



BESCHWERDE- UND INFORMATIONSTELLE
PSYCHIATRIE IN BERLIN

Handbuch für Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher

in den psychiatrischen Kliniken
und psychiatrischen Stationen
der Allgemeinkrankenhäuser in Berlin

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
1. Formale Grundlagen für das Amt als Patientenfürsprecherin und Patientenfürsprecher	6
2. Allgemeine Patientenrechte	12
3. Kurzübersicht: Häufige psychiatrische Diagnosen	15
3.0 Allgemeine Überlegungen zu den Ursachen psychischer Störungen	16
3.1 Störungen durch psychotrope Substanzen/Sucht (ICD-10: F 10)	17
3.2 Schizophrene Störungen (ICD-10: F 20)	18
3.3 Affektive Störungen – Depression (ICD-10: F 32)	20
3.4 Bipolare affektive Störungen (ICD-10: F 31)	21
3.5 Angststörungen (ICD-10: F 40)	22
3.6 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (ICD-10: F 43)	23
3.7 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-10: F60)	24
4. Zum Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik	26
4.1 Aufnahme	26
4.1.1 Geplante Aufnahme	26
4.1.1.1 Administrative Aufnahme	26
4.1.1.2 Aufnahme auf Station	27
4.1.2 Akutaufnahme	28
4.1.2.1 Öffentlich-rechtliche Unterbringung nach Psychisch Kranken-Gesetz (PsychKG)	30
4.1.2.2 Zivilrechtliche Unterbringung nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB)	31
4.1.2.3. Regelungen zum Ablauf des gerichtlichen Verfahrens (§§ 312 ff FamFG)	32

4.2	Zuständigkeiten und Routinen des medizinischen Personals	34
4.3	Umgang mit dem sozialen Umfeld und dem ambulanten System	36
4.3.1	Aufgaben des Sozialdienstes	36
4.3.2	Kontakt mit Angehörigen und Freundinnen und Freunden	36
4.4	Hausordnung und allgemeine Verhaltensregeln	37
4.5	Zwangsbehandlung und Zwangsmaßnahmen	41
4.5.1	Zwangsbehandlung nach § 28 PsychKG	41
4.5.2	Besondere Sicherungsmaßnahmen nach § 39 PsychKG	43
4.5.3	Ärztliche Zwangsmaßnahmen nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB)	45
4.6	Entlassung: Standards und Ablauf	47
4.7	Übergang ins ambulante Hilfesystem	49
5.	Beschwerdethemen und -wege in psychiatrischen Kliniken	52
5.1	Interne Beschwerdewege	52
5.2	Externe Beschwerdewege	54
5.3	Vorgehen bei bestimmten Beschwerdethemen	57
5.3.1	Medizinische Behandlung	57
5.3.2	Gerichtliche Unterbringung	60
5.3.3	Überbelegung	62
5.3.4	Entlassungssituation	63
5.3.5	Beschwerden von Angehörigen	63
6.	Aufgaben und Ziele der Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie in Berlin	65
	Anhang: Anforderungsprofil Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher	67
	Impressum	71

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher,

mit Ihrem ehrenamtlichen Engagement leisten Sie einen wichtigen Beitrag, um die Patientenrechte in der klinisch-psychiatrischen Versorgung zu stärken. Durch Ihre persönliche Präsenz auf den Stationen stehen den Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen direkte und unabhängige Ansprechpersonen vor Ort für ihre Anliegen, Probleme und Beschwerden zur Verfügung. Da im psychiatrischen Bereich zum Teil therapeutische oder medizinische Interventionen auch gegen den Willen der Patientinnen und Patienten durchgeführt werden und zugleich Patientinnen und Patienten in psychischen Krisen häufig vermehrten Unterstützungsbedarf haben, ist Ihr Amt von besonderer Bedeutung.

Im Bezirk, der Sie demokratisch gewählt hat, haben Sie wichtige Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner. Auch in Ihrer Klinik selbst existieren zahlreiche kompetente Anlaufstellen, die Ihnen sicher mit Rat und Tat zur Seite stehen. Dennoch gestaltet sich die Orientierung über die Aufgaben und Handlungsmöglichkeiten als psychiatrische Patientenfürsprecherin bzw. Patientenfürsprecher in der Praxis nicht immer leicht.

Als Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie in Berlin (BIP) werden wir vom Senat gefördert, um Sie in Ihrem Amt zu unterstützen und Ihre Position zu stärken. Dies bezieht sich sowohl auf das Angebot der Kooperation bei der Bearbeitung einzelner Beschwerden, als auch auf die Organisation von Fortbildungen, Vernetzungstreffen und öffentlichen Diskussionsveranstaltungen. Weiter setzen wir uns bei Politik und Krankenhäusern für Ihre Interessen ein. Mit dem vorliegenden Handbuch möchten wir Ihnen eine Arbeitshilfe zur Verfügung stellen, mit der Sie sich sowohl über grundlegende Patientenrechte, die zentralen Abläufe und Prozesse in den Kliniken, als auch über wichtige

Beschwerdethemen und -wege informieren können. Aufgrund verschiedener neuer gesetzlicher Regelungen, u. a. des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG vom 17.06.2016) war eine Überarbeitung des bereits bestehenden Handbuchs notwendig. Dieses ist erstmalig in 2013 erschienen. An dessen Erstellung war Stefan Weigand, unser ehemaliger Kollege, maßgeblich beteiligt. Ihm gilt an dieser Stelle unser besonderer Dank. Da bewährte Abschnitte des Handbuchs erhalten geblieben sind, gilt den damals daran Mitwirkenden weiterhin unser Dank: Verena Koch (Qualitätsmanagement St. Joseph-Krankenhaus Weißensee), Prof. Dr. Erdmann Fähndrich, Rechtsanwalt Alexander Paetow und Roswitha Schröter (Qualitätsmanagerin Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum) sowie Kyra Jellinek, Björn Trenker und Katrin Döring. Für die Unterstützung bei der Überarbeitung des Handbuchs möchten wir uns bei den Mitgliedern des Beirats der BIP und Dr. Wolfram Voigtländer bedanken.

Wir hoffen, dass Sie das vorliegende Handbuch zur Information, als praktisches Nachschlagewerk wie auch zur Anregung für Ihre Arbeit in den Kliniken nutzen können. Bei Fragen, Hinweisen und Unterstützungsbedarf können Sie sich gerne an uns wenden.

Judith Becker, Ruth Verweyen und Petra Rossmannith für das BIP-Team

1. Formale Grundlagen für das Amt als Patientenfürsprecherin und Patientenfürsprecher

Die rechtlichen Grundlagen der Arbeit der psychiatrischen Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher – im Weiteren Fürsprecherinnen und Fürsprecher genannt – sind im Landeskrankenhausgesetz (§ 30 LKG) sowie im Gesetz für psychisch Kranke (§ 12 PsychKG) festgehalten. Den Wortlaut der beiden entsprechenden Paragraphen finden Sie im Folgenden.

Landeskrankenhausgesetz (LKG) Berlin **§ 30 Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher**

in Kraft seit 29.06.2016

(1) Jede Bezirksverordnetenversammlung wählt für die Dauer ihrer Wahlperiode für jedes Krankenhaus oder gemeinsam für mehrere Krankenhäuser des Bezirks nach Anhörung des Krankenhauses oder der Krankenhäuser eine Patientenfürsprecherin oder einen Patientenfürsprecher. Für Krankenhäuser mit mehreren örtlich abgegrenzten Betriebsteilen kann für jeden Betriebsteil eine Patientenfürsprecherin oder ein Patientenfürsprecher gewählt werden. Dienstkräfte von Krankenhäusern sind nicht wählbar. Die Bezirksverordnetenversammlung kann die Patientenfürsprecherinnen oder -fürsprecher abberufen. Die Patientenfürsprecherinnen oder -fürsprecher führen ihr Amt nach Ablauf der Wahlperiode oder im Falle eines vorzeitigen Ausscheidens bis zum Amtsantritt einer Nachfolgerin oder eines Nachfolgers weiter.

(2) Die Bezirke stellen die Besetzung der Ämter der Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher sicher und erstellen ein Anforderungsprofil. Sie müssen die Ämter öffentlich ausschreiben.

(3) Die Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher halten regelmäßig Sprechstunden in vom Krankenhaus zur Verfügung gestellten geeigneten Räumlichkeiten ab, prüfen Anregungen und Beschwerden und vertreten die Anliegen der Patientinnen und Patienten und eigene Anliegen zur Krankenhausversorgung. Sie können sich mit Einverständnis der Patientin oder des

Patienten jederzeit unmittelbar an die Krankenhausleitung, den Krankenhausträger und die zuständigen Behörden wenden. Die Krankenhausleitung, der Krankenhausträger und die zuständigen Behörden arbeiten mit den Patientenfürsprecherinnen und -fürsprechern zusammen, gehen Vorbringen nach und erteilen notwendige Auskünfte. Die Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher legen der Bezirksverordnetenversammlung und dem Krankenhaus einen jährlichen Erfahrungsbericht vor und nehmen dabei auch zur Situation der Krankenhausversorgung Stellung. Der Erfahrungsbericht wird im Internet veröffentlicht.

(4) Die Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher nehmen ein Ehrenamt wahr und erhalten eine Aufwandsentschädigung. Über die bei ihrer Tätigkeit bekannt gewordenen Tatsachen haben sie Verschwiegenheit zu bewahren.

(5) Die Bestimmungen des Gesetzes für psychisch Kranke bleiben unberührt.

Gesetz für psychisch Kranke (PsychKG)¹

§ 12 Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher

in Kraft seit 29.06.2016

Patientenfürsprecherinnen oder -fürsprecher in psychiatrischen Krankenhäusern und psychiatrischen Abteilungen eines Krankenhauses werden nach § 30 des Landeskrankenhausgesetzes vom 18. September 2011 (GVBl. S. 483), das zuletzt durch Artikel 2 Absatz 2 des Gesetzes vom 17. Juni 2016 (GVBl. S. 336) geändert worden ist, in der jeweiligen geltenden Fassung, gewählt. Sie wirken über die in § 30 Absatz 3 des Landeskrankenhausgesetzes genannten Aufgaben hinaus beratend mit und unterstützen die Krankenhäuser durch Anregungen und Verbesserungsvorschläge, insbesondere hinsichtlich des therapeutischen Klimas. Sie helfen bei der Eingliederung der Patientinnen und Patienten nach der Entlassung und bei der Aufklärung der Öffentlichkeit über psychische Erkrankungen.

Wie im Landeskrankenhausgesetz beschrieben, werden die Fürsprecherinnen und Fürsprecher durch die Bezirksverordnetenversammlungen gewählt (vgl. § 30 Abs. 1 Satz 1 LKG). Das Bezirksamt ist daher ein wichtiger An-

¹ In diesem Handbuch wird ausschließlich auf das neue PsychKG Bln (Berlin) vom 17. Juni 2016, in Kraft seit dem 29.06.2016, Bezug genommen (Im Folgenden mit PsychKG abgekürzt).

sprechpartner für Sie. In einer berlinweiten Arbeitsgruppe der Bezirke unter Beteiligung der Berliner Patientenbeauftragten wurden Standards für die Zusammenarbeit zwischen Bezirk und Fürsprecherinnen und Fürsprecher erarbeitet. Diese Standards sind nicht rechtsverbindlich, können aber als Richtschnur für Ihre Arbeit gelten.

In diesen Unterlagen ist festgehalten, dass vom Bezirksamt unter anderem Folgendes sicherzustellen ist:

- Unterstützung der Fürsprecherinnen und Fürsprechern bei der Wahrnehmung der Aufgaben und Benennung von (fachbereichsspezifischen) Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern, inkl. Unterstützung bei schwierigen Sachverhalten
- Bereitstellung von personalisiertem Informationsmaterial zur Öffentlichkeitsarbeit (Flyer, Plakate, Visitenkarten, Namensschilder etc.)
- Vorstellung des Amtes und regelmäßige (fachbereichsspezifische) Treffen zum Informationsaustausch sowie Rückkopplung an die zuständigen Gremien
- Unterstützung bei der Abfassung des jährlichen Erfahrungsberichts
- Bekanntmachung von Funktion und Aufgaben in Form von Hinweisen auf den Internetseiten des Bezirksamts
- Monatliche Zahlung der Aufwandsentschädigung gemäß der gültigen Rechtslage (§ 4 Abs.6 BzEntschDVO)

Die Bezirke erwarten von Ihnen als Fürsprecherinnen und Fürsprecher:

- Rückmeldung an den Bezirk sowie Teilnahme an regelmäßigen Treffen des Bezirks, darüber hinaus sofortige Information bei schwerwiegenden Vorkommnissen, sowie die Abfassung eines jährlichen Erfahrungsberichts (Berichtsraster) bis Ende Februar des Folgejahres und Vorstellung in den entsprechenden Gremien
- Nutzung der vom Land Berlin bereitgestellten E-Mail-Adresse: patf-(Kürzel der Klinik)@berlin.de
- Fortbildung, Vernetzung und Austausch, u. a. aktive Mitarbeit im

AK Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher von Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V., Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen (z. B. bei der BIP) und an bezirklichen Gremien

- Bereitschaft zur Vertretung bei längerer Abwesenheit von Fürsprecherinnen und Fürsprechern

In den Kliniken, für welche Sie gewählt sind, sollen Sie als Ansprechperson bei Problemen, Hinweisen und Beschwerden der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen fungieren. Dazu sollen Sie Ihre Erreichbarkeit gewährleisten – sowohl in Form von regelmäßigen, mindestens 14-tägigen, Sprechstunden als auch per Telefon/Anrufbeantworter oder E-Mail. Dies ist besonders wichtig, um für Patientinnen und Patienten im Anschluss an ihren Aufenthalt oder für Angehörige erreichbar zu sein. Sie sollen die Beschwerden und Anliegen von Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen gegenüber der Klinik vorbringen und – wenn möglich – mediativ klären. Wichtig ist dabei, dass Sie sich ihrer unabhängigen, demokratisch legitimierten Position bewusst sind und sich nicht als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinik verstehen. Die Anliegen und Beschwerden sollen unter Berücksichtigung des Datenschutzes und der Schweigepflicht bearbeitet werden. Es soll stets eine Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen und Beschwerdeführer gehen. Sie können darüber hinaus jedoch auch selbst aktiv werden, wenn Ihnen Unklarheiten, Konflikte oder Missstände in den Kliniken auffallen und mit entsprechenden Anregungen an die Kliniken herantreten.

Formal sollen Sie als Fürsprecherinnen und Fürsprecher zudem bei der Eingliederung der Patientinnen und Patienten im Anschluss an deren Entlassung und sowie bei der Aufklärung der Öffentlichkeit über psychische Erkrankungen mitwirken (vgl. § 12 PsychKG). In der Praxis lässt sich dieser berechnete, jedoch sehr hohe Anspruch mit dem Ehrenamt als Fürsprecherin und Fürsprecher meist nur schwierig verbinden.

Die Kliniken sollen Ihnen für Ihre Arbeit folgende Rahmenbedingungen zur Verfügung stellen:

- Einrichtung und Ausstattung eines Arbeitsplatzes, der einen niedrigschwelligen Zugang und ein ungestörtes Gespräch ermöglicht (Ausstattung: Telefon mit AB, möglichst PC mit Internetzugang, abschließbarer Schrank und eigener Briefkasten, der nicht für Mitarbeitende der Klinik zugänglich ist)
- Bekanntmachung der Funktion und Aufgaben innerhalb der Klinik (Ausgänge mit Kontaktdaten auf den Stationen, beim Pförtner etc., Informationen in den Aufnahmepapieren, Hinweise auf den Internetseiten der jeweiligen Klinik), wünschenswert: Teilnahme am kulturellen Leben (z. B. Tag der offenen Tür)
- Unterstützung bei der Wahrnehmung der Aufgaben etwa in Form einer offiziellen Begrüßung und Einführung bzw. Vorstellung im Haus, zudem die Benennung von Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern und das Anbieten von regelmäßigen Gesprächsterminen, sowie eine generelle Unterstützung in Ihrer Arbeit
- Transparentes Beschwerdemanagement innerhalb der Klinik, nachvollziehbare Bearbeitung der Anliegen und Rückmeldung an die jeweiligen Patientinnen und Patienten als auch an Sie (vgl. Abschnitt 5.1.)

Gerade für Sie als psychiatrische Fürsprecherinnen und Fürsprecher ist es wichtig, dass Ihnen der Kontakt zu allen Patientinnen und Patienten, auch zu vorübergehend fixierten Patientinnen und Patienten sowie zu den Patientinnen und Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie, durch die Kliniken ermöglicht wird.

In Bezug auf die **kinder- und jugendpsychiatrischen Patientinnen und Patienten** bestehen jedoch altersbedingt besondere rechtliche und soziale Voraussetzungen, die einen direkten Zugang für Sie einschränken. Gemäß Art. 6 Abs. 2 GG sind die „Pflege und Erziehung der Kinder das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht“ – somit steht in erster Linie den Eltern das Recht und die Pflicht zur Pflege und Erziehung des Kindes zu. Hierbei ist zu beachten, dass dieses Recht nur so weit greift, wie es dem Kindeswohl

dient; ein Recht zur Vernachlässigung besteht somit nicht (BVerfGE 24, 119, 143). Ferner hat das Kind ein Recht auf eine möglichst ungehinderte Persönlichkeitsentfaltung – dieses würde beschnitten, hätten die Eltern immer und überall das Recht, für das Kind zu entscheiden.

Mit zunehmendem Alter und zunehmender Selbstständigkeit der Kinder und Jugendlichen schränken sich die Befugnisse der Eltern zudem nach und nach ein. Eine konkrete gesetzliche Regelung für die Frage des Zugangs der Fürsprecherinnen und Fürsprecher zur Kinder- und Jugendpsychiatrie liegt nicht vor, jedoch kann man den §§ 104 ff. BGB analog heranziehen, der das zwingende Einverständnis der Eltern für Vertragsabschlüsse regelt.

Patientenbeschwerden fallen in der Regel nicht unmittelbar unter diese Kategorie (insofern das Kind nicht eine vertragliche Leistung ändern möchte). Dennoch scheint es unabdingbar, die Eltern bzw. Sorgeberechtigten im Vorfeld solcher Gespräche zu informieren und auch mit einzubeziehen (§ 1626 BGB). Zudem sollten Sie entsprechende Beschwerden unter Einbeziehung sowohl der Kinder, der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten wie auch des Klinikpersonals bearbeiten. Gerade bei dieser Altersgruppe ist es sonst gut möglich, dass entweder die therapeutische/behandelnde Beziehung oder das Verhältnis zu den Eltern unter einer einseitigen Beschwerdebearbeitung leidet.

2. Allgemeine Patientenrechte

Patientinnen und Patienten haben das Recht...

- Ärztin bzw. Arzt und Krankenhaus frei zu wählen und zu wechseln,
- auf rechtzeitige, persönliche und verständliche **Aufklärung** über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahmen, zu alternativen Behandlungsmethoden sowie auf Abschriften von Aufklärungs- und Einwilligungsunterlagen,
- die **Gebärdensprache oder andere Kommunikationshilfen** zu verwenden, wenn sie sich mit der Ärztin bzw. dem Arzt sprachlich nicht verständigen können. Die Kosten sind durch die zuständige Krankenkasse zu übernehmen,
- auf einen **Hinweis** vor der Behandlung, dass **voraussichtliche Kosten** nicht oder nur zum Teil übernommen werden,
- auf **Beratung durch die Krankenkasse** über deren Leistungen. Ein Antrag auf Leistung gilt bei nicht fristgerechter Beantwortung als genehmigt,
- Art und Umfang der medizinischen **Behandlung selbst zu bestimmen**. Sie können entscheiden, ob sie sich behandeln lassen wollen oder nicht,
- darauf zu bestehen, dass alle medizinischen Maßnahmen nur mit ihrer **wirksamen Einwilligung** durchgeführt werden und diese jederzeit formlos widerrufen zu können,
- auf eine **qualifizierte und sorgfältige medizinische Behandlung** nach den allgemein anerkannten fachlichen Standards. Sie umfasst eine qualifizierte Pflege und Betreuung sowie eine Behandlung mit Arzneimitteln oder Medizinprodukten, die die gesetzlich vorgeschriebenen **Qualitäts- und Sicherheitsanforderungen** erfüllen,
- auf eine ärztliche **Zweitmeinung**,
- auf **Dokumentation** der wesentlichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, Verlaufsdaten und Ergebnisse der derzeitigen und künftigen Behandlung,

- ihre vollständigen **Behandlungsunterlagen einzusehen** und auf eigene Kosten Kopien oder elektronische Abschriften von den Unterlagen fertigen zu lassen,
- auf **Vertraulichkeit** in Bezug auf Informationen, Gespräche, Unterlagen und Daten. Unterlagen dürfen nur mit Zustimmung der Patientinnen und Patienten oder auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen weitergegeben werden,
- auf **Information** der Ärztin bzw. des Arztes **zu einem vermuteten Behandlungsfehler**, wenn sie gezielt nachfragen,
- auf **Schadensersatz, Schmerzensgeld** und Unterstützung durch die Krankenkasse in Fällen einer fehlerhaften Behandlung, bei unzureichender Aufklärung oder bei Schäden, die durch grobe Behandlungsfehler verursacht worden sein können.

Diese und weitere Regelungen sind im Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten – umgangssprachlich Patientenrechtegesetz – verankert².

Sehen Sie sich in Ihren Rechten behindert, haben Sie Fragen oder möchten Sie sich beschweren, finden Sie in Berlin viele kompetente Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner. Einige davon sind:

- Patientenbeauftragte für Berlin
- Patientenberatung der Berliner Zahnärztinnen und Zahnärzte
- Patienten- und Pflegeberatung der Verbraucherzentrale Berlin
- Selbsthilfeorganisationen
- Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)

Text übernommen mit freundlicher Genehmigung der Patientenbeauftragten von Berlin.

² Im Februar 2013 ist das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten in Kraft getreten. Das Gesetz versammelt die oben benannten Regelungen, die vorwiegend in § 630 a-h des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) festgehalten sind. Es handelt sich um ein Artikelgesetz (Aufzählung der einzelnen Änderungen), das die zuvor nur durch Richterrecht geregelten Rechte erstmals auf eine ausdrückliche gesetzliche Grundlage stellt.

Kontaktdaten der Patientenbeauftragten:

Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung –

Die Patientenbeauftragte für Berlin

Oranienstraße 106, 10969 Berlin

Telefon (030) 9028-2010 (Mo – Fr: 10:00 – 14:00 Uhr,

persönliche Sprechstunde nach Vereinbarung)

E-Mail: patientenbeauftragte@sengpg.berlin.de

Darüber hinaus haben Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, Voraussetzungen zu treffen. So können sie zum Beispiel bestimmte medizinische Maßnahmen für die Zukunft ausschließen:

- Mit einer **Behandlungsvereinbarung** können Patientinnen und Patienten von psychiatrischen Kliniken ihre Wünsche und Bedarfe für den Fall einer erneuten stationären Behandlung in derselben Klinik festhalten. Die Absprachen der Behandlungsvereinbarung stellen zwar keinen rechtswirksamen Vertrag dar, sind aber von beiden Seiten eine verbindliche gefasste hilfreiche Absichtserklärung.
- Im Rahmen einer **Patientenverfügung** (§ 1901a BGB) besteht die Möglichkeit, für die Zukunft in medizinische Maßnahmen einzuwilligen bzw. seine Einwilligung auch schon jetzt definitiv zu verweigern. Dabei ist es wichtig, dass in der Erklärung die medizinischen Maßnahmen so konkret wie möglich, insbesondere für schon voraussehbar in der Zukunft erforderliche Behandlungen, benannt werden.
- Bei einer **Betreuungsverfügung** (§ 1901c BGB) handelt es sich um die Festlegung durch die Patientin bzw. den Patienten, wer im Falle der Notwendigkeit einer rechtlichen Betreuung vom Amtsgericht als Betreuerin bzw. Betreuer benannt werden soll.
- Mit einer **Vorsorgevollmacht** (§ 1901c BGB) verfügt die Patientin bzw. der Patient, in welchen Situationen die benannte Person eine rechtsgeschäftliche Vertretung stellvertretend übernehmen soll.

Da es oft zu Abgrenzungsschwierigkeiten bzw. Konflikten kommen kann, wenn z. B. dem Vorsorgebevollmächtigten nur ein Teil der zu regelnden Aufgaben übertragen wurde, ist es sinnvoll, an dieser Stelle auf ausgewiesene Beratungsstellen hinzuweisen. Entsprechende Übersichten zu Beratungsstellen stellt die BIP auf Anfrage zur Verfügung.

3. Kurzübersicht: Häufige psychiatrische Diagnosen

Eine Beschäftigung mit den verschiedenen Diagnosen und ihrer praktischen Anwendung ist für Sie als Fürsprecherin und Fürsprecher von großer Bedeutung, da das Diagnosesystem die Grundlage für die klinisch-psychiatrische Versorgung, das medizinische Handeln und auch die finanzielle Abrechnung der Kostenträger bildet. Im Folgenden werden daher häufige psychiatrische Diagnosen zum näheren Verständnis erläutert. Allerdings kann in diesem Rahmen nur ein erster Einblick gegeben werden, der aufgrund der Kürze des Textes vergleichsweise abstrakt formuliert ist. Für eine vollständige Darstellung empfiehlt es sich, auf das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebene,³ weltweit anerkannte Diagnoseklassifikationssystem ICD-10 zurückzugreifen:

- F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- F30-F39 Affektive Störungen
- F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F70-F79 Intelligenzstörung
- F80-F89 Entwicklungsstörungen
- F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- F99-F99 nicht näher bezeichnete psychische Störungen

³ Quellen:

Harald J. Freyberger/Wolfgang Schneider/Rolf-Dieter Stieglitz: Kompendium Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin, Bern 2012

Horst Dilling/Harald J. Freyberger: Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, Bern 2012

Zudem sei auf Handbücher wie das „Kompendium Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin“ (Hrsg. Harald J. Freyberger, Wolfgang Schneider, Rolf-Dieter Stieglitz) verwiesen. Ferner bieten viele Kliniken Fortbildungen zum Thema Diagnosen für das Personal – ggf. können Sie hier eine Vereinbarung treffen, um kostenfrei an den entsprechenden Fortbildungen teilzunehmen.

Bezüglich der folgenden Darstellung sollte zudem erwähnt werden, dass von Seiten der Betroffenenorganisationen eine umfassende Kritik an der psychiatrischen Diagnostik und daraus resultierenden Behandlungsempfehlungen formuliert wird, die diese u. a. als zu starr, stigmatisierend oder gar als willkürlich beschreiben. Diese Kritik kann in diesem Rahmen nicht näher erläutert werden, es besteht jedoch die Möglichkeit, sich z. B. über die zahlreichen Veröffentlichungen des Antipsychiatrieverlags (www.antipsychiatrieverlag.de) weiterführend zu informieren.

3.0 Allgemeine Überlegungen zu den Ursachen psychischer Störungen

Für das Verständnis vieler seelischer Störungen in ganzheitlicher Sicht ist anstelle eines rein biomedizinischen das biopsychosoziale Modell von Gesundheit und Krankheit hilfreich. Dies besagt, dass sowohl biologische, seelische sowie soziale Faktoren in jeweils unterschiedlichem Maß bei der Verursachung und im Verlauf von körperlichen und seelischen Störungen eine Rolle spielen können. Gesundheit bedeutet in diesem Zusammenhang, dass ein Mensch über genügend Ressourcen verfügt, krankmachende Faktoren wirksam zu kontrollieren, egal ob sie biologischer oder psychosozialer Natur sind. Krankheit stellt sich ein, wenn das System Mensch nicht mehr ausreichende Kompetenzen zur Bewältigung von auftretenden Störungen zur Verfügung hat. Das heißt auch, dass Gesundheit und Krankheit jeweils nicht statische Zustände, sondern dynamische Geschehen sind. Als biologische Faktoren kommen genetische, vorgeburtliche, während der Geburt erworbene Schädigungen und alle später sich ergebenden organmedizinischen Aspekte in Betracht. Psychologische Aspekte sind Eigenheiten im Erleben und Verhalten („Persönlichkeit“),

individueller Lebensstil und alle psychisch bedeutsamen Erlebnisse bis hin zu Traumata. Ökosoziale Faktoren sind die familiären, beruflich-gesellschaftlichen und anderen umweltbezogenen Lebensbedingungen. Sowohl für das Krankheitsverständnis wie auch die Planung von Interventionsmöglichkeiten kann die Einbeziehung dieser Sichtweisen hilfreich sein. „Die objektivierbaren Aspekte von Krankheit und die subjektiven Aspekte des Erlebens von Kranksein stehen damit nicht mehr nebeneinander, sondern sind zwei Seiten ein und derselben Medaille“⁴. In diesem Sinn können die allgemeinen Überlegungen bei den folgenden Störungsbildern mitgedacht werden.

3.1 Störungen durch psychotrope Substanzen/Sucht (ICD-10: F 10)

Die Störungen durch psychotrope Substanzen – gemeinhin als Drogenabhängigkeit oder Sucht bekannt – werden nach verschiedenen Stoffgruppen unterschieden, die im ICD-10 jeweils klassifiziert sind. Z. B. gibt es eine eigene Klassifikation für Alkohol, Tabak oder Kokain. Diese Gruppen sind wiederum in klinische Zustandsbilder wie akute Vergiftung, schädlicher Gebrauch, Abhängigkeits- oder Entzugssyndrom unterteilt. So gilt in Anlehnung an die ICD-10, dass ein Abhängigkeitssyndrom nur diagnostiziert wird, wenn drei der nachfolgenden Kriterien im vergangenen Jahr gemeinsam zu beobachten waren: zwanghafter Wunsch nach Konsum der entsprechenden Substanz, verminderte Kontrollfähigkeit bzgl. Menge, Beginn und Ende des Konsums, körperliches Entzugssyndrom, nachgewiesene Toleranz, zunehmende Vernachlässigung anderer Interessen sowie anhaltender Substanzgebrauch trotz eindeutig schädlicher, den Konsumentinnen und Konsumenten bewusster Folgen. Besonders an der Sucht ist, dass ihre klinische und soziale Relevanz stark über die Psychiatrie im engeren Sinne hinausgeht und häufig parallel andere psychiatrische Symptome vorliegen.

Schon mit einfachen Testverfahren können Verdachtsmomente objektiviert werden. An deren Auswertung schließen sich ggf. weitere diagnostische Ver-

4 Egger, Josef W. (2005), Das biopsychosoziale Krankheitsmodell, In: Psychologische Medizin 16. Jahrgang 2005, Nummer 2; S. 3-12

fahren an. Hierbei kann zwischen psychometrischen⁵ und biochemischen Verfahren unterschieden werden. Studien kommen jedoch zu dem Schluss, dass Befragungen schon getreue Ergebnisse über Konsumverhalten liefern, womit solche biochemischen Tests im klinischen Alltag zumeist nicht herangezogen werden müssen. Nur eingeschränkt gilt dies bei forensischen Fragestellungen, da hier auf die Patientinnen und Patienten je nach Untersuchungsergebnis juristisch relevante Nachteile zukommen können.

Substanzübergreifend haben sich – von einzelnen Besonderheiten abgesehen – ähnliche Therapiestrategien etabliert. Dazu zählen die Motivierende Gesprächsführung⁶, die Qualifizierte Entgiftung⁷, Community Reinforcement⁸ oder die Verhaltenstherapie, die sich in beinahe allen Therapiemanualen zu Abhängigkeitserkrankungen findet. Dazu kommen neben weiteren Ansätzen auch medikamentöse Strategien zur Rückfallprophylaxe bei Alkoholabhängigkeit. Gerade im Fall der Alkoholabhängigkeit kommt der Beteiligung an Selbsthilfegruppen besondere Bedeutung für den therapeutischen Prozess zu.

3.2 Schizophrene Störungen (ICD-10: F 20)

Die Bezeichnung „Schizophrenie“ geht auf Eugen Bleuler (1911) zurück, der als Besonderheit der Schizophrenie eine Spaltung der verschiedenen psychischen Funktionen ausmachte. Da schizophrenie-ähnliche Zustände auch bei Hirnerkrankungen und bei durch Drogenkonsum verursachten Psychosen beobachtet werden können, bedarf es einer genauen Beschreibung.

5 Die Psychometrie ist das Gebiet der Psychologie, das sich mit der Theorie und Methode des psychologischen Messens befasst.

6 Damit ist ein Interaktionsstil gemeint, welcher der Auflösung der Ambivalenz und der Verringerung der Abwehr dient.

7 Zusätzlich zur körperlichen Entgiftung werden hier suchtspezifische psychiatrische und psychotherapeutische Therapieelemente angeboten. Die Betroffenen werden mit Interventionen aus unterschiedlichen Schulen der Psychotherapie behandelt.

8 Basis des Community Reinforcements ist die Überlegung, dass Patientinnen und Patienten dann den Konsum verringern können, wenn soziale Verstärker die Abstinenz wirklich wichtig werden lassen. Das bezieht sich auf das private und soziale Umfeld, das attraktiver sein muss als Lebenssituationen, in denen Konsum stattfindet.

In den meisten Diagnosesystemen wird eine Unterscheidung nach Symptomen 1. und 2. Ranges getroffen, deren Auftreten dann als schizophrenie-typisch gilt, wenn körperliche Ursachen ausgeschlossen werden können. Als Symptome 1. Ranges gelten u. a. kommentierende Stimmen, Gedankenlautwerden sowie Wahnwahrnehmungen. Unter die Symptome 2. Ranges fallen beispielsweise Halluzinationen auf anderen Sinngeländen, Ratlosigkeit, Verstimmungen und erlebte Geföhlungsverarmung. Bei den Betroffenen ist die Krankheitseinsicht häufig nur vermindert vorhanden oder komplett aufgehoben.

Die Diagnose wird phänomenologisch gestellt. Nach den Diagnostischen Leitlinien des ICD-10 müssen dazu bestimmte einzelne Symptome eindeutig und fast pausenlos über mindestens einen Monat auftreten. Die Therapie schizophrener Psychosen umfasst mehrere Dimensionen. So müssen biologisch-körperliche, psychologische und soziale Aspekte gleichermaßen berücksichtigt werden. Daraus ergeben sich die therapeutischen Hauptrichtungen: Pharmakotherapie, Psychotherapie und Soziotherapie⁹.

Je nach Krankheitsphase – unterschieden wird zwischen akuter Phase (Dauer: Wochen bis Monate), postakuter Stabilisierungsphase (Dauer: drei bis sechs Monate) und stabiler Remissionsphase¹⁰ (Dauer: Monate bis Jahre) – werden die verschiedenen Dimensionen unterschiedlich berücksichtigt. In der akuten Phase liegt der Fokus auf medikamentösen oder ggf. weiteren körperbezogenen Interventionen. Basis der Medikation sind hier Antipsychotika, synonym auch als Neuroleptika bekannt. Die sogenannte Akutbehandlung dauert in der Regel bis in die folgende postakute Phase an, in welcher zudem primär psychoedukative¹¹ und familientherapeutische Interventionen angewandt werden. Angesichts des meist langwierigen Verlaufs und der phasenspezifisch wechselnden Bedürfnissen der Betroffenen sollten die unterschiedlichen Behandlungseinrichtungen kooperieren und kombiniert arbeiten.

Als akute vorübergehende psychotische Störungen, die in unscharfer Weise von den Schizophrenien abgegrenzt sind, wird das Vorkommen von Halluzi-

9 Soziotherapie (§ 37a SGB V) ist eine ambulante Versorgungsleistung für Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Störungen, die sie in die Lage versetzen soll, andere medizinische Behandlungen in Anspruch zu nehmen. Sie umfasst Trainings- und Motivationsmethoden sowie Koordinierungsmaßnahmen.

10 Remission meint den Rückgang der Symptome.

11 Schulungen, die einem besseren Verständnis und Umgang mit der Krankheit dienen sollen.

nationen, wahnhaften Störungen oder Verhaltensanomalien eingestuft¹². Zu diesen Anomalien werden u. a. schwere Erregungszustände, Überaktivität und dauerhafter sozialer Rückzug gerechnet. Unterformen der vorübergehenden akuten psychischen Störungen wie die zykliden Psychosen entwickeln sich meist sehr schnell – innerhalb von zwei bis 14 Tagen – und bilden sich in der Regel auch ähnlich schnell wieder zurück. Als zentrales Merkmal der Gruppe episodisch verlaufender schizoaffektiver Störungen gilt hingegen das gleichzeitige Auftreten schizophrener und affektiver Symptome. Diese sogenannten Mischpsychosen bilden eine Zwischenform zwischen schizophrenen und affektiven Psychosen.

3.3 Affektive Störungen – Depression (ICD-10: F 32)

In der Diagnostik wird unterschieden zwischen der anhaltenden depressiven Störung – bei welcher über lange Zeit, mitunter lebenslang, eine depressive Symptomatik vorliegt – und depressiven Episoden/rezidivierenden¹³ depressiven Störungen, bei welchen für mindestens zwei Wochen ein durchgehendes depressives Syndrom vorliegt. Im Folgenden wird Letzteres beschrieben. Als Kernsymptome gelten deprimierte Stimmung, der Verlust von Interesse und Freude sowie eine erhöhte Ermüdbarkeit. Zusatzsymptome können verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, ein verringertes Selbstwertgefühl, Schuldgefühle, pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken und -handlungen, Schlafstörungen und verminderter Appetit sein.

Viele Patientinnen und Patienten, die an einer affektiven Störung leiden, leiden zugleich an einer zweiten oder dritten Erkrankung, z. B. einer Angsterkrankung oder einer Störung durch psychotrope Substanzen. Neben der psychotherapeutischen Basisbehandlung, für die spezifische Leitlinien zur therapeutischen

12 Der Begriff „psychotisch“ ist vieldeutig: Im Kontext der Diagnosemanuale bezeichnet er den Verlust realitätsgerechter Einschätzung im Sinne von Wahn. Die ältere psychiatrische Krankheitslehre nutzt „psychotisch“ als diagnostischen Oberbegriff und unterscheidet zwischen schizophrenen, depressiven, organischen Psychosen etc. In der Sprache der Betroffenen- und Angehörigenverbände meint der Begriff „Psychose“ eine Umschreibung dessen, was in der Fachsprache immer noch „Schizophrenie“ heißt – ein Ausdruck, der von Betroffenen häufig als Stigma empfunden wird.

13 Rezidiv meint das Wiederauftreten einer Krankheit oder einigen Symptomen nach einer Behandlung, die zeitweilig erfolgreich war.

Haltung gegenüber depressiven Patientinnen und Patienten existieren, wurden in letzterer Zeit mehrere geeignete, evidenzbasierte Psychotherapieformen entwickelt. Zu diesen Verfahren zählen etwa die Kognitive Verhaltenstherapie, die Rational-Emotive Verhaltenstherapie und die Interpersonelle Psychotherapie. Basis einer wirksamen Behandlung ist der verstehende, gefühlvolle wie auch empathisch konfrontierende Umgang mit den Patientinnen und Patienten. Zugleich sollen Selbstständigkeit und Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten gestärkt werden. Dazu sollen Stressbewältigungskompetenzen, optimaler Weise im Gruppenrahmen, vermittelt werden.

In der Regel wird bei mittelschweren bis schweren Depressionen eine Mischung aus medikamentöser Behandlung und Psychotherapie empfohlen. Während die Medikamente schnell anschlagen sollen, wirkt die Psychotherapie nachhaltiger. Depressive Episoden heilen meist völlig aus, sind also gut behandelbar. Allerdings besteht ein vergleichsweise hohes Suizidrisiko. Diese Gefahr ist am Anfang und nach der Beendigung der stationären Behandlung am höchsten. Mögliche Suizidgedanken sollten daher von Therapeutenseite aktiv erforscht werden. Zudem ist es von besonderer Bedeutung, das soziale Netz bei der Entlassung einzubeziehen.

3.4 Bipolare affektive Störungen (ICD-10: F 31)

Die bipolare affektive Störung gilt als wiederkehrende Störung, bei welcher sowohl depressive als auch manische Episoden auftreten. Diese Diagnose kann frühestens nach der zweiten Episode der Erkrankung gestellt werden, da in wenigstens einer der Episoden eine manische Symptomatik auftreten muss. Das manische Syndrom kann in gewisser Hinsicht als das Gegenteil des depressiven angesehen werden. Auch hier liegen Störungen von Stimmung, Antrieb und vegetativem Nervensystem – also der Steuerung von Atmung, Verdauung, Durchblutung etc. – vor, aber in umgekehrte Richtung: die Stimmung der Betroffenen ist gehoben bis hin zu einem maßlosen Optimismus, der Antrieb ist gesteigert, soziale Hemmungen gehen verloren.

Die bipolare affektive Störung wird zwar nicht so häufig wie andere Störungen diagnostiziert, ist aber dennoch von großer Bedeutung. Der Grund hierfür ist,

dass sie für die Betroffenen und deren soziales Umfeld in der Regel großes Leiden bedeutet – die besondere Belastung scheint aus dem unvorhersehbaren Wechsel zweier sehr gegensätzlicher Symptomatiken zu rühren.

Grundsätzlich werden die Betroffenen phasenangepasst behandelt – je nachdem, ob sie sich in einer depressiven oder manischen Episode befinden. Eine besondere Herausforderung bedeutet der unter Umständen rasche Wechsel von der einen zur anderen Symptomatik auch für das behandelnde Personal, das mit einer ebenso flexiblen Änderung der therapeutischen Haltung reagieren muss. Ggf. erfordert der Übergang von der depressiven zur manischen Phase ein schnelles Ausschleichen¹⁴ des verabreichten Antidepressivums.

3.5 Angststörungen (ICD-10: F 40)

Unter dem Begriff Angststörungen werden solche Störungen verstanden, die sich durch sehr starke Angstreaktionen auszeichnen, obwohl keine tatsächlichen akuten Gefahren oder Bedrohungen vorhanden sind. Die Reaktionsformen sind vergleichbar mit der Reaktion bei „normaler“ Angst, jedoch unterscheiden sich Auslöser, Grad, Angemessenheit und Folgen der Angstreaktion. Je nachdem, ob die Angstreaktion mit oder ohne einen bestimmten Auslöser auftritt, und je nach Verlaufsform – in Episoden oder dauerhaft – werden verschiedene Typen der Angststörung unterschieden. Dies sind phobische Ängste (z. B. soziale Phobie oder Agoraphobie, also die Angst vor bestimmten Orten), Panikstörung und generalisierte Angststörung.

In der Diagnostik muss zunächst ausgeschlossen werden, dass der Angstreaktion eine körperliche Erkrankung zugrunde liegt. Ebenso muss die Existenz einer anderen psychiatrischen Störung ausgeschlossen werden. Wenn dadurch ausgeschlossen werden kann, dass ein sogenanntes sekundäres Angst-Syndrom vorliegt, handelt es sich um eine primäre Angststörung. Die Analyse der auslösenden Situation, des Verlaufs und des Schweregrads ermöglichen es, sie einer diagnostischen Unterform der Angststörung zuzuordnen.

¹⁴ Ausschleichen meint den Prozess am Ende einer Therapiephase, in welchem die Dosis eines Medikaments schrittweise und über einen längeren Zeitraum reduziert wird, bis schließlich ganz darauf verzichtet werden kann.

Bei allen Formen der Angststörung ist eine psychotherapeutische Basisbehandlung von hoher Bedeutung. Dabei gilt angesichts der nachgewiesenen Effekte die Verhaltenstherapie als bevorzugte Methode. Zur Behandlung stehen drei Verfahren zur Auswahl: Entspannungsverfahren, expositionsorientierte Verfahren¹⁵ und kognitive Verfahren. Gemeinsam ist allen Verfahren, dass Gespräche nicht genügen, sondern praktische therapeutische Übungen notwendig sind. Zudem vermitteln diese Verfahren „Hilfsmittel“, die einen besseren Umgang mit den Angstreaktionen ermöglichen.

Für die Psychopharmakotherapie existieren Behandlungsstrategien mit verschiedenen Substanzklassen. Die Medikamente haben zum Teil bedeutende Nebenwirkungen. Zudem besteht eine vergleichsweise hohe Rückfallgefahr nach dem Absetzen. Dies unterstreicht, wie wichtig es ist, aktive Bewältigungsressourcen für Ängste therapeutisch zu vermitteln.

3.6 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (u. a. Posttraumatische Belastungsstörung) (ICD-10: F 43)

Wenn Belastungen übermächtig und/oder Lösungsmöglichkeiten erschöpft scheinen, können Reaktionen auftreten, die Krankheitswert haben. Treten solche Reaktionen länger anhaltend auf, wird eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) diagnostiziert. Als auslösende Situationen gelten z. B. Katastrophen, schwere Unfälle, Terror oder Vergewaltigung. Gemeinhin kehren die Erinnerungen an das auslösende Ereignis immer wieder und treten plötzlich und eindringlich auf. Die Betroffenen erleben diese Situationen hilflos und versuchen, Aktivitäten, die entsprechende Erinnerungen hervorrufen könnten, zu vermeiden. Zudem werden die Betroffenen häufig als gefühlsmäßig betäubt, stumpf und gleichgültig beschrieben. Da PTBS-Patientinnen und Patienten häufig auch unter depressiven oder Angststörungen leiden, die sich im klinischen Bild¹⁶ z. T. vor die PTBS schieben, muss dem Verdacht auf PTBS entsprechend gründlich nachgegangen werden.

15 Exposition meint die Konfrontation der Betroffenen mit dem angstausslösenden Objekt.

16 Klinisches Bild bedeutet die Gesamtheit der aus einem Krankheitsprozess resultierenden Symptome, die Symptomatik.

Studien haben gezeigt, dass unter den psychotherapeutischen Methoden, die bei PTBS angewendet werden, Verhaltenstherapie und Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)¹⁷ am besten wirken. Im Zentrum steht jeweils die Auseinandersetzung mit dem traumatisierenden Ereignis, wozu die Betroffenen zunächst ausreichend stabilisiert werden müssen, um eine Retraumatisierung zu vermeiden. Die Symptome können so häufig in vergleichsweise kurzer Zeit reduziert werden. Darüber hinaus bedarf es jedoch meist einer längerfristigen therapeutischen Auseinandersetzung, um das Trauma in das Leben der Betroffenen zu integrieren.

Auf der medikamentösen Ebene zeigten sich mehrere trizyklische Antidepressiva¹⁸ teilweise wirksam in der Symptomreduktion. Die höchsten Effektstärken scheinen jedoch Serotonin-Wiederaufnahmehemmer aufzuweisen, die zudem laut Studien weniger gravierende Nebenwirkungen und Therapieabbrüche aufweisen. In Deutschland ist bisher ein einzelner Hemmer für die PTBS-Therapie zugelassen. Bis sich ein medikamentöser Therapieerfolg einstellt, kann ein längerer Zeitraum von mehreren Wochen verstreichen.

3.7 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-10: F60)

Diese Störungen treten vergleichsweise häufig auf. Ihnen ist gemeinsam, dass sie langandauernde Verhaltensmuster darstellen, die von der Diagnostik als abnorm bezeichnet werden, und sich in Form von starren und unangepassten Reaktionen in verschiedenen Situationen zeigen. Die Störungen haben damit Auswirkungen auf den individuellen Lebensstil, das Erleben der eigenen Person und die Beziehung zu anderen Personen. Persönlichkeitsstörungen treten häufig in Verbindung mit anderen psychischen Erkrankungen auf.

17 EMDR, wörtlich übersetzt Augenbewegungs-Desensibilisierung und Wiederaufarbeitung, ist eine psychotraumatologische Behandlungsmethode, deren zentrales Element die auf eine strukturierte Vorbereitung folgende ‚bilaterale Stimulation‘ darstellt. Hier soll die Patientin bzw. der Patient eine besonders belastende Phase seines traumatischen Erlebnisses gedanklich einfrieren, während die Therapeutin bzw. der Therapeut ihn mit langsamen Fingerbewegungen zeitgleich zu rhythmischen Augenbewegungen anhält, was bei vielen Betroffenen die Angst reduziert, die ihre Erinnerungen hervorrufen.

18 Trizyklische Antidepressiva zeichnen sich durch eine stark stimmungsaufhellende Wirkung aus und zählen zu den schon am längsten angewandten Präparaten zur Behandlung von Depressionen. Ihr Name ist geprägt durch ein charakteristisches chemisches Strukturfragment, welches aus drei Ringen besteht.

Der Diagnoseprozess stellt sich meist recht langwierig dar. ICD-10 legt fest, dass zur Diagnose einer Persönlichkeitsstörung zunächst einmal sechs allgemeine Kriterien erfüllt sein müssen. Zu diesen Kriterien zählen beispielsweise dauerhafte Abweichungen der Verhaltensmuster von kulturellen Normen, unflexibles und unangepasstes Verhalten und daraus resultierend entweder persönlicher Leidensdruck oder nachteiliger Einfluss auf das soziale Umfeld. Erst wenn diese Kriterien erfüllt sind, kann eine spezifische Persönlichkeitsstörung festgestellt werden – es genügt also nicht, dass nur auffällige Persönlichkeitszüge vorliegen. Nach ICD-10 werden acht spezifische Persönlichkeitsstörungen unterschieden, darunter die paranoide (Charakterisierung als misstrauisch, streitsüchtig nachtragend), die schizoide (emotional kühl, distanziert, einzelgängerisch) und die emotional instabile (labile Stimmung, impulsives Handeln ohne Berücksichtigung der Konsequenzen, Borderline-Typ) Persönlichkeitsstörung. In der Diagnostik wird in erhöhtem Maße auf fremdanamnestische¹⁹ Angaben zurückgegriffen.

Die Behandlungsformen unterscheiden sich und reichen von ambulanten Settings mit z. B. wöchentlichen Sitzungen bis zu stationären Behandlungen. Letztere ist ggf. dann sinnvoll, wenn sich die Symptomatik in Krisensituationen zuspitzt. Gemäß den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) sind psychotherapeutische Ansätze derzeit die erste Wahl bei der Behandlung solcher Störungen. Hier kommt den an die kognitive Verhaltenstherapie angelehnten Ansätzen die größte Bedeutung zu. Im Verlauf der Behandlung werden oft wiederholte Kriseninterventionen notwendig. Über diese kurzfristig stabilisierenden Interventionen hinaus erfordern jedoch vor allem Borderline-, dissoziale und narzisstische Persönlichkeitsstörungen in der Regel eine mehrjährige Psychotherapie. Etwa 85 % aller stationär behandelten Patientinnen und Patienten mit einer emotional-instabilen oder schizotypen Persönlichkeitsstörung bekommen zusätzlich Medikamente. Wenn auch Psychopharmaka in Krisenphasen oder zur Unterstützung der Psychotherapie hilfreich sein können, sollen längerfristige Therapien mit Medikamenten mit hohem Abhängigkeitspotenzial, etwa Benzodiazepinen, unbedingt vermieden werden. Neuroleptika sollten ebenfalls nur vorübergehend zur Behandlung eingesetzt werden.

¹⁹ Fremdanamnese bedeutet die Befragung von Personen aus dem Umfeld der Betroffenen.

4. Zum Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik

Der folgende Abschnitt enthält eine Darstellung, wie sich der Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik idealtypisch gestalten sollte. Es handelt sich dabei um eine generalisierte Darstellung. Je nach Art und Besonderheit des Krankenhauses, der Station und der Patientinnen und Patienten sind selbstverständlich Abweichungen möglich und gegebenenfalls auch notwendig. Die Darstellung soll demzufolge lediglich einer groben Orientierung dienen.

4.1 Aufnahme

Am Beginn jedes Aufenthaltes in einer psychiatrischen Klinik oder psychiatrischen Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses steht die Aufnahme der Patientinnen und Patienten. Grundsätzlich lassen sich hier zwei verschiedene Varianten unterscheiden: die geplante und die Akutaufnahme.

4.1.1 Geplante Aufnahme

4.1.1.1 Administrative Aufnahme

Für die geplante Aufnahme ist eine Einweisung durch die ambulante Psychiaterin bzw. den ambulanten Psychiater oder die Hausärztin bzw. den Hausarzt und eine Kostenübernahme der Krankenkasse Voraussetzung.²⁰ In den Kliniken gibt es eine eigene Abteilung in der Verwaltung, die als Anlaufstelle dient. Die Verwaltungskräfte dort erfassen zunächst die Patientendaten, lassen den Aufnahmeantrag unterschreiben und händigen den Patientinnen und Patienten alle nötigen Bescheinigungen (Aufnahmemitteilung, Bescheinigung über den Krankenhausaufenthalt, Merkblatt für Eigenbeteiligung, Patientenbroschüre) aus. Bei der Aufnahme werden die Patientinnen und Patienten über die Existenz der Fürsprecherinnen und Fürsprecher informiert. Diese Information

²⁰ Bei Kindern und Jugendlichen ist die Einwilligung der Eltern bzw. der Sorgeberechtigten notwendig (§§ 1631 b, 1631, 1626 BGB).

hängt zudem auf der Station aus. Sollten die Patientinnen und Patienten eine Patientenverfügung oder eine Behandlungsvereinbarung²¹ mit dem Haus abgeschlossen haben, ist es wichtig, diese schon in der Aufnahmesituation vorzulegen oder auf deren Existenz hinzuweisen. Die Behandlungsvereinbarung ist in der Regel in der Akte hinterlegt.

Die Station erhält parallel zur Aufnahme die Krankenakte mit einem Krankenblatt sowie die Verordnung der Krankenhausbehandlung.

Checkliste Geplante Aufnahme – Unterlagen und notwendige Informationen		
Vorgang	Durch- geführt?	Bemerkungen zur Klinik/ Station
Einweisung vorhanden?		
Aufnahmeantrag unterschrieben?		
Bescheinigungen ausgehändigt?		
Information über Fürsprecherin bzw. Fürsprecher erhalten?		
Patientenverfügung/Behandlungsvereinbarung vorhanden?		
Krankenakte auf Station?		
Ärztliche Anamnese?		
Pflegerische Anamnese?		

4.1.1.2 Aufnahme auf Station

Die Patientinnen und Patienten werden von der Aufnahme auf die Station geführt und dort von der zuständigen Pflegekraft begrüßt. Ihnen werden das Zimmer und andere Stationsräume gezeigt, der Tagesablauf und das weitere Vorgehen erläutert.

²¹ Die Absprachen in der Behandlungsvereinbarung gelten nur krankenhausesintern. Diese wird in der Patientenakte oder an externer Stelle, z. B. in der Ambulanz, aufbewahrt, festgehalten werden u. a. Wünsche zur Behandlung und Medikation, zur Station, Verpflegungs- und Besuchswünsche etc. Abzugrenzen hiervon sind Patientenverfügungen. Hierbei handelt es sich um einseitige Willensbekundungen für den Fall einer möglichen späteren Einwilligungsunfähigkeit (§ 1901a BGB).

Im Anschluss erfolgt schnellstmöglich – in der Regel bereits am ersten Tag des Aufenthaltes – die **ärztliche und pflegerische Aufnahme**. Im Rahmen der Anamnese durch die aufnehmende Ärztin bzw. den aufnehmenden Arzt berichten die Patientinnen und Patienten von ihrer Krankheitsgeschichte, ihren Erfahrungen, früheren Krankheiten, Medikamenteneinnahme etc. Erste ärztliche Anordnungen werden durch die aufnehmende Pflegekraft ausgeführt.

Die Patientinnen und Patienten werden in alle Stationspläne eingetragen und eine Meldung an die Küche gemacht. Vertreterinnen und Vertreter jeder Berufsgruppe, die mit den jeweiligen Patientinnen und Patienten arbeitet, z. B. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten und Bezugspflegerinnen und Bezugspfleger, nehmen in den Folgetagen eine eigene Anamnese vor.

4.1.2 Akutaufnahme

Wenn sich Patientinnen und Patienten spontan selbst einweisen (freiwillig) oder von Dritten (z. B. Angehörige, Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi), Krisendienst, Polizei)²² ins Krankenhaus gebracht werden, werden sie in der Akutaufnahme erstversorgt²³. Die Bereitschaftsärztinnen und Bereitschaftsärzte werden informiert, sie untersuchen die Patientinnen und Patienten und entscheiden über die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme. Im Rahmen der Aufnahme werden die Patientinnen und Patienten ins Aufnahmebuch eingetragen. Kliniken der **Pflichtversorgung** müssen alle Patientinnen und Patienten aus ihrem Einzugsgebiet aufnehmen. Unterliegt die Klinik nicht der Pflichtversorgung oder kommen die Patientinnen und Patienten nicht aus dem Einzugsbereich der Klinik, können die Patientinnen und Patienten je nach Bettenkapazität aufgenommen werden oder an die zuständige Klinik weitervermittelt werden.

22 Ist der Sozialpsychiatrische Dienst an der Einweisung beteiligt, hat dieser die Pflicht, die betroffene Person über ihre Rechte und Möglichkeit zur Beschwerde gemäß §11 PsychKG aufzuklären (§ 6 Abs. 4 PsychKG).

23 Die Einwilligung von Eltern bzw. Sorgeberechtigten kann bei Gefahr im Verzug auch nachträglich eingeholt werden, wenn eine Unterbringungsmaßnahme mit Freiheitsentzug von Kindern und Jugendlichen notwendig erscheint. Bei einer Unterbringung nach der bundesrechtlichen Regelung (§ 1631 b BGB i.V.m. § 1626 BGB) müssen die Sorgeberechtigten den Antrag auf Unterbringung stellen bzw. jedenfalls in diese Maßnahme einwilligen und eine Genehmigung des Familiengerichts ist immer erforderlich.

Im Rahmen der Aufnahme ist die psychisch erkrankte Person durch die aufnehmende Ärztin oder durch den aufnehmenden Arzt unverzüglich über ihre Rechte und Pflichten, die Rechtsfolgen der Unterbringung, den gerichtlichen Rechtsschutz und die Möglichkeit zur Beschwerde gemäß § 11 aufzuklären (§ 27 PsychKG). Stationär aufgenommene Patientinnen und Patienten werden im Anschluss an die Akutaufnahme mitsamt ihren Papieren auf die ausgewählte Station begleitet. Nach dem Betreten der Station ist die Vorgehensweise mit der geplanten Aufnahme vergleichbar. Die Patientinnen und Patienten werden begrüßt, bekommen die Zimmer gezeigt und je nach Befinden werden ihnen umgehend die Stationsabläufe und -regeln erklärt.

Im Rahmen der **ärztlichen und pflegerischen Anamnese** werden die Patientinnen und Patienten gefragt, ob sie Kinder haben. Falls es sich um Eltern minderjähriger Kinder handelt, werden die Patientinnen und Patienten befragt, ob die Versorgung der Kinder sichergestellt ist. Falls das nicht der Fall ist, werden mit Einwilligung der Patientinnen und Patienten durch den Sozialdienst Verwandte, das Jugendamt oder der Kindernotdienst kontaktiert, um die Unterkunft und Versorgung der Kinder zu gewährleisten.

Nach Haustieren werden die Patientinnen und Patienten nicht routinemäßig gefragt. Wenn es solche Tiere gibt, die versorgt werden müssen, muss dies von den Patientinnen und Patienten selbst artikuliert werden. Falls die Patientinnen und Patienten nicht in der Lage sind, jemanden mit der Versorgung zu beauftragen, wird der Sozialdienst auf Hinweis aktiv und bemüht sich um eine Regelung, z. B. die Unterbringung in einer Tierklinik.

Eine besondere Form der Akutaufnahme ist die gerichtliche Unterbringung, die rechtlich betrachtet in zwei Varianten möglich ist: als öffentlich-rechtliche Unterbringung nach dem Berliner Psychisch Kranken-Gesetz (§ 15 PsychKG) oder als zivilrechtliche Unterbringung nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (§ 1906 BGB).²⁴

²⁴ Das gerichtliche Verfahren für die zivilrechtliche und öffentlich-rechtliche Unterbringung ist seit dem 01.09.2009 einheitlich im Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der Freiwilligen Gerichtsbarkeit (§§ 312 ff FamFG) geregelt (hierzu unten 4.1.2.3.).

4.1.2.1 Öffentlich-rechtliche Unterbringung nach Psychisch Kranken-Gesetz (PsychKG)

„Eine psychisch erkrankte Person darf nur untergebracht werden, wenn und solange durch ihr krankheitsbedingtes Verhalten eine gegenwärtige und erhebliche Gefahr für ihr Leben oder ihre Gesundheit oder für besonders bedeutende Rechtsgüter Dritter besteht und diese Gefahr nicht anders abgewendet werden kann“ (§ 15 PsychKG). Bei der Unterbringung kommt das hoheitliche Behandlungsrecht zur Anwendung. Da die eingewiesene Person sich nicht freiwillig in die Behandlung begeben hat, liegt kein zivilrechtlicher Behandlungsvertrag vor, wie bei dem ansonsten bestehenden Arzt-Patient-Verhältnis. Hieraus ergibt sich, dass die Person auch nicht als Patientin bzw. Patient, sondern als **untergebrachte Personen** im PsychKG bezeichnet wird (vgl. u. a. § 28 PsychKG).

Die Unterbringung wird auf schriftlichen Antrag des Bezirksamts/Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) durch das Betreuungsgericht angeordnet (§ 22 PsychKG). Kann eine gerichtliche Entscheidung nicht (rechtzeitig) eingeholt werden, ist eine vorläufige behördliche Unterbringung möglich (§ 23 Abs. 1 PsychKG). Dann gelten weitere formale Voraussetzungen:

- Das Bezirksamt kann eine vorläufige Unterbringung längstens bis zum Ablauf des auf die Unterbringung folgenden Tages anordnen (§ 23 Abs. 1 Satz 1 PsychKG).
- Ist auch die Anordnung des Bezirksamts nicht rechtzeitig zu erwirken, so kann auch die Polizei oder das Krankenhaus, in welchem die Unterbringung vollzogen wird, eine vorläufige Unterbringung bis spätestens zum Ablauf des Folgetags anordnen (§ 23 Abs. 2 und 3 PsychKG).
- Der betroffenen Person ist Gelegenheit zu geben, eine Angehörige bzw. einen Angehörigen oder eine sonstige Person ihres Vertrauens zu benachrichtigen. Besteht eine rechtliche Betreuung oder eine Bevollmächtigung für den Aufgabenkreis der behördlichen Unterbringung, so sind diese zu unterrichten. Bei minderjährigen Personen sind die rechtliche Vertretung und das Jugendamt zu unterrichten (§ 23 Abs. 5 PsychKG).

- Die psychisch erkrankte Person ist in verständlicher Art und Weise über ihre Rechte, den gerichtlichen Rechtsschutz und die Möglichkeit zur Beschwerde gemäß § 11 PsychKG (Beschwerde- und Informationsstelle) aufzuklären (§ 23 Abs. 7).

Checkliste Unterbringung nach PsychKG		
Vorgang	Vorhanden?	Bemerkungen zur Klinik/Station
Unterbringungsgrund nach § 15 PsychKG vorhanden?		
Schriftlicher Antrag des SpDi vorhanden (§ 22 PsychKG)?		
Gerichtlicher Unterbringungsbeschluss vorhanden (§ 23 Abs. 4 PsychKG, § 324 FamFG)?		
<i>Alternativ: vorläufige Unterbringung bis Folgetag (§ 23 Abs. 1 PsychKG)?</i>		
Gutachten vorhanden (§ 321 FamFG)?		
Persönliche Anhörung durch Richterin bzw. Richter erfolgt (§ 319 FamFG)?		
Alle nötigen Verfahrensbeteiligten einbezogen und betroffene Person entsprechend informiert?		
Betroffene Person über Rechte aufgeklärt (§ 23 Abs. 7 PsychKG)?		

4.1.2.2 Zivilrechtliche Unterbringung nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB)

Die zivilrechtliche Unterbringung nach § 1906 Abs. 1 Nr. 1 BGB darf nur dann zum Wohle der Betroffenen erfolgen, wenn eine ernstliche und konkrete Gefahr für Leib oder Leben der Betreuten bzw. des Betreuten vorliegt. Eine Gefährdung Dritter stellt hier keine ausreichende Voraussetzung dar. Eine zivilrechtliche Unterbringung nach § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB setzt voraus, dass eine ärztliche Maßnahme erforderlich ist, deren Durchführung ohne die Unterbringung nicht möglich ist und die Betreute bzw. der Betreute die Notwendigkeit der Unterbringung krankheitsbedingt nicht zu erkennen vermag oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann.

Die Unterbringung ist nur mit Genehmigung des Betreuungsgerichts zulässig (§ 1906 Abs. 2 Satz 1 BGB). Der Antrag auf Unterbringung muss durch die Rechtliche Betreuerin bzw. den Rechtlichen Betreuer gestellt werden²⁵. Das Betreuungsgericht kann eine Unterbringung auch vorläufig genehmigen, wenn entweder ein dringendes Bedürfnis für ein sofortiges Tätigwerden besteht oder Gefahr im Verzug vorliegt.

Checkliste Zivilrechtliche Unterbringung nach BGB		
Vorgang	Vorhanden?	Bemerkungen zur Klinik/Station
Unterbringungsgrund nach § 1906 Abs. 1 Nr. 1 oder Nr. 2 BGB vorhanden?		
Alle nötigen Verfahrensbeteiligten einbezogen und betroffene Person entsprechend informiert?		
Betroffene Person über Rechte aufgeklärt?		
Persönliche Anhörung durch RichterIn bzw. Richter (§ 319 FamFG)?		
Gerichtlicher Unterbringungsbeschluss vorhanden (§ 324 FamFG)?		
Sachverständigengutachten vorhanden (§ 321 FamFG)?		

4.1.2.3. Regelungen zum Ablauf des gerichtlichen Verfahrens (§§ 312 ff FamFG)

Bei der öffentlich-rechtlichen sowie der zivilrechtlichen Unterbringung sind, neben dem Betreuungsgericht und der Betroffenen bzw. dem Betroffenen, formell **am Verfahren beteiligt** (vgl. § 315, 312 FamFG):

- die Rechtliche Betreuerin bzw. der Rechtliche Betreuer, *oder* eine Bevollmächtigte bzw. ein Bevollmächtigter, sofern vorhanden (z. B. im Rahmen einer Vorsorgevollmacht)
- die Verfahrensbevollmächtigte bzw. der Verfahrensbevollmächtigte der Betroffenen bzw. des Betroffenen (Rechtsanwältin bzw. Rechtsanwalt)

²⁵ Die zuständige Betreuerin bzw. der Betreuer, der die Unterbringung anregt, muss den Aufgabenbereich des Aufenthaltsbestimmungsrechts sowie den der Gesundheitsfürsorge, innehaben (§ 1906 Abs. 5 BGB); vgl. u. a. zu § 1906 Abs. 5 BGB: OLG München, Beschluss v. 13.04.2006, 33 Wx 41/06, FamRZ 2006, 1228.

- eine Verfahrenspflegerin bzw. ein Verfahrenspfleger, sofern vorhanden
- die zuständige Behörde auf Antrag der entsprechenden Behörde (bei öffentlich-rechtlicher Unterbringung der Sozialpsychiatrische Dienst) im Interesse der betroffenen Person u. U. deren Ehe- oder Lebenspartnerin bzw. dessen Lebenspartner sowie Eltern und Kinder; ferner eine von der betroffenen Person benannte Vertrauensperson sowie die Leiterin bzw. der Leiter der Einrichtung, in welcher die betroffene Person lebt.

Auch der weitere Ablauf des gerichtlichen Verfahrens nach §§ 312 ff FamFG ist für die zivilrechtliche und öffentlich-rechtliche Unterbringung gleich.

- Die Richterin bzw. der Richter hat sich, wenn möglich vor einer Unterbringungsmaßnahme, aber auf jeden Fall unverzüglich, d. h. in der Regel bis spätestens am nächsten Tag nach dem Anordnen der Unterbringungsmaßnahme und vor der evtl. Verlängerung, einen persönlichen Eindruck von der Betroffenen bzw. dem Betroffenen durch eine **persönliche Anhörung** zu verschaffen (§ 319 FamFG). Zudem soll es Gelegenheit zur Anhörung einer Angehörigen bzw. eines Angehörigen oder einer von der betroffenen Person benannten Vertrauensperson geben (§ 320 FamFG).
- Wenn die betroffene Person die eigenen Interessen nicht selbst vertreten kann und keine bevollmächtigte Person mit der Interessenwahrnehmung beauftragt wurde, wird ein Verfahrenspfleger bestellt (§ 317 Abs. 3 FamFG).
- Ferner muss das Gericht für eine Unterbringungsmaßnahme ein fachärztliches Gutachten einer Sachverständigen bzw. eines Sachverständigen einholen, welches sich auch auf die voraussichtliche Dauer der Unterbringung erstrecken soll. Die Sachverständige bzw. der Sachverständige soll Ärztin bzw. Arzt für Psychiatrie sein – notfalls genügt aber auch eine Ärztin bzw. ein Arzt mit Erfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie, jedoch ohne spezifische psychiatrische Ausbildung. Das Gutachten soll nicht durch eine Ärztin bzw. einen Arzt der Klinik erstellt werden, sondern immer von einer externen Ärztin bzw. Arzt (§ 321 FamFG).

- Die Untersuchungen und Befragungen der betroffenen Person müssen persönlich erfolgen (§ 319 FamFG). Entscheidungen nach Aktenlage sind nicht zulässig. In Eilfällen kann die persönliche Anhörung jedoch auch nachträglich erfolgen. In diesen Fällen genügt statt des Sachverständigengutachtens ein ärztliches Zeugnis.

Wichtig ist, dass sich die Verfahrensbeteiligten namentlich den Patientinnen und Patienten vorstellen und sie über ihre jeweilige Funktion und die Rechte der Patientinnen und Patienten aufklären.

4.2 Zuständigkeiten und Routinen des medizinischen Personals

Die Patientinnen und Patienten haben jeweils eine behandelnde Ärztin bzw. einen behandelnden Arzt, die bzw. der die therapeutischen Maßnahmen und ggf. medikamentöse Behandlung verordnet. Bei Bedarf finden individuell vereinbarte Einzelgespräche mit den Stationsärztinnen und Stationsärzten statt. Zudem findet einmal pro Woche die Oberarztvisite statt, in der die Patientinnen und Patienten ihre Anliegen und ggf. ihr Nicht-Einverständnis mit der Behandlung ansprechen können. Im Rahmen dieser Visiten werden das gesundheitliche Befinden, die Teilnahme an therapeutischen Maßnahmen und Gruppen- und Einzelgesprächen und der Therapieplan sowie die medikamentöse Behandlung besprochen. Im Regelfall wird die weitere Behandlung gemeinsam geplant.

In der Regel sind auch Psychologinnen und Psychologen und/oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in das Stationsteam eingebunden und bieten entsprechende psychologische bzw. psychotherapeutische Maßnahmen und Therapien an. Als Therapiebausteine werden individuell verschiedene therapeutische Maßnahmen angeboten, z. B. Ergotherapie, Entspannungstherapie, kognitives Training, Physiotherapie sowie Kunst-, Tanz-, Biblio-, Sport- und Musiktherapie.

Auf einigen Stationen stehen den Patientinnen und Patienten für pflegebezogene, organisatorische und persönliche Probleme Bezugspflegerinnen und

Bezugspfleger zur Verfügung – jede einzelne Patientin bzw. Patient wird durch eine ihr bzw. ihm zugewiesene Bezugspflegekraft betreut. Die Bezugspflegekraft stellt den alltäglichen Kontakt zu den Patientinnen und Patienten her. Des Weiteren erstellt sie eine Pflegeanamnese, formuliert die Primärziele, organisiert die Gespräche zur Planung der Behandlung zwischen pflegerischer und ärztlicher Seite und den Patientinnen und Patienten und aktualisiert den Pflegeplan. Mindestens einmal pro Woche sollte ein Bezugspflegegespräch mit den jeweiligen Patientinnen und Patienten stattfinden. Die Bezugspflegekraft bereitet die Entlassung mit vor und führt u. a. ein Abschlussgespräch bei Entlassung. Dieser persönliche Kontakt mit den Bezugspflegerinnen und Bezugspflegern ist ein wichtiger Aspekt in der therapeutischen Arbeit mit den Patientinnen und Patienten.

Liegen Behandlungsvereinbarungen oder Patientenverfügungen vor, sind die darin enthaltenen Vereinbarungen bzw. Wünsche von dem Personal zu respektieren und entsprechend umzusetzen (§ 28 Abs. 5 PsychKG).

Checkliste Medizinische, therapeutische und pflegerische Versorgung			
Vorgang	Unterprozess	Vorhanden?	Bemerkungen zur Klinik/Station
Ärztlich	Behandelnde Ärztin bzw. behandelnder Arzt bekannt?		
	Wöchentliche Visite Oberärztin bzw. Oberarzt?		
	Möglichkeit, Nicht-Einverständnis zu äußern?		
	Beteiligung am Behandlungsplan?		
Therapeutisch	Angebot verschiedener Therapien?		
	Finden Therapien tatsächlich statt?		
	Sind Therapeutinnen und Therapeuten entsprechend qualifiziert?		
Pflegerisch	Bezugspflegekraft bekannt?		
	Aktueller Pflegeplan vorhanden?		
	Wöchentliches Bezugspflegegespräch?		

4.3 Umgang mit dem sozialen Umfeld und dem ambulanten System

4.3.1 Aufgaben des Sozialdienstes

Die zentralen Aufgaben des Sozialdienstes der psychiatrischen Abteilung sind der Erhalt und/oder die Verbesserung der sozialen Lebenssituation der Patientinnen und Patienten. Neben der Beratung in sozialrechtlichen Fragen, die im Zusammenhang mit der Erkrankung stehen, bietet der Sozialdienst Hilfe bei der Existenzsicherung, Anspruchsklärung und der Beantragung von Leistungen bei Sozialversicherungsträgern. Weiterhin bietet er Unterstützung bei drohendem Wohnraumverlust oder Wohnungslosigkeit und/oder drohendem Arbeitsplatzverlust sowie Unterstützung bei der Schuldenregulierung.

Hierzu kooperiert der Sozialdienst mit externen zuständigen Helferinnen und Helfern, wie z. B. Rechtlichen Betreuerinnen und Betreuern, Bewährungshelferinnen und Bewährungshelfern etc. Mit diesen Berufsgruppen steht der Sozialdienst auch über den Einzelfall hinaus in engem Kontakt. So finden in manchen Kliniken z. B. einmal jährlich Fortbildungstage mit Rechtlichen Betreuerinnen und Rechtlichen Betreuern statt.

Der Sozialdienst ist maßgeblich an der Gestaltung der Anschlussperspektive beteiligt und ist zuständig für die Organisation und Durchführung von Helferkonferenzen. Der Sozialdienst leistet Hilfe zur Wiedereingliederung bezüglich der Teilhabe am Arbeitsleben, bei Außenaktivitäten, der Tagesstrukturierung und generell bei sozialen Kontakten. Dies umfasst die Vermittlung von Hilfen zur beruflichen und medizinischen Rehabilitation sowie die Förderung der sozialen Integration (lebenspraktisches, sozialpädagogisches und sozialtherapeutisches Training in Gruppen und Einzelkontakten). Auch die Mitwirkung an Familiengesprächen und die Beratung von Angehörigen ist Aufgabe des Sozialdienstes.²⁶

4.3.2 Kontakt mit Angehörigen und Freundinnen und Freunden

Generell entscheiden die Patientinnen und Patienten, mit welchen Angehörigen und Freundinnen und Freunden sie selbst bzw. die Klinik Kontakt aufnehmen

²⁶ In einigen Krankenhäusern gibt es Angehörigenvisiten, bei denen neben dem Sozialdienst auch die handelnden Ärztinnen und Ärzte bei Angehörigengesprächen beteiligt sind.

men und welche Angehörigen und Freundinnen und Freunde die Patientinnen und Patienten anrufen und/oder besuchen dürfen (vgl. § 23 Abs. 5 und § 36 PsychKG). Schon bei der Aufnahme und der ärztlichen Anamnese werden die Patientinnen und Patienten gefragt, ob es Personen gibt, zu denen sie keinen Kontakt wünschen. Auch während des weiteren Klinikaufenthalts kann mit den Patientinnen und Patienten vereinbart werden, für wen ein zeitweiliges Besuchsverbot verhängt wird. Von den Patientinnen und Patienten erwünschte Besuche können in therapiefreien Zeiten entsprechend der Hausordnung empfangen werden. Auch im Umgang mit Angehörigen und Freundinnen und Freunden gilt, dass die Patientinnen und Patienten über ihre Daten selbst verfügen. D. h., die Patientinnen und Patienten müssen einwilligen, wenn Daten über sie weitergegeben werden. Somit können auf Wunsch der Patientinnen und Patienten auch den Ehepartnerinnen und -partnern, Kindern oder Eltern Auskünfte des Klinikpersonals verweigert werden.²⁷

Der therapeutische Prozess richtet sich zuallererst an die Patientinnen und Patienten selbst, die im Mittelpunkt der Behandlung stehen. Vereinzelt können Gespräche seitens der Ärztinnen und Ärzte und Therapeutinnen und Therapeuten mit der Familie geführt werden. Eine Therapie unter Einbezug der Familie oder des Weiteren sozialen Umfelds wird bisher jedoch nur in wenigen Kliniken oder in Einzelfällen geleistet.²⁸

4.4 Hausordnung und allgemeine Verhaltensregeln

Es gibt allgemeingültige Regeln für jede Klinik, die der Gesetzgeber vorsieht. Diese beziehen sich vor allem auf den Umgang mit Kerzenlicht, Lärmschutz, Handel/Glücksspiel, Alkohol u. a. Drogen, Fundsachen, Geld- und Wertsachen und das Mitbringen von Hunden und anderen Haustieren. So wird dringend

²⁷ Dies gilt nicht, wenn dies vorab in einer Patientenverfügung oder im Rahmen einer Generalvollmacht anders geregelt wurde. Hier kann dann nur über das Gericht die bestehende Vollmacht überprüft und ggf. korrigiert werden.

²⁸ In kinder- und jugendpsychiatrischen Stationen ist dies anders gewichtet. Dort nimmt die Einbeziehung des sozialen Umfelds und der Familie einen größeren Raum ein.

angeraten, größere Geldbeträge und Wertsachen nicht in die Klinik mitzubringen, da die Kliniken in der Regel dafür keine Haftung übernehmen. Der Konsum und Handel von Alkohol und Drogen sowie Glücksspiel ist in Kliniken generell nicht gestattet. Grundsätzlich ist auch das Rauchen in allen Kliniken verboten. Im Gegensatz zu somatischen Krankenhäusern sind allerdings die psychiatrischen Kliniken und der Maßregelvollzug im Berliner Nichtraucherschutzgesetz (NRSg vom 16.11.2007, zuletzt geändert am 14.05.2009) als Ausnahmen deklariert, in denen „in entsprechend ausgewiesenen Räumen“ geraucht werden darf. Auf sogenannten geschützten (geschlossenen) Stationen stehen dementsprechend Räumlichkeiten für Raucherinnen und Raucher zur Verfügung. Jede Einrichtung kann sich eine Hausordnung geben. Grundsätzlich gilt, dass die Vorgaben einer Hausordnung nicht strenger sein dürfen als es im PsychKG formuliert wird (§ 33 Abs. 3 PsychKG).

Untergebrachte Personen haben ein Recht auf täglichen Zugang zu gesicherten Freiflächen, das in der Krankenhaus-Verordnung²⁹ bzw. im PsychKG festgeschrieben ist (§18 Abs. 4 und § 32 PsychKG). Die Ausdehnung der Freiflächen sowie deren Gestaltung wird hier zwar nicht konkret geregelt – sie sollten jedoch unter Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten sowohl dem Recht der Patientinnen und Patienten auf regelmäßigen Aufenthalt im Freien als auch den gerichtlichen Auflagen in Bezug auf die eingeschränkte Bewegungsfreiheit Rechnung tragen.

Zusätzliche klinikbezogene Hausordnungen regeln den Umgang auf den Stationen. Diese können sehr unterschiedlich gehandhabt werden. Vor allem der Umgang mit Handys und Laptop wird oft individuell entschieden, je nach Klinik, Station und Patientinnen und Patienten. In den meisten Kliniken kann in der Bibliothek oder in dafür ausgewiesenen Plätzen das Internet genutzt werden. Auf vielen Stationen gibt es ein Patiententelefon. Zudem sollten auf jeder Station gut lesbare Hinweise auf die Aufgaben und Erreichbarkeiten der

²⁹ In § 14 Abs. 6 der Berliner Krankenhaus-Verordnung ist dazu festgeschrieben: „Für Kranke, die gerichtlich untergebracht sind, müssen gesicherte Freiflächen vorhanden sein.“

Fürsprecherinnen und Fürsprecher zu finden sein. In der Regel hängt die Stationsordnung auf der Station aus bzw. muss die Haus- und Stationsordnung auf jeden Fall den Patientinnen und Patienten transparent gemacht werden.

Auch die Besuchszeiten sind stationsabhängig und im Allgemeinen nach Beendigung der therapeutischen Tagesangebote recht großzügig ausgelegt. Besuche von Kindern unter 12 Jahren müssen in der Regel beim Pflegepersonal oder der Stationsleitung angemeldet werden.

Grundsätzlich können die Klinikleitung und die Geschäftsführung Hausverbote aussprechen. Solche Hausverbote werden z. B. bei nicht krankheitsbedingtem aggressivem Verhalten ausgesprochen. Bei groben Verstößen gegen die Hausordnung kann die diensthabende Ärztin bzw. Arzt – bei Gefahr im Verzug im Einzelfall auch das Pflegepersonal – die aggressive Person aus dem jeweiligen Bereich verweisen. Bei vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Beschädigung des Klinikeigentums muss vom Verursacher in der Regel Schadensersatz geleistet werden.

Abgesehen von den gesetzlichen Standards variieren die Regeln je nach Haus und Station. Fürsprecherinnen und Fürsprecher sollten sich daher mit den jeweiligen Haus- bzw. Stationsordnungen vertraut machen. Die darüber hinaus präzisierenden Dienstanweisungen sind interner Natur und nur für das Personal einsehbar. Auf Wunsch können Dienstanweisungen, z. B. zur Fixierung, jedoch auch von den Fürsprecherinnen und Fürsprechern eingesehen werden.

Checkliste Allgemeine Verhaltensregeln

Vorgang	Klinikübergreifende Regelung	Klinik- bzw. stationsspezifische Regelung	Bemerkungen zur Klinik/Station
Alkohol	Generelles gesetzliches Verbot		
Weitere Drogen	Generelles gesetzliches Verbot		
Rauchen	In entsprechenden Räumlichkeiten erlaubt		
Geld	Größere Geldmengen in Klinik nicht empfohlen		
Freiflächen	Für untergebrachte Personen: gesicherte Freiflächen vorgeschrieben		
Eigenes Handy		Regelung je nach Klinik/Station	
Stationstelefon		Meist vorhanden	
Laptop		Meist in Bibliothek oder gesonderten Plätzen nutzbar	
Haus- und Stationsordnung	Muss bekannt sein, in der Regel durch Aushang		
Besuchszeiten		Regelung je nach Klinik/Station	
Hausverbote	Bei nicht-krankheitsbedingter Aggression		
Hinweis auf Fürsprecherin bzw. Fürsprecher	Aushang auf Station		

4.5 Zwangsbehandlung und Zwangsmaßnahmen

Medizinische Behandlungen gegen den Willen der Patientinnen und Patienten sind ein Eingriff in das Recht auf körperliche Unversehrtheit und das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen und daher seit Jahren gesellschaftlich und juristisch umstritten. Patientinnen und Patienten, die einwilligungsfähig sind, dürfen generell nicht zwangsbehandelt werden, auch nicht bei Fremdgefährdung.

4.5.1 Zwangsbehandlung nach § 28 PsychKG

Die Zwangsbehandlung von nach dem PsychKG untergebrachten Personen ist in § 28 PsychKG Berlin geregelt.

Sie darf eingesetzt werden, wenn es der Person **krankheitsbedingt an einer Einwilligungsfähigkeit mangelt** und mittels medikamentöser Behandlung diese wieder geschaffen oder wiederhergestellt werden soll. Eine Zwangsbehandlung darf nur als letztes Mittel und unter strikter Einhaltung der folgenden Maßgaben durchgeführt werden (**§ 28 Absatz 6 PsychKG**):

- Weniger eingreifende Behandlungen haben sich als erfolglos erwiesen.
- Der ernsthafte Versuch, eine Einwilligung in die Behandlung zu erreichen, blieb erfolglos.
- Eine Aufklärung über „das Ob und Wie“ der vorgesehenen Zwangsbehandlung entsprechend der Verständnismöglichkeit hat es durch eine Ärztin bzw. einen Arzt gegeben.
- Die Zwangsbehandlung muss erfolgversprechend erscheinen: „Ihr zu erwartender Nutzen muss deutlich die mit ihr einhergehenden Belastungen oder möglichen Schäden überwiegen.“ Eine Ärztin bzw. ein Arzt muss die Zwangsbehandlung anordnen, sowohl Art als auch Intensität der ärztlichen und pflegerischen Überwachung sind festzulegen.

- Die Zwangsbehandlung ist bezüglich ihrer Art und Dauer zeitlich zu begrenzen; Wirksamkeit und mögliche Unverträglichkeiten sind einzelfallbezogen zu bestimmen.
- Eine vorherige Zustimmung des Betreuungsgerichts ist einzuholen.
- Sie ist abzubrechen, wenn sie sich nicht mehr als verhältnismäßig erweist. Nach Abschluss der Zwangsbehandlung sind mit der Person Verlauf, Wirkung und daraus zu ziehende Folgerungen zu besprechen. Zudem muss die Person in verständlicher Art und Weise über ihre Rechte, den gerichtlichen Rechtsschutz und die Möglichkeit zur Beschwerde (§11) aufgeklärt werden. Die Aufklärung ist zu dokumentieren.

Bei **Lebensgefahr oder gegenwärtiger erheblicher Gefahr für die eigene Gesundheit (Gefahr im Verzuge)** ist eine, insbesondere medikamentöse Zwangsbehandlung der untergebrachten Person auch gegen ihren natürlichen Willen zulässig (**§ 28 Abs. 7 PsychKG**), wenn:

- die Durchführung besonderer Sicherungsmaßnahmen nach § 39 PsychKG nicht ausreicht oder geeignet ist, um die Gefahr abzuwenden,
- die untergebrachte Person nicht einwilligungsfähig ist und
- der Einrichtung eine wirksame Patientenverfügung nicht vorliegt, die eine die Selbstgefährdung abwehrende Behandlung untersagt.

Soll nach der akuten Notfallsituation eine Weiterbehandlung der untergebrachten Person erfolgen, ist unverzüglich die Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen. Die rechtliche Vertretung wird über die Durchführung einer Zwangsbehandlung unverzüglich informiert. Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ist auch bei der Notfallbehandlung zu beachten. Sobald möglich, sind Voraussetzung, Verlauf und Folgerungen der Notfallbehandlung mit der untergebrachten Person zu besprechen. Hierbei ist die psychisch erkrankte Person in verständlicher Art und Weise über ihre Rechte, den gerichtlichen Rechtsschutz und die Möglichkeit zur Beschwerde gemäß § 11 aufzuklären. Die Aufklärung ist zu dokumentieren.

4.5.2 Besondere Sicherungsmaßnahmen nach § 39 PsychKG

Besondere Sicherungsmaßnahmen nach § 39 PsychKG sind zulässig, wenn die Gefahr besteht, dass die Patientin bzw. der Patient sich selbst tötet oder ernsthaft verletzt oder gewalttätig wird oder die Einrichtung ohne Erlaubnis verlassen will und die Gefahr nicht anders abgewendet werden kann. Entsprechende Sicherungsmaßnahmen sind z. B. die **Beschränkung des Aufenthalts im Freien** (§ 39 Abs. 2, Satz 1 PsychKG), die **Wegnahme von Gegenständen** (§ 39 Abs. 2, Satz 2 PsychKG), die **Unterbringung in einem besonders gesicherten Raum** (§ 39 Abs. 2, Satz 3 PsychKG), die **Fixierung** (§ 39 Abs. 2, Satz 4) und die **Fixierung mit einer durch eine Ärztin oder einen Arzt vorgenommenen medikamentösen Sedierung** (§ 39 Abs. 2, Satz 5 PsychKG).

Für die Fixierung gibt es zusätzlich zu den Regelungen im PsychKG fest definierte **Dienst- und Organisationsanweisungen**. In der Anweisung sind die rechtlichen Grundlagen, die Ziele und Anforderungen der Fixierung, die Art der Ausführung, die Dokumentation sowie die Reflektion der Maßnahmen festgehalten. Besteht eine Rechtliche Betreuung, ist die Betreuerin bzw. der Betreuer umgehend über die Fixierung zu informieren (§ 39 Abs. 5 PsychKG).

Generell gilt, dass die Fixierung ein sehr **schwerwiegender Eingriff in die Freiheitsrechte** der betreffenden Patientinnen und Patienten ist. Sie ist maximal dann gerechtfertigt, wenn alle anderen Möglichkeiten der Beruhigung aggressiver Patientinnen und Patienten und andere Konfliktlösungsstrategien ausgeschöpft sind. Die Fixierung soll dem Schutz der Patientinnen und Patienten vor sich selbst und/oder dem Schutz der Mitpatientinnen bzw. Mitpatienten und Mitarbeitenden dienen.

Eine Fixierung muss durch die zuständigen Ärztinnen und Ärzte **angeordnet** werden (§ 39 Abs. 1 Satz 2 PsychKG). Die Ärztinnen und Ärzte übernehmen damit die Verantwortung für die Zeitdauer der Fixierung. Die Fixierung und alle anderen besonderen Sicherungsmaßnahmen sind befristet anzuordnen, ärztlich zu überwachen und unverzüglich aufzuheben, wenn die Voraussetzungen für ihre Anordnung wegfallen (§ 39 Abs. 3 PsychKG).

Vor der Fixierung soll den betroffenen Patientinnen und Patienten in einfachen Worten die Situation erklärt werden. Die Umstände der Zwangsmaßnahme sind genau zu begründen.

Für den kompletten Zeitraum der Fixierung, bei der mehrere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anwesend sein sollten, müssen die Patientinnen und Patienten durch anwesende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einzelbetreut oder zumindest durch ständigen Blick- und Hörkontakt überwacht werden, zudem ist ein erforderliches Maß an ärztlicher Kontrolle zu gewährleisten (§ 39 Abs.2 PsychKG). Dies dient dem Schutz und der Unversehrtheit von Patientinnen und Patienten und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. In nicht kontrollierbaren Situationen kann die Polizei unterstützend hinzugezogen werden.

Überschreitet die Fixierung eine Dauer von mehr als 18 Stunden oder wird diese regelmäßig wiederkehrend angeordnet, ist sie nur mit Genehmigung des zuständigen Gerichts zulässig (§ 39 Abs. 5 Satz 2 PsychKG). Dies gilt auch für die Unterbringung in einem besonders gesicherten Raum als Zwangsmaßnahme (§ 39 Abs. 2, Nr. 3 PsychKG).

Nach Zwangsmaßnahmen sollte obligatorisch eine **Reflexion der Maßnahme** mit der betroffenen Patientin bzw. dem Patienten erfolgen. Alle Beteiligten, die das Geschehen miterlebt haben, sollten die Möglichkeit bekommen, über ihre Gefühle im Zusammenhang mit der Zwangsmaßnahme zu sprechen. Anders als bei der Zwangsbehandlung ist dies jedoch leider nicht im PsychKG verbindlich festgeschrieben.

Die Anordnung und die Umstände der Fixierung müssen **dokumentiert** werden. Aus der Niederschrift müssen die Begründung für die Fixierung, die Kontrollen, der zeitliche Rahmen und die Beschreibung der konkreten Situation hervorgehen (§ 39 Abs. 4 PsychKG). Mögliche Komplikationen und die Rechtsgrundlage der Fixierungen müssen beschrieben werden. Auch das Pflegepersonal muss eine laufende, ausführliche Dokumentation erstellen. In der Regel wird pro Klinik oder pro Station im halb- oder ganzjährlichen Turnus ein interner Bericht erstellt, in dem die Fixierungen nach Dauer, Station etc. ausgewer-

tet werden. Dieser Bericht kann auf Wunsch von den Fürsprecherinnen und Fürsprechern eingesehen werden, ist aber nicht öffentlich zugänglich.

4.5.3 Ärztliche Zwangsmaßnahmen nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB)

Der Bundesgerichtshof (BGH) hatte in einer Entscheidung vom 20. Juni 2012 seine bisherige Rechtsprechung zu § 1906 Abs. 1 Nr. 2 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) ausdrücklich aufgegeben und festgestellt, dass es an einer den verfassungsrechtlichen Anforderungen genügenden gesetzlichen Grundlage für eine Zwangsbehandlung von rechtlich betreuten Personen fehle. Der Bundestag hat als Reaktion auf dieses Urteil das **„Gesetz zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme“** verabschiedet, das am 25. Februar 2013 in Kraft getreten ist. Im Zuge dieses neuen Gesetzes wurden einzelne Abschnitte über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG) geändert. Danach ist eine ärztliche Zwangsmaßnahme gegen den natürlichen Willen der Betreuten nur im Rahmen einer Unterbringung unter der Auflage möglich, dass die Betreuerin bzw. der Betreuer in die ärztliche Maßnahme einwilligt (§ 1906 Abs. 3 BGB). Diese Einwilligung darf von der Betreuerin bzw. dem Betreuer nur erteilt werden, wenn:

- die betreute Person aufgrund ihrer bzw. seiner Erkrankung die Notwendigkeit der Maßnahme nicht erkennen kann,
- zuvor versucht wurde die betreute Person von der Maßnahme zu überzeugen,
- die Maßnahme erforderlich ist um einen "drohenden erheblichen gesundheitlichen Schaden abzuwenden",
- dafür keine andere Maßnahme zumutbar ist und
- der erhoffte Nutzen "die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegt" (§ 1906 BGB Absatz 3).

Vor Beginn der Maßnahme muss nicht nur die Betreuerin bzw. der Betreuer, sondern auch das Betreuungsgericht seine Zustimmung erteilen. Zudem muss in jedem Fall eine Verfahrenspflegerin bzw. ein Verfahrenspfleger für den Genehmigungsprozess bestellt werden, die bzw. der auf die Einhaltung der formalen Standards achtet (§ 312 FamFG).

Wichtig ist weiterhin, dass die medizinische Gutachterin bzw. der medizinische Gutachter nicht die zwangsbehandelnde Ärztin bzw. der zwangsbehandelnde Arzt sein soll (§ 321 Abs. 1 FamFG) – sie bzw. er kann jedoch aus derselben Einrichtung stammen, in welcher die Patientin bzw. der Patient behandelt wird.

Dauert die Zwangsbehandlung länger als sechs Wochen an, muss sie durch das Gericht verlängert werden.

Soll die Behandlung länger als zwölf Wochen andauern, soll die Gutachterin bzw. der Gutachter die Patientin bzw. den Patienten vorher weder behandelt noch begutachtet haben. Auch sollte sie bzw. er dann nicht in der Klinik tätig sein, in welcher die Patientin bzw. der Patienten aktuell untergebracht ist.

Das **Bundesverfassungsgericht** hat in seinem **Beschluss vom 26. Juli 2016**³⁰ auf die Schutzpflicht des Staates nach Art. 2 Abs.2 Satz 1 GG hingewiesen, nachdem auch für nicht einsichtsfähige Betreute bei drohenden erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen unter strengen Voraussetzungen eine ärztliche Behandlung als letztes Mittel auch gegen ihren natürlichen Willen vorzusehen ist. Daraufhin liegt aktuell der Entwurf eines **Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten** vor. In einem neu hinzuzufügenden § 1906 a BGB werden ärztliche Zwangsmaßnahmen unter strengen Voraussetzungen im Rahmen eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus zugelassen, ambulant jedoch weiterhin nicht. Ärztliche Zwangsmaßnahmen werden an das Erfordernis eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus gebunden, damit die gebotene medizinische Versorgung der bzw. des Betreuten einschließlich einer erforderlichen Nachbehandlung sichergestellt ist. Das Selbstbestimmungsrecht wird gestärkt, indem die Wünsche und der Wille der Betreuten beachtet und die Verbreitung von Patientenverfügungen bzw. Behandlungsvereinbarungen weiter gefördert

werden sollen. Die Betreuerin bzw. der Betreuer soll die Verpflichtung haben, hierauf hinzuwirken. Hiervon sind auch die zwangsweise vorgenommenen somatischen Eingriffe (wie z. B. die Durchführung einer lebenserhaltenden Chemotherapie) umfasst.

4.6 Entlassung: Standards und Ablauf

Ab dem 01. Juli 2017 gelten für alle Krankenhäuser neue Regelungen für das Entlassmanagement. In dem Rahmenvertrag nach §39 Abs.1a SGB V ist festgehalten, dass der ambulante Bedarf für die Patientinnen und Patienten nach voll- oder teilstationärer Behandlung adäquat festgestellt und eingeleitet werden muss. Die Krankenhäuser werden dazu befähigt Verordnungen und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auszustellen. Ebenso können Medikamente in ihrer kleinsten Verpackungsgröße, Verbands- und Heilmittel, Dienstleistungen der häuslichen Krankenpflege oder Soziotherapien für einen Zeitraum von sieben Tagen nach Entlassung verschrieben werden. Um einen nahtlosen Übergang in die ambulante Versorgung und die Anschlussbehandlung sicherzustellen, müssen Medikamentenveränderungen und weiterführende Therapieempfehlungen, zeitnah an die weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzte übermittelt werden.

Im neuen PsychKG wird außerdem festgehalten, dass die Einrichtung möglichst im Einvernehmen mit der untergebrachten Person frühzeitig das zuständige Bezirksamt über die bevorstehende Entlassung und hierzu bereits eingeleitete Maßnahmen informiert (§ 40 PsychKG).

Die Entlassungsvorbereitungen beginnen an sich bereits bei der Erfassung der krankheitsbedingten Problemstellungen zum Aufnahmezeitpunkt. Die konkrete Form und der Zeitpunkt der Entlassung werden von der behandelnden **Ärztin** bzw. dem **Arzt** entschieden.

Der **Sozialdienst** ist ebenfalls an der Entlassung beteiligt und soll als Schnittstellenmanager – in enger Kooperation mit der Familie, dem sozialen Umfeld und ggf. den Rechtlichen Betreuerinnen und Betreuern – im **Übergang zwischen stationärer und ambulanter Behandlung** fungieren. Der Sozialdienst

soll sicherstellen, dass die Patientinnen und Patienten im Anschluss an den Aufenthalt in eine funktionierende Unterkunft zurückkehren können, also dass etwa Strom und Wasser in der Wohnung funktionieren, und die Patientinnen und Patienten – so sie sich nicht selbst versorgen können – mit Essen versorgt werden. Er soll bei der Auswahl passender Hilfsangebote beraten, Kontakte zu psychosozialen Angeboten herstellen und die entsprechenden Anträge gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten stellen. In diesem Zug sollen ggf. auch berufliche und soziale Rehabilitationsmaßnahmen (z. B. Betreutes Einzelwohnen, Tagesstätte etc.) eingeleitet werden. Unter Umständen werden Patientinnen und Patienten vom Sozialdienst auch bei der Organisation präventiver Hilfen unterstützt, z. B. ehrenamtlicher Tätigkeit und Verbesserung sozialer Kompetenzen.

Nach dem stationären Aufenthalt erhalten die Patientinnen und Patienten einen vorläufigen **Entlassbrief**. Dieser enthält Angaben zur Diagnose, aktuellen Medikation und andere wichtige Informationen, die für die ambulante Weiterbehandlung nötig sind.

Der reguläre Arztbrief sollte unverzüglich – innerhalb von etwa zwei bis drei Wochen – fertiggestellt und der einweisenden Ärztin bzw. dem Arzt und/oder der Hausärztin bzw. dem Hausarzt zugestellt werden.

Die Patientinnen und Patienten geben (meist schon bei der Aufnahme) im Behandlungsvertrag an, ob der Arztbrief an die einweisende Ärztin bzw. den Arzt und/oder die Hausärztin bzw. den Hausarzt geschickt werden darf. Weiteren Personen oder Ämtern wie z. B. dem Jobcenter kann der Arztbrief nur nach ausdrücklicher Einwilligung der Patientinnen und Patienten zugesandt werden – die Patientinnen und Patienten haben hier die Souveränität über ihre Daten.

Der Arztbrief umfasst neben der Diagnose eine Schilderung der Aufnahmesituation, einen Rückblick auf den Verlauf der Erkrankung und die bisher veranlassten Therapien, eine Schilderung des Behandlungsverlaufs während des Aufenthalts, eine Einschätzung der Patientin bzw. des Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung und eine Empfehlungen zur Fortführung der Therapie.

Patientinnen und Patienten haben ein **Einsichtsrecht in Akten und Dateien** (§83 PsychKG).

4.7 Übergang ins ambulante Hilfesystem

In Berlin besteht ein dichtes Netzwerk an ambulanten Hilfen, das sich in verschiedene Hilfetypen unterteilen lässt, die im folgenden Abschnitt kurz dargestellt werden sollen.

Über die **Eingliederungshilfe** nach Sozialgesetzbuch (SGB) XII (ab 2020 SGB IX vgl. BTHG) werden verschiedene Formen der **Wohnbetreuung** realisiert. Dies kann etwa eine Betreuung in einer Therapeutischen Wohngemeinschaft (TWG), eine Einzelbetreuung in der eigenen Wohnung (Betreutes Einzelwohnen – BEW) aber auch eine besonders intensive Betreuung in einem Übergangwohnheim (ÜWH) sein. In den bezirklichen Steuerungsgremien Psychiatrie wird entsprechend dem aktuellen Hilfebedarf der Betroffenen ein bedarfsgerechtes Angebot vermittelt. Im Rahmen von **tagesstrukturierenden Angeboten** werden Psychiatrie-Erfarene tagsüber außerhalb ihrer eigenen Wohnung betreut. Solche Angebote, etwa Tagesstätten, bieten Hilfen zur Tagesgestaltung, zur Kontaktfindung, zur Förderung von Beschäftigung, Arbeit und Ausbildung – aber auch angeleitete Gruppenaktivitäten sowie Beschäftigungsangebote können in diesem Rahmen genutzt werden.

Die **ambulante medizinische Versorgung** wird über die Krankenkassen nach dem SGB V finanziert. Darunter fallen sowohl Angebote, die in der Regel an Kliniken angesiedelt sind, wie die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) und die Tageskliniken, als auch niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie die Soziotherapie, die in der Regel von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern bzw. psychiatrischen Fachpflegerinnen und Fachpflegern durchgeführt wird. Auch die ambulante medizinische und pflegerische Versorgung, beispielsweise über häusliche Pflegedienste oder dem psychiatrischen Pflegedienst, gehört zu diesem kassenfinanzierten Bereich. Zudem steht seit einiger Zeit das Home Treatment zur Diskussion, das bereits von verschiedenen Berliner Kliniken angeboten wird, und im gewohnten Umfeld als Alternative zum stationären Aufenthalt stattfinden soll.

Arbeits- bzw. Beschäftigungsmöglichkeiten haben nach der Entlassung für ehemalige Nutzerinnen und Nutzer psychiatrischer Kliniken meist große Bedeutung. In Berlin existiert dafür eine breite Palette an Möglichkeiten – diese

reicht von ehrenamtlicher Tätigkeit, Beschäftigungstagesstätten, Arbeits- und Beschäftigungstherapie, über die stundenweise Beschäftigung im Zuverdienst und die Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen hin zur Teilnahme an Maßnahmen des Arbeitsamts oder dem Arbeitsverhältnis in einer Integrationsfirma. Angesichts der hohen Differenzierung der Maßnahmen existieren dafür zahlreiche verschiedene Ansprechpersonen, beispielsweise die Arbeitsagentur bzw. das Jobcenter, die Bezirksämter als Träger der Sozialhilfe, die Rentenversicherung für die berufliche Rehabilitation und der Integrationsfachdienst, der die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen auf dem Arbeitsmarkt unterstützen soll.

Eine weitere wichtige Ansprechperson stellt der **Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi)** dar. In jedem Bezirk Berlins gibt es einen SpDi,³¹ bestehend aus multiprofessionell zusammengesetzten Teams. D. h. es arbeiten dort Psychiaterinnen und Psychiater, Psychologinnen und Psychologen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter als auch Verwaltungskräfte zusammen. Eine wichtige Aufgabe des SpDi ist es, an der Versorgungsstruktur durch Beratung und psychosoziale Unterstützung von psychisch erkrankten Personen und der ihnen nahestehenden Personen mitzuwirken, in dem Hilfen vermittelt und koordiniert werden (§ 6 Abs. 1 PsychKG). Hierfür macht er u. a. auch Hausbesuche und erstellt fachgutachterliche Stellungnahmen gegenüber Dritten. Zur Gefahrenabwehr ist er auch für die Durchführung von Unterbringungen nach PsychKG zuständig und übernimmt damit auch hoheitliche Aufgaben (§ 6 Abs. 1 PsychKG).

Kontakt- und Beratungsstellen (KBS) stehen prinzipiell allen Interessierten offen. Ihre Angebote reichen von der Kontaktfindung über die Freizeitgestaltung und die Teilnahme an Gruppen- und Sportangeboten hin zu beratenden Einzelgesprächen. Zudem treffen sich dort auch Selbsthilfegruppen, die sich gegenseitig ohne Anleitung von Professionellen unterstützen. Neben den KBS existieren in Berlin weitere Beratungseinrichtungen, etwa die Beratungsstellen für alkohol- und medikamentenabhängige Menschen oder Schuldnerberatungsstellen.

Je nach Alter und sozialer bzw. ökonomischer Lage können bestimmte weitere Leistungen beantragt werden, beispielsweise nach Sozialgesetzbuch VIII über

31 www.berlin.de/lb/psychiatrie/hilfe-in-krise/sozialpsychiatrische-dienste-der-bezirke/

das **Jugendamt**, nach Sozialgesetzbuch XI für Leistungen der **Pflegeversicherung** oder nach Sozialgesetzbuch XII für die **Wohnungslosenhilfe**.

Der von der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales herausgegebene **Wegweiser „Psychiatrie in Berlin – Information und Orientierung“** enthält eine profunde Übersicht über die verschiedenen Bereiche und Unterstützungsangebote des ambulanten Hilfesystems sowie eine Vielzahl von Adressen und Ansprechperson.

Der Wegweiser kann online auf der Webseite des Berliner Psychiatrie-Beauftragten eingesehen werden (www.berlin.de/lb/psychiatrie/ueber-uns/veroeffentlichungen/psychiatrie-in-berlin/). Des Weiteren existieren in vielen Bezirken eigene Wegweiser, die das jeweilige bezirkliche Versorgungssystem und die entsprechenden Ansprechpersonen abbilden.

5. Beschwerdethemen und -wege in psychiatrischen Kliniken

5.1 Interne Beschwerdewege

Im Folgenden sollen Beschwerdewege im psychiatrischen System, insbesondere im Klinikbetrieb, hinsichtlich der Patientenrechte und Beschwerdeoptionen dargestellt werden. Grundsätzlich hat jede Klinik zur systematischen Leistungsverbesserung ein Qualitäts- und somit auch ein Beschwerdemanagement. Das Beschwerdemanagement hat die Aufgabe, eine generelle Beschwerdekultur in den Einrichtungen anzuregen und sicherzustellen, sowie als zentrale Ansprechperson für die Beschwerden von Patientinnen und Patienten und Angehörigen zu fungieren.

Für die Fürsprecherinnen und Fürsprecher gilt es zunächst, bei Beschwerdesituationen möglichst klinikinterne und problemorientierte Lösungen zu suchen. D. h. die Person, gegen die sich die Beschwerde richtet – im Folgenden Beschwerdeempfangende genannt – sollte wenn möglich persönlich kontaktiert werden. In manchen Fällen genügt eine kurze Nachfrage oder ein gemeinsames Gespräch mit den Beschwerdeführenden, um Missverständnisse zu klären. In anderen Fällen, z. B. wenn die Beschwerdeempfangenden nicht erreichbar sind oder abweisend reagieren, macht es Sinn, die jeweiligen Vorgesetzten zu kontaktieren, etwa im Fall einer Pflegekraft die Stationspflegleitung oder die Pflegedienstleitung. Die dritte betriebsinterne Option ist, an das Qualitätsmanagement bzw. Beschwerdemanagement der jeweiligen Klinik heranzutreten.

Das Beschwerdemanagement der einzelnen Kliniken ist nicht einheitlich, d. h. verschiedene Träger verfolgen verschiedene Philosophien und haben unterschiedliche Standards etabliert. Meist ist das Beschwerde- in das Qualitätsmanagement der Träger eingebunden und dort auch räumlich verortet. Generell sollten neben einer Offenheit für Beschwerden und einer Kultur, die Beschwerden als Möglichkeiten zur Verbesserung sieht, folgende Standards gelten:

- Beschwerdestimulierung durch niedrigschwellige Erreichbarkeit des Beschwerdemanagements (per E-Mail, Telefon, Post, auf den Stationen durch die Mitarbeitenden)
- hohe Reaktionsgeschwindigkeit auf Beschwerden
- Transparenz über Art und Weise der Beschwerdebearbeitung
- verbindliche Antwort und ggf. Angebot zu persönlichem Gespräch
- Einleitung von Maßnahmen vor Ort

Im Einzelnen bedeutet dies: wenn eine Beschwerde eingereicht wird, erhalten die Beschwerdeführenden – ob Patientin bzw. Patient, Angehöriger oder Fürsprecherin bzw. Fürsprecher – möglichst schnell eine Eingangsbestätigung. Z. T. gilt hier der Standard, innerhalb von 24 Stunden zu reagieren. Anschließend wird die Beschwerde an die zuständige Vorgesetzte bzw. Vorgesetzten mit Bitte um Stellungnahme weitergeleitet. Falls die Beschwerde haftungsrechtliche Fragen aufwirft, wird unter Umständen eine spezielle juristische Abteilung des Hauses mit der Beschwerdebearbeitung betraut. Das Beschwerdemanagement weiß stets um den aktuellen Stand der Beschwerdebearbeitung und kann dazu auf Wunsch eine Rückmeldung geben. Eine möglichst erschöpfende schriftliche Antwort, im Bedarfsfall verbunden mit dem Angebot zu einem direkten Gespräch, erfolgt innerhalb eines fest definierten Zeitraums nach Eingang der Beschwerde, in der Regel binnen 14 Tagen. Die Antwort ergeht je nach Träger durch die Beschwerdeabteilung oder durch eine zuständige Führungskraft. Zudem bleibt es nicht bei der Reaktion gegenüber den Beschwerdeführenden – aus der Beschwerde sollen zeitnah auch Lehren zur Verbesserung der Versorgung und zur Optimierung der klinikinternen Prozesse gezogen und in die Praxis gebracht werden. Wenn sich z. B. Beschwerdeführende über ein bestimmtes Bett in einem Krankenhaus beschwerten, weil es durch dessen Konstruktion beinahe zu Verletzungen kam, wird geprüft, ob hier ein generelles Sicherheitsrisiko vorliegt und ggf. entsprechende Umbaumaßnahmen eingeleitet werden müssen.

Wenn Fürsprecherinnen und Fürsprecher keine eigenen Beschwerden einbringen, sondern die Beschwerde einer Patientin bzw. eines Patienten weiterleiten, erfolgt die schriftliche Rückmeldung zur Beschwerde aus Datenschutz-

gründen lediglich an die Patientin bzw. den Patienten. Die Fürsprecherinnen und Fürsprecher erhalten dann aber eine mündliche Auskunft des Beschwerdemanagements über das Ergebnis der Beschwerde. Sollten sie die schriftliche Darstellung einsehen wollen, müssen sie sich an die entsprechende Patientin bzw. Patienten wenden.

Sollten diese Beschwerdewege nicht zum Erfolg führen, oder sollte es sich um eine ungewöhnlich gravierende Beschwerde handeln, bleibt als vierte betriebsinterne Option, die Kontaktaufnahme mit der Krankenhausleitung oder dem jeweiligen Träger der Klinik. Die Träger sind oft für mehrere Kliniken verantwortlich und den einzelnen Krankenhäusern übergeordnet. Die Krankenhausleitung setzt sich in der Regel aus der geschäftsführenden Direktion, der ärztlichen Direktion und der Pflegedirektion zusammen. Da die ärztliche Direktion u. a. für das ärztliche Personal und die Qualitätssicherung medizinischer Maßnahmen zuständig ist, empfiehlt es sich, entsprechende Beschwerden zunächst an diese Direktion zu richten. Der Pflegedirektion hingegen obliegen die Organisation der pflegerischen Betreuung sowie das Qualitätsmanagement der Pflege. Beschwerden, die sich auf Pflegepersonal, z. B. den Umgangston des Personals, beziehen, können daher an diese Direktion gerichtet werden.

5.2 Externe Beschwerdewege

Außerhalb der Kliniken stehen je nach Beschwerde verschiedene Ansprechpersonen bereit. Bei Beschwerden über Umfang und Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung können sich Patientinnen und Patienten mit einem Antrag auf Überprüfung eines Behandlungsfehlers an die **Krankenkasse**, bei der sie versichert sind, wenden. Auf Wunsch beraten und unterstützen die gesetzlichen Krankenkassen ihre Versicherten kostenlos – auch wenn beispielsweise Patientinnen und Patienten mit einzelnen Diagnosen nicht einverstanden sind oder Schadensersatzansprüche durchsetzen möchten.

Bei Beschwerden bezüglich Überbelegung, Krankenhaushygiene oder Personalausstattung in den Kliniken ist das **Landesamt für Gesundheit und Soziales (LaGeSo)** zuständig. Das LaGeSo hat die Krankenhausaufsicht inne, welche die Genehmigung für den Betrieb der Kliniken erteilt. Aufgabe der Krankenhau-

aufsicht ist es zudem, den ordnungsgemäßen Betrieb der Krankenhäuser und insbesondere die Einhaltung der Mindeststandards gemäß der im Land Berlin geltenden Krankenhausverordnung zu überwachen. Das LaGeSo kann zudem Zutritt zu den Kliniken beanspruchen, um die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben zu überprüfen. Die entsprechenden gesetzlichen Grundlagen sind das Berliner Landeskrankenhausgesetz, die Krankenhaus-Verordnung sowie die Krankenhausaufsicht-Verordnung, die auf der Website des LaGeSo unter www.berlin.de/lageso/gesundheit/gesundheitsschutz/krankenhausaufsicht/einsehbar sind.

Beschwerden über ärztliches Fehlverhalten können an die **Ärztzekammer Berlin** gerichtet werden, in der alle Ärztinnen und Ärzte zwangsweise Mitglied sind³² (Kontaktdaten siehe Seite 57). Bei Beschwerden wegen mangelnder „Kundenorientierung“ von Ärztinnen und Ärzten (zu lange Wartezeiten o. ä.) kann man sich nicht an die Ärztekammer wenden, wohl jedoch wegen schwerwiegenderen Übertretungen des ärztlichen Handelns, die im Kammergesetz festgehalten sind. Dazu zählen etwa Wartezeiten auf Termine, die nicht einfach unangenehm waren, sondern unzumutbar (z. B. tagelanges Warten nach einem Suizidversuch), oder Verdacht auf Behandlungsfehler. Die Ärztekammer geht zwar allen schriftlich eingereichten Hinweisen und Beschwerden nach und versendet hierzu auch entsprechende Eingangsbestätigungen. Die Beschwerdeführenden werden jedoch nicht über den weiteren Fortgang der Bearbeitung unterrichtet – nur Kammermitglieder, also Ärztinnen und Ärzte, können ggf. Informationen über den weiteren Beschwerdeverlauf erhalten. Sanktionen reichen von der Rüge über die Geldstrafe bis hin zur Einleitung berufsrechtlicher Verfahren, die etwa im Entzug der Approbation resultieren können.

Die **Psychiatrie-Koordinatorinnen und Koordinatoren** haben eine zentrale Rolle bei der Koordination und Steuerung des bezirklichen Hilfesystems inne. Ihnen fallen Planungs- und Steuerungsaufgaben der gemeindepsychiatrischen Versorgung zu – darüber hinaus sind sie jedoch auch für die qualitative Weiterentwicklung des jeweiligen bezirklichen Versorgungssystems zuständig (§ 9 Abs. 2 PsychKG). Aufgrund ihrer Funktion als zentrale Koordination wie

³² Dies gilt nicht für Ärztinnen und Ärzte, die bei eigenen Körperschaften wie z. B. der Charité beschäftigt sind. Hier gibt es eigene Beschwerdeinstanzen innerhalb der jeweiligen Körperschaft.

auch aufgrund ihrer detaillierten Kenntnis der lokalen Strukturen sind sie als Kontakt bei Beschwerden zur klinischen Versorgung geeignet und können gegebenenfalls weitere geeignete Ansprechpersonen benennen.

Alle Beschwerden über Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können an die **Psychotherapeutenkammer** gerichtet werden, da die Kammer die Berufsaufsicht innehat. Manche Therapeutinnen und Therapeuten, z. B. verbeamtete Therapeutinnen und Therapeuten, fallen allerdings nicht in die Zuständigkeit der Kammer. Beschwerden können sowohl von Patientinnen und Patienten als auch durch Dritte eingereicht werden. Ist die Kammer zuständig, werden alle eingehenden Beschwerden daraufhin geprüft, gegen welchen Paragraphen verstoßen wurde. Dann werden Stellungnahmen eingeholt. Sanktionen können sich im Bereich zwischen informellen Hinweisen, formellen Rügen ggf. mit Geldbuße bis zu 5.000 € oder Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens bewegen. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, die Beteiligten auf andere Verfahrenswege wie zum Zivil- oder Strafgericht hinzuweisen. Ansprechpartnerin bzw. Ansprechpartner bei der Psychotherapeutenkammer für Beschwerden ist die Geschäftsstelle bzw. der Vorstand der Kammer. Beschwerden sollten am besten schriftlich und direkt dorthin eingereicht werden (Kontaktdaten siehe Seite 57).

Für Pflegepersonal besteht leider kein der Ärzte- oder Psychotherapeutenkammer vergleichbarer Verband. Beschwerden über Pflegekräfte können daher, wenn sie im Haus nicht erschöpfend behandelt werden können, lediglich an die Krankenkasse weitergeleitet oder in schweren Fällen, in denen juristische Belange tangiert sind, als Klage an ein Gericht eingereicht werden.

Mit dem neuen PsychKG wurde auch der Einsatz von Besuchskommissionen in Berlin rechtsverbindlich geregelt. Die weisungsunabhängigen **Besuchskommissionen** sind multiprofessionell besetzt (vgl. § 13 Abs. 2 PsychKG) und werden vom Abgeordnetenhaus von Berlin gewählt (vgl. § 13 Abs.3 PsychKG). Sie sollen prüfen, ob die Einrichtungen die Vorschriften des PsychKG einhalten und die mit der Unterbringung und der Behandlung verbundenen Aufgaben erfüllen und die Rechte der untergebrachten Personen wahren (§ 13 Abs. 1 PsychKG). Ihre jährlichen Berichte legen sie dem Landesbeirat für psychische Gesundheit vor.

Ärztammer Berlin, Abteilung Berufs- und Satzungsrecht

Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Telefax: (030) 40806-3499

E-Mail: kammer@aekb.de

Web: www.aerztekammer-berlin.de

Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten im Land Berlin (PTK Berlin),

Kurfürstendamm 184, 10707 Berlin

Tel.: (030) 8871400

E-Mail: info@psychotherapeutenkammer-berlin.de

Web: www.psychotherapeutenkammer-berlin.de

5.3 Vorgehen bei bestimmten Beschwerdethemen

5.3.1 Medizinische Behandlung

Bei einem Verdacht auf einen Behandlungsfehler macht es unter Umständen Sinn, zunächst Einsicht in die Behandlungsunterlagen zu nehmen. Patientinnen und Patienten haben ein **Einsichtsrecht in Akten und Dateien** (§83 PsychKG). Für Kopien der Unterlagen kann ein Entgelt verlangt werden. Gegebenenfalls ist es sinnvoll, vor Beschreiten des meist langwierigen berufs- oder strafrechtlichen Weges mit der Ärztin bzw. dem Arzt über die Möglichkeit einer gütlichen Einigung zu sprechen.

Um ein **Gutachten** über einen Behandlungsfehler erstellen zu lassen, können sich Patientinnen und Patienten bei ihrer Krankenkasse beraten lassen. Die Krankenkasse kann dann auf Antrag der Patientin bzw. des Patienten oder eine von ihr bzw. ihm bevollmächtigte Person den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragen, in dem mögliche Behandlungsfehler nachgewiesen werden. Ein solches Gutachten ist kostenlos.

Ein Gutachten über eine selbst beauftragte Gutachterin bzw. Gutachter hinge-

gen würde vorab von der Patientin bzw. dem Patient bezahlt werden müssen. Erst mit einem den Verdacht bestätigenden Gegengutachten kann der Gang vor Gericht erfolgen. Die anwaltliche Vertretung sollte am besten durch eine auf Medizinrecht spezialisierte Anwältin bzw. Anwalt erfolgen. Wenn der Verdacht auf Behandlungsfehler durch ein solches Gutachten erhärtet wurde, können vor einem Zivilgericht Ersatzansprüche eingeklagt werden. In einem solchen Prozess müssen allerdings die Patientinnen und Patienten eine konkrete ärztliche Pflichtverletzung einschließlich der Kausalität des Fehlers für den vorliegenden Schaden nachweisen.

Wenn die behandelte Person **rechtlich** gegen Behandlungsfehler vorgehen will, sind folgende zwei Bereiche zu unterscheiden: Zum einen die freiwillige Unterbringung, die ein zivilrechtliches Arzt-Patienten-Verhältnis begründet und zum anderen die unfreiwillige öffentlich-rechtliche Unterbringung nach PsychKG. Die Abgrenzung ist für den Rechtsweg und das anzuwendende Recht von Bedeutung. Will die freiwillig untergebrachte Patientin oder der Patient einen Behandlungsfehler gegenüber dem Klinikpersonal (Ärztin oder Arzt, Pflegekraft) rechtlich verfolgen, so gilt das **Privatrecht**³³. Bei einer öffentlich-rechtlichen Unterbringung kommt ein hoheitlich geprägtes Rechtsverhältnis zum Tragen und **Amtshaftungsrecht**³⁴ gilt.

33 Mit dem Patientenrechtsgesetz, das am 26.02.2013 in Kraft trat, wurden die für die Regelung des Arzt-Patienten-Verhältnisses geltenden §§ 611 ff BGB durch die Vorschriften §§ 630 a ff BGB weitestgehend abgelöst. Der insgesamt weit gefasste Begriff „Behandelnder bzw. Behandelnde“ meint nicht rein pflegerische oder betreuende Handlungen. Der Behandelnde ist nicht der, der die Maßnahme letztlich vornimmt, sondern der die Behandlung Zusagende. Der die medizinische Maßnahme Vornehmende wird in diesen Fällen regelmäßig als Erfüllungsgehilfe im Sinne des § 278 Satz 1 BGB des Behandelnden auftreten. Die Haftungsnorm (§ 278 BGB) weist fehlerhaftes Handeln dem vertragsabschließenden „Behandler“ zu. Der Krankenhausbetreiber beschäftigt die Ärztin bzw. den Arzt und kann sich so nicht mit dem Einwand entlasten, er habe nicht selbst behandelt. Der Schadensersatz wegen Pflichtverletzung verjährt nach drei Jahren (§§ 280, 195 BGB).

34 Die Haftung leitet sich aus den §§ 823 ff BGB ab. Ähnlich wie bei dem zum Privatrecht Gesagten gilt, dass sich die verantwortliche Behörde nicht damit entschuldigen kann, nicht selbst gehandelt zu haben. In Frage kommen formale Fehler bei der psychiatrischen öffentlichen Unterbringung. Hierzu wurde ein Fall vom Oberlandesgericht Karlsruhe entschieden (Urt. V. 12.11.2015- 9 U 78/11). Dem Kläger, der für rund zwei Monate (rechtswidrig) in einer psychiatrischen Klinik untergebracht war, wurden u. a. € 25.000,- Schmerzensgeld zugesprochen. Die Klinik wurde dazu aufgrund einer Amtspflichtverletzung der Ärztinnen und Ärzte verurteilt. Die für die Unterbringung notwendigen ärztlichen Zeugnisse seien unter Missachtung grundlegender fachlicher Standards ausgestellt worden.

Unter bestimmten Umständen – etwa im Falle eines groben Behandlungsfehlers oder wenn Beweismittel nicht ordnungsgemäß gelagert wurden – kann die Beweislast umgekehrt werden. Somit müssten dann die Ärztinnen und Ärzte ihre Unschuld beweisen. Bis 5.000 € Streitwert ist die Klage beim Amtsgericht einzureichen, bei einem höheren Streitwert ist das Landgericht zuständig.

Alternativ können Patientinnen und Patienten den Weg über eine Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen gehen. Die Berliner Ärztekammer hat sich mit anderen Landesärztekammern zu einer gemeinsamen Schlichtungsstelle zusammengeschlossen. Die Schlichtungsstelle kann nur tätig werden, wenn alle Beteiligten – auch die Versicherungen – ihre Zustimmung geben. Das Verfahren ist kostenlos und läuft schriftlich auf Basis eines Gutachtens ab. Die Entscheidung ist unverbindlich und legt keine Anspruchshöhe fest – jedoch kann dadurch ein mögliches Gerichtsverfahren im Sinne der Patientinnen und Patienten beeinflusst werden.³⁵

Hilfe bei der Suche nach geeigneten Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten:

Das Medizinrechts-Beratungsnetz ist ein Netzwerk spezialisierter Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte und bietet ein kostenloses juristisches Orientierungsgespräch mit einer Vertrauensanwältin bzw. einem Vertrauensanwalt. Weitere Informationen unter www.medizinrechts-beratungsnetz.de

Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen

Hans-Böckler-Allee 3, 30173 Hannover

E-Mail: info@schlichtungsstelle.de

Web: www.norddeutsche-schlichtungsstelle.de

³⁵ Die Ärztekammer ist nicht zuständig für Beschwerden gegen verbeamtete Ärztinnen und Ärzte (z. B. im Sozialpsychiatrischen Dienst) sowie Ärztinnen und Ärzten der Charité. Die Charité gilt als eigene Gliedkörperschaft, entsprechende Beschwerden sind daher an den Vorstandsvorsitzenden der Charité zu richten.

5.3.2 Gerichtliche Unterbringung

Die Unterbringung gegen den Willen der Patientinnen und Patienten stellt einen schweren Eingriff in die Grundrechte dar – dementsprechend bedarf es hier klarer Regelungen, wie Patientinnen und Patienten wirksam Beschwerde einlegen können (vgl. detaillierter zur gesetzlichen Regelung der Unterbringung Abschnitt 4.5.).

Die Fachaufsicht über die Durchführung der Unterbringung zur Gefahrenabwehr obliegt der Amtsärztin bzw. dem Amtsarzt als Leiterin bzw. Leiter des Gesundheitsamts, welches für ordnungsbehördliche Maßnahmen im Gesundheitswesen des jeweiligen Bezirks zuständig ist (§ 20 PsychKG).

Von Seiten der aufnehmenden Ärztinnen und Ärzte besteht eine Aufklärungspflicht über die Rechte und die Möglichkeit einer Beschwerde (§23 Abs. 7 und § 27 Abs. 1 Satz 1 PsychKG). Unterbringungsbeschlüsse sind den Betroffenen bekannt zu machen (§ 70 Abs. 1 Nr. 3 und § 70g Abs. 1 Satz 1 FGG). Die Bekanntgabe erfolgt in der Regel durch Zustellung mit der Post an die Klinik. Die Klinik soll den Betroffenen den kompletten Beschluss einschließlich der Rechtsbehelfsbelehrung direkt übergeben. Von der Bekanntgabe der Beschlussgründe kann ausnahmsweise abgesehen werden, wenn dies nach einem ärztlichen Zeugnis erforderlich ist, um erhebliche Nachteile für die Gesundheit des Betroffenen zu vermeiden (§ 70 Abs. 1 Satz 2 FGG).

Untergebrachten Patientinnen und Patienten muss die Möglichkeit gegeben werden, Beschwerde einzulegen (§ 70m Abs. 2 FGG). Dazu müssen z. B. auch Patientinnen und Patienten, die vorübergehend fixiert sind, die entsprechenden Mittel – Stift, Papier etc. – zur Verfügung gestellt werden. Wenn Patientinnen und Patienten sich nicht selbst vertreten können, können sie einen Antrag auf Bestellung einer Verfahrenspflegerin bzw. eines Verfahrenspflegers stellen (§§ 67, 69 f FGG). Im Gegensatz zu einer von der Betroffenen bzw. dem Betroffenen beauftragten Rechtsanwältin bzw. Rechtsanwalt ist die Verfahrenspflegerin bzw. der Verfahrenspfleger eine objektive Interessensvertretung, d. h. nicht an die Wünsche und Vorstellungen der Betroffenen gebunden und kann daher auch gegen den Willen der Betroffenen einer Unterbringungsmaßnahme zustimmen.

Gegen Unterbringungsbeschlüsse kann von den Betroffenen selbst oder durch eine Bevollmächtigte bzw. einen Bevollmächtigten (z. B. Rechtsanwältin bzw. Rechtsanwalt) innerhalb eines Monats (bei vorläufigen Unterbringungen im Wege der einstweiligen Anordnungen beträgt die Beschwerdefrist zwei Wochen) beim Amtsgericht Beschwerde eingelegt werden. Die Beschwerdefrist beginnt mit der schriftlichen Bekanntgabe des Beschlusses.

Auch nicht dauernd getrennt lebende Ehegatten oder Lebenspartnerinnen und Lebenspartner sowie mit den Betroffenen zusammenlebende Eltern und Kinder können bei dem zuständigen Amtsgericht eine Verfahrensbeteiligung beantragen und sind dann auch berechtigt, eigenständig Rechtsmittel wie z. B. eine Beschwerde einzulegen (§ 70m, § 70d FGG). Das gleiche Recht steht einer von der Betroffenen bzw. dem Betroffenen benannten Vertrauensperson zu, wenn diese im ersten Rechtszug vor dem Amtsgericht beteiligt worden ist. In einem solchen Fall prüft das Amtsgericht die Beschwerde. Falls der Beschwerde nicht stattgegeben wird, wird sie automatisch an das Landgericht weitergeleitet, welches entweder nach Aktenlage, aufgrund eines neuen Gutachtens oder einer erneuten Anhörung entscheidet. Weist das Landgericht die Beschwerde zurück, besteht u. U. noch die Möglichkeit, Rechtsbeschwerde beim Bundesgerichtshof durch einen beim Bundesgerichtshof zugelassene Anwältin bzw. Anwalt einzulegen.

Des Weiteren kann bei Beschwerden gegen die Richterin bzw. den Richter, beispielsweise aufgrund von Verhaltensfehlern, bei der Präsidentin bzw. dem Präsidenten des jeweiligen Gerichts (Dienstaufsichts-) Beschwerde eingelegt werden.

Patientinnen und Patienten, die im Krankenhaus des Maßregelvollzugs (KMV) untergebracht sind, können sich bei der Strafvollstreckungskammer des Landgerichts Berlin, Standort Moabit, hinsichtlich des Haftzusammenhangs beschweren.

Adressen der Berliner Gerichte:

Eine Übersicht über die Amtsgerichte in Berlin findet sich im Internet auf den Seiten des Senats unter www.berlin.de/gerichte

Zuständig für zweitinstanzliche Entscheidungen ist das Landgericht, Littenstr. 12 – 17, 10179 Berlin.

5.3.3 Überbelegung

Überbelegung von Stationen führt im Krankenhausalltag zu Unzufriedenheit bei Patientinnen und Patienten, da diese mit fehlender Privatsphäre, Ruhestörung durch Patientinnen und Patienten auf dem Flur oder Einschränkungen der pflegerischen und medizinischen Versorgung einhergehen kann. Intern können Beschwerden an die Chefärztin bzw. den Chefarzt oder die Geschäftsführung gerichtet werden. Auch Beschwerden beim Träger der Klinik sind möglich. Wenn die Beschwerde intern zu keinem zufriedenstellenden Ergebnis führt, sollte sie telefonisch oder schriftlich an die Amtsärztin bzw. den Amtsarzt als Leiterin bzw. Leiter des Gesundheitsamts, welches für ordnungsbehördliche Maßnahmen im Gesundheitswesen des jeweiligen Bezirks zuständig ist, oder an die Krankenhausaufsicht des Landesamts für Gesundheit und Soziales Berlin (LaGeSo) adressiert werden.

Krankenhausaufsicht:

Die Krankenhausaufsicht ist beim Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin (LaGeSo) angesiedelt.

Kontakt:

Leitung der Krankenhausaufsicht

Herr Stemmler

Telefon: (030) 90229-2301

Fax: (030) 9028-3373

Postanschrift:

Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin (LaGeSo)

Krankenhausaufsicht

Postfach 31 09 29

10639 Berlin

5.3.4 Entlassungssituation

Informationsdefizite und mangelnde Absprachen im Entlassungsmanagement können Anlass zu Beschwerden geben. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn die Rechtliche Betreuung vom Sozialdienst der Klinik nicht ausreichend über Entlassungsbedingungen, z. B. den Medikamentenplan der entlassenen Patientinnen und Patienten, in Kenntnis gesetzt wird. Eine Verpflichtung zur Mitwirkung ist im § 40 PsychKG geregelt. Beschwerden sollten sich an die Cheförztn bzw. den Chefarzt, die Geschäftsführung der Klinik oder den Träger richten. Darüber hinaus kann auch bei der Krankenkasse ein Antrag auf Überprüfung bezüglich eines Behandlungsfehlers gestellt werden (vgl. dazu Abschnitt 5.3.1.).

5.3.5 Beschwerden von Angehörigen

Angehörige sind Teil des Unterstützungsnetzwerks der Patientinnen und Patienten und sind daher meist auch an einer möglichst guten Versorgung interessiert. Daher haben sie mitunter auch Gründe, um sich über die Versorgung in der Klinik zu beschweren und sollten als gegenüber den Betroffenen gleichwertige Beschwerdeführende behandelt werden. Häufige Beschwerdeanlässe von Angehörigen sind z. B. dass sie zu wenig in die Behandlung einbezogen werden, Form und Inhalt der Behandlung und die Unterbringung ihrer Angehörigen. Auch die Umgangsweisen der Ärztinnen und Ärzte oder des Pflegepersonals können den Angehörigen als nicht korrekt erscheinen, weshalb es auch in diesem Punkt manchmal Beschwerden von Angehörigen geben kann. Zusätzlich zur Verfolgung der konkreten Beschwerde erweist es sich oft als sinnvoll, sie an spezielle Gruppen und Beratungsstellen der Angehörigen-Selbsthilfe zu vermitteln, damit dort ein Erfahrungsaustausch auf Augenhöhe über den Umgang mit solch schwierigen Situationen stattfinden kann.

Angehörigenverbände und -initiativen in Berlin

Angehörige psychisch Kranker Landesverband Berlin e. V.
Mannheimer Str. 32, 10713 Berlin
Telefon: (030) 86395701
E-Mail: info@apk-berlin.de
Web: www.apk-berlin.de

Bipolaris – Manie & Depression Selbsthilfvereinigung
Berlin-Brandenburg e. V.
Tegeler Weg 4, 10589 Berlin
Telefon: (030) 91708002
E-Mail: bipolaris@bipolaris.de
Web: www.bipolaris.de

Angehörigenberatung Kontakt- und Begegnungsstätte Tempelhof – Die Kurve
Foordamm 1, 12107 Berlin
Telefon (030) 7400 6314
E-Mail tbs@die-kurve.de

Des Weiteren bestehen in einigen Kliniken angeleitete Angehörigengruppen.

6. Aufgaben und Ziele der Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie in Berlin

BIP, die Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie in Berlin, ist zentrale Anlaufstelle für Beschwerden von Nutzerinnen bzw. Nutzern und Betroffenen, Angehörigen und Professionellen im Bereich der psychiatrischen Versorgung in Berlin. Wir nehmen anonym und unbürokratisch Beschwerden entgegen und geben Informationen zu bestehenden Beschwerdemöglichkeiten und alternativen Handlungsweisen. Wir helfen bei Beschwerden zu Behandlungs-, Betreuungs-, Unterbringungsbedingungen oder Umgangsweisen:

- in sozialpsychiatrischen Einrichtungen wie Therapeutischen Wohngemeinschaften, Betreutem Einzelwohnen, Einzelfallhilfe, Kontakt- und Beratungsstellen, Beschäftigungstagesstätten usw.,
- in psychiatrischen Kliniken, Tageskliniken, Institutsambulanzen,
- bei Sozialpsychiatrischen Diensten,
- bei den Eingliederungshilfen der Bezirksämter und anderen Leistungsträgern (z. B. Krankenkassen, Rentenversicherung, Arbeitsämter),
- bei Rechtlicher Betreuung,
- im Maßregelvollzug und
- in ambulanten psychiatrischen Praxen.

Die Beratung und Unterstützung sind kostenlos und auf Wunsch anonym.

Zusätzliche Angebote, die wir vorhalten, sind:

- Rechtsberatung bei Fragen zum Unterbringungs- und Betreuungsrecht,
- Arztsprechstunde: Bei medizinischen Fragen zu Nebenwirkungen von Psychopharmaka oder zu psychiatrischen Gutachten,

- Betroffenen-Sprechstunde: Beratung und Vermittlung speziell für Betroffene in Kooperation mit BOP&P e. V., der Berliner Organisation Psychiatrie-Erfahrener und -Betroffener,
- Beratung mit Dolmetscherinnen und Dolmetschern sowie Gebärdensprachdolmetschenden nach Absprache.

Neben der Bearbeitung von Beschwerden ist die BIP u. a. auch zuständig für die Vernetzung und Qualifizierung der weiteren Institutionen der Beschwerdebearbeitung rund um die psychiatrische Versorgung in Berlin. Insbesondere für die psychiatrischen Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher organisiert die BIP Fortbildungen, Austauschtreffen und steht als Ansprechpartnerin bei Fragen und Unterstützungsbedarf zur Verfügung.

Ansprechpartner für Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher:
Judith Becker

Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie (BIP)

Grunewaldstraße 82, 10823 Berlin

Tel. (030) 789 500 3612 | Fax (030) 789 500 363

E-Mail: becker.j@psychiatrie-beschwerde.de

Anhang: Anforderungsprofil Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher

Eine Arbeitsgruppe der Bezirke, die bei der Berliner Patientenbeauftragten Frau Stötzner angesiedelt war, hat 2011 berlinweit einheitliche Anforderungsprofile und Bedingungen für die Zusammenarbeit zwischen Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprechern, Bezirken und Krankenhäusern erarbeitet, die in 2016 überarbeitet wurden. Die Materialien wurden auch vom Rat der Bürgermeister zur Kenntnis genommen. Die Bezirke sind allerdings nicht verpflichtet, exakt diese Unterlagen anzuwenden. Im Folgenden findet sich das von der AG der Bezirke erarbeitete Anforderungsprofil.

Anforderungsprofil Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher (Auszug) (nach § 30 LKG sowie nach § 12 PsychKG)

1. Kurze Aufgabenbeschreibung

Aufgabe der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher ist es, Patientinnen und Patienten im Krankenhaus zu informieren und sie in der Wahrnehmung ihrer Rechte zu stärken und zu unterstützen. Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher arbeiten in unabhängiger Funktion und sind kein Teil der Qualitätssicherung der jeweiligen Einrichtung.

Diese Tätigkeit ist ein Ehrenamt. Sie wird freiwillig und unentgeltlich ausgeübt. Es wird monatlich eine Aufwandsentschädigung gem. § 4 Abs.6 BzEntschDVO gezahlt, nicht aber die aufgewendete Arbeitszeit bzw. der Einsatz der Arbeitskraft vergütet.

2. Aufgaben und Tätigkeitsbereiche

- Information und Unterstützung von Patientinnen und Patienten bei der Vertretung ihrer Interessen gegenüber dem Krankenhaus und den zuständigen Gesundheitsbehörden
- Entgegennahme von Beschwerden und Hinweisen der Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen (mündlich, schriftlich, telefonisch und auch per E-Mail), gute Erreichbarkeit ist Voraussetzung
- eigene kritische Wahrnehmung und anzeigen von möglichen Defiziten im Rahmen der Patientenversorgung
- Kenntnis und Wahrung von Verschwiegenheitspflichten und Bevollmächtigungen
- Bekanntmachung der Funktion und Aufgaben im Krankenhaus (Flyer, Aushänge, persönliche Kontakte)
- regelmäßige Anwesenheit zu festgelegten Zeiten im Krankenhaus (mindestens 14-tägig), Besuche der Patientinnen und Patienten – auch auf den Stationen
- Tragen eines Namenschilds mit Namen und Funktion
- Kommunizieren mit relevanten Akteurinnen und Akteuren im Krankenhaus unter Wahrung der Unabhängigkeit, für Bekanntheit des Amtes und der Person sorgen
- Erstellung der gesetzlich eingeforderten Jahresberichte für die BVV und die Krankenhausleitungen anhand des vorgegeben Fragenrasters
- Bereitschaft zur Vertretung

3. Mitarbeit in Gremien und Arbeitsgruppen

- Teilnahme am Berliner Arbeitskreis Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher bei Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.
- Teilnahme am Krankenhausbeirat (wenn vorhanden)
- Teilnahme an bezirksinternen Treffen
- Bei Bedarf Mitarbeit in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft PSAG und deren Arbeitsgruppen
- Teilnahme an den Sitzungen des Ausschusses der BVV und der BVV selbst nach entsprechender Einladung

Impressum

Handbuch für Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher in den psychiatrischen Kliniken und psychiatrischen Stationen der Allgemeinkrankenhäuser in Berlin

Redaktion:

Stefan Pospiech (V.i.S.d.P.); Petra Rossmannith; Ruth Verweyen; Judith Becker
Stand: 01.06.2017
Auflage: 500 Stück

Herausgeber:

Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.
Friedrichstraße 231
10969 Berlin
www.gesundheitbb.de

Layout: Connye Wolff, www.connye.com

Druck: Viaprinto, Münster

Kontakt:

**Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie
in Berlin (BIP)**
Grunewaldstraße 82
10823 Berlin
Tel.: 030 – 789 500 360
Fax: 030 – 789 500 363
info@psychiatrie-beschwerde.de
www.psychiatrie-beschwerde.de



Gesundheit
Berlin-Brandenburg e.V.
Arbeitsgemeinschaft
für Gesundheitsförderung

Senatsverwaltung
für Gesundheit, Pflege
und Gleichstellung



Die Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie in Berlin wird gefördert von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Berlin und ist in Trägerschaft von Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.



BESCHWERDE- UND INFORMATIONSTELLE
PSYCHIATRIE IN BERLIN

Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie in Berlin (BIP)
Grunewaldstraße 82
10823 Berlin