

25.05.2016

Gesetzentwurf

der Landesregierung

Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten

A Problem

Das Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) regelt für Menschen mit psychischen Erkrankungen die Hilfemöglichkeiten und die Schutz- und Unterbringungsmaßnahmen, sofern gewichtige Anhaltspunkte für eine Selbstgefährdung oder eine Gefährdung bedeutender Rechtsgüter anderer auf Grund der psychischen Erkrankung bestehen.

Das Bundesverfassungsgericht und der Bundesgerichtshof haben in ihrer Rechtsprechung in den Jahren 2011 und 2012 grundlegende Aussagen für die Behandlung und Betreuung von Menschen getroffen, die auf Grund psychischer Erkrankungen besonderer Hilfe und besonderen Schutzes bedürfen. Dazu zählt vor allem der Regelungsbereich der Behandlung im Rahmen einer zwangsweisen Unterbringung. Hier hat die höchstrichterliche Rechtsprechung zwar bei einwilligungsunfähigen Betroffenen die grundsätzliche Möglichkeit zur Zwangsbehandlung eingeräumt, jedoch hohe Anforderungen an die Durchführung formuliert. Das PsychKG genügt diesen Anforderungen bislang nicht in allen Bereichen.

Im Mittelpunkt des PsychKG als Hilfe- und Schutzgesetz stehen die Betroffenen. Ihre Rechte auf Selbstbestimmung und Schutz müssen für die Ausgestaltung des Gesetzes handlungsleitend sein. Entsprechende Bezüge zu den zum Teil novellierten Regelungen im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) sind herzustellen. Die Ausübung von hoheitlichen Aufgaben im Rahmen des Vollzugs der öffentlich-rechtlichen Unterbringung wird konkretisiert.

Mit dem Inkrafttreten des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention – UN-BRK) am 26. März 2009 (BGBl. 2008 II. S. 1419) sind den Ländern weitere Vorkehrungs- und Dokumentationspflichten im Bereich der Hilfen und Schutzmaßnahmen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen auferlegt worden. Diese Dokumentationspflichten schließen an bereits bestehende lan-

Datum des Originals: 24.05.2016/Ausgegeben: 01.06.2016

Die Veröffentlichungen des Landtags Nordrhein-Westfalen sind einzeln gegen eine Schutzgebühr beim Archiv des Landtags Nordrhein-Westfalen, 40002 Düsseldorf, Postfach 10 11 43, Telefon (0211) 884 - 2439, zu beziehen. Der kostenfreie Abruf ist auch möglich über das Internet-Angebot des Landtags Nordrhein-Westfalen unter www.landtag.nrw.de

desrechtliche Normen zur Gesundheitsberichterstattung und Dokumentation an. Es ist notwendig, diese in Bezug auf die Unterbringung von Menschen mit psychischen Erkrankungen im PsychKG zu konkretisieren.

Auf Grund der Berichtspflicht gemäß § 37 PsychKG war dem Landtag bis zum 31. Dezember 2014 über Erfahrungen mit diesem Gesetz zu berichten. Der erstellte Bericht zur Evaluierung des PsychKG hat den Handlungsbedarf des Landesgesetzgebers bestätigt.

Vor dem Hintergrund der genannten Entwicklungen ist eine Gesetzesänderung unabdingbar.

Unter Beachtung der UN-BRK und der Verpflichtung zur Landesgesundheitsberichterstattung hat das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen mit der Aufstellung eines Landespsychiatrieplans in einem dialogischen Prozess begonnen. Im Fokus steht die Bestandsaufnahme und Weiterentwicklung der vor- und nachsorgenden Hilfen. Der begonnene Prozess wird noch Zeit in Anspruch nehmen, so dass sich etwaige daraus ergebende gesetzliche Änderungsbedarfe in der anstehenden Novelle noch nicht berücksichtigt werden können. Gleichwohl wird durch die gesetzliche Verankerung einer regelmäßigen Berichterstattung und Landespsychiatrieplanung im PsychKG bereits jetzt ein Legitimations- und Verpflichtungsrahmen geschaffen.

Parallel werden auf Bundesebene mit dem Bundesteilhabegesetz und dem Zweiten und Dritten Pflegestärkungsgesetz große Reformvorhaben ins parlamentarische Verfahren eingebracht, deren Auswirkungen auf die Hilfestrukturen auf Landesebene und landesgesetzliche Regelungen zukünftig zu beachten sein werden.

Der vorliegende Entwurf ist insoweit der erste Teil eines zweistufigen Verfahrens. Entsprechende Novellierungen zu den Hilfestrukturen werden später erfolgen.

B Lösung

In den Grundsätzen des PsychKG-E wird der Bezug zu den Grundrechten und der UN-BRK gestärkt.

Der Bezug zu den erweiterten Rechten der Betroffenen ist durch die ausdrückliche Nennung der entsprechenden Vorschriften des BGB im Gesetz enthalten. Die Beachtung des mutmaßlichen Willens der Betroffenen ist zwingend geboten sowie das Angebot einer Behandlungsvereinbarung regelhaft zu gewährleisten. Die aus rechtlichen und fachlichen Gesichtspunkten notwendigen Änderungen im Bereich der Zwangsbehandlung werden umgesetzt. So ist die Voraussetzung für eine Zwangsbehandlung, dass eine weniger eingreifende Maßnahme aussichtslos ist, der zu erwartende Nutzen die zu erwartenden Beeinträchtigungen für die Betroffenen deutlich überwiegt und der Versuch vorausgegangen ist, die Zustimmung der Betroffenen zu erreichen. Zudem muss eine richterliche Einwilligung (vorherige Zustimmung) vorliegen. Auch für den Regelungsbereich der besonderen Sicherungsmaßnahmen ist für eine über einen längeren Zeitraum andauernde Maßnahme der Fixierung oder Isolierung ein Richtervorbehalt vorgesehen. Aufgrund der vorgesehenen erweiterten Aufgabenstellung durch Beantragung einer richterlichen Genehmigung in Bezug auf Zwangsmaßnahmen und der aktuellen höchstrichterlichen Rechtsprechung zur Übertragung hoheitlicher Aufgaben an private und gemeinnützige Träger wird dies im Wege einer Beleihung der Krankenhausträger durch Verwaltungsakt konkretisiert.

Die Dokumentationspflichten im Rahmen der Unterbringung werden erweitert und in Teilbereichen konkretisiert. Um die Entwicklung der Zahl der Unterbringungen und anderer Zwangsmaßnahmen zuverlässig dokumentieren und bewerten zu können, ist eine gesetzliche Regelung für die Meldung im Wege einer umfassenden Berichterstattung vorgesehen.

Durch die gesetzliche Verankerung eines Landespsychiatriebeirates und einer Landespsychiatrieplanung in § 31 und § 32 PsychKG-E werden die gesetzliche Legitimation, Transparenz und Verbindlichkeit erreicht.

C Alternativen

Die Umsetzung der Vorgaben durch die UN-BRK und die höchstrichterliche Rechtsprechung ist rechtlich geboten. Es bestehen keine Alternativen.

D Kosten

Durch die gesetzliche Verankerung der richterlichen Genehmigung von Zwangsbehandlungen und von besonderen Sicherungsmaßnahmen, die über einen längeren Zeitraum andauern oder regelmäßig wiederkehren, entsteht eine Mehrbelastung bei den Betreuungsgerichten. Durch die Beleihung der Krankenhausträger entsteht eine Mehrbelastung bei der örtlich zuständigen Bezirksregierung. Hierdurch entstehen dem Land Kosten.

Die Auswertung der erstmalig 2014 gemeldeten Zwangsmaßnahmen lässt auf ein Volumen von ca. 2.500 Antragsverfahren in NRW schließen. Diese verteilen sich jeweils zu drei Fünfteln auf Zwangsbehandlungen und zu zwei Fünfteln auf besondere Sicherungsmaßnahmen. Es ist jedoch mittelfristig zu erwarten, dass die vorgesehenen gesetzlichen Novellierungen (enge Voraussetzungen, Einführung einer richterlichen Genehmigung, Meldung der einzelnen Maßnahme an die zuständige Aufsichtsbehörde) zu einer Senkung der Zwangsmaßnahmen führen werden. Der Umfang ist noch nicht abzuschätzen.

Auf der Grundlage der vorliegenden Meldungen ist von einem zusätzlichen Bedarf von drei Richterinnen- und Richterstellen, einer Stelle im gehobenen Dienst und drei Stellen im mittleren und Schreibdienst auszugehen (auf der Basis des Systems der Personalbedarfsberechnung nach PEBB§Y in der ordentlichen Gerichtsbarkeit und bei den Staatsanwaltschaften). Zudem sind Kosten durch die Einholung von ärztlichen Gutachten bei Zwangsbehandlungen und den Einsatz von Verfahrenspflegerinnen und Verfahrenspflegern zu erwarten, sofern die Betroffenen diese nicht selbst tragen können. Unter Einbeziehung der oben genannten Erwägungen erscheint deshalb die Annahme wahrscheinlich, dass sich der jährliche Mehraufwand etwa bei 1,4 Millionen Euro bewegen wird.

Auf Grund der Beleihungsregelung in § 10a PsychKG-E ist mit einem Mehraufwand in Bezug auf die Verwaltungsakte und die Aufsicht bei der örtlich zuständigen Bezirksregierung zu rechnen. Hier ist von einem Mehrbedarf von 3 Stellen im gehobenen Dienst mit einem Finanzvolumen von 210.000 Euro auszugehen.

Die Entscheidung über etwaigen Mehrbedarf an Stellen und Mitteln bleibt den künftigen Haushaltsaufstellungsverfahren vorbehalten.

E Zuständigkeit

Zuständig ist das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter. Beteiligt sind das Justizministerium, das Finanzministerium, das Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales, das Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport sowie das Ministerium für Inneres und Kommunales.

F Auswirkungen auf die Selbstverwaltung und die Finanzlage der Gemeinden und Gemeindeverbände

Die für die Kommunen vorgesehenen Berichtspflichten bewirken keinen zusätzlichen Aufwand. Sie bestehen bereits jetzt und basieren auf den Regelungen des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW).

G Finanzielle Auswirkungen auf die Unternehmen und die privaten Haushalte

Keine.

H Geschlechterdifferenzierte Betrachtung der Auswirkungen des Gesetzes

In den Grundsätzen des Gesetzes ist aufgenommen, dass die unterschiedlichen Bedarfe der verschiedenen Geschlechter und Geschlechtsidentitäten bei den Hilfen und Maßnahmen zu berücksichtigen sind.

I Befristung

Das Land ist zur Wahrnehmung der im Gesetz geregelten Aufgaben fortlaufend verpflichtet. Daher wird von einer Befristung abgesehen. Durch die regelmäßige Berichtspflicht wird eine kontinuierliche Überprüfung und eine sich daraus ergebende Anpassung der Aufgaben sichergestellt. Es erfolgt eine redaktionelle Anpassung des nächsten Berichtstermins zum 31. Dezember 2019.

G e g e n ü b e r s t e l l u n g

Gesetzentwurf der Landesregierung

Auszug aus den geltenden Gesetzesbestimmungen

Zweites Gesetz zur Änderung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten

Artikel 1

Das Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten vom 17. Dezember 1999 (GV. NRW. S. 662), das zuletzt durch Gesetz vom 22. November 2011 (GV. NRW. S. 587) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG)

Inhaltsübersicht

Abschnitt I Allgemeines

- § 1 Anwendungsbereich
- § 2 Grundsatz

Abschnitt II Allgemeine Bestimmungen über die Hilfen für psychisch Kranke

- § 3 Ziel und Art der Hilfen
- § 4 Anspruch auf Hilfen
- § 5 Träger der Hilfen
- § 6 Zusammenarbeit

Abschnitt III Vorsorgende Hilfe für psychisch Kranke

- § 7 Ziel der vorsorgenden Hilfe
- § 8 Durchführung der Hilfe
- § 9 Maßnahmen der unteren Gesundheitsbehörde

Abschnitt IV Unterbringung

- a) Die Angabe zu § 10 wird wie folgt gefasst:

„§ 10 Unterbringung“.

§ 10 Unterbringung und Aufsicht

- b) Nach der Angabe zu § 10 wird folgende Angabe eingefügt:

„§10a Aufgabenübertragung, Aufsicht“.

§ 11 Voraussetzungen der Unterbringung
 § 12 Sachliche Zuständigkeit
 § 13 Anwendung der Vorschriften über die freiwillige Gerichtsbarkeit
 § 14 Sofortige Unterbringung
 § 15 Beendigung der Unterbringung
 § 16 Rechtsstellung der Betroffenen

- c) Die Angabe zu § 17 wird wie folgt gefasst:

„§ 17 Aufnahme, Eingangsuntersuchung und Erforderlichkeit der weiteren Unterbringung“.

§ 17 Aufnahme und Eingangsuntersuchung

§ 18 Behandlung
 § 19 Persönlicher Besitz
 § 20 Besondere Sicherungsmaßnahmen
 § 21 Schriftverkehr
 § 22 Besuche, Telefongespräche, Telekommunikation
 § 23 Besuchskommissionen
 § 24 Beschwerdestellen
 § 25 Beurlaubungen
 § 26 Freiwilliger Krankenhausaufenthalt

**Abschnitt V
 Nachsorgende Hilfe für psychisch Kranke**

§ 27 Ziel der nachsorgenden Hilfe
 § 28 Durchführung
 § 29 Mitwirkung bei der Aussetzung

**Abschnitt VI
 Zuständigkeit und Kosten**

§ 30 Aufsichtsbehörden

- d) Die Angaben zu den §§ 31 bis 36 werden durch folgende Angaben ersetzt:

„§ 31 Landesfachbeirat Psychiatrie	
§ 32 Meldepflichten, Berichterstattung, Landespsychiatrieplan	
§ 33 Kosten der Hilfen für psychisch Kranke	§ 31 Kosten der Hilfen für psychisch Kranke
§ 34 Kosten der Unterbringung	§ 32 Kosten der Unterbringung
§ 35 Kosten der Behandlung	§ 33 Kosten der Behandlung
§ 36 Einschränkung von Grundrechten	§ 34 Einschränkung von Grundrechten
§ 37 Änderungsvorschrift	§ 35 Änderungsvorschrift
§ 38 Inkrafttreten	§ 36 In-Kraft-Treten
§ 39 Berichtspflicht“.	

2. § 2 wird wie folgt gefasst:

**„§ 2
Grundsatz**

(1) Bei allen Hilfen und Maßnahmen auf Grund dieses Gesetzes sind die Würde und persönliche Integrität der Betroffenen zu schützen. Ihre Freiheit, Entscheidungen selbstbestimmt zu treffen, und ihre Unabhängigkeit sind zu achten. Hierbei sind die unterschiedlichen Bedarfe der verschiedenen Geschlechter und Geschlechtsidentitäten zu berücksichtigen.

(2) Die §§ 1901a und 1901b des Bürgerlichen Gesetzbuches zur Patientenverfügung und zum Patientenwillen in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. März 2016 (BGBl. I S. 396) geändert worden ist, sind zu beachten. Dies gilt auch für den in Behandlungsvereinbarungen niedergelegten Willen. Der Abschluss von Behandlungsvereinbarungen ist anzubieten und zu fördern. Auf die Möglichkeit zur Niederlegung des Willens in Patientenverfügungen ist hinzuweisen.

**§ 2
Grundsatz**

Bei allen Hilfen und Maßnahmen auf Grund dieses Gesetzes ist auf den Willen und die Bedürfnisse der Betroffenen besondere Rücksicht zu nehmen. Dies gilt auch für Willensäußerungen der Betroffenen vor Beginn einer Maßnahme, insbesondere für Behandlungsvereinbarungen mit Ärztinnen und Ärzten ihres Vertrauens. Für eine ausreichende Dokumentation ist Sorge zu tragen.

(3) Für eine sorgfältige und den Zielen dieses Gesetzes entsprechende Dokumentation ist Sorge zu tragen. Im Rahmen der Unterbringung sind alle Behandlungs- und Sicherungsmaßnahmen dokumentarisch zu erfassen.“

3. § 10 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

**„§ 10
Unterbringung“.**

b) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Die Unterbringung soll soweit wie möglich in offenen Formen durchgeführt werden.“

c) Absatz 4 wird aufgehoben.

**§ 10
Unterbringung und Aufsicht**

(1) Ziel der Unterbringung ist es, die in § 11 Abs. 1 und 2 genannten Gefahren abzuwenden und die Betroffenen nach Maßgabe dieses Gesetzes zu behandeln.

(2) Eine Unterbringung im Sinne dieses Gesetzes liegt vor, wenn Betroffene gegen ihren Willen oder gegen den Willen Aufenthaltsbestimmungsberechtigter oder im Zustand der Willenlosigkeit in ein psychiatrisches Fachkrankenhaus, eine psychiatrische Fachabteilung eines Allgemeinkrankenhauses oder einer Hochschulklinik (Krankenhaus) eingewiesen werden und dort verbleiben. Die §§ 1631 b, 1800, 1915 und 1906 BGB bleiben unberührt. Die Krankenhäuser haben durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass sich die Betroffenen der Unterbringung nicht entziehen.

(3) Die Zuständigkeit der Krankenhäuser ergibt sich aus § 2 in Verbindung mit § 16 Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen – KHGG NRW – vom 11. Dezember 2007 (GV. NRW. S. 702, ber. 2008 S. 157) in der jeweils geltenden Fassung.

(4) Die Rechtsaufsicht über Krankenhäuser nach Absatz 2, soweit Betroffene untergebracht sind, führt die Aufsichtsbehörde. § 11 KHGG NRW bleibt unberührt.

4. Nach § 10 wird folgender § 10a eingefügt:

**„§ 10a
Aufgabenübertragung, Aufsicht**

(1) Die nach Absatz 2 Satz 1 zuständige Aufsichtsbehörde kann die Durchführung der Aufgaben nach Abschnitt IV mit Ausnahme der §§ 12 und 14 auf einen Krankenhausträger übertragen. In diesem Fall bedarf die Übertragung der Aufgabe einer Beleihung mit den für die Durchführung dieser Aufgabe erforderlichen hoheitlichen Befugnissen. Die Beleihung erfolgt durch Bescheid der nach Absatz 2 Satz 1 zuständigen Aufsichtsbehörde an den Krankenhausträger. Die Aufgabenübertragung darf nur erfolgen, wenn die Einrichtung im Hinblick auf ihre personelle und sachliche Ausstattung, Organisation sowie medizinische und persönliche Betreuung der Betroffenen für die Unterbringung geeignet ist. Die Voraussetzungen des Satzes 4 sind erfüllt, wenn der Krankenhausträger durch feststellenden Bescheid im Sinne des § 16 des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen in den Krankenhausplan aufgenommen ist. Der ärztlichen Leitung des psychiatrischen Fachkrankenhauses, der Fachabteilung eines Allgemeinkrankenhauses oder einer Hochschulklinik (Krankenhaus) ist die Verantwortung für die Wahrnehmung der Aufgaben nach Satz 1 zu übertragen.

(2) Zuständige Aufsichtsbehörde nach diesem Gesetz ist die örtlich zuständige Bezirksregierung. Oberste Aufsichtsbehörde ist das für Gesundheit zuständige Ministerium.

(3) Die Aufsicht erstreckt sich auf die Sicherstellung der rechtmäßigen Aufgabenwahrnehmung. § 11 des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen bleibt unberührt.“

5. § 13 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Für einstweilige, längerfristige Unterbringungen und Unterbringungen zur Begutachtung, Behandlungen nach § 18 Absatz 4 bis 8 und besondere Sicherungsmaßnahmen sowie für das gerichtliche Verfahren gelten die Vorschriften nach dem Dritten Buch Abschnitt 2 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 2 des Gesetzes vom 20. November 2015 (BGBl. I S. 2018) geändert worden ist.“

6. Dem § 15 werden folgende Sätze angefügt:

§ 13

Anwendung der Vorschriften über die freiwillige Gerichtsbarkeit

(1) Für einstweilige, längerfristige und Unterbringungen zur Begutachtung sowie für das gerichtliche Verfahren gelten die Vorschriften des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG).

(2) Gemäß §§ 320 in Verbindung mit 315 Absatz 4 FamFG, bei Minderjährigen in Verbindung mit § 167 Absatz 1 FamFG gibt das Gericht vor Unterbringungsmaßnahmen auch dem Sozialpsychiatrischen Dienst der unteren Gesundheitsbehörde Gelegenheit zur Äußerung und teilt ihm die Entscheidung mit.

§ 15

Beendigung der Unterbringung

Ordnet das Gericht nicht die Fortdauer der Unterbringung an, sind die Betroffenen nach Ablauf der festgesetzten Unterbringungszeit durch die ärztliche Leitung zu entlassen. Von der bevorstehenden Entlassung sind zu benachrichtigen:

1. das Gericht,
2. der Sozialpsychiatrische Dienst der unteren Gesundheitsbehörde,
3. die Ärztin, der Arzt und die Psychotherapeuten, die die Betroffenen vor der Unterbringung behandelt haben,
4. die örtliche Ordnungsbehörde, die die Unterbringung veranlasst hat,
5. die gesetzliche Vertretung der Betroffenen,

6. Bevollmächtigte nach § 1906 Abs. 5 BGB und
7. von den Betroffenen benannte Personen ihres Vertrauens.

„Ergibt eine ärztliche Untersuchung, dass die Unterbringungs Voraussetzungen nicht mehr vorliegen, hat die ärztliche Leitung die in Satz 2 Genannten unverzüglich zu unterrichten. Bis zur Entscheidung des Gerichts können die Betroffenen sofort nach § 25 beurlaubt werden.“

7. § 16 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Der Krankenträger hat den täglichen Aufenthalt im Freien zu ermöglichen.“

- b) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„§ 9 des Gesundheitsdatenschutzgesetzes vom 22. Februar 1994 (GV. NRW. S. 84), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 2. Februar 2016 (GV. NRW. S. 94) geändert worden ist, bleibt unberührt.“

§ 16 Rechtsstellung der Betroffenen

(1) Die Betroffenen unterliegen nur denjenigen Beschränkungen ihrer Freiheit, die sich zwingend aus dem Zweck der Unterbringung und aus den Anforderungen eines geordneten Zusammenlebens in einem Krankenhaus ergeben. Maßnahmen, die die Freiheit der Betroffenen beschränken, sind im Verlauf der Behandlung ständig zu überprüfen und dem Behandlungsfortschritt anzupassen. Der regelmäßige Aufenthalt im Freien ist zu gewährleisten.

(2) Eingriffe in die Rechte Betroffener sind schriftlich festzuhalten und zu begründen. Diese Unterlagen können Betroffene, ihre gesetzlichen Vertretungen, sowie die für die Betroffenen bestellten Verfahrenspflegerinnen und Verfahrenspfleger oder ihre Verfahrensbevollmächtigten einsehen.

(3) Die Betroffenen sind darin zu unterstützen, notwendige Maßnahmen für ihre Familien und hilfsbedürftigen Angehörigen sowie ihre Vermögensangelegenheiten zu veranlassen.

8. § 17 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

**„§ 17
Aufnahme, Eingangsuntersuchung und Erforderlichkeit der weiteren Unterbringung“.**

b) Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Es ist sicherzustellen, dass die Erforderlichkeit der weiteren Unterbringung grundsätzlich täglich ärztlich überprüft, begründet und dokumentiert wird.“

c) Absatz 3 wird aufgehoben.

**§ 17
Aufnahme und Eingangsuntersuchung**

(1) Bei der Aufnahme unterrichtet das Krankenhaus die Betroffenen mündlich und schriftlich über ihre Rechte und Pflichten. Eine Person ihres Vertrauens ist unverzüglich über die Aufnahme zu benachrichtigen. Satz 1 gilt für die Vertrauensperson entsprechend.

(2) Nach der Aufnahme sind die Betroffenen sofort ärztlich zu untersuchen. Es ist sicherzustellen, dass die Erforderlichkeit der weiteren Unterbringung fortlaufend ärztlich überprüft und dokumentiert wird.

(3) Ergibt eine ärztliche Untersuchung, dass die Unterbringungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen, hat die ärztliche Leitung die in § 15 Satz 2 Genannten unverzüglich zu unterrichten. Bis zur Entscheidung des Gerichts können die Betroffenen sofort nach § 25 beurlaubt werden.

9. § 18 wird wie folgt gefasst:

**„§ 18
Behandlung**

(1) Während der Unterbringung besteht ein Anspruch auf eine medizinisch notwendige und im Sinne dieses Gesetzes zulässige Behandlung. Die in § 2 angeführten Grundsätze und die §§ 630a bis 630h des Bürgerlichen Gesetzbuches sind zu beachten. § 630g des Bürgerlichen Gesetzbuches gilt entsprechend für die Betroffenen, für ihre Verfahrenspflegerinnen oder Verfahrenspfleger, Verfahrensbevollmächtigte und für ihre rechtliche Vertretung.

**§ 18
Behandlung**

(1) Während der Unterbringung wird eine ärztlich und psychotherapeutisch gebotene und rechtlich zulässige Heilbehandlung vorgenommen.

(2) Unverzüglich nach der Aufnahme ist mit den Betroffenen ein individueller Behandlungsplan zu erstellen. Die Behandlung und der Behandlungsplan sind den Betroffenen und ihrer rechtlichen Vertretung zu erläutern, mit diesen abzustimmen und fortlaufend anzupassen. Bei der Unterbringung von Kindern und Jugendlichen sind diese altersgerecht in die Behandlungsplanung einzu beziehen. Auch bei ihnen bestehen der Vorrang der Freiwilligkeit und der Anspruch auf eine altersgerechte Aufklärung. Soweit die Betroffenen Grund, Bedeutung und Tragweite der Behandlung bei der ärztlichen Aufklärung nicht einsehen können, sind Zeitpunkt, Form der ärztlichen Aufklärung und Abstimmung des Behandlungsplanes nach therapeutischen Kriterien zu bestimmen.

(3) Die Behandlung bedarf vorbehaltlich der Regelungen in den Absätzen 4 und 5 der Einwilligung der Betroffenen.

(4) Die Krankheit, die Anlass der Unterbringung ist, darf ohne Einwilligung nach Absatz 3 behandelt werden, wenn die Betroffenen Grund, Bedeutung und Tragweite der Behandlung nicht einsehen oder sich nicht nach dieser Einsicht verhalten können und ohne Behandlung Lebensgefahr oder erhebliche Gefahren für die Gesundheit der betroffenen Person oder dritter Personen im Rahmen der Unterbringung drohen. Eine vorliegende Patientenverfügung ist zu beachten.

(5) Widerspricht eine medizinische Behandlung der Anlasserkrankung dem natürlichen Willen der Betroffenen (Zwangsbehandlung), darf zu deren Durchführung unter den Voraussetzungen des Absatz 4 unmittelbarer Zwang angewendet werden, wenn

(2) Unverzüglich nach der Aufnahme ist für die Betroffenen ein individueller Behandlungsplan zu erstellen. Die Behandlung und der Plan sind den Betroffenen und ihrer gesetzlichen Vertretung zu erläutern. Befinden sich die Betroffenen in einer akuten Krise, sind Zeitpunkt und Form der Erläuterung des Behandlungsplanes nach therapeutischen Kriterien zu bestimmen. Betroffenen, ihren Verfahrenspflegerinnen, Verfahrenspflegern, Verfahrensbevollmächtigten und ihrer gesetzlichen Vertretung ist auf Verlangen unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen Einsicht in die Krankenunterlagen zu gewähren. Wenn gewichtige Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Einsicht in die Krankenunterlagen zu erheblichen Nachteilen für die Gesundheit der Betroffenen führt, kann sie unterbleiben.

(3) Die Behandlung bedarf vorbehaltlich der Regelungen in den Absätzen 4 und 5 der Einwilligung der Betroffenen. Können die Betroffenen bei einer erforderlichen Einwilligung Grund, Bedeutung und Tragweite der Behandlung nicht einsehen oder sich nicht nach dieser Einsicht verhalten, ist die Einwilligung der gesetzlichen Vertretung oder der rechtsgeschäftlich Bevollmächtigten erforderlich. § 1904 BGB bleibt unberührt.

(4) Nur in den Fällen von Lebensgefahr, von erheblicher Gefahr für die eigene und für die Gesundheit anderer Personen ist die Behandlung ohne oder gegen den Willen Betroffener oder deren gesetzlicher Vertretung oder der rechtsgeschäftlich Bevollmächtigten zulässig.

(5) Maßnahmen nach Absatz 4, die ohne Einwilligung der Betroffenen, ihrer gesetzlichen Vertretung oder ihrer Bevollmächtigten durchgeführt werden, dürfen nur durch die ärztliche Leitung, bei deren Verhinderung durch deren Vertretung angeordnet werden

und nur durch Ärztinnen oder Ärzte vorgenommen werden.

1. eine weniger eingreifende Maßnahme aussichtslos ist,
2. eine rechtzeitige Ankündigung erfolgt, die den Betroffenen die Möglichkeit eröffnet, Rechtsschutz zu suchen,
3. aus Sicht der Betroffenen der zu erwartende Nutzen die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegt,
4. der ernsthafte, mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Ausübung unzulässigen Drucks unternommene Versuch vorausgegangen ist, die auf Vertrauen gegründete Zustimmung der Betroffenen zu erreichen und
5. die Maßnahme der Wiederherstellung der freien Selbstbestimmung dient, soweit dies möglich ist.

Behandlungsmaßnahmen nach Absatz 4 dürfen nur durch die ärztliche Leitung, bei deren Verhinderung durch deren Vertretung angeordnet und nur durch Ärztinnen oder Ärzte vorgenommen werden. Die Maßnahmen, einschließlich ihres Zwangscharakters, ihrer Durchsetzungsweise, ihrer maßgeblichen Gründe und der Wirkungsüberwachung, sind durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt zu dokumentieren und nachzubesprechen, sobald es der Gesundheitszustand der Betroffenen zulässt. Die Zwangsbehandlung ist unzulässig, wenn sie lebensgefährlich ist oder wenn sie die Gesundheit der Betroffenen erheblich gefährdet.

(6) Die Zwangsbehandlung einer volljährigen Person bedarf der vorherigen Zustimmung durch das zuständige Gericht. Den Antrag beim zuständigen Gericht stellt die ärztliche Leitung und bei

Verhinderung deren Vertretung. In diesem Antrag ist zu erläutern, welche maßgebliche Gefahr droht und wie lange die Behandlung voraussichtlich erfolgen soll. Zudem sind die Voraussetzungen und Maßnahmen nach Absatz 4 und 5 darzulegen. Von der Einholung einer gerichtlichen Entscheidung kann ausnahmsweise abgesehen werden, wenn

1. diese nicht rechtzeitig erreichbar ist,
2. eine besondere Sicherungsmaßnahme nicht geeignet oder nicht ausreichend ist, um die akute Gefährdung zu überwinden, und
3. die sofortige ärztliche Zwangsmaßnahme zur Vermeidung einer gegenwärtigen Lebensgefahr oder einer gegenwärtigen schwerwiegenden Gefahr für die Gesundheit der untergebrachten Person oder dritter Personen erforderlich ist.

Eine gerichtliche Zustimmung für die weitere Zwangsbehandlung ist unverzüglich zu beantragen, sofern die unmittelbare Lebensgefahr oder schwerwiegende Gefahr für die Gesundheit über einen längeren Zeitraum andauert oder überwunden ist und die Fortführung der Zwangsbehandlung als weiterhin notwendig angesehen wird. Satz 3 und 4 gelten entsprechend. Zwangsbehandlungen nach Satz 5 sind monatlich der Aufsichtsbehörde zu melden.

(7) Die Zwangsbehandlung einer minderjährigen Person bedarf der vorherigen Zustimmung der sorgeberechtigten Person. Die Absätze 2 bis 5 finden Anwendung.

(8) Ist bei sonstigen Erkrankungen die Einwilligung der Betroffenen zur Behandlung nicht zu erlangen, so wird sie im Falle der Einwilligungsunfähigkeit durch die Einwilligung der rechtlichen Vertretungen oder der Bevollmächtigten

ersetzt. Insoweit gelten die §§ 1896 bis 1906 des Bürgerlichen Gesetzbuches.“

10. § 20 wird wie folgt gefasst:

**„§ 20
Besondere Sicherungsmaßnahmen**

(1) Besondere Sicherungsmaßnahmen zur Abwendung einer gegenwärtigen erheblichen Selbstgefährdung oder einer gegenwärtigen erheblichen Gefährdung besonderer Rechtsgüter Dritter sind ausschließlich

1. Beschränkung des Aufenthalts im Freien,
2. Unterbringung in einem besonderen Raum,
3. Festhalten statt Fixierung oder
4. Fixierung in der Form der Einschränkung der Bewegungsfreiheit durch mechanische Hilfsmittel.

Sie dürfen nur dann angeordnet werden, soweit und solange die Gefahr nicht durch mildere Maßnahmen abgewendet werden kann. Soweit es sich um die Anwendung unmittelbaren Zwangs nach den Nummern 2, 3 und 4 handelt, ist jeweils die Maßnahme anzuwenden, die am wenigsten in die Rechte der Betroffenen eingreift.

(2) Bei über einen längeren Zeitraum andauernden oder sich regelmäßig wiederholenden Sicherungsmaßnahmen nach Absatz 1 Nummer 4 gelten § 18 Absatz 6 Satz 1 bis 4 und Absatz 7 entsprechend. § 12 Satz 2 ist anzuwenden. Ist die gerichtliche Entscheidung nicht rechtzeitig erreichbar und die sofortige Durchführung der besonderen Sicherungsmaßnahme zur Vermeidung von erheblichen Nachteilen notwendig, so ist der Antrag unmittelbar nach Fixierungsbeginn zu stellen.

**§ 20
Besondere Sicherungsmaßnahmen**

(1) Bei einer gegenwärtigen erheblichen Selbstgefährdung oder einer gegenwärtigen erheblichen Gefährdung bedeutender Rechtsgüter anderer können

- Beschränkung des Aufenthalts im Freien
- Unterbringung in einem besonderen Raum
- Fixierung (Einschränkung der Bewegungsfreiheit durch mechanische Hilfsmittel)

angeordnet werden, soweit und solange die Gefahr nicht durch weniger einschneidende Maßnahmen abgewendet werden kann.

(3) Maßnahmen nach Absatz 1 und 2 sind den Betroffenen vorher anzukündigen und zu begründen. Von der Ankündigung kann bei einer Fixierung ausnahmsweise abgesehen werden, wenn die Umstände sie nicht zulassen, insbesondere wenn die sofortige Anwendung des Zwangsmittels zur Abwehr einer Gefahr notwendig ist. Sie bedürfen der ärztlichen Anordnung und Überwachung. Sie sind zu befristen und sofort aufzuheben, sobald die Voraussetzungen für ihre Anordnung entfallen. Eine Beobachtung durch Einsatz technischer Mittel zur Anfertigung von Bildaufnahmen und Bildaufzeichnungen sowie zum Abhören und Aufzeichnen des gesprochenen Wortes ist verboten. Eine Beobachtung im Rahmen besonderer Sicherungsmaßnahmen darf ausschließlich durch den Einsatz von Personal erfolgen. Bei Fixierungen ist eine ständige persönliche Beobachtung mit kontinuierlicher Kontrolle der Vitalfunktionen durch eine Sitzwache sicherzustellen. Anlass, Anordnung, Art, Umfang und Dauer einer Unterbringung in einem besonderen Raum und einer Fixierung sind zu dokumentieren und der Verfahrenspflegerin oder dem Verfahrenspfleger, den Verfahrensbevollmächtigten und der rechtlichen Vertretung der Betroffenen unverzüglich mitzuteilen.“

11. Dem § 22 Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

(2) Maßnahmen nach Absatz 1 sind den Betroffenen vorher anzudrohen und zu begründen. Von der Androhung kann bei einer Fixierung ausnahmsweise abgesehen werden, wenn die Umstände sie nicht zulassen, insbesondere wenn die sofortige Anwendung des Zwangsmittels zur Abwehr einer Gefahr notwendig ist. Sie bedürfen der ärztlichen Anordnung und Überwachung. Sie sind zu befristen und sofort aufzuheben, sobald die Voraussetzungen für ihre Anordnung entfallen. Eine Beobachtung durch Einsatz technischer Mittel zur Anfertigung von Bildaufnahmen und Bildaufzeichnungen sowie zum Abhören und Aufzeichnen des gesprochenen Wortes ist verboten. Eine Beobachtung im Rahmen besonderer Sicherungsmaßnahmen darf ausschließlich durch den Einsatz von Personal erfolgen. Bei Fixierungen ist eine ständige persönliche Beobachtung mit kontinuierlicher Kontrolle der Vitalfunktionen durch eine Sitzwache sicherzustellen. Anlass, Anordnung, Art, Umfang und Dauer der Maßnahmen sind zu dokumentieren und der Verfahrenspflegerin, dem Verfahrenspfleger, den Verfahrensbevollmächtigten und der gesetzlichen Vertretung der Betroffenen unverzüglich mitzuteilen.

§ 22

Besuche, Telefongespräche, Telekommunikation

(1) Die Betroffenen haben das Recht, regelmäßig Besuche zu empfangen. § 19 Satz 2 gilt entsprechend. Näheres kann durch Hausordnung geregelt werden.

(2) Besuche der gesetzlichen Vertretung, der Verfahrenspflegerinnen oder Verfahrenspfleger, der in einer Angelegenheit der Betroffenen tätigen Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte oder Notarinnen und Notare dürfen nicht untersagt werden. Schriftstücke und sonstige Unterlagen, die diese Personen mit sich führen, werden nicht überprüft. Für die Übergabe anderer Gegenstände gilt § 19 Satz 2 entsprechend.

„Der Umgang mit Bild-, Video- und Tonaufzeichnungsoptionen ist insbesondere unter Berücksichtigung der Rechte und des Schutzes Dritter in der Hausordnung zu regeln.“

12. § 23 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 werden jeweils die Wörter „das Gesundheitswesen“ durch das Wort „Gesundheit“ ersetzt.

b) In Absatz 2 Satz 3 werden die Wörter „das Gesundheitswesen“ durch das Wort „Gesundheit“ ersetzt und nach dem Wort „Ministerium“ die Wörter „und an die zuständige untere Gesundheitsbehörde“ eingefügt.

(3) Für die Nutzung von Telekommunikationsmitteln gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend.

§ 23

Besuchskommissionen

(1) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium beruft Besuchskommissionen, die mindestens einmal in zwölf Monaten unangemeldet die Krankenhäuser, in denen Betroffene nach diesem Gesetz untergebracht werden, besuchen und daraufhin überprüfen, ob die mit der Unterbringung von psychisch Kranken verbundenen besonderen Aufgaben erfüllt werden. Dabei können Betroffene Wünsche und Beschwerden vortragen. Soweit zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich, darf eine Besuchskommission personenbezogene Daten der Betroffenen, der Beschäftigten und in diesem Zusammenhang unvermeidbar mitbetroffener Dritter erheben und unter Wahrung der schutzwürdigen Belange weiterverarbeiten. Für eine ausreichende Datensicherung hat die Besuchskommission Sorge zu tragen.

(2) Jede Besuchskommission legt alsbald, spätestens drei Monate nach einem Besuch der Aufsichtsbehörde einen Besuchsbericht mit dem Ergebnis der Überprüfung vor, der auch zu den Wünschen und Beschwerden von Betroffenen Stellung nimmt. Der Bericht wird von dem in Absatz 4 Nr. 2 genannten Mitglied der Kommission erstellt. Die Aufsichtsbehörde leitet ihn unverzüglich mit einer Stellungnahme und einem Bericht über die veranlassten Aufsichtsmaßnahmen an das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium weiter. Der Krankenhausträger erhält zeitgleich eine Durchschrift des Berichts nach Satz 2.

(3) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium legt dem Landtag alle zwei Jahre eine Zusammenfassung der Besuchsberichte nach Absatz 2 vor.

c) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Den Besuchskommissionen müssen angehören:

1. eine staatliche Medizinalbeamtin oder ein staatlicher Medizinalbeamter der Aufsichtsbehörde oder eine ihnen in ihrer Funktion gleichgestellte öffentlich angestellte Person,
2. eine in der Psychiatrie weitergebildete Ärztin oder ein in der Psychiatrie weitergebildeter Arzt und
3. eine Betreuungsrichterin oder ein Betreuungsrichter oder eine Beamtin oder ein Beamter oder eine ihnen in ihrer Funktion gleichgestellte öffentlich angestellte Person mit der Befähigung zum Richteramt oder zum höheren Verwaltungsdienst.

Den Besuchskommissionen gehören Vertretungen der Betroffenen- und Angehörigenorganisationen an, soweit Vorschläge dieser Organisationen vorliegen. Die Bestellung erfolgt durch das für Gesundheit zuständige Ministerium. Dieses kann darüber hinaus weitere Mitglieder auch für einzelne Besuche der Kommission bestellen. Angehörige der zuständigen unteren Gesundheitsbehörde können an den Besuchen teilnehmen. Petitionsrechte, die Aufsichtspflichten und -rechte der zuständigen Behörden sowie das Gebot der Schweigepflicht der Angehörigen der Heilberufe bleiben unberührt.“

13. § 24 Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

(4) Den Besuchskommissionen müssen angehören:

1. eine staatliche Medizinalbeamtin oder ein staatlicher Medizinalbeamter der Aufsichtsbehörde,
2. eine in der Psychiatrie weitergebildete Ärztin oder ein in der Psychiatrie weitergebildeter Arzt und
3. eine Vormundschaftsrichterin oder ein Vormundschaftsrichter oder eine Beamtin oder ein Beamter mit der Befähigung zum Richteramt oder zum höheren Verwaltungsdienst.

Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium kann weitere Mitglieder, auch für einzelne Besuche der Kommission, bestellen, insbesondere der Betroffenen- und Angehörigenorganisationen. Angehörige der unteren Gesundheitsbehörde können an den Besuchen teilnehmen.

§ 24 Beschwerdestellen

(1) In Krankenhäusern (§ 10 Abs. 2) sind die Betroffenen in geeigneter Weise über Name, Anschrift, Aufgabenbereich und Sprechstundenzeiten der Mitglieder der Patientenbeschwerdestelle nach § 5 Absatz 1 KHGG

„Sprechstunden sollen bei Bedarf im Bereich des Krankenhauses, in dem die Betroffenen untergebracht sind, stattfinden.“

NRW zu unterrichten. Sprechstunden sollen bei Bedarf im geschlossenen Bereich des Krankenhauses abgehalten werden.

(2) Geeignet als Mitglied von Patientenbeschwerdestellen für die Belange Betroffener sind nach diesem Gesetz insbesondere Personen, die in der Behandlung und Betreuung von psychisch Kranken eine langjährige Erfahrung haben.

(3) Die Mitglieder der Patientenbeschwerdestellen haben im Rahmen ihrer Aufgaben das Recht, Unterbringungs- und Behandlungsräume zu begehen und bei Beanstandungen auf eine Änderung hinzuwirken. Sie prüfen die Wünsche und Beschwerden der Betroffenen und tragen sie auf deren Wunsch dem Krankenhausträger und den Besuchskommissionen (§ 23) vor. Schwerwiegende Mängel teilen sie der Aufsichtsbehörde unverzüglich mit.

14. In § 30 Satz 2 werden die Wörter „das Gesundheitswesen“ durch das Wort „Gesundheit“ ersetzt.

§ 30 Aufsichtsbehörden

Aufsichtsbehörde ist die Bezirksregierung. Oberste Aufsichtsbehörde ist das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium.

15. Nach § 30 werden folgende §§ 31 und 32 eingefügt:

„§ 31 Landesfachbeirat Psychiatrie

(1) Das für Gesundheit zuständige Ministerium setzt zu seiner Beratung in Fragen des psychiatrischen Hilfesystems und als Forum für die Koordination der verschiedenen Beteiligten des psychiatrischen Hilfesystems den Landesfachbeirat Psychiatrie ein. Ein besonderer Schwerpunkt ist auf die Vermeidung von Zwangsmaßnahmen und Maßnahmen zur Verbesserung der Teilhabe von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu legen. Er setzt sich insbesondere aus Vertretungen der Leistungsträger, der Leistungserbringer, der Kommunen, der Kammern, der Sozial-

und Fachverbände, des Betreuungswe-
sens sowie der Betroffenen und Ange-
hörigen zusammen. Hierfür beruft das
für Gesundheit zuständige Ministerium
die Mitglieder und für jedes Mitglied eine
Vertretung unter Berücksichtigung des
§ 12 Absatz 1 des Landesgleichstel-
lungsgesetzes vom 9. November 1999
(GV. NRW. S. 590), das zuletzt durch
Artikel 3 des Gesetzes vom 16. Septem-
ber 2014 (GV. NRW. S. 547) geändert
worden ist. Der Vorsitz und die Ge-
schäftsführung im Landesfachbeirat
Psychiatrie obliegen dem für Gesund-
heit zuständigen Ministerium.

(2) Der Landesfachbeirat Psychiatrie
gibt sich eine Geschäftsordnung.

§ 32

Meldepflichten, Berichterstattung, Landespsychiatrieplan

(1) Alle Zwangsmaßnahmen nach die-
sem Gesetz werden in verschlüsselter
und anonymisierter Form erfasst und
der Aufsichtsbehörde jährlich gemeldet.
Die Meldung erfolgt spätestens bis zum
31. März des Folgejahres. Meldepflich-
tige Zwangsmaßnahmen gemäß Satz 1
sind

1. Unterbringungen nach §§ 11 und 12,
2. sofortige Unterbringungen nach § 14,
3. ärztliche Zwangsmaßnahmen nach
§ 18 Absatz 4 und
4. besondere Sicherungsmaßnahmen
nach § 20.

Näheres über Art und Umfang der Da-
ten und deren Übermittlung wird durch
das für Gesundheit zuständige Ministe-
rium bestimmt. Die monatliche Meldung
von Zwangsbehandlungen gemäß § 18
Absatz 6 Satz 5 bleibt davon unberührt.

(2) Das für Gesundheit zuständige Mi-
nisterium berichtet dem Landtag alle
zwei Jahre über Rahmendaten der Un-
terbringung nach diesem Gesetz. Der

Bericht erfolgt erstmalig zum 31. Dezember 2018.

(3) Das für Gesundheit zuständige Ministerium erstellt einen Landespsychiatrieplan. Der Landespsychiatrieplan enthält die Rahmenplanung für die Sicherung und Weiterentwicklung der Hilfeangebote für die Personen nach § 1 Nummer 1. Bei der Erstellung des Landespsychiatrieplans wird das für Gesundheit zuständige Ministerium vom Landesfachbeirat Psychiatrie beraten. Der Landespsychiatrieplan wird nach Bedarf fortgeschrieben. Das für Gesundheit zuständige Ministerium prüft jeweils spätestens nach fünf Jahren, ob eine Fortschreibung erforderlich ist.“

16. Die bisherigen §§ 31 bis 35 werden die §§ 33 bis 37.

§ 31

Kosten der Hilfen für psychisch Kranke

Die Kosten der Hilfen für psychisch Kranke einschließlich der Untersuchung nach § 9 tragen die Kreise und kreisfreien Städte.

§ 32

Kosten der Unterbringung

(1) Die Kosten einer nach diesem Gesetz durchgeführten Unterbringung in einem Krankenhaus tragen die Betroffenen, soweit sie nicht von Unterhaltspflichtigen, einem Träger der Sozialversicherung, einem Träger der Sozialhilfe oder anderen zu zahlen sind. Die Kosten einer Unterbringung nach diesem Gesetz trägt bei Gefangenen des Justizvollzuges und bei Sicherungsverwahrten das Land, vertreten durch das für die Rechtspflege zuständige Ministerium; gleiches gilt bei Strafgefangenen, wenn der Strafrest in einer Einrichtung der Justiz vollzogen wird.

(2) Die Kosten einer Unterbringung sind von der Staatskasse zu tragen, wenn der Antrag auf Anordnung der Unterbringung abgelehnt oder zurückgenommen wird oder aus anderen Gründen seine Erledigung findet und die Voraussetzungen für die Unterbringung von Anfang an nicht vorgelegen haben.

(3) Hat das Verfahren ergeben, dass ein begründeter Anlass zur Antragstellung nicht

vorlag, so kann das Gericht die Kosten der Unterbringung ganz oder teilweise der Gebietskörperschaft, deren Behörde den Antrag gestellt hat, auferlegen.

(4) In den Fällen der Absätze 2 und 3 hat die in der Hauptsache ergehende Entscheidung auszusprechen, wer die Kosten der Unterbringung zu tragen hat. Über die Kosten ist auch zu entscheiden, wenn eine Entscheidung in der Hauptsache nicht ergeht, und zwar unter Berücksichtigung des bisherigen Sachstandes nach billigem Ermessen. Den Beteiligten nach Absatz 1 ist die Entscheidung mitzuteilen.

(5) Die Entscheidung über die Kosten der Unterbringung ist mit der sofortigen Beschwerde selbstständig anfechtbar.

§ 33

Kosten der Behandlung

Die Kosten einer ambulanten oder stationären ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung tragen die Betroffenen, soweit sie nicht von Unterhaltspflichtigen, einem Träger der Sozialversicherung, einem Träger der Sozialhilfe oder anderen zu zahlen sind.

§ 34

Einschränkung von Grundrechten

Durch dieses Gesetz werden im Rahmen des Artikel 19 Abs. 2 des Grundgesetzes die Rechte auf körperliche Unversehrtheit und auf Freiheit der Person (Artikel 2 Abs. 2 des Grundgesetzes), auf Unverletzlichkeit des Brief-, Post- und Fernmeldegeheimnisses (Artikel 10 des Grundgesetzes) und der Wohnung (Artikel 13 des Grundgesetzes) eingeschränkt.

§ 35

Änderungsvorschrift

17. Der bisherige § 36 wird § 38 und die Überschrift wird wie folgt gefasst:

**„§ 38
Inkrafttreten“.**

**§ 36
In-Kraft-Treten**

Dieses Gesetz tritt am Tage nach seiner Verkündung in Kraft. Gleichzeitig tritt das Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) vom 2. Dezember 1969 (GV. NRW. S. 872), zuletzt geändert durch Gesetz vom 18. Dezember 1984 (GV. NRW. S. 14), außer Kraft.

18. Der bisherige § 37 wird § 39 und die Angabe „2014“ wird durch die Angabe „2019“ ersetzt.

**§ 37
Berichtspflicht**

Über die Erfahrungen mit diesem Gesetz ist dem Landtag bis zum 31. Dezember 2014 und danach alle fünf Jahre zu berichten.

Artikel 2

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 2017 in Kraft.

Begründung

A Allgemeiner Teil

Mit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention (2009) sowie durch das Dritte Betreuungrechtsänderungsgesetz vom 29. Juli 2009 (BGBl. I. S. 2286), das Patientenrechtegesetz vom 20. Februar 2013 (BGBl. I. S. 277) und durch die höchstrichterliche Rechtsprechung zur Zwangsbehandlung (seit 2011) wurden die Rechte von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen im Rahmen der öffentlich-rechtlichen Unterbringung gestärkt. Das PsychKG genügt diesen Anforderungen nicht in allen Bereichen.

Der zum 31. Dezember 2014 erstellte Evaluationsbericht der Landesregierung (LT-Vorlage 16/2622) hat darüber hinaus in der Umsetzung Problemfelder dargelegt, die durch gesetzliche Anpassung behoben werden sollen.

Unter Beachtung der UN-BRK und der Verpflichtung zur Landesgesundheitsberichterstattung hat das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen mit der Aufstellung eines Landespsychiatrieplans in einem dialogischen Prozess begonnen. Im Fokus steht die Bestandsaufnahme und Weiterentwicklung der vor- und nachsorgenden Hilfen. Der begonnene Prozess wird noch Zeit in Anspruch nehmen, so dass sich daraus etwaig ergebende gesetzliche Änderungsbedarfe in der anstehenden Novelle noch nicht berücksichtigt werden können. Gleichwohl wird durch die gesetzliche Verankerung einer regelmäßigen Berichterstattung und Landespsychiatrieplanung im PsychKG bereits jetzt ein Legitimations- und Verpflichtungsrahmen geschaffen.

Parallel werden auf Bundesebene mit dem Bundesteilhabegesetz und dem Dritten Pflegestärkungsgesetz zwei große Reformvorhaben in das parlamentarische Verfahren eingebracht, deren Auswirkungen auf die Hilfestrukturen auf Landesebene und landesgesetzliche Regelungen zukünftig zu beachten sein werden.

Der vorliegende Entwurf ist insoweit der erste Teil eines zweistufigen Verfahrens. Entsprechende Novellierungen zu den Hilfestrukturen sollen später erfolgen.

Vor diesem Hintergrund enthält diese erste Novelle des PsychKG folgende Schwerpunkte:

Der Schutz und die Achtung der Selbstbestimmung, der Würde und der persönlichen Integrität werden in den Grundsätzen des Gesetzes gestärkt.

Die Regelungen zur Zwangsbehandlung bei einwilligungsunfähigen Betroffenen sind auf die Verhinderung von Lebensgefahr und erheblicher Selbstgefährdung sowie erheblicher Gefährdung Dritter im Rahmen der Unterbringung beschränkt. Die Voraussetzungen sind damit an den wesentlichen Aussagen der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes (BVerfG, Beschl. v. 23. März 2011, 2 BvR 882/09, unter B II I a) ausgerichtet.

Die besonderen Sicherungsmaßnahmen werden erweitert in Bezug auf das Festhalten statt Fixierung.

Bei Zwangsbehandlungen sowie einer über einen längeren Zeitraum andauernden oder wiederholt angeordneten Fixierung als besondere Sicherungsmaßnahme ist eine richterliche Genehmigung einzuholen. Bei einer Fixierung, die länger als 24 Stunden dauert, wird in der Regel von einer länger andauernden Maßnahme ausgegangen.

Mit dem Dritten Betreuungsrechtsänderungsgesetz sind die §§ 1901a und b in das BGB aufgenommen worden. Soweit bei einwilligungsunfähigen Betroffenen eine Patientenverfügung vorliegt, ist diese vorrangig zu beachten. Ansonsten ist es bei bestellter rechtlicher Betreuung bzw. einer rechtsgeschäftlichen Bevollmächtigung deren Aufgabe, den mutmaßlichen Willen der Betroffenen zu ermitteln. Entsprechende Verweise auf diese Paragraphen schaffen Sicherheit für eine zwingend notwendige Beachtung.

Das PsychKG regelt u. a. den Vollzug der öffentlich-rechtlichen Unterbringung psychisch Kranker, der auch mit Zwangsbehandlung und anderen Zwangsmaßnahmen verbunden sein kann. Hierbei handelt es sich wegen der damit verbundenen Eingriffsqualität um Maßnahmen, die staatlichen Organen vorbehalten sind, es sei denn, die Ausübung der hoheitlichen Gewalt ist im Wege der Beleihung auf einen privaten Träger übertragen worden. In Nordrhein-Westfalen besteht Trägervielfalt in der Krankenhauslandschaft. Die Pflichtversorgung nach dem PsychKG wird von öffentlich-rechtlichen Trägern, freigemeinnützigen oder privaten Krankenhausträgern auf der Grundlage des Feststellungsbescheides nach § 16 des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) vom 11. Dezember 2007 (GV. NRW. S. 702, ber. 2008 S. 157) wahrgenommen.

Die Zuständigkeit der Krankenhäuser ergibt sich aus § 2 in Verbindung mit § 16 KHGG NRW in der jeweils geltenden Fassung. Sofern es sich nicht um einen öffentlich-rechtlichen Träger handelt, ist die Beleihung der privaten und freigemeinnützigen Träger gem. § 10 a PsychKG-E durch gesonderten Verwaltungsakt vorgesehen. Der Beliehene muss über die ausreichende Eignung, Sachkunde und Zuverlässigkeit verfügen. Diesem Umstand trägt § 10 a Absatz 1 Satz 4 PsychKG-E Rechnung.

Die Qualität der Berichterstattung und der Dokumentationspflichten wird durch die Einführung einer anonymisierten Berichts- und Meldepflicht auf Landesebene gestärkt. Der Evaluationsbericht hat deutliche Hinweise enthalten, dass mehr Transparenz notwendig ist. Die Meldepflicht der Kommunen nimmt Bezug auf bereits bestehende Verfahren und die im Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW) vom 25. November 1997 (GV. NW. 1997 S. 430), zuletzt geändert am 30. April 2013 (GV. NRW. S. 202), verankerten Regelungen.

Neu aufgenommen werden die Einrichtung eines Landesfachbeirats Psychiatrie und die Verpflichtung zur Landespsychiatrieplanung. Der Landesfachbeirat ist vorgesehen zur Beratung des für Gesundheit zuständigen Ministeriums in Fragen des psychiatrischen Hilfesystems und als Forum der Koordination der verschiedenen Beteiligten des psychiatrischen Hilfesystems auf Landesebene. Mit der Verankerung der Verpflichtung zur Berichterstattung und zur Landespsychiatrieplanung wird der aktuell eingeleitete Planungsprozess perspektivisch verbindlich geregelt. Die Beteiligung der Leistungsträgerinnen und Leistungsträger, Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, der Kommunen, der Vertretungen des Betreuungswesen, der Betroffenen und der Angehörigen ist gewährleistet. Die Verpflichtungszeiträume sichern eine fortlaufende Transparenz, unmittelbare Handlungsoptionen zu angemessenen Vorkehrungen im Sinne der UN-BRK bei Veränderung der Rahmenbedingungen und die Rückkopplung zu einer lernenden Gesetzgebung.

B Besonderer Teil – Einzelbegründungen

Zu Artikel 1 (Änderung des PsychKG des Landes Nordrhein-Westfalen)

Zu Nummer 1 (Änderung der Inhaltsübersicht)

Auf Grund der Änderung der amtlichen Überschriften des § 17 und der §§ 33 bis 39 PsychKG sowie der Einfügung neuer Vorschriften (§§ 31 und 32 PsychKG) ist eine Anpassung der Inhaltsübersicht erforderlich.

Zu Nummer 2 (§ 2 PsychKG-E Grundsatz)

In Absatz 1 wird auf die Inhalte der UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderung (UN-BRK) verwiesen. Mit deren Ratifizierung hat Deutschland den Grundsatz, dass alle Menschenrechte und Grundfreiheiten allgemein gültig und unteilbar sind und diese uneingeschränkt für Menschen mit Beeinträchtigungen gelten, bekräftigt und gestärkt. Die Achtung der dem Menschen innewohnenden Würde, seiner individuellen Autonomie, einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, sowie seiner Unabhängigkeit ist zentraler Grundsatz der UN-BRK wie auch des Grundgesetzes. Die bisherige Formulierung der besonderen Rücksichtnahme entspricht diesem Grundsatz nicht ausreichend. Die inhaltliche Neuformulierung des Satz 1 orientiert sich an Artikel 3 der Konvention und Artikel 1, 2 und 3 des Grundgesetzes.

In Absatz 2 wird Bezug genommen auf Artikel 1 des Dritten Betreuungsrechtsänderungsgesetzes (2009). Es sind Regelungen zur Patientenverfügung und zu deren Tragweite aufgenommen worden. Soweit einwilligungsfähige Betroffene für den Fall ihrer Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festgelegt haben, ob sie in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen ihres Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligen oder sie untersagen (Patientenverfügung), ist ggf. durch die rechtliche Betreuung und die Ärztin oder den Arzt zu prüfen, ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Ist dies der Fall, ist dem Willen der Betroffenen Ausdruck und Geltung zu verschaffen.

Schriftliche Behandlungsvereinbarungen beinhalten ebenfalls den Willen der Betroffenen und sind als Patientenverfügungen einzustufen. Der Vorteil ist, dass diese im Dialog mit den handelnden Ärztinnen und Ärzten erstellt werden. Der Hinweis war bereits bisher gesetzlich verankert, wird aber angepasst und verstärkt, um die Umsetzung zu befördern.

Die Dokumentationspflichten sind in Absatz 3 durch die höchstrichterliche Rechtsprechung in Bezug auf Zwangsmaßnahmen konkretisiert worden. Insbesondere der Bundesverfassungsgerichtsbeschluss aus 2011 (BVerfG, Beschl. v. 23. März 2011 2 BvR 882/09, unter B II I a) formuliert Dokumentationserfordernisse, die über die Orientierungsfunktion für das ärztliche Handeln hinaus auch darin bestehen, das Vorliegen der Voraussetzungen der Rechtmäßigkeit der Maßnahme erkennbar und überprüfbar zu machen. Der zitierte Beschluss befasst sich zwar unmittelbar nur mit einer Rechtsfrage in einer Maßregelvollzugseinrichtung, nach dem zeitlich nachfolgenden Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 20. Februar 2013 - 2 BvR 228/12 - sind aber die angestellten Erwägungen auf die analogen Fragestellungen des PsychKG grundsätzlich übertragbar.

Sorgfältige und aussagekräftige Dokumentationen sind deshalb als Garantie für effektiven Rechtsschutz und zur Sicherung der Verhältnismäßigkeit des Eingriffs geboten. Nur auf dieser Grundlage sieht das Bundesverfassungsgericht fachgerechtes und verhältnismäßiges Handeln unter der für Kliniken typischen Bedingung des laufenden Wechsels der Akteurinnen und

Akteure gesichert. Hinzu kommt, dass die Dokumentation auch ein unentbehrliches Mittel der systematischen verbesserungsorientierten Qualitätskontrolle und Evaluation ist.

Zu Nummer 3 (§ 10 PsychKG-E Unterbringung)

Die Änderung der Überschrift und die Aufhebung von Absatz 4 sind redaktionelle Anpassungen. Die Aufsicht wird nun in § 10a PsychKG-E geregelt.

Die Krankenhäuser haben laut Absatz 2 Satz 1 durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass sich die Betroffenen der Unterbringung nicht entziehen. Hieraus lässt sich nicht die Pflicht zu verschlossenen Türen ableiten. Hier muss der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gelten, so dass jeweils die Maßnahmen zu wählen sind, die mit den geringsten Eingriffen in die Grundrechte verbunden sind. Sobald es die Behandlung der psychisch erkrankten Person ohne Gefährdung des Unterbringungszwecks zulässt, trägt die offene Unterbringung zur Stabilisierung der untergebrachten Person bei.

Die Kliniken, die mit „offeneren Formen“ von Unterbringung arbeiten (Stationspflegezimmer am Eingang, Schließen nur über Nacht, Intensivbetreuung) berichten von positiven Erfahrungen. Eine Studie vom „LWL-Forschungsinstitut für Seelische Gesundheit“ (2012) konnte belegen, dass in einer „offeneren“ Psychiatrie durch eine andere Personalorganisation oder ein diagnostisch heterogenes Stationssetting insbesondere Fixierungen minimiert werden können. Zudem kommt die Studie zu dem Ergebnis, dass die Entwicklung der Unterbringungshäufigkeit nicht davon abhängig ist, ob eine psychiatrische Behandlung in offener oder geschlossener Form erfolgt.

Soweit nicht maßgebliche Gründe dagegen sprechen (z. B. akute Krisensituationen, geringere Personalausstattung in der Nacht), sollen offene Formen der Unterbringung gewählt werden.

Zu Nummer 4 (§ 10a PsychKG-E Aufgabenwahrnehmung, Aufsicht)

Bei der Aufgabenwahrnehmung der Krankenhausträger im Rahmen der öffentlich-rechtlichen Unterbringung nach dem Vierten Abschnitt des PsychKG-E - mit Ausnahme von §§ 12 und 14, die dem Ordnungsamt entsprechende Aufgaben zuweisen - üben diese hoheitliche Befugnisse aus. Darunter fallen alle Eingriffe in die freiheitlichen Grundrechte der Untergebrachten, insbesondere umfassen sie die Anordnungsbefugnisse und Durchführungen in §§ 10, 18 und 20 PsychKG-E. Da ein Richtervorbehalt für Zwangsbehandlungen und länger andauernde besondere Sicherungsmaßnahmen neu vorgesehen ist, werden auch Antragsbefugnisse neu in den § 18 aufgenommen. Das hinsichtlich der Antragsstellung für die Unterbringung zuständige Ordnungsamt ist jedoch hierfür keine geeignete Instanz. Zum einen ist hier regelmäßig die medizinische Kompetenz vor Ort gefragt und zum anderen muss die Entscheidung für einen Antrag auch kurzfristig getroffen werden können.

Die Aufgabenstellung der Krankenhäuser ergibt sich aus § 2 in Verbindung mit § 16 KHGG NRW. Die Pflichtversorgung nach PsychKG wird von den Krankenhausträgern auf der Grundlage des Feststellungsbescheides nach § 16 KHGG NRW wahrgenommen.

Auf Grund der vorgesehenen erweiterten Aufgabenstellung durch Beantragung einer richterlichen Genehmigung in Bezug auf Zwangsmaßnahmen (§ 18 Absatz 6 PsychKG-E) und der aktuellen höchstrichterlichen Rechtsprechung zur Übertragung hoheitlicher Aufgaben auf Krankenhausträger, wird eine Konkretisierung dieser Übertragung im Gesetz verankert. Dies gibt den handelnden Personen Rechtssicherheit. Zukünftig erfolgt eine Beleihung der Krankenhausträger, die nicht in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft stehen, per Verwaltungsakt.

Absatz 1 Satz 4 beschreibt die Anforderungen an die Einrichtungen, die per Verwaltungsakt beliehen werden sollen. Ist ein Krankenhaus bereits durch einen Bescheid im Sinne des § 16 KHGG NRW im Krankenhausplan des Landes aufgenommen worden, können diese Anforderungen als gegeben vorausgesetzt werden. Eine - im Übrigen auch nicht mit den Grundsätzen effektiven Verwaltungshandelns kompatible - doppelte Prüfung durch die Behörde entfällt daher.

Die Aufsicht wird der örtlich zuständigen Bezirksregierung zugeordnet. Die Rechtsaufsicht für Krankenhäuser, die bisher in § 10 Absatz 2 PsychKG verankert war, wird nun in § 10a Absatz 2 PsychKG-E geregelt. § 11 KHGG NRW bleibt unberührt.

Die Aufsicht erstreckt sich auf die Sicherstellung der rechtmäßigen Aufgabenwahrnehmung. Als Mittel der Aufsicht werden die Unterrichtung, die Akteneinsicht, die Weisungsbefugnis und das Zutrittsrecht sowie das Selbsteintrittsrecht bei Untätigkeit des Krankenhaussträgers genannt. Von der Offenbarungspflicht hinsichtlich Patientenunterlagen ist der konkrete Inhalt dokumentierter, vertraulicher Therapiegespräche nicht umfasst, da dieser dem durch das Recht auf informationelle Selbstbestimmung umfassten, absolut geschützten Kernbereich der Person unterliegt. Hierzu bedarf es der Einwilligung der bzw. des Betroffenen.

Zu Nummer 5 (§ 13 PsychKG-E Anwendung der Vorschriften über die freiwillige Gerichtsbarkeit)

Die Vorschriften der freiwilligen Gerichtsbarkeit gelten für Behandlungsmaßnahmen nach § 18 und besondere Sicherungsmaßnahmen nach § 20. Für gerichtliche Verfahren wird auf § 312 FamFG verwiesen. Die dort verankerten Verfahrensregelungen sind zu beachten. Raum für landesrechtliche Regelungen besteht insofern nicht.

Zu Nummer 6 (§ 15 PsychKG-E Beendigung der Unterbringung)

Es ist eine rechtssystematische Änderung geboten. Bisher ist eine Regelung zur Entlassung, wenn der Grund der Unterbringung weggefallen ist, im § 17 Absatz 3 enthalten. Dessen Überschrift lautet „Aufnahme und Eingangsuntersuchung“. Systematisch ist die Regelung jedoch der Beendigung der Unterbringung zuzuordnen.

Zu Nummer 7 (§ 16 PsychKG-E Rechtstellung der Betroffenen)

In Absatz 1 wird ein täglicher Aufenthalt im Freien aus humanethischer und therapeutischer Sicht gefordert. Die Belastung durch die Bedingungen einer zwangsweisen Unterbringung in einem Krankenhaus wird dadurch gemildert.

In Absatz 2 wird darauf hingewiesen, dass § 9 des Gesundheitsdatenschutzgesetzes vom 22. Februar 1994 (GV. NRW. S. 84) zur Sicherung des Datenschutzes unberührt bleibt.

Zu Nummer 8 (§ 17 PsychKG-E Aufnahme, Eingangsuntersuchung und Erforderlichkeit der Unterbringung)

Die Überschrift wird um den in Absatz 3 formulierten Aspekt der Erforderlichkeit der weiteren Unterbringung ergänzt.

In Absatz 2 wird eine tägliche Überprüfung der Voraussetzungen der Unterbringung verlangt, da eine Freiheitsbeschränkung durch die Unterbringung einen sehr weitgehenden Grundrechtseingriff bedeutet.

Der Absatz 3 wird nach § 15 verschoben und als Satz 3 und 4 angefügt.

Zu Nummer 9 (§ 18 PsychKG-E Behandlung)

In Absatz 1 wird festgelegt, dass eine bedarfsgerechte Behandlung alle im Einzelfall gebotenen medizinischen (ärztlichen, psychotherapeutischen, pflegerischen, soziotherapeutischen, ergotherapeutischen etc.) Leistungen umfasst.

Mit den ergänzenden Formulierungen in Absatz 2 und 3 wird die fachlich gebotene Grundhaltung der gemeinsamen Entscheidungsfindung zwischen Betroffenen und Behandlerinnen und Behandlern gestärkt. Diese Grundhaltung ist auch bei Kindern und Jugendlichen unter Bezug auf die UN-Kinderrechtskonvention und das Kinderschutzgesetz geboten.

Weitergehend ist hier in diesem Zusammenhang auch das Angebot einer Behandlungsvereinbarung anzuführen.

Bisher wird die Behandlungsvereinbarung im Gesetz nur in § 2 PsychKG im Zusammenhang mit der besonderen Berücksichtigung des Willens und der Bedürfnisse der Betroffenen genannt. Eine Verankerung im § 18 PsychKG stellt einen fachlich gebotenen Zusammenhang zur Behandlungsplanung her.

Soweit eine Abstimmung und weitergehend eine Vereinbarung möglich sind, sind die §§ 630a bis h BGB zu beachten. Sie treffen Regelungen zu Vereinbarungen zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient. Sie betreffen insbesondere auch die Informations- und Erläuterungspflichten in Bezug auf die ärztlichen Maßnahmen.

Eine Behandlung von Betroffenen, die nicht einwilligungsfähig sind, wird in den Absätzen 4 und 5 geregelt. Die Behandlung von einwilligungsunfähigen Untergebrachten gegen deren natürlichen Willen (Zwangsbehandlung) kommt zum Schutz vor Lebensgefahr oder erheblicher Gefährdung der Gesundheit der untergebrachten Person oder Dritter (Mitpatientinnen und -patienten, Beschäftigte des Krankenhauses, Besucherinnen und Besucher) im Rahmen der Unterbringung unter engsten Voraussetzungen in Betracht.

Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Beschluss vom 23. März 2011 - 2 BvR 882/09 - zum Maßregelvollzug klargestellt, dass eine Zwangsbehandlung zwar einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit des Betroffenen darstelle und auch das subjektive Empfinden des Behandelten für die grundrechtliche Beurteilung durchaus von Belang sei. Es sei dem Gesetzgeber aber nicht per se verwehrt, einen solchen Eingriff per Gesetz zuzulassen. Dies gelte für die Zwangsbehandlung, die der Erreichung des Vollzugsziels diene, nämlich den Betroffenen wieder entlassungsfähig zu machen, gleichermaßen. Übertragen auf die landesrechtliche Unterbringung kann dem die Überwindung der Eigen- und Fremdgefährdung als Vollzugsziel der Unterbringung und die Wiederherstellung der Selbstbestimmung soweit wie möglich gleich gestellt werden. In seiner Entscheidung vom 20. Februar 2013 2 BvR 228/12 bestätigte das Bundesverfassungsgericht die Fremd- und Eigengefährdung als legitime Begründung für eine Unterbringung im Rahmen des Sächsischen Gesetzes über die Hilfen und die Unterbringung bei psychischen Krankheiten (SächsPsychKG).

Das Bundesverfassungsgericht hat in der o.a. Rechtsprechung in dem zu entscheidenden Fall des Maßregelvollzugs die Zulässigkeit der Zwangsbehandlung insofern ausgeschlossen, als damit Gefahren Dritter außerhalb der Unterbringung abgewendet werden sollen. Es hat klargestellt, dass bereits durch die Unterbringung Straftaten, die im Falle der Entlassung der betreffenden Person begangen werden könnten, verhindert werden. Nicht angesprochen hat das Bundesverfassungsgericht - ebenso wenig wie in seiner Entscheidung im Jahr 2013 -, ob eine

Zwangsbehandlung unter Berücksichtigung des Verhältnismäßigkeitsprinzips bei erheblicher Gefährdung Dritter im Rahmen der Unterbringung zulässig sein kann. Hier ist die Unterbringung nicht von vorneherein ein taugliches Mittel, um Gefahren von den Dritten im Rahmen der Unterbringung abzuwenden und eine Wiederherstellung der Selbstbestimmung soweit wie möglich zu erreichen. Es muss jeweils bei Einsichtsunfähigkeit im Einzelfall geprüft werden, ob eine Zwangsbehandlung oder die Anwendung von besonderen Sicherungsmaßnahmen - abhängig von Dauer und Intensität - das verhältnismäßig mildere Mittel ist. Insofern ist hier eine Zwangsbehandlung unter Berücksichtigung der im Übrigen im Gesetz formulierten strengen Voraussetzungen denkbar und möglich. Der zum Teil in der Literatur vertretenen Auffassung, dass aus der höchstrichterlichen Rechtsprechung eine generelle Unzulässigkeit einer Zwangsbehandlung bei Gefährdung Dritter im Rahmen der Unterbringung abzuleiten ist, wird insoweit nicht gefolgt.

Wie die Unterbringung muss auch die Zwangsbehandlung des untergebrachten Menschen auf die Behandlung der so genannten Anlasserkrankung sowie auf die Verhinderung von Lebensgefahr und erheblichen gesundheitlichen Schäden der untergebrachten Person und Dritter im Rahmen der Unterbringung ausgerichtet sein. Das allgemeine Ziel, die Selbstbestimmungsfähigkeit der Untergebrachten so weit wie möglich wieder herzustellen, reicht als Rechtfertigungsgrund für eine Zwangsbehandlung allein nicht aus. Der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz wäre nicht ausreichend beachtet. Die Maßnahme entspräche zudem nicht den Vorgaben der UN-BRK. Die Voraussetzungen sollen mit den Regelungen im Betreuungsrecht kongruent sein, sofern keine besonderen Gründe dagegen sprechen.

Mit dem Dritten Betreuungsrechtsänderungsgesetz sind die §§ 1901a und b in das Bürgerliche Gesetzbuch aufgenommen worden. Danach ist auch die Patientenverfügung eines aktuell einwilligungsunfähigen betroffenen Menschen zu achten.

Sofern eine rechtliche Betreuung bestellt oder eine rechtsgeschäftliche Bevollmächtigung erfolgt ist, hat die bestellte bzw. bevollmächtigte Person die Aufgabe, den mutmaßlichen Willen der Betroffenen zu ermitteln.

Das Bundesverfassungsgericht hat die Voraussetzungen, unter denen eine Zwangsbehandlung psychisch kranker Personen gegen den natürlichen Willen zulässig sein kann, benannt (BVerfGE a.a.O.). Es bedarf zudem einer gesetzlichen verfassungsgemäßen Grundlage, in der die Voraussetzungen einer Zwangsbehandlung klar und bestimmt genannt sind. Zu den zwingenden Voraussetzungen gehören neben den in Absatz 4 genannten Voraussetzungen:

- strikte Beachtung des Verhältnismäßigkeitsprinzips, d.h. die Zwangsbehandlung muss das letzte Mittel sein (ultima ratio), andere mildere Maßnahmen stehen nicht zur Verfügung und der zu erwartende Nutzen überwiegt die Risiken einer Behandlung deutlich
- der ernsthafte, mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Ausübung unzulässigen Drucks unternommene Versuch muss vorausgegangen sein, die auf Vertrauen gegründete Zustimmung des oder der Untergebrachten zu erreichen
- Möglichkeit, eine unabhängige Kontrollstelle anzurufen
- rechtzeitige Ankündigung der Maßnahme (so rechtzeitig, dass Rechtsschutz eingeholt werden kann)
- Anordnung, Durchführung und Überwachung der Maßnahme durch eine Ärztin oder einen Arzt sowie ihre umfassende Dokumentation

Als unabhängige Kontrollstelle wird nach Auswertung von Fachexpertisen das Betreuungsgericht als geeignete Stelle benannt. Auf die bereits bestehenden Regelungen im Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG) vom 17. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2586, 2587), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 27. Juli 2015 (BGBl. I S. 1386) geändert worden ist, wird Bezug genommen. Andere Alternativen wie die Etablierung einer Ombudsfrau, eines Ombudsmanns oder einer Ethikkommission sind mit Nachteilen bzw. Rechtsunsicherheit verbunden.

Ein erhöhter Aufwand für die Betreuungsgerichte ist zu erwarten.

Absatz 6 regelt das Verfahren bei volljährigen Personen zur Antragstellung beim zuständigen Gericht und die Verfahrensweise, wenn Lebensgefahr oder eine gegenwärtige schwerwiegende Gefahr für die Gesundheit für die zu behandelnde Person oder für dritte Personen besteht und eine gerichtliche Entscheidung nicht rechtzeitig einholbar ist. Von einer solchen Gefahr ist beispielweise auszugehen, wenn aufgrund der zugrundeliegenden Erkrankung eine Kreislaufinstabilität oder Störungen der Atmung (wegen Verweigerung einer Flüssigkeitsaufnahme, Auswirkungen eines Alkoholentzugsdelirs, Atemnot usw.) eintreten, die lebensbedrohlich sind oder schwerwiegende Schädigungen der Gesundheit zur Folge haben können. Auch kann eine solche gegenwärtige Gefahr entstehen, wenn durch Gewalttätigkeit der untergebrachten Person schwerwiegende Schäden für die Gesundheit oder das Leben von Dritten zu befürchten sind. Die Anwendung einer Zwangsbehandlung bei Gefahr im Verzug wird zeitlich begrenzt. Zeichnet sich ab, dass die Zwangsbehandlung voraussichtlich länger als 24 Stunden andauern wird oder die unmittelbare Gefahr überwunden und die Zwangsbehandlung als weiterhin notwendig angesehen wird, ist eine Genehmigung bei Gericht unverzüglich einzuholen. Von einer Fortführung ist auch auszugehen, wenn sich eine Zwangsbehandlung aufgrund einer akuten Gefährdung, die keinen Aufschub duldet, regelmäßig wiederholt.

Die Ausgestaltung des zu stellenden Antrags trägt dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2011 Rechnung, da Rechtmäßigkeit und Verhältnismäßigkeit der Maßnahme nur durch die vorgesehenen Angaben vom Gericht beurteilt werden können. Hierdurch wird effektiver Rechtsschutz für die Betroffenen gewährleistet. Zudem sichern die Angaben im Antrag und die Meldungen derjenigen Situationen an die Aufsichtsbehörde, in denen wegen Gefahr im Verzug eine Entscheidung des Gerichts nicht eingeholt wurde, eine systematische verbesserungsorientierte Qualitätskontrolle und Evaluation.

In Absatz 7 wird klargestellt, dass eine Zwangsbehandlung einer minderjährigen Person der Zustimmung der sorgeberechtigten Person bedarf. Für minderjährige Personen existiert keine dem § 1906 Absatz 3 BGB, der für volljährige Personen eine ärztliche Behandlung regelt, entsprechende Norm. Die elterliche Sorge umfasst u.a. die Veranlassung von ärztlichen Maßnahmen sowie die Einwilligung in ärztliche Eingriffe gemäß § 630d BGB. Eine Einschränkung sieht das Bundesrecht nur in bestimmten Ausnahmefällen vor. So bedarf die mit einer Freiheitsentziehung verbundene Unterbringung, einer gerichtlichen Genehmigung nach § 1631b BGB, nicht aber die ärztliche Behandlung. Auch hat der Bundesgesetzgeber im Gegensatz zu § 312 Satz 1 Nummer 3 FamFG eine entsprechende Erweiterung des Katalogs der in die familiengerichtlichen Zuständigkeiten fallenden Kindschaftssachen in § 151 Nummer 7 FamFG unterlassen.

Zu Absatz 7 wird festgestellt, dass bei Zwangsbehandlungen von Minderjährigen im Falle nicht erreichbarer sorgeberechtigter Personen oder im Falle der Zustimmungsverweigerung durch die sorgeberechtigten Personen die behandelnden Ärztinnen oder Ärzte als Beauftragte der staatlichen Gemeinschaft befugt sind, das zuständige Jugendamt zu informieren. Dies findet seine rechtliche Grundlage in § 8 a Absatz 5 SGB VIII im Zusammenhang mit dem Schutzauftrag aus dem Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen

(§ 1 Absatz 3 Nr. 3 Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2975)) bei einer erkannten Kindeswohlgefährdung – hier: einer akuten Selbstgefährdung der psychischen oder physischen Gesundheit des/der Minderjährigen - und der nicht möglichen Abwendung der Gefährdung gemäß § 4 Absatz 1 und Absatz 3 KKG.

Das Jugendamt ist entsprechend § 8a Abs. 5 SGB VIII verpflichtet, Maßnahmen zur Sicherung des Kindeswohls bis hin zur Inobhutnahme und Anrufung des Familiengerichts vorzunehmen. Eine gerichtliche Kontrolle einer Zwangsbehandlung stünde im Widerspruch zu bundesrechtlichen Regelungen, da das Bürgerliche Gesetzbuch keine Regelungen für Zwangsbehandlungen bei Minderjährigen vorsieht und es keine anwendbare Verfahrensregelung im Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG) gibt. Das Bürgerliche Gesetzbuch regelt nur eine Unterbringung des Kindes, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist (§1631b BGB). Insoweit kann eine Klarstellung dahingehend erreicht werden, dass eine Anrufung des zuständigen Familiengerichts nur im Zusammenhang mit den Regelungen des SGB VIII erfolgen kann.

Absatz 8 regelt das Verfahren bei sonstigen Erkrankungen (Erkrankungen neben der Anlaserkrankung). Sofern die Einwilligung der Betroffenen bei sonstigen Erkrankungen nicht zu erlangen ist, muss im Falle der Einwilligungsunfähigkeit auf die Regelungen in § 630d und §§ 1896 bis 1906 BGB zurückgegriffen werden.

Zu Nummer 10 (§ 20 PsychKG-E Besondere Sicherungsmaßnahmen)

Das „Festhalten anstelle der Fixierung“ wird als eigenständige Sicherungsmaßnahme eingeführt. Hierunter ist die Immobilisierung der bzw. des Betroffenen mittels körperlicher und verbal begleiteter Techniken durch therapeutisches oder pflegerisches Fachpersonal zu verstehen. Diese Variante der Beschränkung der Bewegungsfreiheit wird teilweise von Betroffenen im Vergleich zum Eingriff durch mechanische Vorrichtungen wie der Fixierung als weniger einschneidend empfunden. 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 oder Isolierung – eingesetzt wird.

Über einen längeren Zeitraum andauernde oder sich regelmäßig wiederholende besondere Sicherungsmaßnahmen der Fixierung sind vom Betreuungsgericht zu genehmigen. Mit den Fixierungen sind weitgehende Grundrechtseingriffe verbunden. Hier ist eine unabhängige Kontrolle geboten. Wie auch bei der Zwangsbehandlung bestehen hier keine Alternativen zum Betreuungsgericht, zumal damit eine Angleichung an das Betreuungsrecht in Bezug auf den Richtervorbehalt hergestellt wird. Im Verfahren zur Anwendung einer besonderen Sicherungsmaßnahme soll ein ärztliches Zeugnis anstelle eines Gutachtens erstellt werden.

In einer Akutsituation ist es nicht möglich, die Genehmigung vor Durchführung zu beantragen. Zeichnet sich jedoch ab, dass die Fixierung voraussichtlich länger als 24 Stunden andauern oder sich regelmäßig wiederholen wird, ist eine Genehmigung unverzüglich einzuholen.

Der Bundesgerichtshof hat mit Beschluss vom 07. August 2013 XII ZB 559/11 entschieden, dass sorgeberechtigte Personen (Eltern) Fixierungsmaßnahmen in Ausübung ihres Sorgerechts selbst genehmigen können. Diese unterfallen insoweit nicht dem Genehmigungserfordernis des § 1631b BGB. Auch eine analoge Anwendung von § 1906 Absatz 4 BGB kommt vor diesem Hintergrund nicht in Betracht. Im Falle einer sofortigen Maßnahme bei unmittelbar

drohender Gefahr sind die sorgeberechtigten Personen unverzüglich zu informieren und eine Genehmigung zum weiteren Vorgehen ist einzuholen.

Es wird festgestellt, dass im Falle nicht erreichbarer sorgeberechtigter Personen oder im Falle der Zustimmungsverweigerung durch die sorgeberechtigten Personen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte als Beauftragte der staatlichen Gemeinschaft befugt sind, das zuständige Jugendamt zu informieren. Dies findet seine rechtliche Grundlage in § 8a Absatz 5 SGB VIII im Zusammenhang mit dem Schutzauftrag aus dem Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen (§ 1 Absatz 3 Nr. 3 Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2975)) bei einer erkannten Kindeswohlgefährdung – hier: einer akuten Selbstgefährdung der psychischen oder physischen Gesundheit der Minderjährigen - und der nicht möglichen Abwendung der Gefährdung gemäß § 4 Absatz 1 u. Absatz 3 KKG.

Das Jugendamt ist entsprechend § 8a Absatz 5 SGB VIII verpflichtet, Maßnahmen zur Sicherung des Kindeswohls bis hin zur Inobhutnahme und Anrufung des Familiengerichts vorzunehmen. Eine gerichtliche Kontrolle einer Zwangsmaßnahme stünde im Widerspruch zu bundesrechtlichen Regelungen, da das Bürgerliche Gesetzbuch keine Regelungen für Zwangsmaßnahmen bei Minderjährigen vorsieht und es keine anwendbare Verfahrensregelung im Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG) gibt. Das Bürgerliche Gesetzbuch regelt nur eine Unterbringung des Kindes, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist (§1631b BGB). Insoweit kann eine Klarstellung dahingehend erreicht werden, dass eine Anrufung des zuständigen Familiengerichts nur im Zusammenhang mit den Regelungen des SGB VIII erfolgen kann.

Zu Nummer 11 (§ 22 PsychKG-E Besuche, Telefongespräche, Telekommunikation)

Absatz 3 Satz 2 gibt den Betroffenen grundsätzlich das Recht, Mobilfunkgeräte (Handys) und Internet zu nutzen. Dieses Recht darf nur eingeschränkt werden, soweit dies erforderlich ist, um gesundheitliche Nachteile für Betroffene oder erhebliche Gefahren für die Sicherheit oder das geordnete Zusammenleben abzuwehren. Gesondert ist der Gebrauch der damit verbundenen Bild-, Video- und Tonaufzeichnungsoptionen zu regeln, da hier Gefahren für die Rechte bzw. den Schutz Dritter entstehen können. Dies gilt für die Versendung unerlaubter Aufzeichnungen oder ihre Einstellung ins Internet. Die Persönlichkeitsrechte werden durch unterschiedliche bundesgesetzliche Regelungen geschützt. In den Hausordnungen ist auf die geltenden Schutzgesetze hinzuweisen und Regelungen zu diesen Optionen sind zu treffen.

Zu Nummer 12 (§ 23 PsychKG-E Besuchskommissionen)

In Absatz 1 Satz 1, Absatz 2 Satz 3 und Absatz 3 und 4 handelt es sich um redaktionelle Änderungen.

In Absatz 4 ist die Änderung notwendig, da nicht mehr alle der in der Bezirksregierung mit der Aufgabe betrauten Personen immer auch verbeamtet sind und diese Aufgabe gleichwohl auch von Tarifbeschäftigten des öffentlichen Dienstes wahrgenommen werden kann.

Die bisher per Erlass geregelte Mitgliedschaft der Betroffenen- und Angehörigenverbände in der Besuchskommission wird als Rechtsanspruch ins Gesetz aufgenommen. Einer ständigen Pflichtmitgliedschaft widerspricht, dass es für die Verbände nicht immer realisierbar ist, alle Kommissionen zu besetzen.

Das für Gesundheit zuständige Ministerium kann jederzeit auch Vertreterinnen und Vertreter berufen, die zeitweise an den Besuchen der Kommission teilnehmen können, wie beispielsweise Vertretungen der Pflege o. ä. Es ist für die Verbesserung der Qualität in den Unterbringungseinrichtungen hilfreich, bei Bedarf auch das Urteil oder die Eindrücke anderer - nicht im § 23 aufgeführter - Gruppen aufnehmen und auswerten zu können. Die Rücksichtnahme auf die Interessen der Betroffenen erfordert jedoch eine Beschränkung der Anzahl der ständigen (Pflicht-) Mitglieder der Besuchskommission. Deshalb wird hier keine regelmäßige Mitgliedschaft, sondern ein an den Bedürfnissen ausgerichtetes Teilnahmerecht nach Berufung durch das Ministerium geregelt. Hierdurch kann flexibel auf unterschiedliche Fragestellungen vor Ort reagiert werden.

Zu Nummer 13 (§ 24 PsychKG-E Beschwerdestellen)

In Absatz 1 wird klargestellt, dass Sprechstunden bei Bedarf abgehalten werden sollen, auch wenn die Unterbringung in offener Form erfolgt.

Zu Nummer 14 (§ 30 PsychKG-E Aufsichtsbehörden)

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung.

Zu Nummer 15 (§ 31 PsychKG-E Landesfachbeirat und § 32 PsychKG-E Meldepflichten, Berichterstattung, Landespsychiatrieplan)

Der durch § 31 neu eingesetzte Landesfachbeirat Psychiatrie berät das für Gesundheit zuständige Ministerium bei der Weiterentwicklung der psychiatrischen Hilfeangebote im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich.

Er setzt sich aus den verschiedenen Beteiligten des psychiatrischen Hilfesystems zusammen. Auf diese Weise soll ein fachlicher Austausch ermöglicht und ein Forum der Koordination bereitgestellt werden. In Absatz 1 Satz 3 werden die wesentlichen Interessengruppen benannt, die Mitglieder im Landesfachbeirat Psychiatrie sein können.

Die Aufzählung ist nicht abschließend. Der Vorsitz und die Geschäftsführung im Landesfachbeirat Psychiatrie obliegen nach Absatz 1 Satz 4 dem für Gesundheit zuständigen Ministerium.

Nach Absatz 2 gibt sich der Landesfachbeirat eine Geschäftsordnung.

§ 32 Absatz 1 und 2 regeln neu die klinik- und fallbezogene Dokumentation. Es ist zukünftig eine systematische, anonymisierte Berichterstattung auf Landesebene auf der Grundlage von Regionalerhebungen vorgesehen. Zu systematischen landesweiten Erhebungen über die Praxis der Unterbringung und der Zwangsmaßnahmen liegen bisher nur wenige Studien vor (Crefeld 2003 und Juckel 2010). Diese Studien belegen, dass durch die Erhebungen Transparenz im Unterbringungsgeschehen und eine Grundlage für eine verbesserte Unterbringungspraxis geschaffen werden können. Zudem waren den Studien Hinweise zu entnehmen, dass durch eine Verbesserung der Dokumentations- und Qualitätsstandards Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken reduzierbar sind. Erforderlich ist daher eine regelmäßige Gesundheitsberichterstattung auf regionaler und überregionaler Ebene. Eine gesetzliche Verankerung schafft insofern eine höhere Verbindlichkeit bzw. Durchgriffsmöglichkeiten.

Die Meldungen bezüglich der kommunalen Unterbringung erfolgen wie bisher durch die Kommunen auf der Grundlage des ÖGDG NRW. Die Daten sind für die regionale und überregionale Psychiatrieberichterstattung und in Bezug auf den Anspruch der Minimierung und Überwindung von Zwang von großer Relevanz.

Der zuständigen Aufsichtsbehörde sollen jährlich die in Absatz 1 Nummer 1 bis 4 angeführten Daten zu den meldepflichtigen Zwangsmaßnahmen übermittelt werden. Auf Grundlage dieser Zahlenbasis kann eine umfassende Auswertung erfolgen. Um hier gegenüber dem Parlament und der Fachöffentlichkeit Transparenz zu schaffen, ist eine verbindliche Regelung zur Meldung notwendig.

Der Berichtszeitraum ist an die Vorgaben zum Bericht der Besuchskommissionen angepasst.

Nach dem ÖGDG NRW ist das Land allgemein in der Pflicht, eine Gesundheitsberichterstattung und Planung zu gewährleisten. Mit § 32 Absatz 3 soll nunmehr diese Rahmenplanung für den Bereich der psychiatrischen Versorgung eine gesetzliche Konkretisierung erhalten. Das für Gesundheit zuständige Ministerium erstellt einen Landespsychiatrieplan, der die Rahmenplanung für die Hilfeangebote für psychisch kranke Personen enthält.

Mit dem im Absatz 3 verankerten Landespsychiatrieplan sollen im Sinne einer Rahmenplanung das Zusammenwirken der verschiedenen Beteiligten befördert, das jeweilig Erreichte in den einzelnen Bereichen dargestellt und gemeinsame Wege für die weitere Entwicklung beschrieben werden. Bei der Erstellung des Landespsychiatrieplans wird das für Gesundheit zuständige Ministerium nach Satz 3 vom Landesfachbeirat Psychiatrie beraten, in dem die unterschiedlichen Beteiligten des psychiatrischen Versorgungssystems vertreten sind (vgl. § 31), so dass die Rahmenplanung im breiten Austausch der verschiedenen Interessengruppen erfolgen kann. Der Landespsychiatrieplan wird entsprechend der Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen fortgeschrieben (Satz 4). Je nach Bedarf kann daher die Fortschreibung in engeren oder weiteren Zeitabständen angebracht sein. Das für Gesundheit zuständige Ministerium prüft jeweils, spätestens nach fünf Jahren, ob eine Fortschreibung erforderlich ist.

Zu Nummer 16

Bei den Bezeichnungen der §§ 33 bis 39 handelt es sich um redaktionelle Änderungen.

Zu Nummer 17

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung in Anpassung an die bestehende Berichtspflicht.

Zu Artikel 2

Das Gesetz soll am 1. Januar 2017 in Kraft treten.