



LAND
BRANDENBURG

Ministerium für Soziales,
Gesundheit, Integration
und Verbraucherschutz



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

Inhalt

Inhalt	2
1. Ergebnisse der Überprüfung der psychiatrischen Krankenhäuser durch die Besuchskommissionen vom November 2018 bis 21. April 2023	3
Wesentliche Angaben der einzelnen Besuchskommissionen aus der Allgemeinpsychiatrie	5
Wünsche und Beschwerden von Patientinnen und Patienten	13
Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)	21
Maßregelvollzug	24
Die Stellungnahmen der Kliniken	24
2. Rechtliche Grundlagen der Besuchskommissionen	25
Dauer der Berufung und Zusammensetzung der Kommissionen	25
Rechte und Aufgaben	25
Zuständigkeit	27
Berichterstattung	29
Unabhängigkeit und Verschwiegenheit	29
Beschwerderecht der Patientinnen und Patienten	30
Für die psychiatrische Versorgung relevante Regelungen	30
S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“	30
Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)	31
Personalausstattung: Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V (PPP-RL)	32
Verfassungsrechtliche Anforderungen an die Fixierung von Patienten in der öffentlich- rechtlichen Unterbringung	35
Behandlung und Zwangsmaßnahmen, § 18 BbgPsychKG	37
Zwangsmaßnahmen bei Kindern- und Jugendlichen, § 1631b BGB	37
Patientenrechtegesetz und §§ 630a ff. BGB	37
Entlassmanagement, § 39 SGB V	38
Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB), § 115d SGB V	40
Neues Betreuungs- und Vormundschaftsrecht zum 1.1.2023	40
Patientenverfügung, § 1827 BGB	44
Eingliederungshilfe: Rehabilitations- und Teilhabeleistungen nach den Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)	44
3. Auswertung der Berichte der Besuchskommissionen im Einzelnen	47
Allgemeinpsychiatrie / Erwachsenenbereich	47
Bauliche Situation, räumliche Bedingungen, Atmosphäre in den Kliniken	49
Personalsituation, Erfüllung der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) und PPP-RL	50
Unterbringung, besondere Sicherungsmaßnahmen	50

Dokumentation, Akteneinsicht	52
Gespräche mit Patientinnen und Patienten.	52
Zusammenarbeit der Klinik mit anderen Behörden, Einrichtungen und dem Hilfesystem	52
Teilhabemöglichkeiten von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen	54
Beschwerdemanagement / Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher.	55
Kinder- und Jugendpsychiatrie.	55
Bauliche Situation, räumliche Bedingungen, Atmosphäre in den Kliniken	56
Personalsituation, Erfüllung der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) und PPP-RL	57
Unterbringung, besondere Sicherungsmaßnahmen	57
Dokumentation, Akteneinsicht	57
Beschwerdemanagement	57
Impulse aus den Berichten	58
Maßregelvollzug	58
4. Stellungnahme des MSGIV und des Präsidenten des Oberlandesgerichts.	65
Vermeidung von Unterbringungen und Zwang durch bessere regionale Verzahnung.	65
Vermeidung von Unterbringungen und Zwang durch Personalaufwuchs im Öffentlichen Gesundheitsdienst/SpDi.	66
Vermeidung von Unterbringungen und Zwang durch bessere Gesundheitsberichterstattung	67
Vermeidung von Unterbringungen und Zwang durch besseres Schnittstellenmanagement im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie (KiJu).	68
Fachkräftemangel und Anerkennung von ausländischen Fachkräften.	69
Ambulantisierung und entsprechender Kapazitätenaufwuchs in der psychiatrischen Krankenhauslandschaft	70
Landesübergreifende Initiative des MSGIV zu Adressierung der mit der Personal-Richtlinie PPP-RL verbundenen Herausforderungen.	71
Weitere Maßnahmen und Erläuterungen des MSGIV in der Folge der Berichte der Besuchskommissionen.	71
Der Präsident des Brandenburgischen Oberlandesgerichts bezieht schließlich zum Landtagsbericht wie folgt Stellung:.	72
Anhang – ausgewählte Gesetzestexte	74
BbgPsychKG, § 2a Besuchskommissionen.	75
BbgKHEG, § 5 Beschwerdestellen.	75
BbgPsychKG, § 32 Beschwerderecht	75
BGB § 1831, Freiheitsentziehende Unterbringung.	75
BGB § 1832, BGB Ärztliche Zwangsmaßnahmen	76
BbgPsychKG § 18, Behandlung und Zwangsmaßnahmen auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge	77
BGB §1631b, Freiheitsentziehende Unterbringung und freiheitsentziehende Maßnahmen	78

1. Ergebnisse der Überprüfung

1. Ergebnisse der Überprüfung der psychiatrischen Krankenhäuser durch die Besuchskommissionen vom November 2018 bis 21. April 2023

Einmal in der Legislaturperiode übersendet das für Gesundheit zuständige Mitglied der Landesregierung dem Landtag nach § 2a Absatz 5 Brandenburgisches Psychisch-Kranken-Gesetz (BbgPsychKG¹) eine Zusammenfassung der Besuchsberichte und nimmt dazu Stellung durch den vorliegenden, mittlerweile **fünften Bericht über die Tätigkeit der Besuchskommissionen**. Der Bericht behandelt den Zeitraum ab November 2018 bis zum Stichtag 21. April 2023.

Das 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 dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB). Für den Bereich des Maßregelvollzugs legt § 49 BbgPsychKG fest, dass eine eigenständige Besuchskommission zu bilden ist, wobei die Regelungen in § 2a BbgPsychKG entsprechend Anwendung finden. Gleiches gilt für die Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Die Besuchskommission legt nach § 2a Absatz 5 BbgPsychKG innerhalb von drei Monaten nach einem Besuch in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Fachabteilung 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** den jeweils geltenden Regelungen nach (§ 2a Absatz 5 BbgPsychKG) entspricht. Weitere gesetzliche Vorgaben an die Form der Berichterstattung, etwa im Sinne einer Gliederung der Berichte oder hinsichtlich von Stellungnahmen durch die psychiatrischen Krankenhäuser, gibt es nicht. Die Besuchskommissionen sind nach dem Willen des Gesetzgebers unabhängig.

Die einzelnen Besuchsberichte werden von der obersten Fachaufsicht im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg (MSGIV) gemeinsam mit der Fachaufsicht im Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (gestufte Fachaufsicht nach §§ 10 und 43 BbgPsychKG) bezüglich daraus hervorgehender Handlungsimpulse und Aufträge **geprüft**. Die Berichte werden laut BbgPsychKG **an das jeweilige Krankenhaus mit der Bitte um Stellungnahme geschickt**. Bei Bedarf werden auch andere Bereiche, wie beispielsweise das Krankenhausreferat oder der für die Gesundheits- und Heilberufe zuständige Bereich, in die weiteren Prüfungen mit einbezogen. Für die Berichte aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die Einbeziehung des für Jugend zuständigen des Ressorts im Brandenburger Ministerium für Bildung, Jugend und Sport (MBS) obligatorisch. Die Besuchskommissionen werden vom MSGIV darüber informiert, ob und ggf. welche Maßnahmen aufgrund ihres Besuchsberichtes ergriffen wurden. Unbenommen von dem geschilderten Verfahren steht es den Besuchskommissionen 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.

Einer Besuchskommission gehören Expertinnen und Experten der Psychiatrie aus ver-

¹ Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen sowie über den Vollzug gerichtlich angeordneter Unterbringung für psychisch Kranke (Brandenburgisches Psychisch-Kranken-Gesetz – BbgPsychKG) vom 6.2.1996

1. Ergebnisse der Überprüfung

schiedenen Gebieten an: Gesundheitsverwaltung, Psychiaterinnen und Psychiater, Juristinnen und Juristen, nicht-ärztliche Fachkräfte / psychiatrische Betreuung. 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.

Für den vorliegenden Bericht wurden **61 Berichte aus Allgemeinpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Maßregelvollzug ausgewertet**. Zu den meisten Berichten waren Stellungnahmen der Krankenhäuser angefordert worden. Coronabedingt ist dies nicht in allen Fällen geschehen und nachgehalten worden. Der aktuelle Bericht schließt nahtlos an den 4. LT-Bericht aus dem Jahr 2019 an, für den 88 BK-Berichte ausgewertet worden waren. Im Vergleich dazu hat sich die Datenbasis im aktuellen Bericht reduziert. Insgesamt ist allerdings seit der Einführung der Besuchskommissionen eine deutliche Steigerung der Besuche und Berichte zu verzeichnen:

- Aktueller Landtagsbericht: 61 BK-Berichte
- 4. LT-Bericht im Mai 2019: 88 BK-Berichte
- 3. LT-Bericht 2014: 34 BK-Berichte
- 2. LT-Bericht 2009: 21 BK-Berichte
- 1. LT-Bericht 2004: 12 BK-Berichte

Die insgesamt sieben Besuchskommissionen arbeiten seit ihrer Berufung im September 2021 (die im Rahmen einer ganztägigen Online-Veranstaltung stattfand) in der **fünften Amtsperiode**, die noch bis 2026 fort dauert. In den Jahren 2020 und 2021 erfolgten durch die Besuchskommissionen aus Infektionsschutzgründen deutlich weniger Besuche immer unter Einhaltung des Masken- und Abstandsgebots. In zwei Fällen erfolgte anstelle des Besuches eine Befragung per Fragenkatalog².

² Ebenfalls bedingt durch Corona hat es keine Besuche durch das European Committee for the Prevention of Torture or Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CTP) oder Nationale Stelle zu Verhütung von Folter gegeben.

Das MSGIV unterstützt das Wirken der Kommissionen, indem es diese beruft und aberberuft, grundsätzlich jährliche Treffen und Fortbildungen anbietet sowie kontinuierlich zur Verfügung steht. Darüber hinaus fördert das MSGIV seit 2015 das Projekt „Stärkung der Patientenrechte in der psychiatrischen Versorgung in Brandenburg“ (Träger: Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.), das die Arbeit der Besuchskommissionen zusätzlich durch Vernetzungs- und Fortbildungsimpulse unterstützt.

Bei rund **800 Unterbringungen pro Jahr nach BbgPsychKG** (in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind es rund zehn Unterbringungen pro Jahr im Land, Tendenz fallend³) kommen im Schnitt knapp vier Unterbringungen pro Monat auf je eine der 18 psychiatrischen Krankenhäuser und Fachabteilungen in Brandenburg. Unterbringungen nach § 1906 BGB kommen mit insgesamt rund 300 Unterbringungen pro Jahr seltener vor (in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind es rund 150 Unterbringungen pro Jahr nach § 1631b BGB, Tendenz steigend⁴). Die Unterbringungen dauern zum Teil nur wenige Tage, sodass es nicht ungewöhnlich ist, wenn die Besuchskommissionen nicht immer gesetzlich untergebrachte Patientinnen und Patienten antreffen. Treffen sie solche an und besteht seitens der Patientinnen und Patienten die Bereitschaft dazu, führen die Besuchskommissionen jedoch immer **Gespräche** mit ihnen. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist dies aufgrund der erforderlichen Einwilligung der Eltern bzw. Vormünder schwieriger umzusetzen.

Die Besuchskommissionen haben im Rahmen ihrer Tätigkeit psychiatrische Krankenhäuser und Fachabteilungen – zum Teil sehr kurzfristig – angemeldet und unangemeldet besucht, Personalstatistiken, Verordnungen, Richtlinien sowie Patientenakten eingesehen und nicht zuletzt mit medizinischem Personal und (un-

³ Quelle: Fachaufsicht LAVG

⁴ Quelle: Fachaufsicht LAVG

tergebrachten) Patientinnen und Patienten gesprochen. **Bei keinem Besuch wurde substantielle Behandlungskritik geübt oder gar ein Rechtsverstoß im Rahmen einer Unterbringung, Sicherungsmaßnahme oder Zwangsbehandlung festgestellt:** Laut den Berichten wurde sich bezüglich der Zwangsmedikation an die richterlichen Beschlüsse gehalten. Ausnahmen bildeten lediglich Fälle eines rechtfertigenden Notstands. Fixierungen fanden ebenfalls nur im Notfall statt, wobei ein richterlicher Beschluss vorlag bzw. nachträglich eingeholt wurde. Diese wurden ärztlich angeordnet, regelhaft überprüft sowie dokumentiert. Die Patientenöffentlichkeit wurde für den Zeitraum der Fixierung aus dem Zimmer ausgeschlossen. Laut der Berichte können diese Situationen häufig durch verbale Deeskalierung vermieden werden. Zu diesem Zweck wird das Personal regelhaft geschult. Fixierungen und Zwangsbehandlungen werden im Rahmen besonderer Vorkommnisse und der fallbezogenen Meldebögen an das Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG) und das zuständige Ministerium gemeldet. Die Berichte der Besuchskommissionen enthalten darüber hinaus für die Qualitätsentwicklung in der psychiatrischen Versorgung wertvolle Beobachtungen und daraus folgende Empfehlungen und Veränderungsimpulse, die im Folgenden zusammengefasst sind.

Wesentliche Angaben der einzelnen Besuchskommissionen aus der Allgemeinpsychiatrie

- Als wesentliche Veränderung zum Landtagsbericht aus dem Jahr 2019 wird die **Überarbeitung und Flexibilisierung der sanktionsbewehrten Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL)** angeregt, die 2020 an die Stelle der Psych-PV getreten ist. Aus den Berichten geht hervor, dass die strikte Einhaltung der PPP-RL u. a.

dazu führt, dass innovative aufsuchende Behandlungsformen sowie das stationsübergreifende Arbeiten in Teams gefährdet sind. Nach der neuen Personalverordnung werden 15-20 % mehr Personal benötigt. Dagegen sträuben sich laut Bericht jedoch die Krankenkassen, weil dafür kein Geld vorhanden sei.⁵ Das MSGIV wird daher gebeten, seine Möglichkeiten im Rahmen des föderalen Systems zu nutzen, um Qualität und Arbeitsfähigkeit der Psychiatrie im Land Brandenburg zu bewahren.

- In den Besuchsberichten wird eine beschleunigte und vereinfachte **Anerkennung ausländischer Abschlüsse** zur Gewinnung von medizinischem Fachpersonal angeregt.

Vor-/Nachsorge und rechtskreisübergreifende Vernetzung

- Zudem wird der weitere **Ausbau von teilstationären und ambulanten Angeboten** empfohlen, die stark in den psychiatrischen Krankenhäusern und Fachabteilungen durch Tageskliniken, psychiatrische Institutsambulanzen (PIAs) sowie die stationsäquivalente Behandlung (StäB)⁶ nachgefragt sind. Die Kommissionen halten differenzierte Angebote zur Versorgung im Vorfeld eines stationären Aufenthaltes für wichtig und weniger invasiv und bitten daher um Prüfung, wie die Kapazitäten des Hauses für nicht-stationäre Leistungen gestärkt werden können. Ein **Krisendienst 24/7**, der auch außerhalb der Dienstzeiten des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) ansprechbar ist, ist hier ebenfalls denkbar.

⁵ mehr zur PPP-RL in Kapitel 3, Seite 36 ff.

⁶ zu StäB in Rüdersdorf: Der Aufwuchs erfolgte schrittweise von fünf auf acht Patientinnen und Patienten jetzt auf bis zu 14 Patientinnen und Patienten. Es gibt drei Autos und entsprechend ist der Tourenplan zu legen. Pro Fahrzeug sind ein bis zwei Mitarbeiter eingeteilt. Zu Beginn beträgt die Behandlungszeit 45-60 Minuten. Parallel findet eine Begleitforschung im Rahmen bundesweiter Projekte mit 18 StäB-Kliniken statt. Weitere Begleitstudien finden im Universitätsklinikum statt. Bei StäB handelt es sich genau genommen nicht um ein teilstationär-ambulantes Angebot, sondern vielmehr um die aufsuchende Behandlung vollstationär behandlungsbedürftiger Patientinnen und Patienten im häuslichen Umfeld.

1. Ergebnisse der Überprüfung

- Bedauerlicherweise finde mit dem **Sozialpsychiatrischen Diensten (SpDi)** nicht immer eine enge Zusammenarbeit statt. Bei Unterbringungen und Entlassungen wird der SpDi informiert. Während des Aufenthaltes gebe es aber zum Teil kaum Kontakte oder Besuche durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des SpDi. Früher seien auch einzelne Fälle mit dem SpDi beraten worden. Die Kliniken wünschen eine transparente Wiedereingliederungshilfe in Kooperation mit dem SpDi.
- Für Patientinnen und Patienten mit geringerem Nachsorgeaufwand ist den Berichten nach die **Entlassungssituation** relativ unkompliziert, vor allem auch durch die gute Arbeit des vorhandenen Sozialdienstes in den Kliniken. Verbessert werden müssen aber die Anschlussperspektiven (intensivbetreute Wohnplätze, ambulante Versorgung) bis hin zu geschlossenen Unterbringungsmöglichkeiten für Systemherausforderinnen und -herausforderer jenseits der Psychiatrie: Der Bedarf an Wohnformen für Menschen mit komplexem Hilfebedarf sei größer als das Angebot. **Untergebrachte Personen seien teilweise sehr lange im Krankenhaus.** Hierdurch kann eine Chronifizierung von (weiteren) Störungen entstehen. Die Besuchskommissionen sind sich der Problematik bewusst, dass für Patientinnen und Patienten, die eine dauerhafte komplementäre Versorgung benötigen, keine einfachen Lösungen zur Verfügung stehen und die Zuständigen im Krankenhaus in einem Dilemma stecken. Eine **intensive aufsuchende psychiatrische und sozialarbeiterische Versorgung** und **fakultativ geschlossene Plätze in Heim der Eingliederungshilfe** könnten Alternativen darstellen, wenn bestimmte Bedingungen erfüllt sind. Die Kliniken regen erneut die **Etablierung von (geschlossenen) Heimen der Eingliederungshilfe** an, wie sie in ande-

ren Bundesländern für eine langfristige Versorgung bereits existieren. Die Personalprobleme in den Heimen würden durch vorschnelle und überflüssige Krankenhauseinweisungen und fehlende Wiederaufnahme abgewälzt.

Stationäre und ambulante psychiatrische Versorgung

- Es wird bemängelt, dass es zu wenige **niedergelassene Ärztinnen und Ärzte** im Bereich Psychiatrie und Psychosomatik gibt. Auch sei ein **ambulanter psychiatrischer Pflegedienst** geschlossen worden, weil keine Einigung mit den Krankenkassen möglich war.⁷
- Es bedürfe ausreichender **Investitionsmittel** des Landes im Sinne des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, um die Grundausstattung der Klinik zu gewährleisten bzw. zu verbessern.
- Nicht alle Einrichtungen sind **barrierefrei**. Nur unter großen Umständen ist in manchen Fällen ein Zugang möglich.
- **Hometreatment im Modellprojekt:** Da hier das Personal übergreifend im stationären und ambulanten Bereich eingesetzt wird, könne die Quotierung dem Bericht nach nicht richtlinienkonform erfolgen. Aktuell finden Verhandlungen mit Krankenkassen zur Verlängerung der Verträge statt. Scheitern diese Modellprojekte, käme es richtlinienkonform zu einer Personalzuordnung je Station und dann konsequenterweise zu einem Rückbau

⁷ Erläuterung: § 14 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) beinhaltet seit 1995 auch psychiatrische Krankheitsbilder. Entsprechend § 37 SGB V kann ambulante Pflege zur Vermeidung und Verkürzung von Krankenhausaufenthalten und zur Sicherstellung der Behandlung durch niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater verordnet werden. Die Richtlinien HKP (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V) schaffen seit 2005 eine einheitliche Grundlage für die ambulante psychiatrische Pflege in ganz Deutschland. Da die Richtlinien aber keine Umsetzungsbestimmungen enthalten und diese von jedem potenziellen Leistungserbringer einzeln ausgehandelt werden müssen, besteht bis heute keine flächendeckende Versorgung in Deutschland. Ab 2004 wurde ambulante psychiatrische Pflege im Rahmen von integrierten Versorgungsverträgen (§§ 140 ff. SGB V) an einzelnen Standorten etabliert.

der Modellprojekte und der experimentellen Behandlungsformen. Das wirft – so die Klinikleitungen – die Psychiatrie um 20 Jahre zurück. Ergebnis ist, dass die PPP-RL eine stationäre Behandlung bevorzugt. Innovative Behandlungsformen würden durch solche Strukturmaßnahmen gefährdet. In der Folge komme es zu einer Unterversorgung der Patientinnen und Patienten und damit zu einer weiteren Stigmatisierung. Der Rückbau teilstationärer und ambulanter Behandlungsformen widerspreche jedoch der Forschungs- und Studienlage, einschließlich der mehrheitlichen Ansicht der Fachgesellschaften und Ministerien für eine humane soziale Psychiatrie.

- **Modellfinanzierungen nach § 64b SGB V:** Auf diesem Weg könnten Pauschal- bzw. regionale Budgets geschaffen werden. In solchen Modellprojekten können die einzelnen Leistungen aus Sicht der Behandlungsperspektive entwickelt werden, anders als gegenwärtig, wo die Strukturperspektive maßgeblich für die Finanzierung der Leistungen ist.

Reduktion von Zwang und Hospitalisierung durch lange Unterbringungsauern

- Zwang und lange Unterbringungsauern in besonders herausfordernden Fällen ließen sich durch eine **bessere ambulante Versorgung und bessere Vernetzung** mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, dem Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi), dem ambulanten Bereich der niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater und Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie der Eingliederungshilfe (EGH) reduzieren.
- Zwei Kriseninterventionsräume in zwei Kliniken wurden mit **Videoüberwachungssystemen** ausgestattet, die durchgängig eingeschaltet und an einen Monitor im

Stationszimmer angeschlossen sind, der ein- und ausgeschaltet werden kann. Die Aufnahmen werden nach Auskunft der jeweiligen Stationsleitungen nicht gespeichert. Die Besuchskommissionen wurden darüber informiert, dass Patientinnen und Patienten, die diese Räume zur Absonderung freiwillig aufsuchen, über die Videoüberwachung informiert und in diese einwilligen würden. Einige Patientinnen und Patienten forderten die Videoüberwachung selbst ein. Die Besuchskommissionen halten optisch-elektronische Hilfsmittel (Video-Überwachung) für einen starken Eingriff in die Persönlichkeitsrechte der betroffenen Patientinnen und Patienten. Die Sicherungsmaßnahme wird in § 21 BbgPsychKG nicht geführt. Die konkrete Anwendung auf der Station sollte unter engen und transparenten Bedingungen stehen:

1. Die Patientinnen und Patienten werden über die Video-Überwachung informiert und haben zugestimmt. Die Zustimmung ist dokumentiert.
 2. Die Aufnahmen werden nicht aufgezeichnet (technische Möglichkeiten sollten auch ausgeschlossen sein).
 3. Die Anlage und der Monitor sind im Regelfall nicht in Betrieb, was äußerlich erkennbar ist.
 4. An der Kamera ist eindeutig erkennbar, wenn sie in Betrieb ist (Lichtsignal) bzw. wenn sie nicht in Betrieb ist.
- **Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten** werden erfasst, sofern Informationen über diese vorliegen. Auch werden Wünsche seitens der Patientinnen und Patienten berücksichtigt und beispielsweise mit Zetteln am Telefon sowie durch Markierungen im Krankenhausinformationssystem (Orbis) umgesetzt, etwa wenn die Personen keinen

1. Ergebnisse der Überprüfung

persönlichen oder telefonischen Kontakt zu Angehörigen etc. während ihres Aufenthaltes wünschen.

- **Fixierungen** fanden grundsätzlich als 5-Punkt-Fixierungen (die schrittweise gelockert werden) statt, zum Teil auch als 7-Punkt-Fixierung und mit einer 1:1 Betreuung im oder vor dem Patientenzimmer (mit leicht geöffneter Tür), je nach Einzelfall und „Wunsch“ des/der Betroffenen. Die Besuchskommissionen erfuhren, dass hierfür nachts eine Pflegekraft (examinierter Pflegerinnen bzw. Pfleger oder Pflegehelferinnen bzw. -helfer) abgestellt wird. Ansonsten verfügen die Kliniken über einen Pool an Personen, beispielsweise berenteter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, welche die Sitzwache kurzfristig übernehmen können. In dringenden Notfällen hilft die Polizei. Nach der Fixierung erfolgt laut Kliniken grundsätzlich eine Nachbesprechung mit den Betroffenen bzw. die Möglichkeit dazu.
- Aus dem Bericht geht hervor, dass Fixierungen, auch aufgrund des neuen **Deeskalationsmanagements**, deutlich abgenommen haben.
- Die Besuchskommission empfiehlt den Stationen hinsichtlich der Durchführung von Fixierungen, die **Aktenführung zu überprüfen** und ggf. zu vereinheitlichen, um die Übersichtlichkeit und Vollständigkeit der Dokumentation sicherzustellen. Die Patientendokumentation wirkte auf sie wegen der parallel verwendeten verschiedenen Medien (IT, Akte, Klemmbrett) unübersichtlich.
- Die meisten Fixierungen finden in Anwesenheit der Polizei statt. Die Zusammenarbeit sei gut, die Polizei (in den meisten Versorgungsregionen) ist binnen zehn Minuten anwesend. Eine therapeutische oder pflegende Wirkung durch die **Sitzwache** sei aber mangels entsprechenden medizinischen Personals nicht in allen Fällen gegeben. Die Krankenhausleitung ist aufgefordert, die entsprechende Betreuung aus eigenen Kräften oder durch geeignetes Fremdpersonal zu realisieren.
- **Zwangsmedikation** habe es nur selten gegeben. Grundsätzlich wurde die Erfahrung gemacht, dass nach einem richterlichen Beschluss die Einnahme der Medikamente freiwillig erfolgt. Es sei bisher nur einmal Zwang angewendet worden. Das Personal wird regelmäßig mit Deeskalations- und Fixierungstrainings in Bezug auf Zwangsmaßnahmen geschult.
- **Die Anzahl an Zwangsmedikationen** wird intern erfasst, aber nicht allgemein veröffentlicht, da die Daten mit denen anderer Kliniken nicht verglichen werden können. Noch gibt es keine landes- bzw. bundeseinheitliche Zählweise. Besteht die dringende nicht anders abwendbare Notwendigkeit, werden Patientinnen und Patienten auch zwangsbehandelt. Hinsichtlich der statistischen Erfassung ist zu bemerken, dass bereits die Drohung mit einer Zwangsbehandlung als Zwang erfasst wird. Die sich daraus ergebenden Fallzahlen sind ohne nähere Erläuterung extern nicht interpretierbar.
- Eine Zwangsbehandlung bzw. -medikation sei streng von anderen Situationen zu unterscheiden, in denen Medikamente zur Anwendung kommen. In Akutsituationen kommt auch eine **notfallmäßige Sedierung** („Rapid Tranquilization“) im Sinne von „Sicherungsmaßnahmen“ nach BbgPsychKG zur Anwendung.
- Die **technische Möglichkeit der Erfassung der Fixierungszahlen, Fixierungszeiten, Zwangsmedikationszahlen und der gesamten Liegezeit** pro Unterbringung sei zu verbessern. Schätzungsweise gibt es eine Zwangsmedikation gemäß PsychKG und circa 20 Zwangsmedi-

kationen gemäß BGB in der Klinik im Jahr. Eine orale Zwangsmedikation werde nicht durchgeführt, sondern Depotmedikation i. m. oder i. v. zuzüglich Labor und EKG.

- **Besondere Vorkommnisse** (z. B. Suizidversuche, Brandstiftungen, körperliche Übergriffe) sind den Aussagen nach zum Großteil nur auf wenige Patientinnen und Patienten zurückzuführen. Die Schwere der Ereignisse habe sich seit dem letzten Besuch der Besuchskommission nicht geändert. Die besonderen Ereignisse, einschließlich der in diesem Zusammenhang getroffenen Behandlungsmaßnahmen (z. B. Zwangsmedikation, Zwangsbehandlung, Isolierung), werden im Wege der klinikinternen ereigniskorrelierten Dokumentation erfasst. **Die Zahl der Ereignisse korreliert mit der Erfahrung und der Qualität der Ausbildung des Personals.** Die Fallzahlen werden demzufolge stationsübergreifend ausgewertet und die Stationen untereinander im Rahmen eines Qualitätsmanagements verglichen. Die Opfer von Übergriffen werden betreut. Klinikpersonal, das Übergriffen ausgesetzt gewesen war, wird durch das klinikinterne Nachsorgeteam zeitnah und niederschwellig betreut und bei der Vermittlung von psychotherapeutischer Hilfe unterstützt.
- Es zeichnet sich ein Anstieg der **Unterbringungen** ab. Erfreulich sei aber, dass die besonderen **Sicherungsmaßnahmen**, die Patientinnen und Patienten aber auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter belasten, seltener geworden sind. Im erfreulichen Trend läge auch die Anzahl **besonderer Vorkommnisse**. Hinsichtlich einer anderen Klinik heißt es hingegen: **Angriffe auf Klinikpersonal** nehmen zu, zumal mehr weibliche Kräfte beschäftigt sind. Das Notrufsystem wird ausgebaut und angepasst.

- Bei gewaltsamen Vorkommnissen wird laut Kliniken **Amtshilfe durch die Polizei** genutzt, die Zusammenarbeit verläuft sehr gut. Allerdings kann es bis zu 30 Minuten dauern, bis Amtshilfe eintrifft.
- Angeregt wird weiterhin die Einstellung von **Genesungsbegleiterinnen und -begleitern**⁸ mit dem Ziel der Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen und eines insgesamt achtsameren Umgangs mit Zwang.
- Die Etablierung des „**Potsdamer Tisches**“ und die **fakultative Öffnung von geschlossenen Stationen** ist aus fachlicher Sicht empfehlenswert, kann aber mangels Personals nicht immer umgesetzt werden.
- Es gibt darüber hinausgehend auch das „Konzept der offenen Türen“, d. h. die Türen bleiben auch bei erfolgten Unterbringungen offen und werden nur bei Weglauftendenz von der „Schwesternkanzel“ aus bei Bedarf kurzzeitig geschlossen. Die Person wird in diesem Fall angesprochen und zurückgelenkt. Dies bewertet die Besuchskommission positiv.
- Die Pflegedienstbereichsleitung führt für die Klinik aus: Etwa 10 % der Pflegekräfte besitzen eine **psychiatrische Zusatzausbildung**, die Tendenz ist je nach Bereitschaft steigend.

⁸ Die Bezeichnung (EX-IN-)Genesungsbegleiterin bzw. -begleiter oder (EX-IN-)Erfahrungsexpertin bzw. -experte steht für eine Person, die in der Rolle eines Patienten bzw. einer Patientin selbst in psychiatrischer Behandlung war und eine EX-IN-Schulung abgeschlossen hat. In dieser neuen Rolle helfen sie anderen Menschen durch ihre Krisen hindurch. EX-IN, abgeleitet von englisch Experienced Involvement, bedeutet sinngemäß Einbezug von Erfahrenen/Erfahrungswissen. Das EX-IN-Modell (und somit auch die Ausbildung) basiert auf der Überzeugung, dass Menschen, die psychische Krisen durchlebt haben, diese persönlichen Erfahrungen nutzen können, um andere Menschen in ähnlichen Situationen zu verstehen und zu unterstützen. Auf dieser Grundlage wurde ein europaweit gültiges Ausbildungsprogramm (Curriculum) entwickelt. In zwölf Modulen setzen sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer intensiv mit relevanten Themen auseinander und werden hierbei durch ein Moderatorenteam unterstützt. Während der Ausbildung werden sie zu Expertinnen und Experten ihrer eigenen Erfahrung und zu kompetenten Akteuren innerhalb des psychiatrischen Systems. Nicht zuletzt lernen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihre persönlichen Stärken und Ressourcen besser kennen und zu nutzen.

1. Ergebnisse der Überprüfung

- Die **therapeutische Gemeinschaft**, d. h. das Gespräch mit Mitpatientinnen und Mitpatienten, werde gefördert. Hierauf müssten allerdings Patientinnen und Patienten in der stationsäquivalenten Behandlung aufgrund des aufsuchenden Behandlungskonzepts in deren Lebensumfeld verzichten. Auf Nachfragen erfuhr die Besuchskommission, dass das **Therapieangebot für schwer Erkrankte** noch ausbaufähig ist und dass alltagsnahe Therapien, wie insbesondere das Vorbereiten und Zubereiten von Mahlzeiten, angeboten werden. Allerdings sind den Kliniken zufolge schwer und akut Erkrankte schon aufgrund ihres Gesundheitszustandes weniger in der Lage, diese Angebote wahrzunehmen.
- Innerstationäre **Lärmreduktion**: Die Besuchskommission regt auch an zu prüfen, wie die **Nachtruhe der Patientinnen und Patienten** gewährleistet werden kann.
- **Wichtig sei der Zugang zu Grünflächen, auch im geschützten Bereich**: Der menschenrechtliche Mindeststandard hinsichtlich des Aufenthaltes im Freien sei auch gegenüber Patientinnen und Patienten zu gewährleisten, die (noch) nicht für Belastungserprobungen vorgesehen sind. Der Aufenthalt im Freien sollte nur in den gesetzlich zulässigen Fällen beschränkt werden (vgl. insbesondere § 21 BbgPsychKG).
- **Suizidprävention**: Hervorzuheben ist das anhaltende und kreative Bestreben, Suizidmöglichkeiten zu verringern. So befinden sich z. B. abgeschrägte Türklinen auf den Stationen oder abgesenkte Haltegriffe in den Duschen.
- Die Besuchskommissionen regen an, Personen, die nicht über eigene **Telefone** verfügen, bei Bedarf Telefonate mit Angehörigen, Anwältinnen und Anwälten

oder auch Behörden – auch in vertraulicher Atmosphäre – zu ermöglichen.

- Den Besuchskommissionen wurde berichtet, dass sich psychiatrische Patientinnen und Patienten nur wenig an **Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher** wenden – wenn dann mit fachlichen Beschwerden (Behandlungsmaßnahmen etc.).
- Patientinnen und Patienten sollten regelmäßig schriftlich über die therapeutischen und weiteren Angebote durch einen **Therapieplan** mit Angaben für jeden Tag informiert werden. Gleiches gilt für Angebote eines „Rückzugs“-Zimmers.

Entlassmanagement

- Keine/r der Patientinnen und Patienten werde in „offene Verhältnisse“, z. B. in die **Obdachlosigkeit** entlassen. Dies erfolge nicht einmal dann, wenn die zuständige Krankenkasse die Kostenübernahme nicht verlängert. Die Organisation der künftigen Lebensverhältnisse gestaltet sich allerdings gelegentlich sehr schwierig. Dass **im Notfall auch überregionale Unterkünfte** (u. a. auch die Großeinrichtung in Warendorf, NRW) gesucht werden müssen, wird als nicht hinnehmbar geschildert. Als Beispiel für den Missstand wird ein Patient erwähnt, der seit etwa acht Monaten untergebracht ist und dessen Entlassung bevorsteht: Drei Einrichtungen wurden angefragt, alle lehnten ab. Diese Ablehnungen seien nur möglich, weil es **im außerklinischen komplementären Bereich keine Versorgungsverpflichtung** gibt, sodass jede Einrichtung selbst und in eigener Zuständigkeit entscheiden dürfe. Gelöst werden könnte dieses Problem durch eine Versorgungsverpflichtung im außerklinischen Bereich, die zurzeit aber als nicht konsensfähig eingeschätzt wird. Der **Ge-**

meindepsychiatrische Verbund wäre eine sinnvolle regionale Organisationsstruktur für eine solche gemeinsame Vereinbarung und eine Verpflichtung aller Träger der psychosozialen Versorgung einer Region, auch Patienten mit komplexen Hilfebedarfen zu betreuen.

- Alle Patientinnen und Patienten, die aus der besuchten Klinik entlassen werden, seien entweder in der **Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA)** angebunden und erhalten dort einen Termin oder es gibt bereits zuständige ambulant behandelnde Ärztinnen und Ärzte. Die **Verzeichnisse der Anschlussärzte, der Betreuerinnen und Betreuer, der Pflegedienste und Heime** sind vorhanden, die notwendigen Folgerezepte und Organisation von Hilfsmitteln werden vom Krankenhaus aus eingeleitet. Hierfür gibt es **vier Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter** für die Stationen sowie die Tagesklinik. Es finden Entlassungsgespräche im Team statt, an denen auch die Angehörigen teilnehmen. Ziel der Entlassung sei die **Adhärenz**, also die Behandlung auf Augenhöhe und nicht die Compliance. Behandlungspläne werden abgesprochen. Ein Entlassmanagement nach § 39 SGB V wird angeboten.

Personalausstattung

- Der zunehmende **Mangel an Fachkräften**, insbesondere im Pflegebereich, stellt den Berichten nach eine erhebliche Bedrohung für die psychiatrische Versorgung der Bevölkerung dar.
 - Fehlendes Personal wird durch **Arbeitnehmerüberlassung** abgesichert.
 - Die Besetzung von Stellen im Bereich der **Ergotherapie** wird zunehmend schwieriger.
- Angehörige, Gerichte, Betreuerinnen und Betreuer, Sozialpsychiatrische Dienste und Polizei**
- Schwierigkeiten gebe es bei der angemessenen **Einbeziehung von Angehörigen**, ohne Schweigepflichten gegenüber den Erkrankten zu verletzen.
 - Die **Zusammenarbeit mit den Gerichten** wird den Besuchskommissionen als grundsätzlich gut beschrieben, könnte aber durch Informations- und gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen verbessert werden, da es sehr wichtig ist, dass sich Richterinnen und Richter auch mit der psychiatrischen Thematik auskennen. Es gibt eine unterschiedliche Praxis in Art und Umfang bei Verfahren zu freiheitsentziehenden Maßnahmen, diese ließe sich aber durch gemeinsame Fortbildungen bearbeiten. Ein Problem sind auch lange Wartezeiten auf Entscheidungen sowie eingeschränkte Geschäftszeiten im Vergleich zur Klinik, die durchgehend 24/7 arbeitet. Angeregt wird ein interdisziplinärer Dialog der für Unterbringungen zuständigen Richterinnen und Richtern bzw. Familiengerichte und den Ärztinnen und Ärzten der psychiatrischen Kliniken an, mit dem Ziel, das gegenseitige Verständnis für die jeweiligen Rollen und Aufgaben zu fördern. Es geht u. a. um die Förderung des gegenseitigen Verständnisses für die jeweiligen Rollen und Aufgaben.
 - **Betreuerinnen und Betreuer** seien zum Teil schwer zu erreichen. Es gibt zu wenig Betreuerinnen und Betreuer und Probleme bei der Nachsorge.
 - Die Kooperation mit den **Sozialpsychiatrischen Diensten** der Gesundheitsämter wird in der Regel als hilfreich beschrieben, könnte aber durch bessere Vernetzung verbessert werden.
 - Den Besuchskommissionen wurde ge-

1. Ergebnisse der Überprüfung

schildert, dass die Polizei bei Einsätzen (Anm. des Verfassers: Außerhalb der Klinik) nicht immer adäquat erkennt, wenn es sich um Patientinnen oder Patienten handelt. Die **Zusammenarbeit mit der Polizei**, über die ein erheblicher Teil der Unterbringungen erfolgt, habe sich aber erheblich durch Gesprächsrunden und Weiterbildung in den Krankheitsbildern sowie Erklärung des Behandlungsansatzes der offenen Tür (Potsdamer Tisch) verbessert. Bei manchen Polizeiwachen gibt es zudem einen für psychisch Erkrankte zuständigen Beamten bzw. eine Beamtin. In Anbetracht der guten Ergebnisse gemeinsamer Fortbildungen mit der Polizei und/oder den Gerichten sollte hier eine verbindliche Vorgabe geprüft werden.

Ausdrücklich positiv aufgefallen sind den Besuchskommissionen:

- die Begleitung von **Angehörigengruppen**,
- die Beschäftigung von **Genesungsbegleiterinnen und -begleitern**,
- das **System von gewählten Patientenvertretungen** auf manchen Stationen,
- der **Besuch von Klinikmitarbeiterinnen und -mitarbeitern in „Heimen“ (besondere oder unterstützende Wohnformen)**, um für einzelne Patientinnen und Patienten eine bessere Versorgung vorzubereiten,
- die **systematische Zusammenarbeit mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst**, beispielsweise durch regelmäßige gemeinsame Treffen,
- regelmäßige **Schulungen und Supervisionen** zur Gewaltvermeidung,
- der **offene Aushang auf den Stationen**, in dem der Besuch der Kommission bekannt gegeben und auf die Gesprächsmöglichkeit hingewiesen wurde.

Ausdrückliche Anregungen der Besuchs-

kommissionen für das MSGIV

- Die Besuchskommissionen bitten das MSGIV, **die Informationen über die Nichterfüllung der PPP-Mindestvorgaben routinemäßig an die Besuchskommission weiterzugeben**, in deren Versorgungsgebiet das entsprechende Krankenhaus liegt.
- **Reduktion der Prüfungsanforderungen** für Fragen der Personalausstattung an die Besuchskommissionen durch den Landesgesetzgeber: Die Kommissionen sehen sich fachlich nicht immer in der Lage, dieser Prüfanforderung nach § 2a Absatz 4 BbgPsychKG zu genügen. Dies sei eine fachliche Überforderung. Vielmehr sehen die Kommissionen diese Aufgabe bei den dafür zuständigen Behörden. Sie könne und solle nicht auf ehrenamtlich Tätige abgewälzt werden.
- In Anbetracht der guten Ergebnisse gemeinsamer **Fortbildungen mit der Polizei und/oder den Gerichten** sollte hier eine verbindliche Vorgabe geprüft werden.
- Die Veränderungen des **Prüfverfahrens durch das MdK-Reformgesetz** scheinen die Kliniken vor unerfüllbare Anforderungen zu stellen. Eine Begleitung durch die Landespolitik scheint angezeigt zu sein.
- **Die Zulässigkeit von Videoüberwachung** sollte überprüft werden. Sie darf nur in Ausnahmefällen und unter bestimmten, transparenten Bedingungen genutzt werden. Bei Nicht-Verwendung sollte die Anlage komplett ausgeschaltet sein.
- Die Kommission hält **differenzierte Angebote zur Versorgung im Vorfeld eines stationären Aufenthaltes** für wichtig und weniger invasiv und bittet daher um Prüfung, wie die Kapazitäten der Kliniken für nicht-stationäre Leistungen gestärkt werden könnten.

- Die Kommissionen bitten das MSGIV weiterhin, die im Bericht des vergangenen Jahres genannten Anregungen für das MSGIV zu prüfen und der Kommission eine **Rückmeldung** zu geben.
- Die Besuchskommissionen sind sich der Problematik bewusst, dass für Patientinnen und Patienten, die eine dauerhafte, komplementäre Versorgung benötigen, keine einfachen Lösungen zur Verfügung stehen und die Versorgenden im Krankenhaus in einem Dilemma stecken. Eine **intensive aufsuchende psychiatrische und sozialarbeiterische Versorgung und fakultativ geschlossene Plätze in Heimen** können Alternativen sein, wenn bestimmte Bedingungen erfüllt sind. Eine Klinik regte erneut die Etablierung von (geschlossenen) Heimen an, wie sie in anderen Bundesländern für eine langfristige Versorgung bereits existieren.
- Die Besuchskommissionen empfehlen eine **(systematische) Erfassung von Tätlichkeiten** und gemeinsame Auswertung, um Strategien zu verbessern (Deeskalation, Notrufsysteme, Selbstsicherheit etc.).
- Die Besuchskommissionen regen an, **erstmalige Unterbringungen möglichst nur für eine kurze Zeitdauer zu beantragen** und sodann ggf. Verlängerungen zu beantragen, um Grundrechtseingriffe der Betroffenen möglichst gering zu halten.

Wünsche und Beschwerden von Patientinnen und Patienten

- Vier Patientinnen und Patienten äußerten den Wunsch, mit der Besuchskommission zu sprechen. Sie hatten keine Beschwerden vorzubringen, sondern äußerten sich **positiv über Behandlung und Personal**.
- Bei einem Besuch war nur eine Patientin stationär untergebracht. Mit ihr war nur ein einfaches Gespräch möglich, sie zeigte

sich **örtlich und zeitlich nicht orientiert**, antwortete in Floskeln und nicht adäquat. Die Krankenakte wurde eingesehen. Es fand sich eine Betreuungsanregung und ein Unterbringungsantrag vom 26. Oktober in der Akte sowie ein Unterbringungsbeschluss nach PsychKG vom 26. Oktober bis 22. November, ferner ein Betreuerbestellungsbeschluss vom 26. Oktober 2021. Ein Verfahrenspfleger war aus dem Tenor nicht ersichtlich, was laut Klinik jedoch nicht unüblich sei. Der Kontakt mit der Betreuerin, hier vom Betreuungsverein, wurde als gut geschildert, diese sei bereits hier gewesen und habe auch bereits die Heimaufnahme organisiert. Die Patientin sei immer noch sporadisch stationsflüchtig, deshalb bleibe die Unterbringung aufrechterhalten.

- Herr X erklärte gegenüber der Besuchskommission: Er sei hier „**relativ zufrieden**“, Essen sei gut, er sei seit 3 Monaten hier, er komme aus Y. Er führte zur Medikation aus (2x Depotmedikation) sowie zu den Umständen seiner Aufnahme (war aus der geschlossenen Einrichtung abgängig und in den falschen Zug gestiegen). Einmal am Tag gebe es einen Spaziergang, Handy stehe zur Verfügung, Zigaretten nach Zuteilung des Geldes durch den Betreuer/das Heim oder durch Dritte, Kleidung habe er von Station bekommen, fixiert sei er hier nicht worden, bei Ärger mit Mitpatienten sage das Personal nichts. Er habe nicht wählen gehen und sein Wahlrecht nicht wahrnehmen können.

Die Klinik bemängelte hingegen den Kontakt zum Betreuer, seit Wochen werde die Rückführung nach Y angestrebt, letztlich werde morgen ein Sozialarbeiter der Klinik den Betroffenen mit Zug nach Hause begleiten. Der Betreuer habe nichts organisiert.

1. Ergebnisse der Überprüfung

- Nach PsychKG ist die Besuchskommission befugt, Einsicht in die Krankenakte zu nehmen, wenn der bzw. die Erkrankte zustimmt. Es wurde ein Fall geschildert, in dem ein Patient der Akteneinsicht ausdrücklich zustimmte, doch die Besuchskommission davon absah, Akteneinsicht zu nehmen, da nicht sichergestellt war, dass sich der Patient über das Ausmaß und den Inhalt der Zustimmung im Klaren war. Der Patient berichtete gegenüber der Besuchskommission, dass bisher keine Kontaktaufnahmen durch das Gericht oder die Betreuenden erfolgt seien. Die voraussichtliche Dauer seines Krankenhausaufenthalts sei ihm unbekannt. Der Patient vermeldete im Übrigen **Probleme mit den Augen**, die bisher unbehandelt geblieben seien. Auf Nachfrage erfuhr die Besuchskommission von den Stationsbeschäftigten, dass Kontakt zur betreuenden Person bestehe und dass damit die notwendige Fürsorge für den Erkrankten gewährleistet sei. Die Vorstellung in der Augenklinik war bereits organisiert. Eine zweite Patientin war kurz vor dem Gesprächsbeginn von einem begleiteten Ausgang im Klinikgelände auf die Station zurückgekehrt. Sie sei schon mehrmals in der Klinik behandelt worden. Sowohl die **Behandlung als auch Unterbringung würden ausschließlich positiv** geschildert. Die Klinik, ihre Beschäftigten und deren Leistungen würden als unabdingbar für die Wiederherstellung der Gesundheit wahrgenommen. Eine/ein dritte/r Patientin/Patient (im Rollstuhl) werde seit fünf Wochen in der Klinik mit stundenweisen Unterbrechungen für Aufenthalte zu Hause behandelt. Auf Nachfrage erfuhr die Besuchskommission, dass die Patientin/der Patient einen Behandlungsplan erhalten habe und somit über die Inhalte ihrer Behandlung informiert sei. Die Patientin/der Patient klagte über folgende Umstände der räumlichen Unterbringung:

Das Gebäude sei sehr hellhörig, sodass die Geräusche der Mitpatientinnen und Mitpatienten und Patienten eher laut vernehmbar seien. **Für Rollstuhlfahrende seien die Toiletten zu eng**, was das Stationspersonal im Grundsatz bestätigte. Das Stationsbad bzw. die Stationstoilette seien zudem faktisch nicht nutzbar, da dieser Raum auch als Abstellfläche genutzt werde, und letztlich seien auch die Kissen der Betten sehr schlecht. Die Patientin/der Patient bemängelte, dass er/sie sich aufgrund seiner/ihrer körperlichen Beeinträchtigung nicht im Bett ohne Weiteres aufrichten könne, da ein „Bettgalgen“ nicht vorhanden sei. Da es sich aufgrund der Tatsache, dass Patientinnen und Patienten im Durchschnitt älter werden und entsprechende körperliche Beeinträchtigung mitbringen, nicht um einen Einzelfall handeln dürfte, regte die Besuchskommission an, hier durch größere Flexibilität bei der Gestaltung der Betten Abhilfe zu schaffen. Dass **kein „Bettgalgen“** montiert ist, wurde vom Stationspersonal auch gegenüber Patientin mit **Suizidvorsorge** erklärt. Im Zuge des begleiteten Gesprächs mit den Stationsbeschäftigten erfuhr die Besuchskommission noch, dass die Menschen nicht anhand ihrer Krankheitsbilder den Stationen zugeordnet werden, die Durchmischung (mit verschiedenen Krankheitsbildern auf einer Station) wird positiv gewertet.

- Die Besuchskommission führte drei Gespräche, davon mit zwei der nach PsychKG untergebrachten Patientinnen und Patienten. Alle befragten Patientinnen und Patienten wünschten sich **mehr Arzt- oder Therapeutenkontakt**, die beiden befragten, untergebrachten Patientinnen und Patienten schienen keine hinreichenden Informationen hinsichtlich ihres Entlassungsszenarios zu haben.

- Zum Zeitpunkt des Besuches war keine Patientin und kein Patient fixiert. Eine Patientin sei die Nacht zuvor fixiert gewesen. Die Maßnahme schien mit der Patientin im Nachgang besprochen worden zu sein. Die Patientin klagte darüber, dass das Pflegepersonal unsensibel sei und sie im Rahmen der Fixierung geschlagen worden sei. Darüber hinaus habe sie nur **wenig Arztkontakt**. Die Patientin wünschte sich, mit ihren Problemen ernster genommen zu werden. Die Patientin klagte auch darüber, ihr Mobiltelefon (noch) nicht zurückerhalten zu haben, um sich abzulenken. Auf telefonische Rückfrage eines Mitglieds der Besuchskommission am Folgetag des Besuches erklärte die Station die Rückgabe des Mobiltelefons noch am gleichen Tag.
- Die Besuchskommission erhielt die Möglichkeit, mit einem weiteren untergebrachten Patienten zu sprechen, der während der Unterhaltung stark zitterte, was er mit Nervosität erklärte. Wegen **gewaltsamer Impulsdurchbrüche** brauche er Behandlung. Er wisse nicht, was nach dem stationären Aufenthalt mit ihm passiere. Er habe bislang keine Behandlung / Therapie erhalten. Die behandelnde Ärztin schilderte gegenüber der Kommission, dass die Zusage der aufnehmenden Einrichtung kurzfristig zurückgenommen worden sei, sodass nunmehr kurzfristig ein neuer Plan erarbeitet werden müsse, um den Patienten im Nachgang adäquat unterbringen zu können.
- Die Besuchskommission sprach mit einer weiteren, nicht untergebrachten Patientin auf deren Wunsch. Die Patientin war bereits mehrfach auf der akutpsychiatrischen, geschlossenen Station untergebracht. Früher sei es jedoch besser gewesen, die Patientinnen und Patienten seien härter behandelt worden (wobei wohl eher die Mitpatientinnen und -patienten gemeint waren, die sie nervten). Grundsätzlich sei die **Behandlung auf der Station in Ordnung**. Man kenne sie auf Station. Es gebe zwar viele Verbote, aber es werde darüber aufgeklärt.
- Geschildert wird auch der Fall einer nach BbgPsychKG untergebrachten Patientin, die bereits zuvor mehrfach in der Klinik untergebracht war. Sie zeigte sich sehr unruhig, unkonzentriert und konnte kaum zusammenhängende Sätze formulieren. Auf Fragen zu ihrer persönlichen Situation und dem Befinden auf der Station äußerte sie sich im Wesentlichen dahingehend, dass sie nach Hause möchte und das Personal mehr auf die Patientinnen und Patienten eingehen solle. Es schien, als habe die Patientin keine engere Bindung bzw. Kontakte zum Personal. Die Besuchskommission erfuhr, dass die Patientin Rechtsmittel gegen den (...) eingelegt hatte; der Fall war jedoch noch nicht beschieden. Hierzu äußerte sich der Chefarzt, dass gerade Beschwerdeverfahren vor dem Landgericht sehr lange dauerten. informierte die Besuchskommission zur Situation der Patientin, insbesondere darüber, dass bislang alle **Therapieversuche** bei der mittlerweile chronischen Erkrankung nicht zu einer Verbesserung geführt hätten. Die Patientin sei aufgrund von Eigengefährdung untergebracht. In ihrem Wohnumfeld bestehe die akute Gefahr, dass sie sich durch eigenes Verhalten in Gefahr bringe (Brandgefahr). Sie sei zunehmend nicht mehr in der Lage, sich körperlich zu pflegen und benötige langfristig dauerhaft Hilfe. Der Chefarzt merkte an, dass für die Patientin eine andere Unterbringungsart gesucht werde, die ihrem Krankheitsbild entspreche. Hier sei insbesondere eine **Unterbringung in einem Wohnheim für psychisch kranke Menschen** geeignet,

1. Ergebnisse der Überprüfung

wie sie in anderen Bundesländern vorhanden sind, jedoch nicht in Brandenburg.

- Bei einem Gespräch mit einem Patienten behauptete dieser, er habe noch keinen **Unterbringungsbeschluss** vom Gericht erhalten. Dieser und ein weiterer Beschluss befanden sich allerdings in seiner Patientenakte. Beide wurden ihm vorgelegt. Da sich der Patient weiterhin ungerecht behandelt fühlte, weil er weder Geld noch eine Therapie erhalte, wurde ihm der Verfahrensweg bezüglich seiner Beschwerde dargelegt.
- Im Vorfeld war kein Gesprächsbedarf im Rahmen des bekannt gemachten Besuchs der Kommission angemeldet worden. Bei der Besichtigung der Station kam es spontan zu Gesprächsbedarf vonseiten einer Patientin auf dem Flur. Diese äußerte sich **positiv über Behandlung und Umfeld**.
- Ein weiteres Fallbeispiel war eine seit dem Vortag nach BbgPsychKG untergebrachte Patientin. Die Person war alkoholintoxiziert und suizidal eingeliefert worden; in der Nacht **steckte sie ihr Zimmer in Brand**, weshalb die gesamte Psychiatrie evakuiert werden musste. Das Zimmer wurde danach polizeilich versiegelt, die Nachbarzimmer gesperrt. Die Patientin musste bis 6 Uhr fixiert werden (Beschluss des nächtlichen Eildienstes lag vor). Während des Besuchs der Kommission befand sich die Patientin defixiert auf einem Flurbett unter 1:1 Kontrolle. Für 16 Uhr war die richterliche Anhörung angekündigt. Die Patientin zeigte sich zu einem Gespräch mit zwei Mitgliedern der Besuchskommission bereit, allerdings war sie nicht sehr gesprächig, sie schämte sich dafür, dass sie den Duschvorhang in ihrer Toilette „angekokelt“ habe. Nach ihrem Rausch würden ihr nun allmählich die rechtlichen Konsequenzen bewusst. An die Klinik gerichtet gab es von Ihrer Seite

keine Verbesserungsvorschläge. Sie wünsche sich aktuell nur ein neues Zimmer, indem sie etwas zur Ruhe kommen könne. Die Patientenakte konnte eingesehen werden. Die pflegerische Dokumentation in der Fixierungszeit war engmaschig und ausführlich. Ein üblicherweise verwendetes Fixierungsprotokoll (blanko) wurde der Besuchskommission von der Klinik übergeben.

- Es wurden mit vier Patienten Gespräche geführt, in denen keine relevanten Mängel benannt wurden. Weiterhin fand auf Wunsch einer Patientin ein Gespräch mit der Besuchskommission statt. Die Inhalte wurden mit der Therapeutin ausgewertet. Der Patient zeigte sich insgesamt mit seiner Behandlung zufrieden und genau über seine Unterbringungsdauer und das daran anschließende Entlassmanagement aufgeklärt. Es sei eine neue Wohnform für ihn organisiert worden. Er beklagte, dass ein Ausgang nur dann möglich sei, wenn es die Personalsituation erlaube und dass er wenig **Kenntnis über das Therapieangebot** der Station habe, es auch zu wenig Gesprächsangebote gebe. Er wurde daraufhin von der anwesenden Krankenschwester, um deren Anwesenheit der Patient gebeten hatte, zügig und freundlich über das Therapieangebot informiert. Ein Ausgang wurde ebenfalls verabredet. Da es bei Ausgängen zu Trinkrückfällen gekommen sei, fände dieser aktuell nur in Begleitung statt. Der Patient machte einen gut versorgten und sehr gut aufgeklärten Eindruck.
- Mitglieder der Besuchskommission erlebten während des Aufenthalts auf den Gemeinschaftsflächen der besuchten Station einen Gewaltausbruch: Eine untergebrachte Patientin habe zunächst lautstark Beschwerden in deutscher Sprache und weitere nicht übersetzbare Worte in einer fremden Sprache geäußert. Dann sei sie

auf den runden Tisch zugetreten, habe die Tastatur vom dort aufgebauten Bildschirm gerissen und zu Boden geworfen. Direkte Angriffe auf Personen erfolgten nicht und auch keine weiteren Angriffe auf Sachen. Das **Stationspersonal habe sehr besonnen und zurückhaltend** reagiert. So sei der Patientin Gelegenheit zur Selbstberuhigung gegeben worden und letztlich habe eine ihr vertraute Person sie aus der Situation hinausbegleiten können. Die Besuchskommission (BK) habe den Eindruck gewonnen, dass das Personal mit dieser unvorhersehbaren Situation professionell und auch achtsam in Bezug auf die Patientin umgegangen sei.

- Eine Patientin schien keine hinreichenden **Informationen hinsichtlich ihrer Entlassungsaussichten** zu haben. Eine andere Patientin berichtete davon, keine richterliche Anhörung gehabt zu haben. Dies bestätigte sich nach Einsicht in die entsprechende Dokumentation, in die die Patientin eingewilligt hatte, jedoch nicht.
- Eine Patientin berichtete darüber, dass es schwierig sei, mit ihrer Psychiaterin zuhause oder dem Arbeitsamt **telefonieren** zu können. Sie habe kein Guthaben auf dem Handy und sei auf das Pflegepersonal. Den Sozialdienst habe sie seit ihrem Aufenthaltsbeginn Mitte April noch nicht gesehen. Ein anderer untergebrachter Patient berichtete, dass sein Handy kaputtgegangen sei. Telefonieren mit einem stationären Festnetztelefon im Flur sei zwar möglich, aber es mangle an Privatheit. Eine dritte Patientin berichtete hingegen, Telefonate würden durch das Pflegepersonal bei Bedarf unproblematisch ermöglicht.
- Eine Patientin beklagte sich über ihre derzeitige Unterbringung in einem Zweibettzimmer, da sie mit der Mitpatientin nicht zurechtkomme. Diese sei sehr **unsauber**. Das Gespräch fand im Zimmer

der Patientin statt, das zum Zeitpunkt des Gespräches tatsächlich relativ unsauber war, wie aus dem Bericht hervorgeht.

- Ein junger Patient, der freiwillig im Krankenhaus gewesen war, nutzte ebenfalls die Gelegenheit zum Gespräch mit der Kommission. Er hob hervor, dass er die Station als einen geschützten Raum erlebe, was für ihn derzeit sehr wichtig sei. Er sei im Krankenhaus aufgenommen worden, weil er keine ambulante Hilfe (Psychiatrie, Psychotherapie) habe finden können. Kritisch merkte er an, dass er mehr Aktivitäten und Anregungen vermisse und seinen **Therapieplan** nicht kenne. Er habe keinen schriftlichen Plan, aus dem hervorgehe, was an welchem Tag vorgesehen sei.
- Bei einem Gespräch mit einem jungen, auf der gerontopsychiatrischen Station untergebrachten Patienten mit Essstörungen (der von Abschiebung bedroht war) wurde deutlich, dass die Kommunikation mit ihm wegen seiner fehlenden Deutschkenntnisse sehr schwierig war. Ein Dolmetscher für seine Heimatsprache stand nicht dauerhaft zur Verfügung. Dies solle ab 10. Mai 2022 geändert werden, sodass regelmäßig ein **Dolmetscher** zur Verfügung steht.
- Ein Patient, der bereits beim letzten Besuch untergebracht war, wurde auch weiterhin dort untergebracht, da bislang **keine geeignete, dauerhafte Unterbringungsmöglichkeit** gefunden werden konnte. Der Patient erschien – im Gegensatz zum letzten Besuch – deutlich aktiver und lief auf der Station umher.
- Einige der befragten untergebrachten Patientinnen und Patienten berichteten über eine erhebliche Störung der **Nachtruhe** durch nächtliche Schreie. So schilderten zwei der befragten Patientinnen und Patienten, dass sie kaum schlafen

1. Ergebnisse der Überprüfung

und nachts aus dem Schlaf gerissen würden, was zusätzliche Unruhe in die Station bringe.

Wesentliche Angaben der Besuchskommissionen zu den unmittelbaren und mittelbaren Folgen der Corona-Pandemie:

- Eine **Begehung auf den Stationen** durch die Besuchskommission war nicht möglich, jedoch konnte eine ausführliche Besprechung im großen Konferenzraum in gebührendem Abstand stattfinden. Auch Patientinnen und Patienten, die die Mitglieder der Besuchskommission sprechen wollten, konnten dies in diesem Rahmen tun.
- Die Mitglieder einer Besuchskommission hatten sich intensiv beraten und mehrheitlich einen persönlichen Besuch in den Kliniken abgelehnt. Die Ablehnung sei aus größter Vorsicht und Respekt gegenüber den coronabedingten Sicherheitsmaßnahmen erfolgt. Gleichwohl bedauerten die Mitglieder der Besuchskommission, dass in diesem Jahr die sonst so intensive Gesprächskultur, persönliche Begegnungen und v. a. auch der Austausch mit Patientinnen und Patienten sowie mit Mitarbeitenden nicht möglich waren. Die Besuchskommission verständigte sich stattdessen auf einen **Fragenkatalog**, der im ersten Teil aktuelle Entwicklungen seit dem letzten Besuch abfragte und im zweiten Teil die Arbeitsweise der Kliniken mit den aktuellen coronabedingten Einschränkungen und der Sicherstellung der Patientenrechte bzw. der klinischen Versorgung thematisierte.
- Die **Auslastung aller Bereiche** ging dem Bericht nach während der Hochphase der Pandemie zurück, also weniger Patientinnen und Patienten, nur noch Einzelzimmerbelegung mit lückenloser Testung. Die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) habe auf höchster Belastung gearbeitet.
- Zum Teil konstatierten die Besuchskommissionen **widersprüchliche Regelungen**: So galten für berufliche Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen Ausnahmen in der Abstandsregelung, die in der Gruppentherapie nicht galten.
- Der **Suchtbereich** wurde nicht geschlossen, was dazu führte, dass vermehrt Patientinnen und Patienten aus Berlin kamen.
- Unter der während der Pandemie begonnenen **Stationsäquivalenten Behandlung (StäB)** wird die Behandlung von Menschen in ihrer häuslichen Umgebung unter Bedingungen verstanden, wie sie auch bei einer stationären Behandlung gegeben wären. Zentrale Elemente sind der tägliche Kontakt bzw. der Besuch und die Behandlung an sieben Tagen in der Woche durch das Behandlungsteam (Behandlerin/Behandler und Co-Therapeutin/Co-Therapeut), in dem alle eine systemische Weiterqualifizierung haben. Damit ist die Behandlungsdichte grundsätzlich höher als bei der stationären Behandlung. Die Behandlung eignet sich sehr gut zur Reduzierung der stationären Verweildauern, somit also zur Weiterbehandlung von bislang stationär behandelten und auch für ältere Menschen. Sollen in geeigneten Fällen zwangsweise untergebrachte Menschen in StäB weiterbehandelt werden, werden die erforderlichen Anträge auf Aufhebung der Unterbringung gestellt. Die Ressourcen stammen von einer zurzeit wegen der Minderbelegung geschlossenen Station. Auf Nachfrage wird erläutert, dass die behandelnden Personen nur in der StäB und nicht auch noch stationär eingesetzt werden. Es würden keine höheren personellen Ressourcen benötigt; nicht zuletzt durch den Wegfall des Vorhaltepersonals in einem ansonsten notwendigen 3-Schicht-Betrieb werden Kapazitäten frei

und die bei stationärer Behandlung nicht entstehenden Fahrzeiten können kompensiert werden. Richtig ist laut Bericht allerdings, dass der Einzugsbereich der Klinik im Verhältnis zur Landesgröße kilometermäßig nicht so groß ist und viele Strecken z. B. mit dem Fahrrad bewältigt werden können. Das Corona-Ansteckungsrisiko scheint bei StäB nicht höher zu sein als bei stationärem Einsatz. Wichtig ist für die Patientinnen und Patienten, dass jederzeit ein Wechsel in eine stationäre Behandlung möglich ist.

- In 2020 kam es zu einem **Covid-Ausbruch** auf der Station einer Klinik, der kurzzeitig zur **Schließung** führte. Die Leitung zeigte sich besorgt über die vierte Corona-Welle, insbesondere aufgrund möglicher Bettensperrungen oder Quarantänemaßnahmen, die der Klinik ohne **wirtschaftliche Unterstützung** des Bundes finanziell schaden und die Versorgung psychisch Kranker in der Region beeinträchtigen würde. Es wurde darüber berichtet, dass seit Frühjahr / Sommer 2020 **vermehrt eine 1:1 Betreuung** notwendig sei; dies sei personalintensiver. Darüber hinaus steige der Bedarf an Unterbringungen.
- Die **Tagespflegeplätze** fielen wegen einer zeitweisen Schließung der Tageskliniken sowie von Betten auf der psychosomatischen Station aufgrund der Quarantänemaßnahmen weg (Corona-Welle 2020 5/2021). Auf **der geschlossenen akutpsychiatrischen** Station konnte die Versorgung allerdings auch während der Corona-Pandemie gut gewährleistet werden.
- Die **Anzahl der schwer kranken Patientinnen und Patienten** blieb während der Corona-Pandemie gleich. Wegen der niedrigeren Bettenkapazitäten konnten allerdings weniger schwer Erkrankte aufgenommen werden. Diese Patienten-

gruppe wurde über alternative Behandlungskonzepte wie „Intensivierte ambulante Behandlung“ (InaB) und „Stationsäquivalente Behandlung“ (StäB) behandelt. Während „früher“ 8-9 % der Patientinnen und Patienten zu irgendeinem Zeitpunkt der Behandlung zwangsweise untergebracht gewesen waren, stieg dieser Anteil auf 25 %. Die geringere Belegung wirkte insgesamt deeskalierend.

- Vor dem Hintergrund des Gesundheits- und Geisteszustands einiger Patientinnen und Patienten und deren Sehnsucht nach Kontakten mit Angehörigen / Freunden regte die Besuchskommission an, Ausnahmen unter den restriktiven Bedingungen möglich zu machen und **Besuche im Freien** unter Einhaltung der Hygienemaßnahmen zu gestatten, sofern es das Infektionsgeschehen zulasse.
- Entsprechend der Aufforderung des MSGIV wurden **elektive Aufnahmen, sofern möglich, verschoben**, um COVID-Erkrankte und Isolierungsmaßnahmen (Graubereiche) vorzuhalten.
- Die Stationen gaben an, Patientinnen und Patienten würden ausschließlich am Aufnahmetag getestet und grundsätzlich nicht isoliert und auch nicht wegen Quarantänevorschriften fixiert. Bislang seien lediglich zwei Erkrankte positiv getestet worden, bei denen sodann eine Quarantäne erforderlich wurde. Aber es sei zu keinen weiteren Infektionen gekommen. Eine **Testpflicht** bestehe derzeit nur für werden, die nicht genesen oder geimpft seien; für alle anderen ein Test freiwillig. Zeitnah werde eine Auffrischungsimpfung für alle werden angeboten, nicht hingegen für Patientinnen und Patienten. Um eine Impfquote innerhalb der Belegschaft von 78 % – 80 % zu erreichen, habe der Chefarzt auch selbst geimpft. Besucherinnen und Besucher dürf-

1. Ergebnisse der Überprüfung

ten nur mit FFP2-Maske und 3G-Regel das Krankenhaus betreten. Besuche an der frischen Luft seien erlaubt; hier könne die Einhaltung der Hygienemaßnahmen, insbesondere die Einhaltung der Maskenpflicht, allerdings nicht immer kontrolliert werden.

- Auch während der Corona-Pandemie waren sowohl die **Werkstätten als auch die Tagesklinik geöffnet**. Positiv wertete die Besuchskommission die auf demselben Gelände mögliche Vernetzung mit der Tagesklinik, der Psychiatrischen Institutsambulanz und dem Gesundheitszentrum für Sozialpsychiatrie, in dem stationäre und ambulante Wohnformen ermöglicht werden.
- Beide Stationen waren auch in den Hochphasen der Pandemie geöffnet, allerdings wurden die **Kapazitäten um bis zu 1/3 reduziert**. Dies habe korrespondierte laut Klinik mit einer jeweils geringeren Nachfrage auf den Höhepunkten der Corona-Wellen. Die Krankheitsbilder der in diesen Zeiten zur Behandlung aufgenommenen Menschen seien in der Regel schwerer gewesen; so seien **deutlich mehr gerontopsychiatrisch schwer Erkrankte** zu behandeln gewesen.
- Als hilfreich wurde in der Corona-Pandemie wahrgenommen, dass die **PIA Online-Termine** anbieten konnte. Zum Zeitpunkt der Befragung wurden diese aber von den Krankenkassen nicht mehr bewilligt. Gerade im ländlichen Raum können jedoch Online-Angebote eine große Anzahl an Menschen erreichen, die nicht mobil sind, und so **stationäre Aufnahmen vermieden** werden.
- Wegen krankheitsbedingten Personalausfällen und Personalverlagerungen auf andere Stationen mussten psychiatrische Stationen begrenzt werden, manchmal auch geschlossen werden: In dieser Zeit

wurden hauptsächlich Akutpatientinnen und -patienten und suizidgefährdete Personen aufgenommen. Das **psychiatrische Netzwerk war praktisch zusammengebrochen**.

- Die Corona-Pandemie hat bei den Beschäftigten über die Pandemie hinaus ihre **Spuren hinterlassen**: Die Aufnahme und Rückkehr zum früheren „Normalbetrieb“ konnte nicht in allen Fällen nach der Pandemie sofort wiederhergestellt werden; so fanden in der Folgezeit regelmäßige Morgenrunden neben den Visiten (Zusammenkunft der Patientinnen und Patienten der Station mit den Beschäftigten) nicht sofort wieder statt, obwohl es dafür keine Einschränkungen mehr gab.
- Diagnostisch kam es zu einem **Anstieg von Alkohol- und Drogenkrankungen, Depression und Angsterkrankungen**. Viele junge Patienten zeigten sich **suizidgefährdet**.
- Es wurde ein Testsystem aufgebaut und es fanden Video-Sprechstunden statt. Die Therapie-Gruppenstärke musste (abhängig von der Raumgröße) reduziert werden. Die PIA-Plätze wurden ausgebaut wurden ebenso die StäB. Teilweise gab es **lange Wartezeiten** für eine qualifizierte Therapie.
- Die pandemiebedingten Restriktionen stellten großen Herausforderungen dar, **Patientinnen und Patienten mieden stationäre Aufnahmen**, ebenso hatten die Einschränkungen Einfluss auf Therapieangebote, da beispielsweise Abstandsvorschriften in Innenräumen weniger Teilnehmerinnen und Teilnehmer pro Termin bedeuteten.
- Die These, dass weniger Behandlungsplätze nach der Pandemie benötigt würden, bestätigt sich nicht: **Patientinnen und Patienten waren in der Pandemie zu einem hohen Preis unterversorgt**.

- Im ärztlichen Bereich waren in einer Klinik bis auf einen Kollegen alle **geimpft**, bei den Pflegekräften waren es acht ungeimpfte Personen.
- Negativ habe sich die **Schließung von Selbsthilfegruppen und ambulanten Gruppen** ausgewirkt. Coronabedingt nahm insbesondere die **Einnahme illegaler Drogen, Alkoholprobleme bei Frauen und die Nutzung harter Drogen zu**. Corona-positive Patientinnen und Patienten wurden in Isolierbereichen behandelt oder teilweise auf die Innere Station verlegt, vor allem gerontopsychiatrische Patientinnen und Patienten. Der Personalvorhalt für den Quarantänebereich sei sehr aufwändig gewesen. Problematisch war teilweise das Verständnis von gerontopsychiatrischen Patientinnen und Patienten für die Pflicht zum Tragen von Masken. Auch die Begrenzung agitierender Patientinnen und Patienten erwies sich als schwierig. Insgesamt wurde zu viel **Zeit und Energie auf das Corona-Management verwendet, wodurch es an Zeit für Patientinnen und Patienten mangelte**. Ferner gab es hinsichtlich der Umsetzung von Hygieneregeln keine spezifischen Regelungen für die psychiatrische Patientengruppe. Dem Bericht nach handele es sich hier um eine „**vergesessene Patientengruppe**“.

Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)

- Aus den Berichten geht hervor, dass die **Kooperation mit stationären Jugendhilfeeinrichtungen** („Die Psychiatrie pädagogisiert sich, die Jugendhilfe psychiatrisiert sich.“) sehr wichtig, jedoch auch sehr heterogen ist. Etwa 50 % der Patientinnen und Patienten stammten aus solchen Einrichtungen oder gingen dorthin. Entlassungen erfolgten oft über die Tagesklinik.

Gelegentlich gäbe es auch die Verweigerung der Wiederaufnahme und Entlassung aus der stationären Jugendhilfe während der Behandlung in der Klinik. Wie die Besuchskommission erfuhr, gestaltete sich die Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendhilfe überwiegend gut. Es gebe aber Probleme mit den Erreichbarkeiten und es fehle ein Kooperationsmodell mit einer Einrichtung der Jugendhilfe und mindestens einer Brandenburger Klinik, **um den Bedarf an längerfristiger geschlossener Unterbringung im Land zu decken**. Der Schwerpunkt läge auf Intelligenzminderung, Verhaltensauffälligkeit sowie Selbst- und Fremdgefährdung. Es sei kein entsprechendes Angebot mehr in der Region vorhanden. Auslandsmaßnahmen sind aus Sicht der KJP sehr kritisch zu bewerten, da der Wohnraumbezug wie auch die fachliche Versorgung und Wiedereingliederung fehlten. Die Gestaltung eines therapeutischen Prozesses könne nur gelingen, wenn die Perspektive danach geklärt werden könne (in Jugendhilfeeinrichtung). Die Erwartungshaltung der Jugendhilfe auf die Möglichkeiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie gingen öfter auseinander.

- Als schwierig erwies sich, im **Pflegedienst** ausscheidendes Personal zeitnah zu ersetzen. Der Mindestschlüssel ist laut KJP ein rein theoretischer Wert und berücksichtigt keinen „Überhang“, um krankheitsbedingte Ausfälle zu kompensieren. Die Versorgung psychisch Kranker werde entsprechend schwieriger, es entstehe ein Spannungsbogen zwischen knapper werdenden Ressourcen und der Versorgung. Die Klinik wirbt im Pflegebereich um Fachkräfte aus der Türkei und Aserbaidschan. 14 von geplanten 34 Pflegekräften waren zum Zeitpunkt der Befragung angekommen – hier zeigte sich die

1. Ergebnisse der Überprüfung

- Bürokratie als sehr schwerfällig. Laut Klinik scheitere es nicht an sprachlichen Fähigkeiten, die meistens hervorragend seien. Generell sei die **Anerkennung der Berufsabschlüsse** sehr schwierig, meist mit nochmaligen Prüfungen in Deutschland verbunden, die allerdings nicht immer im direkten Kontext zum zukünftigen Tätigkeitsfeld stünden. Die Klinik habe eine Stelle für die Unterstützung der ausländischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eingerichtet, es werde auch Hilfe bei notwendigen Sprachkursen gewährt, für eine schnellere Integration gebe es ein erfolgreiches Mentorenprogramm in den Bereichen.
- Es gestaltet sich zum Teil auch als sehr schwer, **ärztliches Personal** zu finden. Die Anerkennung von Approbationen ist langwierig, **die Anerkennung ausländischer Abschlüsse** sowie die Sprachprüfung ein sehr komplizierter Prozess. Der Pflegedienst wird als gut besetzt beschrieben, auch im Verhältnis zwischen weiblichen und männlichen Mitarbeitenden. Zum Teil können **Arztstellen durch Psychologenstellen gut ersetzt werden**.
 - Die **Wartezeiten** für eine stationäre Aufnahme schwanken zwischen drei und 12 Wochen. Einen Ausreißer nach oben bildet das Versorgungsgebiet Potsdam, das mit Potsdam, Teltow-Fläming und dem östlichen Havelland sehr groß ist: Die Ambulanz habe eine hohe Auslastung mit einer langen Wartezeit ca. 3 Monaten, auch sei die Wartezeit für eine stationäre Aufnahme unverträglich lang und sei mit 18 Monate angegeben worden. Es befänden sich 350 Patientinnen und Patienten auf der Warteliste. Es müsste eine Priorisierung (5-Stufen-Einteilung) vorgenommen werden, sodass nur schwerste Fälle aufgenommen werden könnten. Dies wiederum führe dazu, dass die Behandlungsphasen sich stetig verlängerten.
 - Das **Gender-Thema** komme mittlerweile verstärkt in den Kliniken an. Patientinnen und Patienten beschäftigte die Frage ihrer Geschlechtsidentität mehr als dies früher der Fall war.
 - Nach Aussage eines Chefarztes würden **in einer Klinik 80 % aller Patientinnen und Patienten Brandenburgs, die einen entsprechenden Beschluss haben, aufgenommen**. Eine mögliche Begründung sei, dass der Landkreis im sozialen Bereich „verarmt“ sei. Es gebe u. a. kaum Fachärztinnen und Fachärzte und in der Jugendhilfe keine psychiatrische Hilfe. Daher würden diese Kinder und Jugendlichen eher in der Klinik vorstellig. Eine andere Begründung gehe in die Richtung, dass dort auch bei eigentlich freiwilligen Unterbringungen von Minderjährigen „sicherheitshalber“ ein gerichtlicher Beschluss nach § 1631 b BGB erwirkt werde.
 - In manchen Kreisen zeigt sich eine **schlechte Versorgung mit dem KJPD** (Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst).
 - Der **Bildungsbedarf** von nicht selten nur anderthalb Stunden pro Schülerin/Schüler pro Tag reiche in einer psychiatrischen Klinik für Kinder und Jugendliche nicht aus und widerspreche dem Gleichheitsgedanken im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen außerhalb der Kliniken. Die **Schulen** seien nach wie vor stark personell unterbesetzt. Es müssten laut Schulgesetz eigentlich 4,33 Lehrerstellen (voll) sein. Die Besuchskommission gewann den Eindruck, dass sich das ganze Kollegium sehr engagiert um die Patientinnen und Patienten kümmere; es sei ein sehr warmherziges und offenes Klima in der Klinik zu spüren gewesen. Es zeige sich, dass die **Ansprache am**

Patienten schnell eine Verbesserung in der Praxis durch angewandte Kommunikation mit sich bringe. Dies sei bei der **Personalgewinnung** durch die Kliniken zu berücksichtigen.

- Seit 2015 besteht eine Kooperation mit der Clearingstelle für **unbegleitete minderjährige Geflüchtete**, seit Januar 2018 eine Kooperation mit einer Kriseneinrichtung für Jugendliche); dort werden Beratungsleistungen erbracht. Mittlerweile sind 1,5 Stellen zur Begleitung geschaffen worden, damit gelingen die Übergänge Psychiatrie/Jugendhilfe in beide Richtungen besser.
- Aktuell fehlen **Kunst-/Musik-/Physio-/Ergotherapeutinnen und -therapeuten**. Es gibt zwar **niedergelassene Psychotherapeutinnen und -therapeuten** im Versorgungsgebiet; die Versorgung hat sich verbessert, sei jedoch nach wie vor nicht ausreichend.
- Die **Erreichbarkeit** der **Jugendämter** lässt laut Berichten zu wünschen übrig. Auch **Vormünder** seien schwer zu erreichen. Diese seien aber für die Aufklärungsgespräche zu Medikamenten und für das Entlassmanagement zwingend notwendig.
- **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 Kommissionen 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. Das Problem sei, dass die **Einwilligung der Eltern bzw. Vormünder**

organisiert werden müsse, was einen erheblichen Aufwand darstelle, der sich nicht immer organisieren lasse.

Wesentliche Angaben der Besuchskommission zu den unmittelbaren und mittelbaren Folgen der Corona-Pandemie für die Kinder- und Jugendpsychiatrie:

- **Hilfeplangespräche** seien oft schwierig. Die Corona-Pandemie habe diese Situation noch verstärkt.
- Besonders in Corona-Zeiten sei es unverständlich gewesen, dass auch in Klinikschulen das **Homeschooling** angeordnet war, obwohl die Klinik ja ein geschlossener Bereich sei.
- **Persönliche und sächliche Unterstützung des Personals** ist durch die Corona-Zeiten eher eingeschlafen, soll jedoch wieder tatkräftig anlaufen. Zurzeit sucht man einem neuen Coach oder Supervisor.
- Die Schulamtsbürokratie habe in der Corona-Zeit eine Problematik von **doppelten Hygiene-Maßnahmen** gehabt. Die Kinder (Patientinnen und Patienten) in der Klinik seien so behandelt worden, als ob sie aus dem Elternhaus kämen. Angeordnete **Hausbeschulung** habe das Klinikpersonal erheblich belastet, da die Schule praktisch ausgefallen sei. Lerninhalte wurde von den Betreuenden oder den Therapeutinnen und Therapeuten in Kooperation mit der Klinikschule geleistet. Die technischen Voraussetzungen waren ebenfalls nicht gegeben.
- Zudem und außerhalb der Corona-Problematik seien **5 Stunden pro Woche** pro Schülerin/Schüler in der **Klinikschule** bei einem Aufenthalt von über 9 Monaten kein erklärbares und ausreichendes Bil-

1. Ergebnisse der Überprüfung

dungsangebot. In anderen Kontexten sei es eher eine Kindeswohlgefährdung.

- Hervorzuheben sei, dass das **Klinikum eine Lehrkraft eingestellt** habe, die koordinierend tätig sei und die Kooperation mit den Lehrkräften der Schule damit besser gelänge (Absprachen, Einsätze, Weitergabe von Informationen zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Schule). Mittlerweile werde diese zu 90 % vom Schulamt „bezahlt“. Die Zusammenarbeit mit der Stadt/Schulamt werde als sehr gut beschrieben. Ziel bleibe es weiter, eine eigene Klinikschule zu etablieren, um mehr Konstanz in die Beschulung zu bekommen. In der Corona-Krise seien die Lehrkräfte abgezogen worden, sodass keine Beschulung stattgefunden habe.

Maßregelvollzug

Für den Maßregelvollzug gibt es ein eigenes Kapitel: Siehe Seiten 54 ff.

Die Stellungnahmen der Kliniken auf die Besuchsberichte enthalten teilweise oder ausschließlich Richtigstellungen oder nachträgliche Angaben von Seiten der Klinik. Kliniken berichteten auch von Veränderungen seit dem Besuch oder hatten Veränderungsimpulse der Besuchscommissionen aufgegriffen. So wurde beispielsweise von Kliniken

- erläutert, dass **coronabedingte Quarantäne-Unterbringungen** als ein Missbrauch der Psychiatrie **nicht** stattfanden,
- **fakultativ geöffnete Stationen statt geschlossenen Stationen** anhand der S3-Leitlinie zur Verhinderung von Zwang der DGPPN-Fachgesellschaft geprüft,
- das **Konzept der offenen Station** erläutert; Sicherheit sollte über Beziehungsaufbau statt Durchsetzung von Vorschriften hergestellt werden,
- Hinweise auf **verbesserungsfähige Erfassung der durchschnittlichen Fixierungsdauer** gegeben,

- Impulse zur **besseren Kooperation mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst** gegeben, beispielsweise durch gemeinsame Fortbildungen oder regelmäßige Treffen,
- der Vorschlag der Besuchscommission zur **Einrichtung eines Time-Out-Rooms** aufgegriffen,
- die Anstellung von **Genesungsbegleiterinnen und -begleitern** im Rahmen von Budgetverhandlungen mit der Krankenkasse geprüft,
- vereinzelte **Renovierungsbedarfe** aufgegriffen,
- Schwierigkeiten mit dem Denkmalschutz bei der **Planung von Frei- und Grünflächen** dargestellt,
- Verbesserungen des **Aufenthalts im Freien** beschrieben,
- eine **Videoanlage** in einem Fall abgeschaltet und in einem anderen erläutert, dass eine Videoüberwachung im Vergleich zu mechanischen oder medikamentösen Fixierungen die deutlich mildere Alternative darstellen könne. Im Übrigen werde sie nur mit Einwilligung des Betroffenen eingesetzt,
- Vor- (ambulant) und Nachteile (nicht kostendeckend wegen hohen Personalaufwands) von **StäB** erläutert,
- die Diskrepanz gemeldeter besonderer Vorkommnisse zwischen Besuchscommission und Fachaufsicht wurde mit **Meldeverzögerungen** begründet,
- die verbesserte **Verhinderung von Zwang** durch eine multiprofessionelle Arbeitsgruppe beschrieben,
- Patientinnen und Patienten über **Rückzugsräume und Therapiemöglichkeiten** besser informiert.

Die **Reaktion des MSGIV** auf die Informationen aus den Besuchsberichten und ausdrückliche Anregungen der Besuchscommissionen finden sich am Ende dieses Berichts.

2. Rechtliche Grundlagen

2. Rechtliche Grundlagen der Besuchskommissionen

Das Gesundheitswesen ist in Deutschland ausgesprochen verrechtlicht und durch viele verschiedene Institutionen geregelt, wie die folgenden Ausführungen zeigen. Die Grundlagen zur Arbeit der Besuchskommissionen sind geregelt im § 2a BbgPsychKG. 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 1831 des Bürgerlichen Gesetzbuches. Für den Bereich des Maßregelvollzugs legt § 49 BbgPsychKG fest, dass eine eigenständige Besuchskommission zu bilden ist, wobei die Regelungen in § 2a BbgPsychKG entsprechend Anwendung finden.

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

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.

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 § 1831 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) zuständig.

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

2. Rechtliche Grundlagen

- 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 1831 BGB,
- der allgemeinen Behandlungsbedingungen aller Stationen und Tageskliniken,
- der materiellen und personellen Ausstattung, einschließlich der Einhaltung der Psychiatrie-Personalverordnung bzw. Richtlinie,
- der Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen und Aufgabenträger.

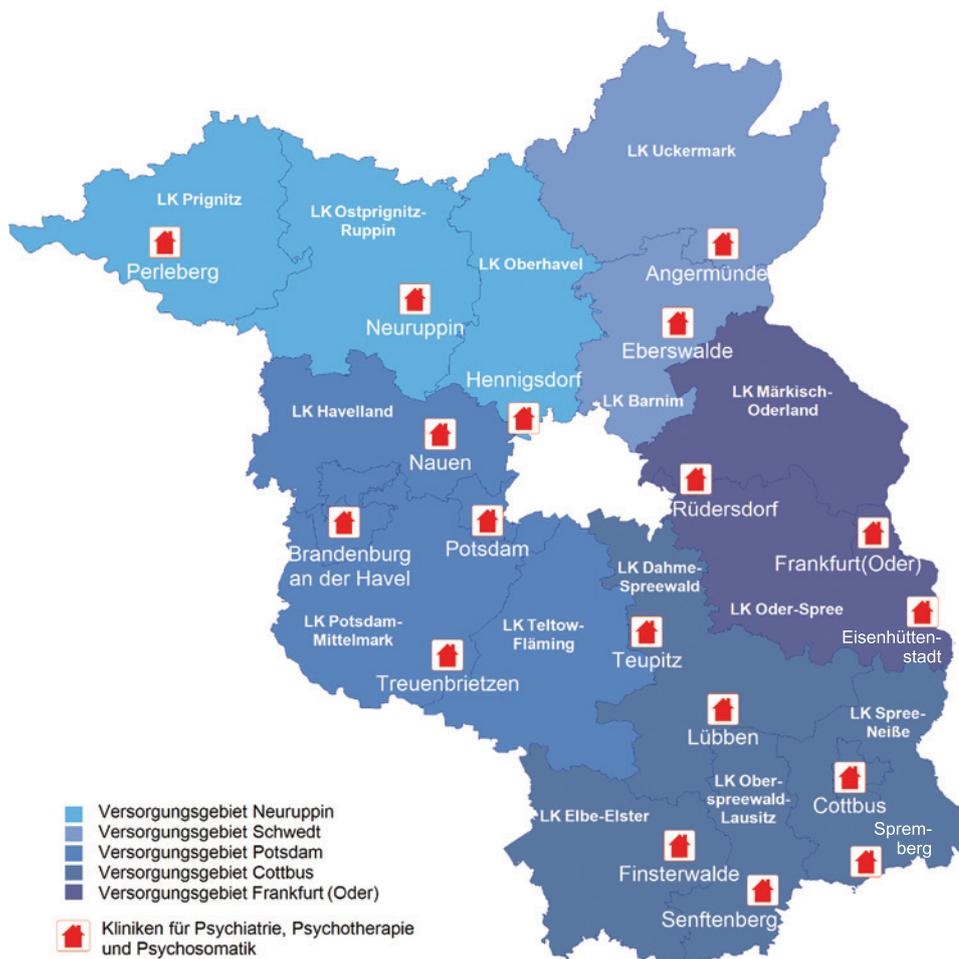
Es steht außer Frage, dass eine solche Überprüfung der Krankenhäuser angesichts des damit verbundenen Arbeitsaufwandes durch ehrenamtliche Besuchskommissionen nicht in allen Einzelheiten erfolgen kann.

Der gesetzlich vorgesehene Regelfall des unangemeldeten Besuchs ist der Ankündigung der Besuche gewichen. Bei den meisten Besuchskommissionen hat sich eine Ankündigung innerhalb weniger Tage oder Wochen bewährt. Bei Besuchen einer Klinik nach einem Wechsel der Chefärztinnen oder Chefarzte hat sich gezeigt, dass ein „neues sich gegenseitig Kennenlernen“ mitberücksichtigt werden sollte und ein unangemeldeter 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 allerdings hinsichtlich der Neutralität und der Wirksamkeit der Arbeit von den Besuchskommissionen kritisch überprüft werden.

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 beliebene Krankenhäuser zur Unterbringung von psychisch kranken Menschen (Unterbringungsverordnung – UKV, bravors.brandenburg.de/



2. Rechtliche Grundlagen

verordnungen/ukv) sind die fünf Versorgungsgebiete aufgeführt. Daraus ergibt sich folgende Zuordnung:

Versorgungsgebiet Neuruppin / Prignitz-Oberhavel

- Kreiskrankenhaus Prignitz, Perleberg
- Oberhavel Kliniken, Hennigsdorf
- Universitätsklinikum Ruppin-Brandenburg, Neuruppin

Versorgungsgebiet Schwedt / Uckermark-Barnim

- Krankenhaus Angermünde
- Martin-Gropius-Krankenhaus, Eberswalde

Versorgungsgebiet Potsdam / Havelland-Fläming

- Asklepios Fachklinikum Brandenburg an der Havel
- Havelland Kliniken, Nauen

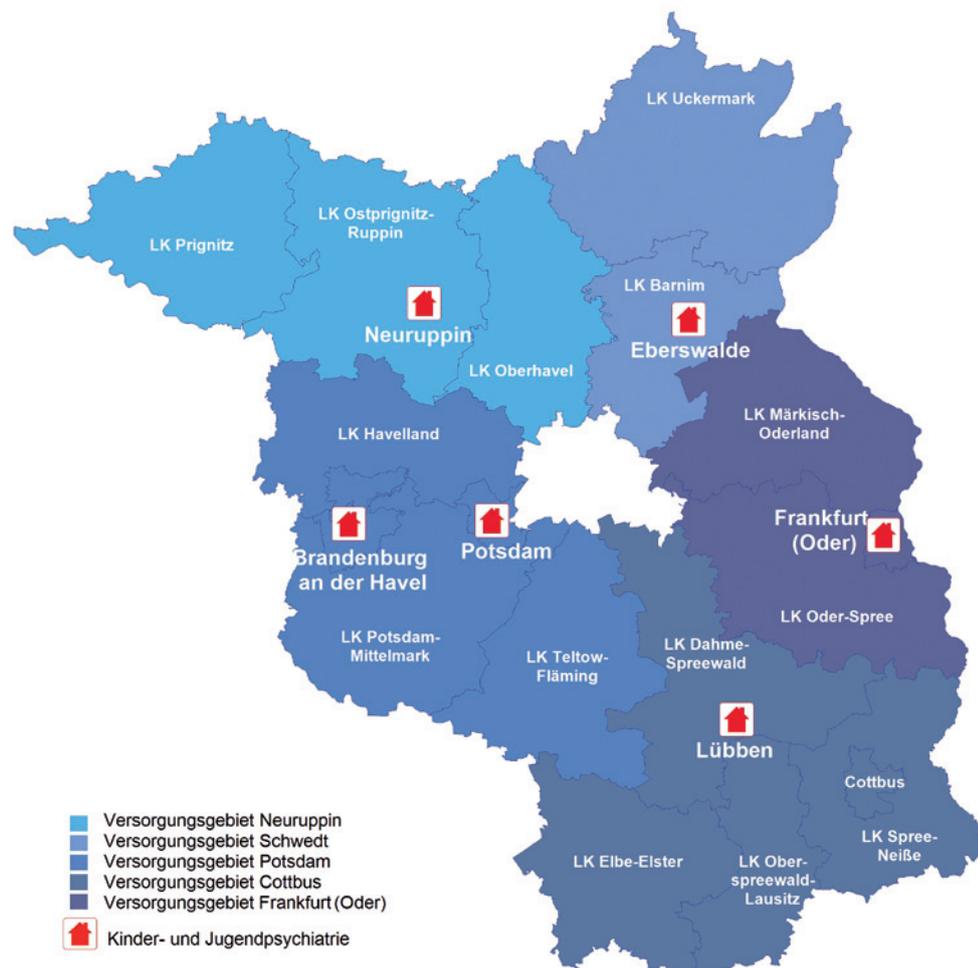
- Johanniter Krankenhaus im Fläming, Treuenbrietzen
- Klinikum Ernst von Bergmann, Potsdam

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/ Universitätsklinikum der MH
- Städtisches Krankenhaus Eisenhüttenstadt
- Klinikum Frankfurt (Oder)



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
- Universitätsklinikum Ruppin-Brandenburg, Neuruppin

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

- Klinik für Forensische Psychiatrie des Martin Gropius Krankenhauses GmbH Eberswalde
- ASKLEPIOS Fachklinikum Brandenburg (die Maßregelvollzugseinrichtung in Teupitz wurde 2021 geschlossen)

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 innerhalb von drei Monaten 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,

den Landtagsbericht alle fünf Jahre auch das Ministerium der Justiz.

Die bisherige Berichterstattung an den Landtag erfolgte durch den

- ersten Bericht über die Arbeit der Besuchskommissionen nach §§ 32, 42 BbgPsychKG im November 2001 (19 Berichte Allgemeinspsychiatrie, 5 Berichte Kinder- und Jugendpsychiatrie und 8 Berichte aus dem Maßregelvollzug),
- zweiten Bericht über die Tätigkeit der Besuchskommissionen nach §§ 32, 42 BbgPsychKG im März 2006 (insgesamt 70 Berichte),
- dritten Bericht über die Tätigkeit der Besuchskommissionen nach §§ 2a, 49 BbgPsychKG im Oktober 2012 (Auswertung von 33 Besuchsberichten für die Allgemeinspsychiatrie, 5 Berichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie und 6 Berichten für den Maßregelvollzug aus den Jahren 2010 und 2011),
- vierten Bericht über die Tätigkeit der Besuchskommissionen nach §§ 2a, 42 BbgPsychKG im Mai 2019 (insgesamt 88 Berichte und 32 Stellungnahmen der Allgemeinspsychiatrischen Versorgung, 21 Berichte und 7 Stellungnahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Versorgung sowie 12 Berichte aus dem Maßregelvollzug).

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)⁹ geregelt sind.

Die Gestaltung der Besuche in den Kliniken steht im Ermessen der jeweiligen Kommission.

⁹ 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/>

2. Rechtliche Grundlagen

Prüfungstätigkeit und Berichterstattung unterliegen keinen Weisungen, sondern sind nur an das BbgPsychKG gebunden.

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.

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

Beschwerderecht der Patientinnen und Patienten

Ein Recht auf Beschwerde ist im § 32 BbgPsychKG¹⁰ 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 Besuches 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 Ge-

nehmigung der untergebrachten Person und nur zu dem Zweck verwertet werden, zu welchem sie mitgeteilt worden sind.

Für die psychiatrische Versorgung relevante Regelungen

Insgesamt ist eine stetig fortschreitende Verrechtlichung aller Lebensbereiche und natürlich auch der Medizin festzustellen. Was früher noch vom Arzt oder auch der Verwaltung hierarchisch entschieden wurde, entscheidet heute die aufgeklärte Patientin oder der aufgeklärte Patient selbst. Dies ist uns heute selbstverständlich.

Ein ärztliches Vorgehen, das unter der Berufung auf Fachwissen, medizinische Indikation und Hierarchie auf Aufklärung und Einwilligung des (im Übrigen volljährigen) Patienten verzichtet, ist heute in Deutschland kaum mehr vorstellbar, führt aber auch zu einer gewissen Überforderung auf Seiten der Patientinnen und Patienten, auch und gerade in der Psychiatrie.

S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“

Maßgeblich bestimmen die medizinischen Fachgesellschaften den medizinischen Standard in Deutschland durch Richt- und Leitlinien. Dies geschieht auch und gerade in der Psychiatrie unter Beteiligung von Juristinnen und Juristen, da es um die Legitimierung und Vermeidung von Zwang in Fällen aufgehobener oder reduzierter Einsichtsfähigkeit geht (Seite 9 und Leitlinienpräambel):

„Zwangsmaßnahmen stellen aus Sicht aller Beteiligten ein Problem in der psychiatrischen Versorgung dar und können die weitere Behandlung beeinträchtigen. Häufig sind sie auch im Nachhinein eine große Belastung für die betroffenen Menschen. Zwangsmaßnahmen werden von den betroffenen Menschen auch im Nachhinein oft abgelehnt. Die vorlie-

¹⁰ Gesetzestext §32 BbgPsychKG siehe Anhang 6.3

genden Leitlinien sollen dazu beitragen, dass solche Maßnahmen möglichst vermieden werden und – falls ausnahmsweise erforderlich – so wirksam, angemessen und schonend wie möglich durchgeführt werden. Zwangsmaßnahmen sind nachvollziehbar zu dokumentieren.“

Die S3-Leitlinie zur Verhinderung von Zwang¹¹ ist Grundlage des medizinischen Handelns im psychiatrischen Krankenhaus und beinhaltet eine Übersicht über die verfügbare Evidenz zur Behandlung aggressiven Verhaltens bei psychischen Erkrankungen und zur Verhinderung von Zwang mit Empfehlungen, die von einem starken Konsens getragen sind, aber auch häufig Gegenstand von Kontroversen zwischen den unterschiedlichen Akteuren in der psychiatrischen Versorgung sind. Großer Wert wurde daher darauf gelegt, die Gruppe an Expertinnen und Experten sehr interdisziplinär und dialogisch zu besetzen – mit Vertreterinnen und Vertretern aus Wissenschaft und Praxis, juristischen Fachleuten, Angehörigen der Pflegeberufe, einem Vertreter bzw. einer Vertreterin der Angehörigen psychisch kranker Menschen und mehreren Expertinnen und Experten vonseiten der betroffenen Menschen mit psychischen Erkrankungen aus verschiedenen Verbänden. Es liegt in der Natur des Themas, dass einige Problemstellungen starke ethische Aspekte beinhalten und Empfehlungen sich nur bedingt auf der Basis wissenschaftlicher Evidenz formulieren lassen. Umso bedeutsamer war bei diesen Empfehlungen die Erreichung eines starken Konsenses mittels eines strukturierten und formalisierten Prozesses.

Die Leitlinie ist in ihrer Reichweite begrenzt. Sie gilt in erster Linie für die Bedingungen des psychiatrischen Versorgungssystems in Deutschland. Sie bezieht sich nicht auf foren-

sisch-psychiatrische Fragestellungen und Populationen, nicht auf Kinder und Jugendliche und nicht auf autoaggressives Verhalten, Suizidalität und Selbstgefährdung im weiteren Sinne sowie in solchen Zusammenhängen angewendete Formen von Zwang.

Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)

Insbesondere für schwer psychisch erkrankte Erwachsene mit einem komplexen ärztlichen wie therapeutischen Behandlungsbedarf gibt es seit 1. Oktober 2022 ein neues Angebot der gesetzlichen Krankenversicherung. Ziel ist es, alle für die Versorgung im Einzelfall benötigten Gesundheitsberufe zu vernetzen, um Betroffenen schnell und bedarfsgerecht zu helfen. Das schließt auch Hilfen ein, wenn Patientinnen und Patienten zwischen stationärer und ambulanter Versorgung wechseln müssen. Den Bezugs- und Koordinationspersonen für die jeweiligen Patientinnen und Patienten kommt dabei eine besondere Aufgabe im Netzverbund zu.

Der G-BA regelt die Details für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung in einer eigenen Richtlinie (KSVPsych-Richtlinie).

Berufsgruppenübergreifende Netzverbünde

Für die Gründung eines Netzverbundes schließen mindestens zehn Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einen Netzverbundvertrag. Vertreten sein können die Fachdisziplinen Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Neurologie.

¹¹ Vgl. https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/154528053e2d1464d9788c0b2d298ee4a9d1cca3/S3%20LL%20Verhinderung%20von%20Zwang%20LANG%20BLITERATUR%20FINAL%2010.9.2018.pdf

2. Rechtliche Grundlagen

Zudem muss ein Netzwerk über Kooperationsverträge die Zusammenarbeit mit mindestens einer stationären Einrichtung sowie mit mindestens einer Person aus den folgenden Gesundheitsberufen nachweisen: Ergotherapie, Soziotherapie, psychiatrische häusliche Krankenpflege.

Netzwerkverträge und Kooperationsverträge werden von der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) geprüft und – sofern die in der Richtlinie des G-BA genannten Bedingungen erfüllt sind – genehmigt. Die KVen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Netzwerke bereit.

Der G-BA beobachtet, wie das neue Versorgungskonzept in der Praxis ankommt. Hierzu gehört im ersten Schritt die Frage, in welchem Umfang sich Netzwerke bilden und ob es Hindernisse bei der Umsetzung gibt. Im zweiten Schritt wird der G-BA systematisch evaluieren, ob die Ziele des neuen Versorgungskonzepts erreicht werden.

Ausblick: Versorgungsangebot für Kinder und Jugendliche

Ein Versorgungsangebot für Kinder und Jugendliche wurde vom G-BA ebenfalls erarbeitet. Die Beschlussfassung hierzu war am 21. März 2024, der G-BA informierte darüber in einer Pressemitteilung¹².

Personalausstattung: Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V (PPP-RL)

Zur Frage, wie viel Personal auf psychiatrischen Stationen arbeiten soll, gab es bis zum 1.1.2020 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 Sozialarbeiter sowie sonstiges therapeutisches Fachpersonal in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene und für Kinder und Jugendliche. Dazu werden die behandelten Patientinnen und 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 PPP-RL des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), die am 1.1.2020 die PsychPV abgelöst hat, orientiert sich an der Grundsystematik der PsychPV, enthält aber nun statt bloßer Vorgaben zur Personalbemessung verbindliche Personalmindestvorgaben mit verschärften Nachweispflichten, die ab 2025 finanzielle Sanktionen bei Nichteinhaltung nach sich ziehen können durch teilweisen Entfall des Vergütungsanspruchs. Die Erfüllung der Personalvorgaben ist pro Quartal, pro Berufsgruppe und pro Station nachzuweisen. Nach § 2 Absatz der PPP-RL ist eine Behandlung unzulässig, wenn die Personalvorgaben nicht eingehalten werden. Die Nachweise sind von den Kran-

¹² <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1172/>

kenhäusern an die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen, das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) und bei Nichterfüllung auch an die Landesaufsichtsbehörden zu übermitteln. Die Richtlinie wurde bereits mehrfach vom Ministerium für Gesundheit überprüft und nicht beanstandet.

Die PPP-RL wird in den Besuchsberichten mit einer Ausnahme eher kritisch kommentiert:

- Die Erfüllung der PPP-RL werde seitens der Klinikleitung gegenwärtig wie folgt eingeschätzt: im ärztlichen Bereich als gut bis sehr gut, im psychologischen Bereich als sehr gut, im Sozialarbeiterbereich als gut, im Therapeutenbereich als problematisch und im Pflegebereich als sehr problematisch, hier werde von einem Mangel von 20 % ausgegangen. Hier wirke sich der schwierige Arbeitsmarkt aus und teilweise auch finanzielle Anreize. Dagegen gesteuert werde über eine aktive Ausbildung sowie über die Ausbildung im Hochschulbereich und die wissenschaftliche Begleitung. Die Psychiatrie-Fachpflegekräfte haben abgenommen, normale Pflegekräfte hätten hingegen etwas aufgebaut werden können. Selten seien Honorarkräfte angefordert worden, ein Ausgleich finde innerhalb des Pflegebereiches statt.
- Der Chefarzt schlussfolgert: Für schätzungsweise 80.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Versorgungsgebiet gebe es 102 Betten +36 der Tageskliniken, das sei eine Durchschnittszahl von 1,4 Betten gegenüber dem Landesdurchschnitt von 0,7. Am Ende zeige sich, ob die PPP-RL eine Unterversorgung generiere oder ob zuvor eine Überversorgung da gewesen sei. Sicherlich sei es so, dass Ärztinnen und Ärzte sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter fehlten, ferner Pflegepersonal und Ergotherapeutinnen und -therapeuten. Unvorhergesehene Situationen,

Kündigungen, Erfolg von Neueinstellungen seien jetzt nicht abzuschätzen, ebenso wenig ob mehr Betten zu schließen seien als 70. Die Konkurrenzsituation unter den Kliniken werde zunehmen.

- Die Vorgaben der PPP-RL seien unrealistisch, die Minutenwerte auf Unterkante bemessen. Beispielsweise deckten 49 min pro Woche Psychotherapie nicht einmal eine Stunde ab.
- Die PPP-RL sei hochbürokratisch und führe wegen der strikten Bindung der Auslastung an das vorhandene Personal im Zweifel zur Angebotsreduzierung. Die Personalausstattung im ärztlichen Bereich sei gut. Personalausstattung und -gewinnung im pflegerischen Bereich seien eine dauernde Herausforderung.
- Die Vorgaben der PPP-RL seien nicht erfüllbar. Die Verwaltungsdirektorin wies im Kommentar zum Protokollentwurf darauf hin, dass die Mindestvorgaben durchgehend eingehalten würden. Es würde bei Bedarf Personal von anderen Stationen in die Arbeit einbezogen. Ärztinnen und Ärzte könnten zwischen den Stationen (Psychosomatik <> Psychiatrie) wechseln, da es sich um einen Klinikbereich handele.
- Die Regelung einer notwendigen Personalausstattung in psychiatrischen Kliniken führe zu einem enormen Dokumentationsaufwand. Wegen der derzeitigen Starrheit der Regelungen sei eine flexible, inhaltliche Zuordnung des Personals zu den behandlungsbedürftigen Personen nicht möglich. Als sog. Kollateralschaden werde der Pflegeberuf in Richtung Grundpflege degradiert und wegen drohender Strafzahlungen würden vorhandene Betten nicht ausgelastet.
- Neu sei das zurückgehende Interesse von Pflegekräften, nicht zuletzt auch derjenigen, die in der krankenhauseigenen Pflegeschule ausgebildet würden, auf den psychiatrischen Stationen zu arbeiten.

2. Rechtliche Grundlagen

- Unbesetzte Stellen auf den Stationen würden bei Bedarf durch Leasingkräfte besetzt. Unproblematisch sei dies nicht und zwar in Hinblick darauf, dass Leasingbeschäftigte deutlich mehr verdienen als direkt Angestellte; hieraus könne ein Trend zur systematischen Abwanderung ausgelöst werden. Die Pflegesituation selbst werde als sehr gut eingeschätzt, da die Patientinnen und Patienten ausschließlich durch examinierte Beschäftigte betreut würden.
- Selbstverständlich habe die Kommission mit ärztlicher Leitung und Geschäftsführung über das Thema gesprochen und um Dokumente gebeten, die die Personalausstattung in Soll und Ist darstellen. Darüber hinaus sei darum gebeten worden, eine Einschätzung zur Personalausstattung unabhängig von der RL-PPP zu geben. Zu Letzterem wurde mitgeteilt, dass die Ausstattung im Großen und Ganzen im vergangenen Jahr für eine gute Versorgung ausreichen. Engpässe konnten durch kurzzeitige Verlagerungen zwischen Stationen verringert werden.
- Das Krankenhaus stellte nach dem Besuch eine Aufstellung der VKS-Mind (Mindestpersonalausstattung) zu VKS-Ist (tatsächliche Vollkraftstunden) entsprechend der PPP-RL 2022 zur Verfügung. In der Tabelle werden Daten quartalsweise geführt und schließlich der Erfüllungsgrad in Prozent für verschiedene Berufsgruppen in verschiedenen Stationen angegeben. Der Erfüllungsgrad schwankt zwischen 0 % und 292 %. Ärztinnen und Ärzte und Psychologinnen und Psychologen lägen meistens über 100 %. Defizite zeigten sich insbesondere im 2. Halbjahr bei Pflege, Spezialtherapie, Bewegungs-/Physiotherapie und Sozialarbeit.
- Die Klinik sehe die Rahmenbedingungen für den Betrieb der psychiatrischen Stationen als ungünstig und gefährdet an (PPP-RL). Das Land Brandenburg solle sich im Verein mit den anderen Bundesländern dafür engagieren, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen weiter eine gute Versorgung zuließen. Das hieße hier insbesondere, flexible Anforderungen an die Personalausstattung zu stellen und Maßnahmen gegen den Fachkräftemangel zu ergreifen.
- Die frühere PsychPV sei durch die PPP-RL abgelöst worden. Die Klinik begrüße die neue Regelung, weil die Kriterien der Personalzuordnung schärfer und dadurch Fehlanreize weniger geworden seien. Allerdings sei der Dokumentationsaufwand sehr hoch.
- Probleme würden ab der Ablösung der PsychPV durch die neue PPP-RL ab 1.1.2020 befürchtet; diese sehe nämlich finanzielle Einbußen vor, wenn Soll- und Ist-Ausstattung nicht übereinstimmen; die Problematik liege dabei darin, dass immer erst im Nachhinein festgestellt werden könne, ob und welche Abweichungen vorlägen, da diese unmittelbar durch die Einstufung der Patientinnen und Patienten in das System der PPP-RL verursacht würden. In der Folge könne es zu einem Bettenabbau kommen, der es notwendig machen könnte, Erkrankte in einem ambulanten System zu behandeln und zu betreuen; ein solches bedarfsgerechtes ambulantes System existiere allerdings nicht und es gebe keine Anzeichen, dass an einen Aufbau systematisch gearbeitet werden würde. Hierbei dürfte die Landesverwaltung massiv gefordert sein. Eine weitere Möglichkeit könne die Behandlung erkrankter Personen in Gestalt der StäB sein, wofür es allerdings z. Zt. keine adäquate finanzielle Ausstattung gibt.
- Der Sollpersonalbedarf werde seit 2020 nach der Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) ermittelt. Für die Bewältigung des sehr hohen Dokumentationsaufwands würden weiterhin Stationssekretariate

vorgehalten und die Ärztinnen und Ärzte und die Pflegekräfte gäben die Daten selbst in das System ein. Im Ergebnis reduziere dies die zur Verfügung stehende Zeit für jede/n einzelne/n Patient/Patientin. Wenn einzelne Dokumentationen von den Krankenkassen (MdK) nicht akzeptiert würden, führe dies noch nicht zu finanziellen Sanktionen.

- Mit Umsetzung der PPP-RL gehe die Flexibilität im Personaleinsatz verloren. Die 100%ige Erfüllung der Sollpersonal-ausstattung stelle gleichzeitig die Minimalausstattung dar; eine 100%ige Ist-Ausstattung könne damit allerdings nicht gewährleistet werden.
- Die Personalgewinnung im ärztlichen Bereich gestalte sich weiterhin schwierig.
- Im pflegerischen Bereich habe die Pflege-schule des Krankenhauses sehr positive Wirkungen; die Psychiatrie sei in die Pflegeausbildung einbezogen und im Ergebnis gebe es mehr Interessierte an einer Tätigkeit in der Psychiatrie als freie Stellen. Pflegehelferinnen und Pflegehelfer werden nicht beschäftigt.

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

Die Leitsätze zum Beschluss des Bundesverfassungsgerichts¹³ vom 24.7.2018 zur Anwendung von Fixierungen von Patientinnen und Patienten sind für die stationäre Psychiatrie ein Paradigmenwechsel, da sie klarstellen, dass das Gericht und nicht die Medizin über die medizinische Maßnahme der Fixierung entscheiden:

- 1 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.

- 1 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.
2. 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.
3. 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.

Den Leitsätzen lag u. a. folgender Sachverhalt zugrunde:

Am 28. Januar 2015 hatte der Beschwerdeführer und Verfahrenspfleger den Betroffenen zu I. gegen 17:00 Uhr in einem verschlossenen, videoüberwachten Isolationszimmer sediert und 5-Punkt-fixiert vorgefunden. Nur für Toilettengänge und zum Duschen sei der Betroffene entfixiert worden. Durch den Einschluss im Isolationszimmer, die Sedierung und die nicht nur kurzfristige 5-Punkt-Fixierung werde dem Betroffenen die Freiheit entzogen. Die Maßnahmen bedürften nach Art. 2 Abs. 2 Satz 2 i. V. m. Art. 104 GG – über die ärztliche Anordnung nach § 25 PsychKHG BW hinaus – der richterlichen Anordnung.

Anlässlich dieser Entscheidung stellte das Bundesverfassungsgericht klar, dass eine solche **Freiheitsentziehung nicht mehr nur aufgrund einer ärztlichen Anordnung** erfolgen dürfe, sondern eine **richterliche Ent-**

¹³ 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

2. Rechtliche Grundlagen

scheidung sei. Grundrechtseingriffe, wie es bereits die freiheitsentziehende Unterbringung als solche, jedoch auch viele Einzelmaßnahmen im Rahmen der Behandlung gegen den Willen einer Person sind, dürften stets nur unter der Einhaltung von strengen Rechtfertigungsvoraussetzungen des jeweils betroffenen Grundrechts erfolgen. Die Anforderungen an die Rechtfertigungsvoraussetzungen sind dabei abhängig von der Schwere des Eingriffs.

Für Eingriffe in die Freiheit der Person sind daher die Anforderung an die Rechtfertigung einer Freiheitsbeschränkung niedriger als für eine Freiheitsentziehung. Während es für eine Freiheitsbeschränkung ausreichend ist, dass ein förmliches Gesetz die Eingriffsvoraussetzungen hinreichend deutlich bestimmt, die im Gesetz vorgesehenen Form- und Verfahrensvorschriften beachtet werden, sexuelle oder körperliche Misshandlungen unterlassen werden und der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz eingehalten wird (vgl. Art. 104 Abs. 1 GG), muss bei einer Freiheitsentziehung zusätzlich eine richterliche Anordnung erfolgen (Art. 104 Abs. 2 GG und Art. 5 EMRK) und bei Fortdauer oder Anordnung einer Freiheitsentziehung ein Angehöriger bzw. eine sonstige Vertrauensperson unverzüglich über die richterliche Entscheidung benachrichtigt werden (Art. 104 Abs. 4 GG).

Für die Rechtfertigung eines Eingriffs in das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit einer anderen Person bedarf es ebenfalls eines **förmlichen Gesetzes**, das klare und bestimmte Regelungen zur Zulässigkeit und zum Verfahren trifft. Auch hier müssen die Grundsätze der Verhältnismäßigkeit eingehalten werden. Obwohl ein Eingriff in die körperliche Unversehrtheit einer Person beispielsweise durch eine Zwangsbehandlung besonders schwer wiegt, kann diese zum Schutz von Grundrechten anderer Personen (beispielsweise Mitpatientinnen und -patienten sowie Mitarbeitende) innerhalb einer geschlossenen Einrichtung gerechtfertigt sein. Darüber hinaus kommen als rechtfertigende

Belange das Recht auf körperliche Unversehrtheit der untergebrachten Person selbst sowie ihr grundrechtlich geschütztes Freiheitsinteresse aus Art. 2 Abs. 2 S. 2 GG in Betracht, sofern die untergebrachte Person zur Wahrnehmung ihrer Interessen infolge krankheitsbedingter Einsichtsunfähigkeit nicht in der Lage ist.¹⁴

Für die Ausübung von hoheitlichen Befugnissen, insbesondere in Form von Zwang, die einen massiven Eingriff in die Grundrechte der untergebrachten Personen darstellen können, bedarf es stets einer gesetzlichen **Legitimationskette**. Diese ergibt sich für Staatsbeamtinnen und Staatsbeamte aus Art. 33 Abs. 4 GG. Eine Abweichung von diesem sog. Funktionsvorbehalt bedarf deshalb der Rechtfertigung durch einen spezifischen, dem Sinn der Ausnahmemöglichkeit entsprechenden Ausnahmegrund.¹⁵ Dieser ist durch das Bundesverfassungsgericht beispielsweise bei der Privatisierung des (hessischen) Maßregelvollzugs bejaht worden, da durch die gewählte Privatlösung der organisatorische Verbund der Maßregelvollzugseinrichtungen erhalten wurde und durch die Erhaltung dieses Verbundes Synergieeffekte sowie verbesserte Personalgewinnungs-, Ausbildungs- und Fortbildungsmöglichkeiten gerade der Qualität des Maßregelvollzugs zugutekommen.¹⁶ Es ist zudem unter anderem ein spezifischer **Beleihungsakt** erforderlich, der sicherstellen muss, dass jederzeit die zur ordnungsgemäßen Durchführung des Maßregelvollzugs erforderlichen personellen, sachlichen, baulichen und organisatorischen Voraussetzungen gegeben sind.

Daneben erfordern die verfassungsrechtlichen Anforderungen an die demokratische Legitimation hoheitlichen Handelns, insbesondere die Möglichkeit der parlamentarischen Kontrolle, dass sich die Bestellung desjeni-

14 BVerfG, Beschl. v. 8.6.2021 – BvR 1866/17, 2 BvR 1314/18.

15 BVerfG, Urt. v. 18.1.2012 – BvR 133/10.

16 BVerfG, Urt. v. 18.1.2012 – BvR 133/10.

gen, der hoheitliche Entscheidungen trifft, durch eine ununterbrochene Legitimationskette auf das Staatsvolk zurückführen lässt.¹⁷ Im Fall des hessischen Maßregelvollzug wurde dieses Kriterium dadurch gewährleistet, dass die Leitung der Einrichtungen, deren Stellvertretung und die weiteren Ärztinnen und Ärzten mit Leitungsfunktion als Beschäftigte des Landeswohlfahrtsverbands durch die **Bestellungsentscheidung** einer öffentlichen Körperschaft personell legitimiert waren.

Die Übertragung von Aufgaben auf formell privatisierte Träger im Bereich einer unfreiwilligen Unterbringung kann deshalb nur unter Einhaltung der oben genannten Voraussetzungen mit Art. 33 Abs. 4 GG sowie mit dem Demokratieprinzip und den Grundrechten der Unterbrachten vereinbar sein.

Behandlung und Zwangsmaßnahmen, § 18 BbgPsychKG¹⁸

In der Folge der dargestellten Veränderungen und der Rechtsprechung insbesondere des Bundesverfassungsgerichts 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.

17 BVerfG, Urt. v. 18.1.2012 – BvR 133/10.

18 Gesetzestext BbgPsychKG § 18, siehe Anhang 6.6

Zwangsmaßnahmen bei Kindern- und Jugendlichen, § 1631b BGB¹⁹

Mit dem Gesetz zur Einführung eines familiengerichtlichen Genehmigungsvorbehaltes für freiheitsentziehende Maßnahmen bei Kindern²⁰ wurde der § 1631b 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 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.

Patientenrechtegesetz und §§ 630a ff. BGB

Im Jahr 2013 wurde das vertragliche Behandlungsrecht mit dem Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten²¹ in den §§ 630a ff BGB neu geregelt. Im Wesentlichen wurde die höchstrichterliche Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs kodifiziert. Im Mittelpunkt des Gesetzes stand die Normierung des Behandlungsvertrags und der

19 Gesetzestext BGB §1631 b, siehe Anhang

20 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)

21 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. Rechtliche Grundlagen

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. Mithilfe der im Rahmen des Patientenrechtegesetzes etablierten Risiko- und Fehlervermeidungssysteme sollten Behandlungsabläufe in medizinischen Prozessen zum Schutz der Patientinnen und Patienten optimiert werden.

Entlassmanagement, § 39 SGB V

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)²² wurde das Entlassmanagement neu geregelt. Der Rahmenvertrag Entlassmanagement²³ der gemäß § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V

zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Kassenärztlichen 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 Patientinnen 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 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

22 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.

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

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/der behandelnden Krankenhausarztes/-ärztin 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 Krankenhaus-

ärztinnen und Krankenhausärzte 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

2. Rechtliche Grundlagen

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.

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 Akut-Behandlung 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 § 115d 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 § 115d 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 stationsäquiva-

lenten 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 § 115d 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.

Neues Betreuungs- und Vormundschaftsrecht zum 1.1.2023

Neben den Unterbringungen in psychiatrischen Allgemeinkrankenhäusern nach § 2a Absatz BbgPsychKG und den strafrechtlichen Unterbringungen nach §§ 63, 64 StGB stellen im Bereich der zivilrechtlichen Unterbringung § 1831 BGB bzw. § 1631b Abs. 1 BGB für Kinder und Jugendliche die erforderlichen bundesrechtlichen Rechtsgrundlagen dar, um die damit verbundene Freiheitsbeschränkung bzw. den Freiheitsentzug zu rechtfertigen. Die zivilrechtliche Unterbringung kann – anders als die anderen beiden Unterbringungsformen, die in Brandenburg allein in psychiatrischen Krankenhäusern zulässig sind – auch in einer anderen geeigneten Einrichtung, z. B. einer sozialtherapeutischen Wohnstätte erfolgen. Unterbringungen nach § 1831 BGB erfolgen im Rahmen der rechtlichen Betreuung mit Genehmigung des Betreuungsgerichts. Eine zivilrechtliche Unterbringung nach § 1831 BGB erfolgt dabei nur, wenn die Gefahr besteht, dass die betreute Person sich selbst tö-

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%2F%2F%40attr_id%3D%27bgbl116s2986.pdf%27%5D_1547736226770

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_stationsaequiv.psych_Behandlung_31.03.2017.pdf

tet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt (**Eigengefährdung**). Diese Gefahr muss ernstlich und die Unterbringung zum Wohl der betroffenen Person erforderlich sein. Der Schutz Dritter oder der Allgemeinheit sind für eine Unterbringung nach § 1831 BGB nicht ausreichend. In §§ 312-339 des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG) ist das Verfahren für die Unterbringung Volljähriger geregelt.

Bei Minderjährigen ist die zivilrechtliche Unterbringung im Rahmen der elterlichen Sorge in § 1631b Abs. 1 BGB geregelt. Voraussetzung hierfür ist eine familiengerichtliche Genehmigung, die Erforderlichkeit für das Wohl des Kindes und die Verhältnismäßigkeit. Im Bereich der Minderjährigen wird in der Praxis die zivilrechtliche Unterbringung vorrangig angewendet, auch wenn die öffentlich-rechtliche Unterbringung rechtlich möglich ist.

Auch für den Bereich der zivilrechtlichen Unterbringung lohnt sich ein **rechtshistorischer Blick** für das bessere Verständnis²⁷:

„Das Spannungsverhältnis zwischen Fürsorge und Entrechtung prägte auch die Geschichte des Rechts der Vormundschaft und Pflegschaft für Volljährige in der Vergangenheit und in der gesetzlichen Betreuung bis heute. Das römische Recht erwähnt bereits die Sorge für psychisch Kranke (cura furiosi) und die Sorge für Verschwender (cura prodigi), wobei der psychisch Kranke ohne einen formalen Akt der Fürsorge dem nächsten männlichen Verwandten unterstellt wurde. Die germanischen Stammesrechte kannten ein umfassendes Schutzverhältnis für Person und Vermögen eines „Wahnsinnigen“, die „Munt“. Der Vormund hatte nicht nur das Vermögen seines Mündels zu verwalten, sondern auch das Nutzungsrecht daran und insbesondere

die Pflicht, ihn im stark formalisierten Prozeß zu vertreten, unter Umständen sogar durch Zweikampf. Einem Schutz des Königs unterstand, wer keinem Muntverband angehörte. Aus dem Königsschutz entwickelte sich der Gedanke der Vormundschaft als eines vom Staat verliehenen Amtes und einer öffentlichen Aufgabe mit behördlicher Bestellung des Vormundes mit Überwachung seiner Pflichten, der Ablieferung eines Vermögensverzeichnisses und der Hinterlegung einer Kautions. 1875 führte die preußische Vormundschaftsgerichtsordnung die Unterscheidung von Vormund als eine umfassende Vertretung für alle Angelegenheiten und Pflegschaft als eine Vertretung für einzelne oder einen bestimmten Kreis von Angelegenheiten ein. Der Vormund galt nicht als Beauftragter des Staates, sondern als Stellvertreter des Mündels. 1877 regelte die erstmals reichseinheitliche Zivilprozeßordnung das Entmündigungsverfahren für Geisteskranke und Verschwender. Diese Vorschriften sind im Wesentlichen bis 31.12.1991 unverändert geblieben (§§ 645 bis 687 ZPO). Das am 01.01.1992 in Kraft getretenen Betreuungsrecht, als „Jahrhundertgesetz“ deklariert, hat die Entmündigung abgeschafft und die Grundrechte des Betroffenen und die Verwirklichung der Selbstbestimmung des Betreuten gestärkt. Die Gerichte bis hin zum Bundesverfassungsgericht stellten klar: „Der Staat hat nicht das Recht, den Betroffenen zu erziehen, zu bessern, oder zu hindern, sich selbst zu schädigen“, wenn er über einen „freien Willen“ verfügt“. Der Betreuer muss sich also durch persönliche Kontakte und Besprechung wichtiger anstehender Entscheidungen ein Bild davon machen, welche Vorstellungen der Betreute hat, was er gerne möchte und was er nicht will. Danach muss er sich auch richten, es sei denn, dies liefe eindeutig dem Wohl des Betreuten zuwider oder wäre für den Betreuer selbst unzumutbar.“

Zum Jahr 2023 folgte laut dem Bundesjustizministerium die **größte Reform im**

27 W. Sorg, „Das Wohl des Betreuten: Wer bestimmt es? Wie?“, 7. Würtembergischer Vormundschaftsgerichtstag 2009: https://www.bgt-ev.de/fileadmin/Mediendatenbank/Tagungen/W%C3%BCrttembergischer_BGT/07/AG4_Bericht2.pdf

2. Rechtliche Grundlagen

Betreuungsrecht seit dessen Einführung und der Abschaffung der Entmündigung im Jahr 1992. Auch diesmal ging es im Wesentlichen um mehr Selbstbestimmung für die Betroffenen, die aufgrund einer Krankheit oder Behinderung ihre rechtlichen Angelegenheiten nicht oder nur begrenzt besorgen können. Zu den Neuerungen gehören insbesondere die folgenden Punkte, die die **Selbstbestimmung stärken** und den Vorgaben von Artikel 12 der UN-Behindertenrechtskonvention Rechnung tragen²⁸.

- **Erforderlichkeitsgrundsatz:** Im neuen Betreuungsrecht ist klar geregelt, dass ein Betreuer bzw. eine Betreuerin nur bestellt wird, wenn dies erforderlich ist (§ 1814 Absatz 3 BGB). Das ist dann nicht der Fall, wenn andere Hilfen verfügbar und ausreichend sind. Dazu zählen auch tatsächliche Unterstützungsleistungen durch Familienangehörige, Bekannte oder soziale Dienste. Ist eine rechtsgeschäftliche Vertretung der betroffenen Person erforderlich, so bedarf es regelmäßig dann keiner Betreuung, wenn die Person einer Vertrauensperson eine Vorsorgevollmacht erteilt hat.
- **Erweiterte Unterstützung:** Die Betreuungsbehörden erhalten mit dem neuen Instrument der erweiterten Unterstützung den gesetzlichen Auftrag, betroffene Menschen in geeigneten Fällen so zu unterstützen, dass hierdurch eine rechtliche Betreuung entbehrlich wird (§ 8 Absatz 2 und § 11 Absatz 3 des neuen Betreuungsorganisationsgesetzes (BtOG)).
- **Pflicht zur Wunschbefolgung:** Im neuen Betreuungsrecht ist klar geregelt, dass der Betreuer bzw. die Betreuerin die Angelegenheiten der betreuten Person so zu besorgen hat, dass diese im Rahmen ihrer Möglichkeiten ihr Leben nach ihren Wünschen gestalten kann. Von seiner bzw. ihrer Vertretungsmacht darf der Betreuer

bzw. die Betreuerin nur Gebrauch machen, soweit dies erforderlich ist. Der Betreuer bzw. die Betreuerin muss sich durch regelmäßige persönliche Kontakte und Besprechung anstehender Entscheidungen ein Bild davon machen, welche Wünsche die betreute Person hat und was sie nicht will. Den festgestellten Wünschen der betreuten Person hat der Betreuer bzw. die Betreuerin in den gesetzlich festgelegten Grenzen zu entsprechen und sie bei deren Umsetzung rechtlich zu unterstützen (§ 1821 BGB)

- **Auswahl des Betreuers bzw. der Betreuerin:** Bei der Auswahl des zu bestellenden Betreuers bzw. der Betreuerin hat das Betreuungsgericht grundsätzlich die Wünsche der zu betreuenden Person zu berücksichtigen (§ 1816 Absatz 2 BGB). Schutz des Wohnraums: Ein von der betreuten Person selbst genutzter Wohnraum darf durch den Betreuer bzw. die Betreuerin grundsätzlich nur dann aufgegeben werden, wenn dies dem Willen der betreuten Person entspricht (§ 1833 BGB). Der Betreuer bzw. die Betreuerin hat die Absicht, selbst genutzten Wohnraum der betreuten Person aufzugeben, dem Betreuungsgericht unter Angabe der Gründe und der Sichtweise der betreuten Person unverzüglich anzuzeigen. In bestimmten Fällen ist eine gerichtliche Genehmigung erforderlich. Dies verbessert Möglichkeiten der gerichtlichen Kontrolle.
- **Gerichtliche Aufsicht:** Das neue Betreuungsrecht macht die Wünsche betreuter Menschen zum zentralen Maßstab für die Aufsicht und Kontrolle durch die Betreuungsgerichte. Bei Anhaltspunkten dafür, dass der Betreuer bzw. die Betreuerin den Wünschen der betreuten Person nicht oder nicht in geeigneter Weise nachkommt, besteht grundsätzlich die Pflicht der zuständigen Rechtspflegerin oder des zuständigen Rechtspflegers, die betreute Person persönlich anzuhören

²⁸ https://www.bmj.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2022/1229_Neues_Vormundschafts_und_Betreuungsrecht.html

(§§ 1862 in Verbindung mit 1821 BGB).

- **Berichtspflicht des Betreuers bzw. der Betreuerin:** Damit das Betreuungsgericht seine Kontrollaufgaben besser wahrnehmen kann, wurden die Anforderungen an die vom Betreuer bzw. der Betreuerin bei Gericht einzureichenden Berichte klarer formuliert (§ 1863 BGB).
- Das neue Betreuungsrecht sichert und verbessert die Qualität der beruflichen Betreuung. Dazu knüpft es den Zugang zum **Betreuerberuf** an bestimmte Voraussetzungen. Im Einzelnen gilt Folgendes:
 - Voraussetzung für die Bestellung als beruflicher Betreuer bzw. berufliche Betreuerin und für den Anspruch auf Vergütung ist künftig eine Registrierung bei der zuständigen Betreuungsbehörde (Stammbehörde). Das ist die Behörde, in deren Zuständigkeitsbereich sich der Sitz bzw. hilfsweise der Wohnsitz des beruflichen Betreuers bzw. der beruflichen Betreuerin befindet.
 - Als beruflicher Betreuer bzw. berufliche Betreuerin kann sich nur registrieren lassen, wer über die persönliche Eignung und Zuverlässigkeit sowie ausreichende Sachkunde für die Tätigkeit der beruflichen Betreuung verfügt. Erforderlich ist zudem der Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung für Vermögensschäden mit einer Mindestversicherungssumme von 250.000 EUR pro Versicherungsfall und von 1.000.000 EUR für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres (§ 23 Absatz 1 BtOG).
- Die nachzuweisende Sachkunde umfasst Kenntnisse des Betreuungs- und Unterbringungsrechts, des dazugehörigen Verfahrensrechts sowie auf den Gebieten der Personen- und Vermögenssorge, Kenntnisse des sozialrechtlichen Unterstützungssystems und Kenntnisse der Kommunikation mit Personen mit Erkrankungen und Behinderungen und von

Methoden zur Unterstützung bei der Entscheidungsfindung (§ 23 Absatz 3 BtOG).

- Für Betreuende, die bereits vor dem 1. Januar 2023 berufsmäßig Betreuungen geführt haben, gelten Übergangsvorschriften. Wer zum Beispiel bis zum 1. Januar 2023 bereits seit mindestens drei Jahren beruflich Betreuungen geführt hat, erhält Bestandsschutz und muss seine Sachkunde für die Registrierung nicht mehr nachweisen. Bestandsbetreuende mit kürzerer Tätigkeitsdauer erhalten Erleichterungen (§ 32 Absatz 2 BtOG).

Das neue Betreuungsrecht stärkt die Anbindung von ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuern an **Betreuungsvereine**. Ehrenamtliche Betreuerinnen und Betreuer können künftig mit einem anerkannten Betreuungsverein eine Vereinbarung über eine Begleitung und Unterstützung abschließen. Ehrenamtliche Betreuerinnen und Betreuer ohne familiäre Beziehung oder persönliche Bindung zum bzw. zur Betreuten dürfen in der Regel nur bestellt werden, wenn sie eine solche Vereinbarung nachweisen. Durch diese Neuerungen soll sichergestellt werden, dass sie eine konstante kompetente Beratung und Unterstützung erfahren.

Auch das **Vormundschaftsrecht** erfährt zum 1. Januar 2023 eine umfassende Modernisierung. Das Vormundschaftsrecht betrifft Minderjährige, deren Eltern die elterliche Sorge nicht mehr innehaben, zum Beispiel, weil sie verstorben sind oder weil sie im Ausland leben und nicht erreichbar sind. Das Vormundschaftsrecht ist seit Inkrafttreten des BGB im Jahr 1900 wiederholt punktuell ergänzt und geändert worden und dadurch sehr unübersichtlich geworden. Durch die Reform wird das Vormundschaftsrecht neu geordnet und an die Anforderungen der Gegenwart angepasst. Wesentliche Neuerungen sind:

- Die Rechte des Mündels (§ 1788 BGB) und die Pflichten des Vormunds (§ 1789 ff. BGB) werden ausdrücklich normiert.

2. Rechtliche Grundlagen

- Die verschiedenen Vormundschaftstypen werden zu einem Gesamtsystem zusammengefügt, in dem die beruflichen Vormünder einschließlich des Jugendamts als Amtsvormund gleichrangig sind. Ehrenamtliche Vormünder sind weiterhin vorrangig zu bestellen.
- Die Rechte der Pflegepersonen, bei denen ein Mündel aufwächst, werden gestärkt.
- Steht bei Anordnung der Vormundschaft noch nicht fest, welche Person zum Vormund bestellt werden soll, kann vorübergehend ein Vormundschaftsverein oder das Jugendamt als vorläufiger Vormund bestellt werden. Dadurch wird sichergestellt, dass ausreichend Zeit für die Suche nach dem für diesen Mündel am besten geeigneten Vormund zur Verfügung steht. Im Übrigen gilt der Grundsatz der Personalisierung: Die minderjährige Person soll in ihrem Vormund eine feste Ansprechperson finden, zu der sie ein Vertrauensverhältnis aufbauen kann.

Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Reform des Vormundschafts- und Betreuungsrechts wird das Bürgerliche Gesetzbuch überdies ergänzt um ein beschränktes Recht der Ehegatten auf gegenseitige Vertretung in Angelegenheiten der Gesundheitsorge. Das in § 1358 BGB geregelte Vertretungsrecht greift, wenn ein Ehegatte aufgrund von Bewusstlosigkeit oder Krankheit seine oder ihre Angelegenheiten der Gesundheitsorge nicht mehr besorgen kann. Es bezieht sich insbesondere auf die Einwilligung in ärztliche Eingriffe und den Abschluss von Behandlungsverträgen. Das **Notvertretungsrecht** ist zeitlich begrenzt auf maximal sechs Monate. Das Ehegattennotvertretungsrecht ist nachrangig zu einer bestehenden Betreuung oder Vorsorgevollmacht.

Patientenverfügung, § 1827 BGB

Der neu gefasste § 1827 BGB zeigt eine weitere Abkehr vom objektiv zu bestimmenden

Wohl zum subjektiven Willen des Menschen:

(1) ¹Hat eine einwilligungsfähige volljährige Person für den Fall ihrer Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festgelegt, ob sie in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen ihres Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (Patientenverfügung), prüft der Betreuer bzw. die Betreuerin, ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation des der betreuten Person zutreffen. ²Ist dies der Fall, hat der Betreuer bzw. die Betreuerin dem *Willen* der betreuten Person Ausdruck und Geltung zu verschaffen. ³Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden.

(2) ¹Liegt keine Patientenverfügung vor oder treffen die Festlegungen einer Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation der betreuten Person zu, hat der Betreuer bzw. die Betreuerin die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen *Willen* der betreuten Person festzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden, ob er bzw. sie in eine ärztliche Maßnahme nach Absatz 1 einwilligt oder sie untersagt. ²Der mutmaßliche *Wille* ist aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln. ³Zu berücksichtigen sind insbesondere frühere Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen der betreuten Person.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung des bzw. der Betreuten.

Eingliederungshilfe: Rehabilitations- und Teilhabeleistungen nach den Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)

Eine herausfordernde Schnittstelle stellt die zwischen psychiatrischer Versorgung und der Eingliederungshilfe (EGH) dar. Bisher hat die Finanzierung von sogenannten „Nichtbehandlungsfällen“ in Einzelfällen die Möglichkeit geboten, Menschen, die keiner Krankenhaus-

behandlung mehr bedürfen, aber noch kein passendes Angebot in der Eingliederungshilfe gefunden haben, längerfristig in den Kliniken zu versorgen. Ein Verbleib in der Klinik, nur weil kein freier Platz oder kein geeignetes Angebot vorhanden ist, muss vermieden werden. Für diesen Bedarf werde neue flexible, fachlich passgenaue Lösungen benötigt, die den betroffenen Menschen einen ggf. beschützten Ort zum Leben und zur Teilhabe bieten.

Angebote der EGH

Menschen mit psychischen Erkrankungen, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern, können Rehabilitations- und Teilhabeleistungen nach dem SGB IX erhalten. Eine Beeinträchtigung liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von einer seelischen Behinderung bedroht, wenn eine entsprechende Beeinträchtigung der Teilhabe zu erwarten ist. Mit der Einführung des Bundesteilhabegesetzes zur Reformierung der bestehenden Sozialleistungsregelungen in den Jahren 2018 bis 2022 wurden eine Reihe von Verbesserungen auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Teilhabebeeinträchtigungen erreicht.

Sie erhalten zusätzlich zu den allgemeinen Sozialleistungen Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe, um:

- das selbstbestimmte und selbstständige Wohnen zu erhalten oder zu fördern,
- Benachteiligungen im Arbeitsleben auszugleichen,
- die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen,
- die Teilhabe an Spiel und Bildung zu gewährleisten.

Deshalb sind alle Träger verpflichtet, die Leistungen zur Teilhabe nahtlos, zügig sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich zu erbringen, den Einzelfall zu berücksichtigen und sich gegenseitig abzustimmen. Außerdem sind die Leistungen nun individuell. Menschen mit seelischen Behinderungen sind mündige und kompetente Partner. Ihre Interessen und Wünsche sind ein ganz zentraler Aspekt des Rehabilitationsprozesses, welche bei der Leistungsbeantragung durch die Ämter sehr ernst zu nehmen sind. Sie sind nicht mehr Objekt des Rehabilitationsprozesses, sondern nehmen ihre Rolle als Subjekt selbstbestimmt wahr. Verstärkt wird dies dadurch, dass die Rehabilitationsträger durch Bescheid begründen müssen, weshalb den Wünschen im Einzelfall nicht entsprochen wurde.

Menschen mit besonders schweren psychischen Erkrankungen (sogenanntes Wesentlichkeitsmerkmal) haben Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX. Diese können umfassen:

- die alltägliche Lebensführung (u. a. Haushaltsorganisation, Haushaltsführung /Budgetplanung/Finanzen, Medienkompetenz, Tagesstrukturierung und Freizeitgestaltung),
- eine selbstbestimmte und zunehmend selbstverantwortliche Lebensführung,
- das Arbeiten (Werkstatt für behinderte Menschen, Budget für Arbeit, Beschäftigung bei anderem Leistungsanbieter z. B. in Zuverdienstprojekt),
- die Förderung von Kontakten zu anderen, Assistenz bei Ämtergängen (Vorbereitung und Unterstützung), sofern nicht Aufgabe einer gesetzlichen Betreuerin oder eines gesetzlichen Betreuers,
- Assistenz von Eltern bei der Versorgung und Betreuung ihrer Kinder.

In Wohngruppen sogenannter „besonderer Wohnformen“ können Menschen mit seelischen Behinderungen ein Zuhause finden, die

2. Rechtliche Grundlagen

einen hohen Assistenz- und Betreuungsbedarf haben und das gemeinsame Wohnen mit anderen schätzen. Je nach Teilhabebedarf können Angebote mit unterschiedlich hohem Strukturierungsgrad vorgehalten werden. Für Menschen, die aufgrund von schwerwiegenden chronifizierten Erkrankungen zeitweilig eine Gefahr für sich selbst oder andere darstellen, werden auch therapeutisch ausgerichtete Wohnformen mit psychiatrisch geschultem Fachpersonal vorgehalten. Durch enge Kooperationen mit den Sozialpsychiatrischen Diensten der Gesundheitsämter, der psychiatrischen Klinik vor Ort und den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Therapeutinnen und Therapeuten können auch bei auftretenden psychischen Krisen verlässliche Versorgungssettings angeboten werden, die einen richterlichen Beschluss von freiheitsentziehenden Maßnahmen und Zwangsbehandlungen vermeiden helfen. In manchen Fällen finden sich passgenaue Wohn- und Betreuungssettings auch außerhalb Brandenburgs.

Für Kinder und Jugendliche mit seelischen Erkrankungen werden Teilhabeleistungen der Eingliederungshilfe durch Sozial- und/oder Jugendämter gemäß der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) erbracht. Je nach Bedarf und familiärer Situation können Teilhabeleistungen für das Kind und Hilfen zur Erziehung für die Sorgeberechtigten als Komplex erbracht werden. In manchen Konstellationen ist es aber auch angezeigt, dass das Kind in einer Wohneinrichtung erzieherisch und therapeutisch betreut wird. Auch hier ist die enge fachliche Zusammenarbeit von Träger, Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensten der Gesundheitsämter, der Kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik der Region und den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Therapeutinnen und Therapeuten sehr wichtig. Insbesondere helfen verlässliche Kooperationen der Fachkräfte dabei, schwerwiegende psychiatrische Krisen mit selbst- oder fremdgefährdendem Verhalten zu ver-

meiden und somit richterliche Beschlüsse zu freiheitsentziehenden Maßnahmen und Zwangsmaßnahmen auf ein absolutes Minimum zu reduzieren

Ob eine Person Ansprüche auf Leistungen der Eingliederungshilfe hat, und wenn ja in welchem Umfang und welcher Art, wird in dem Gesamt- und Teilhabeplanverfahren ermittelt. In den neuen Bedarfserfassungsdokumenten liegt der Fokus auf der jeweiligen Person, ihren Kompetenzen und Interessen (Personenzentrierung). Anders als früher geht es nicht um allgemeine Förderziele oder normative Lernziele, sondern um die Identifikation von Teilhabezielen, die sich an den für die Person relevanten Lebensbereichen und ihren Wünschen orientieren. Die Beschreibung von Aktivität und Teilhabe ist dabei in dem Instrument gemäß der neun Lebensbereiche der ICF (International Classification of functions) strukturiert. Die Antragstellenden können Wünsche äußern, wann, wo und wie sie Assistenz bei dem Erreichen ihrer Ziele erhalten möchten, und ob sie dabei einen Anbieter, eine pauschale Geldleistung oder ein Persönliches Budget nutzen wollen.

3. Auswertung der Berichte

3. Auswertung der Berichte der Besuchskommissionen im Einzelnen

Allgemeinpsychiatrie / Erwachsenenbereich

Das Wesentliche der grundsätzlich positiven Einzelauswertungen der Besuchsberichte ist in Kapitel 1 sowie im Kapitel zur PPP-RL sowie zum Gesamttreffen zusammengefasst. Auswirkungen von Corona, Fachkräftemangel, Bürokratiehemmnisse, Schnittstellenprobleme oder Konflikte mit Personalvorgaben können so von der Fachaufsicht, dem MSGIV oder dem Landtag aufgegriffen werden (siehe letztes Kapitel). Im Folgenden finden sich nun zum besseren Verständnis der Krankenhauslandschaft auch wichtige Hintergrundinformationen, insbesondere zur baulichen Situation und zu therapeutische Entwicklungen.

In den 18 allgemeinpsychiatrischen Krankenhäusern und Fachabteilungen werden behandelt:

- Depressionen mit unterschiedlicher Ätiopathogenese
- Psychosen
- Persönlichkeitsstörungen
- Anpassungsstörungen
- Angststörungen
- Somatoforme Störungen
- Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit
- Demenzerkrankungen

Die Konzepte der Kliniken sind unterschiedlich hinsichtlich ihres **Behandlungs- und Sicherheitskonzepts**. Manche arbeiten mit dem „**Potsdamer oder auch Runden Tisch**“²⁹, andere verfügen über verschlossene Stationen. Beide Konzepte sowie Mischformen stehen mit der S3-Leitlinie zur Vermeidung von Zwang im Einklang. Bei einigen Kliniken gelinge es so, mithilfe eines „Potsdamer Tisches“ oder einer 1:1-Betreuung die Türen fast immer

offen zu halten. Potsdamer oder Runde Tische zeigten für die Stationsteams seit Einführung durchgehend (trotz des Aufwandes für die Pflege) vor allem den Vorteil der Aggressivitätsreduktion (v. a. auch atmosphärisch) auf den Akutstationen. Der Runde Tisch ist so organisiert, dass Personen, die die Station nicht alleine verlassen dürfen, am Stationsausgang aufgehalten werden. Sicherlich kann der Runde Tisch an seine Grenzen stoßen, wenn sehr schwer Erkrankte mit Neigung zu Gewalt behandelt werden, für die der Runde Tisch kein unüberwindbares Hindernis darstellt. So wird auch schon einmal das ungenehmigte Verlassen einer Station nicht mit einem gewaltsamen Eingriff verhindert und entwichene Patientinnen und Patienten werden auch unter Nutzung der Amtshilfe durch die Polizei wieder aufgefunden und zurückgebracht.

Die Stationen werden in der Regel störungsspezifisch belegt (Sucht, Gerontopsychiatrie, Psychotherapie). Allgemeine Stationen oder nach Wohnortprinzip belegte Stationen sind ebenfalls häufig. Alle Kliniken verfügen über **Konzepte zur Deeskalation und Zwangsvermeidung**. Die Besuchskommissionen bilden nicht zuletzt auch Veränderungen in der medizinischen Behandlungspraxis ab, so beispielsweise ein Hinwenden zu **Adhärenz**, also die Behandlung auf Augenhöhe durch Absprachen statt bloße Compliance, also die Befolgung von ärztlichen „Anordnungen“. So wird beschrieben, dass ein Patient, der sich vor einigen Jahren noch als Nummer behandelt fühlte, sich jetzt als Person gesehen fühlt. Dabei seien gute Informationen über Behandlungsverlauf und -abschluss durch Einzelgespräche bedeutsam gewesen: So seien beispielsweise Entlassdatum und anschließende Maßnahmen gut kommuniziert worden.

Mehrere Kliniken berichteten, dass sie teilweise aufsuchend tätig sind, allerdings zogen viele Kliniken mit einem großen Einzugsbereich

²⁹ Dies ist ein Arbeitsplatz im Flur in unmittelbarer Nähe der Eingangstür. Das Personal hat dadurch den Überblick über alle, die die Station betreten oder verlassen.

3. Auswertung der Berichte

eine Umsetzung der **Stationsäquivalenten Behandlung (StäB)** aus Kapazitäts- und Kostengründen (insbesondere bei langen Wegen im ländlichen Raum) eher nicht in Betracht. Über Institutsambulanzen seien ebenfalls Hausbesuche möglich. Auch zeigten die in den Berichten beschriebenen **therapeutischen Ausrichtungen** der Kliniken eine große Bandbreite. Mit Modell-Charakter zu nennen sei hier der familien- und alltagsnahe Soteria-Ansatz. Die Mehrzahl der Kliniken berichteten den Besuchskommissionen, dass sie vermehrt **Geflüchtete** behandeln, allerdings insgesamt auf dem Niveau der Vorjahre. Manche Kliniken machten aufsuchende Sprechstunden in den Unterbringungseinrichtungen. Fast alle berichteten über kulturelle und sprachliche Barrieren und Schwierigkeiten bei der Finanzierung von Dolmetscherinnen und Dolmetschern, wobei hier darauf hinzuweisen ist, dass es seit Juli 2023 das **Dolmetscherprogramm des Landes Brandenburg**³⁰ gibt, dass hier Abhilfe schaffen soll. Viele Kliniken schilderten Schwierigkeiten, geeignete Anschlussperspektiven außerhalb der Klinik, beispielsweise betreuten Wohnraum, zu finden. Besuchskommissionen weisen darauf hin, dass psychiatrische Krankenhäuser keine Inseln sind, sondern wichtige, **regelmäßig zu pflegende Schnittstellen** zu Sozialpsychiatrischen Diensten, Kinder- Jugendhilfe, Eingliederungshilfe, aber auch Polizei und Justiz haben. Besondere Wirkung könnten hier psychosoziale Arbeitsgemeinschaften oder Psychiatriekoordinatoren entfalten, § 7 BbgPsychKG. Die **Betreuungsgerichte** seien in der Regel gut zu erreichen, auch nach 16 Uhr oder am Wochenende. Wichtig sei jedoch, dass sich Richterinnen und Richter, die Beschlüsse fassen müssten, mit der Thematik der Fixierungen auskennen würden (Anm. des Verf.: Hierzu hat es eine gemeinsame Fortbildungsveranstaltung zwischen Chefärztinnen und Chefärzten und Betreuungsrichterinnen

und -richtern am 2.11.2022 in der Justizakademie Königs Wusterhausen gegeben. Themen waren u. a. Anforderungen an den Inhalt von Anträgen und Attesten der Kliniken, wechselseitigen Herausforderungen im Bereitschaftsdienst sowie Konsequenzen unterschiedlicher Behandlungsansätze; am 21.11.2023 folgte eine Veranstaltung zur besseren Zusammenarbeit zwischen Polizei, Psychiatrie und Justiz). Auch die Schnittstelle zur **Polizei** wird positiv beschrieben. Hier scheinen gemeinsame Fortbildungen ein Schlüssel gewesen zu sein, beispielsweise der „Runde Tisch“ in Hennigsdorf oder vom Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. und das für Gesundheit zuständige Ministerium organisierte Fachtage (Anmerkung d. Verf.: Der Umgang mit psychisch Kranken ist mittlerweile auch Teil der polizeilichen Ausbildung in Brandenburg, da viele polizeiliche Einsätze Berührungspunkte mit psychischen Krisensituationen aufweisen³¹).

Besuchskommissionen weisen auch immer wieder auf **Versorgungsprobleme hin, wie sie insbesondere für aggressive Menschen mit geistiger Behinderung** bestehen. Bezogen auf **stationäre Anschlussangebote** wurde in vielen Berichten darauf hingewiesen, dass Verweildauern sich verlängern oder Alternativen in anderen Bundesländern gesucht werden müssten, da ausreichend inten-

31 Vgl. Fachgespräch des AIK im Landtag am 8.11.23 zum Umgang mit psychisch auffälligen oder erkrankten Personen in Polizeieinsätzen: Das Fachgespräch wurde laut Frau Germer (ALin MİK) anberaunt, um die Thematik losgelöst von Zwischenfällen, die regelmäßig Schuldzuweisungen und Rechtfertigungen nach sich ziehen, grundsätzlicher und lösungsorientierter zu befassen. Dies ist nach Einschätzung des Verfassers sehr gut gelungen. Politische Aktivität im Sinne von Verordnungs- oder Gesetzgebung wurde angesichts der vorgestellten gelungenen Praxisbeispiele aus der psychiatrisch-polizeilichen Praxis (insbesondere „Runder Tisch“ in Hennigsdorf im Verbund mit dem dortigen SpDi) im Rahmen des bestehenden gesetzlichen Rahmens nicht gefordert. Etwas Anderes mag für die polizeiliche Aus- und insbesondere Fortbildung gelten, da Defizite im Umgang mit psychisch Kranken deutlich wurden. Etwa 20 % der polizeilichen Einsätze betrafen laut übereinstimmender wissenschaftlicher Einschätzung psychisch kranke Menschen, für die der klassische Polizeieinsatz des „Gefahrenabwehrenden Durchsetzen statt Kommunikation“ z. T. kontraproduktiv bzw. insbesondere bei Psychotikern sogar eskalierend wirke. Etwa 30 % der Polizistinnen und Polizisten hätten auch selbst Angst bei diesen Einsätzen. Dem könne mit Aus- und Fortbildung entgegengewirkt werden. Eine entsprechende Auswertung des Fachgesprächs wolle der Ausschuss aber separat im Nachgang unternehmen.

30 <https://msgjv.brandenburg.de/msgjv/de/themen/integration/dolmetschertool/>

sivbetreute Wohnmöglichkeiten innerhalb von Brandenburg fehlten. Personalprobleme in besonderen Wohnformen (Heime) wiederum würden durch vorschnelle und eigentlich überflüssige Einweisungen und fehlende Wiederaufnahme abgewälzt. Dies gelte auch für den gerontologischen Bereich. Eine vom MSGIV durchgeführte **Stichtagsumfrage vom 28. November 2022** ergab allerdings eine vergleichsweise geringe Zahl von länger als sechs Monaten nach BbgPsychKG oder BGB untergebrachten Patientinnen und Patienten: Es waren in allen 18 Krankenhäusern zum Stichtag 16 Patientinnen und Patienten.

Auch wenn insbesondere die **Zahl der niedergelassenen psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten** in Brandenburg in den letzten Jahren – auf generell niedrigerem ostdeutschen Niveau allerdings – erheblich zugenommen hat, wird in fast allen Berichten auf einen **Mangel** an niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern – auch ihre Zahl hat im Schnitt leicht zugenommen, allerdings regional sehr unterschiedlich – sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hingewiesen und damit verbundene Schwierigkeiten bei der ambulanten Anschlussbehandlung. Möglicherweise existieren hier auch Passungsprobleme und nicht nur Kapazitätsprobleme. Die Kliniken begegnen der großen Nachfrage durch einen weiteren Ausbau der Angebote im Rahmen der PIA oder ambulanter Stationsäquivalenter Behandlung (StäB) und ambulanter psychiatrischer Pflege (APP).

Die Besuchskommissionen berichten von deutlicher **Kritik aus den Krankenhäusern an der PPP-RL** (s. o. im entsprechenden Kapitel) an; insbesondere im Pflegebereich sei der Personalstand kritisch und könne zu einer Schließung von Stationen oder Tageskliniken führen, wenn es zu Sanktionen käme. Auch würde die strikte Einhaltung der PPP-RL dazu führen, dass innovative Behandlungsformen sowie das stationsübergreifende Arbeiten in Teams gefährdet werden, trotz der sehr positiven Ergebnisse der Modellprojekte.

Bauliche Situation, räumliche Bedingungen, Atmosphäre in den Kliniken

Auch wenn bis auf wenige Ausnahmen die bauliche Situation, die räumlichen Bedingungen sowie die Atmosphäre auf den Stationen als gut und angenehm beschrieben werden, erinnern die Besuchskommissionen regelmäßig daran, dass **ansprechende Architektur** mit therapeutischen **Soteria-Elementen** und **Gartengestaltung** nicht nur zufriedene Patientinnen und Patienten, sondern auch zufriedene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und weniger oder kürzere Fixierungen und andere Zwangsmaßnahmen zur Folge haben. Der Zugang zu **gesicherten Freiflächen** während einer Unterbringung schein e allerdings eine Herausforderung darzustellen.

Die unterschiedliche Nutzung und Ausgestaltung von **Überwachungsräumen bzw. Krisenräumen** war schon hinsichtlich der Bandbreite der verwendeten Bezeichnungen (Wachraum, weiches Zimmer, Time-out-Raum) deutlich. Aber auch bei einer übereinstimmenden Verwendung des Begriffs Time-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.

3. Auswertung der Berichte

Personalsituation, Erfüllung der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) und PPP-RL

Aus manchen Kliniken wird eine hohe **Personalfluktuations** berichtet, die die Bildung von dauerhaften therapeutischen Beziehungen gefährdet. Auch sei das Personal – nicht coronabedingt – in der Psychiatrie, einer eigentlich „sprechenden Medizin“, häufig **überlastet**. Gleiches gelte für die Sozialpsychiatrischen Dienste. Nicht zuletzt stelle der **zunehmende Mangel an Fachkräften** eine erhebliche Bedrohung für die psychiatrische Versorgung der Bevölkerung dar. Zur Einhaltung der PPP-RL wird auf das entsprechende Kapitel verwiesen. Anders als unter Geltung der bisherigen Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV), die lediglich ein Personalbemessungsinstrument und die Basis für Budgetverhandlungen war, werden mit der neuen Richtlinie für die psychiatrische, kinder- und jugendpsychiatrische und psychosomatische Versorgung erstmals verbindliche personelle Mindestvorgaben etabliert, die von den Einrichtungen eingehalten werden müssen und die damit eine angemessene Personalausstattung verbindlich sichern. Dies ist der wesentliche Unterschied zum alten Rechtszustand, bei dem eine Vielzahl von Einrichtungen nur eine Personalausstattung hatte, die deutlich unter den Werten der Psych-PV lag.

Die einzelnen Angaben zur Einhaltung der nicht mehr gültigen **PsychPV** variierten zwischen 80 % und 106 %. 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 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. In vielen Kliniken wurde auch ein 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. 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). Bei einigen Kliniken war der Anteil an Fachpflegekräften sehr gering. Manche Kliniken ermöglichten pro Jahr ein bis zwei Pflegekräften die Weiterbildung zur Fachkrankenpflege, um so den Anteil zu erhöhen. Beim Einsatz von Poolkräften wurde der erhöhte Einarbeitungsbedarf als zusätzliche Belastung benannt.

Unterbringung, besondere Sicherungsmaßnahmen

Die **durchschnittliche Dauer der Unterbringung** in einem psychiatrischen Krankenhaus in Brandenburg beträgt rund 23 Tage und liegt damit im Bundesschnitt und auch im Schnitt der Dauer freiwilliger Behandlungen³². In der Kinder- und Jugendpsychiatrie liegt die durchschnittliche Unterbringungsdauer etwas darüber und ebenfalls im Bundesschnitt. Unterbringungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgen anders als in der Erwachsenenpsychiatrie in aller Regel nach BGB und nicht BbgPsychKG. Auf **31.466 freiwillige Behandlungen in der Allgemeinpsychiatrie** kamen 2021 in Brandenburg **850 Unterbringungsfälle** in einem der 18 allgemeinpsychiatrischen Krankenhäusern nach BbgPsychKG (nach § 1906 BGB = 305 Fälle),

³² Vgl. Tabellenanhang zum Bericht der AG Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden an die Gesundheitsministerkonferenz 2023, Seiten 5 ff. (<https://www.gmkonline.de/Dokumente.html>) und LAVG aufgrund Meldungen der beliebigen Brandenburger Krankenhäuser, Stand 1.3.2023

davon zwei Drittel Männer. Dies entspricht einem **Anteil von 2,3 %** und ist ein über die letzten fünf Jahre vergleichsweise stabiler Wert.³³ Mehrere Kliniken betonten im Gespräch mit den Besuchskommissionen ihre Bemühungen, Unterbringungen zu vermeiden und auf einen freiwilligen Verbleib hinzuwirken. Alle psychiatrischen Krankenhäuser bieten ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern **externe Supervision** und/oder **Nachbesprechungen** von Zwangs- und Gewaltvorfällen an. Letzteres gehört auch zum Standard für die Patientinnen und Patienten. Schriftliche **Standards zur Zwangsvermeidung** gibt es in allen Kliniken. Die weit überwiegende Zahl der Krankenhäuser arbeitet mit **Behandlungsvereinbarungen** und bietet ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern **Fortbildungen zur Zwangsvermeidung** an. Nur wenige Kliniken sind zertifiziert. An fünf Krankenhäusern sind **Genesungsbegleiter** und -begleiterinnen beschäftigt (Stand Klinikumfrage MSGIV 2022). **Ambulante Stationsäquivalente Behandlung (StäB)** wird mittlerweile auch an fünf Krankenhäusern am Wohnort des Patienten praktiziert, stößt aber auf Hemmnisse in Form langer Wege und hoher Personalintensität bei Fachkräftemangel. Für viele Kliniken kommt eine Umsetzung der stationsäquivalenten Behandlung (StäB) aus Kapazitäts- und Kostengründen nicht in Betracht. Patienten fürsprecherinnen und -fürsprecher sind nach § 5 des Brandenburgischen Krankenhausentwicklungsgesetzes allen Kliniken gesetzlich vorgeschrieben.

Deutlich wurde aus den Berichten, 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. Deut-

liche Unterschiede zeigten sich hinsichtlich der Vorgehensweise bei kurzfristigen Unterbringungen von alkoholisierten Personen oder im Bereich der Gerontopsychiatrie. Viele Unterbringungen dauerten nur ein bis zwei Tage. Andere Kliniken wiederum berichteten den Besuchskommissionen von einem nur sehr geringen Anteil an kurzfristigen Unterbringungen. Gründe für die Unterschiedlichkeit seien beispielsweise Aufnahmebegrenzungen hinsichtlich der Promillegrenze und Aufnahme bzw. Verlegung auf somatische Stationen. Viele Unterbringungen erfolgen über die Notärztin oder den Notarzt; dort erfolge schon eine erste Notfallmedikation. Als Standard wird in vielen Kliniken **einhergehend mit einer Fixierung Tavor** verabreicht, dadurch könne die Dauer der Fixierung auf 20 bis 30 Minuten begrenzt werden und sei leichter zu ertragen. Ein Weniger an Fixierungen scheint durch ein Mehr an Isolierungen kompensiert zu werden.

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 gewährleisten inkl. einer Dokumentationsempfehlung, bei 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

³³ Quelle: Eigene Darstellung MSGIV aufgrund der Daten des LAVG

3. Auswertung der Berichte

Klinik berichtete aber auch, dass die Erstellung der Bescheide durch die Amtsgerichte nur wenige Tage dauere. 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.

Dokumentation, Akteneinsicht

Insgesamt wurde diesbezüglich **keine Beanstandung** festgestellt. Die Qualität der amtsgerichtlichen Beschlüsse wird allerdings recht unterschiedlich beschrieben.

Gespräche mit Patientinnen und Patienten

Bei **keinem** Patientengespräch mit einer untergebrachten Person konnte aber **ein Rechtsbruch im Rahmen von Unterbringungen** durch eine Besuchskommission festgestellt werden. Für Einzelheiten siehe erstes Kapitel, Seiten 12 ff.

Zusammenarbeit der Klinik mit anderen Behörden, Einrichtungen und dem Hilfesystem

Es gibt mittlerweile auch einen **regelmäßigen Austausch zwischen den Ärztinnen und Ärzten sowie den Richterinnen und Richtern sowohl auf Landesebene als auch auf der Ebene einzelner Kliniken.**

Mit dem **Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi)** wurde eine überwiegend gute Zusammenarbeit geschildert, aber teilweise auch Verbesserungsbedarf genannt, so hinsichtlich der z.T. fehlenden Besetzung mit einer Ärztin oder einem Arzt. 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.

Die Zusammenarbeit mit den **Notärztinnen und Notärzten** wurde in den Besuchsberichten nur selten thematisiert.

Die **Kooperation mit dem teilstationären und ambulanten Bereich** wurde überwiegend als gut beschrieben. Allerdings wurde sehr häufig auf Kapazitätsprobleme und zu lange Wartezeiten bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hingewiesen, sodass 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. Bei den anderen Kliniken wurde die Zusammenarbeit als gut bis hin zu Behandlungskontinuität über alle Bereiche hinweg beschrieben. Eine Tagesklinik schilderte der Besuchskommission

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, Wohnrichtungen und Pflegeheimen** 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 dauere.

Die **Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst (ehemals MDK)** wurde als kostenintensiv und wenig zielführend beschrieben 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 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 einlädt, was mit wachsendem Zuspruch angenommen wird. Bezogen auf die gerontopsychiatrische Versorgung wurde die Mitarbeit im landesweiten Arbeitskreis Gerontopsychiatrie sowie Informationsveranstaltungen in Pflegeheimen benannt.

Mehrfach wurden auch **Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) und Gemeindepsychiatrischer Verbund** als strukturelle Vernetzungsmöglichkeiten benannt. In einem Besuchsbericht wurde thematisiert, dass engagierte Akteurinnen und Akteure auf der regionalen Ebene die Netzbildung 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 zum Teil gewünscht, dass auch der **Landespsychiatriebeirat** wieder seine Arbeit aufnimmt.

3. Auswertung der Berichte

Teilhabemöglichkeiten von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen

Die Äußerungen zu Teilhabemöglichkeiten in der Klinik bezogen sich auf unterschiedliche Aspekte, wie die Einbeziehung des sozialen Umfeldes, ein trialogisch 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. Mittlerweile gibt es eine **gemeinsame Vereinbarung zur Zusammenarbeit mit Angehörigen** zwischen der Arbeitsgemeinschaft der Leiterinnen und Leiter Psychiatrischer Kliniken und der Landesarbeitsgemeinschaft Angehörige Psychiatrie Brandenburg (LAG APB).

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 Angehörigenselbsthilfe 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 berichteten 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 viele Kliniken. Davon beschäftigten drei 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.

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. 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 gehört 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. 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 **Essensversorgung** und die Planung von Ausflügen mussten in der Gruppe allein bewältigt werden. In einer Tagesklinik wurden **Patenschaften** 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.

Beschwerdemanagement / Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher

Eine Möglichkeit, sich zu beschweren gibt es in allen Kliniken, in Form eines offiziellen Beschwerdemanagements und in Gestalt von ehrenamtlichen Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprechern. 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. Allerdings scheinen nicht alle Kliniken über eine Patientenfürsprecherin oder einen -fürsprecher zu verfügen. Sie waren auch nicht bei allen Besuchen der Kommissionen anwesend.

Als Möglichkeiten, Beschwerden vorzutragen, wurden neben Fragebögen die täglichen Morgenrunden, Patientenversammlungen, Brief- bzw. Kummerkästen und die Möglichkeit, sich direkt an die Klinikleitung zu wenden, benannt. 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, vonseiten der Kliniken offen begegnet.

Die Kliniken sehen richtigerweise in den Kommissionen auch ein partnerschaftliches **Sprachrohr in die politische Öffentlichkeit** und geben so ihrerseits Hinweise, die in der Folge von Fachaufsicht, MSGIV, MBSJ, MdJ oder Landtag aufgegriffen werden können.

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Ergebnisse der aktuellen Berichterstattung durch die Besuchskommissionen finden sich im ersten Kapitel. Im Folgenden finden sich auch Ausführungen aus den Berichten, die Ergänzungen oder für das Verständnis wichtige Hintergrundinformationen betreffen, die zum Teil noch aus dem Landtagsbericht aus 2019 stammen.

Für die kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhäuser liegen zehn Berichte vor. Alle sechs psychiatrischen Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie werden als **engagiert** und **durchweg ausgelastet** beschrieben, lediglich für eine Klinik sind keine erheblichen **Wartezeiten** für den jüngsten Berichtszeitraum zu verzeichnen. Hinsichtlich der Klinik mit den längsten Wartezeiten wurde bereits seitens des MSGIV mit einer Aufstockung der Kapazitäten reagiert. Zugang zur **Aufnahme** erfolgte in der Kinder- und Jugend-

3. Auswertung der Berichte

psychiatrie überwiegend über niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater und die Psychiatrischen Institutsambulanzen. Mehr noch als in der Erwachsenenpsychiatrie habe die Kinder- und Jugendpsychiatrie das Herkunftssystem der Patientinnen und Patienten im Blick. So seien beispielsweise **Eltern-Kind-Stationen** wichtig und dienten dazu, Eltern-Kind-Interaktionsstörungen zu behandeln. Auch die Unterscheidung von **Krisenintervention** und einem möglicherweise erforderlichen, längeren therapeutischen Prozess sei bei sich noch in der Entwicklung befindlichen Kindern und Jugendlichen schwieriger. Die **Behandlung von Flüchtlingen** liege auf dem Niveau der Vorjahre. Es seien allerdings eher wenige Flüchtlinge, die die Kliniken überhaupt erreichten. Interventionsbedürftige Krisen würden dann meist bei Bezugswechsel oder drohender Abschiebung festgestellt. Oft gebe es in dieser Gruppe auch einen Realitätsschock mit der Wirklichkeit des Gastlandes. Diese seien Drogenkonsum, Perspektivlosigkeit, kaum ausreichende Bildung und geringe Sprachfähigkeit. Über **Fachkräftemangel** wird in fast allen Kliniken geklagt. Alle Kliniken bieten **Tageskliniken** und **Institutsambulanzen** an und kooperieren mit vielen Institutionen außerhalb der Krankenhäuser, insbesondere den **Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe**, aus denen rund 50 % der Patienten stammen oder in die sie nach der Behandlung gehen. Die **Kooperation** wird in der Regel als gut, aber insbesondere für schwierigere Fälle mit Fremdgefährdungselementen als herausfordernd beschrieben, weil es an **geeigneten Einrichtungen außerhalb der Klinik für junge Menschen mit komplexen Hilfebedarfen fehle**. Es komme so zu einem „Missbrauch der Psychiatrie“, die Orte der Behandlung und nicht des Wohnens seien. Geklagt wird auch über Bürokratisierung, beispielsweise die **unklare Zuständigkeit im Rahmen des §35a SGB VIII im Rahmen der Eingliederungshilfe**. Die Haltung der entsprechenden Lei-

tungsträger ginge zu Lasten der Patientinnen und Patienten, sei sehr bürokratisch und erzeuge lange Bearbeitungszeiten; es sei insbesondere für strukturschwache Familien sehr schwierig, an dringend empfohlene Hilfen zu gelangen. Auch die teilweise schlechte Erreichbarkeit von Mitarbeitenden im Jugendamt und Vormündern, um aufzuklären oder Entlassungen vorzubereiten, wird genannt. Sprachliche Barrieren erschwerten die Arbeit teilweise ebenfalls.

Alle psychiatrischen Krankenhäuser bieten ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern **externe Supervision** und/oder **Nachbesprechungen** von Zwangs- und Gewaltvorfällen an. Für eine Klinik wird allerdings das Fehlen von Supervision ausdrücklich kritisiert. Denn es bestehe regelmäßig die Notwendigkeit niedrigschwelliger, regelmäßiger Supervision von außen. Dies sei, um bei psychodynamischen Prozessen, denen die Teams, bei der schwierigen und belastenden Arbeit unterworfen sind, dringend geboten. Eine Beratung innerhalb der Teams könne dies keinesfalls kompensieren. Es bestehe die Gefahr, dass sich Behandlungsverläufe mangels Supervisionsangebot verschlechtern könnten.

Bauliche Situation, räumliche Bedingungen, Atmosphäre in den Kliniken

Die bauliche Situation wurde im Wesentlichen sehr positiv bewertet. Die Stationen sind gut ausgestattet und wurden zum Teil erst in den letzten Jahren neu gebaut oder gut erneuert. Auch der Zugang zu **Garten- und Spielflächen** ist in der Regel gewährleistet. Dieser Prozess dauert an, insbesondere mit der Erweiterung von Tageskliniken und Institutsambulanzen. Mit der kinder- und jugendpsychiatrischen Besuchskommission wurden auf bereits hohem Niveau weitere Verbesserungen diskutiert. Gegenstand der Gespräche waren die Time-out-Räume, Isolierräume, kindgerechte Beschwerdemöglichkeiten, Entspannungs- oder Ruheraum, Mehrzweckräume, Spielbereiche, Gemein-

schaftsessen und verschließbare Schränke für persönliche Gegenstände.

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

Personalsituation, Erfüllung der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) und PPP-RL

Es wird in diesem Zusammenhang eine Tendenz berichtet, ärztliche Stellen mit Psychologinnen und Psychologen zu besetzen, ohne dass dies als nachteilig problematisiert wird. Vor dem Hintergrund des Mangels an ärztlichen Fachkräften wird auch die Rekrutierung durch ausländisches Personal, insbesondere deren Berufsankennung und Sprachprüfung durch das LAVG, als zu langwierig beschrieben. Die vertiefte Überprüfung der Personalsituation aufgrund der PPP-RL wird als überfordernd beschrieben, da diese sehr zeitaufwändig und im Grunde ehrenamtlich nicht zu leisten sei.

In allen Kliniken gibt es Maßnahmen zur weiteren und kontinuierlichen Qualifizierung des Personals: vor allem Supervision, in- und externe Fort- und Weiterbildungen, Fallbesprechungen, ganztägige Teamveranstaltungen und Deeskalationstrainings. Externe Supervision und durch sie einfließende externe Impulse könnten teilweise allerdings eine größere Rolle spielen.

Unterbringung, besondere Sicherungsmaßnahmen

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

Aus den Berichten der kinder- und jugendpsy-

chiatrischen Besuchskommission gingen keine Mängel hervor. Bei Fixierungen bestätigten alle Kliniken immer eine 1:1-Betreuung. In einer Klinik war eine Videoüberwachung für Time-out-Räume vorgesehen. Allerdings wurde das Vorhaben wegen Bedenken hinsichtlich 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.

Dokumentation, Akteneinsicht

Die kinder- und jugendpsychiatrische 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.

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.

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 zeigte sich besonders offen für Hinweise zur Verbesserung der Arbeit.

3. Auswertung der Berichte

Impulse aus den Berichten

Die Implementierung und Ausfinanzierung des Projekts „You'll never walk alone“ wird schließlich für alle Kliniken empfohlen. Auch wird die Wiederbelebung eines Landespsychiatriebeirates unter Einbeziehung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes als sehr sinnvoll erachtet. Dies gilt auch für eine Ombudsstelle für herausfordernde Fälle zwischen Eingliederungshilfe, Jugendhilfe und Klinik.

Maßregelvollzug

Die Berichte der Besuchskommission für den Maßregelvollzug (MRV) sind in drei Punkte gegliedert:

1. Information der Einrichtungen (hierin erfolgen u. a. Ausführungen zur Struktur der jeweiligen Einrichtung und zum Personal),
2. Beobachtungen und Feststellungen der Kommission und
3. Hinweise und Empfehlungen der Kommission.

Es wurden insgesamt **sieben Besuchsprotokolle** als Grundlage für den Bericht über die Kliniken für forensische Psychiatrie im Land Brandenburg ausgewertet. Hierbei ist zu beachten, dass zum Ende des Jahres 2018 die Entscheidung getroffen wurde, die Abteilung für Forensische Psychiatrie der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in Teupitz zu schließen, da das Gebäude nicht mehr den Anforderungen an einen modernen Maßregelvollzug entsprechen hat. Am Anfang des Jahres 2021 wurde der **Maßregelvollzugsstandort Teupitz offiziell geschlossen**. Im Berichtszeitraum (im Jahr 2020) endete zudem die 5. Amtsperiode der Besuchskommissionen und es erfolgte der Berufungsprozess für die aktuelle 6. Amtsperiode. Die Besuchskommission Maßregelvollzug konnte hierbei auf allen Positionen besetzt werden. Darüber hinaus hat im Berichtszeitraum die **Corona-Pandemie** die Besuchsmöglichkeiten der Kommission er-

schwert und sich somit auf die Anzahl der Besuche und folglich die Anzahl der vorliegenden Berichte ausgewirkt. So wurde im Jahr 2020 nur die MRV-Klinik in Brandenburg a. d. h. besucht. Auf dem Höhepunkt der Pandemie im Jahr 2021 haben keine Besuche der Besuchskommission MRV in den Kliniken stattgefunden. Aber auch ohne Vor-Ort-Begehung hat sich die Besuchskommission MRV für die Einhaltung der Patientenrechte engagiert. So wurden beispielsweise **schriftliche Beschwerden von Patientinnen und Patienten**, welche an die Besuchskommission MRV adressiert waren, über das Ministerium ungeöffnet an die Besuchskommission MRV weitergeleitet. Nach Abklingen der Beschränkungen wurde von der Besuchskommission MRV am Ende des Jahres 2022 die MRV-Klinik in Eberswalde und am Anfang des Jahres 2023 die MRV-Klinik in Brandenburg a. d. h. besucht. Die Besuche, welche den hier ausgewerteten Protokollen zugrunde liegen, fanden im Zeitraum von Dezember 2018 bis März 2023 statt. Alle in diesem Zeitraum durchgeführten Besuche der Besuchskommission MRV wurden vorher bei der jeweiligen Klinik **angemeldet**. Der wesentliche Inhalt der Berichte sowie die Feststellungen und Empfehlungen, welche seitens der Kommission gemacht wurden, werden in den folgenden Ausführungen dargestellt. Eine **Bewertung** (Stellungnahme nach § 2a BbgPsychKG) zur Auswertung der Besuchsberichte wird am Ende des Kapitels vorgenommen.

Personal

Nach den Feststellungen der Besuchskommission MRV können die wesentlichen Aufgaben der Kliniken zwar im Allgemeinen bewältigt werden, die **Personalsituation** stellt sich jedoch aufgrund des allgemeinen Personalmangels im Gesundheitsbereich insgesamt als **unbefriedigend** dar. Neben dem ärztlichen Bereich besteht insbesondere ein Mangel an Personal im Pflegebereich. Mängel im ärztlichen Bereich werden weiterhin teilwei-

se durch Psychologinnen und Psychologen kompensiert. In den Berichten wird auch eine stärkere Personalfuktuation bei den Beschäftigten festgestellt. Personalabgänge können, wegen dem generellen Personalnotstand im Pflegebereich, nicht nachbesetzt werden. Zudem gibt es bei den Beschäftigten einen signifikanten Anteil an Langzeiterkrankten. Auch ist in der Phase der Pandemie viel Personal durch Erkrankungen oder Quarantänemaßnahmen ausgefallen.

Besonders die **Begleitung von Patientinnen und Patienten zu Gerichtsprozessen** ist extrem personalaufwendig und stellt vor dem Hintergrund des Personalmangels ein großes Problem dar. Die Begleitungen binden Personal, welches somit nicht mehr für die Besetzung auf den Stationen zur Verfügung steht. Dies gilt insbesondere für die Patienten, welche sich nach § 126a StPO in den Kliniken befinden. Bei dieser Patientengruppe wurde erneut eine deutliche Zunahme verzeichnet. Die Umsetzung von Lockerungsmaßnahmen ist durch den hieraus entstehenden Personalmangel eingeschränkt. Zudem bestehen Einschränkungen bei Therapieangeboten. Dies hat in der Folge **negative Auswirkungen auf die Verweildauer der Erkrankten**.

Gebäude und Einrichtung

Die materielle Ausstattung wurde von der Besuchskommission generell als **gut** eingeschätzt. Diese sei zweckmäßig und ausreichend. Auch die Einrichtung der Begegnungszimmer wird als angemessen beschrieben. Die Krisenzimmer waren ebenfalls zweckmäßig ausgestattet. Bei einer Klinik wurde von der Besuchskommission MRV im Bericht der Hinweis zur Optimierung des Mobiliars in den Krisenzimmern gegeben. Die Räumlichkeiten wurden als sauber und aufgeräumt wahrgenommen.

Bezüglich der räumlichen Ausstattung wurde in den Berichten mitgeteilt, dass wegen der gestiegenen Patientenzahl und zunehmenden Schwere der Erkrankungen bei den Patientinnen und Patienten, welche eine Doppelbelegung von Zimmern oftmals nicht möglich macht, **mehr Einzelzimmer benötigt** werden. Die angespannte Belegungssituation machte die **zeitweise Umwidmung von beispielsweise Gemeinschaftsräumen** erforderlich.

Einzelne Stationen wurden zusätzlich durch beispielsweise Gittertüren gesichert bzw. es wurden gesicherte Bereiche eingerichtet, um das Personal vor den zunehmenden Übergriffen durch die Patientinnen und Patienten zu schützen.

In einer Klinik wurde die Qualität der Sanitäreinrichtung bemängelt.

Atmosphäre der Einrichtungen

Von der Kommission wurde der Umgang mit den Patientinnen und Patienten als **zugewandt und respektvoll** wahrgenommen. Die Räumlichkeiten in den Kliniken wirkten freundlich. Auch die Gestaltung der Begegnungszimmer schuf eine adäquate und angenehme Atmosphäre.

Über die Berichte der Besuchskommission wurde mitgeteilt, dass in einer Klinik der Rauch aus den Raucherzimmern Mitpatientinnen und -patienten und Personal intensiv belästigte.

Patientengespräche

Die Mitglieder der Besuchskommission MRV bieten den Patientinnen bzw. Patienten bei jedem Besuch einer Klinik die Möglichkeit zu Einzel- oder Gruppengesprächen an. Stets nutzen mehrere bis viele Patientinnen und Patienten dieses Angebot, um ihre Beschwerden, Meinungen oder Wünsche vorzutragen. Die Gespräche haben die verschiedensten Anliegen zum Gegenstand. Anschließend wurden die Anliegen an die ärztlichen Leitungen herangetragen und mit dieser besprochen. Bei diesen Gesprächen konnten

3. Auswertung der Berichte

die Ursachen der Beschwerden in der Regel zu einem großen Teil ausgeräumt werden.

Mehrere Patientinnen und Patienten trugen gegenüber der Besuchskommission vor, dass in der Klinik eine **Drogenproblematik** besteht. Sie beschwerten sich über den Drogenkonsum anderer Patienten innerhalb der Klinik.

Gegenüber der Kommission brachten einige Patientinnen und Patienten zum Ausdruck, dass bestehend mit der Klinik und der Behandlung zufrieden sind. Patientinnen und Patienten, welche zu einer Therapie willig sind, gaben an, dass sie sich in den Kliniken angenommen fühlen und teilten ihre Freunde über persönliche Fortschritte. Manche Patientinnen und Patienten äußerten den Wunsch nach schnelleren Therapiefortschritten und die Gewährung von höheren Lockerungsstufen. Auch wurden gegenüber der Besuchskommission MRV mehrmals Beschwerden über den personal- und pandemiebedingten Ausfall von Lockerungsmaßnahmen vorgetragen. Auch Therapieangebote würden wegen Personalmangel teilweise ausfallen. Darüber hinaus wurden die Nutzungsbedingungen von elektronischen Medien (beispielsweise Spielekonsolen) beklagt. Auch wurde von Patientinnen und Patienten in den Gesprächen mit der Besuchskommission MRV die Qualität des Essens sowie die Höhe des Verpflegungsgeldes thematisiert.

Akteneinsicht

Bei ihren Besuchen überprüft die Besuchskommission MRV die Aktenführung der Kliniken bezüglich der Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben zur Dokumentation. Die Übersicht über die angeordneten Sicherungsmaßnahmen gemäß § 21 Abs. 3 Satz 6 BbgPsychKG stellt hierbei den Ausgangspunkt für die Überprüfung der Patientenakten dar. Es wurde nur Einsicht in Patientenakten genommen, wenn hierfür die jeweilige Einwilligung der Patientinnen und Patienten vorlag. Da die Anordnung und Durchführung der besonderen Sicherungsmaßnahmen gemäß

§ 21 Abs. 2 BbgPsychKG im besonderen Maße einen Eingriff in die Rechte der Patientinnen und Patienten darstellen, legte die Besuchskommission MRV bei ihrer stichprobenartigen Überprüfung von Akten hierauf einen besonderen Fokus.

Es wurden von der Besuchskommission MRV einige **sehr positive Beispiele für eine gute Aktenführung**, in Bezug auf Sorgfalt, Vollständigkeit, Übersichtlichkeit, Detailschärfe und Nachvollziehbarkeit festgestellt. Auch wenn Verbesserungen im Bereich der Dokumentation und Aktenführung zu verzeichnen waren, sah die Besuchskommission jedoch erneut stellenweise Anlass zur Kritik.

Zusammenfassend wurde von der Besuchskommission MRV festgestellt, dass die Begründungen für die jeweiligen angeordneten Sicherungsmaßnahmen in den weitaus überwiegenden Fällen ordnungsgemäß vorliegen und auch für Außenstehende nachvollziehbar sind. Teilweise mangelte es jedoch an der Genauigkeit der Begründung von Fortdaueranordnungen. Zudem gab es vereinzelte Mängel in der Dokumentation der genauen Zeiten, eventuellen Verlängerungen und zur Beendigung der Maßnahmen. Auch waren Eintragungen teilweise ungenau und nicht aussagekräftig bzw. unpräzise.

Die Auflistung besonderer Sicherungsmaßnahmen nach § 21 Abs. 3 S. 6 BbgPsychKG, welche gesondert zu führen ist, war nach den Feststellungen der Kommission stets vorhanden. Stellenweise war die Dokumentation in den Patientenakten jedoch nicht identisch mit dem gesonderten Verzeichnis besonderer Sicherungsmaßnahmen. Bei den Kliniken wurde von der Kommission somit nach wie vor bei verschiedenen Aspekten der Dokumentation großes Verbesserungspotenzial gesehen.

Beschwerdemanagement und Patientenfürsprechende

Den Patientinnen und Patienten stehen in den Kliniken verschiedene Beschwerdewege zur

Verfügung. Diese werden auch von den Patientinnen und Patienten genutzt. Es sind auch Möglichkeiten vorhanden, Beschwerden anonym zu äußern. Dies ist beispielsweise über **Beschwerdebrieffkästen** (sogenannte „Kummerkästen“) möglich, welche sich in beiden Kliniken auf den Stationen befinden. Auch die Kontaktinformationen zu den Beschwerdestellen hängen auf den Stationen aus.

Patientenfürsprechende sind in allen Maßregelvollzugskliniken vorhanden. Es wird durch die Besuchskommission MRV jedoch teilweise eine stärkere Präsenz der Patientenfürsprechenden angeregt. Auf einzelnen Stationen wurden zudem Patientensprecherinnen und -sprecher gewählt. Am häufigsten wird der Weg der **schriftlichen Beschwerde an die Aufsicht** genutzt. Diese Form der Beschwerde ist laut den Berichten der Besuchskommission MRV in der Bearbeitung die effektivste Form, da hier Rechenschaftspflicht und Rückmeldung am besten greifen.

Sonstiges

Mit Stand vom 31. August 2023 ist ein **deutlicher Zuwachs von Patientinnen und Patienten**, bei denen im Urteil die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB angeordnet wurde, zu verzeichnen. Aufgrund der Gesetzesänderung des § 64 StGB, die am 1. Oktober 2023 in Kraft getreten ist und durch die die Voraussetzung der Anordnung der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt verschärft wurde, bleibt die weitere Entwicklung abzuwarten.

Gewaltsame Übergriffe gegen das Personal in den Kliniken nehmen in Häufigkeit und Schwere zu. So ist festzustellen, dass die Anzahl körperlicher Übergriffe von Patientinnen und Patienten auf Pflegende mit Verletzungsfolgen deutlich angestiegen ist.

Es gebe **viele nach § 126a StPO vorläufig Untergebrachte, deren Muttersprache nicht Deutsch** ist. Bei diesen sei häufig ein erhöhtes Aggressionspotential zu konstatieren.

Hierbei mache sich das Fehlen eines sozialen Umfeldes negativ bemerkbar. Es stellt sich zudem als schwierig dar, geeignete Nachsorgeeinrichtungen zu finden.

Stationen mussten während der **Corona-Pandemie** teilweise in Quarantäne versetzt werden. Hier war die durchgängige Belegung mit Ein- bzw. Zwei-Bettzimmern ein Vorteil. Durch die Pandemie und damit verbundene Einschränkungen konnten jedoch Lockerungen nicht wie geplant umgesetzt werden. Die von der Klinik umgesetzten **Infektionsschutzmaßnahmen erscheinen der Besuchskommission teilweise unverhältnismäßig**. Aus Sicht der Besuchskommission MRV bedeuteten die Infektionsschutzmaßnahmen für die Patientinnen und Patienten, einem doppelten Zwang ausgesetzt zu sein, zum einen durch die Verurteilung und zum anderen durch die Einschränkungen infolge der Infektionsschutzmaßnahmen. Durch die eingeschränkten Besuchsmöglichkeiten wurde durch die Kliniken **Videotelefonie** eingerichtet, um Kontakt zu Bezugspersonen zu ermöglichen. Gleichzeitig wird die Technik teilweise auch zur sicheren Anwendung des Internets durch Patientinnen und Patienten genutzt.

Stellungnahme zur Auswertung der Besuchsberichte

Für den Bereich MRV ergab die Auswertung der Besuchsberichte, 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 **im Bereich der Lockerungsmaßnahmen Defizite** festzustellen, welche insbesondere in den enormen Personalbindungen durch die Begleitung zu Gerichtsterminen begründet liegen. Dies trifft besonders auf Personen zu, welche gemäß § 126a StPO untergebracht sind. Die Anzahl dieser Personen hat sprunghaft zugenommen.

3. Auswertung der Berichte

Es bestehen **große Schwierigkeiten bei der Gewinnung von Fachkräften** sowohl im ärztlichen als auch im Pflegebereich. Eine zeitnahe Nachbesetzung offener Stellen ist oftmals nicht möglich. Dies stellt eine der Hauptursachen für die angespannte Personalsituation dar. Im Rahmen des Beleihungsverwaltungsaktes wurde der Träger verpflichtet, stets das für die Durchführung der Aufgabe des Maßregelvollzuges erforderliche Personal vorzuhalten. Aufgrund der nicht zufriedenstellenden Personalsituation im Berichtszeitraum wurden die Geschäftsführungen der beiden Träger der Maßregelvollzugseinrichtungen von der Obersten Fachaufsicht jeweils zu einem Gespräch eingeladen. Ziel der Gespräche war es, gemeinsam mit dem jeweiligen Träger kurz- und langfristige Lösungsmöglichkeiten für die Personalprobleme zu erörtern. Die Aufsicht wird die Bemühungen der Träger bei der Erfüllung ihrer Pflicht, das für die Durchführung des Maßregelvollzuges (entsprechend der Vorgaben des BbgPsychKG) erforderliche Personal vorzuhalten, weiterhin intensiv begleiten. Um den festgestellten Defiziten im Personalbereich entgegenzuwirken, prüft auch das MSGIV gegenwärtig verschiedene Möglichkeiten, wie die personelle Ausstattung in den Maßregelvollzugseinrichtungen verbessert werden kann. Beispielsweise wird geprüft, ob **Anhörungstermine von Gerichten in den Kliniken** stattfinden können. Um die Arbeitsbedingungen in diesem wichtigen Bereich attraktiver zu gestalten, bedarf es Anstrengungen verschiedenster Akteure (Bund, Land, Landkreise, Kommunen sowie Krankenhausträger).

Eine **Teilsanierung der Bäder in der Klinik**, in welcher von Patientinnen und Patienten die Sanitäreinrichtungen bemängelt wurden, ist in Planung.

Gegenwärtig finden in einer Klinik ein Umbau und eine **Modernisierung der Kriseninterventionszimmer** statt. Es wurde auch geeignetes Mobiliar (Sitzmöglichkeiten) für die beanzahlten Krisenzimmer angeschafft. Ein

Krisenzimmer befindet sich gegenwärtig im Umbau zu einem sogenannten „weichen Time-Out-Raum“ inkl. speziellem Mobiliar (neues Bett, Stuhl, Tisch). Der Umbau wird in diesem Jahr abgeschlossen. Zudem wird in diesem Jahr ein weiteres Krisenzimmer umgebaut.

In einer Klinik wurde ein **neues Begegnungszimmer** geschaffen, welches bisher nur einen kurzen Zeitraum als solches genutzt werden konnte, da es aufgrund der Pandemie und einer Auslastung der Klinik in ein Patientenzimmer umgewidmet werden musste.

Zur Gewährleistung des **Nichtraucherschutzes** wurde bei der betreffenden Klinik die Auslagerung der Raucherbereiche aller Stationen nach außen angestoßen. Das Bauvorhaben wird voraussichtlich im Jahr 2024 abgeschlossen. Hierdurch können zudem die jetzigen Raucherräume umgebaut und zukünftig als Patientenzimmer genutzt werden, was zu einer Entzerrung der Belegungssituation beiträgt.

Patienten wurden von der Aufsicht persönlich über **individuelle finanzielle Hilfsmöglichkeiten** in Kenntnis gesetzt, nachdem diese mit den Mitgliedern der Besuchskommission MRV über deren finanzielle Situation gesprochen hatten (z. B. Ausbildungsbeihilfe). Auch wurden in einer Klinik die Speisepläne in der Folge eines Besuches der Besuchskommission MRV überarbeitet. Nachdem ein Patient die Höhe des Verpflegungsgeldes gegenüber der Besuchskommission angesprochen hatte, wurde dies anschließend von der Aufsicht mit dem Träger thematisiert. Der Satz wird zukünftig 6,00 € betragen (zuvor 5,00 €).

Die Rundverfügung „Medienregelung“ wurde vom LAVG überarbeitet. Das **neue Medienkonzept** wurde noch im Jahr 2023 in den Einrichtungen des MRV umgesetzt.

In Besprechungen mit den Klinikleitungen und ärztlichen Leitungen werden **die Hinweise und Kritikpunkte der Besuchskommission regelmäßig erörtert**. Darauf basierend wer-

den Maßnahmen zur Verbesserung der Behandlungsqualität vereinbart. Durch Vor-Ort-Termine wird die Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen von der Aufsicht überprüft. Die Aufsicht wird zukünftig im Rahmen von weiteren Kontrollen auch die Fortschritte bei der Behebung der von der Besuchskommission MRV angesprochenen Mängel im Bereich der Aktenführung, insbesondere in der Dokumentation der Sicherungsmaßnahmen prüfen. In Bezug auf die Patientendokumentation wird zudem eine Vereinheitlichung angestrebt. Ein gemeinsamer Austausch hierzu wird vonseiten der Aufsicht initiiert und soll voraussichtlich im vierten Quartal 2023 stattfinden. Bezüglich der Patientendokumentation kann mitgeteilt werden, dass bei einer Klinik eine Überarbeitung der digitalen Formulare durch den Träger stattgefunden hat. Es wurden neue Formularfelder eingefügt, in welchen festgehalten wird, dass Patientinnen und Patienten nach Beendigung einer besonderen Sicherungsmaßnahme stets auf das Recht hingewiesen wurden, die Rechtmäßigkeit der Maßnahme gerichtlich überprüfen zu lassen.

In Bezug auf das **Beschwerdemanagement** hat eine Sensibilisierung der Erstaufnehmenden einer Beschwerde dahingehend stattgefunden, auch klinikinterne Wege anzuregen, um das Bearbeitungsverfahren gezielter und schneller und damit effizienter zu gestalten (z. B. Beschwerden zum Essen an Küche und Verwaltung und nicht das LAVG).

Auch in der aktuellen und teilweise neuen Besetzung in der 6. Amtsperiode führen die Mitglieder der Besuchskommission Maßregelvollzug ihre **ehrenamtliche Tätigkeit mit besonderem Engagement und großer Gewissenhaftigkeit** aus. Für die Wahrung der Rechte der Patientinnen und Patienten im Maßregelvollzug und für die kontinuierliche Verbesserung der Behandlungsqualität stellen die Berichte der Kommission eine wichtige Unterstützung für die Arbeit der Aufsichtsbehörden dar.

Damit diese wichtige Funktion von allen Mitgliedern der Besuchskommission auch weiterhin 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 Medizinalangelegenheiten betraute Personen im öffentlichen Dienst).

Durchschnittliche Belegung Maßregelvollzug im Land Brandenburg 1998–2023

Jahr	Patientenzahl	Patientenzahl	Patientenzahl	Gesamt
	§63 StGB	§64 StGB	§126a StPO	
1998	119	36	16	171
1999	130	35	18	183
2000	134	40	16	190
2001	132	33	29	194
2002	151	44	19	214
2003	161	48	21	230
2004	173	49	16	238
2005	195	68	29	292
2006	212	68	22	302
2007	229	62	18	309
2008	238	57	5	300
2009	241	56	12	309
2010	243	45	6	294
2011	242	68	3	313
2012	248	69	4	321
2013	237	56	5	298
2014	227	44	12	283
2015	221	44	12	277
2016	215	47	12	274
2017	200	44	16	260
2018	190	49	23	262
2019	187	55	23	265
2020	191	70	22	283
2021	191	81	25	297
2022	190	85	30	305
2023	193	90	24	307

(Stand 31.08.2023)

4. Stellungnahme des MSGIV

4. Stellungnahme des MSGIV und des Präsidenten des Oberlandesgerichts

Die Auswertung der Besuchsberichte ergibt ein positives Bild der stationären Psychiatrie in Brandenburg: **Die Rechte und berechtigten Interessen der Menschen mit psychischer Erkrankung oder seelischer Behinderung in den Brandenburgischen Kliniken werden gewahrt.** Dies ergibt sich nicht zuletzt auch aus den mit den Patientinnen und Patienten geführten Gesprächen (siehe erstes Kapitel, Seiten 12 ff.).

Das MSGIV schätzt die Arbeit der Besuchskommissionen und dankt den Mitgliedern ausdrücklich für die geleistete ehrenamtliche Arbeit, deren Bedeutung auch für die Zivilgesellschaft gar nicht überschätzt werden kann. Die Besuchskommissionen leisten im Namen aller Brandenburgerinnen und Brandenburger hervorragende Arbeit, in dem sie qualifiziert, vertraulich und wirksam Transparenz in einen Bereich bringen, der vor allem aus historischen Gründen von dieser Transparenz nur profitieren kann. Aus Sicht der Kliniken sind die Besuche der Besuchskommissionen daher auch eine Möglichkeit der **Qualitätssicherung** durch Austausch von Ideen und Erfahrungen. Zunehmend wurden die Besuche von den Kliniken auch dafür genutzt, eigene Veränderungsbedarfe sichtbar zu machen und an die Besuchskommissionen heranzutragen. Die Kommissionsmitglieder kommen ihrem Ehrenamt gewissenhaft und mit großem Engagement nach.

Die von den Besuchskommissionen gesehnen Probleme und vorgeschlagenen Verbesserungen werden von MSGIV und LAVG aufgegriffen, um im Rahmen ihrer Zuständigkeiten und Möglichkeiten Abhilfe zu schaffen:

Vermeidung von Unterbringungen und Zwang durch bessere regionale Verzahnung

Sozialpsychiatrischer Dienst, psychiatrische Kliniken und Eingliederungshilfe **in den fünf Versorgungsgebieten Brandenburgs werden durch jeweils zwei sorgfältig vor- und nachbereitete Online-Workshops mit den regionalen Akteurinnen und Akteure der psychosozialen Versorgung besser verzahnt.** Das MSGIV fördert den durchführenden Träger Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. In den Workshops wird über eine verbesserte Kooperation und Kommunikation im Interesse von chronisch kranken Menschen beraten und nach konkreten Verbesserungen gesucht. Im jeweils ersten Workshop wurde die Problematik der sogenannten Systemsprengerinnen und Systemsprenger oder (Versorgungs-)Netzprüferinnen und -Netzprüfer in den Landkreisen und kreisfreien Städten der Versorgungsregion diskutiert. Hierbei wurden bereits mögliche Lösungen einschließlich der Hindernisse für Lösungen herausgearbeitet. Im jeweils zweiten Workshop wurde das Thema in Weltcafés weiter präzisiert, wie Expertinnen und Experten aus Erfahrung in die Versorgung einbezogen, Kommunikationswege der Professionellen verbessert sowie Versorgungsangebote für Menschen in Krisen an Bedarf und Bedürfnisse angepasst werden können. Hintergrund war eine Studie über die Problematik sogenannter erwachsener Systemsprengerinnen und Systemsprenger oder Netzprüferinnen und -Netzprüfer³⁴. Die letzten beiden Workshops fanden im Frühsommer 2024 statt. Der Abschlussbericht wird für den Herbst 2024 erwartet.

Landesübergreifend hat das MSGIV an einem einstimmigen **Gesundheitsministerkonferenz-Beschluss**, adressiert an die

³⁴ https://www.patientenrechte-brandenburg.de/fileadmin/user_upload/Patientenrechte/Projektbericht_EGH_Psych_05_10_2022.pdf

4. Stellungnahme des MSGIV

Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK), vom 6.5.2023 mitgewirkt³⁵. Ziel des Beschlusses war, eine **gemeinsame Arbeitsgruppe einzurichten**, um bessere Übergänge zwischen der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 StGB (forensische Psychiatrie) sowie der öffentlich-rechtlichen und der zivilrechtlichen Unterbringung (Allgemeinpsychiatrie) und den Wohn- und Betreuungsangeboten der Eingliederungshilfe zu schaffen. Die gemeinsame Gruppe hat Anfang 2024 ihre Arbeit aufgenommen und soll innovative Lösungen für komplexe Einzelfälle ermöglichen. Dazu zählt eine sinnvolle **Verzahnung unterschiedlicher Leistungssysteme an der Schnittstelle der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung und den Leistungen der Eingliederungshilfe** (z. B. Nebeneinander von Leistungen nach SGB V/MRV und SGB IX/SGB XII) sowie Nutzung der Möglichkeit von Einzelvereinbarungen, um auch sehr komplexen Bedarfen von zur o. g. Personengruppe zählenden Menschen im Einzelfall gerecht zu werden. Hierbei können innovative „**Best-Practice-Beispiele**“ als Vorbild dienen, bei denen es durch eine Verzahnung der Leistungen der betroffenen Akteurinnen und Akteure gelingt, ein geeignetes Setting zu schaffen, das positive Entwicklungen auf die Selbstverwirklichung sowie Stärkung von Teilhabemöglichkeiten für betroffene Menschen mit (psychischen) Behinderungen ermöglicht.

Vermeidung von Unterbringungen und Zwang durch Personalaufwuchs im Öffentlichen Gesundheitsdienst/SpDi

Im Rahmen eines vom damaligen MASGF eingeleiteten umfassenden Dialogprozesses im Jahr 2017 waren alle Beteiligten im Land eingeladen, ihre Erfahrungen mit dem BbgPsychKG zu beschreiben und Vorschläge für Weiterentwicklungen zu machen. Die zent-

ralen Gedanken aus diesem Prozess fanden ihren Niederschlag im Koalitionsvertrag der aktuellen Legislaturperiode in den Zeilen 2330 – 2336:

„Die Koalition wird das Brandenburgische Psychisch-Kranken-Gesetz novellieren. Wesentliches Ziel ist es, vor allem die Versorgung für schwer psychisch kranke Menschen in allen Regionen Brandenburgs zu verbessern. Die Handlungskompetenzen und die koordinierenden Leistungen des ÖGD und weiterer kommunaler Partner müssen gestärkt werden, um Menschen in Krisen und deren Angehörigen schneller wirksame Hilfen anbieten zu können. Mit einer Psychiatrieberichterstattung auf Landesebene sollen zudem Häufigkeit und Begleitumstände von Unterbringungen erfasst werden.“

Aufgrund der Corona-Pandemie kam es zu einer historisch bislang einmaligen Situation, die den ÖGD auf allen Ebenen vor nie gekannte Herausforderungen stellte. Dies hat unter anderem zum „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“ geführt, der aktuell in der Umsetzung ist. **Eine Änderung des BbgPsychKG als Teil der ÖGD-Gesetzgebung war vor diesem Hintergrund nicht möglich** (Leitungsentscheidung aus 12/2020). Vielmehr wird die Umsetzung des Pakts für den ÖGD auch in Brandenburg genutzt, um auch die sozialpsychiatrischen Aufgaben der Kommunen und des Landes zu stärken, insbesondere durch den Aufbau von Personal in erheblichem Umfang: Zum Stichtag 31.12.2023 wurden aus Paktmitteln 163,88 Stellen (VZÄ) geschaffen und besetzt. Aus den hier vorgegeben Kategorien des Bundes fallen 38,69 VZÄ auf die Aufgabenbereiche Beratung/Information, Begutachtung, Gesundheitsförderung und Prävention sowie niedrigschwellige Angebote und aufsuchende Hilfen, die insbesondere die Bereiche Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Sozialpsychiatrie stärken. Mit 33,94 Stellen (VZÄ) wurden unter dem Aufgabenbereich Koordination, Kommunikation, Moderation, Anwaltschaft, Politikbe-

³⁵ <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=1418&jahr=2023>

ratung und Qualitätssicherung u. a. Stellen in den Bereichen Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsplanung besetzt.

Vermeidung von Unterbringungen und Zwang durch bessere Gesundheitsberichterstattung

Zur **Psychiatrieberichterstattung hat das MSGIV durch das Fachreferat 41 im November 2022 ein Gutachten im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Landes ausgeschrieben**, das die Häufigkeit und Begleitumstände von Unterbringungen von psychisch kranken Menschen mit Unterbringungsbeschluss (öffentlich-rechtlich nach dem BbgPsychKG und zivilrechtlich nach dem BGB (die strafrechtliche Unterbringung im Maßregelvollzug ist hier nicht gemeint) erfassen soll. Die gewonnenen Erkenntnisse sollen genutzt werden, um als „**Daten für Taten**“ die qualitätsorientierte Zusammenarbeit zwischen allen wesentlichen Akteurinnen und Akteuren, die mit Zwangsunterbringungen und Zwangsmaßnahmen in Brandenburg zu tun haben, zu unterstützen.

Den Zuschlag erhielt die Medizinische Hochschule Brandenburg (MHB), Institut für Psychiatrie und Psychotherapie, unter der Leitung von Prof. Dr. Martin Heinze.

Im Rahmen der **partizipativ gestalteten Gutachtenerarbeitung** (Auftakt- und Abschlussworkshops) erhielten die psychiatrischen Kliniken, die Landeskrankenhausgesellschaft, die Sozialpsychiatrischen Dienste und die Kommunalen Spitzenverbände das Gutachten Ende November 2023 zum ausschließlich internen Gebrauch vorab zur Kenntnis. Am 23. und 27. November 2023 wurden die Ergebnisse und Empfehlungen des Gutachtens durch die MHB erläutert und Rückmeldungen der Stakeholder dazu eingeholt. Die Teilnehmenden äußerten sich durchgehend positiv und konstruktiv zu den Empfehlungen für den Aufbau der Psychiatrieberichterstattung und sagten ihre Unter-

stützung im Rahmen der organisatorischen Möglichkeiten zu. Es wurde darauf verwiesen, dass zusätzliche Datenerfassungen stets zwischen Erfassungsaufwand und Erkenntnisoutput abzuwiegen seien.

Das Gutachter-Team stellte fest:³⁶

- Die Datengrundlage zu freiheitsentziehenden Unterbringungen und ärztlichen Zwangsmaßnahmen nach Landesrecht (BbgPsychKG) im Aufsichtsbereich des MSGIV ist eher **besser entwickelt als in vergleichbaren Bundesländern**. Ausgehend von einer guten Ausgangslage sind weitere Optimierungen bei der Psychiatrieberichterstattung bei psychisch Schwerst-erkrankten jedoch möglich.
- **Bei Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen, die sich aus der Bundesgesetzgebung ergeben (BGB), liegt keine ähnlich gute Erkenntnislage** vor, was mit fehlenden landesrechtlich ausgestaltbaren aufsichtlichen Bezügen zusammenhängt. Da die Unterbringungsgeschehen zwischen BbgPsychKG und BGB fachlich aber „kommunizierende Röhren“ sind, beeinträchtigt dies die Bewertung der Datenlage zu freiheitsentziehenden und Zwangsmaßnahmen insgesamt. Hier zeigt sich ein Problem, vor dem alle Bundesländer stehen und dem sich die Akteure im Land Brandenburg durch freiwillige Meldungen im Bereich BGB stellen. Dennoch empfiehlt sich eine systematische Weiterentwicklung der BGB-bezogenen Psychiatrieberichterstattung in Zusammenarbeit mit dem Ministerium der Justiz.
- Aktuell besteht eine **unzureichende Möglichkeit, die Daten zum Unterbringungsgeschehen mit sozialräumlichen Daten zu integrieren**. Es ist zu vermuten, dass damit wesentliche Kriterien, die das Unterbringungsgeschehen beeinflussen (z. B. sozioökonomische Situation, Bevöl-

³⁶ <https://msgiv.brandenburg.de/msgiv/de/presse/pressemitteilungen/detail/~18-03-2024-gutachten-zur-psychiatrieberichterstattung>

4. Stellungnahme des MSGIV

kerungsdichte) nicht in den Blick genommen werden.

- Spezifische Daten für die **besonders vulnerable Gruppe** der Kinder und Jugendlichen in Hinsicht auf ihre familiäre Situation sowie spezifische Daten zu anderen vulnerablen Patient/innengruppen wie z. B. ältere Menschen und Menschen mit Migrationserfahrung bzw. -hintergrund sind ebenfalls noch nicht vorhanden. Insbesondere zur Berichterstattung über Kinder und Jugendliche wird ein weiteres Gutachten ausdrücklich empfohlen.
- Insgesamt gibt das Gutachten **21 Empfehlungen** an das Land und die Landkreise und kreisfreien Städte. Davon befassen sich 11 Empfehlungen damit, wie die Psychiatrieberichterstattung mit dem Fokus auf Unterbringungen, deren Begleitumstände und deren Vermeidung weiterentwickelt werden kann. Sechs Empfehlungen an Land und Kommunen thematisieren die Psychiatrieberichterstattung im sozialen Kontext und mit Blick auf die Versorgungsplanung und gehen über die Betrachtung von Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen hinaus. Vier Empfehlungen sind der Versorgungsforschung zuzuordnen.

Das Gutachten wurde am 18.03.2024 mit Pressemitteilung des MSGIV veröffentlicht. U. a. das Deutsche Ärzteblatt³⁷ hat darüber in Artikeln berichtet, die Fachöffentlichkeit wurde bundesweit erreicht. Eine zentrale Erkenntnis aus dem Gutachten-Prozess sei hier besonders hervorgehoben:

Die komplexe, aber **zentrale Empfehlung einer SGB-übergreifenden Betrachtung der Versorgungssituation für schwer psychisch kranke und von Zwang betroffene Menschen** (Erwachsene ebenso wie Kinder und Jugendliche) enthält das Kernelement der staatlichen Letzt- und Gesamtverantwortung

bei der Versorgung psychisch erkrankter Menschen im Sozialraum: Damit Zwang möglichst vermieden werden kann und die Sicherheit sowohl der Betroffenen und der beteiligten Fachkräfte als auch der Allgemeinheit gewahrt werden kann, braucht es transparente Maßstäbe für eine qualitativ und quantitativ ausreichend gute Versorgung. Diese Zusammenhänge wären systematisch und SGB-übergreifend zu betrachten (Daten für Taten). **Dafür braucht es im komplex gegliederten System der medizinischen und sozialen Versorgung den Mit-Gestaltungswillen aller maßgeblichen Akteurinnen und Akteure.** Diesen gemeinsam zu artikulieren und dafür eine angemessene politische Plattform zu bauen, zum Beispiel im Rahmen von Psychiatrie-Entwicklungsplänen oder anderen Formen gemeinsamer fachpolitischer Willensbekundung auf landespolitischer Ebene wäre ein **Thema für einen künftigen Koalitionsvertrag.**

Vermeidung von Unterbringungen und Zwang durch besseres Schnittstellenmanagement im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie (KiJu)

Die Praxis im Land Brandenburg und in den anderen Bundesländern zeigt leider, dass im Umgang mit Kindern und Jugendlichen, die komplexe Unterstützungsbedarfe haben, ihr Umfeld ebenso wie die beteiligten Berufsgruppen immer häufiger an die Grenzen ihrer Hilfsmöglichkeiten kommen. Die Fachkräfte aller an der Versorgung beteiligten Bereiche sind sich dabei einig: Kinder und Jugendliche mit multikomplexen Problemlagen benötigen ein hochdifferenziertes ausgefeiltes Netz an pädagogischer Begleitung, psychotherapeutischer und/oder psychiatrischer Behandlung und entsprechenden Angebotsstrukturen. Dafür bedarf es über den Einzelfall hinaus einer strukturierten Abstimmung und Feinjustierung der Leistungssysteme der Kinder-

³⁷ <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/150035/Brandenburg-Gutachten-zur-Psychiatrieberichterstattung-vorgelegt>

und Jugendhilfe, einschließlich der Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII, des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mit den Kinder- und Jugendpsychiatrischen sowie Sozialpsychiatrischen Diensten und den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.

In dieser Legislaturperiode wurde daher eine Positionierung von der überregionalen Arbeitsgruppe „interdisziplinärer Fachaustausch“ zur Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Öffentlichem Gesundheitsdienst und Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie zur Verbesserung der Betreuung und Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit komplexen, fachübergreifenden Hilfebedarfen im Land Brandenburg erarbeitet und in einem gemeinsamen Schreiben der Landesregierung allen beteiligten Professionen am 19. Juli 2024 bekannt gemacht. Gegenstand dieser Positionierung ist beispielsweise der Bedarf an geeigneten Kooperationsstrukturen, die auf kommunaler Ebene entwickelt werden müssen und die örtlichen Gegebenheiten beachten.

Unter dem Dach des Interdisziplinären Fachaustausches auf Landesebene haben sich bereits zwei Regionalgruppen (BB-Nord und BB-West) gebildet, um entsprechende Anschlusswohnangebote in Brandenburg (BB) neu zu schaffen; das zuständige Referat für die Erteilung der Einrichtungserlaubnis ist in der Regionalgruppe BB-Nord bereits eingebunden und steht dem Prozess konstruktiv gegenüber.

Fachkräftemangel und Anerkennung von ausländischen Fachkräften

Die Erkenntnisse aus den Besuchsberichten wurden an das Referat „Gesundheits- und Heilberufe, Krebsregister“ des MSGIV und an die Approbationsbehörde beim Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG) weitergeleitet. In Umsetzung

des Landtagsbeschlusses 7/7378 „**Beschleunigte Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse im Gesundheitssystem**“ wurden zahlreiche Maßnahmen in die Wege geleitet mit dem Ziel, die Anerkennungsverfahren zu optimieren, zu vereinfachen und zu beschleunigen. So wurde beispielsweise in Sachen ärztliche Berufserlaubnis bei Bundeslandwechsel vonseiten der Approbationsbehörde **Verfahrenserleichterungen** etabliert, sodass in diesen Fällen Berufserlaubnisse nunmehr zügiger und ohne erneute ausführliche Prüfung aller Unterlagen erteilt werden. Auch hat es beim LAVG **Personalaufstockungen** gegeben, um Berufsanerkennungen zügiger erteilen zu können. Bezüglich der maßgeblichen bundesrechtlichen Vorgaben hat Brandenburg im Juli 2024 als mittragstellendes Land eine EntschlieÙung in den Bundesrat eingebracht, die drei wesentliche Forderungen im Bereich der akademischen Heilberufe an den Bund adressiert:

1. Abkehr von der dokumentenbasierten Gleichwertigkeitsprüfung hin zu einer regelhaften Kenntnisprüfung;
2. Einführung einer Möglichkeit, Dokumente elektronisch einzureichen und damit auch einfache Kopien zu gestatten;
3. ausdrückliche Ermöglichung der Abgabe einer Versicherung an Eides statt in Fällen, in denen Straffreiheitsnachweise bzw. Unbedenklichkeitsbescheinigungen aus dem Herkunftsland nicht beigebracht werden können.

Darüber hinaus sind als Maßnahmen zur Bekämpfung des **Fachkräftemangels** insbesondere das Brandenburgische Landärzteprogramm, der Aufbau der staatlichen Universitätsmedizin in Cottbus, die Etablierung der Medizinischen Hochschule Brandenburg und der Aufbau der Hochschule für Gesundheitsfachberufe in Eberswalde zu nennen.

4. Stellungnahme des MSGIV

Ambulantisierung und entsprechender Kapazitätenaufwuchs in der psychiatrischen Krankenhauslandschaft

Trotz mancher Kritik an stationärer Psychiatrie gilt sie als Vorbild³⁸ für die allgemeine Krankenhausreform aufgrund ihres stattgehabten Prozesses der Ambulantisierung, Regionalisierung und Vernetzung. Auch in der aktuellen Legislaturperiode des Landtags hat das MSGIV durch das Krankenhausreferat 45 auch aufgrund von Hinweisen aus den Besuchskommissionen diesen Prozess weiter vorangebracht. Bis heute wurden so in Brandenburg aus ehemals drei großen und zwei kleineren psychiatrischen Landeskliniken mit 4.000 Betten^{39[1]} – allesamt in Landeshand – durch ein Auf- bzw. Umbauprogramm der Ambulantisierung, Spezialisierung und Regionalisierung

in der Erwachsenenpsychiatrie

- 18 psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Fachabteilungen,
- 6 Kinder- und Jugendpsychiatrien,
- 60 Tageskliniken (davon 15 Kinder- und Jugendpsychiatrie; zum Vergleich waren es 2011 noch 36 Tageskliniken für Erwachsene),
- 60 psychiatrischen Institutsambulanzen (davon 16 Kinder- und Jugendpsychiatrie) sowie
- 11 Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern für psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit 253 vollstationären und 142 teilstationären Behandlungsplätzen in 11 Tageskliniken.

Es gibt heute (Stand August 2023) gem. Krankenhausplan des Landes Brandenburg:

- 1826 stationäre Behandlungsplätze in 18 psychiatrischen Krankenhäusern

- 850 teilstationäre Behandlungsplätze in 45 Tageskliniken
- rund 88.000 abgerechnete Behandlungsfälle in 43 Institutsambulanzen

sowie *in der Kinder- und Jugendpsychiatrie:*

- 265 stationäre Behandlungsplätze in sechs psychiatrischen Krankenhäusern
- 202 teilstationäre Behandlungsplätze in 15 Tageskliniken 12.500 abgerechnete Behandlungsfälle in 16 Institutsambulanzen.

Landesübergreifende Initiative des MSGIV zu Adressierung der mit der Personal-Richtlinie PPP-RL verbundenen Herausforderungen

Gemeinsam mit allen Bundesländern hat das MSGIV auf einen GMK-Beschluss hingewirkt mit der dringenden Bitte an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), auf den zuständigen Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) einzuwirken, damit dieser die PPP-RL überarbeite. Am 22.6.2022 wurde durch die GMK der entsprechende Beschluss „Rahmenbedingungen für moderne Versorgungs- und Vergütungsstrukturen in der Psychiatrie und Psychosomatik schaffen – Grundlegende Überarbeitung der PPP-RL erforderlich“⁴⁰ gefasst. Zu einer Aussetzung der avisierten Strafzahlungen bis 2025 ist es infolgedessen bereits gekommen.

Darüber hinaus hat das MSGIV durch Referat 41 die Arbeitsgemeinschaft der Leiterinnen und Leiter Psychiatrischer Abteilungen und Fachkliniken des Landes Brandenburg ermutigt, über die psychiatrischen Fachgesellschaften ebenfalls entsprechende Forderungen zu stellen.

38 https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Stellungnahme_8_Psych-Faecher.pdf, Seite 4

39 [1] Quelle: Landesamt für Soziales und Versorgung (Hrsg.), Brandenburgs Landeskliniken in staatlicher Hand, Verlag für Berlin-Brandenburg, Potsdam, 2001, Seite 30

40 <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=1296&jahr=2022&search=PPP-RL>

Weitere Maßnahmen und Erläuterungen des MSGIV in der Folge der Berichte der Besuchskommissionen

Gewalttätige Übergriffe auf Personal und Mitpatientinnen und Patienten in den psychiatrischen Kliniken werden von der Fachaufsicht regelmäßig bei den Fachaufsichtsprüfungen durch die Abfrage von entsprechenden Deeskalationskonzepten und Schulungen/Supervisionen und entsprechende Konzepte zur Gewaltvermeidung adressiert.

Ein **Krisendienst 24/7** durch integrierte Leitstellen an den Rettungsdiensten ist Teil der Reformvorhaben des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Die vierte Empfehlung der Regierungskommission sieht vor, dass Patientinnen und Patienten in medizinischen Notfällen an Krankenhäusern künftig besser versorgt werden. Dafür sollen flächendeckend integrierte Notfallzentren (INZ) sowie integrierte Leitstellen (ILS) aufgebaut werden. Es komme darauf an, dass die Notfall- und Akutversorgung rund um die Uhr in der Lage ist, Hilfesuchende unmittelbar zielgerichtet zur richtigen Versorgung zu steuern, heißt es in der Stellungnahme unter dem Titel „Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland – Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen“⁴¹. **Herausforderungen zwischen psychiatrischen Kliniken und Betreuungsrichterrinnen und -richter bzw. Familienrichterrinnen und Familienrichtern** werden durch gemeinsame überregionale und regionale Fortbildungsveranstaltungen im **interdisziplinären Dialog** adressiert. 2023 hat eine solche in der Richterakademie auf Initiative der Arbeitsgemeinschaft der psychiatrischen Chefärztinnen und Chefärzte in Brandenburg für das ganze Land stattgefunden.

Zur weiteren Verbesserung der Zusammenarbeit nehmen Vertreterinnen und Vertreter der **Sozialpsychiatrischen Dienste seit**

2023 regelmäßig an den Tagungen der Arbeitsgemeinschaft der Chefärztinnen und Chefärzte der psychiatrischen Krankenhäuser und Fachabteilungen teil.

Die Möglichkeiten der Videoüberwachung wurden vom MSGIV, Referat 41, aufgrund der Besuchskommissionsberichte noch einmal geprüft. Das Ergebnis wurde den Besuchskommissionen zur Kenntnis gegeben: Für die öffentlich-rechtliche Unterbringung fehle es zwar an einer ausdrücklichen Regelung für die Videoüberwachung bzw. Überwachung mit optisch-elektronischen Hilfsmitteln im BbgPsychKG. Allerdings gebe es eine ausdrückliche Regelung für den Maßregelvollzug (s. u.); auch die S3-Leitlinie zur Verhinderung von Zwang erwähne die Videoüberwachung als eine Möglichkeit im Rahmen von Isolierungen. Im Ergebnis sollte die Videoüberwachung auf Ausnahmefälle besonderer Personalknappheit beschränkt bleiben, wenn es zu einer Videoüberwachung keine Alternative mehr gebe oder aber die Patientin oder der Patient einwillige bzw. die Videoüberwachung bevorzuge. Dies sei zu dokumentieren. **Sprachprobleme** u. a. mit geflüchteten Patientinnen und Patienten werden durch das am 30.7.2023 gestartete Dolmetscherprogramm adressiert⁴². Das Programm „Telefon- und Videodolmetschen in Brandenburg“ per Audio oder Video unterstützt die Kommunikation zwischen Geflüchteten und Ämtern, Krankenhäusern, Arztpraxen, Kitas, Beratungsstellen, Frauenhäusern, Gemeinschaftsunterkünften und anderen sozialen und medizinischen Einrichtungen. Das Programm deckt über 50 verschiedene Sprachen ab. Anbieter der Dolmetscherleistung im Auftrag des Integrationsministeriums ist die SAVD Videodolmetschen GmbH mit Sitz in Wien. Aus dem „Brandenburg-Paket“ stehen dafür in diesem Jahr 880.000 Euro und in 2024 bis zu 1,5 Millionen Euro zur Verfügung.

41 <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/regierungskommission-krankenhausversorgung>

42 <https://msgiv.brandenburg.de/msgiv/de/presse/pressemitteilungen/detail/~30-06-2023-programm-telefon-und-videodolmetschen>

4. Stellungnahme des MSGIV

Schwierigkeiten bei der angemessenen Einbeziehung von Angehörigen, ohne Schweigepflichten zu verletzen, werden adressiert durch die Vereinbarung zur Angehörigenarbeit zwischen der Landesarbeitsgemeinschaft Angehörige Psychiatrie Brandenburg (LAG APB) mit der Arbeitsgemeinschaft der Leiterinnen und Leiter Psychiatrischer Abteilungen und Fachkliniken des Landes Brandenburg sowie einzelnen Kliniken⁴³.

Betreffend den Lehrermangel und den Unterrichtsausfall in den Klinikschulen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erhält das zuständige Ministerium für Bildung, Jugend und Sport (MBS) durch das MSGIV, Referat 41, ebenfalls die Besuchsberichte und arbeitet an Lösungen.

Hinsichtlich der Prüfungsdichte nach dem BbgPsychKG steht außer Frage, dass eine solche Überprüfung der Krankenhäuser angesichts des damit verbundenen Arbeitsaufwandes durch ehrenamtliche Besuchsmissionen nicht in allen Einzelheiten erfolgen kann. Dies gilt insbesondere für die Prüfungsanforderungen hinsichtlich der Personalausstattung. **Informationen über die Nichterfüllung** der PPP-Mindestvorgaben und **aufsichtliche Erkenntnisse** gibt das MSGIV oder das LAVG schließlich im Rahmen der Gesamt- und Sprecherinnen und Sprecher-Treffen **routinemäßig an die Besuchsmission weiter**, sofern der Datenschutz dies zulässt.

Der Präsident des Brandenburgischen Oberlandesgerichts bezieht schließlich zum Landtagsbericht wie folgt Stellung:

„Bezüglich der Ausführungen der Besuchsmission, dass es eine Zwangsmedikation nur selten gegeben habe und grundsätzlich die Erfahrung gemacht werde, dass die Einnahme der Medikamente nach einem rich-

terlichen Beschluss freiwillig erfolge und nur einmal unmittelbarer Zwang angewendet worden sei, wird die Einschätzung, dass nach einer richterlichen Entscheidung für eine Zwangsmedikation in der Regel kein unmittelbarer Zwang angewendet werden müsse, im Geschäftsbereich des Präsidenten des Brandenburgischen Oberlandesgericht (PräsOLG) geteilt.

Die Kritik der Kliniken, dass ein Problem auch die lange Wartezeit auf gerichtliche Entscheidungen sowie die eingeschränkten Geschäftszeiten im Vergleich zu den Kliniken seien, kann vonseiten des PräsOLG hingegen nicht nachvollzogen werden. Zwar gebe es keinen nächtlichen Bereitschaftsdienst, gleichwohl könnten richterliche Entscheidungen zeitnah erreicht werden. Auch stehe zur Nachtzeit ohnehin kein Verfahrenspfleger oder -beistand zur Verfügung. Zudem prüften die zuständigen Richterinnen und Richter die Sachverhalte gewissenhaft und trafen die Entscheidungen schnellstmöglich unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben von zu beteiligenden Personen und Behörden. Sofern tatsächlich vor der Entscheidung noch Gutachten anderer Psychiaterinnen und Psychiater eingeholt werden müssten, verzögerten sich die Entscheidungen aus nachvollziehbaren Gründen. Schließlich würden die Gerichte von den Kliniken nicht hinreichend darüber informiert, wenn das Bedürfnis für eine Unterbringung oder unterbringungsähnlicher Maßnahmen vor der gerichtlichen Entscheidung entfallen sei.

Soweit in dem Bericht vonseiten der Besuchsmission eine verbindliche Vorgabe von gemeinschaftlichen Fortbildungsveranstaltungen mit der Polizei und den Gerichten angeregt wird, so stehen bereits entsprechende Fortbildungsveranstaltungen des Gemeinsamen Juristischen Prüfungsamtes der Länder Berlin und Brandenburg und der Deutschen Richterakademie für Richter und

⁴³ <https://www.lag-apb.de/leitfaden/>

Richterinnen sowie die örtlich stattfindenden Formate des Dialogs u. a. zwischen den Gerichten und den Kliniken, die sich etabliert haben, zur Verfügung. Aus Sicht des PräsOLG erscheint es sinnvoller, die bereits etablierten dezentralen Veranstaltungen auf lokaler Ebene fortzuführen, da diese die örtlichen Besonderheiten berücksichtigen können. Zudem weist der PräsOLG darauf hin, dass die Zusammenarbeit auch dadurch verbessert werden könne, dass die behandelnden Ärzte und Ärztinnen mit den rechtlichen Fragestellungen im Kontext von Betreuungs- und Unterbringungssachen besser vertraut gemacht würden, wobei die Gerichte insbesondere bei zur Nachtzeit und an den Wochenenden tätigen Ärzten und Ärztinnen bezüglich der Voraussetzungen für eine Unterbringung oder Fixierung Verbesserungsbedarf sehen.

Die Anregung der Besuchskommission, dass eine erstmalige Unterbringung möglichst nur für eine kurze Zeit und dann ggf. Verlängerungen zu beantragen seien, wird vonseiten des PräsOLG kritisch gesehen. Zwar wären für die Beantragung primär die Kliniken zuständig, jedoch würde dies auch in die richterliche Unabhängigkeit eingreifen. Es bestehe hierfür auch keine Notwendigkeit, da die in der Regel antragsgemäßen Beschlüsse sich zumeist an der ärztlichen Einschätzung bezüglich der mindestens notwendigen Behandlungsdauer des jeweiligen Betroffenen orientieren würden. Vielmehr seien die Kliniken in der Verantwortung, die Patientinnen und Patienten im Falle der Besserung zu entlassen.

Soweit dem Bericht die Kritik der Kliniken zu entnehmen ist, dass Beschwerdeverfahren vor den Landgerichten teilweise sehr lange dauern würden und dies anhand eines Einzelfalls näher ausgeführt wird, weist der PräsOLG darauf hin, dass Betroffene in der Regel unmittelbar nach Eingang der Be-

schwerden in Unterbringungssachen persönlich angehört würden und über die Beschwerden zeitnah entschieden werde. Es komme lediglich vereinzelt vor, dass es zu Verzögerungen bei der Vorlage der Akten an die Beschwerdekammer durch die Amtsgerichte komme.

Die dem geschilderten Einzelfall zugrundeliegende Problematik der fehlenden Möglichkeit der Unterbringung in einem geeigneten Heim im Land Brandenburg sei den Gerichten bekannt und führe teilweise dazu, dass im Einzelfall durch eine aufwändige Suche in anderen Bundesländern der Aufenthalt von Patienten in den Akutkliniken innerhalb des gesetzlichen Rahmens verlängert werden müsse. Aus Sicht des PräsOLG erscheint es deshalb dringend notwendig, für Kinder und Jugendliche mit entsprechenden psychiatrischen Erkrankungen (wieder) Unterbringungsmöglichkeiten in entsprechend ausgestatteten, ggf. geschlossenen, Wohneinrichtungen zu schaffen, um deren Aufenthalt in psychiatrischen Kliniken für unangemessen lange Zeit zu vermeiden. An inzwischen vollständig fehlenden Einrichtungen dieser Art scheitere derzeit mitunter die Umsetzung von familiengerichtlichen Anordnungen. Dies habe für die betroffenen Kinder und Jugendlichen zum Teil lebenslange negative Konsequenzen zur Folge.

Die Ausführungen der Besuchskommission, dass auch bei freiwilliger Unterbringung von Minderjährigen „sicherheitshalber“ ein gerichtlicher Beschluss nach § 1631b BGB erwirkt werde, ist der gerichtlichen Praxis nicht bekannt.

Schließlich gibt der PräsOLG zu bedenken, dass die Anzahl von Fixierungen durch eine bessere Personalausstattung potenziell vermindert werden könnte.

Anhang – ausgewählte Gesetzestexte

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 Besuchskommission 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.

BbgKHEG, § 5 Beschwerdestellen

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

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 Patientenfürsprecherin oder ein Patientenfürsprecher 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.

BGB § 1831 Freiheitsentziehende Unterbringung

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

1. aufgrund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behin-

Anhang – ausgewählte Gesetzestexte

derung des bzw. der Betreuten die Gefahr besteht, dass er bzw. sie 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 bzw. der Betreuten nicht durchgeführt werden kann und der bzw. die Betreute aufgrund 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 Aufschieben Gefahr verbunden ist; die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen.

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

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend, wenn dem bzw. der Betreuten, der bzw. die 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 Absätze 1 bis 4 gelten nach Maßgabe des § 1820 Absatz 2 Nummer 2 für einen Bevollmächtigten entsprechend.

BGB § 1832 BGB Ärztliche Zwangsmaßnahmen

(1) Widerspricht eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff dem natürlichen

Willen des bzw. der Betreuten (ärztliche Zwangsmaßnahme), so kann der Betreuer oder die Betreuerin in die ärztliche Zwangsmaßnahme nur einwilligen, wenn

1. die ärztliche Zwangsmaßnahme zum Wohl des bzw. der Betreuten notwendig ist, um einen drohenden erheblichen gesundheitlichen Schaden abzuwenden,
2. der bzw. die Betreute aufgrund 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 § 1827 zu beachtenden Willen des bzw. der Betreuten entspricht,
4. zuvor ernsthaft, mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Ausübung unzulässigen Drucks versucht wurde, den Betreuten bzw. die Betreute 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 bzw. der Betreuten einschließlich einer erforderlichen Nachbehandlung sichergestellt ist, durchgeführt wird.

§ 1867 ist nur anwendbar, wenn der Betreuer oder die Betreuerin an der Erfüllung seiner bzw. ihrer Pflichten verhindert ist.

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

(3) Der Betreuer bzw. die Betreuerin hat die Einwilligung in die ärztliche Zwangsmaßnahme

zu widerrufen, wenn ihre Voraussetzungen weggefallen sind. Er bzw. sie hat den Widerruf dem Betreuungsgericht unverzüglich anzuzeigen.

(4) Kommt eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht, so gilt für die Verbringung des bzw. der Betreuten gegen seinen bzw. ihren natürlichen Willen zu einem stationären Aufenthalt in ein Krankenhaus § 1831 Absatz 1 Nummer 2, Absatz 2 und 3 Satz 1 entsprechend.

(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten nach Maßgabe des § 1820 Absatz 2 Nummer 3 für einen Bevollmächtigten oder eine Bevollmächtigte entsprechend.

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 zuläs-

sig, 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

Anhang – ausgewählte Gesetzestexte

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.

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 Soziales, Gesundheit,
Integration und Verbraucherschutz**
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Henning-von Tresckow-Straße 2-13
14467 Potsdam

msgiv.brandenburg.de

Titel: real enrico, photocase.com

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

Gestaltung: Connye Wolff

Lektorat: Nikola Klein
(e-squid text konzept lektorat)

Druck: Landesvermessung und
Geobasisinformation Brandenburg

Auflage: 300 Stück

November 2024