungseinrichtung wechselt. Absatz 4 sieht deshalb die Mitgabe des Überbrückungsgeldes in beiden Fallkonstellationen vor.

Zu Absatz 5

Absatz 5 regelt die Fälligkeit und damit die Auszahlung des Überbrückungsgeldes. In den Fällen, in denen das Überbrückungsgeld nicht bereits im Rahmen der Vorbereitung der Patientin oder des Patienten auf ihre oder seine Eingliederung verwendet wurde, ist der im Zeitpunkt der Beendigung der Maßregel noch vorhandene Betrag an die Patientin, den Patienten oder deren oder dessen zum Geldempfang Berechtigten auszuzahlen. Hierbei handelt es sich um die in § 3 Absatz 3 vom Begriff des Berechtigten erfassten Personen. Mit Beendigung der Maßregel endet die treuhänderische Aufbewahrung des Überbrückungsgeldes durch die Maßregelvollzugseinrichtung.

Zu § 68 (Eigengeld)

Die Vorschrift zum Eigengeld ist eine Neuregelung im Gesetz, die die bisherige praktische Handhabung der Maßregelvollzugseinrichtungen mit dem Eigengeld der Patientinnen und Patienten wiedergibt und verbindlich regelt. Bei dem Eigengeld handelt es sich dabei um Ersparnisse der Patientinnen und Patienten, die sie aus den in Absatz 1 benannten Geldbeträgen und Bezügen bilden.

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt, welche Gelder der Patientinnen und Patienten zum Eigengeld gehören. Erfasst werden zum einen die Gelder, die die Patientinnen und Patienten in den Maßregelvollzug als Bargeld einbringen. Zum anderen gehören dazu die Gelder, die sie während

ihrer Unterbringung erhalten. Hierbei handelt es sich beispielsweise um Zuwendungen von Dritten (z.B. Geldgeschenke durch Dritte), nicht verbrauchte Bezüge im Maßregelvollzug gemäß § 66 und nicht verbrauchte Gelder aus dem erhaltenen Barbetrag. Das aus diesen eigenen Ersparnissen der Patientin oder des Patienten und nach Bereinigung ihrer Bezüge gebildete Eigengeld ist nicht zu wechseln mit dem von der Maßregelvollzugseinrichtung angesparte Überbrückungsgeld der Patientinnen und Patienten.

Bereits jetzt besitzen Patientinnen und Patienten eigenes (in die Maßregelvollzugseinrichtung eingebrachtes) Geld, welches die Einrichtungen überwiegend aus Sicherheitsgründen (z.B. zum Eigenschutz der Patientinnen und Patienten vor Verschlucken von Geldmünzen oder vor Diebstählen durch andere Patientinnen oder Patienten) verwahren.

Zu Absatz 2

Die Verwaltung des Eigengeldes erfolgt durch die Maßregelvollzugseinrichtung im Rahmen der Führung eines Eigengeldkontos. Oft ist es Patientinnen und Patienten während der Freiheitsentziehenden Unterbringung nicht möglich, ein Konto bei einem Geldinstitut zu eröffnen, zu verwalten und Geldgeschäfte darüber abzuwickeln. Daher richtet die Einrichtung nach Absatz 2 Satz 1 aus Fürsorgegründen für jede Patientin und jeden Patienten ein Eigengeldkonto ein. Ein bereits bestehendes Konto für die Patientin oder den Patienten führt die Maßregelvollzugseinrichtung fort. Auf dieses Konto erfolgen die patientenbezogenen Zahlungen der Einrichtung. Es werden auch alle weiteren Geldbeträge (siehe Begründung zu Absatz 1) dort verbucht. In Fällen, in denen für die Patientin oder den Patienten eine (im Bereich der Vermögenssorge) berechnigte Person vorhanden ist, erfolgt die Verwaltung des Eigengeldes nicht durch die Maßregelvollzugseinrichtung. Verantwortlich sind dann diese Personen. Es handelt sich dabei um rechtliche oder rechtsgeschäftliche Vertretungen, sofern diese Personen für die Bereiche der Finanz- oder Vermögensverwaltung der Patientin oder des Patienten zuständig sind. Erfasst sind auch gerichtlich bestellte Betreuer mit diesem Aufgabenbereich.

Eine Verfügung über eigene Geldbeträge und sonstiges Vermögen bleibt weiter möglich, unterliegt aber, um den Behandlungserfolg und den Zweck des Maßregelvollzugs nicht zu gefährden, der Genehmigung. Absatz 2 Satz 2 reglementiert deshalb die Verfügungsmacht der Patientinnen und Patienten über ihr Eigengeld. Alle Verfügungen, beispielsweise durch den Erwerb von Gegenständen (z.B. Konsumgüter) oder auch in Form von Geldgeschenken an Dritte, bedürfen der Genehmigung der ärztlichen Leistung der Maßregelvollzugseinrichtung. Allerdings kommt eine Versagung nur dann in Betracht, wenn die Verwendung des Geldes den Behandlungs- oder Therapieerfolg der Patientin oder des Patienten oder die Sicherheit der Einrichtung gefährden würde. Diese Einschränkung trägt dem Umstand Rechnung, dass es sich bei dem Eigengeld um eigenes angespartes Vermögen der Patientinnen oder Patienten handelt.

Zu Unterabschnitt 4 (Sicherheit und Ordnung)

Zu § 69 (Ärztliche Zwangsmaßnahmen)

Für ärztliche Zwangsmaßnahmen zur Behandlung der Anlasserkrankung gilt für Patientinnen und Patienten im Maßregelvollzug nichts Anderes als in der öffentlich-rechtlichen Unterbringung. In beiden Fällen kommen dieselben verfassungsrechtlichen Maßstäbe zur Anwendung (BVerfG, Beschluss des Zweiten Senats vom 19. Juli 2017 - 2 BvR 2003/14 - Rn. 31, 35; Urteil vom 8. Juni 2021, a.a.O. Rn. 65). Das betrifft etwa die Frage der Einwilligungsfähigkeit, die Voraussetzungen für eine Behandlung gegen den natürlichen Willen, das allein zulässige Ziel einer solchen Zwangsbehandlung, die Unterbringung möglichst bald zu beenden und so die persönliche Freiheit der Patientin oder des Patienten wiederzuerlangen sowie die dabei strikt zu beachtenden verfahrensrechtlichen Anforderungen.

Durch die Verweisung auf § 29 stellt § 69 diesen identischen Maßstab klar. Auf die Begründung von § 29, die ohne Einschränkung auch für den Maßregelvollzug Geltung beanspruchen kann, wird Bezug genommen. Zu beachten ist, dass aufgrund der Regelungen in § 138 Absatz 4 in Verbindung mit den §§ 121a, 121b StrVollzG, die mit Änderungsgesetz von 19.06.2019 in das StrVollzG eingefügt worden sind (BGBl. I S. 840), nicht mehr die

Strafvollstreckungskammer beim Landgericht, sondern das Amtsgericht für die Genehmigung einer ärztlichen Zwangsbehandlung zuständig ist.

Zu § 70 (Sicherungsmaßnahmen)

Für den Maßregelvollzug gilt insoweit dieselbe Regelung wie für die öffentlich-rechtliche Unterbringung. Auf die Begründung zu § 35 wird Bezug genommen.

Zu § 71 (Ergänzende Regelungen bei freiheitsentziehenden Sicherungsmaßnahmen)

In § 71 werden die Voraussetzungen, die zusätzlich zu den in den §§ 70, 35 genannten Voraussetzungen für die Anordnung von freiheitsentziehenden Sicherungsmaßnahmen erforderlich sind, genannt. § 71 ist daher stets als ergänzende Vorschrift zu § 70 für einzelne Sicherungsmaßnahmen zu verstehen.

Soweit die Vorschrift im Wesentlichen inhaltsgleich zu der Regelung des § 36 ist, wird auf die dortige Begründung vollumfänglich Bezug genommen.

Zu Absatz 1

§ 71 Absatz 1 definiert zunächst, was unter einer freiheitsentziehenden Sicherungsmaßnahme zu verstehen ist. Die (freiheitsentziehenden) Sicherungsmaßnahmen dienen allein der Abwehr von Gefahren, die von der untergebrachten Patientin oder dem untergebrachten Patienten ausgehen. Als Behandlungsmaßnahme oder disziplinarische Maßnahme sind sie nicht zulässig.

Zu Absatz 2

In Absatz 2 wird explizit klargestellt, dass jede freiheitsentziehende Sicherungsmaßnahme nur eine Einzelfallmaßnahme sein darf, sofern die in Absatz 2 genannten Zulässigkeitsvoraussetzungen vorliegen. Nur so wird der stets zwingend zu beachtende Verhältnismäßigkeitsgrundsatz ausreichend gewahrt.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt zum einen die unverzügliche Unterrichtung der Aufsichtsbehörde bei der Anwendung von freiheitsentziehenden Sicherungsmaßnahmen und zum anderen den Richtervorbehalt für deren Anordnung. Als freiheitsentziehende Sicherungsmaßnahmen werden neben der Unterbringung in einem besonders gesicherten Raum die sonstige Einschränkung der Bewegungsfreiheit durch mechanische Vorrichtungen (Absatz 3 Satz 1 Nummer 1) und die Fixierung (Absatz 3 Satz 1 Nummer 2) benannt. Werden diese Sicherungsmaßnahmen angewendet, ist die Aufsichtsbehörde unverzüglich zu unterrichten. Unverzüglich meint in diesem Zusammenhang „ohne schuldhaftes Zögern“. Die Unterrichtung der Aufsichtsbehörde als Kontrollorgan soll vor allem der Transparenz und zusätzlichen Überprüfbarkeit der intensiv in die Grundrechte der Patientinnen und Patienten eingreifenden freiheitsentziehenden Sicherungsmaßnahmen dienen.

In Satz 2 werden die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts zum Richtervorbehalt bei einer Aufhebung der Bewegungsfreiheit durch eine Fixierung (Beschluss vom 24.07.2018 - 2 BvR 309/15, 2 BvR 502/16) umgesetzt. Neben der unverzüglichen Unterrichtung der Aufsichtsbehörde bedarf es vor Anwendung der beiden unter § 35 Absatz 2 Nummer 8 und 9 benannten Sicherungsmaßnahmen deren vorheriger gerichtlichen Genehmigung. Die gerichtliche Zuständigkeit für Maßnahmen, die dem Richtervorbehalt unterliegen, richtet sich dabei nach § 121a StVollzG. Das gerichtliche Verfahren bei derartigen Maßnahmen wird in § 121b StVollzG geregelt.

Ausdrücklich nicht vom Richtervorbehalt in Satz 2 umfasst, ist die Unterbringung in einem Kriseninterventionsraum nach § 35 Absatz 2 Satz 1 Nummer 6. Bei dieser Sicherungsmaßnahme ist es aus Sicht des Gesetzgebers aufgrund des gegenüber der Fixierung oder der teilweisen Einschränkung der Bewegungsfreiheit durch mechanische Vorrichtungen weniger intensiven Eingriffs in die Grundrechte der betroffenen Patientin oder des betroffenen

Patienten ausreichend, die unverzügliche Unterrichtung der Aufsichtsbehörde zu verlangen. Die Aufsichtsbehörde ist dadurch jederzeit in der Lage, die Anordnung zu überprüfen und zu kontrollieren und gegebenenfalls die Beendigung der Sicherungsmaßnahme – auch gegen den Willen der zuständigen ärztlichen Leitung der Maßregelvollzugseinrichtung – anzuordnen.

Der Richtervorbehalt betrifft lediglich solche Fixierungen, die nicht nur kurzfristig sind. Bei einer nicht nur kurzfristigen Fixierung handelt es sich um eine über die richterlich bereits angeordnete Freiheitsentziehung hinausgehende eigenständige Freiheitsentziehung, die den Richtervorbehalt des Artikel 104 Absatz 2 Satz 1 GG abermals auslöst. Die Anordnung ist daher eine Maßnahme des Gerichts und keine vollzugliche Maßnahme.

Satz 3 definiert die Begrifflichkeit „längerer Zeitraum“, die für die Unterbringung im Kriseninterventionsraum und die bewegungsfreiheitseinschränkende Maßnahmen zu beachten ist.

In Satz 4 wird definiert, wann eine Fixierung nicht nur „kurzfristig“ ist. Die gesetzliche Bestimmung entspricht den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts, wonach von einer kurzfristigen Maßnahme in der Regel auszugehen ist, wenn sie absehbar die Dauer von einer halben Stunde unterschreitet (BVerfG a.a.O., Rn. 67).

Zu Absatz 4

Nach Absatz 4 wird der Antrag auf gerichtliche Genehmigung der Anordnung einer freiheitsentziehenden Sicherungsmaßnahme von der nach § 35 Absatz 4 Satz 1 zuständigen Person gestellt.

Zudem sieht Absatz 4 vor, dass die Anordnung einer Fixierung ohne vorherige gerichtliche Entscheidung nur bei Gefahr im Verzug zulässig ist und die gerichtliche Genehmigung unverzüglich nachzuholen ist. Unverzüglich bedeutet hiernach, dass „die richterliche Entscheidung ohne jede Verzögerung, die sich nicht aus sachlichen Gründen rechtfertigen lässt, nachgeholt werden muss“ (BVerfG a.a.O., Rn. 99 f.).

Im Übrigen wird auf die Begründung zu § 36 Absatz 3 verwiesen.

Zu Absatz 5

In Absatz 5 werden die Betreuungs- und Überwachungsmaßnahmen während der besonders gravierenden Grundrechtseingriffe der Aufhebung der Bewegungsfreiheit sowie der Einschränkung der Bewegungsfreiheit und der Unterbringung in einem besonders gesicherten Raum normiert.

Nach Absatz 5 Satz 1 gilt für die Unterbringung in einem besonders gesicherten Raum ohne gefährliche Gegenstände (§ 35 Absatz 2 Nummer 6) und für sonstige Maßnahmen, die teilweise die Bewegungsfreiheit durch mechanische Vorrichtungen einschränken (§ 35 Absatz 2 Nummer 8) zusätzlich die Gewährleistung des erforderlichen Maßes an ärztlicher Kontrolle der Maßnahmen. Bislang war nach § 38 Absatz 6 Satz 4 SächsPsychKG die ärztliche Überwachung zu gewährleisten. Mit dieser veränderten Regelung wird eine individuellere und auf jeden Einzelfall zugeschnittene ärztliche Kontrolle möglich. Die Ärztin oder der Arzt können selbst die Erforderlichkeit des Kontrollumfangs und die hierfür eingesetzten Mittel festlegen. Die Begrifflichkeit „Überwachung“ hat diesen ärztlichen Gestaltungsspielraum nicht ermöglicht.

Nach der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 24. Juli 2018 (a. a. O.) ist während der Durchführung der Maßnahme jedenfalls bei einer 5-Punkt- oder 7-Punkt-Fixierung in der Unterbringung aufgrund der Schwere des Eingriffs und der damit verbundenen Gesundheitsgefahren grundsätzlich eine Eins-zu-eins-Betreuung durch therapeutisches oder pflegerisches Personal zu gewährleisten.

In Satz 2 wird die Formulierung der unmittelbaren, persönlichen und in der Regel ständigen Begleitung zugunsten der durch das Bundesverfassungsgericht und auch in Fachkreisen

verwendeten, gleichbedeutenden Formulierung der Eins-zu-eins-Betreuung weiterhin verwendet.

Unter einer Eins-zu-eins-Betreuung ist eine aktive Begleitung und Betreuung von Patientinnen und Patienten in akuten Krisensituationen bei einer bestehenden akuten Gefahr der Schädigung der eigenen Person oder Dritter zu verstehen, welche über die allgemein üblichen therapeutischen und pflegerischen Kontakte und Maßnahmen hinausgeht. Das Ziel dieser Maßnahmen ist zum einen die Herstellung von Sicherheit für die Betroffenen und zum anderen der Aufbau einer Beziehung zur Unterstützung bei der Überwindung der Krise (S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ der DGPPN vom 10. September 2018 S. 91). Intensive Betreuungsmaßnahmen können daher nur von qualifizierten Mitarbeitenden - also therapeutischen oder pflegerischem Personal - durchgeführt werden (BVerfG a. a. O. RndNr. 83). Die bisherige Regelung in § 38 Absatz 6 Satz 3 SächsPsychKG, wonach eine Eins-zu-eins-Betreuung durch therapeutisches oder pflegerisches Personal zu erfolgen hat, bleibt unverändert.

Satz 2 und 3 berücksichtigen den Umstand, dass die Sicherungsmaßnahme der Fixierung sich in einem Spannungsfeld zwischen Sicherheit und Therapie bewegt und für die betroffene Patientin oder den betroffenen Patienten eben auch einen Eingriff in die Privatsphäre und eine Einschränkung ihrer persönlichen Freiheit bedeuten kann (S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ der DGPPN vom 10. September 2018 S. 91). Deshalb ist es wichtig, dass die Fixierung in der Anordnungs- und Durchführungspraxis auf die individuelle Situation zugeschnitten werden kann. Wie bislang in § 38 Absatz 6 Satz 3 SächsPsychKG soll dem durch das Tatbestandsmerkmal „grundsätzlich“ in Satz 2 Rechnung getragen werden.

Als Mittel der weniger intensiven Betreuung als der Eins-zu-eins-Betreuung kommt eine Überwachungsmaßnahme in Betracht, durch die ein ständiger Sicht- und Sprechkontakt außerhalb des Fixierungsraums zur fixierten Patientin oder zum fixierten Patienten gewährleistet ist. Die Betreuungsperson muss durch diese digitale Übertragung der Fixiersituation in der Lage sein, die fixierte Person optisch und akustisch wahrzunehmen – in identischer Weise mit der Eins-zu-eins-Betreuung im Fixierungsraum. Die Anordnung dieser anderen Form der Betreuung als der Eins-zu-eins-Betreuung ist durch die Ärztin oder den Arzt im Einzelfall sorgfältig abzuwägen. Neben dem Selbstbestimmungsrecht und der Menschenwürde der Patientin oder des Patienten sind hierbei – aufgrund Fürsorgeverpflichtung der Maßregelvollzugseinrichtung – insbesondere die Schwere des Eingriffs und die mit der Fixierung verbundenen Gesundheitsgefahren zu beachten.

Für die Wahl der weniger intensiven Betreuung als der Eins-zu-eins-Betreuung kommen die unter Nummer 1 oder 2 genannten Gründe in Betracht:

Zu Nummer 1

Die fixierte Patientin oder der fixierte Patient lehnt eine derart intensive Form der Betreuung ab und wünscht ausdrücklich eine Überwachung mittels ständigem Sicht- und Sprechkontakt zur Betreuungsperson und dieser Wunsch ist aus medizinischer Sicht vertretbar. Mit dem Erfordernis der medizinischen Vertretbarkeit wird sichergestellt, dass die Entscheidung über die Betreuung in Fixierungssituationen nicht gänzlich der Patientin oder dem Patienten überlassen wird, sondern stets auch von fachlich entsprechend qualifiziertem Personal unter Berücksichtigung des medizinischen Aspekts getroffen wird.

Zu Nummer 2

Auch eine ärztliche, therapeutische oder pflegerische Einschätzung kann Grundlage für die weniger intensive Betreuung sein. Das Personal aus diesen Behandlungs- und Therapiebereichen kennt die betroffene Patientin oder den betreffenden Patienten in der Regel sehr gut und kann deshalb einschätzen, ob eine Fixierung durch Abweichen von der Eins-zu-

eins-Betreuung schneller beendet werden kann; beispielsweise, da sich dadurch die Aggression gegenüber dem Betreuungspersonal verringert oder der Erregungspegel der Patientin oder des Patienten insgesamt schneller abflacht.

Zu Absatz 6

Absatz 6 entspricht inhaltlich der Regelung des § 36 Absatz 5. Auf die dortige Begründung wird vollumfänglich verwiesen.

Zu § 72 (Videoüberwachung)

Im Rahmen der Novellierung des SächsPsychKG wurde mit § 72 eine Neuregelung zur Videoüberwachung im Maßregelvollzug eingeführt. Diese schafft die dringend notwendige Ermächtigungsgrundlage zum Einsatz von optisch-elektronischen Einrichtungen (Videoüberwachung) und legt gleichzeitig die Voraussetzungen und die Grenzen der Videoüberwachung fest. Soweit die Regelungen des § 72 für den Bereich des Maßregelvollzugs inhaltlich mit der Vorschrift des § 38 für den Bereich der öffentlich-rechtlichen Unterbringung übereinstimmen, wird auf die dazugehörige Begründung verwiesen. In § 38 Absatz 1 Satz 1 findet sich zudem die Legaldefinition des verwendeten Begriffs „Videoüberwachung“.

Zu Absatz 1

Absatz 1 stimmt im Wesentlichen mit der Vorschrift des § 38 Absatz 1 überein, sodass auf die dazugehörige Begründung ausdrücklich verwiesen wird.

Zu Absatz 2

Gemäß Absatz 2 dürfen verschiedene Bereiche der Maßregelvollzugseinrichtung mit offen angebrachter Videoüberwachung beobachtet werden, soweit es zur Abwehr von erheblichen Gefahren für die Sicherheit oder Ordnung der Einrichtung oder zur Gewährleistung der Sicherung der Patientinnen und Patienten erforderlich ist. Die Feststellung solcher Bereiche hat – wie im Falle der öffentlich-rechtlichen Unterbringung – im Rahmen einer sorgfältigen Fallprüfung zu erfolgen, in die die Grundsätze der Verhältnismäßigkeit einzubeziehen sind. Absatz 2 eröffnet die Befugnis zur Überwachung der in den Nummern 1 und 2 benannten Bereiche. Dennoch ist für diese Bereiche die Überwachung nur im Falle des Bestehens erheblicher Gefahren, deren Abwehr es gilt, zulässig. Es bedarf daher stets dieser konkreten Feststellung, denn nur im Falle der Betroffenheit der in Nummer 1 und 2 benannten Bereiche und des gleichzeitig bestehenden Abwehrbedarfs erheblicher Gefahren für die Sicherheit oder Ordnung oder der Gewährleistung der Sicherheit der Patientinnen und Patienten ist die Überwachung zulässig. Das Vorliegen einer abstrakten Gefahr ist insoweit ausreichend.

Zur Gewährleistung der Sicherung der Patientinnen und Patienten ist die Videoüberwachung u. a. auf dem Gelände, in gemeinschaftlich genutzten Räumen und in Flur-, Hof- und Gartenbereichen zum Beispiel dann möglich, wenn die Gefahr der Begehung von Straftaten (Körperverletzungen, Sexualdelikte o. Ä.) oder Ordnungswidrigkeiten untereinander bzw. miteinander besteht. Diese sollen mittels Videoüberwachung verfolgt und bestenfalls sogar verhindert werden. Auch soll Videoüberwachung nach Absatz 2 dazu dienen, gesundheitliche Probleme (z. B. epileptische Anfälle) von Patientinnen und Patienten umgehend über die Videoüberwachung wahrnehmen und entsprechend reagieren zu können.

Im Übrigen wird auf die Begründung zu § 38 Absatz 2 verwiesen.

Zu Absatz 3

Absatz 3 setzt eine konkrete erhebliche Gefährdungslage für die von der Videoüberwachung betroffene Patientin oder den betroffenen Patienten voraus, da es sich um einen wesentlich stärkeren Grundrechtseingriff für die Patientin oder den Patienten in Artikel 2 GG handelt. Auf die Begründung des § 38 Absatz 3 wird Bezug genommen.

Zu Nummer 1

Die von Nummer 1 erfassten Räume entsprechen den in § 38 Absatz 3 Nummer 1 benannten Räumen. Auch im Maßregelvollzug ist die Überwachung von Patientenzimmern unzulässig.

Zu Nummer 2

Wie § 38 Absatz 3 Nummer 2 sieht auch Nummer 2 die persönliche ärztliche Untersuchung der Patientin oder des Patienten vor der Anordnung der Videoüberwachung, eine patientengerechte Aufklärung über die verfügbaren und angezeigten Möglichkeiten der Beobachtung sowie deren Auswirkungen auf den Behandlungsverlauf vor. Hierzu gehören die verständliche Darstellung der zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der Beobachtung als auch das Aufzeigen von deren Vor- und Nachteilen für die Patientin oder den Patienten.

Zu Nummer 3

Nummer 3 macht den Einsatz der Videoüberwachung von der Zustimmung der Patientin oder des Patienten oder einer Veranlassung nach fachlicher Abwägung zwischen Videoüberwachung und einer persönlichen Betreuung abhängig.

Die Zustimmung kann sowohl durch ausdrückliche Erklärung vor Beginn der Videoüberwachung erfolgen als auch im Rahmen einer früheren wirksamen Erklärung der Patientin oder des Patienten; so beispielsweise in einer Patientenverfügung. Lehnt die Patientin oder der Patient die Videoüberwachung ab oder ergibt sich die Ablehnung aus einer früheren wirksamen Erklärung, so ist die Videoüberwachung zulässig, wenn medizinische oder therapeutische Gründe für eine Videoüberwachung und somit gegen eine persönliche Betreuung sprechen. Die fachliche Entscheidung hierüber erfolgt ausschließlich im Rahmen sorgfältiger Prüfung im Einzelfall unter besonderer Berücksichtigung medizinischer oder therapeutischer Gründe. Hier spielen auch die unterschiedlichen Bedürfnisse der Patientin oder des Patienten eine Rolle. So kann der Einsatz von Videotechnik im Vergleich zu einer persönlichen Betreuung die geeignetere Maßnahme zur Abwendung einer erheblichen Eigen- oder Fremdgefährdung sein. In Betracht kommen Sachverhalte, bei denen sich die Patientin oder der Patient in einem hohen Erregungszustand befindet und alternativ nur die Möglichkeit einer Fixierung unter einer Eins-zu-eins-Betreuung besteht oder bei denen wegen der Persönlichkeit der Patientin oder des Patienten und gleich gelagerten Situationen in der Vergangenheit eine Abschirmung unter Eliminierung jeglicher Außenreize geeignet war, eine gefahrbezügliche Situation erheblich schneller zu beenden. Dadurch wird auch dem Distanzbedürfnis von Patientinnen oder Patienten Rechnung getragen. Die Videoüberwachung kann in Einzelfällen die Maßnahme mit der geringsten Eingriffsqualität sein und somit auch gegen den Willen der Patientin oder des Patienten zum Einsatz kommen.

Zu Absatz 4

Absatz 4 entspricht inhaltlich im Wesentlichen der Regelung in § 38 Absatz 6. Es handelt sich um eine Verfahrensvorschrift zur Videoüberwachung, die dem Persönlichkeitsschutz der Patientin oder des Patienten dient. Auf die Begründung von § 38 Absatz 6 wird Bezug genommen.

Zu Nummer 1

Nummer 1 legt fest, dass nur zur Videoüberwachung berechtigte Personen die Monitore zur Beobachtung einsehen dürfen.

Zu Nummer 2

Nummer 2 stellt sicher, dass die Intimsphäre der Patientinnen und Patienten als Kernbereich absolut geschützter privater Lebensgestaltung in jedem Fall gewahrt wird. Die Ausgestaltung der Videoüberwachung hat deshalb nach strenger Überprüfung zu erfolgen. Der Sanitärbereich ist ein besonders intimer Bereich für die Patientin oder den Patienten, weshalb er durch Verpixelung oder dem kompletten Aussparen von der Videoüberwachung auszunehmen ist. Denkbar ist auch eine verpixelte Darstellung der Geschlechtsteile der Patientin oder des Patienten.

Zu Nummer 3

Die Aufzeichnung und Speicherung der Videoaufnahme ist nur bis zum Abschluss der Beobachtungssituation zulässig. Während der Beobachtungszeit eingetretene Vorfälle oder besondere Verhaltensweisen und Reaktionen der Patientin oder des Patienten können zeitgenau dokumentiert werden. Die während der Beobachtung gewonnenen Erkenntnisse gehen trotz der fehlenden Aufzeichnungs- und Speichermöglichkeiten nicht verloren. Dies ist zweckgemäß, zumal im Falle einer direkten Beobachtung der Patientin oder des Patienten nach deren Beendigung auch keine digitalen Aufzeichnungen vorliegen, sondern nur die Notizen und Vermerke der beobachtenden Person.

Darüber hinaus gilt für die Datenlöschung und Speicherung allgemein die Regelung des § 35 Absatz 1 Satz 2 bis 4 SächsJVollzDSG in der jeweiligen Fassung. Derzeit lauten diese:

„Die Daten sind spätestens nach 72 Stunden zu löschen. Eine Speicherung darüber hinaus ist nur zulässig, soweit und solange dies zur Verfolgung einer Straftat erforderlich ist. Sie sind unverzüglich zu löschen, soweit schutzwürdige Belange der Betroffenen einer weiteren Speicherung entgegenstehen.“

Zu § 73 (Disziplinarmaßnahmen)

Diese Vorschrift wurde neu ins SächsPsychKHG aufgenommen. Das Bundesverfassungsgericht hatte in einer Entscheidung vom 12.11.2007 (Az. 2 BvR 9/06) deutlich gemacht, dass auch im Maßregelvollzug Disziplinarmaßnahmen angeordnet werden können, sofern für derartige Eingriffe Anlass, Zweck und Grenzen in der Ermächtigung präzise, bereichsspezifisch und normenklar festgelegt werden. Mit § 73 wurde eine solche gesetzliche Ermächtigungsgrundlage für die Anordnung von Disziplinarmaßnahmen in Maßregelvollzugseinrichtungen geschaffen. Zur Gewährleistung der Sicherheit oder eines geordneten Zusammenlebens in den Maßregelvollzugseinrichtungen kann auf eine grundsätzliche Anordnungsbefugnis nicht verzichtet werden. Ausschließlich zur Gewährleistung und Erreichung dieser beiden Zwecke dürfen Disziplinarmaßnahmen verhängt werden. Deshalb sind sie strikt von Sicherungs- und ärztlichen Zwangsmaßnahmen zu unterscheiden.

Zu Absatz 1

Absatz 1 benennt abschließend die Tatbestände, bei deren Verwirklichung die Anordnung von Disziplinarmaßnahmen in Betracht kommen. Entscheidend dabei ist, dass die Patientin oder der Patient eine der enumerativ genannten Pflichtverstöße schuldhaft begeht. Da es sich bei Disziplinarmaßnahmen um strafähnliche Sanktionen handelt, gilt stets das Schuldprinzip (vgl. BVerfG vom 06.11.2007, Az. 2 BvR 1136/07). Absatz 1 setzt daher stets eine schuldhaft und darüber hinaus sogar eine rechtswidrige Begehungsweise der Patientin oder des Patienten voraus. Kann eine schuldhafte Begehungsweise nicht zweifelsfrei festgestellt werden, darf eine Disziplinarmaßnahme nicht angeordnet werden. Eine Anwendung von Disziplinarmaßnahmen bei schuldlos Handelnden scheidet daher von vornherein aus. Entscheidender Zeitpunkt für die Beurteilung der Schuldfähigkeit ist der Zeitpunkt der Begehung der Pflichtwidrigkeit.

Zu Absatz 1

Zu Nummer 1

Der Gesetzesverstoß oder die Begehung einer Ordnungswidrigkeit muss eine Störung des geordneten Zusammenlebens bewirken. Entfallen diese beiden Pflichtverstöße lediglich Wirkungen nach außen, d.h. außerhalb der Maßregelvollzugseinrichtung, kommt die Verhängung einer Disziplinarmaßnahme nicht in Betracht.

Zu Nummer 2

Fremd ist eine Sache, wenn sie nicht im Alleineigentum der Patientin oder des Patienten steht. Es kann sich um Einrichtungsgegenstände der Maßregelvollzugseinrichtung handeln oder um Eigentum anderer Patientinnen und Patienten sowie Beschäftigten der Einrichtung oder deren Besuchern.

Zu Nummer 3

Der tätliche oder verbale Angriff richtet sich gegen eine andere Person; das können Patientinnen oder Patienten, die in der Einrichtung Beschäftigten oder auch Besucherinnen und Besucher sein. Ein Pflichtverstoß in Form eines verbalen Angriffs (Verletzung mit Worten oder Gesten) liegt nur dann vor, wenn die Schwelle der Toleranz, die im Stationsalltag in den Maßregelvollzugseinrichtungen höher liegt als außerhalb der Mauern, überschritten ist. Nicht jede abfällige Bemerkung ist als verbaler Angriff zu werten.

Zu Nummer 4

Bei den verbotenen Gegenständen handelt es sich insbesondere um Waffen, verfassungsfeindlicher Gegenstände, Drogen und Betäubungsmittel sowie alle Gegenstände, deren Besitz der Patientin oder dem Patienten von der ärztlichen Leitung der Maßregelvollzugseinrichtung untersagt worden sind.

Zu Nummer 5

Als Entweichung wird das Ausbrechen aus der Maßregelvollzugseinrichtung verstanden. Aufgrund der sehr hohen baulichen und technischen Sicherheitsstandards kommen Ausbrüche sehr selten vor. Als Entweichung gilt aber auch, wenn eine Patientin oder ein Patient unerlaubt fernbleibt - etwa aus einem als Lockerung gewährten Ausgang verspätet zurückkommt, ohne dies rechtzeitig (vor Ablauf der Ausgangsgewährungszeit) mitzuteilen und auch nicht erreichbar ist. Im Gegensatz zu den anderen benannten Pflichtverstößen kann bereits der Versuch der Entweichung aus der Einrichtung disziplinarisch geahndet werden.

Zu Nummer 6

Gemäß § 83 Absatz 4 kann eine Vollzugslockerungsmaßnahme mit Auflagen und Weisungen verbunden werden. Dabei handelt es sich oftmals um Verbote, bestimmte Orte aufzusuchen, bestimmte Personen zu treffen oder auch alkoholische Getränke und Betäubungsmittel zu konsumieren. Auch die Vorgabe, zu einer festgelegten Uhrzeit wieder in der Einrichtung zurück zu sein, ist eine Weisung. Es kann disziplinarische Folgen haben, wenn gegen diese Auflagen oder Weisungen verstoßen wird.

Zu Nummer 7

Patientinnen und Patienten können Aufgaben in verschiedenen Bereichen übertragen werden; so im Rahmen der Ergo- oder Arbeitstherapie oder des Stationsalltags (z.B. Säuberung des eigenen Patientenzimmers, Reinigung des selbst benutzten Geschirrs). Werden diese Aufgaben nicht oder nicht vollständig erledigt, kann das zur Anordnung von Disziplinarmaßnahmen führen.

Zu Nummer 8

Die Vorschrift sanktioniert den Besitz oder den Konsum von Betäubungsmitteln oder anderen berauschenden Substanzen, zu denen auch Alkohol gehört.

Zu Nummer 9

Die Anordnung einer Disziplinarmaßnahme wegen des Pflichtenverstoßes gemäß Nummer 9 setzt die Kenntnisnahme der Hausordnung und das Verstehen der darin aufgestellten Regeln (Verbote und Gebote) durch die Patientin oder des Patienten voraus. Nur wiederholte oder schwerwiegende Verstöße können eine Disziplinarmaßnahme nach sich ziehen. Die Patientin oder der Patient muss daher die Grenze des noch zumutbaren und tolerierbaren Fehlverhaltens überschritten haben. Welche Anzahl an Wiederholungen erforderlich ist, wird vom Gesetzgeber bewusst nicht vorgegeben, weil es stets auf eine Einzelfallbetrachtung und die Persönlichkeit der Patientin oder des Patienten ankommt. Auch muss es sich nicht bei den Wiederholungen um die gleichen bzw. gleichartigen Regelverstöße handeln.

Zu Nummer 10

Nummer 10 ist als Auffangtatbestand zu verstehen. Stört eine Patientin oder ein Patient die Sicherheit oder Ordnung und damit das geordnete Zusammenleben in der Einrichtung, muss diese Handlung oder auch Unterlassung nicht zwingend als Pflichtverstoß gemäß den Nummer 1 bis 9 qualifizierbar sein. Bei den vorgenannten Pflichtverstößen besteht bereits die Vermutung, dass diese die Sicherheit oder Ordnung oder das geordneten Zusammenlebens in den Maßregelvollzugseinrichtungen stören und deshalb disziplinarisch gehandelt werden können.

Zu Absatz 2

Absatz 2 zählt – ebenfalls abschließend – die zulässigen Disziplinarmaßnahmen auf. Die Aufzählung enthält keine Rangfolge, allerdings sind das erzieherische Auseinandersetzen mit dem Sachverhalt und die Erteilung von Weisungen und Auflagen Disziplinarmaßnahmen mit geringem Sanktionscharakter. Um die therapeutische Zielsetzung der Unterbringung in besonderem Maße zu berücksichtigen, wurden Art und Umfang der zulässigen Disziplinarmaßnahmen deutlich weniger einschneidend ausgestaltet als im Strafvollzug. Zudem berücksichtigt der Gesetzgeber, dass Disziplinarmaßnahmen auch in Einrichtungen des Maßregelvollzugs, in denen Jugendliche und Heranwachsende untergebracht sind, angeordnet werden können. Die für diese Patientengruppen bestehende Besonderheit, in allen Bereichen des Maßregelvollzugs den Erziehungsgedanken mit zu berücksichtigen, werden einzelne Disziplinarmaßnahmen gerecht, die als Erziehung bei Verstößen gegen die Regeln des Lebens in der Maßregelvollzugseinrichtung und deren Ordnung zu verstehen sind. Nach Abschluss einer Disziplinarmaßnahme kann diese, sofern der Pflichtverstoß weiterhin andauert oder wiederholt begangen wird, erneut angeordnet werden.

Zu Nummer 1

Eine erzieherische Auseinandersetzung mit dem Sachverhalt, aufgrund dessen eine Disziplinarmaßnahme verhängt werden kann, erfolgt in unterschiedlicher Art und Weise. Bei leichteren Verstößen ist das eine Möglichkeit, eine bessere Normakzeptanz, besonders bei jungen Patientinnen und Patienten zu erreichen als pädagogische Maßnahme. Handelt es sich um einen Jugendlichen oder Heranwachsenden, kommt beispielsweise eine entwicklungsfördernde Kommunikation in Betracht. Die Einbindung anderer Patientinnen, Patienten oder therapeutischen Personals in Gespräche (sog. Gruppengespräche) ist ebenso denkbar wie das Führen von Einzelgesprächen. Bestehende erzieherische Defizite bei Patientinnen und Patienten sind zu berücksichtigen.

Zu Nummer 2

Nummer 2 sieht die Erteilung von Auflagen und Weisungen vor. Eine erteilte Auflage verpflichtet den Patienten oder die Patienten zu einer Leistung. Hierbei kann es sich um die Teilnahme an einem Gespräch mit einer geschädigten Mitpatientin oder einem geschädigten Mitpatienten handeln oder die Erklärung einer Entschuldigung. Mit einer Weisung werden Handlungsanweisungen erteilt. Sind von dieser Disziplinarmaßnahme jugendliche oder heranwachsende Patientinnen oder Patienten betroffen, haben pädagogische Gesichtspunkte in die Auswahl der Auflage oder der Weisung einzufließen.

Zu Nummer 3

Mittels der Maßnahme nach Absatz 3 wird der betroffenen Patientin oder dem betroffenen Patienten der Aufenthalt in Gemeinschaftsräumen beschränkt oder untersagt oder auch die Teilnahme an Freizeitveranstaltungen untersagt. Diese Maßnahmen können längsten für die Dauer einer Woche angeordnet werden.

Zu Nummer 4

Durch den Verweis wird ein bestimmtes rechtswidriges und schuldhaftes Verhalten der Patientin oder des Patienten getadelt. Der Verweis zieht für die betroffene Patientin oder den betroffenen Patienten keine negativen Folgen nach sich. Allerdings kann mittels Hinweis

auf einen bereits ergangenen Verweis im Wiederholungsfall eine schwerwiegendere Disziplinarmaßnahme verhängt werden. Er ist deshalb als „Vorwarnung“ zu verstehen.

Zu Nummer 5

Die Beschränkung des Aufenthaltes im Freien nach Nummer 5 kommt ausschließlich unter Beachtung von § 51 Absatz 3 in Betracht. Deshalb ist eine zeitliche Beschränkung nur soweit zulässig, wie der Patientin oder dem Patienten der Mindestaufenthalt von einer Stunde täglich im Freien gewährleistet wird. Andere Beschränkungen des Aufenthaltes im Freien, wie beispielsweise die Untersagung, Speisen und Getränke während des Aufenthaltes im Freien bei sich zu haben, kommen ebenso in Betracht, auch während der Mindestaufenthaltsdauer.

Zu Nummer 6

Mit Nummer 6 kann die grundsätzlich freie Verfügungsberechtigung der Patientin oder des Patienten über die im Rahmen der finanziellen Leistungen nach §§ 65 und 66 zugewendeten Geldbeträge beschränkt werden. Insbesondere die Beschränkung der aufgrund eigener Leistung der Patientin oder des Patienten erhaltenen Bezüge nach § 66 wird als besonders empfindlich empfunden. Zudem hängt die Wirkung dieser Disziplinarmaßnahme stark von den persönlichen Bedürfnissen oder gar Süchten der betroffenen Patientin oder des betroffenen Patienten ab.

Zu Nummer 7

Nach Nummer 7 ist die Beschränkung oder der Entzug des Hörfunk- und Fernsehempfangs bezogen auf das Zimmer der Patientin oder des Patienten möglich. Die zeitliche Höchstgrenze beträgt eine Woche.

Für die betroffene Patientin oder den betroffenen Patienten bedeutet diese Disziplinarmaßnahme den zeitlich begrenzten Ausschluss von der audiovisuellen Informationsgewinnung mittels eigener Hörfunk- oder Fernsehempfangsgeräte. Das Grundrecht der Patientin oder des Patienten auf persönliche Informationsfreiheit gemäß Artikel 5 Absatz 1 Satz 1 GG wird trotz der Begrenzung auf das Patientenzimmer zwar eingeschränkt; mit der nach wie vor bestehenden Möglichkeit des Hörfunk- oder Fernsehempfangs in Gemeinschaftsräumen (z.B. in Fernsehzimmern) ist die Informationsgewinnung aus öffentlichen Quellen dennoch gewährleistet.

Zu Nummer 8

Im Rahmen einer Disziplinarmaßnahme besteht die Möglichkeit, Gegenstände für die Freizeitgestaltung zu beschränken oder zu entziehen. Die maximale Dauer einer solchen Anordnung ist auf eine Woche festgelegt. Die Grenze findet diese Maßnahme dort, wo eine sinnvolle Freizeitgestaltung der Patientin oder des Patienten gänzlich durch die Beschränkung oder den Entzug überhaupt unmöglich gemacht wird. Auch sollte das Vollzugsziel bei der Auswahl und der Eingrenzung der entziehbaren Gegenstände nicht außer Acht gelassen werden.

Zu Nummer 9

Nummer 9 umfasst die Beschränkung oder den Ausschluss von gemeinsamen Freizeitveranstaltungen. Dabei kann es sich um bestimmte oder auch allen gemeinschaftlichen Unternehmungen handeln. Hierunter fällt auch die Beschränkung oder der Ausschluss von der Teilnahme an gemeinsamen Hofgängen mit anderen Patientinnen oder Patienten. Der alleinige Hofgang darf nach § 51 Absatz 3 nicht untersagt werden. Der zeitliche Höchstumfang für die „Freizeitsperre“ beträgt eine Woche.

Zu Nummer 10

Eine einschneidende Disziplinarmaßnahme ist der Entzug zugewiesener Arbeit oder Beschäftigung, der mit dem Wegfall der hierfür vorgesehenen Bezüge verbunden ist. Die betroffene Patientin oder der betroffene Patient darf im Verlauf dieser Maßnahme die ihm zugewiesene Beschäftigung oder Arbeit nicht ausüben. Ausgenommen hiervon sind freie

Arbeits-, Beschäftigungs- oder Ausbildungsverhältnisse, weil für die Patientin oder den Patienten mit dieser Disziplinarmaßnahme nicht in die Gefahr des Verlustes des Arbeits- oder Ausbildungsplatzes außerhalb der Maßregelvollzugseinrichtung bestehen soll. Ein in Absatz 1 benanntes Fehlverhalten darf niemals durch die Anordnung einer Disziplinarmaßnahme zum Verlust des Arbeits- oder Ausbildungsplatzes außerhalb der Maßregelvollzugseinrichtung führen. Dadurch wird die Wichtigkeit von Ausbildung und Arbeit für die Ermöglichung der Eingliederung nach der Entlassung aus dem Maßregelvollzug hervorgehoben.

Die Anordnungsdauer ist auf höchstens einen Monat begrenzt.

Zu Absatz 3

Absatz 3 ist eine Folge des auch bei Disziplinarmaßnahmen geltenden Verhältnismäßigkeitsprinzips. Anzuordnende Disziplinarmaßnahmen müssen stets schuldangemessen und auch verhältnismäßig sein (BVerfG, Beschluss der 2. Kammer des Zweiten Senats vom 6. November 2007 - 2 BvR 1136/07 - Rn. 31). Sofern daher mildere Mittel zur Ahndung einer der in Absatz 1 genannten Pflichtverstöße – hier konkret eine Verwarnung – zur Verfügung stehen, sind diese Mittel vorrangig zu wählen. Bei der Verwarnung handelt es sich um eine ausdrückliche Zurechtweisung. Damit soll auch klargestellt werden, dass Pflichtverstöße mit Bagatelldarakter keine Disziplinarmaßnahme rechtfertigen. Zudem haben Disziplinarmaßnahmen, insbesondere im Maßregelvollzug, subsidiären Charakter gegenüber Behandlungsmaßnahmen.

Zu Absatz 4

Angeordnet werden Disziplinarmaßnahmen ausschließlich von der ärztlichen Leitung der Maßregelvollzugseinrichtung, wodurch sichergestellt werden soll, dass eine umfassende und tiefgreifende Prüfung des Sachverhalts, insbesondere der Schuldfähigkeit bzw. des schuldhaften Handelns der Patientin oder des Patienten, stattfindet und die sodann in der konkreten Situation verhältnismäßigen und schuldangemessenen Maßnahmen verhängt werden.

Zu Absatz 5

Absatz 5 stellt klar, dass im Einzelfall auch mehrere Disziplinarmaßnahmen für einen Pflichtverstoß nebeneinander verhängt und miteinander verbunden werden können. Zudem können Disziplinarmaßnahmen wegen eines Pflichtverstoßes unabhängig von der Einleitung eines Straf- oder Bußgeldverfahrens wegen desselben Verstoßes verhängt werden, da die Disziplinarmaßnahme aufgrund des schnelleren Verfahrens regelmäßig einige Zeit vor dem Abschluss eines Straf- oder Bußgeldverfahrens angeordnet wird und somit eine kurzfristige Reaktion auf das Fehlverhalten der Patientin oder des Patienten zulässt. Es bleibt dann dem Gericht überlassen, die Anordnung der Disziplinarmaßnahme bei der Strafzumessung angemessen zu berücksichtigen. Die Möglichkeit der Anordnung von Disziplinarmaßnahmen sichert eine zeitnahe und im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Pflichtverstoß stehende Ahndung, die für die Sicherung und Gewährleistung eines geordneten Zusammenlebens in der Einrichtung unerlässlich ist.

Zu Absatz 6

Absatz 6 regelt die Einbeziehung der Patientin oder des Patienten bei der Entscheidung über die Verhängung von Disziplinarmaßnahmen und räumt der Patientin oder dem Patienten ein Äußerungsrecht (keine Pflicht!) ein. Der Entscheidung zur Anordnung von Disziplinarmaßnahmen geht daher immer eine Sachverhaltsaufklärung voraus. Satz 2 regelt eine Verpflichtung zur Aufklärung der Patientin oder des Patienten dahingehend, dass es ihr oder ihm freisteht, sich zum Geschehen zu äußern. Die Hinzuziehung einer Vertrauensperson oder eines Beistandes steht der Patientin oder dem Patienten frei. Dieses Recht umfasst auch die Hinzuziehung eines Bevollmächtigten, wodurch bereits vor Anordnung einer Disziplinarmaßnahme die Möglichkeit zur Einholung eines rechtlichen

Rats gegeben ist. Darüber hinaus bestimmt Satz 5, dass Disziplinarmaßnahmen aus Transparenzgründen und zur Überprüfung stets zu begründen und zu dokumentieren sind.

Zu § 74 (Durchsuchung)

Auch insoweit gelten für die öffentlich-rechtliche Unterbringung und den Maßregelvollzug keine unterschiedlichen Maßstäbe. § 37 gilt für den Maßregelvollzug entsprechend. Auf die Begründung dieser Vorschrift wird Bezug genommen.

Zu § 75 (Erkennungsdienstliche Maßnahmen)

Der Regelungsinhalt des § 75 entspricht im Wesentlichen der Regelung in § 39a Sächs-PsychKG und bestimmt die Zulässigkeit erkennungsdienstlicher Maßnahmen.

Zu Absatz 1

Absatz 1 Satz 1 enthält eine Erweiterung der Zweckrichtung. Neben der Sicherung des Vollzugs sind erkennungsdienstliche Maßnahmen auch zulässig zur Aufrechterhaltung des geordneten Zusammenlebens in der Maßregelvollzugseinrichtung. Beides gehört zu vollzuglichen Zwecken. Mit der erkennungsdienstlichen Behandlung der Patientinnen und Patienten durch die Maßregelvollzugseinrichtung sollen vor allem diejenigen Unterlagen eines Patienten oder einer Patientin vorsorglich angefertigt und bereitgehalten werden, die im Falle einer Entweichung einer untergebrachten Person für die Fahndung benötigt werden. Darüber hinaus soll die neu hinzugefügte Formulierung „zur Aufrechterhaltung des geordneten Zusammenlebens“ auch Sachverhalte erfassen, die nicht unter die Begrifflichkeit der „Sicherheit des Vollzugs“ gefasst werden können aber dennoch einen vollzuglichen Zweck erfüllen, so beispielsweise die Aufklärung schwerere Straftaten innerhalb der Einrichtung und damit der Gewährleistung der Sicherheit der Patientinnen und Patienten innerhalb der Maßregelvollzugseinrichtung.

Des Weiteren ist die Kenntnis der Patientin oder des Patienten durch die Neuregelung stets zur Voraussetzung zulässiger erkennungsdienstlicher Maßnahmen geworden, während die Kenntnis in der früheren Fassung allein bei der Aufnahme von Lichtbildern erforderlich war. Durch diese Erweiterung auf alle genannten erkennungsdienstlichen Maßnahmen soll verhindert werden, dass diese heimlich und ohne Wissen der Patientin oder des Patienten geschehen. Die Patientin oder der Patient ist über den Vorgang der Datenerhebung zu informieren und über deren Zweck. Alle die in Satz 1 Nummer 1 bis 4 genannten erkennungsdienstlichen Maßnahmen dürfen ausschließlich zu den in Satz 1 ersten Halbsatz benannten vollzuglichen Zwecken erfolgen. Deshalb unterfällt beispielsweise die Aufnahme von Fotografien von Patientinnen oder Patienten in einem anderen sozialen Sinnzusammenhang (z.B. als Erinnerungsfoto) nicht dieser Ermächtigungsnorm.

Der Katalog der zulässigen erkennungsdienstlichen Maßnahmen ist abschließend.

Bei der Aufzählung der Maßnahmen wurde die Reihenfolge der Aufzählung geändert und die Maßnahme der Abnahme von Fingerabdrücken durch die Maßnahme der „biometrischen Erfassung von Daten körperlicher Merkmale von Fingern, Händen, Gesicht und Stimme“ ersetzt. Diese Erweiterung und Präzisierung ermöglicht, insbesondere bei der Fahndung nach einer entwichenen Person, vor dem Hintergrund der heutigen Technik und Wissenschaft weitere Möglichkeiten zur Auswertung von Spuren und zur Identifizierung einer Person.

Die erkennungsdienstlichen Unterlagen sind stets getrennt von der Patientenakte aufzubewahren. Da gemäß der Neuregelung des § 52 Absatz 3 für jeden Patienten und jede Patientin bei der Aufnahme eine Patientenakte erstellt wird, wurde die in der vorherigen Fassung vorhandene zusätzliche Nennung der „Behandlungsakte“ und der „Krankenakte“ gestrichen. Nunmehr wird für jeden Patienten und jede Patientin lediglich eine Patientenakte geführt, sodass es der weiteren Formulierungen zur Erfassung aller möglichen Sachverhalte nicht mehr bedarf.

Zu Nummer 1

Bei Lichtbilder handelt es sich grundsätzlich um Brustbilder, bei denen das Gesicht und der Kopf der Patientin oder des Patienten vollständig abgebildet wird. Deutliche äußere Veränderungen, insbesondere durch Zeitablauf, rechtfertigen erneut ein Lichtbild zur Aktualisierung.

Zu Nummer 2

Unter diese Nummer fällt das Feststellen des Vorhandenseins eines bestimmten körperlichen Merkmals und seine Beschreibung. Dabei handelt es sich ausschließlich um Merkmale auf der Körperoberfläche der Patientin oder des Patienten, wie beispielsweise vorhandene Tätowierungen oder Narben.

Zu Nummer 3

Der Begriff Messungen erfasst u.a. die Feststellung der Körpergröße oder des Gewichts.

Zu Nummer 4

Bei der biometrischen Erfassung handelt es sich um die Vermessung des Körpers und seiner Einzelteile. Finger, Hände einschließlich ihrer Abdrücke, das Gesicht und die Stimme werden in elektronischer Form erfasst. Die Abnahme von Fingerabdrücken nach § 39a Absatz 1 Nummer 1 SächsPsychKG ist jetzt mit in Nummer 4 in elektronischer Form enthalten. Vorteil dieser im elektronischen Biometrieverfahren erhobenen Daten ist deren einfache Speicherung und die ohne Qualitätsverlust mögliche Weitergabe im Bedarfsfall, beispielsweise an Polizeidienststellen bei Fahndungsmaßnahmen.

Zu Absatz 2

Absatz 2 entspricht mit redaktionellen Änderung dem Regelungsinhalt des § 39a Absatz 2 SächsPsychKG. In den Absätzen 9 und 10 des neugefassten § 3 werden Maßregelvollzugseinrichtungen und spezialisierte Maßregelvollzugseinrichtungen legaldefiniert. Zur Klarstellung, welche Maßregelvollzugseinrichtungen in Absatz 2 zur Übermittlung der nach Absatz 1 Satz 1 erhobenen Daten befugt sind, wurde der § 3 Absatz 9 und 10 ausdrücklich benannt.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift des § 39a Absatz 3 SächsPsychKG wurde mit einer redaktionellen Änderung übernommen. Konkret geht es um die in Absatz 1 Satz 1 erhobenen Daten. Der Zeitpunkt der Löschung der Daten und der Vernichtung der Unterlagen wird nunmehr auf den Zeitpunkt der Rechtskraft der vollstreckungsrechtlichen Entscheidung über die Beendigung der Unterbringung und über die Beendigung der Führungsaufsicht erweitert. Unterlagen, die durch erkennungsdienstliche Behandlung gewonnen wurden, werden nach rechtskräftiger vollstreckungsrechtlicher Entscheidung nicht mehr benötigt, weil der Zweck der Erhebung – u. a. Sicherheit des Maßregelvollzugs – in diesem Moment entfällt. Durch die Löschung und Vernichtung der Unterlagen wird möglichem Missbrauch durch zweckwidrige Verwendung effektiv vorgebeugt.

Zu § 76 (Unmittelbarer Zwang)

Eine Regelung zum unmittelbaren Zwang enthielt § 40 Absatz 2 SächsPsychKG, die sich nur auf Personen bezog, die nicht Patienten der Maßregelvollzugseinrichtung sind. Die Anwendung unmittelbaren Zwangs gegen Patientinnen und Patienten gestattete § 23 SächsPsychKG, deren Regelung für den Maßregelvollzug über § 38 Absatz 1 SächsPsychKG galt. § 76 definiert unmittelbaren Zwang, fasst dessen Anwendung und dessen Voraussetzungen sowohl gegenüber Patientinnen und Patienten als auch gegenüber anderen Personen oder Sachen in einer Vorschrift zusammen. Aufgrund der teilweisen Inhaltsgleichheit mit § 39 gelten die dortigen Ausführungen entsprechend.

Zu Absatz 1

Absatz 1 nimmt die Definition des „unmittelbaren Zwangs“ in den Gesetzestext auf. Danach ist „unmittelbarer Zwang“ die Einwirkung auf Personen oder Sachen durch einfache körperliche Gewalt oder durch Hilfsmittel der körperlichen Gewalt. Zu einfachen körperlicher Gewalt gehören u. a. das Festhalten einer betroffenen Person oder deren körperliche Durchsuchung. Als Hilfsmittel der körperlichen Gewalt kommen insbesondere geeignete Fesseln in Betracht.

Zu Absatz 2

Absatz 2 betrifft die Durchsetzung von Anordnungen und Maßnahmen im Wege des unmittelbaren Zwangs gegen Patientinnen und Patienten der Maßregelvollzugseinrichtung. Ist die Bereitschaft und Mitwirkung der Patientin oder des Patienten zur Befolgung von nach diesem Gesetz zulässigen Anordnungen oder Maßnahmen nicht auf anderem Wege erreichbar, berechtigt die Vorschrift zu deren zwangsweisen Durchsetzung. Zusätzlich werden die Anforderungen konkretisiert, die sich aus dem verfassungsrechtlichen Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ergeben. Die Beschäftigten haben zunächst zu versuchen, die Patientin oder den Patienten auf andere Weise zu einem ihrer oder seiner Pflichten entsprechenden Verhalten zu bewegen. Nach Absatz 2, letzter Halbsatz muss eine Anordnung bzw. Maßnahme unterbleiben, wenn sie mehr schaden als nützen würde. Eine solche Einschätzung kann und muss daher im Einzelfall von den mit der Behandlung der Patientin oder des Patienten befassten Beschäftigten der Maßregelvollzugseinrichtung, insbesondere den behandelnden Ärztinnen, Ärzten, Therapeuten oder Therapeutinnen, vorgenommen werden. Im Übrigen wird auf die Begründung des § 39 Absatz 1 verwiesen.

Zu Absatz 3

Absatz 3 ermöglicht es den Beschäftigten der Maßregelvollzugseinrichtung unmittelbaren Zwang auch gegenüber Dritten auszuüben. Die Tatbestände, die die Anwendung des unmittelbaren Zwangs rechtfertigen, werden abschließend benannt. Die Maßregelvollzugseinrichtung wird hierdurch in die Lage versetzt, auch gegenüber anderen Personen, die sich in den Wirkungsbereich der Einrichtung begeben haben, die Erfüllung ihrer Aufgaben durchsetzen zu können. Bei der Regelung handelt es sich um eine Spezialregelung gegenüber dem allgemeinen Grundsatz des Rechts der Gefahrenabwehr mittels Polizei.

Zu Absatz 4

Absatz 4 entspricht vollumfänglich § 39 Absatz 2, weshalb auf dessen Begründung verwiesen werden kann.

Zu Absatz 5

Absatz 5 stellt ausdrücklich klar, dass der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz bei der Frage, ob und welche Form des unmittelbaren Zwangs im Einzelfall angewendet werden kann, stets uneingeschränkt beachtet werden muss. Um den regelmäßig mit Krisensituationen konfrontierten Beschäftigten der Maßregelvollzugseinrichtung die notwendige Qualifikation zur angemessenen Bewältigung verschiedener Gefährdungslagen zu vermitteln, sind vor allem Schulungen und Fortbildungen im Bereich des Deeskalationsmanagements und zum sicheren Umgang mit Zwangsmaßnahmen erforderlich.

Zu Absatz 6

Absatz 6 entspricht im Wesentlichen der Regelung des § 39 Absatz 3 mit der Maßgabe, dass eine Nachbesprechung der Anwendung unmittelbaren Zwangs der betroffenen Patientin oder dem Patienten zwingend anzubieten ist. Die Durchführung einer Nachbesprechung hängt somit vom Patientinnen- oder Patientenwillen ab und kann deshalb nicht in jedem Fall durchgeführt werden. Der Grund für diese Regelung liegt darin, dass viele Patientinnen und Patienten nach den Erfahrungen der Praxis kein Interesse an einer Nachbesprechung haben, weil sie sich in dem Fall nochmals mit ihrem Fehlverhalten in der Vergangenheit auseinandersetzen müssten, welches für sie mit der Anwendung des unmittel-

baren Zwangs als abgeschlossen betrachtet wird. Würde eine Nachbesprechung stets (unabhängig und daher auch gegen den Willen der Patientin oder des Patienten) durchzuführen sein, könnte eine „erzwungene“ Nachbesprechung die Behandlung einzelner Patientinnen oder Patienten negativ beeinflussen. Die Dokumentationspflicht soll sicherstellen, dass die Notwendigkeit der Anwendung unmittelbaren Zwangs, das Anbieten und die durchgeführte Nachbesprechung sorgfältig geprüft werden und zu späteren Prüfzwecken nachvollziehbar dokumentiert sind. Des Weiteren wird auf die Ausführungen zu § 39 Absatz 3 Bezug genommen.

Zu Absatz 7

Eine inhaltsgleiche Regelung findet sich in § 39 Absatz 4. Absatz 7 stellt klar, dass die Befugnis zur Anwendung unmittelbaren Zwangs aufgrund anderer Vorschriften durch die dazu bestimmten Hoheitsträger unberührt bleibt.

Zu § 77 (Festnahmerecht)

In § 77 wurde die Regelung des § 40 Absatz 1 SächsPsychKG übernommen, weshalb auf dessen Begründung verwiesen wird.

Beim Festnahmerecht handelt es sich um einen speziellen Fall des unmittelbaren Zwangs durch Beschäftigte der Maßregelvollzugseinrichtung. Mit der Regelung wird klargestellt, dass die Bediensteten der Maßregelvollzugseinrichtung auch außerhalb der Einrichtung ohne Erlass eines Vollstreckungshaftbefehls handeln dürfen, um eine entwichene oder einen entwichenen oder sich ohne Erlaubnis außerhalb der Einrichtung aufhaltende Patientin oder aufhaltenden Patienten zurückzuholen. Hierfür können sie auch auf die Vollzugshilfe der Polizei zurückkommen.

Zu § 78 (Vorführung)

Zu Absatz 1

Absatz 1 übernimmt den wesentlichen Regelungsinhalt von § 40 Absatz 3 SächsPsychKG. Es handelt sich um eine organisatorische Vorschrift zur Zuständigkeit für Vorführungen von Patientinnen und Patienten auf Ersuchen eines Gerichts oder Staatsanwaltschaft.

Zu Absatz 2

In Absatz 2 wird klargestellt, dass während der Vorführung der Patientin oder des Patienten den beauftragten Bediensteten Weisungen durch die ärztliche Leitung der Maßregelvollzugseinrichtung erteilt werden können. Es handelt sich dabei beispielsweise um Verhaltensformen gegenüber der vorzuführenden Patientin oder des Patienten aufgrund bestehender (krankheitsbedingter) Besonderheiten.

Da die Vorführung mit dem Verlassen der gesicherten Maßregelvollzugseinrichtungen verbunden ist, besteht während dieser Vorführungszeit ein anderes Entweichungsrisiko. Patientinnen und Patienten kommen während dieser Zeit mit umfangreicheren Einflüssen als in der Maßregelvollzugseinrichtung in Kontakt. Besondere Reize oder Konfrontationen, deren Unterbindung zwar in den Maßregelvollzugseinrichtungen möglich ist aber auf die die Bediensteten während der Vorführungszeit nur bedingt Einfluss nehmen können, können eine erhebliche Entweichungsgefahr begründen. Satz 2 sieht deshalb ausdrücklich im Falle einer erheblichen Gefahr der Entweichung der Patientin oder des Patienten die Anordnungsmöglichkeit der Fesselung nach § 35 Absatz 2 Satz 1 Nummer 8 vor. Da es sich um eine freiheitsentziehende Sicherungsmaßnahme handelt unterliegt diese den Regelungen der §§ 35 und 71.

Zu Absatz 3

Absatz 3 sieht eine Unterrichtsverpflichtung gegenüber dem Gericht oder der Staatsanwaltschaft vor.

Zu § 79 (Belastende Vollzugsmaßnahmen)

Auch insoweit gelten für die öffentlich-rechtliche Unterbringung und den Maßregelvollzug keine unterschiedlichen Begrifflichkeiten und Maßstäbe, weshalb § 40 für den Maßregelvollzug entsprechend gilt. Auf die Begründung dieser Vorschrift wird Bezug genommen.

Zu Unterabschnitt 5 (Beschwerdeverfahren, Rechtsmittel, Aufsicht)

Zu § 80 (Beschwerde)

§ 80 wurde neu im SächsPsychKHG aufgenommen. Die Beschwerde ist kein förmlicher Rechtsbehelf, sondern eine rechtlich garantierte Möglichkeit der Kontaktaufnahme der Patientin oder des Patienten mit Beschäftigten der Maßregelvollzugseinrichtung als Mittel zur einvernehmlichen Konfliktlösung. Deshalb verdient sie den Vorrang vor gerichtlichen Verfahren. Dennoch steht es der Patientin oder dem Patienten frei, sich gleichzeitig an Gerichte, den Petitionsausschuss des Landtages oder an andere Stellen zu wenden.

Zu Absatz 1

Absatz 1 gibt den Patientinnen und Patienten das Recht, sich mit ihren Anliegen an die zuständigen Beschäftigten der Maßregelvollzugseinrichtungen zu wenden. Dies kann schriftlich oder mündlich geschehen eine besondere Form ist nicht vorgeschrieben. Jedoch wird das persönliche Gespräch der Hauptanwendungsfall dieser Regelung sein. Der Anwendungsbereich der Vorschrift beschränkt sich nicht auf Fälle, in denen sich Patientinnen oder Patienten wegen Verletzung ihrer Rechte an die zuständigen Beschäftigten der Maßregelvollzugseinrichtung wenden, sondern bezieht insbesondere Fälle ein, in denen Wünsche geäußert oder Schwierigkeiten artikuliert werden sollen. Das Beschwerderecht betrifft nur die eigenen Angelegenheiten einer Patientin oder eines Patienten.

Mit der verpflichtenden Einrichtung von Sprechstunden in den Maßregelvollzugseinrichtungen soll eine mögliche Hürde für die Kontaktaufnahme abgebaut werden. Sollte sich für die betroffene Patientin oder den betroffenen Patienten nicht bereits anderweitig die Möglichkeit zum Vorbringen von Wünschen, Anregungen oder Beschwerden eröffnet haben, so hat sie oder er in der Sprechstunde hierfür auf jeden Fall die Gelegenheit.

Zu Absatz 2

Absatz 2 stellt sicher, dass den Patientinnen und Patienten bei einer Besichtigung der Maßregelvollzugseinrichtung durch Mitglieder der Besuchskommissionen nach § 4 als auch über die direkte Kontaktaufnahme mit Patientenfürsprecherinnen und -fürsprechern nach § 5 ihre Anliegen vortragen können.

Zu Absatz 3

Absatz 3 stellt klar, dass die Möglichkeit, eine Dienstaufsichtsbeschwerde einzureichen, neben den Gesprächs- und Anhörungsrechten nach Absatz 1 und 2 bestehen bleibt.

Zu Absatz 4

Um in das allgemeine Persönlichkeitsrecht der betroffenen Patientin oder des Patienten so wenig wie möglich einzugreifen, sind die Inhalte der Beschwerden über persönliche Belange vertraulich zu behandeln. Dies fördert Offenheit und ermutigt Patientinnen und Patienten, ihre Anliegen mitzuteilen, ohne Angst vor möglichen Konsequenzen haben zu müssen. Eine Verwertung ist nur mit ihrer Zustimmung und nur zum Zwecke seiner Mitteilung zu lässig. Durch diese Einschränkung der Verwertung wird sichergestellt, dass die im Rahmen der Beschwerde erlangten persönlichen Informationen über Patientinnen oder Patienten nicht außerhalb der Kenntniserlangung im Beschwerdeverfahren verwendet werden können. Es handelt sich um eine Zweckbindung, die nicht erweitert werden kann.

Zu § 81 (Gerichtliche Entscheidung)

Auch bei § 81 handelt es sich um eine Neuregelung im Gesetz.

Zu Absatz 1

Absatz 1 entspricht inhaltlich im Wesentlichen der Regelung des § 109 StVollzG und dient in erster Linie der Rechtsklarheit. Die Vorschrift benennt exemplarisch, in welchen Fällen ein Antrag auf gerichtliche Entscheidung zulässig ist und erklärt § 138 Absatz 3 i. V. m. §§ 109 bis 121 StVollzG für entsprechend anwendbar. Die letztgenannten Vorschriften sind ohnehin unmittelbar geltendes Bundesrecht, da der Bund insoweit von seiner Gesetzgebungszuständigkeit für das gerichtliche Verfahren Gebrauch gemacht hat (Artikel 74 Absatz 1 Nummer 1 GG).

Zuständig für den Rechtsschutz während des Maßregelvollzugs ist die Strafvollstreckungskammer des Landgerichts.

Zu Absatz 2

Absatz 2 dient vor allem der Klarstellung, dass ein Antrag auf gerichtliche Entscheidung stets neben der Erhebung einer Beschwerde zulässig ist. Die Beschwerde schließt einen Antrag auf gerichtliche Entscheidung also nicht aus.

Zu § 82 (Fachaufsicht)

Zu Absatz 1

Der Maßregelvollzug ist eine staatliche Aufgabe in Zuständigkeit der Länder. Aufgrund der erheblichen Bedeutung des Maßregelvollzugs als freiheitsentziehende Maßnahme und der substanziellen Aufgabe der Behandlung von psychisch kranken oder suchtkranken Straftätern sowie des Schutzes der Gesellschaft vor diesen Straftätern, ist es von erheblicher Bedeutung eine Kontrollinstanz vorzuhalten, welche die Fachaufsicht über den Maßregelvollzug ausübt. Diese Kontrollinstanz ist – wie auch in der Vergangenheit – das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt. Die Aufsichtsbehörde stellt sicher, dass die Maßregelvollzugseinrichtungen ihre Pflichtaufgaben recht- und zweckmäßig wahrnehmen; es kann die dazu erforderlichen Weisungen erteilen.

Zu Absatz 2

Das Weisungsrecht der Fachaufsichtsbehörde wird in Absatz 2 näher ausgestaltet. So kann die Fachaufsichtsbehörde u. a. Einsicht in Akten nehmen, Zutritt zu Räumlichkeiten der Maßregelvollzugseinrichtung und Auskünfte verlangen. Die Aufzählung in Absatz 2 ist nicht abschließend. Im Übrigen wird, soweit die Regelungen inhaltsgleich sind, auf die Begründung zu § 47 Absatz 5 verwiesen.

Zu § 83 (Meldepflichten)

Zu Absatz 1

§ 83 regelt die Meldepflichten der Maßregelvollzugseinrichtungen an das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt als oberste Aufsichtsbehörde. Sofern kommunale Körperschaften und Anstalten des öffentlichen Rechts vom Freistaat Sachsen gemäß § 48 Absatz 2 mit der Durchführung des Maßregelvollzugs beauftragt werden, so gelten die Meldepflichten auch für diese Einrichtungen.

Die Regelung zu den Meldepflichten, die es in vergleichbarer Weise im SächsPsychKG bisher nicht gab, dient vordergründig der statistischen Erfassung von nicht personenbezogenen Daten zur Erstellung der Psychiatrieberichterstattung gemäß § 6. Insoweit verweist auch § 6 Absatz 2 Satz 3 u. a. auf § 83. In der abschließenden Aufzählung des Absatz 1 wird klargestellt, welche konkreten Daten von den Maßregelvollzugseinrichtungen an die Aufsichtsbehörde gemeldet werden müssen.

Ergänzend wird auf die Begründung des § 6 verwiesen.

Zu Nummer 1

Nummer 1 betrifft die Anzahl der Unterbringungen nach den §§ 63 und 64 StGB und dient auch der Kontrolle der Belegung in den einzelnen Einrichtungen. Durch die statistische Erfassung können Belegungsengpässe bzw. Überbelegungen erkannt und die Kapazität ggf. angepasst werden.

Zu Nummer 2

Nummer 2 betrifft die Anzahl der Unterbringungen nach § 7 JGG i. V. m. den §§ 63, 64 StGB und ermöglicht eine Kontrolle, wie bereits zu Nummer 1 beschrieben, für den Bereich des Jugendmaßregelvollzugs.

Zu Nummer 3

Nummer 3 betrifft die Anzahl der einstweiligen Unterbringungen nach § 126a StPO und dient ebenfalls den in § 6 Absatz 1 genannten Zielen der Planung.

Zu Nummer 4

Nach Nummer 4 soll von den Maßregelvollzugseinrichtungen weiterhin die Anzahl der Unterbringungen gemäß § 73 JGG und § 81 StPO gemeldet werden.

Zu Nummer 5 und 6

Schließlich sind auch die Anzahl der ärztlichen Zwangsmaßnahmen (Nummer 5) nach § 29 und der freiheitsentziehenden Sicherungsmaßnahmen (Nummer 6) nach §§ 35 und 36, die jeweils gegen den Willen der Patientin oder des Patienten angeordnet und durchgeführt wurden, zu übermitteln. Diese Meldungen dienen einerseits der Kontrolle und andererseits maßgebend der Qualitätssicherung und -verbesserung, vgl. § 6 Absatz 1.

Zu Absatz 2

Zur Begründung wird auf die gleichlautende Regelung des § 46 Absatz 3 vollumfänglich Bezug genommen.

Zu Unterabschnitt 6 (Lockerung, Erledigung, Nachsorge)

Zu § 84 (Vollzugslockerungen)

Regelungen zu Vollzugslockerungen im Maßregelvollzug fanden sich in geringem Umfang in § 38 Absatz 3 SächsPsychKG. Mit der geschaffenen Neuregelung des § 84 wird ausführlich festgelegt, unter welchen Voraussetzungen Vollzugslockerungen gewährt werden können und welches Verfahren dabei einzuhalten ist. Die Regelung dient damit ebenfalls der Rechtsklarheit und Rechtssicherheit, da der Regelungsinhalt umfassender und konkreter und somit auch eine gerichtliche Überprüfung transparenter möglich ist.

Zu Absatz 1

In Satz 1 wird bestimmt, auf welcher Grundlage Vollzugslockerungen gewährt werden. Insofern kommt es entscheidend auf den Behandlungs- und Eingliederungsplan sowie die Erkenntnisse aus der bisherigen Behandlung und Therapie an. Die Entscheidung darüber, ob der Patientin oder dem Patienten Vollzugslockerungen gewährt werden können, trifft die ärztliche Leitung der Maßregelvollzugseinrichtung, mithin die Chefärztin oder der Chefarzt (vgl. § 49 Absatz 1), oder ihre jeweilige Vertretung nach Beratung mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie Therapeutinnen und Therapeuten. Die Entscheidung über die Gewährung von Vollzugslockerungen erfordert stets eine positive Prognose, wobei Risiken für die öffentliche Sicherheit oder Ordnung bei der Gewährung von Lockerungen gegen den Anspruch der Patientin oder des Patienten auf soziale Rehabilitation abgewogen werden müssen. Als mögliche Vollzugslockerungen kommen u. a. begleitete und unbegleitete Ausgänge an einzelnen Tagen bis hin zu länger andauernden Beurlaubungen in Betracht, wobei die Patientinnen und Patienten gemäß der Vollzugslockerungsverordnung einzelne Lockerungsstufen durchlaufen müssen. Auf diese Weise kann das Verhalten der Patientin oder des Patienten kontrolliert erprobt werden. Auf die Festsetzung einer zeitlichen Ober-

grenze für Vollzugslockerungen wird auch weiterhin bewusst verzichtet, um Vollzugslockerungen, die sich möglicherweise über Monate erstrecken (z. B. Probewohnen außerhalb der Einrichtung) zu ermöglichen.

Satz 2 entspricht inhaltlich im Wesentlichen § 38 Absatz 3 Satz 1 SächsPsychKG. Sollte der Zweck der Maßregel durch die Vollzugslockerungen gefährdet werden, können Lockerungen zurückgenommen oder gänzlich versagt werden. Oftmals fallen die Patientinnen und Patienten bei Zwischenfällen während Vollzugslockerungen (z. B. einer Entweichung) dann eine oder mehrere Lockerungsstufen zurück.

Zu Absatz 2

Wie § 38 Absatz 3 Satz 3 SächsPsychKG sieht auch die Neuregelung in Absatz 2 Satz 1 als zwingende Voraussetzung vor der Gewährung von Vollzugslockerungen die Anhörung der Vollstreckungsbehörde vor. Zum einen wird die Vollstreckungsbehörde durch die Anhörung bereits darüber informiert, dass bei einer Patientin oder einem Patienten Vollzugslockerungen anstehen, zum anderen erhält sie so die Möglichkeit zur Stellungnahme und kann Einwände geltend machen, Fragen zu Lockerungen stellen oder Anmerkungen zu möglichen Auflagen und Weisungen vorbringen. Zudem kann die Strafvollstreckungsbehörde auf mögliche Risiken eingehen, die sich auf Grund offener Ermittlungs- oder Strafverfahren oder vorhandener Strafrechte aus früheren Verfahren ergeben.

Sobald eine Vollzugslockerung gewährt wurde, ist die Vollstreckungsbehörde gemäß Satz 2 entsprechend zu informieren.

Zu Absatz 3

In Absatz 3 wird, wie zuvor in § 38 Absatz 3 Satz 5 SächsPsychKG, geregelt, dass der Maßregelvollzug auch während der Dauer der Gewährung von Vollzugslockerungen erfolgt. An diese Regelung sind einerseits rechtliche Konsequenzen (Kostenregelungen bei Krankenbehandlung, Fristen ö. Ä.) geknüpft und andererseits wird dadurch deutlich, dass die Patientin oder der Patient nicht in vollem Umfang eigenverantwortlich leben und handeln kann, sondern auch während länger andauernder Lockerungen weiterhin der Entscheidungsgewalt der Maßregelvollzugseinrichtung unterstellt ist.

Zu Absatz 4

Die Möglichkeit, Vollzugslockerungen künftig gemäß Absatz 4 mit Auflagen und Weisungen zu verbinden, wird neu in den Gesetzestext aufgenommen. Sie soll es ermöglichen, Patientinnen und Patienten durch die Erteilung von Auflagen und Weisungen während der Dauer von Vollzugslockerungen, gerade bei Lockerungen, die sich über einen längeren Zeitraum erstrecken, engermaschiger kontrollieren zu können, um beispielsweise Verschlechterungen des Gesundheitszustands schneller zu erkennen und entsprechend zu handeln. Die Möglichkeit der Erteilung von Auflagen und Weisungen kann zudem den positiven Effekt haben, dass der Patientin oder dem Patienten eine längere Beurlaubung o. Ä. womöglich schon zu einem früheren Zeitpunkt angeboten werden kann, da die Kontrollmöglichkeiten während dieser Beurlaubung durch die Auflagen und Weisungen erweitert wurden. Mögliche Auflagen und Weisungen können z.B. Alkohol- und Drogenverbot, Meldepflichten zu bestimmten Zeitpunkten oder die Pflicht zur Unterziehung einer konkreten Behandlung sein.

Zu Absatz 5

Nach Absatz 5 wird das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt dazu ermächtigt, Näheres zu den Vollzugslockerungen durch Rechtsverordnung zu regeln. Die im SächsPsychKG in § 42 Absatz 1 enthaltene Verordnungsermächtigung ist aus heutiger Sicht zu allgemein gefasst und in rechtlicher Hinsicht unzureichend. Die aktuelle Verordnungsermächtigung im Hinblick auf Vollzugslockerungen wurde daher direkt in dem dazugehörigen Paragraphen geregelt und enthält zudem konkrete Regelungen zum Inhalt der Verordnung.

Die aktuell gültige Vollzugslockerungsverordnung vom 27.01.2016 (SächsGVBl. S. 57) wird im Zuge der Novellierung ebenfalls aktualisiert.

Zu § 85 (Förderung der Aussetzung und Erledigung der Maßregel)

§ 85 bestimmt erstmals detailliert, welche Mitwirkungspflichten der ärztlichen Leitung der Maßregelvollzugseinrichtungen bei der Entlassungsvorbereitung oder der Herbeiführung einer Entscheidung der Strafvollstreckungskammer bzw. des Jugendrichters über die Beendigung der Maßregel obliegen.

Zu Absatz 1

Absatz 1 verpflichtet die ärztliche Leitung der Maßregelvollzugseinrichtung oder die jeweilige Vertretung zur Anregung der Aussetzung der Maßregel zur Bewährung, der Erledigung der Maßregel oder der Umkehr der Vollstreckungsreihenfolge bei der zuständigen Vollstreckungsbehörde. Sinn und Zweck der Norm ist die über § 67e StGB hinausgehende Option der Maßregelvollzugseinrichtung, außerhalb der turnusmäßig stattfindenden Begutachtungen der Patientinnen und Patienten die vorgenannten Maßnahmen anregen zu können, insbesondere für den Fall, dass die Patientin oder der Patient derartige Fortschritte macht, dass der jährliche Begutachtungstermin nicht abgewartet werden kann. Damit wird die Vorschrift auch dem Rechtsstaatsprinzip gerecht, in dem der Freiheitsentzug, der in die Grundrechte der Patientinnen und Patienten eingreift, nicht länger als erforderlich erfolgen darf. Entscheidend für die Pflicht zur Anregung der in Absatz 1 genannten Maßnahmen ist allerdings stets, dass die Einrichtung das Vorliegen der dafür erforderlichen gesetzlichen Voraussetzungen als erfüllt ansieht.

Zu Absatz 2

Absatz 2 normiert bei Unterbringungen in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB eine zusätzliche Verpflichtung der Maßregelvollzugseinrichtungen. Diese müssen gegenüber der zuständigen Vollstreckungsbehörde melden, wenn die konkrete Aussicht auf einen Behandlungs- oder Therapieerfolg nicht oder nicht mehr besteht. Wann die in Absatz 2 genannten Voraussetzungen erfüllt sind, kann die ärztliche Leitung der Einrichtung nur im konkreten Einzelfall entscheiden. Anhaltspunkte für die Erfolglosigkeit der Behandlung und Therapie können u. a. mehrmalige Rückfälle durch Suchtmittelkonsum während Beurlaubungen oder Ausgängen oder die ernsthafte und anhaltende Verweigerung einer Behandlung durch die Patientin oder den Patienten sein.

Diese Regelung unterstreicht den Grundsatz der bestehenden Therapiebereitschaft bei Patientinnen und Patienten, die nach § 64 StGB untergebracht sind. Falls die Patientin oder der Patient sich im Laufe des Vollzugs als therapieunwillig oder –unfähig erweist, soll durch diese Unterrichtungspflicht die Strafvollstreckungsbehörde über die Beendigung der Unterbringung entscheiden können. Die Maßregelvollzugseinrichtungen haben dadurch die Möglichkeit, einer Blockierung von Therapieplätzen durch Patientinnen oder Patienten mit ungünstiger Prognose entgegenzuwirken.

Zu Absatz 3

Absatz 3 ordnet die entsprechende Geltung der Absätze 1 und 2 für die Fälle der einstweiligen Unterbringung gemäß § 126a StPO und für vorläufige Maßnahmen nach § 463 Absatz 1 i. V. m. § 453c StPO an.

Zu Absatz 4

Nach Absatz 4 hat die Maßregelvollzugseinrichtung das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt als Fachaufsichtsbehörde über Maßnahmen nach den Absätzen 1 bis 3 zu informieren.

Zu § 86 (Forensische Ambulanzen)

Bei der Regelung zu den Forensischen Ambulanzen handelt es sich um eine neue Vorschrift. Die Begrifflichkeit wurde an die Regelungen in den §§ 68a Absatz 7 und 8, 68b Absatz 1 Nummer 11 und Absatz 2 Satz 3 StGB angeglichen. Dadurch wird noch deutlicher

hervorgehoben, dass die Forensischen Ambulanzen Organe der Führungsaufsicht sind. Im SächsPsychKG wurde die Bezeichnung forensisch-psychiatrische Ambulanz verwendet, deren Vorschriften sich in § 38 Absatz 4 SächsPsychKG befanden.

Mit der jetzt eigenständigen Regelung in § 86 wird die Bedeutung der Wiedereingliederung der untergebrachten Patientinnen und Patienten nach Beendigung des Maßregelvollzugs besonders hervorgehoben.

Zu Absatz 1

Mit der Verpflichtung der Einrichtung Forensischer Ambulanzen wird in Absatz 1 klargestellt, dass auch die Nachsorge zum Maßregelvollzug gehört. Allerdings muss nicht jede Maßregelvollzugeinrichtung über eine eigene Forensische Ambulanz verfügen. Deshalb ist die Nachbetreuung und Nachsorge von Patientinnen und Patienten verschiedener Maßregelvollzugeinrichtungen durch eine Forensische Ambulanz zulässig.

Zu Absatz 2

Die Forensischen Ambulanzen haben das Ziel, die untergebrachten Patientinnen und Patienten auch nach deren Entlassung aufgrund der Aussetzung der Maßregel zur Bewährung zu betreuen und die während der Unterbringung in den Maßregelvollzugeinrichtungen begonnene Behandlung fortzusetzen, so dass die Eingliederung der Patientin oder des Patienten in die Gesellschaft möglichst weit gesichert ist. Die in Absatz 1 beschriebenen Ziele umfassen die fachlichen, am Patientenwohl orientierten Zielsetzungen, als auch ökonomische Beweggründe. Die Entlassung bedeutet für Patientinnen und Patienten nicht nur ein Zurück zur eigenen Autonomie, sondern auch Kontaktabbrüche beispielsweise zu vertrauten und möglicherweise freundschaftlich verbundenen Mitpatientinnen oder Mitpatienten. Ängste der Überforderung können auftreten oder noch verbliebene Einschränkungen im Verhalten können unter Belastung mit dem Alltagsgeschehen in Freiheit erneut auftreten. Unrealistische Erwartungen der Patientinnen oder Patienten gilt es entgegenzuwirken, weil diese zur Destabilisierung der Patientin oder des Patienten in verschiedenen Bereichen führen kann.

Maßgeblich für die Erreichung der Ziele ist das frühzeitige Einsetzen der Tätigkeit der Forensischen Ambulanzen. Die Nachsorge im Anschluss an die Unterbringung setzt deshalb bereits während der stationären Behandlung an und wird über die Zeit einer langfristigen Phase verschiedener Vollzugslockerungsmaßnahmen fortgeführt. Dieser durchgehende Prozess dient einer größtmöglichen Stabilität aller Beteiligten. Satz 3 sieht deshalb die Aufnahme der Tätigkeit bereits während des stationären Behandlungsprozesses vor – frühestens zu Beginn der Entlassungsvorbereitung. In dieser Phase der Unterbringung im Maßregelvollzug zeichnen sich erste mögliche Problemfelder bei der Eingliederung in die Gesellschaft ab. Auf die Patientin oder den Patienten zugeschnittene Nachsorgekonzepte können erstellt und Kontakte zu Institutionen und Einrichtungen des allgemeinen Hilfesystems aufgebaut werden. Wichtig ist eine rechtzeitige und frühestmögliche Einbindung aller zur Verfügung stehender Akteure in die Nachsorge.

Zu Absatz 3

Die Aufgaben der Forensischen Ambulanzen werden in Absatz 3 aufgeführt. Sie gliedern sich in die drei unterschiedlichen zeitlichen Phasen: der Entlassungsvorbereitung, die Zeit nach der Entlassung und Zeiten, in denen die Vollstreckung der Maßregel zur Bewährung ausgesetzt wurde.

Zu Nummer 1

Nummer 1 betrifft die Phase der Entlassungsvorbereitung. Im Rahmen von Vollzugslockerungsmaßnahmen findet eine zunehmende „Entbindung“ der Patientin oder des Patienten von der stationären Maßregelvollzugeinrichtung statt. Ungeachtet dessen besteht weiterhin der psychiatrische, psycho- oder sozialtherapeutische Behandlungs-, Betreuungs- oder Überwachungsbedarf für die Patientin oder den Patienten. Während dieser länger andau-

ernden Phasen der Entlassungsvorbereitung ist es die Aufgabe der Forensischen Ambulanzen, die Maßregelvollzugseinrichtung bei der Wahrnehmung dieser Aufgaben zu unterstützen.

Zu Nummer 2

Nummer 2 sieht diese Aufgaben aus Nummer 1 nach der Entlassung vor.

Zu Nummer 3

Nummer 3 bildet die Vollstreckungsaussetzungen ab. Auch für Zeiten, in den die Vollstreckung der angeordneten Maßregel ausgesetzt wird, übernehmen die Forensischen Ambulanzen die Behandlungs-, Betreuungs- und Überwachungsaufgaben für die Patientin oder den Patienten.

Zu Absatz 4

Absatz 4 enthält eine beispielhafte Aufzählung, welche Maßnahmen oder Leistungen im Rahmen der Betreuung, der Behandlung und der Überwachung nach Absatz 3 durch die Forensischen Ambulanzen erbracht werden. Es handelt sich dabei sowohl um Maßnahmen, die in der Forensischen Ambulanz durchgeführt werden (z.B. Suchtmittelkontrollen) als auch um Maßnahmen im privaten Bereich der Patientin oder des Patienten. Hierzu gehören die aufsuchenden Maßnahmen (z.B. Vor-Ort-Termin in der Wohnung) und die begleitenden Maßnahmen (z.B. die Begleitung bei Behördengängen).

Zu Absatz 5

Durch die Zusammenarbeit verschiedener Stellen (u.a. Führungsaufsichtsstellen, Bewährungshilfe, zuständige Sozialhilfeträger) soll gewährleistet werden, dass die Patientinnen und Patienten in einen geschützten und betreuten sozialen Empfangsraum entlassen werden.

Zu Absatz 6

Absatz 6 enthält innerorganisatorische Regelungen. Satz 1 sieht die Möglichkeit vor, dass entlassene bzw. sich in der Entlassungsvorbereitung befindliche Patientinnen oder Patienten einvernehmlich durch eine andere als die zuständige Forensische Ambulanz betreut, behandelt und überwacht werden können. Dadurch kann auf die individuellen Besonderheiten von Patientinnen und Patienten eingegangen werden. So ist die Nachsorge durch eine Forensische Ambulanz in Nähe des Wohnortes der Patientin oder des Patienten sinnvoll, weite Anfahrtswege werden dadurch vermieden. Die Wahrnehmung der angeordneten Betreuungs-, Behandlungs- oder Überwachungsmaßnahmen in den Forensischen Ambulanzen soll der Patientin oder dem Patienten nicht unnötig erschwert werden.

Nach Satz 2 obliegt die Leitung der Forensischen Ambulanzen einer Fachärztin oder einem Facharzt.

Zu Absatz 7

Absatz 7 enthält den Regelungsinhalt des § 38 Absatz 5 Satz 1 SächsPsychKG. Es bleibt beim Grundsatz der Kostentragungspflicht des Freistaates Sachsen, soweit nicht ein Sozialleistungsträger, die Patientin oder der Patient dazu beizutragen hat. Dieser Grundsatz gilt bereits für die Zeit der Unterbringung im Maßregelvollzug, weshalb auf die Ausführungen zu § 63 Absatz 1 Satz 1 verwiesen wird.

Zu Abschnitt 5 (Datenschutz)

In Abschnitt 5 werden die datenschutzrechtlichen Regelungen für alle Anwendungsbereiche des Gesetzes – die Datenverarbeitung im Hilfesystem und bei der öffentlich-rechtlichen Unterbringung sowie im Maßregelvollzug – zusammengefasst und in weiten Teilen erstmalig normiert. In diesem Abschnitt sind auch die Umsetzungsvorschriften zur Datenschutz-Grundverordnung berücksichtigt.

Altregelungen mit datenschutzrechtlichen Bezügen fanden sich nur in §§ 8a ff SächsPsychKG zur Psychiatrieerberichterstattung und in §§ 38c bis e SächsPsychKG für den Maßregelvollzug.

Zu Unterabschnitt 1 (Datenschutz im Hilfesystem und bei Unterbringung)

Zu § 87 (Datenverarbeitung)

Zu Absatz 1

Seit dem 25.05.2018 gilt die Datenschutz-Grundverordnung (Verordnung (EU) 2016/679) unmittelbar in allen Mitgliedstaaten der Europäischen Union und ist damit auch in den Landesgesetzen, wie dem SächsPsychKHG, zu beachten. Aus diesem Grund wurden nun die notwendigen Querverbindungen im Gesetz normiert. Neben der DSGVO sind auch die datenschutzrechtlichen Bestimmungen im SächsKHG beachtlich, soweit das SächsPsychKHG nichts Spezielleres regelt.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt in Abweichung von § 3 Absatz 2 SächsDSDG Spezielleres für die Verarbeitung von personenbezogenen Daten von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Die Hürden für eine zweckgerechte Datenverarbeitung werden erhöht, da es sich um besonders sensible schutzwürdige Daten handelt.

Zu § 88 (Besonders schutzwürdige Daten)

Mit § 88 macht der Gesetzgeber von der Ausnahmeregelung des Artikels 9 Absatz 2 DSGVO Gebrauch, der in Abweichung von Artikel 9 Absatz 1 DSGVO die Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten gestattet. Die besonders geschützten Kategorien personenbezogener Daten sind in Artikel 9 Absatz 1 DSGVO abschließend aufgezählt. Im Kontext des Hilfesystems und der Unterbringung sind dies insbesondere Gesundheitsdaten.

Zu Nummer 1

Nummer 1 regelt die Weiterverarbeitung besonders schutzwürdiger Daten für andere Zwecke auf der Grundlage einer Einwilligung. Die betroffene Person muss einwilligungsfähig sein. Die Erklärung muss freiwillig, für den bestimmten Fall und in informierter Weise (konkrete Nennung der Datenkategorie, Zweck(e) der Verarbeitung) erteilt werden, Artikel 4 Nummer 11 DSGVO. Die Erklärung muss ausdrücklich erfolgen, Artikel 9 Absatz 2 Buchst. a DSGVO. In Bezug auf die Form ist § 28 Absatz 3 Nummer 3 SächsKHG zu beachten.

Zu Nummer 2

Nummer 2 erlaubt die Weiterverarbeitung besonders schutzwürdiger Daten für andere Zwecke auf der Grundlage einer Rechtsvorschrift. Die Rechtsvorschrift muss den Vorgaben von Artikel 9 Absatz 2 und Absatz 3 DSGVO entsprechen; insbesondere den in Artikel 9 Absatz 2 DSGVO genannten Zwecken dienen.

Zu Nummer 3

Nummer 3 erlaubt die Weitergabe besonders schutzwürdiger Daten, wenn eine Lebensgefahr oder eine Gefahr für die körperliche Unversehrtheit nicht anders abgewendet werden kann. Dies ist nach Artikel 9 Absatz 2 Buchst. c DSGVO zulässig.

Satz 2 regelt die Übermittlung besonders schutzwürdiger Daten an das Gericht oder die berechtigte Person.

Zu § 89 (Unterrichtung in besonderen Fällen)

§ 89 regelt die Unterrichtung für den Fall, dass von dem psychisch erkrankten Menschen eine Gefahr durch das Führen eines motorisierten Verkehrsmittels oder durch den Umgang mit Waffen ausgeht. Die Regelung wurde neu aufgenommen, um Gefahren vorzubeugen, die von psychisch erkrankten Menschen bei der Nutzung von motorisierten Verkehrsmitteln oder beim Zugang zu Waffen ausgehen können. Die Norm ist Rechtsgrundlage

für die Verarbeitung besonders geschützter Daten nach Artikel 9 Absatz 2 Buchst. g DSGVO. Die Gefahr muss von der Art und Schwere der psychischen Erkrankung der oder des Betroffenen herrühren. Zuständig ist die Leitung der jeweiligen Verwaltungsbehörde oder die ärztliche Leitung des Krankenhauses. Inhaltlich erfolgt eine Gefahrenmitteilung. Diese umfasst (nur) die Daten, die erforderlich sind, um der unterrichteten Behörde eine Gefahrenprognose zu ermöglichen. Die Entscheidung darüber, ob eine Gefahrenmitteilung erfolgt, liegt im pflichtgemäßen Ermessen der Verwaltungsbehörde oder des Krankenhauses. Das Ermessen ist auf null reduziert, wenn eine hohe Wahrscheinlichkeit (=konkrete Gefahr) eines Schadenseintritts besteht.

Satz 2 bestimmt, dass dem betroffenen Menschen vorher Gelegenheit zu geben ist, sich zu der Unterrichtung zu äußern. Die Unterrichtung ist der Äußerung gemäß Satz 3 beizufügen.

Zu § 90 (Datenlöschung)

§ 90 trifft neue Regelungen zur Datenlöschung in Bezug auf personenbezogene Daten. Die Norm konkretisiert Artikel 5 Absatz 1 Buchst. e DSGVO (Speicherbegrenzung) i.V.m. Artikel 17 DSGVO (Löschungsanspruch).

Satz 1 regelt bereichsbezogene Fristen für die Löschung der personenbezogenen Daten. Soweit andere Vorschriften längere Aufbewahrungsvorschriften vorsehen, sind diese vorrangig. Eine solche längere Aufbewahrungsfrist ergibt sich etwa aus § 85 Absatz 2 StrahlenschutzG; § 14 Absatz 3 Transfusionsgesetz.

Eine Fristverlängerung ist zudem für den Fall eines anhängigen Rechtsstreits in Satz 2 geregelt. Die für den Rechtsstreit benötigten Daten sind erst nach dessen Beendigung zu löschen. Diese Ausnahme von der Löschungspflicht ist nach Artikel 17 Absatz 3 Buchst. e DSGVO zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen zulässig.

Zu Nummer 1

Nummer 1 sieht vor, dass die Löschung im Fall der Gewährung von Hilfen spätestens nach 10 Jahren nach Beendigung der Hilfen erfolgen muss. Es handelt sich um eine Höchstfrist. Sofern der Verarbeitungszweck die Speicherung nicht mehr erforderlich macht, ist eine frühere Löschung (vorbehaltlich einer Speicherung zu Archiv- und statistischen Zwecken) erforderlich. Dies kann insbesondere dann der Fall sein, wenn es sich nicht um eine medizinische Behandlung handelt, die die 10-Jahres-Frist nach § 630f Absatz 3 BGB, § 10 Absatz 3 (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte auslöst.

Zu Nummer 2

Nummer 2 sieht die Löschung nach 10 Jahren für die Untersuchung nach § 21 Absatz 1 Satz 2 zur Begutachtung im Unterbringungsverfahren durch den Amtsarzt und zur ärztlichen Untersuchung nach § 21 Absatz 4 Satz 1, beginnend nach der letzten Untersuchung, vor. Die Frist berücksichtigt die Regelaufbewahrungsfrist von 10 Jahren für Patientenakten gemäß § 630f Absatz 3 BGB, § 10 Absatz 3 (Muster-)Berufsordnung.

Zu Nummer 3

Nummer 3 sieht eine Höchstfrist von 10 Jahren nach Beendigung des Unterbringungsverfahrens für die Verwaltungsbehörde vor. Die Frist berücksichtigt die Regelaufbewahrungsfrist von 10 Jahren für Patientenakten gemäß § 630f Absatz 3 BGB, § 10 Absatz 3 (Muster-)Berufsordnung.

Zu Nummer 4

Für Krankenhäuser und anerkannte Einrichtungen wird in Nummer 4 eine Höchstfrist von 15 Jahren nach Beendigung der Unterbringung festgelegt. Dies berücksichtigt, dass die von der Unterbringung betroffenen Patientinnen und Patienten, insbesondere auf Grund etwaiger Grundrechtseingriffe, ein Interesse auf Einsicht in die Patientenakte haben, das mit dem Interesse an einer Löschung abzuwägen ist.

Zu § 91 (Auskunfts- und Einsichtsrechte)

§ 91 regelt neu Auskunfts- und Einsichtsrechte der betroffenen Person. Die Norm konkretisiert den aus Artikel 1 Absatz 1 i.V.m. Artikel 2 Absatz 1 GG abgeleiteten Anspruch auf informationelle Selbstbestimmung. Auskunft und Einsicht sind unentgeltlich zu gewähren.

Zu Absatz 1

Absatz 1 sieht ein umfassendes unentgeltliches Auskunfts- und Einsichtsrecht zu Gunsten der betroffenen Person vor. Es wird klargestellt, dass sich die Auskunft auch auf die Herkunft und die Personen und Stellen bezieht, an die Daten übermittelt worden sind.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die Auskunft und Akteneinsicht in Bezug auf medizinische Daten. Diese darf nur von einer Ärztin oder einem Arzt gewährt werden. Hierdurch wird – soweit erforderlich – die fachkundige Begleitung der Auskunft und Einsicht sichergestellt. Für den Fall des Todes der betroffenen Person verweist Satz 3 auf das Recht zur Einsichtnahme in die Patientenakte nach dem § 630g Absatz 3 BGB. Dies ist zur Wahrnehmung vermögensrechtlicher und immaterieller Interessen der Erben und Angehörigen legitim, wenn es dem ausdrücklichen oder mutmaßlichen Willen des Verstorbenen nicht entgegenläuft.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt die Versagung der Auskunft oder Einsicht. Diese kann wegen einer Lebensgefahr oder der Gefahr schwerwiegender gesundheitlicher Nachteile für die betroffene Person versagt werden. Ziel dieser Einschränkung ist der Schutz der betroffenen Person vor Informationen über ihre Person, die sie erheblich schädigen kann. Die Auskunft und Einsicht hat auch bei Entgegenstehen berechtigter Geheimhaltungsinteressen Dritter zu unterbleiben. Ein solches berechtigtes Geheimhaltungsinteresse kann etwa bei der Information über eine Vorerkrankung des Dritten gegeben sein. Eine vergleichbare Regelung findet sich in § 630g Absatz 1 BGB.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt ein institutionelles Einsichtsrecht für die internationale Gremien des Europäischen Ausschusses zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT), des Unterausschuss zur Prävention von Folter der Vereinten Nationen sowie der Nationalen Stelle zur Verhütung von Folter, denen aufgrund von internationalen Abkommen Einsichtsrechte zu gewähren sind. Die Vorschrift normiert ein Recht zur Einsichtnahme in die Patientenakte der untergebrachten Person durch Mitglieder der Delegationen während eines Besuchs des Krankenhauses oder der anerkannten Einrichtung, in der die Person nach diesem Gesetz oder wegen einer psychischen Krankheit durch ihre gesetzliche Vertreterin oder ihren gesetzlichen Vertreter untergebracht ist oder war. Vom Einsichtsrecht ausgenommen sind Therapiegespräche. Eine Einsichtnahme durch Aushändigung von Kopien ist von der Vorschrift nicht gedeckt.

Damit wird insbesondere einer Forderung des CPT aus dem Jahr 2016 entsprochen, Maßnahmen zu ergreifen, damit Besuchsdelegationen des Ausschusses künftig unbeschränkte Einsicht in die Krankenakten von untergebrachten Personen erhalten können. Aus Gründen der Klarstellung wurde normiert, dass das identische Recht zur Akteneinsichtnahme im Rahmen von Besuchen auch für Mitglieder einer durch das Übereinkommen der Vereinten Nationen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe legitimierten Stelle gilt, auch wenn hierfür bereits eine Rechtsgrundlage in Artikel 14 Absatz 1 Buchst. b und Artikel 20 Buchst. b des Fakultativprotokolls zum Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe besteht. Die Einsichtnahme wird gewährt, soweit dies zur Wahrnehmung der Aufgaben dieser Stellen erforderlich ist. Die Einschätzung der Erforderlichkeit wird in diesen Fällen von den Mitgliedern der genannten Stellen vorgenommen werden und von dem Krankenhaus oder der sonstigen Einrichtung im Regelfall zu akzeptieren sein.

Die anlasslose Gewährung von Einsicht in Akten, die besonders sensible Daten wie Gesundheitsdaten enthalten, stellt einen schweren Eingriff in das Recht der Patientinnen und Patienten auf informationelle Selbstbestimmung dar. Dieser ist hier aber auf Grund des hochrangigen Zwecks einer Verhinderung beziehungsweise Aufdeckung von Folter und unmenschlicher Behandlung durch zum Schutz dieses Zwecks tätige internationale Organisationen zulässig, insbesondere verhältnismäßig. Anders als durch eine auf Forderung der Mitglieder der genannten Stellen umfassend zu gewährende Akteneinsicht lässt sich deren ungehinderte Aufgabenwahrnehmung nicht sicherstellen. Forderte man insbesondere für die Gewährung von Akteneinsicht in Gesundheitsakten das Vorliegen tatsächlicher Anhaltspunkte für Misshandlungen, wäre die Möglichkeit der genannten Stellen, die Rechtmäßigkeit der Behandlung zu überprüfen, eingeschränkt. Tatsächliche Anhaltspunkte für Misshandlungen werden sich nicht aus den Akten oder durch eine Befragung der untergebrachten Personen ergeben, die vor dem Besuch einer Delegation durch gezielte Desinformation oder Einschüchterung beeinflusst werden könnten.

Das internationale Monitoring der Behandlung von untergebrachten Personen dient dem präventiven Schutz. Das bedeutet, dass gerade die anlasslose Überprüfung eine Kernaufgabe der genannten Stellen ist. Die Tätigkeit dieser Stellen ist Teil der menschenrechtlichen Garantien in Europa. Daher ist eine anlasslose Akteneinsicht zu ermöglichen. In dieser speziellen Konstellation ist die normierte Akteneinsicht mit dem Schutz der Grundrechte der untergebrachten Personen vereinbar, zumal die Mitglieder der genannten Stellen strengen Verfahrensregeln unterliegen.

Von der Vorschrift ist es auch gedeckt, dass Berufsgeheimnisträgerinnen und Berufsgeheimnisträger den Mitgliedern der genannten Stellen Auskünfte und Erläuterungen zum Inhalt der Gesundheitsakten und Krankenblätter geben. Bei der Norm handelt es sich um eine Offenbarungsbefugnis im Sinne von § 203 StGB.

Zu § 92 (Datenschutz bei Forschungsvorhaben)

§ 92 regelt den Datenschutz bei Forschungsvorhaben. Die Norm ist die – spezielle – Rechtsgrundlage für die Verarbeitung besonders geschützter Daten nach Artikel 9 Absatz 2 Buchst. j DSGVO im psychiatrischen Hilfesystem und ergänzt die allgemeinen Vorschriften in § 12 SächsDSDG.

Zulässig ist nur die Eigenforschung des unter die Schweigepflicht nach § 203 StGB fallenden wissenschaftlichen Personals. Verarbeitet werden dürfen die in ihrer Einrichtung anfallenden personenbezogenen Patientendaten. Mit „in der Einrichtung anfallenden personenbezogenen Daten“ sind nicht nur die durch die konkret forschende Person selbst erhobenen Daten gemeint, sondern alle die zu der behandelten Person im Behandlungskontext in der Einrichtung gesammelten Daten, auf die die Forschenden datenschutzkonform ein Zugriffsrecht im Behandlungsverhältnis haben.

Die Datenverarbeitung muss wiederum unter Beachtung der Schweigepflicht nach § 203 StGB erfolgen. Soweit es ohne Beeinträchtigung des Forschungsvorhabens möglich ist, sind die personenbezogenen Daten zu anonymisieren.

Zu Unterabschnitt 2 (Datenschutz im Maßregelvollzug)

Die Regelungen des Unterabschnitt 2 (§§ 93 – 96) wurden inhaltlich unverändert aus dem SächsPsychKG übernommen. Die ursprünglichen Vorschriften der §§ 38c – 38e des SächsPsychKG haben sich inhaltlich bewährt und wurden daher lediglich redaktionell angepasst.

Zu § 93 (Entsprechende Geltung der Regelungen für den Justizvollzug)

§ 93 entspricht inhaltlich vollumfänglich der ursprünglichen Regelung des § 38c Absatz 1 SächsPsychKG und wurde lediglich redaktionell angepasst, wobei zur besseren Lesbarkeit der Norm die aufgeführten Nummern des § 38c Absatz 1 in einzelne Absätze des § 93, konkret Absätze 2 bis 13, geändert wurden. § 38c Absatz 2 SächsPsychKG wurde unverändert in § 93 Absatz 14 übernommen.

Zu § 94 (Übermittlung an die Maßregelvollzugseinrichtung)

§ 94 entspricht inhaltlich der bewährten Vorgängerregelung des § 38c Absatz 3 SächsPsychKG und wurde ebenfalls zur besseren Lesbarkeit des Gesetzes als gesonderte Vorschrift eingeführt.

Zu § 95 (Bußgeldvorschriften)

§ 95 entspricht inhaltlich der Altregelung des § 38d SächsPsychKG. Redaktionelle Anpassungen ergeben sich aus der geschlechtsneutralen Formulierung. Die Überschrift wurde auf das Wort „Bußgeldvorschriften“ reduziert, weil die Vorschrift im Unterabschnitt 2 – Datenschutz im Maßregelvollzug steht.

Zu § 96 (Strafvorschriften)

Der Regelungsinhalt des § 38e SächsPsychKG wurde unverändert in § 96 übernommen. Die Überschrift wurde auf das Wort „Strafvorschriften“ reduziert, weil die Vorschrift im Unterabschnitt 2 – Datenschutz im Maßregelvollzug steht.

Zu Abschnitt 6 (Schlussvorschriften)

Zu § 97 (Einschränkungen von Grundrechten)

Durch dieses Gesetz wird eine Reihe von Grundrechten eingeschränkt. Die Verpflichtung, die eingeschränkten Grundrechte zu nennen, ergibt sich aus Artikel 19 Absatz 1 Satz 2 Grundgesetz und Artikel 37 Absatz 1 Satz 2 der Verfassung des Freistaates Sachsen.

Zu § 98 (Übergangsvorschrift zur Psychiatriebergerichterstattung)

§ 98 regelt die Übergangsvorschriften zur Psychiatriebergerichterstattung nach dem SächsPsychKG nach Inkrafttreten des SächsPsychKHG.

Diese wurden durch die in § 16 Absatz 2 bis 5 geregelten Meldepflichten der psychosozialen Dienste und Angebote (vormals als psychiatrische Dienste und Einrichtungen bezeichnet) ersetzt und inhaltlich neu gefasst. Für Krankenhäuser der Allgemeinpsychiatrie finden sich neue Meldepflichten in § 16 Absatz 6. Für die Krankenhäuser und anerkannten Einrichtungen, soweit sie öffentlich-rechtliche Unterbringungen vollziehen, sind Meldepflichten neu in § 46 Absatz 2 bis 3 aufgenommen worden. Für forensische Kliniken finden sich neu die Meldepflichten in § 83. Auf die Erhebung personenbezogener Daten wurde bei der Neuregelung verzichtet. Ebenso entfällt die Festlegung einer konkreten, für die Datenauswertung zuständigen Stelle (Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden nach der Altregelung).

Für den Übergangszeitraum 2023/2024, in dem Daten teilweise nach der alten oder der neuen Rechtslage verarbeitet und ausgewertet werden müssen, sind Übergangsregelungen erforderlich.

Zu Absatz 1

Das SächsPsychKHG tritt im Laufe des Jahres 2024 in Kraft. Das heißt, die im Rahmen der Psychiatriebergerichterstattung für 2023 erhobenen Daten müssen noch weiterverarbeitet werden können. Dies macht eine Übergangsregelung bzw. Anpassungsregelung erforderlich. Soweit der für die Datenauswertung zuständigen Stelle Aufgaben zugewiesen werden sowie diese inhaltlich ausgestaltet werden, ist eine Rechtsgrundlage für die Aufgabenzuweisung erforderlich. Die datenauswertende Stelle (§ 8f Absatz 1) ist mithin berechtigt, die bis zum 31.01.2024 an sie übermittelten Daten des Jahres 2023 (§ 8d) zum Zwecke der Psychiatriebergerichterstattung (§ 8a) zu speichern (§8e) und auszuwerten (§ 8f Absatz 2). Die Kosten der Datenauswertung 2023 und der datenauswertenden Stelle, die im Jahr 2024 erfolgen wird, trägt der Freistaat Sachsen (§ 8h).

Soweit die personenbezogenen Daten für die Erfüllung der jeweiligen Aufgabe nicht mehr erforderlich sind, sind diese gemäß Artikel 5 Absatz 1 Buchst. e DSGVO (Speicherbegrenzung) i.V.m. Artikel 17 Absatz 1 Buchstabe a DSGVO zu löschen. Dies betrifft insbesondere

die von den psychiatrischen Diensten und Angeboten anteilig für 2024 erhobenen personenbezogenen Daten nach § 8b SächsPsychKG.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die weitere Nutzung der auf Grundlage der Altregelung des SächsPsychKG erstellten Psychiatrieberichte (=Datenauswertung). Diese soll den bisher berechtigten Diensten, Einrichtungen, Landkreisen, Kreisfreien Städten und des SMS weiter zur Verfügung stehen.

Zu Artikel 2 (Folgeänderungen)

In Artikel 2 werden alle sich aus Artikel 1 ergebenden Folgeänderungen geregelt.

Zu Absatz 1

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu Artikel 1 im Sächsischen Krankenhausgesetz aufgrund der Neufassung und Umbenennung des Sächsischen Psychisch-Kranken-Gesetz in das Sächsische Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz.

Zu Absatz 2

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung. Auf Grund der nunmehr ausschließlichen Regelung für die Besuchskommissionen in § 4 SächsPsychKHG ist § 16 Absatz 5 des SächsBeWoG anzupassen.

Zu Absatz 3

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung. § 1 Satz 1 PsychKHEinzugsgebietsVO verweist für die Begrifflichkeit der Einzugsgebiete der Krankenhäuser auf § 2 Absatz 2 SächsPsychKG. Der Regelungsinhalt dieser Norm ist jetzt in § 12 Absatz 1 SächsPsychKHG wiedergegeben.

Zu Absatz 4

Absatz 4 enthält die Folgeänderungen, die sich aus der Änderungen des SächsPsychKHG für die Sächsischen Kommunalpauschalenverordnung ergeben. Die Zuwendungsvoraussetzungen für Förderungen im Bereich der Psychiatrie und Suchthilfe werden redaktionell angepasst.

Nummer 1

Die Regelung in Nummer 1 wird die Zuwendungsvoraussetzung für Sozialpsychiatrische Dienste in Bezug auf die Leitungsperson angepasst. Die Regelungen finden sich jetzt in § 11 Absatz 3 und 4 SächsPsychKG.

Die weitere Zuwendungsvoraussetzung für Sozialpsychiatrische Dienste, psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen in Bezug auf die Teilnahme an der Psychiatrieberaterstattung wird ebenfalls redaktionell angepasst. Die Regelung zur Psychiatrieberaterstattung findet sich nun in § 6 i.V.m § 16 Absatz 2 und 3 SächsPsychKG

Zu Nummer 2

Die Zuwendungsvoraussetzung für Suchtberatungs- und Suchtbehandlungsstellen in Bezug auf die Teilnahme an der Berichterstattung im Rahmen der Deutschen Suchthilfestatistik wird ebenfalls in § 5 Absatz 1 Satz 2 SächsKomPauschVO angepasst. Die neue, in Bezug genommene Regelung findet sich nun in § 6 i.V.m § 16 Absatz 4 SächsPsychKHG.

Zu Absatz 5

Absatz 5 enthält die Folgeänderungen, die sich aus der Änderungen des SächsPsychKHG für die Vollzugslockerungsverordnung ergeben.

Zu Nummer 1

In Nummer 1 werden die Folgeänderungen für § 1 der Vollzugslockerungsverordnung genannt.

Zu Buchstabe a

In § 3 Absatz 9 SächsPsychKHG wird die Definition einer Maßregelvollzugseinrichtung und in § 3 Absatz 10 SächsPsychKHG die Definition einer spezialisierten Maßregelvollzugseinrichtung neu eingeführt. Der Verweis auf diese neu eingeführten Definitionen wird als Folgeänderung auch in die Vollzugslockerungsverordnung aufgenommen.

Zu Buchstabe b

Redaktionell wird die Vorschrift durch die Ersetzung der Wörter „der Untergebrachte“ durch die Wörter „die Patientin oder der Patient“ geschlechtsneutral gefasst.

Zu Nummer 2

Nummer 2 enthält die sich aus Novellierung des SächsPsychKHG für § 2 Vollzugslockerungsverordnung ergebenden Folgeänderungen.

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu Artikel 1 (§ 84 Absatz 1 Satz 2 SächsPsychKHG). § 2 Absatz 1 Satz 1 VollzLVO verweist für die Frage, wann Vollzugslockerungen zu gewähren sind, bislang auf § 38 Absatz 3 Satz 1 SächsPsychKHG. Dieser Regelungsinhalt findet sich in § 84 Absatz 1 Satz 2 SächsPsychKHG.

Zu Doppelbuchstabe bb

Redaktionell wird die Vorschrift durch die Ergänzung der Wörter „Patientinnen und“ geschlechtsneutral gefasst.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu Artikel 1 (§ 84 Absatz 1 Satz 2 SächsPsychKHG). Außerdem soll die Vorschrift durch die Ergänzung der Wörter „der Patientin oder“ geschlechtsneutral gefasst werden.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu Artikel 1 (§ 84 Absatz 2 Satz 1 SächsPsychKHG). Mit dem Verweis in § 2 Absatz 3 Satz 1 VollzLVO auf bislang § 38 Absatz 3 Satz 3 SächsPsychKHG wird klargestellt, dass vor einer Vollzugslockerung die Vollstreckungsbehörde zu hören ist. Dieser Regelungsinhalt findet sich in § 84 Absatz 2 Satz 1 SächsPsychKHG. Außerdem soll die Vorschrift durch die Ergänzung der Wörter „der Patientin oder“ geschlechtsneutral gefasst werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Redaktionell wird die Vorschrift durch die Ergänzung der Wörter „die Patientin oder“ geschlechtsneutral gefasst.

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

In § 3 Absatz 9 SächsPsychKHG wird die Definition einer Maßregelvollzugseinrichtung und in § 3 Absatz 10 SächsPsychKHG die Definition einer spezialisierten Maßregelvollzugseinrichtung neu eingeführt. Der Verweis auf diese neu eingeführten Definitionen wird als Folgeänderung auch in die Vollzugslockerungsverordnung aufgenommen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die redaktionelle Änderung der Vorschrift beruht auf den Bemühungen, den Gesetzestext geschlechtsneutral zu fassen.

Zu Buchstabe e

Die Vorschrift bleibt inhaltlich unverändert und wird nur geschlechtsneutral gefasst.

Zu Nummer 3

Zu Buchstabe a

Redaktionell wird die Vorschrift durch die Ergänzung der Wörter „der Patientin oder“ geschlechtsneutral gefasst.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

In § 3 Absatz 9 SächsPsychKHG wird die Definition einer Maßregelvollzugseinrichtung und in § 3 Absatz 10 SächsPsychKHG die Definition einer spezialisierten Maßregelvollzugseinrichtung neu eingeführt. Der Verweis auf diese neu eingeführten Definitionen wird als Folgeänderung auch in die Vollzugslockerungsverordnung aufgenommen. Außerdem wird die Vorschrift durch die Ergänzung der Wörter „der Patientin oder“ geschlechtsneutral gefasst.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Vorschrift wird ohne inhaltliche Änderung geschlechtsneutral gefasst.

Zu Nummer 4

Zu Buchstabe a

Die Regelung bleibt inhaltlich unverändert und wird nur geschlechtsneutral gefasst.

Zu Buchstabe b

In § 3 Absatz 9 SächsPsychKHG wird die Definition einer Maßregelvollzugseinrichtung und in § 3 Absatz 10 SächsPsychKHG die Definition einer spezialisierten Maßregelvollzugseinrichtung neu eingeführt. Der Verweis auf diese neu eingeführten Definitionen wird als Folgeänderung auch in die Vollzugslockerungsverordnung aufgenommen.

Zu Nummer 5

Zu Buchstabe a

Diese redaktionelle Änderung beruht auf den Bemühungen, den Gesetzestext geschlechtsneutral zu fassen.

Zu Buchstabe b

In § 3 Absatz 9 SächsPsychKHG wird die Definition einer Maßregelvollzugseinrichtung und in § 3 Absatz 10 SächsPsychKHG die Definition einer spezialisierten Maßregelvollzugseinrichtung neu eingeführt. Der Verweis auf diese neu eingeführten Definitionen wird als Folgeänderung auch in die Vollzugslockerungsverordnung aufgenommen. Außerdem wird die Vorschrift durch die Ergänzung der Wörter „der Patientin oder“ geschlechtsneutral gefasst.

Zu Artikel 3 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten)

Artikel 3 regelt das Inkrafttreten des SächsPsychKHG bei gleichzeitigem Außerkrafttreten des SächsPsychKG.