



LAND
BRANDENBURG

Ministerium für Arbeit,
Soziales, Gesundheit,
Frauen und Familie



Bericht über die Tätigkeit der Besuchskommissionen nach dem Brandenburgischen Psychisch-Kranken-Gesetz

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Brandenburgischen Landesregierung herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Bundes-, Landtags- und Kommunalwahlen sowie für die Wahl der Mitglieder des Europäischen Parlaments. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht so verwendet werden, dass es als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es jedoch gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer einzelnen Mitglieder zu verwenden.

Inhalt

Zusammenfassung	4
1 Einleitung	10
2 Rechtliche Grundlagen	11
2.1 Beschwerderecht	11
2.2 Rechtliche Regelungen zur Arbeit der Besuchskommissionen	11
2.2.1 Dauer der Berufung und Zusammensetzung der Kommissionen	11
2.2.2 Rechte und Aufgaben	12
2.2.3 Zuständigkeit	13
2.2.4 Berichterstattung	16
2.2.5 Unabhängigkeit und Verschwiegenheit	16
2.3 Für die psychiatrische Versorgung relevante, im Berichtszeitraum veränderte gesetzliche Regelungen	17
2.3.1 Patientenrechtegesetz	17
2.3.2 Ärztlichen Zwangsmaßnahmen, § 1906 und § 1906a BGB	18
2.3.3 Behandlung und Zwangsmaßnahmen, § 18 BbgPsychKG	18
2.3.4 Zwangsmaßnahmen bei Kindern- und Jugendlichen, § 1631b BGB	18
2.3.5 Patientenverfügung, § 1901a BGB	19
2.3.6 Entlassmanagement, § 39 SGB V	19
2.3.7 Psych-Personalnachweis-Vereinbarung, § 9 Abs. 1 Nr. 8 BPfIV	21
2.3.8 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB), § 115d SGB V	22
2.3.9 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)	22
2.3.10 Verfassungsrechtliche Anforderungen an die Fixierung von Patienten in der öffentlich-rechtlichen Unterbringung	23
3 Zur Arbeit der Besuchskommissionen zwischen 2015 und 2018	25
3.1 Themen und Impulse aus den Treffen und Veranstaltungen im Jahr 2015	25
3.2 Themen und Impulse aus den Treffen und Veranstaltungen im Jahr 2016	26
3.3 Themen und Impulse aus den Treffen und Veranstaltungen im Jahr 2017	31
3.4 Themen und Impulse aus den Treffen und Veranstaltungen im Jahr 2018	39
4 Auswertung der Besuchsberichte	42
4.1 Allgemeinpsychiatrie / Erwachsenenbereich	43
4.1.1 Bauliche Situation, räumliche Bedingungen, Atmosphäre in den Kliniken	45
4.1.2 Personalsituation, Erfüllung der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV)	47
4.1.3 Unterbringung, besondere Sicherungsmaßnahmen	49
4.1.4 Besondere Vorkommnisse	51
4.1.5 Dokumentation, Akteneinsicht	52
4.1.6 Gespräche mit Patientinnen und Patienten	50

4.1.7	Zusammenarbeit der Klinik mit anderen Behörden, Einrichtungen und dem Hilfesystem	54
4.1.8	Teilhabemöglichkeiten von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen	56
4.1.9	Beschwerdemanagement / Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher	58
4.1.10	Stellungnahmen der Kliniken	59
4.1.11	Impulse aus den Besuchen	60
4.2	Kinder- und Jugendpsychiatrie	60
4.2.1	Bauliche Situation, räumliche Bedingungen, Atmosphäre in den Kliniken	61
4.2.2	Personalsituation, Erfüllung der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV)	61
4.2.3	Unterbringung, besondere Sicherungsmaßnahmen	61
4.2.4	Dokumentation, Akteneinsicht	62
4.2.5	Beschwerdemanagement	62
4.2.6	Weitere Aspekte	62
4.2.7	Impulse aus den Berichten	63
4.3	Maßregelvollzug	64
4.3.1	Personal	64
4.3.2	Gebäude und Einrichtung	64
4.3.3	Atmosphäre der Einrichtungen	65
4.3.4	Patientengespräche	65
4.3.5	Akteneinsicht	66
4.3.6	Sonstiges	66
4.3.7	Stellungnahme zur Auswertung der Besuchsberichte	67
5	Stellungnahme des MASGF	70
5.1	Veränderungsimpulse an die klinische Versorgung	71
5.2	Veränderungsimpulse zur Arbeit der Besuchskommissionen	71
5.3	Veränderungsimpulse zur Arbeit des MASGF	72
6	Anhang – Gesetzestexte	74
6.1	BbgPsychKG, § 2a Besuchskommissionen	74
6.2	BbgKHEG, § 5 Beschwerdestellen	75
6.3	BbgPsychKG, § 32 Beschwerderecht	75
6.4	BGB § 1906 Genehmigung des Betreuungsgerichts bei freiheitsentziehender Unterbringung und bei freiheitsentziehenden Maßnahmen	76
6.5	BGB § 1906a Genehmigung des Betreuungsgerichts bei ärztlichen Zwangsmaßnahmen	76
6.6	BbgPsychKG § 18 Behandlung und Zwangsmaßnahmen auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge	77
6.7	BGB §1631 b Freiheitsentziehende Unterbringung und freiheitsentziehende Maßnahmen	78

Vorbemerkung

Der vorliegende Bericht (Vierter Bericht über die Tätigkeit der Besuchskommissionen nach § 2a und § 49 Brandenburgisches Psychisch-Kranken-Gesetzes) wurde im Mai 2019 dem Brandenburgischen Landtag übergeben und am 29. Mai 2019 in der 47. Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (AASGFF) diskutiert.

In der Aussprache über den Bericht würdigten die Abgeordneten die Arbeit der Besuchskommissionen. Das Protokoll der Sitzung ist in der Parlamentsdokumentation zugänglich (www.parlamentsdokumentation.brandenburg.de -> Suchwort: Besuchskommissionen).

Zusammenfassung

Hintergrund

In Brandenburg überprüfen die ehrenamtlichen Besuchskommissionen durch regelmäßige Besuche, ob die Rechte und die berechtigten Interessen der psychiatrischen Patientinnen und Patienten gegenüber dem Krankenhaus gewahrt und die mit der Unterbringung verbundenen besonderen Aufgaben erfüllt werden (§ 2a des Brandenburgischen Psychisch-Kranken-Gesetzes (Bbg-PsychKG)). Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und den Maßregelvollzug gibt es jeweils eigenständige Besuchskommissionen. Einmal in der Legislaturperiode legt das Ministerium für Gesundheit (MASGF) dem Landtag eine Zusammenfassung der Besuchsberichte vor und nimmt dazu Stellung.

Einer Besuchskommission gehören Expertinnen und Experten der Psychiatrie aus verschiedenen Gebieten an: Gesundheitsverwaltung, Psychiaterin / Psychiater, Juristin / Jurist, nicht-ärztliche Fachkraft / Betreuung Psychiatrie. Regelmäßig werden außerdem Mitglieder aus Angehörigen- oder Betroffenenorganisationen berufen. Die Mitglieder der Besuchskommissionen werden für die Dauer von fünf Jahren berufen. Die Besuchskommissionen arbeiten ehrenamtlich und unabhängig.

Zur Arbeit der Besuchskommissionen zwischen 2015 und 2018

Die insgesamt sieben Besuchskommissionen arbeiten seit 2015 in der fünften Amtsperiode, die noch bis 2020 andauert. Das MASGF unterstützt das Wirken der Kommissionen, indem es jährliche Treffen und Fortbildungen anbietet sowie kontinuierlich zur Verfügung steht. Darüber hinaus fördert das MASGF seit 2015 das Projekt „Stärkung der Patientenrechte in der psychiatrischen Versorgung in Brandenburg“ (Träger: Gesund-

heit Berlin-Brandenburg e.V.), das die Arbeit der Besuchskommissionen unterstützt.

Im vorliegenden Bericht werden nicht nur die Besuchsberichte zusammengefasst, sondern auch Ergebnisse aus den Treffen der Besuchskommissionen dargestellt. So wird anschaulich, wie die Besuchskommissionen ihrer Aufgabe nachgehen, auf welche prinzipiellen und alltäglichen Hindernisse sie stoßen und welche Unterstützung sie durch Kliniken und MASGF erfahren. Diskutierte Themen waren:

- Unterbringung gegen den Willen und Zwangsbehandlung: rechtliche, medizinische und ethische Aspekte
- Personalverordnung und Weiterentwicklung des Psychiatrie-Entgeltsystems: Eine ausreichende Zahl von qualifizierten Kräften wird als Voraussetzung einer menschenwürdigen Unterbringung angesehen. Allerdings ist für die Mitglieder der Besuchskommissionen kaum entscheidbar, welche Daten für eine Bewertung herangezogen werden müssen. Hier gibt es keinen Standard.
- Die Kliniken wurden nach der Neuberufung der Besuchskommissionen über die Zusammensetzung, Rechte und Aufgaben der Besuchskommissionen informiert. Die Zusammenarbeit und Kooperationsbereitschaft konnte dadurch deutlich verbessert werden.
- Optimiertes Verfahren im Umgang mit den Besuchsberichten der Besuchskommissionen: Die Berichte werden vom MASGF, Referat 41, gemeinsam mit dem Landesamt für Soziales und Versorgung (LASV) bezüglich daraus hervorgehender Handlungsimpulse und Aufträge geprüft. Der Bericht wird dann an das Krankenhaus mit der Bitte um Stellungnahme geschickt. Bei Bedarf wird auch das Krankenhausreferat 45 in die weiteren Prüfungen mit einbezogen und ggf. aufsichtliche oder sonstige Maßnah-

men veranlasst. Die Stellungnahme der Klinik wird vom MASGF und LASV bewertet. Bei Bedarf wird um eine weitere Stellungnahme gebeten. Die Besuchskommission wird über den Schriftwechsel informiert.

- Angemeldete oder unangemeldete Besuche: Die Mitglieder der Besuchskommissionen sehen Vor- und Nachteile bei angemeldeten und unangemeldeten Besuchen (Pro Anmeldung: Patientinnen und Patienten können vorab über den Besuch informiert werden, Gesprächspersonen (auch Chefärztinnen und Chefarzte, Geschäftsführung etc.) stehen eher zur Verfügung, Angaben zur Klinik können vorab angefordert werden und Klinikunterlagen sind besser vorbereitet. Contra Anmeldung: Situation in der Klinik wird auf den Besuch vorbereitet (bspw. extra aufgeräumt und geputzt oder Belegungssituation wird korrigiert) und somit ist kein authentisches Bild der aktuellen Lage möglich.
- Schemata für Besuchsberichte: Die Besuchskommissionen arbeiten ehrenamtlich und unabhängig. Bislang konnten sich die Kommissionen nicht auf ein einheitliches Berichtsformat einigen.

Auswertung der Besuchsberichte

Die Besuchskommissionen legen dem MASGF nach dem BbgPsychKG einen Bericht über das Ergebnis der Überprüfung vor. Im Bericht sollen enthalten sein: Wünsche und Beschwerden der Patientinnen und Patienten einschließlich einer Stellungnahme dazu, Angaben zur Personalausstattung entsprechend den Anforderungen der Psychiatrie-Personalverordnung sowie den jeweils geltenden Regelungen. Weitere Vorgaben etwa im Sinne einer Gliederung gibt es nicht.

Für den vorliegenden Bericht wurden 88 Berichte und 34 Stellungnahmen der allgemeinpsychiatrischen Versorgung bei Erwachse-

nen, 21 Berichte und 7 Stellungnahmen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung sowie 12 Berichte und 12 Stellungnahmen aus dem Maßregelvollzug ausgewertet.

Allgemeinpsychiatrie: Immer wieder hatten die Besuchskommissionen Schwierigkeiten, an bewertbare Aussagen zur Personalsituation bzw. zur Erfüllung der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) zu kommen. Teilweise wurden von den Kliniken keine Angaben gemacht oder diese wurden nur berichtet aber nicht ausgehändigt. Manchmal wurde zugesagt, Informationen nachzureichen, was dann aber manchmal nicht oder nur mit Verzögerung passierte. Mehrere Kliniken stellten umfangreiches und detailliertes Datenmaterial zur Verfügung, das aber aufgrund der Bandbreite möglicher Angaben und Bezugsgrößen kaum interpretierbar war. Angaben zur Einhaltung der PsychPV variieren zwischen 80 und 106 Prozent. Ein Mangel bei Ärztinnen, Ärzten und Pflege wurde teilweise durch Psychologinnen und Psychologen ausgeglichen. Die Ausstattung beim Sozialdienst war uneinheitlich aber häufig eher zu niedrig. Kliniken haben zunehmend Schwierigkeiten, qualifiziertes Personal zu gewinnen. Die Besuchskommissionen empfahlen die Entwicklung von Ausfallkonzepten bei Personalnot, betriebliches Gesundheitsmanagement und Personalentwicklungskonzepte.

Unterbringungen und besondere Sicherungsmaßnahmen: Am Besuchstag wurden zwischen 0 und 7 nach BbgPsychKG untergebrachte Personen und zwischen 0 und 9 nach Betreuungsrecht untergebrachte Personen angetroffen. Die Kliniken unterscheiden sich stark in Bezug auf die Häufigkeit von Unterbringungen, Fixierungen und Zwangsbehandlungen. Positiv hervorgehoben wurde eine Klinik, die ein Maßnahmenpaket zur Verminderung von Zwangsmaßnahmen umsetzt (Deeskalationstrainings, Förderung von Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleitern, regelmäßige Nachbesprechungen

mit allen Beteiligten bei notwendigen Zwangsmaßnahmen, die Fixierung wird mit einem Medikament (Diazepam) verbunden, wodurch die Fixierung auf 20 bis 30 Minuten begrenzt werden kann).

Dokumentation, Akteneinsicht: Bei 47 Akteneinsichten wurden keine Beanstandungen festgestellt. Kritische Anmerkungen bezogen sich u.a. auf: Unvollständiges Fixierungsprotokoll, unzureichende Begründung einer Fixierung, Fixierungsprotokolle wurden außerhalb der Patientenakte aufbewahrt.

Gespräche mit Patientinnen und Patienten: In allen 18 Kliniken wurden Gespräche mit Patientinnen und Patienten geführt, jedoch nicht bei jedem Besuch. Bei 49 Gesprächen äußerten sich die Patientinnen und Patienten zufrieden oder für die Besuchskommission ergaben sich aus den Gesprächen keine weitergehenden Impulse. Kritik wurde bei 33 Gesprächen geäußert: mangelnder Zugang zu Geld und Telefon, zu wenig Therapieangebote, verzögerte Aushändigung des Unterbringungsbeschlusses, kein Kontakt zur Verfahrenspflegerin, Androhung einer Unterbringung, Langeweile, zu wenig Unterhaltung, keine Reaktion auf Beschwerdebrief, Lärm, Bedrohung durch Mitpatientinnen und Mitpatienten, zu wenig Privat- und Rückzugsraum, Dreibettzimmer, zu wenig Hilfe bei Konflikten zwischen Patientinnen und Patienten.

Stellungnahmen der Kliniken: Stellungnahmen enthielten teilweise oder ausschließlich Richtigstellungen oder nachträgliche Angaben von Seiten der Klinik. Kliniken berichteten von Veränderungen seit dem Besuch oder hatten Veränderungsimpulse der Besuchskommissionen aufgegriffen. Diese bezogen sich beispielsweise auf die Personalsituation und die Vergütung, die Verbesserung der Fortbildungsmöglichkeiten, das Implementieren von Gefahrenanalysen und Stressbewältigungsprogrammen für Mitarbeitende, das Anbringen von Rauchmeldern, den Umbau von Sanitärbereichen, die Einrichtung

einer zusätzlichen Tagesklinik, die Verbesserung der Ausschilderung im Klinikgelände, die Situation von Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprechern, die Bereitstellung von Nachttischen bei Aufstockungsbetten, das Abwenden von Bedrohungssituationen durch Mitpatientinnen und Mitpatienten, Reinigung des Time-Out-Raumes, mehrere Umbau- und Erweiterungsbaumaßnahmen etc. Einen expliziten Dank für den Besuch und die Anregungen der Besuchskommissionen äußerten die Kliniken in mehreren Stellungnahmen.

Impulse aus den Besuchen: Die in den Berichten konkret benannten Veränderungsimpulse wurden Kategorien zugeordnet. Die sechs häufigsten waren (in Klammern die Häufigkeit der Nennungen):

- Mangel in der Personalausstattung, Ausfallkonzepte, Akquise, Beschäftigungsbedingungen (34)
- Kapazitäten, Auslastung, Überbelegung, Aufstockung von Betten, Berücksichtigung spezifische Bedarfe (Geflüchtete, Crystal Meth, offene Konzepte und Vermeidung von Zwangsmaßnahmen, Sturzvermeidung und Pflege im gerontopsychiatrischen Bereich, Eltern und Kind Angebote) (26)
- Raumkapazitäten und -ausstattung (Aufenthaltsräume, Funktions- und Therapieräume, Time-Out-Räume) (22)
- Umgang und Verfahrensregelungen von Zwangsmaßnahmen und deren Dokumentation, Kooperation mit Amtsgerichten (19)
- Fortbildungs- und Weiterbildungskonzepte, betriebliche Gesundheitsförderung und Schutz bei Überforderung (13)
- Verbesserung der Anschlussperspektiven (intensivbetreute Wohnplätze, ambulante Versorgung) (11).

Kinder- und Jugendpsychiatrie: Bezüglich der Überprüfung der Personalausstattung sowie dem Umgang mit Zwangsmaßnahmen,

ergab sich ein zur Erwachsenenpsychiatrie vergleichbares Bild. Allerdings entfiel die Mehrzahl der Unterbringungen nach BbgPsychKG und nach dem Betreuungsrecht auf eine einzige Klinik. Nach Angaben der Klinik wird auch bei freiwillig auf geschlossener Station untergebrachten Kindern und Jugendlichen häufiger ein richterlicher Beschluss nach BGB eingeholt. Über weitere Hintergründe und die Bedingungen für diese Verschiedenheit der Kliniken wurde in den Aufsichtssitzungen im MASGF diskutiert.

Die Kommission hinterfragte die Praxis des Amtsgerichtes, den Eltern Verfahrenskosten bei Unterbringungen nach dem Familienrecht in Rechnung zu stellen und wies darauf hin, dass die Eltern nicht ausreichend über Prozesskostenhilfe aufgeklärt wurden.

In allen Kliniken bzw. Stationen fand die Kommission ein Beschwerdemanagement vor. Das Bearbeiten der Beschwerden durch Stations- und Klinikleitung war nicht überall transparent. In einer Klinik wird ein neues Konzept für das Beschwerdemanagement erarbeitet. Die kinder- und jugendpsychiatrische Besuchskommission empfahl, das Beschwerdemanagement mehr auf die Möglichkeiten und Bedürfnisse von Kindern auszurichten. Insgesamt erfuhren die Kliniken nur wenige Beschwerden.

Gespräche mit Patientinnen und Patienten: Vor dem Hintergrund, dass das BbgPsychKG explizit vorsieht, dass die Besuchskommission Gespräche mit jungen Patientinnen und Patienten führen soll, berichten die Kommission selten über solche Gespräche. Das war der Kommission auch bewusst und sie bittet die Kliniken darum, die Kinder und Jugendlichen künftig über den Besuch und die Gesprächsmöglichkeit vorab zu informieren.

Die Kommission berichtete, dass die Zusammenarbeit mit den Familiengerichten von den Kliniken unterschiedlich erlebt und bewertet wurde. Sie schilderten Schwierigkeiten im

Zusammenhang mit unterschiedlichen Vorgehensweisen einzelner Richter und Richterinnen, deren Entscheidungen teilweise schwer nachzuvollziehen seien. Es gab eine unterschiedliche Praxis in Art und Umfang bei Verfahren zu freiheitsentziehenden Maßnahmen. Ein Problem waren auch lange Wartezeiten auf Entscheidungen sowie eingeschränkte Geschäftszeiten (beispielsweise nur zwischen 10 und 12 Uhr). Die Kooperation mit den sozialpsychiatrischen Diensten der Gesundheitsämter wurde durchgehend als hilfreich beschrieben.

Die Kliniken haben eigene Klinikschulen und arbeiteten in diesem Zusammenhang jeweils mit dem zuständigen Schulamt zusammen. Die Lehrkräfte werden vom Schulamt gestellt, wobei eine „Schulkoordination“ als sehr hilfreich genannt wurde. Die „Kindersprechstunde“ an Schulen, der Aufwand für die Reintegration und Inklusion benötigten zusätzliche Kapazitäten. Teilweise wurden hohe Krankenstände bei Lehrenden registriert.

Die kinder- und jugendpsychiatrische Besuchskommission wünscht sich eine Verbesserung ihres Informationsstandes vor dem Besuch einer Klinik:

- Basisdaten zur Klinik (Ausstattung, Betten, Belegung, Personal)
- Anzahl von Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen im Jahr (Fortschreibung).

Weiterhin empfahl die Kommission bei angemeldeten Besuchen

- eine vorherige Information der Patientinnen und Patienten und Eltern über den Besuch,
- die Einbeziehung der Patientenfürsprechenden und der Verantwortlichen für das Beschwerdemanagement im Krankenhaus.

Wegen der Notwendigkeit, die Hilfesysteme der Kinder- und Jugendhilfe sowie Kinder und Jugendpsychiatrie zu verzahnen, sollen Absprachen mit dem für Jugend zuständigen

Ressort getroffen werden. Letztlich sollte die Kooperation mit Jugendämtern und Heimen verbessert werden.

Das Beschwerdemanagement soll besser zugänglich gemacht werden. Hier sollten auch neue Medien (soziale Netzwerke) genutzt werden. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollten für Beschwerden sensibilisiert werden.

Die Kommission empfahl, die Möglichkeit einer größeren Beteiligung und Partizipation der Kinder und Jugendlichen zu prüfen und entsprechende Maßnahmen umzusetzen.

Maßregelvollzug: Die Auswertung der Besuchsberichte ergab für den Bereich Maßregelvollzug, dass die Rechte und die berechtigten Interessen aller Personen nach § 1 Absatz 2 BbgPsychKG im Allgemeinen gewahrt und die mit der Unterbringung nach dem Brandenburgischen Psychisch-Kranken-Gesetz verbundenen besonderen Aufgaben im Wesentlichen erfüllt werden.

Es existiert jedoch in Bezug auf die Personalsituation immer noch ein Mangel an Ärztinnen und Ärzten. Weiterhin fehlt es an Pflegepersonal, insbesondere ist eine Unterbesetzung an Pflegepersonen im praktischen Alltag aufgrund gehäufte krankheitsbedingter Ausfälle festzustellen. Darüber hinaus ist eine starke Zunahme an Patientinnen und Patienten, welche gemäß § 126a StPO untergebracht sind, zu verzeichnen. Durch damit einhergehende Gerichtstermine wird Pflegepersonal gebunden, wodurch geplante Lockerungsmaßnahmen nicht vollständig realisiert werden konnten und auch geplante Therapien teilweise ausgefallen sind.

Von der Besuchskommission wurde die räumliche und materielle Ausstattung als generell gut eingeschätzt. Die Kommission konnte über die letzten Jahre eine schrittweise Umsetzung von Verbesserungsvorschlägen beobachten. Optimierungspotenzial gab es laut den Berichten noch in der technischen Ausstattung der Patiententelefonie.

Das Klima in den Kliniken wurde von der Kommission und auch von vielen Patientinnen und Patienten als angenehm und allgemein gut empfunden. Die Kliniken vermittelten eine ruhige und familiäre Atmosphäre. Der Umgang mit den Patientinnen und Patienten wurde von der Kommission als respektvoll und zugewandt wahrgenommen. Von Patienten wurden jedoch einzelne Mitglieder des Pflegepersonals als unfreundlich beschrieben.

Im Rahmen der von der Besuchskommission durchgeführten Gespräche bemängelten mehrere Patientinnen und Patienten, dass Lockerungsmaßnahmen wegen Personalmangel zum Teil nicht umgesetzt werden, zudem wurde wiederholt geäußert, dass Therapieangebote wegen Personalmangel teilweise ausfallen.

Bei Einsichtnahme der Akten sah die Besuchskommission stellenweise Anlass zur Kritik. Nach wie vor wurde bei allen Kliniken bei verschiedenen Aspekten der Dokumentation großes Verbesserungspotenzial gesehen.

Das Beschwerdemanagement kann laut den Berichten der Besuchskommission als gut eingeschätzt werden. Die Möglichkeit zur anonymen schriftlichen Beschwerde über Beschwerdebriefkästen wurde von der Besuchskommission bei zwei Kliniken als mangelhaft wahrgenommen.

Nach Schilderungen der Ärztinnen und Ärzte hat sich die Zusammensetzung der Patientinnen und Patienten verändert. Es waren vermehrt jüngere Patientinnen und Patienten zu verzeichnen, die sich gut mit ihrer Erkrankung sowie den bestehenden rechtlichen Möglichkeiten auskennen und eine Behandlung ablehnen würden. Die rechtlichen Vorgaben beschränkten allerdings eine Behandlung gegen den Willen der Patientinnen und Patienten, obwohl dies ärztlich befürwortet werde.

Stellungnahme des MASGF

Die Besuchskommissionen sind ihrer Aufgabe nachgekommen und haben überprüft, ob die Rechte und berechtigten Interessen der psychiatrischen Patientinnen und Patienten gegenüber dem Krankenhaus gewahrt werden und ob die mit dem BbgPsychKG verbundenen gesetzlichen Aufgaben von den beliebigen Krankenhäusern erfüllt werden. Die Kommissionsmitglieder kamen ihrem Ehrenamt gewissenhaft und mit großem Engagement nach. Die Unterstützung der Kommissionsarbeit durch das MASGF und das Projekt „Stärkung der Patientenrechte in der psychiatrischen Versorgung (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.)“ hat sich bewährt und wird von den Mitgliedern der Besuchskommissionen geschätzt.

Die Auswertung der Besuchsberichte ergab insgesamt ein positives Bild: Die Rechte und berechtigten Interessen der Menschen mit psychischer Erkrankung oder seelischer Behinderung in den Brandenburgischen Kliniken werden weitgehend gewahrt. Die Besuchskommissionen beobachteten im Berichtszeitraum Fortschritte bei der Stärkung der Wahrung von Patientenrechten. Allerdings werden auch Defizite benannt. Insbesondere sind Mängel in der Personalausstattung zu kritisieren. Diese Mängel haben Auswirkungen auf die zentrale Frage, ob und inwieweit die Kliniken ihrer Aufgabe nachkommen können, die Rechte der psychiatrischen Patienten zu wahren. Die Mitglieder der Besuchskommissionen diskutierten den Entwurf für den vorliegenden Bericht zu diesem Punkt und machten ihre Bedenken deutlich.

Das MASGF teilt die Sorgen, dass der Mangel an qualifiziertem Personal die Qualität der psychiatrischen Versorgung massiv gefährdet und dabei insbesondere die Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen gefährdet sind. Die Kliniken sind verpflichtet, ihre Möglichkeiten zur Personalgewinnung und -entwicklung auszuschöpfen.

Aus Sicht der Kliniken sind die Besuche der Besuchskommissionen eine Möglichkeit der externen Qualitätssicherung und des Austausches von Ideen und Erfahrungen. Für das MASGF ermöglichen die Besuchsberichte einen vielschichtigen Einblick in die psychiatrische Versorgung und machen Herausforderungen und Problemlagen sichtbar, die anders vielleicht nicht oder nur verzögert deutlich würden.

Die Besuchskommissionen unterstützen die Arbeit der Aufsichtsbehörden, sie stellen Transparenz her und sind inzwischen zu einer respektierten Institution in der psychiatrischen Landschaft geworden. Sie stehen für Patientenrechte und einen respektvollen Umgang mit psychisch erkrankten Menschen.

Die Besuche der Kommissionen in den Einrichtungen führen zu einer Momentaufnahme der Bedingungen der Unterbringung. Der Kommissionsbericht ist daher nicht verallgemeinerbar auf alle Tage des Jahres. Aus Sicht des MASGF ergänzen die Besuchskommissionen die Arbeit der Aufsicht durch das Landesamt für Soziales und Versorgung.

1 Einleitung

Das Brandenburgische Psychisch-Kranken-Gesetz (BbgPsychKG) regelt in § 2a die Arbeit der Besuchskommissionen. Die Besuchskommissionen überprüfen mit ihren Besuchen, ob die Rechte und die berechtigten Interessen der psychiatrischen Patientinnen und Patienten gegenüber dem Krankenhaus gewahrt und die mit der Unterbringung verbundenen besonderen Aufgaben erfüllt werden. Diese Aufgabe gilt auch für Unterbringungen in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen nach den §§ 1631b und 1906 des Bürgerlichen Gesetzbuches. Für den Bereich des Maßregelvollzugs legt § 49 Bbg-PsychKG fest, dass eine eigenständige Besuchskommission zu bilden ist, wobei die Regelungen in § 2a BbgPsychKG entsprechend Anwendung finden.

Das BbgPsychKG sieht vor, dass das für Gesundheit zuständige Mitglied der Landesregierung dem Landtag einmal in der Legislaturperiode eine Zusammenfassung der Be-

suchsberichte übersendet und dazu Stellung nimmt. Diesem Auftrag kommt das MASGF mit dem vorliegenden Bericht nach.

Der Bericht befasst sich mit der Tätigkeit der Brandenburger Besuchskommissionen in den Jahren 2013 bis 2018 und bezieht sich damit sowohl auf die 4. Amtsperiode der Mitglieder der Besuchskommissionen vom 1. Oktober 2010 bis zum 30. September 2015 sowie die 5. Amtsperiode vom 1. Oktober 2015 bis zum 30. September 2020. Der vorliegende Bericht schließt nahtlos an den „Dritten Bericht über die Tätigkeit der Besuchskommissionen nach §§ 2a, 49 Brandenburgisches Psychisch-Kranken-Gesetz (BbgPsychKG)“ vom 1. Oktober 2012 an.

Der Bericht beruht auf einem Gutachten, das das MASGF 2018 an Frau Dipl.-Päd. M.A. Petra Rossmann, Berlin, vergeben hatte. Das Kapitel über die Besuchsberichte MRV wurde von MASGF, Referat 44, erarbeitet.

2 Rechtliche Grundlagen

Die rechtlichen Grundlagen zur Arbeit der Besuchskommissionen sind geregelt im **§ 2a des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen sowie über den Vollzug gerichtlich angeordneter Unterbringungen für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen im Land Brandenburg** (Brandenburgisches Psychisch-Kranken-Gesetz – BbgPsychKG)¹.

Die Fachaufsicht über die beliebigen Krankenhäuser wird vom Landesamt für Soziales und Versorgung ausgeübt (§ 10 BbgPsychKG). Die Besuchskommissionen ergänzen die Arbeit der Fachaufsicht. Darüber hinaus ergänzen die Besuchskommissionen die Arbeit der unabhängigen Beschwerdestellen nach § 5 des Gesetzes zur Entwicklung der Krankenhäuser im Land Brandenburg (Brandenburgisches Krankenhausentwicklungsgesetz – BbgKHEG)², deren Aufgaben durch ehrenamtlich tätige Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher wahrgenommen werden.

Im Weiteren wird zuerst auf das im BbgPsychKG festgeschriebene allgemeine Beschwerderecht eingegangen sowie dann die rechtlichen Regelungen zur Arbeit der Beschwerdestellen dargelegt. Um die in den Besuchsberichten benannten Zusammenhänge besser zuordnen zu können, gibt der dritte Abschnitt eine Übersicht über gesetzliche Regelungen, welche im Zeitraum zwischen 2013 und 2018 (Berichtszeitraum) in der psychiatrischen Versorgung verändert oder neu geregelt wurden. Für den Bereich des MRV erklärt § 48 BbgPsychKG den § 32 BbgPsychKG für entsprechend anwendbar.

¹ vom 5.05.2009, (GVBl. I/09, 134) zuletzt geändert durch Artikel 2 Abs. 2 des Gesetzes vom 25.01.2016 (GVBl. I/16, [Nr. 5]). Gesetzestext § 2 a BbgPsychKG siehe Anhang 6.1 https://bravors.brandenburg.de/gesetze/bbgpsychkg_2016#10

² vom 8.07.2009 (GVBl. I/09, Nr. 13, 310) zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 29.06.2018 (GVBl. I/18, Nr. 14, 30). Gesetzestext § 5 BbgKHEG siehe Anhang 6.2; <https://bravors.brandenburg.de/gesetze/bbgkheg>

2.1 Beschwerderecht

Ein Recht auf Beschwerde ist im § 32 BbgPsychKG³ festgeschrieben. Untergebrachte Personen haben das Recht, sich mit ihren Wünschen, Anregungen und Beschwerden in Angelegenheiten, die sie selbst betreffen, an die ärztliche Leitung zu wenden. Regelmäßige Sprechstunden sind einzurichten. In jedem nach § 10 Abs. 2 BbgPsychKG zuständigen Krankenhaus soll eine Patientenfürsprecherin oder ein Patientenfürsprecher benannt sein. Das Beschwerderecht der untergebrachten Person gilt auch gegenüber den Mitgliedern der Besuchskommissionen. Der ungehinderte Zugang zu den Mitgliedern der Besuchskommissionen während ihres Besuchs in einem Krankenhaus ist zu gewährleisten. Die Möglichkeiten der Dienstaufsichtsbeschwerde bleiben unberührt. Dabei sind Kenntnisse, die im Rahmen einer Beschwerde über persönliche Belange einer untergebrachten Person erlangt werden, vertraulich zu behandeln. Sie dürfen nur mit Genehmigung der untergebrachten Person und nur zu dem Zweck verwertet werden, zu welchem sie mitgeteilt worden sind.

2.2 Rechtliche Regelungen zur Arbeit der Besuchskommissionen

2.2.1 Dauer der Berufung und Zusammensetzung der Kommissionen

Die Mitglieder der Besuchskommissionen werden für die Dauer von fünf Jahren von dem für Gesundheit zuständigen Mitglied der Landesregierung im Einvernehmen mit dem für Justiz zuständigen Mitglied der Landesregierung berufen.

Nach § 2 a Abs. 6 BbgPsychKG müssen den Besuchskommissionen folgende Personen angehören:

³ Gesetzestext §32 BbgPsychKG siehe Anhang 6.3

Rechtliche Grundlagen

1. Eine im öffentlichen Dienst mit Medizinalangelegenheiten betraute Person,
2. Eine Ärztin oder ein Arzt mit abgeschlossener Weiterbildung oder mindestens fünfjähriger Berufserfahrung im Fachgebiet Psychiatrie
3. Eine Person im öffentlichen Dienst, die die Befähigung zum Richteramt oder zum höheren Verwaltungsdienst hat,
4. Eine in der Betreuung psychisch Kranker erfahrene Person aus einem nichtärztlichen Berufsstand.

Dabei ist es für Punkt 3 auch ausreichend, wenn die Menschen ehemals im öffentlichen Dienst beschäftigt waren. Bei der kinder- und jugendpsychiatrischen Besuchskommission muss die Ärztin oder der Arzt eine abgeschlossene Weiterbildung oder mindestens fünfjährige Berufserfahrung im Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie haben. Zusätzlich ist eine Vertreterin oder ein Vertreter eines Jugendamtes zu berufen.

Das für Gesundheit zuständige Mitglied der Landesregierung kann weitere Mitglieder, insbesondere aus Angehörigen- oder Betroffenenorganisationen berufen.

2.2.2 Rechte und Aufgaben

Die Besuchskommissionen sollen die Krankenhäuser mindestens einmal jährlich, und in der Regel unangemeldet, besuchen. Geprüft werden soll, ob die Rechte und berechtigten Interessen aller Personen nach § 1 Abs. 2 BbgPsychKG gegenüber dem Krankenhaus gewahrt und die mit der Unterbringung nach diesem Gesetz verbundenen besonderen Aufgaben erfüllt werden. Darüber hinaus sind die Besuchskommissionen in Brandenburg auch für die Überprüfung von Unterbringungen nach § 1631b und § 1906 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) zuständig.

PsychPV – Verordnung zum Personalbedarf

Zur Frage, wieviel Personal auf psychiatrischen Stationen arbeiten soll, gibt es eine Verordnung (Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie, Psychiatrie-Personalverordnung – PsychPV vom 18.12.1990 (BGBl. I/90, 2930), zuletzt durch Artikel 54 des Gesetzes vom 29.03.2017 (BGBl. I/17, 626) geändert). Die Verordnung regelt die Maßstäbe und Grundsätze zur Ermittlung des Personalbedarfs für Ärztinnen und Ärzte, Krankenpflegepersonal, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern sowie sonstigem therapeutisches Fachpersonal in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene und für Kinder- und Jugendliche. Dazu werden die behandelten Patienten in Behandlungsbereiche (Allgemeine Psychiatrie, Abhängigkeitskranke, Gerontopsychiatrie) und Behandlungsarten (Regelbehandlung, Intensivbehandlung, Rehabilitative Behandlung, Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker, Psychotherapie, Tagesklinische Behandlung) eingruppiert. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind die Behandlungsarten leicht abweichend definiert (Kinderpsychiatrische Regel- und Intensivbehandlung, Jugendpsychiatrische Regelbehandlung, Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung, Rehabilitative Behandlung, Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker, Eltern-Kind-Behandlung, Tagesklinische Behandlung). Die Ermittlung der Stellenzahl für jede Berufsgruppe erfolgt anhand von Minutenwerten je Patientin und Patient und Woche, die in der Verordnung festgelegt sind.

Die Prüfung soll sich nicht nur auf den Einzelfall beziehen, sondern auch auf die allgemeinen Behandlungsbedingungen aller Stationen und Tageskliniken, die materielle und personelle Ausstattung und die Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen und Aufgabenträger. Den Besuchskommissionen ist dafür Einsicht in die erforderlichen Unterlagen, insbesondere in die Stellenbesetzungs- und Dienstpläne zu gewähren und die Einhaltung der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) darzulegen. Bei den Besuchen können Patientinnen und Patienten Wünsche, Anregungen und Beschwerden nach § 32 BbgPsychKG vortragen. Die Besuchskommissionen haben das Recht, die Krankenakte mit Einwilligung der Patientinnen und Patienten einzusehen. Den Mitgliedern der Besuchskommissionen ist der ungehinderte Zugang während ihres Besuchs in einem Krankenhaus zu gewähren.

Somit gehören nach § 2a Abs. 4 BbgPsychKG zu den Rechten und Aufgaben der Besuchskommissionen die Überprüfung:

- der Wahrung der Rechte und berechtigten Interessen aller Personen nach § 1 Abs. 2 BbgPsychKG gegenüber dem Krankenhaus
- der Erfüllung der mit der Unterbringung nach diesem Gesetz verbundenen besonderen Aufgaben, sowie bei Unterbringungen nach §§ 1631 b und 1906 BGB
- der allgemeinen Behandlungsbedingungen aller Stationen und Tageskliniken
- der materiellen und personellen Ausstattung, einschließlich der Einhaltung der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV)
- der Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen und Aufgabenträger.

Versorgungsgebiete

Das Land Brandenburg ist in Versorgungsgebiete eingeteilt (Fortschreibung des Dritten Krankenhausplanes des Landes Brandenburg vom 16.02.2016, ABl./16, [Nr. 7], S.183). Folgende Versorgungsgebiete sind definiert:

- VG 1 Prignitz-Oberhavel: Landkreise Oberhavel, Ostprignitz-Ruppin und Prignitz
- VG 2 Uckermark-Barnim: Landkreise Uckermark und Barnim
- VG 3 Havelland-Fläming: Landkreise Potsdam-Mittelmark, Havelland und Teltow-Fläming sowie die kreisfreien Städte Potsdam und Brandenburg an der Havel
- VG 4 Lausitz-Spreewald: Landkreise Oberspreewald-Lausitz, Dahme-Spreewald, Elbe-Elster und Spree-Neiße sowie die kreisfreie Stadt Cottbus
- VG 5 Oderland-Spree: Landkreise Märkisch-Oderland und Oder-Spree sowie die kreisfreie Stadt Frankfurt (Oder).

2.2.3 Zuständigkeit

Insgesamt gibt es in Brandenburg sieben Besuchskommissionen. Fünf Kommissionen der Erwachsenenpsychiatrie sind fünf Versorgungsgebieten zugeordnet (nach § 2a Abs. 1 BbgPsychKG sind die nach § 10 Abs. 2 BbgPsychKG bestimmten Krankenhäuser zu besuchen). Die Kommissionen für Kinder und Jugendpsychiatrie sowie den Maßregelvollzug sind jeweils für das gesamte Land zuständig. In der Verordnung über beliebige Krankenhäuser zur Unterbringung von psychisch kranken Menschen (Verordnung über beliebige Krankenhäuser zur Unterbringung von psychisch kranken Menschen (Unterbrin-

Rechtliche Grundlagen

gungskrankenhausverordnung – UKV, bravors.brandenburg.de/verordnungen/ukv) sind die fünf Versorgungsgebiete aufgeführt. Daraus ergibt sich folgende Zuordnung:

Versorgungsgebiet Neuruppin / Prignitz-Oberhavel

- Kreiskrankenhaus Prignitz, Perleberg
- Oberhavel Kliniken, Hennigsdorf
- Ruppiner Kliniken, Neuruppin

Versorgungsgebiet Schwedt / Uckermark-Barnim

- Krankenhaus Angermünde
- Martin-Gropius-Krankenhaus, Eberswalde

Versorgungsgebiet Potsdam / Havelland-Fläming

- Asklepios Fachklinikum Brandenburg an der Havel
- Havelland Kliniken, Nauen
- Johanniter Krankenhaus im Fläming, Treuenbrietzen
- Klinikum Ernst von Bergmann, Potsdam

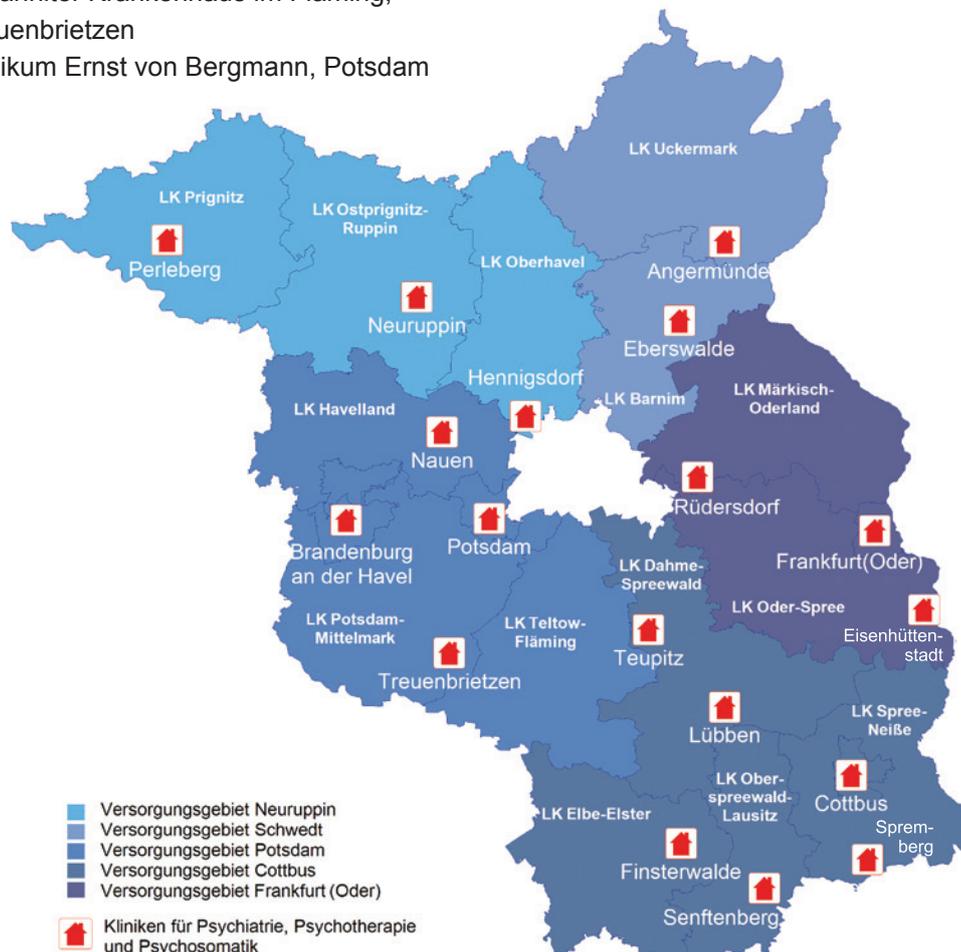
Versorgungsgebiet Cottbus / Lausitz-Spreewald

- Asklepios Fachklinikum Lübben
- Asklepios Fachklinikum Teupitz
- Carl-Thiem-Klinikum Cottbus
- Elbe-Elster-Klinikum, Finsterwalde
- Klinikum Niederlausitz, Senftenberg
- Krankenhaus Spremberg

Versorgungsgebiet Frankfurt (Oder) / Oderland-Spree

- Immanuel Klinik Rüdersdorf bei Berlin
- Klinikum Frankfurt (Oder)
- Städtisches Krankenhaus Eisenhüttenstadt

Für die Bereiche, in denen Minderjährige behandelt werden, ist im § 2a Abs. 3 BbgPsychKG geregelt, dass eine gesonderte kinder- und jugendpsychiatrische Besuchskommission zu bilden ist. Für deren Berufung ist auch



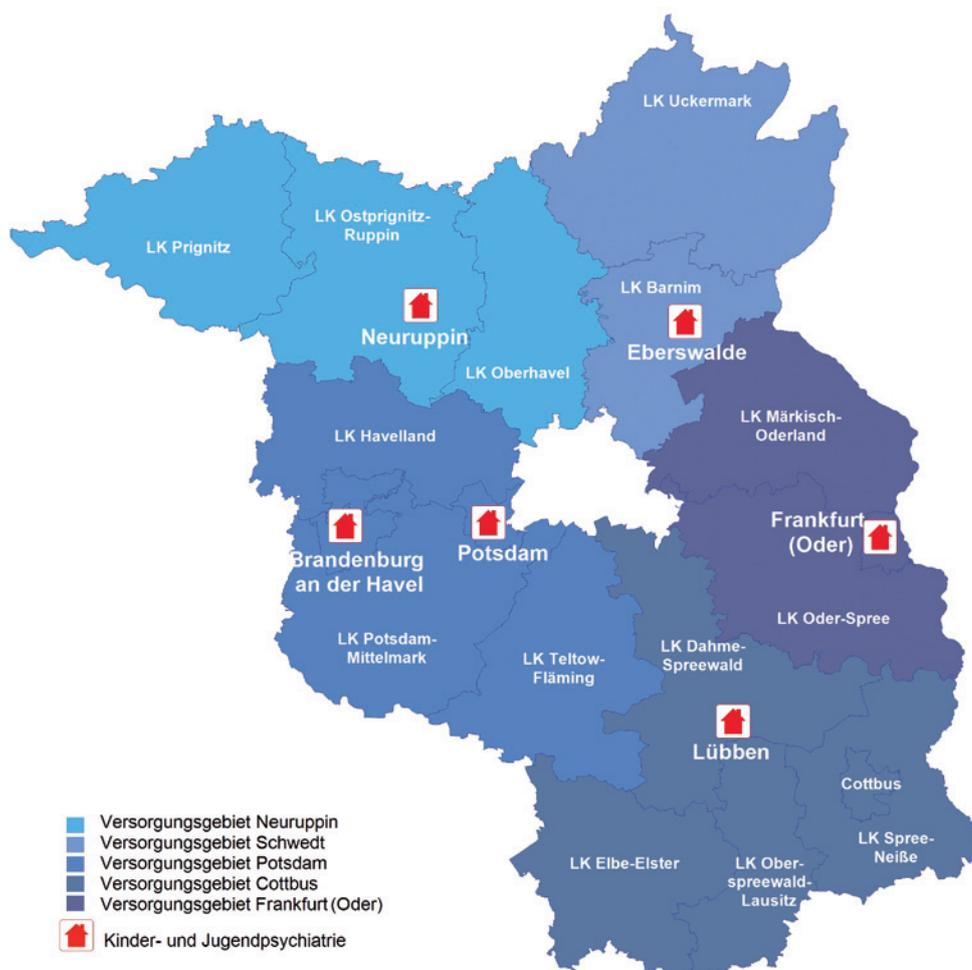
das Einvernehmen mit dem für Jugend zuständigen Mitglied der Landesregierung herzustellen.

Die **Besuchskommission Kinder- und Jugendpsychiatrie** ist für folgende Standorte zuständig:

- Asklepios Fachklinikum Brandenburg an der Havel
- Asklepios Fachklinikum Lübben
- Klinikum Ernst von Bergmann, Potsdam
- Klinikum Frankfurt (Oder)
- Martin-Gropius-Krankenhaus, Eberswalde
- Ruppiner Kliniken, Neuruppin

Für den **Bereich des Maßregelvollzugs gibt es eine eigene Besuchskommission**, die die Kliniken des Maßregelvollzugs begehrt (§ 49 BbgPsychKG):

- Klinik für Forensische Psychiatrie des Martin Gropius Krankenhauses GmbH Eberswalde
- ASKLEPIOS Fachklinikum Brandenburg
- ASKLEPIOS Fachklinikum Teupitz.



2.2.4 Berichterstattung

Die Besuchskommissionen protokollieren ihre Besuche und dokumentieren dabei insbesondere festgestellte Mängel. Der Bericht hat auch Wünsche und Beschwerden der Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen und hierzu Stellung zu beziehen. Außerdem soll der Besuchsbericht angeben, ob die Personalausstattung des Krankenhauses den gesetzlichen Vorschriften und Regelungen entspricht. Der Bericht soll zeitnah dem für Gesundheit zuständigen Mitglied der Landesregierung vorgelegt werden.

Den Bericht der kinder- und jugendpsychiatrischen Besuchskommission erhält das für Jugend zuständige Mitglied der Landesregierung umgehend zur Kenntnis.

Einmal in der Legislaturperiode übersendet das für Gesundheit zuständige Mitglied der Landesregierung dem Landtag eine Zusammenfassung der Besuchsberichte und nimmt dazu Stellung.

Die letzte Berichterstattung an den Landtag erfolgte am 1. Oktober 2012 als „Dritter Bericht über die Tätigkeit der Besuchskommissionen nach §§ 2a, 49 Brandenburgisches Psychisch-Kranken-Gesetz (BbgPsychKG)“. Der Bericht basierte auf der Auswertung von 33 Besuchsberichten aus den Jahren 2010 und 2011.

Der vorliegende Bericht bezieht sich auf die bis Oktober 2018 vorliegenden Berichte der Jahre 2013 bis 2018 und berücksichtigt dabei insgesamt 88 Berichte und 32 Stellungnahmen der Allgemeinpsychiatrischen Versorgung, 21 Berichte und 7 Stellungnahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Versorgung sowie 12 Berichte aus dem Maßregelvollzug.

2.2.5 Unabhängigkeit und Verschwiegenheit

Die Mitglieder der Besuchskommissionen sind unabhängig. Sie nehmen ihre Aufgaben ehrenamtlich wahr und erhalten für ihre Tätigkeit eine Aufwandsentschädigung nach § 2a Abs. 8 BbgPsychKG entsprechend den geltenden Vorschriften für ehrenamtliche Richterinnen und Richter, die im § 15 des Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz (JVEG)⁴ geregelt sind.

Die Gestaltung der Besuche in den Kliniken steht im Ermessen der jeweiligen Kommission. Prüfungstätigkeit und Berichterstattung unterliegen keinen Weisungen, sondern sind nur an das BbgPsychKG gebunden. Die Unabhängigkeit der Besuchskommissionen bringt es mit sich, dass eine Auswertung der Berichte auf heterogenem Material beruht. Allerdings dürfte diese Einschränkung der zentralen Fragestellung des vorliegenden Berichts nicht entgegen stehen: Ergibt die Auswertung der Berichte, dass die Rechte und berechtigten Interessen der psychiatrischen Patientinnen und Patienten gegenüber dem Krankenhaus nicht gewahrt und die mit der Unterbringung nach diesem Gesetz verbundenen besonderen Aufgaben nicht erfüllt werden?

Nach § 2a Abs. 7 BbgPsychKG sind die Mitglieder der Besuchskommissionen zur Verschwiegenheit verpflichtet. Kenntnisse, die sie über persönliche Belange von Patientinnen und Patienten erlangen, sind vertraulich zu behandeln. Sie dürfen nur in einer Form in die Berichte aufgenommen werden, die Rückschlüsse auf einzelne Personen ausschließt, es sei denn die Patientin oder der Patient hat schriftlich zuvor in die Weiterleitung oder Veröffentlichung der über ihn oder sie gewonnenen Kenntnisse eingewilligt.

⁴ vom 5.05.2004 (BGBl. I/04, 718, 776), zuletzt geändert durch Artikel 5 Abs. 2 des Gesetzes vom 11.10.2016 (BGBl. I/16, 2222); <https://www.gesetze-im-internet.de/jveg/>

Das Petitionsrecht, die Aufsichtspflichten und -rechte der zuständigen Behörden sowie das Gebot der ärztlichen Schweigepflicht bleiben unberührt.

2.3 Für die psychiatrische Versorgung relevante, im Berichtszeitraum veränderte gesetzliche Regelungen

Die universellen Menschenrechte für Menschen mit Behinderungen wurden mit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention (UNBRK)⁵ in Deutschland am 06.03.2009 konkretisiert und klargestellt, dass diese ein uneingeschränktes und selbstverständliches Recht auf Teilhabe besitzen. Seitdem wurde in der Rechtsprechung und den gesetzlichen Regelungen das Recht auf Selbstbestimmung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen kontinuierlich gestärkt.

Dabei sind bezogen auf die Regelungen von Zwangsmaßnahmen die grundlegendsten Änderungen, dass mit der höchstrichterlichen Rechtsprechung im Jahr 2011 und 2012 (siehe 2.3.2 und 2.3.1) die Verfahrensvorschriften bei Zwangsbehandlungen konkretisiert und der verfahrensrechtliche Vorbehalt einer richterlichen Entscheidung neu eingeführt wurden. In einem weiteren Schritt wurde mit der höchstrichterlichen Rechtsprechung in 2018 (siehe 2.3.9) auch das Verfahren bei nicht nur kurzfristigen 5 und 7 Punkt Fixierungen konkretisiert und auch hier der verfahrensrechtliche Vorbehalt einer richterlichen Entscheidung neu eingeführt. Damit beinhaltet eine richterliche Unterbringungsanordnung nicht mehr eine ausreichende gesetzliche Ermächtigungsgrundlage für eine

Zwangsbehandlung oder eine nicht nur kurzfristige Fixierung, sondern müssen diese jeweils eigenständig hinreichend bestimmt sein und den materiellen und verfahrensmäßigen Anforderungen genügen.

2.3.1 Patientenrechtegesetz

Im Jahr 2013 wurde das vertragliche Behandlungsrecht mit dem Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten⁶ in den §§ 630a ff BGB neu geregelt. Im Mittelpunkt des Gesetzes stand die Normierung des Behandlungsvertrags und der damit verbundenen Pflichten der Behandelnden, wie insbesondere die konkrete Ausgestaltung der Informations- bzw. Aufklärungspflichten, Regelungen zur Dokumentation der Behandlung und zum Einsichtsrecht der Patientin bzw. des Patienten in Krankenunterlagen sowie die Einführung gesetzlicher Vermutungen, die Beweislastregeln aufstellen.

Einen weiteren Schwerpunkt des Patientenrechtegesetzes bildete die Stärkung der Rechte der Patientinnen und Patienten gegenüber den Leistungsträgern und bei Behandlungsfehlern im sozialversicherungsrechtlichen Kontext sowie die Stärkung der Patientenbeteiligung in der Selbstverwaltung.

Weitere Maßnahmen betrafen vor allem die Förderung einer Fehlervermeidungskultur. Mit Hilfe der im Rahmen des Patientenrechtegesetzes etablierten Risiko- und Fehlervermeidungssysteme sollten Behandlungsabläufe in medizinischen Prozessen zum Schutz der Patientinnen und Patienten optimiert werden.

⁵ https://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN_Konvention_deutsch.pdf?__blob=publicationFile&v=2

⁶ vom 20.2.2013 (BGBl. I/13, 277), https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=//*/%5B@attr_id=%27bgbl113s0277.pdf%27%5D#_bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl113s0277.pdf%27%5D__1547727176880

2.3.2 Ärztliche Zwangsmaßnahmen, § 1906⁷ und § 1906a⁸ BGB

Die höchstrichterliche Rechtsprechung in 2011⁹ und 2012¹⁰ stärkte die Selbstbestimmung in Behandlungsangelegenheiten von untergebrachten Menschen. Dies machte Neuregelungen zur Zwangsbehandlung im BGB erforderlich, die im Jahr 2013 mit dem Gesetz zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme¹¹ im Rahmen des § 1906 BGB umgesetzt wurden.

Neben weiteren spezifischen Regelungen war nun die Notwendigkeit einer vorherigen richterlichen Genehmigung bei einer ärztlichen Zwangsmaßnahme im § 1906 Abs. 3 BGB festgeschrieben. Diese Regelungen waren jedoch vorerst auf untergebrachte Personen begrenzt. Im Jahr 2016 wurde vom Bundesverfassungsgericht in einem Beschluss¹² festgestellt, dass aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG die Schutzpflicht des Staates folgt, für nicht einsichtsfähige Betreute bei drohenden erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen unter strengen Voraussetzungen eine ärztliche Behandlung als letztes Mittel auch gegen ihren natürlichen Willen vorzusehen. Dadurch ausgelöst wurde im Jahr 2017 das Gesetz zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten verabschiedet. Darin sind im § 1906 BGB die zivilrechtliche Unterbringung und die Genehmigung des Betreuungsgerichts bei ärztlichen Zwangsmaßnahmen im neugefassten § 1906a BGB geregelt. Dadurch sind ärztliche Zwangsmaßnahmen nicht mehr an eine

gerichtliche Unterbringung gebunden, dürfen aber weiterhin nicht ambulant, sondern nur im Rahmen eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus durchgeführt werden.

2.3.3 Behandlung und Zwangsmaßnahmen, § 18 BbgPsychKG¹³

In der Folge der unter Punkt 2.8.2 dargestellten Veränderungen wurden auch in vielen Bundesländern die Regelungen in den Psychisch-Kranken-Gesetzen (PsychKG, PsychKHG und UBG) novelliert. In Brandenburg wurde im Jahr 2014 mit dem Gesetz über den Vollzug des Jugendarrestes im Land Brandenburg und zur Änderung weiterer Gesetze die Behandlung und Zwangsmaßnahmen auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge im § 18 BbgPsychKG neu geregelt. Neben anderen spezifischen Regelungen wurde im § 18 Abs. 5 BbgPsychKG festgelegt, dass Anordnungen von medizinischen Untersuchungen und Behandlungen bei Lebensgefahr oder schwerwiegender Gefahr für die Gesundheit der untergebrachten Person nach § 18 Abs. 3 BbgPsychKG einer Genehmigung durch das Betreuungsgericht bedürfen.

2.3.4 Zwangsmaßnahmen bei Kindern- und Jugendlichen, § 1631b BGB¹⁴

Mit dem Gesetz zur Einführung eines familiengerichtlichen Genehmigungsvorbehaltes für freiheitsentziehende Maßnahmen bei Kindern¹⁵ wurde der § 1631 b BGB neu geregelt und die Rechtslage für Minderjährige an diejenige für volljährige Betreute angepasst. Neu eingeführt wurde eine generelle familiengerichtliche Genehmigungspflicht für regelmäßige oder länger andauernde freiheitsbeschränkende Maßnahmen (mechanische Fixierung, sedierende Medikamentengabe). Damit wurde auch die elterliche Entscheidung für ein

7 Gesetzestext BGB §1906, siehe Anhang 6.4

8 Gesetzestext BGB § 1906 a, siehe Anhang 6.5

9 BVerfG 2BvR882/09 und 2BvR633/11

10 BGH XII ZB 99/12 und BGH XII ZB 130/12

11 vom 18.02.2013 (BGBl. I /13, 266); https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl113s0266.pdf%27%5D#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl113s0266.pdf%27%5D_1547727750850

12 Beschluss des Ersten Senats vom 26.07.2016 -1 BvL 8/15 – Rn. (1-103). http://www.bverfg.de/e/ls20160726_1bvl000815.html

13 Gesetzestext BbgPsychKG § 18, siehe Anhang 6.6

14 Gesetzestext BGB §1631 b, siehe Anhang 5.7

15 vom 17.07.2017 (BGBl. I/17, 2.424) in Kraft getreten am 01.10.2017 [https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&start=/*\[&attr_id=%27bgbl117s2424.pdf%27#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s2424.pdf%27%5D_1547673919717](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&start=/*[&attr_id=%27bgbl117s2424.pdf%27#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s2424.pdf%27%5D_1547673919717)

Kind, das sich in einer Anstalt, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung aufhält und dem durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig in nicht alterstypischer Weise die Freiheit entzogen werden soll, unter den Vorbehalt der Genehmigung durch das Familiengericht gestellt.

Die Höchstdauer von freiheitsentziehenden Unterbringungen und freiheitsentziehenden Maßnahmen bei Minderjährigen wurde auf sechs Monate begrenzt sowie eine obligatorische Bestellung eines Verfahrensbeistands für das Kind vorgesehen.

2.3.5 Patientenverfügung, § 1901a BGB

Im Jahr 2009 wurde mit dem Dritten Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts¹⁶ der § 1901a BGB in das Bürgerliche Gesetzbuch eingefügt und damit eine rechtliche Grundlage für eine Patientenverfügung geschaffen.

Im Jahr 2014 wurde mit der unter Punkt 1.8.3 dargestellten Neufassung des § 18 BbgPsychKG die Berücksichtigung einer Patientenverfügung bei Zwangsbehandlungen gesetzlich geregelt. So legt § 18 Abs. 4 BbgPsychKG fest, dass medizinische Untersuchungen und Behandlungen bei Lebensgefahr oder schwerwiegender Gefahr für die Gesundheit der untergebrachten Person nach § 18 Abs. 3 BbgPsychKG nur angeordnet werden dürfen, wenn eine Patientenverfügung im Sinne des § 1901a Absatz 1 Satz 1 BGB, deren Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen und gegen die Durchführung der Maßnahme gerichtet sind, nicht vorliegt.

Im BGB wurde im Jahr 2017 mit dem Gesetz zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbe-

stimmungsrechts von Betreuten¹⁷ im § 1901a Abs. 4 neu geregelt, dass rechtliche Betreuerinnen und Betreuer, ihre Betreuten in geeigneten Fällen auf die Möglichkeit einer Patientenverfügung hinweisen und sie auf Wunsch bei der Errichtung einer Patientenverfügung unterstützen sollen. Im § 1906a Abs. 1 BGB wurde festgeschrieben, dass eine Betreuerin oder ein Betreuer in die ärztliche Zwangsmaßnahme nur einwilligen darf, wenn diese dem nach § 1901a BGB zu beachtenden Willen des Betreuten entspricht.

2.3.6 Entlassmanagement, § 39 SGB V

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)¹⁸ wurde das Entlassmanagement neu geregelt. Der Rahmenvertrag Entlassmanagement¹⁹ der gemäß § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und dem GKV-Spitzenverband vereinbart wurde, trat zum 01.10.2017 in Kraft.

Ziel des Rahmenvertrages ist es, die bedarfsgerechte, kontinuierliche Versorgung der Pa-

17 vom 17.07.2017 (BGBl. I/17, 2426), in Kraft getreten am 22.07.2017 https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s2426.pdf%27%5D#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s2426.pdf%27%5D__1547729229728

18 vom 16.07.2015 (BGBl. I/15, Nr. 30, 1211) [https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&start=//\[@attr_id=%2527bgbl115s1211.pdf%2527\]#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl115s1211.pdf%27%5D__1547734271346](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&start=//[@attr_id=%2527bgbl115s1211.pdf%2527]#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl115s1211.pdf%27%5D__1547734271346)

Gemäß § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V wurden die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband beauftragt, einen Rahmenvertrag über das Entlassmanagement 31.12.2015 zu schließen. Da trotz intensiver Verhandlungen nicht zu allen regelungsbedürftigen Tatbeständen Einigkeit zwischen den Vertragsparteien erzielt werden konnte, hatte das Bundesschiedsamt am 13.10.2016 über den Rahmenvertrag Entlassmanagement entschieden. Im Ergebnis wurden Vertragsinhalte festgesetzt, die den Anspruch der Versicherten auf ein Entlassmanagement gegenüber dem Krankenhaus sowie auf Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken- bzw. Pflegekasse umsetzen. Gegen die Entscheidung des Bundesschiedsamtes hatte die DKG Klage erhoben. Die Vertragspartner hatten sich zwischenzeitlich auf eine Änderungsvereinbarung (Stand 06.06.2017) verständigt, woraufhin die DKG ihre Klage zurückgenommen hatte. Der Rahmenvertrag Entlassmanagement trat mit den entsprechenden Änderungen zum 01.10.2017 in Kraft.

19 http://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvertrag_Entlassmanagement.pdf

16 vom 29.07.2009 (BGBl. I/09, 2.286) https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&start=//%255B%40attr_id%27bgbl109s1707.pdf%27%255D#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl109s2286.pdf%27%5D__1547732818141

Rechtliche Grundlagen

tientinnen und Patienten im Anschluss an die Krankenhausbehandlung zu gewährleisten, wobei der Grundsatz „ambulant vor stationär“ zu beachten ist. Das Entlassmanagement soll patientenindividuell, ressourcen- und teilhabeorientiert erfolgen und in enger Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten sowie deren gesetzlichen Vertretung dem individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarf Rechnung tragen. Im Rahmen der Krankenhausbehandlung besteht ein Anspruch auf ein Entlassmanagement gegenüber dem Krankenhaus und gegenüber der Krankenkasse bzw. Pflegekasse ein Anspruch auf Unterstützung. Das Krankenhaus muss ein standardisiertes Entlassmanagement in multidisziplinärer Zusammenarbeit sicherstellen und etabliert schriftliche, für alle Beteiligten transparente Standards (z. B. für die Pflege: Expertenstandard Entlassmanagement in der Pflege). Die Verantwortlichkeiten im multidisziplinären Team müssen verbindlich geregelt werden. Die Krankenhäuser informieren über ihr Entlassmanagement in ihrem Internetauftritt.

Der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung muss möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt werden. Am Tag der Entlassung erhält die Patientin bzw. der Patient und mit ihrer bzw. seiner Einwilligung die die Anschlussversorgung durchführende ärztliche Person einen Entlassbrief, mindestens jedoch einen vorläufigen Entlassbrief. Zusätzlich ist verpflichtend eine Rufnummer einer zuständigen Ansprechperson für Rückfragen der weiterbehandelnden Leistungserbringer anzugeben. Unter dieser Rufnummer muss zumindest Montag bis Freitag in der Zeit von 09 bis 19 Uhr, Samstag von 10 bis 14 Uhr und Sonntag von 10 bis 14 Uhr eine für das Entlassmanagement des Krankenhauses zuständige Ansprechperson für Rückfragen zur Verfügung stehen. Der Entlassbrief enthält alle für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin bzw. des Patienten erforderlichen Informationen. Diese sind mindestens:

- Patientenstammdaten, Aufnahme- und Entlassdatum
- Name des behandelnden Krankenhausarztes und Telefonnummer für Rückfragen
- Kennzeichnung „vorläufiger“ oder „endgültiger“ Entlassbrief
- Grund der Einweisung
- Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) einschließlich Infektionen oder Besiedelungen durch multiresistente Erreger
- Entlassungsbefund
- Epikrise (Anamnese, Diagnostik, Therapien inkl. Prozeduren)
- Weiteres Prozedere/Empfehlungen
- Arzneimittel (unter ihrer Wirkstoffbezeichnung/-stärke und Beachtung von § 115c SGB V; Darreichungsform inkl. Erläuterung bei besonderen Darreichungsformen; Dosierung bei Aufnahme/Entlassung mit Therapiedauer, Erläuterung bei Veränderungen, bekannte Arzneimittelunverträglichkeiten) und der Medikationsplan; § 8 Abs. 3a Arzneimittel-Richtlinie ist zu beachten; Information über mitgegebene Arzneimittel
- Alle veranlassten Verordnungen (inklusive nach § 92 Abs. 1 S. 6 SGB V) und Information über Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit
- Nachfolgende Versorgungseinrichtung
- Mitgegebene Befunde.

Bestandteil des Entlassmanagements ist nach Prüfung des Erfordernisses auch die Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, von häuslicher Krankenpflege oder Soziotherapie durch Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten mit abgeschlossener Facharztweiterbildung, um die nahtlose Versorgung für einen Zeitraum von

bis zu sieben Tagen sicherzustellen. Für diese Zeitspanne kann auch die Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden. Bei Verordnungen und der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit im Rahmen des Entlassmanagements gelten, der gesetzlichen Regelung zufolge, die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung. Bei allen verordneten Leistungen ist das Recht der Patientin oder des Patienten auf freie Wahl des Leistungserbringenden sowie § 128 SGB V zu beachten, es sei denn, anderweitige gesetzliche Regelungen stehen dem entgegen (z. B. § 124 SGB V, § 127 SGB V). Auf das Recht der freien Wahl des Leistungserbringenden muss hingewiesen werden. Vereinbarungen oder Absprachen zwischen Krankenhäusern und Apotheken oder sonstigen Leistungserbringenden veranlasster Leistungen, die auf eine Zuweisung abzielen, sind unzulässig.

Das Krankenhaus informiert die Patientin oder den Patienten vor dem Assessment schriftlich über Inhalte und Ziele des Entlassmanagements und holt eine schriftliche Einwilligung für die Durchführung des Entlassmanagements ein. Dafür sind die bundeseinheitlichen Formulare (Anlage 1a und 1b des Rahmenvertrages) zu verwenden. Diese enthalten auch Regelungen für die Einwilligung in die Datenübermittlung vom Krankenhaus an die Krankenkasse und Widerrufsregelungen. Die rechtliche Vertretung einer Patientin oder eines Patienten ist zu informieren und deren Einwilligung schriftlich einzuholen.

Bei durch den Krankenhausaufenthalt unterbrochene Leistungen der häuslichen Krankenpflege oder Pflegesachleistungen ist der Pflegedienst oder die stationäre Pflegeeinrichtung über den Termin der bevorstehenden Entlassung zu informieren. Bei bestehenden Leistungen der häuslichen Krankenpflege oder Pflegesachleistungen vor dem Krankenhausaufenthalt informiert die einweisende Ärztin oder der einweisende Arzt soweit möglich das Krankenhaus bei der Aufnahme

im Rahmen der mitgegebenen Unterlagen (z. B. Überleitungsbrief, Medikationsplan, bisherige Angaben zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege, Angaben zu Pflegestufe/Pflegegrad) über die Versorgung der Patientin oder des Patienten.

2.3.7 Psych-Personalnachweisvereinbarung²⁰, § 9 Abs. 1 Nr. 8 BPfIV²¹

Durch die Änderungen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)²² ist vom Krankenhaus für die Jahre 2016 bis 2019 ein Nachweis zu erbringen, inwieweit die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV)²³ erfüllt werden. Für die Jahre ab 2020 ist die Einhaltung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Vorgaben zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal nachzuweisen. Der GKV-Spitzenverband und der Verband der Privaten Krankenversicherung gemeinsam sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft waren aufgefordert, die Ausgestaltung der Nachweise, insbesondere den einheitlichen Aufbau der Datensätze sowie das Verfahren für die Übermittlung der Daten, zu vereinbaren. Die entsprechend geschlossene Vereinbarung regelt die Nachweispflichten zur Umsetzung der PsychPV

20 Vereinbarung nach § 9 Abs. 1 Nr. 8 BPfIV zur Ausgestaltung des Nachweises nach § 18 Abs. 2 S. 2 und 3 BPfIV (Psych-Personalnachweisvereinbarung) https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/2017_06_26_Psych-Personalnachweisvereinbarung.pdf

21 Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespfllegesatzverordnung – BPfIV) vom 26.09.1994 (BGBl. I/94, 2750), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 11.12.2018 (BGBl. I/18, 2394) https://www.gesetze-im-internet.de/bpflv_1994/BJNR275010994.html

22 Vom 19.12.2016 (BGBl. I/16, Nr.63, 2986), in Kraft getreten am 01.01.2017, [https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F*\[%40attr_id%3D%27bgbl116s2986.pdf%27\]#__bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl116s2986.pdf%27%5D__1547736226770](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F*[%40attr_id%3D%27bgbl116s2986.pdf%27]#__bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl116s2986.pdf%27%5D__1547736226770)

23 Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psychiatrie-Personalverordnung – PsychPV) vom 18.12.1990 (BGBl. I/90, 2930), die zuletzt durch Artikel 54 des Gesetzes vom 29.03.2017 (BGBl. I/17, 626) geändert worden ist. Erläuterungen siehe Fußnote 7.

Rechtliche Grundlagen

und ist am 01.07.2017 in Kraft getreten.

Der Nachweis ist beginnend mit dem Vereinbarungsjahr 2016 jeweils zum 31.03. des Folgejahres an das Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus und die Vereinbarungspartner nach § 11 Bundespflegesatzverordnung (BpflV) zu erbringen. Die erstmalige Übermittlung erfolgt abweichend von der regulären Frist bis zum 01.08.2017. Für die erstmalige Übermittlung gilt eine Nachlieferfrist von drei Monaten bis zum 01.11.2017, danach beträgt die Nachlieferfrist zwei Monate jeweils bis zum 31.05.

2.3.8 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB), § 115d SGB V

Das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)²⁴ führte die psychiatrische Akutbehandlung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen im häuslichen Umfeld als Krankenhausleistung ein. Der Gesetzgeber hat den GKV-Spitzenverband, den Verband der privaten Krankenversicherungen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft beauftragt, diese stationsäquivalente Behandlung gemäß § 115 d SGB V zu definieren. Sie umfasst eine Krankenhausbehandlung im häuslichen Umfeld durch mobile fachärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams. Die stationsäquivalente Behandlung entspricht hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und der Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung. Es handelt sich um eine integrierte multimodale psychiatrische Behandlung anhand einer ärztlich geleiteten Therapiezielplanung. In der Vereinbarung zur stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115 d

²⁴ Vom 19.12.2016 (BGBl. I/16, Nr.63, 2986), in Kraft getreten am 01.01.2017, [https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F*\[%40attr_id%3D%27bgbl116s2986.pdf%27\]#__bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl116s2986.pdf%27%5D__1547736226770](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F*[%40attr_id%3D%27bgbl116s2986.pdf%27]#__bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl116s2986.pdf%27%5D__1547736226770)

Abs. 2 SGB V²⁵ wurden Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung, an die Beauftragung von an der ambulanten psychiatrischen Behandlung teilnehmenden Leistungserbringenden oder anderen zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigten Krankenhäusern und an die Dokumentation der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung festgeschrieben.

Der GKV – Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft waren gemäß § 115 d Abs. 3 SGB V beauftragt, im Benehmen mit den maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften die Leistungsbeschreibung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung als Grundlage für die Verschlüsselung der Leistungen nach § 301 Abs. 2 Satz 2 SGB V zu vereinbaren. Diese wurden in der Vereinbarung zur Leistungsbeschreibung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung gemäß § 115d Abs. 3 SGB V²⁶ festgeschrieben.

2.3.9 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)²⁷

Mit dem Geltungsbeginn der DSGVO am 25.05.2018 wurde das Datenschutzrecht umfassend novelliert und erhöhte Anforderungen an die Transparenz und umfangreichere Informations- und Benachrichtigungspflichten der Unternehmen und Behörden gesetzlich geregelt. Bürgerinnen und Bürger können so leichter Konsequenzen und Reichweite der Datenverarbeitung absehen und ihre Rechte besser in Anspruch nehmen. Dabei spielt

²⁵ https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/2017_08_01_KH_Vereinbarung_StaeB_115_d_Abs_2_SGB_V_Unterschriftenfassung.pdf

²⁶ https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/KH_Vereinbarung_Leistungsbeschreibung_stationsaequivpsych_Behandlung_31.03.2017.pdf

²⁷ Verordnung Nr. 2016/679 des Europäischen Parlaments und Rates vom 27.04.2016 (Amtsblatt L 119 vom 04.05.2016, S. 1, ber. Amtsblatt L 314 vom 22.11.2016, S. 72, Amtsblatt L 127 vom 23.5.2018, S. 2). In Geltung seit dem 25.05.2018. <https://dejure.org/gesetze/DSGVO>

das Auskunftsrecht eine ganz zentrale Rolle in der DSGVO, da das Auskunftsrecht es der betroffenen Person erst ermöglicht, weitere Rechte (z.B. Berichtigung, Löschung) geltend zu machen. Eine unterlassene oder nicht vollständige Auskunft ist bußgeldbewehrt.

Die Beantwortung des Auskunftsbegehrens umfasst zwei Stufen. Zunächst müssen die Verantwortlichen prüfen, ob überhaupt personenbezogene Daten der auskunftersuchenden Person verarbeitet werden. Diese ist in jedem Fall über das positive oder negative Ergebnis zu unterrichten. Sollte die Antwort positiv ausfallen, umfasst die zweite Stufe des Auskunftsrechts eine Bandbreite an Informationen. So umfasst das Auskunftsrecht Angaben:

- über den Verarbeitungszwecke und die verarbeiteten Kategorien personenbezogener Daten
- zu den Empfängenden bzw. Kategorien von Empfängenden
- zur geplanten Speicherdauer bzw. zu den Kriterien für deren Festlegung
- über Informationen zu den Betroffenenrechten wie Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung
- zum Widerspruchsrecht gegen diese Verarbeitung
- über einen Hinweis auf das Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde
- zur Herkunft der Daten, soweit diese nicht bei der Person selbst erhoben wurden
- über das etwaige Bestehen einer automatisierten Entscheidungsfindung einschließlich Profiling mit aussagekräftigen Informationen über die dabei involvierte Logik sowie die Tragweite und die angestrebten Auswirkungen solcher Verfahren.

Die Auskunftserteilung an die betroffene Person kann gem. Art. 12 Abs. 1 Sätze 2 und 3 DSGVO je nach Sachverhalt schriftlich, elektronisch oder mündlich erfolgen. Auskunftserteilungen müssen nach Art. 12 Abs. 3 DSGVO

unverzüglich erfolgen, spätestens aber innerhalb eines Monats. Nur in begründeten Ausnahmefällen darf die Monatsfrist überschritten werden. Die Auskunft sowie eine Kopie der personenbezogenen Daten, die Gegenstand der Verarbeitung sind, ist im Regelfall unentgeltlich. Werden darüber hinaus weitere Kopien angefordert, kann ein angemessenes Entgelt verlangt werden, welches sich nach den Verwaltungskosten richtet. Außerdem können die Verantwortlichen im Falle unbegründeter oder exzessiver Anträge durch eine betroffene Person die Auskunftserteilung auch verweigern. Verantwortliche haben zudem das Recht, sofern sie eine große Menge von Informationen über die betroffene Person verarbeiten, dass diese ihr Recht auf Auskunft hinsichtlich Verarbeitungsvorgänge oder Angaben konkretisiert.

2.3.10 Verfassungsrechtliche Anforderungen an die Fixierung von Patienten in der öffentlich-rechtlichen Unterbringung

Leitsätze zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts²⁸ vom 24.7.2018 zur Anwendung von Fixierungen von Patientinnen und Patienten:

- a) Die Fixierung einer Patientin/eines Patienten stellt einen Eingriff in dessen Grundrecht auf Freiheit der Person (Art. 2 Abs. 2 Satz 2 i.V.m. Art. 104 GG) dar.
- b) Sowohl bei einer 5-Punkt- als auch bei einer 7-Punkt-Fixierung von nicht nur kurzfristiger Dauer handelt es sich um eine Freiheitsentziehung im Sinne des Art. 104 Abs. 2 GG, die von einer richterlichen Unterbringungsanordnung nicht gedeckt ist. Von einer kurzfristigen Maßnahme ist in der Regel auszugehen, wenn sie absehbar die Dauer von ungefähr einer halben Stunde unterschreitet.

²⁸ 2 BvR 309/15 und 2 BvR 502/16 1, https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Downloads/DE/2018/07/rs20180724_2bvr030915.pdf?__blob=publicationFile&v=2

Rechtliche Grundlagen

Aus Art. 104 Abs. 2 Satz 4 GG folgt ein Regelungsauftrag, der den Gesetzgeber verpflichtet, den Richtervorbehalt verfahrensrechtlich auszugestalten, um den Besonderheiten der unterschiedlichen Anwendungszusammenhänge gerecht zu werden.

Um den Schutz der von einer freiheitsentziehenden Fixierung betroffenen Person sicherzustellen, bedarf es eines täglichen richterlichen Bereitschaftsdienstes, der den Zeitraum von 6:00 Uhr bis 21:00 Uhr abdeckt.

Zur Arbeit der Besuchskommissionen zwischen 2015 und 2018

Besuchskommissionen wurden in Brandenburg erstmalig im Jahr 1998 berufen. Mit der Novellierung des BbgPsychKG im Jahr 2009 wurde die Berufungsdauer von vier auf fünf Jahre erhöht. Der vorliegende Bericht wertet die Besuchsberichte der Jahre 2013 bis 2018 aus und bezieht sich damit sowohl auf die Arbeit der Besuchskommissionen in der 4. Amtsperiode vom 1. Oktober 2010 bis zum 30. September 2015 sowie der 5. Amtsperiode vom 1. Oktober 2015 bis zum 30. September 2020.

Die 1. bis zur 4. Amtsperiode war durch eine hohe personelle Kontinuität gekennzeichnet. Mit Ende der 4. Amtsperiode signalisierten viele langjährige Mitglieder, dass sie für keine weitere Amtsperiode zur Verfügung stehen. Mit dem Ziel, den Übergang gut zu gestalten und ausreichend neue Mitglieder für diese wichtige ehrenamtliche Tätigkeit zu gewinnen, begann Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. gefördert durch das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg (MASGF, Referat 41) ab Juli 2015 im Rahmen des Projektes: „Stärkung der Patientenrechte in der psychiatrischen Versorgung in Brandenburg“ die Arbeit der Besuchskommissionen zu unterstützen. Es zeigte sich, dass die Gewinnung von Mitgliedern stark erleichtert wird, wenn der Arbeitgeber die ehrenamtliche Tätigkeit durch Freistellungen unterstützt.

Die folgenden Darstellungen werfen ein Schlaglicht auf die praktische Arbeit der Besuchskommissionen. Es wird anschaulich, wie die Besuchskommissionen ihrer Aufgabe nachgehen, auf welche prinzipiellen und alltäglichen Hindernisse sie stoßen und welche Unterstützung sie durch Kliniken und MASGF erfahren. Gleichzeitig bietet dieses Kapitel bereits viele Erkenntnisse zur zentralen Aufgabe der Besuchskommissionen: inwieweit werden die Rechte und berechtigten Interessen der psychiatrischen Patientinnen und Patienten gegenüber dem Krankenhaus

gewahrt und inwieweit kommen die Krankenhäuser bzw. Einrichtungen des Maßregelvollzuges den besonderen Aufgaben nach dem BbgPsychKG nach?

3.1 Themen und Impulse aus den Treffen und Veranstaltungen im Jahr 2015

Um über die Arbeit der Besuchskommissionen zu informieren, veröffentlichte das MASGF im **Oktober 2015** die Broschüre „**Die Arbeit der Besuchskommissionen – Patientenrechte respektieren und stärken**“, in der die rechtlichen Grundlagen und Rahmenbedingungen erläutert und Ansprechpersonen benannt werden.

Am **8. Oktober 2015** fand eine große öffentliche Fachtagung „**Stärkung der Patientenrechte in der psychiatrischen Versorgung – Die Arbeit der Besuchskommissionen in Brandenburg**“¹ statt, um die Arbeit der Besuchskommissionen sichtbar zu machen. Frau Ministerin Golze betonte in ihrer Rede auf der Fachtagung, dass die ehrenamtlichen und unabhängigen Besuchskommissionen bereits seit vielen Jahren einen wichtigen Beitrag zur zivilgesellschaftlichen Kontrolle und zur Qualitätssicherung in der psychiatrischen Versorgung leisten.

Im Rahmen des traditionellen **Jahrestreffens der Besuchskommissionen am 9. Dezember 2015** konstituierten sich die jeweiligen Besuchskommissionen neu und wählten ihre Sprecherinnen und Sprecher sowie deren Stellvertretung. Die bisherigen Sprecherinnen und Sprecher stellten das Aufgabenspektrum vor und berichteten über die bisher geleistete Arbeit. Alle Kommissionen konnten mit 6 – 9 Mitgliedern neu besetzt werden und konnten somit ihre Arbeit aufnehmen.

¹ <https://www.gesundheitbb.de/Veranstaltungsarchiv.1956.0.html>

Zur Arbeit der Besuchskommissionen zwischen 2015 und 2018

3.2 Themen und Impulse aus den Treffen und Veranstaltungen im Jahr 2016

Im **Januar 2016** informierte das MASGF, Referat 41, jede Klinik mit einem **Schreiben über die Neuberufung der Besuchskommissionen und deren neue Zusammensetzung** sowie die rechtlichen Grundlagen der Arbeit der Besuchskommission. Dieses Schreiben stieß sowohl bei den Kliniken als auch den Mitgliedern der Besuchskommissionen auf eine positive Resonanz und führte im weiteren Verlauf zu einer nachhaltigen Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Kliniken und Besuchskommission.

Orientiert an den Bedarfen, die von den Mitgliedern beim Jahrestreffen geäußert wurden, fand am **23. Mai 2016 eine Fortbildung**² zu den Themen Unterbringung und Zwangsbehandlung sowie zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems statt. Im Rahmen der Fortbildung wurde die Wichtigkeit der Teilnahme von Ärztinnen und Ärzten sowie von Psychiatrie-Erfahrenen bei den Besuchen hervorgehoben und angeregt, diese Positionen in den Besuchskommissionen noch besser zu besetzen. Bezogen auf Schilderungen von Mängeln und Bedarfen wurde vom MASGF, Referat 41, die Bedeutung der Besuchsberichte hervorgehoben und um deren zeitnahe Fertigstellung und Zusendung gebeten, da das MASGF nur auf Basis konkreter Hinweise im Rahmen seiner Aufgaben als Fachaufsicht weitere Prüfungen veranlassen kann. In Bezug auf die Prüfung der Einhaltung der PsychPV wurde deutlich, dass es hier noch weiterer Fortbildungen und einer Konkretisierung des Prüfauftrags bedarf. Das MASGF, Referat 41, bot an, bei Nichterausgabe von Unterlagen durch einzelne Kliniken hier unterstützend in der Kommunikation mit den Kliniken tätig zu werden.

Beim **Treffen der Sprecherinnen und Sprecher sowie deren Vertretungen am 11. Juli 2016** wurde ausführlich über die Arbeit der sieben Besuchskommissionen berichtet. Dabei wurde über Schwierigkeiten bei der Freistellung einzelner Mitglieder durch deren Beschäftigungsstelle insbesondere bei Behörden sowie die Koordinierung bei der gemeinsamen Berichterstattung berichtet. Auch die Befangenheit einzelner Mitglieder hinsichtlich bestehender beruflicher Kontakte zu den besuchten Kliniken wurde thematisiert. Geschildert wurde, dass die überwiegende Anzahl der Besuche vorher in einer Zeitspanne von 24 Stunden bis zu zwei Wochen bei den Kliniken angemeldet wurde. Einige Kommissionen versuchten, die Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher bei den Besuchen mit einzubeziehen, was aber meistens erfolglos blieb. Große Unterschiede wurden deutlich in der Bereitschaft der Kliniken Unterlagen zur Personalbemessung an die Kommissionen auszuhändigen. Auch hinsichtlich der vorherigen Ankündigung der Besuche an die Patientinnen und Patienten wurde über Schwierigkeiten in der Umsetzung berichtet. Manche Kommissionen berichteten auch, dass es ihnen nicht gelungen ist mit der Geschäftsführung der Kliniken ein Gespräch zu führen. Angesprochen wurden bei dem Treffen auch einzelne besondere Auffälligkeiten (Essenseinnahme auf dem Flur, sehr lange Unterbringungszeiträume, hohe Unterbringungszahlen nach BbgPsychKG im Kinder- und Jugendbereich), die im vorliegenden Bericht bei der Auswertung der Besuchsberichte im Abschnitt 4 detaillierter dargestellt werden. Das MASGF, Referat 41, nahm die Hinweise entgegen und bot den Kommissionen bei einzelnen Fragestellungen Unterstützung an.

Um ein verbindliches Vorgehen für die in den Berichten enthaltenen Impulse zu etablieren, wurde vom MASGF, Referat 41, ein neues Verfahren im Umgang mit den Berichten etabliert, welches im Rahmen des Treffens erläutert wurde.

² <https://www.gesundheitbb.de/Veranstaltungsarchiv.1956.0.html>

Verfahren im Umgang mit den Besuchsberichten der Besuchscommissionen

Die Berichte werden vom MASGF, Referat 41, gemeinsam mit dem Landesamt für Soziales und Versorgung (LASV) bezüglich daraus hervorgehender Handlungsimpulse und Aufträge geprüft. Der Bericht wird dann an das Krankenhaus mit der Bitte um Stellungnahme geschickt. Sowohl der Bericht der Besuchscommission und die Stellungnahme der Klinik werden damit Bestandteil der klinikbezogenen Akte im MASGF und LASV. Bei Bedarf wird auch das Krankenhausreferat 45 in die weiteren Prüfungen mit einbezogen und ggf. aufsichtliche oder sonstige Maßnahmen veranlasst. Auch dieser weitere Prüfprozess sowie die daraus abgeleiteten Maßnahmen und deren Ergebnisse werden Bestandteil der klinikbezogenen Akte im MASGF und LASV. Die Besuchscommissionen werden vom MASGF, Referat 41, darüber informiert ob, und ggf. welche klinikbezogenen aufsichtlichen oder sonstigen Maßnahmen aufgrund ihres Besuchsberichtes ergriffen wurden. Unbenommen von dem geschilderten Verfahren steht es den Besuchscommissionen im Rahmen ihrer Unabhängigkeit frei, am Ende des Besuchs mit der Klinik über die Feststellungen am Besuchstag ein Abschlussgespräch zu führen oder auch ihren Bericht direkt an die Kliniken zu schicken. Gewünscht wird, dass das jeweilige Vorgehen der Besuchscommissionen und deren Interaktion mit den Kliniken in deren Besuchsberichten dargelegt wird, um für alle Beteiligten Transparenz herzustellen.

Von den Sprecherinnen und Sprechern der Besuchscommissionen wurde das vorgestellte Vorgehen begrüßt und hinsichtlich der Wertschätzung und Nachhaltigkeit ihrer Arbeit als sehr hilfreich eingeschätzt.

Kontrovers diskutiert wurde die Einführung eines einheitlichen Berichtsrahmens für alle Commissionen und die Veröffentlichung der Namen der Mitglieder der Besuchscommissionen auf der Homepage des MASGF. Die abschließende Klärung beider Themen wurde auf einen späteren Zeitpunkt vertagt.

Das **Jahrestreffen fand am 7. Dezember 2016** in Potsdam statt. Zu Beginn des Treffens begrüßte die Staatssekretärin Frau Hartwig-Tiedt die Mitglieder der Besuchscommissionen und gab einen Einblick in die Unterbringungszahlen des Landes Brandenburg im Zeitraum 2010 bis 2015. Sie bedankte sich für die wichtige Arbeit der Besuchscommissionen und kündigte für 2017 Veranstaltungen mit Beteiligungsmöglichkeiten zur Novellierung des BbgPsychKG an. Das MASGF, Referat 41, berichtete über die Umsetzung von baulichen Maßnahmen zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung in zwei Kliniken, die durch die Berichte der Besuchscommissionen angestoßen wurden. Von Seiten der Kliniken hatte das MASGF die Rückmeldung erhalten, dass sie die Arbeit der Besuchscommissionen als eine Unterstützung bzw. als ein Instrument zur Qualitätsentwicklung ansehen.

Die Besuchscommissionen wünschten sich vom MASGF, Referat 41, dass bei der Kommunikation mit den Kliniken neben den Geschäftsführungen auch die Chefärztinnen und Chefärzten adressiert werden und regten eine Fortbildung für Richterinnen und Richter an.

Auf Anregung der Sprecherinnen und Sprecher der Besuchscommissionen hatte das Projekt „Stärkung der Patientenrechte in der psychiatrischen Versorgung in Brandenburg“

Zur Arbeit der Besuchskommissionen zwischen 2015 und 2018

recherchiert, wie sich die Arbeit der Besuchskommissionen in anderen Bundesländern hinsichtlich der Zuständigkeit, Zusammensetzung, Häufigkeit und Art der Besuche, Berufung und Berichtspflicht sowie Sichtbarkeit und Erreichbarkeit gestaltet. Die Ergebnisse der Recherche wurden den Mitgliedern der Besuchskommission vorgestellt.

Im zweiten Teil des Jahrestreffens hatten sich die Mitglieder der Besuchskommissionen kommissionsübergreifend in Kleingruppen zu ihren Erfahrungen und zu zentralen Aspekten der Arbeit der Besuchskommissionen ausgetauscht. Ziel war sich gegenseitig mit Hilfe von Beispielen guter Praxis zu unterstützen und damit zu einer qualitativen Verbesserung beizutragen. Die Diskussionsergebnisse der Kleingruppen werden im Folgenden zusammenfassend dargestellt.

• Kommunikation mit den Kliniken

Die Mitglieder der Besuchskommissionen schilderten den Eindruck, dass seit dem Brief des MASGF, Referat 41, an die Kliniken zur Zuständigkeit und zur Zusammensetzung der Besuchskommissionen im Januar 2016 sich die Zusammenarbeit mit den Kliniken deutlich kooperativer gestaltete. In Bezug auf die Umsetzung von angemeldeten oder unangemeldeten Besuchen ergab sich ein sehr heterogenes Bild, wobei die meisten Besuche in einem Zeitrahmen von 48 Stunden bis zu 4 Wochen angemeldet wurden. Die von den Mitgliedern benannten Vor- und Nachteile von angemeldeten und unangemeldeten Besuchen werden in folgender Tabelle dargestellt:

	angemeldeter Besuch	unangemeldeter Besuch
Verfügbarkeit von Gesprächspersonen	<ul style="list-style-type: none"> + ein breiteres Spektrum an Gesprächspersonen steht zur Verfügung (Chefärztinnen/Chefärzte, Geschäftsführung etc.) + Chefärztinnen/Chefärzte legen mittlerweile großen Wert darauf bei den Besuchen dabei zu sein + auch die Patientinnen und Patienten sind auf den Besuch vorbereitet 	<ul style="list-style-type: none"> – Gesprächspersonen sind eventuell nicht verfügbar – Patientinnen und Patienten sind nicht auf den Besuch der Besuchskommissionen vorbereitet
Verfügbarkeit von Klinikunterlagen	<ul style="list-style-type: none"> + Klinikunterlagen sind verfügbar 	<ul style="list-style-type: none"> – Klinikunterlagen sind eventuell nicht verfügbar
allgemeiner Eindruck zur Gesprächsführung	<ul style="list-style-type: none"> + Gespräche in den Kliniken haben sich verlängert und verlaufen strukturierter + Klinik ist gezwungen sich auf den Besuch vorzubereiten und Überlegungen anzustellen – die Gespräche können dadurch aber zu vorbereitet und abgestimmt wirken („Show“) 	<ul style="list-style-type: none"> – da weder Gesprächspersonen noch Unterlagen zur Verfügung stehen, kann der Besuch sehr unstrukturiert wirken und das Personal verunsichern + man vermeidet, dass die Vor-Ort-Situation eingespielt ist und erhält somit ein authentisches Bild der Lage

Es wurde jedoch kritisch angemerkt, dass auch langfristig angemeldete Besuche nicht immer gewährleistet, dass wichtige Gesprächspartnerinnen und -partner anwesend waren und die Klinikunterlagen vorgelegt wurden. Bezüglich der Zurverfügungstellung von Unterlagen wurde berichtet, dass es teilweise davon abhing, wie und von wem diese angefragt wurden. Von manchen Mitgliedern wurde bemängelt, dass die Kompetenzen innerhalb der Kommission nicht ausreichend waren, um die entsprechenden Unterlagen anzufordern oder einzuschätzen. Angeregt wurde, dass es weitere Fortbildungen insbesondere zur Überprüfung der Einhaltung der PsychPV gibt und dass ggf. das MASGF schon vorab Daten abfragt und den Besuchskommissionen zur Verfügung stellt. Berichtet wurde, dass einige Kommissionen im Jahr 2016 vermehrt die Dienstpläne vor Ort eingesehen haben.

- **Ablauf am Besuchstag**

Die Besuchskommissionen schilderten, dass sie sich in der Regel am Besuchstag zu einem Vorgespräch treffen, um dann das Vorgehen gemeinsam abzusprechen. Auch von gemeinsamen Nachbesprechungen wurde berichtet. Räume dafür wurden von den Kliniken bereitgestellt oder es wurde die Cafeteria genutzt.

Die Besuche dauerten in der Regel 4-5 Stunden. Die Gespräche mit den Patientinnen und Patienten wurden in Abwesenheit des Personals geführt. Bezogen auf die Gespräche mit dem Pflegepersonal wurde von unterschiedlichen Haltungen berichtet. Manche würden sich sehr offen äußern andere sich sehr bedeckt halten. Empfohlen wurde, die Gespräche mit den Chefärztinnen und Chefarzten gemeinsam mit der Geschäftsführung zu führen, um so gegenseitige Schuldzuweisungen zu vermeiden. Als weitere mögliche Gesprächspersonen wurden Pflegedienstleitung, Stationsleitungen, Oberärztinnen und Oberärzte, Qualitäts- und Beschwer-

demanagement, Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher benannt.

Die Gespräche wurden in der Regel in 2er-Gruppen geführt oder es wurde innerhalb der Kommission eine Gesprächsführung benannt. Dabei wurden sowohl strukturierte Leitfadeninterviews als auch offene Gespräche geführt.

- **Berichterstellung**

In der Regel wurde von den Besuchskommissionen ein Mitglied benannt, welches einen Berichtsentwurf erstellte und dann die Änderungswünsche der anderen Mitglieder einarbeitete. Teilweise wurde die koordinierende Aufgabe von den Sprecherinnen und Sprechern übernommen. Bei manchen Kommissionen wurden auch Teilberichte erstellt, die dann später zusammengeführt wurden. Die Berichtsverantwortlichen aller Besuchskommissionen stimmten den Berichtsentwurf mit den einzelnen Mitgliedern per Email ab. Als Schwierigkeit wurde benannt, dass nicht alle Besuchskommissionsmitglieder per Email erreichbar waren und die Abstimmung per Post den Prozess erschwerte. Auch auf die Gefahr von Datenschutzlücken durch den Versand der Berichtsentwürfe per Email wurde hingewiesen. Teilweise wurde auch beichtet, dass es sich schwierig gestaltete, im Bericht eine einheitliche Haltung der Besuchskommission darzustellen, da die Mitglieder unterschiedliche Meinungen einbrachten und es mit viel Anstrengung verbunden war, diese zusammenzuführen.

- **Kommunikation innerhalb der Besuchskommission**

Die Mitglieder der Besuchskommissionen kommunizierten überwiegend per Mail und nur teilweise per Post, wenn Mitglieder per Mail nicht erreichbar waren. Termine wurden mit Terminsoftware vereinbart. Eine Koordination des Austausches erfolgte in der Regel durch die Sprecherinnen und Sprecher. Manche Kommissionen trafen sich unabhän-

Zur Arbeit der Besuchskommissionen zwischen 2015 und 2018

gig von den Besuchsterminen, um sich zu einer gemeinsamen Grundhaltung und zum Vorgehen bei den Klinikbesuchen abzustimmen. Diese Treffen wurden protokolliert und die Protokolle an die nicht anwesenden Mitglieder versandt. Zum Teil wurden Schwierigkeiten und Unterschiede in der Motivation bezüglich der Zusammenarbeit zwischen alten und neuen Mitgliedern der Besuchskommissionen benannt.

- **Zuständigkeit, Erreichbarkeit und Sichtbarkeit der Besuchskommissionen**

Manche Mitglieder der Besuchskommissionen äußerten sich zu der durch die Novellierung des BbgPsychKG im Oktober 2010 hinzugekommene Zuständigkeit für Tageskliniken kritisch, da sie ihre vorrangige Zuständigkeit in der Kontrolle von Einrichtungen, in denen Menschen gesetzlich untergebracht werden, sahen. Deutlich wurde, dass bei allen Kommissionen ein jährlicher Besuch aller Tageskliniken mit den vorhandenen Kapazitäten nicht umgesetzt werden konnte. Bei manchen Besuchen wurde der Besuch der Tagesklinik mit dem Klinikbesuch verbunden. Einigkeit bestand auch darüber, dass es ebenfalls nicht leistbar ist, andere Einrichtungen (bspw. Heime), in denen Menschen gesetzlich untergebracht werden, zu besuchen. Angeregt wurde hier zu prüfen, inwiefern dies nicht durch die Heimaufsicht abgedeckt werden könnte.

Bezüglich der Erreichbarkeit wurde es von den Mitgliedern als ausreichend erachtet, wenn Anfragen an das MASGF, Referat 41, gestellt werden können. Da die Besuchskommissionen nicht für Einzelbeschwerden zuständig sind, wurde eine direkte Kontaktaufnahme für nicht notwendig erachtet. So sprachen sich die Mitglieder der Besuchskommissionen auch ausdrücklich gegen eine Nennung ihrer Namen auf der Homepage des MASGF sowie eine Veröffentlichung der Besuchsberichte aus.

- **Datenschutz**

Um beim Abstimmungsprozess der Besuchsberichte den Datenschutz zu gewährleisten wurde die Einrichtung von verschlüsselten Emails für die Mitglieder der Besuchskommissionen angeregt.

- **Qualitätssicherung und Wirksamkeit**

Die Mitglieder der Besuchskommissionen betonten die Wichtigkeit der Kooperation und Vernetzung mit dem außerklinischen Versorgungssystem. Einige Besuchskommissionen hatten den Eindruck gewonnen, dass ihre Besuche in den Kliniken Gefahr laufen, in einem freundlichen Ritual zu erstarren. Andere berichteten, dass ihre Kontrollfunktion zunehmend spürbar und ihnen mit mehr Respekt seitens der Kliniken begegnet wurde sowie zunehmend auch die Geschäftsführung an den Besuchstagen anwesend war. Gemeinsam kamen sie zu der Einschätzung, dass sie eine unersetzbare Arbeit leisten, da sie im Rahmen ihrer Tätigkeit in einen für die Meisten verschlossenen Teil der Gesellschaft blicken.

Bezüglich des Einsatzes von Richterinnen und Richtern am Wochenende wurde festgestellt, dass diese oft fachfremd sind und die besondere Situation von Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht genügend einschätzen können.

Zum Abschluss des Jahrestreffens wurden die Mitglieder der Besuchskommissionen in einem Vortrag über den Stand der Umsetzung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) und den damit verbundenen Auswirkungen auf die PsychPV informiert.

3.3 Themen und Impulse aus den Treffen und Veranstaltungen im Jahr 2017

Am **24. April 2017** wurde von Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. ein **Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des Brandenburgischen Psychisch-Kranken-Gesetzes**³ durchgeführt, an dem viele Mitglieder der Besuchskommissionen teilnahmen und vielfältige Veränderungsimpulse auf Basis ihrer Tätigkeit einbrachten. Um die Kapazitäten im Rahmen der ehrenamtlichen Tätigkeit nicht zu überlasten, wurde zugunsten des Dialogforums im Jahr 2017 auf eine zusätzliche spezifische Fortbildung nur für die Mitglieder der Besuchskommissionen verzichtet.

Von den Teilnehmenden des Dialogforums wurde bezogen auf die Arbeit der Besuchskommissionen angeregt, dass eine verbindliche Teilnahme von Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Bürgerinnen und Bürgern gesetzlich geregelt werden sollte⁴. Auch sollte das Hinzuziehen externer Expertinnen und Experten ermöglicht werden⁵. Darüber hinaus gab es den Wunsch zu prüfen, ob die bisherige ausschließlich ehrenamtliche Tätigkeit der Mitglieder der Besuchskommissionen im Verhältnis zu den Aufgaben, insbesondere bezogen auf die Kontrollfunktion hinsichtlich der Personalausstattung⁶, angemessen bzw. ausreichend ist⁷. Angemerkt wurde auch, dass es nicht ausreichend ist die Berichte nur einmal während der Legislaturperiode in stark gekürzter Form an die Politik heranzutragen. Befürwortet wurde eine gesetzlich festgeschriebene Frist für die Erstellung der Berichte sowie ein einheitliches Berichtsraster mit Mindestanforderungen einzuführen⁸. Bezogen auf den Zuständigkeitsbereich

der Besuchskommissionen wurde die Wichtigkeit Einrichtungen zu besuchen, in denen Menschen gerichtlich untergebracht werden, hervorgehoben und die Besuche bei den Tageskliniken als nachrangig erachtet⁹.

Bezogen auf das Beschwerderecht nach §32 BbgPsychKG wurde von den Teilnehmenden des Dialogforums hervorgehoben, dass es für untergebrachte Personen wichtig ist, sich an eine neutrale Stelle wenden zu können. Dabei wurde angemerkt, dass die Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher zu wenig bekannt sind und teilweise nicht ausreichend qualifiziert für psychiatrische Fragestellungen¹⁰. Auch wurde angeregt eine Aufklärungspflicht über Rechte und Beschwerdemöglichkeiten im Zusammenhang mit Zwangsmaßnahmen gesetzlich zu verankern¹¹. Angedacht wurde auch der Ausbau des Beschwerdemanagements explizit unter dem Aspekt einer Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen sowie die Einrichtung von Beschwerdestellen, die auch für das außerklinische Versorgungssystem zuständig sind¹².

Beim **Treffen der Sprecherinnen und Sprecher sowie deren Vertretungen am 28. Juni 2017** waren alle sieben Besuchskommissionen vertreten und es wurde ausführlich über deren Arbeit berichtet. Mehrere Kommissionen schilderten, dass teilweise bei den Besuchen eine sehr geringe Besetzung, mit manchmal nur drei Mitgliedern, gegeben war. Einige Kommissionen berichteten von inaktiven Mitgliedern. Das MASGF, Referat 41, wies drauf hin, dass eine Abberufung nur stattfinden kann, wenn die jeweiligen Mitglieder sich mit dem Wunsch nach Amtsniederlegung persönlich an das MASGF wenden. Es wurde vereinbart, dass die Sprecherinnen und Sprecher die betreffenden Mitglieder kontaktieren und mit ihnen das weitere Vorgehen absprechen.

3 Eine ausführliche Dokumentation des Dialogforums können Sie unter folgendem Link herunterladen:
<https://www.gesundheitbb.de/Veranstaltungsarchiv.1956.0.html>

4 Dokumentation Dialogforum S. 28

5 Ebd. S.41

6 Ebd. S.41

7 Ebd. S.28

8 Ebd. S.41

9 Ebd. S.41

10 Ebd. S.29

11 Ebd. S.30

12 Ebd. S. 33 und S.49

Zur Arbeit der Besuchskommissionen zwischen 2015 und 2018

Da manche Kommissionen von bestehenden Interessenskollisionen einzelner Mitglieder hinsichtlich ihrer sonstigen hauptberuflichen Tätigkeit berichteten, wurde für die Akquise neuer Mitglieder angedacht, auch Personen außerhalb von Brandenburg anzufragen, um so mögliche Interessenskollisionen besser ausschließen zu können.

Einige Kommissionen meldeten zurück, dass sie vorrangig die „Mutterhäuser“ besuchen und erst nachrangig gegen Ende der Amtszeit planen, auch die Tageskliniken zu besuchen.

Da es bei den Berichten viele Wiederholungen zu den Vorjahren gab wurde teilweise geplant, die Berichte kürzer zu fassen und inhaltliche Schwerpunkte zu setzen. Zwei Kommissionen berichteten, dass sie dazu übergegangen waren, die Besuche regelhaft anzukündigen, da die unangekündigten Besuche im Vergleich nur wenig Informationsgewinn brachten, da entweder die verantwortlichen Personen nicht anwesend oder unvorbereitet waren. Da manche Kommissionen die Kliniken immer zum gleichen Zeitpunkt im Jahr besuchten, rechneten manche Kliniken schon mit dem Besuch und waren entsprechend gut vorbereitet.

Bezogen auf die Bereitstellung von Unterlagen durch die Kliniken ergab sich weiterhin ein uneinheitliches Bild. Es wurde berichtet, dass einzelne Kliniken nach wie vor die Herausgabe von Unterlagen verweigert hatten. Einige Kommissionen waren dazu übergegangen eine Übersicht von erforderlichen Angaben mit der Besuchsankündigung vorab an die Kliniken zu schicken. Sie hatten damit die Erfahrung gemacht, dass die Kliniken am Besuchstag sehr gut vorbereitet waren und die Daten und Argumente sehr präzise offenlegen konnten. Das MASGF, Referat 41, bat darum, die Übersichten auch den anderen Kommissionen als Orientierung zur Verfügung zu stellen.

Manche Kommissionen schätzen nach wie vor die Fachkompetenz innerhalb ihrer Kommission als nicht ausreichend ein, die Unterlagen und Angaben der Klinik entsprechend auszuwerten und wünschten sich weitere Fortbildungen und Qualifizierungen insbesondere zur Überprüfung der Personalausstattung. Insgesamt wurde von allen Kommissionen berichtet, dass die Personalsituation insbesondere bei der Pflege auch im Zusammenhang mit dem Fachkräftemangel nach wie vor mangelhaft ist und viele Bereiche stark unterbesetzt sind. Das MASGF, Referat 41, sicherte zu, den von den Mitgliedern benannten Schulungsbedarf weiter zu berücksichtigen, räumte aber ein, dass die Beurteilung der Personalausstattung leider voraussichtlich schwierig bleiben wird, da es deutschlandweit bisher keine Instrumente für eine systematische Prüfung gibt. Es wurde vereinbart, das Thema Personalausstattung und Personalmangel weiterhin in den Berichten aufzugreifen und dabei auch die Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Prüfung der Angaben zu erläutern. Hervorgehoben wurde, dass auch die Schilderungen von Patientinnen und Patienten sowie vom Personal zur Einschätzung der Personalausstattung hilfreiche Rückmeldungen sind. Als Impuls wurde die Einführung einer kommissionsübergreifenden einheitlichen tabellarischen Abfrage der Daten angedacht, um so die Datenqualität und insbesondere deren Vergleichbarkeit zu erhöhen. Diese Abfrage könnte dann vom MASGF, Referat 41, mit einem allgemeinen Anschreiben an die Kliniken versandt werden, um so die Kommissionen bei der Erfassung der Daten zu unterstützen. Weiter angedacht wurde zu prüfen, inwiefern auf den MDK als mögliche Prüfstelle zurückgegriffen werden kann.

Auffällig war, dass die Versorgungsstrukturen besser funktionierten, wenn in einer Region eine psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) und/oder Psychiatriekoordination vorhanden war. Daher wurde befürwortet

die Regelungen zur Psychiatriekoordination im BbgPsychKG verpflichtender zu fassen. Generell wurde auf die Wichtigkeit guter Kooperationen und Vernetzung mit dem außerklinischen Versorgungssystem hingewiesen. Dabei wurde insbesondere die wichtige Funktion der Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) hervorgehoben, die aus Sicht der Besuchskommissionen jedoch zumindest teilweise nicht ausreichend personell ausgestattet waren.

Beim Versuch die Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher bei den Besuchen mit einzubeziehen gab es weiterhin Schwierigkeiten. Das MASGF, Referat 41, bat hier um Rückmeldungen bei mangelhafter oder fehlender Besetzung des Amtes und bot an, gegenüber den entsprechenden Kliniken und dem Krankenhausreferat die Behebung des Zustands anzuregen.

Auch bei der Kontaktaufnahme zu Patientinnen und Patienten während des Besuchs wurde von Schwierigkeiten berichtet und angemerkt, dass diese häufig nicht über den anstehenden Besuch informiert wurden. Abgesprochen wurde, dass das MASGF, Referat 41, gegenüber den Kliniken anregt, dass diese die Patientinnen und Patienten sowie die Sorgeberechtigten im Kinder- und Jugendlichenbereich vorab mit Aushängen über die Besuche der Besuchskommission zu informieren.

Bei zwei Kliniken wurde das Vorhaben, Intensivbetten neu einzurichten, angesichts der schlechten Personalausstattung in der Pflege sehr kritisch gesehen. Bei zwei weiteren Kliniken wurden bauliche Mängel beschrieben. Das MASGF, Referat 41, bat erneut darum, die Sachverhalte möglichst zeitnah in den Berichten zu schildern, damit diese dann geprüft werden können. Eine Kommission berichtete, dass im Nachgang zur Berichtserstattung ein Gespräch mit der Klinik stattfand, das mit einem Konsens beendet werden konnte.

Generell bat das MASGF die von den Besuchen ausgehenden Impulse in den Berichten deutlich kenntlich zu machen. Die Mitglieder waren sich darin einig, dass die Abgeordneten im Landtag Analysen und Impulse der Kommissionen erfahren sollten. Ebenso gab es Einigkeit darüber, dass Besuchskommissionen auf der Website des MASGF genannt sein sollten. Allerdings gab es eine Zurückhaltung bei der Frage, die Namen der Mitglieder zu nennen. Es wurde jedoch angedacht, das Thema Transparenz über die Arbeit der Besuchskommissionen zu einem späteren Zeitpunkt erneut aufzugreifen. Im Nachgang zu dem Treffen hatte das MASGF den Mitgliedern der Besuchskommissionen die Auswertung der fallbezogenen Meldebögen zur öffentlich-rechtlichen Unterbringung für Einrichtungen nach § 10 Abs. 2 BbgPsychKG im Jahr 2015 zur Verfügung gestellt.

Das Jahrestreffen im Jahr 2017 fand am 22. November in Potsdam statt. Die Mitglieder der Besuchskommissionen wurden von der Staatssekretärin Frau Hartwig-Tiedt begrüßt, die das Treffen mit einem Bericht über die Unterbringungszahlen des Landes Brandenburg im Zeitraum 2010 bis 2016 eröffnete. Frau Hartwig-Tiedt erläuterte, dass die psychiatrischen Krankenhäuser und Fachabteilungen nach dem BbgPsychKG verpflichtet sind, Unterbringungen zu dokumentieren und die Meldebögen an das LASV zu senden. Die dargestellten Entwicklungen bezogen sich auf die Auswertung der Dokumentation, welche das MASGF, Referat 41, mit den Chefärztinnen und Chefarzten bei der jährlichen Aufsichtssitzung als Aspekt der Qualitätssicherung diskutiert.

Bezogen auf die Unterbringungen nach § 1906 BGB für Erwachsene und § 1631b BGB für Kinder und Jugendliche erläuterte Frau Hartwig-Tiedt, dass bisher keine Regelungen für eine Aufsicht wie für die Unterbringungen nach dem BbgPsychKG vorhanden sind. Die Bundesländer waren bezüglich

Zur Arbeit der Besuchskommissionen zwischen 2015 und 2018

dieser Lücke auf bundesgesetzlicher Ebene an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) herangetreten. Das BMG hatte in seiner Antwort u.a. auf die Regelungen im Land Brandenburg verwiesen, wo nach dem BbgPsychKG die Besuchskommissionen auch Patientinnen und Patienten, die nach dem BGB untergebracht sind, zuständig sind. Frau Hartwig-Tiedt führte aus, dass dies jedoch die zu regelnde Lücke der Aufsichtspflicht nicht schließt und die Kliniken aktuell nicht verpflichtet sind, Meldebögen für BGB-Unterbrachte an das LASV zu schicken. Geschätzt wurde, dass in den Kliniken beide Typen der Unterbringung etwa gleich stark vertreten waren.

Das MASGF, Referat 41, berichtete, dass sich das beim letzten Jahrestreffen vorgestellte Verfahren im Umgang mit den Berichten bewährt habe. Hervorgehoben wurde die enge Zusammenarbeit mit dem Referat 45 Versorgung. Das MASGF, Referat 45, konnte die Krankenhäuser bei der Beseitigung konkreter Mängel und bei der Umsetzung von Verbesserungsvorschlägen unterstützen. Auf diese Beispiele wird im vorliegenden Bericht im Rahmen der Auswertung der Besuchsberichte unter Abschnitt 4 detaillierter eingegangen. Berichtet wurde, dass einige Mitglieder der Besuchskommissionen im Jahr 2017 aus beruflichen Gründen und wegen Krankheit ihr Amt niedergelegt oder eine Auszeit genommen hatten. Benannt wurden 5 Positionen in den Besuchskommissionen, bei denen eine Nachbesetzung gesucht wurde. Im Zusammenhang mit den Vorbereitungen für den Bericht über die Arbeit der Besuchskommissionen an den Landtag, wurden die Besuchskommissionen um zeitnahe Zusendung der noch ausstehenden Besuchsberichte gebeten.

Es folgte ein Vortrag von Margret Suzuko Osterfeld zur Arbeit der Nationalen Stelle zur Verhütung von Folter. Frau Osterfeld ist seit vielen Jahren in der Besuchskommission in Nordrhein-Westfalen tätig und seit Anfang

2014 Mandatsträgerin der Vereinten Nationen und Mitglied im Unterausschuss für die Prävention von Folter und anderer grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (Subcommittee on the Prevention of Torture – SPT). Als Psychiaterin i.R. stärkt sie mit ihrer Expertise besonders das Monitoring im Bereich der seelischen Gesundheit.

Die Nationale Stelle zur Verhütung von Folter¹³, ist eine unabhängige nationale Einrichtung zur Prävention von Folter und Misshandlung in Deutschland. Die Einrichtung der Stelle beruht auf dem Zusatzprotokoll zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe¹⁴. Ihre Aufgabe ist es regelmäßig Orte der Freiheitsentziehung aufzusuchen, auf Missstände aufmerksam zu machen und Verbesserungsvorschläge zu unterbreiten. Sie berichtet über ihre Arbeit jährlich der Bundesregierung, den Landesregierungen, dem Deutschen Bundestag und den Länderparlamenten. Die Nationale Stelle vereint unter ihrem Dach die Bundesstelle und die Länderkommission. Die Bundesstelle ist für alle Einrichtungen des Bundes, d.h. Hafteinrichtungen bei der Bundespolizei, der Bundeswehr und dem Zoll, Transitzone internationaler Flughäfen sowie die Begleitung von Rückführungsflügen zuständig. In den Zuständigkeitsbereich der Länderkommission fallen die zahlreichen Einrichtungen der Länder: Justizvollzugsanstalten, Jugendstraf- und Arrestanstalten, Polizeidienststellen, Psychiatrien, Abschiebungshaftanstalten, gerichtliche Vorführ-

¹³ <https://www.nationale-stelle.de/home.html>

¹⁴ <https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/menschenrechtsinstrumente/vereinte-nationen/menschenrechtsabkommen/anti-folter-konvention-cat/>

zellen, geschlossene Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, Alten- und Pflegeheime. Die Geschäftsstelle der Nationalen Stelle zur Verhütung von Folter hat ihren Sitz in Wiesbaden.

Im Anschluss referierte Herr Roman Ernst zur Überprüfbarkeit von Personalausgaben in der Psychiatrie auf Grundlage seiner Tätigkeit für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) in Hessen. Er führte die Mitglieder der Besuchskommissionen ausführlich ein in Regelungen der Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psychiatrie-Personalverordnung – PsychPV)¹⁵. Dann erläuterte er Methoden zur Überprüfung der Umsetzung der Vorgaben der PsychPV und berichtete zum Stand der aktuellen Vereinbarung zur Neuregelung der Nachweise (Psych-Personalnachweis-Vereinbarung)¹⁶.

Wie schon im Vorjahr tauschten sich die Mitglieder der Besuchskommissionen im zweiten Teil des Jahrestreffens kommissionsübergreifend an Thementischen zu ihren Erfahrungen und zu zentralen Aspekten ihrer Tätigkeit aus. Dabei war in diesem Jahr die Zusammensetzung der Thementische anhand den im § 2 a Abs. 6 BbgPsychKG definierten Positionen strukturiert. Die Diskussionsergebnisse der drei Thementische werden im Folgenden dargestellt:

1. Thementisch für im öffentlichen Dienst mit Medizinalangelegenheiten betraute Personen (Nr.1), Ärztinnen oder Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung oder mindestens fünfjähriger Berufserfahrung

¹⁵ vom 18.12.1990 (BGBl. I/90, 2930), die zuletzt durch Artikel 54 des Gesetzes vom 29.03.2017 (BGBl. I/17, 626) geändert worden ist. Erläuterungen siehe Fußnote 7.

¹⁶ Vereinbarung nach § 9 Abs. 1 Nr. 8 BPfIV zur Ausgestaltung des Nachweises nach § 18 Abs. 2 S. 2 und 3 BPfIV (Psych-Personalnachweis-Vereinbarung) Vgl. Ausführungen unter Punkt 2.3.7

https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/2017_06_26_Psych-Personalnachweis-Vereinbarung.pdf

im Fachgebiet Psychiatrie (Nr.2) und Personen im öffentlichen Dienst, die die Befähigung zum Richteramt oder zum höheren Verwaltungsdienst haben (Nr.3).

Wie würden Sie Ihre Rolle in der Besuchskommission beschreiben? Wie bringen Sie ihren Blickwinkel in die Arbeit der Besuchskommission ein?

Die juristische Kompetenz wurde vorrangig darin gesehen, Rechtsfragen im Zusammenhang mit Zwangsmaßnahmen zu identifizieren und die Einhaltung von Fristen und Verfahrensvorgaben insbesondere bei der Einsicht in die Akten zu prüfen. Die ärztliche Kompetenz wurde als vorrangig im Durchführen von Gesprächen mit Patientinnen und Patienten hervorgehoben.

Gibt es Veränderungsbedarfe, um ihren Blickwinkel besser in die Arbeit der Besuchskommission einbringen zu können?

Angeregt wurde, dass bei den Besuchen mehr Gespräche mit Patientinnen und Patienten ermöglicht werden sollten (besonders auch im Kinder – und Jugendbereich). Die Teilnehmenden hatten sich dafür ausgesprochen, dass insgesamt mehr Mitglieder in die Kommissionen berufen werden und auf eine vollständige interdisziplinäre Besetzung geachtet wird. Insbesondere Psychiatrie-Erfarene, Juristen sowie Familienrichterinnen und Familienrichter sollten in den Besuchskommissionen mehr vertreten sein. Als wichtig wurden weitere Fortbildungen zu den veränderten rechtlichen Regelungen sowie das Aufzeigen von Handlungsmöglichkeiten in spezifischen Situationen (bspw. das Nichtaushändigen von Daten) erachtet. Um im Sinne guter Praxis voneinander lernen zu können, wurde ein Austausch mit Mitgliedern der Besuchskommissionen in anderen Bundesländern gewünscht. Auch der fachliche Austausch zwischen den Mitgliedern der Besuchskommission wurde als hilfreich erlebt und sollte noch mehr gefördert werden. Zur

Zur Arbeit der Besuchskommissionen zwischen 2015 und 2018

Erleichterung sowie zur Vereinheitlichung der Arbeit der Kommissionen wurde eine standardisierte Erfassung von Klinikdaten, die den Besuchskommissionen im Vorfeld der Besuche zur Verfügung gestellt werden, angeregt. Über die Tätigkeit der Besuchskommissionen hinaus sollte ein Fachaus-tausch zwischen Richterinnen und Richtern sowie Ärztinnen und Ärzten initiiert werden, da sich ein Wissen um die jeweilig andere Position begünstigend auf die Qualitätsentwicklung auswirke.

Gibt es Ideen zur Akquise neuer Mitglieder?

Das gezielte persönliche Ansprechen einzelner Personen, bspw. über informelle Netzwerke (Stammtische) sowie im beruflichen Kontext und bei Fortbildungen, wurde als gute Möglichkeit um neue Mitglieder zu gewinnen empfohlen.

2. Thementisch für in der Betreuung psychisch Kranker erfahrene Personen aus einem nichtärztlichen Berufsstand (Nr.4).

Wie würden Sie Ihre Rolle in der Besuchskommission beschreiben?

Für die Teilnehmenden des Thementisches war die Rolle in der Besuchskommission nicht nur vom eingebrachten Blickwinkel abhängig, sondern insbesondere geprägt von der Funktion innerhalb der Kommission (bspw. als Sprecherin oder Sprecher). Als spezifische Aufgabe wurde der Transfer zwischen den verschiedenen Versorgungsformen und -realitäten benannt. Der Blickwinkel der „Betreuung“ wurde als sehr wichtig für die Arbeit der Besuchskommissionen beschrieben, da dieser besonders „nah dran“ an den Menschen ist und viele Kenntnisse über Lebenszusammenhänge von Menschen mit psychischen Erkrankungen beinhaltet. Insbesondere benannt wurde die Erfahrung im Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen, die mit der klinischen Versorgung schlechte Erfahrungen gemacht haben und versuchen, einen erneuten Kontakt zu vermeiden. Dabei wurde

betont, dass dies auch oft bedeutet mit Berichten über Missstände und Zwangsmaßnahmen in Kliniken konfrontiert zu sein. Im Rahmen der Besuche der Besuchskommissionen war es jedoch möglich den Blick auch auf das was in den Kliniken gut läuft zu richten.

Der Blickwinkel der gesetzlichen Betreuung wurde besonders hervorgehoben. Hier gibt es ein spezifisches Wissen über die Anwendung des BbgPsychKG, des BGB und den damit verbundenen Verfahrenswegen. Insbesondere benannt wurde auch die Perspektive der Genesungsbegleiterin oder des Genesungsbegleiters, mit der Möglichkeit eine Begleitung auf Basis der Reflektion der eigenen Erfahrungen anzubieten und zwischen der Perspektive der Patientinnen oder Patienten und derer der Behandelnden zu übersetzen.

Wie bringen Sie ihren Blickwinkel in die Arbeit der Besuchskommission ein?

Um eine gute Zusammenarbeit innerhalb der Kommission und eine gute fachliche, inhaltliche und kommunikative Strukturierung zu ermöglichen, wurde es als sehr hilfreich beschrieben, wenn ein Mitglied der Besuchskommission die Leitungsfunktion übernimmt. Von den Teilnehmenden wurde eine von Würdigung und Akzeptanz getragene Atmosphäre innerhalb der Besuchskommission bestätigt, die dabei hilft, eigene Anliegen und Impulse einzubringen. Auch die Möglichkeit selbst viel durch die Mitarbeit in der Besuchskommission zu lernen, wurde hervorgehoben. Die hohe Akzeptanz in der Zusammenarbeit zwischen Besuchskommissionen und Kliniken, die sich mittlerweile auch mit den Geschäftsführungen etabliert hatte, wurde als unterstützend benannt.

Ein weiterer Aspekt war, den Blick auf die Patientensicht zu richten und zu fragen: Sind die Maßnahmen notwendig und verhältnismäßig? Welche Alternativen wären möglich? Als wichtig wurde hervorgehoben, den Blick nicht nur auf juristische Fragestellungen zu richten,

sondern auch Fragen der Beziehungs- und Behandlungsqualität, Behandlungskontinuität und die Sicht auf den individuellen Bedarf der Patientinnen und Patienten mit einzubeziehen. Auch das Einbringen von Impulsen für neue Formen der Versorgung und Kooperationen (Bspw. Genesungsbegleitung, Einbeziehung von Angehörigen, verbindliche Kooperation mit Eingliederungshilfe) sowie die Überprüfung der Einhaltung der PsychPV wurden als wertvolle Möglichkeiten benannt. Bauliche und soziale Rahmenbedingungen wurden bspw. durch folgende Fragestellungen fokussiert: Welche Möglichkeiten der Freizeitgestaltung gibt es? Wo wird Sport gemacht? Welche therapeutischen Interventionsmöglichkeiten werden angeboten? Nach welchem Ansatz wird gearbeitet? Wie ist die allgemeine Stimmung in der Klinik? Wie sind die Räume gestaltet?

Gibt es Veränderungsbedarfe, um ihren Blickwinkel besser in die Arbeit der Besuchskommission einbringen zu können?

Die interdisziplinäre Zusammensetzung der Besuchskommissionen wurde als wichtig bewertet, auch um die eigene Perspektive in die Arbeit mit einbringen zu können. Angeregt wurde, die Perspektive der psychiatrischen Pflege (ambulant und stationär) mehr in die Besuchskommissionen einzubinden. Unsicherheiten bei den Besuchen wurden benannt im Umgang mit Informationen, die unter dem Vorbehalt der Vertraulichkeit mitgeteilt wurden, bzw. der Aufforderung bestimmte Informationen nicht oder nur anonym weiterzugeben und dem Wunsch, die Quelle zu schützen. Gewünscht wurde, dass sowohl Patientinnen und Patienten als auch möglichst alle Mitarbeitenden im Vorfeld der Besuche von den Kliniken über die Arbeit der Besuchskommissionen informiert und ermuntert werden, sich an diese zu wenden. Als gute Möglichkeit wurde vorgeschlagen den anstehenden Besuch der Besuchskommission bei den Morgenrunden oder durch

Aushänge auf den Stationen anzukündigen. Geschildert wurde der Eindruck, dass Patientinnen und Patienten sich nicht trauen, die Mitglieder der Besuchskommission anzusprechen. Da mit den Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher bisher nur wenig Kooperation möglich war, wurde angeregt insbesondere auch diese, explizit über die Arbeit der Besuchskommissionen zu informieren und zur Zusammenarbeit zu ermutigen. Generell wurde befürwortet die Rolle der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher in ihrer Funktion als Ansprechpersonen für die Patientinnen und Patienten zu stärken und sichtbar zu machen. Als besonders wichtig wurde erachtet, die Krankenhäuser weiterhin aktiv auf die Arbeit der Besuchskommissionen hinzuweisen, mit dem Ziel eine gute Kooperation zu ermöglichen und damit möglichst viele einen Nutzen von den Besuchen der Besuchskommissionen haben. Abschließend wurde die Formulierung eines Aufgabenprofils für die Mitarbeit in einer Besuchskommission angeregt, um die Mitglieder in der Klärung ihrer Rolle und ihrer Aufgaben zu unterstützen und dadurch die Zusammenarbeit zu erleichtern.

Gibt es Ideen zur Akquise neuer Mitglieder?

Die Erstellung eines Aufgabenprofils für die Mitarbeit in einer Besuchskommission wurde auch insbesondere für die Anfrage neuer Mitglieder als hilfreich eingeschätzt, um so vor der Berufung die Anforderungen transparent zu machen und falschen Vorstellungen und Erwartungen vorzubeugen. Angeregt wurde potenziell Interessierte direkt anzufragen und insbesondere in der psychiatrischen Pflege Tätige mit anzusprechen. Als eine Idee wurde vorgeschlagen, dass die ausscheidenden Personen jeweils eine Nachfolgerin oder ein Nachfolger benennen sollten. Auch die Möglichkeit bei der Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane für die Mitarbeit bei den Besuchskommissionen zu werben, wurde eingebracht.

Zur Arbeit der Besuchskommissionen zwischen 2015 und 2018

3. Thementisch für **weitere Mitglieder, insbesondere aus Angehörigen- oder Betroffenenorganisationen** (Satz 6)

Wie würden Sie Ihre Rolle in der Besuchskommission beschreiben?

Nach Ansicht der Teilnehmenden hat sich die Qualität der Arbeit in den Besuchskommissionen stark verbessert. Geschildert wurde, dass in den ersten Jahren die Arbeit insbesondere von den Kliniken wenig anerkannt wurde und sich nun der Stellenwert verändert hat. Die Mitarbeitenden in den Kliniken waren besser über die Arbeit der Besuchskommissionen informiert und es erfolgten Absprachen mit den Chefärztinnen und Chefarzten zur Begleitung während der Besuche.

In den letzten zwei Amtsperioden waren die beiden Positionen stärker besetzt und auch die Rolle der Mitglieder innerhalb der Besuchskommissionen sei nun eine bessere. Beschrieben wurde, dass sich die Mitglieder gut integriert fühlen in den Besuchskommissionen und mit der Zusammenarbeit zufrieden sind.

Wie bringen Sie Ihren Blickwinkel in die Arbeit der Besuchskommissionen ein?

Als ein Aspekt, der nicht unterschätzt werden sollte, wurde die durch persönliche Erinnerungen ausgelöste Belastung für Angehörige und Psychiatrie-Erfahrene beim Begehen der Stationen betont. Die Aufteilung der Aufgaben wurde zwischen den Mitgliedern flexibel gestaltet und je nach Besetzung der Besuchskommission an dem jeweiligen Besuchstag variiert. Die Möglichkeit zur Zuarbeit zur Berichterstattung wurde positiv hervorgehoben, auch wenn eingeräumt wurde, dass die diesbezügliche Koordination innerhalb der Gruppe nicht so gut verlaufe. Geschildert wurde, dass die Berichte teilweise in anderen Bundesländern nur von der Ärztin oder dem Arzt verfasst würden.

Gibt es Veränderungsbedarfe, um Ihren Blickwinkel besser in die Arbeit der Besuchskommission einbringen zu können?

Bei der Aufwandsentschädigung wurde eine Ungleichbehandlung der Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen gegenüber den anderen Mitgliedern der Besuchskommission, die ihre Aufgabe während der Arbeitszeit wahrnehmen, kritisiert. Die Möglichkeit einer entsprechenden Honorierung von ausschließlich ehrenamtlich tätigen Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen wurde angeregt. Um Veränderungsimpulse schneller an den Landtag weiterleiten zu können, wurde eine häufigere Berichterstattung zur Arbeit der Besuchskommissionen, als nur einmal in der Legislaturperiode, befürwortet. Gefordert wurde, dass die im § 2 a Abs. 6 BbgPsychKG gesetzlich geregelten Positionen, mit denen eine Besuchskommissionen verpflichtend zu besetzen ist, um die Positionen für Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige ergänzt werden. Bezüglich der Werbung neuer Mitglieder wurde angemerkt, dass diese im Vorfeld über die Aufgaben und Möglichkeiten der Besuchskommissionen ausreichend informiert sein müssen, um falschen Erwartungen vorzubeugen.

Gibt es Ideen zur Akquise neuer Mitglieder?

Nachfolgerinnen und Nachfolgern zu finden, wurde als sehr schwierig beschrieben. Die Idee, Menschen im Rahmen von Psychose-Seminaren, Selbsthilfe-Kontaktstellen, Selbsthilfegruppen direkt anzusprechen, wurde befürwortet. Psychiatriekoordinatorinnen und Psychiatriekoordinatoren wurden als mögliche Ansprechpersonen vorgeschlagen, um zu versuchen über sie neue Mitglieder zu akquirieren. Gewünscht wurde, dass nicht nur Mitglieder des Landesverbands der Psychiatrie-Erfahrenen in den Kommissionen vertreten sind, sondern auch andere Menschen angesprochen werden. Auch öffentlich wirksame Werbung durch das MASGF durch Anzeigen und Artikel in der Presse sowie Beiträge im Regionalfernsehen wurden angedacht.

3.4 Themen und Impulse aus den Treffen und Veranstaltungen im Jahr 2018

Beim **Treffen der Sprecherinnen und Sprecher sowie deren Vertretungen am 11. Juni 2018** waren bis auf die Besuchskommissionen des Versorgungsgebiets Potsdam / Havelland-Fläming und die der Kinder- und Jugendpsychiatrie alle Besuchskommissionen vertreten.

Das MASGF, Referat 41, hatte im Vorfeld des Treffens den Mitgliedern der Besuchskommissionen die Auswertung der fallbezogenen Meldebögen öffentlich-rechtlicher Unterbringungen für Einrichtungen nach § 10 Abs. 2 BbgPsychKG im Jahr 2016 zur Verfügung gestellt. Berichtet wurde, dass im Zuge einer EDV-Anpassung die Kliniken zukünftig vom LASV angewiesen werden, in einem wesentlich dichterem Takt Daten zu übermitteln, so dass die Fachaufsicht näher an dem Geschehen sein kann. Hingewiesen wurde auf das Recht der Besuchskommissionen bei den Kliniken jederzeit bezüglich angeordneter Sicherungsmaßnahmen mit Blick auf den Einzelfall nachzufragen. Das MASGF bot an, hier unterstützend tätig zu werden, falls Auskünfte von den Kliniken verweigert werden. Informiert wurde, dass im Rahmen der Novelisierung des BbgPsychKG eine Verpflichtung zur Auskunft über Sicherungsmaßnahmen verbindlich geregelt werden soll.

Die Besuchskommissionen berichteten, das insbesondere in einem Versorgungsgebiet sich abzeichnete, dass die Anzahl und Dauer von Unterbringungen nach BbgPsychKG zunehmen, wohingegen die Unterbringungen nach BGB kaum noch stattfinden.

Bezogen auf die von den Besuchskommissionen geschilderten Schwierigkeiten bei der Herausgabe von Unterlagen zur Überprüfung der Personalausstattungen, berichtete das MASGF, Referat 41, dass die Geschäftsführung im Mai 2018 angeschrieben wurde. In dem Sch-

reiben wurden die im BbgPsychKG verankerten Aufgaben und Rechte der Besuchskommissionen dargelegt und darum gebeten das eigene Vorgehen dahingehend zu überprüfen, ob zukünftig die Angaben auch in Papierform an die Besuchskommissionen ausgehändigt werden können. Der Brief wurde den Sprecherinnen und Sprechern der Besuchskommissionen zur Verfügung gestellt, damit sie sich bei ähnlichen Schwierigkeiten mit andern Klinikträgern darauf berufen können. Die Sprecherinnen und Sprechern bedankten sich und berichteten, dass sich das Vorgehen in den Kliniken diesbezüglich schon teilweise verändert hat. Sie bekräftigten jedoch den Bedarf nach weiteren Schulungen für die Mitglieder der Besuchskommissionen, um in der Lage zu sein auf Grundlage der Angaben der Kliniken die Einhaltung der PsychPV einschätzen zu können. Berichtet wurde, dass in vielen Kliniken die ärztlichen Stellen mit einem hohen Anteil von Menschen, deren Muttersprache nicht Deutsch ist, besetzt waren und Unterbesetzung durch eine Überbesetzung mit Psychologinnen und Psychologen ausgeglichen wurde. Mit der angespannten Personalsituation in der Pflege waren die Kliniken angesichts des bestehenden Fachkräftemangels sehr offen umgegangen. Angeregt wurde, dass das MASGF prüft, die Kliniken bei der Einstellung von Menschen mit einer EX-IN-Ausbildung zu unterstützen.

Die Besuchskommissionen berichteten, dass überwiegend eine vorbildliche, kollegiale, kooperative, freundliche und fruchtbringende Zusammenarbeit mit den Kliniken besteht, auch bei teilweise akribischen und sensiblen Nachfragen ihrerseits. Dabei wurde geschildert, dass die Besuche seltener nur Momentaufnahmen sind, da es zunehmend möglich wird, Änderungen, Schwerpunkte und Ansätze bezogen auf vorangegangene Besuche zu besprechen.

Im Rahmen eines Besuches wurde vom Chefarzt der Wunsch geäußert, die Besuchs-

Zur Arbeit der Besuchskommissionen zwischen 2015 und 2018

termine langfristig zu vereinbaren, um so seine Anwesenheit sicherstellen zu können. Beschrieben wurde auch, dass die Kliniken vermehrt die Besuche nutzten, um so ihre Belange an das MASGF weiterzuleiten bzw. zu bekräftigen. Insbesondere der Bedarf, in Brandenburg Wohnheimplätze zu schaffen, die fakultativ auch geschlossen werden können, wurde von vielen Kliniken mit großer Dringlichkeit an die Besuchskommissionen herangetragen. Das MASGF, Referat 41, merkte an, dass die Verantwortung für diese Personen, wenn sie nicht mehr stationär medizinisch behandelt würden, bei den Landkreisen und kreisfreien Städten liege. Das MASGF hat gemeinsam mit dem LASV und anderen Akteuren ein Konzept entworfen, das Kommunen ermutigen soll, Verträge mit Heimen zu schließen, die eine begrenzte Zahl von Plätzen für den besonderen Personenkreis einrichten. Berichtet wurde, dass die Regelungen zum Entlassmanagement in einigen Kliniken nicht ausreichend eingehalten wurden und es teilweise keine Patientenführsprecherinnen und Patientenführsprecher gab.

Bezogen auf die Zusammenarbeit mit den Gerichten wurde angemerkt, dass die Beschlüsse je nach Gericht und Richter stark variieren und insbesondere an den Wochenenden Schwierigkeiten auftreten, wenn Richter und Richterinnen Dienst haben, die keine ausreichenden Kenntnisse über die psychiatrische Versorgung haben. Beobachtet wurde eine entsprechende Anpassung der Kliniken bei deren Antragstellung.

Die Sprecherinnen und Sprecher wurden gebeten, an die Mitglieder der Besuchskommissionen weiterzutragen, dass ein Ruhens der Aktivität dem MASGF, Referat 41, mitgeteilt werden sollte. Die teilweise aufgetretenen Schwierigkeiten bezüglich der Freistellung für die Tätigkeit in der Besuchskommission konnten bei einem Mitglied durch ein Schreiben des MASGF, Referat 41, an den Landrat aus-

geräumt werden. Unsicherheiten bezüglich des rechtsicheren Umgangs mit Einwilligungserklärungen der Patientinnen und Patienten zur Akteneinsicht wurden geäußert. Unklar war, wann und in welcher Form Unterschriften notwendig sind und wenn ja, wo diese Dokumente dann aufzubewahren sind. Das MASGF, Referat 41, hatte zugesichert hier eine Verfahrensempfehlung zu erarbeiten.

Das MASGF, Referat 41, führte aus, dass 2019 dem Landtag eine Zusammenfassung der Besuchsberichte vorzulegen ist. Daher wurde um die ausstehenden Berichte gebeten. Die Sprecherinnen und Sprecher schilderten, dass die Erstellung der Besuchsberichte sehr zeitaufwendig und mühsam ist.

Hinsichtlich der Aufgaben der Besuchskommissionen und Ablauf der Besuche führte das MASGF aus, dass diese im neuen BbgPsychKG ausführlicher beschrieben werden sollen und die Entscheidung über das Anmeldeverfahren der Besuche zukünftig den Besuchskommissionen überlassen werden soll. Die Kliniken sollen dazu verpflichtet werden den Patientinnen und Patienten die Besuche anzukündigen. Die aktuelle zeitliche Formulierung „alsbald“ zur Berichterstattung soll im neuen BbgPsychKG durch eine zeitliche Befristung von 2 Monaten konkretisiert werden. Die Sprecherinnen und Sprecher befürworteten die vorgestellten Änderungen und befürworteten die zeitliche Befristung für die Berichterstattung, da es ihnen hilft in der Argumentation gegenüber den anderen Mitgliedern den Bericht zügig fertigzustellen. Das MASGF, Referat 41, hatte zugesagt zu prüfen inwiefern das neu installierte Verfahren zum Umgang mit den Besuchsberichten hinsichtlich der Übermittlung an das MASGF und der darauffolgenden Einforderung einer Stellungnahme der Klinik im neuen BbgPsychKG festgeschrieben werden kann. Das MASGF, Referat 41, bat die Sprecherinnen und Sprecher auch im Nachgang des Treffens ihre Rückmeldungen zum Entwurf des

BbgPsychKG zu senden und den Entwurf auch innerhalb der Besuchskommissionen zu besprechen.

Hinsichtlich weiterer Qualifizierungs- und Unterstützungsbedarfe äußerten die Sprecherinnen und Sprecher als Themen die rechtlichen Regelungen zu und der Umgang mit besondere Sicherungsmaßnahmen. Das MASGF, Referat 41, verwies als einen ersten Impuls auf die Berichtszusammenfassung von Dr. Heinz Kammeier zur mündlichen Verhandlung des Bundesverfassungsgerichts zum Thema „Fixierung im Rahmen einer öffentlich-rechtlichen Unterbringung“ von Januar 2018. Als weitere Themen wurden das Behandlungsrecht und Zwangsmedikation insbesondere auch bei nicht untergebrachten Personen benannt. Hier wurde auf die Befassung des Deutschen Ethikrats verwiesen, der am 01.11.2018 die Stellungnahme „Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung“¹⁷ veröffentlicht hat. Darüber hinaus wurde die Prüfung der Einhaltung der PsychPV als weiteres Thema benannt.

Abschließend berichteten die Sprecherinnen und Sprecher, dass die Kliniken die Besuche oft schon mit einem Aushang (inkl. namentliche Nennung der Mitglieder) ankündigten. Jedoch bestand hier oft Unklarheit bei den Patientinnen und Patienten sowie dem Klinikpersonal über die Aufgaben der Besuchs-

kommission. Das MASGF, Referat 41, bat die bisherigen Erfahrungen und Beispiele von Aushängen zu übermitteln, sodass ggf. die Fachaufsicht mit einer Handreichung unterstützen kann.

Bei der **Veranstaltung Psychiatrie in Bewegung – Neue gesetzliche Regelungen in Brandenburg in Potsdam am 8. November 2018** nahmen viele Mitglieder der Besuchskommissionen teil und brachten sich ein. Organisiert wurde der Fachaustausch im Rahmen des Projektes „Stärkung der Patientenrechte in der Psychiatrischen Versorgung in Brandenburg“ in Kooperation mit der Brandenburger Gesellschaft für soziale Psychiatrie BraGSP e.V. Im ersten Teil der Veranstaltung wurde über den Stand der geplanten Novellierung des BbgPsychKG berichtet und in Kleingruppen zu den Themen: Zwangsmaßnahmen, Rolle und Ausstattung der Sozialpsychiatrischen Dienste, Interessenvertretung und Beschwerdemöglichkeiten sowie Kommunale und landesweite Koordination und Vernetzung diskutiert. Der zweite Teil der Veranstaltung widmete sich dem Stand der Umsetzung des Bundeteilhabegesetzes in Brandenburg und ermöglichte ebenfalls den Austausch in Kleingruppen zu den Themen: Gesetz zur Umsetzung des Bundeteilhabegesetzes, Zugang/ EUTB, Hilfebedarfsermittlung sowie Assistenz / Flexibilisierung der Hilfen; Pflege vs. Eingliederungshilfe.

¹⁷ <https://www.ethikrat.org/publikationen/kategorie/stellungnahmen/>

4 | Auswertung der Besuchsberichte

Der vorliegende Bericht bezieht sich auf die Auswertung der bis Oktober 2018 vorliegenden Berichte der Jahre 2013 bis 2018. Berücksichtigt wurden insgesamt 88 Berichte und 34 Stellungnahmen der Kliniken im Bereich der allgemeinspsychiatrischen Versorgung bei Erwachsenen, 21 Berichte und 7 Stellungnahmen der Kliniken im Bereich der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung sowie 12 Berichte und 12 Stellungnahmen aus dem Maßregelvollzug. Alle Kliniken waren von den Besuchskommissionen besucht worden, allerdings unterschiedlich häufig. Im Regelfall wurden die Kliniken jährlich besucht.

Im **Erwachsenenbereich** wurden sieben der 18 Kliniken in den Jahren 2013 bis 2017 jährlich besucht. Bei einer Klinik folgte innerhalb eines Jahres auf einen unangemeldeten ein angemeldeter Besuch. Insgesamt fanden 14 unangemeldete Besuche in zwei der fünf Versorgungsgebiete statt. Bei sechs Berichten fehlten Angaben drüber, ob der Besuch angemeldet oder unangemeldet erfolgte. 68 Besuche wurden in einem Zeitrahmen von 24 Stunden bis zu mehreren Wochen vorher meist bei der ärztlichen Leitung telefonisch oder per Mail angemeldet.¹ Bei allen Berichten waren die teilnehmenden Mitglieder der Besuchskommissionen namentlich benannt, dabei variierte die Anzahl zwischen zwei und neun Teilnehmenden. Mehrheitlich nahmen vier bis sechs Mitglieder an den Besuchen teil. Bei 22 Besuchen waren jedoch lediglich zwei oder drei Mitglieder anwesend. 12 der 88 Berichte bezogen sich ausschließlich auf Besuche von Tageskliniken. Insgesamt wurden 20 Tageskliniken besucht.

Im **kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich** wurden drei der fünf² Kliniken jährlich besucht. Die Mitglieder der Kommission wechselten im Berichtszeitraum vollständig. Die Besuchshäufigkeit hat zugenommen.

Als Grundlage für den Bericht, über die **drei Kliniken für forensische Psychiatrie** im Land Brandenburg, wurden insgesamt 12 Besuchsprotokolle der Kommission ausgewertet. Die den Protokollen zugrunde liegenden Besuche fanden im Zeitraum von September 2014 bis Juli 2018 statt. Alle Besuche der Kommission in diesem Zeitraum waren vorher bei der jeweiligen Klinik angemeldet.

Nach § 2a BbgPsychKG legen die Besuchskommissionen einen Besuchsbericht über das Ergebnis der Überprüfung vor. Im Bericht soll enthalten sein:

- Wünsche und Beschwerden der Patientinnen und Patienten
- Eine Stellungnahme der Kommission zu den Wünschen und Beschwerden
- Angaben darüber, ob die Personalausstattung des Krankenhauses den Anforderungen der Psychiatrie-Personalverordnung sowie den jeweils geltenden Regelungen entspricht.

Die ehrenamtlichen Besuchskommissionen gestalten ihre Berichte nicht nach einem einheitlichen kommissionsübergreifenden Berichtsraster. Eine vergleichende Auswertung der Berichte wird durch die wenigen Vorgaben erschwert. Hinzu kommt, dass sich nach der personellen Veränderung der Kommissionen die Berichte in ihrem Umfang, Duktus und Inhalt veränderten.

Um die vielschichtigen Aussagen und Impulse aus den Berichten zu erfassen und zu einem möglichst aussagekräftigen Gesamtbe-

¹ Die Mitglieder der Besuchskommissionen diskutierten mehrfach die Vor- und Nachteile angemeldeter und nicht angemeldeter Besuche (vgl. hierzu Tabelle auf S. 21)

² Im Rahmen einer Änderung der Unterbringungs-Krankenhausverordnung (geändert durch Verordnung vom 7. Dezember 2018) wurde das Klinikum Ernst von Bergmann in Potsdam in den Unterbringungsplan als 6. Klinik für den Bereich Unterbringungen von Kindern und Jugendlichen aufgenommen.

richt zusammenzufügen, wurden Kategorien gebildet und die Aussagen aus den Berichten den Kategorien zugeordnet. Aufgrund der Unterschiedlichkeit der Angaben in den einzelnen Berichten haben die Ergebnisse überwiegend einen aufzählenden Charakter und konnten nur selten vergleichende quantitative Aussagen getroffen werden.

4.1 Allgemeinpsychiatrie / Erwachsenenbereich

Unter den 18 Krankenhäusern, die eine Fachabteilung für Psychiatrie und Psychotherapie vorhalten, sind sechs Fachkrankenhäuser und zwölf Krankenhäuser mit einem breiteren Disziplinspektrum. Die Krankenhausstandorte sind gut über das Land verteilt, wobei die Anzahl in den fünf Versorgungsgebieten von zwei bis sechs Kliniken variiert. Für die möglichst gemeindenahе und niedrigschwellige psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung kommt den Tageskliniken und Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) in den Regionen des Landes eine hohe Bedeutung zu. Das teilstationäre Angebot wurde in den letzten Jahren im Land Brandenburg verstärkt auf- und ausgebaut. In fast allen Berichten wurde auf einen Mangel an niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hingewiesen und damit verbundene Schwierigkeiten bei der ambulanten Anschlussbehandlung. Einige Kliniken versuchen dem durch einen Ausbau der Angebote im Rahmen der PIA oder von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und ambulanter psychiatrischer Pflege (APP) zu begegnen. Auch bezogen auf stationäre Anschlussangebote wurde in vielen Berichten darauf hingewiesen, dass Verweildauern sich verlängern oder Alternativen in anderen Bundesländern gesucht werden müssen, da ausreichend intensivbetreute Wohnmöglichkeiten innerhalb von Brandenburg fehlen.

Die meisten Kliniken haben vier Stationen mit 18 – 20 Betten, aber es gibt auch Kliniken mit nur zwei und bis zu elf Stationen. Auch bei der Stationsgröße variierten die gemachten Angaben von 12 Betten bis zu 25 Betten. In der Regel wurde mit wenigen Ausnahmen von einer hohen Auslastung mit teilweise über 100% und einer Überbelegung der Stationen berichtet. Uneinheitlich war der Umgang mit den nach dem Beschluss der Landesregierung vom 16. Februar 2016³ neu eingerichteten psychosomatischen Betten und teilstationären Plätzen. Teilweise wurden diese von den Kliniken mit angegeben und von den Besuchskommissionen mitbetrachtet und manchmal wurden sie aufgrund der im Krankenhausplan vorgegebene eigenständigen fachärztlichen Leitung⁴ als getrennte Einheiten nicht weiter berücksichtigt. Die Einführung der psychosomatischen Behandlungseinheiten wurde widersprüchlich bewertet. Neben einer klar befürwortenden Haltung gab es, verbunden mit der Befürchtung einer Abwertung und Stigmatisierung des psychiatrischen Fachgebietes, auch deutlich ablehnende Aussagen.

Bei sieben Kliniken wurde berichtet, dass die Stationen störungsspezifisch belegt werden. Eine Mischung zwischen spezifischen Stationen (Sucht, Gerontopsychiatrie, Psychotherapie) und allgemeinen Stationen wurde von fünf Kliniken geschildert. Eine Belegung der Stationen ausschließlich nach Wohnortprinzip oder Kapazitäten wurde für sechs Kliniken beschrieben. Für eine Klinik wurde

³ https://bravors.brandenburg.de/br2/sixcms/media.php/76/Amtsblatt%207_16.pdf

⁴ „Die Aufnahme eines Krankenhauses mit dem Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie im Krankenhausplan setzt die Vorhaltung einer strukturell eigenständigen, leistungsfähigen Behandlungseinheit für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie unter fachärztlicher Behandlungsleitung voraus. Es muss sich um organisatorisch selbstständige bettenführende Behandlungseinheiten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie handeln, die von einer fachlich nicht weisungsgebundenen Fachärztin/einem fachlich nicht weisungsgebundenen Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie geleitet werden.“ Fortschreibung des Dritten Krankenhausplanes des Landes Brandenburg, <https://bravors.brandenburg.de/verwaltungsvorschriften/krankenhausplan2013#13.9>

Auswertung der Besuchsberichte

berichtet, dass im Rahmen des Rooming-In Eltern aufgenommen werden können mit Kindern bis 3 Jahre. Dabei bleibt die Personensorge bei den Erziehungsberechtigten und der Behandlungsvertrag besteht nur mit dem betroffenen Elternteil. Nur bei wenigen Kliniken wurden Angaben zur Aufnahmesituation gemacht. Eine Klinik schilderte der Besuchskommission, dass direkt auf die Stationen aufgenommen wird, da keine Rettungsstelle vorhanden ist. Eine andere Klinik hat explizit eine Aufnahmestation als gute Möglichkeit der Steuerung hervorgehoben. Bei einem Besuch beobachtete die Besuchskommission die Liegendaufnahme eines Patienten über das Hauptfoyer. Der Vorschlag der Besuchskommission, zum Schutz der Privatsphäre einen anderen Zugang zu wählen, konnte von der Klinik aufgrund von Denkmalschutzvorgaben nicht umgesetzt werden. Aber es fand im Ergebnis des Besuchskommissionsbesuches eine Sensibilisierung der Rettungskräfte bezüglich der Vermeidung von Wartezeiten im Foyer statt.

Sieben Kliniken verfügen über geschlossene Stationen, die anderen können Stationen fakultativ schließen. Dabei wurde eine unterschiedliche Realisierung des fakultativen Schließens beobachtet. Bei einigen Kliniken gelang es, mit Hilfe eines „Potsdamer Tisches“⁵ oder einer 1:1-Betreuung die Türen fast immer offen zu halten. Andere schilderten den Besuchskommissionen, dass die Türen der Stationen faktisch fast immer geschlossen sind. Über eine Klinik wurde berichtet, dass keine genauen Angaben darüber vorliegen, wie oft die Türen verschlossen sind, da die Führung von Schließprotokollen abgeschafft wurde.

Mehrere Kliniken schilderten den Besuchskommissionen, dass sie sich um die Einrichtung eines Regionalbudgets bemüht haben, die Verhandlungen dazu aber gescheitert

sind. Einige Kliniken berichteten, dass sie teilweise aufsuchend tätig sind, allerdings zogen die meisten Kliniken eine Umsetzung der stationsäquivalenten Behandlung (StäB) aus Kapazitäts- und Kostengründen nicht in Betracht. Die Umsetzung eines Modelprojekts nach §64b SGB V wurde beim Besuch einer Klinik geschildert.

Auch die in den Berichten beschriebenen therapeutischen Ausrichtungen der Kliniken zeigen eine große Bandbreite. Einige Kliniken arbeiten entsprechend dem Need-adapted-Treatment-Modell im Rahmen einer bedürfnis-angepassten Behandlung mit Behandlungskonferenzen und Netzwerkgesprächen, andere mehrdimensional entsprechend einem bio-psycho-sozialen Modell zur Krankheitsentstehung und Genesung. Benannt wurden auch eine verhaltenstherapeutische Ausrichtung und die Umsetzung der Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT), sowie eine psychoanalytische Orientierung mit spezifischen Kunst-, Bewegungs- und körpertherapeutischen Ansätze mit Fokus auf der Kommunikation über das geschaffene Werk. Auch Homöopathie und Ohrakupunktur wurden genannt.

12 der 18 Kliniken berichteten den Besuchskommissionen, dass sie vermehrt Geflüchtete behandeln. Manche Kliniken machten aufsuchende Sprechstunden in den Einrichtungen. Fast alle berichteten über kulturelle und sprachliche Barrieren und Schwierigkeiten bei der Finanzierung von Dolmetscherinnen und Dolmetschern. Eine Klinik berichtete von Beleidigungen durch Mitpatienten. Viele schilderten auch in dem Zusammenhang explizit von Schwierigkeiten, geeignete Anschlussperspektiven zu finden. Eine Klinik hatte geregelt, dass ein Gutachten zur Abschiebefähigkeit ausschließlich durch externe Begutachtung und nicht im Rahmen der Behandlung erstellt wird.

⁵ Arbeitsplatz im Flur in unmittelbarer Nähe der Eingangstür. Personal hat dadurch den Überblick über alle, die die Station betreten oder verlassen

Die Anzahl der Mitarbeitenden der Kliniken, die während der Besuche zur Verfügung standen, variierte zwischen einer und bis zu neun Personen. Die Chefärztinnen und Chefarzte der Kliniken standen bei der Mehrzahl der Besuche (56) zur Verfügung, unabhängig vorheriger Anmeldung. 32 Besuche fanden ohne Beteiligung der Chefärztinnen und Chefarzte statt. Bei 10 Besuchen gab es einen direkten Kontakt zur Geschäftsführung. Bei einer Klinik, die jährlich besucht wurde, hatten die Besuchskommission bei allen sechs Besuchen weder Kontakt zum Chefarzt noch zur Geschäftsführung.

4.1.1 Bauliche Situation, räumliche Bedingungen, Atmosphäre in den Kliniken

Bis auf einige Ausnahmen wurden die bauliche Situation, die räumlichen Bedingungen sowie die Atmosphäre auf den Stationen und in den Tageskliniken von den Besuchskommissionen als gut bzw. angenehm beschrieben. Von acht Kliniken wurde von einer Ausstattung ausschließlich mit Doppel- und Einzelzimmern berichtet. Bei vier Kliniken beinhalteten die Besuchsberichte keine Angaben zur Zimmerausstattung und sechs Kliniken hatten noch 3- und 4-Bettzimmer. Mehrfach wurde der Wunsch nach mehr Einzelzimmern geäußert oder bemängelt, dass vorhandene Einzelzimmer bei Überbelegungen oft als Doppelzimmer genutzt wurden. Bei einem Besuch wurde von der Besuchskommission angeregt, dass zumindest darauf geachtet wird, dass die Aufstockungsbetten ebenfalls mit einem eigenen Nachtschrank ausgestattet sind.

Bei den Sanitäreinrichtungen wurde von fünf Kliniken geschildert, dass die Zimmer jeweils mit WC, Dusche und Handwaschbecken ausgestattet sind. Bei elf Kliniken beinhalteten die Berichte dazu keine Angaben. Als unzureichend wurden die Ausstattung mit Sanitäreinrichtungen insbesondere hinsichtlich der Toiletten und Duschen in zwei Kliniken und einigen Tageskliniken beschrieben.

Die unterschiedliche Nutzung und Ausgestaltung von Überwachungsräumen bzw. Krisenräumen war schon hinsichtlich der Bandbreite der verwendeten Bezeichnungen (Wachraum, Weiches Zimmer, Tim-out-Raum, ...) deutlich. Aber auch bei einer übereinstimmenden Verwendung des Begriffs Tim-Out-Raum wurden unterschiedliche Schwerpunktsetzungen deutlich. Bei manchen Berichten stand die Funktion als geschützter Rückzugsraum für Patientinnen und Patienten im Vordergrund, in anderen bezog sie sich auf möglichst gesicherte und geeignete Räume für die Durchführung von Zwangsmaßnahmen. Von zehn Kliniken hatten manche einen gesonderten Raum, andere ein oder zwei Räume pro Station. Hinsichtlich ihrer Ausstattung und Einsehbarkeit wurden diese sehr unterschiedlich beschrieben. In einer Klinik wurden Fixierungen ausschließlich im Bereich der Intermediate Care (IMC) durchgeführt und nur konsiliarisch begleitet. Vier Kliniken gaben bei den Besuchen an, dass es keine speziellen Räume gibt, wobei drei davon explizit den Wunsch nach einem gesonderten Raum äußerten. Bei drei Kliniken hatten die Berichte keine Angaben dazu enthalten.

Auch der Zugang zu gesicherten Freiflächen während einer Unterbringung stellte sich sehr unterschiedlich dar. Nur bei vier Kliniken wurde berichtet, dass ein Zugang zu gesicherten Freiflächen vorhanden ist, wobei deren Zustand bei einer Klinik als sehr lieblos beschrieben wurde. Bei zwei Kliniken waren im Zusammenhang mit Impulsen von den Besuchskommissionen durch einen neu eingebauten Aufzug bzw. einen Terrassenanbau für die gerontopsychiatrischen Stationen ein Zugang ermöglicht worden. Eine Klinik schilderte, dass Ausgänge nur in Begleitung von Personal möglich sind, diese aber mit den vorhandenen Kapazitäten oft nicht gewährleistet werden können. Bei elf Kliniken beinhalteten die Berichte dazu keine Angaben.

Auswertung der Besuchsberichte

Eine Klinik berichtete der Besuchskommission von der Umsetzung eines besonderen Sicherheitskonzepts mit breiten Gängen, nach unten abgewinkelten Türklinken, in die Decke eingelassenen Duschköpfen, nicht belastbaren Duschvorhangstangen und Spiegeln aus Edelstahl. Eine andere Klinik plante Umbaumaßnahmen, um mehr Sicherheit zu gewährleisten und Entweichungen zu vermeiden. Die Decken wurden in einer anderen Klinik zur Verbesserung der Akustik abgehängt und die Beleuchtungsfarbe und Intensität dem Tageslicht angepasst, um in der dunklen Jahreszeit den Tag-Nachtrhythmus zu verbessern.

Zur Ausstattung mit Möglichkeiten zum Rauchen äußerten acht Kliniken gegenüber den Besuchskommissionen, dass entsprechende Räume auf den Stationen vorhanden sind. Bei drei Kliniken ist nur Rauchen im Freien möglich, wobei dafür teilweise eine Begleitung der untergebrachten Patientinnen und Patienten durch Personal erforderlich ist. Bei sieben Kliniken beinhalteten die Berichte dazu keine Angaben. Eine Klinik thematisierte, dass auf dem Gelände keine Zigaretten zu kaufen sind und diese bei Bedarf durch den Sozialdienst oder von Mitpatientinnen und Mitpatienten mitgebracht werden müssen. Nur bei wenigen Kliniken enthielten die Berichte Darstellungen zu Regelungen der Handy-, Tablet- und Laptopnutzung. Dabei war bei einigen Kliniken eine uneingeschränkte Nutzung erlaubt, bei anderen nur zu bestimmten Zeiten oder es gab situationsbedingt Einschränkungen. Zwei Kliniken berichteten von einem generellen Verbot und der Verpflichtung der Patientinnen und Patienten die Geräte beim Personal abzugeben.

Teilweise enthielten die Berichte auch Angaben zur Barrierefreiheit der Stationen und Tageskliniken, wobei die Angaben hier sehr vielschichtig und individuell waren und im Rahmen des Berichtes nicht alle zusammengefasst dargestellt werden können. Hervor-

gehoben wurde beispielsweise in einer Klinik, dass ein Pflegebad vorhanden war, jedoch ein Wannendifter fehlte. In einer Tagesklinik wurde auf eine unübersichtliche Schwelle als Sturzgefahr hingewiesen. Bei mehreren anderen Tageskliniken wurden fehlende Sitzmöglichkeiten in den Umkleieräumen bemängelt. Auch eine nur schwer begehbare Treppe, die die Stockwerke miteinander verbindet, wurde beanstandet.

Bei zwei Kliniken wurde von den Besuchskommissionen bemängelt, dass die Fachabteilungen auf dem Klinikgelände sehr schlecht zu finden sind und eine bessere Ausschilderung angeregt, was jeweils von der Klinik aufgenommen wurde. Ebenfalls bei drei Kliniken wurde die Parkplatzsituation hinsichtlich der Übersichtlichkeit, der Gebühren sowie der Kapazitäten kritisiert.

Neben vielen weiteren größeren und kleineren Impulsen, die von den Besuchskommissionen ausgingen und in der Regel von den Kliniken aufgegriffen wurden, folgten auf zwei Berichte aus 2016 jeweils konkrete Prüfverfahren des MASGF. Dies war zum einen der Bericht vom Kreiskrankenhaus Prignitz, Perleberg in dem bemängelt wurde, dass die Aufenthaltsräume auf der gerontopsychiatrischen Station nicht ausreichen und der Flur teilweise als Speise- und Aufenthaltsraum genutzt wird. Die Klinik schilderte in ihrer Stellungnahme konkrete Umbaupläne und bat um finanzielle Unterstützung. Im Rahmen einer Begehung der Klinik durch das MASGF (Referat 45, Krankenhausreferat) konnte geklärt werden, dass die geplanten Umbaumaßnahmen mit Hilfe der jährlichen Investitionspauschale, mit der das Land die Klinik fördert, durchgeführt werden können. Der zweite Prüfungsvorgang bezog sich auf einen Bericht von der Tagesklinik in Eberswalde, bei dem von der Besuchskommission die ordnungsrechtliche Eignung der im Keller gelegenen Räume hinterfragt wurde. Die Klinik sicherte in einer Stellungnahme in Folge einer

örtlichen Prüfung der Raumsituation durch das MASGF (Referat 45) zu, langfristig die Raumplanung hinsichtlich der Kritikpunkte zu überprüfen und für eine kurzfristige Verbesserung für die Patientinnen und Patienten Veränderungen in den aktuell genutzten Räumen vorzunehmen.

4.1.2 Personalsituation, Erfüllung der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV)

Trotz der gesetzlichen Regelung im § 2 a BbgPsychKG, dass die Besuchskommissionen die personelle Ausstattung prüfen sollen und ihnen die Einhaltung der PsychPV darzulegen ist, hatten die Besuchskommissionen bei ihren Besuchen immer wieder Schwierigkeiten, an bewertbare Aussagen zu kommen. Teilweise wurden von den Kliniken gar keine Angaben gemacht oder diese wurden nur berichtet aber nicht ausgehändigt. Manchmal wurde zugesagt sie nachzureichen, was dann aber öfters auch nicht oder nur mit starker Verzögerung passierte. Mehrere Kliniken hatten aber auch sehr umfangreiches und detailliertes Datenmaterial zur Verfügung gestellt, welches jedoch für die Besuchskommissionen aufgrund der Unterschiedlichkeit der Angaben hinsichtlich deren Bewertung und Vergleichbarkeit eine große Herausforderung darstellte.

Die Daten zur Personalausstattung (soweit vorliegend) wurden folgendermaßen bewertet:

- Bei den Soll-Angaben wird unzureichend zwischen klinikinterner Personalplanung und den Vereinbarungen mit Krankenkassen differenziert. Nur ein Anteil der PsychPV wird als Vorgabe verwendet (bspw. 95% PsychPV).
- Angaben bei Soll und Ist werden oft nur in Vollzeitkräfte (VK) ohne prozentuale Berechnungen gemacht. Manchmal werden ausschließlich Angaben in prozentualen Anteilen gemacht.

- Unterschiedliche Zusammensetzung, Berücksichtigung und Differenzierung der einzelnen Berufsgruppen.
- Uneinheitliches Vorgehen bei der Berücksichtigung von Ausfallzeiten sowohl bei den Soll- als auch bei den Ist-Angaben. Manchmal wurden längerfristige Ausfälle rausgerechnet, manchmal nicht. Einmal wurden die Soll-Angaben um die darin enthaltenen Ausfallzeiten gekürzt mit der Begründung, dass es beim Ist weniger Ausfälle gab.
- Insbesondere bei den Fachkliniken bezogen sich die Angaben manchmal nicht nur auf den besuchten Fachbereich, sondern die gesamte Klinik. Demgegenüber gab es auch nur Angaben für einzelne Stationen aber nicht den gesamten Bereich. Unterschiede gab es auch bei der Einbeziehung des teilstationären Bereiches der Tageskliniken und PIA.
- Stationen mit gleicher Bettzahlen oder Tageskliniken mit gleichen Platzzahlen waren hinsichtlich der Personalausstattung sowohl bei den Soll- als auch den Ist-Angaben stark divergierend, was auf Basis der Stichtagerhebungen entsprechend der Vorgaben der PsychPV gegebenenfalls im Zusammenhang mit einer unterschiedlichen Belegung nachvollziehbar gewesen wäre. Die Stichtagerhebungen lagen jedoch in der Regel nicht vor.
- Unterschiedlicher Umgang bei der Berücksichtigung von Leitungsteile (Chefärztinnen und Chefärzte sowie Pflegedienstleitung) bei Angaben zu einzelnen Einheiten, bspw. bei Tageskliniken.

Die einzelnen Angaben zur Einhaltung der PsychPV variieren zwischen 80 % und 106 %, wobei die Angaben der Kliniken uneinheitlich und unvollständig sind (siehe oben). Bei den einzelnen Berufsgruppen sind die Differenzen noch größer, so waren der niedrigste Wert bei der Pflege mit 49% und der höchste bei den Psychologinnen und Psychologen mit

Auswertung der Besuchsberichte

143 %. Aus den Berichten geht hervor, dass ein Mangel bei Ärztinnen, Ärzten und Pflege häufiger durch mehr Psychologinnen und Psychologen ausgeglichen wird. Die Ausstattung beim Sozialdienst war sehr schwankend aber häufig auch eher zu niedrig.

Bei den Ärztinnen und Ärzten wurde teilweise von Schwierigkeiten, offene Stellen zu besetzen und häufig von einer hohen Fluktuation berichtet. Dabei gab es oft einen nur geringen Anteil an Fachärztinnen und Fachärzten neben einem häufig hohen Anteil von Fachärztinnen und Fachärzten in Weiterbildung. Es wurde aber auch teilweise vom Einsatz fachfremder Ärztinnen und Ärzte sowie von Honorarärztinnen und Honorarärzten berichtet. In zwei Kliniken wurde berichtet, dass zeitweise im Rahmen einer Opt-Out-Regelung⁶ die wöchentliche Arbeitszeit ausgedehnt wurde. In einer Klinik wurde die Dauer für den Bereitschaftsdienst auf 64 Stunden verlängert. Diese Regelung war aber in beiden Kliniken von Seiten der Ärztinnen und Ärzte wieder gekündigt worden. In vielen Kliniken wurde auch ein, mit bis zu 70%, hoher Anteil an nicht-muttersprachlichen Ärztinnen und Ärzten thematisiert. In dem Zusammenhang wurden neben sprachlichen und kulturellen Barrieren, insbesondere Schwierigkeiten und sehr langwierige Prozesse bei der Anerkennung der Qualifikationen sowie eine besonders hohe Fluktuation benannt. Mehrfach wurden die vielfältigen Sprachkompetenzen als sehr hilfreich im Umgang mit geflüchteten Patientinnen und Patienten beschrieben.

Bei der Pflege wurde im Rahmen der Besuche von fast allen Kliniken der Mangel an Fachkräften aufgeführt und Schwierigkeiten bei der Besetzung vakanter Stellen benannt. Aber auch ein hoher Krankenstand war häufig berichtet worden. Die Kliniken hatten unterschiedliche Organisationsformen

(Bezugspflege, Bereichspflege, keine Stationsleitungen nur zentrale Koordination, Einsatz im Rotationsprinzip auf den Stationen, ...). In einer Klinik wurde auch das Fehlen einer übergeordneten Pflegekoordination benannt. Bei einigen Kliniken war der Anteil an Fachpflegekräften mit teilweise nur 10% sehr gering. Manche Kliniken ermöglichten pro Jahr ein bis zwei Pflegekräften die Weiterbildung zur Fachkrankenpflege, um so den Anteil zu erhöhen. Die Angaben zur Gestaltung der Schichten waren insbesondere hinsichtlich der unterschiedlichen Stationsarten und -größen nur begrenzt aussagekräftig. Sie variierten von 6-4-2 zu 2-2-1. Mehrfach wurde eingeräumt, dass die Schichten nicht planmäßig zu besetzen sind und teilweise wurde der Einsatz von Pflegeschülerinnen und Pflegeschüler als Vollkräfte mitberücksichtigt. Manche Kliniken hatten einen Extra-Pool für Not- oder Ausfälle, der aber teilweise durch Externe oder im Rahmen von 450€ Jobs von Nichtfachkräften abgedeckt wurde. Wenn kein Pool da war, wurde es als schwierig beschrieben, dass bei Ausfällen in den bestehenden Dienstplan eingegriffen wird und es zu deutlichen Mehrbelastungen des Personals kommt. Beim Einsatz von Poolkräften wurde der erhöhte Einarbeitungsbedarf als zusätzliche Belastung benannt. Auf die von den Besuchskommissionen bemängelte hohe Anzahl von Leiharbeitskräften in zwei Kliniken hatte der Träger der Kliniken reagiert und die Arbeitsverhältnisse in Festanstellungen umgewandelt.

Fast alle Kliniken benannten Angebote zu internen und externen Fortbildungen, Deeskalationstrainings und Fallbesprechungen oder Supervisionen. Wobei die einzelnen Konzeptionen und Umsetzungsintensitäten sehr unterschiedlich dargestellt waren und bei manchen Kliniken wurde angeführt, dass diese aufgrund der hohen Arbeitsbelastung kaum wahrgenommen werden können. Deutlich wurde jedoch die große Bereitschaft einzelner Kliniken im Rahmen von Stipendien,

⁶ Opt-Out-Regelung bedeutet, dass Arbeitgebende und Arbeitnehmende in gegenseitigem Einvernehmen eine Wochenarbeitszeit vereinbaren, die über der gesetzliche vorgesehenen Höchstarbeitszeit (48 Stunden pro Woche) liegt. Für diese Mehrarbeit findet kein Freizeitausgleich statt.

eigenen Ausbildungsprogrammen, unbefristeten Anstellungen sich bei der Akquise von Fachkräften zu engagieren.

Die Besuchskommissionen regten gegenüber den Kliniken mehrfach die Einhaltung der PsychPV an und gaben Hinweise zu aus ihrer Sicht prekären Personalbesetzungen. Sie setzten sich aber auch für die Entwicklung von tragfähigen Ausfallkonzepten bei allen Berufsgruppen, ein zielgerichtetes betriebliches Gesundheitsmanagement sowie Personalentwicklungskonzepte ein. Vereinzelt bemängelten sie auch die Ausgestaltung einzelner Arbeitsplätze wie bspw. in einer Tagesklinik, in der die Büros gleichzeitig als Lagerräume benutzt wurden. Fokussiert wurde auch die Entwicklung eines Fort- und Weiterbildungskonzeptes mit besonderem Augenmerk auf untergebrachte Patientinnen und Patienten sowie dem Umgang mit Aggression, Deeskalation und Grifftechniken an dem alle Mitarbeitenden teilnehmen können.

4.1.3 Unterbringung, besondere Sicherungsmaßnahmen

Die Angaben zu Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen waren in den Besuchsberichten uneinheitlich und somit nur schwer vergleichend auswertbar. Häufig wurde die Anzahl der am Besuchstag untergebrachten Patientinnen und Patienten angegeben. Für Unterbringungen nach BbgPsychKG variierten die Angaben zwischen 0 und 7 am Besuchstag untergebrachte Personen und nach BGB zwischen 0 und 9. Bei einigen Besuchen händigten die Kliniken den Besuchskommissionen die Meldebögen zur öffentlich-rechtlichen Unterbringung aus, die jedoch nur selten den Berichten angefügt waren. Bezogen auf jährliche Angaben variierte die Anzahl von Fixierungen zwischen 7 und 570 und bei Zwangsbehandlungen von 0 bis 27 (bzw. 22 im 1.HJ). Diese Angaben sind aber ohne Bezug zur Anzahl der behandelten Fälle und Personen nur wenig aussagekräftig. Insbesondere bei Fixierungen beziehen sich

die Angaben mal auf alle Fälle mit mindestens einer Fixierung und manchmal auf jede Fixierung.

Deutlich wurde trotzdem, dass es zwischen den Kliniken in Bezug auf die Häufigkeit von Unterbringungen, Fixierungen und Zwangsbehandlungen große Unterschiede gibt. Als mögliche Gründe wurden in den Berichten verschiedene Aspekte aufgeführt. Der Wunsch der Klinikleitung nach Rechtssicherheit wurde als eine Ursache für hohe Unterbringungszahlen benannt. Deutliche Unterschiede zeigten sich hinsichtlich der Vorgehensweise bei kurzfristigen Unterbringungen von alkoholisierten Personen oder im Bereich der Gerontopsychiatrie. So schilderte bspw. eine Klinik, dass von 48 BbgPsychKG Unterbringungen mehr als die Hälfte (26) nur 1-2 Tage dauerten. Andere Kliniken berichteten den Besuchskommissionen von einem nur sehr geringen Anteil an kurzfristigen Unterbringungen. Hinweise für unterschiedliche Vorgehensweisen waren bspw. Aufnahmebegrenzungen hinsichtlich der Promillegrenze, Aufnahme bzw. Verlegung auf somatische Stationen sowie den Antrag auf Unterbringungen bei körperlich sehr instabilen Patientinnen oder Patienten nur zu stellen, wenn sie nach der erfolgten Stabilisierung nach Außen drängten. Mehrere Kliniken betonten im Gespräch mit den Besuchskommissionen ihre Bemühungen, Unterbringungen zu vermeiden und auf einen freiwilligen Verbleib hinzuwirken. Von der Besuchskommission verfahrensrechtlich kritisch hinterfragt wurde jedoch die von einer Klinik praktizierten therapeutischen Absprachen freiwillig zu bleiben, da sonst ein Beschluss erwirkt wird. Eine Klinik erläuterte, dass sie wegen der geschlossenen Station und der Bereitschaft nachts aufzunehmen vermehrt von Notärztinnen und Notärzten angefahren wurde.

Unterschiede wurden auch deutlich hinsichtlich der Dauer von BbgPsychKG – Unterbringungen. Viele Kliniken bemängelten gegen-

Auswertung der Besuchsberichte

über den Besuchskommissionen, dass die Unterbringungsfristen in den Beschlüssen der Amtsgerichte mit bspw. 6 Wochen vielfach nicht erforderlich waren. Manche bemühten sich dann je nach Bedarf um vorzeitige Aufhebungen der Beschlüsse. Berichtet wurde eine Tendenz der Amtsgerichte, Bbg-PsychKG – Unterbringungen auszudehnen, ohne eine rechtliche Betreuung in die Perspektivplanung mit einzubeziehen. Eine Klinik schilderte den Umgang mit BbgPsychKG – Unterbringungen als routinierter und problematisierte, dass rechtliche Betreuerinnen und Betreuer manchmal am Wochenende nicht erreichbar waren. Es wurde aber auch von einer Klinik berichtet, dass sich die Unterbringungszeiten verkürzen, seit Zwangsbehandlungen einer richterlichen Genehmigung bedürfen, aber die Wiederaufnahmen steigen. Eine Besuchskommission gab den Hinweis, dass Unterbringungen auf offenen Stationen mit 1:1 Betreuung oder Potsdamer Tisch lediglich als freiheitsentziehende Maßnahmen nach §1906 Abs. 4 BGB zu bewerten seien. Hinsichtlich der Verfahren in den Amtsgerichten merkten die Besuchskommissionen an, dass auch am Wochenende und bei weiten Anfahrtswegen keine Unterbringungsbeschlüsse ohne Anhörungen ausgesprochen werden sollten und in den Begründungen immer die akute Gefährlichkeit verdeutlicht werden muss.

Zur Verminderung von Zwangsmaßnahmen schilderte eine Klinik als Maßnahmenpaket:

1. zwei angestellte Deeskalationstrainerinnen und -trainer bieten mehrtägige Trainings an,
2. ein bis zwei Patientinnen und Patienten werden als Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter ausgebildet, Ausbildung wird finanziert und Einstellung auf Honorarbasis geplant,
3. regelmäßige Nachbesprechungen mit allen Beteiligten bei notwendigen Zwangsmaßnahmen,

4. als Standard wird einhergehend mit einer Fixierung Tavor verabreicht, dadurch kann die Dauer der Fixierung auf 20 bis 30 Minuten begrenzt werden.

Eine Klinik berichtete der Besuchskommission, dass sie durch Isolierungen im "Weichen Zimmer" die Anzahl an Fixierungen vermindern konnte.

Elf Kliniken schilderten, dass bei Fixierungen immer eine 1:1 Betreuung gewährleistet war. Wobei diese manchmal explizit nur von Fachpersonal und teilweise ausschließlich durch externe Mitarbeitende umgesetzt wurde. Unterschiedlich war auch inwiefern Sichtkontakt, Videoüberwachung oder nur der direkte persönliche Kontakt als 1:1 Betreuung gewertet wurde. Dass Sitzwachen bei der aktuellen Personalbesetzung nicht realisierbar waren und nur bspw. halbstündige Kontrollen durchgeführt werden konnten, berichteten zwei Kliniken den Besuchskommissionen. Bei fünf Kliniken enthielten die Berichte dazu keine Angaben.

Mehrfach wurden auch Einschränkungen in der Gewährung von begleiteten Ausgängen aufgrund der knappen Personalsituation benannt. Aber eine Klinik berichtete auch, dass untergebrachte Personen regelmäßig die Möglichkeit für Ausgänge hatten und individuell verhandelt wurde, ob diese mit oder ohne Begleitung umgesetzt wurden.

Zur Dauer von Fixierungen wurden mehrheitlich angegeben, dass diese nur sehr kurzfristig und selten länger als 24 Stunden dauerten. Im Rahmen der Gespräche mit Patientinnen und Patienten sowie anhand der vorgelegten Fixierungsliste wurde jedoch auch von Fixierungen mit einer Dauer von bis zu 15 Tagen berichtet. Die Angaben zur ärztlichen Überprüfung variierten zwischen den Kliniken von regelmäßig alle zwei Stunden bis zu einmal am Tag. Hier gab es mehrfach Impulse der Besuchskommissionen regelhaft eine ärztliche Überprüfung alle 2-4 Stunden zu ge-

währleisten. Eine Besuchskommission regte gegenüber dem MASGF die Entwicklung einer Dokumentationsempfehlung an, in der bei Fixierungen die Dauer und die Unterbrechungen auf einen Blick (Zeitstrahl) erfasst werden können.

Bezüglich Zwangsbehandlung haben die Kliniken den Besuchskommissionen mehrheitlich beschrieben, dass durch die Änderungen der gesetzlichen Vorgaben, die richterlichen Verfahren insbesondere durch die Einbeziehung externer Gutachterinnen und Gutachter zu langwierig geworden sind. Eine Klinik berichtete aber auch, dass die Erstellung der Bescheide durch die Amtsgerichte nur wenige Tage dauerte. Bei einer anderen Klinik hatte das Gericht von der Vorgabe externe Gutachten einzuholen abgesehen, wodurch die Verfahren aber trotzdem nicht kürzer wurden und manche Patientinnen und Patienten bei Entlassung in schlechterem Zustand waren als bei der Aufnahme. Eine Besuchskommission regte an den Zeitraum zwischen Antragstellung bis zur Bewilligung in der Dokumentation hervorzuheben, um so die Auswirkungen auf den Genesungsprozess detailliert beschreiben zu können. Um Rechtsunsicherheiten auszuschließen, stellte eine Klinik immer vorsorglich zusammen mit einem Antrag auf Unterbringung auch einen auf Zwangsbehandlung. Eine Klinik berichtete der Besuchskommission, dass Zwangsbehandlungen vom Amtsgericht regelmäßig abgelehnt wurden und bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung Notfallmedikation verabreicht wurde. Von einer anderen Klinik wurden solche Notfallbehandlungen im Nachhinein gegenüber dem Gericht als Zwangsbehandlungen angezeigt. Berichtet wurde auch von einem klinikinternen Formular, das für die Beantragung von Zwangsbehandlungen entwickelt wurde, in dem auch die fehlgeschlagenen Bemühungen um Einvernehmen dokumentiert wurden. Eine Besuchskommission wies im Zusammenhang einer Akteneinsicht darauf hin, dass die Frist von 2 Wochen bei einer

einstweiligen Anordnung durch das Amtsgericht nicht entsprechend eingehalten wurde.

Die Besuchskommissionen unterstützen die Kliniken bezüglich der Forderung, dass der für das Vermeiden von Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen erhöhte Personalbedarf bspw. für 1:1 Betreuungen oder den Potsdamer Tisch in den Vorgaben zur PsychPV mehr berücksichtigt werden sollten.

4.1.4 Besondere Vorkommnisse

Fünf Kliniken berichteten den Besuchskommissionen, dass aggressives Verhalten und tätliche Übergriffe gegenüber Mitarbeitenden zugenommen hatten. Eine Klinik berichtete, dass Deeskalationstraining als Teil der Einarbeitung regelmäßig stattfindet und zwischen 2016 und 2017 Angriffe auf Mitarbeitende um 20% gesunken sind, Bedrohungen allerdings um 73% zugenommen haben. Bezüglich der Erfassung und Definition gab es unterschiedliche Angaben. Manche Kliniken hatten spezifische Erfassungsbögen und andere führten keine Statistiken zu fremdaggresivem Verhalten oder Suiziden. Auch hinsichtlich der Ausstattung mit Notrufsystemen gab es große Unterschiede zwischen den Kliniken. Es wurde vielfach von Deeskalationsstrategien berichtet und die Herausforderung und Belastung durch die Gewalt von Patientinnen und Patienten hervorgehoben. Teilweise fanden regelhaft Nachbesprechungen statt, dies war aber noch nicht in allen Kliniken Standard, obwohl die Besuchskommissionen dies im Rahmen von Strategien zur Stressreduktion und einem betrieblichen Gesundheitsmanagements anregten. Auch der Wunsch einer Klinik, dass Pflegekräfte nach Gewalttaten und/oder Suiziden ebenfalls psychologisch betreut werden sollten, wurde von der Besuchskommission explizit unterstützt und angeregt die diesbezüglichen Wartezeiten zu verkürzen. Eine Klinik räumte ein, dass Konzepte der Gewaltminimierung wie Deeskalation zwar durchgeführt wurden, deren Wirkung aber aufgrund der engen Räumlich-

Auswertung der Besuchsberichte

keiten begrenzt war. Konkret benannt wurden als besondere Vorkommnisse ein vorsätzlich gelegter Brand und die Bedrohung einer Pflegekraft mit einem Messer, die durch andere Patientinnen und Patienten entschärft werden konnte.

4.1.5 Dokumentation, Akteneinsicht

Es wurden nicht bei jedem Besuch Akten eingesehen und die Anzahl der eingesehenen Akten war zwischen den Versorgungsgebieten und den einzelnen Besuchen und Kliniken sehr unterschiedlich. Insgesamt wurde von 47 Akteneinsichten berichtet, bei denen keine Beanstandung festgestellt werden konnte. Kein einheitliches Bild ergab sich aus den Berichten bezüglich des Vorgehens und der Dokumentation der Besuchskommissionen zur Einholung der Einwilligungen zur Akteneinsicht.

Kritisch angemerkt wurde bei einer Akte, dass das Fixierungsprotokoll nicht vollständig war. Dies wurde aber von der Klinik im Rahmen ihrer Stellungnahme zu dem Bericht zurückgewiesen. Ein Hinweis bezog sich auf die unzureichende Begründung einer Fixierung in der Akte. In einer Klinik wurden die Fixierungsprotokolle nicht in der Akte, sondern an anderer Stelle aufbewahrt und konnten deswegen nicht eingesehen werden. Einmal war in der Akte vermerkt, dass die Medikation teilweise verdeckt im Essen gereicht worden war. Bezogen auf eine Zwangsmedikation wurde darauf hingewiesen, dass im Rahmen eines einstweiligen Anordnungsverfahrens die Frist maximal 2 Wochen beträgt, in dem Fall jedoch ein Depot mit 4 Wochen Wirkung verabreicht worden war.

Bezogen auf die Handhabungen der Amtsgerichte wurde in einem Besuchsbericht bemängelt, dass bei einer Akteneinsicht die Begründung eines sechswöchigen Unterbringungsbeschlusses aus Sicht der Mitglieder der Besuchskommission nicht ausreichend Bezug zum Unterbringungsgrund nahm und

nicht erkennen ließ, welche Gefahr durch die Unterbringung abgewendet werden sollte. Es war eine Beschwerde gegen den Beschluss eingereicht worden, aber die Anhörung des Landgerichtes war nach fünf Tagen noch nicht erfolgt. In einer anderen Akte war der Unterbringungsbeschluss nach BbgPsychKG erst sechs Tage nach der Anhörung per Post eingegangen und war nicht vorab per Fax geschickt worden. In der Akte war auch ein Antrag auf Zwangsbehandlung mit dem Vermerk, dass das Amtsgericht mündlich abgelehnt hatte ohne eine ersichtliche Begründung. Bei einer weiteren Akte war vor einer Woche der Verlängerungsantrag bei ausgelaufener BGB Unterbringung gestellt worden und noch keine Rückmeldung eingegangen.

Bei fünf Kliniken wurde die Einführung der elektronischen Aktenführung thematisiert. Dabei wurden insbesondere die bessere Lesbarkeit und die Möglichkeit des Zugriffs von jedem Ort sowie, dass Visiten direkt dokumentiert werden können als Vorteile benannt. Als Nachteil wurde beschrieben, dass es eine große Herausforderung für das Personal darstellt. Eine Klinik berichtete von Problemen hinsichtlich der Steuerung der Zugriffsrechte und der Sicherstellung der ärztlichen Schweigepflicht insbesondere auch gegenüber der Krankenkasse. Hier wurde angeregt, dass die Besuchskommission zukünftig eine Kontrollfunktion übernimmt, um Nachteile für die Patientinnen und Patienten auszuschließen. Eine andere Klinik erklärte, dass der Datenschutz über die Einrichtung selektiver Zugänge gewährleistet ist. Bei manchen Kliniken war nur eine teilweise Umstellung umgesetzt worden. Beispielsweise wurde nur die Dokumentation der Ergo-, Physio- und Musiktherapie inkl. der Zeiterfassung elektronisch umgesetzt und die Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte sowie Psychologinnen und Psychologen dokumentierten noch von Hand.

Bei einer Klinik wurde herausgestellt, dass eine Herausforderung für das Personal dar-

stellt, wenn Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen leistungsrechtlichen Hintergründen im gleichen Setting behandelt werden, dies entsprechend der jeweiligen Abrechnungsvorgaben bei der Dokumentation zu berücksichtigen.

4.1.6 Gespräche mit Patientinnen und Patienten

Das Vorgehen bei Gesprächen mit Patientinnen und Patienten und deren Dokumentation war uneinheitlich. In allen 18 Kliniken wurden Gespräche mit Patientinnen und Patienten geführt, jedoch nicht bei jedem Besuch. In der Regel bezogen sich die Gesprächsversuche der Besuchskommissionen auf die aktuell untergebrachten Patientinnen und Patienten. Es gab Gespräche mit den Patientinnen und Patienten allein, aber auch welche in Anwesenheit von Mitarbeitenden der Klinik.

Insgesamt wurde von 18 Gesprächsversuchen berichtet, die abgelehnt wurden oder nicht zustande kamen. Gründe dafür waren mangelndes Vertrauen, zu große Einschränkung durch Medikamente oder durch die Erkrankung, mangelnde Sprachkenntnisse, zeitgleiche Begutachtung, Fixierung, Schlaf und einmal hatte das Personal davon abgeraten mit dem Patienten in Kontakt zu treten. Darüber hinaus benannte die Besuchskommission zweimal Zeitmangel als Grund für keine oder keine weiteren Gespräche.

Bei 49 Gesprächen äußerten sich die Patientinnen und Patienten zufrieden oder für die Besuchskommission ergaben sich aus den Gesprächen keine weitergehenden Impulse.

Kritik wurde bei 33 Gesprächen geäußert. Diese bezogen sich bei den Unterbringungsbedingungen auf: mangelnden Zugang zu Geld und Telefon, zu wenig Therapieangebote, verzögerte Aushändigung des Unterbringungsbeschlusses, kein Kontakt zur Verfahrenspflegerin, keine Aufhebung der Unterbringung obwohl Bereitschaft besteht freiwillig zu bleiben bzw. uneingeschränkt Ausgang gewährt

wird, Androhung einer Unterbringung ohne Bereitschaft freiwillig zu bleiben, Langeweile, keine Gesellschaftsspiele, kein Boxsack, keine Reaktion auf Beschwerdebrief, viel Lärm, mangelnder Schutz vor Mitpatientinnen und Mitpatienten (Bedrohung, Vergewaltigung), zu viel Heterogenität und Wunsch nach diagnosespezifischem Behandlungskonzept, keine funktionierenden Schrankschlösser bzw. kein eigener Nachttisch (Wertgegenstände kommen abhanden), Beschränkung auf das Zimmer ab 16 Uhr, mehr Aufklärung und Informationen in der Einweisungssituation über Rechte und Pflichten sowie von Angehörigen, unzureichende Versorgung mit Essen und Trinken (nur 1 Brötchen zum Frühstück, zu wenige Getränke, zu wenige Bio-Produkte), zu viel und unnachvollziehbare Gewaltanwendung, mehr persönliche Gestaltungsmöglichkeiten der Zimmer, mehr begleiteter Ausgang, Kalender auf Station zur zeitlichen Orientierung, kein Therapieangebot zur Reizabschirmung aber Unterbringung im Dreibettzimmer, mehr Vermittlung zwischen Patientinnen und Patienten bei Konflikten.

Bezogen auf die räumlichen Bedingungen wurde kritisiert, dass: Therapieräume und Rückzugsräume fehlen, der Raum zum Rauchen nur eingeschränkt nutzbar und ein Bad defekt war.

Zur Gabe von Medikamenten wurde in den Gesprächen bemängelt, dass: die Medikamente zu viele Nebenwirkungen hatten, die Dosierung der Medikamente zu hoch war, es nur eine unzureichende bzw. keine Aufklärung über die Medikation gab, nachts Medikamente ohne ärztliche Anweisung verabreicht wurden und es eine zu große Fokussierung auf die medikamentöse Behandlung gab.

Hinsichtlich des Personals wurden folgende Punkte benannt: unzureichende Beachtung und unfreundliches Verhalten, hohe Fluktuation der Ärztinnen und Ärzte sowie Therapeutinnen und Therapeuten, Einsatz von unqualifizierten Leasingkräften, unzureichende

Auswertung der Besuchsberichte

Kommunikation zwischen den Mitarbeitenden, zu wenig und überlastete Mitarbeitende, zu wenig männliche Mitarbeitende, Personal sollte Alltagskleidung tragen, mehr Einsatz von Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleitern.

Bei vier Gesprächen richtete sich die Kritik nicht gegen die Kliniken, sondern die Vorgehensweise der Amtsgerichte. Benannt wurden ausstehende und verzögerte Entscheidungen der Amts- und Landgerichte sowie das Einsetzen des ambulant behandelnden Arztes als Gutachter und die Berufung der Lebensgefährtin eines Patienten als seine Berufsbetreuerin.

4.1.7 Zusammenarbeit der Klinik mit anderen Behörden, Einrichtungen und dem Hilfesystem

Die Rückmeldungen bezüglich der Zusammenarbeit mit den Amtsgerichten und Landgerichten fielen zwischen den einzelnen Kliniken und Besuchen unterschiedlich aus. Kritisiert wurde die Personenabhängigkeit der richterlichen Entscheidungen und mehrfach wurden Verschlechterungen oder Verbesserungen in der Kooperation in Zusammenhang gebracht mit personellen Veränderungen. Dabei schilderten mehrere Kliniken gegenüber den Besuchskommissionen eine gute Kooperation, insbesondere bezogen auf schnelle Entscheidungen der Gerichte innerhalb weniger Tage sowie dem Zusenden von Beschlüssen noch am Tag der Anhörung per Fax. Aber teilweise wurde die Zusammenarbeit auch als verbesserungswürdig und ein zu restriktiver Umgang mit allen Unterbringungen, verspätete Übermittlung der Beschlüsse sowie zu lange Unterbringungsfristen beschrieben. Insbesondere bezogen auf die Bearbeitung von Anträgen auf Zwangsbehandlung wurden mehrfach seit den Veränderungen der gesetzlichen Regelungen im Jahr 2013 zu lange Bearbeitungsdauern (bis zu drei Monate) und fehlende Fristen bemängelt. Eine Klinik berichtete jedoch dementsprechend, dass Be-

scheide bei Zwangsbehandlung nur wenige Tage dauerten und Notfallbehandlungen dem Gericht im Nachhinein als Zwangsbehandlungen angezeigt wurden. Geschildert wurde jedoch auch, dass ein Amtsgericht regelhaft Anträge zur Zwangsbehandlung ablehnte und eine Richterin bei sedierenden Medikamenten bei einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten auf eine richterliche Genehmigung bestand. Dies wurde als eine pauschale Verurteilung erlebt und nicht als Einzelfallentscheidungen. Die Bearbeitungszeiten der Beschwerdekammern beim Landgericht wurden als zu lange kritisiert, es gab aber auch die Rückmeldung, dass die Fristen eingehalten wurden. Mehrfach wurden hinsichtlich der Eildienste der Amtsgerichte von Schwierigkeiten berichtet und gelegentlich vorläufige Beschlüsse für ca. 48 Stunden ohne Anhörungen ausgesprochen. Bei einem Besuch informierte die Besuchskommission die Klinik über bestehende Eildienstregelungen und Möglichkeiten der praktischen Handhabung. Auch bei Eilanträgen auf rechtliche Betreuung wurde geschildert, dass die Bearbeitungsdauer mit bis zu sechs Wochen zu lange ist und sich dadurch die Liegezeiten verlängern. Kritisiert wurden auch die unterschiedlichen Verfahrensweisen bzgl. Unterbringungen bei Vorsorgevollmachten. Eine Klinik berichtete der Besuchskommission, dass das Amtsgericht sie aufforderte per Formular zum Ankreuzen ein Gutachten für eine rechtliche Betreuung zu erstellen, was aber von der Klinik als unzureichend zurückgewiesen wurde. Bei einem Amtsgericht wurde bemängelt, dass es keinen gesonderten Bereich für Betreuungsrecht hat.

Mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi) wurde eine überwiegend gute Zusammenarbeit geschildert aber teilweise auch Verbesserungsbedarf genannt. Mehrfach wurde die fehlende Besetzung mit einer Ärztin oder einem Arzt als Schwierigkeit thematisiert. Teilweise waren ärztliche Kolleginnen und Kollegen zum SpDi delegiert oder die Klinik half in

Einzelfällen mit Hausbesuchen aus. Berichtet wurde auch, dass Termine mit dem SpDi von der Klinik aus direkt vermittelt wurden.

Mehrfach als gut wurde auch die Zusammenarbeit mit der Polizei benannt. Eine Klinik machte sogar in Schulen zusammen mit der Polizei Suchtprävention. Kritisch angemerkt wurde von einer Klinik die zu lange Anfahrtdauer mit bis zu 30 Minuten durch die Schließung einer Dienststelle. Da die Polizei in eine Klinik häufig Personen zur Ausnüchterung brachte, wurde eine reguläre Mindestgrenze von 1,8 Promille für eine Aufnahme vereinbart.

Die Zusammenarbeit mit den Notärztinnen und Notärzten wurde in den Besuchsberichten nur selten thematisiert. Einmal wurde sie als schwierig aber schon besser benannt, das andere Mal als unverändert gut.

Auch auf rechtliche Betreuerinnen und Betreuer wurde eher selten Bezug genommen. Einmal wurde beschrieben, dass sich die Zusammenarbeit weiterhin verbessert hatte aber überlegt wurde, bei mangelhafter Ausübung der Betreuung gegenüber dem Amtsgericht die Aufhebung oder einen Wechsel anzuregen. Schwierigkeiten wurden thematisiert, wenn Berufsbetreuerinnen und Berufsbetreuer nicht erreichbar waren und keine Vertretungsregelung gefunden werden konnte. Geschildert wurde, dass zur Abstimmung der Weiterbehandlung und amb. Versorgung vor Entlassungen der Kontakt zur rechtlichen Betreuung aufgenommen wurde oder sie zu Fallkonferenzen eingeladen wurde. Hinsichtlich der Betreuungsbehörden wurde nur einmal die Kooperation als gut beschrieben.

Die Kooperation mit dem teilstationären und ambulanten Bereich wurde überwiegend als gut beschrieben. Allerdings wurde sehr häufig auf massive Kapazitätsprobleme und zu lange Wartezeiten bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hingewiesen,

so dass vieles durch die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) und Tageskliniken übernommen werden muss. Für Psychotherapien wurden Wartezeiten bis zu zwei Jahren benannt. Insbesondere die Vermittlung von Patientinnen und Patienten mit schweren Krankheitsverläufen in Psychotherapie wurde als schwierig beschrieben, da sich dies in der Vergütung nicht widerspiegelt. Auch ein Mangel an externen Gutachterinnen und Gutachtern wurde geschildert. In einer Klinik gab es Kooperationsprobleme zwischen den klinikinternen stationären und ambulanten Angeboten, die aber behoben werden konnten. Bei den anderen Kliniken wurde die Zusammenarbeit als gut bis hin zu Behandlungskontinuität über alle Bereiche hinweg beschrieben. Von einer gerontopsychiatrischen Station wurde eine bessere Kommunikation mit der gerontopsychiatrisch spezialisierter PIA und die Einrichtung einer gerontopsychiatrischen Tagesklinik angestrebt. Eine Tagesklinik schilderte der Besuchscommission Schwierigkeiten hinsichtlich der ambulanten Nachsorge, da Angebote zur Soziotherapie, Ergotherapie, Psychotherapie und ambulanten psychiatrischen Pflege (APP) fehlen.

Vereinzelt wurde auch von einer guten Zusammenarbeit mit ortsansässigen Beratungsstellen, Frauenhäusern, Wohneinrichtungen und Altenheimen berichtet. Wobei mehrfach betont wurde, dass für Patientinnen und Patienten mit langen stationären Aufenthalten intensivbetreute Anschlussperspektiven fehlen.

Mehrfach benannt wurden Schwierigkeiten hinsichtlich der Anschlussperspektive, da die Bearbeitungszeiten beim Sozialamt für die Kostenübernahme manchmal bis zu einem Jahr dauerten. Berichtet wurde, dass der Sozialhilfeträger erst nach drei Monaten auf Anträge reagierte, die Anträge schwierig auszufüllen sind und die Begutachtung deutlich zu lange dauerte.

Die Zusammenarbeit mit dem MDK wurde als kostenintensiv und wenig zielführend be-

Auswertung der Besuchsberichte

schrieben und für eine gemeinsame Verantwortung von Kostenträgern und Leistungserbringern für Patientinnen und Patienten mit schweren Erkrankungen plädiert. Bezogen auf die Krankenkassen berichtete eine Klinik der Besuchskommission, dass die Anträge auf Modellprojekte abgelehnt worden waren. Zwei Kliniken schilderten als positives Beispiel die Möglichkeit aus der Tagesklinik heraus einen Wiedereinstieg über das Hamburger Modell begleiten zu können.

Auch die Kooperation mit anderen Kliniken wurde als gut bezeichnet und insbesondere von einer Fachklinik die gute Zusammenarbeit mit der benachbarten Klinik hervorgehoben.

Als Vernetzungsstrukturen wurden häufig regelmäßige Treffen und Besprechungen mit dem SpDi als besonders wichtig hervorgehoben. Einige Kliniken berichteten auch von jährlichen Treffen mit den Amtsgerichten. Eine geplante gemeinsame Fortbildung zum Verfahren bei Zwangsmaßnahmen musste aus Termingründen abgesagt werden. Eine Klinik hatte ein Fachgespräch mit dem Gesundheitsamt, der Betreuungsbehörde und dem Amtsgericht zum Umgang mit Entweichungen und Rückführungen geführt. Auch von jährlichen Veranstaltungen mit dem SpDi und dem Rettungsdienst wurde berichtet. Eine Klinik organisierte regelmäßig Kooperationstreffen mit den Ordnungsämtern, der Eingliederungshilfe und den Betreuungsgerichten. Zur Vernetzung mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wurden neben einem quartalsmäßigen Qualitätszirkel auch ein jährlicher Stammtisch, sowie die Einladung zu Fortbildungen und Veranstaltungen benannt. Eine Klinik berichtete der Besuchskommission, dass sie zwei Mal im Jahr rechtliche Betreuerinnen und Betreuer zu Veranstaltungen einläd, was mit wachsendem Zuspruch angenommen wurde. Bezogen auf die gerontopsychiatrische Versor-

gung wurde die Mitarbeit im Landesarbeitskreis Gerontopsychiatrie sowie Informationsveranstaltungen in Altersheimen benannt.

Mehrfach wurden auch Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften und ein Gemeindepsychiatrischer Verbund als strukturelle Vernetzungsmöglichkeiten benannt. In einem Besuchsbericht wurde thematisiert, dass engagierte Akteurinnen und Akteure auf der regionalen Ebene die Netzwerkbildung tragen und gestalten. Eine Klinik äußerte die Einschätzung, dass Anschlussbehandlungsmöglichkeiten und Netzwerke fehlen bzw. nicht ausreichend funktionieren. Angeregt wurde landesweit die Existenz von PSAGen und Psychiatriekoordinatorinnen und Psychiatriekoordinatoren verbindlich im BbgPsychKG zu regeln sowie die Versorgungsgebiete und Pflichtversorgung für den stationären und ambulanten Bereich stärker zu etablieren. Außerdem wurde gewünscht, dass auch der Landespsychiatriebeirat wieder seine Arbeit aufnimmt.

4.1.8 Teilhabemöglichkeiten von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen

Die Äußerungen zu Teilhabemöglichkeiten bezogen sich auf unterschiedliche Aspekte, wie die Einbeziehung des sozialen Umfeldes, ein triadisch besetzter Beirat, den Einsatz von Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleitern, die Einbeziehung von Patientinnen und Patienten sowie Angebote für ehemalige Patientinnen und Patienten, die im Folgenden dargestellt werden.

Zur Einbeziehung des sozialen Umfeldes und Arbeit mit Angehörigen äußerten sich gegenüber den Besuchskommissionen zehn Kliniken. Sechs Kliniken berichteten von fachlich begleiteten Angehörigengruppen, wobei die Häufigkeit und die Zielgruppen unterschiedlich waren. Manche richteten sich explizit nur an Angehörige von Patientinnen und Patienten, die sich in der Klinik aufhielten, andere

ausschließlich nur an Angehörige ehemaliger Patientinnen und Patienten. Eine Klinik bedauerte, dass sie bisher keine Angehörigen-selbsthilfe etablieren konnte. Von Angehörigengesprächen, die auf Wunsch durchgeführt wurden, berichteten drei Kliniken. Eine Klinik stellte heraus, dass Kontakte zu Familienangehörigen nur individuell und je nach Krankheitsbild erfolgen. Ihren Umgang mit Besuchsregelungen schilderten zwei Kliniken und eine Klinik hatte eine Sprechstunde für Kinder von Eltern mit einer psychischen Erkrankung.

Eine Klinik hatte einen trialogisch besetzten Beirat initiiert. Teilnehmende des Beirats waren bei zwei Besuchen der Besuchskommissionen beteiligt und berichtete von einer guten Zusammenarbeit mit der Klinikleitung, an deren Sitzungen sie teilnahmen. Außerdem bot der Beirat regelmäßig Sprechstunden an und bezog sich auf erste Erfahrungen mit Behandlungsvereinbarungen und einem Trialogforum.

Zum Einsatz von Menschen mit einer Ex-In-Ausbildung bzw. von Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleitern äußerten sich acht Kliniken. Davon beschäftigten zwei Kliniken Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter. Dabei wurde empfohlen, dass immer mindestens zwei Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleitern an einem Standort eingesetzt werden sollten. Hervorgehoben wurde, dass der Einsatz einen großen Einfluss auf das Team, die Haltung und die Wahrnehmung von Wirklichkeit etc. hat. Fünf Kliniken waren dabei es umzusetzen oder planten eine Umsetzung. Klar gegen den Einsatz hat sich ein Chefarzt ausgesprochen, da er das Konzept der "Expeditionsberichte" in denen Patientinnen und Patienten die eigenen Klinikerfahrungen anderen zur Verfügung stellten, favorisierte. In einer Klinik suchte ein Psychiatrie-Erfahrener alle vier Wochen auf Honorarbasis die Stationen und Tagesklinik auf, um Selbsthilfeangebote

vorzustellen und sich mit den Teams auszutauschen.

Zur Einbeziehung von Patientinnen und Patienten äußerten sich sechs Kliniken und sechs Tageskliniken. Eine Klinik hob hervor, dass Präferenzen bzgl. der Ärztinnen und Ärzte berücksichtigt werden. Von Behandlungskonferenzen berichteten drei Kliniken. Bei einer Klinik wurde betont, dass dabei die Patientin bzw. der Patient das letzte Wort hat und alle Beteiligten ein Protokoll davon erhalten. Eingeräumt wurde, dass die Methode des „Reflecting Teams“ eine Herausforderung für die Patientinnen und Patienten sowie die Mitarbeitenden sein kann. Eine Tagesklinik schilderte, dass in Absprache das soziale Umfeld der Patientinnen und Patienten in die Behandlung und Helferkonferenz etc. mit einbezogen werden. Von wöchentlichen Patientenversammlungen auf jeder Station wurde von einer Klinik berichtet. Regelmäßige Wahlen von Sprecherinnen und Sprechern der Patientinnen und Patienten beschrieben den Besuchskommissionen zwei Kliniken und drei Tageskliniken. Zu deren Aufgaben gehörte bspw. die tägl. Morgenrunde auf den Stationen zu moderieren. In einer Klinik fanden einmal pro Monat eine gemeinsame Beratung der Sprecherinnen und Sprecher mit dem Chefarzt, der Pflegedienstleitung und der leitenden Sozialarbeiterin statt, in der die Anliegen der Patientinnen und Patienten diskutiert wurden. Ein Impuls, der beispielhaft daraus hervorging und umgesetzt wurde, führte zu abschließbaren Zimmern für die Patientinnen und Patienten zum Schutz vor Übergriffen. Berichtet wurde, dass die letzten drei Protokolle der monatlichen Treffen auf den Stationen auslagen und den betroffenen Abteilungen vorgelegt wurden. In den Tageskliniken war es die Aufgabe der Sprecherinnen und Sprecher Beteiligungsmöglichkeiten und die Selbstorganisation zu koordinieren. Beispielsweise wurden die Themen der Gruppengespräche von den Patientinnen und Patienten festgelegt. Auch die

Auswertung der Besuchsberichte

Essensversorgung und die Planung von Ausflügen mussten in der Gruppe allein bewältigt werden. In einer Tagesklinik wurden Partnerschaften für neue Patientinnen und Patienten durch erfahrene Patientinnen und Patienten etabliert. Auf einer gerontopsychiatrischen Station lag der Fokus während des Aufenthalts im Daily Life Training zur Stärkung der Selbstständigkeit mit dem Ziel Anleitung vor Versorgung zu geben. Eine Klinik regte an, dass Behandlungsvereinbarungen regelhaft im Rahmen der Entlassung angeboten werden.

Ehemalige Patientinnen und Patienten wurden in zwei Tageskliniken freitags zum Kaffee und gemeinsamen Singen eingeladen. Eine Tagesklinik förderte und forderte die gegenseitige Unterstützung der Patientinnen und Patienten, was schon in die Gründung vieler Selbsthilfegruppen geführt hatte. Insgesamt berichteten fünf Kliniken den Besuchskommissionen von einem Kontakt zu Selbsthilfegruppen oder der Unterstützung zur Gründung von Selbsthilfegruppen.

4.1.9 Beschwerdemanagement / Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher

Das Thema Beschwerdemanagement wurde nicht einheitlich bei allen Besuchen und Kliniken angesprochen. Um hinsichtlich der Ausstattung mit Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprechern einen Überblick zu ermöglichen wurden Angaben auf Basis einer eigenen Internetrecherche ergänzt. Sieben Kliniken berichteten von einem Beschwerdemanagement, wovon sechs Kliniken sich auch auf die Ausgabe und Auswertung von Patientenfragebögen bezogen. Eine Klinik berichtete von einem spezifischen Angehörigenbeschwerdemanagement für die gerontopsychiatrische Versorgung. Der ehemalige Bürgermeister war in einer anderen Klinik als Ombudsmann benannt. In einer Tagesklinik wurde betont, dass die Patientinnen und Patienten explizit ermutigt werden Rückmeldun-

gen zu geben, sich an Entscheidungen zu beteiligen und Kritik zu äußern.

Bei 12 Kliniken waren ehrenamtlich tätige Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher benannt, die auch alle bis auf einen auf der jeweiligen Homepage der Klinik aufgeführt und namentlich benannt sind. Einige davon sind ehemalige Mitarbeitende, die jetzt in Ruhestand sind. In einer Klinik wurde das Amt von dem ehemaligen Chefarzt übernommen. Bei zwei Kliniken waren die Seelsorgerin bzw. der Seelsorger auch gleichzeitig als Patientenfürsprecherin bzw. Patientenfürsprecher benannt. Bei manchen anderen Kliniken hingegen wurde kritisch angemerkt, dass es keine Seelsorgerinnen oder keinen Seelsorger gab. Auf der Suche nach ehrenamtlich tätigen Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprechern waren zwei Kliniken, die das Amt übergangsweise Mitarbeitenden der Klinik übertragen hatten. Weitere zwei Kliniken hatten keine Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprecher benannt. Bei vier Kliniken gab es keine oder nur sehr begrenzte Informationen zu Beschwerdemöglichkeiten auf der Homepage. Als Möglichkeiten Beschwerden vorzutragen wurden neben Fragebögen, die täglichen Morgenrunden, Patientenversammlungen, Brief- bzw. Kummerkästen und sich direkt an die Klinikleitung zu wenden benannt. Bei drei Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprechern wurde von wöchentlichen Sprechzeiten berichtet. Je einmal wurden als Turnus für die Sprechstunden einmal bzw. zweimal monatlich benannt. Dass sie die Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher bei Bedarf hinzuziehen wurde von zwei Kliniken angemerkt. Eine Klinik berichtete, dass sie damit angefangen hat, das Amt der Patientenfürsprechenden von der somatischen auch auf die psychiatrische Versorgung auszuweiten und noch dabei ist, Erfahrungen zu sammeln. Insgesamt wurde den Impulsen der Besuchskommissionen, die Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher

sowie deren Aufgaben sichtbarer zu machen und für die Patientinnen und Patienten zugänglicher zu gestalten, von Seiten der Kliniken offen begegnet.

Bei den Besuchen der Besuchskommissionen hatten bei drei Kliniken und insgesamt vier Besuchen Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher teilgenommen. Vier Mal war der Versuch sie zu beteiligen erfolglos. Bei einem Besuch wurde von der Patientenfürsprecherin ausdrücklich auf Landesebene ein Netzwerk für die Patientenfürsprechenden, spezifische Fortbildung und Möglichkeit zur Supervision sowie mehr Werbung für das wichtige Ehrenamt gefordert.

4.1.10 Stellungnahmen der Kliniken

Im Jahr 2013 gab es einen Schriftwechsel im Nachgang zu einem Besuchsbericht durch eine Nachfrage des damaligen Ministeriums für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (MUGV). Der Chefarzt leitete ein Schreiben von Segufix weiter, dass aufgrund einer Vorgabe der Obersten Landesbehörden bei 3 oder 5 Punktfixierungen Bauchgute nur noch ergänzt mit Schrittsicherung oder Oberschenkelmanschetten benutzt werden dürfen, um so ein Hochrutschen zu vermeiden. Im Bericht der Besuchskommission war diese neue Regelung, als eine weitere erhebliche körperliche Beeinträchtigung der Patientinnen und Patienten, kritisch betrachtet worden.

Ab dem Jahr 2016 erfolgten, im Zusammenhang mit dem vom MASGF veränderten Vorgehen im Umgang mit den Besuchsberichten, insgesamt 34 Stellungnahmen durch 16 Kliniken. Davon bezogen sich 32 Stellungnahmen auf die Besuchsberichte der Besuchskommissionen und zwei Stellungnahmen auf die beiden Prüfverfahren des MASGF. Von den Stellungnahmen waren 18 durch die Geschäftsführungen verfasst. Sechs Stellungnahmen waren von der Geschäftsführung gemeinsam mit der Chefarztin oder

dem Chefarzt geschrieben, und jeweils fünf Stellungnahmen von einer Chefarztin bzw. Chefarzt oder der Verwaltungsleitung.

Im Zusammenhang mit drei Besuchsberichten brachten die Kliniken in ihren Stellungnahmen Kritik am Vorgehen der Besuchskommissionen zum Ausdruck. Eine Klinik äußerte in Bezug auf den Besuchsbericht inhaltliche und fachliche Korrekturen sowie Kritik an fehlenden Seitenzahlen und die unzureichende Erreichbarkeit der Besuchskommission über eine private Mailadresse. Hier folgte ein Klärungsgespräch zwischen Besuchskommission und der Klinik, in dem ein Austausch über die inhaltlich und fachlich strittigen Punkte stattfand. Zur weiteren Zusammenarbeit wurde vereinbart, dass die Klinik zukünftig die Angaben zur Personalausstattung differenziert nach den unterschiedlichen Bereichen der Klinik aufschlüsselt und die Besuchskommission die Berichte zukünftig kürzer fasst und den Datenschutz beachtet. Vereinbart wurde auch, dass von den Patientinnen und Patienten in den Gesprächen geäußerte Probleme direkt beim Besuch gegenüber der Klinik angesprochen werden.

Im Nachgang zu einem unangemeldeten Besuch bei einer Klinik drei Tage nachdem der neue Chefarzt seinen Dienst angetreten hatte wurde dieses Vorgehen der Besuchskommission von der Klinik kritisiert. Angeregt wurde zu regeln welche Anforderungen bei unangemeldeten Besuchen gestellt werden können und was beim Ablauf von Gesprächen mit Patientinnen und Patienten zu beachten ist.

Hinsichtlich der Anmerkung der Besuchskommission im Bericht, dass trotz Ankündigung weder Chefarzt noch Geschäftsführung zum Gespräch zur Verfügung standen, wurde in der Stellungnahme der Klinik darauf hingewiesen, dass die Terminplanung in der Regel sechs Monate im Voraus erfolgt. Angeregt wurde die Besuche früher anzukündigen und die Berichte von allen Beteiligten auch der

Auswertung der Besuchsberichte

Klinik prüfen zu lassen, um falsche Angaben bei Namen, Angaben zu Bettenzahlen und einen fehlerhaften Sprachgebrauch korrigieren zu können.

4.1.11 Impulse aus den Besuchen

Um die vielen von den Besuchskommissionen ausgehenden Impulse zu veranschaulichen und eine Gewichtung zu ermöglichen, wurden die in den Berichten konkret benannten Veränderungsimpulse Kategorien zugeordnet, die im Folgenden in Reihenfolge der Häufigkeit der Nennung dargestellt werden (in Klammern die Häufigkeit der Nennungen):

- Mangel in der Personalausstattung, Ausfallkonzepte, Akquise, Beschäftigungsbedingungen (34)
- Kapazitäten, Auslastung, Überbelegung, Aufstockung Betten und Platzkapazitäten, Berücksichtigung spezifische Bedarfe (Geflüchtete, Cristal Meth, offene Konzepte und Vermeidung von Zwangsmaßnahmen, Sturzprofilaxe und Pflege im gerontopsychiatrischen Bereich, Eltern und Kind Angebote) (26)
- Raumkapazitäten und -ausstattung (Aufenthaltsräume, Funktions- und Therapieräume, Time-Out-Räume) (22)
- Umgang und Verfahrensregelungen von Zwangsmaßnahmen und deren statistische Erfassung (Kooperation mit Amtsgerichten) (19)
- Fortbildungs- und Weiterbildungskonzepte, betriebliche Gesundheitsförderung und Schutz bei Überforderung (13)
- Verbesserung der Anschlussperspektiven (intensivbetreute Wohnplätze, ambulante Versorgung) (11)
- Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher /Beschwerdemanagement (9)
- Verknüpfung Stationär, Tagesklinik und Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) (7)
- Fixierungen (Häufigkeit ärztlicher Überprüfung, Begründung, Dokumentation) (6)
- Aushändigungen der Unterlagen zur PsychPV, Überprüfbarkeit der Daten (6)
- kommunale und landesweite Struktur und Vernetzung (6)
- Informationen und Zugang zur Klinik/Angebot (Ausschilderung, Parkplätze, Klinikseelsorge) (6)
- Ausstattung mit gesicherten Freiflächen (4)
- Abbau von Stigmatisierungen (4)
- Teilhabemöglichkeiten (Dialogischer Beirat, Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter) (3)
- Umsetzung Entlassmanagement (2)
- Datenschutz, Patientenakten (2)
- Polizei
- Verbesserung der Infrastruktur in ländlichen Gebieten.

4.2 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Zur Auswertung lagen 22 Berichte vor, aus der 4. Amtsperiode bis 30. September 2015 und der 5. Amtsperiode vom 1. Oktober 2015 bis zum 30. September 2020, die aufgrund des Wechsels der personellen Zusammensetzung der Besuchskommission mit der neuen Amtsperiode nur eingeschränkt vergleichbar sind.

Die sechs psychiatrischen Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie⁷ waren durchweg ausgelastet. Die Häuser bieten Tagesklinien an und kooperieren mit vielen Institutionen außerhalb der Krankenhäuser. In drei Einrichtungen gab es im Berichtszeitraum einen Wechsel in der Chefarztposition.

Die Mehrzahl der Unterbringungen nach Bbg-PsychKG und nach dem Betreuungsrecht

⁷ Im Dezember 2018 wurde das Klinikum Ernst von Bergmann in Potsdam zusätzlich in den Unterbringungsplan (Anlage der Unterbringungs-Krankenhausverordnung) aufgenommen. Die Besuchskommission hat bereits ab 2016 die Stationen im Klinikum besucht im Kontext des Auftrages, auch für Unterbringungen nach Familienrecht zuständig zu sein.

entfiel auf eine Klinik. Nach Angaben der Klinik wird auch bei freiwillig auf geschlossener Station untergebrachten Kindern und Jugendlichen häufiger ein richterlicher Beschluss nach BGB eingeholt. Über weitere Hintergründe und die Bedingungen für diese Verschiedenheit der Kliniken wurde in den Aufsichtssitzungen im MASGF diskutiert.

4.2.1 Bauliche Situation, räumliche Bedingungen, Atmosphäre in den Kliniken

Die bauliche Situation wurde bis auf eine Ausnahme positiv bewertet. Die Stationen sind gut ausgestattet und wurden zum Teil erst in den letzten Jahren neu gebaut oder erneuert. Allerdings war der Prozess noch nicht abgeschlossen, mit dem jeweils die Ausstattung und Einteilung der Räume noch mehr an die Erfordernisse einer modernen und patientenorientierten Versorgung angepasst werden kann. Mit der kinder- und jugendpsychiatrischen Besuchskommission wurden Verbesserungen diskutiert: Time-out-Räume, Isolierräume, Entspannungs- oder Ruheraum, Mehrzweckräume, Spielbereiche, Gemeinschaftssessen, verschließbare Schränke für persönliche Gegenstände.

Die meisten Stationen wurden als fakultativ geschlossene Stationen geführt. Dazu werden positive Erfahrungen berichtet.

4.2.2 Personalsituation, Erfüllung der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV)

Nach dem Auftrag im BbgPsychKG lässt sich die kinder- und jugendpsychiatrische Besuchskommission zur Personalsituation und zur Einhaltung der Psychiatrie-Personalverordnung unterrichten. Ähnlich wie in der Erwachsenenpsychiatrie (vgl. oben) erlebten die Kommissionen hier Behinderungen in ihrer Arbeit. Dazu gehört die verzögerte Herausgabe von Angaben zur PsychPV oder Behinderungen im Umgang mit dem Material (nur Einsichtnahme, keine schriftlichen

Unterlagen, Kommissionsmitglieder müssen Papiere fotografieren). Nach dem Gesetz soll die Kommission zu einer Wertung der Personalsituation kommen. Die Kommission wies wiederholt darauf hin, dass dies nur auf der Grundlage vollständiger Informationen und ausreichend Zeit zur Prüfung möglich sei.

Die Besuchskommission weiß wohl Bescheid über die Probleme der Krankenhäuser, ausreichend qualifiziertes Personal zu finden. Wenn Krankenhäuser mit der Problematik nicht offen umgehen, bliebe aber Raum für die Vermutung, dass unnötig an Personal gespart wird.

In allen Kliniken gab es Maßnahmen zur weiteren und kontinuierlichen Qualifizierung des Personals: vor allem Supervision, in- und externe Fort- und Weiterbildungen, Fallbesprechungen, ganztägige Teamveranstaltungen, Deeskalationstrainings.

Es wurde eine Tendenz beobachtet, Stellen mit Psychologinnen und Psychologen zu besetzen, wo zuvor ärztliche Fachkräfte beschäftigt waren. Hintergrund war der Mangel an ärztlichen Fachkräften. Die Kommission beobachtete dadurch keine Verschlechterung der Versorgung.

4.2.3 Unterbringung, besondere Sicherungsmaßnahmen

Die besonderen Sicherungsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind identisch mit denen der Erwachsenenpsychiatrie. Alle Kliniken richteten sich danach aus, Zwangsmaßnahmen zu vermeiden. Hierzu dienten beispielsweise Verfahrensanweisungen, Konzepte und Verfahren der Deeskalation. Dokumentationsstandards sollten die Sicherungsmaßnahmen auch intern transparent machen und minimieren helfen.

Aus den Berichten der kinder- und jugendpsychiatrischen Besuchskommission gingen keine Mängel hervor. Bei Fixierungen bestätigten alle Kliniken immer eine 1:1 Betreuung.

Auswertung der Besuchsberichte

In einer Klinik war eine Videoüberwachung für Time-out-Räume vorgesehen. Allerdings wurde das Vorhaben wegen Bedenken des Datenschutzes nicht umgesetzt.

Die Kommission hinterfragte die Praxis des Amtsgerichtes, den Eltern Verfahrenskosten bei Unterbringungen nach dem Familienrecht in Rechnung zu stellen und wies darauf hin, dass die Eltern nicht ausreichend über Prozesskostenhilfe aufgeklärt wurden.

4.2.4 Dokumentation, Akteneinsicht

Die kinder- und jugendpsychiatrischen Besuchskommission erfuhr keine unangemessenen Einschränkungen bei der Einsicht von Patientenakten. Insgesamt wurde die Dokumentation positiv bewertet. Es gab Anleitungen und Formulare zur Dokumentation, die die Behandlungen und Zwangsmaßnahmen (freiheitsentziehenden Maßnahmen und Fixierungen) nachvollziehbar machten.

4.2.5 Beschwerdemanagement

In allen Kliniken bzw. Stationen fand die Kommission ein Beschwerdemanagement vor. Der Beschwerde-Briefkasten war das häufigste Werkzeug, um Beschwerden aufzunehmen. Das Bearbeiten der Beschwerden durch Stations- und Klinikleitung war nicht überall transparent. In einer Klinik wird ein neues Konzept für das Beschwerdemanagement erarbeitet.

Beschwerden wurden auch durch die Bezugspflege aufgenommen. Diese war allerdings auch Anlass für Beschwerden. Fragebögen wurden ebenfalls eingesetzt. Ein Beschwerdethema war der Wechsel des Therapeuten. Die kinder- und jugendpsychiatrische Besuchskommission empfahl, das Beschwerdemanagement mehr auf die Möglichkeiten und Bedürfnisse von Kindern auszurichten. Insgesamt erfuhren die Kliniken nur wenige Beschwerden.

Eine Klinik bietet den Mitarbeitenden ein anonymisiertes, elektronisches Kritiksystem

(CIRS, Critical Incident Reporting System). Diese Klinik gibt sich besonders offen für Hinweise zur Verbesserung der Arbeit.

4.2.6 Weitere Aspekte

Gespräche mit Patientinnen und Patienten: Vor dem Hintergrund, dass das BbgPsychKG explizit vorsieht, dass die Besuchskommission Gespräche mit jungen Patientinnen und Patienten führen soll, berichten die Kommission selten über solche Gespräche. Bei einigen Besuchen gab es keine Patientengespräche. Das war der Kommission auch bewusst und sie bittet die Kliniken darum, die Kinder und Jugendlichen künftig über den Besuch und die Gesprächsmöglichkeit vorab zu informieren.

Zusammenarbeit der Klinik mit anderen Behörden/Einrichtungen/Hilfesystem: Im Erwachsenenbereich ist die Zusammenarbeit der Klinik mit einer Reihe von externen Einrichtungen wichtig. Für psychisch kranke Kinder und Jugendliche ist die Kooperation der Klinik mit externen Partnerinnen und Partnern fast noch wichtiger. Die Kliniken berichteten von guten und weniger guten Arbeitsbeziehungen zu den Jugendämtern. Positiv wurden regelmäßige Austauschtreffen bewertet. In einem Fall gab es eine Kooperationsvereinbarung. Geklagt wurde über teilweise schlechte Erreichbarkeit von Mitarbeitenden im Jugendamt. Kliniken arbeiteten mit Einrichtungen für unbegleitete minderjährige Ausländer (UmA) zusammen. Sprachliche Barrieren erschwerten die Arbeit.

Die Zusammenarbeit der Klinik mit Familiengerichten wurde unterschiedlich erlebt und bewertet. Teilweise wurden Schwierigkeiten auf Eigenheiten und Vorlieben einzelner Richter und Richterinnen zurückgeführt, deren Entscheidungen schwer nachzuvollziehen seien. Es gab eine unterschiedliche Praxis in Art und Umfang bei Verfahren zu freiheitsentziehenden Maßnahmen. Ein Problem waren auch lange Wartezeiten auf Entscheidungen sowie eingeschränkte Geschäftszei-

ten (beispielsweise nur zwischen 10 und 12 Uhr). Die Kooperation mit den sozialpsychiatrischen Diensten der Gesundheitsämter wurde durchgehend als hilfreich beschrieben.

Einbeziehung Eltern/soziales Umfeld: Alle Kliniken suchten systematisch den Kontakt zu den Eltern der Kinder und machten hierfür Angebote: Familiengespräche, -gruppen, Familientherapie, Interaktionstraining, Unterstützung durch Sozialarbeiter, Kleinkinderstation. Eine Klinik plante ein Eltern-Kind-Zimmer.

Schule, Freizeit: Die Kliniken haben eigene Klinikschulen und arbeiteten in diesem Zusammenhang jeweils mit dem zuständigen Schulamt zusammen. Die Lehrkräfte werden vom Schulamt gestellt, wobei eine „Schulkoordination“ als sehr hilfreich genannt wurde. Die „Kindersprechstunde“ an Schulen, der Aufwand für die Reintegration und Inklusion benötigten zusätzliche Kapazitäten. Teilweise wurden hohe Krankenstände bei Lehrenden registriert.

Unter der Woche werden viele Angebote gemacht, an Wochenenden wegen Personalknappheit weniger (Bogenschießen, Kanufahren, Kochen, Backen, Radtouren, Basteln, Schwimmen/Baden, Reiten etc.). Die Handy-Nutzung wird reglementiert, wobei keine Einheitlichkeit der Regeln erkennbar war.

Stellungnahmen der Kliniken: Insgesamt lagen sieben Stellungnahmen zu Besuchsberichten von vier Kliniken vor. Neben Richtigstellungen von fehlerhaften Angaben im Bericht wurden von den Kliniken vor allem Angaben zur Personalausstattung und zum Beschwerdemanagement nachgereicht. Eine Klinik teilte mit, dass geplant ist, ein Schutz- und Präventionskonzept zu erarbeiten, bei dem eine Risikoanalyse und die Implementierung von Partizipationsmöglichkeiten wesentliche Bestandteile sind. In einer anderen Stellungnahme erläuterte eine Klinik ausführ-

lich ihre Vorgehensweise bei Unterbringungen und dass regelhaft auch bei freiwillig auf geschlossener Station untergebrachten Kindern und Jugendlichen ein richterlicher Beschluss eingeholt werde.

4.2.7 Impulse aus den Berichten

Die kinder- und jugendpsychiatrische Besuchskommission wünscht sich eine Verbesserung ihres Informationsstandes vor dem Besuch einer Klinik:

- Basisdaten zur Klinik (Ausstattung, Betten, Belegung, Personal)
- Anzahl von Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen im Jahr (Fortschreibung)

Weiterhin empfahl die Kommission bei angemeldeten Besuchen

- eine vorherige Information der Patientinnen und Patienten und Eltern über den Besuch,
- die Einbeziehung der Patientenfürsprechenden und der Verantwortlichen für das Beschwerdemanagement im Krankenhaus.

Wegen der Notwendigkeit, die Hilfesysteme der Kinder- und Jugendhilfe sowie Kinder und Jugendpsychiatrie zu verzahnen, sollen Absprachen mit dem für Jugend zuständigen Ressort getroffen werden. Letztlich sollte die Kooperation mit Jugendämtern und Heimen verbessert werden.

Das Beschwerdemanagement soll besser zugänglich gemacht werden. Hier sollten auch neue Medien (soziale Netzwerke) genutzt werden. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollten für Beschwerden sensibilisiert werden.

Die Kommission empfahl, die Möglichkeit einer größeren Beteiligung und Partizipation der Kinder und Jugendlichen zu prüfen und entsprechende Maßnahmen umzusetzen.

Die Kommission stellte fest, dass in einer Klinik außergewöhnlich viele Unterbringungen nach BbgPsychKG vorgenommen wurden. Weiterhin sollte darauf hingewirkt werden, die

Auswertung der Besuchsberichte

Sorgeberechtigten (Eltern) noch mehr einzu-
beziehen und dass eher Unterbringungen
nach dem Familienrecht angestrebt werden,
falls eine Unterbringung nicht gänzlich ver-
mieden werden kann.

4.3 Maßregelvollzug

Die Besuchskommission für den Maßregel-
vollzug (MRV) gliederte ihre Berichte in drei
Punkte:

1. Information der Einrichtungen (hierin er-
folgen u.a. Ausführungen zur Struktur der
jeweiligen Einrichtung und zum Personal)
2. Beobachtungen und Feststellungen der
Kommission und
3. Hinweise und Empfehlungen der Kommis-
sion.

Als Grundlage für den Bericht über die drei
Kliniken für forensische Psychiatrie im Land
Brandenburg, wurden insgesamt 12 Be-
suchsprotokolle ausgewertet. Die den Pro-
tokollen zugrundeliegenden Besuche fanden
im Zeitraum von September 2014 bis Juli
2018 statt. Alle Besuche der Kommission
MRV in diesem Zeitraum wurden vorher bei
der jeweiligen Klinik angemeldet. In den fol-
genden Ausführungen wird der wesentliche
Inhalt der Berichte sowie Feststellungen und
Empfehlungen, welche seitens der Kommis-
sion gemacht wurden, dargestellt. Am Ende
des Kapitels wird eine Bewertung (Stellung-
nahme nach § 2a BbgPsychKG) zur Auswer-
tung der Besuchsberichte vorgenommen.

4.3.1 Personal

Die Personalsituation wurde insgesamt als
befriedigend beschrieben. Wesentliche Auf-
gaben der Kliniken können im Allgemeinen
bewältigt werden. Jedoch existierte immer
noch ein Mangel an Ärztinnen und Ärzten.
Hierbei stellte es sich als schwierig dar,
geeignetes Personal für offene Stellen zu fin-
den. Teilweise wurde versucht, das Fehlen

von Ärztinnen und Ärzten durch die Einstel-
lung zusätzlicher Psychologinnen und Psy-
chologen zu kompensieren.

Zudem bestand ein Mangel an Pflegeperso-
nal beziehungsweise eine Unterbesetzung
an Pflegepersonen im praktischen Alltag bei
gehäuften krankheitsbedingten Ausfällen.
Um dem entgegenzuwirken, wurde in einer
Klinik beschlossen, die bisher bestehenden
40 Ausbildungsplätze in der Klinik auf 80 –
100 zu erhöhen, um damit auch aus den ei-
genen Reihen Personal zu generieren.

Es wurde darüber hinaus eine starke Zunah-
me an Patientinnen und Patienten, welche
gemäß § 126a StPO untergebracht sind,
verzeichnet. Durch damit einhergehende Ge-
richtstermine wird Pflegepersonal gebunden,
wodurch geplante Lockerungsmaßnahmen
nicht vollständig realisiert werden konnten.
Auch bei hohen Krankenständen bestanden
Schwierigkeiten, die Lockerungsmaßnahmen
bei Patientinnen und Patienten zu gewähr-
leisten. Aus denselben Gründen werden bei
den Kliniken teilweise auch Probleme gese-
hen, geplante Therapien umzusetzen. Bei
einer weiteren Verschärfung der Personalsi-
tuation bestehe die Gefahr, dass die Kliniken
ihren gesetzlichen Therapie-Auftrag nicht
mehr erfüllen können.

In einer Klinik war ein leichter Mangel an
Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten
sowie Bewegungstherapeutinnen und Bewe-
gungstherapeuten vorhanden.

4.3.2 Gebäude und Einrichtung

Von der Besuchskommission wurde die
räumliche und materielle Ausstattung als ge-
nerell gut eingeschätzt. Die Ausstattung sei
ausreichend und zweckmäßig und die Räum-
lichkeiten wurden als sauber und aufgeräumt
beschrieben.

Die Begegnungszimmer waren nach Ein-
schätzung der Kommission angemessen ein-
gerichtet. In einer Klinik wurde entsprechend

der Empfehlung der Besuchskommission das Begegnungszimmer renoviert, um mit der neuen Gestaltung eine angemessene und angenehmere Atmosphäre herzustellen. Auch die Krisenzimmer waren zweckmäßig ausgestattet. Darüber hinaus wurde 2018 ein Krisenzimmer erneuert. Auch eine von der Kommission als nüchtern wirkend und einfach gestaltet eingeschätzte Bibliothek wurde zusammen mit den Patienten neu gestaltet. In einer weiteren Klinik wurde der Bereich der Pforte durch Umbaumaßnahmen verbessert. Auch die Computeranlage zur Überwachung der Pforte wurde erneuert, nachdem die Kommission in Ihrem Bericht darauf hingewiesen hatte. Bei einer Klinik stand die sukzessiv erfolgte Renovierung aller Stationen vor dem Abschluss. Vorhandene Verbesserungsmöglichkeiten bei den baulichen Gegebenheiten und der Einrichtung wurden schrittweise umgesetzt.

Optimierungspotenzial gab es laut den Berichten der Kommission noch in der technischen Ausstattung der Patiententelefonie. Von der Kommission wurde stellenweise die mangelnde Privatsphäre der Patienten beim Telefonieren kritisiert, da sich die Patiententelefone in zwei Kliniken auf den Stationsfluren befinden.

4.3.3 Atmosphäre der Einrichtungen

Das Klima in den Kliniken wurde von der Kommission und auch von vielen Patientinnen und Patienten als angenehm und allgemein gut empfunden. Die Kliniken vermittelten laut den Berichten der Kommission eine ruhige und familiäre Atmosphäre. Die Räumlichkeiten wirkten freundlich und auch die Begegnungszimmer waren so gestaltet, dass eine adäquate und angenehme Atmosphäre herrschte.

Der Umgang mit den Patientinnen und Patienten wurde von der Kommission als respektvoll und zugewandt wahrgenommen. Somit war auf ein therapiefreundliches Klima zu schließen. Mehrere Patientinnen und

Patienten äußerten gegenüber der Kommission, dass sie sich in der Einrichtung wohl und sicher fühlten. Zudem berichteten viele Patientinnen und Patienten, sie seien mit den Therapeutinnen und Therapeuten sowie dem Personal auf der Station zufrieden und lobten das Personal als freundlich und hilfsbereit.

Es gab jedoch von einigen Patientinnen und Patienten auch kritische Anmerkungen zu einzelnen Klinikmitarbeitern. So wurden einzelne Mitglieder des Pflegepersonals als unfreundlich beschrieben, da diese einen als schroff empfundenen Umgangston pflegten. Vorhandene Spannungen beispielsweise zwischen Patientinnen bzw. Patienten würden in Kommunikationsgruppen erörtert und abgebaut. Von Seiten der Angestellten gab es gegenüber der Kommission keine Beschwerden.

4.3.4 Patientengespräche

Bei jedem Besuch einer Klinik bieten die Mitglieder der Besuchskommission den Patientinnen bzw. Patienten die Möglichkeit zu Einzel- oder Gruppengesprächen an. Dieses Angebot wurde stets von mehreren bis vielen Patientinnen und Patienten genutzt, um ihre Meinung, Beschwerden oder Wünsche zu äußern. Die Anliegen, welche die verschiedensten Inhalte zum Gegenstand haben, wurden anschließend der ärztlichen Leitung vorgetragen und mit ihr besprochen. Hierbei konnten die Beschwerden der Patientinnen und Patienten teilweise ausgeräumt werden.

Einige Patientinnen und Patienten brachten gegenüber der Kommission ihre Zufriedenheit mit der Klinik und der Behandlung zum Ausdruck. Manche Patientinnen und Patienten lobten das Personal und äußerten sich vereinzelt dankbar für die Therapie und freuten sich über ihre persönlichen Fortschritte.

Zudem wünschten sich einzelne Patientinnen und Patienten schnellere Therapiefortschritte und höhere Lockerungsstufen. Mehrere Patientinnen und Patienten bemängelten, dass

Auswertung der Besuchsberichte

Lockerungsmaßnahmen wegen Personal-mangel zum Teil nicht umgesetzt werden, zudem würden Therapieangebote wegen Personal-mangel teilweise ausfallen. Ein Patient befürchtete in diesem Zusammenhang eine Verzögerung der Therapie und damit eine Verzögerung seiner Entlassung. Darüber hinaus wurde von Seite der Patienten gegenüber der Kommission kritisch angemerkt, dass es häufige Personalwechsel gäbe, wodurch die notwendige Kontinuität der Therapie beeinträchtigt werde.

Einzelne Patienten äußerten zudem Unbehagen über die mangelnde Privatsphäre beim Telefonieren (siehe hierzu bereits Buchstabe b).

4.3.5 Akteneinsicht

Die Besuchskommission Maßregelvollzug überprüfte bei Ihren Besuchen die Aktenführung der Kliniken daraufhin, ob die gesetzlichen Vorgaben zur Dokumentation eingehalten werden. Ausgangspunkt für die Überprüfung der Patientenakten ist hierbei die Übersicht über die angeordneten Sicherungsmaßnahmen gemäß § 21 Abs. 3 Satz 6 BbgPsychKG. Die Einsicht der Patientenakten erfolgte, wenn die Patientinnen und Patienten hierfür ihre Einwilligung erteilt hatten. Die Kommission legte bei ihrer stichprobenartigen Überprüfung von Akten einen besonderen Fokus auf die Anordnung und Durchführung der besonderen Sicherungsmaßnahmen gemäß § 21 Abs. 2 BbgPsychKG, da diese Maßnahmen im besonderen Maße einen Eingriff in die Rechte der Patientinnen und Patienten darstellen.

Im Bereich der Dokumentation und Aktenführung waren stellenweise Verbesserungen zu verzeichnen. Neben einigen sehr positiven Beispielen für sorgfältige, vollständige, übersichtliche, detaillierte und nachvollziehbare Aktenführung, sah die Besuchskommission jedoch auch stellenweise Anlass zur Kritik. Nach wie vor wurde bei allen Kliniken bei verschiedenen Aspekten der Dokumentation großes Verbesserungspotenzial gesehen.

Die gesondert zu führende Auflistung besonderer Sicherungsmaßnahmen nach § 21 Abs. 3 S. 6 BbgPsychKG war nach den Feststellungen der Kommission stets vorhanden. Die Dokumentation in den Patientenakten war jedoch stellenweise nicht identisch mit dem gesonderten Verzeichnis besonderer Sicherungsmaßnahmen. Nach § 21 Abs. 3 BbgPsychKG ist jede besondere Sicherungsmaßnahme befristet anzuordnen. Diese Vorschrift war nicht immer beachtet worden. Die Anordnungen von besonderen Sicherungsmaßnahmen waren stellenweise zu allgemein und nur mit wenig aussagekräftigen Formulierungen und Schlagwörtern begründet worden. Nach Empfehlung der Besuchskommission sollten diese konkreter und aussagekräftiger sein.

Teilweise wurden von der Kommission Lücken in den Therapieplänen bemängelt. Aktuelle Behandlungspläne befanden sich teilweise nicht in der Hauptakte. So gab es in einer Klinik Diskrepanzen beim Inhalt der sowohl digital wie auch analog geführten Akte. Ein Einblick in die Behandlungspläne sei hier wegen der getrennten Aktenführung schwierig gewesen. In der Einrichtung sei später eine AG „elektronische Patientenakte“ initiiert worden, die Anforderungen der Forensik an eine elektronische Patientenakte erarbeiten soll.

Die Pflegedokumentation war in der Regel ausführlich und nachvollziehbar.

4.3.6 Sonstiges

Nach Schilderungen der Ärztinnen und Ärzte hatte sich die Zusammensetzung der Patientinnen und Patienten in jüngster Zeit verändert. Es waren vermehrt jüngere Patientinnen und Patienten zu verzeichnen, die sich gut mit ihrer Erkrankung sowie den bestehenden rechtlichen Möglichkeiten auskennen und eine Behandlung ablehnen würden. Die rechtlichen Vorgaben beschränkten allerdings eine Behandlung gegen den Willen der Patientinnen und Patienten, obwohl dies ärztlich befürwortet werde. Parallel hierzu sei

auch eine Zunahme der besonderen Sicherungsmaßnahmen zu verzeichnen.

In Bezug auf den Personalmangel wurde von der Besuchskommission der Hinweis gegeben, es sollte überlegt werden, welche gegebenenfalls auch unkonventionellen Möglichkeiten es gäbe, die Arbeitsplätze der Ärztinnen und Ärzte in den Einrichtungen attraktiver zu gestalten, um mehr Bewerberinnen und Bewerber für die offenen Stellen zu finden.

4.3.7 Stellungnahme zur Auswertung der Besuchsberichte

Die Auswertung der Besuchsberichte ergab auch für den Bereich MRV, dass die Rechte und die berechtigten Interessen aller Personen nach § 1 Absatz 2 BbgPsychKG im Allgemeinen gewahrt und die mit der Unterbringung nach dem Brandenburgischen Psychisch-Kranken-Gesetz verbundenen besonderen Aufgaben im Wesentlichen erfüllt werden. Jedoch waren insbesondere durch erhöhte Krankenstände und größere Personalbindungen durch die Begleitung zu Gerichtsterminen gerade im Bereich der Lockerungsmaßnahmen Defizite festzustellen. Die ärztlichen Leitungen haben dem MASGF auch im regelmäßig stattfindenden Arbeitskreis über die durch die steigenden Vorführungen zu den Gerichten entstandene prekäre Personalsituation in ihren Kliniken berichtet. Die derzeit angespannte Personalsituation ist insbesondere auf die Schwierigkeiten bei der Gewinnung von Fachkräften sowohl im therapeutischen als auch im Pflegebereich zurückzuführen. Dies verhindert vielfach eine zeitnahe Nachbesetzung offener Stellen. Verschärft wird dies für den Bereich des Maßregelvollzuges noch durch die bundesweit festzustellende überdurchschnittlich hohe Fluktuation im Pflegedienst.

Das MASGF prüft Möglichkeiten um den festgestellten Defiziten im Personalbereich entgegenzuwirken, damit auch in Zukunft eine angemessene personelle Ausstattung in den Maßregelvollzugseinrichtungen sichergestellt

werden kann. Dabei sind auch die Arbeits- und Lebensbedingungen von Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Pflegerinnen und Pflegern in den Blick zu nehmen. Um diese attraktiver zu gestalten und somit mehr Personal für die Arbeit in diesem wichtigen Bereich zu gewinnen, bedarf es Anstrengungen verschiedenster Akteure (Bund, Land, Landkreise, Kommunen sowie Krankenhausträger).

Die Hinweise und Kritikpunkte der Besuchskommission werden regelmäßig mit den Klinikleitungen und ärztlichen Leitungen in Besprechungen erörtert und darauf basierend Maßnahmen zur Verbesserung der Behandlungsqualität vereinbart. Die Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen wird von der Aufsicht auch durch Vor-Ort-Termine überprüft.

Eine Verbesserung der Privatsphäre beim Telefonieren befindet sich in der Umsetzung. Die Maßregelvollzugskliniken konnten sich auf einen Anbieter einigen, mit welchem bereits Verträge abgeschlossen wurden. Die neuen Tarife sind für die Patienten nun günstiger als die Vorherigen. Zur Wahrung der Privatsphäre wird den Patienten in einer der beiden betroffenen Kliniken ein mobiles Telefon zur Verfügung gestellt, hinzu kommt die Installation eines Festgerätes im Besuchszimmer. Somit werden den Patienten zukünftig pro Station zwei Telefone zur Verfügung stehen. Hier wird nach jetzigem Stand davon ausgegangen, dass die neue Patiententelefonie Ende April in Betrieb genommen werden kann. In der anderen Klinik wird den Patienten je Station ein mobiles Endgerät zur Verfügung gestellt. Die technische Installation der neuen Anlage ist in dieser Klinik bereits abgeschlossen. Darüber hinaus konnten in dieser Klinik im April dieses Jahres die Baumaßnahmen zur Einrichtung eines Begegnungszimmers abgeschlossen werden.

Dem von den Patienten kritisierten Verhalten der Mitarbeiter in einer Klinik lag eine Drogenproblematik innerhalb der Einrichtung

Auswertung der Besuchsberichte

zu Grunde. Die präventiven Reaktionen der Stationsleitung und der ärztlichen Leitung zur Verhinderung des Einbringens von Drogen wurden von einzelnen Patienten als unfreundlich aufgefasst. Hierzu ist festzustellen, dass zur therapeutischen Bearbeitung von Rückfällen und um ein therapeutisches Setting zu erreichen, auch gezielte Maßnahmen entsprechend §§ 22 und 24 BbgPsychKG wie beispielsweise Besuchsüberwachung und Tiefenkontrollen notwendig sind. Diese Maßnahmen dienen nicht nur zur Gewährleistung der weiteren Sicherheit in der Maßregelvollzugseinrichtung, sondern vorrangig zur psychischen Stabilisierung der Patienten. Zur besagten Drogenproblematik wurde von der Aufsicht ein umfassender Bericht zu den Geschehnissen sowie der aktuellen Sachlage von der Klinik angefordert. Der Bericht soll insbesondere detailliert auf alle Maßnahmen, welche von der Klinik ergriffen wurden, eingehen. Nach jetzigem Sachstand gab es seitens der Aufsicht nichts am Vorgehen der Klinik oder am Verhalten des Klinikpersonals zu beanstanden.

Die von der Besuchskommission im Einzelnen angesprochenen Mängel im Rahmen der Aktenführung, insbesondere in der Dokumentation der Sicherungsmaßnahmen, wurden durch die Chefärzte mit den Mitarbeitenden thematisiert. Die Aufsicht hatte zudem am 14.11.2017 in einer Klinik, u. a. auf Basis der von der Besuchskommission bei vorangegangenen Besuchen festgestellten Mängel, eine stichprobenartige Kontrolle der Dokumentation durchgeführt. Das Ergebnis wurde mit der Klinik ausgewertet. Die Aufsicht wird im Rahmen von weiteren Kontrollen der Dokumentation besonderer Sicherungsmaßnahmen zukünftig die Umsetzung der getroffenen Festlegungen prüfen. Darüber hinaus sollen im Rahmen der Umsetzung des vorgesehenen „Gesetzes zur Umsetzung der Richtlinie (EU 2016/680 für die Verarbeitung personenbezogener Daten durch Polizei sowie den Justiz und Maßregelvollzug des Lan-

des Brandenburg und zur Änderung weiterer Gesetze“ (BbgDSGPJM) die Formulare zur Dokumentation von Sicherungsmaßnahmen für alle Kliniken überarbeitet werden.

In Bezug auf das Beschwerdemanagement wurde den ärztlichen Leitungen der besagten Kliniken zur Wahrung der Anonymität von der Aufsicht empfohlen Beschwerdebriefkästen anzubringen, um den Patientinnen und Patienten eine freie Äußerung ohne subjektiv empfundene Nachteile zu ermöglichen. Deren Installierung wurde im Rahmen der nächsten Kontrolle seitens der Aufsicht überprüft und ist erfolgt. In einer der beiden Kliniken sind nun Beschwerdebriefkästen auf jeder Station vorhanden. Bei der anderen betroffenen Klinik wurde ein Beschwerdebriefkasten für die Patientinnen und Patienten gut sichtbar und zugänglich angebracht.

In Bezug auf die Klinik, in welcher der Seelsorger in das ärztliche und therapeutische Team integriert ist, lässt sich ausführen, dass neben dem Krankenhausseelsorger den Patienten auch eine offizielle interne Beschwerdestelle sowie ein externer vom Krankenhaus unabhängiger Patientenfürsprecher zur Verfügung stehen. Den Stationen wurden umgehend erneut entsprechende Flyer zur Verfügung gestellt, so dass die Informationen an die Patienten weitergegeben werden können. Darüber hinaus wurden die Stationsordnungen um Hinweise zum Beschwerdemanagement ergänzt. Bezüglich des Patientenfürsprechers, welcher nur über die Geschäftsleitung kontaktierbar gewesen sei, kann aktuell festgehalten werden, dass der besagte Patientenfürsprecher im Jahr 2018 verabschiedet wurde. Die neue Patientenfürsprecherin hat ihre Tätigkeit hier am 01.11.2018 aufgenommen.

Das von Seiten der Ärztinnen und Ärzte gegenüber der Kommission geschilderte veränderte Patienten Klientel wurde ebenfalls beim Arbeitskreis der ärztlichen Leitungen thematisiert. In der Sitzung wurde berichtet, dass es in

allen Maßregelvollzugseinrichtungen im Land innerhalb der letzten fünf bis sechs Jahre zu einem Anstieg der Aggressionen auch gegenüber dem Klinikpersonal gekommen sei.

Die Mitglieder der Besuchskommission Maßregelvollzug kommen Ihrem Ehrenamt mit besonderem Engagement und Gewissenhaftigkeit nach. Die Berichte der Kommission stellen eine wichtige Unterstützung für die Arbeit der Aufsichtsbehörden dar, um die Rechte der Patientinnen und Patienten zu wahren und darüber hinaus die Behandlungsqualität fortwährend zu verbessern. Damit diese wichtige Funktion von allen Mitgliedern der Besuchskommission bestmöglich wahrgenommen werden kann, ist es wichtig, dass diese von ihrem jeweiligen Arbeitgeber

die Möglichkeit eingeräumt bekommen, an den Besuchsterminen teilzunehmen. Dies gilt selbstverständlich auch für die Kommissionsmitglieder, welche im öffentlichen Dienst tätig sind (Richter, Staatsanwälte und mit Medizinangelegenheiten betraute Personen im öffentlichen Dienst).

Die im letzten Jahr erstmalig durchgeführte Besprechung mit der Besuchskommission Maßregelvollzug im MASGF unter Teilnahme des Landesamtes, die dem Austausch über Erfahrungen und organisatorische Aspekte diente, fand in einer sehr angenehmen und konstruktiven Atmosphäre statt und soll zukünftig fortgeführt werden, um die Kommission bei der Wahrnehmung dieser wichtigen Kontrollfunktion bestmöglich zu unterstützen.

5 | Stellungnahme des MASG

Die Besuchskommissionen sind im Zeitraum zwischen 2013 und 2018 ihrer Aufgabe nachgekommen zu überprüfen, ob die Rechte und berechtigten Interessen der psychiatrischen Patientinnen und Patienten gegenüber dem Krankenhaus gewahrt werden und ob die mit dem BbgPsychKG verbundenen gesetzlichen Aufgaben von den beliebigen Krankenhäusern erfüllt werden. Die Kommissionsmitglieder kommen ihrem Ehrenamt gewissenhaft und mit großem Engagement nach. Die verstärkte Unterstützung der Kommissionsarbeit durch das MASGF und das Projekt „Stärkung der Patientenrechte in der psychiatrischen Versorgung (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.) haben sich bewährt und werden von den Mitgliedern der Besuchskommissionen geschätzt.

Die Auswertung der Besuchsberichte ergibt insgesamt ein positives Bild: Die Rechte und berechtigten Interessen der Menschen mit psychischer Erkrankung oder seelischer Behinderung in den Brandenburgischen Kliniken werden gewahrt. Diese Aussage wird aus den Besuchsberichten abgeleitet, die ein Schlaglicht auf die Situation am Besuchstag werfen. Eine umfassende Kontrolle kann selbstverständlich durch Besuchskommissionen nicht geleistet werden. Die Fachaufsicht wird vom Landesamt für Soziales und Versorgung ausgeübt.

Die Besuchskommissionen beobachteten im Berichtszeitraum Fortschritte bei der Wahrung von Patientenrechten. Allerdings gefährdet der Mangel an qualifiziertem Personal den erreichten Stand. Das MASGF schätzt die Arbeit der Besuchskommissionen und dankt den Mitgliedern ausdrücklich für die geleistete ehrenamtliche Arbeit.

Auf die Kritik der Besuchskommissionen, dass insbesondere im Wochenend-Eildienst ‚fachfremde‘ Richterinnen und Richter eingesetzt würden, hat der Präsident des Brandenburgischen Oberlandesgerichts mitgeteilt, dass ein Einsatz ausschließlich von Richterinnen

und Richtern, die in Familien- oder Betreuungssachen tätig sind, nicht realisierbar sei und auch nicht erwartet werden könne. Soweit der Erlass von Unterbringungsbeschlüssen mit der maximalen Unterbringungsdauer von sechs Wochen von den Kliniken als ‚vielfach nicht erforderlich‘ kritisiert wird, sei dies nicht nachvollziehbar, da bei Wegfall des Grundes und entsprechender Antragstellung unverzüglich eine Aufhebung der Unterbringung durch das Gericht erfolge. Soweit die fehlende Aufklärung zu der Verfahrenskostenhilfe beanstandet wird, hat der Präsident des Brandenburgischen Oberlandesgerichts mitgeteilt, dass es nicht zu den Aufgaben der Gerichte gehöre, die Beteiligten darüber aufzuklären, und in Verfahren nach dem Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG) ohnehin eine Prüfung erfolge, von den Kosten aus Billigkeitsgründen abzusehen. Zu den weiteren in Bezug auf die Zusammenarbeit mit den Gerichten enthaltenen Kritikpunkten könne von Justizseite keine inhaltliche Stellungnahme erfolgen, da insoweit nicht ersichtlich ist, um welche Gerichte und welche Verfahren es sich handelt. Den Ausführungen des Präsidenten des Brandenburgischen Oberlandesgerichts schließt sich das Ministerium der Justiz und für Europa und Verbraucherschutz (MdJEV) an. Insoweit ist allerdings zwischen MASGF und MdJEV vereinbart, einen interdisziplinären Dialog zwischen den beteiligten Stellen anzuregen, auch um das gegenseitige Verständnis für die jeweiligen Rollen und Aufgaben zu fördern.

Aus Sicht der Kliniken sind die Besuche der Besuchskommissionen eine Möglichkeit der externen Qualitätssicherung und des Austausches von Ideen und Erfahrungen. Zunehmend wurden die Besuche von den Kliniken dafür genutzt, eigene Veränderungsbedarfe sichtbar zu machen und an die Besuchskommissionen heranzutragen. Für das MASGF ermöglichen die Besuchsberichte einen

vielschichtigen Einblick in die psychiatrische Versorgung und machen Herausforderungen und Problemlagen sichtbar, die sonst nicht oder nur verzögert deutlich würden.

Im Folgenden werden die Veränderungsimpulse bezogen auf die klinische Versorgung, die Besuchskommissionen sowie das MASGF zusammenfassend dargestellt. Ziel ist, zu einer Verbesserung der psychiatrischen Versorgung beizutragen und die wichtige Arbeit der Besuchskommissionen zu stärken und zu unterstützen.

5.1 Veränderungsimpulse an die klinische Versorgung

In Bezug auf die Angaben zur Personalausstattung wird angeregt, diese einheitlich nach Berufsgruppen und Abteilungen zu differenzieren, so dass die Angaben für die Mitglieder der Besuchskommissionen nachvollziehbar und zwischen den einzelnen Besuchen und Kliniken vergleichbar sind. Angeregt wird ebenfalls in Bezug auf die Personalausstattung verstärkt nachhaltige Überbelegungen anzustellen sowie Ausfallkonzepte zu entwickeln, um so eine Spirale zwischen Mehrbelastung und hohen Krankenständen zu vermeiden und die Mitarbeitenden vor Überlastung zu schützen. Auch die Weiterentwicklung spezifischer Fort- und Weiterbildungskonzepte sowie die Möglichkeit der Mitarbeitenden daran regelhaft teilzunehmen, wird empfohlen.

Im Umgang mit Unterbringungen, Zwangsmaßnahmen und besonderen Vorfällen wurden große Unterschiede festgestellt, die die Angaben kaum vergleichbar machen. Andererseits sind auch die Besuchsberichte selbst kaum vergleichbar. Dennoch sollten Anregungen der Besuchskommissionen aufgegriffen werden. Um beispielsweise bei fakultativ geschlossenen Stationen zwischen eher offenen und eher geschlossenen Stationen dif-

ferenzieren zu können, wäre das Führen von Schließprotokollen hilfreich. Empfohlen wird auch, bei Zwangsmaßnahmen und besonderen Vorfällen regelmäßig eine Nachbesprechung durchzuführen und den beteiligten Mitarbeitenden bei Bedarf eine psychologische Beratung anzubieten, um so die Belastung für die Mitarbeitenden zu verringern.

In Bezug auf die Wirksamkeit der Besuchskommissionen wird empfohlen, die Mitarbeitenden und Patientinnen und Patienten bei angemeldeten Besuchen vorab zu informieren und diese über die Arbeit der Besuchskommissionen zu informieren, um so eine Kontaktaufnahme zu erleichtern. Bei angekündigten Besuchen sollten die Chefärztinnen und Chefärzte sowie die Geschäftsführung als Gesprächspersonen für die Besuchskommissionen zur Verfügung stehen.

5.2 Veränderungsimpulse zur Arbeit der Besuchskommissionen

Die Akzeptanz der Arbeit der Besuchskommissionen und die Kooperation der Chefärztinnen und Chefärzte sowie der Geschäftsführungen mit den Besuchskommissionen ist im Berichtszeitraum deutlich gestiegen. Dies ist auch darauf zurückzuführen, dass das MASGF die Kliniken ausführlich über die Arbeit und Mitglieder der Besuchskommissionen sowie deren Rechte und Pflichten informiert hat. Die Kliniken wünschen eine offizielle Kontaktmöglichkeit zu den Mitgliedern der Besuchskommissionen (nicht nur über private Email-Adressen). Das MASGF arbeitet an einem Verfahren, das die Kontaktmöglichkeiten für beide Seiten verbessert.

Für die Ankündigung der Besuche hat sich bei den meisten Besuchskommissionen eine Ankündigung innerhalb weniger Tage oder Wochen bewährt. Bei Besuchen einer Klinik nach einem Wechsel der Chefärztinnen oder Chefärzte hat sich gezeigt, dass ein „neues

Stellungnahme des MASG

sich gegenseitig Kennenlernen“ mitberücksichtigt werden sollte und ein unangemelder Besuch direkt nach dem Amtsantritt ungünstig ist. Die Tendenzen, Besuchstermine sehr frühzeitig mitzuteilen, beim Besuch schon den darauffolgenden Besuch gemeinsam mit der Klinik zu vereinbaren, die nächsten anstehenden Besuchstermine in den Protokollen zu vermerken oder die Kliniken immer zum selben Zeitpunkt im Jahr zu besuchen, sollten hinsichtlich der Neutralität und der Wirksamkeit der Arbeit von den Besuchskommissionen kritisch überprüft werden.

Für einen Besuch sollten im Regelfall mindestens drei Mitglieder zur Verfügung stehen. Mindestanforderungen sollten für das Vorgehen bei Gesprächen mit Patientinnen und Patienten und die Dokumentation formuliert werden. Dasselbe gilt für den Umgang mit der Einverständniserklärung für die Einsicht in die Krankenakte. Der direkte Kontakt zu den Patientinnen und Patienten sowie die Begehung der Stationen sind Kernaufgaben der Besuchskommissionen.

Die Besuchsberichte können in ihrer Wirksamkeit verbessert werden, wenn sie zeitnah (maximal 3 Monate) nach dem Besuch an das MASGF geschickt werden. Die Aussagekraft der Besuchsberichte würde von einem einheitlichen Raster oder zumindest einer einheitlichen Gliederung profitieren. Bestimmte Angaben sollten in den Berichten immer enthalten sein: Datum und Dauer des Besuchs, Datum des vorangegangenen Besuchs, Datum der Berichtserstellung, Name und Unterschrift der Verfasserin bzw. des Verfassers, Seitenzahlen, Teilnehmende der Besuchskommissionen sowie die Gesprächspersonen in der Klinik. Um die Berichte übersichtlicher zu gestalten und von Wiederholungen frei zu halten, wäre die Einführung eines Datenblattes zur Größe, Ausstattung und Schwerpunktsetzung der jeweiligen Klinik sehr hilfreich. In den Berichten sollte deutlich zwischen den Wünschen und

Forderungen der Klinik und den Empfehlungen und Bewertungen der Besuchskommissionen unterschieden werden. Um die Fülle der Themen besser zu strukturieren, könnten jährlich wechselnd zentrale Themen (wie beispielsweise Nutzung von Freiflächen, Umgang mit Handy und Laptop, Erreichbarkeit Patientenfürsprechende, Umgang mit rauhenden Patientinnen und Patienten, ...) auf die sich alle Besuchskommissionen bei ihren Besuchen fokussieren, festgelegt werden.

5.3 Veränderungsimpulse zur Arbeit des MASGF

In alle Besuchskommissionen sollten Angehörige und Psychiatrie-Erfahrene regelhaft berufen werden. Es hat sich als günstig erwiesen, eine Besuchskommission mit mehr Mitgliedern auszustatten als nach dem Gesetz mindestens vorgesehen sind. Die jährlichen Treffen der Besuchskommissionen sowie die Treffen der Sprecherinnen und Sprecher werden weiter vom MASGF vorbereitet und durchgeführt. Sie sind wichtige Austauschforen und können die Qualität der Arbeit der Besuchskommissionen verbessern. Mehrfach wünschten sich die Mitglieder der Besuchskommissionen weiterführende Qualifizierungen und Handreichungen zur Erfüllung ihrer Aufgaben, insbesondere zur Prüfung der Einhaltung der PsychPV. Das MASGF wird weiterhin bei Bedarf Fortbildungen anbieten.

Angeregt wurde auch, dass den Besuchskommissionen im Vorfeld der Besuche schon Angaben zu den Kliniken insbesondere hinsichtlich der vereinbarten Kapazitäten und der Häufigkeit von Sicherheitsmaßnahmen zur Verfügung gestellt werden. Das MASGF und LASV werden Möglichkeiten prüfen, den Besuchskommissionen regelmäßig Basisinformationen über die Kliniken und Daten zu Unterbringungen und Sicherheitsmaßnahmen zur Verfügung zu stellen. Für den

Bereich Maßregelvollzug ist der Besuchskommission bereits zugesichert worden, bestimmte Daten auf schriftliche Anfrage beim LASV bereits vor den Besuchen zur Verfügung zu stellen.

Die Information der Kliniken über die Mitglieder der Besuchskommissionen sowie deren Rechte und Pflichten zu Beginn einer neuen Amtszeit hat sich bewährt und wird beibehalten werden. Das Verfahren im Umgang mit den Berichten, insbesondere die Anforderungen von Stellungnahmen zu den Besuchsberichten hat zu einer höheren Akzeptanz der Arbeit der Besuchskommissionen sowie zu einem differenzierteren Bild der berichteten Inhalte beigetragen. Das System der Rückmeldungen wird beibehalten.

Die Besuchskommissionen haben vorgeschlagen, die landesweite und kommunale Vernetzung zu stärken und dafür verbindliche Strukturen zu schaffen. Dabei wurden insbesondere für die Tätigkeit der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher Möglichkeiten sich landesweit zu vernetzen und fortzubilden gefordert. Das MASGF unterstützt die Arbeit der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher in den unabhängigen Beschwerdestellen der Brandenburger Krankenhäuser. Insbesondere sollen Angebote für die Qualifikation für eine Tätigkeit in psychiatrischen Stationen gemacht werden.

6.1 BbgPsychKG, § 2a Besuchskommissionen

(1) Das für Gesundheit zuständige Mitglied der Landesregierung beruft im Einvernehmen mit dem für Justiz zuständigen Mitglied der Landesregierung Besuchskommissionen, die jährlich mindestens einmal, in der Regel unangemeldet, die nach § 10 Absatz 2 bestimmten Krankenhäuser besuchen und darauf überprüfen, ob die Rechte und die berechtigten Interessen aller Personen nach § 1 Absatz 2 gegenüber dem Krankenhaus gewahrt und die mit der Unterbringung nach diesem Gesetz verbundenen besonderen Aufgaben erfüllt werden. Dies gilt auch für Unterbringungen in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen nach den §§ 1631b und 1906 des Bürgerlichen Gesetzbuches.

(2) Für jedes Versorgungsgebiet, das in der nach § 10 Absatz 2 erlassenen Rechtsverordnung genannt wird, soll eine Besuchskommission gebildet werden.

(3) Für Krankenhäuser, in denen Minderjährige behandelt werden, ist eine gesonderte kinder- und jugendpsychiatrische Besuchskommission zu bilden. Für deren Berufung ist auch das Einvernehmen mit dem für Jugend zuständigen Mitglied der Landesregierung herzustellen.

(4) Die Prüfung erfasst den Einzelfall sowie die allgemeinen Behandlungsbedingungen aller Stationen und Tageskliniken, die materielle und personelle Ausstattung und die Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen und Aufgabenträger. Den Besuchskommissionen ist hierfür auf Verlangen während den Geschäftszeiten Zutritt zu den entsprechenden Geschäftsräumen zu gewähren und die Einhaltung der Psychiatrie-Personalverordnung darzulegen. Zur Überprüfung ist den Besuchskommissionen Einsicht in die erforderlichen Unterlagen, insbesondere in die Stellenbesetzungs- und Dienstpläne zu gewähren. Bei den Besuchen können Patientinnen und Patienten

Wünsche, Anregungen und Beschwerden nach § 32 vortragen. Die Besuchskommissionen haben das Recht, die Krankenakten mit Einwilligung der Patientinnen und Patienten einzusehen.

(5) Die Besuchskommission legt alsbald nach einem Besuch dem für Gesundheit zuständigen Mitglied der Landesregierung einen Besuchsbericht über das Ergebnis der Überprüfung vor. Der Besuchsbericht hat auch Wünsche und Beschwerden von Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen; die Kommission soll dazu Stellung nehmen. Der Bericht soll auch angeben, ob die Personalausstattung des Krankenhauses den Anforderungen der Psychiatrie-Personalverordnung sowie den jeweils geltenden Regelungen entspricht. Den Bericht der kinder- und jugendpsychiatrischen Besuchskommission erhält das für Jugend zuständige Mitglied der Landesregierung umgehend zur Kenntnis. Einmal in der Legislaturperiode übersendet das für Gesundheit zuständige Mitglied der Landesregierung dem Landtag eine Zusammenfassung der Besuchsberichte und nimmt dazu Stellung.

(6) Den Besuchskommissionen müssen angehören:

- eine im öffentlichen Dienst mit Medizinalangelegenheiten betraute Person,
- eine Ärztin oder ein Arzt mit abgeschlossener Weiterbildung oder mindestens fünfjähriger Berufserfahrung im Fachgebiet Psychiatrie,
- eine Person im öffentlichen Dienst, die die Befähigung zum Richteramt oder zum höheren Verwaltungsdienst hat, und
- eine in der Betreuung psychisch Kranker erfahrene Person aus einem nichtärztlichen Berufsstand.

Personen im öffentlichen Dienst im Sinne von Satz 1 Nummer 1 und 3 sind auch ehemalige im öffentlichen Dienst Beschäftigte. In die kinder- und jugendpsychiatrische Besuchskom-

mission ist abweichend von Satz 1 Nummer 2 eine Ärztin oder ein Arzt mit einer abgeschlossenen Weiterbildung oder mindestens fünfjährigen Berufserfahrung im Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie zu berufen. Zusätzlich ist in diese Kommission eine Vertreterin oder ein Vertreter eines Jugendamtes zu berufen. Das für Gesundheit zuständige Mitglied der Landesregierung kann weitere Mitglieder, insbesondere aus Angehörigen- oder Betroffenenorganisationen, auch für einzelne Besuche oder Kommissionen, berufen.

(7) Die Mitglieder der Besuchskommissionen werden für die Dauer von fünf Jahren berufen. Ihre erneute Berufung ist zulässig. Sie sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Kenntnisse, die sie über persönliche Belange von Patientinnen und Patienten erlangen, sind vertraulich zu behandeln. Sie dürfen nur in einer Form in die Berichte aufgenommen werden, die Rückschlüsse auf einzelne Personen ausschließt, es sei denn, die Patientin oder der Patient hat schriftlich zuvor in die Weiterleitung oder Veröffentlichung der über sie gewonnenen Kenntnisse eingewilligt.

(8) Die Mitglieder der Besuchskommissionen sind unabhängig. Sie nehmen ihre Aufgaben ehrenamtlich wahr. Für ihre Entschädigung gelten die Vorschriften des Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetzes über die Entschädigung von ehrenamtlichen Richterinnen und Richtern entsprechend.

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

6.2 BbgKHEG, § 5 Beschwerdestellen

(1) Der Krankenhausträger richtet eine unabhängige Stelle ein, die Beschwerden von Patientinnen und Patienten entgegennimmt und bearbeitet. Die Aufgaben dieser Stelle werden

durch ehrenamtlich tätige Patientenförsprecherinnen und Patientenförsprecher wahrgenommen. Bedienstete des Krankenhausträgers oder Mitglieder seiner Organe können mit der Wahrnehmung der Aufgaben dieser Stelle nicht beauftragt werden.

(2) Die unabhängige Beschwerdestelle prüft Anregungen und Beschwerden der Patientinnen und Patienten und vertritt deren Anliegen gegenüber dem Krankenhaus. Eigene Erkenntnisse zur Patientenversorgung können von der unabhängigen Stelle geltend gemacht werden.

6.3 BbgPsychKG, § 32 Beschwerderecht

(1) Die untergebrachte Person hat das Recht, sich mit ihren Wünschen, Anregungen und Beschwerden in Angelegenheiten, die sie selbst betreffen, an die ärztliche Leitung zu wenden. Regelmäßige Sprechstunden sind einzurichten. In jedem nach § 10 Abs. 2 zuständigen Krankenhaus soll eine Patientenförsprecherin oder ein Patientenförsprecher benannt werden.

(2) Das Beschwerderecht der untergebrachten Person gilt auch gegenüber den Mitgliedern der Besuchskommissionen. Der ungehinderte Zugang zu den Mitgliedern der Besuchskommissionen während ihres Besuches in einem Krankenhaus ist zu gewährleisten.

(3) Die Möglichkeiten der Dienstaufsichtsbeschwerde bleiben unberührt.

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

6.4 BGB § 1906 Genehmigung des Betreuungsgerichts bei freiheitsentziehender Unterbringung und bei freiheitsentziehenden Maßnahmen

(1) Eine Unterbringung des Betreuten durch den Betreuer, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, ist nur zulässig, solange sie zum Wohl des Betreuten erforderlich ist, weil

1. auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung des Betreuten die Gefahr besteht, dass er sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt, oder
2. zur Abwendung eines drohenden erheblichen gesundheitlichen Schadens eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig ist, die Maßnahme ohne die Unterbringung des Betreuten nicht durchgeführt werden kann und der Betreute auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann.

(2) Die Unterbringung ist nur mit Genehmigung des Betreuungsgerichts zulässig. Ohne die Genehmigung ist die Unterbringung nur zulässig, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist; die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen.

(3) Der Betreuer hat die Unterbringung zu beenden, wenn ihre Voraussetzungen weggefallen sind. Er hat die Beendigung der Unterbringung dem Betreuungsgericht unverzüglich anzuzeigen.

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend, wenn dem Betreuten, der sich in einem Krankenhaus, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung aufhält, durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere

Weise über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig die Freiheit entzogen werden soll.

(5) Die Unterbringung durch einen Bevollmächtigten und die Einwilligung eines Bevollmächtigten in Maßnahmen nach Absatz 4 setzen voraus, dass die Vollmacht schriftlich erteilt ist und die in den Absätzen 1 und 4 genannten Maßnahmen ausdrücklich umfasst. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 4 entsprechend.

6.5 BGB § 1906a Genehmigung des Betreuungsgerichts bei ärztlichen Zwangsmaßnahmen

(1) Widerspricht eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff dem natürlichen Willen des Betreuten (ärztliche Zwangsmaßnahme), so kann der Betreuer in die ärztliche Zwangsmaßnahme nur einwilligen, wenn

1. die ärztliche Zwangsmaßnahme zum Wohl des Betreuten notwendig ist, um einen drohenden erheblichen gesundheitlichen Schaden abzuwenden,
2. der Betreute auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann,
3. die ärztliche Zwangsmaßnahme dem nach § 1901a zu beachtenden Willen des Betreuten entspricht,
4. zuvor ernsthaft, mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Ausübung unzulässigen Drucks versucht wurde, den Betreuten von der Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme zu überzeugen,
5. der drohende erhebliche gesundheitliche Schaden durch keine andere den Betreuten weniger belastende Maßnahme abgewendet werden kann,

6. der zu erwartende Nutzen der ärztlichen Zwangsmaßnahme die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegt und
7. die ärztliche Zwangsmaßnahme im Rahmen eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus, in dem die gebotene medizinische Versorgung des Betreuten einschließlich einer erforderlichen Nachbehandlung sichergestellt ist, durchgeführt wird.

§ 1846 ist nur anwendbar, wenn der Betreuer an der Erfüllung seiner Pflichten verhindert ist.

(2) Die Einwilligung in die ärztliche Zwangsmaßnahme bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts.

(3) Der Betreuer hat die Einwilligung in die ärztliche Zwangsmaßnahme zu widerrufen, wenn ihre Voraussetzungen weggefallen sind. Er hat den Widerruf dem Betreuungsgericht unverzüglich anzuzeigen.

(4) Kommt eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht, so gilt für die Verbringung des Betreuten gegen seinen natürlichen Willen zu einem stationären Aufenthalt in ein Krankenhaus § 1906 Absatz 1 Nummer 2, Absatz 2 und 3 Satz 1 entsprechend.

(5) Die Einwilligung eines Bevollmächtigten in eine ärztliche Zwangsmaßnahme und die Einwilligung in eine Maßnahme nach Absatz 4 setzen voraus, dass die Vollmacht schriftlich erteilt ist und die Einwilligung in diese Maßnahmen ausdrücklich umfasst. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 3 entsprechend.

6.6 BbgPsychKG § 18 Behandlung und Zwangsmaßnahmen auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge

(1) Die untergebrachte Person hat Anspruch auf eine zweckmäßige, notwendige und dem Stand der medizinischen Erkenntnis entsprechende Behandlung. Die Behandlung schließt die dazu notwendigen Untersuchungen sowie beschäftigungs- und arbeitstherapeutische,

heilpädagogische, psychotherapeutische, sozialtherapeutische und medikamentöse Maßnahmen ein. Die Behandlung hat Angebote und Maßnahmen des Gesundheitsschutzes und der Gesundheitsförderung für die untergebrachte Person einzuschließen. Die Behandlung ist ihr in einer ihrer Auffassungsgabe und ihrem Gesundheitszustand angemessenen Weise zu erläutern. Behandlungsmaßnahmen bedürfen der Einwilligung der untergebrachten Person, soweit nicht die Voraussetzungen der nachfolgenden Absätze 2 bis 5 vorliegen. Alle Behandlungsmaßnahmen und Einwilligungen sind in den Patientenakten zu dokumentieren.

(2) Eine medizinische Untersuchung und Behandlung sind ohne Einwilligung der untergebrachten Person zulässig, um den Erfolg eines Selbsttötungsversuchs zu verhindern. Eine Maßnahme nach Satz 1 ist auch zulässig, wenn von der untergebrachten Person eine schwerwiegende Gefahr für die Gesundheit einer anderen Person ausgeht und die Maßnahme verhältnismäßig ist.

(3) Eine medizinische Untersuchung und Behandlung sind bei Lebensgefahr oder schwerwiegender Gefahr für die Gesundheit der untergebrachten Person zulässig, wenn diese zur Einsicht in das Vorliegen der Gefahr und die Notwendigkeit der Maßnahme oder zum Handeln gemäß solcher Einsicht krankheitsbedingt nicht fähig ist.

(4) Eine Maßnahme nach Absatz 3 darf nur angeordnet werden, wenn

1. eine Patientenverfügung im Sinne des § 1901a Absatz 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches, deren Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen und gegen die Durchführung der Maßnahme gerichtet sind, nicht vorliegt,
2. die untergebrachte Person durch eine Ärztin oder einen Arzt über Notwendigkeit, Art, Umfang, Dauer, zu erwartende

Folgen und Risiken der Maßnahme in einer ihrer Auffassungsgabe und ihrem Gesundheitszustand angemessenen Weise aufgeklärt wurde,

3. der ernsthafte und ohne Ausübung von Druck unternommene Versuch einer Ärztin oder eines Arztes, ein Einverständnis der untergebrachten Person mit der Maßnahme zu erwirken, erfolglos geblieben ist,
4. die Maßnahme zur Abwendung einer Gefahr nach Absatz 3 geeignet und erforderlich ist, insbesondere weil die Behandlung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit den beabsichtigten Erfolg erwarten lässt und andere Mittel keinen Erfolg versprechen und
5. der von der Maßnahme erwartete Nutzen die mit der Maßnahme verbundene Belastung und den durch das Unterlassen der Maßnahme möglichen Schaden deutlich überwiegt, insbesondere weil die Behandlung erforderlich ist, um die tatsächlichen Voraussetzungen der freien Selbstbestimmung der untergebrachten Person so weit herzustellen, dass ein selbstbestimmtes Leben in Freiheit ermöglicht wird und ohne die Behandlung eine langfristige Unterbringung zu erwarten ist.

(5) Maßnahmen nach den Absätzen 2 und 3 dürfen nur von der ärztlichen Leitung angeordnet werden. Die Anordnung gemäß Absatz 3 bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts, bei Minderjährigen deren gesetzlicher Vertretung. Die Anordnung ist der untergebrachten Person vor Durchführung der Behandlungsmaßnahme schriftlich bekannt zu geben. Durchführung und Überwachung unterstehen der ärztlichen Leitung. Unberührt bleibt die Leistung erster Hilfe für den Fall, dass eine Ärztin oder ein Arzt oder eine gerichtliche Entscheidung nicht rechtzeitig erreichbar und mit einem Aufschub

Lebensgefahr oder eine gegenwärtige schwerwiegende Gefahr für die Gesundheit der untergebrachten Person verbunden ist. Die Gründe für die Anordnung einer Maßnahme nach Absatz 2 oder Absatz 3, in den Fällen des Absatzes 4 auch das Vorliegen der dort genannten Voraussetzungen sowie die ergriffene Maßnahme, einschließlich ihres Zwangscharakters, die Durchsetzungsweise, die Wirkungsüberwachung sowie der Untersuchungs- und Behandlungsverlauf sind in den Patientenakten zu dokumentieren. Gleiches gilt für Erklärungen der untergebrachten Person, die im Zusammenhang mit Zwangsmaßnahmen von Bedeutung sein können.

(6) Die zwangsweise körperliche Untersuchung der untergebrachten Person zum Gesundheitsschutz und zur Hygiene ist zulässig, wenn sie nicht mit einem körperlichen Eingriff verbunden ist. Sie darf nur von der ärztlichen Leitung angeordnet werden. Durchführung und Überwachung unterstehen ärztlicher Leitung.

(7) Eine Behandlung, die die Persönlichkeit der untergebrachten Person dauerhaft in ihrem Kernbereich ändern würde, ist unzulässig. Untergebrachte Personen dürfen auch dann nicht in Arzneimittelproben einbezogen werden, wenn dies nach anderen Vorschriften zulässig wäre.

6.7 BGB §1631 b Freiheitsentziehende Unterbringung und freiheitsentziehende Maßnahmen

(1) Eine Unterbringung des Kindes, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, bedarf der Genehmigung des Familiengerichts. Die Unterbringung ist zulässig, solange sie zum Wohl des Kindes, insbesondere zur Abwendung einer erheblichen Selbst- oder Fremdgefährdung, erforderlich ist und der Gefahr nicht auf andere Weise, auch nicht durch andere

öffentliche Hilfen, begegnet werden kann. Ohne die Genehmigung ist die Unterbringung nur zulässig, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist; die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen.

(2) Die Genehmigung des Familiengerichts ist auch erforderlich, wenn dem Kind, das sich in einem Krankenhaus, einem Heim oder

einer sonstigen Einrichtung aufhält, durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig in nicht altersgerechter Weise die Freiheit entzogen werden soll. Absatz 1 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

Impressum

**Ministerium für Arbeit,
Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie**
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Henning-von Tresckow-Straße 2-13
14467 Potsdam
www.masgf.brandenburg.de

Titel: real enrico, photocase.com

Karten: Landesamt für Umwelt,
Gesundheit und Verbraucherschutz,
Abteilung Gesundheit

Gestaltung: Connye Wolff

Druck: Druckerei Druckzone GmbH & Co. KG

Auflage: 500 Stück

Stand: August 2019